

4. Darstellung der Ergebnisse und Diskussion

Dieses Kapitel beschreibt die Ergebnisse der Auswertung. Die Auswertung der ersten drei Interviews ist in chronologischer Reihenfolge des klassischen Forschungsprozesses (Datenerhebung → Datenauswertung) dargestellt. Alle weiteren Interviews wurden selektiv kodiert. Es ist ab diesem Zeitpunkt keine chronologische Entwicklung der Auswertung in der Ergebnisdarstellung mehr ablesbar. Dies liegt an der Eigenheit der Grounded Theory, dass Datenerhebung und Auswertung ständig abwechseln.

Zunächst werden aus den ersten drei Interviews exemplarisch Zwischenergebnisse dargestellt. Anschließend folgt die Darstellung der Ergebnisse aus dem gesamten Datenmaterial der Untersuchung in bezug auf Selbstwahrnehmung, Fremdwahrnehmung und Wahrnehmung der Interaktion der jeweils drei Personengruppen. Diese Darstellung erfolgt zum besseren Verständnis in größeren Textpassagen und nicht anhand von Codes. Zum Schluss werden die Ergebnisse der analogen Strukturen der drei Personengruppen in einem Interaktions-Modell zusammengeführt.

4.1. Ergebnisse des Codierens und Kategorisierens

Es ergab sich für die ersten drei ausgewerteten Interviews durch die Feinkodierung eine Anzahl von 741 Codes (315 Codes für Patient I, 264 Codes für Pfleger I und 152 Codes für Arzt I). In einer Interraterdiskussion wurden diese Codes verglichen und diskutiert. In einem nächsten Schritt wurden diese geclustert bzw. kategorisiert und mit einem weiteren Konzept versehen (Code-Families gebildet). So entstanden 76 Kategorien (Code-Families). In weiteren Arbeitsschritten wurden diese anhand der Ergebnisse aus den weiteren Interviews umstrukturiert und zu den folgenden 34 Kategorien zusammengefasst, ohne sie zueinander in Beziehung zu setzen.


Die folgenden vorläufigen Kategorien sind nicht geordnet und stellen keine Kernkategorien dar.

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. Veränderungen/Unterschiede erleben | 19. Beziehungswünsche äußern |
| 2. Schwerpunkte setzen | 20. Defizite erleben |
| 3. Interaktion gestalten | 21. Gefühle/Emotionen erleben |
| 4. Beziehungen erleben | 22. Erfahrungen bewerten |
| 5. Beziehungen gestalten | 23. Eigene Bedürfnisse erleben/erfahren |
| 6. Menschenbilder entdecken | 24. Wissen sammeln/Mächtig werden /Sich stärken |
| 7. Positionen zuteilen | 25. Widerspruch von Distanz-Einfluss wahrnehmen |
| 8. Quality Outcome beurteilen | 26. Konflikte erkennen |
| 9. Für Selbstpflege sorgen | 27. Krankenhaus erleben |
| 10. Selbstverständnis erkennen | 28. Interesse an der Person erfahren |
| 11. Kampf/Abhängigkeit wahrnehmen | 29. Interaktion Arzt-Patient erleben |
| 12. Angst – Gefahr benennen | 30. Positionen zuteilen |
| 13. Emotionen leben | 31. Rollen spielen |
| 14. Leben- Normalität anstreben | 32. Durch Emotionsarbeit abgrenzen |
| 15. Sich verändern | 33. Pflegeverständnis konkretisieren |
| 16. Macht erleben | 34. Sich positionieren |
| 17. Macht ausüben | |
| 18. Militarismus erleben | |

Aus diesen Kategorien kristallisierte sich in allen drei Interviews durch eine unterschiedliche, Code-abhängige Abstraktion ein grobes individuelles Interaktionsmuster für jede Person heraus. Im weiteren abstrahierenden Vergleich der drei Muster wurden Analogien sichtbar.

Es deutete sich an, dass es in der Struktur der Interaktion unwichtig zu sein scheint, welche soziale Rolle eine einzelne Person im Interaktionsgeschehen einnimmt. Jede Person interagiert im Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt als Mensch. Konkrete Handlungen oder Reaktionen unterscheiden sich nur auf Grund der jeweiligen Kompetenzausprägung und der jeweiligen sozialen Rollen. Dies wird in der nachfolgenden Auflistung der vorläufigen Kernkategorien deutlich. Sie gelten sowohl für Patient, Pflegenden und Arzt. Diese Kernkategorien bildeten die ersten vorläufigen Interaktionsmuster, die in ihrem chronologischen Verlauf im Interaktionsprozess durch den Pfeil angedeutet sind.

Abb. 9: Vorläufige Kernkategorien im Interaktionsverlauf (vorläufiges Interaktionsmuster)

Interviewpartner	Vorläufige Kernkategorien
Patient, Pfleger, Arzt	<ul style="list-style-type: none"> • Eigene Interessen verfolgen • Fremde Interessen erkennen • Abhängigkeiten/Macht wahrnehmen • Sich diplomatisch verhalten • Macht ausüben/managen • Sich stärken/Schwäche ausgleichen 

Die vorläufigen Kernkategorien finden sich in den Ausführungen zur Selbst- und Fremdwahrnehmung ab Kapitel 4.2 wieder. Um eine doppelte Ausführung zu vermeiden, wird an dieser Stelle darauf verzichtet.

Zur Veranschaulichung der Kategorienbildung werden im Folgenden aus den ersten drei Interviews einige der 32 vorläufigen Kategorien (siehe Seite 45) beispielhaft aufgeführt.

Bei allen weiteren Ergebnisdarstellungen, die jetzt folgen, steht den angeführten Zitaten eine Umschreibung und Interpretation voran.

- **Veränderungen erleben**

Die Interviewpartner erleben Veränderungen in ihren persönlichen Bereichen. Der Patient erkennt, dass sich sein Leben verändert, er muss unter Umständen eine neue Normalität für ihren Alltag finden. Der Pfleger erkennt den Einfluss der Arbeit und will nicht mehr alles hinnehmen, und strebt eine Veränderung an. Der Arzt erlebt eine sich verändernde Einstellung zur Zusammenarbeit im Beziehungsdreieck.

*...mensch ich habe angst und zukunftsangst, wie wird das werden... (Pa1 507-508)
 .. kann ich noch arbeiten, oder nicht mehr arbeiten, mag mich mein mann, wenn ich am rollstuhl gefesselt bin oder nicht...(Pa1 537-538)*

...dass es mir bis dahin noch gar nichts gebracht hatte, dass es erst jetzt losginge. und dann, je mehr initiative ich gebracht habe, in diesem job, auch einiges zurückkam und ich mich verändert hatte...Pfl1 134-136)

...ich will nicht mehr alles so hinnehmen, wie es mir vorgepredigt wird, sondern ich will auch für mich was daraus machen,...(Pfl1 148-149)

...und ich mir gesagt habe, hui, da musst du aber was anders machen...(Pfl1 152-153)

...dass die eine andere einstellung einfach dazu haben, dass die im umbruch ist. (A1 51-52)

...ich denke, da sind wir auch auf den weg hin...(A1 308)

...bis die sich überhaupt an so was gewöhnt haben...(A1 312)

...man muss bis dahin auch was gelernt haben,... (A1 360-361)

- **Entscheidungsmacht erleben**

Der Patient fühlt sich in der Behandlungsentscheidung vom Arzt abhängig und fühlt sich selten mit ihren Bedürfnissen in den Entscheidungsprozess einbezogen. Der Pfleger fühlt sich und seine Berufsgruppe manchmal von Ärzten bevormundet. Pflegende lassen sich in die Rolle eines Handlangers drängen. Der Arzt erlebt sich und ihre Berufsgruppe oft als autoritär und bekundet, dass Ärzte nun einmal die Berufsgruppe darstellt, die entscheidet.

...für mich hat dieses beziehungs-dreieck ja zu tun mit: wer hat über meine behandlung zu entscheiden... (Pa1 64-65)

...also wenn es um behandlung geht, denke ich, werde ich selten berücksichtigt, was ich möchte ... hab ich wenig einfluss. und er ist groß, weil der bestimmt letztendlich, welche medikamente dran sind, welche untersuchungen gemacht werden. (Pa1 81-87)

...dass es ärzte gibt, die versuchen die pflegekräfte unterzubuttern... (Pfl1 50-51)

...lassen sich auch in dieses bild drücken von den ärzten her, eh du bist der arztlan-ger... (Pfl1 93-94)

...dass es da nicht ein zusammenarbeiten ist, sondern oftmals ein delegieren... (A1 50-51)

...die ärzteschaft sehr autoritär oftmals...(A1 132)

...was die richtung, derjenige, der bestimmt, wo es langgehen sollte,...dass es der arzt ist einfach... (A1 322-324)

- **Wissen sammeln/mächtig werden/sich stärken**

Der Patient hat sich privat Informationen über ihre Erkrankung besorgt. Informationen erhält sie aus anderen Quellen als vom Arzt. Er muss sehr diplomatisch vorgehen. Um seine Interessen verfolgen zu können, sucht er einen Verbündeten. Der Pfleger stärkt sich durch Lernen, in dem er seine Kompetenzen stärkt. Bei Erreichen der eigenen Grenzen holt er sich Unterstützung von einer höheren Ebene im Krankenhaus. Der Arzt holt sich Unterstützung und Rat bei Freunden und Eltern, die keine Ärzte sind. Dies zeigt, dass es vornehmlich keine medizinischen Probleme sind, die Rat und Unterstützung erfordern. Medizinischen Rat holt er sich bei einem Kollegen.

...durch meine informationen, die ich mir privat besorgt habe, weiß ich jetzt, ehm, dass es andere möglichkeiten gibt oder dass man sie vielleicht probieren könnte. (Pa1 150-152)

...das erfahr ich dann eher über andere... (Pa1 159)

...dass man ziemlich hilflos ist, und das man sich informationen auch von anderen holen muss... (Pa1 389-390)

...für mich als patient ist es immer blöd, weil ich gucke, huh, welche seite bin ich denn, es geht ja letztendlich um mich, äh und da muss ich gucken, wer ist denn jetzt auf meiner seite. (Pa1 616-619)

...das man guckt, wie man den pfleger auf seine seite zieht... (Pa1 641)

...was ich jetzt in meinem stationslehrgang lerne,... (Pfl1 142)

...ich will auch für mich was draus machen,... (Pfl1 149)

...gehe ich ganz schnell an eine höhere instanz... (Pfl1 220-221)

...hilfspunkte bekommt... (A1 187)

...im zwischenmenschlichen bereichen zum teil mit freunden, meine eltern zum Teil... A1 (286-287)

...f. z.b. ja. ansonsten zur zeit bei der arbeit gar keinen ... mit dem man das besprechen könnte. (A1 191-293)

- **Beziehung erleben**

Der Patient erlebt sich eher in Beziehung zum Pflegepersonal. Der Pfleger spricht nicht für sich persönlich. Er macht es von der Bereitschaft abhängig, eine Beziehungsebene aufzubauen, ein Problem von Nähe und Distanz auf der Beziehungsebene im therapeutischen Prozess. Der Arzt nimmt eine engere Bindung der Patienten zum Pflegepersonal wahr.

...weil ich habe zu dem (Arzt) eigentlich keine beziehung...(Pa1 88f)

...hatte ich eher den kontakt zu den schwestern... (Pa1 238)

...wieweit die eine beziehung (zum Patienten) aufbauen wollen... (Pfl1 32f)

...pflegende und patient, da ist auch eine vertrauensbasis,eine engere beziehung zum teil glaub ich als manchmal zum arzt ist, offener ist (A1 33-35)

- **Kampf/Abhängigkeiten wahrnehmen**

Alle drei Interviewpartner benutzen aggressive Vokabeln wie kämpfen und unterbuttern. Diese Vokalen werden gebraucht, um eigene Interessen gegen Fremdinteressen zu verteidigen.

...hab mit dem chefarzt, kann man fast sagen gekämpft... (Pa1 368)

...die versuchen die pflegekräfte unterzubuttern... (Pfl1 50f)

...unnötige energie für so so`n blödsinnigen konkurrenzkampf draufgeht... (A1 149f)

- **Angst – Gefahr benennen**

Der Patient berichtet über Angstsituationen. Der Arzt fordert Patienten auf sich an sie zu wenden wenn sie Angst haben, damit sie darauf eingehen kann.

...dass man da auch sagt, mensch ich hab angst, und zukunftsangst, wie wird das werden, (Pa1 507-508)

...sie auffordern und zu ermuntern immer wieder, dass sie fragen sollen wenn sie was nicht verstanden haben zum beispiel, oder wenn sie angst vor irgendwas haben. (A1 210-212)

- **Gefühle, Emotionen erleben/erfahren**

Der Patient erkennt, wenn jemand an seiner Situation emotional beteiligt ist. Um Gefühle zu zeigen, muss der Raum und die Zeit dazu gegeben sein. Wenn sie sich verstanden und in ihren Interessen vertreten fühlt, dann hat sie Vertrauen. Der Pfleger spricht von Emotionen, die bei einer nahen Patientenbindung auftreten. In emotionsgeladenen Situationen mit Patienten grenzt er sich zum Selbstschutz ab. Der Arzt berichtet über Emotionen in der Interaktion zum Patienten, wenn diese nicht zuhören und er ständig etwas wiederholen muss. Sind Ziele in der Therapie nicht zu erreichen, oder stirbt gar ein Patient, berührt ihn das emotional.

...und ich weiß, man hat richtig gemerkt, dass der emotional beteiligt war...(Pa1 415f)

...die meisten ärzte, das ist meine erfahrung, die meisten ärzte wollen nicht konfrontiert werden mit meinen ängsten...(Pa1 472)

...bei manchen geht es, aber ich hab das gefühl, ich brauch dafür zeit, dass ich darüber reden kann. und wenn die nur mal reinhuschen um das bett zu machen, fang ich nicht an, „ach übrigens, entschuldigung ich habe angst...(Pa1 475 477)

...der konnte mir sagen was er wollte, das ist so, ich habe das gefühl, der (arzt) sorgt sich wirklich um mich, dem geht's um MICH, und emh dann hab ich vertrauen zu dem...(Pa1 526-529)

...also wenn es zuviel ist einfach, also wenn ich bin auch wenn ich traurig bin mit jemanden, oder jemand gestorben ist, dann weine ich auch mit der ehfrau, oder sonst irgendwas...(Pfl1 323f)

...meistens wird so was eh schon im gespräch auf der station gelöst...in belastenden situationen...(Pfl1 338f)

...ich will mal sagen, dass ich die natürlich fühle, sehe und wahrnehme die emotionen,

aber ich muss nicht alles in mir aufnehmen, was mir entgegenschlägt...(Pfl1 311f)

...wenn es mich tierisch nervt, wenn ich zum x-ten mal erkläre, warum ich was mache und er nicht zuhört...(A1 270-272)

...dass du eine engere beziehung aufbaust, wenn da irgendwas nicht gut klappt, das heißt, wenn sogar einige sterben oder so irgendwas, das nimmt mich schon mit ja...(A1 273-275)

Die weiteren Interviews wurden in Bezug zur Auswertung der ersten drei Interviews analysiert. Zusätzlich wurde Ausschau nach neuen Aspekten gehalten. Es kamen folgende vorläufigen Kategorien hinzu:

1. Wissenshierarchie erkennen
2. Wissen nutzen/mit Wissen interagieren
3. Wissen aneignen

Erneut wurden alle Interviews nach diesen neuen Kategorien untersucht und kodiert. In weiteren Vergleichen aller Interviews und Kodierungen in ihren verschiedenen Abstraktionsgraden kristallisierte sich der Begriff „Mit Wissen umgehen“ im weiteren Prozess als die zentrale Kategorie im Interaktionsgeschehen heraus.

Im Folgenden sind die Ergebnisse nach der Selbstwahrnehmung, der Fremdwahrnehmung sowie der Wahrnehmung von Kooperation und Interaktion strukturiert. Wie sich in den Interviews deutlich zeigte, wird die Interaktion einer Person durch die Selbst- und die Fremdwahrnehmung beeinflusst.

4.2 Die Selbstwahrnehmung

4.2.1 Sich in der Rolle als Patient wahrnehmen

Die Patienten nehmen sich in einer abhängigen Position von Medizinern und Pflegepersonal wahr und äußern dies direkt. Diese Abhängigkeit wird von Patient3 indirekt positiv geäußert.

...ich bin abhängig von denen ... ich sehe mich schon in abhängigkeit von beiden... (Pa1 552-558)

... ich bin ja abhängig von denen, und ich habe angst, dass die das ausnutzen... (Pa1 600f)

...nein, ich bin zufrieden. man ist ja froh, wenn einem geholfen wird... (FPa)

...ich fühl mich da auch behütet und beschützt... (Pa3 5f)

Ihnen ist wichtig, ehrlich informiert und aufgeklärt zu werden, und sie wollen in die Behandlungsentscheidung einbezogen werden. Sie möchten über alle alternativen Behandlungsmöglichkeiten informiert werden. Sie beklagen sich, dass dies nicht immer so ist. Sie fühlen sich dann hilflos oder auf die Möglichkeit der eigenen Informationssammlung beschränkt.

...und ich werde nicht aufgeklärt darüber, was die für nebenwirkungen haben, ... es werden mir keine alternativen möglichkeiten angeboten... (Pa1 147-150)

... ich werde nicht gut genug informiert... (Pa1 184)

...da wurde ich nicht drüber aufgeklärt und meine zustimmung dazu wird eigentlich nicht eingeholt... (Pa1 162f)

... also als patient habe ich die erfahrung gemacht, dass man ziemlich hilflos ist, und das man sich informationen auch von anderen holen muss, gerade über die möglichkeiten, die man hat... (Pa1 388-391)

...ich werde nicht über alle möglichkeiten eingeweiht... (Pa1 206)

...da hat man mich mal richtig aufgeklärt... ich konnte immer wieder fragen... (Pa3 112f)

Sie beschaffen sich aus Interesse an ihrer Gesundheit weitere Informationen über ihre Erkrankung und stellen eventuell Fragen oder probieren alternative Methoden aus oder trauen sich nicht. Ist kein Vertrauen da oder bestehen Zweifel, versuchen sie alternative Methoden, um einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden.

...durch meine informationen, die ich mir privat besorgt habe, weiß ich jetzt, dass es andere möglichkeiten gibt, oder dass man sie mal probieren könnte... (Pa1 150-152)

...das heißt, ich muss alle informationen mir woanders beschaffen und aufpassen, dass ich nicht überrollt werde... (Pa1 185-187)

...ich traue mittlerweile keinem arzt mehr über den weg ... wenn ich irgendwelche erkrankungen habe, versuche ich sie erstmal selbst in den griff zu kriegen... (S1 59-62)

...hab ich dann aus der zeitung eh en bericht jelesen, wenn man sowat hat, klammert man sich an alles... (Pa3 86f)

...und dann so ne abfuhr zu kriegen, dann bin ich ne ganze zeit gar nicht mehr gegangen... (Pa3 104-106)

Werden Sie in ihrer ganzen Person wahr- und ernst genommen, vermittelt dies ihnen ein Interesse an ihrer Person und es entsteht eine Vertrauensba-

sis. Fühlen sie sich nicht ernst genommen oder gar abgestempelt, entsteht kein Vertrauen. Vertrauen ist im therapeutischen Prozess wichtig. Für sie bricht ihr Alltag zusammen, sie stellen sich Fragen bezüglich ihres Lebens und ihres zukünftigen Alltags. Sie möchten, dass dies im therapeutischen Prozess berücksichtigt wird. Auch wenn die Beschwerden für andere nicht nachvollziehbar sind, sind sie subjektiv vorhanden. Sie wollen sich dann nicht abgestempelt fühlen, weil so kein Vertrauen wachsen kann.

...also vertrauen spielt da ne große rolle. wenn ich weiß, dass die mich als mensch sehen, und gewissenhaft auch MEINE interessen verfolgen, und nicht nur ihre, und gewissenhaft damit umgehen * dann hab ich das vertrauen... (Pa1 403-405)*

*...das vertrauen, das ich zu ihm hatte, das sich ergibt daraus, er hat sich zeit für mich genommen, selbstverständlich. der hat mir das gefühl vermittelt, es geht nicht um meine krankheit, sondern es geht um mich als person, ich werde ganzheitlich gesehen. auch wie es mir psychisch geht. * und ich weiß, man hat richtig gemerkt, daß der emotional beteiligt war, **mh und sich wirklich gekümmert hat, also mh daß man ihm am herzen lag, sag ich mal. und das er das beste für einen will... (Pa1 406-413)*

*...dass man die krankheit mindestens zwei bis dreieinhalb jahre haben muss, um überhaupt festzustellen, wat das is. aber ich habe mich manchmal eh doch sehr abgestempelt gefühlt, wenn ich dann gewisse untersuchungen gemacht gekriegt hab, dat et dann hieß. ja * nehmen se mal weiter kortison und dann irgendwie wird das schon wieder in die gänge kommen näh... (Pa3 76-81)*

Patienten übernehmen für sich Selbstverantwortung, indem sie ihre eigenen Interessen verfolgen, um zur Wiederherstellung einer Alltagsnormalität zu gelangen. Dazu zählt für sie bereits die Beteiligung an der Entscheidungsfindung. Eine indirekte Form der Verantwortungsübernahme zeigt sich in der Nutzung von Informationen über die Erkrankung aus den Medien und anderen Informationsquellen.

...weil verantwortung übernehmen für die krankheit finde ich o.k., das finde ich auch richtig. zum beispiel, die hatten eine palette von angeboten da, dass ich mich letztendlich für eine behandlung entscheide... (Pa1 195-197)

... eh hab ich dann aus der zeitung eh en bericht jelesen, wenn man sowat hat, klammert man sich an alles. jeden strohhalm nimmt man ja, ob das im fernsehen ist oder in der zeitung steht... (Pa3 85-87)

Bei der Verfolgung des Ziels, wieder ein Alltagsleben führen zu können, hoffen sie auf fachliche Unterstützung durch Mediziner und Angehörige weiterer

Gesundheitsberufe. Bei vollem Vertrauen legen sie ihre Verantwortung vorübergehend ab und folgen uneingeschränkt den medizinischen Anweisungen und Anordnungen. Jemandem vertrauen zu können wirkt sich erleichternd auf Patienten aus, da sie sich dann auf sich selbst und ihre Krankheit konzentrieren können.

...nein, ich bin zufrieden. man ist ja froh, wenn einem geholfen wird... (Pa2)

...wo ich ein großes vertrauen zu hab, und der hat mir jetzt auch wieder sehr geholfen...(Pa3 3-5)

...dieser eine finger ist wichtig, den brauchen sie. solche antworten kriege ich dann hier. wenn ich mir so klein vorkomme, dann kriege ich aber gesagt jeden tag auch wenn es nur so ein finger ist, is das wichtig, das das wieder in ordnung kommt. so das ist doch eigentlich eh kann ich doch damit zufrieden sein, is doch ne positive aussage. also man setzte sich damit auseinander und sagt mir das auch. und sagt nich nur, jut der finger aber. schon die worte allein, auch der finger bei ihnen ist wichtig... (Pa3 229-232)

*...der konnte mir sagen, was er wollte, das ist so, *sowas, ich hab das gefühl, der sorgt sich wirklich um mich, dem geht's um mich. und emh. dann hab ich vertrauen zu dem... (Pa1 526-529)*

...also ich möchte wirklich, dass alle sich um mich kümmern, und äh dass ich vor allen dinge die ruhe und die zeit habe und die gelassenheit, mich wirklich mit meiner krankheit auseinandersetzen in meiner krankheit zu sein und mit den ganzen gefühlen, die damit verbunden sind. und nicht so nach außen gerichtet sind... (Pa1 663-668)

Sie sehen sich als die zentrale Person im Beziehungsdreieck. Die Spannbreite der Positionierung schwankt zwischen einer starken selbstbewussten Person, bis hin zur beschämten, sich schuldig fühlenden Person, was sich im Interview parallel zum Gesagten in der Wahl der Figurengröße widerspiegelt.

...ich bin im mittelpunkt, und ich hab nicht das gefühl, dass ich das bin... (Pa1 611f)
... bei der persönlichen geht's ja um mich, um meine belange. da sehe ich mich, klar, am größten... (Pa1 62f)

...ich hab immer en schuldgefühl gehabt... (Pa3 60f)

...ich komme mir manchmal so klein vor... (Pa3 128f)

...wenn mir das passiert, ... hat immer jemand zeit für mich, der mal reinkommt eben... (Pa3 116f)

Im therapeutischen Prozess sehen Patienten sich von Zeit zu Zeit Machtspielen ausgesetzt, in denen sie sich diplomatisch verhalten müssen, um ihre eigenen Ziele zu verfolgen. Sie sehen sich auf einer niedrigeren Stufe in der

Kommunikation mit einem Mediziner, da sie die Fachsprache nicht beherrschen. Patienten halten den Raum für Gefühlsäußerungen im therapeutischen Team für wichtig, um als ganze Person wahrgenommen zu werden. Sie müssen sich diplomatisch verhalten und suchen einen Partner, der sie in ihren Interessen unterstützt. Sie haben ein schlechtes Gefühl, wenn sie bemerken, dass im therapeutischen Team Spannungen bestehen. Sie befürchten dann eine nicht optimale Behandlung. Spannungen mit den Therapeuten fordern viel Kraft, die sie eigentlich zur Bewältigung ihrer Erkrankung benötigen. Für Emotionen und Gefühle möchten sie Zeit und Raum. Das Zeigen von Gefühlen ist an ein Mindestmaß an Vertrautheit gekoppelt.

... ob man sich da nicht schadet, also man hat angst da einen konflikt zu haben mit dem arzt, konflikt mit pflegepersonal vermeide ich, weil// zum teil aus dem grund, weil ich bin von denen abhängig und wenn ich es mir mit denen verscherze, tue ich mir keinen gefallen damit. also ich denk, die möchten keinen konflikt mit mir, dann bin ich schwierig, also wenn ich auf meiner meinung poche, bin ich für die schwierig, kriege ich auch mit, wenn die über andere reden zum beispiel. dann habe ich angst, daß die sich nicht so um mich kümmern. ich sehe mich schon in abhängigkeit *zu beiden... (Pa1 552-558)*

...ist ganz unterschiedlich. bei manchen geht es, aber ich hab das gefühl, ich brauch dafür zeit, dass ich darüber reden kann. und wenn die nur mal reinhuschen um das bett zu machen, fang ich nicht an, „ach übrigens, entschuldigung ich habe angst“. emh ich hab das gefühl, das kann sich ja erst entwickeln, wenn man in einem gespräch ist, wenn da so ne atmosphäre ist und ruhe ist, und das hab ich zum beispiel bei meinem letzten krankenhausaufenthalt hat sich das mal mit der nachtschwester ergeben, die da mal im zimmer war. weil man hat sonst das gefühl, die sind gehetzt unter zeitdruck, es ist nicht der rahmen da, über psychische empfindlichkeiten zu reden... (Pa1 475-484)

... ja ich versuche den konflikt mit dem arzt einzugehen. zum teil diplomatisch und ich merke aber, daß ich dafür kraft brauche, und wenn es mir richtig schlecht geht, habe ich die nicht. also kraft, um mich dem arzt zu widersetzen, um mich gleichwertig zu machen, der arzt kommt nicht auf meine stufe herunter, sondern ich habe das gefühl, ich muss mich gleichwertig machen, auf seine stufe gehen, damit ich der auseinandersetzung gewachsen bin. und emh dafür brauche ich stärke, und die habe ich nicht, wenn ich krank bin. also dann habe ich die stärke nicht unbedingt... (Pa1 561-569)

Patienten nehmen sich in einer abhängigen Position wahr. Informationen und Aufklärung sind ihnen wichtig. Sie benötigen Raum für ihre Emotionen und möchten in ihrer ganzen Person und nicht nur als kranke Person wahrgenommen werden. Vertrauen ist ihnen wichtig, Machtspiele kosten unnötige Energie, die sie besser zur Bewältigung ihrer Erkrankung einsetzen. Durch

Wissenszuwachs oder sie unterstützende Personen versuchen sie sich zu stärken.

4.2.2 Sich in der Rolle als Pflegender wahrnehmen

Pflegende fühlen sich abhängig von den Mediziner*innen, bzw. durch deren medizinische Weisungsbefugnis gebunden.

...viel zu uneigenständig, denke ich, dass es viel zu abhängig ist, die pflege noch viel zu abhängig ist von den ärztlichen anordnungen, dass wir uns auch viel zu wenig selbst rausholen, was wir machen können, was wir als pflege definiert haben... (Pfl1 259-263)

... was es für mich heißt, pflege zu machen, und wie ich mich von einem arzt// wie ich mit ihm kooperiere, weil meist ist ist das dann noch, ist da ein abhängigkeitsverhältnis... (Pfl1 401-403)

... und dann oftmals durch vorgaben von der ärzteseite wir nicht patientenbezogen arbeiten können... (Pfl2 33f)

...sondern andere dinge für den arzt vertritt, die im vordergrund stehen. was einer pflegeperson in dem moment vielleicht unwichtiger erscheinen... (Pfl2 38-40)

Neben dem medizinischen Blickwinkel auf den Patienten nehmen sie für sich in Anspruch den ganzen Menschen in seinem sozialen Umfeld und der psychischen Verfassung wahrzunehmen.

...dass ich eh den patienten mehr erfassen muss, also in seiner psychie und seinem ganzen sozialen umfeld... (Pfl1 69f)

...die ärzte machen ihr ding, machen ihre operationen, machen ihre sachen, erklären auch sehr vieles, aber irgendwo ist es auch vorbei. (7 WORTE UNVERSTÄNDLICH) dass die pflegeperson bißchen näher am patienten is, am patienten dran... (Pfl3 45-49)

...das man als pflegepersonal halt viel meh , sag ich mal, auf die menschlichkeit achtet... (Pfl2 31f)

...wie auch dieses „mensch“ erfassen... (Pfl2 114f)

Sie verstehen sich als Anwalt der Patienten und als deren erster Ansprechpartner. Sie nehmen die Hilflosigkeit von Patienten wahr und bieten ihnen Unterstützung an. Sie „lotsen“ den Patienten durch die Klinik.

... kommt es eher zum konflikt, wenn ich sehe, wie schlecht der patient durch gerade dem arzt seine therapie oder sonst was unmögliches dem angetan wird... (Pfl1 214-216)

...wenn die hier sind im krankenhaus, zum pflegepersonal hin tendieren. also eher die fragen als erstes zu uns rantragen, bevor sie es einem arzt nähertragen... (Pfl2 12-14)

...oftmals ist der patient halt dann auch wirklich ausgeliefert, steht halt vor so ´n großen berg wenn er in ein krankenhaus kommt, weiß halt von der orientierung allein in einem krankenhaus, usw. und muss ihm halt geholfen werden. von anfang an. der braucht halt immer jemanden, den man ansprechen kann, der für ihn da ist. das er halt hier sozusagen ja, durchs haus geführt wird oder eben durch seine krankheit geführt wird, sag ich mal, seinen krankheitsverlauf... (Pfl2 164-170)

Sie fühlen sich von Medizinern nicht immer akzeptiert. Sie sehen sich als ein ausführendes Organ der Mediziner. Pflegende sind gehalten, die Vorgaben der Ärzte auszuführen. Sie sehen sich belächelt, wenn sie für Patienten alternative oder komplementäre Methoden vorschlagen.

...dass halt in gewissen bereichen, was man dem patienten zugute kommen lässt vom arzt belächelt wird. also nicht anerkannt, das sind vielleicht keine rein medizinischen sachen, die man durchführt, sondern eher irgendwelche, sag ich mal, vielleicht stimulierende sachen oder überhaupt geistig fordernde sachen für den patienten. das ist dann - ja, wird oftmals dann belächelt. weil die ärzte halt wirklich ihren medizinischen standpunkt sehen und wir dann viel einfachere oder auch leichter zu verstehen für den patienten irgendwelche mittel und wege finden. die dann oftmals nicht so anerkannt von den ärzten sind... (Pfl2 154-162)

...konflikte entstehen dann bei mir, wenn ich nicht verstehe, warum wieso. wenn bestimmte anordnungen oder bestimmte sachen gemacht werden und ich kann sie nicht ganz nachvollziehen. wenn es um patienten geht, versuche ich mir dann ein bild zu machen... (Pfl3 300-303)

In der täglichen Arbeit sehen sie sich zusätzlich in der Funktion einer Sekretärin, indem sie den Arzt an Formulare und Unterschriften erinnern müssen. Eine weitere Funktion ist es, mitzudenken und den Arzt zu unterstützen.

...oftmals dass man die ärzte an viele dinge halt erinnern muss. „du musst jetzt hier noch ´nen röntgenschein ausschreiben! du hast hier das rezept vergessen zu schreiben. irgendwelche bescheinigungen sind nicht da.“ dass wir halt immer da nochmal nachhaken müssen und halt wirklich eigentlich eine, kann man fast gleichsetzen, sekretärin für den arzt noch zusätzlich - oder sekretär für den arzt ist die pflegekraft... (Pfl2 172-178)

...das die pflegenden auch mitdenken und die ärzte auch ein bisschen darauf aufmerksam machen, wenn sie was vergessen haben... (Pfl3 234-236)

Sie müssen sich diplomatisch verhalten, um Ziele im Sinne des Patienten zu erreichen.

...dass man halt mit seinen vorstellungen einfach nicht weiterkommt in solchen momenten, dass das eigentlich an diskussionen eigentlich nichts bringen wird, darum schluckt man das erst mal runter. und wartet halt auf den geeigneten moment, wo man

meint, dass man das halt doch an den arzt rantragen kann... (Pfl2 324-328)

Sie versuchen ihr Arbeitsleben von ihrem Privatleben abzugrenzen, um nicht von der Gefühlsarbeit aufgesogen zu werden. Diese Trennung fällt manchmal schwer.

... dann versuche ich schon einen gesunden abstand für mich zu entwickeln. das ist auch wieder situationsbedingt. ich denke das hat auch viel mit spielen eben zu tun. ich möchte dem patienten jedenfalls immer das gefühl geben, dass er sich eh verstanden fühlt... (Pfl1 326-329)

...die einen doch irgendwie zu schaffen machen und dann, ehm, ja wirklich die grenze versucht zu ziehen zwischen privatleben und dem beruflichen. oftmals ist es nicht zu machen. da denkt man halt dann auch nochmal in privatleben mit rein aber das empfind ich eher so als auch stück verarbeitung... (Pfl2 447-451)

Kommt es zu emotional belastenden Situationen möchten sie diese zeitnah mit Kollegen und Ärzten besprechen. Sie halten Authentizität im Beruf zur Vertrauensbildung als äußerst wichtig.

*...ich versuch es halt so, wenn ich jetzt, ehm, ja schlechte laune habe, dass ich die halt einfach versuche zu unterdrücken. dass ich die vielleicht, wenn ich sehr gut im team drin bin, dass dann halt mit denen auch besprechen kann. das ist ja auch nochmal so ne art problembewältigung im solchen moment...Pfl 2 398-403)
...also man sollte schon sagen „ja, ich kann sie so weit verstehen“ aber man sollte halt auch den mut haben, zu sagen „ja, die situation die kenn ich nicht, da kenn ich mich nicht so mit aus“ so in die richtung. also dass man ruhig schon die wahrheit sagen sollte... (Pfl2 418-422)*

wenn wir wirklich schwerkranke patienten haben, wir haben also auch viele karzinompatienten, die dann auch operiert werden, und wenn das zu viel wird dann besprechen wir das im team, dass wir einfach versuchen das mal rauszulassen. wenn das zu sehr an die substanzen geht... (Pfl3 380-384)

...aber beispielsweise gibt es probleme - und dann, was ich halt immer sehr schön finde, das machen wir auch regelmäßig immer, besprechungen mit ärzten. auch ärzten mal zu sagen „hey leute, überlegt mal wenn ihr da läget... (Pfl3 60-63)

... also meistens wird so was eh schon in gesprächen auf der station gelöst, mit, ist verschieden, mit pflegepersonal und mit ärzten in belastenden situationen... (Pfl1 335-337)

Sie sehen sich in einer engeren Beziehung zum Patienten als der Arzt. Sie erkennen ihre Macht und setzen sie gezielt zur Problembewältigung ein. In Problemsituationen zwischen Patienten und Ärzten und Pflegenden und Ärzten sehen sie sich im Einzelfall als Vermittler. Für Patienten machen sie Ent-

scheidungen des Arztes transparent, wenn dieser es versäumt hat, oder Patienten es nicht verstanden haben.

...dass die pflegeperson bisschen näher am patienten is, am patienten dran sitzen... (Pfl3 47f)

... im prinzip denk ich mir, eh, haben wir auch ne ziemliche macht als pflegeperson. da bin ich ganz ehrlich. ich weiß um meine macht. in anführungsstrichen (BETONT) macht... (Pfl 3 57-59)

...jemand der immer weiter weiß wenn es stockt. auch zwischen den pflegenden und ärzten und zwischen patient und ärzten und versucht dann brücken zu bauen. und versucht sachen rüberzubringen, die der arzt einfach aufdoktriniert hat. ich bin einfach das bindemittel... (Pfl3 197-200)

...und da versuch ich den arzt schon drauf anzusprechen. wenn sich da nichts ändert, gehe ich ganz schnell an eine höhere instanz... (Pfl1 217-219)

Pflegende fühlen sich von Medizinern abhängig und oft nicht ernst genommen. Sie sehen sich als Anwalt der Patienten in Bezug auf deren Interessen in ihrer Ganzheitlichkeit. Gleichzeitig sehen sie sich als Unterstützer der Ärzte, indem sie sie an Termine und Untersuchungen erinnern, oder auf Unregelmäßigkeiten im therapeutischen Verlauf hinweisen. Probleme möchten sie immer zeitnah besprechen. Sie erkennen ihre Macht, die sie gezielt einsetzen können. Authentizität der Beteiligten und Transparenz der Entscheidungswege halten sie für wichtig, um Vertrauen aufbauen zu können. Sie erkennen ihre Gefühlsarbeit und versuchen ein ausgeglichenes Nähe- und Distanz-Verhältnis zum Patienten einzuhalten. Im Privatleben suchen sie einen Ausgleich zur Gefühlsarbeit zu finden.

4.2.3 Sich in der Rolle als Arzt wahrnehmen

Mediziner sehen sich als die wichtigsten Personen im therapeutischen Team, die bestimmen. Ihre eigene Berufsgruppe nehmen sie oftmals als autoritär wahr. Diese Autorität verbinden sie hauptsächlich mit Medizinern der Vorgänger-Generation. Sie nehmen innerhalb ihrer Berufsgruppe einen Generationswechsel wahr, der die Zusammenarbeit im therapeutischen Team verändert, in dem partnerschaftlich zusammen gearbeitet wird.

*...auch noch dieses autoritäre haben und * bestimmen eher, was was, da würde ich das gleich eher anders machen emh, so die große figur als arzt und so entsprechend kleiner die beiden anderen... (A1 13-15)*

...dass es letztendlich eine entscheidung vom arzt ist irgendwo... (A1 225f)
 ...ja, dass sie dingens, die ärzteschaft sehr autoritär oftmals ist... (A1 132)
 ...das läuft nicht, läuft nicht, weil ich denke eher, bei uns in der generation, die jetzt kommt, dass die eher zusammenarbeiten... (A1 11f)
 ...es ist wirklich ne teamarbeit, also alle seiten, ich denke da sind wir auch auf den weg hin, dauert auch denke ich noch etwas, einfach weil wenn ich hier so unsere älteren oder vom pflegepersonal die älteren ehm haben eine ganz andere ausbildung gemacht. das lief einfach hierarischer bei denen. und ich denke es dauert was, bis die sich überhaupt an sowas gewöhnt haben, die neue generation ist auch allgemein akzeptiert insgesamt... (A1 307-313)

... die ärztliche leistung steht sicherlich an erster stelle, um dem patienten erfolgreich helfen zu können... (A3 134-136)

Sie nehmen für sich das Ziel in Anspruch, ihre Arbeit und ihre Entscheidungen für Patienten und Pflegende transparent und nachvollziehbar zu gestalten.

... wie und was warum du das zum beispiel machst, warum du möchtest, dass die und die therapie zum beispiel gemacht wird, oder warum die und die diagnostik gemacht wird, warum, weshalb, wieso, vor- und nachteile des ganzen auch offen sagst, nicht irgendwie rumdruckst und irgendwo anordnest zum beispiel... (A1 203-207)

Sie sehen Pflegende in einer engeren Beziehung zum Patienten und hören sich deren Beobachtungen und Meinungen an und berücksichtigen diese in ihrer Entscheidungsfindung, oder berücksichtigen deren Meinung nicht, weil sie sie nicht für kompetent halten.

... *4*wenn jetzt pflegende und patient* (ÜBERLEGEND) da ist auch eine vertrauensbasis, eine engere beziehung zum teil glaub ich als manchmal zum arzt ist, offener ist, auch nicht so diese vorgesetztenverhalten ehm verhältnis ist... (A1 33-36)
 ...dass man zusammen öh also, ich denk, dass *man ihnen medizinische sachen zum teil, also gerade die ich kenne ist es nur so, dass es letztendlich eine entscheidung vom arzt irgendwo ist. aber dass man auf dem weg dahin, zur entscheidungsfindung sich verschiedene meinungen auch anhört. und da hört es für mich auch dazu, dass ich mir das anhöre, was vom pflegepersonal kommt, was die für beobachtungen gemacht haben im lauf bis dahin. wie die bisherige therapie zum beispiel war, dass ich mir das anhöre, wenn die zweifel haben warum weshalb das nicht sein sollte... (A1 224-232)
 weil sie einfach häufiger mit denen zusammen ist, über mehrere stunden am tag auch, sie intensiver erlebt, ehm man nicht für voll nimmt, nicht richtig zuhört, was sie sagen... (A1 134-136)

Als praktizierende Ärzte arbeiten sie viel mit den Händen und bewerten ihren Beruf und sich daher eher als Handwerker denn als Wissenschaftler. Sie wenden die wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Praxis an.

...ich habe ein handwerk studiert, mehr nicht... (A1 243)

...weil ich arbeite ja viel mit den händen und auch mit meinen sinnen insgesamt, mache an anderen menschen was, berühre ihn, und das empfinde ich schon als handwerk. und studiert, weil es lang ist und viel, aber es ist als wissenschaftler sehe ich mich nicht. ein wissenschaftler ist für mich jemand, der auch neues irgendwo entdeckt und findet und so weiter. ich weiß nicht, sehe ich mich selber nicht so. ich sehe mich eher als handwerker... (A1 247-253)

*... ich habe ne naturwissenschaftliche doktorarbeit gemacht, eine molekularbiologische arbeit über dreieinhalb bis vier jahre, ähm damals habe ich dieses ideal auch gehabt, dass medizin eine naturwissenschaft ist. ich fühle mich jetzt eher als ausführender, als kliniker, als ** mensch mit einem beruf, der * dem gar nicht die zeit bleibt naturwissenschaftliche gedanken in die tat umzusetzen... (A3 433-439)*

In ihrer täglichen Arbeit sehen sie sich mit ihren eigenen Gefühlen und Emotionen ebenso konfrontiert, wie mit denen der Patienten und Pflegenden. Die Emotionen umfassen das Spektrum von Wut und Aggression bis hin zu emotionaler Betroffenheit. Sie suchen Unterstützung bei Kollegen (fachlich), Freunden und Angehörigen (menschlich kommunikativ) und greifen auf deren Erfahrungen zurück. Grundsätzlich versuchen sie, Problemsituationen im Alltag sachlich anzusprechen und zu bearbeiten.

...versuche es mit dem zu bereden, ruhig zu bereden, sachlich zu bereden, es ist nicht immer möglich, wenn sie ausfallend oder so was werden oder laut werden, dass ich, habe ich auch schon oft zimmer verlassen, bin einfach rausgegangen und nachher wieder rein gegangen wenn der patient wieder ruhig war und ich vor allem auch wieder ruhig war. weil mich das dann selber so aufgeregt hat, so wütend geworden bin, dass ich selber laut wurde und dann irgendwie nur noch hysterisch rumgekreischt hätte wenn ich dann weitergemacht hätte. und ich denke, dass ist nicht sinn der sache in dem fall, und dann wieder rein gegangen... (A1 161-169)

*...wenn es einem da zu schaffen macht, wenn man da nicht weiterkommt, und man gibt sich mühe und was weiß ich, und man trotzdem an den patienten nicht rankommt, dass man das erstmal ja artikulieren kann *und vielleicht darüber schon selber zu einer lösung kommt, beziehungsweise hilfspunkte bekommt, wo man da weiter suchen kann, machen kann, wie man zu einer lösung kommt... (A1 183-188)*

...da hätte ich noch ein onkel mit dem ich das mache. einfach so als erfahrung jetzt, wie die das von ihrer lebenserfahrung sehen. wie sie auf manches reagieren würden vielleicht. also es ist im ziemlich engeren kreis. f. zum beispiel ja... (A1 288-291)

...wenn es um inhaltliche fragen geht, versuche ich erstmal die beteiligten mit einzubinden, sprich ich suche auch rat von der krankenschwester, die auch mit den patienten zu tun hat, oder in bestimmten fällen auch der zuständigen stationsschwester, wenn ich zu der ein sehr gutes verhältnis habe, versuche ich mir einfach rat zu holen, wie deren einschätzung ist. wenn es um medizinische probleme geht, ähm haben sich

im laufe der zeit halt kollegen herausgestellt bei den assistenten bzw. oberärzten, bzw, auch der chefarzt, die man in bestimmten bereichen als fachkompetenter einschätzen kann und man einfach weiss, dass sie fachkompetenter sind, sich einfach dort mal einen rat holt... (A3 525-531)

Aufgrund seiner Ausbildung zum Arzt und des ärztlichen Berufprofils sehen sich Ärzte als diejenigen, die im therapeutischen Team das Sagen haben. Sie denken, dass Pflegende sie auf Grund dieser Entscheidungsmacht hasen. Sie nutzen ihre Entscheidungsmacht gezielt zur Durchsetzung ihrer Interessen.

...derjenige der bestimmt, wo es langgehen sollte, ist zur zeit leider auch noch so, dass es der arzt ist, einfach, ich denke hat das auch mit der ausbildung auch mit zu tun. ich denk pflegepersonal hasst uns wegen der ausbildung, das weiß ich wegen der medikamenten usw. und therapien auch, aber du hast einen ganz anderen schwerpunkt einfach...(A1 323-328)*

...bisher hab ich meinen stiefel einfach durchgezogen... (FA 2)

...ich bin hier derjenige, der bestimmt... (FA1)

In Konfliktsituationen versuchen sie diese direkt anzusprechen und zu klären. Es kann dann auch schon mal eine heftige Auseinandersetzung werden. In der Anspannung des Dienstes kann es zu direktiven Anweisungen an Patienten kommen, wenn sie sich aus Sicht des Arztes nicht korrekt verhalten. Führen diese Anweisungen zu Beschwerden, werden Konflikte an höherer Stelle mit Vorgesetzten aufgearbeitet.

... zu reden, es offen anzusprechen auch und das auch offen zu sagen, ich hätte das jetzt so und so, warum ist das bei ihnen nicht so (A1 171-173)

*...wenn's konflikte gibt mit dem pflegepersonal dann äußere ich meine vorstellungen ne, es funkt auch schon mal, dann –mit dir rede ich nicht mehr- ist dann die reaktion, und hinterher wird doch wieder miteinander gesprochen...(A2 72-75)
... dann muss man sich schon wieder äußern. da kann man das ganze noch mal klarstellen und eh * sich vorwürfe anhören, man sei unhöflich oder arrogant gewesen eh* mal wieder gegen argumentieren. aber so ist das. wenn so was kommt, dann sage ich dem patienten auch klipp und klar was sache ist, das geht nicht ... (A2 96-101)*

...kann man generell sagen, dass man versuchen sollte ähm konflikte zu verstehen, den hintergrund, der anlass und die inhalte aufzuklären, dass man im direkten gespräch versucht mit den beteiligten, wenn es jetzt einen konflikt gibt, wo der arzt mit dran beteiligt ist. oder zwischen arzt und pflegepersonal oder arzt und patient einen konflikt gibt, versuche ich dann direkt mit dem patienten oder der krankenschwester

ein gespräch zu führen, vielleicht initial unter vier augen, aber auch teilweise, wenn man sieht, dass viel emotionen mit dabei sind, mit jemand aus deren bereich... (A3 192-200)

Ärzte sehen sich in der Entscheidungsposition im Beziehungsdreieck. Sie nehmen für sich in Anspruch, Entscheidungen für Patienten transparent und nachvollziehbar zu gestalten. Sie sehen Pflegende näher am Patienten und verwerten deren Beobachtungen zu ihrer Entscheidungsfindung. Sie sehen sich als praktische Anwender einer Wissenschaft, nicht als Wissenschaftler, da sie direkt mit dem Patienten arbeiten. Ärzte nehmen wahr, dass ihre Arbeit mit dem Patienten und Pflegenden Gefühlsarbeit ist. Sie erkennen ihre Autorität, die sie gezielt zur Durchsetzung ihrer Interessen einsetzen. Probleme versuchen sie zeitnah und sachlich zu klären.

4.3 Die Fremdwahrnehmung

4.3.1 In der Rolle als Patienten Pflegende und Ärzte wahrnehmen

Patienten nehmen die Organisation innerhalb der Klinik wahr und sehen eher die Pflegenden in der Rolle der Organisatoren und Koordinatoren. Bei Rückfragen und Erläuterungen zur Organisation und zum Ablauf befragen sie die Pflegenden. Sie nehmen Pflegende auch wahr als Initiatoren für komplementäre oder zusätzliche Therapiemethoden. Sie entwickeln ein Gespür für Konflikte zwischen den Berufsgruppen. Sie unterscheiden zwischen dem persönlichen zwischenmenschlichen Eindruck und der fachlichen Qualität. Dazu nutzen Sie alle direkten und indirekten Informationsquellen. Sie sehen Ärzte und Pflegende nicht immer in einer engen Verbindung. Sie entwickeln ein Gespür dafür, wenn etwas im therapeutischen Team nicht stimmt und versuchen Meinungen über Mitglieder des therapeutischen Teams von anderen Mitgliedern einzuholen.

...also dieses organisatorische, genau. und zum teil auch die erklärung, was da passiert, ne. da konnte ich mich bei rückfragen-, war eher das personal zuständig. das pflegepersonal zuständig... (Pa1 240-242)

...ich hab die nicht gerade in verbindung miteinander erlebt. wie ich schon sagte, da gibt es den arzt, der immer rumkommt, und da gibt es die pflegenden, die für die alltäglichen bereiche zuständig sind, oder für die therapie. die praktische, also an der

therapieform zusammen. ich hatte eine sehr engagierte oberschwester, die versucht hat eine bestimmte diät einzuführen, und was ich mitgekriegt habe ist, dass sie das zum teil mit widerstand der ärzte durchgeführt hat. die hatte also nur einen arzt der anderen station, der diese alternative therapieform unterstützt hat. und na ja, die durfte sie anbieten oder durfte sie durchführen, aber da war keine unterstützung von seiten der ärzte da. und na ja letztendlich bei der entscheidung der medikamente haben die wenig einfluss, das weiß ich ja auch. ich hab die nicht groß in zusammenarbeit erlebt... (Pa1 276-288)

...man kriegt natürlich auch über die pflegenden mit, was die für äußerungen machen, was die von bestimmten ärzten halten. find ich immer sehr wichtig, weil ich denke, die haben so einen interneren einblick. ich bei allen patienten kann manchmal nicht beurteilen, wie gut ein arzt ist. zum beispiel abgesehen von dem, wie ich ihn persönlich mag. das hat nochmal ne andere qualität, wie gut er als arzt ist, in seiner funktion als arzt. da kann er entscheiden als guter arzt und das kriegt man dann eher halt auch über pflegepersonal mit, wie die sich nebenbei so nöh äußern, was da für bestimmte andeutungen kommen oder so. und da merkt man natürlich auch, was die von denen halten. und von manchen halten sie was und von manchen nicht. das heißt, ich halte mich mit meiner mit meinen eindrücken bedeckt... (Pa1 291-203)

...da hatte ich auch den kontakt eher zu den schwestern. dass die sagten „gehen sie jetzt bitte da und da hin“ oder gaben erklärungen darüber. da hat der arzt einfach nur praktisch, hat ich den eindruck, pro forma angeordnet. und das war schon mehr ein bereich, der mehr der station obliegt... (Pa1 234-238)

Patienten sind neben der ärztlichen Meinung an der Meinung der Pflegenden zu ihrer Situation und Therapie interessiert. Sie wollen sich nach mehreren Seiten absichern, viele Meinungen einholen, um sich selbst ein Bild machen zu können. Sie sehen sich in engerem Kontakt zu den Pflegenden. Weil dieser Kontakt rund um die Uhr besteht, kennen Pflegende Patienten besser.

...ich sehe eben nicht nur dass der arzt den pflegenden sagt, das und das muss gemacht werden. mich interessiert zum beispiel wie die pflegenden das sehen, die haben vielleicht noch andere meinungen, bringen die ein, die kennen mich ja besser, die erleben mich ja viel öfter, täglich auf station... (Pa1 340-344)

*...auf die pflegekonflikte, ja das ist immer im hintergrund immer da steht, ich werde nicht genügend versorgt, wenn ich emh, ich habe nachteile dadurch, wenn ich konflikte mit denen habe.*4*ja... (Pa1 566-569)*

...also der arzt, der die station hat (UNVERSTÄNDLICH) ist immer sehr großzügig und sehr hilfsbereit würde ich sagen. also ich jetzt hier das letzte mal aufgenommen worden bin stand ein (UNVERSTÄNDLICH) apparat hier für mich... (Pa2 43-46)

...und die sind alle nett zu mir. also ich kann ihnen wirklich nichts negatives sagen. ob das jetzt der arzt ist, wenn ich was wissen will, man gibt mir auskunft, eh, also bezieht sich ja jetzt hier nur aufs krankenhaus nä, nicht auf auf eh andere ärzte... (Pa3 8-72)

Ein lockerer Umgang unter Pflegenden und Ärzten zeugt von einem vertrauenden respektvollen Klima, in dem sich Patienten wohl fühlen können. Es stört sie nicht, wenn Pflegende und Ärzte sich duzen. Es zeugt eher von ei-

nem guten Verhältnis innerhalb des therapeutischen Teams. Dies bietet die Basis für Vertrauen. Interesse an ihrer Person erfahren sie, wenn ungefragt jemand zu einem kurzen Gespräch ins Zimmer kommt und alle anfallenden Fragen beantwortet.

...die machen auch alle nur ihre arbeit nã, und auch die station hier, ich wenn ich das höre, so so wie die sich untereinander hier, die duzen sich alle, das ist eigentlich ein ziemlich lockeres klima, muss ich ehrlich sagen, also ICH empfinde das so...

(Pa3 137-140)

... die kommen mal eben rein, ob sie jetzt hier für den gang zuständig sind oder nicht, und ach na wie geht es ihnen, und ne, setzen sich dahin reden nen moment mit mir...(Pa3 145-147)

Es entsteht kein Vertrauen bzw. wird zerstört, wenn Pflegende und Ärzte nicht als „Therapeutische Einheit“ wahrgenommen werden, und sich Ärzte keine Zeit nehmen Patienten etwas zu erklären. Negativ bewertet wird eine Visite von zahlreichen Ärzten, bei der aber kein Arzt wirklich mit dem Patienten redet ebenso, wie ärztliche Anordnungen, die vom Pflegepersonal nicht ausgeführt werden.

...dass so wenig auf mich eingegangen wurde auf ärztlicher seite her. von der pflegerischen seite, rein von der pflege war es völlig in ordnung... (Pfl1 241-243)

...Besonders betroffen habe sie die Unfreundlichkeit der Schwestern, die lieblose Behandlung und die Tatsache, „dass ärztliche Anordnungen vom Pflegepersonal zum Teil einfach nicht ausgeführt“ würden... (DPa1 16-19)

...„Und dann kommt da jeden Morgen so eine Truppe von Weißkitteln reingerauscht, alle super gestylt, allesamt gut aussehende Männer, aber keiner nimmt sich Zeit; schon gar nicht, um einem mal irgendwas zu erklären... (DPa1 22-25)

Patienten wünschen sich eine vertrauensvolle Atmosphäre. Sie haben ein Gespür für die Qualität der Beziehung zwischen Pflegenden und Ärzten. Einen lockeren Umgang zwischen den Personen bewerten sie als Zeichen für ein vertrauen- und respektvolles Klima. Dieser Eindruck wird unterstützt, wenn Patienten merken, dass Pflegende und Patienten als ein Team arbeiten und eine Meinung vertreten. Sie unterscheiden zwischen sozialer und fachlicher Qualität der Personen. Für Patienten ist es wichtig neben der Ärztemeinung ebenfalls die Meinung der Pflegenden einzuholen.

4.3.2 In der Rolle als Pflegender Patienten und Ärzte wahrnehmen

Pflegende nehmen Ärzte oft ohne wirkliches Interesse an der Person des Patienten wahr. Ihrer Meinung nach beschränkt es sich zu oft ausschließlich auf die Erkrankung. Patienten werden in ihrer unwissenden Situation als sehr respektvoll und schüchtern gegenüber den in der Hierarchie hoch stehenden MedizinerInnen erlebt, bei gleichzeitig hoher unausgesprochener Erwartungshaltung. Pflegende erleben Patienten als „unwissend“, die ihr Wissen eher über die Pflegenden zu mehr versuchen als über die Ärzte. Sie denken, dass Patienten oft zu unkritisch unwissend sind und nicht die Information einfordern. Sie werden nicht ausreichend über alternative Behandlungsmethoden informiert und stimmen zu schnell einer vorgeschlagenen Therapie zu. Sie sind der Meinung, dass Ärzte den unwissenden Patienten zu viele Dinge direktiv auferlegen, ihn ungenügend in den Entscheidungsprozess einbeziehen.

...was ich eh mich am meisten stört ist, dass von ärztlicher Seite her zum Patienten hin er nur nach seinem medizinischen Gebrechen beurteilt wird. er wird in seiner Persönlichkeit und Menschlichkeit nicht richtig beachtet. also für mich geht diese Beziehung Patient-Arzt nur auf medizinischer Basis meistens ab. ich habe im Gefühl und ich sehe es oft, alleine, wie die Gespräche sind, dass da nicht vielmehr Interesse ist, in anderen Sachen... (Pfl1 24-30)

...der Patient ist eigentlich eher in erster Linie unwissend... (Pfl2 4f)

...dass sich die Patienten eher zu dem Pflegepersonal im Laufe des Prozesses, wenn die hier sind im Krankenhaus, zum Pflegepersonal hingewenden. also eher die Fragen als erstes zu uns rantragen, bevor sie es einem Arzt nähertragen... (Pfl2 11-14)

...die Patienten halt oftmals wirklich so ins Krankenhaus reinkommen und von nichts ne Ahnung haben im ersten Moment. und sehr großen Respekt vor dem jeweiligen Arzt haben. besonders wenn gewisse Titel vorhanden sind, sag ich mal Professor oder ja, Oberarzt, Chefarzt. die dann schon im ersten Moment zurückhaltend sind aber auch letztendlich die gewisse Hoffnung in diese Ärzte setzen... (Pfl2 20-24)

...der Patient halt sehr schnell sagt „ja, o.k., ich unterschreibe“ und das ist das jetzt, was der Arzt dem Patienten rät und oftmals willigen die Patienten sehr schnell zu. und vielleicht weil sie - das halt als Mittel der Wahl sehen - und vielleicht andere Möglichkeiten gar nicht kennen. und dadurch kommen - würd ich sagen - wenn jetzt der Rat des Arztes halt nicht der Richtige war... (Pfl2 145-150)

Sie halten Ärzte manchmal für nicht ausreichend gut über Patientenbedürfnisse informiert, um diese in ihrem Entscheidungsprozess berücksichtigen zu können.

...die ärzte dann teilweise über den aktuellen zustand der patienten nicht richtig bescheid wissen. also dass sie ja so handeln ohne sich den patienten nochmal angeguckt zu haben...(Pfl2 295-297)

Pflegende denken, dass Patienten Ärzte mehr anerkennen als Pflegende, weil sie nicht ausreichend über die Ausbildung und die Tätigkeiten von Pflegenden informiert sind und Pflege als Hilfsberuf ansehen.

...oftmals ist es so, dass die ärzteschaft mehr anerkannt wird als das pflegepersonal. weil viele patienten eigentlich gar nicht wissen, was unter pflege zu verstehen is, was da eigentlich alles mit zusammenhängt. was man können muss. was man gelernt haben sollte und überhaupt was man am tage für tätigkeiten hat. das wird oftmals nicht richtig anerkannt von der, von der patientenseite her... (Pfl2 524-530)

Aus Sicht der Pflege werden Patienten aus ihrem normalen Leben herausgerissen und müssen sich während ihrer Erkrankung in ein neues System integrieren und unterordnen.

...also die werden komplett aus ihrer eigenständigkeit rausgerissen, weil der, in meinen augen ist der aus seinem selbständigen leben rausgenommen worden und wird ihm viel auch von außen aufdiktiert. also der muss wie er sich unterordnen kann und eigenes leben nicht mehr so weiter führen. aufgrund ner krankheit oder so ner sache in ein system reingebunden... (Pfl3 19-24)

Infolge der Selbstreflexion der pflegerischen Tätigkeiten wird der Patient als Kunde identifiziert, der Dienstleistungen in Anspruch nimmt. Dies führt zu einem Umdenken mit Auswirkungen auf die Art und Weise der pflegerischen Leistungserbringung, verstärkt hin zur Patienten-/Kundenorientierung.

... viel mehr kunde, weil ich bin heute so weit, dass ich sage „der patient is für uns nen kunde“... (Pfl3 28f)

Pflegende denken, dass Ärzte Probleme damit haben, sich mit dem Patienten als Person zu beschäftigen. Sie lassen sich nach Meinung der Pflegenden nicht so intensiv auf Patienten ein. Dies hängt wieder davon ab, ob sie einen Patienten persönlich mögen oder nicht. In Einzelfällen verhalten sich Ärzte gegenüber Patienten autoritär.

...wenn er exaktere wünsche hat, haben ärzte nen bisschen probleme, sehr viele probleme auf den patienten von der psychischen seite her einzugehen. die ärzte ma-

chen ihr ding, machen ihre operationen, machen ihre sachen, erklären auch sehr vieles, aber irgendwo ist es auch vorbei.... (Pfl3 43-47)

... dass da so ´ne distanz da is. ehm, dass sie sich nich so einlassen auf en patienten wie ne pflegekraft ... (Pfl3 52f)

...man merkt schon bei manchen ärzten, dass die ne sympathie haben für bestimmte patienten und andere den überhaupt nicht interessieren. und man merkt schon, dass das die patienten zu spüren kriegen. dass die teilweise abgekantet werden in einer art, die echt nicht mehr schön ist... (Pfl3 125-129)

Pflegende nehmen die Beziehung zwischen Patienten und Ärzte mit einem starken Gefälle wahr. Sie erleben Patienten auf Grund ihres Unwissens unsicher und zurückhaltend und zu wenig fordernd. Sie denken, dass Patienten nicht umfassend über alternative Therapiemöglichkeiten aufgeklärt werden. Mediziner halten sie oft nicht interessiert für die Bedürfnisse der Patienten neben ihrer Erkrankung. Patienten sehen sie aus ihrem Alltag herausgerissen und einem fremden System ausgesetzt. Pflegende denken, dass Ärzte sich emotional nicht so nah auf Patienten einlassen wie sie und manchmal zu autoritär sind. Patienten müssten nach Ansicht der Pflegenden von allen Mitgliedern des therapeutischen Teams auch als Kunden betrachtet werden.

4.3.3 In der Rolle als Arzt Patienten und Pflegende wahrnehmen

Ärzte nehmen Pflegende in einer engeren Beziehung zum Patienten wahr. Patienten unterstellen sie Hemmungen gegenüber Ärzten, da sie sie als Autorität sehen und anerkennen. Von Pflegenden erhalten Ärzte zusätzliche Informationen über Patienten, die sie manchmal nicht selbst wahrnehmen. Den Pflegenden gestehen sie zu, sie an Versäumnisse zu erinnern, und ihnen zusätzliche Informationen über den Patienten zu geben.

... pflegende und patient (ÜBERLEGEND) da ist auch eine vertrauensbasis, eine engere beziehung zum teil glaub ich als manchmal zum arzt ... (A1 33-35)*

... mit hemmungen von seiten von patienten mit zu tun hat, also dass der probleme hat, daß er den arzt als autoritäre person sieht ... (A1 36-38)

...die schwester, weil sie viele dinge näher am patienten erfährt, beleuchtet und durchleuchtet und man kriegt mehr licht und durchblick als arzt. oft kommen informationen, die man selbst gar nicht so wahrnimmt von ihr... (A2 285-287)

...haben die pfleger und krankenschwester wesentlich mehr mit den patienten zu tun und erhalten auch damit wichtige informationen über das wohlbefinden des patienten,

manchmal auch über beschwerden, die der patient dem arzt nicht gesagt hat... (A3 17-21)

...und wenn wir ärzte nicht dran denken, den patienten aufzuklären sind halt gleichberechtigte partner das pflegepersonal da, um den anstoß zu geben... (A3 96-98)

...weil sie wesentlich sehr häufig wesentlich mehr informationen, persönliche informationen vom patienten weiss, die auch dann dem arzt weitergeben soll, über das umfeld, über die erkrankung über die beziehung zu angehörigen, und die krankenschwester dass automatisch auch in ihrem alltag auch tut, dem arzt die information vom patienten souffliert... (A3 373-378)

Ärzte denken, dass Pflegende und Patienten am Erfolg einer Therapie beteiligt sind. Von den Patienten wünschen sie, dass sie sich aktiv an der Therapie beteiligen, indem sie sich für eine Therapie entscheiden und diese beibehalten.

...ehm wenn ich einem helfen kann, ... ich denk ehm da sind die schwestern genauso beteiligt beziehungsweise der patient... (A2 332-335)

...ich mag keine patienten, die sich dauerhaft in ihre passivität zurückfallen lassen und sich in ihrer krankheit aalen, die gibt's ja. so krankheitsgewinnler neh. mir ist der patient am liebsten, so sagt, so wir wollen, wir machen jetzt zusammen ein konzept, man erklärt ihnen das, so und so gehen wir vor, und das zieht man dann durch und man erwartet dann noch eine rückkopplung, positiv oder negativ, weil man kann das konzept ja auch individuell verändern, aber das muss auch ja, ein hin und rückweg sein, keine einbahnstrasse... (A2 474-481)

Wenn Patienten ins Krankenhaus kommen, ist ihre Erwartungshaltung groß, sie müssen sich dort aber dem System unterordnen. Sie müssen sich an die Organisation der Gesundheitsleistungen und deren Anbieter anpassen. Sie müssen sogar manchmal Schmerzen über sich ergehen lassen.

...die allermeisten patienten in einer zwar erstens sehr großen erwartungshaltung ins krankenhaus kommen, aber dann doch sich dem gesamten system des krankenhauses, sei es tagesablauf, sei es veränderungen, untersuchungen manchmal schmerzhaft untersuchungen für den patienten selbst unterordnen müssen und in ein bestimmtes geschehen eingliedern müssen... (A3 9-14)

Wenn Patienten sich im Krankenhaus wohl und geborgen fühlen, findet eine „Kundenbindung“ statt. Um dies sicherzustellen, werden bei schwerwiegenden zwischenmenschlichen Konflikten die Patienten betreuenden Personen im therapeutischen Team ausgewechselt, nicht zuletzt, um eine Eskalation des Konfliktes zu vermeiden.

... hören wir von vielen patienten, dass sie sich hier geborgen fühlen. also deshalb ist das krankenhaus xxx auch sehr sehr, die patienten sind dann auch sehr krankenhaus gebunden ... (A3 118-120)

...es gibt manchmal schwierige persönlichkeiten in allen drei personengruppen. und gewisse persönlichkeiten passen einfach nicht zueinander ... wenn es um den patient geht dann kann man immer sagen, ob ein anderer arzt den patienten betreut, oder eine krankenschwester, es geht ja nur um einen kurzen zeitraum. das geht im krankenhaus sicherlich, dass dann diese betreuung gewechselt werden könnte. das sollte man auch machen, bevor irgendetwas eskaliert. es kommt immer wieder vor, dass patienten sich dann schlecht behandelt, unverstanden, ungerecht und falsch behandelt fühlen, und dementsprechend auch das kommt zwar selten vor, und dementsprechend auch rechtsanwälte einschalten ... (A3 218-231)

Aus Sicht der Ärzte schildern Patienten ihre Gesundheitsprobleme sehr subjektiv und emotionsgeladen. Es kommt vor, dass hinter einer geschilderten Symptomatik eine andere „objektive“ Ursache steckt, als die geschilderte.

...der patient doch in der schilderung seiner symptome wir ihm gegenüber stehen, erstmal eine geschichte hören, die sicherlich für den patienten sich subjektiv so darstellt, wie der patient sie auch schildert, letztendlich der kern der aussage vielleicht doch ein ganz anderer sein kann, oder dann doch sehr abstrahiert werden kann. also die ganzen symptome, beschwerden, das ganze leid vom patienten sehr gefühlsvoll und sehr emotionsgeladen und sehr wortreich manchmal geschildert wird, und die information, die dahinter ist sehr sehr schmal sich zeigt hinterher... (A3 342-350)

Nach Meinung der Ärzte übernimmt das Pflegepersonal in einem Krankenhaus die Rolle der Mutter, die für Geborgenheit sorgt und die Bezugsperson für den Patienten darstellt. Der Arzt übernimmt eher eine unnahbare Vaterrolle, die in dieser Ausprägung einer Vertrauensbildung eher hinderlich ist.

...ich denke mal das ist eins der vorstellungen, die junge mädchen, frauen haben, wenn sie krankenschwester werden, dass sie äh eine gewisse mutterrolle einnehmen für den patienten, wenn sie noch keine eigenen kinder haben, um einfach barmherzigkeit weiterzugeben, menschlichkeit, dem patient das gefühl der geborgenheit zu geben, wie halt in einer mutter-kind-beziehung, wo die sicherlich so behandelt werden, wie wir ja alle den krankenflegeschülerinnen zumindest gehabt haben, heutzutage vielleicht etwas weniger, aber ähm wenn das so ist, dann ist das für viele patienten sehr angenehm, für manche vielleicht nicht, weil sie sich dann bemuttert vorkommen, aber für manche patienten auch für den älteren patienten ist das trotzdem gut, man hat dort eine bezugsperson, der man auch alles sagen kann. dem arzt, der nur einmal am tag vorbeikommt, mit dem weissen kittel, geschlossen, so wie es hier im krankenhaus gewünscht ist, ähm steht man manchmal auch geschlossen gegenüber, der krankenschwester, die viermal, fünfmal am tag vorbeikommt, da ist man sehr offen, so dass die krankenschwester eher die rolle der barmherzigen mutter einnehmen kann... (A3 410-427)

Ärzte sehen Patienten und Pflegende in einer engeren Beziehung als zu ihnen. Sie erkennen, dass Pflegende ihnen zusätzliche Informationen über Patienten geben können. Ebenso sehen sie Pflegende in ihrer Erinnerungsfunktion für ihre eigenen Versäumnisse. Von Patienten erwarten sie, dass sie sich aktiv für eine Therapie entscheiden und diese beibehalten. Ärzte denken, dass Patienten eine hohe Erwartung haben und oftmals ihre gesundheitlichen Probleme nicht objektiv beschreiben. Patienten begeben sich in eine Gesundheitsorganisation und müssen sich dieser nach Meinung der Ärzte anpassen und manchmal sogar Schmerzen erdulden.

Dies widerspricht dem Kundengedanken oder der Patientenorientierung, wenn ein Patient sich nach den Gesundheitsleistungen richten muss, anstatt, dass die Gesundheitsleitungen den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten folgen. Dem gegenüber sehen Ärzte eine „Kundenbindung“ an ein Krankenhaus, wenn Patienten sich dort wohl fühlen. Ärzte verteilen im Beziehungsdreieck gerne die Familienrollen Patient als Kind, Pflegende als Mutter und sich selbst als Vater.

4.4 Die Kooperation und Interaktion im Dreieck beschreiben

4.4.1 In der Rolle als Patient Sequenzen von Interaktion beschreiben

Patienten fühlen sich schnell disqualifiziert, wenn sie nicht als gleichwertiger Partner in der Diagnostik und Therapie anerkannt werden. Dazu tragen entscheidend das Maß und die Qualität der Aufklärung durch den Arzt bei. Sie erwarten die Thematisierung eines Alternativenpools anstatt der Nennung ausschließlich eines einseitigen Therapievorschlages. Bekommen sie diese nicht, beschaffen sie sich selbst Informationen und erwarten vom Arzt, dass er sich der Konfrontation mit diesen Informationen respektvoll stellt. Entscheidungen des Arztes sollen Patienten nachvollziehbar kommuniziert werden. Erst eine umfassende, ehrliche Information bildet die Basis einer Vertrauensbildung. Es kommt vor, dass Patienten sich selbst Informationen be-

schaffen müssen, und dem Arzt Vorschläge zur Diagnostik Therapie machen müssen, um ihre eigenen Interessen zu vertreten.

*...weil der arzt die sofort abtut, eh, mich als keine fachfrau, also unqualifiziert in der beurteilung der verfahren sieht, eh, ja, das belächelt, oder von anderen sachen überhaupt nichts hält, von alternativen sachen. wobei ich zum beispiel auch nicht darüber aufgeklärt werde, also zum einen über die nebenwirkungen nicht, aber auch nicht zu wieviel prozent das überhaupt wirkt, dieses medikament. das erfahr ich dann eher über andere, dass gesagt wird, oder im verlaufe der therapie, dass gesagt wird, „och, bei fünfzig prozent schlägt es an, schlagen die medikamente an... (Pa1 160-168)
...hat mich nicht ernst genommen, nicht als kompetenten, gleichwertigen partner,* ich hab mich ein stück hilflos gefühlt, auch dieses, dass er so mächtig ist und ich, ja, gegen ihn nicht ankomme, keine chance gegen ihn habe. * mh *, und auch so'n gefühl, ich muss mich selber um meine belange kümmern. ich werde nicht gut genug informiert. es geht um mich und ich muss mich um meine belange selber kümmern. das heißt ich muss alle informationen mir woanders her beschaffen und aufpassen, dass ich nicht überrollt werde. (MACHT ANGESTRENGTEN LAUT; PUH) fande ich anstrengend. oder ich hörte dann von einer patientin, die hatten die und die untersuchung noch, dass ich fragen musste (DEN ARZT) „was meinen sie denn, sollen wir nicht auch noch die und die untersuchungen machen?“. oder eine entsprechende behandlung noch dazunehmen. wo ich dachte, ich muss mich eigentlich um das kümmern, was dem arzt seine aufgabe ist.... (Pa1 178-191)*

Die Erfahrung, den Gesundheitsleistungen im System hinterher zu laufen, bewerten Patienten negativ. Informations- und Aufklärungsgespräche wünschen sie sich im therapeutischen Team, um hier den gleichen fallbezogenen Informationsstand zu erreichen und gemeinsam zu einer Entscheidung zu kommen, beziehungsweise, dass der Entscheidungsweg für alle transparent gemacht wird.

*...ich musste mich tierisch bemühen, wenn ich mal ein gespräch mit dem arzt haben wollte. der kam zwar jeden morgen zur visite rein, aber wenn ich zufällig nicht da war, oder bei einer anwendung, da musste ich extra hingehen und da überlegt man als patient, ist es jetzt so wichtig, dass ich den arzt stören muss, was ich völlig albern finde. ich habe ein recht darauf mit dem arzt zu reden. was ich mir wünschen würde, wäre natürlich, dass ich vielleicht mit den pflegenden und dem arzt zusammensitze, und dass der arzt mich aufklärt und auch die pflegenden aufklärt, die und die krankheit ist es, weil da hat der ahnung von. die diagnostik ist gemacht, die sollten wir vielleicht noch machen, und dann die möglichkeiten, die man so hat, dass ich also mitkriege, worüber da gesprochen wird, wie die entscheidung letztendlich gefunden wird und dass ich das gefühl hab, ich werde miteinbezogen in die entscheidungsfindung, und nicht nur vollendete tatsachen gesetzt. und dass natürlich auch meine wünsche respektiert werden und nicht so, na ja so *niedergemacht werden, oder dass ich da ernst genommen werde, auch wenn ich nicht das machen möchte, was die mal gerade für richtig halten... (Pa1 316 bis 333)*

Patienten sehen im Krankenhaus in unterschiedlicher Ausprägung Raum und Atmosphäre, in denen Gefühle gezeigt werden können und die dann von den Leistungserbringern wahrgenommen und in geeigneter Form thematisiert werden. Dies ist abhängig von therapeutischen Personen, die respektvoll mit dem Patienten in seiner ganzen Person und seiner Intimsphäre umgehen.

*...es ging mir so schlecht, dass ich manchmal nicht anders konnte, ich hab dann losgeweint, *manche haben das mitgekriegt, haben das ein stück übergangen, ich habe gemerkt, dass die das mitgekriegt haben, kam auch so ne bemerkung, „och sind sie traurig?“, es war aber emh nicht die art, wo ich dann weiterrede. es war nicht die aufforderung, oder die haben nicht das klima so gestaltet, dass ich darüber reden konnte. ich hab eher peinlich// ich hatte gedacht, ich hab überhaupt keine intimsphäre dafür. ich wollte weinen, aber es kamen ja die tränen, da liegen zwei andere mitpatientinnen nebenan, die dann fragen, „och was ist denn los“, also und „du musst doch nicht weinen“, also wo ich dacht ich habe überhaupt keine intimsphäre, um meine gefühle auszuleben*... (Pa1 484-494)*

...also dat ich merke, es setzt sich jemand damit auseinander, und erklärt mir, wat das is und und eh wie gesagt, geht auch drauf ein, genau wie ich gesagt habe hier dieser eine finger, da wurde mir eh von einem arzt und auch der pfleger verwies auf diesen einen finger. dieser eine finger ist wichtig, den brauchen sie. solche antworten kriege ich dann hier. wenn ich mir so klein vorkomme, dann kriege ich aber gesagt jeden tag auch wenn es nur so ein finger ist, is das wichtig, das das wieder in ordnung kommt. so das ist doch eigentlich eh kann ich doch damit zufriedne sein, is doch ne positive aussage. also man setzte sich damit auseinander und sagt mir das auch. und sagt nich nur, jut der finger aber. schon die worte allein, auch der finger bei ihnen ist wichtig. ich meine ich merke es ja selber, ob es beim schreiben ist oder bei sonst was ist ne, das ne, also da bin ich eigentlich auch zufrieden mit der aufklärung hier... (Pa3 221-234)

In ihrer wahrgenommenen Abhängigkeit vom therapeutischen Team versuchen Patienten Konflikte mit diesem zu vermeiden. Dabei ist es wichtig, sich in der Krankheitsverarbeitung auf sich selbst zurückziehen zu können. Diesen Rückzug bewerten sie als heilungsfördernd. Bei der Entstehung von Konflikten, in die sie involviert sind, befürchten sie Sanktionen durch die Leistungserbringer. Deshalb versuchen sie Konflikte zu vermeiden, und für eine gute Stimmung untereinander zu sorgen.

...und wenn man gegen den großen halbgott in weiß was sagt, ob man sich DA NICHT SCHADET, also man hat angst da einen konflikt zu haben mit dem arzt, konflikt mit pflegepersonal vermeide ich, weil// zum teil aus dem grund, weil ich bin von denen abhängig und wenn ich es mir mit denen verscherze, tue ich mir keinen gefallen damit. also ich denk, die möchten keinen konflikt mit mir, dann bin ich schwierig, also wenn ich auf meiner meinung poche, bin ich für die schwierig, kriege ich auch mit,*

*wenn die über andere reden zum beispiel. dann habe ich angst, dass die sich nicht so um mich kümmern. ich sehe mich schon in abhängigkeit *zu beiden *... (Pa1 544-553)*

*...ich möchte patient sein dürfen als patient. ja und darunter verstehe ich, mich meiner krankheit widmen oder meiner person widmen, also bei mir sein, das die aufmerksamkeit bei mir ist. sowohl meine als auch die der pflegenden und der ärzte. *ich habe als ich eben beschrieben habe, ist, dass ich hatte meine aufmerksamkeit ständig im außen, wem ich allein wie was recht mache. das ist nicht gerade heilungsfördernd oder *also ich möchte wirklich, dass alle sich um mich kümmern, und äh dass ich vor allen dingen die ruhe und die zeit habe und die gelassenheit, mich wirklich mit meiner krankheit auseinandersetzen in meiner krankheit zu sein und mit den ganzen gefühlen, die damit verbunden sind. und nicht so nach außen gerichtet sind... (Pa1 651-662)*

Patienten fühlen sich in einer vertrauensvollen Atmosphäre wohl, in der Ärzte und Pflegende einen partnerschaftlichen Umgang pflegen. Wird ihrer ganzen Person Aufmerksamkeit, Interesse und Respekt entgegen gebracht, können sie sich auf ihre Erkrankung konzentrieren. Dazu benötigen sie umfassende Informationen über ihre Erkrankung und Therapieformen. Die beteiligten Personen sollten über die gleichen Informationen verfügen und alle an der Erreichung des gemeinsam definierten Ziels mitarbeiten. Damit stellen sich Patienten in den Mittelpunkt des Geschehens.

4.4.2 In der Rolle als Pflegender Sequenzen von Interaktion beschreiben

In Konfliktsituationen mit Patienten versuchen Pflegende in einem offenen Gespräch die Situationen vorurteilsfrei zu klären. Dabei begeben sie sich auf die Ebene des Patienten. Das eigentliche Problem liegt manchmal versteckt hinter der Verhaltensweise, deshalb ist Fingerspitzengefühl in der Kommunikation gefragt. Konflikte lassen sich am besten lösen, wenn man auf die Gefühlsebene geht, die eigentlichen Probleme werden dann sichtbar. Der edukative Auftrag ihrer Tätigkeit wird von den Patienten nicht immer kritiklos angenommen. In der Konfliktbearbeitung kann es im therapeutischen Team auch schon mal heftig und laut werden.

...also meistens ich versuche dann schon in einem normalen gespräch herauszufinden, an was das liegen könnte, manchmal bin ich schon von vorne herein beeinflusst durch irgendwelche leute, eh wenn die was irgendwas erzählen über welche leute, und die dann schon ein bisschen mit ner vorgehaltenen meinung dahin zu jemanden, aber meistens, eh es kommt zwar selten zu konflikten zwischen mir und patienten, wenn, dann beruht das auf einer einfachen struktur vom patienten, dann wird es ziem-

lich laut, und ich versuch den leuten das dann auch so in ihrer art manchmal auch das mitzuteilen, wie sie es haben, wie ich denke, dass sie es verstehen, ihren sender aufnehmen. weil ich denke, ich habe auch den auftrag, so ein bisschen, einen erzieherischen auftrag in der pflege. doch damit kommen kommen patienten nicht so klar, bloß, eigentliche konflikte versuche ich auf einer ganz normalen, wie gesagt auf einer gesprächsebene zu führen. ich denke halt, häufig äußert sich das an ganz anderen dingen, die man so gar nicht sieht, dass der patient so reagiert, und man muss da ein bisschen fingerspitzengefühl haben, mal gucken, an was das denn wirklich liegen könnte. und deswegen frage ich auch meistens. da gehe ich auf die gefühlsebene, und dann kommt schon einiges raus.... (Pfl1 179-197)*

*...also ich bin immer dafür, dass man mir alles ins gesicht sagt, das mache ich auch bei den anderen, sicherlich staut sich manchmal ein bisschen was auf, aber eh** ja, ich versuch das schon erstmal mit den leuten zu klären. außer mit einer person (lacht) konnt ich das bisher noch nie (lacht) richtig. aber eh ** es ist halt, wie wie, ja, es ist kurz und heftig kann es manchmal sein, und dann ist es in ordnung, ich habe da keine probleme mit ner konfliktbewältigung, also ich denke, das ist nicht schwer, mit keinem von irgendwelchen von den gruppen, patient, mitarbeiter pflegekräfte oder ärzte.... (Pfl1 201-207)*

Konfliktsituationen mit Ärzten haben eine andere Qualität, weil auf Grund der zeitlich längeren Zusammenarbeit persönliche Aspekte in den Konflikt reinspielen. Im Laufe der Zeit bilden sich individuelle Problemlösungsstrategien heraus, die dann an den Konflikt angepasst angewandt werden. Lassen sich Konflikte nicht auf erster Ebene lösen, wird aus dem System Verstärkung geholt. Eine Ursache für Konflikte liegt in der unterschiedlichen Bewertung der Leistungserbringer im Hinblick auf Patienteninteressen und deren Vertretung im Therapeutischen Team.

...denke ich schon. der unterschied ist, eh dass der konflikt bei den ärzten ** bei den pflegekräften, glaube ich mit den mitarbeitern mit denen man nahe steht, spielen auch oft so ein paar persönliche strukturen mit, die so einen konflikt führen können. da geht es nicht nur, denke ich um die arbeit direkt, sondern auch ein bisschen mehr, was da reinspielt, und bei den ärzten, kommt es eher zum konflikt, wenn ich sehe, wie schlecht der patient durch gerade dem arzt seine therapie oder sonst was unmögliches dem angetan wird, oder der arzt sich eben unkorrekt verhält in seiner arbeitsweise, und da versuch ich den arzt schon drauf anzusprechen. wenn sich da nichts ändert, gehe ich ganz schnell an eine höhere instanz. eh also am schlimmsten ist es bei mir echt, wenn der patient, wenn dem was schlechtes angetan wird, das zweitwichtigste ist das pflegepersonal, das drittwichtigste ist, wenn mir irgendwas angetan wird. so wenn ja ** das möchte ich so stehen lassen... (Pfl1 209-221)*

Existiert ein vertrautes Verhältnis zwischen Pflegenden und Ärzten, greifen sie verbal in das Behandlungsschema ein und diskutieren mit Ärzten die Medikation oder komplementäre Methoden. Sie rechtfertigen dieses Eingreifen

mit dem Vertreten von Patienteninteressen. Diese Patientenorientiertheit wird vom Arzt nicht immer gebührend berücksichtigt und gewürdigt.

...ich hab persönlich gute erfahrungen gemacht, dass ich auch innerhalb des ganzen behandlungsschemas eingreifen kann. dass ich sage, wie sieht das aus, wollen wir mit diesem medikament nicht hoch oder runter gehen, oder das und das und das. das ist auch wieder persönlich, bloß glaube ich eh ist das kein festes ding, das ist wieder abhängig davon, von der pflegekraft vom arzt... (Pfl1 287-292)

...dass halt in gewissen bereichen, was man dem patienten zugute kommen lässt vom arzt belächelt wird. also nicht anerkannt, das sind vielleicht keine rein medizinischen sachen, die man durchführt, sondern eher irgendwelche, sag ich mal, vielleicht stimulierende sachen oder überhaupt geistig fordernde sachen für den patienten. das ist dann - ja, wird oftmals dann belächelt. weil die ärzte halt wirklich ihren medizinischen standpunkt sehen und wir dann viel einfachere oder auch leichter zu verstehen für den patienten irgendwelche mittel und wege finden. die dann oftmals nicht so anerkannt von den ärzten sind... (Pfl2 154-162)

Pflegende setzen ihre Dienstleistung in Form von Gefühlsarbeit bewusst ein, um Patienten in der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Dabei ist das Einhalten einer gewissen emotionalen Distanz notwendig, um sich selbst zu schützen.

...also da will ich mal sagen, dass ich die natürlich fühle, sehe und wahrnehme die emotionen, aber ich muss nicht alles in mir aufnehmen, was mir da entgegenschlägt. ich versuche mehr, dem patienten den anschein zu geben, mit ihm zu leiden zum beispiel, oder dass ich das absolut mit ihm teilen kann, was er rüberbringt, aber das ist ein stück weit in diesem moment eine schauspielerei, und ich nehme das zwar so zur kenntnis, den fakt, aber das gefühl richtig lasse ich in mir dann gar nicht zu... (Pfl1 309-316)

Patientenorientierung versuchen Pflegende unter anderem durch die Gestaltung einer angenehmen Atmosphäre zu erreichen. Mit gezieltem Interesse an der Person versuchen sie, die zur Behandlung notwendigen Informationen zu bekommen und in Gesprächen mögliche Angst abzubauen. Dies bietet die Grundlage zur Vertrauensentwicklung. Situationsabhängige Unterstützung des Patienten im Sinne von Empathie fördert die Beziehungsentwicklung im Therapeutischen Team.

...man versucht dem patienten so einen aufenthalt im krankenhaus so angenehm wie möglich zu gestalten. dass man sehr viel denen erklärt, öfters nachfragt, ob die fragen haben. und wirklich halt die patienten drauf anspricht, ob sie noch irgendwelche fragen haben. weil man dadurch halt die patienten lösen kann, dass sie auch fragen stellen.

weil sie oftmals halt die angst haben fragen zu stellen. das ist der eindruck. und man versucht halt, ja, dazwischen ne beziehung aufzubauen, dass sich der patient halt auch gut aufgehoben fühlt im krankenhaus. vor allen dingen sehr viel pflegepersonal dasein sollte, dass der patient halt auch eigentlich seine bezugsperson findet auf station, wo er halt die hauptsächliche - das hauptsächliche vertrauen bekommt... (Pfl2 45-55)

... dass man halt versucht als pflegepersonal sich in die lage des patienten zu versetzen. also wie er jetzt, an dem jeweiligen tag, so körperlich, seelisch, geistig halt drauf ist. dass man das dann auch halt respektiert... (Pfl2 59-62)

Die Macht des Arztes verdeutlicht sich nach Meinung der Pflegenden z. B: in der Suche nach dem Schuldigen, um seinen persönlichen „Schuldanteil“ abzuwälzen. Pflegende sehen die Schuld auf das schwächste Glied in der Kette, den Patienten abgewälzt. Wenn Diskussionen zu keinem zufriedenem Ergebnis führen oder sie nicht gegen die ärztliche Meinung ankommen, resignieren Pflegende oft und schlucken den Ärger erstmal runter.

...wenn ein arzt versucht seine schuld eigentlich auf andere niederzudrücken, wenn es eigentlich offensichtlich ist für alle in diesem dreierteam, sag ich mal, ehm, wer da schuld is. und er das eigentlich glaubt, meines erachtens auch weiß, dass er in dem moment schuld ist, der arzt, dass er das halt weiter versucht zu wälzen. und sobald der dann merkt, dann landet´s vielleicht beim allerletzten, oder in dieser reihenfolge dann halt ganz unten bei dem patienten. und da merkt man dann schon, weil man kommt dann auch einfach nicht gegen an... (Pfl2 258-266)

...man bespricht sich dann halt darüber im team, dass man, dass man das nicht so gut fand, ehm, ich sach mal, irgendwann is halt das maß soweit voll, dass man halt versucht mit dem arzt darüber zu sprechen. dass man schon sagt „hier, hör zu, so und so. wir haben das jetzt so oft erlebt, ihr gebt den patienten feste uhrzeiten, zum beispiel wann sie nach einer op trinken dürfen“ und versuch dann halt seinen standpunkt zu erklären, warum man das eigentlich in dem moment dem patienten nichts zu trinken geben möchte, weil er dann eventuell erbricht. aber oftmals schluckt man auch viele sachen als pflegepersonal dann runter... (Pfl2 312-320)

Bei Problemen mit Patienten wird eine Fallbesprechung im Team abgehalten. Um Vertrauen aufzubauen, wird versucht einen Zugang zum Patienten zu finden, damit der Patient sich öffnet und sich verstanden fühlt. Ärzten wird unterstellt, sie vertrauten Pflegenden nicht genügend in der Ausführung von gewissenhaften Aufgaben. Pflegende wissen aber um die Wichtigkeit der Vertrauensbasis zwischen allen Beteiligten, die sie mit aufbauen. Pflegenden ist wichtig, dass sie authentisch sind, und nicht aus falsch verstandenem Stolz Leistungen durchführen, die sie nicht gut beherrschen. Sie vertreten die

Meinung, dass jeder nur das tun sollte, was er kann, soweit es seine Kompetenz es zulässt.

... man die auch erst noch mal im team bespricht wie man am besten halt an den patienten rankommt, indem man ihn, ja, seine situation nochmal beleuchtet, von allen seiten. wie empfindet dieser patient und dann halt auch das gespräch zu dem patienten suchen. also dass man dann - dass man das halt wirklich im team bespricht, wie könnte man jetzt wirklich am besten machen, ohne halt den patienten noch mehr, irgendwie, in eine schiene reinzudrücken, also dass er noch aggressiver vielleicht wird. oder sich noch unverständener fühlt. dass man da halt wirklich, ja, vorsichtig rangeht, dass man irgendwo vielleicht nen ansatz sucht und auf den aufbaut... (Pfl2 330-340)

... irgendwo sollte der arzt dem pflegepersonal vertrauen, dass man, ja, gewisse aufgaben auch wirklich gewissenhaft ausführt und sehr wichtig find ich das vertrauen zwischen pflegepersonal und patienten. also mehr auch so in die richtung, dass der patient sich halt aufgehoben fühlt. dass er da, sag ich mal, eine person aus dem pflegerischen team hat, der patient, mit dem der patient halt auch mal sprechen kann. also dass da so eine vertrauensbasis sich aufbaut zwischen patient und pflegepersonal. (Pfl2 367-374)

...soweit wie halt der ihre kompetenz auch reicht. also man sollte sich da nicht irgendwo brüsten bei themen von denen man keine ahnung hat. so man sollte wirklich nur so weit dann mitarbeiten können wie auch das wissen ist. und das sollte jede pflegeperson auch so fair sein und sagen „ja, o.k. das kenn ich nicht. das mach ich wirklich nicht.“ also nicht dass man, ja, sich dann irgendwie brüsten will damit. dass man irgendwelche dinge tut obwohl die dann nicht vernünftig ausführt... (Pfl2 386-392)

Um Konfliktsituationen zwischen Patienten und Ärzten zu vermeiden, sehen sich Pflegende in einer Vermittlerfunktion. Sie vermitteln beispielsweise Patienten die Notwendigkeit von ärztlichen Entscheidungen, wenn diese von den Ärzten nicht mit dem Patienten gemeinsam entschieden wurden.

... und da hatten wir eine, die war richtig bockig. die hat dann geheult. die sollte halt ne gewisse bewegung machen, die patientin. und das konnte sie nicht vor schmerz. und die frau doktor wollte das nun mal unbedingt und die patientin hat geheult. und dann sagt sie „jetzt ist schluss. ich geh nach hause.“ bumm. wir versuchen das - es geht also ziemlich offen - so! im prinzip find ich das auch schön. aber manchmal nich. manchmal is es auch nich schön. wenn man da drin steht - und versucht die beiden so auszubalancieren.... (Pfl3 134-141)

...jemand der immer weiter weiß wenn es stockt. auch zwischen den pflegenden und ärzten und zwischen patient und ärzten und versucht dann brücken zu bauen. und versucht sachen rüberzubringen, die der arzt einfach aufdoktriniert hat. ich bin einfach das bindemittel... (Pfl3 197-200)

Pflegende versuchen mit Fingerspitzengefühl Konfliktsituationen anzusprechen und einer Lösung zuzuführen. Mit Zunahme der Erfahrung in der Konfliktbewältigung werden individuelle Problemlösungsstrategien angewendet.

In Konflikten mit Ärzten spielen oft persönliche Aspekte eine Rolle. Lassen sich zwischenmenschliche Probleme nicht alleine lösen, wird Verstärkung im System mobilisiert. Ursachen für die Problemstellung sehen Pflegende in der unterschiedlichen Bewertung von Patienteninteressen. Sie versuchen durch ein gezieltes Interesse an der Person des Patienten eine Vertrauensbasis zu schaffen. Jeder im therapeutischen Team sollte authentisch bleiben, sein Tun reflektieren und die anderen Personen respektieren, um Patienten eine vertrauensvolle Basis zu bieten.

4.4.3 In der Rolle als Arzt Sequenzen von Interaktion beschreiben

Ärzte sehen in der Interaktion zu den Pflegenden eine gegenseitig geringe Akzeptanz auf beiden Seiten. Beide nehmen für sich in Anspruch, Phänomene um die Patientenversorgung als richtig wahrzunehmen und korrekt zu bewerten. Sie bewerten diese Auseinandersetzung als Konkurrenzgerangel und Machtgehebe, was für eine Ziel orientierte Arbeit als Team mit dem Patienten hinderlich ist. Kommt es gar soweit, dass negative persönliche Meinungen über die andere Seite gegenüber dem Patienten geäußert werden, entsteht ein Vertrauensverlust, bzw. kann kein Vertrauen entstehen. Vertrauensbildung beim Patienten ist an ein gutes Beziehungsverhältnis zwischen Arzt und Pflegende gekoppelt.

*...die dinge, die ärzteschaft sehr autoritär oftmals ist und die erfahrungen, die beobachtungen, die das pflegepersonal zum teil mit dem patienten macht, weil sie einfach häufiger mit denen zusammen ist, über mehrere stunden am tag auch, sie intensiver erlebt, ehm man nicht für voll nimmt, nicht richtig zuhört, was sie sagen und auf der anderen seite vom pflegepersonal, dass sie ehm ohne vielleicht diese weiteren zusätzlichen informationen was weiß ich, untersuchungen oder sonstigen ehm** überlegungen und planungen auf seiten der ärzteschaft irgendwo auch nicht anerkennen. und das es dann zu einem bestimmten letztendlich zu einem konkurrenzgerangel kommt unter den beiden parteien, dass es letztendlich nicht darum geht zusammen mit dem patienten zu arbeiten und zusammen zu einer lösung zu kommen für den patienten oder mit dem patienten, sondern dass es da um machtgehebe geht, wer hat mehr zu sagen, wer hat die.., wer sieht das alleine richtig... (A1 132-146)*

...ich glaub man kann das nicht immer vor der tür lassen. manchmal kommen dann auch so bemerkungen beim patienten an von beiden seiten, dass die eine seite den anderen schlecht macht und umgekehrt und dass dadurch für den patienten irgendwo ein vertrauensverlust da irgendwo ist.... (A1 154-158)

Probleme versuchen sie in einem sachlich ruhigen Gespräch zu klären. Dabei kann aus einem sachlichen Gespräch eine überkochende emotionale Situation entstehen. In diesem Fall findet ein Rückzug statt, um die Emotionen abklingen zu lassen. Danach wird das Gespräch fortgesetzt. Ziel solcher Gespräche ist die Aufklärung der Patienten über Sinn und Zweck von ärztlichen Entscheidungen, Diagnostik und Therapie. Gespräche mit dem Ziel, Entscheidungsfindungen transparent zu machen, führen Ärzte mit Pflegenden. In Patientengesprächen geht es ihrer Meinung nach zusätzlich darum, dass sie ihre Ängste artikulieren und verarbeiten können.

Bei Problemgesprächen mit Pflegenden bevorzugen Ärzte ein Gespräch unter vier Augen, oder holen bei Bedarf den Vorgesetzten der Pflegenden hinzu. Ein anderes Ziel von Problemgesprächen mit Patienten ist es, eine rechtliche Eskalation der Situation zu vermeiden. Allerdings gibt es auch Situationen in der Kommunikation mit Patienten, in denen einem Patienten in autoritärer Form direktiv etwas mitgeteilt wird, weil er sich nicht so verhält, wie der Arzt es erwartet.

...versuche es mit dem zu bereden, ruhig zu bereden, sachlich zu bereden, es ist nicht immer möglich, wenn sie ausfallend oder sowas werden oder laut werden, dass ich, habe ich auch schon oft zimmer verlassen, bin einfach rausgegangen und nachher wieder reingegangen wenn der patient wieder ruhig war und ich vor allem auch wieder ruhig war.... (A1 161-169)

...dass man offen über alles redet. alles. also sorgen ängste, nöte, also dass auf der einen seite in der rolle als arzt in der du bist, den patienten offen sagst, wie und was warum du das zum beispiel machst, warum du möchtest, dass die und die therapie zum beispiel gemacht wird, oder warum die und die diagnostik gemacht wird, warum, weshalb, wieso, vor- und nachteile des ganzen auch offen sagst, nicht irgendwie rumdruckst und irgendwo anordnest zum beispiel. das gleiche auch mit dem pflegepersonal besprichst, und mit denen zusammen überlegst. und den patienten auch aufzufordern, dass er versucht, was ich meistens nicht, anfangs vielleicht nicht mache, ihre ängste zu artikulieren. sie auffordern und zu ermuntern immer wieder dass sie fragen sollen, wenn sie was nicht verstanden haben zum beispiel, oder wenn sie angst vor irgendwas haben, oder wenn ihnen was unklar ist... (A1 201-213)

...versuche ich dann direkt mit dem patienten oder der krankenschwester ein gespräch zu führen, vielleicht initial unter vier augen, aber auch teilweise, wenn man sieht, dass viel emotionen mit dabei sind, mit jemand aus deren bereich. wenn es um einen patienten geht vielleicht mit einer krankenschwester, und wenn es um eine krankenschwester geht, konflikt arzt-krankenschwester, versuche ich mit der oder dem vorgesetzten noch dazu zu nehmen... (A3 196-203)

...dass patienten sich dann schlecht behandelt, unverstanden, ungerecht und falsch behandelt fühlen, und dementsprechend auch das kommt zwar selten vor, und dem-

entsprechend auch rechtsanwälte einschalten und auch klagen, ähm um dem ganzen streit aus dem wege zu gehen, versuchen wir halt schon probleme einfach anzusprechen und nicht totzuschweigen... (A3 228-233)

...im ersten moment kann vielleicht können die emotionen vielleicht überkochen, aber da versuche ich zumindest den patient komplett rauszuhalten, es sei denn, ich sehe wirklich extreme persönlichkeiten bei patienten, die sich selber schaden, wo ich dann aus ärztlicher sicht die gesundheit des patienten an erster stelle setzen muss, und dann ist mir die form letztendlich egal. denn es kommt auf das ziel an, wenn ein patient kurz vorm versterben ist, und ich hab die pflicht dem patienten zu helfen, und patient lehnt emotionsgeladen was ab, ist aber nicht mehr bei vollem bewusstsein, dann muss man auch in der entsprechend anderen art, also auch emotionsgeladen den patienten auch mal was in lauter sprache mal mitteilen... (A3 258-268)

Ärzte halten es für Ziel führend hilfreich authentisch zu sein, Gefühle zuzulassen, um eine Vertrauensbasis zu schaffen. Die Fähigkeit zur Gefühlsarbeit halten sie dabei für wichtig. Als Erleichterung zum Aufbau einer Vertrauensbasis bewerten sie eine Bodenständigkeit, mit der sie die alltägliche Nähe zum Patienten gestalten, zum Beispiel durch persönliche Bekanntschaft durch ein gemeinsames Lebensumfeld. Grundsätzlich unterstellen sie Patienten eigene Interessen und große Erwartungen bei der Aufnahme. Dabei verleiht ihnen ihr Wissensvorsprung eine Machtposition gegenüber dem Patienten und dem Pflegenden, die eine andere Ausbildung haben.

... das geht auch in die richtung empathie wieder mit. ehm dass ich zulasse, dass ich meine gefühle zeige. dass ich die gefühle von anderen akzeptiere auch, dass ich das ganze nicht sehr bürokratisch sehe auch. zwischenmenschlich ist schwer zu beschreiben*4*. so wie man sich in seiner familie und mit seinen freunden benimmt irgendwo, dass das da auch reinspielen sollte. dass man sich auch, derjenige der patient oder die anderen wer auch immer, das gefühl hat, er kann sich öffnen irgendwo, da ist keine mauer irgendwo davor oder ein unüberwindbarer graben, dass man an ihn ran kommt auch.... (A1 366-374)*

*...also en bisschen bodenständigkeit, was * ehm * viele dinge erleichtert im aufbau und in der pflege von beziehungen zum patienten, den zugang zu patienten. oft kennt man ihn selbst privat oder man kennt wiederum einen, den der kennt, oder man hat sich sonst schon mal gesehen. und eh es ist eigentlich ein ganz schönes gefühl. also man gehört irgendwie mit dazu. also es baut distanz ab, erleichtert vieles. natürlich sind die erwartungen auch relativ groß, wenn die patienten einen kennen. das ist ne triebfeder. man setzt sich schon dann vielleicht ein bisschen mehr ein. als manch einer, der aus stadt x kommt, und den zugang zu den leuten nicht so richtig findet... (A2 37-46)*

...eh klar, empathie gehört dazu, mitschwingen, das bodenständige, eh jetzt die gegen eh gegenposition, wenn man wirklich gut mit den leuten auskommt. auch spielen... (A2 130-132)

...der patient hat eigene interessen und erwartungen, mit denen er herkommt. wir haben nen bestimmten wissensvorsprung auch eine machtposition. das pflegepersonal hat ne andere qualifikation ... (A2 5-8)

In der Gestaltung des Tagesablaufes nutzen sie ihre Machtposition, um ihre organisatorischen Vorstellungen gegenüber Pflegenden und Patienten durchzusetzen. Sie beanspruchen für sich die optimale Organisationskompetenz, um chaotische Situationen zu bewältigen. Sie nutzen hierarchische Strukturen und gesellschaftliches Ansehen, denen sich Patienten unterzuordnen haben.

...es morgens um zehn rund geht bis nachts um eins, die meisten sachen zu zweit macht, wenn die schwester mit den patienten unterwegs ist man ganz allein hier ist und dann ist man gefordert auch dinge einzuteilen und zu organisieren. und gut, (SEUFZT) da setze ich schon meine vorstellungen durch, weil es sonst Kraut und rüben gibt. wie ich das löse, gut das ist so ne eigenart von mir, mag sein, dass ich manchmal ein bisschen hektisch wirke oder auch fordernd, aber das hat sich meistens bewährt. da gebe ich ein ganz klares schema vor, so machen wir das jetzt und eh dann haben wir das nachher geschafft ... (A2 62-70)

...bisher hab ich meinen stiefel einfach durchgezogen... (FA 2)

...weil die allermeisten patienten in einer zwar erstens sehr großen erwartungshaltung ins krankenhaus kommen, aber dann doch sich dem gesamten system des krankenhauses, sei es tagesablauf, sei es veränderungen, untersuchungen manchmal schmerzhaft unterordnen müssen und in ein bestimmtes geschehen eingliedern müssen... (A3 9-14)

Im Alltag versuchen sie Interaktion ohne hierarchische Strukturen und Autorität zu gestalten, erwarten auf Grund ihres medizinischen Wissensvorsprungs aber die Durchführung ihrer Anordnungen. Bei gewichtigen Gegenargumenten von Pflegenden überdenken sie ihre Entscheidung noch mal. Aufgrund des Wissensvorsprungs sehen sie sich als Therapeuten gegenüber dem Patienten in einer Elternrolle.

*...ich probier dat nicht auf eine hierarchische oder autoritäre ebene zu stellen, die beziehung zu pflegenden, sondern dinge durch überzeugung und argumente rüber zu bringen näh. und die meisten dinge sind zu regeln. die erwartung ist klar, wenn * ehm ich das gefft/ ja die die kennntnis habe, das ich das jetzt anordne und das muss ich ja, dann sollte das auch gemacht werden. aber ich appelliere schon immer dann daran, dass das ankommt mit argumenten und überzeugung. wenn die natürlich en gewichtiges gegenargument haben, dann denke ich auch darüber nach und teilweise akzeptiere ich das und ändere auch meine meinung... (A2 453-462)*

... viele patienten haben die informationen, medizinische informationen nicht und kommen halt wie das kind zu den eltern mit vielen fragen, weil sie nicht diese erfahrung oder dieses wissen, das halt das medizinische wissen, was bei ärzten und krankenschwester auch einem patienten dann halt vermitteln können... (A3 367-371)

Starre hierarchische Strukturen und Konkurrenz, die sie gegenüber Pflegenden und Patienten im Alltag nutzen, bewerten sie innerhalb ihrer Berufsgruppe als demotivierend. Konflikte in der Interaktion bewerten sie als unproduktiv und lästig.

*...dass ich im endeffekt nach dem aip gar keine lust mehr auf diesen beruf hatte. ich hab gedacht, wenn das woanders genauso abgeht in hierarchischen strukturen und mit einem gegeneinander neh, dann kanns das nicht sein...(A2 195-198)
...jetzt haben wir eine ganz ruhige situation wieder. das stärkt, man ist freier, als wenn immer wieder dieser konflikt beladene beziehungskram mitschwingt, was unproduktiv ist neh, ja das bringt einen nicht weiter. das hindert mehr wie sonst was...
(A2 267-171)*

Zur Gefühlsarbeit setzen sie bewusst verschiedene Methoden und Techniken ein, um Patienten zu einer bestimmten Entscheidung oder zu einem bestimmten Verhalten zu bewegen.

*...ich probiere oft der harlekin zu sein, um den leuten ein bisschen die situation ihrer ernsthaftigkeit zu erleichtern. es geht. mit einfachen dingen. ein kind kam zuletzt mit einem bisschen verschobenen speichenbruch radiusfraktur. das muss man nicht unbedingt in narkose machen. da macht man kurz klick und vorher lenkt man die natürlich ab, das tut ein bisschen weh, dann quaken die ein bisschen und dann macht man ein paar jokes mit den kindern... (A2 303-309)
...ich mach nich alles lächerlich, darum geht das nicht, verstehst de schon neh. bei allem ernsthaften hintergrund, man sollte schon neh schon die versorgung, die objektive gewährleisten, aber man kann auch mal fragen, na, wie geht's denn junge frau, wenn die neunzigjährige das ist, sich ans bett setzen, ihr die hand halten und über den garten reden, oder über dieses und jenes aus dem dorfleben, das erleichtert vieles, auch mal platt reden, das kann ich fließend, kein problem.... (A2 386-393)*

Sie weisen auf die Wichtigkeit der Beziehungen und Interaktion im Dreieck hin. Sie erkennen Informationsdefizite in der Interaktion der Leistungsanbieter, indem Informationen nicht weiter gegeben werden. Dies führt zu Problemen. Aufklärung und Information bringt dem Patienten Sicherheit.

...beziehungen nur zwischen arzt und patient oder nur zwischen patient und krankenschwester kann alleine nicht erfolgreich existieren ... (A3 5-7)

Ärzte sind der Meinung, als Dienstleistungserbringer zu agieren. Um dies effektiv zu leisten, denken sie möglichst viele Informationen von und über den Patienten erhalten zu müssen. Sie sind der Ansicht, dass Patienten ei-

nen guten Eindruck bekommen, wenn innerhalb des Therapeutischen Teams eine gute Atmosphäre herrscht.

...wir sind ja ein dienstleistungsunternehmen, wir wollen ja den patienten helfen, wir können dem patienten schneller und effektiver und besser helfen, je mehr informationen wir vom patienten bekommen... (A3 125-127)
...dass der patient auch selber mitbekommt, wenn die ärzte, schwestern und anderes personal hier gerne miteinander zusammenarbeiten, dann ist das auch ein feedback für den patienten... (A3 136-139)

Im Beziehungsdreieck ist jeder gleichzeitig Zuschauer und Akteur.

...zuschauer würde ich jeden dieser beteiligten nennen, einfach deswegen, weil jeder ja den anderen, weil das ja ein kreis ist ein gefüge, und jeder den anderen oder das was geschieht ja beobachtet. und jeder ist ja nicht nur teilnehmer sondern auch beobachter. und da ist jeder gleichzeitig auch zuschauer des ganzen, was passiert... (A3 318-322)

In medizinischen Problemsituationen suchen Ärzte Rat bei anderen Kollegen. Rat holen sie sich auch bei Pflegenden, wenn diese über fachliche Erfahrungen verfügen und wenn ein gutes Verhältnis zueinander besteht.

...ich suche auch rat von der krankenschwester, die auch mit den patienten zu tun hat, oder in bestimmten fällen auch der zuständigen stationsschwester, wenn ich zu der ein sehr gutes verhältnis habe, versuche ich mir einfach rat zu holen, wie deren einschätzung ist. wenn es um medizinische probleme geht, ähm haben sich im laufe der zeit halt kollegen herausgestellt bei den assistenten bzw. oberärzten, bzw. auch der chefarzt, die man in bestimmten bereichen als fachkompetenter einschätzen kann und man einfach weiß, dass sie fachkompetenter sind, sich einfach dort mal einen rat holt... (A3 528-536)

Ärzte sehen sich in der direktiven Position im Beziehungsdreieck. Sie versuchen Probleme sachlich anzusprechen und halten Authentizität der Personen für Ziel führend im Behandlungsprozess. Sie sehen sich hohen Erwartungen der Patienten an sie ausgesetzt. Ihren Wissensvorsprung nehmen sie als Machtposition gegenüber Patienten und Pflegenden wahr, den sie auch einsetzen. Auseinandersetzungen mit Pflegenden bewerten sie als Konkurrenzgerangel, das sich negativ auf die Patientenversorgung auswirkt. Im Interaktionsgeschehen halten sie es für zielführend hilfreich authentisch zu sein, um eine Vertrauensbasis zu schaffen. Sie sind der Meinung, dass Patienten sich dem System Krankenhaus und dessen Strukturen und Prozesse anpassen

müssen. Es sei für Patienten nicht vermeidlich manchmal Schmerzen ertragen zu müssen.