

6. Interpretation der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse auf einer abstrakten Ebene beschrieben, einer Interpretation unterzogen und Auswirkungen auf die Praxis aufgezeigt. Zum Abschluss wird ein Ausblick auf die aktuelle Situation und Entwicklung des Gesundheitswesens im Hinblick auf interdisziplinäre Interaktion innerhalb des Beziehungsdreiecks vorgenommen. Fragen für die weitere Forschung und Empfehlungen für die Praxis schließen sich an.

Im Interaktionsprozess des Beziehungsdreiecks Patient-Pflegender-Arzt verweisen die Daten auf eine innere Dialektik in Struktur und Inhalt. Plakative Schlagworte wie „der Patient als Partner“ und „Entscheidungsbeteiligung“ werden in der Praxis oft nicht gelebt. Während in den Aussagen zur erlebten Interaktion theoretische Ideale für *Menschlichkeit* beschrieben werden, die sich durch *Offenheit, Ehrlichkeit*, auf der Basis von *gegenseitiger Akzeptanz, Respekt, Empathie* und *Vertrauen* gegenüber Patienten auszeichnen, wird die real und praktisch erlebte Interaktions-Situation im Dreieck mit Begriffen wie *Kampf, Macht* und *Konkurrenzgerangel* belegt. Begriffe aus dem militärischen Bereich werden zur Beschreibung der erlebten interaktionalen Arbeitswelt benutzt.

Als mögliche Ursachen für diese Dialektik lassen sich nicht kongruente Selbst-, Menschen- und Weltbilder der beteiligten Interaktionspartner vermuten. Ärzte beanspruchen die letztendliche Entscheidungsmacht über die Therapie, während Pflegende eher die Interessen der Patienten unterstützen. Patienten halten sich heraus, oder suchen nach einem „Verbündeten“ zur Unterstützung ihrer Ziele. Dies kann im Einzelfall zu einem Interaktionskonflikt führen. Als ein Ergebnis lässt sich festhalten, dass diplomatisches und Machtverhalten die Interaktion im Dreieck bestimmen.

Im therapeutischen Bereich führen zusätzlich streng abgegrenzte und trans-subjektive juristische Verantwortungs- und Kompetenzbereiche zu Konflikten im Interaktionsprozess. Der subjektive moralische Anspruch in Verbindung

mit dem Selbstverständnis und dem Menschenbild, dem Patienten eine schnelle und gute Hilfe zukommen zu lassen stehen dazu oft im Widerspruch und verstärken die Problematik zusätzlich. Dieses Phänomen zeigt sich zum Beispiel in der akuten Schmerzversorgung, in der Pflegende auf die Anordnung des Arztes angewiesen sind um handeln zu dürfen, der Arzt aber nicht sofort zu erreichen ist. In einer mächtigen Position zu sein und diese Macht demonstrativ zu nutzen widerspricht dem Anspruch einer gleichberechtigten Entscheidungsfindung.

In einer Situation, in der ein Patient unter starken Schmerzen leidet ist in einzelnen Fällen immer noch aus dem Therapeutischen Team zu hören, „so schlimm kann es nicht sein“, oder „sie haben doch gerade erst Schmerzmittel bekommen“. Hat in diesem Fall z. B. eine Pflegende ein großes Erfahrungswissen und bringt dieses ein, können Konflikte entstehen oder sich verstärken. Es ist dann z.B. schon mal zu hören, „ich möchte auch selbst mal was machen und nicht immer sofort eine Schmerzkonsil veranlassen“. Eine solche Aussage spiegelt beispielhaft den unzureichenden Umgang mit Schmerzsituationen wider. In einer solchen Situation wird Eigeninteresse vor Patienteninteresse gesetzt.

Die Ergebnisse korrelieren auf theoretischer Seite mit dem Gegenstand der Endophysik (vgl. Rössler/Schmidt 1998). Es geht um die subjektive Beobachtung und Beurteilung von Phänomenen. Jeder der Interaktionspartner ist Teil des Systems und trifft seine Urteile und Entscheidungen aus dem Inneren des Systems, hier dem Interaktionsdreieck Patient-Pflegender-Arzt. Objektivität ist also nicht möglich, da jeder Mensch Teil des Systems ist und aus ihm heraus agiert. Jede subjektive Beobachtung und Beurteilung geschieht auf der Basis des Grundwissens jeder einzelnen Person. Damit ist das wissenschaftliche Verständnis gemeint, das sich mit dem Verständnis aus der subjektiven Konstruktion der Alltagswelt paart. In der Endophysik wird das Ziel verfolgt, durch die Nahtstelle der Sinne, den innersystemischen Zugang

zur realen Welt mit dem Zugang der modellhaften sogenannten imaginierten objektiven Realität von außerhalb des Systems zu verbinden.

In den Ergebnissen der Interaktion zwischen Patient-Pflegender-Arzt scheinen diese zwei typischen Zugänge der Endophysik oft voneinander getrennt. Das bedeutet, dass das theoretische kognitive Wissen zur Kommunikation und Interaktion nicht mit dem praktischen Erleben und Handeln in der Interaktionssituation (Konstruktion der Alltagswelt) übereinstimmt. Probleme treten verstärkt dann auf, wenn nicht versucht wird, beide Zugänge (Verständnisse) zu einem Ganzen zu integrieren. Dann wird Subjektivität durch Machtprozesse (Entscheidungsmacht) vor Intersubjektivität (Shared Decision Making) gestellt. Macht ausnutzen bedeutet hier, hierarchische Machtstrukturen zur Verfolgung seiner Interessen und Ziele nutzbar zu machen, sobald die eigenen Argumente in der Interaktion ausgehen oder nicht gehört werden, Interaktionspartner an ihre persönlichen kognitiven Grenzen stoßen, oder gefordertes Verhalten nicht zum Selbstverständnis der eigenen Person passen.

Ein unzeitgemäßes Berufs- und Selbstverständnis macht das Zusammenführen der zwei Zugänge manchmal schwierig. Gegenseitige Abgrenzung der Berufsgruppen behindert zusätzlich dieses Zusammenführen. Erst wenn dieses Verständnis auf allen Seiten bewusst auf der Basis einer personenbezogenen Dienstleistung ruht, ist eine Integration der zwei Zugänge möglich. Arzt1 umschreibt dieses Umdenken mit dem Begriff „Generationswechsel“, in dessen Zusammenhang Patienten als Dienstleistungsempfänger bezeichnet werden und Ärzte und Pflegende als gleichberechtigte Mitglieder des Therapeutischen Teams. BÜSSING bestätigt dies und bewertet diese personenbezogene Dienstleistung als Arbeit der Zukunft (vgl. Büssing 1999, 161). Patientenversorgung, und davon insbesondere die Medizinische und Pflegerische Versorgung arbeiten im Wesentlichen nach dem *uno-actu-Prinzip* (vgl. Peters/Schär 1994, 22ff), das besagt, dass Dienstleistungserbringer und –empfänger zur Dienstleistungszeit am gleichen Ort anwesend sein müssen.

Diese Form der Dienstleistung ist als personenbezogene Dienstleistung Interaktion und verlangt nach einer Beziehung zwischen mindesten zwei Beteiligten.

Der Begriff „Shared Decision Making“ wird von SCHEIBLER/PFAFF (vgl. Scheibler/Pfaff 2003, 3) im Zusammenhang mit der Verbesserung der Interaktion zwischen Professionellem und Patient benutzt, indem der Patient in die Entscheidungsfindung einbezogen wird. Allerdings sind hier mit Professionellen die Ärzte gemeint und der Patient wird als Partner im Medizinischen Entscheidungsprozess gesehen. Patienten wünschen sich allerdings die Beteiligung von Pflegenden am Entscheidungsprozess. Sie sind interessiert, möglichst viele Meinungen einzuholen, um sich abzusichern und sich selbst ein Bild machen zu können (vgl. Zegelin 2005).

Die Ergebnisse der Interviews belegen allerdings immer noch den vorherrschenden hierarchischen Paternalismus in der Patientenversorgung, sowohl innerhalb einer Berufsgruppe wie auch interprofessionell. Pflegende buhlen mit Ärzten um die „Vaterschaft“ gegenüber dem Patienten, was im Interview Arzt1 treffend mit „*blödsinniger Konkurrenzkampf*“ beschrieben wird.

Besonders in dem Interview Arzt3 wird beim wiederholten „Lesen am Stück“ deutlich, dass vordergründig eine Entscheidungsbeteiligung auf allen Seiten des Interaktionsdreiecks konstatiert wird. Im Hintergrund schwingt allerdings die Haltung mit, dass der Arzt derjenige ist, der bestimmt. Zwar hört er sich die Meinungen der Interaktionspartner an und verwertet diese auch, doch nur zur Verfolgung seiner Ziele. Die letztendliche Entscheidungsmacht sehen Mediziner in allen Interviews bei ihrer Berufsgruppe. Ein „Shared Decision Making“ findet nicht wirklich statt.

STRAUSS erklärt eine solche Verhaltensweise damit, dass die „Mitgliedschaft in Sozialen Welten und Untergruppen“ die Perspektive des Handelns und die Interaktion bewirkt, die komplex, überlappend, entgegengesetzt, konfliktför-

dernd sein können und dem Interaktionspartner nicht immer deutlich werden müssen (Strauss 1993, 41).

Eine Möglichkeit der Erklärung bietet die Sozialisation von Medizinern in ihrem Beruf und die Tatsache, dass die Berufsgruppe der Pflegenden versucht gleiche Strukturen aufzubauen, die Sozialisation der Pflegenden ähnlich gestaltet. In ihrer beruflichen Laufbahn sind Mediziner von dem Wohlwollen Ihres Chefarztes abhängig. Im Einzelfall hat ein Chefarzt in unserem Gesundheitssystem die Macht, die berufliche Laufbahn eines jungen ärztlichen Kollegen zu blockieren. Deshalb werden sich Mediziner im Einzelfall eher im Sinne ihres Chefarztes verhalten, um sich nicht selbst zu schaden, auch wenn sie persönlich sich anders verhalten würden. Bei den Pflegenden ist diese Blockade durch den Chef nicht gegeben, da die Berufsprofile unterschiedlich sind. Ärzte durchlaufen im Krankenhaus mehrere Abteilungen, um die Bedingungen zur Zulassung der Facharztprüfung zu bekommen, und dann vielleicht die Klinik zu verlassen, um sich selbständig zu machen. Wenn Pflegende in ihrem Beruf verweilen (die durchschnittliche Verweildauer im Beruf beträgt nur ca. 4 Jahre), sind Weiterbildungsmöglichkeiten vorhanden. Diese werden aber nur von einem Bruchteil der Berufsgruppenangehörigen genutzt.

Die Auswirkung der Entscheidungsmacht wird auf Seiten der Pflege in Steigerung von Bevormundung wahrgenommen. Sie erleben einen Widerspruch zwischen ihrem patientenorientierten Pflegeverständnis und der hierarchisch, nicht kompetenz- und patientenorientiert wahrgenommenen Organisationsform des Alltags. Starre hierarchische Strukturen im Krankenhaus stehen im Widerspruch zum Anspruch einer gleichberechtigten Partnerschaft in der Patientenversorgung, was zu emotionalen Konflikten führen kann.

Die Ergebnisse finden eine erklärende Analogie in der theoretischen Auseinandersetzung um „*sentimental work*“ und „*emotional work*“ in der Arbeitswissenschaft (vgl. Brucks 1999, 182-186). *Sentimental work* bedeutet die Arbeit mit Menschen mit und an deren Gefühlen. Dies findet in der Interaktion statt,

wenn es darum geht jemanden zu überzeugen, oder z.B. Ängste abzubauen. Ziel ist es, einen anderen Menschen in und durch Interaktion zu einem veränderten Erleben und damit zu einem veränderten Agieren zu veranlassen. Diese Diskussion geht auf die Arbeitsgruppe um Strauss zurück (vgl. Strauss et al. 1980). *Emotional work* bedeutet, seine individuellen eigenen Gefühle zu verarbeiten. *Emotional work* als Selbstkompetenz bildet eine Grundvoraussetzung für das Gelingen von *sentimental work*. Der reflexive Umgang mit den eigenen Gefühlen im Beziehungsdreieck wirkt sich auf die Qualität der Interaktion emotionaler Situationen in der Beziehungsarbeit aus.

Pflegende und Ärzte befinden sich in ihrer Interaktion untereinander und zum Patienten häufig in Prozessen von *sentimental work*. Sie versuchen das Gegenüber in seinen Emotionen und in seinem Verhalten zu beeinflussen.

In Bezug auf die Verarbeitung ihrer eigenen Emotionen (*emotional work*) ist im Beziehungsdreieck nur wenig Raum. Für Patienten ist nicht immer eine vertrauensvolle Atmosphäre vorhanden, um ihre Gefühle zeigen und besprechen zu können. Ebenso steht den therapeutischen Berufen nicht grundsätzlich die Möglichkeit zur Verfügung, an ihren Gefühlen zu arbeiten. Dies geschieht meistens informell auf privater Basis in Eigeninitiative. Grundsätzlich passt *emotional work* nicht in unser idealisiertes Wirtschafts- und Gesellschaftsbild, ist aber gerade für die sozialen Berufe, in denen Beziehungsnähe stattfindet obligat.

Als Fazit ist festzuhalten, dass Selbstreflexivität im Sinne der *emotional work* eine wichtige Voraussetzung für qualitativ hochwertige *sentimental work* und Interaktionsarbeit darstellt. Wie die Ergebnisse zeigen, beeinflusst die Qualität der *emotional work* (im Sinn von Nutzen von Diplomatie vs. Macht) die Qualität der *sentimental work* (im Sinn von Beeinflussung von Emotion und Verhalten), und damit insgesamt die Qualität der personenbezogenen Dienstleistung (im Sinn der Interaktion).

Darüber hinaus bildet die Fähigkeit zur Selbst-Reflexion eine wichtige Grundlage für Interaktion in Bezug auf ein erfolgreiches Wissensmanagement (vgl. Senge et al. 2000, 601). Die „Wissenshierarchie“ zwischen den Beteiligten des Beziehungsdreiecks und die daraus resultierenden Konfliktsituationen bestätigen die Aussage indirekt für die Praxis. Erst wenn alle Beteiligten über das gleiche Wissen verfügen und Entscheidungswege verstehen, kann das Entstehen dieser Konfliktsituationen vermieden werden.

6.1 Auswirkungen des aktuellen Gesundheitssystems auf das Interaktionsdreieck Patient-Pflegender-Arzt im Krankenhaus

Die Umstellung der Finanzierung der Krankenhäuser auf das Fallpauschal-system G-DRG (German-Diagnosis Related Groups) und die gesetzliche Stärkung der Patientenrechte hat weitreichende Auswirkungen auf das Interaktionsdreieck Patient-Pflegender-Arzt. Kliniken sind gezwungen, Prozesse und Strukturen zu optimieren. Diese Optimierungen beschränken sich nicht auf eine einzelne Berufsgruppe, sondern erfordern Veränderungen über Abteilungsgrenzen hinweg. Diese Veränderungen vernetzen Strukturen, stellen sie neu zusammen oder lassen sie verschmelzen. Die Optimierung von Prozessen und Strukturen haben sowohl Einfluss auf die Arbeitsorganisation und das Selbstverständnis u.a. der Mediziner, der Pflegenden sowie deren Berufsprofile und Rollen.

Eine Möglichkeit, Prozesse und Strukturen zu optimieren, um sich den Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems zu stellen, ist beispielsweise der Aufbau eines internen Case Managements in Kliniken (vgl. Pape/Bostelaar 2005). Dabei ist festzuhalten, dass Prozesse nur dann sinnvoll optimiert werden können, wenn die Strukturen in Folge der Optimierung den neuen Bedingungen angepasst werden. Bei der Optimierung folgen auf der Seite der Dienstleistungsanbieter die Strukturen den Prozessen der Arbeitsorganisation, wobei die optimierten Prozesse im Sinn einer Dienstleistung idealer Weise den Anforderungen und dem Bedarf eines Patienten folgen. Zur Zeit müssen Patienten meistens noch den Prozessen folgen, bzw. sich ihnen anpas-

sen, sich dem System unterordnen. Dies widerspricht dem Anspruch von Kunden- und Patientenorientierung.

Bei der Optimierung von Prozessen ist es sinnvoll zu überprüfen, welche Personengruppe für eine bestimmte Tätigkeit geeignet ist. Dabei ist es unwichtig, eine Berufsgruppe in den Vordergrund zu stellen. Es geht dabei um die Sache, und nicht um Prestige und Macht. Vormalig scharf abgegrenzte Berufsprofile verschwimmen. Oberstes Ziel muss ein Kompromiss zwischen der Patienten-/Kundenorientierung und der Erlössicherung für die Kliniken sein.

Beim internen Case Management sind Pflegende dazu geeignet, Prozesse und Leistungen um und mit den Patienten als Bedarf zu erheben, zu planen, zu terminieren, zu koordinieren und zu organisieren. Sie sind rund um die Uhr in der Klinik anwesend, und haben dies schon früher getan, wenn auch nicht systematisch. Diese Tätigkeiten erfordern eine hohe soziale und kommunikative Kompetenz in der Interaktion im Beziehungsdreieck zum Patienten und zum Arzt.

Damit Case Management funktioniert, muss die Person des Case Managers mit entsprechenden Entscheidungskompetenzen ausgestattet werden. In der Praxis zeigt sich hier auf ärztlicher Seite Angst vor Machtverlust. In beispielhaften Machtdemonstrationen wird versucht dem entgegen zu steuern, indem zum Beispiel Dienstanweisungen verfasst werden, die den vorherigen Absprachen zur Optimierung unbegründet widersprechen. Dieses Vorgehen zeigt Analogien zur Interaktionsarbeit im Beziehungsdreieck Patient-Pfleger-Arzt, in denen der Arzt die letztendliche Entscheidungsmacht beansprucht.

Prozesse werden im Case Management neuen Bedingungen angepasst und die Interaktion verändert sich dahingehend, dass im Beziehungsprozess Interaktionen im Sinne von Aufklärungsgesprächen, Planen und Durchführen von medizinischen und pflegerischen Leistungen durch einen Case Manager

von „außen“ gesteuert werden. Dabei hat er in bestimmten Bereichen Weisungsbefugnisse gegenüber dem Pflegepersonal und gegenüber den Ärzten. Diese werden idealer Weise im Vorhinein im gegenseitigen Einvernehmen vereinbart.

Treten dann Interaktionsprobleme auf, sind diese leichter zu erfassen und zu bearbeiten. Bei der Lösung von Problemen steht beim gesamten Case Management neben dem ökonomischen Interesse das Ziel der Patientenorientierung immer mit im Vordergrund.

Als ein Ergebnis des Case Management lässt sich festhalten, dass nach einem gewissen Zeitpunkt eine verbesserte Kommunikation und Interaktion innerhalb einer und unter den Berufsgruppen eintritt. Prozesse und Strukturen werden für alle Beteiligten transparenter, nachvollziehbarer und lassen für jede Berufsgruppe Vorteile erkennen. Positive Erfahrungen erhöhen die Selbstreflexivität der Interaktionspartner und verbessern so wiederum die Interaktionsqualität.

Berufsgrenzen verschwimmen, und diejenigen übernehmen den Arbeitsbereich, den sie am besten ausführen können. Tradierte Abgrenzungen der Berufsprofile lösen sich langsam auf. Haftungsrechtliche Regelungen müssen analysiert, neu überdacht und an die neuen Bedingungen angepasst werden.

Ein Case Management System ist ein Beispiel für die Wichtigkeit der Beziehungs- und Interaktionsgestaltung als ein Teil der Gefühlsarbeit im Rahmen von Organisationsentwicklungsprozessen. Diese Wichtigkeit beschränkt sich nicht auf die Ebene des Case Managements, sondern durchdringt die gesamte Interaktion um den Patienten während seines Krankenhausaufenthaltes. Eine gezielte Informationssammlung und Verbreitung von Wissen über einen Patienten an die beteiligten Berufsgruppen und Rückspiegelung dieses Wissens an den Patienten ist gleichzeitig ein wichtiger Faktor des Wissens-

management in Kliniken und in der Interaktion im Beziehungsdreieck. Transparenz und Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen wird gefördert.

Wissen, Vertrauen, Macht und Verantwortung sind die Kernbegriffe der Interaktion im Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt. In den Ergebnissen der Arbeit sind Tendenzen der Zusammenhänge zwischen den Begriffen zu erkennen. Wissen und Vertrauen bedingen sich gegenseitig und beeinflussen die Verantwortungsübernahme und Nutzung von Machtmitteln.

Verantwortungsübernahme verlangt nach Wissen.

Sollen z.B. Patienten oder Pflegende Verantwortung übernehmen, müssen sie über das notwendige Wissen dazu verfügen.

Wissen verlangt nach Transparenz.

Sollen z.B. Patienten und Pflegende gemeinsam über das notwendige Wissen verfügen um Verantwortung zu übernehmen, müssen Entscheidungswege transparent gestaltet und nachvollziehbar sein.

Transparenz verlangt nach Vertrauen.

Werden persönliche gesundheitliche Dinge transparent kommuniziert, muss dies in einer vertrauensvollen Umgebung und mit vertrauenswürdigen Personen geschehen.

Vertrauen verlangt nach Zutrauen.

Damit letztendlich Vertrauen entsteht oder erhalten bleibt, müssen die Interaktionspartner gegenseitiges Zutrauen haben. Nur zu einem Menschen, dem man etwas zutraut (fachliche Kompetenz), kann sich Vertrauen entwickeln oder sich erhalten.

Um Prozesse in der Gesundheitsversorgung im Sinne der Patientenorientierung in einer Klinik zu optimieren, müssen die Kernbegriffe Wissen, Transparenz, Vertrauen und Macht im Beziehungsdreieck thematisiert und kritisch reflektiert werden. Es bleibt zu prüfen, in welchen Formen der thematischen Bearbeitung dies am effektivsten geleistet werden kann. Die Ergebnisse die-

ser Arbeit belegen die Notwendigkeit für die Interaktion im Beziehungsdreieck. Dabei beschränkt sich die Notwendigkeit nicht auf die Interaktion an der Basis am Patientenbett, sondern durchzieht die gesamten Hierarchieebenen einer Klinik.

Es erscheint sinnvoll, bereits während der Ausbildung in den Gesundheitsberufen den Stellenwert der Interaktion im Versorgungsprozess interdisziplinär zu bearbeiten und die Lernenden auf die zukünftige Interaktionsarbeit im Beziehungsdreieck vorzubereiten.

In einem Gesundheitssystem, das Mediziner in ihrer Laufbahn in absoluter beruflicher Karriere-Abhängigkeit zu einem Chefarzt hält, kann kein freier, offener Diskurs entstehen. Es stellt sich die Aufgabe, in Modellstudiengängen der Medizin und in einem modellhaften Weiterbildungssystem neue Lösungen zu finden und zu erproben, die diesen Zwangskontext aufheben.

Auf pflegewissenschaftlicher Seite muss das Berufsverständnis kritisch reflektiert werden. Pflegesysteme wie Funktionspflege, Bezugspflege oder Primary Nursing sind nicht isoliert in der Pflege zu betrachten und umzusetzen, sondern interdisziplinär im Betreuungskontext der am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen vor dem Hintergrund aktueller gesundheitspolitischer Situationen neu zu diskutieren und im Sinne der Versorgungsforschung weiter zu entwickeln. Pflegewissenschaft sollte ihr angewandtes Forschungsgebiet in den Bereich der Versorgungsforschung stärker ausweiten. Pflegesysteme dürfen keinen Selbstzweck verfolgen. Dabei müssen die Berufsgrenzen im Verantwortungsbereich in alle Richtungen zur Disposition gestellt und fach- und berufspolitisch diskutiert werden. Theoretische Ideale dürfen keinen Selbstzweck verfolgen, sondern sind in ihrer praktischen Anwendbarkeit zu überprüfen und unter pragmatischen Gesichtspunkten einer Praktikabilität zuzuführen.

Optimieren von Prozessen und Strukturen in Kliniken, sowohl zur ökonomischen Sicherung, wie auch zur Patientenorientierung, kann nicht ausschließ-

lich durch oder innerhalb einer Berufsgruppe zum Erfolg führen. Erst die interdisziplinäre Optimierung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit einer gemeinsamen Zieldefinition führt zukünftig zum Erfolg, und verweist damit auf die Wichtigkeit der Interaktion. Die Optimierung der Interaktionsarbeit im Beziehungsdreieck stellt eine notwendige Grundlage dar. Gleiches gilt für die Etablierung eines erfolgreichen Wissensmanagement-Systems in einem Unternehmen. Beziehungsarbeit ist daher weiter zu analysieren und didaktisch und methodisch für die Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen weiter zu entwickeln.

Die Tatsache, dass Ärzte sich im Rahmen der Patientenversorgung eher in der Funktion als Handwerker denn als Wissenschaftler sehen, wirft die Frage auf, ob die Ausbildung in der Medizin den gesellschaftlichen Bedürfnissen angemessen ist. Vielleicht macht die Differenzierung in eine wissenschaftlich-anwendungsbezogene und eine wissenschaftlich-theoretische Ausbildung Sinn.

Langfristiges Ziel aller Veränderungen, der Innovationen und der Umgestaltungen muss es sein, die Selbstkompetenz (Personale Kompetenz) und die Sozial-Kommunikative Kompetenz als Kernkompetenzen in die Gesundheitsberufe zu integrieren und zu verankern. Erst dann wird sich die Beziehungsarbeit und damit die Interaktionsarbeit im Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt kunden- und patientenorientiert verbessern, lässt sich die Gesamtqualität der Patientenversorgung zukünftig sichern.