

2. Theoretischer Rahmen

In diesem Kapitel wird der theoretische Bezugsrahmen zur Studie dargestellt. Im Anschluss werden Analogien zwischen Systemeigenschaften und Eigenschaften des Beziehungsdreiecks aufgezeigt. Begriffe aus der allgemeinen Systemtheorie werden hergeleitet und in ihrer semantischen Bedeutung in Anwendung auf das Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt konkretisiert. Grundlage hierzu bildet Literatur aus der Systemanalyse und der Organisationsforschung. Die Fokussierung auf das Beziehungsdreieck wird systemtheoretisch begründet. Weiterhin wird der Begriff Beziehung unter dem Aspekt der Interaktion fokussiert und die Bedeutung des Begriffs für diese Arbeit aufgezeigt. Ein grober Überblick über den Beziehungsbegriff in den Pflegetheorien mündet zum Schluss des Kapitels in einer kurzen Zusammenfassung.

2.1 Systemtheoretischer Ansatz

Diese Arbeit basiert auf einem systemischen Ansatz. In der Literatur zur Organisationsentwicklung und zur Lernenden Organisation werden Organisationen, in denen Menschen gemeinsam arbeiten, als Systeme beschrieben (vgl. Senge et al. 1997, 64-66, 553-5ff und König/Vollmer 1997, 23ff). Dies trifft auch auf Krankenhäuser zu. Der hier beschriebene Ansatz bezeichnet ein solches System als Soziales System handelnder Personen. Das Systemverständnis wird in dieser Arbeit auf das Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt übertragen, bzw. reduziert.

Der Begriff des *Sozialen Systems* wurde von BATESON auf Basis eines technischen Ansatzes entwickelt und von ihm für den sozialen Bereich erweitert und angepasst (vgl. Bateson 2000, 130ff). Dabei werden Personen als Elemente des Systems definiert, die untereinander in Beziehung stehen. In dieser Arbeit entspricht das den Personen Patient, Pflegender und Arzt, die als Systemelemente für den Zeitraum des Aufenthaltes des Patienten in der Klinik in Beziehung treten und im therapeutischen Prozess kommunizieren und interagieren.

In der konstruktivistischen Sichtweise sieht BATESON ein Gestalt gebendes Element für diese Kommunikation (vgl. Bateson 1999, 386; Bateson 2000, 40f). Damit ist gemeint, dass die kommunizierenden und interagierenden Personen sich die Sichtweise ihrer realen Welt durch die subjektive Interpretation ihrer Wahrnehmungen konstruieren. Für das Beziehungsdreieck bedeutet dies, dass Patienten, Pflegende und Ärzte ihre Wahrnehmungen subjektiv deuten und aus diesen Deutungen ihr eigenes Bild von Situationen und Ereignissen kreieren. Aufgrund dieser Deutungen gestalten sie ihre Interaktionen.

Neben dieser konstruktivistischen Begründung wird Kommunikation nach BATESON weiterhin von internen und externen Regeln beeinflusst (vgl. Ruesch/Bateson 1995, 39f) und sie erfolgt in „zirkulärer Struktur“ (Bateson 2000, 131). Interne Regeln sind die subjektiven Regeln einer Person, nach der sie aus innerer Überzeugung handelt. Externe Regeln werden von einer sozialen Gemeinschaft z.B. in Form von Gesetzen und Verordnungen vorgegeben.

Die erwähnte zirkuläre Struktur, in der Kommunikation abläuft, findet sich in Kausalitätskreisen wieder, wenn es um das Systemdenken in Organisationen und das Erkennen von systemweiten Wechselbeziehungen geht. Die systemweiten zirkulär-kausalen Wechselbeziehungen gestalten das Alltagsleben in einer Organisation wie einem Krankenhaus (vgl. Senge et al. 1997, 95ff). Hier ist damit gemeint, dass innerhalb des Systems „Beziehungsdreieck“ Kommunikation das Alltagsleben gestaltet. Dabei finden die Wechselbeziehungen der Systemelemente Patient, Pflegender und Arzt als „Alltagsleben“ während des stationären Aufenthaltes eines Patienten in zirkulären Strukturen statt.

2.2. Von der Systemtheorie zum Beziehungsdreieck

Um den systemischen Ansatz dieser Arbeit nachvollziehen zu können, werden im Folgenden einige verwendete Begriffe aus der Systemtheorie auf das System Beziehungsdreieck übertragen.

System, Systemdenken

BEER (2002, 5) definiert System als Synonym für Konnektivität und beschreibt dies als eine Ansammlung miteinander in Beziehung stehender Teile, die in gewisser Weise ein Ganzes bilden).

KLEINER (1997, 102) versteht unter System ein wahrgenommenes Ganzes, dessen Teile sich gegenseitig beeinflussen und daher zusammenhängen. Er führt den Gedanken weiter und schließt die Qualität der Wahrnehmung des Beobachters mit ein, denn erst durch die Beobachtung wird der Zusammenhang der Struktur hergestellt. Damit koppelt er die Existenz eines Systems an die Wahrnehmung desselben. Als Beispiele für solch ein System nennt er die Atmosphäre, Krankheiten, ökologische Nischen, Fabriken, chemische Reaktionen, politische Einheiten, Gemeinschaften, Industrien, Familien, Teams und Organisationen.

Dieses Verständnis von System eignet sich für die Darstellung des Beziehungsdreiecks z.B. als Team. Die drei Akteure nehmen sich gegenseitig wahr und diese Wahrnehmung beeinflusst ihre Interaktion. Im therapeutischen Prozess, innerhalb des Beziehungsdreiecks, verfolgen die drei Akteure Patient, Pflegend und Arzt, im Idealfall als ein Team, das übergeordnete und implizite Ziel der Gesundung des Patienten. Wie die Praxis im Krankenhaus zeigt, wird dieses übergeordnete Ziel von individuellen situationsbezogenen Einzelzielen während des therapeutischen Prozesses begleitet, die nicht von allen drei Akteuren verfolgt werden. In solch einer Situation beeinflussen sich die Elemente in ihrer Interaktion gegenseitig. Diese Beeinflussung wird von der jeweiligen subjektiven Wahrnehmung der Akteure mit gesteuert.

Systemdenken lässt nach SENGE oft erst nach Jahren miteinander verwobene Handlungen erkennen, da Handlungsauswirkungen oft mit erheblicher Zeitverzögerung eintreten. Dem Menschen als Teil des Systems ist im vorherrschenden Weltbild monistischen Kausaldenkens dagegen zu Eigen, nur Momentaufnahmen in Form von „Schnappschüssen“ wahrzunehmen, was zu einem Informationsverlust führt und somit ein unvollständiges Bild des Ist-

Zustandes und der Veränderungsprozesse liefert. Systemdenken bietet hierbei Abhilfe, da es über eine Ansammlung von Instrumenten und Methoden verfügt, die ein vollständiges Bild liefern können und dadurch die übergeordneten Muster klarer erkennen und begreifen lassen. Veränderungen können dann passgenau und treffsicher gestaltet werden (vgl. Senge 1997, 15; Senge et al. 1997, 102; Willke 1993, 220ff).

Auf das Beziehungsdreieck übertragen bedeutet dies, dass Beobachtungen von „Schnappschüssen“ einzelner Akteure nicht zu einem klaren Abbild verhelfen. Erst eine Ansammlung von Schnappschüssen verschiedener Beobachter, nämlich die Beobachtungen von Patienten, Pflegenden und Ärzten im Sinne des Systemdenkens führen zu einem vollständigen Bild, lassen Muster erkennen, Situationen verstehen lernen und schaffen eine Grundlage für Veränderungen.

Zu den Methoden und Instrumenten des Systemdenkens, die SENGE Disziplinen nennt, zählt er *Personal Mastery*¹ (Selbstführung und Persönlichkeitsentwicklung), *Mentale Modelle*², *eine gemeinsame Vision entwickeln*³ und *Team-Lernen*⁴. Diese vier Disziplinen werden mit der fünften Disziplin, dem *Systemdenken* in ein Ganzes zusammengeführt. Die Einheit aus den fünf Disziplinen wird als Ganzes behandelt und weiterentwickelt. Nach SENGE ist das Systemdenken somit selbstimplizit. Senge vertritt die Meinung, dass das Systemdenken alle anderen Disziplinen unterstützt, und dadurch immer wieder daran erinnert, dass das Ganze mehr sein kann als die Summe seiner Teile (vgl. Senge 1997, 21).

¹ „»*Personal Mastery*« bedeutet, dass man seine persönliche Vision kontinuierlich klärt und vertieft, dass man seine Energien bündelt, Geduld entwickelt und die Realität objektiv betrachtet“ (Senge 1997, 16).

² „»*Mentale Modelle*« sind tief verwurzelte Annahmen, Verallgemeinerungen oder auch Bilder und Symbole, die großen Einfluss darauf haben, wie wir die Welt wahrnehmen und wie wir handeln“ (Senge 1997, 17)

³ „Zur Disziplin der »*gemeinsamen Vision*« gehört die Fähigkeit, gemeinsame »Zukunftsbilder« freizulegen, die nicht nur auf Einwilligung stoßen, sondern echtes Engagement und wirkliche Teilnehmerschaft fördern. Eine Führungskraft, die sich in dieser Disziplin übt, lernt, dass auch eine noch so tief empfundene Vision kontraproduktiv wirkt, wenn sie lediglich von oben verordnet wird“ (Senge 1997, 18f)

⁴ „Die Disziplin des »*Team-Lernen*« beginnt mit dem »Dialog«, mit der Fähigkeit der Teammitglieder, eigene Annahmen »aufzuheben« und sich auf ein echtes »gemeinsames Denken« einzulassen. ... Zur Disziplin des Dialogs gehört auch, dass man bestimmte Interaktionsstrukturen erkennt, die Lernen im Team behindern“ (Senge 1997, 19).

Die folgende Definition unterstützt den inhaltlich-methodischen Rahmen dieser Arbeit und beschreibt Interaktion als sich gegenseitig bedingende Handlungen.

„Im weitesten Sinne umfasst das Systemdenken eine große und relativ amorphe Sammlung von Methoden, Werkzeugen und Prinzipien, die alle darauf zielen, dass man die Wechselwirkungen von Kräften erkennt und sie als Teil eines gemeinsamen Prozesses begreift“ (Senge et al. 1997, 102).

Systemdenken und Krankenhaus

Bezogen auf das System Krankenhaus lassen sich die zuvor aufgeführten Aussagen zu Systemen übertragen. Über „den eigenen Tellerrand hinaus schauen“, andere Abteilungen zu verstehen versuchen, mit anderen Berufsgruppen kooperieren, Dinge aus einer anderen Sicht betrachten führt zu einer Vielzahl unterschiedlicher Sichtweisen auf ein Problem. Die Gesamtheit der Beobachtungen und Bewertungen einer Situation oder eines Ereignisses von Beobachtern aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Funktionen liefert im Ergebnis ein umfassendes Problemverständnis (vgl. König/Volmer 1997, 135).

Gesetzliche Forderungen im Gesundheitswesen, wie aus- und weiterbilden, forschen und lehren, verwalten, ökonomisches Handeln, und nicht zuletzt die Berücksichtigung von Patienteninteressen erweitern dieses Problemverständnis im Rahmen des Systemdenkens. Aktuelle ressourcenidentifizierende Bestrebungen in Kliniken zur Konsolidierung am Markt verlangen nach einer systemischen Sicht- und Denkweise, um situationsnah und zukunftsorientiert Entscheidungen treffen zu können, die der Organisation und vor allem dem Patient nützen.

Die weit gefassten Forderungen entziehen sich auch nicht dem Sozial-Kommunikativen Handeln im Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt, sondern sind dessen immanente Ziele im therapeutischen Prozess. Das Beziehungsdreieck als Untersystem des Systems Krankenhaus stellt eine Abgrenzung eines Problemfeldes im oben angedeuteten Umfeld Krankenhaus

dar, das in dieser Studie hinsichtlich seiner interaktionalen Zusammenhänge untersucht wird.

Struktur eines Systems

Im Systemdenken weicht der Begriff Struktur von seiner landläufigen Bedeutung des Wortes ab. Neben dem formalen Aufbau eines Systems (z.B. hierarchische Struktur, Netzwerk, Sternstruktur) umfasst die Struktur im Systemdenken das Muster der Wechselbeziehungen zwischen den Systemkomponenten des Systems. Damit sind zusätzlich u.a. Prozessströme, Einstellungen und Wahrnehmungen, Produktqualität und Methoden der Entscheidungsfindung gemeint. Diese Strukturen sind oft nicht bewusst gestaltet, sondern basieren auf bewussten und unbewussten Entscheidungen im Verlauf einer größeren Zeitspanne. Sie geschehen immer in vergleichbaren Strukturen und Abläufen, so dass man von einem Muster sprechen kann. (vgl. Ross et al. 1997, 103 und Daenzer/Huber 2002, 6).

Für das Beziehungsdreieck bedeutet das, dass die Struktur des Beziehungsdreiecks zum einen die Personen als Elemente der Triade beinhaltet und gleichzeitig diese in ihrer Persönlichkeit als Systemelemente ihre Beziehungen untereinander gestalten. Die Gestaltung findet in Form handlungsleitender Prozesse nach bestimmten Ordnungsprinzipien und Mustern statt, die von den persönlichen Einstellungen und der Qualität der Wahrnehmung beeinflusst werden.

Struktur eines Systems und Krankenhaus

Im Krankenhausbereich finden sich hierarchische Strukturen in vertikaler Form in den Berufsgruppen Medizin und Pflege. Ein Netzwerk als Struktur zeigt sich beispielsweise in einer simultanen interdisziplinären Therapie einer Tumorerkrankung von Chirurgen, Internisten und Radioonkologen. Systeme bestehen aus Elementen (Teilen/Komponenten), wobei damit in einem allgemeinen Sinn die Bausteine des Systems gemeint sind. Elemente als Subsystem können wieder als Systeme betrachtet werden. Die Elemente sind untereinander durch Beziehungen verbunden, wobei der Begriff Beziehung sehr allgemein zu verstehen ist (vgl. Daenzer/Huber 2002, 5).

Folgerichtig lässt sich das Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt als System definieren. Das System Krankenhaus wird an dieser Stelle durch einen Filter betrachtet und auf das System Beziehungsdreieck fokussiert. Bei einer solchen strukturorientierten Betrachtung ist laut DAENZER/HUBER folgendes zu beachten:

- *„Elemente eines Systems können für verschiedene Systemaspekte relevant sein und damit in verschiedenen Darstellungen vorkommen. ...“*
- *„Die verschiedenen Systemaspekte dienen nur zur temporären Reduktion der Komplexität, stehen aber ohne Zweifel zueinander in Beziehung. ...“*
- *„Die Aussagen und Erkenntnisse, die man aus einer Systemdarstellung ziehen kann, werden entscheidend durch den jeweiligen Systemaspekt (=die Brille) beeinflusst.“*
(Daenzer/Huber 2002, 15)

Des Weiteren ist nach DAENZER/HUBER die Betrachtung einzelner fokussierter Aspekte die Grundlage dafür, sich überlagernde Strukturen zu identifizieren und zu beschreiben. Die Tatsache, dass dabei einzelne Aspekte in den Vordergrund des Interesses rücken, während andere temporär vernachlässigt werden, bezeichnet er als Ausdruck eines geordneten Umgangs mit Komplexität (vgl. Daenzer/Huber 2002, 15).

Somit stellt die Bearbeitung des Beziehungsdreiecks aus systemtheoretischer und systemischer Sicht eine zulässige „Reduktion“ in Form einer Fokussierung dar, um Strukturen und Muster zu analysieren. Es werden Probleme und Beschreibungen aus der Sicht der Patienten, der Pflegenden und der Ärzte bearbeitet. Damit wird vermieden, nur die Sichtweise einer Seite, die des Patienten, der Pflegenden oder des Arztes zu erhalten. Ebenso wird vermieden, sich nur auf dichotome Interaktionsprozesse der Triade zu beschränken.

Das entspricht der implizierten Forderung von MATURANA/VALERA dass alles, was gesagt wird, von einem Beobachter gesagt wird. Erst die Zusammenführung der Aussagen mehrerer „Beobachter“ und deren subjektive Deutungen im Sinne mehrerer Sichtweisen ergibt ein umfassendes Problemverständnis.

(vgl. Maturana/Varela 1987, 34; König/Volmer 1997, 1132ff; Reich 2000, 61; von Foerster 1993, 60ff)).

Eine Systemgrenze ist nach DAENZER/HUBER eine willkürlich gezogene Grenze zwischen dem System und seiner Umwelt. SENGE geht einen Schritt weiter und spricht bei der Systemgrenze von einem Schlüsselprinzip, dass man immer so eng stecken soll, wie es für die Untersuchung der Interaktionen für das konkrete Problem am wichtigsten ist (vgl. Daenzer/Huber 2002, 6 und Senge 1997, 86).

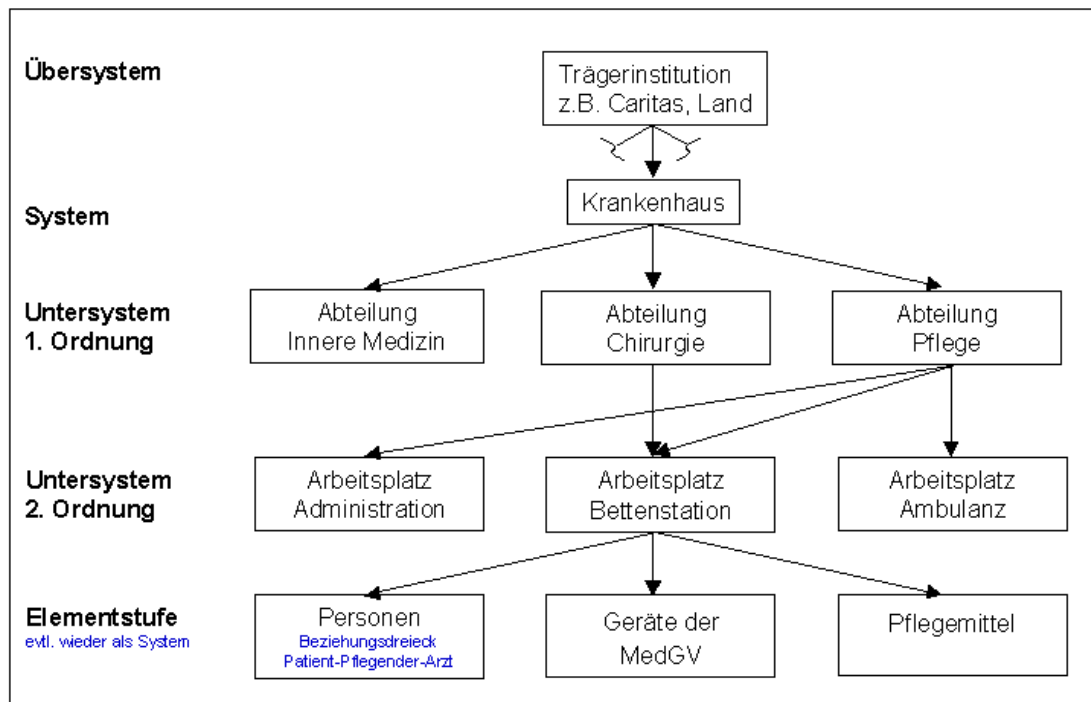
Im Beziehungsdreieck findet Interaktion im Sinn der Definition von Dienstleistungen im *uno-acto-Prinzip* statt, dass besagt, dass zur Vollbringung der Dienstleistung der Dienstleistungsgeber und der Dienstleistungsempfänger zur gleichen Zeit am gleichen Ort anwesend sein müssen (vgl. Peters/Schär 1994, 23ff; Büssing/Glaser 2003, 21). Somit unterstützt die Definition der Dienstleistung die systemtheoretische Begründung der Systemgrenze des Beziehungsdreiecks.

Die Umwelt des Systems besteht dann aus anderen Abteilungen eines Krankenhauses, die außerhalb des Beziehungsdreiecks liegen. Die klassische Verortung der Triade, um die es in dieser Studie geht, befindet sich in den Betten führenden Stationen einer Klinik. Dort treten Patient, Pflegender und Arzt täglich in Interaktion. DAENZER/HUBER bezeichnen es im systemtheoretischen Zusammenhang als charakteristisch, dass innerhalb eines solchen Systems Beziehungen stärker bestehen und wahrgenommen werden, als zwischen dem System und dessen Umwelt. Für eine Station einer Klinik, in der dieses Beziehungsdreieck besteht, trifft dieses Charakteristikum zu (vgl. Daenzer/Huber 2002, 6; Willke 1993, 76 ff).

Die Umwelt des Beziehungsdreiecks besteht aus den anderen Berufsgruppen und Abteilungen im Krankenhaus, bzw. aus Freunden und Angehörigen der Patienten, die auf einzelne Situationen im therapeutischen Prozess Einfluss nehmen können.

Die folgende Abbildung stellt die Systemhierarchie eines Krankenhauses beispielhaft dar. Das hier behandelte Beziehungsdreieck ist an entsprechender Stelle eingefügt.

Abb. 1: Systemhierarchie, modifiziert für ein Krankenhaus (nach Daenzer/Huber 2002, 8)



Neben der Systemhierarchie besteht innerhalb der Berufsgruppen eine Funktionshierarchie vom ärztlichen Direktor bis hin zum Famulanten oder vom Pflegedirektor bis hin zum Pflegeschüler.

Zu dieser berufsgruppeninternen Hierarchie kommt noch die Hierarchie der fachlichen Weisungsbefugnis der Mediziner gegenüber den Pflegenden. Der Patient gliedert sich nicht in das formal-funktionale Hierarchiegefüge ein, da er im Gegensatz zu den Dienstleistungserbringern Arzt und Pfleger der Dienstleistungsempfänger ist.

2.3 Der Begriff „Beziehung“ in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen

In der Systemtheorie sind Beziehungen wichtige Verbindungen zwischen den Elementen. Ein System entsteht erst dann, wenn die Elemente in Beziehung treten. Das Vorhandensein von Beziehungen ist damit Grundvoraussetzung

zur Existenz eines Systems (vgl. Daenzer/Huber 2002, 5; Weathley 1997, 136)

Jede zwischenmenschliche Beziehung (Interaktion) beinhaltet ursächlich auch eine emotionale Ebene. Soziale Interaktion gehört nach BÜSSING/GLASER in der Organisationspsychologie zur Kernaufgabe der personenbezogenen Dienstleistung des oben beschriebenen uno-actu-Prinzips. Sie bezeichnen die Arbeit in einem Krankenhaus als Interaktionsarbeit/Gefühlsarbeit. (vgl. Büssing/Glaser 1999, 164ff; Fuchs 1993).

„Interaktionsarbeit subsumiert die kommunikativen (Kommunikationsarbeit) und die emotionsbezogenen Anteile (Emotionsarbeit) sowie die unmittelbaren Kontakte (z.B. Körperarbeit) in der Arbeit mit Klienten.“ (Büssing/Glaser 1999, 167).

Die Definition der Interaktionsarbeit beschreibt die Kernaufgabe der Dienstleister im Beziehungsdreieck. In der Systemtheorie bildet die Kommunikation ebenfalls die Grundbausteine der Systeme (vgl. Daenzer/Huber 2002, 16).

Die von BÜSSING/GLASER (siehe oben) beschriebenen Komponenten der Interaktionsarbeit finden sich analog in der Pflegeliteratur wieder. So etwa in dem Begriff „Sorge“, wie ihn SCHNEPP beschreibt (vgl. Schnepf 1996). Darüber hinaus sind sie zum Beispiel zu finden bei OEHMEN (vgl. Oehmen 1999, 32), bei SCHRÖCK (vgl. Schröck 1996, 727), bei BAUER (vgl. Bauer 1997) oder auch in der Pflgetheorie „Psychodynamische Pflege“ von PEPLAU (z.B. Peplau 1995, 53f, 225)

In dieser Arbeit geht es um die Gestaltung sozialer, zwischenmenschlicher Beziehungen des Subsystems, dem Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt, innerhalb eines Krankenhauses.

Auf Basis der theoretischen Ausführungen von BATESON zum Begriff „Beziehung“ (vgl. Bateson 2000, 23ff)) kann man zwischen *personalen* und *nicht-personalen* Beziehungen unterscheiden. Personale Beziehungen lassen sich weiter unterteilen in emotional-personale und funktional-personale Beziehungen. Mit emotional-personalen Beziehungen ist gemeint, dass Beziehungen

aus eigenem persönlichem Antrieb zur kommunikativen und interaktiven Bedürfnisbefriedigung gebildet werden. Mit funktional-personalen Beziehungen ist gemeint, dass Beziehungen unter einer bestimmten Absicht geschlossen werden, um ein Ziel bewusst zu erreichen, wobei Emotionen oftmals zurückgedrängt werden.

Abb. 2: Eine einfache, zweitstufige Unterscheidung von Beziehungen (in Anlehnung an die Ausführungen von Bateson (2000, 23ff) modifiziert und erweitert)



Nicht-personale Beziehungen als funktionale Beziehungen findet man in der Geschäftswelt, z.B. in formalen Vertragsbeziehungen, wo es ausschließlich um Macht, Einfluss oder Geld oder deren Regelung geht. Eine weitere Dimension von Beziehung ist die materiale Beziehung, die die Beziehung unterschiedlicher Atome, Moleküle, Stoffe in einem festen Verband bezeichnet. Unter der letzten Dimension, der der nichtmaterialen Beziehungen sind solche Phänomene zu verstehen, wie sie in der Quantenphysik und der Feldtheorie beschrieben werden (vgl. Weathley 1997, 60f).

Innerhalb dieser Arbeit geht es um das Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt, und daher erfolgt die Beschränkung auf personale Beziehungen. Jede weitere Benutzung des Begriffs "Beziehung" meint damit die personalen Beziehungen. Sollen andere formale, nicht personale Beziehungen gemeint sein, so wird explizit darauf hingewiesen.

Im emotional-personalen Sinn nimmt SCHMIDBAUER (vgl. Schmidbauer 1992) eine umfangreiche Unterscheidung des Begriffs „Beziehung“ vor. Hier wird deutlich, dass die Rolle einer helfenden Profession während eines therapeutischen Prozesses viele Beziehungsformen einnehmen kann. Sie bewegt sich frei im Netzwerk der dimensional Vielfalt aller möglichen Beziehungen des Beziehungssystems. Schmidbauers dimensionalisiert Beziehungen in persönliche, emotionale, menschliche, erotische, intime, warme, herzliche,

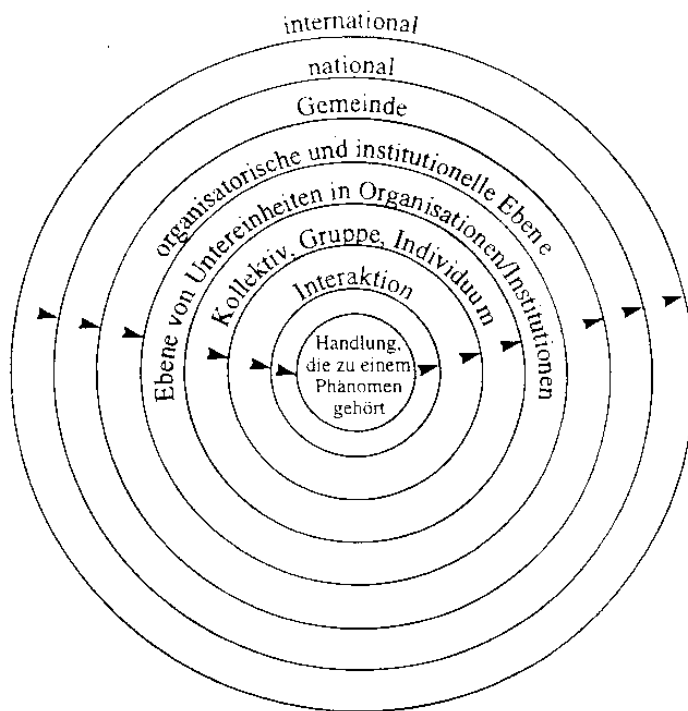
scheiternde, sexuelle und lesbische. Die vollständige Dimensionalität einer Beziehung ist hier sicherlich nicht erfasst, aber es ist unschwer zu erkennen, dass neben der Quantität jede der Beziehungsdimensionen auch eine eigene Qualität besitzt. Aus jeder einzelnen Beziehungsdimension können Folgedimensionen entstehen, die den weiteren, in dieser Arbeit gemeinten therapeutischen Prozess und damit die handelnden Bezugspersonen beeinflussen.

In den Beziehungsprozessen herrscht ein ständiger Fluss im Sinne einer Spiralfeder. Es werden immer wieder die einzelnen Elemente der Beziehungsgestaltung, z.B. nach OEHMEN (1999, 63ff): *Kontakt aufnehmen, sich begegnen, sich annähern, sich kennen lernen, sich vertrauen*, im Sinn von Interaktion prozessual durchlaufen, aber keiner dieser Prozesse wiederholt sich irgendwann einmal genau identisch zu einem der vorhergegangenen.

SCHLETTIG/HEIDE (vgl. Schlettig/Heide 1993) sehen in dem von Ihnen beschriebenen Pflegekonzept der Bezugspflege die Beziehung und die Verantwortung als Grundelemente an. Sie halten eine Unterscheidung in mitmenschliche, zwischenmenschliche Beziehungen, persönliche, partnerschaftliche Beziehungen und professionelle, helfende, therapeutische Beziehungen für sinnvoll. Die von SCHNEPP (1996) angeführte emotionale Komponente einer pflegerischen Beziehung wird von ihm als Grundlage für die pflegerische Arbeit angesehen. Diese stehen im Einklang mit den oben angeführten Anmerkungen zu OEHMEN (1999), BAUER (1997), PEPLAU (1995) und BÜSSING/GLASER (1999).

Um im Luhmannschen Sinn zu sprechen (vgl. Fuchs 1993, Schiepeck 1986, Simon 1995, Simon/Sterlin 1984, 310f, Weathley 1997, 37), handelt es sich im therapeutischen Prozess um einen temporären autopoietischen Prozess, das heißt vereinfacht: ein kybernetischer, spiralförmiger Beziehungsprozess, der sich von der Aufnahme in einem Krankenhaus bis zur Entlassung selbst erhält. Die Interaktion als Gestaltung der therapeutischen Beziehung wird dabei von äußeren Bedingungen aus verschiedenen Ebenen (z.B. Personen, Institutionen etc.) beeinflusst, wie sie in der Bedingungsmatrix von STRAUSS/CORBIN beschrieben sind (vgl. Strauss/Corbin 1996, 134ff).

Abb. 3: Bedingungsmatrix (Strauss/Corbin 1996, 136)



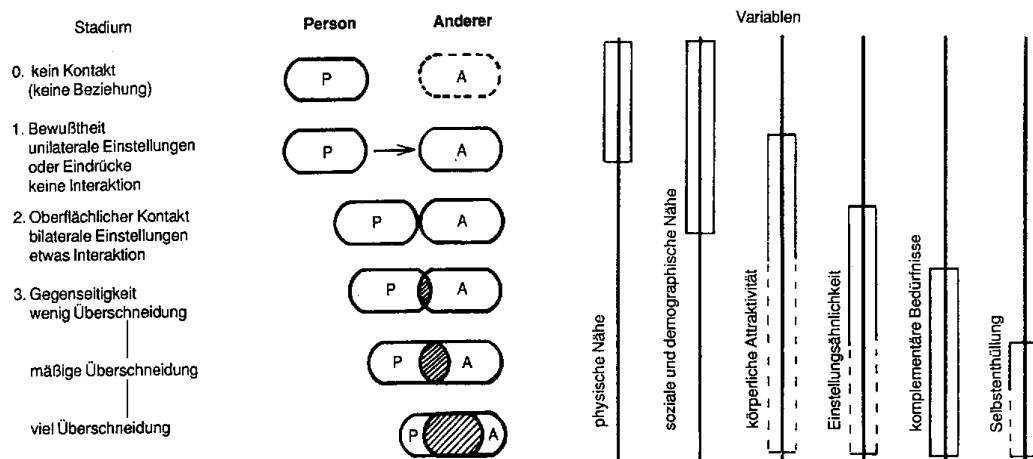
Die Bedingungsmatrix verdeutlicht parallel zu ihren Bedingungebenen die Vielzahl der möglichen interaktionalen Beziehungsebenen von der Zweier-ebene (z.B. Patient-Arzt, Patienten-Pflegender oder Pflegender-Arzt), über das Gesundheitssystem einer Organisation, bis zur internationalen Ebene, z.B. der WHO.

Diese systemtheoretisch komplexe Betrachtungsweise bedarf zur Verständlichkeit und erklärenden Analyse der Reduktion. Diese Reduktion erfolgt in dieser Arbeit in der Beschränkung auf das Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt. Dabei ist festzuhalten, dass die umfassende systemische Sichtweise nicht außer Acht gelassen werden soll und darf, um die potentielle dimensionale Vielfalt nicht einzugrenzen. Ein solches Vorgehen entspricht den Ausführungen von STRAUSS/CORBIN zur Bedingungsmatrix (siehe Seite 29).

2.3.1 Beziehungsentwicklung

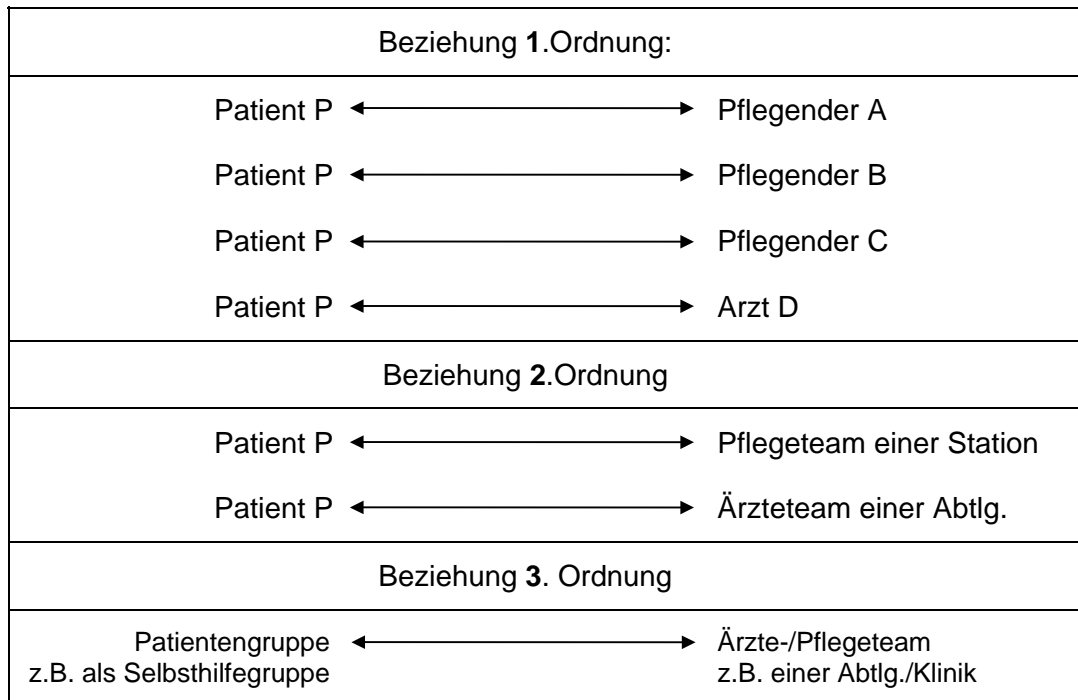
Für die Beziehungsentwicklung stellt FORGAS ein Modell der Beziehungsentwicklung in 4 Stadien dar (vgl. Forgas 1995, 205).

Abb. 4: Ein Modell der Beziehungsentwicklung: (Forgas nach Levinger&Snoek 1972, 102)



Die Abbildung veranschaulicht, in welchen Stadien die Beziehungsentwicklung zwischen zwei Menschen abläuft. Dieser Ablauf lässt sich auch auf die Beziehungen im Betreuungsprozess zwischen Patient-Pflegender-Arzt übertragen. Darüber hinaus ist zu erkennen, dass eine Beziehung immer mindestens zwischen zwei Menschen stattfindet. In Anlehnung der Bedingungsmatrix von STRAUSS/CORBIN (siehe Seite 29) ist damit gemeint, dass z. B. die Beziehung eines Patienten zur Pflegenden „A“ eine andere ist, als zur Pflegenden „B“, als zum Pflegenden „C“ oder zur Arzt „D“. Die Beziehungsebene auf der Stufe der Zweierbeziehung wird hier in dieser Arbeit als Beziehung 1.Ordnung definiert, die Beziehungsebene auf der Stufe der Mehrpersonenbeziehung z.B. einer Berufsgruppe wie Pflegende oder Ärzte als Beziehung 2.Ordnung (siehe Abbildung 5). Diese Dimensionierung der Beziehungsordnungen lässt sich theoretisch nach unten und oben erweitern.

Abb. 5: Mögliche Beziehungsordnung (eigene Darstellung)



2.3.2 Der Begriff „Beziehung“ in Pflegetheorien

PEPLAU hat als Ergebnis ihrer pflegetheoretischen Forschungen die Phasen einer Beziehung zwischen Pflegeperson und Patienten beschrieben. Ihre Pflege-theorie ist in der psychiatrischen Pflege entstanden. Anders als FORGAS, der eine allgemeine Beziehungsentwicklung beschreibt (vgl. Forgas 1995, 203ff), konkretisiert sie die Phasen der therapeutischen Beziehung von der Aufnahme bis zur Entlassung. Damit geht sie über die Beschreibung der Beziehungsentwicklung von FORGAS hinaus, indem sie die Auflösung einer Beziehung in die Beziehungsgestaltung mit aufnimmt (vgl. Peplau 1995, 45, 80). PEPLAU beschränkt sich in ihren Ausführungen auf die Beziehung Pflegekraft-Patient. Der Arzt wird nur in Form einer gesellschaftlichen Rollenbeschreibung in seinem Verhältnis zur Pflege beschrieben. Nach PEPLAU wird er als derjenige gesehen, der die Probleme des Patienten versteht und interpretiert, während die Pflegekraft nur reagiert und seine Anordnungen ausführt (vgl. Peplau 1995, 71). Auf Beziehungsebene erwähnt sie neben der Pflegekraft-Patient Beziehung das Dreieck Pflegekraft-Patient-Institution, als

das Setting, das eine Möglichkeit zum Verstehen wechselseitiger Beeinflussung in der Beziehungsgestaltung bietet (vgl. Peplau 1997, 69).

Die Pflgetheorie der Zielerreichung von KING basiert auf den 11 Konzepten Selbst, Wahrnehmung, Kommunikation, Interaktion, Transaktion, Wachstum und Entwicklung, Stress, Zeit, persönlicher Raum und soziale Rolle (vgl. King 1997, 191). Ihr Prozessmodell bezieht sich auf die Interaktion zwischen Pflegekraft und Patient unter einer informierenden und einer beurteilenden Komponente.

HENDERSON spricht von Therapeutischem Team und verweist darauf, dass alle Mitglieder dieses Teams in erster Linie dem Patienten „assistieren“, konkretisiert diesen Begriff aber nicht (Henderson 1997, 42). WERTMAN DE MEESTER et al. verweisen in ihren Ausführungen zu Hendersons Theorie auf die Krankenschwester-Patient Beziehung und die Krankenschwester-Arzt-Beziehung hin, diese sind aber nicht Gegenstand ihrer Forschungen (vgl. Wertman De Meester et al. 1992, 143).

Die Pflgetheorie von RIEHL SISCA basiert auf dem Symbolischen Interaktionismus. CRAWFORD et al. verweisen darauf, dass das Modell neben der Krankenschwester-Patient Beziehung noch andere Interaktionssysteme von Bedeutung sind. Dabei legt RIEHL SISCA ihren Schwerpunkt auf die Krankenschwester-Patient-Familie Beziehungen (vgl. Crawford 1992, 387).

Die Pflgetheorien berücksichtigen alle den Beziehungsaspekt Patient-Pflege. Der Arzt wird erwähnt, aber ist nicht in die Theoriebildung integriert. MARRINER-TOMEY kategorisiert die Pflgetheorien in humanistische, systemische, energetische Theorien und Theorien zwischenmenschlicher Beziehungen (vgl. Marriner-Tomey 1992). Beziehung und Kommunikation sind für die personenbezogene Dienstleistung elementar. FAWCETT führt in ihrer Sammlung von theoretischen Ansätzen in der Pflege den Interaktionszentrierten Ansatz auf, bei dem es um die Beziehung zwischen Klient und Umwelt geht (Fawcett 1996, 36).

Die Ausführungen HENDERSONS entsprechen dem inhaltlichen Ansatz der hier verfolgten Studie dahingehend, da sie von einem Therapeutischen Team spricht und gleichzeitig den Patienten in den Mittelpunkt allen Handelns rückt.

Der forschungsmethodologische Ansatz der Studie entspricht dem Ansatz von RIEHL SISCA, da sie ihre Theorie auf dem Symbolischen Interaktionismus aufbaut.

Diese Arbeit weicht von den Untersuchungsgegenständen der Pflege-theorien ab, da sie nicht nur die Patienten-Pflegende Beziehungen berücksichtigt, sondern das Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt im Sinne des therapeutischen Teams untersucht.

2.4 Zusammenfassung

Der Beziehungsaspekt wurde auf systemtheoretischer Basis auf das Krankenhaus und speziell auf das Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt übertragen. Es wurden verschiedene Disziplinen (Systemtheorie, Psychologie, Medizinische Soziologie, Pflegewissenschaft, Betriebswirtschaft, Organisations- und Versorgungsforschung) herangezogen, um die Relevanz der Interaktion im Beziehungsdreieck für die Qualität der Patientenversorgung herauszuarbeiten.

Der hier genutzte systemtheoretische Ansatz aus der Organisationsforschung basiert auf dem konstruktivistischen Ansatz des *Sozialen Systems* von BATESON (2002,130ff). Es konnte gezeigt werden, dass er auf das soziale Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt übertragbar ist. Das Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt wird in dieser Arbeit als ein soziales System in seinen Strukturen und Prozessen betrachtet. Die Interaktionen, die untersucht werden, sind primär emotional-personaler Struktur. Die Betrachtung des Beziehungsdreiecks stellt gleichzeitig aus systemischer Sicht eine zulässige Reduktion dar, wobei die Beziehungsdimensionen innerhalb des Beziehungsdreiecks fokussiert werden. Diese Beziehungsdimensionen umfassen die Patient-Pflegender Beziehung, die Patient-Arzt Beziehung, die

Pflegender-Arzt Beziehung, immer im Kontext der Dreierkonstellation Patient-Pflegender-Arzt. Weder in den Pflgetheorien, noch in der Literatur anderer Disziplinen ist eine gleichwertige Integration der drei Personengruppen zu finden. Für die Qualität der personenbezogenen Dienstleistung sind nach BÜSSING/GLASER, bezogen auf das Beziehungsdreieck, alle drei Akteure und ihre Interaktion untereinander von gleicher Wichtigkeit (vgl. Büssing/Glaser 1999, 167).

Die personenbezogene Dienstleistung im Krankenhaus ist Interaktion. Im Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt ist sie eine Qualität bestimmende Größe, die bisher zu wenig beforscht wurde. KLEIN weist in diesem Zusammenhang auf ein erhebliches Forschungsdefizit hin (vgl. Klein 2001, 427).

Eine weitere Eigenheit dieser personenbezogenen Dienstleistung ist es, dass es sich um Gefühlsarbeit handelt (vgl. Büssing/Glaser 1999, 167). Die Wichtigkeit des Beziehungsaspektes in der Patientenversorgung wird in den Disziplinen Psychologie, Medizinische Soziologie, Pflegewissenschaft, sowie Organisations- und Versorgungsforschung hervorgehoben, allerdings nicht in dieser Qualität bestimmenden Konstellation Patient-Pflegender-Arzt, sondern nur in einer Zweierkombination.

Die Interaktion in der Beziehungsentwicklung erfolgt in Prozessen (vgl. Forgas 1995, 205). Für das Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt folgen daraus die Forschungsfragen (siehe Kapitel 1) nach dem Ablauf von Interaktionsprozessen, ob Interaktionsmuster zu identifizieren sind und ob sich eine übergeordnete Struktur der Interaktionsmuster abstrahieren lässt.