

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**Kooperation zwischen Pflege und Medizin betrachtet aus
der Perspektive des Pflegepersonals.**

Eine qualitative Untersuchung über den Einfluss des Geschlechts.

Verfasserin

Iris Marktl

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im Jänner 2013

Studienkennzahl: A 057/122

Studienrichtung: Pflegewissenschaft

Betreuerin: Mag. Dr. Berta Schrems

Vorwort

Das Thema meiner Diplomarbeit entstand aufgrund meiner persönlichen Erfahrung als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester. Der Fokus meines Interesses richtet sich dabei auf die interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen, insbesondere auf die Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen und den Einfluss des Geschlechts auf deren Kooperation.

Durch das Erleben von bestehenden Kooperationsbarrieren und deren vielfältigen Auswirkungen wurde mir die Bedeutung einer auf unterschiedlichen Ebenen funktionierenden Kooperation bewusst, denn eine qualifizierte pflegerische und medizinische Betreuung ist aus meiner Sicht nur dann möglich, wenn sie in einer multiprofessionellen und engen Abstimmung erbracht wird.

An dieser Stelle möchte ich mich vor allem bei meiner Betreuerin Frau Mag. Dr. Berta Schrems für ihre unterstützende und motivierende Begleitung bedanken.

Ein besonderer Dank gilt meinem Partner Mag. Rupert Schönschwetter, der mich durch alle Höhen und Tiefen dieser Arbeit begleitet hat und durch seinen Zuspruch und Interesse an meiner Arbeit mein Selbstvertrauen gestärkt und zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen hat. Ebenso bedanke ich mich bei unserer Tochter Laura, die mir so viel Freude bereitet.

Ich bedanke mich bei jenen Pflegepersonen, die im Zuge der Interviews Bereitschaft und Offenheit gezeigt haben.

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT.....	1
1 EINLEITUNG.....	7
1.1 AUSGANGSLAGE UND PROBLEMBESCHREIBUNG.....	7
1.2 FORSCHUNGSFRAGEN UND ZIEL DER ARBEIT	9
A) THEORETISCHER TEIL	11
2 KOOPERATION VERSUS KONKURRENZ.....	12
2.1 DEFINITION VON KOOPERATION UND KONKURRENZ	12
2.1.1 KOOPERATION	12
2.1.2 KONKURRENZ	14
2.1.3 COOPETITION.....	15
2.2 FORMEN DER KOOPERATION.....	16
2.2.1 DIE NATÜRLICHE KOOPERATION.....	16
2.2.2 DIE STRATEGISCHE KOOPERATION.....	16
2.2.3 DIE EMPATHISCHE KOOPERATION	17
2.2.4 DIE PSEUDOKOOPERATION	17
2.3 THEORETISCHE ANSÄTZE ZUR KOOPERATION	18
2.3.1 ANSÄTZE DER SPIELTHEORIE.....	18
2.3.2 KOOPERATION UND KONKURRENZ ANHAND DES GEFANGENENDILEMMAS UND DER HIRSCHJAGD	20
2.3.3 INTERAKTIONSTHEORETISCHE ANSÄTZE	23
2.4 FORSCHUNGSSTAND ZUR KOOPERATION ZWISCHEN PFLEGE UND MEDIZIN	30
2.4.1 VORRAUSSETZUNGEN DER KOOPERATION	30
2.4.2 AUSWIRKUNGEN VON KOOPERATION	35

2.4.3	URSACHEN VON KOOPERATIONSBARRIEREN	38
2.4.4	KOOPERATIONSFÖRDERNDE FAKTOREN	45
3	<i>GESCHLECHT, GESCHLECHTERROLLEN UND GESCHLECHTSSTEREOTYPEN</i>	48
3.1	DEFINITION VON GESCHLECHT, GESCHLECHTERROLLEN UND GESCHLECHTERSTEREOTYPEN.....	49
3.1.1	GESCHLECHT	49
3.1.2	GESCHLECHTERROLLEN.....	50
3.1.3	GESCHLECHTSSTEREOTYPEN	50
3.2	THEORETISCHE ANSÄTZE ZU GESCHLECHTSSPEZIFISCHEN UNTERSCHIEDEN.....	52
3.2.1	SOZIOBIOLOGISCHE ERKLÄRUNGSANSÄTZE ZUR GESCHLECHTERDIFFERENZ	52
3.2.2	PSYCHOLOGISCHE ERKLÄRUNGSANSÄTZE ZUR GESCHLECHTERDIFFERENZ	54
3.2.3	SOZIALISATIONSTHEORETISCHE ERKLÄRUNGSANSÄTZE	54
3.2.4	ERKLÄRUNGSANSÄTZE DER FRAUEN- UND GESCHLECHTERFORSCHUNG	56
4	<i>STAND DER FORSCHUNG ZUR KOOPERATION ZWISCHEN PFLEGE UND MEDIZIN UND DEN EINFLUSS DES GESCHLECHTS AUF DEREN KOOPERATION</i>	58
4.1	LITERATURRECHERCHE.....	58
4.2	DARSTELLUNG DES FORSCHUNGSSTANDES ZUR KOOPERATION ZWISCHEN PFLEGE UND MEDIZIN UND DEN EINFLUSS DES GESCHLECHTS.....	59
B)	<i>EMPIRISCHER TEIL</i>	64
5	METHODOLOGIE	64
5.1	BEGRÜNDUNG DER WAHL DES QUALITATIVEN FORSCHUNGSANSATZES	65
5.2	METHODE DER DATENERHEBUNG	67
5.3	GÜTEKRITERIEN QUALITATIVER FORSCHUNG	68
5.4	FELDZUGANG UND AUSWAHL DER GESPRÄCHSPARTNERINNEN	69
5.5	BESCHREIBUNG DER INTERVIEWPARTNERINNEN	70

5.6	DURCHFÜHRUNG UND SETTING DER INTERVIEWS	71
5.7	ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN.....	72
5.7.1	FREIWILLIGE TEILNAHME	72
5.7.2	ANONYMITÄT.....	72
5.8	METHODE DER DATENAUFBEREITUNG UND DER DATENAUSWERTUNG	73
5.8.1	DAS ABLAUFMODELL DER ZUSAMMENFASSENDEN INHALTSANALYSE	74
6	ERGEBNISDARSTELLUNG.....	78
6.1	PERSÖNLICHES ERLEBEN DER ZUSAMMENARBEIT MIT MEDIZINERINNEN.....	80
6.1.1	EMOTIONALE EMPFINDUNGEN UND BELASTUNGEN	80
6.1.2	SPEZIFISCHES VERHALTEN DER MEDIZINERINNEN.....	86
6.1.3	RESULTIERENDE AUSWIRKUNGEN NICHT FUNKTIONIERENDER KOOPERATION	91
6.2	EINFLUSS DES GESCHLECHTS AUF DIE ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN PFLEGE UND MEDIZIN.....	95
6.2.1	RELEVANZ DES GESCHLECHTS HINSICHTLICH DER ZUSAMMENARBEIT MIT MEDIZINERINNEN	95
6.2.2	RELEVANTE FAKTOREN DER KOOPERATION	97
6.3	VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE UND WÜNSCHE.....	102
6.3.1	WUNSCH NACH INTERDISZIPLINÄRER KOMMUNIKATION	102
6.3.2	WUNSCH NACH PROFESSIONALISIERUNG DER PFLEGE	105
6.4	GESCHLECHTSSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE IM ERLEBEN UND VERHALTEN PFLEGENDER	109
6.4.1	HETEROGENITÄT IM ERLEBEN UND VERHALTEN PFLEGENDER	109
6.5	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	114
6.6	DISKUSSION UND AUSBLICK.....	119
7	ZUSAMMENFASSUNG/ABSTRACTFEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.	
8	LITERATURVERZEICHNIS	130

9	ANHANG	143
9.1	INTERVIEWLEITFADEN	143
9.2	LEBENS LAUF	145
9.3	EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG	147

1 Einleitung

Österreichweit üben rund 1,2 Millionen Menschen einen Gesundheitsberuf aus. Darunter stellen diplomierte Pflegepersonen mit über 55.000 Beschäftigten und MedizinerInnen mit rund 23.000 Personen die größten Berufsgruppen dar (Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2011).

Um zukünftig eine qualitativ hochwertige pflegerische und medizinische Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können, ist es erforderlich, berufsübergreifend zusammenzuarbeiten. Auf Grund dessen hat der Begriff der Kooperation in den letzten Jahren zunehmend an Popularität gewonnen. Damit beide Professionen den komplexen Anforderungen, die das Spektrum von Gesundheitsproblemen stellt, gerecht werden kann, ist ein intensives und effektives Kooperieren zwischen Pflegenden und MedizinerInnen notwendig. Vor allem die epidemiologische Entwicklung, wie eine Zunahme alter, pflegebedürftiger und multimorbider Menschen sowie der Anstieg chronischer Erkrankungen, untermauert die Notwendigkeit einer funktionierenden Kooperation aller Beteiligten.

1.1 Ausgangslage und Problembeschreibung

Die Bedeutung einer funktionierenden Kooperation zwischen Pflege und Medizin ist evident. Hinsichtlich der PatientInnenversorgung wird für den Bereich der Gesundheitsberufe die Fähigkeit zur Kooperation als essentiell und obligat erachtet, da qualitativ hochwertige pflegerische und medizinische Versorgung ohne die Fähigkeit und Bereitschaft zur Kooperation nicht möglich ist (Anton, Höhmann, Müller-Mundt & Schulz, 1998, S. 45; Pape, 1998, S. 370). Die Kooperation zwischen den verschiedenen Professionen wird als wichtigste Voraussetzung der Versorgungskontinuität gefordert und deshalb bereits im Jahre 1978 von der WHO zum Prinzip der Primärversorgung erhoben (Garms-Homolova, 1996, S. 39).

Bestehende Kooperationsbarrieren zwischen Pflegenden und MedizinerInnen haben vielfältige Ursachen und Auswirkungen auf unterschiedlichen Ebenen. Wenn nicht kooperiert wird, Maßnahmen nicht ineinander greifen, wirkt sich dies auf die Effektivität, Qualität und Effizienz der gesamten Versorgung im Gesundheitswesen aus (Garms-Homolova 1996, S 40). Zu den gravierenden Folgen bestehender Kooperationsdefizite zählen vor allem Qualitätsmängel in der Betreuung von PatientInnen und mangelnde Kontinuität in der PatientInnenversorgung. Wenn Therapien und Betreuungsleistungen in unkoordinierten Soloaktionen erbracht werden entstehen enorme Reibungsverluste, und das Ergebnis der Kooperation erweist sich als unzureichend (Garms-Homolova & Schaeffer, 1998, S. 9). Weiters kann es zu ungewollten Kosten durch Ressourcenverschwendung, wie Einschaltung teurer Dienste und vorschnelle Hospitalisierung kommen, sowie zur Beeinträchtigung der Arbeit von Pflegeeinrichtungen, deren Abläufe und Funktionalität von der Kooperationsbereitschaft der MedizinerInnen abhängig sind (Schüler, 1992, Garms-Homolova & Schaeffer, 1992).

Kooperationsbarrieren zwischen den beiden Professionen können geschichtliche Wurzeln haben. Die Kooperation zwischen Pflege und Medizin ist von historisch bedingten Besonderheiten geprägt. Die ursprüngliche „Arzt-Schwester“ Beziehung wird als patriarchal und hierarchisch beschrieben, in welcher der Arzt als dominant und die „Schwester“ als unterwürfig charakterisiert wird (Gjerberg & Kjolsrod 2001). Ein Merkmal des Pflegeberufes und des medizinischen Berufes ist, dass es sich beim Pflegeberuf um eine klassische Frauendomäne und bei der Medizin um eine ursprünglich männliche Domäne handelt (Sewtz, 2006). Krankenpflege wurde zu einer weiblichen Berufung und in weitere Folge zu einem Beruf erklärt, der ausschließlich für Frauen, denen von Natur aus Eigenschaften wie Selbstlosigkeit und Gehorsam zugeschrieben wurden, bestimmt war. Die weibliche Pflege wurde als ein für die männliche Medizin untergeordneter Bereich geschaffen (Steppe 1990a). Stein (1967) beschrieb in den 60er Jahren die Zusammenarbeit von Krankenschwestern und Ärzten als „the doctor-nurse-game“, indem die Krankenschwestern das alleinige Entscheidungsrecht und die autonome Führungsposition des Arztes nicht in Frage stellen durften. In dem „Spiel“ wurde

männlich-medizinische Autorität durch die Verleugnung weiblich-pflegerischer Kompetenz aufgebaut. Eine Aufrechterhaltung des Beziehungsmusters zwischen Pflege und Medizin sieht Stein in der eindeutigen Geschlechtertrennung und den damit verbundenen stereotypen Verhaltensanforderungen. Durch die zunehmende Professionalisierung der Pflege sowie dem Zuwachs weiblicher Medizinerinnen und männlicher Krankenpfleger hat sich das „Spiel“ jedoch gewandelt (vgl. Loos, 2006).

Im Hinblick des bestehenden Hintergrundes ist es für die Pflegewissenschaft von Interesse, zu erforschen, wie „the doctor-nurse game“ seitens des Pflegepersonals heute erlebt wird und welchen Einfluss das Geschlecht auf die Kooperation hat. Unterdrückende „Spielregeln“ sollen aufgedeckt und den Beteiligten bewusst gemacht werden, um dadurch zu einer verbesserten Kooperation zu gelangen und in weitere Folge eine effiziente PatientInnenbetreuung gewährleisten zu können.

1.2 Forschungsfragen und Ziel der Arbeit

Das Interesse dieser Arbeit gilt dem subjektiven Erleben des Pflegepersonals hinsichtlich ihrer Kooperation mit Medizinern und Medizinerinnen. Es gibt eine Vielzahl von Forschungsarbeiten zur Kooperation von Pflege und Medizin. Jedoch geschlechtervergleichende Untersuchungen innerhalb der Profession Pflege, in Bezug auf deren Kooperation mit MedizinerInnen, sind bisher marginal vorhanden.

Um zu erforschen welchen Einfluss das Geschlecht auf die Kooperation einnimmt, steht die Frage im Zentrum, wie sich die Kooperation zwischen den Professionen bei gleich- oder gegengeschlechtlichen Beziehungen verändert. Im Speziellen soll hinterfragt werden, ob sich in bestimmten Prozessen der Zusammenarbeit Unterschiede in der Kooperation bei Frauen und Männern zeigen und wenn ja, wie sich diese Unterschiede gestalten.

Im Hinblick der beschriebenen Ausgangslage und Problemstellung ergeben sich für diese Diplomarbeit folgende zentralen Forschungsfragen:

- Wie erleben Pflegende die Kooperation mit MedizinerInnen?
- Hat das Geschlecht einen Einfluss auf die Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen?
- Welche Wünsche und Erwartungen haben Pflegende bezüglich der Kooperation mit MedizinerInnen?
- Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede im Erleben und Verhalten und den Wünschen und Erwartungen Pflegender hinsichtlich der Kooperation mit MedizinerInnen?

Das Ziel dieser Arbeit ist es, das Erleben der Kooperation aus dem Blickwinkel des Pflegepersonals aufzuzeigen und einen Geschlechtervergleich vorzunehmen, um die Relevanz des Geschlechts in der Kooperation zwischen den Professionen aufzudecken. Es ist wünschenswert und beabsichtigt einen Reflexionsprozess und das Bewusstsein Pflegender zu fördern, sowie in der Pflegepraxis stereotype Verhaltensmuster und hinderliche, unterdrückende Spielregeln des „doctor nurse games“ (Stein, 1967) sichtbar zu machen und zu verändern, denn wie empirische Untersuchungen zeigen, können nur gleichberechtigte Partner effektiv kooperieren und Solidarität entwickeln (Herkner, 1991). Weiters können aus den Ergebnissen Impulse und Strategien sowohl für institutionelle Rahmenbedingungen als auch für Fort- und Weiterbildungen abgeleitet werden. Auch mögliche Empfehlungen für die Gestaltung von Arbeits- und Organisationsbedingungen können daraus entstehen, wodurch eine funktionierende Kooperation beider Disziplinen erreicht werden kann. Neue Erkenntnisse könnten der Pflege dabei helfen alte Fehler, wie das Hinnehmen

oder nicht Hinterfragen der kooperativen Beziehungen, zu vermeiden, Verhaltensalternativen zu reflektieren und Pflege zu jener professionellen Tätigkeit auszubauen, die die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen erfordern.

A) Theoretischer Teil

Der nachfolgende theoretische Teil ist eine Literaturarbeit, in der die Themen Kooperation und Geschlecht mittels wissenschaftlichen Publikationen der letzten Jahrzehnte untersucht und dargestellt werden. Den Abschluss des theoretischen Teils bildet eine Darstellung des derzeitigen Forschungsstandes bezüglich der Kooperation zwischen Pflege und Medizin und den Einfluss des Geschlechts auf deren Kooperation.

Die verwendete Literatur des folgenden Kapitels wurde in der Hauptbibliothek der Stadt Wien, der Universitätsbibliothek Wien und der Bibliothek der medizinischen Universität recherchiert. Es wurde nach Literatur zum Thema Kooperation und Konkurrenz, Kooperation im Gesundheitswesen, Kooperation zwischen Pflege und Medizin, Theorien und Ansätze zur Kooperation in deutscher und englischer Sprache gesucht. Die zeitliche Recherche umfasst die Jahre 1985 bis 2008, wobei eine Erweiterung bis 1964 erfolgte. Eingang in die Arbeit fanden Monographien, Beiträge aus Sammelwerken und wissenschaftlichen Fachzeitschriften sowie Forschungsberichte.

Die Literaturrecherche im Internet erfolgte in den Datenbanken „Chinal“ und „Pubmed“. Um den Themenkreis einzugrenzen wurde in den Suchmaschinen nach folgenden Keywords gesucht: nurse-physician relationship, nurse-physician collaboration, collaboration, theoretical rudiment. Dazu wurden in der Recherche die Begriffe nurse-physician relationship oder nurse-physician collaboration einzeln gesucht und auch mit den oben genannten Begriffen kombiniert.

2 Kooperation versus Konkurrenz

In diesem Abschnitt werden zu Beginn die Begriffe „Kooperation und Konkurrenz“ näher betrachtet und definiert. Daraufhin sollen die Formen von Kooperation und ihre zugrunde liegenden theoretischen Erklärungsansätze dargestellt werden. Weiters werden die Voraussetzungen der Kooperation, Ursachen von Kooperationsbarrieren und kooperationsfördernde Faktoren zwischen Pflege und Medizin genauer beleuchtet.

2.1 Definition von Kooperation und Konkurrenz

Der Begriff „Kooperation“ kann dem Begriff der „Konkurrenz“ gegenübergestellt werden. Neuberger und Conradi (1985) definieren beide Begriffe als ein wechselseitiges Aufeinanderwirken, bei dem zumindest zwei Personen miteinander interagieren. Kooperation und Konkurrenz werden nicht als zwei Enden eines Kontinuums verstanden, sondern der Gegenpol beider Dimensionen liegt im individualistischen Handeln der Beteiligten Akteure (Neuberger & Conradi 1985, S. 61ff).

2.1.1 Kooperation

Der Begriff Kooperation ist lateinischen Ursprungs (von cooperatio) und bedeutet wörtlich übersetzt Mitwirkung oder Zusammenwirkung. Kooperation wird als wechselseitige Beziehung zwischen PartnerInnen und als ein Prozess definiert in dem mindestens zwei Personen zusammenarbeiten und Kommunikation stattfindet. (Kramer & Schmalenberg 2005, S. 450). Die PartnerInnen sind in der Kooperation gleichberechtigt und Entscheidungen können unabhängig voneinander aber auch als Team getroffen werden (O’Brien-Pallas, Hiroz, Cook & Mildon 2005).

Garms-Homolova, Maurer und Schaeffer (1998) unterscheiden Kooperation von „bloßer“ Zusammenarbeit. Kooperation wird als wesentlich komplexer und dynamischer gesehen. Kooperation impliziert eine Zielgemeinschaft, und das Ergebnis ist höherwertiger als die Summe der individuellen Einzelarbeit. Es besteht dabei eine enge und harmonische Interaktion zwischen gleichberechtigten PartnerInnen beziehungsweise Organisationseinheiten mit gemeinsamen Zielvorstellungen (ebd., 1998, S. 1)

„Kooperation ist kein Idealzustand, sondern ein Ringen um gemeinsames Handeln, das sich u.a. zwischen den Polen Arbeitsteilung und Kooperation, Konflikt und Kooperation, Konkurrenz und Kooperation, Individuums- und Gruppenorientierung, Koordination und Kooperation sowie Kommunikation und Kooperation bewegt“ (Kumbruck, 2001)

Kooperation kann als "...ein Verfahren (...) bei dem im Hinblick auf geteilte oder sich überschneidende Zielsetzungen durch Abstimmung der Beteiligten eine Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösungskompetenz angestrebt wird" (Van Santen & Seckinger, 2003, S.29).

Interdisziplinäre Kooperation entsteht dadurch, dass Beteiligte unterschiedlicher Berufsgruppen ihre Aktivitäten, unter Berücksichtigung gemeinsam umschriebener Ziele, aufeinander abstimmen und durch sachliche und soziale Koordination erreichen. Die Interessen der beteiligten Personen sind bei der Kooperation nicht konfliktär, sondern sie verfolgen immer das gleiche Ziel, was zu einem gemeinsamen Sieg führt und daher einer Win-Win-Situation entspricht (Van Maanen, 1998, S.67; Neuberger & Conradi 1985, S. 61ff).

Im Bereich des Gesundheitswesens wird Kooperation als ein dynamischer, wechselseitiger Kommunikations- und Entscheidungsprozess zwischen Pflegenden und MedizinerInnen gesehen, welcher eine gemeinsame Zielsetzung impliziert. Das Ziel des Prozesses liegt im Wesentlichen in der Bedürfniserfüllung und bestmöglichen

Versorgung der PatientInnen, bei gegenseitigem Respektieren der unterschiedlichen Tätigkeiten beider Disziplinen (Watts, Dafoe, Martorelli, Chmielewski, Holland, Grossmann, Cameron, 1995; Garms-Homolova et al., 1998, S. 3; Van Maanen, 1998, S.67).

Organisationswissenschaften beschäftigen sich mit unterschiedlichen Typen von Organisation. „Die Organisationswissenschaften schauen von oben auf das kooperative Geschehen. Ihre Perspektive ist die Organisation bzw. die Koordinierung von Einzelaufgaben und -akteuren mittels Regeln und die Frage ihrer Umsetzung“ (Kumbruck, 2001)

Die Sozialpsychologie wird vielfach genutzt um Kooperationen und Organisationen zu erklären. „Die Sozialpsychologie befasst sich mit den sozialen Beziehungen, z.B. Konflikten und ihrer Lösung. Damit wird die soziale Perspektive auf Kooperation geöffnet“ (Kumbruck, 2001).

2.1.2 Konkurrenz

Der Begriff Konkurrenz (von lat. concurrere=zusammenlaufen, zusammenstoßen) wird in der Psychologie als Wettbewerb, als Streben andere zu übertreffen, definiert. Konkurrenz spornt Menschen zu Höchstleistungen an. Das Gefahrenpotential der Konkurrenz liegt darin, dass dadurch Kooperation und Altruismus verhindert werden (Spieß, 2005, S. 90).

Konkurrenz entwickelt sich dann, wenn nur eine der Personen ihr Ziel auf Kosten der anderen erreicht. Das bedeutet, dass Personen gegeneinander zielorientiert handeln, da die „Situation durch Knappheit der Mittel ausgezeichnet“ (Neuberger & Conradi, 1985, S. 67) ist. Zum Wesen des Wettbewerbs gehören Rivalität und Kampf, die AkteurInnen handeln dabei gegeneinander zielorientiert, da die Interessen der Personen konfliktär sind. Einer der Wettbewerber gewinnt und der andere verliert.

Dies wiederum entspricht einer Win-Lose-Situation (Schmidtchen, 2005, S. 67; Neuberger & Conradi, 1985, S. 61ff).

Bierhoff (1998) verweist auf zwei Ursachen von Wettbewerb. Zum einen das Streben nach Gewinn und zum anderen der Angst vor Verlust. Das Streben nach Gewinn beschreibt er jedoch als „Tendenz, dass eine Person sich im Zweifelsfall eher dafür entscheidet, dem eigenen Interesse zu folgen als dem Interesse anderer, die mit dem eigenen Interesse im Konflikt stehen“ (Bierhoff, 1998, S. 21). Neuberger und Conradi (1985) sehen die Ursache von Konkurrenz im Bereich Macht und Gewinn, um den eigenen Nutzen zu maximieren und den des Partners/der Partnerin zu minimieren. Einstellungen zur Kooperation und Konkurrenz werden durch die eigene Lerngeschichte erworben (ebd. S. 61f).

2.1.3 Coopetition

Kooperation und Konkurrenz kommen jedoch auch als Mischformen vor. Um sie zu beschreiben, wurde das Wort „Coopetition“, konstruiert. „Coopetition“ ist eine Wortschöpfung, welche sich aus den Begriffen „Cooperation“ und „Competition“, also Kooperation und Konkurrenz, zusammensetzt (Nalebuff & Brandenburger, 1997). Damit soll erklärt werden, dass soziale Systeme zeitgleich in einem konkurrierenden, also wettbewerblichen und kooperativen Verhältnis zueinander stehen können. So verhalten sich beispielsweise Unternehmen, aber auch Einzelpersonen untereinander in der Forschung kooperativ, stehen jedoch in einem Konkurrenzverhältnis, wenn es um Veröffentlichungen geht. Konkurrierende Kooperation findet man auch in einer Fußballmannschaft. Jeder möchte der Torkönig sein und zugleich kann nur durch Kooperation ein gutes Gesamtergebnis erreicht werden (Tries & Reinhardt, 2008, S. 113).

2.2 Formen der Kooperation

In diesem Kapitel werden die unterschiedlichen Formen von Kooperation und ihre zu Grunde liegenden Charakteristika und Differenzen dargestellt, um die Art und Besonderheit der eingegangenen Kooperation zwischen KooperationspartnerInnen zu verdeutlichen. Nach Spieß (1998) können vier Formen unterschieden werden, nämlich die natürliche, die strategischer, die empathischer und die pseudoempathische Kooperation.

2.2.1 Die natürliche Kooperation

Die natürliche Kooperation kann auch als emotionale Kooperation verstanden werden. Viele spontane Beziehungen sind von Emotionalität geprägt und zeichnen sich durch die Bereitschaft an Kooperation aus. Diese Beziehungen sind vom spontanen, gegenseitigen Geben und Nehmen charakterisiert und emotional determiniert (Tries & Reinhard, 2008, S. 114).

2.2.2 Die strategische Kooperation

Von strategischer oder auch rationaler Kooperation kann dann gesprochen werden, wenn das Handeln der KooperationspartnerInnen rational darauf ausgerichtet ist, durch gemeinsame Kooperation ein Ziel effizienter zu erreichen. Die AkteurInnen orientieren sich primär zwar am eigenen Ziel, erkennen jedoch, dass durch Kooperation das Ziel besser erreichbar ist (Tries & Reinhard, 2008, S. 114). Spieß (1998) sieht in der strategischen Kooperation ein rational und zielgerichtetes den Nutzen kalkulierendes Handeln, dass eher am Muster der Konkurrenz orientiert ist (Spieß, 1998, S. 10). Strategische Kooperation kann als Form der Interaktion verstanden werden, „die längere Handlungsketten in formalisierten Strukturen organisiert, und sich eher durch Berechnung, Sachlichkeit, Vorsicht oder gar

Misstrauen, Machtbewusstsein und Instrumentalisierung anderer Menschen“ (Neuberger & Conradi, 1985, S. 45) auszeichnet.

2.2.3 Die empathische Kooperation

Spieß (1998) sieht in der empathischen Kooperation eine Ergänzung der strategischen Kooperation. Bei der empathischen Kooperation steht das gemeinsame Erreichen von Zielen unter Einverständnis des Partners/der Partnerin im Vordergrund. Dafür ist es notwendig, sich in den/die Partner/in empathisch hineinzuversetzen und nicht rein rational zu handeln. Empathie ist die Fähigkeit sich in die Gedanken und Empfindungen anderer einzufühlen und den anderen in seiner Sinnwelt zu verstehen. Die KooperationspartnerInnen versuchen die Welt aus der Perspektive des Kooperationspartners/der Kooperationspartnerin zu betrachten. Das bedeutet jedoch nicht, dass es zwingend erforderlich ist, die Haltung der Partners/der Partnerin zu übernehmen. Der/die Partner/in wird als eigenständige Person mit eigenen Zielen und Interessen wahrgenommen und nicht zur Erreichung eigener Ziele instrumentalisiert (Tries & Reinhardt, 2008, S. 114; Spieß, 1998, S. 10ff).

2.2.4 Die Pseudokooperation

Eine Pseudokooperation liegt dann vor, wenn Empathie nur vorgetäuscht wird um von der anderen Partei mehr in Erfahrung zu bringen. Das primäre Ziel dieses Wissens liegt darin, die eigene Position zu stärken. Zwischen den InteraktionspartnerInnen besteht keine Gemeinsamkeit mehr, die PartnerInnen handeln, als ob sie ein gemeinsames Ziel verfolgen, die Grundlagen echter Kooperation sind jedoch nicht mehr gegeben (Tries & Reinhardt, 2008, S. 114).

2.3 Theoretische Ansätze zur Kooperation

Im folgenden Kapitel wird die interdisziplinäre Kooperation zwischen Pflege und Medizin anhand der Spieltheorie erläutert. Um die Grundprinzipien der Spieltheorie und den Nutzen von Kooperation zu verdeutlichen werden im Anschluss das Gefangenendilemma und die Hirschjagd erklärt. Weiteres werden interaktionstheoretische Ansätze dargestellt, da interdisziplinäre Kommunikation als Grundvoraussetzung einer funktionierenden Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen verstanden werden kann.

2.3.1 Ansätze der Spieltheorie

Bei der Spieltheorie handelt es sich nicht um Spiele im herkömmlichen Sinn sondern um eine höchst formale Methodologie für strategische Entscheidungssituationen. Die Spieltheorie ist ein Teilgebiet der Mathematik deren Aufgabe darin besteht, die Wahl der Strategie des Spielers/der Spielerin zu prognostizieren. Sie beschäftigt sich mit Situationen in denen das eigene Verhalten und das Verhalten des Gegners/der Gegnerin von den Erwartungen über das Verhalten des Gegners/der Gegnerin beeinflusst wird (Sieg, 2005, S.2f). Sie liefert Erklärungsansätze zur Entstehung und Gestaltung von Kooperationsbeziehungen und zeigt auf, dass Personen oder ganze Unternehmen für sich Nutzen generieren können, wenn sie sich nicht kooperativ verhalten und Kooperationsregeln verletzen. Höchstmögliche Gewinne können jedoch nur dann erzielt werden, wenn die SpielerInnen miteinander kooperieren (Swoboda, 2005, S. 44ff). Die Kooperation zwischen Pflege und Medizin kann anhand der Spieltheorie dargestellt werden. Diese Theorie eignet sich besonders dazu soziale Beziehungen zu analysieren die zugleich durch Konflikt und Kooperation gekennzeichnet sind. Durch Konflikt deshalb, weil die Beteiligten ihr eigenes Interesse verfolgen und durch Kooperation, weil sich die gleichen Personen in einer Situation befinden, in der die Ergebnisse ihres Handelns wechselseitig voneinander abhängig sind. (Zentes, Swoboda & Morschett, 2005, S. 20). Das Verhalten des

Spielers/der Spielerin wirkt sich auf den Erfolg des Konkurrenten/der Konkurrentin aus. Um eine optimale Entscheidung treffen zu können, muss das Verhalten der Gegenspielerin antizipiert werden, wodurch es zum Konflikt kommen kann (Sieg, 2005, S. 4).

Die Konsequenzen der Entscheidung des Spielers oder der Spielerin sind von den Entscheidungen der anderen SpielerInnen abhängig. Günstig und effektiv ist es für die SpielerInnen, wenn es viele voneinander abhängige Faktoren gibt und keine Entscheidung isoliert von den Entscheidungen anderer getroffen wird. Bei der Spieltheorie kommt es demnach auf die strategische Interaktion der einzelnen EntscheidungsträgerInnen an und nicht auf die Entscheidungsfindung der einzelnen Personen. Es geht also darum gemeinsam die richtigen Strategien zu finden. Rationales und intelligentes Verhalten der SpielerInnen sowie die Kenntnis der Spielregeln werden als notwendige Voraussetzung dafür gesehen, dass jeder Einzelne die Konsequenzen seiner Entscheidungen beurteilen kann (vgl. Schmidtchen, 2005, S. 69; Magin, Heil & Fürst, 2005, S. 124).

Nach Wiese (2005) lassen sich zwischen der kooperativen und nicht kooperativen Spieltheorie unterscheiden. Die nicht kooperative Spieltheorie stellt AkteurInnen in den Vordergrund, die Handlungen setzen und dabei bestimmte Ziele verfolgen. Nichtkooperative Spieltheorie ist aktions- bzw. strategieorientiert. Das Verhalten der SpielerInnen ist hier egoistisch motiviert. Zwischen den SpielerInnen werden keine verbindlichen Verträge abgeschlossen. Dagegen haben in der kooperativen Spieltheorie Ziele keinen Platz und die Handlungen der Spieler und Spielerinnen werden direkt modelliert. Die kooperativen Spieltheorie ist auszahlungsorientiert und es werden bindende Verträge zwischen den SpielerInnen abgeschlossen (Wiese, 2005, S. 8).

2.3.2 Kooperation und Konkurrenz anhand des Gefangenendilemmas und der Hirschjagd

Zwei Beispiele können die Grundprinzipien der nicht kooperativen Spieltheorie verdeutlichen. Zum einem ist vor allem auf das wohl bekannteste Experiment im Bereich der Kooperationsforschung, dem so genannten „Gefangenendilemma“ hinzuweisen und zum anderen auf die „Hirschjagd“. Kooperationsbeziehungen werden häufig anhand dieser Beispiele charakterisiert. Sowohl das Gefangenendilemma als auch die Hirschjagd liefern Einsichten in das kooperative und nicht-kooperative Handeln der SpielerInnen. Resultierende Konsequenzen unterschiedlichen Verhaltens werden dargestellt. Bei diesen strategischen Entscheidungssituationen erzielen zwar KonkurrentInnen ihren individuell höchsten Nutzen, jedoch wird der mögliche Gewinn, der durch Kooperation zu erzielen wäre, nicht ausgeschöpft (Swoboda, 2005, S. 45; Margin, Heil & Fürst, 2005, S. 123).

Nachfolgend werden das Gefangenendilemma und die Hirschjagd dargestellt. Anhand dieser Experimente kann veranschaulicht werden, dass der maximale Gewinn nur durch gemeinsame Kooperation beider KooperationspartnerInnen erzielt werden kann. Für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin bedeutet dies, dass zufrieden stellende Ergebnisse für beide Berufsgruppen und für die PatientInnen nur dann erreicht werden können, wenn beide Professionen miteinander kooperieren und beide den gleichen Einsatz erbringen.

- **Das Gefangenendilemma, „prisoner’s dilemma“**

Beim Gefangenendilemma handelt es sich um ein nicht kooperatives Spiel. Zwei Männer werden eines schweren Verbrechens verdächtigt und festgenommen. Gesteht einer von beiden und belastet dadurch den anderen, kann der Verräter von der Kronzeugenregelung Gebrauch machen und freigelassen werden, während der andere zu zehn Jahren Haft verurteilt wird. Sind beide geständig, so reduziert sich

das Strafausmaß auf fünf Jahre für jeden. Gesteht keiner, so werden beide wegen einem weniger gravierenden Vergehen zu ein Jahr Haft verurteilt (Herkner, 1991, S. 404; Bierhoff, 1998, S. 21; Sieg, 2005, S. 4).

Die Männer stehen nun vor der Wahl, zu gestehen oder zu schweigen. Sie dürfen sich nicht miteinander absprechen, sondern sie müssen sich gleichzeitig und unabhängig voneinander entscheiden. Das Ausmaß ihrer Haftstrafe ist abhängig vom eigenen Verhalten und der Wahl des anderen. Es kann davon ausgegangen werden, dass jeder eine kürzere Haftstrafe einer längeren vorzieht. Falls der Partner nicht gesteht, wäre es sinnvoll selbst zu gestehen, mit der Konsequenz, selbst keine Haftstrafe verbüßen zu müssen. Wenn beide gestehen fällt die Haftstrafe mit fünf Jahren für jeden und nicht mit zehn Jahren aus. Jeder hat demnach zwei Verhaltensalternativen, gestehen oder nicht gestehen, wobei die Alternative „gestehen“, bei Unsicherheit über das Verhalten des anderen, die günstigere von beiden darstellt. Demnach wird durch die Unsicherheit der Situation die einseitige Defektion der Kooperation vorgezogen und beide Spieler gestehen. Dadurch bleibt jedoch die Variante des gemeinsamen maximalen Gewinns, des gemeinsamen Leugnens und der minimalen Haftstrafe für beide ungenutzt. Die Wahl des beidseitigen „Leugnens“ kann als kooperatives Verhalten verstanden werden, da es ein gutes Ergebnis, jedoch nicht das gewinnbringendste, für beide Partner ermöglichen würde. Kooperatives Verhalten setzt jedoch gegenseitiges Vertrauen voraus (Swoboda, 2005, S. 45f; Herkner, 1991, S. 404f; Sieg, 2005, S. 4ff;). Als bedeutende Ursache für diese egoistische und unproduktivere Entscheidung der Gefangenen kann fehlendes Vertrauen durch fehlende Kommunikation gesehen werden (Kumbruck, 2001).

„Das Dilemma liegt darin, dass es für jeden Spieler, unabhängig vom Verhalten des anderen, vorteilhafter ist, zu defektieren, dass jedoch beidseitige Defektion die ungünstigere Variante ist als wechselseitige Kooperation“ (Axelrod, 1997, S. 7). Das bedeutet, dass wechselseitige Kooperation beiden Spielern den maximalen Gewinn bringt und durch beidseitige Defektion ein ungünstigeres Ergebnis für beide Spieler erreicht wird.

Im Gefangenendilemma würde Kooperation selbst dann nicht zu Stande kommen, wenn beide Männer die Möglichkeit hätten, sich vor dem Verhör abzusprechen und sich für „leugnen“ zu entschließen. Beim Verhör ist der Reiz „zu gestehen“ wieder sehr hoch, da es für den Einzelnen einen höheren Gewinn mit sich bringen würde. Das Gefangenendilemma ist demnach ein nicht-kooperatives Spiel, denn beide SpielerInnen entscheiden für sich alleine (Sieg, 2005, S. 5). Kumbruck (2001) hingegen meint, dass ein möglicher Austausch unter den Gefangenen doch zu kooperativem Verhalten führen könnte, da in der Kommunikation gegenseitiges Vertrauen entstehen könnte. Im Alltag zeigt sich das Gefangenendilemma sowohl zwischen Einzelpersonen als auch in größeren Gruppen. Es stellt einen typischen interpersonellen Konflikt dar, welcher nur durch Kooperation beider PartnerInnen konstruktiv gelöst werden kann (Herkner, 1991, S. 406).

- **Die Hirschjagd, „stag hunt“**

Bei der Hirschjagd handelt es sich ebenso um ein nicht kooperatives Spiel. Zwei Jäger gehen auf die Jagd, bei der beide bislang nur einen Hasen erlegen konnten. Nach gemeinsamer Absprache und Vereinbarung möchten die Jäger ihren Gewinn maximieren und gemeinsam einen Hirsch erlegen. Die Wahrscheinlichkeit den Hirsch zu erlegen ist größer, wenn sich niemand der Personen vom Vorhaben ablenken lässt. Auf der Jagd besteht die Gefahr, dass sich die Situation analog zum Gefangenendilemma entwickelt, da während der Jagd keine Kommunikation möglich ist und dadurch die Gefahr des Vertragsbruches besteht (Kumbruck, 2001). Wenn sich ein Jäger durch einen Hasen ablenken lässt, so besteht die Gefahr, dass der Hirsch entkommt. Der Jäger muss sich dabei entscheiden, ob er den Hasen erlegt oder nicht. Wird der Hase erlegt, so wird die Chance gemeinsam den Hirsch zu erlegen vergeben. Während der eine Jäger den Hasen erlegt und dadurch zu einer Mahlzeit kommt, geht der andere Jäger dabei leer aus. Wenn beide Jäger alleine auf die Jagd gehen würden, so haben beide die gleiche Chance einen Hasen zu erlegen. Kooperation würde nur dann zustande kommen, wenn jeder der Überzeugung ist,

dass sich beide an der Hirschjagd beteiligen. Wenn sich ein Spieler nicht sicher ist, dass der Mitspieler tatsächlich bei der Hirschjagd bleibt, besteht das Risiko, dass er zur Hasenjagd übergeht (Swoboda, 2005, S. 46).

Das Gefangenendilemma und die Hirschjagd zeigen, dass beidseitige Kooperation den maximalen Gewinn einbringen würde. Zum einem wird deutlich, dass der Erfolg des/der anderen, den eigenen Erfolg mit einschließt. Das bedeutet, dass das Verhalten des anderen eine notwendige Vorraussetzung für den eigenen Erfolg darstellen kann und dass das Vertrauen zwischen den Personen auf lange Sicht Einfluss auf deren Gewinn hat. Kooperatives Verhalten erzielt somit individuell höhere Gewinne. Personen ist dies jedoch zum Zeitpunkt ihrer Entscheidung nicht immer bewusst und verhalten sich demnach nicht kooperativ. Auch das mangelnde Vertrauen in den anderen und das beabsichtigte Erzielen von kurzfristigen Gewinnen führen zu nicht kooperativen Verhalten (vgl. Magin; Heil & Fürst, 2005, 130).

2.3.3 Interaktionstheoretische Ansätze

Interaktionstheorien beschäftigen sich mit den einzelnen Subjekten oder den Beziehungen zwischen den Subjekten in einer Kooperation (Schmidt, 2005, S. 239). Die Kooperation zwischen Pflege und Medizin kann mittels Interaktionstheorien beleuchtet werden, da die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen eine von vielen möglichen Formen der Interaktion darstellt. Neuberger (1985) sieht Kommunikation als notwendige Bedingung und Voraussetzung für funktionierende Kooperation. Arbeitsteilige Systeme, wie Krankenhäuser und andere institutionelle Einrichtungen, erfordern Interaktionen der einzelnen Personen, da Interaktionen zu den maßgeblichen Einflussfaktoren des Erfolgs der Zusammenarbeit zählen (Swoboda, 2005, S. 50). Interaktion wird als Verhalten verstanden, welches auf die vermutete Reaktion anderer abgestimmt ist und vom Gleichgewicht des Gebens und Nehmens, was als Austausch verstanden werden kann, abhängig ist (Wiswede, 2007, S. 98). Um von Interaktion sprechen zu können, müssen nach Schmidt (2005)

mindestens zwei Individuen zielgerichtet in Kontakt treten und die Aktionen und Reaktionen der Beteiligten wechselseitig voneinander abhängig sein.

Vor allem die Disziplinen Psychologie und Soziologie beschäftigen sich mit Interaktionen. Innerhalb der Interaktionstheorien der Soziologie und Psychologie lassen sich Theorien identifizieren. Dazu zählen Theorien des sozialen Austauschs, Theorien sozialer Fertigkeit und symbolische Interaktionsansätze (Fischer & Wiswede, 2002, S. 407ff; vgl Wiswede, 2007, S. 99ff).

- **Theorien des sozialen Austauschs (Interaktion als Austausch)**

Theorien des sozialen Austauschs befassen sich mit der Frage, warum Menschen Interaktionen eingehen und versuchen diese aufrecht zu erhalten. Eine Grundannahme besteht darin, dass Menschen Interaktionen und Verbindungen eingehen und diese aufrechterhalten, so lange diese nützlich und gewinnbringend erscheinen. Die Interaktionen dienen dabei dem Erreichen von günstigen Erfolgen. Soziale Beziehungen sind von gegenseitigen Geben und Nehmen geprägt. Unter gegenseitigen Geben und Nehmen können ökonomische sowie soziale Güter und Leistungen verstanden werden (Schmidt, 2005, S. 242f; Adloff & Mau, 2005, S. 125; Wiswede, 2007, S. 413).

Zu den bedeutendsten Vertretern der sozialen Austauschtheorie zählen nach Wieswede (2007, S. 98) Thibaut und Kelley (1959, 1978); Homans (1958, 1968) und Blau (1964). Interaktionen werden hier primär als Austausch von Belohnung und Bestrafung gesehen.

Thibaut und Kelleys (1959) Theorie basiert auf der Annahme, dass jedem/jeder Interaktionspartner/in Verhaltensalternativen zur Verfügung stehen, welche sich durch Erfahrungen entwickelt haben. Jede Verhaltensalternative ist mit Lohn oder Kosten verbunden und wird einem Wert zugeordnet, wobei der Wert nicht für beide InteraktionspartnerInnen gleich sein muss. Was beispielsweise für die eine Person

als angenehm empfunden wird, kann für die andere unangenehm sein. Der Wert des Verhaltens ist größer, wenn es positive als wenn es negative Konsequenzen hat. Auch die Wahrscheinlichkeit, dass die Beziehung aufrecht erhalten bleibt erhöht sich, wenn das Ergebnis der Interaktion positiv ist. Ebenso kommt es durch das gemeinsame Anstreben von Zielen, sowie durch gemeinsame Aktivitäten zu einer Veränderung bzw. Erhöhung des Wertes der Ziele und Aktivitäten (Herkner, 1991, S. 396ff).

Von Bedeutung ist es, dass die gemeinsam gesetzten Aktionen und eingegangenen Kooperationen der InteraktionspartnerInnen höhere Individualerträge erwarten lassen, als einzeln getätigte Handlungen. Hier ist zu betonen, dass das Erreichen hoher Erträge einen Abstimmungsprozess der InteraktionspartnerInnen voraussetzt. Aus den erlebten positiven und negativen Konsequenzen früherer Beziehungen resultiert eine gewisse Erwartungshaltung hinsichtlich aktueller Beziehungen. Dabei ist die Zufriedenheit über die bestehende Beziehung abhängig von ihrem Vergleichsniveau, also von dem was Personen von einer Beziehung als Ergebnis erwarten. Damit ist das Ergebnis im Sinne des Verhältnisses von Kosten und Nutzen der Beziehung gemeint. Manche Menschen haben durch die Anzahl der positiven Erfahrungen ein hohes Vergleichsniveau mit hohen Ansprüchen und erwarten dementsprechend einen hohen Nutzen mit geringen Kosten. Die Beziehung wird umso befriedigender erlebt, je höher der erzielte Gewinn über dem Vergleichsniveau liegt. Weiters ist die Zufriedenheit der Beziehung abhängig von der Art der bestehenden Beziehung und von den Aussichten auf eine bessere Beziehung mit einem anderen Partner/einer anderen Partnerin. Damit ist gemeint, dass die Zufriedenheit über die Beziehung von ihrem Vergleichsniveau für Alternativen, also den Aussichten eine Beziehung durch eine bessere zu ersetzen, abhängt. Eine Person wird nur dann die Beziehung verlassen, wenn sie alternative Beziehungen besitzt von denen mehr Profit zu erwarten ist. Durch diesen Beziehungsabbruch kann es für den anderen Interaktionspartner/die andere Interaktionspartnerin zu einer Verschlechterung der Ergebnisse kommen und gleichzeitig wird Macht auf ihn/sie ausgeübt, da er/sie sich in einer gewissen Abhängigkeit befindet (Herkner, 1991, S.

396ff; Aronson; Wilson; Akert, 2008, S. 325f; Wiswede, 2007, S. 99f; Fischer und Wiswede, 2002, S. 414f).

Thibaut und Kelley (1978) haben ihre Theorie des sozialen Austauschs zur Theorie der Interdependenz weiterentwickelt. Diese Theorie beschreibt die Abhängigkeit der Ergebnisse einer Beziehung durch gegenseitigen Einfluss und Kontrolle. Die Möglichkeit besteht, dass ein oder auch beide PartnerInnen vom egoistischen Austauschprozess abweichen und kooperative bis altruistische Verhaltensweisen annehmen. Die Verhaltensänderung kann jedoch auch die Form eines Wettbewerbs annehmen (Wiswede, 2002, S. 100f). Persönliche Merkmale, die Art der Beziehung und gesammelte Erfahrungen aus früheren Beziehungen sind bedeutende Faktoren, welche die Richtung der Verhaltensänderung bestimmen (Rusbult & Van Lange, 1996).

Bei der Austauschtheorie von Homans (1958) ist nach Herkner (1991, S. 435) die Variable der Gerechtigkeit oder Ausgewogenheit von besonderer Bedeutung. Er geht davon aus, dass nicht Kosten und Nutzen der Beziehung im Vordergrund stehen, sondern vielmehr die Ausgewogenheit in ihren Beziehungen. Personen gehen Beziehungen und Interaktionen ein, um möglichst lohnende und faire Ergebnisse zu erzielen. Jedoch was die Aufteilung der Ergebnisse bzw. Gewinne betrifft ist diese von ausgleichender Gerechtigkeit gekennzeichnet. Hier darf kein/keine Partner/in dem/der anderen gegenüber unbegründete Vor- oder Nachteile haben. Homans (1958) ist dabei der Auffassung, dass Belohnung und Kosten der InteraktionspartnerInnen unterschiedlich sein können, jedoch die Gewinne beider gleichwertig. Demzufolge ist die Gewinnbeteiligung der InteraktionspartnerInnen unabhängig von deren persönlichen Einsatz (Herkner, 1991, S. 435). Homans (1961) korrigierte seine Auffassung der Gerechtigkeit mit gleichen Gewinnen beider PartnerInnen und wandelte das Prinzip der ausgleichenden Gerechtigkeit in das Prinzip der relativen Gewinnleichheit um. Er geht von der Annahme aus, dass sich Personen Gewinne in der Höhe ihres geleisteten Einsatzes erwarten. Menschen sind innerhalb einer Interaktion bereit andere zu belohnen, wenn sie selbst auch Belohnung erwarten können. Bei zu großer Unausgewogenheit in Bezug auf

entstandene Kosten und Nutzen der Beziehung resultiert ein Zustand der Unzufriedenheit bei beiden PartnerInnen. In weiterer Folge entsteht durch Wut und Aggression ein Bestreben nach Wiederherstellung nach Ausgewogenheit in ihrer Beziehung. Dabei richtet sich der Maßstab der erwarteten Gerechtigkeit an Belohnungen die sie selbst und andere in der Vergangenheit in ähnlichen Situationen erfahren haben (Herkner, 1991, S. 435; Aronson, Wilson & Akert, 2008, S. 325f; Münch, 2002, S. 17ff).

Entsprechend Blau's (1964) Theorie werden durch einen sozialen Austausch dauerhafte Beziehungen und Kooperationen gebildet. Menschen ziehen sich gegenseitig an und gehen Beziehungen deshalb ein, da sie sich Profit von dieser Beziehung erwarten. „Sozialer Austausch so wie hier der Begriff verwendet wird, bezieht sich auf freiwillige Handlungen von Individuen, die durch die Gegenleistungen motiviert sind, die sie erwartungsgemäß von den anderen einbringen sollen und typischer Weise auch einbringen“ (Blau, 1964, S. 91). Er sieht dabei die Eigeninteressen der beteiligten Personen, wie das Erlangen sozialer Anerkennung und Bestätigung und die Angewiesenheit auf Kooperationen, als bedeutende Motive des sozialen Austauschs. Als zentrale Elemente des sozialen Austauschs werden Vertrauen und Vertrauenswürdigkeit in die Bereitschaft und Fähigkeit des anderen gesehen. Eine weitere Annahme besteht darin, dass der Reziprozität in sozialen Beziehungen, also dem Wechselspiel von gegenseitigen Geben und Nehmen, eine besondere Bedeutung zukommt. Reziprokes Verhalten sieht er als entscheidend bezüglich der Aufrechterhaltung von Kooperationen. Nicht-reziprokes Verhalten hingegen birgt immer die Gefahr, dass bestehende Kooperationen aufgelöst werden. Austauschbeziehungen werden dann eingegangen und vor allem aufrechterhalten, wenn diese rentabel sind. Soziale Austauschbeziehungen sind demnach sehr dynamisch, da Menschen ständig den möglichen Profit ihrer Beziehungen kalkulieren (Blau, 1964; Adloff & Mau, 2005, S. 28; Münch, 2002, S. 63ff).

- **Theorien sozialer Fertigkeit**

Theorien sozialer Fertigkeit beschäftigen sich mit den Übersetzungsprozessen sozialer Interaktion. Nach Herkner (1991, S. 387ff) erklärt die Theorie von Argyles (1972) Interaktionen als soziale Kompetenz und Fertigkeit. Interaktionen werden analog mit motorischen Fähigkeiten, wie Autofahren, erklärt. Eine angestrebte Absicht, ein Motiv, führt dazu, dass es zu bestimmten motorischen Reaktionen kommt. Von Interesse ist hier die Frage, wie soziale Beziehungen eingegangen und aufrechterhalten werden. Die Wahrnehmung der Situation und der Vergleich mit dem erwünschten Ziel führen zu einer Übersetzung des anfänglichen Plans in motorische Handlungen. Bestehen Diskrepanzen zwischen Ist- und Sollwert, werden neue Übersetzungsprozesse vorgenommen oder sogar der anfängliche Plan geändert. Dieses Schema lässt sich ebenso auf soziale Interaktionen umsetzen. Interaktionen werden auf Grund unterschiedlicher Motive eingegangen und das Verhalten des Interaktionspartners/der Interaktionspartnerin wahrgenommen und interpretiert. Dadurch kommt es anschließend zur Ausführung von Übersetzungsprozessen und somit zu motorischen Reaktionen, wie dem Aussprechen von Sätzen. Auch hier kommt es zu einem Vergleich von Ist- und Sollwert und bei nicht zielführender Interaktion zu einer daraus resultierenden Plan- und Verhaltenskorrektur (Herkner, 1991, S. 387ff, Fischer und Wiswede, 2002, 407ff).

- **Symbolische Interaktionsansätze**

Bei den Ansätzen des symbolischen Interaktionismus steht nicht der Austausch von Belohnung und Bestrafung im Vordergrund, sondern der Sinnzusammenhang von Interaktionen. Es wird die Frage gestellt, wie Interaktionen entstehen, sich einspielen und gestalten lassen (Schmidt, 2005 S. 244; Fischer & Wiswede, 2002, S. 421). Als bedeutender Vertreter dieser Forschungsrichtung gilt Herbert Blumer (1973). Auf ihn lässt sich der Begriff des „symbolischen Interaktionismus“ zurückführen.

Der Symbolische Interaktionismus beruht auf drei Prämissen (Blumer, 1973, S. 81):

- Menschen handeln Dingen gegenüber auf der Grundlage der Bedeutung, die diese Dinge für Sie haben. Menschen verhalten sich diesen Dingen gegenüber entsprechend ihrer subjektiven Wahrnehmung.
- Die Wahrnehmung und Interpretation wird aus der sozialen Interaktion abgeleitet oder entsteht aus ihr.
- Die entstandenen Deutungen werden in einem interpretativen Prozess fortwährend überprüft und neu interpretiert.

Um menschliches Verhalten zu begreifen, muss die subjektive Bedeutung, die die Dinge für Menschen haben, verstanden werden. Die Bedeutung selbst entsteht innerhalb der Interaktion. Im symbolischen Interaktionismus wird der Mensch als reflektierendes Individuum gesehen, der sich mit dem was er wahrnimmt auseinandersetzt. Den wahrgenommenen Dingen wird eine Bedeutung verliehen und dabei werden diese zum Objekt gemacht, wodurch letztlich die Handlungsrichtung beeinflusst wird (Blumer, 1973, S. 81 ff). Der Handelnde selbst wird zur Reizquelle für seinen/seine Interaktionspartner/in, und seine Handlungen strukturieren den weiteren Interaktionsverlauf. Er richtet seine Reaktionen nach der Tendenz aus, wie andere Menschen auf sein Handeln reagieren. Menschliches Handeln besitzt demnach einen sehr kreativen Charakter (Joas, 2007, S. 111).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Interaktionstheoretische Ansätze aufzeigen, dass sich Menschen innerhalb einer Interaktion gegenseitig beeinflussen und ihr Handeln aneinander ausrichten. Es entsteht letztlich eine Beziehung zwischen den InteraktionspartnerInnen. InteraktionspartnerInnen können daher nur innerhalb der eingegangenen Beziehung und des jeweiligen Kontexts betrachtet und verstanden werden (vgl. Schmidt, 2005, S. 248).

2.4 Forschungsstand zur Kooperation zwischen Pflege und Medizin

Im folgenden Kapitel wird der Forschungsstand zur Kooperation zwischen Pflege und Medizin der letzten Jahrzehnte dargestellt. Dabei wird genauer auf die Voraussetzungen von Kooperation und auf die Ursachen von bestehenden Kooperationsbarrieren zwischen Pflege und Medizin sowie auf kooperationsfördernde Faktoren eingegangen.

Die verwendete Literatur wurde in der Hauptbibliothek der Stadt Wien, der Universitätsbibliothek Wien und der Bibliothek der medizinischen Universität recherchiert. Es wurde nach Publikationen zum Thema Kooperation, Kooperation im Gesundheitswesen, Kooperation zwischen Pflege und Medizin in deutscher und englischer Sprache gesucht. Die zeitliche Recherche in Bezug auf deutsch- und englischsprachige Literatur umfasst die Jahre 1986 bis 2007. Eingang in die Arbeit fanden Monographien, Beiträge aus Sammelwerken und wissenschaftlichen Fachzeitschriften sowie Forschungsberichte.

Die Literaturrecherche im Internet erfolgte in den Datenbanken „Chinal“ und „Pubmed“. Es wurde nach folgenden Keywords gesucht: nurse-physician relationship, nurse-physician collaboration, impact, outcomes, job satisfaction, interprofessional conflicts, patient mortality rate, patient outcomes. Dazu wurden in der Recherche die Begriffe nurse-physician relationship oder nurse-physician collaboration einzeln gesucht und auch mit den oben genannten Begriffen kombiniert.

2.4.1 Voraussetzungen der Kooperation

Die Fähigkeit zur Kooperation, und dies setzt insbesondere den Willen hierfür voraus, wird als „Schlüsselqualifikation“ (Badura, 1994, S. 270) für die Arbeit im Krankenhaus beschrieben. Es ist evident, dass nur gleichberechtigte PartnerInnen effektiv miteinander kooperieren (O’Brien-Pallas et al., 2005; Herkner, 1991). Daher kann Gleichberechtigung als bedeutendes Grundelement einer funktionierenden

Kooperation angesehen werden. Dabei ist es von Bedeutung, dass eine gemeinsame Zielsetzung der KooperationspartnerInnen existiert, Kommunikationsfähigkeiten erlernt werden und gegenseitiges Vertrauen und Respekt (Baldwin, 2008) der KooperationspartnerInnen vorhanden sind (Garms-Homolova et al., 1998, S. 2ff; Ho & Weigelt, 1997).

- **Gleichberechtigung**

Das Ausmaß der Gleichberechtigung zwischen den beteiligten Personen hat Auswirkungen auf die Effektivität der Kooperation und auf das Wachstum der Solidarität. Mit Gleichberechtigung werden die hierarchischen Strukturen angesprochen. Dass eine Person teilweise weisungsbefugt und die andere teilweise weisungsabhängig ist, muss nicht kooperationshinderlich sein, sofern die Hierarchie funktionell ist und akzeptiert wird. Mit Gleichberechtigung wird vor allem auch verstanden, dass keine der beteiligten Personen den anderen benachteiligt, Aufgaben gleichermaßen verteilt sind und Handlungsspielräume für beide KooperationspartnerInnen bestehen (Herkner, 1991, S. 402ff; Garms-Homolova et al., 1998, S. 2). Gleichberechtigung beinhaltet vor allem eine gemeinsame Entscheidungsfindung und Problemlösung der KooperationspartnerInnen (Boyle & Kochinda, 2004, S.61), wodurch es zu einer zunehmenden Autonomie und Professionalisierung der KooperationspartnerInnen kommt (Lewis, 2006).

- **Gemeinsame Zielsetzung**

„Gemeinsame Zielsetzung der KooperationspartnerInnen ist das Grundmotiv jeder Art von Kooperation“ (Garms-Homolova et al., 1998, S. 2). Kooperation erfordert das Entwickeln und Planen von gemeinsamen Zielen und Lösungsmöglichkeiten und der Durchführung von Problemanalysen. Entscheidungen sollten gemeinsam koordiniert und getroffen werden (Evans & Carlson, 1992).

Gemeinsame Werte und Ziele unterstützen die Zusammenarbeit im hohen Maße. Je stärker die Interessen, Konzepte und Arbeitsmethoden der KooperationspartnerInnen übereinstimmen, desto einfacher wird eine gemeinsame Zielsetzung gelingen. Um die gesetzten Ziele zu erreichen und letztendlich effektiv zu kooperieren bedarf es vorab der Planung der unterschiedlichen Arbeitsabläufe. Es ist von Bedeutung, dass in der Kooperation die individuellen Ziele des Einzelnen denen der Gruppe unterstellt werden und eine Transparenz der Zielsysteme vorliegt. Das gemeinsame Ziel der Zusammenarbeit beider Berufsgruppen liegt in der Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung des Gesundheitszustandes und Verbesserung der Lebensqualität des Patienten (Margin, Heil & Fürst, 2005, S. 134; Garms-Homolova et al., 1998, S. 2; Thielhorn, 1999, S. 94).

Im Rahmen einer Projektreihe zur Reorganisation des Klinikums Frankfurt wurde 1992 ein Forschungsvorhaben durchgeführt, mit dem Ziel durch die Integration von pflegerischen und ärztlichen MitarbeiterInnen in kooperativ arbeitenden Stationsteams neue Formen der Zusammenarbeit zu entwickeln. Die Ergebnisse zeigen, dass das Festmachen gemeinsamer Ziele, wie Sicherung der Qualität der PatientInnenversorgung und Kostenbewusstsein, die Kooperationsmotivation zwischen den Berufsgruppen fördert. Die weiteren Empfehlungen zur Förderung der Kooperation richten sich an die Organisation und Förderung offener Interaktion, gemeinsame Qualifizierung der Berufsgruppen, Förderung einer Berufsgruppenannäherung über gemeinsame Themen und das Einsetzen beteiligungsorientierter Interventionsstrategien (vgl. Henning, Isenhardt, Flock, 1998, S. 40).

- **Kommunikation**

Kommunikationsfähigkeit- und Erfahrung sowie Kompromissfähigkeit der KooperationspartnerInnen haben großen Einfluss auf deren Kooperation und können als bedeutende Elemente einer funktionierenden Kooperation gesehen werden. Ohne Kommunikation wäre Kooperation erst gar nicht möglich (Thielhorn, 1999, S. 5). Die jeweilige Kommunikationserfahrung der einzelnen Personen wirkt sich auf deren

Kooperationsverhalten aus. Stereotype Einstellungen gegenüber der anderen Berufsgruppe erschweren die Kommunikation. Kommunikationsunerfahrene Personen neigen oft auf Grund gefühlter Unterlegenheit häufiger zu konkurrierendem, wettbewerbsorientiertem Verhalten als Personen mit entsprechender Erfahrung. Auch das persönliche Kennen der KooperationspartnerInnen über längere Zeit und die damit verbundenen Erfahrungen haben Auswirkungen auf die Kooperation. Häufiger Kontakt der KooperationspartnerInnen und eine dadurch wachsende persönliche Beziehung der beteiligten Personen begünstigen deren Kooperationsverhalten und sind ausschlaggebend für die Qualität der Kooperation. Auch gegenseitige Wertschätzung und Anerkennung können in der Kommunikation entstehen und wachsen (Thielhorn, 1999, S. 105ff; Garms-Homolova et al., 1998, S. 2f; Herkner, 1991, S. 406f; Kumbruck, 2001).

Das dreijährigen Modellprojekt „Interprofessionelle Kommunikation und Kooperation im Krankenhaus“ (InterKiK, 2002) verfolgte das Ziel, Maßnahmen zur Verbesserung der Kooperation und Kommunikation in der Akutversorgung zu entwickeln. Dazu wurden das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und die Abteilung für Medizinische Psychologie mit der Ausführung dieses Projektes betraut. Die Aufgabe des Projektes lag in der Untersuchung der bestehenden Kooperation der arbeitenden Berufsgruppen. Es wurden internistische und chirurgische Abteilungen in drei unterschiedlichen Krankenhäusern untersucht. Detaillierter Ist-Analysen („Qualitätsassessment“) der stationsspezifischen Gegebenheit zeigten deutlich, dass die Kooperation zwischen ÄrztInnen und Pflegenden optimierungswürdig ist. Das Qualitätsassessment umfasst eine Analyse der PatientInnendokumentation und Auswertung von Fragebögen zur MitarbeiterInnen- und PatientInnenzufriedenheit. Weiters wurden mittels teilnehmender Beobachtung und halbstrukturierten Interviews mit Pflegenden und ÄrztInnen die Stärken und Defizite in der PatientInnenaufnahme, Visite und Entlassung erhoben. Deutlich wurde, dass innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden persönliche Konflikte bestehen, welche die Kooperation nachhaltig belasten. Es wurde deutlich, dass eine gemeinsame Abstimmung der Arbeitsziele und eine Verbesserung des Informationsflusses

innerhalb der Berufsgruppen sowie eine Neuordnung der kooperativen Beziehungen notwendig sind. Jedoch ist dies ohne Beteiligung der Führungskräfte, insbesondere ChefärztInnen und Pflegedienstleitungen, nachhaltig nicht zu erreichen. Nach sechsmonatiger Interventionsphase, in der Qualitätsgruppenarbeit zur Lösung stationsspezifischer Defizite und Kommunikationstrainings zur Reduktion von Reibungsverlusten im Team von den Pflegenden und ÄrztInnen besucht wurden, wurden die Effekte dieser Interventionsphase gemessen. Die aus den Interventionen resultierende Verbesserung der kommunikativen Bedingungen und Kompetenzen von ÄrztInnen und Pflegepersonal bewirkte eine höhere Ergebnisqualität der Versorgung, eine größere PatientInnenzufriedenheit und eine höhere Berufszufriedenheit der MitarbeiterInnen (Lecher, Klapper, Schaeffer & Koch, 2002).

- **Vertrauen und Respekt**

Gegenseitiges Vertrauen und Respekt können als notwendige Voraussetzung effektiver Kooperationen betrachtet werden. Vertrauen und Respekt eröffnet den KooperationspartnerInnen wesentliche Kommunikationsmöglichkeiten (Baldwin, 2008).

Vertrauen kann aber nicht nur als notwendige Voraussetzung, sondern auch als Folge von Kooperation gesehen werden. Es muss darauf vertraut werden können, dass der/die Kooperationspartner/in den vereinbarten Einsatz zur Erreichung der gemeinsamen Ziele in der gleichen Intensität leistet. Fehlt das notwendige Vertrauen in das Engagement des/der anderen, so wird ein/eine Kooperationspartner/in zögern, selbst den maximalen Einsatz zu leisten (Magin; Heil & Fürst, 2005, 130).

Kumbruck (2001) sieht die Ursache nicht kooperativen Verhaltens im fehlenden Vertrauen der KooperationspartnerInnen. Kommunikation zwischen den KooperationspartnerInnen sieht sie als Möglichkeit, dass sich Vertrauen entwickeln kann. Durch fehlendes Vertrauen wird letztendlich ein schlechterer Gewinn, als eigentlich möglich, erreicht. Wenn ein/eine Kooperationspartner/in sich vertrauenswürdig verhält, dann steigt das Vertrauen des Partners/der Partnerin.

Vertrauen zwischen den Personen wirkt sich auf deren Gewinn aus. Kooperatives Verhalten erzielt individuell höhere Gewinne. Mangelndes Vertrauen in den/die Partner/in führt zu nicht kooperativen Verhalten (Magin; Heil & Fürst, 2005, 130).

„Gestiegenes Vertrauen wiederum ist mit schnellerer geistiger Entwicklung, höherer Originalität und emotionaler Stabilität sowie mit einem Grad an physiologischer Erregung zur Angstabwehr kausal verbunden“ (Neuberger, 1985, S. 87). Ob sich Personen in der sozialen Interaktion kooperativ oder konkurrierend verhalten liegt im erlebten und erlernten Ausmaß an Vertrauensfähigkeit (Ho & Weigelt, 1997; Thielhorn, 1999, S. 5, 112f).

2.4.2 Auswirkungen von Kooperation

Funktionierende Kooperationen zwischen Pflegenden und MedizinerInnen wirken sich auf PatientInnen und auf die kooperierenden Professionen aus. Positive Outcomes von funktionierenden Kooperationen konnten bezüglich der PatientInnen- und MitarbeiterInnenzufriedenheit festgestellt werden (Garms-Homolova & Schaeffer, 1998, S. 7ff).

- **Auswirkungen auf die PatientInnen**

Die Qualität der Kooperation zwischen Pflege und Medizin hat Auswirkungen auf die PatientInnen. PatientInnen können von einer kooperativen Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und MedizinerInnen profitieren (Rostenstein, 2002; Baldwin, 2008). Eine funktionierende Kooperation zwischen den beiden Berufsgruppen zeigt positive Effekte hinsichtlich der Morbidität der PatientInnen, da es durch Kooperation zu frühzeitiger Diagnosestellung und dem frühzeitigen Erkennen von Gesundheitsproblemen kommt (Gianakos, 1997; Puta, 1989; Ryan, 1996; Taylor, 1996). Baggs und Ryan (1990) berichten von einer Verbesserung des allgemeinen psychosozialen Befindens, Erhöhung der Lebensqualität und der generellen

Zufriedenheit, Steigerung des Wohlbefindens, Rückgang der Depressivität und einer zunehmenden sozialen Integration der PatientInnen. O'Brien et al. (2005) unterstützen diese Ergebnisse. Sie konnten feststellen, dass es bei kooperativer Pflege-Medizin Kooperation zu verkürzten stationären Aufenthaltsdauer, zu weniger Transferierungen und einem generellen Anstieg der Zufriedenheit der PatientInnen kommt.

Das postoperative Schmerzmanagement sowie postoperative Komplikationen reduzieren sich bei funktionierender Kooperation (Pike, McHugh, Canney, Miller, Reilley & Seibert (1993). Auch in Bezug auf die Medikation und Compliance zeigen sich positive Effekte. Es zeigt sich eine Reduktion der Einnahme von Psychopharmaka (Garms-Homolova & Schaeffer, 1998, S28).

Eine funktionierende Kooperation wirkt sich ebenso auf die Mortalität der PatientInnen aus. Eine Untersuchung an der George Washington University belegt, dass die Mortalitätsrate auf der Intensivstation positiv mit einer funktionierenden Pflege-Medizin-Kooperation korreliert. Die Mortalitätsrate sinkt bei bestehenden kooperativen Beziehungen (Knaus, Draper, Wagner & Zimmermann, 1986). Kramer und Schmalenberg (2003) unterstützen diese Ergebnisse. In ihrer Untersuchung konnte festgestellt werden, dass die Mortalitätsrate von PatientInnen auf Intensivstationen sinkt, wenn Pflegendе und MedizinerInnen kooperieren.

- **Auswirkungen auf das Personal**

In Bezug auf das Personal führt eine funktionierende Kooperation zu erhöhter Arbeitszufriedenheit, die als wesentlicher Einflussfaktor auf Krankenstand, Personalfluktuation und Qualität der durchgeführten Arbeit angesehen wird und somit auch ökonomische Auswirkungen auf das gesamte Krankenhaus hat. Bei funktionierender Kooperation verringern sich die Fluktuationsrate und die Anzahl der Personen die den Beruf völlig aufgeben (Milch, Ernst & Laubach , 1999 , S. 122 ; Pape , 1998 , S. 370).

Beim Pflegepersonal zeigen Untersuchungen, dass vor allem durch eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Pflegenden und MedizinerInnen deren generelle Arbeitszufriedenheit und Motivation ansteigt (Bags & Ryan, 1990; Koerner et al. 1986). Seitens der MedizinerInnen zeigen sich ebenso positive Effekte hinsichtlich der eigenen Arbeitszufriedenheit und ihrer Kommunikationsfähigkeit. MedizinerInnen zeigen in kooperativen Beziehungen mehr Anerkennung und Wertschätzung gegenüber der Pflege (Koerner et al. 1986; Garms-Homolova & Schaeffer, 1998, S.28). Die Qualität der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen nimmt in funktionierenden Kooperationen zu (Rosenstein, 2002). Burn-out Erscheinungen und Berufsunzufriedenheit des Pflegepersonals lassen sich auf mangelnde Anerkennung durch MedizinerInnen zurückführen. Die Abwesenheit von konstruktiver Kooperation ist als eine Ursache zu sehen, dass das Pflegepersonal den Beruf oft nach wenigen Jahren aufgibt (Schaeffer, 1995 , Garms - Homolova & Schaeffer , 1998 , S. 11).

Sirota (2007) kommt zu dem Ergebnis, dass störendes und beleidigendes Verhalten der MedizinerInnen gegenüber Pflegenden dazu führt, dass Pflegende Burn-out Erscheinungen zeigen, ihre Freunde an der Arbeit verlieren und ihren Beruf völlig aufgeben. Pflegende erleben dieses Verhalten von Medizinerinnen häufiger in der Kooperation mit älteren MedizinerInnen. Pflegende haben den Eindruck, dass sie keine gleichberechtigten PartnerInnen sondern nur Handlanger der Medizin sind. In der NEXT-Studie (nurses early exit study) wurden in zehn europäischen Ländern, in einem Zeitraum von drei Jahren, die Ursachen für den vorzeitigen Berufsausstieg aus dem Pflegeberuf untersucht. Arbeitszufriedenheit, Führungsqualität und Bindung an die Institution stehen in engem Bezug zueinander und wurden als bedeutende Faktoren für den frühen Berufsausstieg Pflegender identifiziert (Hasselhorn, Müller, 2005).

2.4.3 Ursachen von Kooperationsbarrieren

Die Ursachen zur Entstehung von Kooperationsbarrieren sind vielfältig. Oft liegen die Ursachen in vorhandenen Informationsmängeln und fehlenden Kenntnissen über die Tätigkeiten und Arbeitsweisen der jeweils anderen Profession. Auch unterschiedliche Sozialisation und ein unterschiedlicher Grad der Professionalisierung, einschließlich der hierarchischen Struktur zwischen den KooperationspartnerInnen (Thielhorn, 1999, S. 94) sowie unterschiedliche Wertesysteme tragen zur Entstehung von Kooperationsdefiziten bei (Hodes & van Coombrughe, 1990, Wanek, 1994; Garms-Homolova, 1996, S. 41; Garms-Homolova & Schäfer, 1998, S. 11ff).

- **Informationsmängel**

Informationsdefizite (Schüler 1992) und unzureichende Abstimmung sowie mangelnde Transparenz der Zielsysteme (Thielhorn, 1999, S. 94) lösen Konflikte zwischen den beiden Berufsgruppen aus. Dies kann zu Widersprüchlichkeiten in der PatientInnenversorgung und zur Verunsicherung der PatientInnen führen (Garms-Homolova & Schäfer, 1998, S. 11ff). Wissensvermittlung, Einsicht in die Struktur der Abhängigkeit zueinander wirken sich positiv aus, da die KooperationspartnerInnen erkennen, dass durch die Kooperation die Höhe des eigenen Gewinn beeinflusst wird. Pflegende müssen ihren Arbeitsablauf häufig an denen anderer Berufsgruppen anpassen und die eigenen Tätigkeiten unterbrechen. Aus dieser mangelnden Koordination resultieren interdisziplinäre Konflikte, wodurch eine Kooperation zusätzlich erschwert wird. Konflikte entstehen häufig aus Unwissenheit über Rolle und Aufgabenbereich der anderen Berufsgruppe. Daher ist es sinnvoll Transparenz über Tätigkeit und Kompetenz der Berufsgruppen herzustellen (Thielhorn, 1999, S. 108).

- **Unterschiedliche Qualifizierung und Sozialisation**

Eine weitere Ursache von bestehenden Kooperationsbarrieren stellen die unterschiedlichen Qualifizierungs- und Sozialisationsverläufe der KooperationspartnerInnen dar. Im Vergleich zu den Pflegekräften sind den MedizinerInnen die Erfordernisse einer gelingenden Kooperation weniger bewusst, was sich teilweise auf ihre Ausbildung und berufliche Sozialisation zurückführen lässt, wodurch sie auf das Arbeiten als „Einzelkämpfer“ vorbereitet werden (Hodes & van Combrugge, 1990). MedizinerInnen werden relativ schmalspurig und leistungsorientiert ausgebildet. Sie lernen unabhängig zu handeln und schnelle Diagnosen und Lösungen in der PatientInnenbehandlung zu finden (McMahan, Hoffman & McGee, 1994). Die Auseinandersetzung mit der beruflichen Realität und den damit verbundenen alltäglichen Anforderungen bleiben dabei im Hintergrund. Dadurch besteht die Gefahr, dass der persönliche Reifungsprozess der MedizinerInnen nur sehr einseitig oder auch verzögert verläuft, der jedoch eine bedeutende Voraussetzung zur Kooperation darstellt (Garms-Homolova & Schaeffer, 1998, S. 17). Hodes & van Crombrugge (1990) bezeichnen dies als „postponed development“. Im Gegensatz dazu lernt das Pflegepersonal in der Ausbildung Probleme gemeinsam zu lösen, wodurch oftmals eine autonome Entscheidungsfindung zu wenig entwickelt wird (Storch & Kenny, 2007).

Pflegende und MedizinerInnen durchlaufen völlig unterschiedliche Ausbildungsbahnen. MedizinerInnen haben ein langes Grundstudium mit oft anschließenden Spezialausbildungen absolviert. Pflegende hingegen haben eine dreijährige Berufsausbildung. Die Pflege arbeitet erst heute an ihrer Aufwertung und Angleichung durch Akademisierung, wodurch zukünftig die Kooperation erleichtert werden könnte (Tabak & Koprak, 2007). Bestehende Differenzen der beiden Berufe liegen in ihrer beruflichen Sozialisation und Ausbildung. MedizinerInnen gestalten die Ausbildung Pflegender mit, umgekehrt ist dies jedoch nicht der Fall. Allein dadurch entsteht eine gewisse Asymmetrie in deren Beziehung. MedizinerInnen werden häufig am Beginn ihrer Laufbahn von Pflegenden angeleitet. Dieser Beitrag der Pflege tritt offiziell nicht in Erscheinung (Thielhorn, 1999, S. 100f).

- **Grad der Professionalisierung**

Mit dem Grad der Professionalisierung werden die ungleiche gesellschaftliche Stellung und das hierarchische Verhältnis zwischen Pflegenden und MedizinerInnen angesprochen. Viele MedizinerInnen sind oft noch stark von alten Vorstellungen geprägt, die den Arzt als entscheidende, anordnende Kraft und die Pflege als ausführende Kraft repräsentieren (Evans & Calson, 1992; Garms-Homolova, 1996; Storch & Kenny 2007, 483).

Dieses hierarchische Verhältnis zwischen Pflege und Medizin wird seit Stein (1967) als das „doctor-nurse-game“ und von Steppe (1990c) als „Szenen einer Ehe“ beschrieben, wodurch hierarchische Positionen gewahrt werden. Pflegenden lernen MedizinerInnen Vorschläge subtil zu unterbreiten (Thielhorn, 1999, S. 7). In der Untersuchung von Sweet und Norman (1995) wird die Beziehung zwischen Pflegenden und MedizinerInnen als patriarchal beschrieben, welche enorme Ähnlichkeit mit der einer Ehe hat, in der die Frau für das körperliche und emotionale Wohlbefinden zuständig ist und der Mann die wesentlichen Entscheidungen trifft.

„Im Sinne einer gleichberechtigten Kooperation sollten die Mechanismen solcher Spiele jedoch aufgedeckt werden“ (Thielhorn, 1999, S. 100) und offen dargelegt werden. Die bestehende Problematik wird durch den unterschiedlichen Ausbildungsverlauf von Pflegenden und MedizinerInnen und den hohen Frauenanteil in der Pflege und den hohen Männeranteil in Bereichen der spezialisierten Medizin, verschärft (Garms-Homolova & Schäfer, 1998, S 16). Wie sich diese hierarchische Ungleichheit äußert wurde in der Untersuchung von McMachan (1994) gezeigt. Es bestehen unterschiedliche Formen in der Anrede beider Berufsgruppen. Pflegepersonen werden oft geduzt und mit dem Vornamen angesprochen. Hingegen werden MedizinerInnen gesiezt, wodurch Macht, Autorität und Abhängigkeit kreiert werden. In Großbritannien hat sich gezeigt, dass die Akademisierung Pflegender zu einer Gleichstellung der Professionen führte. Pflegenden sahen sich von vornherein den MedizinerInnen gegenüber als gleichberechtigt an (Thielhorn, 1999, S. 100f).

Innerhalb der Gesundheitsversorgung wird der Pflege eine untergeordnete Stellung zugeteilt. Pflegende haben im Vergleich zu den MedizinerInnen keine Monopolstellung und sind in vielen Bereichen weisungsgebunden (Garms-Homolova & Schaeffer, 1998, S 15f). Nach Sewtz (2006) bremsen zwei Besonderheiten die Prestigeanhebung des Pflegeberufes, nämlich die fehlende akademische Ausbildung Pflegender und die in der Entstehung des Berufes bewusste Konzipierung um den ärztlichen Beruf. Die Pflege als traditionelle Frauendomäne wird gegenüber der Medizin eher als Semi-Profession betrachtet (ebd.). Die Weisungsbefugnis der MedizinerInnen gegenüber der Pflege erweist sich als problematisch, da diese ihre Tätigkeiten als vorrangig und die Tätigkeiten der Pflege als zweitrangig erachten (Evans & Calson, 1992). In einer Untersuchung von Storch und Kenny (2007) konnte festgestellt werden, dass die Dominanz der MedizinerInnen zu einem Ungleichgewicht in der Beziehung zwischen Pflegenden und MedizinerInnen führt. MedizinerInnen fehlt das Verständnis und der Respekt gegenüber dem pflegerischen Tätigkeitsfeld. Die Erfahrung und Zuständigkeit Pflegender wird von MedizinerInnen nur wenig zur Kenntnis genommen. Eine Untersuchung aus Großbritannien kommt zu ähnlichen Resultaten. Die Dominanz der MedizinerInnen zeigt sich im interdisziplinären Entscheidungsfindungsprozess. Die MedizinerInnen dominieren in ihrer Entscheidung gegenüber den Pflegenden, wodurch die Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen beeinträchtigt wird. Nur in kooperativen Beziehungen können Autonomie und Entscheidungsfähigkeit entwickelt werden (Coombs & Esser, 2004).

Weit mehr Pflegekräfte als MedizinerInnen sind von einer unzureichenden oder gar fehlenden Kooperation betroffen, da bestimmte Tätigkeiten des Pflegepersonals nicht ohne ärztliche Anordnung ausgeführt werden darf und dadurch eine gewisse Abhängigkeit in Bezug auf deren Kooperation besteht. Pflegekräfte sind häufig auf ein Wohlwollen der Ärzte angewiesen. Durch die Stärkung des professionellen Selbstbewusstseins von Pflegepersonen nimmt deren Loyalität gegenüber den PatientInnen zu und schwindet zugleich gegenüber den MedizinerInnen (Garms-Homolova, 1996, S. 41).

Die Schwierigkeit Pflegender liegt darin, dass MedizinerInnen die eigenständige Relevanz Pflegender dahingehend bestreiten, dass professionelle Pflege nur deshalb benötigt wird, da sich die ursprüngliche Großfamilie in einem Auflösungsprozess befindet und die Pflege die Aufgaben derer nur substituiert (Garms-Homolova & Schaeffer, 1998, S15). Starre Hierarchien blockieren eine gleichberechtigte Kooperation. Gerade im Krankenhaus existiert eine starke hierarchische Organisation, welche sich aus Pflegedirektorin, ärztlicher Direktorin und Verwaltungsdirektorin zusammensetzt. Durch diese Konstellation konnten sich traditionelle Rollen und Positionen teilweise bis heute erhalten (Thielhorn, 1999, S. 105ff).

- **Unterschiedliches Wertesystem**

Pflege und Medizin verfügen über ein sehr differenziertes Wertesystem, was dazu führt, dass die Probleme der Patienten gänzlich unterschiedlich interpretiert werden und eine gegenseitige Kooperation zwischen den beiden Professionen erschwert wird (Garms-Homolova & Schaeffer, 1998, S17). Badura (1994) sieht die Schwierigkeit der pflegerisch-medizinischen Zusammenarbeit in der unterschiedlichen Zielsetzung beider Gruppen. Die Zielsetzung der Medizin liegt in der Beherrschung somatischer Risiken und in der Heilung von Krankheit, hingegen die Pflege Unterstützung bestehender Defizite und Unterstützung zur Selbsthilfe in den Mittelpunkt stellt (Badura, 1994, S. 34ff). Pflegende konzentrieren sich im Vergleich zu den MedizinerInnen mehr auf die persönliche Beziehung zu den PatientInnen. Der Aufbau der persönlichen Beziehung steht für Pflegende im Mittelpunkt (Tabak & Koprak, 2007). Diese Unterschiede zwischen den Professionen sind historisch entstanden und gewachsen. Mitte des 19. Jahrhunderts kam es in der Medizin zu grundlegenden Änderungen. Die ursprünglich geisteswissenschaftlich ausgerichtete Disziplin der Medizin wurde fortan von einem naturwissenschaftlichen Konzept geprägt (Sewtz, 2006, S. 45). Diese Änderung war in der Annahme erhöhter Leistungsfähigkeit und Effizienz hinsichtlich der PatientInnenversorgung begründet. Die Erfolge und

Ergebnisse der Naturwissenschaft erhoffte man sich auch in der Medizin (Anschütz, 1996). Der naturwissenschaftlichen Auffassung zufolge, wurden nun Erkrankungen als natürliche Phänomene angesehen und unabhängig von magischen oder spirituellen Kräften gesehen. Weitere Ursachen von Erkrankungen, wie psychologische und soziale Faktoren, bleiben dabei häufig etwas vernachlässigt. Dieses Konzept hat sich in der Medizin etabliert und wird auch heute noch praktiziert (Thielhorn, 1999, S. 13ff).

MedizinerInnen betrachten den Menschen vor dem Hintergrund des medizinischen Modells mit der Fokussierung auf Krankheit, wodurch es zu einer Aufspaltung des kranken Menschen kommt. Es wird dabei die Krankheit in den Mittelpunkt des Geschehens gerückt und nicht der kranke Mensch holistisch erfasst (Garms-Homolova & Schaeffer, 1998, S. 17). Das naturwissenschaftliche Konzept der Medizin führte dazu, dass pflegerische Tätigkeiten in der Alten –und Gemeindepflege als minderwertig gesehen wurde, hingegen wurden die Bereiche in denen modernste Gerätschaften zum Einsatz kamen stark aufgewertet. Patientenferne und gleichzeitig arztnahe Arbeitsplätze wurden sowohl innerhalb der Medizin als auch bei den Pflegenden selbst als höherwertig angesehen (Thielhorn, 1999, S.16f). Weiters wurde Pflege als ideale Tätigkeit für Frauen empfunden, welche als natürliche und angeborene Fähigkeit der Frau gesehen wurde (Steppe, 1990 b).

„Und so musste die weibliche Krankenpflege ergänzende, kompensatorische Funktion zur Medizin übernehmen, wie zuvor die Hausarbeit zur Berufsarbeit. Sie musste die Emotionalität und Mitmenschlichkeit, die Nähe und Wärme, die persönliche Anteilnahme garantieren, die die Medizin nicht (mehr) hat und die sie nicht haben will, ohne die aber kein Erfolg ihrer Arbeit möglich ist“ (Bischoff, 1992, S. 97).

Im naturwissenschaftlichen Konzept stellte die Pflege eine untergeordnete Funktion dar, deren Tätigkeit als Vorleistung für medizinisches Handeln und als medizinische Assistenz gesehen wurde (Garms-Homolova & Schaeffer, 1998, S. 17; Storch &

Kenny 2007, S. 483). Die Medizin konnte durch neue Erkenntnisse zunehmend positive Resultate in der Krankenbehandlung erreichen. Diese Erfolge wurden allerdings nicht mit der Pflege geteilt, sondern als alleiniger Erfolg der Medizin betrachtet. Medizin und Pflege werden demnach als komplementär, jedoch nicht als gleichberechtigt angesehen (Bischoff, 1992, S. 98f).

Das reduktionistische - naturwissenschaftliche Konzept der Medizin beeinflusst trotz aller Entwicklung im Bereich Pflege auch heute noch pflegerisches Denken, was letztlich auf die Ausbildung Pflegender zurückgeführt werden kann. Bis vor wenigen Jahren wurden Pflegende zu einem großen Teil von MedizinerInnen unterrichtet, wodurch die Medizin starken Einfluss auf pflegerisches Denken ausübte. Zudem spielten medizinische und naturwissenschaftliche Unterrichtsfächer, in denen Krankheit und Therapie im Mittelpunkt stehen, eine übergeordnete Rolle in der pflegerischen Ausbildung (Steppe, 1990b). Erst seit den letzten 25 Jahren werden zunehmend pflegetheoretische Modelle in die Ausbildung Pflegender integriert. Diese Modelle basieren auf einem bedürfnisorientierten-patientInnenzentrierten Ansatz und besitzen im Vergleich zum naturwissenschaftlichen Konzept einen holistischen Charakter. Hier stehen nicht mehr ausschließlich pathologische Prozesse im Vordergrund, sondern der Mensch mit all seinen Bedürfnissen und Lebensaktivitäten (Thielhorn, 1999, S. 19f; vgl. Tabak & Koprak, 2007). Aus Sicht des Pflegepersonals verstößt die streng naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin häufig gegen die Gesetze der Menschlichkeit. Die Medizin versucht mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln die PatientInnen zu heilen, selbst dann, wenn die Chance auf Heilung aussichtslos scheint und der Wunsch der PatientInnen ein anderer wäre (Thielhorn, 1999, S. 87).

Nach einer Untersuchung von Wilhelm und Balzer (1989) wurden seitens des Pflegepersonals vor allem das „Verhalten und Auftreten der Ärzte gegenüber Patienten und die daraus folgenden Funktionen der Pflegekräfte als deren Anwälte und stillen Nebentherapeuten sowie die schlechte Behandlung der Pflegenden durch die Ärzte, deren Ignoranz und Arroganz und Versuche der Arbeitsabwälzung“ (Wilhelm & Balzer, 1989, S. 181) kritisiert, welche deren Beziehung zueinander

nachhaltig beeinträchtigen. Pflegende solidarisieren sich häufig mit den PatientInnen und sehen sich als deren Anwälte, wenn der Eindruck erweckt wird, dass die Medizin die Rechte der PatientInnen verletzt, indem sie nicht adäquat versorgt oder ungenügend über Maßnahmen oder andere Therapiemöglichkeiten aufgeklärt werden (Garms-Homolova & Schaeffer, 1998, S 17; Garms-Homolova, 1996, S. 42).

- **Demographische Faktoren**

Auch demographische Faktoren können sich auf die Kooperation auswirken. Untersuchungen zeigen, dass jüngere MedizinerInnen aus ländlichen Gegenden im Vergleich zu älteren und in Städten tätigen MedizinerInnen eine größere Kooperationsbereitschaft aufweisen (Garms-Homolova & Schaeffer, 1998, S. 20f). Auch die soziale und kulturelle Herkunft haben Einfluss auf das Kooperationsverhalten. So zeigten Untersuchungen, dass in Deutschland ausgebildete MedizinerInnen deutlich mehr Assistenz von der Pflege beanspruchten, als außereuropäische MedizinerInnen (Walby & Greenwell, 1994). Auch das Geschlecht kann zu den demographischen Faktoren gezählt werden. Der hohe Frauenanteil in der Pflege und der hohe Männeranteil in Fachgebieten der Medizin erschweren deren Kooperation (Garms-Homolova & Schaeffer, 1998, S. 20; vgl. Sewtz, 2006, S. 45).

2.4.4 Kooperationsfördernde Faktoren

Im folgenden Kapitel werden kooperationsfördernde Faktoren dargestellt. Die Kooperationsbereitschaft und –fähigkeit der KooperationspartnerInnen stellen bedeutende Faktoren für eine funktionierende Kooperation dar. Daher ist es von Bedeutung Kommunikation und Arbeitsteilung möglichst frühzeitig zu erlernen und zu fördern.

- **Gemeinsame Aus- und Fortbildung**

Eine gemeinsame Aus- und Fortbildung für MedizinerInnen und Pflegekräfte (Baggs & Ryan, 1990; Schaeffer & Moers, 1995) können deren Kooperation positiv beeinflussen. Modellversuche zeigen, dass nur die Verbindung des theoretischen Unterrichts und der gemeinsamen Praktika die gewünschten Effekte nach sich ziehen (Garms-Homolova & Schaeffer, 1998, S. 24). Weder Auszubildende in der Pflege noch in der Medizin lernen grundlegende Kooperationstechniken, woraus eine fehlende Kooperationskultur resultiert. Daher besteht die Zukunftsvision darin, ein gemeinsames Grundstudium in Theorie und Praxis aller Gesundheitsberufe zu entwickeln, um deren Kooperation zu fördern und erst gar nicht solche Differenzen entstehen zu lassen. Innerbetriebliche gemeinsame Fortbildungen und Supervisionen können Gelegenheit bieten, um die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und MedizinerInnen zu fördern und einen positiven Beitrag zur Entwicklung der Krankenhausorganisation zu leisten (Thielhorn, 1999, S. 102).

- **Anhebung der Qualifikation**

Eine Anhebung der Qualifikation der Kooperationspartner, insbesondere die der Pflegenden (Putz, 1989), kann zur Verbesserung der Kooperation beitragen. Eine höhere Qualifizierung, durch die Möglichkeit des akademischen Abschlusses, und das dadurch steigende professionelle Selbstbewusstsein der Pflege, soll zum Ausgleich und zunehmender Gleichberechtigung zwischen Pflege und Medizin führen (Garms-Homolova & Schaeffer, 1998, S. 32). In der Untersuchung von Tabak und Koprak (2007) wurde aufgezeigt, dass die berufliche Position und das Ausmaß an Berufserfahrung Pflegenden positiv mit der interdisziplinären Konfliktlösung und der Bewertung der Kooperation mit MedizinerInnen korrelieren. Pflegende in höheren beruflichen Positionen und langjährigen beruflichen Erfahrung bewerten die Kooperation mit MedizinerInnen positiver als an der Basis tätigen Pflegepersonen.

- **Transparenz**

Ein weiterer Faktor zur Verbesserung der Kooperation stellt die Transparenz des eigenen Handelns der jeweiligen Profession dar (Putz, 1989). Es ist von Bedeutung für die Kooperation, dass eine klare Arbeitsteilung (Pike 1991) und Festlegung von Zuständigkeitsbereichen erfolgt. Transparente Dokumentation, zur Schaffung eines gemeinsamen Informationsbestandes, kann die Kooperation fördern (Putz, 1989). Eine Möglichkeit der interdisziplinären Kooperation im Krankenhaus ist die Entwicklung von Behandlungspfaden. Diese sind indikationsbezogen und basieren zunächst auf einer Ablaufbeschreibung einzelner Tätigkeiten unter Einbeziehung der beteiligten Berufsgruppen. Ziel ist es, sich bei einem bestimmten, häufig auftretenden Krankheitsbild auf ein standardisiertes Vorgehen zu verständigen sowie neue kooperative Arbeitsabläufe und Organisationsformen zu konzipieren. Organisatorische Veränderungen und neue Arbeitsteilung führen zu Verbesserung der Kooperationsqualität (Pike et al., 1993; Garms-Homolova & Schaeffer, 1998; S. 33f).

- **Kommunikation**

Die Kommunikation der KooperationspartnerInnen kann durch gezielte Treffen, in Form von Kolloquien und Diskussions- und Supervisionsgruppen, erreicht werden (Schaeffer & Moers, 1995). Von Bedeutung ist es, dass Konzepte zur Verbesserung der Kooperation gemeinsam mit den MitarbeiterInnen, die an der Basis tätig sind, entwickelt werden und nicht im Alleingang seitens des Direktoriums. Von Bedeutung für die Kooperation ist es auch, dass ausreichend Präsenz von VertreterInnen in Entscheidungs- und Planungsgremien vorhanden ist (Thielhorn, 1999, S. 107).

Kommunikationstrainings führen zur Verbesserung der kommunikativen Bedingungen von MedizinerInnen und Pflegenden, wodurch die Ergebnisqualität der Versorgung, die PatientInnenzufriedenheit und die Berufszufriedenheit der MitarbeiterInnen steigen (Lecher, Klapper, Schaeffer & Koch, 2002).

In diesem Kapitel wurde aufgezeigt, dass die Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen in vielen Bereichen Mängel aufweist. Es wurden die notwendigen Voraussetzungen für eine funktionierende Kooperation, die Ursachen für bestehende Kooperationsbarrieren sowie die Auswirkungen funktionierender und nicht funktionierender Kooperation dargestellt. Im Anschluss daran wurden kooperationsfördernde Faktoren erläutert. Fest steht, dass die PatientInnenversorgung ohne eine effiziente Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen nicht auskommen kann. Daher ist es von Bedeutung die Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit beider Professionen zu fördern, indem Kooperation und Kommunikation frühzeitig erlernt und trainiert werden.

Im nachfolgenden Kapitel werden die Begriffe zu Geschlecht definiert und die theoretischen Ansätze zu geschlechtsspezifischen Unterschieden beschrieben. Abschließend wird der aktuelle Forschungsstand zur Kooperation zwischen Pflege und Medizin und den Einfluss des Geschlechts auf deren Kooperation dargestellt.

3 Geschlecht, Geschlechterrollen und Geschlechtsstereotypen

In meiner Arbeit werden ein Geschlechtervergleich sowie eine geschlechtsspezifische Betrachtung vorgenommen. Dazu werden die Begrifflichkeiten Geschlecht, Geschlechterrollen und Geschlechtsstereotypen näher betrachtet und definiert, da diese Termini in meiner Arbeit häufig zur Sprache kommen werden. Daraufhin werden die zugrunde liegenden theoretischen Erklärungsansätze zu Geschlecht dargestellt.

Die verwendete Literatur wurde in der Hauptbibliothek der Stadt Wien, der Universitätsbibliothek Wien und der Bibliothek der medizinischen Universität recherchiert. Es wurde nach Publikationen zum Thema Geschlecht, Ansätze und

Theorien zu Geschlecht, Kooperation zwischen Pflege und Medizin in deutscher und englischer Sprache gesucht. Die zeitliche Recherche umfasst die Jahre 1990 bis 2006. Eingang in die Arbeit fanden Monographien, Beiträge aus Sammelwerken und wissenschaftlichen Fachzeitschriften sowie Forschungsberichte.

Die Literaturrecherche im Internet erfolgte in den Datenbanken „Chinal“ und „Pubmed“. Um den Themenkreis einzugrenzen wurde in den Suchmaschinen nach folgenden Keywords gesucht: nurse-physician relationship, nurse-physician collaboration, gender and sex differences, female, male, theoretical rudiment

3.1 Definition von Geschlecht, Geschlechterrollen und Geschlechterstereotypen

3.1.1 Geschlecht

Nach Metz-Göckel (2000) wird der Begriff Geschlecht dreigeteilt. Sie differenziert zwischen körperlichem Geschlecht, der sozialen Zuordnung zu Geschlecht und dem sozialen Geschlecht.

Unter körperlichem Geschlecht wird das angeborene biologische Geschlecht verstanden. Mit der sozialen Zuordnung zu Geschlecht werden Prozesse und Phänomene verstanden, die der Zuordnung und somit Kategorisierung von Personen zum jeweiligen Geschlecht dienen. Das bezieht sich beispielsweise auf Äußerlichkeiten einer Person oder auf deren nonverbales Verhalten. Das soziale Geschlecht ist dem Begriff Gender gleichzusetzen und bezieht sich auf genderspezifische Eigenschaften, die sozial konstruiert wurden und zeitlichen Änderungen unterliegen (Metz-Göckel, 2000, S. 103ff).

Die Trennung zwischen biologischem und sozialem Geschlecht dient der Ablehnung eines Zusammenhangs zwischen „Natur und Kultur“. Geschlechtsrollen sollten

demnach als gesellschaftliches, kulturelles Produkt, welches historisch gewachsen ist, gesehen werden und nicht als angeborenes Phänomen (Sewtz, 2006, S. 31f).

3.1.2 Geschlechterrollen

Der Begriff Geschlechterrolle wird in den verschiedenen Disziplinen unterschiedlich betrachtet und häufig mit dem Begriff Geschlechtsstereotype synonym verwendet. In der Sozialpsychologie ist der Begriff Geschlechtsrolle mit den persönlichen Vorstellungen über Frauen und Männer verknüpft. In der Soziologie hingegen wird dieser Begriff auf Erwartungen von geschlechtsspezifischen Verhaltensweisen bezogen. „Geschlechtsrollen beziehen sich auf unterschiedliches Verhalten von Frauen und Männern innerhalb der Gesellschaft. Hier existieren kulturell-historisch gewachsene normative Erwartungen über z. B. Persönlichkeitscharakteristika oder die Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern“ (Sewtz, 2006, S. 34).

Es besteht die Annahme, dass Geschlechtsrollen durch auferlegte Normen und Werte weiter gegeben werden, was sich letztlich im unterschiedlichen Verhalten der Geschlechter widerspiegelt. Dem angeborenen Geschlecht werden psychologische Merkmale zugeschrieben, wodurch eine Differenzierung der Geschlechter hergestellt wird. Die dadurch entstandenen Geschlechtscharaktere beeinflussen und bestimmen teilweise noch den Bildungsweg und die Zugangschancen von Frauen und Männern am Arbeitsmarkt (Sewtz, 2006, S. 34f).

3.1.3 Geschlechtsstereotypen

Unter dem Begriff Geschlechtsstereotype werden Charakteristika oder Eigenschaften verstanden, die als geschlechtsspezifisch gelten und somit Frauen und Männern zugeordnet werden. Geschlechtsstereotype werden gesellschaftlich weitergegeben

und häufig als Gegensatzpaar dargestellt (Andrä-Welker, 1999). Männern werden tendenziell häufiger Kompetenzeigenschaften und Frauen emotionsbezogene und sexualisierte Eigenschaften zugeschrieben. Ob diese Zuordnungen der Realität entsprechen sei jedoch dahingestellt. Vielmehr besteht bei Abweichung von gängigen, geschlechtsspezifischen Verhaltensmustern das Risiko sozialer Benachteiligung. Auf Grund dessen kann es zu einer extremen Anpassung der erwarteten geschlechtsspezifischen Merkmale kommen (Sewtz, 2006, S. 31f). Vermittelte und gefestigte Geschlechtsstereotype lassen sich nur bedingt wieder abbauen und werden vor allem durch Sozialisation bekräftigt (Bielby, 2000).

Die Begriffe Stereotyp und Vorurteil werden häufig synonym verwendet. Unter Vorurteil werden meist negative, abwertende Einstellungen gegenüber Gruppen verstanden. Diese entstehen durch Motivationsprozesse und dienen der eigenen Selbstwerterhöhung. Stereotype hingegen werden als die kognitive Komponente von Vorurteilen bezeichnet, welche darüber hinaus eine affektive Komponente beinhalten. Weiters wird Stereotyp als sehr stabile und schwer veränderbare „Übergeneralisation“ definiert. Damit ist gemeint, dass es zu einer Überschätzung der Ähnlichkeit zwischen den Mitgliedern einer Gruppe kommt, d. h. den Mitgliedern einer Außengruppe werden dieselben Merkmale zugeschrieben und die Unterschiede zur eigenen Gruppe stark betont. Die stereotype Wahrnehmung der Außengruppe steht mit dem geringfügigen Wissen über die Mitglieder dieser Gruppe in Zusammenhang. (Herkner, 1991, S. 493).

Witte (1989) definiert Stereotyp als „eine sozial erworbene und kulturell verankerte Stellungnahme kognitiver und affektiver Art, verbunden mit Verhaltensweisen, die zwischen Makrosystemen und Gesamtgesellschaft differenzieren“ (Witte, 1989, S. 261). Stereotypen sind Zuschreibungen in der Regel persönlicher Eigenschaften oder Verhaltensweisen, mit der eine Gruppe von Menschen eine andere Gruppe von Menschen charakterisiert (Leyens, Yzerbyt, Schadron, 1994, S. 11).

„Auch wenn Stereotypen von Kultur zu Kultur unterschiedliche Inhalte präsentieren können, ist ihnen gemeinsam, dass sie sich lediglich sehr langsam weiterentwickeln und sich über erstaunlich lange Zeiträume halten und wirken, wie z. B. hierzulande Vorurteile zum angeborenen emotionalen weiblichen Geschlecht“ (Sewetz, 2006, S. 36)

3.2 Theoretische Ansätze zu geschlechtsspezifischen Unterschieden

In meiner Arbeit werden geschlechtsspezifische Besonderheiten und Unterschiede zur Sprache kommen. Geschlechtsspezifische Besonderheiten und Unterschieden werden anhand sozio-biologischer, psychologischer, soziologischer Ansätze und anhand von Ansätzen der Frauenforschung dargestellt (Sewtz, 2006, S. 31). Ziel ist hier eine Betrachtung von Geschlechtsspezifika, die für die Entstehung und für den Verlauf von Kooperationen entscheidend sind.

3.2.1 Soziobiologische Erklärungsansätze zur Geschlechterdifferenz

Soziobiologische Forschung zur Geschlechterdifferenz befasst sich mit dem Zusammenhang zwischen biologischen Merkmalen und dem sozialen Verhalten der Geschlechter. In Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass genetische oder hormonelle Unterschiede verschiedene Verhaltensweisen nach sich ziehen (Weedon, 1990; Sewtz, 2006, S. 30).

Bosinski (2000) differenziert zwischen geschlechtsspezifischen und geschlechtstypischen Unterschieden. Geschlechtsspezifische Unterschiede beziehen sich auf biologische Gegebenheiten der Geschlechter. So ist es z. B. eine Tatsache, dass ausschließlich Frauen Kinder gebären können. Ein geschlechtstypischer

Unterschied hingegen liegt beispielsweise in der Körpergröße oder Körperbehaarung. Geschlechtstypische Unterschiede sind entweder körperlicher, psychischer oder sozialer Natur. In den Bereichen Kognition, Verhalten und Emotion konnten geschlechtsspezifische Unterschiede aufgezeigt werden. So weisen Männer beispielsweise häufiger ein besseres räumliches Vorstellungs- und Orientierungsvermögen auf. Hinsichtlich sprachlicher Fähigkeiten, wie Sprachproduktion und Sprachflüssigkeit, liegen die Frauen den Männern voraus. Frauen legen stärker ein gruppenzentriertes und demokratisches Verhalten an den Tag, Männer hingegen weisen ein stärker aufgabenzentriertes und autokratisches Verhalten auf (Bosinski, 2000; Sewtz, 2006, 31ff).

Auch bezüglich Aggression haben Männer im Geschlechtervergleich ein höheres Aggressionspotential als Frauen. Es wurde ein positiver Zusammenhang zwischen der Menge an Testosteron und Aggressivität nachgewiesen. Jedoch besteht diesbezüglich keine einseitige Kausalbeziehung. Wenn sich die soziale Stellung und Dominanz des Menschen erhöht, führt dies zur Erhöhung des Testosteronspiegels (Feldmann, 2006, S. 168). Bosinski (2000) weist darauf hin, dass geschlechtsspezifische Unterschiede, wie aggressives Verhalten, unabhängig vom Erziehungsstil sind. Körperlich gesehen werden Körpergröße, Zeitpunkt der Pubertät, Größe des Gehirns, Hormone und Gebärfähigkeit als Determinanten geschlechtsspezifischer Unterschiede verstanden. Männer sind im Allgemeinen größer als Frauen und haben ein in etwa zehn Prozent größeres Gehirn. Mädchen erreichen den Zeitpunkt der Pubertät früher als Jungen (Bosinski, 2000; Weedon, 1999). Je nach Ausmaß der Bewertung der bestehenden geschlechtsspezifischen Unterschiede werden Geschlechterhierarchien, patriarchalische Gesellschaftsstrukturen und gesellschaftliche Normen in ihrer Entstehung begünstigt. Männliche und Weibliche Merkmale werden einer angeborenen und dadurch unabänderlichen Ordnung zugeschrieben, wodurch es zur Legitimation gesellschaftlicher Ungleichheit kommt. Eine Über- oder Unterlegenheit der beiden Geschlechter wird dadurch bekräftigt (Sewtz, 2006, S. 39f).

3.2.2 Psychologische Erklärungsansätze zur Geschlechterdifferenz

Im Bereich der psychologischen Forschung wird zwischen individual- und sozialpsychologischen Untersuchungen unterschieden und die Variable Geschlecht wird als kognitive Kategorie verstanden. Ergebnisse aus der psychologischen Forschung unterstützen die Resultate soziobiologischer Untersuchungen. In der soziobiologischen Forschung werden geschlechtsspezifische Unterschiede im Bereich Kognition belegt. Männer gelten im Vergleich zu Frauen als aggressiver und sind mathematisch sowie in ihrer räumlich-visuellen Vorstellung den Frauen überlegen. Frauen hingegen besitzen eine größere verbale Fähigkeit als Männer. Für die bestehenden Unterschiede der Geschlechter besteht eine kulturübergreifende Übereinstimmung. Dies bezieht sich beispielsweise auf Merkmale wie Aggression, soziales Verhalten oder sexuelle Ausrichtung. Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich Aktivitätsniveau, Impulsivität, Angstbereitschaft, Leistung und Selbstkonzept gelten ebenfalls als gesichert. Indem das Geschlecht als Persönlichkeitsvariable interpretiert wird, besteht die Gefahr, dass die Entstehung von Vorurteilen begünstigt wird. Des Weiteren wird Kritik dahingehend geäußert, dass in der psychologische Forschung tendenziell Forschungsergebnisse zum Vorteil des männlichen Geschlechts dargestellt werden (Sewtz, 2006, 40f)

3.2.3 Sozialisationstheoretische Erklärungsansätze

Einleitend werden zuerst die Begriffe Sozialisation und geschlechtsspezifische Sozialisation erläutert und im Anschluss auf die sozialisationstheoretischen Ansätze zur Geschlechterdifferenz eingegangen.

Sozialisation wird als "[...] Prozess der Entstehung und Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit in Abhängigkeit von und in Auseinandersetzung mit den sozialen und den dinglich-materiellen Lebensbedingungen verstanden, die zu einem bestimmten Zeitpunkt der historischen Entwicklung einer Gesellschaft existieren. Sozialisation bezeichnet den Prozess, in dessen Verlauf sich der mit einer

biologischen Ausstattung versehene menschliche Organismus zu einer sozial handlungsfähigen Persönlichkeit bildet, die sich über den Lebenslauf hinweg in Auseinandersetzung mit den Lebensbedingungen weiterentwickelt" (Hurrelmann, 1993, S. 14).

Sozialisation kann als kulturelle und soziale Prägung des Menschen verstanden werden. Im Vergleich zur angeborenen Bestimmung, wird die Sozialisation des Menschen als der bedeutendere Faktor für Verhaltens- und Einstellungsunterschiede gesehen (Feldmann, 2006, S. 168).

Geschlechtsspezifische Sozialisation impliziert die Ablehnung einer einfachen Biologisierung der Geschlechterdifferenz. Der Mensch wird als gesellschaftlich konstruiert gesehen, der sich in ständiger Wechselwirkung mit seiner Umwelt befindet. Geschlechtsspezifische Sozialisation beruht auf der unterschiedlichen Behandlung von Mädchen und Jungen und der Identifikation mit Angehörigen des gleichen Geschlechts. Mädchen und Jungen haben demnach unterschiedliche Sozialisationserfahrungen, wodurch es zur Übernahme eines geschlechtsspezifischen Regel- und Normensystems und zur Entstehung von Geschlechtsrollen kommt. Geschlechtsspezifische Sozialisation erfolgt vorwiegend innerhalb der Familie, Schule, Medien und in Gruppen von Gleichaltrigen (Feldmann, 2006, S. 168f).

Soziologische Erklärungsansätze zu geschlechtsspezifischen Unterschieden stützen sich meist auf die gängigen Vorstellungen und Unterschiede von Weiblichkeit und Männlichkeit, welche durch gesellschaftliche Bedingungen entstanden sind. Uneinigkeit besteht darin, ob geschlechtsspezifische Unterschiede als Resultat einer Sozialisation gesehen werden können, die Handlungsspielräume zulässt, oder ob sie durch starre Regeln, Hierarchien und Strukturen von Familie und Staat entwickelt wurden (Sewtz, 2006, S. 42).

In jüngere Ansätzen wird davon ausgegangen, dass geschlechtsspezifische Unterschiede sozial-interaktiv konstruiert sind und die Persönlichkeitsentwicklung von physiologischen, psychischen und sozialen Bedingungen beeinflusst wird. Moderne Untersuchungsergebnisse zeigen in Hinblick auf Persönlichkeit und Verhalten der Geschlechter nur noch geringfügige Differenzen und annähernde Geschlechtsneutralität auf. In Bezug auf Aggressivität, mathematischen und räumlich-visuellen Fähigkeiten wird bestätigt, dass das männliche Geschlecht im Kindes- und Jugendalter dem weiblichen überlegen ist. Jedoch ist diese Überlegenheit zeitlich begrenzt und hebt sich im späten Jugendalter wieder auf. Die Unterschiede und Variationen innerhalb eines Geschlechts sind jedenfalls größer als die zwischen den Geschlechtern (Metz-Göckel, 2000; Sewtz, 2006, 31f).

3.2.4 Erklärungsansätze der Frauen- und Geschlechterforschung

Die Frauen- und Geschlechterforschung, welche sich in den 80er Jahren entwickelte, hinterfragt die biologisch begründete Zuordnung von geschlechtsspezifischen Eigenschaften und Geschlechterrollen. Diese Forschungsrichtung befasst sich mit der Feststellung der Ungleichheit der Geschlechter und sieht in der Zuordnung biologischer Eigenschaften die Grundlage von Diskriminierung und Unterdrückung (Ebelding, 2006, S. 282)

Sewtz (2006) unterscheidet innerhalb der Frauen und Geschlechterforschung zwischen gleichheitsbetonenden und differenztheoretischen Ansätzen und dem Theorieansatz des doing gender. Gleichheitsbetonende Ansätze betonen die Ähnlichkeiten zwischen den Geschlechtern. Unterschiede gelten als gesellschaftlich und politisch begründbar und sind in Erziehung und Sozialisation verankert. Die Erfolge dieser Ansätze zeigen sich in der gesetzlichen Gleichstellung der Geschlechter, wie der Gleichstellung am Arbeitsmarkt und das Recht der Frau auf politische Partizipation. Kritik an diesen Ansätzen besteht insofern, dass emanzipatorische Veränderungen häufig idealisiert und überbewertet werden und

somit der Realitätsgehalt hinsichtlich der tatsächlichen Gleichstellung der Frauen etwas verschleiert bleibt (Sewtz, 2006, S. 44f).

Differenztheoretische Ansätze befassen sich mit der Ungleichheit und Differenz zwischen den Geschlechtern, unabhängig davon ob Unterschiede im politischen oder sozialen Umfeld zu erkennen sind. Differenztheoretische Ansätze gehen von einem gegebenen, an der biologischen Geschlechtszugehörigkeit festgemachten, Unterschied zwischen den Geschlechtern aus (ebd, S. 44f).

In den dargestellten Ansätzen zur Geschlechterdifferenz wird Weiblichkeit biologisch-ontologisch begründet und als unverwechselbare und naturhafte Eigenart der Frauen gesehen. Die Geschlechterdifferenz wird als biologischer Unterschied wahrgenommen und als Bestandteil der Natur betrachtet. Der Mensch ist lebenslänglich an den geschlechtlichen Unterschied gebunden (Thürmer-Rohr, 1995, S. 88).

Der aus der Frauen- und Geschlechterforschung stammende Theorieansatz des „doing gender“ geht auf Candace West und Don H. Zimmermann (1991) zurück, welche doing gender als ein Merkmal von Personen, das der Herstellung von Geschlechtszugehörigkeit dient, definierten. Dieser Erwerb von Geschlechtszugehörigkeit geschieht ihrem Ansatz zufolge nicht passiv im Sinne einer Zuschreibung aufgrund von Geschlechtsmerkmalen, sondern in einem aktiven Prozess; „man tut es“. Verdienste der doing-gender Debatte werden in der Offenlegung von nicht transparenten Mechanismen der Geschlechtszugehörigkeit gesehen, die grundsätzlich Auswirkungen auf Strukturen, Organisationen und Kulturen haben (Sewtz, 2006, S. 50f). Im doing gender Ansatz wird davon ausgegangen, dass die Geschlechtsidentität durch bzw. in sozialen Situationen gestaltet wird (Feldmann, 2006, S. 175).

In den angeführten Ansätzen und Merkmalen zu Geschlecht wurden Geschlechtsspezifika die im Vorfeld der Kooperation und daher für die Entstehung von Kooperation entscheidend sind dargestellt. Im folgenden Kapitel wird nun der

Einfluss des Geschlechts auf die Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen dargestellt.

4 Stand der Forschung zur Kooperation zwischen Pflege und Medizin und den Einfluss des Geschlechts auf deren Kooperation

In diesem Kapitel wird der Fokus auf die Relevanz des Geschlechts in der Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen gerichtet.

4.1 Literaturrecherche

Die verwendete Literatur des folgenden Kapitels wurde in der Hauptbibliothek der Stadt Wien, der Universitätsbibliothek Wien und der Bibliothek der medizinischen Universität recherchiert. Es wurde nach Publikationen zum Thema Kooperation im Gesundheitswesen, Kooperation zwischen Pflege und Medizin allgemein und nach dem Einfluss des Geschlechts auf deren Kooperation in deutscher und englischer Sprache gesucht. Die zeitliche Recherche in Bezug auf deutsch- und englischsprachige Literatur umfasst die Jahre 2001 bis 2008, wobei eine Erweiterung bis zum Jahr 1990 erfolgte.

Die Literaturrecherche im Internet erfolgte in den Datenbanken „Chinal“ und „Pubmed“. Um den Themenkreis einzugrenzen wurde in den Suchmaschinen nach folgenden Keywords gesucht: nurse-physician relationship, nurse-physician collaboration, gender differences, sex, female, male. Dazu wurden die Begriffe nurse-physician relationship oder collaboration mit den Begriffen gender differences oder female und male kombiniert. Die Literaturrecherche zu dieser Arbeit ergab eine Vielzahl von Untersuchungen aus der Pflege und Medizin. Zu erwähnen ist dabei, dass keine dieser Studien innerhalb der Profession Pflege einen

Geschlechtervergleich vorgenommen, sondern ausschließlich ein Geschlecht untersucht, hat.

4.2 Darstellung des Forschungsstandes

In der Studie von Zelek und Phillips (2003) wurde untersucht, inwieweit sich das Geschlecht der MedizinerInnen auf das Verhalten von weiblichen Pflegenden auswirkt. Dazu wurden insgesamt 265 Pflegepersonen mittels Fragebögen befragt. Alle befragten Pflegepersonen waren in einem städtischen Universitätskrankenhaus in Kanada tätig. Anhand von dargestellten Fallbeispielen mussten die Befragten die Interaktion zwischen Pflegenden und MedizinerInnen, ihre Erwartungen an die MedizinerInnen sowie ihre Stimmung hinsichtlich der Zusammenarbeit mit MedizinerInnen bewerten. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass das Verhalten von weiblich Pflegenden vom Geschlecht der MedizinerInnen beeinflusst wird, und die Beziehung zwischen den weiblichen Pflegenden und den Medizinerinnen und Medizinern von bestehenden Geschlechterrollenstereotypen gekennzeichnet ist. Weibliches Pflegepersonal ist eher dazu bereit, das verwendete Material von Medizinern als von Medizinerinnen wegzuräumen. Es konnte auch festgestellt werden, dass weibliche Pflegepersonen den Medizinern Vorschläge und notwendige medizinische Maßnahmen wesentlich subtiler unterbreiten und ihnen dadurch das Gefühl von Kontrolle vermitteln. In Bezug auf die Medizinerinnen wurde deutlich, dass weiblich Pflegende die Kommunikation mit Medizinerinnen als angenehmer empfinden aber generell deren medizinische Autorität in Frage stellen. Bei den Medizinern hat die männliche Autorität jedoch Einfluss auf das Verhalten der Pflegenden. In dieser Untersuchung konnte gezeigt werden, dass das Geschlecht in der Beziehung zwischen weiblich Pflegenden und Medizinern Einfluss auf das Verhalten weiblich Pflegender hat. Hingegen nimmt der Einfluss des Geschlechts in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung, also in der Beziehung zwischen weiblich Pflegenden und Medizinerinnen, ab (Zelek & Phillips, 2003).

Eine norwegische qualitative Studie von Gjerberg und Kjolsrod (2001) untersucht die Zusammenarbeit zwischen weiblichen Pflegenden und MedizinerInnen aus Sicht der MedizinerInnen. Dazu wurden vier qualitative Interviews mit Medizinern und elf mit Medizinerinnen durchgeführt. Das qualitative Interview umfasste 15 offene Fragen bezüglich der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und MedizinerInnen. MedizinerInnen wurden dazu befragt, ob Pflegende Unterschiede in ihrem Verhalten zeigen, wenn diese mit weiblichen oder männlichen MedizinerInnen zusammenarbeiten. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass Medizinerinnen im Vergleich zu den Medizinern ihre Beziehung zu den weiblichen Pflegenden als schwierig beschreiben. Medizinerinnen beobachteten unterschiedliches Verhalten der weiblichen Pflegenden den Geschlechtern gegenüber. Medizinerinnen haben den Eindruck, dass weibliche Pflegende weniger bereit sind, ihnen Assistenz zu leisten als ihren männlichen Kollegen gegenüber. Hier geht hervor, dass das Geschlecht Einfluss auf deren Beziehung hat. In dieser Studie war auch das Alter der Medizinerinnen ein signifikanter Faktor. Vorwiegend die jüngeren Medizinerinnen hatten im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen den Eindruck weniger Assistenz von den weiblichen Pflegenden zu erhalten, was dadurch erklärt wird, dass sich ältere Medizinerinnen meist in höheren hierarchischen Positionen befinden. Bei den männlichen Medizinern hingegen war die Beurteilung der Assistenz der weiblichen Pflegenden altersunabhängig. Jüngere und ältere männliche Mediziner beurteilten die Bereitschaft der Assistenz der weiblichen Pflegenden sehr ähnlich. Das Alter und Geschlecht der MedizinerInnen hatte im Vergleich zur hierarchischen Position der MedizinerInnen Einfluss auf die Beurteilung der weiblichen Pflegenden. Medizinerinnen beschreiben auch, dass sich weiblich Pflegende ihnen gegenüber wesentlich respektloser verhalten als ihren männlichen Kollegen gegenüber und weiblich Pflegende häufiger ihre medizinischen Entscheidungen in Frage stellen. Auch die männlichen Mediziner beschreiben, dass sich ihre weiblichen Kollegen den Respekt der weiblich Pflegenden wesentlich schwieriger erarbeiten müssen als sie selbst. Das unterschiedliche Verhalten der weiblichen Pflegenden gegenüber den Geschlechtern wird von den Medizinerinnen als „erotic game“ erklärt, welches nur bei gegengeschlechtlicher Beziehung möglich ist. Medizinerinnen haben den Eindruck,

dass weiblich Pflegende die Beziehung mit den männlichen Ärzten als aufregend empfinden, wo das Flirten im Vordergrund steht. Um die Beziehung zwischen den weiblichen Pflegenden und den weiblichen Medizinerinnen zu fördern, liegt die Strategie der weiblichen Medizinerinnen im Aufbau von Freundschaften.

In einer amerikanischen Studie von Wear und Keck-McNulty (2004) wurde der Einfluss des Geschlechts auf die Kooperation zwischen Pflegenden und Medizinerinnen untersucht. Dazu wurden insgesamt 28 weibliche Pflegepersonen und 23 Medizinerinnen in qualitativen Interviews befragt. Die Befragten waren auf gynäkologischen und internistischen Abteilungen und in der Notfallmedizin in einem Krankenhaus in den USA tätig. Interviewte wurden dazu befragt, wie sie allgemein die Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen erleben, wie sie die Art der Assistenz in der Zusammenarbeit bewerten und inwieweit ihre Beziehung zueinander und in weiterer Folge ihre interdisziplinäre Kooperation vom Geschlecht beeinflusst wird. Das Ergebnis der mit Pflegenden geführten Interviews besagt, dass das Geschlecht den wohl bedeutendsten Faktor in der Beziehung zwischen ihnen und den weiblichen Medizinerinnen darstellt. Die Ergebnisse der mit Medizinerinnen durchgeführten Interviews bringen genau das Gegenteil zum Ausdruck. Für sie ist das Geschlecht zweitrangig und sie sehen ihren beruflichen Status als maßgeblichen Faktor an.

In der Untersuchung von Stein, Watts & Howell (1990) wurden die ursprünglichen Aussagen von Stein (1967) revidiert, da sich in einer Folgesuntersuchung das „doctor-nurse game“ verändert hatte. Die Aufrechterhaltung der Funktionalität, des ursprünglich beschriebenen „doctor-nurse-game“, liegt in der Akzeptanz der Unterordnung der Pflegenden und des in den Vordergrund gestellten Arztes. Die Grundregel des Spiels lautete: "The nurse must communicate her recommendations without appearing to be making a recommendation statement. The physician, in requesting a recommendation from a nurse, must do so without appearing to be asking for it" (Stein, 1967, S.699).

In der aktuelleren Untersuchung von 1990 konnte festgestellt werden, dass sich das Verhalten der Pflegepersonen in der Zusammenarbeit mit MedizinerInnen verändert hat. Begründet liegt dies in der Veränderung des Gesundheitswesens, der zunehmenden Professionalisierung der Pflege und des dadurch veränderten Rollen- und Selbstbewusstseins Pflegenden, sowie in einem Zuwachs weiblicher Medizinerinnen. Mediziner und Medizinerinnen müssen sich heute den Anforderungen neuer Spielregeln stellen: "When a subordinate becomes liberated, there is the potential for the dominant one to become liberated too" (Stein, Watts & Howell, 1990, S.549).

In der Untersuchung von Sander (2008) wird der Frage nachgegangen wie in den Interaktionen von pflegerischen und medizinischen Personal die Geschlechtlichkeit der Akteure hervorgeht und Geschlechtlichkeit in sozialen Situationen gestaltet wird. Mittels Expertinneninterviews und teilnehmender Beobachtung wird erforscht, wie Weiblichkeit und Männlichkeit Bedeutung und Relevanz in der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und MedizinerInnen erhalten. Im Zentrum der Beobachtung stehen eine Visite im Krankenhaus und das Verhalten und Interagieren der beteiligten Personen. Diese Untersuchung knüpft an dem von Stein (1967) vorgestellten „doctor-nurses-game“ an. Die Autorin beschreibt, dass sich das ursprüngliche „Spiel“ verändert hat und sich die Machtverhältnisse verschieben. Die beobachtete und interpretierte Interaktionssituation verdeutlicht wie die Geschlechter und auch Professionsunterschiede mit Bedeutung versehen werden. Die Interaktion zwischen den Berufsgruppen ist zweiseitig gerahmt und ein Wechsel sowie eine Verbindung von professionellen und geschlechterstereotypisierenden Rahmungen sind dabei möglich. Durch die Intervention der Pflegeperson scheint die Entscheidungsmacht des Mediziners kurzfristig infrage gestellt zu sein. Bei der Lagerung des Patienten/der Patientin bittet die Pflegeperson den Mediziner um Hilfe. Durch die körperliche Inszenierung des männlichen Stationsarztes transformiert die Szene in einen Geschlechterrahmen. Der Chefarzt "klärt den Rahmen" mit einem vieldeutigen Scherz, wodurch ein Lachen der Mediziner ausgelöst wird und das Geschlecht offensiv ins Spiel gebracht wird. Dass es sich um ein „Machtspiel“ handelt, wird am

Ergebnis des Interaktionsprozesses verdeutlicht. Durch gemeinsames Lachen der Mediziner werden die Absichten der weiblichen Pflegenden disqualifiziert und die medizinische Dominanz und erwartete Unterordnung der Pflegenden verdeutlicht. Das "Spiel" wird dann ein "Machtspiel", wenn die Unterordnung der Pflege zur Medizin nicht mehr fraglos gegeben ist.

In der quantitativen Untersuchung von William, Rothstein und Hannum (2007) wurden insgesamt 125 weibliche Pflegenden hinsichtlich ihrer Beziehung zu Medizinerinnen und Medizinern befragt. Als Untersuchungsinstrument wurde ein Fragebogen eingesetzt. In dieser Untersuchung wird widerlegt, dass das Geschlecht einen Einfluss auf deren Beziehung hat, sondern dass deren berufliche Position im Vordergrund steht. Weiblich Pflegenden bewerten sowohl Medizinerinnen als auch Mediziner im respektvollen Umgang mit ihnen sehr ähnlich, mit dem Trend weibliche Medizinerinnen noch positiver zu bewerten. In dieser Studie wurden das Alter der MedizinerInnen als bedeutender und beeinflussender Faktor identifiziert. Pflegenden bewerteten weibliche Medizinerinnen die sich innerhalb einer Altersspanne von 30 bis 49 Jahren befinden positiver als jene die über 50 Jahre sind. Das Alter der Pflegenden hat jedoch keinen Einfluss auf deren Bewertung hinsichtlich der weiblichen und männlichen MedizinerInnen.

Die Darstellung des oben angeführten Forschungsstandes zur Kooperation zwischen Pflege und Medizin, mit speziellem Augenmerk auf den Einfluss des Geschlechts auf deren Kooperation bringt folgende Erkenntnisse: Beinahe übereinstimmend kommen die AutorInnen zu dem Ergebnis, dass das Geschlecht Einfluss auf die Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen nimmt. Weibliche Pflegepersonen zeigen gegenüber Medizinern und Medizinerinnen Unterschiede im Verhalten. Die Grenzen der dargestellten Untersuchungen liegen darin, dass innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden keine Differenzierung der Geschlechter vorgenommen wurde bzw. oft nur ein Geschlecht untersucht wurde. Männlich Pflegenden wurden dabei nicht berücksichtigt.

Im empirischen Teil dieser Arbeit sollen nun weibliche und männliche Pflegepersonen zu Wort kommen und ein Geschlechtervergleich vorgenommen werden.

B) Empirischer Teil

5 Methodologie

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine qualitative Untersuchung durchgeführt. Die Forschungsfragen zu dieser Arbeit lauten:

- Wie erleben Pflegende die Kooperation mit MedizinerInnen?
- Hat das Geschlecht einen Einfluss auf die Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen?
- Welche Wünsche und Erwartungen haben Pflegende bezüglich der Kooperation mit MedizinerInnen?
- Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede im Erleben und Verhalten und den Wünschen und Erwartungen Pflegender hinsichtlich der Kooperation mit MedizinerInnen?

In diesem Kapitel wird in logischer Abfolge die Forschungsmethodik, die der Beantwortung der Forschungsfragen dient, dargestellt. Zur Begründung der gewählten Methode werden zu Beginn die Grundlagen der qualitativen Forschung dargestellt. Daran anschließend erfolgen die Darstellung der Methode der Datenerhebung und die Darstellung der Gütekriterien qualitativen Arbeitens. Im

Weiteren werden der Feldzugang mit der Auswahl und Beschreibung der InterviewpartnerInnen sowie die ethischen Aspekte der empirischen Untersuchung beschrieben. Abschließend wird das Vorgehen bei der Datenaufbereitung und der Datenauswertung erklärt, wobei das Modell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) verwendet wird. Der empirische Teil wird durch eine zusammenfassende Darstellung der Untersuchungsergebnisse abgeschlossen.

In der Diskussion der Arbeit werden vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Literaturlarbeit die Forschungsfragen beantwortet werden. Was ist neu, was wird bestätigt und welche Konsequenzen lassen sich daraus ableiten?

5.1 Begründung der Wahl des qualitativen Forschungsansatzes

„Die Verwendung qualitativer oder quantitativer Methoden ist keine Geschmackssache, sondern hängt

1. vor allem von der Fragestellung ab,
 2. auch von der Art des zu untersuchenden Phänomens und
 3. davon, ob die Grundlagen dieses Gebietes bereits erforscht sind“
- (Mayer, 2007, S. 83).

In der vorliegenden Arbeit wird danach gefragt, wie Pflegepersonen die Kooperation mit MedizinerInnen erleben und ob sich Frauen und Männer darin unterscheiden. Da diese Fragestellung an der Subjektperspektive der Befragten interessiert ist, wurde der qualitative Forschungsansatz gewählt (Diekmann, 2001, S. 444).

Qualitative Forschung hat in der pflegewissenschaftlichen Forschung große Bedeutung. In der qualitativen Forschung geht es darum, einen Fall in möglichst vielen Dimensionen zu erfassen, um dadurch zu einem realitätsgerechten Bild der Wirklichkeit zu gelangen. Die Meinungen und Relevanzsysteme des Einzelnen

werden in der qualitativen Forschung erhoben und interpretiert. Das zentrale Thema qualitativer Forschung ist somit die Subjektbezogenheit, es steht das Verstehen der persönlichen Erfahrungen und das individuell Erlebte im Mittelpunkt. Menschliches Erleben und Verhalten wird aus der Perspektive der Betroffenen von Innen heraus wahrgenommen und verstanden, um dadurch zu neuen Erkenntnissen und Zusammenhängen zu gelangen. Es geht um die Entwicklung von Strukturen, Konzepten und Theorien. Das Verfahren qualitativer Forschung ist daher nicht theoriegeleitet, sondern beruht auf dem Prinzip der Induktion. Das bedeutet, dass vom besonderen Einzelfall theoriebildend auf das Allgemeine geschlossen wird (vgl. Atteslander, 1995, S. 90; Mayer, 2000, S. 10; 2002, S. 71ff, 2007, S. 87ff; Mayring, 2002, S. 9ff).

Nach Mayring (2002) gibt es fünf Postulate die das Grundgerüst des qualitativen Denkens darstellen. Es sind dies, wie sie auch Mayer (2000) und Atteslander (1995) ähnlich beschreiben folgende:

1. Subjektbezogenheit
2. Deskription
3. Interpretation
4. Untersuchung der Subjekte in ihrer alltäglichen Umgebung
5. Verallgemeinerungsprozess.

Auf der Basis und Differenzierung der genannten Postulate lässt sich ein Modell erstellen, welches die Grundlage zur Entwicklung qualitativer Untersuchungspläne und -verfahren bildet. Eine Kernaussage dieses Modells ist größtmögliche Offenheit sowohl auf methodischer als auf theoretischer Ebene. Damit ist gemeint, dass der Forschungsprozess so offen gehalten werden muss, dass Neufassungen, etwaige Ergänzungen und Revisionen möglich sind, wenn dies der Gegenstand erfordert (Mayring, 2002, S. 19ff).

5.2 Methode der Datenerhebung

Ausgehend vom Forschungsthema und den entwickelten Fragestellungen, wurde als Erhebungsinstrument das qualitative, problemzentrierte Interview gewählt. Dabei handelt es sich um eine Interviewform, bei der die Betroffenen selbst zur Sprache kommen und als Experten der erlebten Situation gelten (vgl. Mayring, 2002, S. 66).

Das problemzentrierte Interview ist ein halb standardisiertes Interview mit offenem Charakter. Das bedeutet, dass die Fragen festgelegt sind, jedoch sehr offen gehalten und in ihrer Reihenfolge individuell dem Gesprächsverlauf angepasst werden. Der Schwerpunkt des problemzentrierten Interviews liegt auf einer bestimmten Problemstellung, auf die die Interviewerin im Gespräch immer wieder zurückkommt. Es geht darum, die komplexen Gedanken der Befragten sowie deren subjektive Deutung von Erlebnissen zu einem Thema zu erfassen und menschliches Verhalten und Handeln in einem bestimmten sozialen Umfeld zu erkennen und anschließend zu interpretieren (Froschauer & Lueger, 2003, S. 15ff; Mayer, 2002, S. 126f; 2007 S. 174f). Als Erhebungsinstrument dient ein zuvor verfasster Interviewleitfaden (s. Anhang 9.1), welcher eine Hilfestellung für die Interviewerin darstellt.

Der entworfene Interviewleitfaden lehnt sich an die Forschungsfragen an und umfasst folgende Bereiche:

- Subjektives Erleben der Kooperation
- Situationen der Kooperation (positive und negative Beispiele)
- Kriterien, Voraussetzungen und Konsequenzen der Kooperation
- Wünsche und Erwartungen der Pflegepersonen
- Gleich- und Gegengeschlechtliche Kooperation mit MedizinerInnen

5.3 Gütekriterien qualitativer Forschung

Zur Qualitätssicherung der Forschungsergebnisse wurden die von Mayring (2002) formulierten allgemeinen Gütekriterien qualitativer Forschung herangezogen:

- Verfahrensdokumentation

Für die Evidenz der Forschungsergebnisse muss der Forschungsprozess für andere nachvollziehbar sein und daher bis ins Detail dokumentiert werden. In der qualitativen Forschung werden keine standardisierten Methoden verwendet, sondern meist speziell für den Gegenstand entwickelt oder differenziert.

- Argumentative Interpretationsabsicherung

Interpretationen lassen sich nicht so einfach wie Rechenoperationen überprüfen. Deshalb ist es von Bedeutung, dass Interpretationen nicht gesetzt, sondern argumentiert werden und in sich schlüssig sind. Ebenso ist wichtig, nach Alternativdeutungen zu suchen und sie zu überprüfen. Damit die Deutung sinnvoll theoriegeleitet sein kann, muss das Vorverständnis der jeweiligen Interpretation adäquat sein.

- Regelgeleitetheit

Trotz der notwendigen Offenheit zum Gegenstand muss das Forschungsmaterial nach bestimmten Vorgehensregeln systematisch bearbeitet werden. Einzelne Analyseschritte werden vorab geplant und modifiziert, wodurch die Qualität der Interpretationen abgesichert wird.

- Nähe zum Gegenstand

Da qualitative Forschung an konkreten sozialen Problemen ansetzen will, empfiehlt es sich, die Untersuchung in der natürlichen Lebenswelt der Beforschten durchzuführen.

- Kommunikative Validierung

Die Überprüfung der Forschungsergebnisse kann dadurch erreicht werden, indem die Interpretationen den Beforschten vorgelegt und diskutiert werden.

- Triangulation

Bei der Triangulation wird versucht, unterschiedliche Lösungsmöglichkeiten für die entsprechende Forschungsfrage anzuwenden, um im Anschluss die Ergebnisse gegenüberzustellen und miteinander zu vergleichen (vgl. Mayring, 2002, S. 144ff).

5.4 Feldzugang und Auswahl der GesprächspartnerInnen

Der Feldzugang ist durch meine berufliche Tätigkeit als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester in einem Spital in Wien gegeben. Die Genehmigung für die Durchführung der Untersuchung wurde via E-Mail bei der Pflegedienstleitung eingeholt.

Die zu beforschenden Pflegepersonen wurden nach der Methode der kriterienbezogenen Erhebung ausgewählt. Das bedeutet, dass die Auswahl der GesprächspartnerInnen von bestimmten Kriterien abhängig ist (Mayer, 2002, S. 192). Es wurden männliche und weibliche Pflegepersonen, die das allgemeine Gesundheits- und Krankenpflegediplom haben und seit mindestens zwei Jahren auf einer Abteilung tätig sind, ausgewählt, da dadurch ein bestimmtes Ausmaß an

Erfahrung in der Kooperation mit MedizinerInnen gewährleistet werden konnte. Es wurde darauf geachtet, dass Personen von unterschiedlichen Abteilungen ausgewählt werden, um eine weit reichende Variation im Sample zu erreichen. Um die Beeinflussung der Interviews gering zu halten, wurden InterviewpartnerInnen rekrutiert, zu denen keine enge soziale Beziehung besteht.

Die Kontaktaufnahme von möglichen InterviewpartnerInnen erfolgte persönlich auf den unterschiedlichen Abteilungen. Die Auswahl der möglichen InterviewpartnerInnen gestaltete sich zügig, da eine sofortige Bereitschaft und Interesse an der Untersuchung teilzunehmen, vorhanden war. Den InterviewpartnerInnen wurde das Thema der Diplomarbeit näher vorgestellt und sie wurden über Ziel und Zweck der Untersuchung informiert. Weiters wurde die Einverständnis zur Aufzeichnung der Interviews mittels Diktiergerät eingeholt.

5.5 Beschreibung der InterviewpartnerInnen

Die acht mit Männern und Frauen durchgeführten Einzelinterviews wurden alle zur Auswertung herangezogen. Die interviewten Pflegekräfte haben alle die Ausbildung zur allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege und arbeiten in einem Spital in Wien. Das Alter der interviewten Pflegepersonen liegt zwischen 26 und 49 Jahren. Das Durchschnittsalter aller befragten Personen liegt bei 39,6 Jahre. Alle Personen waren 40 Wochenstunden und seit mindestens zwei Jahren auf einer Abteilung beschäftigt. Die Dauer der Tätigkeit als diplomierte Pflegekraft liegt zwischen zwei und zweiunddreißig Jahren. Die durchschnittliche Dauer der Tätigkeit liegt bei 16 Jahren.

5.6 Durchführung und Setting der Interviews

Die Termine für die Interviews wurden im Vorfeld über Telefon mit den InterviewpartnerInnen vereinbart und bestätigt. Der Zeitpunkt des Gespräches resultierte aus den zeitlichen Ressourcen der Befragten, so ergab sich für die Durchführung der Interviews ein Zeitfenster von 13:30 bis 19:30. Die Interviews wurden in Form von Einzelinterviews durchgeführt, da dadurch eine gewisse Offenheit der Interviewpartner zu erwarten war. Um für die Befragten eine möglichst natürliche Situation herzustellen und das Kriterium der Nähe zum Gegenstand zu beachten, erfolgten die Interviews auf den jeweiligen Abteilungen der Befragten.

Eine besondere Bedeutung kommt der Einstiegsfrage und deren Formulierung zu, da diese den Erzählfluss der interviewten Person initiieren soll (Froschauer & Lueger, 2003, S. 62). Es wurde eine sehr offene Frage gewählt, um dadurch den Erzählstimulus bei den Befragten zu setzen und deren Einstellungen und Erfahrungen kennen zu lernen. Es wurde auf einen weichen Interviewstil geachtet, damit eine vertraute und freundschaftlich-kollegiale Atmosphäre hergestellt werden konnte (vgl. Lamnek, 1995, S. 68f).

Die Forscherin stützte sich beim Interview auf den erstellten und flexibel einsetzbaren Interviewleitfaden, in dem ausschließlich offene Fragen als Gedankenstütze formuliert wurden, wodurch die Befragten frei zu Wort kommen konnten. Die Formulierung der Fragen richtete sich nach der Alltagssprache der zu befragenden Personen.

Das Gespräch wurde auf einem digitalen Diktiergerät aufgezeichnet und ein Protokoll angelegt, um Besonderheiten während des Interviews fest zu halten. Im Rahmen des Interviews wurden ebenfalls berufsbiographische Daten mit Aus- und Fortbildungsdaten sowie Geschlecht und Alter erhoben.

Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 42 Minuten, mit einer Spannweite von 21 bis 58 Minuten. Die Datenerhebungsphase fand zwischen Juni und Juli 2009 statt.

5.7 Ethische Überlegungen

Wissenschaftliche Forschung, die auf Menschen bezogen ist, wirft immer auch ethische Fragen auf. Bei der gewählten Interviewmethode gelten die gleichen ethischen Grundsätze wie in der praktischen Pflege. Pflegende, sowohl in der Pflegepraxis als auch in der Pflegeforschung, tragen die Verantwortung und haben die Pflicht, die Rechte der PatientInnen bzw. der teilnehmenden Personen zu wahren. Die ethischen Grundsätze basieren auf den grundlegenden Faktoren des Persönlichkeitsschutzes, um die Rechte der teilnehmenden Personen zu wahren. In dieser Arbeit wurde auf zwei wesentliche Merkmale des Persönlichkeitsschutzes besonders geachtet. Dies beinhaltet die freiwillige Teilnahme und umfassende Information der Untersuchung sowie die Anonymität und Vertraulichkeit der gewonnenen Daten (Mayer, 2005, S. 55f; 2007, S 63ff).

5.7.1 Freiwillige Teilnahme

Die InterviewpartnerInnen wurden im Vorfeld per E-Mail umfassend über Ziel und Zweck meiner Untersuchung aufgeklärt. Es wurde dabei das Vorgehen und ihre Rolle im Interview besprochen, weiters wurden sie darauf hingewiesen, dass sie die Teilnahme am Interview ablehnen sowie das Interview selbst abbrechen können und die Verwendung der erhobenen Daten widerrufen können. Alle TeilnehmerInnen stimmten den Interviews mündlich zu (Mayer, 2002, S. 56f)

5.7.2 Anonymität

Den InterviewteilnehmerInnen wurde Anonymität zugesichert. Das erhobene Datenmaterial wurde kodiert und nur für die Forscherin zugänglich aufbewahrt. Die Aufbereitung und Präsentation der Untersuchungsergebnisse erfolgte so, dass keine

Rückschlüsse auf Einzelpersonen und deren Identität möglich ist (vgl. Mayer, 2002, S. 58).

5.8 Methode der Datenaufbereitung und der Datenauswertung

Das gewonnene Datenmaterial, welches als digitale Tonbandaufzeichnungen und in Form von Protokollen vorlag, wurde für eine anschließende Datenaufbereitung wortgetreu und ohne Textverlust transkribiert, um auch hier dem Kriterium der Verfahrensdokumentation Rechnung zu tragen. Zum besseren Verständnis und besseren Lesbarkeit wurden die meist im Dialekt gehaltenen Interviews in normales Schriftdeutsch übersetzt und grammatikalische Fehler wurden geglättet (Mayring, 2002, S. 70). Die Zeilen wurden zur besseren Übersicht und Zuordnung der jeweiligen Sequenzen durchgängig nummeriert und Redepausen während des Interviews mittels Sonderzeichen hervorgehoben. Weiters wurden Nennungen von Namen oder Orten kodiert, um die Wahrung der Anonymität der Befragten zu gewährleisten (Mayer, 2002, S. 164f). Das so bearbeitete Material bildete die Grundlage für die weitere Datenauswertung. Für die anschließende Auswertung der empirischen Daten wurde ein Verfahren zur Analyse von Kommunikation gewählt. Dazu erfolgte die Auswertung unter Beachtung der Gütekriterien der Regelgeleitetheit nach der Methode der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2008).

„Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion ein überschaubares Korpus zu schaffen, das immer noch ein Abbild des Grundmaterials ist.“ (Mayring, 2002, S. 92).

Die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) kann als interpretativ-reduktives Verfahren verstanden werden. Das Datenmaterial wird im Analyseprozess reduziert, übertragen und anschließend kategorisiert. Diese entstandenen Kategorien werden gebündelt und interpretiert (vgl. Mayer, 2007, S. 242).

5.8.1 Das Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse

Der Analyseprozess besteht aus sieben Schritten und stellt sich wie folgt dar:

1. Bestimmung der Analyseeinheiten

Im ersten Schritt werden die inhaltstragenden Analyseeinheiten bestimmt. Dazu werden Textstellen in der Transkription unterstrichen, welche für die Forschungsfragen relevant sind. In dieser Arbeit wurden jeweils jene Interviewsequenzen definiert, die das subjektive Erleben von Pflegepersonen bezüglich der Kooperation mit MedizinerInnen beschreibt.

2. Paraphrasieren der inhaltstragenden Textstellen

Die entstandenen Analyseeinheiten werden nun paraphrasiert und dadurch in eine einheitliche Sprachebene und grammatikalische Kurzform gebracht. Das bedeutet, dass die Analyseeinheiten in eine knappe auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umschrieben werden und ausschmückende, nicht inhaltstragende Passagen weggelassen werden.

3. Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus, Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau

Hier erfolgt eine Generalisierung der im 2. Schritt entstandenen Paraphrasen auf ein bestimmtes Abstraktionsniveau. Paraphrasen über dem bestimmten Abstraktionsniveaus werden belassen.

4. Erste Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen

Bedeutungsgleiche und nicht als wesentlich erachtete Paraphrasen werden in diesem Schritt verworfen. Nur inhaltstragende, zentrale Paraphrasen werden übernommen.

5. Zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf de angestrebten Abstraktionsniveau

Hier geht es darum, die im Datenmaterial verstreuten Paraphrasen zu bündeln. Das bedeutet, dass Paraphrasen mit gleichem oder ähnlichem Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase zusammengefasst werden und dadurch in eine neue Aussage münden. Auch Paraphrasen mit mehreren Aussagen und Paraphrasen mit ähnlichem Gegenstand und unterschiedlichen Aussagen werden gebündelt.

6. Zusammenstellung der neuen Aussagen als Categoriesystem

Dieser Schritt sieht eine Zusammenstellung der neu entstandenen Aussagen als Kategoriensystem vor.

7. Rücküberprüfung des zusammenfassenden Categoriesystems am Ausgangsmaterial

Im letzten Schritt kommt es zu einer Rücküberprüfung des neu und knapp zusammengefassten Categoriesystems, um sicherzustellen, ob die neuen Aussagen das Ausgangsmaterial noch wiedergeben (Mayring 2002, S. 60ff).

Zur besseren Verständlichkeit und Übersicht des eben dargestellten Ablaufmodells der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring wird nachstehend ein Auszug eines durchgeführten Interviews in Tabellenform dargestellt:

Tabelle 1:

IP	Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Kategorie (Reduktion)
1	4	Gute Zusammenarbeit bei Visite oder VW	Visite und VW funktionieren gut	Zufriedenstellende Zusammenarbeit
1	21	Ärzte nehmen keine Rücksicht	Fehlende Rücksichtnahme	Fehlende Rücksichtnahme
1	22	Jeder Arzt will alles auf einmal	Präsenz von Überforderung	Überforderung
1	24	Die nehmen keine Rücksicht	Fehlende Rücksichtnahme	Fehlende Rücksichtnahme
1	29	Drei Aufgaben auf einmal zu erledigen	Präsenz von Überforderung	Überforderung
1	35	Visite und Notfall laufen gut	Gute Zusammenarbeit bei Visite und Notfall	Zufriedenstellende Zusammenarbeit
1	43	Lange Zeit niemand auffindbar	Lange Zeit niemand erreichbar	Schlechte Erreichbarkeit
1	91	Absprachen stimmen in der Praxis nicht überein	Vereinbarungen werden nicht gehalten	Vereinbarungen einhalten
1	140	Das Verständnis bei den Ärzten fehlt	Kein Verständnis bei den Ärzten	Fehlendes Verständnis
1	143	Kann Patienten nicht 15 min läuten lassen	Niemand ist für Patienten da	Beeinträchtigte Patientenversorgung
1	163	Haben keine Ahnung von unserer Arbeit	Fehlendes Wissen über Pflege Tätigkeiten	Gefühl von Desinteresse

1	175	Pflege war die Assistenz der Ärzte, jetzt verändert sich die Ausbildung zunehmend	Tätigkeitsfeld und Pflegeausbildung verändert sich	Zunehmende Professionalisierung in der Pflege
1	193	Das hängt mehr von der Person ab	Mehr Personenabhängig	charakterspezifisch
1	206	Kein Unterschied zwischen Männern und Frauen erlebt	Kein Unterschied zwischen Mann und Frau	Geschlechtergleichstellung
1	251	Konzentrationsschwierigkeiten und Zunahme von Fehlern, fühle mich persönlich zerstört	Fehler häufen sich durch Konzentrationsschwierigkeiten	Physische und psychische Beeinträchtigung
1	154	Patienten beschwerten sich zunehmend	Beschwerden nehmen zu	Beeinträchtigte Patientenzufriedenheit
1	273	Sind immer für alles zuständig	Überforderung durch umfassende Zuständigkeit	Präsenz von Überforderung
1	279	Wunsch des regelmäßigen Austausches	Wunsch sich auszutauschen	Wunsch nach Kommunikation
1	292	Problem liegt in der fehlenden Kommunikation und nicht in der Hierarchie	Problem ist die fehlende Kommunikation	Wunsch nach Kommunikation

6 Ergebnisdarstellung

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der durchgeführten und wie oben beschriebenen und ausgewerteten Interviews dargestellt. Das durch die Reduktion gewonnene Material wurde in acht Hauptkategorien und achtzehn Unterkategorien eingeteilt, mittels denen die Forschungsfragen beantwortet werden. Originalzitate aus den durchgeführten Interviews werden zum besseren Verständnis in den einzelnen Kategorien dargestellt und zur leichteren Erkennbarkeit kursiv hervorgehoben. Redepausen im Interview werden mittels gepunkteter Linie (....) verdeutlicht. Ein Überblick ausgewerteter Hauptkategorien sowie dazugehörigen Unterkategorien wird gegeben und anschließend detailliert beschrieben

Persönliches Erleben der Zusammenarbeit mit MedizinerInnen

Emotionale Empfindungen und Belastungen des Pflegepersonals

- Zufriedenheit
- Unterordnung durch fehlende Anerkennung des eigenständigen Tätigkeitsbereich
- Gefühltes Desinteresse

Spezifisches Verhalten der MedizinerInnen

- Mangelnde Professionalität
- Schlechte Erreichbarkeit

Resultierende Auswirkungen nicht funktionierender Kooperation

- Physische und psychische Beeinträchtigung
- Belastete Beziehungen
- Beeinträchtigte PatientInnenzufriedenheit

Einfluss des Geschlechts auf die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und MedizinerInnen

Relevanz des Geschlechts hinsichtlich der Zusammenarbeit mit MedizinerInnen

- Geschlechtergleichstellung

Relevante Faktoren der Kooperation

- Persönlichkeit
- Generationsproblem
- Hierarchie

Vorschläge und Wünsche zur Verbesserung der Kooperation

Wunsch nach interdisziplinärer Kommunikation

- Kommunikation an der Basis
- Gemeinsame Supervision und Fortbildungen

Wunsch nach Professionalisierung der Pflege

- Akademisierung
- Kompetenzsteigerung

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Erleben und Verhalten Pflegender

Heterogenität im Verhalten und Erleben Pflegender

- Unterschiede im Erleben und Verarbeiten von Belastungen
- Unterschiede im beruflichen Selbstverständnis

Im theoretischen Teil dieser Arbeit wurden die Begriffe zur Kooperation und Geschlecht ausführlich dargestellt und die theoretischen Ansätze zur Kooperation und Geschlecht vorgestellt. Die Bedeutung der Kooperation, deren Voraussetzungen und Auswirkungen wurden erläutert. Im empirischen Teil soll nun aufgezeigt werden, wie die Kooperation mit MedizinerInnen seitens des Pflegepersonals erlebt wird, ob das Geschlecht Einfluss auf die Kooperation nimmt und ob sich Männer und Frauen darin unterscheiden. Die InterviewpartnerInnen erzählen aus ihrem beruflichen Alltag in der Zusammenarbeit mit MedizinerInnen. Sie geben primär Auskunft darüber, welche Belastungen sie in der Zusammenarbeit erleben, wie sich diese auswirken und welche Veränderungen sie gerne hätten, um die Zusammenarbeit zu verbessern.

6.1 Persönliches Erleben der Zusammenarbeit mit MedizinerInnen

Die Auswertung der Daten ergab im Hinblick auf die erste Forschungsfrage: „Wie erleben Pflegende die Zusammenarbeit mit MedizinerInnen?“ drei Hauptkategorien, einschließlich dazugehöriger Unterkategorien. Bei den InterviewpartnerInnen dominierten Antworten, die ihr emotionales Empfinden und ihre emotionalen Belastungen beschreiben. Anhaltende Schwierigkeiten in der Kooperation zwischen MedizinerInnen und Pflegepersonen führen bei den Pflegepersonen zu einem breiten Spektrum an Belastungssymptomatik, welche sich auf physischer, psychischer, emotionaler und sozialer Ebene zeigen.

6.1.1 Emotionale Empfindungen und Belastungen

In dieser Hauptkategorie werden die von den interviewten Pflegepersonen beschriebenen emotionalen Empfindungen und Belastungen dargestellt. Auffallend war, dass Interviewte vorwiegend von ihren belastenden Erlebnissen erzählten, und die positiven Erzählungen auf sehr konkrete Situationen bezogen waren.

- **Zufriedenheit**

Sieben von acht InterviewpartnerInnen äußern Zufriedenheit in Bezug auf die Zusammenarbeit bei Visite, Verbandswechsel und Notfall. In diesen konkreten Bereichen wird die Zusammenarbeit mit den MedizinerInnen als sehr positiv und zufrieden stellend beschrieben.

„Bei der Visite oder beim Verbandswechsel ist eine gute Zusammenarbeit.....sonst haben wir immer Extratätigkeiten, ja., aber wirklich bei der Visite oder beim Verbandswechsel..... oder auch Notfall muss ich sagen, gibt es irgendeinen Notfall, dann kommen sie und wir arbeiten sofort auf der Stelle zusammen auf einem Niveau kann ich sagen“. (IP1/4ff)

Pflegende äußern, dass sie von einer gemeinsamen Visite profitieren und diese deshalb als bedeutend erachten.

„Weil dann kenne ich die Leute, weil ich kenne die Anordnungen, ich kenne die Änderungen und dann kann ich leichter zur Pflege gehen“. (IP1/15f)

Eine Interviewpartnerin (IP2) beschreibt bezüglich funktionierender Kooperation keine konkreten Situationen. Für sie steht das gegenseitige Miteinander und Entgegenkommen im Mittelpunkt.

„Also an speziellen Tätigkeiten kann ich das nicht festmachen, aber was für mich sehr von Bedeutung ist, ist wenn der Arzt einen Teil von meiner Arbeit macht, dann bin ich viel mehr dazu bereit etwas für ihn zu tun, vielmehr als notwendig, und ich glaube bei ihm kommt es auch so an....so erlebe ich es“ (IP2/6ff)

- **Unterordnung durch fehlende Anerkennung des eigenständigen Tätigkeitsbereichs**

Befragte Pflegepersonen berichten wiederholt von dem Gefühl sich gegenüber den MedizinerInnen unterordnen zu müssen. Sie äußern Ärger über die Ignoranz und fehlende Rücksicht der MedizinerInnen gegenüber dem pflegerischen Tätigkeitsfeld. Pflegende haben oft den Eindruck, dass zuviel und vor allem alles gleichzeitig von

ihnen verlangt wird und sie ständig den MedizinerInnen zur Verfügung stehen müssen, wodurch es in weitere Folge zu einer Überforderung der Pflegenden kommen kann. Folgende Aussagen verdeutlichen dies:

„[...] das die Ärzte auf einmal alles möchten, ja..., nicht das die Rücksicht nehmen, dass ich für mehrere Ärzte zuständig bin oder für mehrer Zimmer zuständig bin. Und jeder Arzt will alles auf einmal...die wollen das auf einmal....ich soll das erledigen...kommt der nächste Arzt...dass soll ich erledigen und das soll ich und das kann ich nicht auf einmal. Und die nehmen keine Rücksicht, dass ich z.B. alleine bin oder nur mit einer Kollegin, dass finde ich nicht toll“. (IP1/20)

Kurz und prägnant drückt es dieser Interviewpartner (IP3) aus:

„Ich habe erst einen Arzt erlebt, der darauf (auf pflegerische Arbeiten) Rücksicht genommen hat“. (IP3/20)

Eine andere Interviewpartnerin (IP4) hat das Gefühl, dass es ein sehr einseitiges Zusammenarbeiten ist. MedizinerInnen stellen dabei ihre Bedürfnisse in den Vordergrund und priorisieren ihre Tätigkeiten, wodurch pflegerische Tätigkeiten untergraben werden.

„Die meiste Zeit ist es schon so, wenn sie eine Infusion braucht, soll das natürlich jetzt sofort sein, da musst dann schon sagen, jetzt bekommt der aber zuerst ein Schmerzmittel und dann richte ich das her. Sonst ist schon so, wenn du gerade herumrennst hast auch Zeit zu haben. Und wenn ich mal was brauche für einen Patienten, dann kann das auch mal dauern. und dieses Dann kann dann auch mal Stunden dauern“(IP4/33ff)

Im weiteren Gesprächsverlauf erzählt dieselbe Interviewpartnerin (IP4) nochmals ihre Eindrücke und schildert die möglichen Konsequenzen:

„Da war einmal ein Vorfall mit Oberarzt und er hat Visite machen wollen und er hat nicht gefragt ob die Schwestern Zeit haben, das ist egal, die hat Zeit zu habenund die waren im Zimmer und ein Patient hat gerade in die Schüssel gemacht.....und die Patientin sagt zur Schwester.....ich bin fertig.....und die Schwester hat natürlich ohne nachzudenken die Schüssel entfernt und geht weg und kommt dann wieder zurück und das hat natürlich ein bisschen gedauert. Und dann war da ein großes Gerede.....die Schwester hat dabei zu sein, die Schwester hat

versucht das zu erklären und sich zu verteidigen.....ja.....und dann war er bei Fr. Direktor und auch sie musste zu Frau Direktor gehen.....und es hieß die Schwester muss bei der Visite mitgehen“. (IP4/88ff)

Häufig haben Pflegende den Eindruck nicht gleichberechtigt behandelt zu werden, da ihre Berufsgruppe oft nicht als eigenständig anerkannt wird, sondern nach wie vor als ärztliche Assistenz gesehen wird. Pflegende äußern die Wahrnehmung, dass die MedizinerInnen eine Unterordnung der Pflegenden erwarten.

„Da hätte ich gerne, dass sie mich gleichberechtigt behandeln, dass ich eine Berufsgruppe bin und der Arzt eine Berufsgruppe“. (IP2/41)

Ein anderer Interviewter (IP7) berichtet Ähnliches. Die Pflege wird von den MedizinerInnen nicht als eigenständige Berufsgruppe anerkannt und sie verhalten sich den Pflegenden gegenüber als ob sie eine uneingeschränkte Entscheidungs- und Weisungsbefugnis besitzen würden.

„[...] für die ist es vielleicht so etwas wie die Pflege ist ein Anhängsel der Medizin, der Arzt sagt und die Pflegeperson macht“.(IP7/174)

Im späteren Verlauf des Gesprächs schildert dieser Interviewte (IP7) nochmals seine Eindrücke. Vielen MedizinerInnen ist die tatsächliche Hierarchie innerhalb des Pflegeberufes spürbar unklar.

„Es war halt auch einfach früher so, das das hierarchische Denken früher noch extremer war und noch mehr Trennung da war, es gibt sicher mehr Überschneidungspunkte mittlerweile und der Pflegebereich war früher weit weit weniger eigenständig als heute. Wie wir wissen haben wir ganz eigene Leitung auch nach ganz oben. Wir haben zwar genauso unsere Hierarchie von der Pflege wie die Ärzte, nur viele Ärzte glauben sehr wohl noch, dass sie meinen, ich bin der Arzt ich schaff an, dass sie anschaffen können und eigentlich vergessen, dass wir eigene Vorgesetzte haben“.(IP7/191)

Pflegende beschreiben, dass Macht und Autorität von MedizinerInnen demonstriert und Unterwerfung und Stillschweigen erwartet wird. Folgende Aussagen verdeutlichen diesen Eindruck:

„Da waren schon ein paar mit mehr Macht und Bestimmung und die haben erwartet, dass du nach ihrer Pfeife tanzst.....ja ja , die erwarten das“. (IP4/42)

„[...] bei manchen Chirurgen passiert das natürlich.....dass wir halt Handlanger sind und keine eigene Meinung haben, gibt es noch immer...natürlich“. (IP6/14)

„Es gibt schon ein paar die lassen es dich spüren, die brauchen da.....für mich ist das so was wie einen gewissen Komplex ausbügeln, sie haben halt das Gefühl, sie müssen dominieren.....manche glauben schon sie können dir was sagen.....letztens war auf meiner Seite nachmittags weniger Kinder und dann hat der bei der Visite gemeint, na dann helfen sie aber schon der anderen...da habe ich mir schon gedacht, dass geht ihm eigentlich gar nichts an, aber es war ihm ein Bedürfnis mir das zu sagen“. (IP3/59ff)“

Bei manchen Pflegenden geht das Gefühl sogar so weit, dass sie sich als Person nicht wahrgenommen fühlen.

„Der Dozent sagt nicht einmal Guten Tag, wie er gerade Lust hat.....für denen ist das nicht so wichtig.....da gehört das dazu dass man wenigstens zurück grüßt“. (IP3/75)

Eine weitere Interviewte (IP1) hat den Eindruck, dass ihr kein Gehör verliehen wird:

„Ich finde, die wollen uns nicht zuhören“. (IP1/148)

Drei andere InterviewpartnerInnen (IP1/IP4/IP5) beschreiben die Visite als grundsätzlich gut funktionierend, kritisieren jedoch die Visitenzeiten und die von den MedizinerInnen erwartete sofortige Verfügbarkeit des Pflegepersonals.

„Ich denke, das Verständnis fehlt. Die können nicht oder wollen nicht. Wir haben ihnen schon tausend mal erzählt, dass jemand die Infusionen abhängen muss und wenn sonst etwas kommt muss jemand für die Patienten zur Verfügung sein und es können nicht alle Schwestern zur Visite gehen.....man kann die Leute nicht 15 Minuten läuten lassen, das geht nicht“ (IP1/140)

„Also störend ist für uns oft, dass um Punkt sieben die Visite daher kommt, obwohl eigentlich alle Ärzte wissen, dass wir Übergabe haben“. (IP4/9f)

„[...]sie haben aber die Erwartung, dass man dafür sofort Zeit haben muss.....es kann passieren, dass plötzlich alle drei Abteilungen plötzlich da stehen und Visite gehen wollen und das geht einfach nicht“.(IP5/145f)

- **Gefühltes Desinteresse**

Unwissenheit über die Tätigkeiten der anderen Berufsgruppe erschwert eine funktionierende Kooperation. Pflegende haben häufig das Gefühl, dass MedizinerInnen, bezogen auf das Tätigkeitsfeld der Pflegenden, über zuwenig Wissen verfügen, was als fehlendes Interesse an ihrem beruflichen Alltag interpretiert wird. Durch zunehmendes Wissen und Interesse über pflegerische Tätigkeiten, erhoffen sich Pflegende eine erhöhte Kooperationsbereitschaft seitens der MedizinerInnen. Das bestehende Interesse über das Arbeitsfeld der jeweils anderen Berufsgruppe wird von den Pflegenden als unausgewogen wahrgenommen. Sie haben den Eindruck, dass sie wesentlich besser über die Anforderungen der MedizinerInnen Bescheid wissen.

„Ja.....es stört mich z. B. auch, dass die keine Ahnung von unserer Arbeit haben, weil ich weiß, dass die eine Anamnese von den Patienten machen müssen, Untersuchungen, physikalische Untersuchungen, Diagnose finden, Therapie schreiben..ja...aber die Ärzte wissen nicht, dass unsere Tätigkeit auch darin besteht eine Pflegeanamnese zu machen, die Ziele einzusetzen und dann natürlich zu evaluieren. Die haben davon keine Ahnung, das habe ich schon bemerkt und das stört mich. Die sollen mehr Interesse für unsere Tätigkeit und Beruf aufbringen. Weil die haben oft gefragt, welche Anamnese machen sie, wieso und warum“. (IP1/163)

Eine Interviewte (IP2) formuliert es treffend:

„Wir wissen was sie tun, aber sie wissen es nicht und finden es unnötig, an der Notwendigkeit liegt es, dass die glauben wir machen viele unnötige Dinge “. (IP2/124)

Eigentlich sind Pflegende darin überzeugt, dass MedizinerInnen tatsächlich kein Interesse haben und auch keines aufbringen möchten. Es wird für sie damit zum Ausdruck gebracht, dass die Pflege als unbedeutend angesehen wird. Vielmehr

gehe es MedizinerInnen darum, und darauf wird das Hauptaugenmerk gelegt, dass der „Laden“ gut funktioniert. Folgende Aussagen bringen dies zum Ausdruck:

„Gar nicht den Kopf voll machen.....der Laden soll funktionieren, schon ein Desinteresse.....ich glaube sie wollen es auch gar nicht kennen, sie wollen nur, dass ich für sie funktioniereso erlebe ich es.....ich glaube die Ärzte stellen ihre Tätigkeit über die unsere, da aber auch die Älteren, und auch die wissen nicht was wir zu tun haben.....die lassen uns so quasi noch leben“. (IP2/111ff)

„Es gibt kein Interesse, weil die Pflege eben nicht so wichtig ist, ich nehme es an, ich weiß es nicht.....der Patient muss gewaschen sein, der Patient muss zufrieden sein.....und keine Schmerzen haben und alles bekommen was er braucht, das ist alles.....aber weiter nichts“. (IP3/92ff)

Interviewte erzählen von der Fehlinterpretation ihrer durch PC gestützten Dokumentation. MedizinerInnen vermitteln den Pflegenden dabei den Eindruck, dass sie eigentlich „Besseres“ zu tun hätten.

„Das interessiert die nicht, das ist sicher noch eine Altersfrage und so.....och ja die Schwestern sitzen ja nur noch vor dem Computer, was machen die da die ganze Zeit,.....das kann ja wohl nicht sein, die sollen beim Patientenbett stehen und nicht am Schreibtisch sitzen“. (IP8/187f)

Eine andere Interviewte (IP4) schildert eine ähnliche Erfahrung:

„Nein, also die meisten wissen es nicht, es gibt bei uns noch etliche Ärzte, die wenn sie eine Schwester am PC sehen glauben, dass sie gerade im Internet surft, aber nicht dass eigentlich alles über PC läuft und Berichte schreibst.....du hast dann den Eindruck, die glauben du hast da Freizeit und eh nichts zu tun“. (IP4/188ff)

6.1.2 Spezifisches Verhalten der MedizinerInnen

Pflegende kritisieren konkrete Verhaltensweisen der MedizinerInnen besonders. Vorwiegend werden Situationen geschildert, in denen die Patientinnen im Mittelpunkt des Geschehens stehen. Der erlebte Unwille und die damit verbundene Ignoranz der MedizinerInnen stehen dabei im Zentrum. Unstimmigkeiten unter den

MedizinerInnen, eine unzureichende Aufklärung und Kommunikation mit den PatientInnen sowie eine Ignoranz der PatientInnen durch die MedizinerInnen drängen Pflegende häufig in eine Art Vermittlerrolle, wodurch die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und MedizinerInnen erschwert wird. Auch die schlechte Erreichbarkeit der MedizinerInnen wird von den Pflegenden thematisiert. Durch schlechte Erreichbarkeit der MedizinerInnen dringen oft notwendige Informationen zur PatientInnenbetreuung verspätet an die Pflegenden vor.

- **Professionalität**

In der Interaktion zwischen MedizinerInnen und PatientInnen beobachten Pflegende ein fehlendes Miteinbeziehen der PatientInnen. Häufig wird nicht mit den PatientInnen, sondern innerprofessionell über die PatientInnen gesprochen. PatientInnen fühlen sich nach Aussagen der Pflegepersonen dabei ignoriert und nicht als Individuum wahrgenommen. Vor allem für die ältere Generation von PatientInnen stellt die Medizin eine noch unantastbare Dominanz dar. Pflegende hinterfragen die Kommunikationskompetenz der MedizinerInnen. Folgende Aussagen verdeutlichen diesen Eindruck:

„Bei den Visiten reden sie oft vor dem Patienten nur unter sich.....und dann versteht der Patient nichts und will es im Anschluss von der Schwester wissen.....es gibt schon Patienten die trauen sich zu fragen, aber die älteren Patienten, für die ist der Arzt noch ein Gott, und die getrauen sich nicht nachzufragen.“ (IP3/80ff)

Ein anderer Interviewpartner (IP5) beschreibt dies folgend:

„[...]das manche sich bisschen überlegen sollten wie sie mit den Leuten reden sollten, erstens mit den Patienten, manche sind so unsensibel.“ (IP5/242)

Auch der bestehende Unmut über fehlerhafte Anordnungen oder Veränderungen ungeteilter Entscheidung werden von den MedizinerInnen direkt vor den PatientInnen ausgetragen. Pflegende beschreiben, dass sie sich für Handlungen von

MedizinerInnen anderer Abteilungen gegenüber den MedizinerInnen der eigenen Abteilung rechtfertigen müssen. Der Ärger über Therapieänderungen abteilungsfremder MedizinerInnen wird von den MedizinerInnen der eigenen Abteilung beim Pflegepersonal ausgelebt und zum Ausdruck gebracht. Dieses Verhalten der MedizinerInnen führt zur Beeinträchtigung der Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen.

„[...]die kommen am Abend und stellen die Therapie um und am nächsten Tag ist ein riesen Aufstand wer das angeschafft hat und auch noch so penetrant beim Patienten stehen und sagen.....ja, das kann man doch nicht so machen und das müsste so laufen und das alles vorm Patienten.....der sieht ihn genau einmal, dann ist der nie wieder da, nur weil er jetzt geschwind Visite macht, nämlich auch der Pflege gegenüber.....weil du stehst dann am nächsten Tag da und kannst das dann rechtfertigen, warum das jetzt so ist, auch wenn du nichts dafür kannstweil natürlich regen die sich dann auch“. (IP5/140ff)

Unstimmigkeiten und Meinungsdiskrepanzen unter den MedizinerInnen würden so zur Verunsicherung der PatientInnen führen.

„Wenn Unstimmigkeiten unter den Ärzten sind.... da schrillen ja bei jedem Patienten die Alarmglocken, Patienten tun ja gerne nicht mündig sein.....und wenn zwei Ärzte nicht einer Meinung sind, dann wissen sie nicht mehr an welchen Herrgott sie glauben sollen“. (IP2/90f)

PatientInnen sind bezüglich ihrer geplanten Interventionen oftmals unzureichend aufgeklärt. Pflegende haben dann den Eindruck dies kompensieren zu müssen und sehen sich häufig in einer Vermittlerfunktion.

„Da hatten wir mal einen Patienten der stand auch kurz vor einer Operation, auch Wirbelsäule und Schmerzen und so, ja....und im Prinzip hat ihm keiner so richtig aufgeklärt von den Ärzten und ich hatte ND und habe ihm dann erzählt was da sein kann,.....wie so eine OP abläuft und was dann möglich ist bei ihm aus meiner Erfahrung“. (IP8/54)

Bei komplexeren „Fällen“ wird, die oftmals fehlende Zuständigkeit der MedizinerInnen, kritisiert. Dabei handelt es sich oft um die weitere Behandlung und poststationäre Versorgung multimorbider PatientInnen. Es besteht der Eindruck, dass

sich niemand für diese PatientInnen zuständig fühlt, die Entscheidungen daher oft lange auf sich warten lassen, und die damit verbundenen organisatorischen Arbeiten an die Pflege abgeschoben werden

„Was man immer wieder merkt ist, wenn man wirklich mal einen schweren Fall hat, irgendwelche schweren Fälle hat, wo die Verweildauer weit über das normale Pensum hinausgeht....ja....aus irgendeinem Grund und die bei uns drei Monate da liegen, aber das nur auf Grund von antibiotischer Abschirmung ist oder Immobilität.....ja.....das sich die Orthopäden halt oft keinen Gedanken auf die weitere Verlaufs- und Vorgangsweisewas passiert nach ein paar Wochen, was machen wir mit ihm.....so die weitere Vorgangsweise. Das wird halt dann einmal so hingenommen und es fühlt sich dann niemand angesprochen für ihn und es wird ein bissl ein Bogen um ihn gemacht.....Und da übe ich Kritik, weil..dass sie sich da einfach nicht bewusst sind, dass sie da sehr wohl schauen müssen, was mit dem Patienten weiterhin passiert. Das bleibt dann halt an der Pflege hängen, das alles in die Wege zu leiten“. (IP6/42)

Das Problem der und der Unmut über die „Zwei-Klassen-Medizin“ werden genannt. PatientInnen mit Zusatzversicherung würden bevorzugt behandelt werden. Eine der Ursachen wird in den Privatorinationen der MedizinerInnen gesehen. Viele MedizinerInnen behandeln PatientInnen aus ihrer Praxis später auch stationär, wodurch es oftmals zu besonderen Leistungen der MedizinerInnen komme, die den anderen PatientInnen vorenthalten bleiben.

„Was hier sehr auffällt ist, dass viele Ärzte sehr an ihren eigenen Patienten hängen sozusagen, das ist halt so wenn was akut ist, erstens muss ihr eigener Patient untergebracht sein und da muss alles sofort sein und am besten funktioniert, das fällt mir schon auf vor allem weil ich aus der Gemeinde komme, da hatten die meisten keine Privatoridi. Da merkt man das schon, vor allem wenn die auch noch Sonderklasse sind, da kommt er dann auch extra wo er das sonst nicht machen würde, da spielt Geld schon eine“. (IP4/77)

- **Erreichbarkeit**

Die telefonische Erreichbarkeit der MedizinerInnen wird von Pflegenden stark bemängelt. Besonders die oft langen Wartezeiten, bis jemand das Gespräch

entgegennimmt oder direkt auf die Abteilung kommt, werden als belastend empfunden. Folgende Erzählungen verdeutlichen dies:

„Da kannst oft lange warten bis du einen anderen erreichst, oft dann auch diese Unart einfach nicht abzuheben, weil er selbst gerade was zu tun hat, das ist dann mühsam“. (IP5/ 237)

Eine andere Interviewpartnerin (IP2) drückt es folgendermaßen aus:

„Ja, schlecht erreicht und wenn wir dringend einen Arzt wollten, dann hast du ihn nicht dringend gefunden... wenn jemand Schmerzen gehabt hat, dann musst du das vom Arzt wissen, es ist manchmal schon so passiert, dass du niemanden von den Ärzten haben konntest“. (IP2/48f)

Vor allem in den Nachtdiensten stellt die Verfügbarkeit der MedizinerInnen ein Problem dar. Die Zusammenarbeit mit den diensthabenden MedizinerInnen gestaltet sich für Pflegende oftmals schwierig.

Eine Interviewte (IP2) versucht schon im Vorfeld für möglich auftretende Beschwerden Anordnungen zu erhalten, um nächtliche Telefonate zu minimieren. Sie schildert einen Vorfall bei dem der diensthabende Arzt einen Patienten trotz akuter Symptomatik nicht visitierte. Pflegende sind dann auf sich alleine gestellt und fühlen sich im Stich gelassen.

„Also ich bin leider der Typ der im Nachtdienst speziell sehr wenig anruft, sondern schon am Abend um 23 Uhr erkundige was kann ich tun wenn.....damit ich ihn wirklich nicht wecken muss in der Nacht, weil ich angemault werde....., aber wenn ich was gebraucht habe.....zwei Fälle sind nicht gut gelaufen, da ging es dem Patienten in der Nacht von der Luft her schlecht und der Arzt ist nicht gekommen und da bin ich mir schon sehr alleine vorgekommen“. (IP2/ 137ff)

Anderer Interviewpartner (IP4/IP5) schildern Ähnliches:

„Was oft schlecht funktioniert ist mit den Diensthabenden, die dann über Nacht da sind.....erstens bis man sie erreicht, dann bis sie kommen, da vergehen dann zwei Stunden und du brauchst einen Venflon, oder Blutkonserven.....und das kostet Nerven.....weil ich mir einfach denke komm und du hast Dienst und dann oft nein ich komme nicht, oder der Patient will mit dem Arzt sprechen, ja was hat denn der

überhaupt, dann dieser Unwille vorhanden ist, das er überhaupt auf die Station kommt....weil du stehst ja dann in der Mitte und musst dem Patienten sagen, dass der jetzt nicht kommt“. (IP5/116f)

„Erreichbar sind sie eben schon, aber bis dann wirklich jemand kommt, das dauert. Es wird zuerst immer versucht telefonisch immer alles zu erorrieren und anzuordnen und dann kommt erst jemand. Und wenn es mitten in der Nacht ist, dann überlegst du es dir schon, sonst kannst du dir wieder was anhören“. (IP4/ 48ff)

6.1.3 Resultierende Auswirkungen nicht funktionierender Kooperation

Beim genaueren Nachfragen wie sich anhaltende Belastungen auswirken, erzählen Betroffene über die Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Bereichen. Es zeigen sich Auswirkungen in physischen, psychischen und sozialen Bereichen sowie bei der PatientInnenzufriedenheit.

- **Physisch und psychische Beeinträchtigung**

Die aus der erlebten Zusammenarbeit mit MedizinerInnen resultierenden emotionalen Belastungen führen bei den Interviewten Pflegepersonen zu physischen und psychischen Beeinträchtigung.

Eine Interviewte (IP2) erzählt von ihren somatischen Beschwerden:

„Also alles in allem habe ich es als sehr unruhig erlebt, also für mich persönlich ungesund, ungesund passt für alles, für mich für den Patienten und für das ganze Team.....also für mich persönlich habe ich es mit nach Hause genommen und hatte Schlafstörungen, Bauchweh, Magenweh, Ungerechtigkeitsgefühl, Zorn und sehr viel reden“. ((IP2/78ff)

Eine andere Interviewpartnerin (IP1) erzählt von Konzentrationsschwierigkeiten und der dadurch bedingten Zunahme von Fehlern. Die Belastung wird für die Betroffene so intensiv erlebt, dass sie sich persönlich sehr unwohl und sogar „zerstört“ fühlt.

„Ich spüre dass wenn es nicht stimmig ist, ich kann dann nicht mit Liebe arbeiten, dann kann ich mich nicht konzentrieren, das stört mich persönlich. Ich möchte in die Arbeit mit guter Laune kommen und Stimmung. Ich möchte hier für die Patienten sein, wenn ich immer wieder gestört werde, oder irgendwelche negativen Sachen kommen, dann fühle ich mich nicht wohl und dann eher Fehler mache. Dann fühle ich mich persönlich zerstört und dann geht es mir nicht gut“. IP1/ 247ff)

Pflegende erzählen von der Zunahme von Kündigungen und Krankenstände, wenn die Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen dauerhaft belastet ist und dadurch die Freude an der Arbeit verloren geht.

„Drohungen von Kündigungen und Krankenstände, und was ich sehr schlimm empfunden habe, das man nicht mehr gerne in die Arbeit kommt,, wenn man die Freude an der Arbeit verliert“. (IP2/98f)

Ein anderer Interviewter (IP8) sah die anhaltenden Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den MedizinerInnen als Anlass die Abteilung zu wechseln, da er zunehmend die Freude an seiner Arbeit verlor.

„[...] das ist ja auch der Grund warum ich gewechselt habe, aber ich bin nicht mehr gerne in die Arbeit gekommen“. (IP8/243f)

- **Belastete Beziehungen**

Ein weiterer Lebensbereich, in dem die Belastungen nicht funktionierender Kooperation spürbar werden, ist die Partnerschaft der Betroffenen und andere private Beziehungen. Belastungen werden häufig „mit nach Hause“ genommen, da schwierige Situationen zwischen den Berufsgruppen oft unausgesprochen und ungeklärt bleiben, wodurch es im weiteren Verlauf auch im privaten Bereich zu Spannungen kommen kann. Die Belastungen breiten sich zunehmend in den sozialen Beziehungen der Betroffenen aus.

Eine Interviewpartnerin (IP2) beschreibt, dass durch anhaltende Kooperationsprobleme und die für sie daraus resultierenden emotionalen

Belastungen, ihre privaten Beziehungen beeinträchtigt und teilweise sogar von Beziehungsabbruch bedroht waren.

„[...]total, die war sogar sehr gefährdet momentan, das habe ich sehr mitgeschleppt, auch in meinen Freundeskreis.....jeder hat eigentlich das mitbekommen wie schlecht es mir gegangen ist“. (IP2/86ff)

Eine andere Interviewpartnerin (IP1) erzählt, dass sie die Belastungen auch zu Hause sehr beschäftigt haben:

„Dann geht es mir nicht gut und denke auch zu Hause darüber nach, aber das sollst du hier lassen. Natürlich fühle ich mich dann nicht wohl“. (IP1/253)

- **Beeinträchtigte Patientenzufriedenheit**

Diskrepanzen zwischen Pflegenden und MedizinerInnen wirken sich ebenso ungünstig auf die PatientInnen und deren Zufriedenheit aus, da gerade kranke und bedürftige Menschen die vorherrschende Atmosphäre sehr gut wahrnehmen und dieser ausgesetzt sind. Folgende Aussagen berichten über die Wahrnehmung dieser Auswirkung. Eine Interviewte (IP1) beschreibt dies treffend als eine Kettenreaktion, die sich in den verschiedensten Bereichen auswirkt und an deren Ende der unzufriedene Patient/die Patientin steht. Sie erwähnt die bedeutende Funktion und Kooperation der pflegerischen und ärztlichen Leitung, da häufig hier der Ursprung der bestehenden Schwierigkeiten liegt.

„Wenn die Organisation und die Zusammenarbeit funktioniert, das habe ich bemerkt, das die Patienten zufrieden waren....jetzt dieses Jahr ist die Organisation zerstört.....dann höre ich, dass auch die Patienten unzufrieden sind.... das ist wie eine Kette..... ich finde das wirklich wie eine Kettenreaktion, das habe ich wirklich bemerkt.....ja, aber ich finde das hängt an der Leitung, an beiden Leitungen.....vor allem die Patienten die schon oft bei uns waren, denen fällt das auf und fragen was da los ist.....und wenn ich frage, wo ist der Unterschied, es läuft doch gleich, sagen die Patienten, nein das spüre ich, es läuft nicht gleich“. (IP1/230ff)

Eine andere Interviewte (IP2) hat ähnliche Erfahrungen gemacht und wurde diesbezüglich auch von den PatientInnen angesprochen. Sie erzählt auch von Spannungen und Unstimmigkeiten unter den MedizinerInnen, wodurch es zur Verunsicherung der PatientInnen kommt.

„[...] vom Patienten kann ich nur von Feedback reden, das sie sich auch nicht so wohl gefühlt haben und was mitbekommen haben..... weil gerade Schmerzpatienten wahrscheinlich Stimmungen sehr gut mitbekommen.....auch wenn Unstimmigkeiten unter den Ärzten sind“.(IP2/88ff)

Pflegende sind sich darin einig, dass eine gut funktionierende Kooperation vielschichtige Auswirkungen hat. Die Zufriedenheit wächst bei allen Beteiligten, was wiederum ihnen selbst und den PatientInnen zu Gute kommt. Befragte bringen dies folgend zum Ausdruck:

„Man geht zufriedener in die Arbeit, wenn alles gut läuft, gut organisiert ist, gute Laune von den Ärzten da, dann natürlich kann man das auch an den Patienten weitergeben, dann bin nicht nur ich zufrieden, sondern auch die Patienten, die sind wesentlich positiver eingestellt. Das wirkt sich schon aus wenn wir zusammen arbeiten, es geht nicht anders“.(IP1/145)

„Na ja,.....es ist für alle eine bessere Atmosphäre. Wenn die Zusammenarbeit besser funktioniert ist es für das Personal angenehmer, einfach die Kommunikation und das was weiter gegeben wird besser funktioniert. Und für den Patienten im Endeffekt auch, die Atmosphäre macht viel aus, man versucht immer freundlich zum Patienten zu sein, auch wenn es einem nicht so gut geht oder irgendwas nicht stimmt. Aber ich glaube, die meisten merken schon, ob das jetzt eine angestrenzte Freundlichkeit ist oder ob das stimmt einfach vom Team her“.(IP4/124)

Ein Interviewter (IP7) fasst es nochmals zusammen und bringt es auf den Punkt.

„Letztendlich wirkt es sich auf dich, auf das Team und den Patienten aus.“.(IP7/165)

6.2 Einfluss des Geschlechts auf die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin

Die Auswertung der Interviews ergab in Hinblick auf die zweite Forschungsfrage: „Hat das Geschlecht einen Einfluss auf die Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen“ zwei Hauptkategorien, mit entsprechenden Unterkategorien.

6.2.1 Relevanz des Geschlechts hinsichtlich der Zusammenarbeit mit MedizinerInnen

Beim genaueren Nachfragen, ob Pflegende die Zusammenarbeit mit weiblichen und männlichen MedizinerInnen ähnlich oder anders erleben, kam es bei den interviewten Personen zu sehr ähnlichen und teils identen Aussagen.

- **Geschlechtergleichstellung**

Sie sind sich in ihren Aussagen darüber einig, dass es für sie keinen Unterschied darstellt mit weiblichen oder männlichen MedizinerInnen zu kooperieren. Weiters besteht auch der Eindruck, dass Frauen und Männer in der Medizin sowohl weibliche als auch männliche Pflegepersonen sehr ähnlich behandeln. Vielmehr wird die Qualität und Funktionalität der Kooperation aus der Sicht der Pflegenden von anderen Faktoren, als vom Geschlecht, bestimmt.

Zwei Interviewte (IP5/IP7) beschreiben eine gleich- und gegengeschlechtliche Kooperation mit den MedizinerInnen wie die Beziehungen zwischen Mann und Frau im alltäglichen Leben:

„Ich würde da keinen so großen Unterschied sehen zwischen Mann und Frau. Das ist wie im normalen Leben“. (IP5/107)

„Der Unterschied der für mich da ist, ist nicht berufsspezifisch, es ist mehr wie im Alltag zwischen Mann und Frau, aber es macht keinen Unterschied ob ich mit Mann oder Frau arbeite.....Frauen sind von der Venus und Männer vom Mars“. (IP7/390f)

Pflegende äußern, dass sie weder eine gleichgeschlechtliche noch eine gegengeschlechtliche Kooperation mit den MedizinerInnen präferieren. Sie haben auch nicht den Eindruck, dass MedizinerInnen Frauen oder Männer in der Pflege unterschiedlich behandeln.

„Ich glaub jetzt nicht, dass bei uns großartig ein Unterschied gemacht wird, ob da jetzt für den Arzt die Kollegin oder der Kollege ist, das ist relativ egal glaub ich“. (IP7/88)

Eine andere Interviewte (IP1) formuliert es so:

„Es war egal ob eine Schwester oder ein Pfleger zur Visite kommtdas ist gleich genommen worden“. (IP1/196)

Im weiteren Gesprächsverlauf beschreibt die gleiche Interviewte (IP1) den Eindruck, dass Pfleger von PatientInnen besser angenommen wurden als die weiblichen Pflegenden:

„Hmm, also Patienten gegenüber schon, weil bei den Patienten habe ich schon oft bemerkt, dass die uns als Frauen nicht gut annehmen, die waren mehr humorvoll für die Patienten, aber die Schwestern hatten auch Humor, da finde ich keinen Unterschied“. (IP1/200f)

Hinsichtlich privater Gesprächsthemen zwischen Männern und Frauen wird ein Unterschied bei gleich- und gegengeschlechtlicher Beziehung erlebt, jedoch in dienstlichen Angelegenheiten würde dieser Unterschied nicht spürbar werden. Nochmals bestätigt die kommende Aussage, dass die Beziehung zwischen Männern und Frauen wie im normalen Leben erlebt wird, und die Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen keine Ausnahme darstellt.

„Natürlich gibt es das schon immer wieder, dass viele Ärzte einen anderen Umgang mit einer weiblichen als mit einer männlichen haben, das glaub ich schon. Das ist einfach so, dass dann mit einer Frau anders gesprochen wird als mit einem Mann. Aber da beginnt das sicherlich schon, wenn es um private Sachen geht, da spricht man sicher über ganz andere Themen, so wie sich halt der Pfleger leichter unterhalten wird über das Fußballmatch von gestern, so wird das halt wahrscheinlich mit der Schwester nicht stattfinden, aber da geht es dann mehr würde ich sagen um nicht dienstliche Sachen, die aber am Arbeitsplatz sicher immer wieder mit einfließen. Das ist einfach so.“ (IP7/228)

Nur einer der Interviewten (IP5) erzählt, dass er als Pflegender benachteiligt wurde, speziell was männliche Mediziner betrifft. Für manche Mediziner scheint die Pflege nach wie vor ein typischer Frauenberuf zu sein, in den Männer keinen Zutritt haben.

„Ich habe da ein negatives Erlebnis, wo ich sogar das Gefühl habe das ich benachteiligt bin als Mann.....wo dieser Arzt jeden Tag kommt und sagt.....Guten Morgen meine Damen und schaut mir mitten ins Gesicht.....und ich schaue ihn an und sage nichts.....jaso dieses Provokative.....Schwester muss eine Frau sein.....ja.....aber wird weniger.“ (IP5/56)

Im weiteren Gesprächsverlauf schildert derselbe Interviewte (IP5) eine weitere Erfahrung:

„Oder wie ich von einem Arzt gehört habe, der sich nicht vorstellen konnte, dass ein Pfleger mit ihm am OP Tisch steht, weil wenn er so lange am Tisch steht, möchte er schon was „Fesches“ gegenüber haben, also schon so dieses.....ich möchte eine hübsche Schwester an meiner Seite haben.“ (IP5/65)

6.2.2 Relevante Faktoren der Kooperation

Als bedeutende Faktoren konnten die Persönlichkeit, das Alter und die berufliche Position der MedizinerInnen identifiziert werden. Diese Faktoren beeinflussen aus Sicht der Interviewten ihre Kooperation mit den MedizinerInnen.

- **Persönlichkeit**

Als bedeutend und einflussreich wird der Charakter der MedizinerInnen und vor allem der notwendige Wille zur Kooperation gesehen. Bei diesen Aussagen steht die Persönlichkeit der MedizinerInnen im Vordergrund. Das Geschlecht der Akteure wird als unbedeutend beschrieben, wodurch Männer und Frauen gleichgestellt werden.

„Mir ist es egal ob Mann oder Frau eigentlich,.... ich kann gut umgehen mit den Männern und mit den Frauen, es hängt mehr von der Person ab,.....ich persönlich finde da keinen Unterschied“. (IP2/193)

Eine andere Interviewte (IP4) beschreibt es folgend:

„Also geschlechtsspezifisch kann ich da auch nicht wirklich was sagen, es ist eher personenspezifisch, es kommt eher auf die Ärzte darauf an. Mit manchen ist eigentlich kein Problem. Es gibt halt Ärzte wo man leichter aneckt, Charaktersache“. (IP4/1ff)

Frauen und Männer in der Medizin werden von Pflegenden sehr ähnlich erlebt. Sie beschreiben die Kooperation mit Medizinern und Medizinerinnen sehr neutral.

„Ja da gibt es ein paar Männer die schwierig sind, aber auch Frauen, also ich würde das jetzt nicht so vom Geschlecht her so unterscheiden, eigentlich gar nicht“. (IP5/85)

Auch der Profession wird keine besondere Relevanz zugeschrieben, im Blickpunkt steht die Persönlichkeit der MedizinerInnen.

„Also, wie gesagt, ich glaube, dass es mehr eine Charaktereigenschaft ist, als was es unbedingt mit dem Beruf zusammenhängen muss. Das kann dem Ganzen vielleicht eine noch größere Ausprägung geben, das mag sein, aber ich denke mir, prinzipiell ist es sicher eine Charaktersache“. (IP7/320ff)

Ein Interviewter (IP8) betont wie unbedeutend das Geschlecht für ihn ist:

„Mir ist das wurst muss ich sagen, das kommt voll auf den Typ an“. (IP8/100)

- **Generationsproblem**

Als Ursache bestehender Kooperationsbarrieren sehen Pflegende häufig ein höheres Lebensalter der MedizinerInnen, was als Generationsproblem dargestellt wird. Sieben von acht befragten Pflegepersonen beschreiben die Zusammenarbeit mit der älteren Generation von MedizinerInnen als belastender, da häufig festgefahrene Strukturen und Denkweisen bei diesen wahrgenommen werden. Die Zusammenarbeit mit der jüngeren Generation von MedizinerInnen wird als flexibler und aufgeschlossener beschrieben.

„Das ist sicher auch, das ich mir denk', dass da jüngere ein bisschen mehr aufgeschlossen sind“. (IP/170)

Gleichzeitig besteht aber die Vermutung, dass auch jüngere MedizinerInnen mit fortschreitendem Alter ihr Verhalten gegenüber dem Pflegepersonal verändern könnten.

„Mit den jüngeren Ärzten tut man sich meistens ein bisschen leichter, ja sicher.....ja da hast halt das Gefühl sie haben sich noch nicht so profiliert, dass sich noch nicht diese Distanz so hervorheben müssen, aber sonst kann ich sagen ist es eher Charaktersache“. (IP4/6)

Eine Interviewte (IP2) erlebt die Zusammenarbeit mit der jüngeren Generation als schwieriger und respektloser und sieht die Ursache im bestehenden Altersunterschied:

„Es kommt eine junge Generation, wo ich es anders empfinde, schwieriger, die sind mehr, wo sie die Chefs sind bedacht, da ist für mich der Respekt nicht so spürbar.....wobei das jetzt ein Altersproblem sein kann.....dass das einfach eine ganz andere Generation ist, die mit mir anders kann und ich mit ihnen auch.....also.....das möchte ich nicht an der Person festlegen,.....fast eher ein Generationsproblem auch“ (IP2/13ff)

Die jüngere Generation von Pflegenden wird zwar im Vergleich zu ihren älteren KollegInnen als selbstbewusster beschrieben, allerdings fehlt ihnen oft die notwendige Distanz um Dinge nicht persönlich zu nehmen. Gleichzeitig sind es

jedoch oft sie, die den Ärger und den Unwillen der MedizinerInnen am meisten zu spüren bekommen.

„Für die jüngeren Schwestern ist es schwerer, die bekommen es ab, weil sie es persönlicher nehmen“. (IP3/53)

Auch Machtkämpfe unter den MedizinerInnen werden beim Pflegepersonal, vor allem beim jüngeren Personal, ausgelebt. Folgende Aussagen verdeutlichen dies:

„Manche werden unter den Ärzten nicht akzeptiert, dann müssen sie das wieder bei den Schwestern ausleben“. (IP5/94)

„Das ist so eine junge Schwester und die braucht nicht mit mir darüber diskutieren“. (IP5/214)

- **Hierarchie**

Einen weiteren wesentlichen Faktor in der Kooperation mit MedizinerInnen sehen Pflegende in deren hierarchischen Position. Sie unterscheiden vor allem zwischen den StationsärztInnen oder AssistenzärztInnen und den OberärztInnen. Bei StationsärztInnen und AssistenzärztInnen wird die Distanz zwischen den beiden Berufsgruppen als geringer beschrieben.

StationsärztInnen werden im Vergleich zu den OberärztInnen als flexibler und aufgeschlossener gesehen.

„Das ist natürlich ein Unterschied zwischen Assistenzärzten und Oberarzt.....Oberarzt geht sicher nicht alleine.....ja, da war schon ein großer Unterschied, dass die Assistenzärzte flexibel sind.....Oberärzte....nein “. (IP3/5)

Das Alter der MedizinerInnen steht meist in Zusammenhang mit deren hierarchischen Position. OberärztInnen sind in der Regel älter als AssistenzärztInnen oder StationsärztInnen.

„Die Jüngerer machen schon mit, Herr Dr. nehmen sie das und ich das, aber bei den Oberärzten geht das nicht, das gehört nicht dazu,.....am Besten machst noch die Tür auf“. (IP3/ 64)

Zwischen StationsärztInnen und Pflegende findet sich häufig ein vertrautes „Du“ wieder, wodurch die Distanz zwischen den Berufsgruppen deutlich reduziert wird. Die tägliche Präsenz der StationsärztInnen fördert die Zusammenarbeit mit den Pflegenden. Alleine dadurch sind sie häufiger mit den Pflegenden konfrontiert und kennen im Vergleich zu vielen OberärztInnen den stationären Tagesablauf wesentlich besser

StationsärztInnen werden von den Pflegenden oft als Kollege oder Kollegin gesehen, wodurch Pflegende eine Gleichstellung wahrnehmen.

„Sie wird als Kollegin gesehen und ist mit den meisten per du und da ist die Hemmschwelle geringer“. (IP5/190)

„Die Stationsärztinnen stellen sich mit uns eher in eine Ebene“. (IP2/47)

In der Zusammenarbeit mit den StationsärztInnen fühlen sich Pflegende gleichrangig. Die hierarchische Struktur in der Beziehung zueinander ist weitaus weniger spürbar. Vielmehr stehen das gemeinsame Miteinander und gegenseitiges Vertrauen im Vordergrund.

„Was mir ganz spontan einfällt ist die Zusammenarbeit mit unserer Stationsärztin, weil die ganz super funktioniert, also da ist nicht diese Hierarchie im Vordergrund, sondern dieses Miteinander, also ich ergänze mich mit ihr , das ist so ein tolles Zusammenarbeiten mit ihr, was ich so sehr schätze.....und wir schätzen uns beide so sehr, und jeder weiß genau, dass er sich auf den anderen verlassen kann“. (IP5/4)

Ein anderer Interviewte (IP6) erzählt Ähnliches:

„Da ist irgendwie vom Gefühl her glaube ich dieser Abstand nicht so weit, weil die natürlich täglich da sind, viel mehr mit uns konfrontiert sind und den ganzen Ablauf eines Tages wissen und kennen und sich natürlich vielmehr mit den Schwestern zusammenreden als Chirurgen die nur kurz ihre Patienten besuchen und vielleicht

kurz eine Therapieänderung machen. Aber dadurch, dass sie quasi Ansprechpartnerin ist, weiß sie genau sie muss sich auf uns verlassen können und wir uns auf sie“. (IP6/14)

6.3 Verbesserungsvorschläge und Wünsche

Um die Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen zu fördern, haben Pflegende Wünsche und Erwartungen bezüglich der interdisziplinären Kommunikation und ihrer eigenen Berufsausbildung. Pflegende haben den Eindruck, dass durch diese beiden Schwerpunkte zunehmende Gleichberechtigung und Akzeptanz ihrer Berufsgruppe entstehen können, wodurch ihr beruflicher Alltag und insbesondere die bestehenden Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit MedizinerInnen verbessert werden könnten. Aus diesen genannten Wünschen und Erwartungen ergibt sich die Beantwortung der letzten Forschungsfrage: „Welche Wünsche und Erwartungen haben Pflegende bezüglich der Kooperation mit MedizinerInnen?“ Die Datenauswertung ergab zwei Hauptkategorie mit dazugehörigen Unterkategorien.

6.3.1 Wunsch nach interdisziplinärer Kommunikation

Auf die Frage was Pflegende sich für die Zukunft wünschen und worin sie einen Veränderungsbedarf sehen, dominierten Antworten die die Kommunikation betreffen. Anhaltende Kommunikationsschwierigkeiten und ungenügender Austausch zwischen Pflegenden und MedizinerInnen führen zu einer erschwerten und im weiteren Verlauf unzureichenden Kooperation, daher bedarf die Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen einer funktionierenden Kommunikation, welche durch unterschiedliche Formen der Kommunikation erreicht werden kann.

- **Kommunikation an der Basis**

Alle interviewten Pflegepersonen äußern den Wunsch nach offener Kommunikation, wobei hier vor allem die Kommunikation mit den an der Basis arbeiteten Personen gemeint ist. Es wird aus ihrer Sicht zu viel über ihre Köpfe hinweg diskutiert und bestimmt. Selbst haben sie jedoch kaum die Möglichkeit bei Besprechungen mit den MedizinerInnen in Kontakt zu treten und bedeutende Maßnahmen oder etwaige Änderungen gemeinsamen zu entscheiden.

„Dass wir uns regelmäßig zusammensetzen und darüber reden, also kommunizieren.....wünsche mir mehr Kommunikation zwischen den Teams, und das wir regelmäßig Sitzungen haben mit Vorschlägen und Verbesserungen..... also eine offene Kommunikation.....was die Ärzte für Vorschläge haben und wir auch.....aber nicht die Leitung, auch nicht Dozent (..)..., sondern die Basis, da haben wir offen gesprochen und die haben das auch wahrgenommen, aber die Stationsleitung soll das nicht überarbeiten“. (IP1/273)

Ein weiterer Interviewpartner (IP8) bringt es auf den Punkt:

„Was mir aber auffällt ist.... es fehlt die Kommunikation zwischen Ärzten und mittlerem Personal“. (IP8/118)

Eine andere Pflegeperson (IP4) sieht in der bestehenden Kommunikation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen die Schwierigkeit darin, dass Pflegende eine zu hohe Toleranzgrenze haben oder teilweise resignieren, da trotz aller Bemühungen kein zufrieden stellendes Ergebnis eintritt.

„[...] ja sicher, das sollte man schon auf den Tisch bringen, ich glaube auch unsere Toleranzgrenze ist teilweise zu hoch.....ja.....ich mein damit sicher keine argen Beispiele, aber bei alltäglichen Sachen.....ja sicher,, ich glaub, das kennt eh jeder, das bringt nichts und es ändert sich nichts. Es wird sicher manches auch auf den Tisch gebracht, aber drei Tage später ist es wieder wie es war“. (IP4/109).

Das Festlegen von gemeinsamen Zielen und Maßnahmen wird grundsätzlich gut angenommen, jedoch sollten die Vereinbarungen flexibel gehalten werden.

„Es ist auch sicher gut, das man Punkte festlegt, aber nicht so strikt, das sind so harte Fronten wie im Krieg“. (IP2/68)

- **Gemeinsame Fortbildungen und Supervision**

Befragte Pflegepersonen berichten wiederholt von dem Wunsch die Zusammenarbeit mit den MedizinerInnen durch gemeinsame Supervisionsgruppen und Fortbildungen zu optimieren. Eine Interviewte (IP2) meint, dass durch Supervision die persönliche Beziehung zueinander wachsen kann. Supervision hat die Funktion einer Hilfestellung durch Reflexion der Beteiligten. Belastende und problematische Situationen können und sollen dabei offenbart und dargestellt werden.

„Ich würde da gut finden eine Supervisionsgruppe, der Versuch einen Stammtisch zu machen fand ich gut.....zuerst eine Supervision und dann kann man ja was trinken gehen.....es würde nicht so viel Geld kosten bevor gute Leute gehen“. (IP2/72ff)

Supervision im Pflegeberuf wird von den interviewten Personen als eine notwendige Voraussetzung angesehen.

„Ich denke wie gerade in diesem Job gehört das eh von Haus aus dazu“. (IP3/158)

Pflegende äußern den Eindruck, dass häufig nicht miteinander, sondern eher aneinander vorbei gearbeitet wird und erachten deshalb eine gemeinsame Dienstübergabe oder Fallbesprechungen als effektiv und beziehungsfördernd.

„Ja.....die Kommunikation sollte besser sein, aber das ist halt sicher auch.....es wird halt noch zu wenig verbunden halt, was ich halt gut finden würde.....dass da halt gemeinsame Übergaben stattfinden würden, gemeinsame Besprechung.....wir machen unsere Übergabe, die sitzen da unten und im Endeffekt arbeiten wir in einem gewissen Maße immer aneinander vorbei.....ja.....es muss ja nicht täglich sein, aber dass es so was wie eine Art Fallbesprechung gibt, wo man auch ein wenig Abgleichen können wie wir arbeiten, weil einfach viel Information auch nicht zu uns vordringt, weil es macht halt jeder bei uns im Haus so ein bisschen sein Supperl, die Ärzte, die Therapeuten, da merkst dann schon, dass wir viel nebeneinander her rennen“. (IP8/145)

Durch gemeinsame Besprechungen oder auch durch gemeinsame Handlungen, wie die Durchführung der PatientInnenanamnese, können das gegenseitige Verständnis und somit die Kooperation gefördert werden.

„Was ja manchmal auch so andiskutiert wird, ist die Anamnesen gemeinsam zu machen, dass Pflegepersonal und Arzt den Patienten gemeinsam aufnehmen, was zwar definitiv von der Zeit her sicher mehr in Anspruch nimmt, aber sicher auch wieder mehr Verständnis schafft, weil man dann auch wieder mehr zusammenarbeitet. Also ich glaube desto mehr Trennung da auch wieder da ist, desto weniger passiert da auch gemeinsam“. (IP7/151)

In Kommunikationsseminaren oder anderen gemeinsamen Fortbildungen erfahren die TeilnehmerInnen Handlungsalternativen, aus denen sie unmittelbaren Handlungsnutzen ziehen können. Es zeigt sich, dass eine geeignete Kommunikationsstrategie und vor allem ein Perspektivenwechsel das gegenseitige Verständnis fördern.

„Was ich gut gefunden habe, war dieses Seminar Mensch zu Mensch, wo auch Ärzte dabei sind, das wäre hilfreich wenn das flächendeckend gemacht wird um, auch Missverständnisse zwischen den Berufsgruppen aufzuklären und Verständnis gegenseitig entsteht.....die Kommunikation ist eben wichtig, das die nicht verloren geht.....ich finde dieses Kommunikationsseminar sehr gut.....wo jeder in eine andere Rolle schlüpft, also Arzt und auch Patient.....eine gemeinsame Fortbildung ist sicher gut, wo es dann auch um Patientenkommunikation geht, um zu verstehen, was z.B. hinter Aggression steht“. (IP5/143)

6.3.2 Wunsch nach Professionalisierung der Pflege

Der Bedarf nach zunehmender Professionalisierung wird bei den Interviewten wiederholt genannt. Die Ursache fehlender Anerkennung und persönlicher Wertschätzung wird in der derzeitigen Pflegeausbildung gesehen. Daher wird die Professionalisierung der Pflege als notwendige Voraussetzung gleichberechtigter Kooperation erklärt. Im internationalen Vergleich hat die Professionalisierung der Pflege in Österreich starken Aufholbedarf.

In einer zunehmenden Professionalisierung und Akademisierung der Pflege, sehen Pflegenden die Möglichkeit Gleichberechtigung zu erlangen und letztendlich eine funktionierende Kooperation dadurch zu erreichen.

„Für viele ist es sicher schwer eine Schwester als gleichwertig zu sehen, für die meisten heißt es sicher, wenn die jetzt einen akademischen Abschluss hat muss ich sie akzeptieren, sie hat ja schließlich auch studiert, ich kann mir schon vorstellen, dass das für viele ein Problem ist. Ich glaub halt manche Ärzte sehen sich halt irgendwo gerne als Chef auch wenn sie es von uns eigentlich nicht sind, aber viele sehen sich halt gerne so, so wie es früher halt war der Primar, hat über alle das große Sagen gehabt“. (IP4/194ff)

- **Akademisierung**

Befragte Pflegepersonen sehen in den unterschiedlichen Ausbildungsverläufen von Pflegenden und MedizinerInnen eine Benachteiligung ihrer Berufsgruppe. Eine Akademisierung von Pflegenden kann zukünftig zu einer Gleichstellung beider Professionen führen. Interviewte erhoffen sich dadurch mehr Akzeptanz ihrer Person und Tätigkeit.

„Wenn die jetzt einen akademischen Abschluss hat muss ich sie akzeptieren, sie hat ja schließlich auch studiert“. IP3/196)

Eine Interviewte (IP4) sieht die bestehende Ungleichstellung in der derzeitigen Ausbildungssituation Österreichs. Sie berichtet aus ihrer Erfahrung aus dem Ausland:

„Aber ich finde dass es ein großer Unterschied in der Berufsausbildung ist. Die Schule ist drei Jahre und dann die Studierenden, da ist die Stufe zu groß und ich denke.....na ja.....das stimmt, da ist schon ein Unterschied, weil ich kenne die Situation aus Polen. Da hast du nach Matura zwei Jahre Studium, jetzt schon drei Jahre und das ist schon ein bisschen anders, da war dieser Unterschied nicht so groß, da haben sich die Ärzte schon anders benommen.....und da habe ich mir schon gedacht, dass der Ausbildungsunterschied ein großer Faktor ist, dass unsere Arbeit deshalb nicht so ernst genommen wird, was kannst du nach der Schule.....Po Po putzen. In Polen ist der Unterschied nicht so groß, die macht die gleiche Schule wie die Therapeuten und das ist in Österreich anders“. (IP3/98)

Das sich die Pflegeausbildung in Österreich im internationalen Vergleich betrachtet hinten anreihen muss, ist den interviewten Pflegenden bewusst. Sie sehen großes Potential in einer Veränderung des Ausbildungssystems Pflegender.

„Ich glaub in dem Moment wo sich einfach ein bisschen was ändern würde an der Ausbildung vom Pflegepersonal, was ja auch immer mehr so im Werden ist, glaub ich doch, dass sich von da her sich ein bisschen was beginnen könnte zu verschieben.... es ist wirklich die Pflege was da wirklich komplett hinterherhinkt....weil ich denke mir es ist genauso eine dreijährige Ausbildung wie Physiotherapie, wir schreiben genauso unser Diplom...ich könnte mir schon vorstellen, dass eine Steigerung der Gleichberechtigung bringen könnte“. (IP7/144)

Das professionelle Selbstbewusstsein Pflegender steigt mit zunehmender Professionalisierung. In der Ausbildung werden Pflegende noch häufig von MedizinerInnen unterrichtet, wodurch der Grundstein einer asymmetrischen Beziehung bereits in der pflegerischen Ausbildung gelegt wird. Es ist von Bedeutung bereits in der Ausbildung das Thema Kooperation näher zu beleuchten und das Selbstbewusstsein Pflegender zu stärken.

Eine Interviewte (IP4) beschreibt es folgendermaßen:

„Unsere Berufsgruppe ist auf jeden Fall unsicher und hat zu wenig Selbstbewusstsein.....und dass die Ärzte die Götter in Weiß sind und die Schwestern die Sklavinnen, das ist sicher irgendwo im Hinterkopf bei Ärzten und Schwestern.....historisch halt.....ich denke mir, da geht auch eine spezielle Gruppe von Menschen hin in diese Berufsgruppen, deshalb finde ich das schon in der Ausbildung das Selbstbewusstsein gestärkt wird und Zusammenarbeit Thema sein sollte“. (IP4/158f)

- **Kompetenzsteigerung**

Das Übernehmen von medizinischen Tätigkeiten wird von den Pflegenden oftmals, auf Grund von Überlastung, abgelehnt. Gleichzeitig besteht jedoch der Wunsch medizinische Entscheidungen und Maßnahmen selbst treffen zu dürfen und grundsätzlich mehr Verantwortung zu übernehmen, was jedoch eine spezifischere Aufgabenteilung aller involvierten Berufsgruppen voraussetzen würde. Für Pflegende

besteht die Schwierigkeit oft darin, dass sie ohne ärztliche Anordnung keine Arzneimittel an die PatientInnen aushändigen dürfen. Der Wunsch mehr entscheiden zu können, wird von dieser Interviewten (IP2) folgend ausgedrückt:

„Ich habe ja auch meine Probleme damit, dass ich nicht selbstständig ein Kopfweghpullver oder ein Abführmittel verordnen darf“. (IP2/127)

Um medizinische Tätigkeiten übernehmen zu können, wird eine Umverteilung von Tätigkeiten stattfinden müssen. Pflegende müssen zuerst in ihrem Bereich Entlastung finden. Sie sehen in den Aufgaben wie „Betten machen“ eine Verschwendung ihrer Ressourcen und Degradierung zum pflegerischen Hilfsdienst. Durch ihr breites und zugleich als völlig unzeitgemäß empfundenes Tätigkeitsfeld werden ihre Kompetenzen von den MedizinerInnen in Frage gestellt. Um dies zu verdeutlichen wurde von den Interviewten der Vergleich mit dem amerikanischen Ausland herangezogen.

Ein Interviewter (IP3) erzählt es folgendermaßen:

„Ja, ich denke mir es liegt auch viel daran, wie bei uns auch teilweise auch noch gearbeitet wird.....ein Arzt, der einerseits sieht ich übernehme viel Verantwortung, übernehme viele medizinische Tätigkeiten, andererseits habe ich nichts Besseres zu tun wie Betten machen und zu putzen.....ich denke mir, dass da ,.....wie in Amerika es viel stärkere Abstufungen gibt.....klar nimmt man da eine Schwester die für das Medizinische zuständig ist ernster, oder VW könnten wir großteils auch selber machen.....ja sicher.....wir reißen uns nicht großartig darum, weil wir selber genug zu tun haben“. (IP3/165ff)

Um nachhaltige Veränderungen zu erreichen, bedarf es der Unterstützung der Pflegedienst- und Stationsleitungen. Oft bestehen festgefahrene und schwer veränderbare Strukturen, wodurch Veränderungen nur erschwert stattfinden können.

„Schwierig, ist halt sicher viel von der Leitung abhängig, und da sitzen halt viele alte Schwestern, wo die es auch halt von früher so kennen, wenn wir ehrlich sind, die es auch so gelernt haben und sich schwer tun Dinge zu verändern, weil sie es jahrelang halt so gewohnt sind“. (IP3/203f)

6.4 Geschlechtsspezifische Unterschiede im Erleben und Verhalten Pflegender

Anhand des Vergleichs der Erzählungen und Darstellungen von Pflegenden ergibt sich die Beantwortung der letzten Forschungsfrage: „Bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede im Erleben und Verhalten Pflegender?“. Die Auswertung der Daten ergab eine Hauptkategorie.

6.4.1 Heterogenität im Erleben und Verhalten Pflegender

Die interviewten weiblichen und männlichen Pflegepersonen unterscheiden sich im Umgang mit und in der Verarbeitung von Belastungssituationen sowie in ihrem beruflichen Selbstverständnis.

- **Unterschiede im Umgang mit Belastungssituationen**

Der erkennbare Unterschied zwischen Männern und Frauen in der Pflege drückt sich in ihren Erzählungen über ihre Belastungen aus. Sichtbar wird, dass weibliche Pflegende im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen eher dazu neigen, zu somatisieren. Ihre emotionalen Belastungen breiten sich auf das körperliche Empfinden aus und zeigen sich in Form von somatischen Beschwerden, wie Bauchschmerzen und Schlafstörungen. Weibliche Pflegepersonen berichten auch davon, dass sie diese Belastungen mit in ihren privaten Lebensbereich nehmen und sich diese nachteilig auswirken. Es wird deutlich, dass es für Frauen schwieriger ist, sich abzugrenzen und sich nicht für alles verantwortlich zu fühlen.

Somatische Beschwerden und Konzentrationsstörungen sowie die Beeinträchtigung privater Beziehungen werden ausschließlich von weiblichen Pflegepersonen genannt. Keiner der interviewten Männer hat ähnliche Erfahrungen im Umgang mit

Belastungssituationen geschildert. Folgende Aussagen von drei weiblichen Pflegepersonen verdeutlichen dies:

„Also für mich persönlich habe ich es mit nach Hause genommen und hatte Schlafstörungen, Bauchweh, Magenweh, Ungerechtigkeitsgefühl, Zorn und sehr viel reden“. (IP2/80ff)

Im weiteren Gesprächsverlauf schildert dieselbe Interviewte (IP2) weitere Belastungen:

„[...] total, die (Beziehung) war sogar sehr gefährdet momentan, das habe ich sehr mitgeschleppt, auch in meinen Freundeskreis.....jeder hat eigentlich das mitbekommen wie schlecht es mir gegangen ist“. (IP2/86ff)

Eine andere Interviewpartnerin (IP1) beschreibt ihre Erfahrungen so:

„Ich spüre dass wenn es nicht stimmig ist, ich kann dann nicht mit Liebe arbeiten, dann kann ich mich nicht konzentrieren, das stört mich persönlich. Ich möchte in die Arbeit mit guter Laune kommen und Stimmung. Ich möchte hier für die Patienten sein, wenn ich immer wieder gestört werde, oder irgendwelche negativen Sachen kommen, dann fühle ich mich nicht wohl und dann eher Fehler mache. Dann fühle ich mich persönlich zerstört und dann geht es mir nicht gut“. IP1/ 247ff)

„Dann geht es mir nicht gut und denke auch zu Hause darüber nach, aber das sollst du hier lassen. Natürlich fühle ich mich dann nicht wohl“. (IP1/253)

Interviewpartnerin (IP4) schildert ihre Erfahrungen folgend:

„Ich bin dann nicht gerne in die Arbeit gekommen.....mir war regelrecht schlecht und manchmal hatte ich auch starke Migräne“. (IP4/130)

Der Versuch sich abzugrenzen und Tätigkeiten abzulehnen stellt für weibliche Pflegenden eine große Herausforderung dar. Frauen fühlen sich für das Geschehen auf der Abteilung persönlich verantwortlich. Gleichzeitig besteht der Eindruck, alleine nichts verändern zu können und auch keinen Einfluss auf Veränderungen zu haben, wodurch es zur Resignation kommen kann. Folgende Aussagen interviewter Frauen verdeutlichen dies:

„Wir kennen keinen Unterschied.....wie das ist nicht meine Arbeit.....wie wenn du einmal nein sagst, das ist dann fast wie ein Verbrechen“. (IP4/113)

„Natürlich fühle ich mich dann nicht wohl wenn sich die Patienten immer wieder beschwerten und ich bin halt so eine Person, die das immer korrigieren will und besser machen will. Das gesamte Kollektiv muss zusammen arbeiten, ich alleine bewirke da nichts“(IP1/253f)

„Es ist eher so, dass man sich denkt es bringt nichts und es änderst sich nicht, deshalb nimmt man vieles sicherlich so hin, weil drei Tage später ist es wieder wie es war“ (IP3/113)

- **Unterschiede im beruflichen Selbstverständnis**

Ein weiterer Unterschied wird deutlich, wenn Pflegende ihren persönlichen Einfluss auf die Kooperation schildern. Männliche Pfleger haben im Vergleich zu ihren weiblichen Kollegen den Eindruck, durch ihre Persönlichkeit und ihr Auftreten Einfluss auf die Kooperation mit MedizinerInnen nehmen zu können. Sie beschreiben sich als selbstbewusster in ihrem Auftreten und ihrer Persönlichkeit, wodurch sie mehr Respekt von den MedizinerInnen erhalten, als ihre Kolleginnen. Als maßgeblich wird das persönliche Einbringen und Informieren gesehen. Persönliches Interesse und Kompetenz der Pflegenden werden als bedeutende Eigenschaften für funktionierende Kooperationen genannt. Keine der interviewten weiblichen Pflegepersonen beschreiben ähnliche Eindrücke.

Drei männliche Pfleger beschreiben dies folgend:

„Nein...das war von Anfang an, durch meinen Typ, meine Persönlichkeit sag ich mal. gerade wenn das so ein interdisziplinäre Geschichte ist, dann sage ich sehr wohl auch meine Meinung und wird auch anerkannt, natürlich, muss ich schon sagen.....von mir oft mehr, als von jungen Schwestern oder von denen die sich nicht so einbringen, also da wird schon mehr Gewicht daran gelegt, was ein alter erfahrener Pfleger sagt. Also Respekt von den Ärzten mir gegenüber ist schon gegeben und merk ich persönlich auch mehr als bei anderen“ IP6/31ff)

Ein anderer Interviewter (IP7) sieht auch genau darin das Problem, dass Pflegende oft der Mut fehlt sich einzubringen und ihre Meinung kund zu tun.

„Ja genau auch, auch durch die Erfahrung, durch die ...ich sag´ mal keine Berührungsängste habe auch mit Ärzten, Oberärzten oder Professoren, sich auch trauen, seine Meinung zu sagen.....oder wenn irgendeine Anordnung von denen nicht ok ist oder wir einen anderen Wunschdas wir halt den Mund aufmachen und was sagen“. (IP7/22ff)

Ein anderer Pflegender (IP8) schildert auch die Wahrnehmung, dass Männer in der Pflege anders auftreten als Frauen und dadurch mehr Einfluss auf die Kooperation mit MedizinerInnen ausüben.

„[...] ja schon, das liegt aber daran, dass sie Männer anders auftreten muss ich sagen. Also M. tritt anders auf und ich auch“. (IP8/85f)

Er (IP8) sieht eine der Ursachen in einem hohen Anteil von fremdsprachigen weiblichen Pflegerpersonen, die auf Grund der teilweise bestehenden sprachlichen Barriere sich nicht getrauen ihre Meinung auszusprechen.

„Wenn ich da meine polnischen Kolleginnen höre was die sich da abbrechen.....erstmal kaum zu verstehenja das ist.....umständlich.....nein, nein.....ich kann mich da vielleicht ganz gut ausdrücken, ja sicher spielt das eine Rolle. Also das hängt schon vom Auftreten ab, und das hat sicher schon was mit dem Ausland zu tun, dass die der deutschen Sprache nicht so mächtig sind...ist ja irgendwo auch verständlich, dass die dann da ein bisschen gehemmter auftreten“. (IP8/90)

Interviewpartner (IP6) beschreibt, dass MedizinerInnen ihm gegenüber mehr Respekt erweisen als seinen weiblichen Kolleginnen. Er beschreibt seinen Eindruck folgendermaßen:

„Es ist Respekt da, aber das musste ich mir erarbeiten. Sie wissen was sie an unserer Berufsgruppe haben, aber da spreche ich jetzt von mir, also da weiß ich, dass es zu vielen Kolleginnen nicht so ist, also wo es sehr wohl Reibereien gibt, wo es einfach.....wo manche Ärzte zu den Schwestern bei der Visite sehr arrogant sind“. (IP6/42ff)

Im weiteren Gesprächsverlauf erzählt derselbe Interviewpartner (IP6) folgendes:

„Es sind meistens Situationen zwischen Schwestern und Ärzten, wie, warum ist das nicht passiert und schießen dann hin und her.....die ich dann anspreche und nicht diejenige selbst, weil das würde nicht akzeptiert werden seitens der Ärzte, weil das ist so eine junge Schwester und die braucht nicht mit mir darüber diskutieren, und wenn ich dann nachfrage was da los war, dann kommt so was wie.....achso, dass habe ich nicht gewusst, dann sage ich es halt und somit ist das erledigt“. (IP6/212ff)

„Die Schwester hätte da reden können was sie hat wollen, das hat er dann von mir gebraucht.....Es gibt auch einen Oberarzt, der die Schwestern immer, aber kaum komme ich hinzu ist eine Ruhe, weil dann getraut er sich das nicht“. (IP6/225ff)

6.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

In vielen der dargestellten Haupt- und Unterkategorien sind Pflegende in ihrem Erzähl- und Antwortverhalten sehr homogen. Die Kooperation mit MedizinerInnen wird von männlichen und weiblichen Pflegenden sehr ähnlich bewertet. Sie unterscheiden sich in ihren Aussagen nur geringfügig.

Erzählungen über das persönliche Erleben der Kooperation zwischen Pflege und Medizin lösen bei Pflegenden primär emotionale Empfindungen aus, welche sie situationsbezogen als Zufriedenheit, Unterordnung durch fehlende Anerkennung des eigenständigen Tätigkeitsbereichs und gefühltes Desinteresse ihnen und ihrer Tätigkeit gegenüber beschreiben. Das Gefühl von Zufriedenheit bezieht sich vor allem auf ganz konkrete Situationen in denen die Pflegenden sehr positive Erfahrungen gesammelt haben. Im Vordergrund stehen Situationen und Abläufe wie die täglichen Visiten, Verbandswechsel und mögliche Notfälle. Hier kommt zum Ausdruck, dass Pflegende es sehr gut finden, wenn sie gemeinsam mit den MedizinerInnen die Visiten und Verbandswechsel durchführen. Diese gemeinsamen Tätigkeiten fördern ihre Zusammenarbeit und Pflegende profitieren davon. Sie erhalten dadurch Einblick in die medizinischen Maßnahmen, wodurch sie die PatientInnen ganzheitlicher erfassen und daraus für die Pflege relevanten Maßnahmen ableiten können. In Bezug auf erlebte Notfälle werden von Pflegenden großteils zufrieden stellende Erlebnisse geschildert. Sie beschreiben in diesen Situationen eine reibungslose Zusammenarbeit auf demselben Niveau, auch in Bezug auf das rasche Erscheinen und Handeln werden MedizinerInnen diesbezüglich positiv bewertet.

Kritik und Unzufriedenheit wird bezüglich der Visitenzeiten und der gleichzeitig durchgeführten Visiten formuliert. Bei gleichzeitigen Visiten kann es durch die dadurch entstehende fehlende Verfügbarkeit des Pflegepersonals zur unzureichenden und verzögerten PatientInnenversorgung kommen. Pflegende äußern diesbezüglich Unmut, da sie ihre PatientInnen nicht so lange warten lassen möchten. Eine Möglichkeit wird darin gesehen die Visitenzeiten zu staffeln, wodurch eine

kontinuierliche PatientInnenbetreuung gewährleistet wird. Pflegende erwarten sich eine Berücksichtigung ihrer Arbeit indem die Visitenzeiten auf beide Berufsgruppen abgestimmt werden und diese nicht mit ihren Dienstübergaben kollidieren und genügend personelle Ressourcen zur Verfügung stehen.

Bezüglich ihrer emotionalen Belastungen werden sehr ähnliche Erlebnisse geschildert. Sie sind sich darüber einig, dass MedizinerInnen ständige Verfügbarkeit erwarten wodurch es zur Überforderung der Pflegenden kommt. Das Gefühl von Überforderung kommt bei den Pflegenden vorwiegend in Situationen auf, wenn viele Dinge gleichzeitig anfallen. Hier beschreiben die Interviewten fehlende Rücksichtnahme und Verständnis seitens der MedizinerInnen. Sie äußern, dass die MedizinerInnen pflegerische Tätigkeiten den ihren unterordnen. Pflegende fühlen sich dadurch den MedizinerInnen untergeordnet und nicht gleichberechtigt behandelt. Befragte äußern den Eindruck, dass viele der älteren Generation von MedizinerInnen noch stark in diesen festgefahrenen hierarchischen Strukturen verankert sind und die Pflege nicht als eigenständige Berufsgruppe anerkennen. Pflege wird von vielen MedizinerInnen als eine Assistenz zum medizinischen Beruf gesehen, was durch historisch gewachsenes Rollenverständnis zu erklären ist. Pflegende formulieren einheitlich empfundenes Desinteresse gegenüber ihren Tätigkeiten seitens der MedizinerInnen. Pflegende bemängeln, dass MedizinerInnen ein Wissen über und ein Verständnis für den Pflegeprozess fehle. Es wird für sie damit zum Ausdruck gebracht, dass der Pflegeberuf als unbedeutend empfunden wird.

Im Weiteren schildern und kritisieren Pflegende konkrete Verhaltensweisen der MedizinerInnen. Im Speziellen wird die Interaktion zwischen MedizinerInnen und PatientInnen als optimierungswürdig dargestellt. PatientInnen würden bei den Visiten häufig nicht ins Gespräch miteinbezogen, sondern die MedizinerInnen würden innerprofessionell über den/die Patienten/in sprechen. Von den Pflegenden wird dieses Verhalten der MedizinerInnen als eine gewisse Ignoranz den PatientInnen gegenüber interpretiert. Diskrepanzen und Unstimmigkeiten zwischen den MedizinerInnen würden vor den Augen der PatientInnen ausgetragen werden,

wodurch es zur Verunsicherung der PatientInnen käme. Auch die Aufklärung der PatientInnen über medizinische Interventionen ließe zu wünschen übrig. Pflegende sehen sich dabei in einer Art Vermittlerrolle, der sie zwangsläufig ausgesetzt sind. Viele der häufig älteren PatientInnen würden sich nicht getrauen Informationen bei den MedizinerInnen einzuholen, sondern versuchten es im Anschluss bei den Pflegenden. Weiters wird betont, dass es zu bevorzugten Behandlungen von Sonderklasse-PatientInnen käme, wodurch die Zwei-Klassen Medizin thematisiert und kritisiert wird. Die Erreichbarkeit der MedizinerInnen, vor allem in den Nachtdiensten, ist stark verbesserungswürdig. Besonders die oft langen Wartezeiten, bis jemand das Gespräch entgegennimmt oder direkt auf die Abteilung kommt, werden als belastend empfunden.

Anhaltende Belastungen führen bei den Pflegenden zu unterschiedlichen Auswirkungen in verschiedenen Lebensbereichen. Zum einem sind sie selbst davon betroffen und zum anderen werden die Auswirkungen in der PatientInnenzufriedenheit genannt. Bei den Interviewten treten Schwierigkeiten in physischen und psychischen Bereichen auf. Es treten somatische Beschwerden wie Bauchschmerzen und Schlafstörungen auf. Im kognitiven Bereich kommt es zu Konzentrationsschwierigkeiten. Pflegende fühlen sich in ihren sozialen Kontakten beeinträchtigt, es kommt bei den Betroffenen zu belasteten, dysfunktionalen Beziehungen. In Bezug auf die PatientInnen wird deutlich angemerkt, dass bei anhaltenden Kooperationsschwierigkeiten die Zufriedenheit sinkt, da PatientInnen die vorherrschende Stimmung sehr gut wahrnehmen und darauf reagieren würden.

Eine gleich- oder gegengeschlechtliche Kooperation wird von den Pflegenden sehr ähnlich erlebt. Für sie stellt es keinen Unterschied dar mit Medizinern oder Medizinerinnen zusammen zu arbeiten. Als maßgebliche Faktoren für die Art der Zusammenarbeit sehen sie das Alter, die Persönlichkeit und die hierarchische Position der MedizinerInnen und nicht das Geschlecht. Das Geschlecht der MedizinerInnen wird in Bezug auf deren Kooperation als irrelevant erachtet und nimmt aus Sicht der Befragten keinen Einfluss auf die Kooperation. Ein Interviewter

beschreibt eine erlebte Geschlechtsdiskriminierung in seiner beruflichen Tätigkeit. Er beschreibt, dass er von einem männlichen Mediziner als männlicher Pfleger kaum akzeptiert wurde, jedoch durch zunehmende berufliche Erfahrung und Kompetenz Akzeptanz entstanden sei.

Jüngere MedizinerInnen werden im Vergleich zu ihren älteren KollegInnen als offener und flexibler beschrieben. Auch die hierarchische Position der MedizinerInnen hat Einfluss auf das Kooperationsverhalten der MedizinerInnen. Im Vergleich zu den StationsärztInnen wird bei den OberärztInnen eine wesentlich größere Distanz und Macht spürbar, wodurch das Kooperationsverhältnis nachteilig beeinflusst werde.

Pflegende sind sich darin einig, dass die Kommunikation zwischen den kooperierenden Parteien stark optimierungsbedürftig ist. Daher äußerten alle Befragten den Wunsch nach Kommunikationsförderung im Sinne von Supervisionen und gemeinsamen Fortbildungen. Vor allem der Austausch mit den an der Basis Arbeitenden wird sehr vermisst. Eine Verbesserungsmöglichkeit wird in gemeinsamen Dienstübergaben, Fallbesprechungen und der Durchführung von Anamnesen gesehen.

Auch eine zunehmende Professionalisierung und Akademisierung wird als weiterer Wunsch genannt. Darin wird die Möglichkeit zur Entstehung von Gleichberechtigung und zunehmender Akzeptanz gesehen, wodurch es zu einer Verbesserung der Kooperation kommen kann. Pflegende wären durchaus bereit vermehrt medizinische Tätigkeiten zu übernehmen, jedoch müsste es vorab zu einer Neu- und Umverteilung von Tätigkeiten kommen, um die dafür notwendigen zeitlichen Ressourcen zu schaffen. Bisherige der Pflege zugeteilten Tätigkeiten könnten ausschließlich von Pflegehelfern oder Abteilungshelfern ausgeführt werden.

Die Unterscheidung zwischen Frauen und Männern tritt im Umgang mit Belastungssituationen und im beruflichen Selbstbild hervor. Frauen zeigen im Vergleich zu Männern eine stärkere Tendenz emotionale Belastungen auf das körperliche Empfinden zu übertragen. Somatische Beschwerden werden ausschließlich von Frauen berichtet, welche ihr privates Leben beeinträchtigen. Ein weiterer Unterschied der Geschlechter besteht darin, dass männliche Pflegende den

Eindruck haben, Einfluss auf die Kooperation nehmen zu können. Sie sehen ihre Persönlichkeit und ihr selbstbewusstes Auftreten, sowie den Mut ihre Meinung und ihr Wissen zu äußern, als entscheidend. Weibliche Pflegepersonen hingegen haben eher den Eindruck alleine nichts zu bewirken und keinen Einfluss zu nehmen.

6.6 Diskussion und Ausblick

Zu Beginn dieser Arbeit standen persönliche Beobachtungen aus meiner beruflichen Tätigkeit. Im weiteren Verlauf führten diese Beobachtungen und Erlebnisse zur intensiveren Auseinandersetzung mit dem Thema interdisziplinäre Zusammenarbeit im Krankenhaus und Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin im Konkreten. Durch die Wahrnehmung von bestehenden Schwierigkeiten in der Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen richtete sich mein Fokus zunehmend auf diese beiden Berufsgruppen. Im theoretischen Teil dieser Arbeit wurde die Kooperation zwischen Pflege und Medizin anhand von Literatur der letzten Jahrzehnte überprüft. Fazit dieser Literaturrecherche ist, dass die Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen optimierungswürdig ist.

Nach zahlreicher Bestätigung dieser Kernaussage richtete sich der Blickwinkel auf die konkreten Schwierigkeiten und Belastungen in der Kooperation, deren Ursachen und Einfluss nehmenden Faktoren, mit besonderem Augenmerk auf den Einfluss des Geschlechts und den resultierenden Auswirkungen nicht funktionierender Kooperation. Dysfunktionale Kooperationen führen bei Pflegenden zu verminderter Arbeitszufriedenheit, die als wesentlicher Einflussfaktor auf Krankenstand, Personalfluktuaton und Qualität der durchgeführten Arbeit angesehen wird. Die Berufsunzufriedenheit des Pflegepersonals lässt sich unter anderem auch auf mangelnde Anerkennung durch MedizinerInnen zurückführen (Pape, 1998, S. 370; Garms-Homolová & Schaeffer, 1998, S. 11, f; Schaeffer, 1995). Als besonders belastend werden von Pflegenden die oft herablassende Art der MedizinerInnen, deren Ignoranz und der verbale Ausdruck von Ärger empfunden, was sich auf das berufliche und private Wohlbefinden der Pflegenden auswirkt. Die Zusammenarbeit der beiden Professionen wird dadurch beeinträchtigt (Manderino & Berkey, 1997). Auch die interviewten Personen beschreiben Ähnliches. Persistierende Kooperationsschwierigkeiten führen bei den Interviewten zu emotionalen Belastungen, die sich in weiterer Folge auch in psychischen, physischen und sozialen Lebensbereichen auswirken. Sie beschreiben das Gefühl der Überforderung durch fehlende Rücksichtnahme und der Erwartung ständiger Verfügbarkeit seitens der

MedizinerInnen. Das Gefühl der Unterordnung durch fehlende Anerkennung des pflegerischen Tätigkeitsbereichs wird wahrgenommen. Pflegende betonen die fehlende Gleichberechtigung und fühlen sich von den MedizinerInnen als ihnen untergeordnet behandelt. Bestehendes Desinteresse dem Pflegeprozess gegenüber, nehmen die interviewten Pflegepersonen sehr persönlich und interpretieren es als Desinteresse und Ignoranz ihrer Person gegenüber. Storch und Kenny (2007) konnte feststellen, dass den MedizinerInnen das Verständnis und der Respekt gegenüber dem pflegerischen Tätigkeitsfeld fehlt. Die Erfahrung und Zuständigkeit Pflegender wird von MedizinerInnen nur wenig zur Kenntnis genommen.

Die erlebten emotionalen Belastungen halten Einzug in das private Leben der interviewten Pflegepersonen. Es kommt längerfristig zu somatischen Beschwerden, wie Schlafstörungen oder Bauchschmerzen und kognitiven Einschränkungen in Form von Konzentrationsschwierigkeiten. Auch ihre sozialen Beziehungen leiden darunter nachhaltig. Bezüglich der PatientInnenzufriedenheit werden von den Interviewten negative Auswirkungen genannt. Eine funktionierende Kooperation führt bei den Patientinnen zu einer Verbesserung des allgemeinen psychosozialen Befindens, Erhöhung der generellen Zufriedenheit und Steigerung des Wohlbefindens (Baggs, 1990).

Pflegende kritisieren vor allem das „Verhalten und Auftreten der Ärzte gegenüber Patienten und die daraus folgenden Funktionen der Pflegekräfte als deren Anwälte und stillen Nebentherapeuten sowie die schlechte Behandlung der Pflegenden durch die Ärzte, deren Ignoranz und Arroganz und Versuche der Arbeitsabwälzung“ (Wilhelm & Balzer, 1989, S. 181). Auch die Interviewten weisen genau auf diesen Aspekt hin. Aus ihrer Sicht ist die patientenbezogene Kommunikation seitens der MedizinerInnen stark verbesserungswürdig. PatientInnen werden häufig nicht ins Gespräch miteinbezogen oder Diskrepanzen zwischen den MedizinerInnen werden vor den PatientInnen ausgetragen. Fehlende Sensibilität im Umgang mit den PatientInnen und unzureichende Aufklärung werden genannt, wodurch Pflegende häufig eine gewisse Vermittlerrolle zwischen PatientInnen und MedizinerInnen einnehmen. Zusammenfassend kann die Forschungsfrage nach dem persönlichen Erleben Pflegender hinsichtlich der Kooperation MedizinerInnen insofern beantwortet

werden, dass belastende Erlebnisse in der Kooperation mit den MedizinerInnen und anhaltende Kooperationsschwierigkeiten bei den Interviewten vorwiegend emotionale Empfindungen auslösen und es im weiteren Verlauf zu Auswirkungen in unterschiedlichen Lebensbereichen kommt. Auch bezüglich der PatientInnen wird bei anhaltenden Kooperationsschwierigkeiten eine zunehmende Unzufriedenheit wahrgenommen.

Um die bestehenden Belastungen zu reduzieren, benötigen Pflegende Veränderungen in der interdisziplinären Kommunikationsmöglichkeit mit MedizinerInnen. Dies knüpft direkt an eine weitere Forschungsfrage dieser Arbeit an. Die Interviewten wurden befragt, wie die Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen verbessert werden könnte und welche Wünsche sie diesbezüglich haben. In den Interviews wurde deutlich, dass der Bedarf an interdisziplinärer Kommunikation der Befragten sehr hoch ist. Sie artikulieren deutlich und oftmals wiederholt von dem Wunsch nach intensiverer Kommunikation mit den MedizinerInnen. Vor allem der Austausch mit den an der Basis Tätigen wird gefordert. In gemeinsamen Fortbildungen, Supervisionen, Dienstübergaben und Fallbesprechungen wird von den Interviewten die Möglichkeit gesehen, Kooperationsbarrieren zu überwinden und die Zusammenarbeit zu verbessern. Dadurch wird aufgezeigt, dass der Bedeutung der Kommunikation in all ihren Dimensionen zuwenig Beachtung entgegengebracht wird. Das lässt darauf schließen, dass interdisziplinäre Kommunikation nicht als Teil von pflegerischer Kompetenz und als Professionalisierungsinstrument erkannt wurde. Dies wird durch das Fehlen von interdisziplinären Besprechungen, mit an der Basis arbeiteten Pflegenden und MedizinerInnen, zum Ausdruck gebracht. Diesen Aspekt muss sich die Pflege und Medizin, deren Vertreter und Vorgesetzte zu Nutze machen, um die Kooperation zwischen den Professionen zu fördern, da die Verbesserung der Kommunikation und Kooperation zwischen MedizinerInnen und Pflegenden ohne Beteiligung der Führungskräfte nicht nachhaltig erreicht werden kann. Der Kommunikationsprozess zwischen den Disziplinen muss gefördert und zum Fließen gebracht werden, indem dysfunktionale Interaktionsmuster aufgedeckt werden. Swoboda (2005) weist darauf hin, dass Interaktion zu den maßgeblichen Einflussfaktoren des Erfolgs in der

interdisziplinären Zusammenarbeit zählt. Die Interaktion dient dabei dem Erreichen von günstigen Erfolgen (Schmidt, 2005, S. 242). Durch interdisziplinäre Interaktion kann Vertrauen geschaffen werden. Dies kann als notwendige Voraussetzung von Kooperation betrachtet werden (Kumbruck, 2001).

Ein weiterer Wunsch Pflegender wird in der zunehmenden Professionalisierung und Kompetenzsteigerung der Pflege genannt. Pflegende äußern den Wunsch mehr Verantwortung tragen zu wollen. Das Übernehmen von medizinischen Tätigkeiten, dies setzt eine Neu- und Umverteilung von Tätigkeiten voraus, wird von den Pflegenden oftmals abgelehnt. Im internationalen Vergleich betrachtet übernehmen Pflegende im deutschsprachigen Raum kaum ärztliche Aufgaben, was auf den Pflegenotstand Ende der 80 er Jahre zurückgeführt wird (Thielhorn, 1999, S. 95f).

Befragte Pflegepersonen erkennen die Notwendigkeit zunehmender Akademisierung und sehen darin die Möglichkeit der Gleichstellung und Akzeptanz der Pflege, wodurch eine gleichberechtigte Kooperation entstehen kann. Ein höherer beruflicher Status Pflegender zeigt positive Effekte hinsichtlich der Zufriedenheit der Kooperation mit MedizinerInnen (Tabak & Koprak, 2007). Fehlende Gleichberechtigung der Professionen sind historisch gewachsen und finden ihren Ursprung in der fehlenden Gleichstellung von Frauen und Männern in der Gesellschaft. Geschlechtsrollen sind ein gesellschaftliches, kulturelles Produkt und nicht ein angeborenes Phänomen (Sewtz, 2006, S. 31f). Sweet und Norman (1995) beschreiben die Beziehung zwischen Pflege und Medizin als patriarchal, welche enorme Ähnlichkeit mit der einer Ehe hat, in der die Frau für das körperliche und emotionale Wohlbefinden zuständig ist und der Mann die wesentlichen Entscheidungen trifft. Da aber nur gleichberechtigte Partner effektiv kooperieren können, ist es von Bedeutung die zu Grunde liegenden Strukturen von Kooperationsbeziehungen aufzudecken. Untersuchungen zeigen, dass MedizinerInnen den Pflegenden gegenüber im Entscheidungsfindungsprozess dominieren, wodurch es zu einem Ungleichgewicht in deren Beziehung kommt (Storch & Kenny, 2007; Coombs & Esser, 2004). Bereits in der Ausbildung beider Professionen sollte daher kooperatives Verhalten gelehrt werden und ein fester Bestandteil im Curriculum werden. Beidseitige Kooperation würde beiden KooperationspartnerInnen den maximalen Gewinn einbringen. Der

Erfolg des/der anderen schließt den eigenen Erfolg mit ein. Das bedeutet, dass das Verhalten des/der anderen eine notwendige Voraussetzung für den eigenen Erfolg darstellt (Magin; Heil & Fürst, 2005, 130).

Vor allem die von Männern dominierten medizinischen Spezialgebiete und der von Frauen dominierte pflegerische Beruf und deren Beziehungen untereinander sind stark von hierarchischen Strukturen geprägt. Deshalb wird besonders hier das Erlernen von Kooperationen bereits in deren Ausbildung dringend benötigt. Dieser Aspekt schließt an eine weitere Forschungsfrage an. Sie richtet sich auf den Einfluss des Geschlechts bei der Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen. Die Interviewten wurden befragt, wie sie eine gleich- und gegengeschlechtliche Kooperation erleben und ob sich diese unterscheiden. Ein Ausgangspunkt für die Frage nach der Relevanz des Geschlechts, ist die geschlechtsbezogene Arbeitsteilung im Krankenhaus. Der hohe Frauenanteil in der Pflege und der hohe Männeranteil in der spezialisierten Medizin unterstützen das Interesse an dieser Fragestellung (Gjerberg & Kjolsrod, 2001, Sander, 2008)

In der Studie von Gjerberg und Kjolsrod (2001) konnten signifikante Zusammenhänge zwischen Geschlecht, Alter und Kooperation festgestellt werden. Pflegende verhalten sich männlichen MedizinerInnen gegenüber respektvoller und leisten mehr Assistenz. Vorwiegend jüngere MedizinerInnen fühlten sich im Vergleich zu ihren älteren Kolleginnen von Pflegenden benachteiligt. Dies stimmt mit den Befragungen der Interviewpartnerinnen nur teilweise überein. Das Geschlecht spielt in der Kooperation mit MedizinerInnen für die Befragten keine Rolle, jedoch das Alter der MedizinerInnen wird als bedeutend dargestellt. Vorwiegend ältere MedizinerInnen werden von den Interviewten hinsichtlich ihres Kooperationsverhaltens schlechter bewertet und als unflexibler beschrieben als jüngere MedizinerInnen. Ältere MedizinerInnen befinden sich in meist höheren beruflichen Positionen als ihre jüngeren Kollegen und üben mehr Macht und Druck auf Pflegende aus. Es könnte das Ergebnis der Studie von Gjerberg und Kjolsrod (2001) erklären. Jüngere MedizinerInnen werden von Pflegenden möglicherweise auf Grund ihrer beruflichen Position anders behandelt und bewertet als ihre älteren KollegInnen. Gleichzeitig fühlen sich jüngere MedizinerInnen im Vergleich zu ihren älteren Kolleginnen von Pflegenden

benachteiligt behandelt. In der Kooperation zwischen Pflegenden und der älteren Generation von MedizinerInnen kommt es häufiger zur Unterordnung und stereotypen Verhaltensweisen Pflegender. Bei den jüngeren MedizinerInnen wird hingegen eine geringere Distanz in der Beziehung wahrgenommen, wodurch ein unterschiedliches Verhalten Pflegender den Generationen gegenüber begründet werden könnte. Eine andere Studie von Zelek und Phillips (2003) stützt die Ergebnisse von Gjerberg und Kjolsrod (2001). Die Ergebnisse zeigen, dass das Verhalten von weiblichen Pflegenden in einigen Bereichen der Zusammenarbeit vom Geschlecht der MedizinerInnen beeinflusst wird und von bestehenden Geschlechterrollenstereotypen geprägt ist. Männliche Autorität hat hier Einfluss auf das Verhalten Pflegender. William, Rothstein und Hannum (2007) widerlegten in ihrer Untersuchung den Einfluss des Geschlechts auf die Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen, sondern ermittelten das Alter der MedizinerInnen als signifikanten Faktor. Weibliche Pflegende bewerteten Mediziner und Medizinerinnen sehr ähnlich, wobei weibliche Medizinerinnen die über 50 Jahre alt waren schlechter bewertet wurden. Die interviewten Pflegepersonen weisen ebenso auf die Bedeutung des Alters der MedizinerInnen hin. Für sie ist es irrelevant ob sie mit Frauen oder Männern kooperieren, vielmehr sehen die InterviewpartnerInnen das Alter der MedizinerInnen, deren Persönlichkeit und hierarchische Position als bedeutend. Ältere MedizinerInnen werden von den Interviewten Pflegepersonen in Bezug auf ihr Kooperationsverhalten schlechter bewertet als die jüngere Generation von MedizinerInnen. Weiters besteht für die interviewten Pflegepersonen ein Unterschied darin, ob sie mit StationsärztInnen oder mit OberärztInnen zusammen arbeiten. StationsärztInnen werden gegenüber den OberärztInnen bevorzugt, da sich Pflegende in der Kooperation mit StationsärztInnen als gleichberechtigt fühlen. Weiters betonen die Interviewten den Eindruck, dass es für Mediziner und Medizinerinnen keinen Unterschied darstellt, ob sie mit einer in der Pflege tätigen Frau oder einem in der Pflege tätigen Mann zusammen arbeiten. Beim genaueren Nachfragen äußern jedoch drei befragte Männer den Eindruck, dass sie als Männer von den MedizinerInnen mehr akzeptiert werden als ihre weiblichen Kolleginnen.

Die Frage nach dem Einfluss des Geschlechts auf die Kooperation zwischen Pflege und Medizin kann insofern beantwortet werden, dass das Geschlecht in der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und MedizinerInnen als unbedeutend erlebt wird und viel mehr das Alter und die berufliche Position der MedizinerInnen Einfluss auf die interdisziplinäre Kooperation nimmt. Beides, beruflicher Status und Alter, stehen in Zusammenhang und werden von den Interviewten beinahe einheitlich dargestellt. Bedeutend erscheint jedoch der Hinweis, dass die in der Untersuchung bewerteten StationsärztInnen und OberärztInnen in ihrer jeweiligen beruflichen Position stark geschlechterdominiert sind. Die StationsärztInnen sind zu einem sehr hohen weiblich und die OberärztInnen männlich. Die Interviewten beschreiben sehr einheitlich, dass sie die Zusammenarbeit mit den StationsärztInnen als angenehmer erleben als die Zusammenarbeit mit den OberärztInnen und auch jüngere MedizinerInnen den älteren MedizinerInnen gegenüber bevorzugt werden. Auf Grund dieses Ergebnisses und der dargestellten Ausgangslage (Dominanz des Geschlechts bei den Stations- und OberärztInnen) stellt sich daher die Frage, inwieweit das Geschlecht der MedizinerInnen doch einen möglichen Einfluss, eventuell auf unbewusster Ebene, auf die Bewertung der Kooperation Pflegender ausübt. Eigenbeobachtung und Selbstreflexion Pflegender können dazu beitragen bestehende Verhaltensweisen in Bezug auf die Kooperation mit MedizinerInnen aufzudecken.

Die letzte und abschließende Forschungsfrage beschäftigt sich mit den geschlechtsspezifischen Unterschieden im Erleben und Verhalten Pflegender in Bezug auf deren Kooperation mit MedizinerInnen. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen tritt im Umgang mit und in der Verarbeitung der erlebten Belastungen hervor. Frauen neigen im Vergleich zu Männern eher dazu, ihre emotionalen Belastungen in Form von somatischen Beschwerden zum Ausdruck zu bringen. Das kann möglicherweise daran liegen, dass Frauen mehr auf ihre körperlichen Signale achten als Männer und daher eher in der Lage sind diese zu beschreiben.

Des Weiteren liegt der Unterschied in einem höheren beruflichen Selbstverständnis der Männer. Männer sehen sich selbst als selbstbewusster als ihre weiblichen Kolleginnen, was in den Interviews auch deutlich zum Ausdruck gebracht wird. Sie

haben den Eindruck durch ihre Persönlichkeit und ihr Auftreten mehr Einfluss auf die interdisziplinäre Kooperation zu nehmen. Um Akzeptanz zu erlangen, ist es aus ihrer Sicht bedeutend, Interesse und Kompetenz zu zeigen und sich persönlich einzubringen. Weibliche Pflegepersonen unterstützen die Aussagen ihrer männlichen Kollegen dahingehen, dass sie selbst den Eindruck schildern, alleine nichts zu bewirken und falls doch, dann nicht von langer Dauer, wodurch sich zunehmend Resignation ausbreitet. Bedeutend scheint hier vor allem, dass das professionelle Selbstbewusstsein der weiblichen Pflegenden gestärkt werden muss und ihnen ihre psychischen und physischen Verarbeitungs- und Bewältigungsprozesse verdeutlicht werden müssen. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern können möglicherweise darin begründet liegen, dass hormonelle Unterschiede verschiedene Verhaltensweisen der Geschlechter nach sich zieht (Weedon, 1990), und unterschiedliche Sozialisationsverläufe von Frauen und Männern zu unterschiedlichem Verhalten führt (Bosinski, 2000).

Die zusammenfassende Darstellung und Diskussion der Ergebnisse zeigt vor allem eines: Die Kooperation zwischen ÄrztInnen und Pflegenden ist aus der Sicht der interviewten Pflegepersonen stark optimierungswürdig und bedarf auch weiterhin hoher Beachtung. Diese Arbeit soll einen Beitrag leisten erlebte Kooperationsbarrieren aus Sicht der Pflegenden aufzuzeigen und Entlastungs- und Verbesserungsmöglichkeiten anzubieten.

Am Ende dieser Arbeit möchte ich noch einmal auf einige Aspekte hinweisen, die zu einer besseren Kooperation beitragen können:

Pflege

- Anerkennen und Offenlegen der subjektiven Belastungsempfindungen im Sinne einer Qualitätssicherung zur Schaffung eines Problembewusstseins.
- Möglichkeit der Teilnahme an Supervision zur Steigerung der Selbstreflexion.
- Aufdecken stereotyper, geschlechts- und berufsspezifischer Verhaltensmuster zur Förderung des professionellen Selbstbewusstseins Pflegender.
- Professionalisierung und Kompetenzsteigerung der Pflege zur Gleichstellung Pflegender.

Beide Berufsgruppen

- Gestaltung von gemeinsamen Fortbildungen, die auf kommunikationstheoretische und kooperationstheoretische Grundlagen aufgebaut sind, zur Schaffung und Förderung einer Gesprächskultur.
- Gemeinsamen Dienstübergaben und Fallbesprechungen zur Förderung der Kommunikation und des Austauschs.

Institution

- Schaffen von institutionellen Rahmenbedingungen wie Visitenzeiten oder interdisziplinäre Teamsitzungen zur Förderung einer gemeinsamen Zielerreichung.

Die Grenzen der vorliegenden Arbeit liegen in der einseitigen Erfassung und Darstellung der erlebten Kooperation und in der begrenzten Anzahl von InterviewpartnerInnen. Die Kooperation zwischen Pflege und Medizin ist aus der Sicht der Pflegepersonen dargestellt worden. Da dies eine einseitige Darstellung der Kooperation ist können keine Verallgemeinerungen getroffen werden.

7 Zusammenfassung

Die epidemiologische Entwicklung der Bevölkerung, wie eine Zunahme alter, pflegebedürftiger und multimorbider Menschen sowie der Anstieg chronischer Erkrankungen untermauert den Bedarf einer funktionierenden interdisziplinären Kooperation. Die vorliegende Arbeit untersucht die Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen. Der Fokus richtet sich dabei auf das subjektive Erleben Pflegender und den Einfluss des Geschlechts bei der Kooperation zwischen Pflegenden und MedizinerInnen. Dazu wurde der qualitative Forschungsansatz gewählt. Es wurden vier Interviews mit weiblichen und vier Interviews mit männlichen Pflegepersonen durchgeführt. Die Auswertung der Interviews erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002).

Die Ergebnisse zeigen, dass belastende Erlebnisse in der Kooperation mit MedizinerInnen bei den Interviewten vorwiegend emotionale Empfindungen auslösen und es zu Auswirkungen in unterschiedlichen Lebensbereichen kommt. Veränderungen in den interdisziplinären Kommunikationsmöglichkeit, sowie eine zunehmende Professionalisierung Pflegender werden als Möglichkeit gesehen die Kooperation nachhaltig zu verbessern. Der Einfluss des Geschlechts erweist sich als unbedeutend, vielmehr kristallisieren sich das Alter und die berufliche Position der MedizinerInnen als signifikante Faktoren heraus. Im abschließenden Geschlechtervergleich zeigt sich, dass Pflegende eine sehr homogene Berufsgruppe darstellen und die Unterscheidung in wenigen Bereichen hervortritt. Es zeigen sich Unterschiede im Umgang mit Belastungssituationen und im beruflichen Selbstverständnis.

Abstract

An increasing number of multimorbid and high maintenance humans and an increase of chronic diseases need an efficient collaboration between nurses and physicians. This study determines the collaboration between nurses and physicians. The research studies the personal experience of nurses and the impact of sex in the collaboration between nurses and physicians. Following, there has been a comparison between female and male nurses. In this paper the theses of a qualitative research way was chosen. The interviews have been held with four women and four men. The evaluation of the data was according to the qualitative content analysis of Mayring. The results show that incriminatory experience in the collaboration with physicians effects emotional perceptions of nurses. Also there are significant effects in part of private areas. This finding shows that incriminatory experience is associated with negative consequences on their personal and professional well-being. Changes in the interdisciplinary communication and a higher level of professional work were seen as a potential to improve the collaboration of this two professions. In this paper sex wasn't found as a significant factor, but other factors like age and job position were more important. Female and male nurses rated physicians very similar. The Comparison of the female and male nurses shows minimal differences in fewer spheres. There are differences in handling incriminatory experience and in the self-conception.

8 Literaturverzeichnis

Adloff F.; Mau S. (2005): Zur Theorie der Gabe. In: Adloff & Mau (Hrsg.): Vom Geben und Nehmen. Zur Soziologie der Reziprozität. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH, 9-60

Anton H. ; Höhmann U.; Müller-Mundt G.; Schulz B. (1998): Qualität durch Kooperation. Gesundheitsdienste in der Vernetzung. 2. unveränderte Auflage Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag

Andrä-Welker M. (1999): Verändert sich die Geschlechtsrollenorientierung von Akademikerinnen und Akademikern durch den Berufseinstieg? Eine Längsschnittstudie. Hamburg: Kovac

Anschütz F. (1996): Geisteswissenschaftliche Grundlagen der modernen Medizin. In: Beckmann J. P. (Hrsg.): Fragen und Probleme einer medizinischen Ethik. Berlin, New York: de Gruyter, 45-67

Aronson E.; Wilson T. D.; Akert R. M. (2008): Sozialpsychologie. 6. Auflage. München: Pearson Studium

Atteslander P. (1995): Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: de Gruyter

Axelrod R. (1997): Die Evolution der Kooperation. 4. Auflage München und Wien: Oldenburg Verlag

Badura B. (1994): Arbeit im Krankenhaus. Leitbilder und Prioritäten der Pflege. In: Badura B; Feuerstein G. (Hrsg): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim, München: Juventa, 48-54

Baggs J. G.; Ryan S. A. (1990): ICU Nurse-physician collaboration & nursing satisfaction about care decision. In: Nursing Economics, 8(6), 386-392

Baldwin, M.A. (2008): Respect. Concepts in Nursing. London: Sage Publications, 278-284.

Bierhoff H. W. (1998): Sozialpsychologische Aspekte der Kooperation. In: E. Spieß (Hrsg.), Formen der Kooperation; Bedingungen und Perspektiven. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 21-36

Bielby W. T. (2000): Geschlecht und Karriere: Ist die Wissenschaft ein Sonderfall? In: Kraus Beate; Wissenschaftskultur und Geschlechterordnung. Frankfurt: Campus Verlag, 55-81

Bischoff C. (1992): Frauen in der Krankenpflege: zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt, New York: Campus Verlag

Blau, P. M. (1964): Exchange and Power in Social Life. New York: John Wiley & Sons

Blumer H. (1973): Der methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit, Band 1; Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie. Reinbek: Rowohlt, 80-101

Bosinski H. A. G. (2000): Determinanten der Geschlechtsidentität. Neue Befunde zu einem alten Streit. Sexuologie, 7(2/3), 96-140

Boyle, D.K.; Kochinda, C. (2004): Enhancing Collaborative Communication of Nurse and Physician Leadership in Two Intensive Care Units. Journal of Nursing Administration, 34(2), 60-70

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Ergebnisse im Überblick. Personalstand(2011)

URL:http://www.statistik.at/web_de/static/ergebnisse_im_ueberblick_personalstand___022348.pdf (Stand 20.08.2012)

Coombs M.; Essers S. (2003): Medical Hegemony in Decision-making – A Barrier to Interdisciplinary Working in Intensive Care. *Journal of Advanced Nursing* 46(3), 245-252.

Diekmann A. (2001): Empirische Sozialforschung; Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Hamburg: Rowohlt

Ebedling S. (2006): Die Konstruktion von Geschlecht und Sexualität. In: Ebedling S; Schmitz S. (Hrsg.): *Geschlechterforschung und Naturwissenschaften. Einführung in ein komplexes Wechselspiel*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 281-296

Evans S. A.; Carlson R. (1992): Nurse-physician collaboration; Solving the nursing shortage crisis. In: *Journal of the American College of Cardiology*, 20(7), 1669-1673

Feldmann K. (2006): *Soziologie kompakt; Eine Einführung*. 4. Überarbeitete Auflage. Wiesbaden: GWV Fachverlage GmbH

Fischer L.; Wiswede G. (2002): *Grundlagen der Sozialpsychologie*, 2. Auflage, München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH

Froschauer U.; Lueger M. (2003): *Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. Wien: WUV-Univ.-Verlag

Garms-Homolova V. (1996): Der Arzt entscheidet, die Pflege führt aus? *Berliner Ärzte*, 33(3), 11-13

Garms-Homolova V. (1998): Kooperation von Medizin und Pflege. Realisierbare Notwendigkeit oder unrealistischer Anspruch. In: Garms-Homolova V.; Schaeffer D. (Hrsg.): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden: Ullstein Medical, 7-40

Garms-Homolova V; Maurer M.; Schaeffer D. (1998): Kooperation von Medizin und Pflege. Konzepte und Voraussetzungen der Kooperation. In: Garms-Homolova V.; Schaeffer D. (Hrsg.): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden: Ullstein Medical, 1-7

Garms-Homolova V; Schaeffer D. (1992): Versorgung alter Menschen; Sozialisationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktion. Freiburg: Lambertus

Gjerberg E.; Kjolsrod L. (2001): The doctor-nurse relationship; How easy is it to be a female doctor co-operating with a female nurse? Social Science and Medicine, 52(2), 189-202

Gianakos D. (1997): Physicians, nurses and collegiality. In: Nursing Outlook, 45(2), 57-58

Hasselhorn H. M.; Müller B. H. (2005): Arbeitsbelastung und –beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa – Ergebnisse der NEXT-Studie. In: Badura B.; Schnellschmidt C.; Vetter (Hrsg.): Fehlzeiten Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, 41-47

Henning K.; Isenhardt I.; Flock C. (1998): Kooperation im Krankenhaus Strukturwandel, Kostendruck, Qualitätsansprüche; mit Handlungsempfehlung für Reorganisationsprozesse in Krankenhäusern. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber

Herkner W. (1991): Sozialpsychologie. Bern: Huber

Ho T.; Weigelt K. (1997): Game Theory and Competitive Strategy. In: Day G.; Reilstein D. (Hrsg.): Wharton on Dynamic Competitive Strategy. New York: Wiley, 127-157

Hodes J. R.; van Comprugghe (1990): Nurse-physician relationships. Difference of perspective in one reason for continued nurse/physician conflict. In: Nurse Management, 21(7), 73-75

Hurrelmann K. (1993): Einführung in die Sozialisationstheorie. Über den Zusammenhang von Sozialstruktur und Persönlichkeit. Weinheim, Basel: Beltz Verlag

Joas H. (2007): Lehrbuch der Soziologie. 3.überarbeitete Auflage. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH

Knaus W.A; Draper E.A; Wagner D.P; Zimmermann JE (1986): An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. Annals of Internal Medicine, 104(3), 410-418

Koerner B. L., Cohen J. R. & Armstrong D. M. (1986): Professional behaviour in collaborative practice. Journal of Nurse Administration, 16(10) 39-43

Kramer M.; Schmalenberg C. (2005): Excellence Through Evidence: Securing Collegial/Collaborative Nurse-Physician Relationships. Journal of Nursing Administration 35(10), 450-458.

Kumbruck C (2001): Was ist Kooperation? Kooperation im Lichte der Tätigkeitstheorie. Arbeit, 10(2), 149-166

Lamnek S. (1995): Qualitative Sozialforschung; Methoden und Techniken. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union

Lecher S; Klapper B.; Schaeffer D.; Koch U. (2002): InterKIK – Endbericht zum Modellprojekt Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus von April bis Mai 2002.URL:<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Fachberufe/40/Kooperation/30InternKiK> (Stand 15.8.2012)

Lewis, F.M. (2006): Autonomy in Nursing. Ishikawa Journal of Nursing, 3(2), 1-6.

Leyens J. P.; Yzerbyt V.; Schadron G. (1994): Stereotypes and social cognition. London: Sage Publications

Loos M (2006): „Symptom: Konflikte. Was interdisziplinäre Konflikte zwischen Krankenpflegern und Ärztinnen über Konstruktionsprozesse von Geschlecht und Profession erzählen“. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag

Magin V; Heil O. P.; Fürst R. A. (2005): Kooperation und Co-opetition: Erklärungsperspektive der Spieltheorie. In: Zentes J.; Swoboda B.; Morschett D. (Hrsg.): Kooperationen, Allianzen und Netzwerke. Grundlagen - Ansätze - Perspektiven. Wiesbaden, 123-140

Manderino M. A.; Berkery, N. (1997): Verbal Abuse of Staff Nurses by Physicians. Journal of Professional Nursing. 13(1), 66-76

Mayer H. (2000): Pflegeforschung, Aus der Praxis für die Praxis. Band 1: Qualitative Forschungsarbeiten aus dem Berufsfeld Pflege. Wien: Facultas Universitätsverlag

Mayer H. (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Wien: Facultas Universitätsverlag

Mayer H. (2007): Pflegeforschung kennenlernen; Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung. 4., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Mayring P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz

Mayring P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse; Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz

McMahan E. M.; Hoffman K.; McGee G. W. (1994): Physician-nurse relationships in clinical settings; A review and critique of the literature, 1966-1992. In: Medical Care Review, 51(1), 83-112

Metz-Göckel S. (2000): Sozialisation der Geschlechter. Von der Geschlechterdifferenz zur Dekonstruktion der Geschlechterdualität. In: Bührmann A.; Diezinger A.; Metz-Göckel S. (Hrsg.): Arbeit, Sozialisation, Sexualität; Zentrale Felder der Frauen- und Geschlechterforschung. Opladen: Leske+Budrich, 103-192.

Münch, R. (2002): Soziologische Theorien. Handlungstheorien. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH. Band 2.

Milch W.; Ernst R.; Laubach W.(1999): Kooperation und Arbeitszufriedenheit im pflegerisch-ärztlichen Team. Eine Analyse pflegerischer Bewertung in der Psychiatrie. Psychiatrische Praxis 26(3), 122-127

Nalebuff B.; Brandenburger A. (1997): Coopetition: Competitive and Cooperative Business Strategies for the Digital Economy. In: Strategy and Leadership Forum, November-Dezember, 25(6), 28-35

Neuberger O.; Conradi W. (1985): Individuelles Handeln und sozialer Einfluss. Einführung in die Sozialpsychologie. Opladen: Westdeutscher Verlag

Neuberger O. (1998): Strategische Kooperation (Mikropolitik). In: E. Spieß (Hrsg). Formen der Kooperation. Bedingungen und Perspektiven. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 37-52.

O'Brien-Pallas L., Hiroz J., Cook A., Mildon, B. (2005): Nurse-physician relationships: Solutions and recommendations for change. URL: <http://www.nhsru.com> (Stand 17.1.2012)

Pape R. (1998): Interprofessionelle Kooperation unter gleichberechtigten Partnern ist obligat. Pflegezeitschrift 51(5) 370-374

Pike A. W. (1991): Moral outrage and moral discourse in nurse-physician collaboration. Journal of Professional Nursing, 7(6), 351-363

Pike A. W., McHugh M., Canney K. C., Miller, N. E., Reilley P. & Seibert C. P. (1993): A new architecture for quality assurance; Nurse-physician collaboration. In: Journal of Nurses and Care Quality. 7(3), 1-8

Putz D. F. (1989): Nurse-physician collaboration toward quality. In: Journal of Nursing Quality Assurance, 3(2), 11-18

Rosenstein A.T (2002): Nurse-Physician Relationships: Impact on Nurse Satisfaction and Retention. American Journal of Nursing 102(6), 26–34

Rusbult, C. E., & van Lange, P. A. M. (1996): Interdependence processes. In E. T. Higgins & A. Kruglanski. Social psychology: Handbook of basic principles. New York: Guilford, 565-569

Ryan A. A. (1996): Doctor-nurse relations: a review of the literature. Social Sciences in Health, 2, 93-106

Sander, K. (2008). Machtspiele im Krankenhaus: "doing gender" oder "doing profession"? Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 9 (1). URL: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-08/08-1-4-d.htm> (Stand 20.10.2012).

Santen van E.; Seckinger M. (2003): Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. München: Deutsches Jugendinstitut

Schaeffer D. (1995): Community Health Nursing. Entwicklung, Probleme, Lehren aus der US-amerikanischen Situation. Argument. Jahrbuch für kritische Medizin 25, Weltgesundheit, 166-183

Schaeffer D.; Moers M. (1995): Ambulante Pflege von HIV- und Aids- Patienten; Arbeitspapier der AG Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin: WZB, 95-201

Schnellschmidt H.; Vetter C. (2005): Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Heidelberg, Berlin: Springer Verlag, 21-47

Schmidt S. (2005): Kooperation. Erklärungsperspektiven interaktionstheoretischer Ansätze. In: Zentes J.; Swoboda B.; Morschett D (Hrsg.): Kooperationen, Allianzen und Netzwerke; Grundlagen - Ansätze - Perspektiven. 2 überarbeitete und erweiterte Aufl. , Wiesbaden: Gabler Verlag, 235-256

Schmidtchen D. (2005): Wettbewerb und Kooperation (Co-opetition): Neues Paradigma für Wettbewerbstheorie und Wettbewerbspolitik. In: Zentes J.; Swoboda B.; Morschett D (Hrsg.): Kooperationen, Allianzen und Netzwerke; Grundlagen - Ansätze - Perspektiven. Wiesbaden: Gabler Verlag, 66-93

Schüler M. (1992): Psychisch kranke und psychisch behinderte alte Menschen; Fragen der Gerontopsychiatrie. In: Caritasverband der Erzdiözese München und Freising, Innere Mission München (Hrsg): Sozialisation 2000; Zur Zukunft der Pflege. München: Minerva, 125-138

Sewtz S. (2006): Karrieren im Gesundheitswesen; Eine geschlechtervergleichende Analyse der Professionen Medizin und Pflege. Weinheim: Juventa Verlag

Sieg G. (2005): Spieltheorie. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH

Sirota T. (2007): Nurse/Physician Relationships: Improving or Not? Issues in Nursing 37(1), 52-56

Spieß E. (1998): Empathische Kooperation. In E. Spieß (Hrsg): Formen der Kooperation; Bedingungen und Perspektiven. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie

Spieß E. (2005): Wirtschaftspsychologie. Rahmenmodell, Konzepte, Anwendungsfelder. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH

Stein L. (1967): The doctor-nurse game. Archives of General Psychiatry, 16 (6), 699-703

Stein L.; Watts D. T.; Howell T. (1990): The doctor-nurse game revisited. New England Journal of Medicine, 322 (8), 546-549

Steppe H. (1990a): Krankenpflege im Wandel 1939-1989. Von der Berufung zum Beruf – Vom Dienen zur Dienstleistung. In: Krankenpflege, 1(90), 11-15

Steppe H. (1990b): Das Selbstverständnis der Krankenpflege. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 5(90), 1-11

Steppe H. (1990c): Szenen einer Ehe. In: Dr. med. Mabuse. Dezember 6(90), 32-33

Storch J.L.; Kenny N. (2007): Shared Moral work of Nurses and Physicians. Nursing Ethics 14 (4), 478-491.

Sweet S. J.; Normann I. J. (1995): The nurse-doctor relationship; A selective literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 22 (1), 165-170

Swoboda B. (2005): Erklärungsperspektiven grundlegender Theorien, Ansätze und Konzepte im Überblick. In: Morschett D., Zentes J., (Hrsg) Swoboda B.: Kooperationen, Allianzen und Netzwerke; Grundlagen - Ansätze - Perspektiven. Wiesbaden, 39-64

Tabak N.; Koprak O. (2007): Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*. 15 (3), 321-331

Taylor J.S. (1996): Collaborative practice within the intensive care unit: a deconstruction. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12(1), 64-70

Thielhorn U. (1999): Zum Verhältnis von Pflege und Medizin; Bestandsaufnahme und Handlungsalternativen, 1. Aufl., Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer

Thürmer-Rohr C. (1995): Denken der Differenz; Feminismus und Postmoderne. Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis. 39, 87-98

Tries J.; Reinhardt R. (2008): Konflikt- und Verhandlungsmanagement. Konflikte konstruktiv nutzen. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag

Van Maanen H. (1998): Planung der ambulanten Pflege 2000. In: Garms-Homolova & Schaeffer (Hrsg): Medizin und Pflege, Wiesbaden, 63-76

Walby S.; Greenwell J. (1994): Medicine and nursing. Professions in a changing health service. Sage Publications. London, Thousand Oaks, New Dehli

Wanek V. (1994): Machtverteilung im Gesundheitswesen. Struktur und Auswirkungen. Frankfurt am Main: VAS

Watts R.; Dafoe D. C; Martorelli R. D.; Chmielewski C.; Holland M. D.; Grossmann R.A.; Cameron E. M. (1995): Nurse-physicians collaboration and decision outcomes in transplant ambulatory case settings. *Anna Journal*, 22(1), 25-32.

Wear D; Keck-McNulty C (2004): Attitudes of female nurses and female residents toward each other: a qualitative study in one U.S. teaching hospital. *Journal of the American Association of Medical Colleges*, 79(4), 291-301

Weedon C. (1990): Wissen und Erfahrung. Feministische Praxis und Poststrukturalistische Theorie. Dortmund: eFeF-Verlag

Wiese H. (2005): Kooperative Spieltheorie. München: Oldenburg

Wilhelm J.; Balzer E. (1989): Intensivpflege zwischen Patient und Medizin, Soziologische Untersuchung zum Verhältnis von Pflegenden und Ärzten auf Intensivstationen. In: Deppe H. U.; Friedrich H.; Müller R. (Hrsg.). *Das Krankenhaus; Kosten, Technik oder humane Versorgung*. Frankfurt, New York: Campus, 169-189

William G; Rothstein P.; Susan; Hannum M. (2007): Profession and Gender in relationship between advanced practice nurses and physicians. *Journal of Professional Nursing*, 23(4), 235-240

Wiswede G (2007): Einführung in die Wirtschaftspsychologie, 4. Auflage, München: Ernst Reinhard Verlag

Witte E. H. (1989): Sozialpsychologie. Ein Lehrbuch. München: Psychologie Verlags Union

Zelek B.; Phillips S. P. (2003): Gender and power: Nurses and doctors in Canada. International Journal for Equity in Health, 2,1

Zentes J.; Swoboda B.; Morschett D. (2005): Kooperationen, Allianzen und Netzwerke. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler/GWV Fachverlage GmbH

9 Anhang

9.1 Interviewleitfaden

Fragen	Nachfragen / Bestätigen lassen / sicher stellen, ob es richtig verstanden wurde
Welche Situationen fallen Ihnen spontan ein, wenn sie an die Zusammenarbeit mit Ärzten und Ärztinnen denken? (Visiten, Verbandswechsel) Können Sie mir Beispiele für eine gelungene und eine nicht gelungene Zusammenarbeit mit einem Arzt bzw. Ärztin schildern. Womit wollen Sie beginnen...? Was konkret sind die Kriterien (Voraussetzungen) für „gelungen“ oder nicht „gelungen“? (Gleichberechtigung, gem. Zielsetzung, Kommunikation....) Wann ist eine Zusammenarbeit für Sie gelungen und wann nicht gelungen? Was konkret macht es schwierig, mit ÄrztInnen zusammen zu arbeiten?	Am Ende der Schilderung zusammenfassen/herausarbeiten Welche Situationen belasten Sie, was sind die Schwierigkeiten, wie reagieren Sie, wie gehen Sie damit (direktes Ansprechen – Distanz, Austausch mit Kollegen?) und wie wie werden diese gelöst?

Was macht oder würde es einfacher machen? (Absprache, Wertschätzung, Geschlecht.....)	Was konkret macht den Unterschied aus? Beispiele anführen, Situationen schildern...!
Macht es einen Unterschied, ob es sich um einen Arzt oder eine Ärztin handelt? Was unterscheidet die Zusammenarbeit mit einem Arzt von der mit einer Ärztin?	für Sie als Pflegeperson für andere Pflegepersonen / das Team für PatientInnen für das System? Hat es noch Konsequenzen für andere Bereiche?
Was sind die Konsequenzen einer gelungenen Zusammenarbeit?	für Sie als Pflegeperson für andere Pflegepersonen / das Team für PatientInnen für das System? Hat es noch Konsequenzen für andere Bereiche?
Wie wichtig ist eine gute Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen? Was sind die Konsequenzen nicht gelungener Zusammenarbeit?	für Sie als Pflegeperson für andere Pflegepersonen / das Team für PatientInnen für das System? Hat es noch Konsequenzen für andere Bereiche?
Was würden Sie sich von den Ärzten wünschen, um in Zukunft nur mehr gelungene Situationen der Zusammenarbeiten zu haben?	Wünsche und Erwartungen
Was ist der Beitrag der Pflegepersonen zu einer gelungenen Zusammenarbeit?	

9.2 Lebenslauf

PERSÖNLICHE DATEN

Name: Iris Marktl
Geburtsdatum: 16.02.1981/St. Veit a. d. Glan
Familienstand: Lebensgemeinschaft, 1 Tochter
Staatsbürgerschaft: Österreich

AUSBILDUNG

1987-1991 Volksschule in Launsdorf
1991-1995 Hauptschule in Brückl
1995-1997 Fachschule für Sozialberufe II in Klagenfurt
1997-2000 Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflegeschule an der Krankenanstalt Rudolfstiftung in Wien
2001-2002 Weiterbildung zur Praxisanleitung am KH der Barmherzigen Schwestern in Wien
2003-2004 Studienberechtigungsprüfung für Pädagogik/Philosophie an der Universität Wien
2004-2013 Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien

BERUFSPRAXIS

2000-2004 Kinderabteilung am Orthopädischen Spital Speising
seit 2006 Abteilung für orthopädische Schmerztherapie

9.3 Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich,

- dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe,
- dass ich dieselbe Arbeit weder im In- noch im Ausland als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
- dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Wien,

Iris Marktl