



universität
wien

DISSERTATION

Titel der Dissertation

“Spiele im Krankenhaus”

Strategien der interprofessionellen Zusammenarbeit
zwischen TurnusärztInnen und Krankenschwestern
bzw. Pfleger im Setting Krankenhaus – eine Fallstudie

verfasst von

Mag.a Simone Grandy

angestrebter akademischer Grad

Doktorin der Philosophie (Dr.phil.)

Wien, 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 092 122

Dissertationsgebiet lt. Studienblatt: Soziologie

Betreuer: Univ.-Prof. i.R. Dr. Jürgen Pelikan

Danksagung

Mein Dank gilt primär den Beschäftigten und der pflegerischen wie ärztlichen Leitung der untersuchten Krankenanstalt, die mir mit ihrer Bereitschaft sich als Untersuchungsfeld zur Verfügung zu stellen, ermöglicht haben, in ein sehr geschlossenes und vielleicht gerade deswegen für mich ausgesprochen spannendes Feld einzutauchen. In fachlicher Hinsicht möchte ich mich sehr herzlich bei meinem Dissertationsbetreuer Prof. Jürgen Pelikan bedanken, der mich immer kompetent beraten hat. Bei meinem Zweitbetreuer Prof. Anselm Eder möchte ich mich für seine vielen praktischen Tipps und die Möglichkeit von im jahrelang als seine Studienassistentin Erfahrung im Lehretrieb sammeln zu dürfen, bedanken. Die Freude und das Interesse für die empirische Sozialforschung verdanke ich zu einem Großteil seiner Art und Weise diese zu lehren. Frau Prof.in Elisabeth Scheibelhofer danke ich für die fachkundigen Tipps und die Möglichkeit im Rahmen eines zweisemestrigen Grounded Theory Seminars meine Forschungsarbeit einzubringen. Meiner Auswertungsgruppe, Anais Weinberger, Georg Mandler und Maria Haslinger danke ich, dass sie sich für mein Thema interessiert haben und mich bei der qualitative Auswertungen unterstützt haben. Dr.in Gerlinde Mauerer danke ich für ihr motivierendes Interesse an meiner Arbeit und die Möglichkeit meine Ergebnisse in ihrem Seminar vorzutragen. Last but not least, danke ich all meinen Studierenden, die mit ihren Anregungen und ihrem Interesse an meiner Arbeit nicht unwesentlich dazu beigetragen haben, dass diese Arbeit fertiggestellt wurde.

Privat möchte ich mich zu allererst bei meinem Mann Tobias und unseren Kindern Lewin und Amelie bedanken, die mich sehr liebevoll auf meinem Weg unterstützt haben. Auch meinen Eltern danke ich, dass sie es mir als "Arbeiterkind" ermöglicht haben eine akademische Laufbahn einzuschlagen. Besonders möchte ich mich bei meiner Mutter für die unzähligen Wochen, die sie in Wien auf meine Kinder aufgepasst hat, während ich diese Arbeit fertiggestellt habe, bedanken. Meiner Schwester Nicole danke ich für das aufwendige Lektorieren der Arbeit.

INHALTSVERZEICHNIS:

1. Einleitung.....	7
2. Problemaufriss.....	14
3. Relevante theoretische und empirische Vorarbeiten für ein besseres Verständnis der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus	31
3. Relevante theoretische und empirische Vorarbeiten für ein besseres Verständnis der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus	31
3.1. Das „Doctor- Nurse Game“ nach STEIN	34
3.2. Der Crozier- und Friedberg´sche Spielbegriff	41
3.2.1. Ein Forschungsbeispiel von Crozier/ Friedberg (Crozier/Friedberg 1993: 35-38) ...	45
3.2.2. Vorgeschlagene methodische Vorgehensweise einer Analyse von Spielen in Organisationen nach Crozier/Friedberg	47
3.2.3. Kritische Reflexion der Spielmetapher	49
3.2.4. Der Spielbegriff zur Analyse der Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und PflegerInnen im Setting Krankenhaus.....	50
3.3. Exkurs über den Spielbegriff der mathematischen Spieltheorie.....	54
3.4. Interprofessionelle Zusammenarbeit im Setting Krankenhaus – empirische Vorarbeiten jenseits des Spielbegriffs.....	66
3.4.1. Gender Debatte und die Beziehung Ärzteschaft und Pflege.....	66
3.4.2. Die Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege - eine Negotiated Order?.....	73
4. Die Fallstudie	82
4.1. Von der Kontaktaufnahme bis zum Beginn der Erhebung – ein langer Weg	82
4.2. Reflexion der eigenen Vorannahmen	90
4.3. Die Rolle im Feld.....	91
4.4. Besonderheit der ausgewählten Abteilung und Charakteristika der Stationen.....	96
4.5. Auswahl der Beobachtungssituationen	98
4.6. Auswahl der InterviewpartnerInnen	100
4.7. Erhebungsmethoden.....	102
4.7.1. Teilnehmende Beobachtung	102
4.7.2. Teilnehmende Beobachtung im Setting Krankenhaus: der Beobachtertest	109
4.7.3. Reflexion der eigenen Beobachtung	112
4.7.4. Narrative und episodische Interviews	114
4.8. Auswertungsmethoden	116
5. Ergebnisse.....	117
5.1. Die Erfahrungs– Verantwortungsdiskrepanz: Ein wichtiger Kontext für das Entstehen von „Spielen“	117

5.1.1. Die prototypischen Tagesabläufe von TurnusärztInnen und Basiskrankenschwestern/pfleger	119
5.1.1.1. Arbeitsabläufe der TurnusärztInnen	119
5.1.1.2. Die Arbeitsabläufe von Basispflegepersonen	123
5.2. Das SPIEL „unerfahrene/r Turnusärztin/arzt – erfahrene/r Krankenschwester/Pfleger im Ambulanzdienst	132
5.2.1. Spielregeln für das Spiel: unerfahrene/r Turnusärztin/arzt – erfahrene/r Krankenschwester/Pfleger im Ambulanzdienst	132
5.2.2. Strategien und Spielzüge des Spiels zwischen unerfahrener/em Turnusärztin/arzt – erfahrener Krankenschwester/Pfleger im Ambulanzdienst: Die kollektive Verschleierung gemeinsamer Entscheidungskompetenz.....	139
VARIANTE 1: Gutes persönliches Verhältnis zwischen Turnusarzt/ärztin und Pfleger/Krankenschwester	140
5.2.2.1. Strategie der TurnusärztInnen: Verschleierung der eigenen Unsicherheit.....	140
5.2.2.2. Mögliche Spielzüge der TurnusärztInnen	141
5.2.2.3. Abstraktion der möglichen Spielzüge der TurnusärztInnen.....	142
5.2.2.4. Strategie der Pflege: Verschleierung der Mitentscheidung	143
5.2.2.5. Mögliche Spielzüge der Krankenschwester/des Pflegers	144
5.2.2.6. Abstraktion der möglichen Spielzüge der Krankenschwester/des Pflegers Spielzugfolgen der Pflege	146
VARIANTE 2: Kein gutes persönliches Verhältnis zwischen Turnusarzt/ärztin und Pfleger/Schwester– oder das Versagen dieses Spieles	148
5.2.2.7. Strategie der Pflege: “Anlaufen lassen“	148
5.2.2.7. Mögliche Spielzüge der Krankenschwester/des Pflegers	149
5.2.2.8. Abstraktion der möglichen Spielzüge der Krankenschwester/des Pflegers.....	150
5.3. Das Spiel: Medikamentenvergabe im Nachtdienst	154
5.3.1. Spielregeln für das Spiel: Medikamentenvergabe im Nachtdienst	154
5.3.2. Strategien und Spielzüge des Spiels „Medikamentenvergabe im Nachtdienst“ zwischen TurnusärztInnen und Krankenpflegepersonal	166
5.3.2.1. Strategie der Pflege: Nachrennen	166
5.3.2.2. Mögliche Spielzüge der Krankenschwester/des Pflegers	167
5.3.2.3. Abstraktion der möglichen Spielzüge der Krankenschwester/ des Pflegers.....	168
5.3.2.4. Strategie der TurnusärztInnen: Bagatellisierung und an die Logik appellieren...	172
5.3.2.5. Mögliche Spielzüge von TurnusärztInnen.....	173
5.3.2.6. Abstraktion der möglichen Spielzüge der TurnusärztInnen.....	174

5.4. Weitere Ergebnisse.....	177
5.4.1. DU-SIE Unklarheit.....	177
5.4.2. Raumlosigkeit der TurnusärztInnen.....	190
6. Diskussion	197
7. Conclusio.....	215
Literaturverzeichnis.....	221
Anhang	
CV Simone Grandy.....	229
Abstract deutsch.....	230
Abstract English.....	232

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Reduktion der Anzahl der österreichischen Krankenanstalten im Zeitraum 1985-2009	25
Abbildung 2: Reduktion der Bettenanzahl von österreichischen Krankenhäusern im Zeitraum 1985-2009	25
Abbildung 3: Reduktion der durchschnittlichen stationären Aufenthaltsdauer in österreichischen Krankenhäusern im Zeitraum 1998-2009	26
Abbildung 4: Relevante theoretische und empirische Vorarbeiten zur Untersuchung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus	31
Abbildung 5: Spielterminologie, Bedeutung und konkretes Beispiel	51
Abbildung 6: Schematische Darstellung der Stationen auf der Internen Abteilung	115
Abbildung 7: Erfahrungs-Verantwortungsdiskrepanz	118
Abbildung 8: Pflegehierarchie.....	182
Abbildung 9: ÄrztInnenhierarchie.....	182
Abbildung 10: Erlebte Hierarchie zwischen den beiden Berufsgruppen Ärzteschaft und Pflege.....	182

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit beleuchtet die interprofessionelle¹ Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft² und Pflege im Setting Krankenhaus und versucht, diese mit Hilfe einer modernisierten, soziologisch adaptierten Spielmetapher für bestimmte, immer wiederkehrende potentielle Konfliktbereiche zu rekonstruieren.

Die empirische Grundlage der vorliegenden Arbeit beruht auf einer sechsmonatigen teilnehmenden Beobachtung an einer internen Abteilung eines öffentlichen, österreichischen Landeskrankenhauses. Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung konnten Interaktionssituationen zwischen ÄrztInnen und Krankenpflegern/schwestern im Rahmen von Visiten und Ambulanzdiensten, aber auch im Rahmen informeller Gespräche auf den Stationen beobachtet werden. Dieser Zugang wurde durch die ärztliche Leitung der Abteilung ermöglicht, welche die soziologische Forschung an der Abteilung sehr unterstützte. Für den Zeitraum der Beobachtung auf den Stationen wurde mir vom Feld die Rolle einer FamulantIn zugeordnet, ich bekam einen „weißen Kittel“ und konnte mich dank dieser äußerlichen Legitimationszuschreibung relativ frei im Setting bewegen. Von den Beobachtungen wurden umfangreiche Beobachtungsprotokolle angefertigt. Ärzteteam und Pflegeteam waren natürlich über meine Identität als Soziologiedissertantin informiert, PatientInnen wurden nur bei direktem Kontakt mit mir über meinen Status als Soziologiedissertantin informiert. Ergänzend zu den Beobachtungen wurden insgesamt elf ein- bis zweieinhalb stündige narrative bzw. episodische Interviews mit ÄrztInnen und Krankenschwestern (es konnte kein Pfleger für ein Interview bemüht werden) in unterschiedlichen Hierarchieebenen geführt, welche alle vollständig transkribiert wurden.

Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung wurde mein ursprüngliches idealistisches Ausgangsinteresse an einer Verbesserungsmöglichkeit der

¹ Interessanterweise verwenden Angehörige des Pflegeberufes eher den Begriff der interdisziplinären Zusammenarbeit, wenn sie von ihrer Zusammenarbeit mit ÄrztInnen sprechen. ÄrztInnen verstehen dahingegen unter interdisziplinärer Zusammenarbeit die Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachrichtungen innerhalb der Ärzteschaft (also zum Beispiel Gynäkologie, Urologie etc.)

² Der Begriff „Ärzterschaft“ wird trotz der Bedeutungsgeladenheit, die den Stand der ÄrztInnen hervorstreicht, in vorliegender Arbeit verwendet, da der Begriff von den Akteuren und Akteurinnen im Untersuchungsfeld selbst immer wieder verwendet wird.

interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege durch die realistische Erkenntnis ersetzt, dass man potentielle Konfliktherde zuerst einmal sehr genau verstehen muss, um Veränderungen überhaupt andenken zu können. Nicht selten führen nämlich vorschnelle Veränderungsvorschläge zu ungewollten Konsequenzen, infolge derer die Beteiligten zu Recht sagen können: „Wenn das die Lösung ist, dann möchte ich bitte mein Problem zurück.“

Das persönliche Ausgangsinteresse für die Beschäftigung mit der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus begleitet mich schon sehr lange. Die Frage nach möglichen Konflikten beziehungsweise gelungener Kooperation zwischen beiden Berufsgruppen im Krankenhaussetting stellte sich bei mir in Folge meiner soziologischen Diplomarbeit (vgl. Hofer 2005). Im Rahmen der Diplomarbeit wurde eine empirische Erhebung an zwei pulmologischen Abteilungen eines österreichischen Krankenhauses durchgeführt, bei der die mittlere Führungsebene nach Erwartungen an die kollegiale Führung befragt wurde. In Zusammenarbeit mit dem Organisationsentwickler einer österreichischen Krankenanstalt wurde ein Forschungsdesign konzipiert, das mir einerseits ermöglichte, in ein relativ geschlossenes Feld Eintritt zu erhalten und das Zusammenspiel unterschiedlicher Hierarchieebenen zu erforschen und andererseits dem Organisationsentwickler wichtige Informationen für seine Arbeit vor Ort liefern sollte. Es war also, um es im Terminus der Spieltheorie auszudrücken, eine win-win-Situation.

Das Ausgangsproblem damals könnte man kurz so skizzieren: Wenn man Abteilungen innerhalb einer Normalverteilung entlang der Achsen "Problemabteilung bis Vorzeigabteilung" – in Bezug auf ihre organisationale „Gesundheit“ – zuweist, bergen vor allem jene Abteilungen, die sich am Rande der Verteilung befinden, also die, in denen es hervorragend und jene, in denen es sehr schlecht funktioniert, eine Gefahr für das Gesamtsystem Krankenhaus. Daher sollte mit Hilfe qualitativer Interviews erhoben werden, welche manifesten wie latenten Erwartungen die mittlere Führungsebene, also ärztliche Leitung und Oberschwester/Oberpfleger jener Abteilungen an die Kollegiale Führung (=KOFÜ), bestehend aus ärztlicher, technischer, Pflege- und Verwaltungsdirektor, haben. Hintergedanke dieses Forschungsdesigns war, dass durch die Erhebung der Erwartungen einerseits ein Reflexionsprozess der eigenen Erwartungen in Gang

gesetzt werden könne und dass die Rückkoppelung der Erhebungsergebnisse andererseits bewirken könne, dass bekannt werde, was man erwarten kann und was nicht, was wiederum laut LUHMANN im doppelten Sinne für das Handeln von Bedeutung ist (Luhmann 1976: 60).

Derivat dieser Forschung war eine Bewusstwerdung der Bedeutung einer gut funktionierenden Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege in Bezug auf die wesentlichen Outputs einer gesunden Abteilungsentwicklung, nämlich Arbeitszufriedenheit, Krankenstandsraten und PatientInnenzufriedenheit. So konnte zum Beispiel damals durch ein gemeinsam von Ärzteschaft und Pflege durchgeführtes Projekt an einer Abteilung die interprofessionelle Beziehung nachhaltig verbessert werden und auch das allgemeine Abteilungsklima positiv verändert werden. In jener Abteilung, die sich in organisationaler Hinsicht nach Angabe des Organisationsentwicklers sehr gut entfaltete und bei der sowohl Krankenstandsraten als auch Fluktuation gering waren, beziehungsweise das allgemeine Klima als sehr gut beschrieben wurde, wurde auch die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege als sehr gut kommuniziert. In der Abteilung, die als „Problemabteilung“ charakterisiert wurde, gab es eine als sehr schlecht beschriebene Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege. Die Aussagen über die Qualität der Zusammenarbeit stammten dabei von Interviewpersonen der mittleren Führungsebene. Für eine Folgeforschung lag daher Nahe, dass für eine genauere Beschäftigung mit der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege nicht mehr nur qualitative Interviews als Datenquelle dienen sollten, sondern auch direkte Beobachtung von interprofessionellen Interaktionssituationen zum Einsatz kommen müsste.

Begonnen wurde die vorliegende Forschung dabei noch mit der Grundidee, Möglichkeiten der Kooperationssteigerung zwischen Ärzteschaft und Pflege auszuloten, mit zunehmender Felderfahrung wurde diese Forschungsfrage zunehmend dahingehend modifiziert, dass potentielle Kooperationshemmer – immerwiederkehrende Konfliktherde zwischen Ärzteschaft und Pflege, die sich im Feld auf unterschiedliche Weise manifestierten – möglichst genau beschrieben und analysiert werden.

In der vorliegenden Arbeit wurde daher viel Aufwand betrieben, mögliche Konfliktbereiche zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus zu beschreiben, indem sie als Spiel rekonstruiert werden. Die Spielmetapher und deren Crozier/Friedberg'schen (1993) theoretischen Implikationen, welche eine Verbindung von System- und Akteurstheorie mit all den damit verbundenen und noch auszuführenden (siehe Kapitel 3.2) Vorteilen anstreben, eignet sich hervorragend für eine akribische Rekonstruktion von immer wiederkehrenden potentiellen Konflikten, wie zum Beispiel die Zusammenarbeit zwischen erfahrener/em Krankenschwester/Pfleger und unerfahrener/em Turnusärztin/arzt im Ambulanzdienst und die telefonische Anordnung von Medikamenten im Nachtdienst. Theoretisch wird mit der Verwendung einer Spiel- Analyse darauf abgezielt, sowohl Akteure und Akteurinnen wie auch dem System genügend Raum innerhalb einer Analyse auf organisationaler Ebenen zu bieten. Natürlich kann durch die, mit Hilfe der Spielmetapher möglich gemachte, genaue Analyse der Spielregeln, welche Kontext der Strategien der Akteure und Akteurinnen ist, auch auf deren potentielle Veränderung gehofft werden. EntscheidungsträgerInnen könnten bestimmte Spielregeln vielleicht neu diskutieren und eventuell modifizieren.

Die in dieser Arbeit vorgestellte Möglichkeit einer Analyse von Interaktionssituationen mit Hilfe der Spielmetapher bietet den Vorteil, dass potentielle Konfliktbereiche mit akribischer Genauigkeit beschrieben werden können und dadurch ein sehr umfangreiches Verständnis von Problemkonstellationen erlangt werden kann, weswegen sich diese Methode auch für andere Forschungssettings als sehr nützlich herausstellen könnte.

Die vorliegende Arbeit ist insgesamt in 7 Kapitel aufgeteilt.

Kapitel 2 beschäftigt sich mit der Relevanz der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Krankenhaus und der Frage, was Zusammenarbeit im stationären Kontext konkret bedeutet. Weiters werden die **unterschiedlichen Traditionen**, aus denen Ärzteschaft und Pflege stammen, diskutiert und deren organisationale Verankerung in der Expertenorganisation Krankenhaus erläutert. Hier wird das Krankenhaus als **Profiforganisation nach MINTZBERG** (1992) vorgestellt und Besonderheiten von Expertenorganisationen im öffentlichen Bereich mit den damit einhergehenden potentiellen Konfliktherden

besprochen. Der **politische Einfluss** auf die Organisation Krankenhaus als Teil der öffentlichen Verwaltung wird auf **nationaler sowie internationaler, europäischer Ebene**, in Form von EU-Vorgaben, besprochen. Die massiven **Einsparungen** im Gesundheitswesen werden anhand konkreter österreichischer Daten veranschaulicht. Dies soll die immer prekärer werdende Situation im Krankenhaussektor für die darin Beschäftigten sichtbar machen und die Relevanz einer Investition in bessere Arbeitsbedingungen, auch in Form einer Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit, zum Zweck steigender Attraktivität von Gesundheitsberufen herausstreichen.

In **Kapitel 3** werden jene theoretischen und empirischen Arbeiten vorgestellt, die man für eine Beschäftigung mit dem Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus fruchtbar machen kann. Das Kapitel beginnt mit der Einführung des etwas naiven, weil theoretisch anspruchslosen, Spielbegriffs von **STEIN** (1967) anhand der Beschreibung des von ihm in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts formulierten **DOCTOR-NURSE-GAMES**. Im nächsten Unterkapitel wird der von **Crozier und Friedberg (1993)** verwendete und in dieser Arbeit in modifizierter Form angewandte Spielbegriff vorgestellt und dessen theoretische Implikationen erläutert. Auch die Anwendbarkeit auf das Krankenhaussetting bzw. der eng an **CROZIER/FRIEDBERG (1993)** angelehnte Analyserahmen wird für die vorliegende Fallstudie besprochen. Die Verwendung des Spielbegriffs innerhalb der **mathematischen Spieltheorie** wird anschliessend diskutiert und kooperationsfördernde Voraussetzungen bzw. Rahmenbedingungen werden vorgestellt. Daraufhin werden Ergebnisse der **Genderforschung** (**SANDERS 2008, DAVIES 2003**) zur Beziehung Ärzteschaft und Pflege vorgestellt und zu guter Letzt wird der Frage nachgegangen, ob und inwieweit es sich bei der Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege um eine „**Negotiated Order**“ (**SVENSSON 1996, ALLEN 1997**) handelt.

Kapitel 4 stellt die vorliegende **Fallstudie** vor. Dieses Kapitel ist besonders für jene LeserInnen interessant, die sich für die Methode der teilnehmenden Beobachtung interessieren und sich konkrete Informationen darüber erhoffen, wie man ein solches Vorhaben in die Praxis umsetzen kann. Angelehnt an die

berühmte „street corner society“ Abhandlung von William Whyte Foot wird hier besonderer Wert auf die **Nachvollziehbarkeit** der Feldarbeit gelegt. So wird der Prozess von der Kontaktaufnahme bis zum realen Erhebungsbeginn ausführlich beschrieben. Dies kann für jene ForscherInnen, die eine teilnehmende Beobachtung im Setting Krankenhaus planen, einerseits wertvolle Tipps und andererseits einen gewissen Trost gewähren, falls die Zusage zu einer geplanten Erhebung in bürokratischen Organisationen schleppend vorangeht. Daraufhin werden die Rolle der Forscherin im Feld sowie Vorannahmen vor Untersuchungsbeginn reflektiert. Die ausgewählte Abteilung, eine interne Abteilung, wird charakterisiert und die Auswahl geeigneter Beobachtungssituationen und InterviewpartnerInnen werden thematisiert. Weiters werden in diesem Kapitel die Erhebungs- und Auswertungsmethoden vorgestellt.

Kapitel 5 stellt die wichtigsten Ergebnisse der Feldstudie dar. Hierfür wird in einem ersten Unterkapitel auf die sogenannte „**Verantwortungs-Erfahrungsdiskrepanz**“ eingegangen und die typischen Tagesabläufe von TurnusärztInnen und diplomiertem Pflegepersonal erläutert. Beide stellen einen wichtigen Kontext für die Spiele zwischen Ärzteschaft und Pflege dar. Daraufhin wird das **Spiel** zwischen **unerfahrenem/r Turnusarzt/ärztin und erfahrener/em Krankenschwester/ Pfleger im Ambulanzdienst** mit all den dafür wichtigen formalen wie informellen Spielregeln sowie den ärztlichen wie pflegerischen Strategien, abgeleitet von den beobachteten oder erzählten Spielzügen, dargestellt. In einem weiteren Unterkapitel wird das Spiel „**Medikamentenvergabe im Nachtdienst**“ erläutert. In einem weiteren Kapitel werden zwei weitere Ergebnisse dargestellt, die zu einem besseren Verständnis der Situation der Beschäftigten im Krankenhaus beitragen können, an sich jedoch keine Spiele darstellen. Dies ist die sogenannte **DU-SIE Unklarheit**, die die im Feld vorgefundene Unklarheit der passenden Anrede von potentiellen InteraktionspartnerInnen beschreibt und die **Raumlosigkeit der TurnusärztInnen**, welche sich mit der schwierigen Situation bezüglich möglicher Rückzugsorte der TurnusärztInnen im Setting beschäftigt.

Kapitel 6 diskutiert die Ergebnisse und Erfahrungen der Fallstudie anhand der in Kapitel 3 besprochenen theoretischen und empirischen Vorarbeiten zum Thema

der interprofessionelle Zusammenarbeit und kehrt den added value der vorliegenden Arbeit gegenüber vergangener Arbeiten innerhalb dieses Themenbereichs hervor. Es soll besprochen werden, inwieweit das von Stein (1967 bzw. 1990) beschriebene Doctor-Nurse-Game aufgrund der Ergebnisse der Fallstudie auch heute noch Gültigkeit besitzt. Die Vorzüge des Crozier/Friedberg'schen (1993) Spielbegriffs und dessen Erweiterung zur Analyse der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Krankenhaussetting sollen hervorgekehrt werden. Mögliche Beiträge der mathematischen Spieltheorie werden anhand der in Kapitel 3 formulierten, kooperationsfördernden Kontexte für das Setting Krankenhaus formuliert. Ergebnisse der Genderforschung und des negotiated order approach werden anhand der Ergebnisse und Erfahrungen aus der Fallstudie diskutiert.

Kapitel 7 versucht, die wichtigsten Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit zusammenzufassen und auf deren Relevanz für die soziologische Forschung hinzuweisen. Mögliche Anschlussforschungen werden angedacht.

2. Problemaufriss

Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus ist ein integraler Bestandteil für eine erfolgreiche Behandlung der PatientInnen und somit eine zentrale Voraussetzung zum Erfüllen der Kernaufgabe von Krankenhäusern. So erfordert die Behandlung und Versorgung von PatientInnen zwingend die integrative Zusammenarbeit von ÄrztInnen und Krankenpflegepersonal (Dahlgard 2011). Gerade im Lichte einer zunehmenden patientInnen- und ergebnisorientierten Gesundheitsvorsorge, innerhalb der das Wohl der PatientInnen im Mittelpunkt des arbeitsteiligen Vorsorgehandelns steht, ist eine Beschäftigung mit der interdisziplinäre Zusammenarbeit im Krankenhaus aktueller denn je. So gelten international Gesundheitsprofessionen, die in interprofessionellen Teams komplementäre und ineinandergreifende Leistungen erbringen, als Schlüssel zum Erfolg einer patientInnenorientierten Gesundheitsvorsorge (Ewers 2012). Die zunehmende Ausdifferenzierung der Fachdisziplinen im Gesundheitssektor legt weiters den Schluss nahe, dass die Bedeutung interprofessioneller Teamarbeit auch in Zukunft weiter steigen wird (Antoni 2010).

Im Krankenhausalltag und vor allem auf den Stationen sind ÄrztInnen für eine erfolgreiche Diagnose und Behandlung der PatientInnen auf zentrale Informationen der Pflege angewiesen. Während Pflegekräfte auf ihren Stationen 12 Stunden am Stück anwesend sind und somit viel Wissen über die untergebrachten PatientInnen sammeln können, sind ÄrztInnen während ihres Dienstes meist nur im Rahmen der Visiten und bei Nottfällen auf den Stationen anwesend (mehr zu den prototypischen Abläufen beider Berufsgruppen im Krankenhaussetting in Kapitel 5.1.1.). Pflegekräfte verfügen somit über umfangreiches Wissen über den Zustand aber auch über den sozialen Hintergrund der PatientInnen. Dieses Wissen geben sie im Rahmen der Visiten den behandelnden ÄrztInnen weiter, welche auf Basis dieser Informationen Entscheidungen für eine Therapie treffen. FREIDSON (1979) umschreibt die Pflege, die er als paramedizinisches Personal definiert, primär als Assistenz der Ärzteschaft und konstatiert ihr kaum Initiative von Diagnose und Behandlung, auch findet die Arbeit der Pflege im Krankenhaus meist nur unter Supervision oder auf

Anfrage von ÄrztInnen statt. Mögen aktuelle Professionalisierungstendenzen der Pflege diese eindeutige Subordination der Pflege unter die Ärzteschaft ein wenig relativieren, so ist in Österreich im Rahmen des Ärzte- und des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes der Aufgabenbereich für ÄrztInnen und Krankenpflegepersonal im Setting Krankenhaus bei der Versorgung der PatientInnen doch klar definiert. ÄrztInnen kommt dabei die Anordnungsverantwortung, diplomiertem Krankenpflegepersonal die Durchführungsverantwortung zu (Paragraphen § 49 Absatz 3 des AezteG und § 15 des GuKG). Dies bedeutet, ÄrztInnen tragen formal die alleinige Verantwortung für medizinische Anordnungen, das Pflegepersonal ist dahingegen für die sachgemäße Durchführung dieser Anordnung verantwortlich und somit auch haftbar.

Die für die Versorgung der PatientInnen unabdingbare Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege gestaltet sich im Krankenhausalltag dabei nicht immer einfach. So konstatiert zum Beispiel der Abschlussbericht des Modellprojekts InterKIK, das sich in Deutschland mit der interprofessionellen Kommunikation zwischen Ärzteschaft und Pflege im Krankenhaussetting beschäftigt hat, dass die Kooperation zwischen ÄrztInnen und Pflegenden „stark optimierungsbedürftig“ (Lechner et. al. 2002) ist. Immer wiederkehrende Konflikte im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege ergeben sich dabei vor allem, da viele Aufgabenbereiche zwischen beiden Berufsgruppen nicht klar aufgeteilt sind und **Zuständigkeiten** ständig neu verhandelt werden müssen. Die Frage, wo die ärztliche Tätigkeit endet und die pflegerische beginnt, kann so in manchen Fällen nicht eindeutig beantwortet werden und unterscheidet sich von Krankenanstalt zu Krankenanstalt, von Abteilung zu Abteilung und manchmal sogar von Station zu Station. So ist zum Beispiel das Anhängen von Antibiotika auf unterschiedlichen Stationen einmal Arbeit der Ärzteschaft und einmal der Pflege. Vermehrt werden auch ungeliebte administrative Tätigkeiten gegenseitig in den Zuständigkeitsbereich der jeweils anderen Profession gesehen. Veranschaulichen kann man dies zum Beispiel am Fall einer Turnusärztin, bei der sich zunehmend Befunde stapeln, da sich die Pflege weigert, Labor- und Röntgenbefunde abzuheften und einzuordnen, da dies eher „ärztliche Befunde“ sind und somit in deren Zuständigkeitsbereich fallen (Hibbeler 2011). Nicht wenige Zuständigkeiten zwischen Ärzteschaft und Pflege sind somit im

Krankenhaussetting informell geregelt, durch den häufigen Personalwechsel im ärztlichen Bereich aufgrund natürlicher Rotationen der TurnusärztInnen bedarf dies ständig neuer Aushandlungsprozessen (Daahlgard 2010).

Ein weiterer, oft rezipierter potentieller Konfliktherd unter vielen betrifft die Visiten und hier vor allem den Zeitpunkt der **Visiten** (ua. Wolff 1999, Hibbeler 2011). Visiten im Krankenhaus verlangen eine enge Abstimmung der Pflege mit dem ÄrztInnenteam (Antoni 2010). Die Pflege verfügt in ihren täglichen Abläufen über einen sehr straffen Zeitplan welcher zum Teil auf ineinander verzahnten Handlungsketten beruht. Da durch neue Anordnungen im Zuge der Visite viele weitere Handlungsschritte nötig sind, ist es verständlich, dass Pflegekräfte die Morgenvisiten so rasch wie möglich erledigt haben wollen, damit diese nicht ihre weiteren Abläufe behindern. Durch unterschiedliche Gründe (wie zum Beispiel einem medizinischen Notfall auf einer anderen Station) können ÄrztInnen die Visite nicht immer zum mit der jeweiligen Pflege vereinbarten Termin beginnen, daraufhin folgende pflegerischen Handlungen werden demnach zeitlich nach hinten verschoben, Zeitdruck innerhalb der Pflege sowie potentielle Konflikte mit den ÄrztInnen sind demnach systematisch vorprogrammiert.

Aus Sicht der Ärzteschaft weist die Pflege insgesamt häufig eine zu geringe Flexibilität in der Aufgabenwahrnehmung auf, aus Sicht der Pflegenden wird ihre Arbeit häufig durch einseitige ärztliche Anweisungen unterbrochen und dadurch weniger planbar (Dahlgaard 2010).

Während die Pflegekräfte jedoch primärer Quell für das Wissen über den Zustand der PatientInnen und der Ärzteschaft im Krankenhaus zahlenmäßig auch eindeutig überlegen sind (2013 waren in Österreich in Krankenanstalten 56.085 Personen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege gegenüber 23.562 Ärztinnen und Ärzten beschäftigt) (Quelle: Statistik Austria 2013), liegen sie im Verdienst und auch im gesellschaftlichen Ansehen weit hinter ihren KollegInnen der Ärzteschaft (Hibbeler 2011). Auch dieser Sachverhalt führt nicht selten zu Konflikten innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit. Dieser monetäre wie prestigemäßige Statusunterschied zwischen Ärzteschaft und Pflege ist auch daran bemerkbar, dass ÄrztInnen in Österreich über eine sehr einflussreiche Interessensvertretung verfügen, die Ärztekammer, während Pflegekräfte keine eigene Pflegekammer haben. Initiativen für eine Pflegekammer

gab es jedoch 2009/2010 im Rahmen einer Bürgerinitiative betreffend der Gründung einer Kammer für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe. Forderungen der Pflege diesbezüglich werden in absehbarem Zeitabstand auch in Österreich wieder aktuell werden. So gibt es in Bayern Bestrebungen, eine Pflegekammer ab 2014 zu initiieren (Hibbeler 2011).

Der Statusunterschied zwischen Pflege und Ärzteschaft kann auch anhand der geschichtlichen Entwicklung beider Professionen erleuchtet werden. So blickt die **Ärztenschaft** auf eine lange Geschichte als eigenständige Profession zurück. Die Wiege der modernen Medizin reicht bis ins alte Griechenland, das Fach Medizin wird seit dem Mittelalter an Universitäten gelehrt. Die offizielle, universitäre Medizin war zu Beginn jedoch nur lose mit der Bevölkerung gekoppelt, die in Gilden und Universitäten verankerten Ärzte (es waren dies ausschließlich Männer) hatten eine hauptsächlich aus dem Adel und dem wohlhabenden Bürgertum stammende Klientel. Die Durchschnittsbevölkerung verließ sich weiterhin auf eine Unmenge unterschiedlicher HeilerInnen. Als Profession verfestigte sich die Ärzteschaft erst Ende des 19. Jahrhunderts, als ihre Methoden aufgrund einer fundierten wissenschaftlichen Basis den Methoden der klassischen HeilerInnen weit überlegen wurden (Freidson 1979). Profession kann nach FREIDSON als ein Beruf definiert werden, der „in einem arbeitsteiligen System eine so beherrschende Stellung erlangt hat, dass er bestimmen kann, was als das Wesentliche seiner eigenen Arbeit gelten soll.“ (Freidson 1979:1). Die Medizinische Profession ist nach FREIDSON (1979) mit dem Monopol ausgestattet, festzulegen, was Gesundheit und was Krankheit ist. Mit ansteigendem Bildungsgrad steigerte sich das Ansehen der Ärzteschaft im 20. Jahrhundert und der Arztberuf ist in Österreich noch immer das Arbeitsfeld mit dem höchsten Berufsprestige. Der Ärzteberuf als einer der ersten Professionen überhaupt, ist, wie DAVIES (1996) argumentiert, stark mit männlichen Idealen und Werten verbunden. So wurde in Wien auch erst vor gut 100 Jahren die erste Frau zum Medizinstudium zugelassen. Seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts ist jedoch ein kontinuierlicher Anstieg der Frauen im Ärzteberuf zu beobachten. Nun sind im Turnus bereits zwei Drittel aller TurnusärztInnen Frauen und die Tendenz ist weiter steigend (Mixa 1998). Dass dieser Anstieg der Frauen innerhalb der Ärzteschaft eine nicht unwesentliche Auswirkung auf die interprofessionelle

Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus hat, liegt sehr nahe. (vgl dazu auch Davies 2003).

Die heutige **Gesundheits- und Krankenpflege** hat ihre historische Wurzel in der mittelalterlichen, kirchlichen Pflege. Der Einfluss der Kirche und die Übernahme ihrer Strukturen sind bis heute am Oberinnenprinzip und an der Vermittlung gewisser christlicher Werte sichtbar. Im Mittelalter waren Nonnen und auch Laien in der Pflege in Siechenhäusern und Spitälern tätig. Diese waren nicht selbständig professionell ausgebildet, sondern führten nur fachkundige Anleitungen aus. Neue hygienische Standards, die vor allem durch die Pionierin der modernen Krankenpflege, Florence Nightingale, entwickelt wurden, brauchten neues professionelles Personal, welches u.a. auch in der Lage sein sollte, die Organisation von Feldlazaretten übernehmen zu können. Im 19. Jahrhundert waren diese Krankenschwestern vor allem junge Frauen aus großbürgerlichem Niveau. Sie waren für damalige Verhältnisse gut ausgebildet und hochmotiviert. Die Pflege als Beruf hatte eher familiären und caritativen Charakter und war nicht mit dem für Frauen unziemlichen Ruf eines richtigen Berufs behaftet. Die „Schwesternausbildung“ war zugleich eines der ersten Möglichkeiten, sich als Frau in der damaligen Zeit beruflich und öffentlich zu engagieren, jedoch wurden diese emanzipatorischen Ziele dadurch unterminiert, dass die Krankenschwestern den männlichen Ärzten unterstellt waren und ihnen als Hilfe zur Seite gestellt wurden. Pfllegetätigkeit war damals für Mädchen eine sinnvolle Beschäftigung bis zur Heirat oder wurde als Ersatz für die Mutterrolle angesehen. „Schwestern“ wurden durch das Ordenskleid vor der Öffentlichkeit geschützt und „unter die Haube gebracht“, wenn man die in früheren Zeiten übliche Schwesternhaube bedenkt. Mit der Bezeichnung „Schwester“ wurde eine Pseudonähe zum Patienten/ zur Patientin hergestellt. Anstelle eines angemessenen profanen Lohns wurde der Dienst am Nächsten ideologisch aufgewertet und das Glück, helfen zu können, zum eigentlichen Lohn und als „geistige Mütterlichkeit“ überstilisiert. Die „Schwestern“ wurden durch ihr eigenes gutsituiertes Elternhaus finanziert oder lebten in einem mutterhausähnlich organisierten Pflegeverband. In kaum einem anderen Beruf war die Homologie zwischen Hausfrauenrolle und Berufsrolle ähnlich groß wie bei der Schwester im 19. Jahrhundert. Spitalswärter, die meist aus proletarischem Background kamen, wurden durch die „Schwestern“ immer mehr verdrängt. Die Schwestern hatten den Vorteil, dass sie einerseits viel

weniger bezahlt bekamen, da sie im Gegensatz zu den Wärtern keine Familien zu ernähren hatten, andererseits waren sie auch innerhalb der Klassenzugehörigkeit den Ärzten viel näher, da sie meist aus großbürgerlichen Familien kamen. Außerdem waren sie trotz ihrer für damalige Verhältnisse guten Ausbildung bereit, sich den Ärzten unterzuordnen. (Bock-Rosenthal 1999)

Nur allzu verständlich ist es daher, dass die moderne Pflege sich vom historischen Modell der Krankenpflege als „weibliche, unterbezahlte und unbezahlbare Liebestätigkeit“ (Bock-Rosenthal 1999) lösen will und ab Ende des 20. Jahrhunderts deutliche Professionalisierungstendenzen in der Pflege zu verzeichnen sind, die mit der Entwicklung des Pflegegesetzes und einer zunehmenden Anbindung an den Universitäten einhergehen. Im Vergleich zu anderen traditionellen Professionen weist die Pflege jedoch verspätete Professionalisierungstendenzen auf (Bock Rosenthal 1999). Auch innerhalb der Pflege werden, ähnlich wie bei der Ärzteschaft, die Gendergrenzen aufgeweicht, und es finden sich nun vor allem auch in prestigereicheren Pflegegebieten männliche Pfleger. Trotzdem gehören Männer in der Pflege mit ihren ungefähr 10 Prozent Anteil an allen diplomierten Pflegekräften noch immer zu einer Minderheit (STATISTIK Austria 2013)

Die **Organisation Krankenhaus**, in die die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzteschaft eingebettet ist, weist spezifische, für die Beschäftigten nicht unwesentliche Systemspezifika auf. Das Krankenhaus als Organisation ist eine Expertenorganisation, Mintzberg nennt sie Profibürokratie (Mintzberg 1992). Profibürokratien, wie es unter anderem auch die Universitäten sind, zeichnen sich nach MINTZBERG (1992) durch die Wichtigkeit des betrieblichen Kernes aus, dank dessen qualifizierten MitarbeiterInnen, den ExpertInnen, der Erfolg der Organisation ausgemacht wird. In Profibürokratien gibt es einen sehr gut ausgebauten Hilfsstab, da es sich in Anbetracht der hohen Kosten, die die professionellen MitarbeiterInnen verursachen, als sinnvoll erwiesen hat, ihnen so viel Unterstützung wie möglich zu bieten. Auf die Organisation Krankenhaus umgelegt, bedeutet dies, dass die Ärzteschaft der betriebliche Kern ist, die Pflege jedoch dem Hilfsstab zuzurechnen ist. Gerade in Zeiten der zunehmenden Professionalisierung der Pflege kann diese Sichtweise zukünftig in Frage gestellt werden.

In der Organisation Krankenhaus, als ein Beispiel für eine Profibürokratie, gibt es „**parallele Hierarchien**“. MINTZBERG (1992) versteht darunter, dass es einerseits eine demokratische „bottom up“ Hierarchie für die professionellen MitarbeiterInnen gibt und andererseits eine maschinenbürokratische „top down“ Hierarchie für den Hilfsstab. Diese unterschiedlichen Hierarchielogiken können in Profibürokratien immer wieder zu Konflikten führen und Koordinationsprobleme hervorrufen (Mintzberg 1992: 267f).

Weiters gibt es auf Grund der Demokratie und der Autonomie der ExpertInnen nach MINTZBERG (1992) vier nicht unwesentliche Probleme, mit denen Profibürokratien wie das Krankenhaus zu kämpfen haben. Einerseits spricht MINTZBERG von einem **Koordinationsproblem**, das einerseits die Koordination der Arbeit mit dem Hilfsstab betrifft und sich andererseits aber auch auf die Koordination der Arbeit innerhalb der ExpertInnen bezieht. Koordination der ExpertInnen kann auf Grund deren Macht nur schwer durch persönliche Weisung, Abstimmung und Einflussnahme von AdministratorInnen erreicht werden. Die Koordination der Arbeit der ExpertInnen erfolgt demnach auf Grund von Standardisierung von Qualifikationen in Form langwieriger, professioneller Ausbildungen an Universitäten. Obwohl Kenntnisse und Qualität standardisiert sind, gibt es noch immer einen erheblichen Raum für Ermessensfreiheit für die ExpertInnen und somit kann die fachliche Ausbildung bestenfalls als weicher Koordinationsmechanismus betrachtet werden. Zusätzlich weisen Profibürokratien demnach auch ein **Ermessensproblem** auf, weil alle Entscheidungen im Ermessen einzelner professioneller MitarbeiterInnen liegen und im Falle inkompetenter MitarbeiterInnen nicht ohne weiteres in die Belange dieser eingegriffen werden kann. Weiters kennzeichnen sich Profibürokratien durch ein **Innovationsproblem** aus, da sie zwar gut geeignet sind, Standardprodukte zu erzeugen, aber neue innovative Lösungen oft mit alten Kategorien und Standardprogrammen behandelt werden. Die Lösung dieser Koordinations-, Ermessens- und Innovationsprobleme sehen Zuständige meist darin, die externe Kontrolle über die professionellen MitarbeiterInnen und deren Berufsstand zu erhöhen. Dies führt nach MINTZBERG (1992) jedoch zu **dysfunktionalen Reaktionen**, indem sie in den meisten Fällen keine Kontrolle über die professionelle Arbeit ermöglichen, sondern ExpertInnen eher frustrieren und behindern. Der in der Organisation Krankenhaus ständig zunehmende

Dokumentationsaufwand kann als eine dysfunktionale Reaktion von Kontrolle betrachtet werden und wird von Ärzteschaft und Pflege im Feld gleichermaßen zwar rechtlich notwendig aber außerordentlich frustrierend gesehen.

Zusätzlich zu diesen von MINTZERBG genannten Problemen, weisen Krankenhäuser als Expertenorganisationen nach GROSSMANN et.al. (1997) weitere Besonderheiten auf. So identifizieren sich ExpertInnen weniger mit der Organisation als mit ihrer eigenen Profession. Man sieht sich als ExpertIn in einer Organisation eher als VertreterIn eines bestimmten Faches (z.B. Interne) als als VertreterIn der Gesamtorganisation (z.B. der Krankenhausbelegschaft). Dieses **mangelnde Interesse für die Organisation** führt dazu, dass es von den ExpertInnen wenig Engagement für die Interessen der Organisation als Gesamtes gibt. Auch scheint es in Expertenorganisationen einen **Widerspruch zwischen dem Fachsystem der Profession und dem sozialen System der Organisation** zu geben. Während im Fachsystem ständig neue Innovationen stattfinden, ist das soziale System der Gesamtorganisation träge. Die Karriereelogik der ExpertInnen folgt dem Wissen, dass Aufstiegschancen von ExpertInnen durch internationale Reputationen, Forschung und Weiterentwicklung der Fachexpertise erlangt werden. Gute Management-, Organisations- und Koordinationsleistungen werden von der Gesamtorganisation weder in finanzieller Weise noch in Hinblick auf einen verbesserten Status innerhalb der Organisation gewürdigt. Es liegt daher nahe, dass ein Engagement in diesem Bereich den ExpertInnen und deren Karriereplanung keinen oder nur einen geringen persönlichen Nutzen bringt. Die fachliche Reputation, die ExpertInnen zu ihrem Karriereaufstieg benötigen, kann am ehesten durch den Aufbau eines eigenständigen Spezialgebietes mit eigenständigen Methoden und Inhalten erreicht werden, um somit ausgewiesene/r Expertin/e eines neuen Feldes zu werden. Expertenorganisationen weisen daher ein typisches **Managementdefizit** auf. (Grossmann et.al. 1997: 26-27).

PELIKAN/KRAJIC (1993) nennen weitere Besonderheiten der Organisation Krankenhaus, die potentiell zu Konflikten führen können. So ist die Organisation Krankenhaus gekennzeichnet von einer **Multifunktionalität**. Die meisten Krankenhäuser vereinigen zumindest drei sehr unterschiedliche Betätigungsfelder wie Krankenbehandlung, die klinische Forschung mitsamt der Ausbildung von (Fach)Ärzten und die Krankenpflegedienste und andere paramedizinische

Berufsgruppen. Diese Felder folgen unterschiedlichen Logiken und Kulturen, bei deren Überschneidungspunkten es zu Konflikten kommen kann. Die Dienstleistungen, die im Setting Krankenhaus erbracht werden, werden an PatientInnen erbracht, die nicht einfach als „Werkstück“ zu behandeln sind, sondern als InteraktionspartnerInnen zu akzeptieren sind und sind somit **personenbezogene Dienstleistungen**. Anders als bei anderen Dienstleistungen, bei der der/die potentielle KlientIn aber unterschiedliche Angebote im Vorfeld prüfen und abwägen kann, ist dies im Krankenhaus meist nicht der Fall, weil PatientInnen außer bei freiwilligen plastischen Eingriffen meist nicht die Zeit haben, das beste Angebot am Markt ausfindig zu machen. Die Qualität der Leistung wird für die PatientInnen erst im Nachhinein überprüfbar, wenn die Operation zum Beispiel schon durchgeführt ist. Das Krankenhaus ist eine Organisation, die sowohl die ausgefeilteste Anwendung von medizinischer Technik wie auch die intimsten menschlichsten Probleme und Übergangsphasen wie Geburt und Tod vereint. Diese Kombination von technischem und menschlichem Aufwand, also von **High Tech und High Touch**, kann immer wieder zu Konflikten führen. Wie kaum eine andere Organisation steht das Krankenhaus vor der Schwierigkeit, jährlich jeden Tag rund um die Uhr im **Dauerbetrieb** funktionieren zu müssen. Dies stellt vor allem für das Personal eine beträchtliche Belastung dar. Weiters kann es zu Problemen kommen, wenn öffentliche Krankenhäuser als Teil der öffentlichen Verwaltung einerseits bürokratischen Regeln folgen sollen und andererseits auf Grund von Kostenersparnis betriebswirtschaftlichen Anforderungen gerecht werden müssen. Die bürokratischen Regeln sind jedoch von denen, die in einem betriebswirtschaftlichen Betrieb gelten, verschieden und daher können diese unterschiedlichen Rationalitäten zu Konflikten führen (Pelikan/ Krajic 1993: 86-87).

Wie man sieht, gibt es kaum eine Organisation, die mit so vielen Widersprüchen und mit so vielen potentiellen Konfliktfeldern leben muss. Zusätzlich dazu ist die Arbeitssituation von Ärzteschaft und Pflege in öffentlichen Krankenanstalten insgesamt sehr stark von **Rahmenbedingungen der Politik** abhängig und ist seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts von tiefgreifenden Veränderungen im Gesundheitswesen geprägt, die man unter den Schlagwörtern steigender Kostendruck, Öffnung des Marktes und Zunahme des Wettbewerbs unter den Krankenhäusern, eine Entwicklung, die zu Personal- und Bettenabbau,

Stationszusammenlegungen und weiteren Maßnahmen zur Kostensenkung führt (Papouschek 2011: 1).

Dabei sind diese **nationalen politischen Rahmenbedingungen zunehmend** auch von der Politik der **Europäischen Union abhängig**, indem zum Beispiel die Maastricht Kriterien der Wirtschafts- und Währungsunion den einzelnen Nationalstaaten immer geringeren Spielraum in ihren öffentlichen Ausgaben - und somit auch im Gesundheitswesen – erlauben und die Aufforderung an die Mitgliedsstaaten erteilt wurde, Gesundheitssysteme zu konsolidieren (Papouschek 2011). Da alle europäischen Länder, Österreich mit eingeschlossen, Schwierigkeiten hatten, die ständig steigenden Gesundheitskosten zu finanzieren, wurde das wichtigste Schlagwort der Veränderung im Gesundheitswesen die **Kostendämmung**. Die Bedeutung von Kostendämmung in den Krankenhäusern wird noch klarer, wenn man bedenkt, dass Krankenhäuser als der „kostspieligste Bereich im Gesundheitswesen“ gelten. (Papouschek 2011: 16). In Österreich lassen sich nach dem Typus der EigentümerInnenstruktur drei Typen von Spitälern unterscheiden: 1) öffentliche Krankenhäuser, deren EigentümerInnen Gemeinden, Länder oder Sozialversicherungen sind - sie machen 2009 57,3 % aller Krankenanstalten aus. 2) Private, gemeinnützige Krankenanstalten, die nicht auf Gewinn ausgerichtet sind und deren EigentümerInnen überwiegend Orden und gemeinnützige Vereine sind - sie machen 2009 18,8% aller österreichischen Krankenanstalten aus. 3) Private, gewinnorientierte Krankenanstalten, deren EigentümerInnen Privatpersonen, AGs oder GmbHs sind und 2009 22,9% aller Krankenanstalten ausmachen (Papouschek 2011: 13). Bei vorliegender Fallstudie handelt es sich um ein öffentliches Landeskrankenhaus. Für die Finanzierung dieses Krankenhauses gilt ein Mischsystem, bei dem etwa die Hälfte der Kosten über Steuermittel finanziert wird, aber auch Länder, Gemeinden, Sozialversicherungen, Privatversicherungen und PatientInnen sind an der Spitalsfinanzierung beteiligt (Papouschek 2011:17).

In **Österreich sind die Maßnahmen zur Kostenreduktion im Krankenhaussektor** primär definiert durch die **Reduktion von Krankenhausbetten**, die **Verkürzung der Aufenthaltsdauer der PatientInnen**, **Zentralisierung**, indem kleinere Spitäler in größere zusammengefasst werden, und der **Beteiligung von privatem Kapital**. (Papouschek 2011: 21).

Kostenbewusstsein, Qualitätskontrolle sowie Kunden- und Mitarbeiterorientierung werden von den finanziellen Trägern verlangt, da die öffentliche Hand nicht mehr fähig ist, die explodierenden Kosten zu tragen (Grossmann et.al 1997: 24).

Um diesen Reformdruck und das tatsächliche Ausmaß an Einsparungen sichtbar zu machen, kann man sich exemplarisch die Einsparungen der letzten 25 Jahre am Krankenhaussektor in Österreich an Hand von Daten der Statistik Austria ansehen.

Wenn man sich die Entwicklung der Krankenhauszahlen, Krankenhausbetten und die durchschnittliche Aufenthaltszeit von stationär aufgenommenen PatientInnen im Zeitraum 1985-2009 (Daten Statistik Austria 2010) ansieht, wird dieser immense Reformdruck von Krankenanstalten in Österreich sichtbar. Waren es im Jahre 1985 noch 308 Krankenanstalten österreichweit, so sind es 2009 nur mehr 266. Lag die Anzahl der Betten 1985 noch bei 75 255 so sind es im Jahre 2009 nur mehr 63 855. Gleichzeitig ist die Bevölkerungsanzahl Österreichs in diesem Zeitraum von 7 565 000 auf 8 363 000 gestiegen. Auch die durchschnittliche Anzahl der Tage, die ein/e Patient/in stationär in Akutkrankenhäusern ist, hat sich stark verringert. Für 1985 gibt es von der Statistik Austria diesbezüglich keine Daten, aber 1990 waren dies durchschnittliche 7,9 Tage, die ein/e Patient/in stationär aufgenommen wurde, 2009 sind dies im Durchschnitt nur noch 5,5 Tage. Folgende Tabellen veranschaulichen diese Einsparungstendenzen im Krankenhausbereich noch genauer:

Abbildung 1: Reduktion der Anzahl der österreichischen Krankenanstalten im Zeitraum 1985-2009

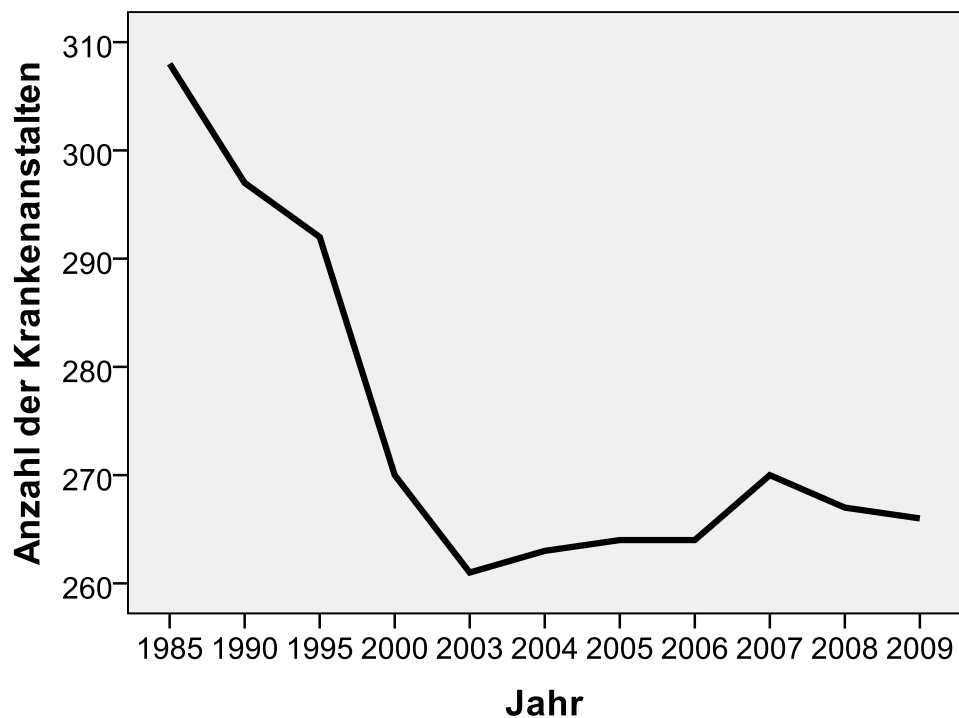


Abbildung 2: Reduktion der Bettenanzahl von österreichischen Krankenhäusern im Zeitraum 1985-2009

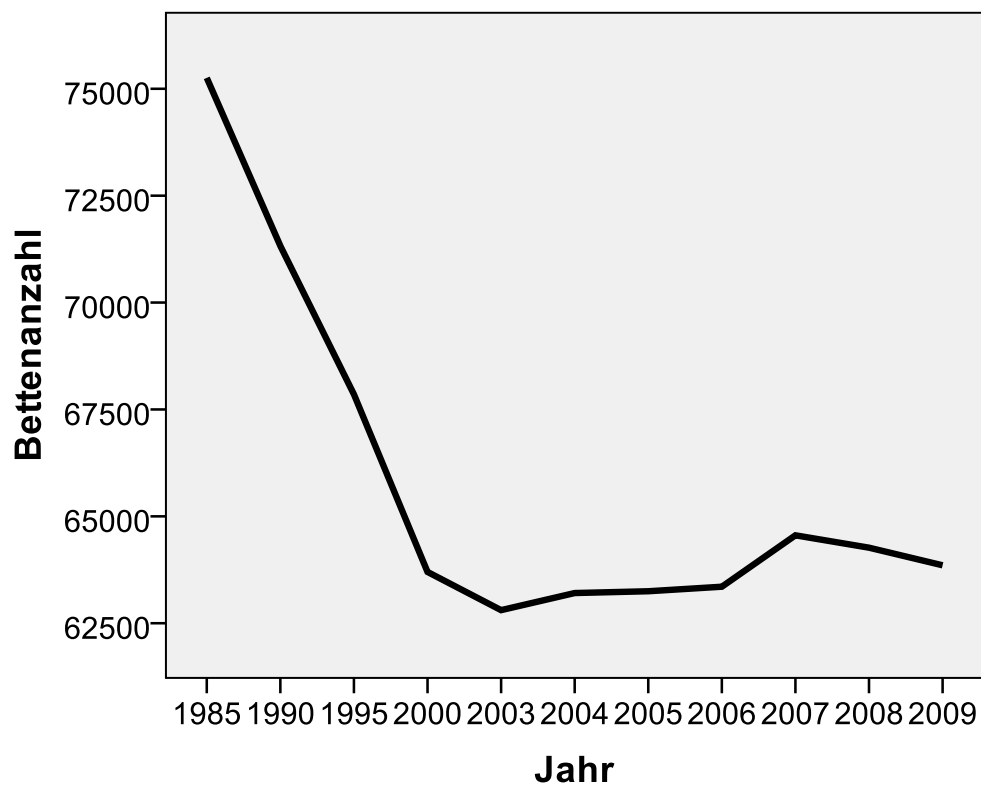
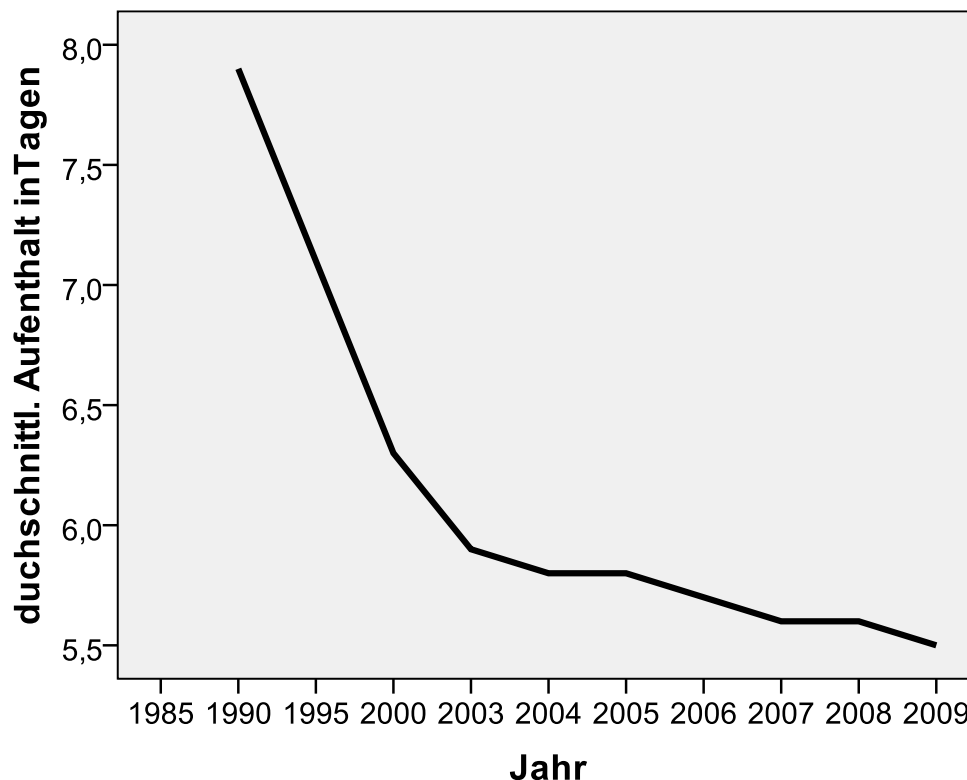


Abbildung 1 und 2 heben die Entwicklung einer Reduktion der Krankenanstalten hervor. Die Bettenanzahl korreliert dabei sehr hoch ($r=0,98$) mit der Anzahl der Krankenanstalten, was darauf hinweist, dass eine Schließung von Krankenanstalten tatsächlich mit einem geringeren Angebot an Krankenhausbetten einhergeht und nicht etwa als Ausgleich Betten in anderen Häusern aufgestockt werden. Sichtbar wird an den vorliegenden Entwicklung, dass ein absoluter Tiefpunkt sowohl der Anzahl der Krankenanstalten wie auch der verfügbaren Krankenhausbetten im Jahre 2003 vorlag. Der extreme Einbruch im Jahre 2003 kann teilweise auf die Herausnahme von Krankenabteilungen in Pflegeheimen aus der Statistik zurückzuführen sein (Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2008: 12). Bis 2007 gab es erneut einen Anstieg von Anstalten und Betten, seit 2007 jedoch gab es eine kontinuierliche Reduktion von Krankenanstalten und Betten.

Abbildung 3: Reduktion der durchschnittlichen stationären Aufenthaltsdauer in österreichischen Krankenhäusern im Zeitraum 1998-2009



Wie Abbildung 3 zeigt, gibt es seit 1985 eine kontinuierliche Reduktion der durchschnittlichen stationären Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern. Einsparungen sind somit nicht nur durch Schließung von Krankenanstalten und damit einhergehender Bettenreduktion geschehen, sondern auch mit Hilfe einer schnelleren Entlassung der PatientInnen, die stationär aufgenommen wurden. Wenn man bedenkt, dass innerhalb der letzten 25 Jahre die österreichische Bevölkerung ein stetes Wachstum erfahren hat, so wird die Bedeutung der im selben Zeitraum stattgefundenen Krankenhausschließungen und Bettenkürzungen nochmals größer. Dementsprechend lag der durchschnittliche Krankenhausbettenanteil pro 1.000 Einwohner im Jahre 1985 noch bei 9,95 Betten, im Jahre 2009 waren es pro 1.000 Einwohner nur mehr 7,64 Betten. (Eigene Berechnungen auf Grund Daten der Statistik Austria 2010)

Auf Grund dieser Daten wird ganz eindeutig sichtbar, dass es in Österreich in den letzten Jahrzehnten massive Einsparungen im Krankenhaussektor gegeben hat, die den Schluss nahelegen, dass sich die Arbeitsbedingungen im Setting Krankenhaus für die dort beschäftigten ÄrztInnen und das Pflegepersonal verschlechtert haben bzw. die Arbeitsbelastung zugenommen hat. In einer aktuellen FORBA Studie geht PAPOUSCHEK (2011) den Umstrukturierungen im Krankenhaus und deren Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen in Österreich nach. Dabei legt PAPOUSCHEK den Schluss nahe, dass es innerhalb der Krankenhauslandschaft eine Fragmentierung und Zunahme von Ungleichheiten im Einkommen gibt. Auch werden großteils Überstunden limitiert, eine Strategie die bei meist zusätzlicher Personalreduktion zu einer enormen **Arbeitsverdichtung** der Beschäftigten führt. Die körperlichen, psychischen und sozialen **Belastungen in der Pflege**, bei gleichzeitiger geringer gesellschaftlicher Anerkennung, werden als immer belastender erlebt. In diesem Zusammenhang ist auch immer wieder die Rede von einem **Pflegenotstand** in Österreich. Unter diesem Begriff werden unterschiedliche Problemfelder in der Pflege angesprochen, einerseits der Mangel an offenen Planstellen beziehungsweise die zunehmende Schwierigkeit, freie Planstellen mit angemessen qualifizierten Pflegekräften besetzen zu können. Andererseits ist unter Pflegenotstand auch die Arbeitsbelastung der im Krankenhaus beschäftigten Pflegekräfte und die Not der von ihnen betreuten PatientInnen gemeint (Feuerstein/ Badura 1991: 53). Aber auch die Ärzteschaft ist im Krankenhaussetting zunehmend durch den ständig wachsenden Anteil an

Dokumentations- und Organisationsarbeit belastet. (Papouschek 2011: 76-84). Eine von der AK Wien, der AK Niederösterreich und der NÖ Ärztekammer in Auftrag gegebene SFS Studie zur Untersuchung der Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen unterlegt dabei auch statistisch die zunehmende Mehrbelastung für ÄrztInnen. So besagt diese Studie, „dass 82% der niederösterreichischen Spitalsärzte regelmäßig länger als ihr Dienstvertrag vorsieht arbeitet, weil die Versorgung in ihrem Spital sonst zusammenbrechen würde, wobei ein gutes Drittel dieser Arbeitszeiten nicht auf ärztliche Tätigkeiten, sondern auf Bürokratie entfällt. 21,2% müssen zur Aufrechterhaltung des Betriebs sogar unbezahlte Mehrarbeit leisten. 6,7% aller niederösterreichischen **SpitalsärztInnen** weisen eine fortgeschrittene **Burnoutsymptomatik** auf, 31,4% der angestellten ÄrztInnen sind emotional erschöpft. Rund die Hälfte der in Niederösterreich tätigen TurnusärztInnen gibt der Qualität ihrer Ausbildung nur die Note genügend oder nicht genügend. Das scheint logisch, denn fast 80% der Fach- und StationsärztInnen haben nicht oder eher nicht genügend Zeit, um ihre Funktion als AusbilderInnen ausfüllen zu können.“ (Brunner et. al. 2011: 11)

Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus als zentrales Forschungsinteresse der vorliegenden Fallstudie ist somit in einem **vielschichtigen Kontext vieler potentieller Konfliktfelder**, wie unterschiedlichen Professionstraditionen, Organisationsbesonderheiten, politischen Einflussnahmen mit umfassenden Einsparungsmaßnahmen und deren Konsequenzen, angesiedelt. Um Gesundheitsberufe weiterhin attraktiv zu gestalten bzw. mit geeigneten KandidatInnen nachbesetzen zu können, wird es in Zukunft im Lichte der stetig steigenden Arbeitsbelastungen immer wichtiger werden, die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus für die Beschäftigten zu verbessern. Eine gut funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege kann dabei ein Pfeiler zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus darstellen. Es ist im Sinne einer zunehmenden PatientInnenorientierung, interprofessionelle Zusammenarbeit im Krankenhaus und deren mögliche Verbesserung zu erforschen. Empirische Studien belegen bereits die negativen Auswirkung einer

schlechten Arbeitsbeziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege auf PatientInnen (Mackay 1993 zit. nach Sweet, Norman 1995: 170).

Um Veränderungen bzw. Verbesserungen innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus anzudenken, bedarf es zuerst jedoch einer akribischen Beschreibung des Ist-Zustandes. Wenn man hier eine medizinische Metapher anwenden will: erst nach der Diagnose kann man eine Therapie vorschlagen.

Für diese akribische Beschreibung des Ist-Zustandes wird in dieser Arbeit eine auf Crozier/Friedberg (1993) basierende, jedoch adaptierte **Spielmetapher** verwendet. Der Vorteil der Spielmetapher liegt vor allem darin, dass sie eine Verbindung von System- und Akteurstheorie zur soziologischen Analyse von Organisationen ermöglicht, indem mit der Spielterminologie die Beschreibung von gleichzeitigem Zwang und Freiheit der Akteure und Akteurinnen in Systemen vereint wird. Für die interprofessionelle Zusammenarbeit von Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus bedeutet dies, dass hier, ausgehend von bestimmten, immer wiederkehrenden Problembereichen, zuerst Kontextbedingungen als formale und informelle Spielregeln beschrieben werden und anhand konkreter Spielzüge Strategien von ÄrztInnen und Krankenschwestern/Pflegern ausgemacht werden, die in einem anschließenden Schritt dann verallgemeinert werden. Zwei dieser immer wiederkehrenden interprofessionellen Konfliktbereiche sind einerseits die Zusammenarbeit von jungen, noch unerfahrenen TurnusärztInnen im Ambulanzdienst mit erfahrenen Krankenschwestern/Pflegern und andererseits die Medikamentenvergabe im Nachtdienst. Beiden Bereichen ist gemein, dass hier die interprofessionelle Zusammenarbeit formal unzureichend geregelt ist bzw. mit den tatsächlichen Anforderungen in der Praxis nicht vereinbar ist und somit potentiell konfliktgeladen ist. Auch Ergebnisse des Modellprojekts „interprofessionelle Kommunikationen im Krankenhaus“, das in Deutschland von der Bundesärztekammer und dem deutschen Pflegerat initiiert worden ist, kommt zum Schluss, dass in jenen Bereichen, in denen Zuständigkeiten zwischen Ärzteschaft und Pflege nicht klar definiert sind, vermehrt Konflikte auftreten (Lechner et.al. 2002). Crozier/Friedberg (1993) würden diesbezüglich wahrscheinlich argumentieren, dass in diesen beiden

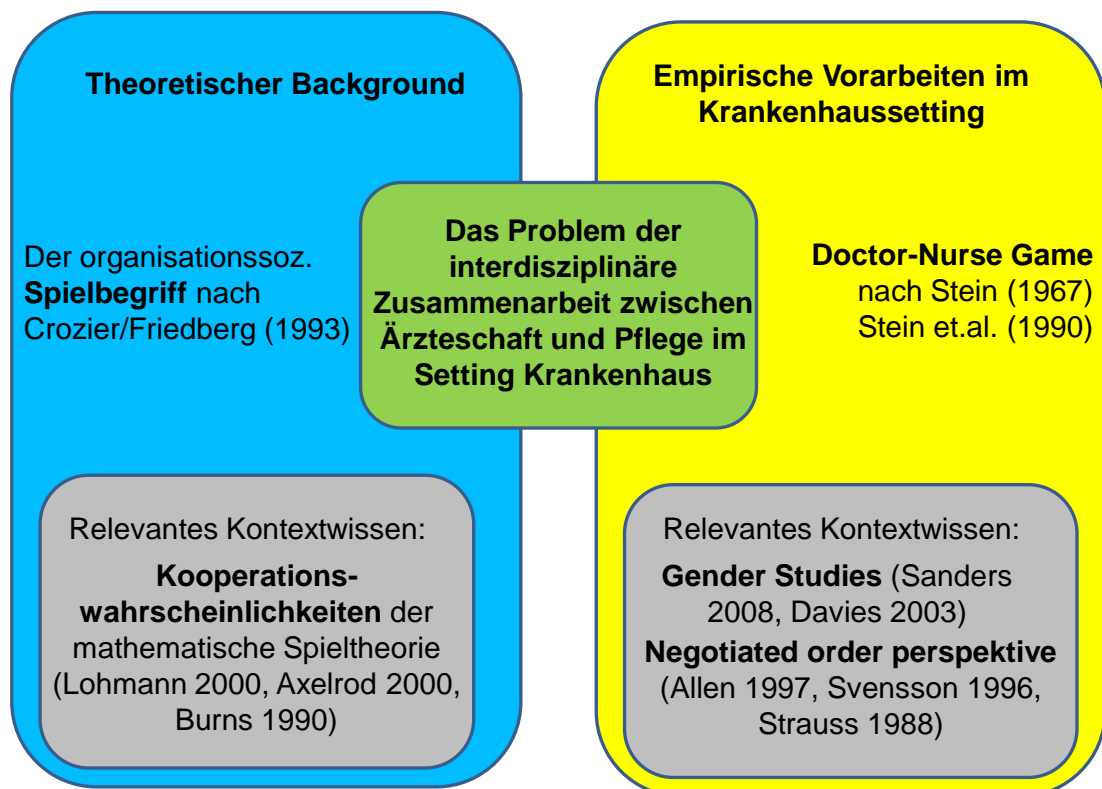
Bereichen der interprofessionellen Zusammenarbeit genügend Ungewissheit vorhanden ist, um Nährboden zum Entstehen von Spielen in Organisationen zu bieten. In diesen Ungewissheitszonen kommt die Macht der Akteure und Akteurinnen im System zum Tragen.

Von der vorliegenden Art der Anwendung der Spielmetapher wird ein tieferes, komplexeres Verständnis von immer wieder kehrenden Problembereichen in der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus erhofft. Auch wird mit dieser empirischen Studie versucht, einen Beitrag zur Bekämpfung der „unbefriedigenden Datenlage bezüglich empirischer Untersuchungen über die Konflikte zwischen ÄrztInnen und Pflegekräften“ (Hibbeler 2011) zu leisten.

3. Relevante theoretische und empirische Vorarbeiten für ein besseres Verständnis der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus

Im folgenden Kapitel sollen ausgewählte empirische und theoretische Vorarbeiten für ein besseres Verständnis der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus vorgestellt werden. Folgende Skizze veranschaulicht dabei die in diesem Kapitel vorgestellten Beiträge:

Abbildung 4: Relevante theoretische und empirische Vorarbeiten zur Untersuchung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus



Kapitel 3.1. beschäftigt sich mit der prominentesten und meist rezipiertesten Arbeit, die sich dem Problem der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Krankenhaussetting stellt: STEIN (1967) und das von ihm formulierte

DOCTOR-NURSE-GAME. Es wird sich kaum eine wissenschaftliche Arbeit zu diesem Forschungsfeld finden, die nicht auf STEIN (1967) bzw. STEIN et.al (1990) bezug nimmt und das von **STEIN formulierte Doctor-Nurse-Game** aufgreift, diskutiert und gegebenenfalls als obsolet erklärt. Stein, ein us-amerikanischer Arzt in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts, versteht unter dem Begriff des Doctor-Nurse-Games, dass es der Pflege im Setting Krankenhaus nicht möglich ist, den ÄrztInnen Behandlungsvorschläge für PatientInnen direkt vorzutragen, sondern dass sie diese nur auf passiv wirkende Art und Weise geben kann. Diese indirekte Vorgehensweise, deren Hauptziel es ist, die ÄrztInnen vor den PatientInnen nicht in Frage zu stellen, muss sowohl von Seiten der Pflege wie von der Ärzteschaft im Rahmen ihrer Berufssozialisation erlernt werden. **STEIN, WATTS und HOWELL (1990)** adaptierten dieses „Spiel“ aufgrund gravierender Kontextänderungen im Setting Krankenhaus später und räumen nun der Pflege einen viel offeneren, aktiveren Part bei der Interaktion mit ÄrztInnen ein und meinen vor allem, dass die Pflege beim alten, indirekt-manipulativen Doctor-Nurse- Game nicht mehr mitspielt.

Kapitel 3.2. versucht diesen etwas naiven, weil jeglicher theoretischer Einbettung entbehrenden, Spielbegriff von Stein für die soziologische Auseinandersetzung fruchtbar zu machen. Ausgehend von der Stein'schen Idee, das Problem der Zusammenarbeit der beiden unterschiedlichen Berufsgruppen Pflege und Ärzteschaft im Setting Krankenhaus mithilfe der **Metapher des Spieles** zu betrachten, wird in diesem Kapitel die Arbeit der beiden Organisationssoziologen Michel **Crozier** und Erhard **Friedberg (1993)** vorgestellt, die bei ihren Analysen von Organisationen im qualitativen Forschungskontext auch auf eine **Spielmetapher** zurückgreifen. Anders als Stein (1967) sehen sie jedoch im Spielbegriff eine große Chance für die soziologische Theorieentwicklung. Crozier und Friedberg erkennen im theoretischen Konzept des Spiels eine Möglichkeit, sowohl dem System als auch den AkteurlInnen im Feld bei der Analyse von Organisationen gerecht zu werden und sehen somit in der Verwendung des Spielbegriffs zur Analyse von Organisationen eine Synergiemöglichkeit von Akteurs- und Systemtheorie. Kapitel 3.2. streicht den theoretischen Anspruch der Verwendung des Spielbegriffs hervor, skizziert ein prototypisches Vorgehen der Organisationsanalyse nach Crozier/Friedberg (1993) und versucht, dieses für das

Setting Krankenhaus bzw. für den Analyserahmen der vorliegende Fallstudie anzuwenden.

Der Spielbegriff als zentraler Ausgangspunkt des vorliegenden Forschungsvorhabens findet jedoch auch in einer weiteren prominenten Theorie Verwendung. In **Kapitel 3.3.** soll als Exkurs die Verwendung des Spielbegriffs innerhalb der **mathematischen Spieltheorie** beleuchtet werden. Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege kann demnach auch unter dem Aspekt der Wahrscheinlichkeit von **Kooperation** beider Berufsgruppen behandelt werden. In diesem Kapitel werden von der mathematischen Spieltheorie formulierte Bedingungen und Hindernisse für eine gelungene Kooperation rekapituliert. Obwohl die mathematische Spieltheorie als Ausgangspunkt für eine qualitative Forschung im Krankenhaussetting wenig anschlussfähig ist, bietet sie mit ihrer Kenntnis von kooperationssteigernden Ausgangsbedingungen ein wichtiges Kontextwissen für das vorliegende Untersuchungssetting.

Kapitel 3.4. rekapituliert jene Arbeiten, die sich **empirisch** auch mit der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Krankenhaussetting beschäftigten, jedoch zur Analyse derselben **nicht** auf den **Spielbegriff** zurückgriffen. So hat auch die **Genderforschung (3.4.1.)** einen wichtigen Teil zu einem besseren Verständnis der Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Krankenpflegepersonal im Krankenhaus beigetragen. Arbeiten wie die von **SANDERS (2008)** und **DAVIES (2003)** streichen dabei besonders den potentiellen Rollenkonflikt zwischen Geschlechter- und Professionsrolle hervor und betonen die Veränderungen der strukturellen Rahmenbedingungen der interprofessionellen Zusammenarbeit und hier insbesondere den zunehmenden Frauenanteil innerhalb der Ärzteschaft. **SVENSSON (1996)** und **ALLEN (1997)** greifen für ihre Analyse der Interaktion zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus auf das von Anselm Strauss geprägte Konzept der **Negotiated Order Perspektive (3.4.2.)** zurück. Die „Negotiated Order Perspektive“ ist eine theoretische Herangehensweise, die davon ausgeht, dass jegliche soziale Ordnung ausverhandelte Ordnung ist. Die AutorInnen versuchen auszuloten, inwieweit die Perspektive des offenen **Ausverhandelns** (Svensson 1996) oder eher doch die des nichtverhandelten „**boundary blurring**“ (Allen 1997), also des Schwimmens von Professionsgrenzen zwischen den beiden Berufsgruppen,

die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus adäquat beschreibt.

Der Beitrag aller hier vorgestellten theoretischen wie empirischen Vorarbeiten soll am Ende der hier vorliegenden Arbeit anhand der Erfahrungen und Ergebnisse der Fallstudie in Kapitel 6 diskutiert werden.

3.1. Das „Doctor- Nurse Game“ nach STEIN

Der Begriff des **Doctor–Nurse Games** wurde vom US-amerikanischen Psychiater Leonard STEIN (1967) in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts geprägt. Mit Hilfe des Spielbegriffes als Metapher kann man eine Vorstellung davon bekommen, wie zwei unterschiedliche Professionen in ihrer tagtäglichen Praxis miteinander interagieren. Unter dem doctor-nurse game ist vereinfacht zu verstehen, dass in Entscheidungsprozessen bezüglich der Behandlung von PatientInnen die Krankenschwester (damals eine fast rein weibliche Profession) subtil Vorschläge einbringt, ohne dass deutlich wird, dass sie etwas vorschlägt. Der Arzt (damals eine fast rein männliche Profession) kann diese Vorschläge aufnehmen ohne dass die Krankenschwester als aktiver Part im Entscheidungsprozess offenkundig wird und seine Position damit ins Wanken geraten würde. STEIN (1967) formulierte diese Metapher anekdotisch an Hand seiner eigenen Erfahrungen als Arzt und nicht aufgrund einer empirischen Erhebung. SWEET und NORMAN (1995) schlagen nun vor, dass die Tatsache, dass Steins Beschreibung des Doctor–Nurse Games weitgehend von Ärzteschaft und Pflege akzeptiert und vielfach rezipiert wird, als ein Validitätskriterium dieser theoretischen Annahme betrachtet werden kann (Sweet, Norman 1995: 167).

Der Kontext der Entstehung der Stein'schen Spielmetapher für die Beschreibung der Beziehung der beiden Professionen Ärzteschaft und Pflege ist dabei folgender:

Der Begriff Doctor–Nurse Game entstand zu einer Zeit, innerhalb der die Grenzen zwischen Ärzteschaft und Pflege sowohl professionell wie auch entlang der

Gendergrenze eindeutig abgesteckt waren. Das Verhältnis damals war ein eindeutig hierarchisches, bei denen die Ärzte den Krankenschwestern überlegen waren. Ärzte waren fast ausschließlich Männer, die Pflege bestand aus weiblichen Krankenschwestern, die Professionsgrenzen waren klar und auch noch unhinterfragt.

Wollte eine Krankenschwester in diesem Kontext Vorschläge oder ihre Vorstellungen für die Behandlung der PatientInnen einbringen, musste sie innerhalb der vorherrschenden Hierarchie, in der sie ganz klar den Ärzten untergeordnet war, handeln und daher innerhalb ihrer Initiativen passiv erscheinen. Der Begriff Doctor–Nurse Game umschreibt das Phänomen, wie es Krankenschwestern erreichten, ihre Vorschläge durchzubringen und es trotzdem so aussehen zu lassen, als ob ihre Vorschläge von den Ärzten initiiert worden wären. Stein charakterisiert das **Doctor- Nurse Game** folgendermaßen:

„In short, nurses were to make recommendations, but their recommendations had to appear to be initiated by the physician“ (Stein 1990: 546)

Die Krankenschwestern im us-amerikanischen 60er Jahre Kontext vermieden nach STEIN offene Meinungsverschiedenheiten mit aller Kraft. Wenn dieses Doctor–Nurse Game von beiden Seiten erfolgreich gespielt wurde, wurden beide Spieler belohnt. Die Ärzte konnten die Krankenschwestern als wertvolle Beraterinnen gewinnen und nach STEIN (1967) profitierten die Krankenschwestern durch eine Verbesserung des Selbstwerts und einer damit einhergehenden höheren Arbeitszufriedenheit. Wenn das Spiel aber von einem Spieler/ einer Spielerin nicht erfolgreich gespielt wurde, waren die Strafen zum Teil sehr schwer. Ärzte, die die subtilen Hinweise der Krankenschwestern nicht verstanden, wurden als „Trottel“ (Stein 1967) bezeichnet, und jenen, die sich strikt gegen Vorschläge der Krankenschwestern wehrten, wurden von Seiten der Pflege Steine in den Weg gelegt. Aber auch Krankenschwestern, die die Spielregeln nicht beherrschten, hatten es schwer. Wenn sie in ihren Ratschlägen zu direkt und offen waren, also nicht den Spielregeln des Doctor-Nurse- Games gehorchten, wurden auch sie sanktioniert. Im schlimmsten Fall wurden sie entlassen, ansonsten wurden sie laut STEIN (1967) immer wieder darauf hingewiesen, dass man sie nicht schätzte.

Diese Spielregeln des Doctor–Nurse Games lernten Krankenschwestern schon während ihrer Ausbildung, im Gegensatz zu den (damals vornehmlich männlichen) Ärzten, die das Spiel erst nach ihrer Ausbildung in den Krankenhäusern erlernten. Krankenschwesternschulen waren zumeist sehr strenge und disziplinierte Institutionen, bei denen dem angehenden Krankenpflegepersonal die Untertänigkeit bereits eingepflegt wurde und ihnen so bereits schon vor Beginn ihrer Berufstätigkeit vermittelt wurde, dass, dem Arzt gegenüber Vorschläge zu machen, einer Beleidigung gleichkäme. Gleichzeitig waren sie aber den PatientInnen gegenüber verpflichtet, jene Vorschläge einzubringen, die dem Wohle der PatientInnen dienlich waren. Dies brachte Krankenschwestern in die schwierige Position, Vorschläge, wenn sie ihrem Empfinden nach für PatientInnen wichtig waren, nicht direkt kommunizieren zu dürfen, sie aber gleichzeitig auf irgendeine Art kommunizieren zu müssen. Eine mögliche Strategie der passiv wirkenden Initiativen von Pflegeseite kann dabei das subtile Einsagen sein oder das Vorbereiten von Behandlungen, damit der Arzt weiß, in welche Richtung er mit der Behandlung weitermachen kann (Stein 1990: 546). HUGHES (1988) nennt als Beispiel für eine Vorbereitung der Behandlung als subtile Hilfe der Pflegekräfte die Bereitstellung vom Equipment für das Magenauspumpen bei PatientInnen, von denen das Krankenpflegepersonal annimmt, dass sie eine Alkoholvergiftung haben, noch vor Eintritt eines Arztes/einer Ärztin im Behandlungszimmer.

Als STEIN, WATTS und HOWELL (1990) dieses Doctor-Nurse-Game gut zwanzig Jahre später überarbeiteten, fanden sie veränderte Ausgangsbedingungen für das Zusammenarbeiten zwischen Ärzteschaft und Pflege im Krankenhaus vor. Der Kontext des überarbeiteten Doctor-Nurse Games ist folgender:

Das Ansehen der Ärzteschaft ist in den USA aus unterschiedlichen Gründen geschrumpft, ihre Omnipotenz wird in Frage gestellt. Sieht man sich die von der amerikanischen Firma „Harris Interactive“ seit dem Jahre 1977 durchgeführte „Harris Poll“ an, eine Erhebung, die im Rahmen von telefonischen Umfragen die Einschätzung eines Samples der erwachsenen, amerikanischen Bevölkerung über das Berufsprestige von 22 Berufen vornimmt, wird das sinkende Ansehen der Ärzteschaft sichtbar. Gegenüber 1977, als noch 61 % der Befragten angaben, der Ärzteberuf hätte „very great prestige“, waren es 2005 nur noch 54% der Befragten, die den ÄrztInnen ein sehr großes Berufsprestige zugestanden (Harris Interactive

2013). Der Anteil der MigrantInnen an der Ärzteschaft liegt im Jahre 2007 bei den AllgemeinmedizinerInnen schon bei rund 30% (Migration Information Source 2013). Ein Spiel wie das Doctor-Nurse Game, das auf das Konzept der Omnipotenz der ÄrztInnen aufbaut, wirkt daher nach Meinung von STEIN, WATTS und HOWELL (1990) künstlich.

Weitere Änderungen der kontextualen Bedingungen sind nach STEIN, WATTS und HOWELL (1990), dass die Gendergrenzen mit den Professionsgrenzen im Jahr 1990 gegenüber den 60er Jahren nicht mehr gleichzusetzen sind. Es gibt nun deutlich mehr Frauen im Ärzteberuf und mehr Männer im Pflegeberuf: Die stereotype Berufsrolle der männlichen Dominanz gegenüber der weiblichen Unterordnung, wie sie früher zwischen männlichen Ärzten und weiblichen Schwestern üblich war, ist dadurch in Frage zu stellen.

Durch Personalmangel, der aufgrund schlechter Bezahlung bei gleichzeitig anstrengender Tätigkeit in der Pflege virulent wurde, ist die Bedeutung des Wertes der Pflege laut STEIN, WATTS und HOWELL (1990) in den USA stark gestiegen.

Auch dieser konstatierte Prestigeanstieg der Berufsgruppe der „nurses“ wird anhand der Harris Poll deutlich. Für die Pflege liegen in der USA dazu erst Daten ab dem Jahr 2003 vor, doch zwischen 2003 und 2005 stieg der Anteil jener, die die Pflege als Berufsgruppe mit „very great prestige“ ansahen, von 41% auf 50% und liegt nun nur mehr knapp unter dem Anteil derjenigen, die die Ärzte als prestigeträchtige Berufsgruppe sehen (Harris Interactive). Auch sind viele ÄrztInnen heute von der Expertise erfahrener Pflegepersonen abhängig.

STEIN, WATTS und HOWELL (1990) führen im Gegensatz zu STEINs Vorwerk (1967), welches nicht auf empirischen Untersuchungen, sondern auf seinen eigenen Erfahrungen als Arzt beruhte, eine teilnehmende Beobachtung auf einer chirurgischen Abteilung durch. Ihr wichtigstes Ergebnis ist, dass ihrer Meinung nach die **Pflege aufgehört hat, beim DOCTOR- NURSE Game mitzuspielen**. Sie verweisen dabei in ihrem vielrezipierten Text auf eine Beobachtungssequenz, bei der eine Krankenschwester den Arzt direkt ermahnt und zurechtweist. Kontext dieses nun direkten Zurechtweisens des Arztes von Seiten der Krankenschwester ist, dass die Krankenschwester ein psychologisches Gespräch für eine Patientin am, einer Brustamputation folgenden, Tag anberaumt hat, der Arzt aber danach

einen anderen Termin zur selben Zeit eingetragen hat. Die Krankenschwester meint daraufhin zum Arzt sehr direkt und nicht mehr im Sinn der alten indirekt-manipulativen Spielregeln des Doctor-Nurse-Games:

„In addition, it would help our collaborative effort if you read my notes as carefully as I read yours.“ (Stein et. al. 1990: 547)

STEIN et.al. (1990) erklären sich dieses „Nicht-mehr-mitspielen-wollen“ der Pflege auf einer abstrakteren Ebene mit einer allgemeingesellschaftlichen Entwicklung von Abhängigkeit zu Unabhängigkeit beziehungsweise Kodependenz und sieht diese Entwicklung vor allem in der Menschenrechtsbewegung und der Frauenbewegung materialisiert. Ein weiterer Punkt, der zur Emanzipation der Pflege beiträgt, ist nach Meinung von STEIN, WATTS und HOWELL der gestiegene Bildungsgrad der Pflegepersonen, da diese in den USA zunehmend in akademischen Institutionen ausgebildet werden, und deren Sozialisierung sich von der, sehr stark auf Autoritätshörigkeit basierenden, in Krankenschwesterschulen unterscheidet. Durch die Akademisierung ist das Professionsbewusstsein der Pflege in den USA gestärkt worden und diese versteht sich auch als eine, von der Medizin unabhängige, autonome Profession (Stein et.al 1990: 547).

In eine ähnliche Richtung geht die Argumentation von PILLITERI und ACKERMANN (1993), die in ihrer Studie über die Unterschiede der Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege zwischen Ende 19. und Ende 20. Jahrhundert darauf hinweisen, dass sich das Lehrer–Schüler Verhältnis zwischen Ärzteschaft und Pflege zum Teil umgekehrt hat. Basierend auf Analysen von Tagebucheinträgen zweier Ärzte, deren Wirken gut 100 Jahre voneinander entfernt liegt, ist ein zentrales Ergebnis von PILLITERI und ACKERMANN (1993), dass, obwohl grundlegende Machtungleichheiten noch immer bestehen, es sich einschlägig verändert hat, wer heute im Krankenhaus wem etwas beibringt. Waren es früher ausschließlich männliche Ärzte, die angehende Krankenschwestern in Lehrkrankenhäuser unterrichteten und im Alltag zu Handlungen anwiesen, so sind heute vielfach unerfahrene Turnusärzte/innen vom Wissen und der Erfahrung der Pflegepersonen abhängig und lernen zu Beginn sehr viel von den Pflegepersonen (Pilliteri, Ackermann 1993: 115). Auch Hughes (1988) argumentiert, dass die Spielmetapher für die Beschreibung der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege für die Situation in Großbritannien nicht mehr ganz stimmig ist. Nach

Meinung von HUGHES (1988) betreibt das Krankenpflegepersonal zunehmend weniger Aufwand, die aktive Rolle als Ratschlaggeber der teils noch unerfahrenen ÄrztInnen zu verheimlichen, sondern bringt ihre Vorschläge, die Behandlung von PatientInnen betreffend, zunehmend offen vor (Hughes 1988: 17).

STEIN, HOWELL und WATTS (1990) sehen in ihrer neuerlichen Beschäftigung mit der Metapher des Doctor- Nurse Games zusammenfassend durch das „Nicht-mehr-mitspielen-wollen“ der Pflege ein Ende dieses Spiels. Die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege ist in den USA insgesamt von einer viel offeneren Kommunikation zwischen Ärzteschaft und Pflege und einer größeren Interdependenz beider Berufsgruppen voneinander geprägt, als dies in den 60er Jahren, in dessen Kontext der Begriff des Doctor-Nurse-Games entstanden ist, der Fall war. Dadurch dass die intellektuellen Fähigkeiten der Pflegepersonen und auch ihr Wissen durch Beobachtungen der PatientInnen heute besser eingesetzt werden, konstatieren sie den Pflegepersonen insgesamt eine höhere Arbeitszufriedenheit. (Stein et.al 1990: 548-549).

Vorliegende Fallstudie bedient sich der Metapher des „Spiels“ um die Ausgestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus zu beschreiben. In Kapitel 6 wird dabei ausführlich diskutiert, inwieweit das vom „alten“ Stein (1968) formulierte Doctor-Nurse-Game oder das vom „neuen“ Stein (Stein et.al. 1990) formulierte „Nicht-mehr-mitspielen-wollen“ der Pflege bei diesem Spiel die Situation in Österreich anhand der Ergebnisse der Fallstudie adäquat beschreibt.

Vorwegnehmend kann jedoch bereits an dieser Stelle gesagt werden, dass sich der Kontext der Pflege im Setting Krankenhaus in Österreich entscheidend vom Kontext der Pflege in den USA unterscheidet, den Stein, Watts und Howell 1990 vorfinden. Im Vergleich zum österreichischen Gesundheitssystem ist die Krankenpflege im us-amerikanischen System ziemlich ausdifferenziert, neben „registered nurses“ (RN), die in den USA generell sehr hoch angesehen sind und über eine College-Ausbildung und häufig einen akademischen Grad verfügen, gibt es pflegerische Hilfskräfte (nurses aids oder certified Nursing Assistents NA/CNA),

die Tätigkeiten wie Betten machen und Essenstabletts austeilen und einige Aufgabenbereiche der Grundpflege übernehmen. LPN's (Licensed Practical Nurses) mit einer etwa einjährigen Ausbildung übernehmen Aufgaben der Medikamentenverabreichung und Grundpflege. Im Gegensatz zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich gehören weder das Erfassen der Vitalwerte (z.B. Blutdruckmessen) noch die meisten administrativen Tätigkeiten, wie das Erledigen von Schreibarbeiten und Telefonanrufen, zum Aufgabenbereich einer „registered nurse“ in den USA. Das Tätigkeitsspektrum einer RN ist nicht auf die Durchführung ärztlicher Anordnungen beschränkt, sondern bietet viel Raum für eigenverantwortliche Tätigkeiten, welche im Rahmen von „Standing Orders“ rechtlich abgedeckt sind. Das in Österreich oftmals diskutierte Legen von intravenösen Zugängen fällt in den USA in das Aufgabengebiet der RN, eine Zusatzausbildung erlaubt dann sogar das Einbringen von zentralvenösen Zugängen. Das Berufsbild einer akademischen RN ist neben Verantwortung und sozialem Ansehen auch von einer vergleichsweise guten Bezahlung geprägt. (Wikipedia 2013)

Zusammenfassend ist der Professionalisierungsgrad und die akademische Verankerung der Pflege und ein damit einhergehendes anspruchsvolleres Tätigkeitsspektrum im Stationsalltag in den USA deutlich fortgeschrittener als in Österreich. Grundlegende, von Stein, Watts und Howell (1990) genannte, Voraussetzungen für ein Ende des Mitspielens der Pflege beim Doctor- Nurse-Game, wie sie im us-amerikanischen Kontext vorhanden sind, sind somit in Österreich derzeit in dieser Form noch nicht gegeben.

3.2. Der Crozier- und Friedberg'sche Spielbegriff

In der Beschreibung des Doctor-Nurse-Games verwendet STEIN (1967) die Metapher des Spiels zur Beschreibung der tagtäglichen Zusammenarbeit der Professionen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus. Er wählt die Spielmetapher als Beschreibung eines Phänomens, das er als Arzt tagtäglich beobachtete und somit eher praktischer Natur ist. Stein (1967) erhebt mit der Verwendung des Spielbegriffs für die Beschreibung eines Aspekts der interprofessionellen Zusammenarbeit keinen soziologisch- theoretischen Anspruch.

Die beiden Organisationswissenschaftler Michel Crozier und Erhard Friedberg (1993) verfolgen mit der Einführung der Spielmetapher zur soziologischen Analyse von Organisationen dahingegen sehr wohl bewusst einen theoretischen Anspruch. Für die Autoren ist der Spielbegriff nicht nur einfach ein neuer Begriff, sondern es steckt eine ganz neue Logik in der Interaktion zwischen Individuen dahinter, in dem im Spiel „Menschen ihre Machtbeziehung strukturieren und regulieren und sich doch dabei Freiheit lassen.“ (Crozier/Friedberg 1993: 68).

Im Begriff des Spiels sehen Crozier/Friedberg (1993) Freiheit und Zwang zugleich vereint und der Begriff ist für sie ein gutes Instrument um die von ihnen propagierte **Verbindung von System- und Akteurstheorie** zur soziologischen Analyse von Organisationen, mit deren Erforschung sie sich beide über Jahrzehnte beschäftigt haben, zu verwirklichen. Crozier und Friedberg (1993) argumentieren, dass ihrer Meinung nach Systeme keine fleischlosen Gebilde aus Rollen, Funktionen und Informationsströmen sind, sondern sich nur über soziale Akteure entwickeln. Diese jedoch agieren auch nicht im luftleeren Raum, sondern deren Handlungen finden immer in Systemen statt, die den Akteuren und Akteurinnen Ressourcen verschaffen und deren Freiräume umschreiben. Das strategische Denken orientiert sich dabei am Erleben der Akteure und entdeckt von hier aus das System und dessen spezifische Zwänge, auf die die Handlungen der Akteure und Akteurinnen im Feld wirken und deren Handlungsweisen eine Rationalität geben. Das systemische Denken jedoch geht vom System mit seinen Zielen und Grenzen aus und hat eine andere Rationalität als das strategische Denken, denn hier wird die Wirkung nicht mehr auf eine oder mehrere Ursachen

zurückgeführt, sondern Wirkung und Ursache als miteinander verschränkt und abhängig erkannt. Wenn es nun gilt, Organisationen zu erforschen, so beschreibt laut FRIEDBERG und CROZIER (1993) also weder das rein systemische noch das rein strategische Denken Organisationen adäquat, sondern es bedarf einer Verbindung dieser beiden in ihrem grundlegenden Verständnis über Ursache und Wirkung divergierender Denkweisen. Akteur bzw. Akteurin und System sind untrennbar miteinander verbunden und um der Schwierigkeit dieser beiden, zugleich widersprüchlichen wie komplementären Denkweisen, nämlich dem strategischen Denken der Akteure und Akteurinnen und dem systemischen Denken der Systeme gerecht zu werden, führen die Autoren den **Begriff des Spiels** als **grundlegendes Instrument kollektiven Handelns** ein. (Crozier/Friedberg 1993: 3)

Im Rahmen dieser Metapher **definieren Systeme** somit **keine Verhaltensregeln, sondern Spiele und deren Spielregeln**. Das Verhalten der Akteure im System ist also nicht allein durch das System und dessen Zwänge determiniert, sondern ist immer das Ergebnis einer aktiven Wahl zwischen mehreren Strategien. Nach Crozier/Friedberg (1993) ist das Spiel als grundlegendes Instrument kollektiven Handelns eine Möglichkeit, mit deren Hilfe Menschen ihre Zusammenarbeit und, damit unweigerlich verbunden, ihre Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse strukturieren und regeln und dabei doch auch immer ihre Freiheit behalten (Crozier/Friedberg 1993:3-4). Nach Meinung der Autoren gibt es keine vollkommen geregelten und kontrollierten sozialen Systeme, sondern auch in sehr repressiven Systemen gibt es immer noch genügend Platz um dem System mit seinen Zwängen „ein Schnippchen zu schlagen“ (Crozier/Friedberg 1993: 16). So verfügen Menschen auch in extremsten Lagen immer noch über ein Minimum an Freiheit, und das Verhalten eines Individuums in einer Organisation gegenüber seinen Vorgesetzten ist nicht einfach nur Gehorsam, sondern immer auch ein Ergebnis einer Verhandlung (Crozier/Friedberg 1993: 26).

Für das Zustandekommen von Spielen bedarf es nach Crozier/Friedberg in Organisationen immer einem gewissen Maß an Ungewissheit. Dieses ist in jedem System vorhanden, je größer die Ungewissheitszone jedoch ist, desto mehr Möglichkeiten haben die Akteure und Akteurinnen, auch gegen das System und seine Zwänge zu agieren. Diese Ungewissheit in Systemen ist die grundlegende

Ressource für Spiele, denn sonst könnten Probleme ohne Ungewissheit auch von Maschinen gelöst werden. Crozier und Friedberg formulieren die **Bedeutung dieser Ungewissheitszonen** für die Akteure und Akteurinnen im System folgendermaßen sehr treffend:

*„Ungewissheit vom Blickpunkt der Probleme ist Macht vom Blickpunkt der Akteure“
(Crozier/Friedberg 1993: 13)*

In der Ungewissheitszone liegt also die Macht für die Akteure und Akteurinnen in den Organisationen und somit sollte Macht als „grundlegende, unausweichliche Dimension jeder sozialen Beziehung“ im Zentrum jeder ernstzunehmenden Analyse kollektiven Handelns stehen, denn sie ist der Rohstoff aus dem kollektives Handeln besteht. (Crozier/Friedberg 1993: 14)

Nicht selten ist in Organisationen zu beobachten, dass es zu einem sogenannten **kontraintuitiven Effekt** kommt. Darunter ist zu verstehen, dass

„all unsere Handlungen Gefahr laufen, das Gegenteil dessen zu erreichen, was man eigentlich wollte.“ (Crozier/Friedberg 1993: 8)

Von außenstehenden BeobachterInnen kann dadurch ein Verhalten von Akteuren und Akteurinnen als nicht sinnvoll betrachtet werden, weil das Resultat des Verhaltens zum Beispiel in Widerspruch zu den eigentlichen Zielen steht. Crozier/Friedberg (1993) meinen dazu aber, dass das Verhalten von Akteuren und Akteurinnen für diese immer sinnvoll ist, man kann es zwar **nicht** immer sinnvoll und **rational auf ein bestimmtes Ziel hin** erklären, aber es lässt sich immer **rational auf bestimmte Handlungsgelegenheiten** beziehungsweise auf den, sie definierenden, Kontext und in Hinblick auf das Spiel und auf die anderen Akteure und Akteurinnen im Spiel zurückführen. Akteure und Akteurinnen im System verfügen somit immer nur über eine **begrenzte Rationalität**, was bedeutet, dass sie **rational im Rahmen ihrer Konstrukte** handeln, welche jedoch willkürlich gewählt sind. (Crozier/Friedberg 1993:33ff). Nach Meinung von Crozier/Friedberg gibt es somit keine absolute Rationalität (Crozier/Friedberg 1993: 279)

Nach diesem **Rationalitätsbegriff von Crozier/Friedberg** (1993) gibt es kein irrationales Verhalten von Akteuren und Akteurinnen mehr und es lässt sich somit auch die Rationalität eines Schizophrenen erklären, der sich in einer Situation befindet, in der er mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln einem extrem starken Druck, dem er ausgesetzt ist, nicht begegnen kann und deshalb ein

schizophrenes Verhalten annimmt, folglich „Schizophrenie wählt“ um seine Probleme zu lösen (Crozier/Friedberg 1993: 34). Die Entwicklung der Krankheit ist somit nach dem Crozier/Friedberg'schen Konzept eine rationale Strategie. **ORTMANN**, als ein Vertreter der Mikropolitik kritisiert, dass diesem **Rationalitätsbegriff** von Friedberg und Crozier, der also sogar im Verhalten eines Schizophrenen rationales Verhalten sieht, eine gewisse Bedeutungsleere innewohnt, da der Begriff durch die Anwendung auf jedes Verhalten vollkommen **sinnentleer** ist, da, wie bereits erwähnt, in dieser Definition nur noch rationales Verhalten möglich ist. (Ortmann 1992: 26).

Da Akteure und Akteurinnen jedoch im System nur selten über klare Ziele verfügen und diese dann oftmals auch noch widersprüchlich sind, scheint der **Rationalitätsbegriff** nach Crozier/Friedberg (1993), der sich eben auf die begrenzte Rationalität in Bezug auf bestimmte Konstrukte bezieht, durchaus sinnvoll und für eine **Forschung auch praktikabel** zu sein. Will man in einem System nämlich intervenieren und das Ergebnis kollektiven Handelns verändern, so ist es demnach notwendig, die Konstrukte zu ändern, auf die bezogen das Verhalten der Akteure und Akteurinnen rational ist. Akteure und Akteurinnen sind die Gefangenen der Mittel, die sie benutzen. Wenn man somit zum Beispiel die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen, wie in der vorliegenden Arbeit (positiv) verändern möchte, muss man zuerst die Konstrukte und Mittel ändern, nach denen die Akteure und Akteurinnen rational handeln. Um dies in einem weiteren Schritt überhaupt möglich zu machen, muss man diese latenten Konstrukte (die Spielregeln, nach denen das Spiel funktioniert) zuerst ausfindig machen und damit die rationale Logik der Akteure und Akteurinnen nachvollziehen.

Zentral verbunden mit dem Begriff der Rationalität ist der **Begriff der Strategie**. Um im Rahmen gewisser Konstrukte rational zu handeln, verfolgen Akteure im System immer bestimmte Strategien. Die Spieltheorie nach Crozier/Friedberg (1993) verfügt über einen induktiven Strategiebegriff: Durch empirische Beobachtungen kann man zum Beispiel Regelmäßigkeiten erkennen, die nur in Hinblick auf eine Strategie hin sinnvoll sind. Diese sind also nichts anderes als ex post gefolgerte Grundlage der empirisch beobachteten Verhaltensregelmäßigkeiten. Vorteil des Begriffs der Strategie bei der

Betrachtungsweise von Akteuren und Akteurinnen in Organisationen ist, dass deren Verhalten dabei nicht außerhalb des Kontexts, in dem es geschieht, analysiert wird. Der Strategiebegriff hat somit den Vorteil, dass er die Rationalität der Akteure und Akteurinnen im organisatorischen Kontext sucht und somit versucht, das organisatorische Konstrukt in seinem Erleben zu verstehen (Crozier/Friedberg 1993:34).

Für das Spielen dieser Spiele in Organisationen gibt es nach Crozier/Friedberg (1993) nur eine begrenzte Anzahl von gewinnbringenden Spielstrategien, die die Akteure/ Akteurinnen im Feld wählen können. Somit muss es grundsätzlich möglich sein, alle Spielstrategien eines Spiels aufzählen zu können und mehr oder weniger aufwendig zu beschreiben. Es gibt dabei jedoch ihrer Meinung nach keinen „one best way“ sondern immer verschiedene Strategien, mit dominierenden Mehrheitsstrategien, aber auch einige, für die Erforschung der Organisationen wichtige, Minderheitsstrategien (Crozier/Friedberg 1993: 269).

3.2.1. Ein Forschungsbeispiel von Crozier/ Friedberg (Crozier/Friedberg 1993: 35-38)

Die Organisationsforscher Michel Crozier und Erhard Friedberg haben sich in ihrer Laufbahn mit sehr vielen unterschiedlichen Organisationen und deren Analysen beschäftigt. Um das nun skizzierte theoretische Konzept des „Spiels“ als eine Möglichkeit zur Analyse von Organisationen praktisch zu erläutern, wird im Folgenden kurz auf ein Forschungsbeispiel der französischen Werkstätten des "Monopole industriel" eingegangen. Diese Firma verfolgte durch ihre, stark an den Prinzipien der Rationalisierung und Spezialisierung der Aufgaben orientierten Beschaffenheit, den Anspruch, einer rationalen Organisation gerecht zu werden. Das Personal in dieser Firma war eingeteilt in Werkstättenleiter, die im Prinzip Vorarbeiter waren und mit der allgemeinen Überwachung beauftragte waren, weiters den Produktionsarbeitern, welche eher geringere Qualifikation aufwiesen und die Maschinen betätigten und den Wartungsarbeitern, die hoch qualifiziert waren und mit der Pflege und Reparatur von drei bis sechs ihnen ständig anvertrauten Maschinen betraut waren. Empirisch konnten Crozier/Friedberg beobachten, dass zwischen Produktionsarbeitern und Wartungsarbeitern eine

untergründige Feindseligkeit herrschte, während die Werkstättenleiter mit den Wartungsarbeitern eine offene Feindseligkeit hatten und deren Zusammenarbeit auch sehr konfliktgeladen war. In der Praxis waren die Wartungsarbeiter nämlich die eigentlichen „Chefs“ und die Werkstättenleiter, denen dem Organigramm nach die eigentliche Führungsposition zuzuschreiben wäre, von der Tätigkeit und dem Goodwill der Wartungsarbeiter abhängig. Je nachdem wie schnell und effizient die Wartungsarbeiter die Maschinen wieder in Schuss brachten, konnte der Betrieb wieder aufgenommen werden, und daher waren sowohl Produktionsarbeiter wie auch Werkstättenleiter in einem starken Abhängigkeitsverhältnis gegenüber den Wartungsarbeitern. In diesem Kontext waren Werkstättenleiter umso zufriedener, je resignierter sie sich nach außen hin gaben, während die Wartungsarbeiter umso zufriedener waren, je aggressiver sie sich nach außen hin gaben. Die rationale Bedeutung dieses, auf den ersten Blick irrationalen, Verhaltens von Seiten der Wartungsarbeiter versuchten Crozier/Friedberg herauszuarbeiten.

Laut Organigramm hatten die Wartungsarbeiter eigentlich innerhalb der offiziellen Hierarchie wenig Macht, ihre Macht in der tagtäglichen Zusammenarbeit war somit illegitim. Im Rahmen einer Analyse wurde die in der Praxis beobachtete Aggressivität als Strategie der Wartungsarbeiter herausgearbeitet, die darauf abzielte, die formalen Chefs, nämlich die ihnen hierarchisch überlegenen Werkstättenleiter, auf Distanz, in einem Zustand der Unterlegenheit, zu halten um jeglichen Versuch des Aufbegehrens entgegenzuwirken. Somit wird nachvollziehbar, warum in diesem Spiel die Strategie der Aggressivität von Seiten der Wartungsarbeiter rational ist, weil es nämlich die Bedingung für ihren Sieg in diesem Spiel ist. Die Werkstättenleiter sind dahingegen in einer Situation, wo sie der ihnen im Organigramm zugeordneten Rolle der Leitung nicht nachkommen können, da sie auf den Goodwill der Wartungsarbeiter angewiesen sind. Die für sie rationalste Strategie ist daher, dass sie ihre Unterlegenheit einfach hinnehmen und ihr Engagement einschränken. Friedberg und Crozier weisen darauf hin, dass somit auch Resignation, wenn man die dahinterliegenden Machtstrukturen analysiert, in bestimmten Situationen rational ist. (Crozier/Friedberg 1993: 35-37).

3.2.2. Vorgeschlagene methodische Vorgehensweise einer Analyse von Spielen in Organisationen nach Crozier/Friedberg

Michel Crozier und Erhard Friedberg (Crozier/Friedberg 1993:304ff) schlagen für die Analyse von Organisationen mit dem theoretischen Konzept des Spiels folgende Schritte für ForscherInnen vor:

- Um jene Zwänge und Spielkonstrukte, durch die die Mitglieder eines Systems ihre Zusammenarbeit sichern, aufzudecken, kann man als ForscherIn die **strukturellen Besonderheiten** und die, sein Untersuchungsfeld kennzeichnenden, „**objektiven**“ **Zwänge** untersuchen. Für die vorliegende Fallstudie bedeutet dies zum Beispiel, dass die Besonderheit der Organisation Krankenhaus herausgearbeitet wird und die Regeln, die auf den spezifischen Stationen herrschen, erläutert werden. Bei der Beschreibung der Fallstudie wird daher versucht, diese Besonderheiten der Organisation Krankenhaus genau zu beschreiben. Die Analyse der strukturellen Besonderheiten des Feldes genügt jedoch für eine Organisationsanalyse noch nicht, sie weist lediglich auf eine Reihe von Grenzen hin, die Handlungsmöglichkeiten kanalisieren, jedoch nicht, welche dieser Möglichkeiten und Potentiale von den Beteiligten tatsächlich ergriffen und verwirklicht werden, beziehungsweise wie und warum jene Akteure und Akteurinnen eher diese Strategie als eine andere verfolgen können und welche Bedeutung diese Strategien für die Akteure und Akteurinnen im Feld haben. Eine Antwort auf diese Fragen erhält der/die ForscherIn nur in der Betrachtung der konkreten Wirklichkeit.
- In einem weiteren Schritt wird ein **hypothetisch-induktives Vorgehen** vorgeschlagen. Durch die Beobachtung, den systematischen Vergleich und die Interpretation der vielfältigen, in dem zu untersuchenden Handlungssystem ablaufenden, Interaktions- und Tauschprozesse wird versucht, den Forschungsgegenstand nach und nach immer genauer zu erfassen. Dabei bedient sich der/die ForscherIn der **gelebten Erfahrung** der Beteiligten. Der/Die ForscherIn sollte dabei dem **Erleben der Akteure und Akteurinnen oberste Priorität** geben, daher ist auch eine offene Technik der Interviewführung und eine generell offene Einstellung des Forschers oder der Forscherin nötig.

Crozier/Friedberg schlagen als Methode, diese gelebte Erfahrung zu rekonstruieren, **offene qualitative Interviews** mit den Beteiligten vor. In ihren Organisationsforschungen arbeiten sie immer mit sehr offenen Interviews. Dabei bedarf es einer geübten Interviewtechnik, damit die Befragten in den Interviews die Möglichkeit haben, sich als Handelnde einzubringen, was wiederum ein wichtiges Kriterium für die Möglichkeit einer qualitativen Auswertung der Interviews ist. Das in den Interviews gesammelte Material, in dem sich die Befragten immer wieder über ihre Handlungsmöglichkeiten und Fähigkeiten äußern, ist somit ein Ausdruck der Strategie, die die Akteure im Feld verfolgen. Interessanterweise schlagen Crozier/Friedberg (1993) als ergänzende Methode nicht „**teilnehmende Beobachtung**“ vor – diese Methode wird jedoch in der vorliegenden Arbeit zusätzlich zu den qualitativ geführten Interviews zum Einsatz kommen.

Zur Qualitätssicherung der Ergebnisse schlagen Crozier/Friedberg (1993) auch vor, die **Aussagen** in den Interviews, die sich auf die gelebte Erfahrung aller Beteiligten bezieht, mit denen anderer Gruppen in ähnlichen Situationen oder mit denen derselben Gruppe in Bezug auf andere Probleme zu **vergleichen** (Crozier/Friedberg 1993: 291). Dieser methodische Vorschlag entspricht in etwa dem, was Strauss/Corbin (1990) unter **theoretischem Sampling in der Grounded Theory** verstehen und ist mittlerweile ein gängiger Standard innerhalb der Qualitätssicherung qualitativer Forschung. Basierend auf diesen ständigen Vergleichen stellt der/die ForscherIn dann Hypothesen über die, diesen Aussagen zugrundeliegenden, Strategien auf und versucht, das Spiel, auf das bezogen diese Strategien alle rational erscheinen können, zu erläutern.

- Aufbauend auf diesen empirischen Daten (Interviewtranskripte bzw. Beobachtungsprotokolle) werden **Hypothesen über die, einem bestimmten erklärungswürdigen Verhalten** (Explanadum) zugrundeliegenden Strategien und über das Spiel, auf das bezogen diese Strategien rational erscheinen, erstellt. Dabei sollen diese nicht bewertet, sondern auf deren Sinn für die Akteure und Akteurinnen hin untersucht werden. Dies bedeutet, dass die besonderen Zwänge aufgedeckt werden sollen, die scheinbar irrationalen Verhalten und Reaktionen ihre „Rationalität“ wiedergeben.

- Crozier/Friedberg (1993) schlagen vor, die **Gültigkeit der hypothetisch ausgearbeiteten Strategien** zu „testen“, indem man den Beteiligten die **Rohergebnisse** der Befragung selbst mitteilt ohne diese im Geringsten zu kommentieren und gleichzeitig aber im Voraus **Hypothesen** basierend auf den entwickelten Strategien ableitet, wie deren **wahrscheinliche Reaktion** auf die Rohergebnisse sein werden. Sind die Reaktionen kennzeichnend bzw. symptomatisch für ihre strategische Situation, kann man dies als Untermauerung der Hypothesen sehen.
- Sind die **Strategien** nun einmal bestimmt, so müssen sie dann in einem weiteren Schritt noch erklärt werden. Eine scheinbar irrationale Strategie kann ihre Erklärung nur dann finden, wenn die Situation tiefgreifend analysiert wird. Dies geschieht zum einen mit Hilfe der technischen, juristischen, ökonomischen und sozialen **Zwänge** und zum anderen mit den „**Spielregeln**“, welche die Machtverhältnisse widerspiegeln, die das Handlungssystem strukturieren. So erklären die objektiven Zwänge die herausgearbeiteten Strategien immer nur teilweise und es bleibt oft eine Zone übrig, die scheinbar rational nicht erklärbar ist, sofern nicht auch die Machtstruktur und die Beschaffenheit der Regeln im Spiel mit einbezogen ist. Um also die von den Akteure und Akteurinnen gegeneinander oder miteinander verfolgten Strategien zu erklären muss der/die ForscherIn die Beziehung zwischen den objektiven Zwängen und der Gesamtheit von Strategien herausarbeiten, die er/sie im Rahmen der Interviews erhoben und interpretiert hat. Von da ausgehend können dann die Spiele rekonstruiert werden, denen diese Strategien entsprechen.

3.2.3. Kritische Reflexion der Spielmetapher

Vor allem von Vertretern der Mikropolitik wurde das theoretische Konzept des Spiels zur Analyse von Organisationen kritisiert. NEUBERGER (1992) weist darauf hin, dass durch den Begriff „Spiel“ in unserem tagtäglichen Wortgebrauch ein Gefühl der Freiheit und des Abenteuers mitschwingt, der dem tatsächlich praktischen, durch zahlreiche Zwänge gekennzeichneten, Agieren der Akteure und Akteurinnen in Organisationen sprachlich nicht gerecht wird (vgl. Neuberger 1992). Der Begriff des „Spiels“ und dessen Assoziation mit „spielerisch“ weist

einen Beigeschmack von Spaß, Freude und Freizeit auf, jedoch gilt es zu bedenken, dass dies nur eine der möglichen Assoziationen ist. NEUBERGER kritisiert auch, dass Crozier/Friedberg (1993) vor allem den Wettkampf und das damit verbundene strategische Denken in den Vordergrund stellen. Andere Aspekte des Spiels, die viele andere Autoren laut NEUBERGER genauer beschreiben (von Satre bis Bateson), lassen Crozier/Friedberg (1993) außen vor (Neuberger 1992: 68). So gehen Crozier/Friedberg nur auf einen bestimmten Spieltypus ein. Nach der Cailloischen Typologie wird dieser Spieltypus "agon" (Wettkampf) genannt. Die Cailloische Typologie teilt das Spiel nämlich in 4 verschiedene Ausformungen und 2 Spielarten ein. Die 4 Ausformungen sind: agon- der Wettkampf, alea- das Würfelspiel, mimicry- das Rollenspiel und llinx- der Rausch und deren 2 Ausformungen paidia (Spiel mit Ausgelassenheit) und ludus (Spiel mit Regel) (Neuberger 1992: 71).

Der im Alltagsgebrauch verwendete Begriff des „Spiels“ kann so mit unterschiedlichen Bedeutungen geladen sein, eine Tatsache, die man bei der Präsentation der Ergebnisse im Feld auf Grund der Erfahrungen der vorliegenden Feldforschung, beachten sollte.

3.2.4. Der Spielbegriff zur Analyse der Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und PflegerInnen im Setting Krankenhaus

Dem Arbeitssetting Krankenhaus sind gewisse strukturell bedingte Problembereiche innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege inhärent, deren Bewältigung nicht durch rein formale Regeln der Organisation Krankenhaus lösbar sind oder mit den Worten von Crozier/Friedberg (1993): Es gibt für die Akteure und Akteurinnen genügend **Ungewissheitszonen**, die ihnen ermöglichen Macht zu generieren (Crozier/Friedberg 1993: 26). Im Setting Krankenhaus versuchen ÄrztInnen und Krankenschwestern bzw. Pfleger im Rahmen ihrer Zusammenarbeit jene „Ungewissheitszonen“ zu nutzen, um im Rahmen ihrer Konstrukte rationale Strategien zu entwickeln um ihre Macht auszubauen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit habe ich durch sehr offene Interviews und durch teilnehmende Beobachtung mehrere Bereiche identifizieren können, in denen die strukturellen

Zwänge des Systems für die Beteiligten genügend Raum für „Spiele“ untereinander lassen.

Nach CROZIER/FRIEDBERG (1993) handeln Akteure und Akteurinnen im Feld, wie wir soeben nachlesen konnten, nach bestimmten Entscheidungskriterien, nämlich ihren Konstrukten, rational. Eine Annahme in dieser Arbeit ist, dass **unterschiedliche Professionen** wie zum Beispiel Ärzteschaft und Pflege dabei **unterschiedliche Handlungslogiken aufweisen** und innerhalb dieser Professionslogiken unterschiedliche Strategien entwickeln. Es wird angenommen, dass es den Professionslogiken entsprechend Konstrukte innerhalb der beiden Berufsgruppen gibt, innerhalb deren die Angehörigen der beiden Professionen rationale Strategien entwickeln. Für bestimmte, im Feld erwähnte oder beobachtete, Problembereiche sollen somit die damit verbundenen Spiele zwischen den beiden Professionen herausgearbeitet werden und die, den Professionslogiken entsprechenden, Strategien der beiden Berufsgruppen im Rahmen dieser Spiele benannt werden.

In Anlehnung an CROZIER und FRIEDBERG (1993) wurde dabei ein Analyseschema entwickelt, das es ermöglicht, das interprofessionelle „Spiel“ im Krankenhaus zu beschreiben und aufgrund von konkreten Beobachtungen, materialisiert in Ausschnitten aus Beobachtungsprotokollen, bzw. aus Aussagen in Interviews, materialisiert in Interviewtranskripten, auf dahinterliegende Strategien zu schließen. Wenn man nun die geltenden Spielregeln – die strukturellen, wie objektiven Zwänge des Feldes - mitdenkt, so kann man ein komplexes Gesamtbild des Spiels erhalten. Anhand eines exemplarischen Interviewausschnitts sei die in der vorliegenden Arbeit angewandte Terminologie nun kurz erläutert. So meint ein junger Turnusarzt im Rahmen eines narrativen Interviews:

„Zum Beispiel schreib ich leidenschaftlich dazu, bei einer Standardinfusion gegen Fieber schreibst auf: Novalgin 1 Gramm Strich Ki. Das Strich Ki bedeutet in einer Kurzinfusion. Bei Novalgin ist das wurscht ob du es in Glukose, einen Nacl oder in einem isotonen Irgendetwas drinnen liegt. (..) Und sie (die Oberschwester) will aber, dass ich eini (=hinein) schreibe in, also in Worten nicht mit Strich, in 100ml NACL.“ (Interview 7: 314-319)

Abbildung 5: Spielterminologie, Bedeutung und konkretes Beispiel

Terminologie	Bedeutung	Beispiel
Spiel	Gesamtheit aller Spielregeln und Strategien, die sich an den einzelnen Spielzügen ableiten lässt.	
Spielregeln	Strukturelle Besonderheiten und objektiven Zwänge, die in dieser spezifischen Situation gelten.	Pflegepersonal darf nicht eigenmächtig Medikamente verabreichen und Therapien anordnen, sondern tut dies auf Anordnung des Arztes. Dokumentation der Verordnungen.
Strategien	Interpretation der Spielzüge in Hinblick auf eine dahinter liegende Strategie, die verfolgt wird.	Strategie der Oberschwester: Absichern. Erziehen der Jungärzte zu genauen Angaben. Strategie des Turnusarztes: Machtabsteckung. Demonstration von komplexem Wissen. Teilen der Verantwortung für die Medikamentenverabreichung mit der Pflege.
Spielzüge	Konkretes beobachtbares Verhalten und Aussagen in Interviews.	Aus einem Interview mit einem Turnusarzt: „Zum Beispiel schreibe ich leidenschaftlich dazu, bei einer Standardinfusion gegen Fieber schreibe ich auf: Novalgin 1 Gramm Strich Ki. Das Strich Ki bedeutet in einer Kurzinfusion. Bei Novalgin ist das wurscht ob du es in Glukose, einen NaCl oder in einem isotonen Irgendetwas drinnen liegt. (..) Und sie (die Oberschwester) will aber, dass ich einischreibe in, also in Worten nicht mit Strich, in 100ml NACL.“

Das „Spiel“ ist also, wie bereits erwähnt, die Summe aller Strategien und Spielregeln. Spielregeln sind dabei im Feld Kontextinformationen über beobachtete wie erzählte Situationen. Dies können die in dieser Situation wirkenden strukturellen Zwänge, wie zum Beispiel die österreichische Rechtslage oder organisatorische Abläufe im Krankenhaus, sein. Wichtig ist, dass Strategien nicht direkt beobachtbar sind, sie sind Interpretationen vom Verhalten der Individuen.

Ergänzend zur Terminologie von Crozier/Friedberg (1993) wird in diese Arbeit der **Terminus des „Spielzugs“** eingeführt. Unter einem Spielzug ist der beobachtbare Teil eines Spiels, materialisiert in Form von Beobachtungsprotokollen bzw. Interviewstranskripten, zu verstehen. Ein Spielzug beinhaltet Handlungssequenzen. Zur Erhebung der Spielzüge wird dabei die Methode der Teilnehmenden Beobachtung und des narrativen Interviews nach SCHÜTZE (Schütze 1977) bzw. des episodischen Interviews nach FLICK (Flick 2010: 238ff) angewandt. Zur Analyse einer, diesen Spielzügen zugrundeliegenden, Strategie wurde das Textmaterial im Sinne der Grounded Theory nach STRAUSS/CORBIN (1990) ausgewertet und einzelne Schlüsselpassagen mit Hilfe der Sequenzanalyse nach FROSCHAUER/LUEGER (2003) bearbeitet.

Bei der Beschreibung von im Feld gefundenen Spielen werden die **Spielzüge als Zitate** wiedergegeben, um einerseits den interpretativen Rückschluss der **Spielzüge auf Spielstrategien nachvollziehbar** zu machen und um andererseits in einem weiteren Schritt eine **Abstraktion möglicher Spielzugsfolgen** anzuführen. Ergänzend dazu wird gehofft, dass durch das Anführen konkreter Praxisbeispiele die Lektüre für LeserInnen lebendiger wird.

Im Anschluss an die Darstellung der Fallstudie wird in einem Diskussionskapitel (siehe Kapitel 6) die praktische Anwendbarkeit und methodische Weiterentwicklung der Crozier/Friedberg'schen Spielmetapher für die Analyse der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege beleuchtet und deren added value gegenüber dem etwas „naiven“, weil theoretisch anspruchslosem, Spielbegriff von Stein (1967) diskutiert.

3.3. Exkurs über den Spielbegriff der mathematischen Spieltheorie

Neben dem Spielbegriff von Stein (1967) beziehungsweise dem von Crozier und Friedberg (1993), findet der Begriff des "Spiels" innerhalb der mathematischen Spieltheorie eine weitere prominente Verwendung. NEUBERGER (1992) weist, wie bereits erwähnt, auf die unterschiedliche Bedeutungsgeladenheit des Spielbegriffs im deutschen Wortgebrauch hin. Die Verwendung des Spielbegriffs in der mathematischen Spieltheorie soll daher im Folgenden behandelt werden und die Verwertbarkeit der Spieltheorie für eine Analyse der Zusammenarbeit von Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus angedacht werden.

Die mathematische Spieltheorie ist, wie es HOLYOAKE (2011) treffend beschreibt, ein Zugang, der zu verstehen sucht, wie Individuen und Gruppen zueinander in Beziehung stehen und der sich dabei der Frage von Kooperation und Konkurrenz zwischen Akteure und Akteurinnen bedient. Individuen oder Gruppen werden im Rahmen der mathematischen Spieltheorie "Spieler" genannt und beteiligen sich im Rahmen spieltheoretischer Beispiele an irgendeiner Form eines theoretischen Konflikts, wie zum Beispiel der Ressourcenknappheit oder einem ethischen Dilemma. Die mathematische Spieltheorie geht davon aus, dass sich kooperatives Handeln von Spielern "rechnet" und versucht in diesem Zusammenhang Bedingungen zu definieren, die Kooperation zwischen den "SpielerInnen" wahrscheinlich machen lassen.

Eine Beschäftigung mit der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen zwei Berufsgruppen, wie es in vorliegender Fallstudie anhand der Zusammenarbeit von Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus der Fall ist, kann man demnach auch unter dem Aspekt kooperativen Handelns untersuchen. Unter Kooperation kann man dem Wörterbuch der Individualpsychologie folgende Definition entnehmen: Kooperation wird hier verstanden als...

„eine gegenseitig abgestimmte, im Sinn der immanenten Verständigung erfolgreichen Interaktion, in der auf der Grundlage der Freiwilligkeit auf ein für alle Beteiligten erreichbares Ziel hin miteinander etwas hergestellt oder verändert wird. Dabei muss sich jeder zumindest virtuell in die Rolle des anderen hineinversetzen können.“ (Brunner/Titze et. al 1995: 267-77).

Die mathematische Spieltheorie versucht also Bedingungen zu definieren, die eine Kooperation zwischen Individuen wahrscheinlich machen lassen. In der Literatur wird dieses Kooperationsproblem nicht selten unter dem, in der Spieltheorie berühmten, Begriff des Gefangenendilemmas diskutiert.

Das Gefangenendilemma umschreibt DIEKMANN folgendermaßen (Diekmann 2000: 178)

„Zwei isoliert voneinander inhaftierten Gefangenen legt der Staatsanwalt jeweils ein minder schweres und ein schweres Verbrechen zur Last. Ersteres kann er beweisen, für den Nachweis des letzteren benötigt er das Geständnis mindestens eines Gefangenen. Er bietet nun jedem Gefangenen eine Kronzeugenregelung an. Gesteht Gefangener A und schweigt Gefangener B, so wird A als Kronzeuge freigelassen und B zu zehn Jahren Gefängnis verurteilt. Ein entsprechendes Angebot ergeht an B. Gestehen beide Gefangene so wird das Geständnis strafmildernd bewertet. Sowohl für A wie auch für B lautet das Urteil auf fünf Jahre. Schweigen aber beide, so können sie nur für das minder schwere Verbrechen zu je einem Jahr Gefängnis verurteilt werden.“ (Diekmann 2000: 178).

Man kann sich also in den systematischen Entscheidungskonflikt der Gefangenen A und B hineinversetzen. Schweigt der Mitgefangene, dann ist es besser zu gestehen, denn dann erhält man einen Freispruch anstatt eines Jahres Gefängnis. Falls der Mitgefangene aber gesteht, dann ist Gestehen so gesehen auch die bessere Lösung denn dann erhält man, sofern man auch gesteht, 5 statt 10 Jahre Haft. Wenn beide Gefangene dieser Logik folgen, dann werden sowohl Gefangener A als auch Gefangener B gestehen und jeweils 5 Jahre Haft ausfassen, obwohl wechselseitige Kooperation zu einem viel besseren Ergebnis führen würde. Würden nämlich beide leugnen, dann erhielten beide nur 1 Jahr Haft. Diese Kooperationslösung wäre jedoch nur dann möglich, wenn beide Gefangene zueinander großes Vertrauen hätten.

Fasst man das Gefangenendilemma als Spiel auf, dann ist es im Gegensatz zu dem Spiel Schach, bei dem es nur einen Gewinner und einen Verlierer gibt, kein Nullsummenspiel. Das Gefangenendilemma ist deswegen auf sehr viele Situationen des täglichen Lebens übertragbar, da in der realen Welt vor allem Nichtnullsummenspiele vorherrschen.

Ein **Nichtnullsummenspiel** bedeutet, dass nicht der Gewinn des Gegners einen eigenen Verlust bedeutet. Es gibt eigene Turniere, bei denen Computerprogramme mit unterschiedlichen Strategien in einem, dem

Gefangenendilemma angelehnten, Kooperationsspiel gegeneinander antreten. Bekannt geworden ist dabei ein Programm das sich **TIT FOR TAT** nennt und von Anatol **RAPOPORT** entwickelt wurde. Dieses Spiel hat bei der Bewertung von insgesamt 100 Spielen die höchste Durchschnittspunktezahl erreicht. Die Kooperationsstrategie dieses Gewinnerspiels von Rapoport ist jedoch sehr einfach: Es beginnt mit Kooperation (also einer freundlichen Strategie) und macht dann immer dasselbe wie das Gegenüber. Das wohl wichtigste Ergebnis aus den Gefangenendilemma-Spielen ist, dass Neid selbstzerstörerisch wirkt, da man in einer Nichtnullsummenwelt nicht besser sein muss als sein Gegner um selbst gut abzuschneiden (Axelrode 2000: 99). Dieses Ergebnis ist insofern überraschend, da es in einer marktwirtschaftlichen, auf Konkurrenz aufbauenden, Gesellschaft wie unserer für Verwunderung sorgt, dass eine freundliche Strategie, bei der man selbst nicht als erster defektiert (= die Kooperation beendet) gegenüber allen anderen Strategien im Endeffekt die höchste Punktezahl einfährt. Das Gefangenendilemma-Spiel ist deswegen so weit verbreitet und vielfach bearbeitet worden, weil es eine abstrakte Formulierung einer sehr verbreiteten, interessanten Kooperationsproblematik in der realen Welt ist.

Wie das Gefangenendilemma sichtbar macht, ist die Wahrscheinlichkeit zu kooperieren von unterschiedlichen **Außenfaktoren** (zum Beispiel dem gegenseitigen Vertrauen) abhängig. Mathematiker haben versucht, Formeln für **eine Berechnung der Kooperationswahrscheinlichkeit** unter Berücksichtigung von verschiedenen Ausgangsbedingungen zu finden.

Einer der bekanntesten Formeln ist die von John **NASH**, der versucht hat, eine mathematische Formel für die Kooperationswahrscheinlichkeit zu finden. Sie lautet:

$$p = 1 - \sqrt[n-1]{\frac{K}{U}}$$

K= Kosten
U= Wert des Kollektivguts U

Wenn p die Kooperationswahrscheinlichkeit ist, so steigt diese mit dem Wert des Kollektivguts U und sinkt mit den Kosten K und mit der Gruppengröße n.

(Diekmann 2000: 307). Mit der Gruppengröße steigt nämlich auch die Diffusion von Verantwortung, was bedeutet, dass zum Beispiel in Hilfeleistungssituationen (wenn z.B. jemand verletzt am Boden liegt) mit steigender Zuschauerzahl die (individuelle) Wahrscheinlichkeit, dass eine bestimmte Person Hilfe leistet, abnimmt. Diese Formel kann man auf viele Bereiche anwenden, zum Beispiel auf die Bereitschaft, nachhaltige Produkte zu konsumieren, auf das eigene Auto zu verzichten und mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren oder jemandem, der beraubt wird, zu Hilfe zu kommen.

LOHMANN (2000) weist darauf hin, dass es auf Basis der Erkenntnisse der mathematischen Spieltheorie kaum Empfehlungen für allgemeingültige Kooperationsstrategien gibt, welche unabhängig vom Interaktionskontext gültig sind. Erfolg beziehungsweise Nicht-Erfolg einer Spielstrategie in Kooperationsspielen hängt nämlich zu einem sehr großen Teil vom **Kontext** ab in dem die Interaktionen stattfinden (Lohmann 2000: 197).

Erkenntnisse der Spieltheorie sind für die Beschäftigung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege insofern relevant, als mit ihrer Hilfe kooperationsfördernde Kontextfaktoren innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit gut beschrieben werden können. Zusammenfassend scheinen folgende, von der mathematischen Spieltheorie formulierten, Randbedingungen für eine hohe Kooperationswahrscheinlichkeit zwischen SpielerInnen auch für die vorliegende Fallstudie von Relevanz zu sein. Die Wahrscheinlichkeit kooperativen Verhaltens steigt demnach durch folgende Faktoren:

- 1. Hoher Wert des zu erreichenden Kollektivguts (Nash nach Diekmann 2000)**
- 2. Geringe Kooperationskosten (ebd.)**
- 3. Kleine Gruppen (ebd.)**
- 4. Die Fähigkeit der Rollenübernahme mit dem Interaktionspartner (Brunner/ Titze 1995)**
- 5. Ein gemeinsamer Normen- und Wertehorizont (Hillmann 1994)**
- 6. Wechselseitige Erwartungssicherheit (Hillmann 1994).**
- 7. Die Offenheit des Zeithorizonts (Lohmann 2000)**
- 8. Häufige, dauerhafte Interaktion (Axelrode 2000)**

Diese Liste von Voraussetzungen für steigende Kooperationswahrscheinlichkeiten verfolgt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit und gewisse Teilaspekte sind sicherlich redundant. Diese Auflistung stellt vielmehr eine subjektive Auswahl der für das vorliegende Untersuchungssetting als relevant betrachteten Kontextfaktoren dar.

Im Folgenden soll versucht werden diese von der mathematischen Spieltheorie genannten, generellen, kooperationsfördernden Kontextfaktoren für das Krankenhaussetting bzw. die Wahrscheinlichkeit einer gesteigerten Kooperationsbereitschaft zwischen ÄrztInnen und Pflegepersonal, zu formulieren. Zur Veranschaulichung werden dabei bereits Ausschnitte aus Interviews und Beobachtungsprotokollen der Fallstudie angeführt.

Ad 1-3: Hoher Wert des Kollektivgutes, geringe Kosten und kleine Gruppe

Diese drei Kontextbedingungen, die in der Nash Gleichung vorkommen, könnte man folgendermaßen auf das Setting Krankenhaus umlegen: Je höher der Wert des **Kollektivgutes U**, also in unserem Falle der Wert, dem eine gute Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege zugesprochen wird, je **geringer die Kosten** sind, die jemand aus Ärzteschaft und Pflege dafür aufwenden muss, um diesen Wert zu erreichen und je **geringer die Anzahl** derjenigen ist, die diese Tätigkeit sonst auch übernehmen könnten, desto höher ist eine Kooperationswahrscheinlichkeit. Diese Logik kann man zum Beispiel an folgendem Ausschnitt aus einem Interview veranschaulichen:

*TÄ: „Wenn ich jetzt im Zimmer neben dem Patienten steh und die Infusion ist leer, und er sagt: „bitte hängtens mich ab“, dann kann ich natürlich deppert sein und sagen: „läutens bitte, die Schwester kommt dann“, ja, oder ich bin mir halt nicht zu gut und machs trotzdem, selber, ja, weil es ist ein Handgriff. Ich nehm die leere Tasche mit und stell sie draußen ab. Dann wird natürlich von, von der Pflege her die Bereitschaft auch größer sein, auch einmal etwas zu tun, was prinzipiell der Arzt tun sollte, ja, oder sie **machen dir das Leben einfach leichter**, sag ich jetzt mal.“ (Interview 11: 326-349)*

Um zur Nashgleichung zurückzukommen sieht man anhand des Ausschnittes hier deutlich, dass für diese spezifische Situation die Kooperationswahrscheinlichkeit der jungen Turnusärztin sehr hoch ist. Einerseits ist keine andere potentielle Hilfskraft im Zimmer ($n = 1$), andererseits sind die Kosten für die Kooperation relativ gering (ein Handgriff) und der erhoffte Wert durch die Kooperation, also das Kollektivgut „gute Beziehung zu den Krankenschwestern und Pflegern schaffen“ relativ hoch („sie machen dir das Leben einfach leichter“).

Die **Bedeutung der Gruppengröße** für eine wahrscheinliche Kooperation, die in der Nash Gleichung als wichtiger Parameter vorkommt, kann noch anhand eines anderen krankenhausspezifischen Beispiels aus der Fallstudie skizziert werden:

Im Setting Krankenhaus würde dies zum Beispiel dafür sprechen, dass in kleineren Häusern, in denen es weniger Personal gibt, und somit auch weniger andere Krankenschwestern/Pfleger beziehungsweise Ärztinnen und Ärzte, die für eine Kooperationshandlung in Frage kommen würden, die Bereitschaft zur interprofessionellen Kooperation größer sein müsste. Eine Krankenschwester aus der Fallstudie erzählt im Rahmen eines narrativen Interviews ihre positiven Erfahrungen in Bezug auf die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft in einem anderen Haus, in dem sie auf einer kleinen Station (=kleine Gruppe), mit einer relativ homogenen Gruppe (alle Pflegepersonen waren relativ jung, auch die ÄrztInnen waren relativ jung) gearbeitet hat.

*„(..) also was da wirklich auch, muss ich sagen, das ist wirklich zum Empfehlen, wir haben jeden Mittwoch **Stammtisch** gehabt und das war in der XY Straße um 19 Uhr und da sind auch wirklich viele Ärzte gekommen, die schon lange weg waren, ja, von uns.*

I: Also ein Stammtisch mit Pflegepersonen und Ärzten gemeinsam?

S: Alles, alles, auch physikalische Therapie, wirklich, da ist alles gekommen und das war wirklich, ich muss sagen.

I: Von der Station praktisch?

S: Ja. Ja genau. Und das heißt ziemlich viel, so nicht, da hast dann auch mitgekriegt, was wirklich in anderen Häusern auch ist nicht, also, also ich muss sagen, nein, das war wirklich, und auch du hast auch wirklich auch eine Beziehung auch, na zu den ganzen. (...) Was auch in XY (Name der Krankenanstalt) war, wir haben immer mit den Ärzten am Abend was gegessen, also das war auch so, entweder haben die Ärzte was mitgenommen zum Kochen oder, also, wir haben das [organisiert] (Interview 1: 142-157)

Diese Bedingung einer höheren Bereitschaft zu Kooperation bei kleineren Gruppen ist sehr eng mit folgender Nebenbedingung für Kooperationswillen verknüpft, auf die in diesem Interviewausschnitt auch Bezug genommen wird:

Ad 4) Die Fähigkeit der Rollenübernahme mit dem Interaktionspartner

(Brunner/ Titze 1995): Es scheint für ein Zustandekommen einer Kooperation zwischen Individuen bedeutsam zu sein, sich mit dem potentiellen Kooperationspartner identifizieren zu können und sich deren/dessen Position vorstellen zu können. Interessanterweise hat sich in den im Rahmen der Feldstudie durchgeführten Interviews gezeigt, dass vor allem jene TurnusärztInnen, die selbst schon einmal im Pflegedienst, entweder als Arzt/Ärztin

im Pflegedienst oder als PflegehelferIn tätig waren, über eine leichtere Zusammenarbeit mit der Pflege in ihrer späteren Tätigkeit als Turnusarzt/ärztin berichtet haben. Auch die interviewten Pflegepersonen haben sich durchwegs positiv über jene TurnusärztInnen geäußert, die bereits in der Pflege gearbeitet haben, da sich diese vor allem viel mehr an den von ihnen durch den pflegerischen Tagesablauf vorgegebenen Zeitrhythmus orientiert haben. Durch die Erfahrung in der Pflege fällt es TurnusärztInnen leichter, sich auch später in deren Rolle hineinzusetzen und somit eine wichtige Voraussetzung für einen Anstieg der Kooperationswahrscheinlichkeit mit der Pflege zu erfüllen. Umgekehrt gibt es von pflegerischer Seite nicht die Möglichkeit, Arzt/Ärztin-Sein auszuprobieren, weswegen die ärztliche Rolle in diesem Setting von der Pflege nicht erlebt werden kann, was bedeutet, dass hier die Identifizierung mit den ÄrztInnen geringer ist. Ein Turnusarzt beklagt dies indem er meint,

„also wenn einmal, das ist eher utopisch, aber wenn eine Schwester einmal eine Woche in meiner Position wäre, diese Entscheidungen zu treffen und Verantwortung und so, dass dann mehr Verständnis [da] wäre, wenn Entscheidungen schwierig fallen“ (Interview 9: 586-590)

Ad 5) Ein gemeinsamer Normen- und Wertehorizont (Hillmann 1994). Es fällt Interaktionspartnern leichter, miteinander zu kooperieren, wenn sie gemeinsame Normen und Werte teilen.

Für das Setting Krankenhaus könnte man hier auch eines unter vielen Beispielen zur Veranschaulichung heranziehen, in dem Ärzteschaft und Pflege in ihren Wertvorstellungen divergieren: Ärzteschaft und Pflege teilen im Großen und Ganzen ein gemeinsames Ziel: das PatientInnenwohl. Während jedoch viele Ärzte und Ärztinnen ihr oberstes Ziel darin sehen, den Tod eines Patienten/einer PatientIn zu verhindern, sehen es Pfleger und Pflegerinnen als ihre Aufgabe, das Leid der PatientInnen zu mindern, auch wenn diese bedeutet, einen Patienten/eine Patientin mit einer unheilbaren Krankheit sterben lassen zu können. Diese Nichtkompatibilität der Werte kann an zwei prototypischen Aussagen aus dem Feld festgemacht werden. Im Rahmen einer Beobachtung im Feld hat ein junger Turnusarzt sich über den Tod von PatientInnen folgendermaßen geäußert.

Ein junger Turnusarzt unterhält sich mit mir über das Sterben von PatientInnen. Als ich ihn frage, wie es ihm geht, wenn jemand von seinen PatientInnen stirbt, meint er, dass er

beim Ableben eines Patienten nicht traurig ist, sondern „angefressen“ auf sich selbst, weil er das wie einen Wettkampf sieht, in dem er als Gegner die Krankheit hat und er als Arzt gegen den Gegner versagt hat.“ (Beobachtung 7:6)

Im Rahmen eines Interviews im Feld meint eine junge Krankenschwester zum Thema „Sterben von PatientInnen“:

„also, ich glaub, wenn du ein Arzt bist, hast du irgendwie diese Verpflichtung ein Leben zu retten. Aber ich bin aber der Meinung, dass ich schon die Pflicht habe ein Leben zu retten, ja, aber ich muss auch jemanden begleiten können, wenn er nicht mehr will. Wenn sein letzter Weg der Tod ist, dann muss ich ihn auf diesem Weg auch begleiten, und das ist bei den Ärzten nicht so, sie müssen es einfach, ja, sie müssen sie retten. Weil sie einfach, da gibt es ja diesen Hippokratischen Eid und das heißt ja eigentlich „Leben retten“ ja und ich glaub, dass das einfach auch ein großer, im Hinterkopf vielleicht, nicht bewusst, ja, aber ich bin ein Arzt ich muss es [sie] retten und ich darf nicht sterben lassen. Das glaub ich, dass das ein Versagen [für sie] ist, wenn ich jemanden sterben lasse. Aber ich finde es nicht ein Versagen, ich finde es eigentlich als Stärke, wenn ich sage, ich kann jemanden sterben lassen, wenn er nicht mehr will, wenn er von seiner Krankheit her am Ende ist, so glaub ich das“ (Interview : 419-430)

Wie an diesen beiden Stellen sichtbar wird, scheinen die Werte und damit auch die Bewertung des Sterbens von PatientInnen zwischen Ärzteschaft und Pflege doch sehr zu divergieren. Während der junge Turnusarzt dies als Versagen seiner eigenen Kompetenz sieht, sieht die junge Krankenschwester das Sterben als selbstverständlichen Teil eines jeden Lebens.

Ad 6) Wechselseitige Erwartungssicherheit (Hillmann 1994). Wenn beide InteraktionspartnerInnen eine Vorstellung davon haben, was sie vom anderen erwarten können und mit diesen Erwartungen auch das Gefühl einhergeht, dass diese erfüllt werden, steigt die Bereitschaft zur Kooperation. Kurz: Wenn man sich „kennt“, steigt die Kooperationsbereitschaft. Wie kann man sich aber „kennenzulernen“? Meist lernt man sich „kennen“ indem man in einer kleineren Gruppe mit einer Person schon einige Zeit verbracht hat und durch Bezugnahme auf vergangene Beobachtungen und gemeinsame Erlebnisse einschätzen kann, wie die Person in bestimmten Situationstypen reagieren wird. Man hat also ein Gefühl dafür entwickelt wie die Person „tickt“ und ist somit eher bereit zu kooperieren, weil man eben weiß was man erwarten kann und was nicht. Für das Setting Krankenhaus und das Problem der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege ist der bereits erwähnte Interviewausschnitt unter Punkt 1-3, in dem auf die gemeinsam in der Freizeit verbrachte Zeit durch **Stammtischbesuche** und **gemeinsame Mittagessen** Bezug genommen wird, kennzeichnend für eine Strategie des Kennenzulernens. Ein weiteres Beispiel dazu fällt mir aus meiner

Diplomarbeit (Hofer 2005) ein: Auf einer Abteilung, in der die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege hervorragend funktioniert hat, und die Arbeitszufriedenheit bzw. das „Klima“ auf der Abteilung als sehr gut zu beschreiben war, hat es mit Personen aus der Berufsgruppe der Ärzteschaft und Pflege in der Vergangenheit immer wieder auch außerhalb der Dienstzeit gemeinsame Unternehmungen, wie Fortbildungen und Betriebsausflüge gegeben. Man hat sich „gekannt“, bedeutet, dass die auf der Abteilung arbeitenden Personen eine Vorstellung voneinander hatten, wie sie in gewissen Situationen reagieren beziehungsweise die gegenseitigen Erwartungen kennenlernt.

Auch aus einer systemtheoretischen Sicht ist das Kennen von gegenseitigen Erwartungen sehr wichtig. Nach LUHMANN ist die Festigung bestimmter Erwartungen für das Handeln in doppelter Hinsicht bedeutend: Man weiß dadurch, was man erwarten kann und was nicht (Luhmann 1976: 60). In seiner „jüngeren“ Systemtheorie, das heißt nach der autopoetischen Wende, konstatiert LUHMANN, dass alle Organisationen primär aus Entscheidungen bestehen und alle anderen Merkmale einer Organisation, wie zum Beispiel Hierarchien, dazu im Vergleich sekundär sind (Luhmann 2000: 63). Und jede Entscheidung ist eine Handlung, die auf eine an sie gerichtete Erwartung reagiert (Wilke 1996: 152). Entscheidungen sind somit nach WILKE in ein verzweigtes Netz von unterschiedlichen Erwartungen eingebettet, doch während Handlungen und Entscheidungen im System gut beobachtbar sind, sind dies Erwartungen nicht. Handlungen und Entscheidungen sind daher für BeobachterInnen so lange irrational, wie sie die dahinter liegenden Erwartungen gar nicht in Betracht ziehen, welche die spezifischen Entscheidungen erst auf die Bahn bringen, vorstrukturieren und somit konstituieren (Wilke 1996; 35). Dieser kurze Ausflug in die Systemtheorie soll veranschaulichen, wie wichtig dadurch das gegenseitige Kennen der Erwartungen der Anderen ist, da diese jegliche Entscheidungen vorstrukturieren und somit die Organisation definieren.

Ad 7) Die Offenheit des Zeithorizonts (Lohmann 2000)

Lohmann(2000) weist darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit zu Kooperation steigt, wenn nicht bekannt ist, wie lange eine Kooperation andauern muss. Es hat sich gezeigt, dass wenn bekannt ist, dass ein Kooperationsspiel enden wird, die wahrscheinlichste Strategie die Defektion ist (Axelrode 2000: 113). In der Praxis bedeutet dies, dass man eher gewillt ist, mit jemanden zu kooperieren, mit dem/der man in Zukunft noch öfters zusammenarbeiten wird, da man dann davon ausgehen kann, auch selbst von der eigenen Kooperationsbereitschaft zu profitieren, weil das Gegenüber in Zukunft auch kooperieren wird. Ist ein Ende der Zusammenarbeit absehbar oder ist von vornhinein klar, dass die Zusammenarbeit zeitlich nur sehr begrenzt ist, lohnt sich der Aufwand der eigenen Kooperationsbereitschaft nicht.

Für unseren Fall des Setting Krankenhaus bedeutet dies, dass die Pflege bei StationsärztInnen, die fix ihren Stationen zugeteilt sind eine größere Kooperationsbereitschaft zeigen müsste wie bei TurnusärztInnen, da hier klar ist, dass diese meist nur für sehr begrenzte Zeit und hier meist nur für einige Monate auf der Station sein werden. Kurz: mit den TurnusärztInnen gibt es aus Sicht der Pflege meist keine gemeinsame (Zusammenarbeits-)Zukunft

Ad 8) Häufige, dauerhafte Interaktion (Axelrode 2000)

Häufige, dauerhafte Interaktion zwischen den potentiellen KooperationspartnerInnen fördert die Wahrscheinlichkeit zu Kooperation (Axelrode 2000:117). Viele kleine Interaktionskontakte sind daher für ein Gelingen von Kooperation besser als wenige intensive Interaktionen.

Für das Setting Krankenhaus bedeutet dies, dass tägliche Interaktionen die Kooperation steigern würden. In der Fallstudie gab es auf jeder Station ein Stationszimmer, jedoch wurde die Frequentierung von Ärzteschaft und Pflege auf diesen Zimmern sehr unterschiedlich auf den Stationen ausgehandelt. Während auf der Intensivstation Pfleger und Krankenschwestern und Ärzte und Ärztinnen bunt gemischt im Stationszimmer zusammensaßen und interagierten oder auf gut österreichisch „tratschten“, war das Stationszimmer auf einer beobachteten Normalstation ausschließlich der Pflege vorbehalten. Stationsärztinnen, die sich hier aufhielten wurden noch geduldet, doch es wurde sehr ungern gesehen, wenn

sich auch TurnusärztInnen auf die Sitzbank im Zimmer niederließen. Es gab auf dieser Station früher einmal einen Kaffeeautomat im Stationszimmer, der die Interaktion zwischen Ärzteschaft und Pflege erhöhte, jedoch wurde der wieder abgeschafft, weil sich nach Aussage einer Krankenschwester die Ärzteschaft nicht an den Kosten beteiligte. Auf die Frage nach täglichen Interaktionen mit den TurnusärztInnen meint eine junge Krankenschwester:

S: Ja, Kaffee ab und zu, also wenn jetzt am Nachmittag, weiß ich nicht, setzten sie sich schon manchmal rein zu uns aber sonst ist das eigentlich getrennt.

I: mhm

S: Aber das finden wir aber auch persönlich gut, weil ich find, das ist unser Sozialraum und da wollen wir uns auch ein bisserl zurückziehen, also früher war es, da haben wir noch so eine super Kaffeemaschine gehabt, da waren auf einmal alle Ärzte da.

i. (lacht)

S. Ja, aber natürlich war das auch nicht so optimal, weil das haben wir natürlich von unserem Geld gezahlt und da kam es dann so ein bisserl zu Reibereien, wer bringt nach und das haben wir uns dann schnell abgestellt, weil das haben wir dann auch nicht eingesehen, wenn die auf unsere Kosten sich da verköstigen. (Interview 5: 111-121)

Für TurnusärztInnen bedeutet dies, dass sie aufgrund ihres absehbaren Abschieds von der Station bzw. der Abteilung (im Turnus sind 12 Monate an einer Internen Abteilung vorgesehen) und auf der in der vorliegenden Fallstudie praktizierten Rotation, von den Pflegekräften nicht als dauerhafte InteraktionspartnerInnen angesehen werden und daher die Motivation der Pflegekräfte zur Kooperation mit den TurnusärztInnen geringer sein müsste als mit den Stations- bzw. OberärztInnen.

Die von der mathematischen Spieltheorie ausgearbeiteten, wichtigsten Grundregeln für ein Zustandekommen von Kooperation sind insofern interessant, weil sie damit Rückschlüsse ermöglichen, in welchem Kontext beziehungsweise welchen Situationstypen Kooperation zwischen ÄrztInnen und PflegerInnen im Setting Krankenhaus prinzipiell wahrscheinlich ist. Dieses Wissen im Hinterkopf ermöglicht, die formalen und informellen Spielregeln, die in einer konkret beobachteten Situation oder einem erzählten Handlungsstrang vorkommen, und in vorliegender Fallstudie beschrieben werden, auf deren Grundvoraussetzung für eine gelingende Zusammenarbeit hin zu prüfen. Die Prämissen der mathematischen Spieltheorie tragen somit zu einem besseren Verständnis für das Problem der Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Krankenschwestern und Pfleger im Setting Krankenhaus bei und liefern ein gutes Kontextwissen für

potentielle positive oder negative Auswirkungen der im Feld vorgefundenen formalen wie informellen Spielregeln auf die Bereitschaft der AkteurInnen im Feld zu kooperieren.

3.4. Interprofessionelle Zusammenarbeit im Setting Krankenhaus – empirische Vorarbeiten jenseits des Spielbegriffs

Vorliegende Arbeit greift zur Analyse der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus auf den von Stein (1968) formulierten und durch Crozier und Friedberg (1993) für die soziologische Analyse theoretisch fruchtbar gemachten Spielbegriff zurück und erweitert diesen methodisch um den Begriff des Spielzugs. Wie soeben ausgeführt, findet der Spielbegriff jedoch auch in der mathematischen Spieltheorie eine prominente Verwendung, mögliche Anschlusspunkte für die vorliegende Arbeit werden dabei vor allem in potentiellen, von der mathematischen Spieltheorie formulierten, kooperationsfördernden, Voraussetzungen zum Zustandekommen von Spielen gesehen.

Zwei weitere Forschungsansätze haben jenseits der Spielmetapher einen wesentlichen Beitrag für ein besseres Verständnis der Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und ÄrztInnen im Setting Krankenhaus geleistet. Diese zwei Ansätze sind einerseits die **Genderforschung** und andererseits der **Negotiated Order Approach**. Die Genderforschung hat sich dabei intensiv mit Rolleninkompatibilitäten bezüglich der Geschlechter- und der Berufsrolle von ÄrztInnen und Pflegekräften beschäftigt. Der Negotiated Order Approach untersucht die Zusammenarbeit beider Berufsgruppen unter den Aspekt des Ausverhandelns von Tätigkeiten. Die wesentlichen Erkenntnisse der Genderforschung und des Negotiated Order Approach sollen in diesem Kapitel kurz rekapituliert werden. In Kapitel 6 werden die Erkenntnisse beider Forschungsansätze anhand der Ergebnisse der Fallstudie diskutiert und deren Vorteile, Defizite und eventuellen Integrationsmöglichkeiten in die vorgestellte Spielanalyse angedacht.

3.4.1. Gender Debatte und die Beziehung Ärzteschaft und Pflege

Bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus hat die Genderforschung einen wesentlichen Beitrag zu einem besseren Verständnis derselben unter dem teilweise

konfligierenden Aspekt von Geschlechterrollen und Berufsrollen (z.B. Sanders 2008) geleistet. Im Setting Krankenhaus ist demnach die professionelle Rolle als Arzt/Ärztin beziehungsweise als Krankenpfleger/Krankenschwester mit der Geschlechterrolle teilweise nicht vereinbar und führt zu potentiellen Konflikten.

Als Stein seine Metapher des Doctor-Nurse-Games in den 60er Jahren des vorherigen Jahrhunderts entwickelte, waren, wie bereits erwähnt, die Professionsgrenzen zwischen Ärzteschaft und Pflege noch fast ident mit den Gendergrenzen. Das Spiel zwischen Ärzteschaft und Pflege war somit ein Spiel zwischen Männern und Frauen, bei denen sich die Rollenanforderungen innerhalb der professionellen und der geschlechtlichen Rolle größtenteils überschneiden. 2010 stellen jedoch Frauen im Turnus mit 61 % der Auszubildenden bereits die überwiegende Mehrheit der TurnusärztInnen dar, von der Spitalsärzteschaft waren knapp 48 % der Belegschaft Frauen (IFES 2010). Dass die Frauen in der Ärzteschaft, obwohl sie also in Krankenhäusern fast die Hälfte ausmachen, beim Verdienst weit hinter ihren männlichen Kollegen liegen, sei ein Detail am Rande und rührt daher, dass Ärztinnen vor allem in nicht so prestigereichen Fächern anzufinden sind. In prestigereichen Fächern wie Innere Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe, die eher invasiv, operativ und technikorientiert sind und günstige Zuverdienstmöglichkeiten bieten, ist der Anteil der Frauen noch immer unterrepräsentiert (vgl. Gutierrez-Lobos, Fischer 2002).

Insgesamt haben sich jedoch die strukturellen Rahmenbedingungen des von Stein formulierten Doctor-Nurse-Games grundsätzlich verändert, indem heute vor allem innerhalb der jungen Turnusärzteschaft der Anteil der Frauen überwiegt und deren Geschlechterrolle nicht selten mit der traditionell nach dem männlichen Vorbild geprägten Professionsrolle (Davies 1996) konfligieren.

Aber auch innerhalb der Pflege gibt es entscheidende Veränderungen. Sie ist heute im Gegensatz zu den 60er Jahren des vorherigen Jahrhunderts, als das Doctor-Nurse-Game formuliert wurde, keine reine Frauendomäne mehr. Insgesamt waren 2007 in den gehobenen Diensten für Gesundheits- und Krankenpflege 13,0% Männer tätig, wobei auch hier zu beobachten ist, dass Männer eher in die prestigereicheren Fächer drängen. So lag der Männeranteil in

der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege bei nur 12,2%, in der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege jedoch bei 36,5%. In der traditionell weiblichen Domäne der Kinder- und Jugendlichenpflege waren nur 1,5% aller Beschäftigten im Pflegebereich Männer (Statistik Austria 2007: 45).

Für eine Beschäftigung mit den Strategien der Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus ist dabei der stetig zunehmende Frauenanteil innerhalb der Ärzteschaft und der langsam und kontinuierliche Anstieg der Männer in der Pflege ein wichtiges Kontextwissen.

Im Folgenden sollen Ergebnisse der Genderforschung rekapituliert werden, die das Konfligieren von Berufs- und Geschlechterrolle im Setting herausstreichen.

Eine jüngere Studie von Kirsten SANDERS (2008) greift das von STEIN (1967) skizzierte Doctor-Nurse-Game auf und fragt, welche Relevanz das Geschlecht bei der Zusammenarbeit von Krankenschwestern, Pflegern und ÄrztInnen hat. Sie geht dabei vor allem auf Situationen ein, bei denen die professionellen Rollen den Genderrollen widersprechen. Dabei behandelt sie jedoch nicht die eher offenkundige Diskrepanz zwischen professioneller Rolle als Ärztin und Geschlechterrolle als Frau, sondern die ein wenig subtilere, jedoch auch vorhandene Diskrepanz zwischen professioneller Rolle als Arzt und Geschlechterrolle als Mann. Denn obwohl die Profession Ärzteschaft sehr männlich konnotiert ist, widerspricht die Rollenausführung des professionellen Arztes dennoch in manchen Situationen den Rollenanforderungen der eigenen Geschlechterrolle als Mann.

Ähnlich der vorliegenden Arbeit hat SANDERS mit teilnehmender Beobachtung und teilstrukturierten Interviews gearbeitet, theoretisch stützt sich die Arbeit jedoch auf das rahmenanalytische Konzept von GOFFMANN (1977). SANDERS möchte dabei jene Situationen verorten, die geschlechtsneutral professionell sind und jene, bei denen das Geschlecht ins Spiel kommt. Eindrucksvoll wird hier ein Beobachtungsprotokoll einer teilnehmenden Beobachtung mit Hilfe der Goffmann'schen Terminologie analysiert. Die von SANDERS beobachtete Situation findet am Krankenbett einer bettlägerigen Patientin statt, welche am

Gesäß eine wunde Stelle (Decubitus) aufweist, die eine Krankenschwester dem diensthabenden Oberarzt bei der Visite zeigen möchte. Es sind in diesem Fall nur weibliche Krankenschwestern und männliche Ärzte im Zimmer anwesend. Die Krankenschwester bietet daraufhin einem Stationsarzt Handschuhe an – eine Geste mit der sie ihm bedeutet, dass er ihr helfen soll, die Patientin umzudrehen. Der Stationsarzt zieht daraufhin seinen Arztkittel aus und krempelt sich seine Hemdärmeln nach oben und hebt die Patientin zur Seite. Die anderen Ärzte lachen und der Oberarzt macht einen Witz und meint in Bezug auf das Nichtbenutzen der Handschuhe des Stationsarztes „*Doktor Teufert fasst alles an.*“ (Sanders 2008: 11). Als Kontextinformation ist es wichtig zu verstehen, dass es normalerweise Aufgabe der Pflege ist, einen Patienten zu heben beziehungsweise ihn umzulagern. Andererseits wäre es in einem zweigeschlechtlichen Rahmen aber unhöflich, wenn eine Gruppe Männer einer Frau bei einer schweren Hebearbeit unbeteiligt zusehen würde. Der Stationsarzt, der von der Krankenschwester aufgefordert wurde zu helfen, ist deswegen in einer schwierigen Situation, in der er unterschiedlichen Rollenerwartungen gerecht werden muss. Als Arzt ist es nicht seine Aufgabe, pflegerische Tätigkeiten zu übernehmen und dies würde auch seine medizinische Professionalität in Frage stellen, andererseits wird von ihm als Mann erwartet, dass er seine Männlichkeit, dargestellt in Form von Kraft, die es ihm ermöglicht jemanden zu heben, zeigt. Er löst dies, indem er sich seiner professionellen Rolle entledigt und seinen Arztkittel auszieht. Wie dieses Beispiel von SANDERS zeigt, scheint es in dieser Situation unmöglich zu sein, beide Rollenerwartungen zugleich zu erfüllen. (Sanders 2008)

Jenes Beispiel von SANDERS (2008) veranschaulicht dabei, inwiefern die Gender- und die Professionsgrenzen einander konfliktieren. Es handelt sich dabei um eine beobachtete Interaktion eines männlichen Arztes mit einer weiblichen Krankenschwester, in der seine Professionsrolle durch die ihn auch zugelegte Rolle als Mann unterminiert wurde.

Karen DAVIES (2003) beschäftigte sich in einer qualitativen Studie auf einer Chirurgie in Schweden auch mit der Bedeutung des Geschlechts innerhalb der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege. Dabei widmete sie sich aber, ganz im Trend einer bereits erwähnten Entwicklung eines zunehmenden Frauenanteils innerhalb der Ärzteschaft, vor allem mit der Situation weiblicher

Ärztinnen und deren Beziehung zu weiblichen Krankenschwestern. Im Kontext einer von DAVIES (2003) konstatierten Deprofessionalisierung, Proletarisierung und eines Disempowerments der Ärzteschaft bei gleichzeitigen Professionalisierungstendenzen der Pflege sollte der Frage nachgegangen werden, wie die Beziehung zwischen weiblichen Ärztinnen und Krankenschwestern ausgehandelt wird und welche Bedeutung dabei dem „body“ zukommt (Davies 2003: 722). Während die Pflege früher als rein weibliche Tätigkeit gesehen wurde, deren wichtigstes Attribut die Bereitschaft zu „care“ war (siehe dazu Kapitel 2) und Weiblichkeit immer in Verbindung mit Abhängigkeit und Unterordnung stattfand, konnte eine Arzt-Krankenschwester-PatientIn Triade noch verglichen werden mit der Familientriade **Vater-Mutter-Kind**. In diesem Familienspiel kommt dem männlichen Arzt die Rolle des Vaters, der weiblichen Krankenschwester die Rolle der Mutter und den PatientInnen die Rolle der unmündigen Kinder zu. Karen DAVIES (2003) weist darauf hin, dass die Professionen Ärzteschaft und Pflege ganz klar nach den Prinzipien der Männlichkeit und Weiblichkeit konstruiert sind und dass es deswegen für weibliche Ärztinnen schwierig ist, in diesem Setting, das durch männliche Ideale definiert ist und das ihre eigene konstruierte Weiblichkeit in Frage stellt, einen Platz zu finden. (Davies 2003: 725)

Celia DAVIES (1996) geht noch weiter und meint, dass das Konzept jeglicher Professionen und insbesondere der Ärzteschaft als Prototyp einer Profession insgesamt an männlichen Werten und Idealen festgemacht ist. Das Fundament einer jeden Profession ist unausweichlich mit einem männlichen Ideal verbunden. Auch die Pflege ist durch dieses männlich geprägte Verständnis einer Profession laut Celia DAVIES (1996) in ihren Professionalisierungstendenzen in Bedrängnis, da die Eckpfeiler einer Profession, Spezialisierung, herausragendes Können und Unpersönlichkeit, schwer mit dem Eckpfeiler ihrer Tätigkeit, nämlich der ganzheitlichen Pflege unter dem „care“ Aspekt, vereinbar ist.

In Karen DAVIES (2003) Fallstudie auf einer schwedischen Chirurgie wurde den weiblichen Chirurginnen aufgrund ihres Körperbaus von den männlichen Kollegen eine geringere Belastbarkeit zugeschrieben. Die Genderstereotypisierung funktioniert meist zu Gunsten der Männer und schlägt vor, dass sie in einem bestimmten Feld kompetenter sind. Nicht selten wird auf der Chirurgie schlicht und

einfach mit der Ausgestaltung des weiblichen Körpers argumentiert, der diesen Belastungen während körperlich fordernder Operationen, wie Hüftoperationen, nicht gewachsen sei. Das chirurgische Operationswerkzeug ist nach Meinung von DAVIES schlecht für kleinere Körper designt und so mussten sich in DAVIES Fallstudie weibliche Chirurgen bei gewissen operativen Vorgängen auf Stockerl stellen um die PatientInnen bequem erreichen und somit sicher operieren zu können. Chirurgen hatten dadurch oftmals den Eindruck, dass sie mit ihren Körpern nicht zu ihrem Arbeitssetting passten, ihre Strategie, dieses „Nichtpassen“ auszugleichen war dann, an sich selbst den Anspruch zu haben, nicht nur gute Chirurgen zu sein, sondern besser als der Durchschnitt zu werden (Davies 2003: 743f).

In der, von DAVIES (2003) durchgeführten, Fallstudie meinen Krankenschwestern in ihren Interviews, dass es ihnen egal ist, ob sie mit einem männlichen Arzt oder einer weiblichen Ärztin zusammenarbeiten, doch gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass es weibliche Ärztinnen am Beginn ihrer Arbeit auf den Stationen schwieriger haben als männliche Kollegen, wenn sie sich den Krankenschwestern überlegen fühlen. Dieses sich-überlegen-Fühlen also „doing dominance“ weiblicher Ärztinnen wird von den Krankenschwestern nicht akzeptiert. Falls eine Ärztin Autoritätsprobleme hat und zu bestimmend oder zu hart ist, so wird sie durch Krankenschwestern viel härter behandelt als männliche Ärzte. DAVIES geht sogar so weit, dass sie diese Ablehnung von Seiten der Krankenschwestern als für alle Hierarchiepositionen innerhalb der Ärzteschaft gelten lassen will. (Davies 2003: 731).

Eine, im Rahmen der von DAVIES (2003) durchgeführten Fallanalyse gefundenen, Strategie von Seiten der weiblichen Ärztinnen hinsichtlich dieser Sanktionierung von „doing dominance“ von Seiten der Pflege ist, eine Allianz mit der Pflege anzustreben. Ärztinnen, die in ihrem Alltag auch dem „doing dominance“ ihrer männlichen Kollegen ausgesetzt sind und die die tägliche Bevorzugung von taffen Männern für chirurgische Operationen von Seiten der männlichen Oberärzte erleben, empfinden sich selbst nicht selten als Outsider und wollen sich daher mit den anderen noch im Setting arbeitenden Frauen, den Krankenschwestern, verbünden, um sich gegen das männlich geprägte Umfeld zur Wehr zu setzen. (Davies 2003: 732)

DAVIES (2003) argumentiert, dass in jeglicher Interaktion zwischen den beiden Berufsgruppen Ärzteschaft und Pflege das Geschlecht der beteiligten Interaktionspartner immer mitbedacht werden muss und weist auf die besondere Bedeutung von Geschlecht als interaktionsstrukturierendes Merkmal hin, das so weit geht, dass es Interaktionen schier verunmöglicht, wenn man das Geschlecht des Gegenübers nicht ausmachen kann (Davies 2003: 728).

Für eine Beschäftigung mit dem Thema Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus legen diese ausgewählten Erkenntnisse der angewandten Genderforschung im Setting Krankenhaus nahe, dass bei jeglicher Analyse der Interaktionen zwischen ÄrztInnen und Krankenschwestern bzw. Pflegern das jeweilige Geschlecht der InteraktionspartnerInnen mitbedacht werden muss. Als wichtige **Kontextinformation für die vorliegende Arbeit** können die Argumente von SANDERS (2008) und DAVIES (2003) folgendermaßen zusammengefasst werden: Obwohl **Professionen** weitgehend von **männlichen Idealen** geprägt sind, kann es laut SANDERS (2008) auch bei männlichen Ärzten im Rahmen ihrer Tätigkeit im Krankenhaus zu **Rolleninkompatibilitäten** zwischen ihrer männlichen Rolle und ihrer professionellen Rolle kommen. Dies legt den Schluss nahe, dass die ihnen zugeschriebene Geschlechterrolle nicht nur bei weiblichen Ärztinnen sondern auch bei ihren männlichen Kollegen manchmal mit der professionellen Rolle als Arzt oder Ärztin unvereinbar scheint. DAVIES (2003) weist dahingegen auf die besondere Rolle von weiblichen Ärztinnen hin, die es noch schwerer als die Männer haben, ihre professionelle Rolle und ihre Geschlechterrolle in Einklang zu bekommen. Dabei sind Ärztinnen in der Zusammenarbeit mit der Pflege im Nachteil gegenüber ihren männlichen Kollegen, da die **Pflege ein dominantes Verhalten von Geschlechtsgenossinnen weniger toleriert als bei Männern**. Eine von DAVIES (2003) konstatierte Strategie der Ärztinnen ist, sich mit der Pflege gegen die restlichen männlichen Ärzte zu verbünden, oder sich den Respekt und die Kooperationsbereitschaft durch hervorragende Leistungen und den Willen „besser als der Durchschnitt“ sein zu wollen, zu verdienen.

3.4.2. Die Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege - eine Negotiated Order?

Eine weitere Möglichkeit, sich dem Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus zu nähern, ist die Perspektive der „Negotiated Order“. Negotiated Order ist dabei ein Begriff, der durch Anselm STRAUSS (1988) größere Verbreitung innerhalb der Soziologie erfuhr. STRAUSS geht davon aus, dass jegliche soziale Ordnung immer mit irgendeiner Form der Verhandlung einhergehen muss, auch wenn diese soziale Ordnung extrem repressiv ist (Strauss 1988: IX). Neben negotiations, also Verhandlungen, nennt er noch folgende fünf andere Möglichkeiten, soziale Ordnung herzustellen und zwar „persuading, educating, manipulating, appealing to the rules or to authority and coercion“ (Strauss 1988: X). Er räumt jedoch ein, dass es in unterschiedlichen Kontexten unterschiedliche Prioritäten in der Methode zur Herstellung sozialer Ordnung gibt, Verhandlungen dabei aber immer ein Teil davon sind, auch wenn diese in einem konkreten Kontext nicht die Hauptmethode sind. Außerdem stellt er das theoretische Paradigma auf, dass soziale Ordnungen immer in irgendeiner Weise ausverhandelte Ordnungen sind (Strauss 1988: XI). Strauss wandte diesen negotiated order approach bereits auf das Krankenhaussetting an und führte in seiner Analyse von kontinuierlichen Arbeitsbeziehungen in Organisationen als Beispiel die empirische Studie an einer experimentellen psychiatrischen Station von Rue BUCHER und Leonhard SCHATZMANN (1964) an, die in den 1960er Jahren durchgeführt wurde. Im Kontext einer neu entstehenden Abteilung wurden Behandlungsarten und Normen im Umgang mit PatientInnen kontinuierlich innerhalb des professionellen ärztlichen wie pflegerischen Personals ausverhandelt (Strauss 1988: 107-122).

SVENSSON (1996) und ALLEN (1997) wenden diese Perspektive auf die Untersuchung der Beziehung zwischen ÄrztInnen und Krankenpflegepersonal an. Nach Meinung von SVENSSON (1996) wurde das von STEIN (1968) konstatierte Doctor-Nurse-Game, bei dem die interprofessionelle Beziehung von subtilen, nichtoffenen und daher nicht verhandelbaren Spielen geprägt ist, aufgrund veränderter Rahmenbedingungen in den nordeuropäischen Ländern, die mit einem Disempowerment der Ärzteschaft und einem Empowerment der Pflege einhergeht, obsolet. Die Metapher des Doctor-Nurse-Games als Werkzeug zu

einem besseren Verständnis des Verhältnisses zwischen Ärzteschaft und Pflege ist nach Meinung von SVENSSON (1996) in einem modernen Gesundheitssystem daher nicht mehr geeignet. Stattdessen wird der Fokus auf das Ausverhandeln von Macht gelenkt und die Perspektive der negotiated order zur Analyse der Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus als theoretische Basis vorgeschlagen (Svensson 1996: 380).

Der Hauptprämisse des Negotiated Order Approach, dass Verhandlungen für ein Verständnis von sozialen Organisationen unumstößlich sind und dass alle sozialen Ordnungen ausgehandelte Ordnungen sind, folgert logisch, dass Verhandlungen in allen Kontexten hervortreten, die nicht zu hundert Prozent durch Regeln definiert sind: Ein Kontext der auch auf die Situation auf den Stationen von Krankenhäusern zutrifft. SVENSSON (1996), dessen Arbeit auf eine empirische Untersuchung in Schweden basiert, argumentiert, dass die Position der Pflege heute bei diesen interprofessionellen Verhandlungen um einiges stärker ist als in jener Zeit, in der STEIN (1968) seine Doctor-Nurse-Game Metapher aufstellte. Einerseits wurde durch das Ansteigen von chronischen Krankheiten die Bedeutung um das soziale Wissen über die PatientInnen, von dem die Pflege aufgrund des intensiven Kontakts ausreichend verfügt, gesteigert und somit die Pflege aufgewertet. Das umfangreiche Wissen über den Zustand der PatientInnen ist somit ein wesentlicher Machtfaktor der Pflege in den Verhandlungen mit den ÄrztInnen. Andererseits wurde durch eine Reorganisation der Arbeitsprozesse mit Teampflege der direkte Kontakt der Pflegepersonen mit den ÄrztInnen ohne Umwege über eine Stationschwester vermehrt und somit eine direkte und gegenseitige Kommunikation zwischen den beiden Berufsgruppen ermöglicht (Svensson 1993: 385).

Auch andere Studien weisen immer wieder auf die hierarchiekürzende und kommunikationsfördernde Wirkung einer Teampflege bzw. damit einhergehend einer anderen Art der Visitierung hin (vgl. DAVIES 2003).

Im nordischen Raum ist es üblich, Visiten in Form von Tischvisiten durchzuführen, also die PatientInnenakten im Rahmen einer interprofessionellen Teamsitzung einzeln zu besprechen und nicht mehr mit der Stationschwester und dem Oberarzt vor dem Patienten. Die kontextuale Rahmenbedingung der Tischvisiten ermöglicht laut SVENSSON (1996) auch neue Formen des Aufeinandertreffens

der Basispflege mit der Ärzteschaft, indem dadurch persönlichere, informellere und weniger statusbasierende Interaktionen zwischen diesen Berufsgruppen ermöglicht werden und der Pflege bei Verhandlungen eine höhere Einflussmacht auf das Normen- und Wertesystem der Stationen eingeräumt werden kann (Svensson 1996: 386).

Ein wichtiges Setting für Verhandlungen zwischen ÄrztInnen und Krankenschwestern bzw. Pfleger ist nach SVENSSON (1996) die Entlassung von PatientInnen. Formal obliegt die Entscheidung über eine Entlassung der Ärzteschaft, doch die Pflege bereitet die Entlassung vor und liefert wichtige Informationen über den Zustand der PatientInnen. In den von SVENSSON (1996) durchgeführten Interviews mit Pflegepersonen meinen diese, dass sie vor allem die Interessen der PatientInnen im Fokus haben und auch deren soziale Situation zu Hause mitbedenken, die ÄrztInnen jedoch rein medizinische Kriterien für eine Entlassungsentscheidung andenken. In der Praxis wird dabei der Zeitpunkt der Entlassung zwischen Ärzteschaft und Pflege ausgehandelt, wobei die Pflege im Sinne der PatientInnen längere Aufenthaltsdauern befürwortet. In den Verhandlungen gibt es von Seiten der Pflege daher die Strategie, das Leid der PatientInnen in ihren Schilderungen ein wenig zu übertreiben, um damit noch einige Tage Aufenthalt herauszuhandeln. Ausgang der Verhandlungen ist dabei oft eine Kompromisslösung, bei der die ÄrztInnen der Krankenschwester oder dem Pfleger zugestehen, dass ein Patient/ eine Patientin „halt noch einen Tag“ bleiben kann. Schwierig wird es für die Pflege, wenn ÄrztInnen, ohne zuvor die pflegerische Meinung einzuholen, mit den PatientInnen vereinbaren, dass diese sofort nach Hause dürfen, da der damit verbundenen organisatorische Aufwand einer Entlassung oftmals nicht mehr ohne Planung am selben Tag vorstatten gehen kann und die Pflege dann mit der schlechten Nachricht einer Unmöglichkeit der sofortigen Entlassung an die PatientInnen herantreten muss (Svensson 1996: 387f).

Nach SVENSSON (1996) nimmt die **Pflege** auch zunehmend die **Rolle des Kontrolleurs der Ärztarbeit** ein. Dies umfasst einerseits eine Kontrollfunktion der medizinischen Arbeit, bei der zum Beispiel wiederholt fahrlässiges Handeln der ÄrztInnen von Pflegekräften beim Oberarzt /bei der Oberärztin zur Sprache gebracht wird. ÄrztInnen, die sich vor Gesprächen mit PatientInnen sträuben, da

sie diesen eventuell schlechte Prognosen übermitteln müssen, werden von der Pflege auch direkt aufgefordert, mit den PatientInnen zu sprechen. Die Pflege wirkt dabei nach SVENSSON massiv an der Entwicklung eines, für die jeweilige Station gültigen, Normensystems für den Umgang mit PatientInnen mit (Svensson 1996: 392).

Ein großer Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit ist jedoch nach SVENSSON (1996) noch weitgehend unregelt: und zwar, welche Berufsgruppe was genau und in welchem Ausmaß macht. Dies betrifft vor allem den Bereich des „Service Works“, also weder rein medizinische noch rein pflegerische Tätigkeiten, sondern Sekretärsarbeit, wie Telefonate tätigen, Papiere vorbereiten und Unterschriften von formal Zuständigen einholen. ÄrztInnen, die selbst in der Pflege gearbeitet haben und daher den Ablauf der Pflege kennen, sind eher bereit, Teile dieser Arbeit zu übernehmen. SVENSSONs These ist, dass, je mehr eine Krankenschwester oder ein Pfleger bereit ist, den Großteil dieser Arbeit zu übernehmen, desto besser seine/ihre Chancen bei Verhandlungen mit den ÄrztInnen in anderen Bereichen (Svensson 1996: 393) sind.

Ein, von SVENSSON genannter und auch in der vorliegenden Fallstudie immer wieder anzutreffender, Problembereich innerhalb der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege ist die formale Notwendigkeit einer ärztlichen Unterschrift unter jeder Anordnung, die in der Praxis nicht immer möglich ist. (siehe dazu Kapitel 5.3.). Rechtlich muss die Anordnung unterschrieben sein, bevor die Pflege diese durchführt und zum Beispiel Schlafmittel oder Schmerzmittel verabreicht. Da diese Anordnungen oft jedoch nur mündlich, im Nachtdienst meist nur telefonisch, gegeben werden, werden diese erst im Nachhinein von den ÄrztInnen unterschrieben und meist muss die Pflege den ÄrztInnen wegen dieses Formakts nachlaufen. Versuche, diese formale Regel in der Realität zu leben und wirklich nur dann Medikamente auszugeben, wenn die Unterschrift getätigt wurde, scheitern meist an der unmittelbaren Konfrontation der Pflege mit dem Leid der PatientInnen, da diese hier die Leidtragenden sind, weil sie auf ihre Behandlung warten müssen wenn eine Unterschrift fehlt. SVENSSON (1996) argumentiert, dass die PatientInnen die Opfer sind, wenn Verhandlungen fehlschlagen, die Pflege jedoch insofern in ihrer Verhandlungsposition geschwächt ist, weil sie sich durch die Nähe zu den PatientInnen mehr mit deren Leid und Schmerz

identifizieren kann und so in manchen Fällen auf ein rigoroses Einhalten der formalen Regeln zu Ungunsten ihrer eigenen rechtlichen Absicherung verzichtet. Sobald die PatientInnen zu leiden beginnen, übernimmt die Pflege innerhalb der Arbeitsteilung mit den ÄrztInnen oft mehr als sie eigentlich müsste und schwächt somit ihre eigene Verhandlungsposition (Svensson 1993: 394).

Im rein medizinischen Bereich, also jenem Bereich, bei dem es um das **Verschreiben von Medikamenten** und der eventuellen Entscheidung für eine Absetzung eines Medikamentes oder eines Wechsels eines Medikaments geht, räumt SVENSSON (1996) Verhandlungen von Seiten der Pflege jedoch keine Möglichkeit ein und meint, dass hier noch immer das **alte Doctor-Nurse-Game nach Stein gilt**. Obwohl formal für den medizinischen Bereich nicht zuständig, geben erfahrene Pflegepersonen auch in seiner Studie ihre Meinungen und Anfragen innerhalb der Medikamentenvergabe kund, jedoch nicht in einer Form des Aushandelns über die Vergabe sondern in Form von Vorschlägen oder Fragen (Svensson 1996: 390).

Bei Entscheidungen, die die PatientInnen betreffen, und hier vor allem beim Entlassungsmanagement, hat die Pflege einen Einfluss auf die Verhandlungen. Weiters hat sie einen großen Einfluss auf die Normen der Patientenkontakte in einer Station. Die Arbeitsteilung jedoch kann die Pflege mit der Ärzteschaft kaum aushandeln und muss im Sinne der PatientInnen, mit deren täglichem Leid sie immer konfrontiert ist, weiterhin einen Großteil der Service-Arbeit machen. (Svensson 1996: 396).

Als wichtigste Kritik an SVENSSONs (1996) Studie kann man anmerken, dass er eine Analyse einer Negotiated Order nur Anhand von Interviewmaterial durchführte. Er selbst weist schon auf dadurch entstandene Schwierigkeiten hin, da er Interaktionen zwischen ÄrztInnen und Pflegekräften nicht direkt beobachtet hat, sondern sich seine Ergebnisse rein auf die Erzählungen von 45 Pflegepersonen stützen. Er erhob somit auch nur eine einseitige Sicht der Pflegepersonen über ihre Möglichkeit des Verhandeln mit der Ärzteschaft und nicht die Perspektive der ÄrztInnen.

Davina ALLEN (1997) versucht, diese Einseitigkeit des Datenmaterials zu beseitigen und führt in ihrer Studie zu einer Negotiated Order Perspective

zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus neben Interviews auch einige Monate teilnehmende Beobachtung durch. Auch ihre, in Großbritannien durchgeführte, Fallstudie hat jedoch einen leichten Pflege-Bias, da sie selbst auch aus der Pflege kommt und während der Zeit der teilnehmenden Beobachtung zwar nicht als Krankenschwester angestellt war, jedoch immer wieder den Pflegepersonen bei der teilnehmenden Beobachtung zur Hand ging. Während ich in der vorliegenden Studie mit meiner mir zugeordneten Rolle als Famulantin mit meiner Uniform des weißen Kittels klar der Ärzteschaft zugeteilt wurde, kam Allen in ihrer Untersuchung somit eher die Rolle einer Krankenschwester zu. Diesen Pflegebias sieht man auch an den, ergänzend zu den teilnehmenden Beobachtungen durchgeführten, Interviews, bei denen ein Großteil mit Pflegepersonen durchgeführt wurde. (Allen 1997: 502).

Ergänzend zu SVENSSON (1996) sieht ALLEN (1997) in der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege eine wesentliche Veränderung innerhalb der Arbeitsaufteilung auf den Stationen, die mit einer zunehmenden Übernahme leichter medizinischer Tätigkeiten von Seiten der Pflege einhergeht. Diese Tendenz mit all ihren damit einhergehenden Problemen (kaum rechtliche Absicherung etc.) und Lösungsstrategien wird auch in der vorliegenden Fallstudie sichtbar. Die Übernahme medizinischer Tätigkeiten wird nach ALLEN (1997) von der Pflegeseite gespalten betrachtet, da es einerseits eine qualitative Aufwertung ihres Tätigkeitsspektrums bedeutet, jedoch andererseits natürlich Zeit kostet, die dann beim eigentlichen Kernaufgabenfeld der Pflege, nämlich zu pflegen, fehlt. Da diese fehlende Zeit nicht durch zusätzliche Anstellung von Pflegepersonen kompensiert wird, wird diese qualitative Aufwertung sehr ambivalent gesehen (Allen 1997: 504).

Obwohl in den von ALLEN durchgeführten Interviews die Pflegepersonen davon sprechen, dass sie die einfachen medizinischen Tätigkeiten, wie zum Beispiel die Gabe intravenöser Antibiotika oder das Setzen intravenöser Kanülen nur dann übernehmen, wenn sie in ihrem Pflegeablauf genügend Zeit haben, beobachtet ALLEN in der täglichen Praxis, dass die Pflege solche Tätigkeiten immer übernimmt, auch wenn es ihr Zeitplan eigentlich nicht erlauben würde (Allen 1997: 506). Weiters weist sie darauf hin, dass in der täglichen Praxis kaum Konflikte und offene Verhandlungen zwischen Ärzteschaft und Pflege auf den Stationen

vorkommen, obwohl diese in den Interviews berichtet wurden und stellt so die These auf, dass die Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege eine **Non Negotiated Order** ist, da, wie soeben beschrieben, die Arbeitsteilung zwar neu bestimmt wurde und die Pflege nun medizinische Tätigkeiten übernimmt, dies jedoch nicht offen ausverhandelt wird. So kann sie im Rahmen ihrer Beobachtungen keine offenen Konflikte mit der Ärzteschaft in der täglichen Arbeitspraxis feststellen und führt dies vor allem auf den Arbeitskontext zurück. Während die Pflege fix Stationen zugeteilt ist, sind die ÄrztInnen immer am Fluktuieren, einerseits durch ihre mehr oder weniger kurzen Aufenthalte auf den Stationen im Turnus, andererseits dadurch, dass viel weniger ÄrztInnen für viel mehr PatientInnen zuständig sind und diese während ihres Dienstes auch unterschiedlichen Stationen zugeteilt sind. Dadurch haben Pflegepersonen ein viel größeres Wissen über die Abläufe auf den Stationen und geben den ÄrztInnen nicht selten Ratschläge in Bezug auf unterschiedliche Aspekte der Krankenhauspraxis. Entgegen der formalen Zuständigkeit geben erfahrene Pflegepersonen auch Ratschläge bei JungärztInnen bezüglich Diagnosen und Verschreibungen. ALLEN (1997) stellt somit die These auf, dass diese Einflussnahme jedoch weit über das von STEIN (1967) konstatierte Doctor-Nurse-Game hinausgeht, da die Pflege durch das Platzrecht auf den Stationen die Schlüsselaspekte der medizinischen Praxis und Ausbildung wesentlich mitgestaltet. ALLEN (1997) prägt dabei den Begriff des „**Non Negotiated Boundary Blurring**“ von Seiten der Pflege und versteht darunter jene Logik aufgrund derer die Pflege medizinische Tätigkeiten übernimmt, diese jedoch nicht offen ausverhandelt. Als Beweggrund für diese Strategie der Pflege ist vor allem der Wunsch einer Kontinuität innerhalb der PatientInnenbetreuung genannt. Wenn die Pflege auf eine Verordnung oder eine Unterschrift der ÄrztInnen lange warten muss, leiden einerseits die PatientInnen und andererseits ist die Pflege im Voranschreiten ihrer Arbeitsabläufe behindert. Daher nimmt sie im Sinne der PatientInnen und ihres eigenen kontinuierlichen Arbeitsflusses dieses rechtliche Zuwiderhandeln in Kauf. Grenzüberschreitungen der Pflege in medizinisches Territorium sind in ALLENS (1997) Fallstudie zum Beispiel das Durchführen von diagnostischen Bluttests an PatientInnen um die für eine Arztkonsultation schon als relevant betrachteten Werte parat zu haben oder wenn der Verdacht besteht, dass die PatientInnen aufgrund ihres äußeren Erscheinens an Blutarmut leiden.

Andere Beispiele der Grenzüberschreitung sind die Verabreichung von Kochsalzlösungen nach der Gabe von Antibiotika und das Austeilen von üblichen Medikamenten ohne Anordnung durch ÄrztInnen mit einer nachträglichen Bitte, dieses Medikament im Nachhinein zu verschreiben (Allen 1997: 511).

Diese Grenzüberschreitungen der Pflege in medizinisches Territorium werden vor allem von erfahreneren Pflegepersonen übernommen (Allen 1997: 512). Obwohl die medizinische Diagnose formal klar in den Aufgabenbereich der ÄrztInnen fällt, weist schon GAMARNIKOW (1991) darauf hin, dass die Pflege insofern bereits diagnostische Aufgaben erfüllt, indem sie die PatientInnen in Gruppen einteilt, die medizinisch relevant sind oder nicht (Garmarnikow 1991 zit. nach Allen 1997: 511). Die Grenze zwischen rein pflegerischer und medizinisch diagnostischer Arbeit ist daher schon von jeher etwas verschwommen.

ALLEN's Hauptthese ist somit, dass die Ordnung auf den Stationen im Krankenhausalltag keine, wie von SVENSSON (1996) konstatierte, „Negotiated Order“ ist, also eine auf face-to-face Kontakt basierende Aushandlung, sondern dass es zwar Änderungen innerhalb der organisatorischen Strukturen in der Krankenhauspraxis gibt, diese jedoch auf ein „Non-Negotiated Boundary Blurring“ basieren (Allen 1997). Diese, nicht ausverhandelte, Grenzverwischung zwischen dem Betätigungsfeld der Pflege und der Ärzteschaft bietet für die Pflege drei wesentliche Vorteile: Einerseits wird dadurch ihre lokale Autonomie von den ÄrztInnen vergrößert, da sie nicht ständig auf die Anwesenheit von ÄrztInnen warten müssen, andererseits kann mit Hilfe ihrer Grenzüberschreitung eine kontinuierliche Pflege der PatientInnen gewährleistet werden und zu guter Letzt kann damit zwischenmenschliche Spannung zwischen einzelnen ÄrztInnen und Pflegepersonen vermieden werden (Allen 1997: 513).

Zusammenfassend gehen sowohl SVENSSON (1996), der seine Untersuchung in einer schwedischen Krankenanstalt durchführte, wie auch ALLEN (1997), die ihre Untersuchung in einer britischen Krankenanstalt durchführte, von verbesserten Ausgangsbedingungen für die Pflege innerhalb ihrer Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft aus. Ein Doctor-Nurse-Game, das subtile, manipulative, nicht direkte Vorschläge von Seiten der Pflege beinhaltet, sei demnach obsolet geworden. Während SVENSSON davon ausgeht, dass die Pflege sich nun vieles innerhalb ihrer Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft offen ausverhandelt, konstatiert ALLEN,

dass die Pflege nun zwar viele ärztliche Bereiche übernimmt, diese seien jedoch nicht offen ausverhandelt, sondern die Grenzen zwischen den Professionen verschwimmen nun. In Kapitel 6 wird sowohl der Aspekt des von SVENSSON konstatierten Ausverhandelns wie des von ALLEN beschriebenen nichtausverhandelten Verschwimmens von Grenzen zwischen Ärzteschaft und Pflege anhand der Ergebnisse und Erfahrungen der vorliegenden Fallstudie diskutiert. Vorwegnehmend aber auch hier bereits der Hinweis, dass die Ausgangsbedingungen der Pflege in den nordeuropäischen Ländern deutlich besser, weil empowerter und professionalisierter als in Österreich, sind.

Interessant für das Forschungsdesign ist weiters, dass ALLEN (1997) in ihrer Arbeit auch auf den wichtigen Mehrwert eines Methodenmixes hinweist, da die Beobachtungen, die sie auf den Stationen durchführte, mit Aussagen aus den Interviews nicht immer übereinstimmten bzw. der Grad an tatsächlichen, offenen Ausverhandlungen in den Interviews viel höher dargestellt wurde. Entgegen SVENSSONS (1996) Hypothese des offenen Ausverhandelns, welche auch in ALLENS (1997) Interviews von Seite der Pflege zur Sprache kam, konnte sie nämlich im Stationsalltag kein offenes Ausverhandlungen oder Konflikte zwischen Pflegekräften und Ärzteschaft beobachten. ALLENS Studie kann somit auch als starkes Argument für den Einsatz unterschiedlicher Erhebungsmethoden im Krankenhaussetting verstanden werden und unterstützt die Sinnhaftigkeit der Kombination der beiden Erhebungsmethoden qualitative Interviews und Beobachtung für die vorliegende Fallstudie.

4. Die Fallstudie

Zwischen Juni und November 2009 konnte ich an einer Internen Abteilung eines österreichischen Krankenhauses auf unterschiedlichen Stationen sowohl teilnehmend beobachten wie auch ergänzend narrative und episodische Interviews führen. Der Weg bis zum Beginn der eigentlichen Erhebung war jedoch nicht immer einfach. So plante ich meinen Einstieg ins Feld eigentlich über die Pflege und wollte an einer – polemisch bezeichneten – „Problemabteilung“ die Strategien der interprofessionellen Zusammenarbeit beobachten, wurde jedoch dann vom ärztlichen Leiter dazu abgeworben, mir eine „Vorzeigeabteilung“ anzusehen und war ab diesem Moment dann der Ärzteschaft zugeordnet, was sich auch darin zeigte, dass ich im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung die Uniform der Ärzteschaft - den weißen Kittel - trug und somit rein optisch der Ärzteschaft zuzuordnen war. Dieser Weg von der ersten Kontaktaufnahme bis zum tatsächlichen Beginn der Erhebung sei im Folgenden kurz geschildert, da er wichtige Informationen für die Rolle, die mir im Feld zugeschrieben wurde, beinhaltet.

4.1. Von der Kontaktaufnahme bis zum Beginn der Erhebung – ein langer Weg

Als ich im Herbst 2008 im DissertantInnenseminar mein Forschungskonzept für diese Dissertation vorstellte und meine KollegInnen bat, mir eventuell beim Herstellen von Kontakten zu Krankenhäusern behilflich zu sein, vermittelte mich eine liebe Kollegin – ihr sei auf diesem Wege gedankt - weiter an eine Pflegedienstleiterin des Krankenanstaltenverbundes (KAV). Diese kontaktierte ich dann telefonisch und sie vermittelte mich daraufhin weiter an die Oberschwester einer Fachabteilung eines Krankenhauses. Sowohl die Oberschwester wie auch deren Stellvertreterin waren nach einem ersten telefonischen Gespräch von meinem Vorhaben, einer Untersuchung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzteschaft, begeistert. Sie räumten aber ein, dass ich dazu noch die Genehmigung des ärztlichen Leiters der Abteilung bräuchte. Wie sich im Rahmen eines ersten längeren telefonischen Gesprächs mit der Oberschwester

und deren Stellvertreterin herausstellte, war die von der Pflegedienstleiterin des KAV vorgeschlagene Abteilung geprägt von einer schwierigen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege. Meine geplante Untersuchung hätte von Pflegeseite daher eine gerngesehene Intervention dargestellt.

Ich rief daraufhin beim ärztlichen Leiter an, in der naiven Hoffnung, dies sei ein Formalakt und er würde mir sofort telefonisch seine Zustimmung geben. Als ich den ärztlichen Leiter dann telefonisch kontaktierte, meinte dieser jedoch, dass er die Entscheidung über eine Zustimmung zu einer soziologischen Untersuchung nicht am Telefon klären könne und dass ich, um mein Anliegen besprechen zu können, persönlich im Krankenhaus vorbeikommen sollte. Mein erster Besuch an der untersuchten Krankenanstalt war dann im Dezember 2008. Als ich dem ärztlichen Leiter nun persönlich mein Forschungsvorhaben kurz skizzierte, meinte dieser, dass die von mir ausgewählte Abteilung nicht so gut für eine Untersuchung geeignet sei, da sich die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege hier schwierig gestalte, ich diese geplante Untersuchung aber gerne auf einer anderen Abteilung – einer Internen Abteilung - durchführen könne, da es da, wie er meinte, „ausgezeichnet funktioniere“. Sein Interesse an einer Untersuchung dieser Abteilung begründete er auch damit, dass er in jüngster Zeit Veränderungen innerhalb der internen Abläufe durchgesetzt hat und er wissen möchte, wie sich diese auf das Alltagsgeschehen auswirken. Da ich aber schon einige telefonische Gespräche mit der Oberschwester der eigentlich geplanten Abteilung geführt hatte, fühlte ich mich dafür verantwortlich, dafür zu kämpfen dort die Untersuchung zu machen. Auch wusste ich, dass ich mir bei der geplanten Abteilung der Unterstützung der Pflege absolut sicher sein konnte. Außerdem es ist prinzipiell gegen meine Grundüberzeugung, einfach aufzugeben wenn es schwierig wird – eine Strategie, die sich aus forschungspragmatischer Perspektive als keine, für das schnelle Beenden der Dissertation, besonders geeignete herausgestellt hat.

Nach diesem Termin mit dem ärztlichen Leiter ging ich noch am selben Tag zur Pflegeleitung der eigentlich geplanten Abteilung, mit der ich bereits telefonisch gesprochen hatte. Auch ihr stellte ich mein Forschungsvorhaben nochmals genauer vor, verwies aber darauf, dass die ärztliche Leitung Bedenken habe, dies an ihrer Abteilung zu erlauben. Die Oberpflegerin war, wie sich schon telefonisch

abgezeichnet hatte, sehr von der Idee einer Untersuchung der interprofessionellen Zusammenarbeit angetan, sie erhoffte sich dadurch eine Verbesserung ihrer Situation, die von ihrer Seite her von einer schwierigen Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen geprägt war. Durch Intervention des ärztlichen Leiters hatte ich noch die Möglichkeit erhalten, auch die Oberschwester der Internen Abteilung am selben Tag zu sprechen, dieser Besuch war sehr kurz und knapp. Ich schilderte innerhalb von fünf Minuten kurz mein Anliegen und daraufhin sagte sie mir, dass sie sich das prinzipiell vorstellen könne, wir aber, im Falle dass es dann so weit sein würde, noch einmal genauer darüber reden sollten. Einstweilen vereinbarte ich mit dem ärztlichen Leiter, dass ich den ärztlichen Direktor des Krankenhauses um Einverständnis für die Untersuchung bitten und dabei anfügen sollte, dass er persönlich dies ausdrücklich wünsche. Nach einigen Versuchen konnte ich den ärztlichen Direktor telefonisch erreichen. Auch er konnte dazu telefonisch keine Zustimmung abgeben und forderte mich auf, diesbezüglich ein e-mail zu senden. Auf dieses e-mail erhielt ich keine Antwort.

Im Jänner kam ein weiteres Treffen mit der ärztlichen Leitung zustande, bei dem ich vor allem die ZuhörerIn war und mir der ärztliche Leiter von den innovativen Veränderungen innerhalb der Abläufe der internen Abteilung erzählte. Es zeichnete sich nun ab, dass er wirklich wünschte, dass ich hier die Untersuchung machen sollte und nicht an der eigentlich geplanten Abteilung. Im Februar 2009 sollte ein Open Space der eigentlich von mir favorisierten geplanten Abteilung stattfinden. Wir beschlossen, dass ich daran teilnehmen sollte. Nach diesem Open Space sollte dann die Entscheidung getroffen werden, ob ich nun an der eigentlich geplanten Abteilung, deren Oberschwester ich nun schon gut kannte und der gegenüber ich mich auch mittlerweile verpflichtet fühlte, oder an der vom ärztlichen Leiter vorgeschlagenen Internen Abteilung forschen durfte.

Im Rahmen meiner Teilnahme am Open Space der eigentlich geplanten Abteilung für meine Untersuchung brachte ich mein Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit im Rahmen von Diskussionsgruppen ein. Interessanterweise besuchten nur ganz wenige Menschen meine von mir gestellte Diskussionsgruppe und ich setzte mich dann nach einiger Zeit zu einer anderen Gruppe. Eine Erklärung dafür mag sein, dass die anderen noch zur Verfügung stehenden möglichen Diskussionsthemen, wie Umgang mit Angehörigen, Würde beim

Sterben etc. konkrete Probleme ansprachen, also direkt an der Alltagswelt der Betroffenen und im Krankenhaus Arbeitenden ansetzten, währenddessen das Thema „interprofessionelle Zusammenarbeit“ doch sehr abstrakt war. Nach diesem, meiner Einschätzung nach sehr gut verlaufenen Open Space erhielt ich dann entgegen meiner Erwartung nach telefonischer Rückfrage eine endgültige Absage für eine Untersuchung an dieser Abteilung. Gleichzeitig wurde ich aber eingeladen, an der „Vorzeigabteilung“, also der Internen Abteilung meine Untersuchung durchzuführen.

Nach dreimonatigem Einsatz für die Möglichkeit einer Untersuchung an einer Abteilung, die mir über die Pflegeseite zugespielt wurde und die sich im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege als schwierig beschreiben lässt, willigte ich dann doch ein die vom ärztlichen Leiter selbst vorgeschlagene Interne Abteilung zu untersuchen. Von dieser wusste ich, dass es hier innovative Veränderungen innerhalb der Abläufe gab (die ÄrztInnen waren nicht fix Stationen zugeteilt, sondern rotierten auf den Stationen) und ich konnte annehmen, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit im Großen und Ganzen recht gut war.

Zu bedenken ist, dass es für die Beantwortung meiner Forschungsfrage eigentlich unbedeutend ist an welcher Abteilung bzw. Station ich mit meiner Forschung beginne, da sich nach einem Sampling, das sich im Sinne der Grounded Theory versteht und das nach theoretischer Sättigung abzielt, möglichst große und möglichst kleine Unterschiede in den als relevant befundenen und in der Analyse heraustretenden Einflussfaktoren auf die interprofessionelle Zusammenarbeit anzustreben sind. Ob ich nun auf einer Abteilung bzw. konkret auf einer Station mit meiner Erhebung beginne, die als „Problemabteilung“ charakterisiert wird oder als „Vorzeigabteilung“ ist demnach sekundär.

Wichtig ist zusammenfassend aber, dass nun nicht nur die Art der Abteilung (Problem- versus Vorzeigabteilung) für meine Erhebung geändert wurde, sondern viel zentraler war, dass sich die Art des Zugangs, nämlich einen Gatekeeper über die Ärzteschaft zu haben und nicht wie geplant über die Pflege, geändert hat. Wenn man als junge Soziologin die Möglichkeit bekommt, in ein, nach außen doch sehr geschlossenes, Beobachtungsfeld wie die Organisation Krankenhaus Einblick zu erhalten „nimmt man was man kriegen kann“ zumal auch

mein Engagement an der von der Pflegeseite als Gatekeeper erhaltene „Problemabteilung“ untersuchen zu können, fruchtlos geblieben war.

Ab diesem Zeitpunkt war klar, dass meine Untersuchung von der Ärzteschaft unterstützt werden würde, weil es der „Chef“ wünschte, die Pflege trug die Entscheidung dahingegen nur mit. Dies wurde besonders am ersten Tag an meiner Basisuntersuchungsstation sichtbar, als mir die Stationsschwester erklärte, dass sie von meiner Anwesenheit erst fünf Minuten vor meiner Ankunft erfuhr und dies über ihren Kopf hinweg entschieden wurde, sie also gar nicht die Möglichkeit gehabt hätte, dazu nein zu sagen. Der ärztliche Leiter als Gatekeeper definierte somit im Wesentlichen die Rolle, die mir im Feld zukam und daher mich nicht nur rein optisch - in dem ich einen weißen Kittel trug - sondern auch durch seinen Einsatz für mein Projekt sehr als zur ärztlichen Seite zugehörig.

Beim wichtigen Telefonat mit dem ärztlichen Leiter, innerhalb dessen ich die endgültige Absage für eine Untersuchung an der geplanten Abteilung und die Zusage zur Untersuchung an der Internen Abteilung erhielt, wies dieser mich darauf hin, dass ich für eine soziologische Untersuchung noch die formale Zustimmung des ärztlichen Direktors des Krankenhauses einholen müsste. Diesen kontaktierte ich daraufhin telefonisch und schickte ihm auf sein Geheiß ein e-mail mit einem Kurzkonzept meiner Dissertation, erhielt darauf aber keine Antwort. Es vergingen zwei Monate, die ich beruflich durch die Arbeit an einem Projekt sehr intensiv verbrachte und daher keine Ressourcen aufwenden konnte um dieser fehlenden Zustimmung weiter nachzugehen. Aus heutiger Sicht würde ich nun nach einer Woche ohne Antwort auf das e-mail den ärztlichen Direktor nochmals kontaktieren, damals wollte ich aber auch nicht unhöflich sein und zu früh auf eine fehlende Antwort aufmerksam machen.

Anfang Mai kontaktierte ich den ärztlichen Leiter der internen Abteilung wieder telefonisch und wies darauf hin, dass ich bis zum heutigen Zeitpunkt noch nicht vom ärztlichen Direktor erfahren habe, ob er der Untersuchung nun zustimme oder nicht. Dieser rief dann kurzerhand selbst den Direktor an und erhielt sofort telefonisch die Zustimmung dafür. Da dies zuvor so lange dauerte und doch einigermaßen kompliziert war, verwunderte es mich sehr, dass diese Zustimmung dann mit einem einzigen Telefonat zu bekommen war. Ich hatte in der gesamten Zeit niemals direkten Kontakt zum ärztlichen Direktor.

Mitte Mai hatte ich einen neuerlichen Termin im Krankenhaus, bei dem ich gemeinsam mit der ärztlichen Leitung und der Pflegeleitung der Internen Abteilung das weitere Prozedere klärte. Wir veranschlagten einen Untersuchungszeitraum von ungefähr 3 Monaten und der ärztliche Leiter hatte die Idee, mir eine ausgewählte Person aus der Ärzteschaft und der Pflege zur Seite zu stellen. Ich sollte also einen Pflegebuddy und einen Ärzdebuddy bekommen – eine Idee, die ich ausgezeichnet fand und von der ich mir auch erhoffte, dass dadurch der Zugang zur Basis der Angestellten leichter fallen würde, beziehungsweise die Pflege somit besser ins Boot geholt werden könnte. Die Pflegeleitung der internen Abteilung begleitete mich danach noch zur Pflegedirektion, bei der ich einen Termin für eine persönliche Vorsprache vereinbaren wollte, um auch von der Pflegedirektion die formale Zustimmung zu erhalten. Glücklicherweise gab es die Möglichkeit, die Pflegedirektorin nach kurzer Wartezeit doch noch für ein persönliches Gespräch am selben Tag zu gewinnen. Wider Erwarten war dieses Gespräch nicht reine Formsache, sondern dauerte eine knappe Stunde, bei der ich ziemlich genau schildern sollte, wie ich dachte, diese Untersuchung durchzuführen. Interessant ist, dass ich trotz mehrmaligem Bemühen keine formale Zustimmung des ärztlichen Leiters aus eigener Hand erhielt, dieser jedoch relativ unkompliziert seine mündliche Zustimmung gab. Der ärztliche Leiter intervenierte also direkt und meinte persönlich zum ärztlichen Direktor, dass er diese Untersuchung wünsche und sie dem Krankenhaus "nichts koste". Der Pflegedirektorin reichte es für ihre Entscheidung dahingehend nicht, dass ihre Oberschwester diese Untersuchung unterstützte. Sie war hingegen sehr verärgert darüber, dass sie dies alles als Letzte erfuhr, als also die Entscheidung für ein Ja zur Untersuchung eigentlich schon getroffen war. Sie konnte mir daher ihre Entscheidung, ob ich dies nun machen könne oder nicht, nicht mitteilen und verlangte von mir den e-mail Verkehr, der aufzeigte, wie es zur Entscheidung kam, dass ich die Untersuchung von ärztlicher Seite hier machen könne. Auf meinen Hinweis, dass es so einen e-mail Verkehr nicht gab und dass dies alles insofern auch sehr kompliziert war, weil ich eigentlich vorhatte, auf einer anderen Abteilung die Untersuchung zu machen und hierher abgeworben worden war, wollte sie ein schriftliches Konzept meiner geplanten Untersuchung, das ich ihr via e-mail zukommen lassen sollte. Ich fragte noch nach, wann ich sie dann wieder anrufen dürfe und sie meinte, dass sie auf mein e-mail antworten würde. Ich erhielt jedoch

keine Antwort. Conclusio dieser Geschichte war, dass sich die Pflegedirektion vom Entscheidungsprozess ausgeschlossen fühlte. Würde ich die Untersuchung nochmals machen, so würde ich großen Wert darauf legen das Einverständnis der ärztlichen Direktion und der Pflegedirektion so bald als möglich und möglichst zeitgleich einzuholen.

Ich war nun aber in der schwierigen Position, dass ich mit Pflegeleitung und ärztlicher Leitung ausgemacht hatte, dass ich die Telefonnummern der mir zugeteilten Buddys telefonisch in jener Woche erfragen sollte, andererseits wollte ich aber die Pflegedirektorin keinesfalls verärgern und hinter ihrem Rücken schon Kontakte mit den Buddys knüpfen während sie noch nicht einmal ihre Zustimmung dafür gegeben hatte. Ich wartete also eine Antwort ab, als ich jedoch nach einer Woche noch immer keine Antwort auf mein Schreiben erhalten hatte, erkundigte ich mich telefonisch und erhielt durch ihre Sekretärin die Zustimmung zur Untersuchung.

Nach **sechsmonatigem Engagement** war es Ende Mai 2009 soweit, dass ich formal die Zustimmung für eine soziologische Untersuchung für einen ungefähren Zeitraum von 3 Monaten auf der Internen Abteilung erhalten hatte. (Die Untersuchung wurde später dann doch auf ca. 6 Monate erweitert). Dieser lange Zeitraum, um an einem öffentlichen Landeskrankenhaus Forschungszugang zu erlangen, könnte auch ein Systemspezifikum sein. So erwähnt auch PAPOUSCHEK in ihrer FORBA Studie zur Auswirkung von Umstrukturierungen im Krankenhaus auf die Arbeitsbedingungen der darin beschäftigten, dass sie keinen Zugang zu einem Landeskrankenhaus erhalten habe, weil die Verhandlung über eine Forschungszusage sich über ein Jahr erstreckt haben und sie schliesslich erst kurz vor Ende der Erhebungsphase eine endgültige Zusage erhalten hat. (Papouschek 2011: 28)

Anfang Juni erhielt ich dann vom ärztlichen Leiter die Telefonnummer meines Ärztbuddys, Frau Dr. A, die Oberschwester war gerade auf Urlaub und daher konnte ich Name und Telefonnummer meines Pflegebuddys nicht eruieren. Mit Frau Dr. A vereinbarte ich Mitte Juni einen ersten Termin vormittags, die Oberschwester erreichte ich am selben Tag in der Früh und auch die nannte mir die Telefonnummer ihres, von ihr gestellten, Pflegebuddys, Stationsschwester B, welche ich noch vor dem Treffen mit Dr. A kurz anrief und ihr Bescheid gab, dass

ich am selben Tag im Haus sein würde und um einen ersten Termin bat, den wir für eine Woche später ansetzten. Als ich diesen ersten Tag meiner formal nun beglaubigten Untersuchung begann, war es Stationsschwester B die mich als erste auf der ausgewählten Station begrüßte und ich war sehr froh, dass ich sie zuvor noch telefonisch kontaktiert hatte, da sich die Pflegeseite sonst sicherlich übergangen gefühlt hätte. An einem Folgetermin mit Dr. A wurde ich vom ärztlichen Leiter bei der Morgenbesprechung dem Ärzteteam vorgestellt, Stationsschwester B stellte mich bei unserem ersten Treffen bei einer Morgenjause auch ihrem Team vor. Dem ärztlichen Leiter und der Oberschwester der internen Abteilung ließ ich ein verschriftlichtes und von mir unterzeichnetes Dokument unserer mündlichen Vereinbarung zukommen (siehe Anhang). Der ärztliche Leiter meinte, ihm würde ein kurzes Schreiben mit Unterschrift reichen, der Oberschwester war es verständlicherweise aber wichtig, dass in unserem „Vertrag“ darauf hingewiesen würde, dass das Mitwirken und die Bereitschaft für Interviews von den Angestellten freiwillig sein solle und dass durch meine Forschung keine wesentliche Einschränkung des Dienstbetriebs verursacht würde. Dieses Versprechen meinerseits war mitunter ein Grund warum ich Interviews mit den Pflegepersonen auf der Intensivstation der Internen Abteilung schliesslich nicht durchführte, obwohl sie für meine Fragestellung sicherlich interessant gewesen wären. Ich hatte hier dreimal einen Termin für ein Interview ausgemacht, jedesmal wurde dies aber kurzfristig abgesagt, da ein Notfall hereingekommen war. Der ärztliche Leiter meinte bei der Vorbesprechung zur teilnehmenden Beobachtung, dass ich ab nun jederzeit vorbeikommen könne und einfach bei den Visiten mitgehen könne ohne mich vorher anmelden zu müssen, die Oberschwester wollte aber, dass ich ihr immer ein kurzes e-mail schreibe, wann ich wo im Haus sein würde.

An diesen unterschiedlichen Anforderungen an mich zeichnet sich der strukturelle Kontext der beiden Berufsgruppen und deren damit verbundene Handlungs- und Entscheidungslogiken ab: Die Ärzteschaft ist an ein ständiges Wechseln innerhalb der personalen Zusammensetzung gewöhnt, einerseits sind ÄrztInnen nicht fix bestimmten Stationen zugeteilt sondern bleiben hier immer nur einige Zeit und rotieren auf eine andere Station sobald dort ein Arzt/ eine Ärztin in Urlaub geht, andererseits sind vor allem in den Sommermonaten unzählige MedizinstudentInnen im Haus, die den Ablauf im Krankenhaus innerhalb ihrer

Famulatur erlernen. Eine zusätzliche Doktorandin der Soziologie, die ähnlich wie die Farmulanden „einfach mitgeht“ stört diesen Ablauf kaum, da man an hohe Fluktation und Beobachtung gewöhnt ist. Die Pflege hingegen rotiert nicht, sondern ist fix Stationen zugeteilt. Sie ist für die Famulantinnen in den Sommermonaten nicht zuständig, diese orientieren sich eher an den TurnusärztInnen und begleiten diese während deren täglicher Arbeit. Nach einiger Zeit kennen die Krankenschwestern und Pfleger auch alle OberärztInnen, AssistenzärztInnen und TurnusärztInnen, jemand Fremder wie eine Soziologiestudentin passt nicht in das ihnen bekannte Schemata und daher ist es gut wenn diese Person nicht einfach irgendwo auftaucht sondern man der Stationsschwester davor Bescheid geben kann, damit die Basispflege von einer Beobachtung und Anwesenheit einer Fremden in Kenntnis gesetzt wird.

4.2. Reflexion der eigenen Vorannahmen

Wie bereits in Kapitel 1 erwähnt, ist das persönlichen Interesses für die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus auf Ergebnissen meiner Diplomarbeit zurückzuführen. Im Rahmen dieser habe ich in Kooperation mit einem Organisationsentwickler einer österreichischen Krankenanstalt Erwartungen der mittleren Führungsebene der Ärzteschaft und Pflege an die kollegiale Führung der Krankenanstalt mit Hilfe qualitativer Interviews vor Ort erhoben (Hofer 2005). Ein Nebenergebnis der Forschung, das mit der Beantwortung der Forschungsfrage nach gegenseitigen Erwartungen nur peripher zu tun hatte, war die Bedeutung einer gut funktionierenden Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege in Bezug auf die wesentlichen Outputs einer gesunden Abteilungsentwicklung, nämlich Arbeitszufriedenheit, Krankenstandsdaten und Patientenzufriedenheit. Das Interesse für das Thema der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege besteht bei mir somit schon längere Zeit und fand nach Beendigung meiner Diplomarbeit daher als Überthema für meine Dissertation Eingang.

Als Vorbereitung für die Fallstudie und zur genaueren Eingrenzung der möglichen Fragestellungen führte ich daher bereits 2006 ein narratives Interview mit einem Oberpfleger einer Intensivstation eines österreichischen Krankenhauses. Dann

wurde meine Arbeit an der Dissertation jedoch durch Schwangerschaft und Kindererziehung für einige Zeit unterbrochen. Geblieben von diesem ersten narrativen Interview war bei mir aber doch lange Zeit ein sehr eingeschränkter Blick auf dieses Thema, der sich in etwa so zusammenfassen lässt: die arme Pflege und die ignorante Ärzteschaft. Mein Ausgangspunkt damals war vor allem die Thematik des „Pflegernotstands“. Unter diesem Schlagwort ist einerseits die Arbeitsbelastung der im Krankenhaus beschäftigten Pflegekräfte und die Not der von ihnen betreuten PatientInnen gemeint. Es wird darunter aber auch der Mangel an offenen Planstellen bzw. die zunehmende Schwierigkeit, freie Planstellen mit angemessen qualifiziertem Personal zu besetzen, verstanden (Feuerstein/Badura 1991: 53). Unter diesem Aspekt sollte meine Forschung zur interprofessionellen Zusammenarbeit vor allem dazu dienen, das Krankenhaus als Arbeitsstätte für Pflegekräfte wieder zu einem attraktiven Arbeitgeber zu machen.

Als Vorbereitung für die Fallstudie führte ich aber glücklicherweise noch ein ausführliches, narratives Interview mit einem bekannten jungen Turnusarzt um meinen von mir selbst erkannten „Pflege-bias“ zu korrigieren und mit Vorwissen aus beiden Berufsgruppen ins Feld zu gehen. Dieses Gespräch relativierte die von mir angenommene Machtschräglage doch einigermaßen und kehrte die zum Teil schwierige Lage, in der sich TurnusärztInnen im Setting Krankenhaus befinden, hervor.

Vor dem Einstieg ins Feld eignete ich mir noch das wichtigste Fachvokabular an, das im Rahmen der ersten Interviews gefallen war und im Feld immer wieder wichtig zu sein schien.

4.3. Die Rolle im Feld

Am ersten Tag meiner teilnehmenden Beobachtung erhielt ich von meinem Ärztebuddy, Frau Dr. B, einen weißen Kittel, welchen ich dann über meiner normalen Straßenkleidung trug. Dies war im Wesentlichen auch die Kleidung der Famulantinnen, der Medizinstudentinnen die in den Sommermonaten ihre Pflichtpraktika absolvierten. Die mir vorgesehene Rolle vor den PatientInnen war somit ganz klar der Ärzteschaft zuzurechnen. Im Gegensatz zu mir und den

Famulantinnen hatten die TurnusärztInnen meist auch eine weiße Stoffhose und ein weißes T-Shirt an und nicht wie ich darunter eine Jeans und ein farbiges T-Shirt. Für PatientInnen war ich, falls sie genauer auf Kleidung und Rang geachtet haben, so schon rein optisch als Medizinstudentin zuzuordnen. Falls PatientInnen mich nach dem Grund meiner Anwesenheit während der teilnehmenden Beobachtung fragen würden, war vorgesehen, dass ich erklären sollte, dass ich im Rahmen meines Soziologiestudiums hier beobachte. Dies kam nur ein einziges Mal im Rahmen einer Beobachtung vor und zwar innerhalb der Ambulanz, als sowohl Ärztin als auch Krankenschwester kurz das Ambulanzzimmer verließen. Es war wohl auch eine Höflichkeitsfrage des Patienten um das unangenehme Schweigen im Zimmer zu brechen und führte zu keinerlei Nachfragen beziehungsweise irgendwie erkennbaren Unklarheiten, Beunruhigungen, geschweige denn Neugierde.

Der Ärzteschaft wurde ich, wie bereits erwähnt, im Rahmen der Dienstbesprechung als Soziologin vorgestellt, mein Pflegebuddy Oberschwester B stellte mich im Rahmen des morgendlichen Frühstücks ihrem Team vor. Trotz dieser Vorstellung kam es im Rahmen der teilnehmenden Beobachtungen und auch bei der Anbahnung zu den qualitativen Interviews immer wieder zur Frage, wer ich denn nun genau sei und was ich denn nun hier genau mache. Diese Frage begründete ich immer wahrheitsgemäß damit, dass ich im Rahmen meiner soziologischen Dissertation die interprofessionelle Zusammenarbeit im Krankenhaus genauer beleuchten möchte. Interessanterweise hielten mich die ÄrztInnen, wenn sie nur mein Dissertationsthema hörten, immer zuerst für eine Psychologin und ich musste nicht selten erklären was wir Soziologen eigentlich machen. Da ich mich mittlerweile an diese Frage gewöhnt hatte, weil sie nach zehnjährigem Studium zum Teil auch noch von meiner Familie kommt, versuchte ich es in diesem Setting mit einer, meiner Meinung nach sehr stressreduzierenden, Erklärungsweise: Im Gegensatz zur Psychologie interessiert sich die Soziologie nicht so sehr für den Einzelmenschen sondern eher für gesellschaftliche Phänomene. Es geht mir also um das Überpersönliche bei den Beobachtungen, nicht um die Analyse eines einzelnen Menschen.

Viele Personen aus der Pflege konnten mit dem Begriff „Soziologie“ sofort etwas anfangen, da sie im Rahmen ihrer Ausbildung auch soziologische

Lehrveranstaltungen hatten. Dieses Fach hatten die meisten jedoch als langweilig in Erinnerung, was es nicht immer einfach machte, sie für ein Interview mit mir zu begeistern.

Die PatientInnen, hielten mich wahrscheinlich für eine FamulantIn und, wie bereits erwähnt, fragte mich nur ein einziger Patient, ob ich auch Ärztin sei, als Krankenschwester und Turnusärztin aus dem Raum gingen. Als ich antwortete, dass ich eine Soziologiestudentin sei, die hier im Rahmen des Studiums beobachte, führte diese Erklärung zu keiner weiteren Nachfrage, die Anwesenheit von StudentInnen in Krankenhäusern wird also auch von Patientenseite als normal wahrgenommen. Bei den Visiten ging ich, wie die restliche FamulantInnen mit der Stationsschwester bzw. dem Stationspfleger, der Oberärztin bzw. dem Oberarzt und der Turnusärztin bzw. dem Turnusarzt mit, was nicht weiter auffiel, weil in den Sommermonaten, wie bereits erwähnt, ein ständiges Kommen und Gehen von jungen FamulantInnen zu beobachten ist, die sich meist im Hintergrund halten und zusehen.

Der Vorteil der mir zugeteilten FamulantInrolle war folgender: Ich konnte bei allen Visiten mitgehen ohne dass dies im Feld einen störenden Einfluss hatte, da gerade in den Sommermonaten in denen ich auch meine Untersuchung machte, sowieso viele StudentInnen im Haus waren. Zu Beginn der Forschung überlegte ich auch, ob ich nicht auch mit der Pflege als Krankenschwesternschülerin mitgehen könnte. Dies wäre nach Absprache mit der Stationsschwester insofern schwierig gewesen, da man als Krankenschwester in Ausbildung nie nur mitgeht, sondern vom ersten Tag an auch immer mithilft, was rechtlich ihrer Meinung nach nicht so einfach möglich gewesen wäre, als Forscherin hier einfache pflegerische Tätigkeiten zu übernehmen. In den späten 70er Jahren beobachtete ja bereits FORSTER verdeckt teilnehmend am Otto Wagner Spital . Er war damals jedoch in der Rolle eines Pflegers und konnte so die täglichen Abläufe in der psychiatrischen Anstalt und somit auch ihre, zum Teil eklatanten, Missstände aufdecken – eine Arbeit die nicht unwesentlich zu einer Verbesserung der Situation der psychiatrischen Vorsorge beigetragen hat (Forster, Pelikan 1978).

Nachteil meiner Zuordnung zur Ärzteschaft war aber, dass ich dadurch nicht so nah an der Pflege war wie an der Ärzteschaft, was sich auch darin äußerte, dass ich mich bei der Pflege mit meinem Vornamen vorstellte, die Stationsschwester

mich aber immer mit Frau Magister vorstellte. Diese Du-Sie Problematik, eine Situation in der es nicht klar ist, ob man nun mit jemanden per Du oder per Sie ist, wird im Rahmen der Forschungsergebnisse noch genauer erläutert (siehe Kapitel 5.4.), insofern sie jedoch meine Rolle als ForscherIn im Feld betrifft, möchte ich nun an dieser Stelle schon kurz darauf verweisen:

Als ich als 28-Jährige ins Feld kam, hatte ich keine Ahnung ob und mit wem ich nun per Du und per Sie sei. Klar war, dass ich zum ärztlichen Leiter und zur Oberschwester per Sie sei, schon alleine aufgrund ihrer hierarchischen Stellung und ihres Alters. Bei der Pflege war ich mit meinem Pflegebuddy, Stationsschwester B, per Sie. Mit einigen jüngeren Krankenschwestern der Station war ich zu Beginn per Du, weil ich mich im Rahmen der Vorstellung auch mit meinem Vornamen vorgestellt hatte. Bei den Krankenschwestern ist es ja üblich, dass sie zwar mit Vornamen aber per Sie von den Patienten angesprochen werden, was an sich eine etwas schwierige und eher unübliche Vorgehensweise ist, weil man im Alltagsverständnis entweder mit jemanden per Du ist und ihn oder sie mit Vornamen anspricht oder mit jemanden per Sie ist und ihn oder sie mit Herr/Frau und Nachnamen anspricht. Im Falle der Pflege ist es aber „richtig“ jemanden so anzusprechen: „Schwester Simone, können Sie bitte ...“. Wie gesagt stellte ich mich dem Pflorgeteam als „Simone“ vor und einige Krankenschwestern sprachen mich dann auch mit Du an. Da die Stationsschwester mich aber immer wieder mit „Frau Magister“ ansprach und in meiner Gegenwart gegenüber Dritten auch meinte: „Ja, die Frau Magister wird heute hier anwesend sein“, kehrte sich dieses, zu Beginn von einigen jungen Pflegekräften an mich gerichtete Du-Wort nach und nach wieder in ein Sie-Wort. Da die meisten aber dennoch älter oder gleich alt waren als ich, siezte auch ich die Krankenschwestern und Pfleger daraufhin wieder, da es mir unhöflich vorgekommen wäre, sie zu duzen, wenn sie mich siezen. Normalerweise gibt es eine Rückkehr zum Sie sehr selten, wenn man zuvor schon jemanden mit Du angesprochen hat, dies wurde in diesem Fall auf dieser Station erleichtert, weil die Station sechs Wochen wegen Renovierungsarbeiten geschlossen war, innerhalb derer wir keinen Kontakt hatten und ich auf anderen Stationen beobachtete bzw. selbst auf Sommerurlaub war. Dieser lange Zeitabstand von sechs Wochen erleichterte für viele auch die Rückkehr zum Sie.

Mit den jungen ÄrztInnen, also den TurnusärztInnen und den jungen AssistenzärztInnen war ich größtenteils per Du. Ich war auch mit einer Krankenschwester per Du, die den Ambulanzdienst mit einer Turnusärztin machte. Interessanterweise war ich aber auch mit zwei jungen TurnusärztInnen, die mir einmal durch die Pflege und einmal durch eine andere Turnusärztin vermittelt wurden, die ich also vor dem Interview noch nie persönlich gesprochen hatte, per Sie. Diese Interviewsituationen waren für mich sehr befremdend, da die TurnusärztInnen ungefähr gleich alt waren und ich außerhalb des Krankenhauses niemals auf die Idee kommen würde, jemanden im gleichen Alter zu siezen. Diese, meiner Meinung nach für beide Seiten, unnatürliche Situation kam dabei so zustande, dass niemand wusste, von wem nun das Du Wort ausgehen sollte. Diese beiden Interviews waren im Anschluss an die Rückkehr der Pflege zum Sie (nach der sechswöchigen Renovierung der Station B) und daher war ich natürlich sehr vorsichtig, um nicht nochmals jemanden vor den Kopf zu stoßen und verwendete lieber zur Begrüßung ein „Grüß Gott“ statt einem „Hallo“. Meine eigene Unsicherheit und Unklarheit, mit wem ich nun per Du sein dürfe und solle und mit wem nicht, regte mich dazu an, dies auch im Feld zum Thema innerhalb der Nachfragephase der erst später geführten qualitativen Interviews zu machen. In der teilnehmenden Beobachtung gibt es als ForscherIn immer die Gefahr des „going native“ und es scheint, als ob ich hier diese im Feld vorherrschende Unklarheit übernommen hätte, da diese Du-Sie Unklarheit vor allem bei den jungen TurnusärztInnen Thema ist (siehe Kapitel 5.4.).

Nach einigen Beobachtungstagen und den ersten Thesen, in welchen Bereichen es zu Schwierigkeiten zwischen Ärzteschaft und Pflege kommen kann, begann ich dann parallel zu weiteren Beobachtungstagen auch mit den qualitativen Interviews. Hierzu vereinbarte ich mich den zu interviewenden Personen meist persönlich, manchmal aber auch, vor allem bei der Pflege, über Vermittlung durch die Stationsschwester einen Termin. Zu diesem Termin kam ich nicht in der Rolle der Famulantin, sondern in Alltagskleidung und stellte mich nochmals als Soziologin vor.

4.4. Besonderheit der ausgewählten Abteilung und Charakteristika der Stationen

Bei der vorliegenden Fallstudie handelt es sich um eine Interne Abteilung eines österreichischen Krankenhauses. Die Besonderheiten der Organisation Krankenhaus als Expertenorganisation im öffentlichen Bereich sind bereits an anderer Stelle ausführlich behandelt worden (siehe Kapitel 2) und werden daher hier nicht nochmals erläutert, sondern es soll hier nur auf ergänzende Spezifika, diese Fallstudie betreffend, eingegangen werden. So ist eine wichtige Kontextinformation zum Verständnis der Arbeitsverhältnisse auf Internen Abteilungen, dass hier vor allem sehr alte, zum Teil demente PatientInnen mit großteils chronischen Nebenerkrankungen aufgenommen sind. Das Durchschnittsalter der PatientInnen der vorliegenden Fallanalyse lag laut Auskunft der Stationsschwester zwischen 80 und 85 Jahren, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 1-2 Wochen, es gibt jedoch durchaus Fälle, bei denen PatientInnen 4 bis 5 Monate auf der Station bleiben, da sie auf einen Pflegeheimplatz warten, jedoch aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes nicht mehr nach Hause entlassen werden können. Für die Pflege bedeutet dies, dass ihre Tätigkeit auf Internen Abteilungen durch die hohe Anzahl bettlägeriger Patienten zum Großteil aus reiner Grundpflege wie Waschen, Bekleiden, Füttern und „Schüssel bringen“ besteht, Arbeiten die einerseits bei zum Teil übergewichtigen PatientInnen durch das ständige Heben sehr stark den eigenen Rücken beanspruchen und andererseits innerhalb der in der Ausbildung erlernten Tätigkeiten einer diplomierten Krankenschwester/ eines diplomierten Pflegers als wenig prestigeträchtig angesehen werden. Aus all diesen Gründen ist laut Auskunft der Pflegepersonen in der Fallstudie vor allem für junge Pflegekräfte, die frisch aus der Ausbildung kommen, eine Anstellung an einer Internen Abteilung wenig attraktiv.

Bei den TurnusärztInnen ist es wichtig zu wissen, dass diese im Laufe ihres Turnus zwischen den unterschiedlichen Fachabteilungen rotieren und immer einige Monate am Stück auf einer Fachabteilung arbeiten. Der Turnus zum Arzt/ zur Ärztin für Allgemeinmedizin dauert in Österreich mindestens 36 Monate. Innerhalb des Turnus ist dem Fachgebiet Interne dabei der längste Zeitraum einberaumt und beträgt in Österreich 12 Monate (zum Vergleich:

Allgemeinmedizin 6 Monate, Chirurgie 4 Monate, Frauenheilkunde und Geburtshilfe 4 Monate, HNO 2 Monate, Dermatologie 2 Monate, Kinderheilkunde 4 Monate und Neurologie/Psychiatrie 2 Monate). Aufgrund der Länge der Ausbildungsdauer auf der Internen Abteilung kann man diese auch als Kern der Ausbildung zum/r Allgemeinmediziner/in betrachten und ist fast allen praktizierenden ÄrztInnen in bleibender Erinnerung erhalten. Es liegt auch Nahe, dass es durch den langen Zeitraum auf der Abteilung einen größeren Unterschied zwischen den Kompetenzen der schon fast ein Jahr tätigen und der gerade neu aufgenommenen TurnusärztInnen auf der Internen gibt.

Das Besondere an dieser Internen Abteilung ist, dass es innerhalb der Ärzteschaft ein Rotationssystem gibt, also Fach-, Assistenz- und TurnusärztInnen nicht einer bestimmten Station für immer zugeteilt sind. Dieses Rotieren passiert nicht nach einem bestimmten System, sodass zum Beispiel alle zwei Monate die ÄrztInnen im Kreis auf die nächste Station kommen, sondern es ist kontinuierlich, bedeutet also, dass zum Beispiel, wenn ein Arzt/ eine Ärztin in Urlaub geht, er/sie nach dem Urlaub einer anderen Station zugeteilt wird als vor dem Urlaub. Dieses Rotationsprinzip bringt nach Meinung des ärztlichen Leiters einige Vorteile, der Hauptvorteil ist jedoch, dass eingefahrene Routinen so durchbrochen werden. Im Ergebniskapitel werde ich jedoch auch auf einige Nachteile dieses, durch die Rotation entstandenen, geringeren Bekanntheitsgrades des vor allem jungen neuen Personals hinweisen (siehe Kapitel 5.3.).

Die vorliegende Fallstudie wurde an einer Internen Abteilung mit mehreren Stationen, einer Intensivstation und einer Notfallambulanz durchgeführt. Auf Grund der Anonymisierung der Krankenanstalt wird im Folgenden auf eine Skizze des Abteilungsplanes und einer genaueren Beschreibung der einzelnen Station verzichtet. Es sei nur angeführt, dass es neben den „normalen“ Stationen und der Intensivstation auch noch eine sogenannte Drainagestation gibt, auf die gesamten Neuaufnahmen zuerst verlegt werden. Hier liegen PatientInnen maximal 3 Tage und werden dann auf die anderen Stationen verlegt oder entlassen. Die Notfallsambulanz ist untertags durch zwei TurnusärztInnen besetzt, eine/r behandelt in einem separaten Raum die PatientInnen, die selbständig in die Ambulanz kommen, ein anderer/ eine andere ist für die Betreuung der durch die Rettung eingehenden PatientInnen zuständig. Diesen TurnusärztInnen steht

immer ein/e Oberarzt/Oberärztin zur Seite, die sie bei Unklarheiten und in bestimmten Notsituationen zur Beratung heranziehen können bzw. in bestimmten Fällen sogar müssen. Im Nachtdienst ist die Notfallambulanz durch den Hauptdienst (=Turnusarzt/ärztin) besetzt, ein zweiter Turnusarzt/ eine zweite Turnusärztin betreut als Beidienst die restlichen Stationen (nicht die Intensivstation). Auch im Nachtdienst steht den TurnusärztInnen bei Bedarf ein Oberarzt/eine Oberärztin zur Seite.

Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung konnte ich alle bis auf eine Station dieser internen Abteilung besuchen, meine Beobachtungen konzentrierte sich jedoch auf jene Station, deren Stationsleitung mein mir zugeteilter „Buddy“ aus der Pflege war bzw. auf die Ambulanz, da sich die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzteschaft hier als besonders interessant herausstellte. Ergänzende Interviews habe ich auch mit Pflegepersonen jener Station geführt, deren Stationsschwester mein Pflegebuddy war, da hier der Zugang durch sie erleichtert war und ich das Personal durch meine häufige Anwesenheit bereits persönlich kannte. Die Interviews mit der Ärzteschaft sind aufgrund des weiter oben bereits skizzierten Rotationsprinzips nicht einzelnen Stationen zuteilbar.

4.5. Auswahl der Beobachtungssituationen

Zu Beginn konzentrierte ich mich bei der Auswahl der Beobachtungssituationen vor allem auf jene Bereiche, von denen bekannt war, dass es hier zu Interaktionen zwischen Ärzteschaft und Pflege kommen muss. Dies ist vor allem bei den Visiten der Fall. Sehr schnell zeigte sich jedoch, dass die Interaktionsstruktur zwischen Arzt/Ärztin und Krankenschwester/Pfleger bei der Visite eine sehr formalisierte ist, bei der es kaum unstandardisierte Interaktionen zwischen Pflege und ÄrztInnen gibt. Nach den ersten Analysen der ersten Interviews wie des ersten Beobachtungsmaterials stellte sich daher sehr schnell heraus, dass es einen sehr relevanten Unterschied macht, ob die Interaktion zwischen ÄrztInnen und Krankenschwestern bzw. Pfleger vor PatientInnen stattfanden oder nicht und daher wurde versucht, auch jene Situationen zu beobachten, bei denen keine PatientInnen anwesend waren. Als Beispiel können hier interprofessionelle Tischvisiten aber auch informelle Gespräche auf der Station oder auf der

Ambulanz in der Zeit vor dem Aufrufen neuer PatientInnen genannt werden. Mit zunehmender Analysedichte wurde auch die besondere Stellung der TurnusärztInnen in diesem Setting bewusster und so wurde auch versucht, in den Beobachtungssituationen einen Fokus auf deren Interaktionen mit der Pflege zu legen. Da in den narrativen Interviews immer wieder von Seiten der TurnusärztInnen die zu Beginn sehr fordernde und zum Teil überfordernde Arbeit auf der Ambulanz erwähnt wurde, wo die TurnusärztInnen größtenteils auf sich alleine gestellt sind, wurde auch ein Beobachtungstag auf der Ambulanz anberaumt, bei dem es die Möglichkeit gab, die Interaktion der KrankenpflegerInnen mit den ÄrztInnen sowohl vor den PatientInnen als auch im informellen Rahmen ohne Anwesenheit von PatientInnen zu beobachten.

4.6. Auswahl der InterviewpartnerInnen

Die Auswahl der InterviewpartnerInnen unterlag neben methodischen Überlegungen zu einem theoretischen Sampling unter anderem auch der Verfügbarkeit von Personen für Interviews. So hatte ich nach einer ersten Auswertung der ersten beiden Interviews mit Pflegepersonen vor, ein Interview mit einer Intensivpflegeperson zu führen. Trotz Terminvereinbarung scheiterte dies, wie bereits erwähnt, dreimal aufgrund eines Notfalls auf der Intensivstation. Letztendlich konnte ich die Stationsschwester doch noch für ein Interview gewinnen, das Setting und der zeitliche Rahmen für dieses Interview genügten jedoch nicht den Anforderungen eines qualitativen Interviews. So wurde dieses Gespräch direkt auf der Intensivstation vor dem Hauptcomputer, der ständig die Herzfrequenzen der IntensivpatientInnen misst, geführt, und im Raum waren auch noch andere Personen anwesend. Das Interview, welches mit einer sehr offenen Einstiegsfrage meinerseits begonnen wurde, war ein reines Frage- und Antwortspiel und war nach 10 Minuten beendet. Ich habe dieses Interview nicht qualitativ ausgewertet, die Schwierigkeit eines Zustandekommens und die Unmöglichkeit, in diesem Setting ein narratives Gespräch zu führen, jedoch als Memo notiert.

Als Kontrastierung und zur Verfestigung der im Rahmen der Fallstudie gefundenen Ergebnisse konnte ich im Rahmen eines Methodenseminars zu Grounded Theory bei Frau Dr. Elisabeth Scheibelhofer mein Forschungsinteresse einbringen und hatte so die Möglichkeit, weitere Interviews, die im Rahmen meiner Arbeitsgruppe mit TurnusärztInnen und Krankenschwestern bzw. Pflegern geführt wurden, in der Gruppe zu analysieren. Auch haben meine drei ArbeitsgruppenkollegInnen je ein offenes, episodisches Interview mit einer Turnusärztin (Interview geführt durch Georg Mandler), einer diplomierten Krankenschwester (Interview geführt durch Maria Haslinger) und einer Turnusärztin (Interview geführt durch Anais Weinberger) geführt. Diese Interviews wurden auch im Rahmen des Seminars ausgewertet und konnten als Kontextinformation und zur Verdichtung von Hypothesen, die im Rahmen der Fallanalyse aufgestellt wurden, Verwendung finden. Meinen KollegInnen sei auf

diesem Wege für die Unterstützung durch die Verwendung der von ihnen
geführten und transkribierten Interviews und der Hilfe bei der Auswertung des
eigenen Materials gedankt.

4.7. Erhebungsmethoden

Wie bereits erwähnt wurden, zur Analyse der interprofessionellen Zusammenarbeit mit der Spielmetapher teilnehmend beobachtet und ergänzend ausgewählte narrative (Schütze 1976) und später episodische, Interviews (Flick 2010) geführt, bei denen nach sehr offenen Einstiegsfragen in einem zweiten Teil konkretere, im Auswertungsverlauf aufgetauchte Fragengestellt wurden.

Dabei wurde als Forschungsstrategie die Grounded Theory nach STRAUSS/CORBIN (1990) verfolgt. Einzelne wichtige Schlüsselpassagen wurden mit Hilfe der, auf die Analyse latenter Sinnstrukturen abzielenden, Feinstrukturanalyse nach FROSCHAUER/LUEGER (2003) bearbeitet. Eine erste Analyse des Materials erfolgte, dem zyklischen Auswertungsprozess der qualitativen Sozialforschung folgend, schon während der teilnehmenden Beobachtung. Im Rahmen eines zweisemestrigen praktischen Grounded Theory Seminars bei Dr. Scheibelhofer gab es kurz nach Ende der teilnehmenden Beobachtung die Möglichkeit, meine Forschung in das Seminar einzubringen und einige Beobachtungsprotokolle und Interviews in meiner Arbeitsgruppe, bestehend aus Anais Weinberger, Maria Haslinger und Georg Mandler, zu analysieren. Dadurch konnte dem zum Teil einseitigen Interpretationswinkel durch die Datenanalyse im Einzelsetting entgegengewirkt werden. Sowohl Frau Dr. Scheibelhofer wie auch meinen KollegInnen bin ich sehr dankbar, dass sie mir diese Möglichkeit gegeben haben durch Gruppenanalyse einen neue Sichtweise auf das Datenmaterial zu erhalten. Zusätzlich zum bereits erhobenen Datenmaterial im Feld wurden von den 3 KollegInnen, wie bereits erwähnt, noch Interviews mit zwei Turnusärztinnen und einer diplomierten Krankenschwester geführt. Auf die genannten Erhebungsmethoden und deren konkreten Ausformungen für die Fallstudie sei im Folgenden kurz eingegangen.

4.7.1. Teilnehmende Beobachtung

Teilnehmende Beobachtung ist an sich keine Forschungsmethode sondern eine Strategie der Datenerhebung im Feld. Der Begriff „teilnehmende Beobachtung“

verbindet ja bereits die konkrete Methode, also „Beobachtung“, mit der Rolle des/der Forschers/Forscherin im Feld als „teilnehmend“.

Eine teilnehmende Beobachtung kann von verschiedenen theoretischen Standpunkten her beleuchtet werden, deren grundsätzliche Unterschiede liegen aber innerhalb der unterschiedlichen Position **von Aussage und Wirklichkeit**, der erwünschten **Position des /der Forschers/Forscherin** im Feld sowie innerhalb der **Interpretationsarbeit** sowohl des beobachteten Verhaltens wie auch innerhalb der **Bedeutungszuschreibung** dieses Verhaltens.

Dieses Problem der Bedeutungszuschreibung und der besonderen Rolle des Forschers/der Forscherin verdeutlicht folgender Ausschnitt treffend:

„Auf der einen Seite gibt es das soziale Handeln von zwei oder mehr Individuen, indem diese ihre Bedeutung erwerben, erproben und einsetzen. Daneben gibt es Beobachter von Situationen sozialen Handelns, und diese Beobachter unterstellen dem sozialen Handeln der beobachteten Individuen aus ihrer Perspektive einen sozialen Sinn: Sie bilden Konstruktionen über die Konstruktionen der Handelnden aus. Wie weit solche Konstruktionen zutreffen, hängt von der Kenntnis der Lebenswelt der Handelnden ab.“
(Aster et.al. 1989:14)

Um die vorliegende teilnehmende Beobachtung innerhalb der ForscherInnenrolle und der Feldzugänglichkeit bzw. der Beobachtungsmethode zu verorten, sei hier kurz auf die in der Literatur aus unterschiedlichen Quellen beschriebenen Einteilungen innerhalb einer teilnehmenden Beobachtung verwiesen. Eine Verortung einer teilnehmenden Beobachtung kann demnach sinnvollerweise nach folgenden Kriterien erfolgen:

Bezugnehmend auf den/ die ForscherIn:

- 1) Nach der Rolle, die der/die ForscherIn im Feld einnimmt (**Gold 1958**)
- 2) Nach der Art der Mitgliedschaft des Forschers/ der Forscherin im Rahmen dieser Rolle (**Adler&Adler 1994**)

Bezugnehmend auf das Feld: (vgl. Bortz/Döring 2006)

- 3) Ob es sich um ein geschlossenes/ halboffenes/ offenes Feld handelt

Bezugnehmend auf die Methode der Beobachtung: (vgl. Flick 2010)

- 4) Ob die Beobachtung strukturiert (d.h. nach bestimmten vorher festgelegten Beobachtungsschemata) oder nicht strukturiert durchgeführt wird

- 5) Ob die Beobachtung verdeckt oder offen ist
- 6) Ob die Beobachtung nichtteilnehmend oder teilnehmend ist
- 7) Ob die Beobachtung im künstlichen vs. im natürlichen Setting stattfindet
- 8) Ob es sich um eine Selbst- oder Fremdbeobachtung handelt

Diese 8, aus unterschiedlichen Quellen gefundenen, Einteilungskriterien sollen nun kurz erläutert werden und die vorliegende Fallstudie darin verortet werden.

Ad1) GOLD (1958) teilt die Rolle des Forschers/ der Forscherin nach 4 prototypischen Möglichkeiten ein: Den **complete observer**, in dieser Rolle wird der Forscher/die Forscherin nur als BeobachterIn vom Feld wahrgenommen und hat ansonsten keine andere Rolle zu erfüllen. Hier versucht der/die BeobachterIn sich im Feld möglichst unsichtbar zu machen und die Personen im Feld nicht zu stören. Ein Beispiel hierfür wäre eine teilnehmende Beobachtung der Interaktionen beim Aussteigen aus einer Straßenbahn. Der **observer-as-participant**, in dieser Rolle ist der/die ForscherIn dazu noch TeilnehmerIn im Feld. Hier entwickeln die Individuen im Feld auch eine typische Vorstellung vom Verhalten des Forschers/ der Forscherin im Feld, der/die ForscherIn hat im Feld eine bestimmte Rolle. Meine Rolle im Feld würde ich am ehesten hier einstufen, primär wurde ich als ForscherIn wahrgenommen, durch die Kleidung hatte ich aber im Feld auch die Rollenzuschreibung einer Famulantin. Da ich, wie alle anderen MedizinstudentInnen, mit den TurnusärztInnen „einfach mitging“ wurde ich vom Feld also auch wie eine Famulantin behandelt. Weiters gibt es nach GOLD (1958) die Rolle des **participant-as-observer**, in dem die Teilnahme gegenüber der Beobachterrolle in den Vordergrund rückt. Diese Forscherposition ist gekennzeichnet von einer Asymmetrie zwischen „Wir“ und „Ihr“ – der/die ForscherIn wird in die alltäglichen Handlungen mit einbezogen, hingegen wahrt er das „Ihr“ indem er sich seines Auftrags bewusst ist und Distanz wahrt. Ein Beispiel hierfür ist die von FORSTER durchgeführte Beobachtung an einer psychiatrischen Anstalt. Der Forscher war hier als Pfleger in den täglichen Abläufen vollkommen integriert, jedoch behielt er als Wissenschaftler stets seinen eigentlichen Auftrag im Kopf (vgl. Forster/Pelikan 1978). Dann gibt es noch die Rolle des **complete participant**, in der der/die ForscherIn vollkommen im Feld als TeilnehmerIn aufgeht.

Diese Einteilung nach GOLD (1958) erstreckt sich somit zwischen der Rolle des reinen Beobachters, der das Feld so gut als möglich nicht berührt, zu einem reinen Teilnehmer, der vollkommen im Feld integriert ist. Die meisten ForscherInnen positionieren sich entweder als participant-as-observer oder als observer-as-participant, und nicht an den reinen Ausprägungen nur BeobachterIn bzw. nur TeilnehmerIn, da sich hier ein großes ethisches Konfliktpotential auftut (Flick 2009: 54f). Ethische Konflikte gibt es weil, wenn man nur die Rolle des Forschers/der Forscherin im Feld einnimmt, man meist verdeckt beobachten muss und dies unter vielen Umständen heute als ethisch fragwürdig gilt. Die Rolle als reiner Teilnehmer/reine Teilnehmerin ist auch oft schwierig, weil das in der Literatur oft bezeichnete Phänomen des "going native" die Gefahr birgt, gewisse Dinge nicht mehr zu sehen und ein objektiver, distanzierter Blick von außen verunmöglicht wird.

Ad 2) ADLER&ADLER (1994) gehen davon aus, dass innerhalb der Mitgliedschaftsrolle der/die ForscherIn eine periphere, eine aktive und eine komplette Mitgliedschaftsrolle innehaben kann. Eine periphere Mitgliedschaft ist gekennzeichnet durch eine Insideridentität aber keine Teilnahme an den Kernaktivitäten der beforschten Gruppe. Ein typisches Beispiel dafür wäre die Forschung bei Drogensüchtigen, bei denen der/die ForscherIn an deren Kernaktivitäten (der Konsumation von Drogen) natürlich nicht teilnimmt. Eine aktive Mitgliedschaft ist gekennzeichnet durch Teilnahme an den Kernaktivitäten der Gruppe, jedoch weist der/die ForscherIn keine Selbstidentifikation mit den Gruppenzielen und Gruppenwerten auf. Ein Beispiel dafür wäre eine Untersuchung bei einer religiösen Gemeinschaft, bei der der/die ForscherIn an deren Kernaktivitäten, wie religiösen Bibelstunden, teilnimmt und dort sogar mitdiskutiert, sich jedoch mit deren (z.b. fundamental christlichen) Werte und Normen nicht identifiziert. Eine komplette Mitgliedschaft dahingegen ist gekennzeichnet durch Teilnahme an den Kernaktivitäten der Gruppe und Selbstidentifikation mit den Gruppenzielen und Gruppenwerten. (Adler&Adler 1994 zit. nach Flick 2009: 56).

Im Sinne dieser Mitgliedschaftseinteilung nach ADLER&ADLER (1994) würde ich meine Rolle am ehesten als periphere Mitgliedschaftsrolle im Feld kennzeichnen,

da ich die Kernaktivitäten im Feld wie Visite und Ambulanzarbeit zwar in einer bestimmten Rolle (eben als Famulantin) beobachtet habe, aber an keinen medizinischen Interaktionen wie Blutabnahmen, Blutdruckmessen oder Besprechung bzw. Nachfragen bei den Visiten teilgenommen habe.

Ad 3) BORTZ und DÖRING (2006) unterschieden weiters in Bezug auf die Zugänglichkeit des Feldes. Es kann sich um ein offenes, ein halboffenes und ein geschlossenes Untersuchungsfeld handeln. In einem offenen Untersuchungsfeld braucht der/die ForscherIn keinen sogenannten "gatekeeper", also eine Schlüsselperson, die einem in das Feld einführt. Ein typisches Beispiel für ein offenes Feld ist ein öffentlicher Raum wie die U-Bahn oder Einkaufsstrassen. Halboffene Felder dahingegen sind demnach nicht mehr ganz so einfach zu erreichen, typisch hierfür wären Vorlesungen an Universitäten. Geschlossene Felder sind für Outsider ohne Schlüsselperson nicht erforschbar. Das typischste Beispiel hierfür wären Gefängnisse, aber auch andere Organisationen, wie Firmen, sind für Außenstehende ohne Einführung ins Feld meist kaum erreichbar.

Die Organisation Krankenhaus ist somit auch ein geschlossenes Feld, ich hatte hier wie eingangs erwähnt durch die ärztliche Leitung einen hierarchisch hochgestellten Gatekeeper, der mich in das Feld einführte.

Ad 4) Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung können dies strukturiert oder nichtstrukturiert durchgeführt werden. Bei strukturierten Beobachtungen gibt es ein mehr oder weniger komplexes Beobachtungsschema und bei mehreren BeobachterInnen werden diese auch geschult. Hier gibt es vor Beginn der Beobachtung schon ein ziemlich klares Verständnis was wichtig ist oder es werden hier auch zum Teil schon Hypothesen formuliert, die im Rahmen gewisser statistischer Verteilungen der beobachteten Fälle vorläufig angenommen oder verworfen werden können. Die im Film "Kitchen Stories" (2005) durchgeführte strukturierte Beobachtung der Wege von Junggesellen in ihren Küchen, in der die Beobachter die Wege zwischen Spüle, Herd, Tisch, Kühlschrank, Schrank etc. einzeichneten, waren ein typisches Beispiel für eine strukturierte Beobachtung nach einem Beobachtungsschema.

Die vorliegende Untersuchung ist demnach jedoch in dieser Einteilung dem Typus der nichtstrukturierten Beobachtung zuzuteilen.

Ad 5) Weiters kann eine Beobachtung verdeckt oder offen durchgeführt werden. Die vom Aufdeckerjournalist Günther WALLRAFF (2007) durchgeführten Beobachtungen z.B. bei der Bild Zeitschrift waren typisch verdeckte Beobachtungen. Dabei gibt der/die ForscherIn im Feld seine wahre Identität nicht preis. Diese verdeckten Beobachtungen bergen die Gefahr von Missbrauch der persönlichen Freiheit von Beobachtungspersonen. So wurden nach der Studie "Tearoom Trade" von Laud HUMPHREYS (1975), der verdeckt homosexuelle Kontakte auf öffentlichen Toiletten beobachtet hatte und später durch Nachforschung mit Hilfe der Autonummerntafeln die beobachteten Männern in ihren Heimen für eine Health-survey interviewt hatte, international ethische Standards für die soziologische Forschung formuliert. Einer der wichtigsten Eckpfeiler dieser Standards ist der "informed consent", also die informierte Zustimmung zur Untersuchung der Beobachtungspersonen. Darunter ist auch zu verstehen, dass es unethisch ist, als ForscherIn bewusst die eigene Identität falsch darzustellen mit dem Zweck dadurch Zugang zu einem Privatbereich zu erhalten, der einem sonst verschlossen bleiben würde (Clifford 2000) (vgl. auch Ethikkodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie)

Bei der vorliegenden Fallstudie handelt es sich um eine offene Beobachtung, das Pflegepersonal wie auch das ärztliche Personal wussten durch meine Vorstellung bei den Teamsitzungen um meine Identität als Soziologin, die eine soziologische Dissertation über die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege schreibt.

Ad 6) Ob die Beobachtung nichtteilnehmend oder teilnehmend ist

Bei einer nichtteilnehmenden Beobachtung interagiert der/die ForscherIn im besten Fall überhaupt nicht mit den Beobachteten und man erwartet sich davon, dass die Beobachteten somit möglichst "natürlich" agieren. Dies funktioniert meist nur, wenn die Beobachtung verdeckt stattfindet, also zum Beispiel durch einen Spiegel. HAMMERSLEY und ATKINSON (1998) argumentieren, dass

ForscherInnen, sobald sie im Feld nicht verdeckt beobachten, gar nicht nichtteilnehmend sein können, da ihnen sofort eine Rolle zugeschrieben wird und somit eine offene nichtteilnehmende Beobachtung gar nicht möglich ist, da man als Mensch in einem Feld nur durch seine reine Anwesenheit in irgendeiner Form am Geschehen teilnimmt.

Die vorliegende Fallstudie ist somit eindeutig als teilnehmende Beobachtung zu klassifizieren.

Ad 7) Ob die Beobachtung im künstlichen oder im natürlichen Setting stattfindet

Beobachtungen können auch in einem künstlichen Setting stattfinden. Dies ist dann der Fall, wenn zum Beispiel Menschen für eine Fokusgruppendifkussion in einen Institutsraum eingeladen werden und hier Gruppenprozesse beobachtet werden. Als ein Kriterium der teilnehmenden Beobachtung gilt jedoch, dass diese meist im natürlichen Setting der Beobachtungspopulation stattfinden soll. Bei der vorliegenden Studie handelt es sich dabei also um eine Beobachtung im natürlichen Arbeitssetting, nämlich dem Stationsbetrieb im Krankenhaus.

Ad 8) Ob es sich um eine Selbst- oder Fremdbeobachtung handelt:

Jüngere Entwicklungen in der Ethnography gehen einen neuen Weg, indem sich nun die ForscherInnen in ihrem Erleben in bestimmten Feldern selbst beforschen. Diese Herangehensweise wird als Auto-ethnography (vgl. Ellis 1995) bezeichnet. Mit Hilfe von Autoethnography werden viele ethische Risiken, die teilnehmender Beobachtung innewohnen, umgangen. Auch die methodische Diskussion (vgl. Reichertz 1989) ob Feldprotokolle nun Protokolle über das Feld oder über einen/eine ForscherIn sind kann mit Hilfe der Auto-ethnography eindeutig beantwortet werden.

Mag Auto-ethnography für bestimmte Felder und bestimmte Forschungsfragen ein sinnvoller Weg sein, stellt sich jedoch die Frage, welchen Forschungsfokus die eigene teilnehmende Beobachtung haben sollte. So weist auch VOGD (2006) darauf hin, dass es kaum Sinn macht, Auto-ethnography zu betreiben, wenn man

teilnehmende Beobachtung zur Beantwortung einer bestimmten Forschungsfrage verwendet, die eben nicht direkt mit dem/der ForscherIn als Person zu tun hat. Will man, wie zum Beispiel VOGD (2006), die Auswirkung von Gesundheitsreformen auf den Arbeitsalltag in Krankenhäusern untersuchen (vgl. Vogd 2006), so wird es kaum sinnvoll sein, hier auto-ethnographisch zu arbeiten.

Auch die vorliegende Fallstudie hatte bereits vor Eintritt ins Feld einen Forschungsfokus, der sich auf die interprofessionelle Zusammenarbeit im Setting Krankenhaus bezog. Zwar hatte ich zahlreiche Selbstreflexionen in den Feldprotokollen verfasst, die bei der Auswertung herangezogen wurden um z.B. einen bestimmten bias zu reflektieren, doch wurden diese Selbstreflexionen nicht qualitativ ausgewertet. Eine Auswertung dieser könnte jedoch zur Beantwortung anderer Forschungsfragen dienlich sein, wie der Frage der Integration von Outsidern durch bereits bestehende Gruppen oder von Copingmechanismen, die man in Anbetracht von direkt erlebtem Leid und Tod entwickelt.

Da in der vorliegenden Fallstudie der Forschungsfrage nach der Ausgestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Setting Krankenhaus nachgegangen werden sollte, handelt es sich hier um eine Fremdbeobachtung und keine Auto-ethnography. Selbstbeobachtung ist lediglich in Form von Selbstreflexionen in den Beobachtungsprotokollen eingeflossen und hatte den Sinn, eigene Vorannahmen, Vorurteile, etc. zu benennen und diesen dadurch entgegenwirken zu können.

Zusammenfassend kann man die vorliegende Fallstudie somit als **offene, teilnehmende Beobachtung** verorten, in bei der die Forscherin in einem **natürlichen, geschlossenen Setting** in einer **peripheren Mitgliedschaftsrolle** als **observer-as-participant nichtstrukturierte Fremdbeobachtung** betrieben hat.

4.7.2. Teilnehmende Beobachtung im Setting Krankenhaus: der Beobachertest

Wie bereits in einem vorangegangenen Kapitel ausführlich dargestellt, birgt die Expertenorganisation Krankenhaus als Setting bestimmte strukturelle

Besonderheiten und „objektive“ Zwänge (siehe Kapitel 2). Ich möchte daher nun gerne auf, in der Literatur bereits erwähnte, Besonderheiten der teilnehmenden Beobachtung im Setting Krankenhaus eingehen. Diese mögen auch für andere Settings gelten, als Einstieg ins eigene Feld möchte ich aber vor allem auf krankenhausettingspezifische Beispiele zur Veranschaulichung eingehen.

Meist zu Beginn einer teilnehmenden Beobachtung muss sich der/die ForscherIn in ihrem Beobachtungssetting einigen meist unangenehmen Tests unterziehen, ein Prozedere, das in der Literatur als **Beobachtertest (vgl. Spenger 1989)** tituiert wird. Die Integration des Beobachters/ der Beobachterin geht in vielen Fällen mit dem Bestehen dieser mehr oder weniger heiklen Bewährungsproben einher. Zur Veranschaulichung sollen hier zwei prototypische Beispiele eines Beobachtertests gezeigt werden. Das erste Beispiel ist dabei SPENGER (1989) entnommen und bezieht sich auf eine Beobachtung auf einer Intensivstation.

Ein männlicher Beobachter, der an einer Intensivstation beobachtet und in Uniform und Schichtplan der Pflege zugeordnet ist, wird gebeten bei der Katheterisierung eines männlichen Patienten zu helfen und seinen Penis zu halten. Dabei muss er den Penis nach der Gabe des lokalen Anästhetikums zusammendrücken um die Flüssigkeit vor dem Ausfließen zu hindern. In diesem Fall wird die Katheterisierung normalerweise von einem Pfleger alleine vollzogen, die Anwesenheit des Forschers, der als Pfleger agiert, ist deswegen rein sachlich nicht zu rechtfertigen. (Spenger 1989: 42).

Ein weiteres Beispiel für einen solchen BeobachterInnentest ist der vorliegenden Fallstudie entnommen. Zur Veranschaulichung folgende Mutprobe, gezeigt anhand eines Protokollausschnitts am Beginn meiner Forschung:

„Ich betrete mit einer Famulantin ein kleines Dreibettzimmer und darin stehen um einen Patienten herum vier PflegerInnen und zwei ÄrztInnen. Wir treten hinzu. Der Patient scheint sehr alt zu sein. Er hat die Augen geschlossen und scheint zu schlafen. Es ist sehr heiß im Zimmer und es riecht nach Kot. Als ich zur Seite blickte, sehe ich, dass einer der Zimmerkollegen gerade auf der Bettpfanne sitzt. Als ich wieder zum Patienten sehe, wird gerade die Bettdecke zur Seite gezogen und zwei sehr wund, offene, eitrige Füße mit großen Löchern entblößt. Die Ärzte und PflegerInnen unterhalten sich darüber ob man die Beine amputieren muss. Ein Pfleger meint: „Sowas hab ich noch nie gesehen.“ Die Konversation findet direkt am Bett des Patienten statt, es herrscht eine erregte Stimmung im Team, jemand lacht. Ein Pfleger macht von den Wunden Fotos und macht einige Witze, an deren Wortlaut ich mich nicht mehr erinnern kann. Plötzlich wird mir schlecht, langsam wird mir schwarz vor Augen. Fluchtartig verlasse ich das Zimmer. Draußen legt sich das Schwindelgefühl und ich gehe auf das Stationszimmer. Ich überlege kurz ob ich wieder ins Patientenzimmer gehen soll und entscheide mich dagegen. Einige Zeit später hat dieser Pfleger, der Leitführende beim Witzemachen am Bett des Patienten, die Bilder groß auf A4 und farbig ausgedruckt. Er zeigt sie im

Stationszimmer herum, indem er sie hoch hält. Er blickt dabei kurz zu mir und grinst. Er meint zur Turnusärztin, ob sie nicht auch eine Kopie für zu Hause machen möchte und sich diese Fotos an den Esstisch hängen möchte. Er lacht. Ich befinde mich am anderen Ende des Zimmers, am weitesten weg von dem Pfleger und den Fotos. Ich habe mir die Bilder nicht angeschaut, sondern mich zur Seite gedreht.“ (Beobachtungsprotokoll 3: 4)

In dieser Situation wollte der Pfleger meine Reaktion auf die unschönen Seiten seines Berufslebens abtesten. Ich bestand seinen Beobachertest jedoch nicht, da ich die belastende Situation verlassen und die Konfrontation mit seinem Alltag, den offenen Wunden und dem Gestank, nicht ertragen hatte. Außerdem hatte ich seine Strategie, mit diesen schwierigen Situationen umzugehen, nämlich sie ins Lächerliche zu ziehen, eine Strategie die übrigens in vielen Sozialberufen vorkommt, verurteilt, indem ich mich, angewidert von den Fotos, abgewandt und demonstrativ nicht über seine Witze gelacht hatte. Durch die Auswertung der Memos und im Rahmen der Gruppenanalyse bzw. durch Gespräche im DissertantInnenseminar wurde mir dies später klar. Im weiteren Verlauf der Feldforschung boykottierte dieser Pfleger ab jenem Moment mein Vorhaben und mir wurde schon bald bewusst, dass aus Forschersicht meine Reaktion sehr unschlau war. Der Beobachertest erfüllt ja den Zweck den/die BeobachterIn dahingehend zu testen, ob er/sie würdig ist, die eigene Alltagswelt erforschen zu dürfen. Jemandem, der das, was man selbst jeden Tag ertragen muss, nicht aushalten kann oder will, möchte man verständlicherweise auch keinen zu großen Einblick in seine eigenen Handlungen bieten. Als ich gegen Ende der Forschung noch gerne ein Interview mit jenem Pfleger geführt hätte, sagte er zwar einem Interviewtermin zu, meinte aber, es ginge nur an dem heutigen Tag. Nachdem ich 2 Stunden in der direkt angrenzenden Cafeteria auf ihn gewartet hatte, sagte er dann doch kurzfristig ab. In der zweistündigen Wartezeit wusste er, wo ich bin und es wäre für ihn bereits abschätzbar gewesen, dass es sich nicht ausgehen würde bzw. hätte er mich ganz leicht diesbezüglich kontaktieren können, da die Cafeteria 10 Schritte vom Stationsstützpunkt entfernt war bzw. meine Handynummer auf der Station bekannt war. Da er dies aber nicht tat, deutet dies darauf hin, dass es hier wirklich um Boykott ging, der aber im Lichte der vorher beschriebenen Beobachtersituation nachvollziehbar erscheint. Da ich sein Verhalten und seine Strategie des Zynismus im Umgang mit dem täglichen Leid verurteilte,

verstieß ich wohl gegen das 9. Gebot der Feldforschung: „Du bist kein Richter, sondern lediglich Zeuge“. (Girtler 2004)

Auf dieses „Eintrittsgeld“, das die/der BeobachterIn zahlen muss wenn er ein Feld erforschen will, geht auch WHYTE in seiner „street corner society“ ein: Das Erlernen der Sprache des Feldes, in seinem Fall also Italienisch, ist nicht nur deswegen wichtig, damit man die Leute auch rein sprachlich immer versteht. Es demonstriert auch, selbst wenn man die Sprache nicht vollkommen beherrscht, das Engagement, also die Mühe, auf einen Willen, den anderen verstehen zu wollen (Whyte 1996).

4.7.3. Reflexion der eigenen Beobachtung

Als leicht hypochondrische Persönlichkeit stellte ich mir im Laufe der teilnehmenden Beobachtung mehr als einmal die Frage, warum ich mir gerade dieses Feld – eine Organisation mit der Kernaufgabe kranken Menschen zu helfen - für meine Untersuchung ausgesucht habe. Während Beobachtungen auf dem Stationszimmer, bei denen ich mit den Stationsschwestern bzw. der Oberschwester und TurnusärztInnen bzw. StationsärztInnen und OberärztInnen zu tun hatte, keinerlei Schwierigkeiten für mich darstellten, da ich einigermaßen geübt bin „Small Talk“ zu führen und es meiner Persönlichkeit entspricht, mich intensiv mit meinen Mitmenschen auseinanderzusetzen, forderten mich PatientInnenkontakte dahingegen persönlich sehr. Der Kontakt mit PatientInnen, der im Rahmen der Visiten bzw. bei der Beobachtung des Ambulanzdienstes passierte und hier konkret die Auseinandersetzung mit deren Leid, Schmerz und teilweise Verzweiflung, brachte mich nicht selten an meine persönliche Grenze. Vor dieser Fallstudie hatte ich als Mensch kaum praktische Erfahrung mit dem Stationsbetrieb im Krankenhaus. Als Mutter konnte ich meine beiden Kinder ambulant entbinden und ansonsten war ich selbst noch nie als Patientin stationär im Krankenhaus.

Um dies für Außenstehende nachvollziehbar zu machen, möchte ich die emotionale Belastung nun anhand eines konkreten, mir in Erinnerung gebliebenen, PatientInnenkontaktes erläutern: Bei einer Visite, bei der meine

Beobachtung auf die Interaktion der Oberärztin mit der Stationsschwester gerichtet war, hatte eine ältere Patientin sichtbar furchtbare Schmerzen. Die Patientin hatte Bauchspeicheldrüsenkrebs und Durchbruchsschmerzen. Sie schrie vor Schmerz zwar nicht auf, aber ihr Gesicht war schmerzverzerrt und sie klammerte sich verkrampft an das Bettgestell, sodass ihre Hände vor Kraftanstrengung ganz weiß waren. Ihre Tochter war gerade auf Besuch und bat die Ärztin, dass sie ihrer Mutter doch irgendwie helfen müsste und ihr bitte etwas gegen die Schmerzen geben sollte. Dabei war die Tochter sichtlich verzweifelt, sie streichelte ihrer Mutter unentwegt die Hand und weinte stumme Tränen. Beim Anblick sowohl der schmerzerfüllten alten Frau wie ihrer vollkommen verzweifelten Tochter war mein erster Impuls einfach, zur Tochter hinzugehen, sie in den Arm zu nehmen und zu trösten. In der Rolle, in der ich jedoch hier beobachtete, war dies mit meiner professionellen Rolle unvereinbar und so blieb ich stumm stehen und hörte zu wie die Ärztin einen Termin mit der Anästhesie vereinbarte und der Tochter versicherte, dass mit den heutigen Narkosemitteln die Mutter schon ganz bald schmerzfrei sein würde. Dann gingen wir zur nächsten Patientin im selben Zimmer weiter. Auch bei deren Bett musste ich immer wieder zur weinenden Tochter der Patientin hinblicken und merkte, dass ich nun selbst schon Tränen in den Augen hatte. Als wir das Zimmer verließen, hatte ich große Mühe nicht selbst loszuweinen, und auch zu Hause ging mir dieses Bild der absoluten Verzweiflung noch lange nicht aus dem Kopf.

Zu Beginn der Forschung hatte ich noch keine Vorstellung darüber, dass ich bei der Beobachtung der interprofessionellen Zusammenarbeit auch so viel menschliches Leid beobachten würde, da die PatientInnen und deren Krankheitsgeschichten ja nicht Zentrum meiner Forschungsfrage waren. Ich interessierte mich für eine ExpertInnenorganisation und dafür wie hier zwei unterschiedliche Berufsgruppen mehr oder weniger gut miteinander kooperierten bzw. welche Spiele sich zwischen den ProtagonistInnen der beiden unterschiedlichen Berufsgruppen etabliert hatten. In welchem emotional belastenden Feld diese interprofessionelle Zusammenarbeit passiert hatte ich zwar theoretisch gelesen bzw. theoretisch nachempfunden, aber erst durch die teilnehmende Beobachtung wurde mir das Ausmaß der emotionalen Belastung des täglichen Berufsalltags beider Berufsgruppen nachspürbar. Diese Erfahrungen hinterließen in mir einen tiefen Respekt vor den im Gesundheitsbereich tätigen

Menschen. Auch weiß ich heute, dass ich selbst nicht dazu geeignet wäre, in diesem Bereich als Krankenschwester oder Ärztin zu arbeiten.

Als nach vorangeschrittener Forschung im Feld die Beobachtung sekundär wurde und ich immer mehr mit der Durchführung von Interviews und der parallel dazu stattfindenden immer intensiveren Auswertungsarbeit beschäftigt war, merkte ich, dass ich doch sehr erleichtert war, diesen zum Teil emotional sehr belastenden Situationen, nicht mehr tagtäglich ausgesetzt zu sein.

4.7.4. Narrative und episodische Interviews

Ergänzend zur teilnehmenden Beobachtung wurden in der vorliegenden Fallstudie Interviews mit ÄrztInnen aus unterschiedlichen Hierarchiepositionen und mit einer Stationsschwester und Basisschwestern geführt. Diese Interviews wurden in der Frühphase in Anlehnung an das Konzept des narrativen Interviews nach SCHÜTZE (1976) durchgeführt und der Einstieg ins Interview erfolgte mit folgender sehr offenen Formulierung:

„Ich schreibe meine Arbeit über die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Krankenhaus. Daher interessiere ich mich für Erfahrungen, die sie im Laufe ihres Berufslebens mit der Zusammenarbeit mit der Pflege, also mit Schwestern und Pfleger (oder mit der Ärzteschaft, also mit Ärztinnen und Ärzten) im Krankenhaus gemacht haben. Sie können in ihrer Erzählung mit der ersten für sie relevanten Erfahrung mit dieser Zusammenarbeit im Krankenhaus nach ihrem Berufseinstieg beginnen und den Bogen bis heute spannen. Sie können sich so viel Zeit nehmen wie sie möchten, ich werde mir erstmals nur Notizen zu Fragen machen, auf die ich später eingehen werde.“

Ziel dieser sehr offenen Einstiegsfrage war, dass diese die zu interviewenden Personen zu einer längeren Erzählung animieren sollte, bei der sie sich im Idealfall selbst als handelnde Personen einbringen. Im Rahmen dieser offenen Interviewführung sollten die Zugzwänge des Kommunikationsschemas „Erzählung“ zur Strukturierung der Aussagen zur Geltung kommen. Diese Zugzwänge sind nach ROSENTHAL der Gestaltschließungszwang, der Kondensierungszwang und der Detailierungszwang (vgl. Rosenthal 1995)

Wie bereits weiter oben skizziert eignet sich die Textsorte der „Erzählung“ im Gegensatz zu Beschreibung, Argumentation und Bericht besonders für die

Analyse von latenten Sinnzusammenhängen, da hier eigenerlebte Erfahrungen wiedergegeben werden, die an eine bestimmte Zeit, an einen bestimmten Ort und eine bestimmte Person gebunden sind. Wenn es gelingt, Personen zu einer "Erzählung" zu animieren, dann ist es für die Personen im Interview kaum möglich, sich als handelnde Person ins Handlungsgeschehen nicht einzuführen und somit werden Einblicke in konkrete Handlungszusammenhänge gewährt. (Rosenthal 2005: 139-141).

Dem zyklischen Prozess der Auswertung und Erkenntnisgewinnung folgend, entwickelte sich die Interviewführung im Laufe der Zeit von reinen narrativen Interviews mit oberer Einstiegsfrage und lediglich im Nachfrageteil des Interviews klärenden Fragen zu episodischen Interviews nach FLICK weiter (Flick 2010). Durch die kontinuierliche Auswertung der bereits geführten Interviews und der Beobachtungsprotokolle wurden auch erste Arbeitsthesen erarbeitet. So konnten bald einige, in den Erzählungen immer wiederkehrende, Spannungsfelder und konkrete Problembereiche innerhalb der Zusammenarbeit ausfindig gemacht werden, für deren konkrete Bewältigung und angewandten Problemlösungsstrategien ich mich im Stationsalltag interessierte. Neben einer Auswahl der Beobachtungssituationen aufgrund dieser Überlegungen zu einem theoretical sampling wurde auch in den episodischen Interviews in einem zweiten Teil nach bestimmten konkreten Situationen gefragt.

Die episodischen Interviews behielten in der ersten erzählstimulierenden Phase obere Einstiegsfrage bei, in einem zweiten Teil wurde aber nach konkreten, in den vorhergehenden Interviews angesprochenen, möglichen Interaktions- und Konfliktsituationen zwischen den beiden Berufsgruppen gefragt, falls diese nicht schon zuvor angeschnitten wurden. Diese zusätzlichen exmannten Nachfragen betrafen neben eher generellen Fragen nach Zukunftswünschen in Bezug auf die Interaktion mit Pflege bzw. Ärzteschaft vor allem die Praxis der Medikamentenvergabe im Nachtdienst, die Regelungen in Bezug auf die Aufgabenverteilung bezüglich Blutdruckmessen und das intravenöse Spritzen von Medikamenten sowie die Erstgabe von Antibiotikainfusionen.

4.8. Auswertungsmethoden

Die Datenauswertung der Beobachtungsprotokolle und der narrativen wie episodischen Interviews orientierte sich an den Prämissen der Grounded Theory in der Fassung von STRAUSS und CORBIN (Strauss/Corbin 1990). Wie bereits erwähnt, wurden schon während der teilnehmenden Beobachtung, dem zyklischen Prozess einer qualitativen Forschung folgend, erste Auswertungen vorgenommen. Im Rahmen eines zweisemestrigen Grounded Theory-Seminars bei Dr. Scheibelhofer konnte ich einiges an Material und meine Forschungsfrage im Rahmen einer Kleingruppe bearbeiten. Hier hatte ich die Chance, möglichen, durch die Interpretation im Einzelsetting entstandenen, Verzerrungen mit Hilfe meiner Interpretationsgruppe entgegenzuwirken. Zusätzlich dazu wurden einige Schlüsselpassagen mit Hilfe der Feinstrukturanalyse nach FROSCHAUER/LUEGER (2003) bearbeitet mit dem Ziel, dahinterliegende latente Sinnstrukturen zu rekonstruieren.

Die Ergebnisdarstellung orientiert sich an den von CROZIER/FRIEDBERG (1993) vorgeschlagenen Weise, jedoch wurde zusätzlich zu der, von CROZIER/FRIEDBERG verwendeten Spielterminologie der Begriff des Spielzugs eingeführt, welcher sich auf konkret beobachtetes, in Form von Beobachtungsprotokollausschnitten festgehaltenes, Handeln bzw. konkrete Äußerungen in Form von Interviewausschnitten bezieht. Eine genaue Darstellung der für diese Fallstudie entwickelten Ergebnisdarstellung wurde bereits in Kapitel. 3.2.5. „Der Spielbegriff zur Analyse der Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und PflegerInnen im Setting Krankenhaus“ erläutert.

5. Ergebnisse

Dieses Ergebniskapitel teilt sich in vier Subkapitel. Kapitel 1 beschäftigt sich ausführlich mit einem im Rahmen der Analysen als sehr wichtigen spielstrukturierenden Kontext, nämlich der im Feld vorgefundenen „Verantwortungs- Erfahrungsdiskrepanz“. Dies ist ein zentrales Ergebnis der vorliegenden Arbeit und bildet einen wichtigen Rahmen zum Verständnis des Zustandekommens von Spielen im Krankenhaussetting.

Kapitel 2 und 3 stellen zwei im Rahmen dieser Arbeit genau analysierte Spiele zwischen Pflegeschafft und Ärzteschaft im Setting Krankenhaus vor. Es handelt sich dabei um zwei Spiele, die zwischen diplomierten Krankenschwestern (es wurden keine Stationspfleger beobachtet) und TurnusärztInnen beobachtet wurden. Die in der Empirie beobachteten bzw. in den narrativen Interviews rekapitulierten Spiele wurden dabei auf ihre organisationalen Kontextbedingungen hin untersucht und anschließend der Versuch einer abstrakten Verallgemeinerung einer möglichen Spielzugabfolge dieser Spiele unternommen.

Im Anschluss daran werden in Kapitel 4 weitere Ergebnisse der Feldforschung dargestellt, die interessante Teilaspekte beleuchten und zum Teil auch für neue Forschungsfragen anschlussfähig sind.

5.1. Die Erfahrungs- Verantwortungsdiskrepanz: Ein wichtiger Kontext für das Entstehen von „Spielen“

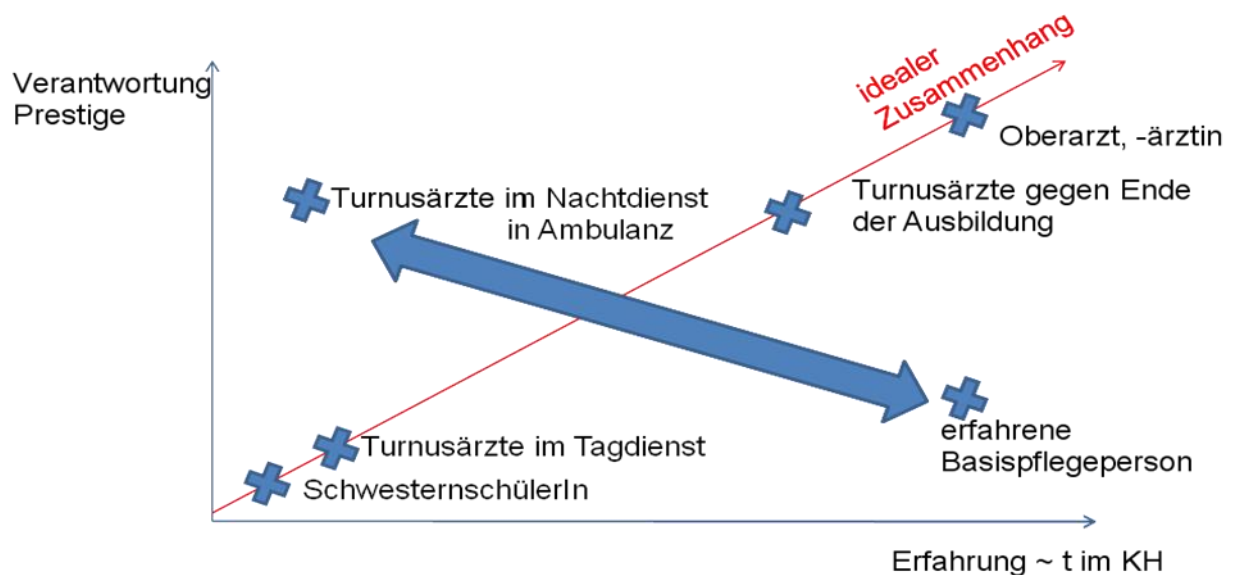
“Ja, wenn eben, wenn zum Beispiel die Schwester mehr Erfahrung hat als der Arzt, der Arzt die Verantwortung trägt, dann ist das ein Konfliktpunkt.” (Interview 9: 512-513)

Als optimaler Zusammenhang zwischen Erfahrung und Verantwortung könnte man konstatieren, dass Akteure und Akteurinnen mit zunehmender Erfahrung, die sich nicht unwesentlich aus der Zeit, die sie bereits in einem bestimmten Handlungsfeld, in unserem Falle dem Setting Krankenhaus, verbracht haben, auch mehr Verantwortung im Feld übernehmen können und müssen. Weiters

kann man davon ausgehen, dass jene Tätigkeiten mit einem hohen Maß an Verantwortung auch sehr prestigereich sind.

Folgende Skizze veranschaulicht dabei im Setting Krankenhaus die einzelnen, im Feld untersuchten, hierarchischen Positionen der Profession Ärzteschaft und Pflege in einem Verantwortungs – Erfahrungskordinatensystem.

Abbildung 6: Erfahrungs-Verantwortungsdiskrepanz



Wie diese Skizze grafisch veranschaulicht, sind innerhalb der Ärzteschaft vor allem TurnusärztInnen im Nachtdienst und auf der Ambulanz und langjährig erfahrene Basispflegepersonen von einer starken Abweichung dieses als ideal postulierten Verantwortungs-Erfahrungszusammenhangs betroffen. Interessant dabei ist, dass diese Diskrepanz bei der Ärzteschaft mit zunehmender, im Setting Krankenhaus verbrachten, Zeit und somit auch mit zunehmendem Alter bzw. damit einhergehendem Aufstieg innerhalb der Berufshierarchie abnimmt, währenddessen diese Diskrepanz für Pflegepersonen mit zunehmender, im Setting Krankenhaus verbrachten, Zeit und somit zunehmendem Alter zunimmt. Um diese Ungleichheit besser verstehen zu können, muss kurz ein wenig ausgeholt werden und die prototypischen Arbeitsabläufe der TurnusärztInnen und Basispflegepersonen erläutert werden.

5.1.1. Die prototypischen Tagesabläufe von TurnusärztInnen und Basiskrankenschwestern/pfleger

5.1.1.1. Arbeitsabläufe der TurnusärztInnen

Das Arbeitsspektrum und auch die zu tragende Verantwortung variiert bei den TurnusärztInnen sehr danach, ob sie einen normalen Tagdienst von 8:00 bis 13:00 haben oder „Dienst“ haben, das heißt offiziell von 13:00 bis 8:00 anwesend sind, in der Praxis aber bis ca. 9:00 anwesend sind, da die Morgenbesprechung der Ärzteschaft erst um 8.30 ist. Um diese unterschiedlichen Anforderungen während des normalen Tagdienstes und des Dienstes nachvollziehen zu können, seien diese hier kurz prototypisch für die Fallstudie skizziert.

TurnusärztInnen im „Dienst“ (Nachtdienst)

Einerseits gibt es den **Nachtdienst**, der im Feld immer schlichtweg als „**Dienst**“ betitelt wird. Dieser geht offiziell von 13:00 bis zum Folgetag um 8:00, da aber erst um 8:30 ärztliche Morgenbesprechung ist, müssen die TurnusärztInnen im Dienst immer bis 9:00 bleiben. Im „Dienst“ gibt es auf dieser Internen Abteilung immer 2 TurnusärztInnen, von denen einer/e den Hauptdienst macht und in dieser Funktion in der Ambulanz zuständig für die Aufnahmen ist – also für alle PatientInnen, die nach 13:00 in die Ambulanz kommen bzw. alle eintreffenden Rettungen. Ihm/ Ihr zur Seite steht ein Facharzt, der dieses Handeln supervidiert. Die Schreibarbeiten, die im Falle einer Überweisung bzw. Aufnahme anfallen, übernimmt auch der Hauptdienst. Der/die zweite Turnusarzt/ärztin hat die Funktion des Beidienstes, der für die Arbeit auf den Stationen A, B, C und D zuständig ist. Auf der Intensivstation arbeiten keine TurnusärztInnen im „Dienst“.

Während der Hauptdienst nicht selten wirklich bis auf einige Ruhepausen fast durchgängig die Nacht hindurch beschäftigt ist, kann sich der Beidienst, sofern es keinen Notfall auf den Stationen gibt, in vielen Fällen zwischen 24:00 und 6:00 schlafen legen. Sowohl für Bei- wie auch für Hauptdienst gibt es im separaten Ärzetrakt ein Dienstzimmer mit Bett, in dem sie sich in den Nachtstunden zurückziehen können und gegebenenfalls schlafen können. Sie sind hier aber immer via Pieper und Telefon für die Pflege erreichbar um gegebenenfalls zügig zu PatientInnen zu kommen.

TurnusärztInnen im Tagdienst

Während des normalen Tagdienstes ist die Arbeit der TurnusärztInnen auf den Stationen wenig qualitativ anspruchsvoll und setzt sich hauptsächlich aus Routinetätigkeiten zusammen. Vor der Morgenbesprechung um 8:30 sollen sie auf der ihnen zuteilgeten Station bereits die Blute der PatientInnen abgenommen haben, diverse Spritzen verabreicht haben und Blutdruck der PatientInnen gemessen haben. Dann erfolgt die Morgenbesprechung bis kurz vor 9:00, bei der den TurnusärztInnen vom ärztlichen Leiter im Anschluss daran eine kurze Kaffeepause zum psychohygienischem Austausch erlaubt wird. Im Anschluss daran bereiten sich die TurnusärztInnen, falls es die Zeit erlaubt und sie nicht andere Tätigkeiten erledigen müssen, auf die Visite an den PatientInnenbetten vor, indem sie sich die zu besprechenden PatientInnenakten durchlesen. Daraufhin folgt, sobald der/die diensthabende Oberarzt/ärztin auf der Station eintrifft, die Visite bei der die TurnusärztInnen mitgehen. Danach führen sie gegebenenfalls noch kleinere medizinische Hilfstätigkeiten durch, die sich in den meisten Fällen aus Blutdruckmessen, Blutabnahmen bzw. Antibiotikaerstgaben und dem Setzen von intravenösen Zugängen zusammensetzen und verlassen um 13:00 die Station.

TurnusärztInnen auf der Ambulanz:

TurnusärztInnen, die ihren Turnus schon mindestens einige Wochen auf der Internen machen, rotieren dann auf die Ambulanz. Auch hier arbeiten sie wie im normalen Tagdienst von 8:00 bis 13:00. Sehr häufig müssen sie jedoch länger bleiben. Um 13:00 werden jene PatientInnen, die in der Früh auf die interne Ambulanz gekommen sind und noch nicht fertig behandelt wurden, dem Hauptdienst übergeben. In der Praxis wird so gut wie möglich versucht, alle PatientInnen, die vor 12:00 kommen, vor 13:00 entweder entlassen oder aufgenommen zu haben, damit dem Hauptdienst nicht halb erledigte Diagnosetätigkeiten übergeben werden müssen und die Fälle abgeschlossen werden können. Folgender Ausschnitt aus einem Beobachtungsprotokoll veranschaulicht diese informelle Regel:

Als der Patient das Behandlungszimmer verlassen hat führen die Schwester, die Turnusärztin und ich, ein Gespräch über den Alltag auf der Ambulanz. Dabei erzählt die Turnusärztin mir, dass sie zu Beginn total überfordert war, weil so viel zu tun war. Die Schwester meint daraufhin in etwa: „Naja, sie war aber immer um halb Eins fertig, weil da gibt es andere.“ Als ich nachfrage, warum dies so wichtig ist, erklärt mir die Turnusärztin, dass man im normalen Tagdienst versucht, immer bis 13:00 fertig zu sein, weil man selbst die PatientInnen schon kennt und der Hauptdienst sonst wieder „von vorne anfangen muss“. Die Schwester findet diese Praxis sehr angenehm und meint, dass eben alle Turnusärzte versuchen, bis 13:00 fertig zu sein.“ (Beobachtungsprotokoll 4: 14)

Auf der Ambulanz herrscht Zeitdruck und in relativ kurzer Zeit soll eine Entscheidung über Diagnose und künftige Behandlung bzw. über Aufnahme oder Heimschicken der PatientInnen gefällt werden. Diese Arbeit wird zwar auch im Tagdienst von einem Facharzt supervidiert und diese Hilfe wird auch bei schwierigen Fällen in Anspruch genommen, eine zu häufige Kontaktaufnahme auch in einfachen Lehrbuchfällen fällt jedoch negativ auf die Position im Team zurück und ist auch aufgrund andersweitiger Beschäftigungen der OberärztInnen in der gelebten Praxis nicht immer sofort möglich. Über den Druck, dem dabei noch unerfahrene TurnusärztInnen bei ihrer sehr selbständigen Arbeit auf der Ambulanz ausgesetzt sind, kann man sich anhand folgenden Interviewausschnittes ein Bild machen:

“ (...) ich glaube das war nach zwei Monaten [auf der Internen als Turnusarzt] und dann bin ich in die Ambulanz gegangen und da ist man alleine. Da ordiniert man quasi und ich hab zwar immer einen Ansprechpartner gehabt, einen Oberarzt, aber oft waren die halt auch beschäftigt und können sich auch nicht jeden Patienten immer sofort anschauen kommen und da hat die Pflege unheimlich Druck gemacht, also das war ein Wahnsinn. Wenn die Rettungen gleichzeitig kommen, Ergometrie soll man nebenbei [machen] dann wartet draußen, der ganze Warteraum ist, wenn man ein Pech hat, voll und das ist halt einmal im Winter so. Und das muss ich ehrlich sagen, das war heftig, ja, also da hat es schon dann Reibereien gegeben, wo ich irgendwie gefunden habe, ich tu eh alles, ich bemühe mich eh, ich versuche es jedem irgendwie, und das geht aber nicht.“ (Interview 10: 74-85)

Wie man gesehen hat, differieren die Tätigkeiten der TurnusärztInnen im normalen Tagdienst und im „Dienst“ qualitativ und in Bezug auf die zu tragende Verantwortung und den damit verbundenen Konsequenzen sehr. Im Gegensatz zu dem Tätigkeitsfeld der TurnusärztInnen im Tagdienst auf den Stationen, die sich neben dem Dabeisein bei der Visite vor allem aus Blutdruckmessen, Blutabnehmen und Spritzenverabreichen zusammensetzten und insgesamt als wenig prestigeträchtige und wenig verantwortungsvolle ärztliche Tätigkeiten

angesehen werden, setzt sich das Betätigungsfeld der TurnusärztInnen auf den Ambulanzen aus sehr anspruchsvollen Tätigkeiten der Diagnose und Medikamentenverschreibung zusammen. Diese weniger verantwortungsvollen Tätigkeiten des Tagdienstes sind auch insofern wenig prestigeträchtig, da sie sie zu einem Gutteil aus Erfahrungswissen und Übung basieren und wenig medizinisch diagnostisches Expertenwissen dazu nötig ist, währenddessen TurnusärztInnen im Dienst und auf der Ambulanz ihre im Studium erworbene medizinisch diagnostische Expertise und ihr in der Praxis erworbenes Erfahrungswissen im Kontakt mit kranken PatientInnen anwenden müssen.

TurnusärztInnen im Nachtdienst und TurnusärztInnen im Tagdienst auf der Ambulanz ist gemein, dass sie relativ selbständig in kurzer Zeit zum Teil weitreichende Entscheidungen treffen müssen. Die Erfahrungs-Verantwortungsdiskrepanz in diesem Bereich bedeutet dass diese TurnusärztInnen bei relativ geringem Erfahrungswissen sehr verantwortungsreiche Tätigkeiten durchführen müssen. Obwohl ihnen theoretisch bei den Entscheidungen und somit auch bei der zu tragenden Verantwortung der diensthabende Facharzt oder Oberarzt zur Seite steht, kann in der Realität nicht bei jeder kleinen Unsicherheit der fachliche Rat herangezogen werden. In diesem Fall sind die TurnusärztInnen auf das Erfahrungswissen von geübten Pflegepersonen angewiesen.

Ein Einwand des Feldes diesbezüglich ist, dass bei einer medizinischen Fehldiagnose immer auch die diensthabenden OberärztInnen für das fehlerhafte Handeln der TurnusärztInnen mitverantwortlich sind. Liegt also auch die rechtliche Verantwortung ihres Handelns nicht alleinig in ihren Händen, so wurde in zahlreichen Gesprächen im Feld die sozial empfundene eigene Verantwortung für das PatientInnenwohl immer wieder herausgekehrt und kann in diesem Fall nicht alleinig mit der juristischen Verantwortung gleichgesetzt werden.

Im Folgenden sei hier kurz auf die Arbeitsabläufe der Basispflege auf der untersuchten Internen Abteilung und deren Stationen eingegangen, um die wesentlichen Unterschiede zum Tagesablauf der TurnusärztInnen sichtbar zu machen.

5.1.1.2. Die Arbeitsabläufe von Basispflegepersonen

Basispflegepersonen arbeiten prinzipiell auf den Stationen in einem Schichtsystem unter der im Feld als „Radl“ benannten Abfolge „**Tag, Tag, Nacht, Ruhetag, 2 Tage frei**“. Dies meint, dass die Basisschwestern und –pfleger einen Tagdienst absolvieren, dann folgt erneut ein Tagdienst, dann ein Nachtdienst mit anschließendem Ruhetag und dann sind zwei Tage frei. Der Tagdienst ist von 7 Uhr morgens bis 19 Uhr abends, der Nachtdienst von 19 Uhr abends bis 7 Uhr morgens. Jeweils um 7 und um 19 Uhr ist Dienstübergabe an die andere Schicht, bei der die wichtigsten Vorkommnisse auf der Station kurz erläutert werden und Anweisungen weitergegeben werden.

Basisschwester/ Basispfleger im Tagdienst auf der Station

Der Tagdienst beginnt um 7 Uhr mit der Dienstübergabe. Im Tagdienst herrschte auf einer der untersuchten Stationen ein Schlüssel von Basispflegeperson zu PatientIn von 1:6, im konkreten Fall waren 24 PatientInnen auf der Station 4 Krankenschwestern zugeteilt. Gerade auf der Internen Abteilung liegen jedoch sehr oft alte, bettlägerige PatientInnen, die in vielen Fällen auch gefüttert werden müssen. Eine Krankenschwester, die in ihrer Schicht neben anderen PatientInnen auch zwei isolierte und einen Sterbenden zu betreuen hat, meint zu dieser Personalknappheit:

„Du kannst die Leute nicht so pflegen, wie ich es gern hätt. Du kannst dich gerade fünf Minuten mit denen unterhalten und dann bist du schon wieder weg, weil du schon wieder etwas anderes zu tun hast, das ist so ein Zeitdruck, Stess.“ (Interview 2: 16)

Der Großteil der am Vormittag verbrachten Arbeitszeit von Basispflegepersonen fällt daher auf das Waschen und Füttern von PatientInnen aus. Daneben sind die Krankenschwestern und Pfleger auch noch für die Ausgabe von Medikamenten und das Verabreichen von bestimmten Infusionen zuständig. Ein weiterer, nicht unwesentlicher Teil der Arbeitszeit geht auf Kosten der zum Teil umfangreichen PatientInnendokumentationen. Im Laufe des Vormittages, auf der beobachteten Station C und D meist jedoch irgendwann zwischen 9:00 und 11:00, findet die Visite statt, bei der der diensthabende Oberarzt/die Oberärztin gemeinsam mit der Stationsschwester/ dem Stationspfleger und den, der Station zugeteilten,

TurnusärztInnen die Visite in den einzelnen Zimmern der Station durchführt. Wichtige Informationen, die die Basispflege im Rahmen ihrer pflegerischen Handlungen über bzw. von den PatientInnen erfahren habt, werden dazu zuvor an die pflegerische Stationsleitung weitergegeben, die diese im Rahmen der Visiten einbringen kann. Es gibt also keine formalisierte direkte Möglichkeit einer Basisschwester/ eines Basispflegers, diese Informationen persönlich und nicht über den Weg der pflegerischen Stationsleitung weiterzugeben. Ein genauer Zeitpunkt ist für die Visite nicht vereinbart, da sie im Wesentlichen von den Zeitressourcen der OberärztInnen abhängt, die neben der Station auch noch diverse Sonderambulanzen zu betreuen haben. In der Zeit der Visite sollen keine pflegerische Handlungen in den Zimmern passieren. Ein idealer Zeitpunkt, patientInnenbezogene Informationen von der Basis an die pflegerische Stationsleitung weiterzugeben, stellt dabei die im Laufe des Vormittags, meist aber zwischen 8 und 9 Uhr, stattfindende pflegerische Teambesprechung statt. In der untersuchten Fallstudie fand diese auf dem Stationszimmer statt – ein kleines Zimmer mit Sitzecke, das mit einer Schiebetüre mit dem Stationsstützpunkt verbunden ist. Dieses Zimmer ist formal für alle auf der Station anwesenden Angestellten als Aufenthaltsraum zugeteilt, in der Praxis wird es aber auch im restlichen Tagesverlauf fast ausschließlich von der Pflege genutzt und von einigen Krankenschwestern auch als „Schwesternzimmer“ betitelt. Interessanterweise ist diese Praxis auf der Intensivstation ganz anders, hier gibt es auch ein Stationszimmer, das jedoch von ÄrztInnen und Krankenschwestern bzw. Pfleger gleichermaßen verwendet wird. Dies mag daher rühren, dass auf der Intensivstation eine viel engere Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzteschaft herrscht und das Verhältnis zwischen anwesenden ÄrztInnen und Pflegepersonen auf der Station viel ausgeglichener ist.

Ein weiterer Fixpunkt innerhalb der Tagesstruktur auf der Station, nach dem sich die Durchführung pflegerischer Handlungen orientiert, ist das Austeilen des Mittagessens gegen 12:00. Hier werden dann jene PatientInnen, die nicht alleine essen können, gefüttert. Die Pflege ist in ihrem Alltag zu einem nicht unwesentlichen Teil von gewissen tagesstrukturellen Fixpunkten abhängig, die zu einem gewissen Zeitpunkt erledigt werden müssen, wie folgender Ausschnitt aus einem Interview mit einer Basisschwester verdeutlicht:

„Weil ich teilweise schon einen strikten Ablauf habe, den du einhalten solltest, als Pflegeperson, du kannst nicht am Nachmittag anfangen zum Waschen oder zu pflegen, ich mein, du kannst schon, aber von der Zeit her geht es einfach nicht, ja du musst das meiste am Vormittag erledigen.“ (Interview 2: 137-140)

Wie auch die Stationsschwester bei einem Vorgespräch zur teilnehmenden Beobachtung meinte, ist der Vormittag die arbeitsintensivste Zeit für die Pflege auf den Stationen der Internen Abteilung.

Während die TurnusärztInnen gegen 13:00 die Station verlassen, werden dann von der Pflege die von der Aufnahmestation C übernommenen Neuaufnahmen abgeholt und Zimmern auf der Station zugeteilt.

Die pflegerische Stationsleitung verlässt um 15:00 die Station, da sie als Stationsleitung ausschließlich Tagdienste macht. Bei der Nachmittagsvisite geht daher eine Basisschwester/ ein Basispfleger mit dem Ärzteteam mit, ein Umstand der in der untersuchten Fallstudie als wenig befriedigend erlebt wird, weil durch die zeitliche Auslastung an Basispflege kaum Zeit bleibt, sich als Krankenschwester/ Pfleger in angemessener Form auf die Visite vorzubereiten.

Das Messen des Blutdruckes, ein wichtiger Anhaltsp parameter auf der Internen für die medizinischen Entscheidungen bei der Visite, ist auf der Internen Abteilung zwischen TurnusärztInnen und Pflege aufgeteilt. Während die TurnusärztInnen diese Tätigkeit am Vormittag übernehmen, messen die Basisschwester und Pfleger den Blutdruck am Nachmittag für die Nachmittagsvisite.

Da die TurnusärztInnen, die den Stationen zugeteilt sind, um 13:00 außer Haus gehen, sind die Stationen am Nachmittag fast ausschließlich in der Hand der Pflege. Der Turnusarzt/ die TurnusärztIn im Dienst, die wie bereits erwähnt am Nachmittag für alle 4 Stationen zuständig ist, wird dann kontaktiert, wenn es einem Patienten/ einer Patientin schlecht geht bzw. wenn ein Medikament verschrieben werden muss. Der Oberarzt / die Oberärztin kommt zur Nachmittagsvisite auf die Station, ansonsten wird er/sie nur bei jenen Fällen kontaktiert, bei denen die TurnusärztInnen Hilfe brauchen. Um 19:00 gehen die Tagdienstschwestern/ pfleger nach einer Dienstübergabe außer Haus.

Basisschwester/ Basispfleger im Nachtdienst auf der Station

Im Nachtdienst sind auf der untersuchten Fallstudie auf der Internen Abteilung auf allen Stationen immer 2 Basispflegepersonen anwesend. Seit dem Lainzskandal dürfen PflegehelferInnen im Nachtdienst nur mehr unter Supervision einer diplomierten Pflegekraft arbeiten, weswegen meist eine Diplomierte/ ein Diplomierter mit einer/einem Pflegehelfer/in arbeitet. Ausnahme dieser Regel fand auf Station A statt, die auf Grund knapper Personalressourcen und eines Langzeitkrankenstandes im untersuchten Zeitrahmen in der Nacht nur durch eine diplomierte Pflegeperson besetzt war – ein Umstand der auf dieser etwas kleineren Station zu massiven Problemen führte und dessen Auswirkung der ärztliche Leiter der Abteilung treffend beschrieb, indem er meinte, dass hier in der Nacht im pflegerischen Team schlicht und einfach Angst herrsche. Problematisch ist diese Unterbesetzung dann, wenn – wie es auf dieser Station schon öfter vorkam – zwei PatientInnen gleichzeitig in einer sehr kritischen Lage sind.

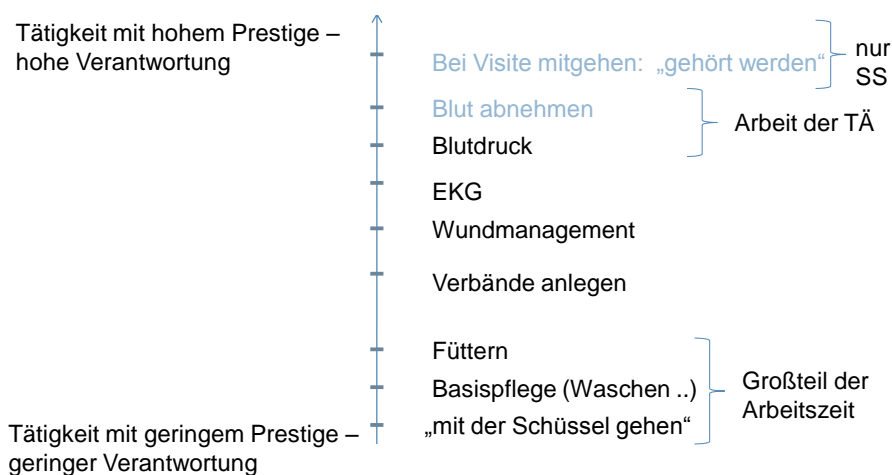
Nach der Dienstübergabe werden die restlichen Medikamente für die Nacht an die PatientInnen ausgegeben und gegebenenfalls noch schriftliche Vorschriften des Turnusarztes/ der Turnusärztin im Dienst eingeholt. Gegen 22:00 wird es auf der Station ruhiger und die Krankenschwestern/Pfleger können sich auf das Stationszimmer zurückziehen. Hier gibt es keine Möglichkeit zu schlafen, es gibt jedoch ein Fernsehgerät. Eine Glocke signalisiert, wenn ein Patient/ eine Patientin etwas braucht. In der Praxis (zu diesem Problem jedoch noch später genauer siehe Seite...) werden leichtere Medikamente (leichte Schmerzmittel, Schlafmittel) ohne schriftliche Anordnung, jedoch mit telefonsicher Rücksprache mit den TurnusärztInnen verabreicht. Nach 24:00 wird versucht, bei solch leichten Medikamenten, die TurnusärztInnen nicht mehr zu wecken und deren Anordnung am Folgetag einzuholen – eine Praxis, die zu unterschiedlichen, noch genauer zu erläuternden Problemen, führt und formal nicht vorgesehen ist und auch keinerlei rechtliche Deckung aufweist (siehe Kapitel 5.3.). Wenn es PatientInnen schlecht geht, wird sofort der/die Turnusarzt/ärztin angepiept und dieser/diese ist auch unverzüglich zur Stelle. In besonders schwierigen Fällen wird zusätzlich auch der Oberarzt/ die Oberärztin geweckt. Bei einem absoluten Notfall kann der Herzalarm getätigt werden, ein Glockensystem, das auf der gesamten Abteilung sicht- und hörbar ist und bei dem im Notfall alle anwesenden ÄrztInnen zur Stelle sind. Um 7

Uhr morgens erfolgt die Dienstübergabe an den Tagdienst, im Rahmen derer die wichtigsten Vorkommnisse der Nacht berichtet werden, und anschließend gehen die Nachtdienstschwestern/-pfleger außer Haus und haben den restlichen Tag Ruhetag.

Die Basiskrankenschwester/ der Basispfleger im Ambulanzdienst:

Im Gegensatz zu den KollegInnen auf den Stationen führen die Pfleger und Krankenschwestern im Ambulanzdienst grundsätzlich keine grundpflegerischen Tätigkeiten wie Waschen, Umbetten und Füttern aus. Diese Tätigkeiten sind auf einer, aus den Interviews hervorgegangenen und mit der pflegerischen Leitung besprochenen, Skala der internen Wertigkeit der pflegerischen Tätigkeiten und deren damit verbundenen empfundenen Sozialprestige sehr weit unten. Wie folgende schematische Abbildung zeigt, die auf Grund von Beobachtungen und Aussagen im Feld erstellt wurde, sind die Basisschwestern auf den Stationen zu einem Großteil ihrer Arbeitszeit mit den wenig prestigeträchtigen Tätigkeiten wie „Waschen, Füttern, „mit der Schüssel gehen“ beschäftigt. Die Grafik zeigt, dass auf den untersuchten Stationen die innerhalb der Wertigkeit als ganz oben stehend empfundenen Tätigkeiten, die blau unterlegt sind, nur von der Stationsschwester/ dem Stationspfleger und somit nicht von der Basispflege durchgeführt werden.

Abbildung 7: Pfl egetätigkeiten der Basispflege auf der Station und deren interne Hierarchie (eigene Grafik, erstellt anhand der Ergebnisse der Interviews mit Pfl egepersonal)



Wenn man diese Grafik der erlebten Wertigkeit pflegerischer Tätigkeiten betrachtet, wird sichtbar, dass die Tätigkeit auf der Ambulanz, von diesem Standpunkt gesehen, prestigeträchtiger ist als die Tätigkeit auf den Stationen, da auf der Ambulanz vor allem jene Tätigkeiten anfallen, die im mittleren Segment der pflegerischen Prestigeskala zu finden sind. Gerade auf den Stationen wird daher vom diplomierten Krankenpflegepersonal oftmals bemängelt, dass sie in ihrer Praxis ihre im Rahmen der Ausbildung erworbenen pflegerischen Kompetenzen nicht anwenden können, da sie so sehr mit der Grundpflege beschäftigt sind und auch der Standpunkt vertreten, dass die Krankenpflegeausbildung hier oftmals ein falsches Bild von der tagtäglichen Arbeit auf den Stationen vermittelt, wie folgender Ausschnitt zeigt:

„Also, in der Krankenpflegeschule wird oft nicht gesagt, also, dass ich einen Popo putzen muss und so, nicht Visite mitgehen, spritzen, die haben halt wirklich nur die schöne Arbeit aufgezählt.“ (Interview 3: 1093-1095)

Einerseits wird in der Ausbildung ein illusorisches Bild vermittelt, welche Tätigkeiten man als diplomierte Pflege im Alltag auf einer Station durchführen wird, wobei hier besonders darauf hinzuweisen ist, dass aufgrund der Altersstruktur der PatientInnen vor allem die Internen Abteilungen durch wenig prestigeträchtige Arbeiten von Seiten des diplomierten Pflegepersonals geprägt sind. Andererseits wird in der Ausbildung auch ein sehr hoher Pflegestandard erlernt, der in der Praxis aus Personalressourcengründen nicht lebbar ist und somit werden vor allem junge, engagierte Pflegekräfte desillusioniert, wie folgender Interviewausschnitt zeigt:

S: also, es ist nicht sehr praxisnahe, die Ausbildung. Und schon gar nicht realitätsnahe zum Alltag, null. Es hat überhaupt nix gleich, gar nichts.

I: Was sind denn die grundlegenden Unterschiede?

S. Grundlegende Unterschiede sind einfach, dass du in der Theorie viel mehr lernst, was du machen sollst, was sich aber zeitlich nicht ausgeht, also die haben ein ganz ein, ich glaub die haben das Bild, dass mein Tag 20 Stunden dauert, also mein Dienst, und dass ich das alles in 20 Stunden erledigen kann. Ich hab aber nur 12 Stunden. Ich hab nicht einen Patienten, sondern 26. Und das war auch, wir haben so ein angeleitetes Praktikum gehabt, und ich hab für einen Patienten vier Stunden gebraucht, ja. Und das geht nicht, und das ist einfach nicht realitätsnahe. Und du sollst Sachen machen, also auch in der Palliativpflege, ja, auf einer Palliativstation, Caritas, am Hospiz, beim xy [Name einer Krankenanstalt] funktioniert das, ja. Aber da funktioniert das nicht, dass ich jetzt sagen kann, ich fahr mit dem mit dem Bett in den Garten, das geht nicht und solche Sachen, das

wird dir in der Ausbildung beigebracht, ja. Du musst dich genau an diese Regeln halten aber an diese Regeln kannst du dich nicht halten, du bist immer mit einem Fuß im Gefängnis, weil ich mich nicht an das halten kann, weil es strukturell nicht funktioniert. (Interview 3: 628-644)

Aufgrund der Auslastung und des damit einhergehenden Frusts des diplomierten Krankenpflegepersonals kommt im Feld immer wieder der Vorschlag, jene Tätigkeiten mit geringem Sozialprestige an PflegehelferInnen auszulagern. Der große Vorteil der Pflege im Ambulanzdienst ist, dass sie von diesen Tätigkeiten wie bereits erwähnt freigestellt ist.

Die Pfleger und Krankenschwestern sind auf der Ambulanz im Dienst gemeinsam mit einem Turnusarzt/einer Turnusärztin im Tagdienst und empfangen in einem Ambulanzraum einzelne PatientInnen, die in die Ambulanz gekommen sind. Im Ambulanzdienst sind sie daher vor allem AssistentInnen der TurnusärztInnen, so holen sie (gebrechliche) PatientInnen in den Raum, holen Medikamente, bereiten Spritzen vor, machen EKGs, messen Blutdruck und assistieren den TurnusärztInnen bei vielen anderen Tätigkeiten. Ein nicht unwesentlicher Teil ihrer Tätigkeit ist auch von administrativer Natur, so vereinbaren auch sie mit den PatientInnen Folgetermine oder Termine für besondere Untersuchungen. In ihren Tätigkeiten versuchen sie somit, den Turnusarzt/ die Turnusärztin von allen nicht medizinisch diagnostischen Tätigkeiten so gut wie möglich freizuspielen.

In der Praxis verfügen diese Pflegepersonen auf der Ambulanz meist schon über einige Jahre Erfahrung auf den Stationen und rotieren nicht wie die TurnusärztInnen, die ja insgesamt ein Jahr auf der Internen Abteilung sind und hier verschiedene Stationen durchlaufen. Die Pflegepersonen auf der Ambulanz sind in der untersuchten Fallstudie also permanent der Ambulanz zugeteilt und verfügen somit in fast allen Fällen (ausgenommen eine Krankenschwester/ ein Pfleger beginnt gerade neu auf der Ambulanz) über mehr Erfahrung im Ambulanzalltag und in der Praxis der PatientInnenbehandlung als die mit ihnen zusammenarbeitenden TurnusärztInnen, die hier lediglich eine Station unter vielen im Laufe ihres Turnus durchmachen. Die Krankenschwester/ der Pfleger auf der Ambulanz hat also meist schon viele andere TurnusärztInnen bei der Behandlung von vielen anderen PatientInnen beobachtet und hat sich aufgrund dieser Tatsache schon einen Schatz an, durch Beobachtung erworbenem medizinisch-

diagnostischem, Praxiswissen aneignen können. In der Praxis wird dieses Wissen, das vor allem die Verwendung von bestimmten Medikamenten und die Entscheidung für spezielle Therapien bei bestimmten Symptomatiken der PatientInnen betrifft, jedoch nicht offen zugegeben und danach gehandelt, indem diesbezüglich Vorschläge von Seiten der erfahrenen Krankenschwester/ des erfahrenen Pflegers kommen. Bei einem guten Verhältnis zum/r Turnusarzt/ärztin kann die Krankenschwester/ der Pfleger jedoch auf subtile Weise Hinweise geben, wie er/sie selbst es machen würde – ein Wissen, das zu einem Gutteil auf Beobachtung vergangener Behandlungen basiert und das in der Manier des von STEIN (1967) benannten „Doctor-Nurse-Games“ abläuft. Diesem, durch Erfahrung aufgrund von Beobachtung basierendem, Wissen wird auf der organisationalen Ebene nicht Rechnung getragen, indem es keine formalisierte Möglichkeit gibt, auf dieses pflegerische Erfahrungswissen von Seiten der unerfahrenen TurnusärztInnen zurückgreifen zu können. In der beobachteten Praxis werden daher informelle „Spiele“ angewandt um dieses medizinisch-diagnostische Wissen der Pflege für die Behandlung der PatientInnen nutzbar zu machen.

Da nun diese wichtige Kontextinformation über die bestehende Praxis einer Erfahrungs- Verantwortungsdiskrepanz zwischen TurnusärztInnen auf der Ambulanz und im „Dienst“ und erfahrenen Basispflegepersonen erläutert ist, kann jetzt idealtypisch ein SPIEL, das im Kontext einer solchen Erfahrungs- Verantwortungsdiskrepanz gesehen werden muss und im Aufeinandertreffen dieser beiden passiert, skizziert werden.

Das im Folgenden beschriebene Spiel: **„unerfahrene TurnusärztInnen – erfahrene Pflege im Ambulanzdienst“** kann als ein prototypisches Beispiel eines auf Grund dieser Diskrepanz entstandenes Spiels zwischen Ärzteschaft und Pflege gesehen werden.

Aufbauend auf dieser Verantwortungs-Erfahrungsdiskrepanz können jedoch noch andere Spiele im Feld gefunden werden, die an anderer Stelle besser erforscht werden könnten. Als ein mögliches Beispiel der Fallstudie kann jenes Spiel herangezogen werden, das sich jedoch nicht zwischen den beiden Berufsgruppen Ärzteschaft und Pflege, sondern innerhalb der Ärzteschaft abspielt. Es ist das Spiel: **„unerfahrene TurnusärztInnen – erfahrene RöntgenfachärztInnen“**. Relativ schnell wurde im Feld sichtbar, dass TurnusärztInnen massive Probleme

innerhalb ihrer Zusammenarbeit mit den RöntgenfachärztInnen im Feld haben. So wurde ich selbst Zeugin eines solchen Vorfalles, bei dem eine Turnusärztin im Abulanzdienst vom Röntgen angerufen wurde und so zusammengeschimpft wurde, weil sie ein als sinnlos erachtetes Röntgen angeordnet hat, dass sie den Hörer irgendwann von ihrem Ohr weggab und auch ich, die mehr als 4 Meter weggestanden ist, noch immer den Röntgenfacharzt brüllen hat hören. Wie sich herausstellte, sind die FachärztInnen im Röntgen darüber frustriert, dass sie so viele Aufträge von den unerfahrenen TurnusärztInnen bekommen, die sehr oft ein Thoraxröntgen anordnen, um sich auch rechtlich abzusichern, dass PatientInnen, die über Brustschmerzen klagen, keine anderen Verletzungen im Oberkörper haben. Die RöntgenfachärztInnen haben in der Regel mehr Erfahrung als die TurnusärztInnen und würden wahrscheinlich nicht bei allen Überweisungen an sie ein Röntgenbild als notwendig erachten, sind jedoch, obwohl sie hierarchisch eigentlich über den TurnusärztInnen stehen, da sie ihre Fachausbildung schon begonnen oder abgeschlossen haben, an die Vorschriften der TurnusärztInnen auf der Ambulanz gebunden. So können sie nicht einfach ein verordnetes Röntgen nicht machen, auch wenn sie dies als vielleicht schon erfahrener Arzt/erfahrene Ärztin in ihrem Ermessen nicht mehr machen würden. Konflikte sind in dieser Konstellation vorprogrammiert und Ausgangspunkt dieses Konfliktes ist wieder, dass die Entscheidung treffende Person über weniger Erfahrung verfügt als die durchführende Person.

5.2. Das SPIEL „unerfahrene/r Turnusärztin/arzt – erfahrene/r Krankenschwester/Pfleger im Ambulanzdienst

Im Folgenden sei dieses, auf einer weiter oben skizzierten Verantwortungs–Erfahrungsdiskrepanz basierende, Spiel zwischen unerfahrenen TurnusärztInnen und erfahrenen Pflegepersonen im Ambulanzdienst genau erläutert. Ausgehend von für diese Interaktionssituation geltenden formalen wie informellen Spielregeln, das sind die im Feld wirkenden Zwänge, soll versucht werden Strategien innerhalb dieses Spiels zu identifizieren, die aus dem im Feld beobachteten wie im Rahmen der Interviews erzählten Spielzügen bzw. Spielzugfolgen zurückzuführen sind.

5.2.1. Spielregeln für das Spiel: unerfahrene/r Turnusärztin/arzt – erfahrene/r Krankenschwester/Pfleger im Ambulanzdienst

Im Folgenden sollen die wichtigsten spielstrukturierenden formalen wie informellen Spielregeln für die Zusammenarbeit zwischen Turnusarzt/ Turnusärztin und Krankenschwester/Pfleger auf der Ambulanz geschildert werden. Es gibt in diesem Setting natürlich noch weitaus mehr formale wie informelle Regeln, jedoch soll vor allem auf jene Regeln eingegangen werden, die für das Zustandekommen des zu erläuternden Spiels als wesentlich betrachtet werden.

formale Spielregeln

1) Der anordnende Arzt/die anordnende **Ärztin trägt formal die alleinige Verantwortung für die Anordnung** (Anordnungsverantwortung), die diplomierte Pflegeperson trägt die Verantwortung für die Durchführung dieser Anordnung (Durchführungsverantwortung). Formal stützen sich diese Regeln auf die Paragraphen § 49 Absatz 3 des AezteG und § 15 des GuKG.

Das Ärztegesetz (AezteG) § 49 Absatz 3 besagt:

„Der Arzt kann im Einzelfall an Angehörige anderer Gesundheitsberufe oder in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf stehende Personen ärztliche Tätigkeiten übertragen, sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufes umfasst sind. Er trägt die Verantwortung für die Anordnung. Die ärztliche Aufsicht entfällt, sofern die Regelungen der entsprechenden Gesundheitsberufe bei der Durchführung übertragener ärztlicher Tätigkeiten keine ärztliche Aufsicht vorsehen.“

Für die OberärztInnen bedeutet dies, dass sie sich vor Einsatz der TurnusärztInnen auf der Ambulanz versichern müssen, dass die TurnusärztInnen den dort anfallenden Aufgaben gewachsen sind. In der vorliegenden Fallstudie wird diesen Anforderungen so Rechnung getragen, indem TurnusärztInnen erst nach einigen Wochen Dienst auf den Stationen in den Ambulanzdienst eingeteilt werden.

Das Bundesgesetz für den gehobenen Gesundheits- und Krankendienst §15 besagt:

„Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung.“

Durchführungsverantwortung meint, dass wenn die Anordnung nicht fachgerecht durchgeführt wird und aufgrund einer unsachmäßigen Durchführung Schaden für PatientInnen entsteht, die **Pflegeperson in ihrer Durchführungsverantwortung** auch **haftbar** ist. Ein Beispiel ist, wenn durch die mitverantwortliche Tätigkeit der Blutabnahme durch die Vene von Seiten der Pflege ein massiver Blutergruß am Arm des Patienten/der Patientin entsteht und dieser/diese dann Schmerzensgeld einklagt, so ist die Pflegeperson, die diese Blutabnahme durchgeführt hat, rechtlich klagbar.

2) TurnusärztInnen sind in ihrer Arbeit auf der Ambulanz einem erfahrenen **Oberarzt/ einer erfahrenen Oberärztin** unterstellt, der/die ihre Arbeit **supervidiert**. Die TurnusärztInnen sind angewiesen, diesen/ diese bei Unklarheiten in Bezug auf die Diagnose und Therapie zu kontaktieren. Im konkreten Fall der vorliegende Fallstudie war auf der Ambulanz sogar ein Zettel geheftet, der die TurnusärztInnen daran erinnern sollte, dass keine PatientInnen, die mit der Rettung gekommen sind, ohne Rücksprache mit dem diensthabenden Oberarzt/ der Oberärztin nach Hause entlassen werden dürfen. Es liegt also in der

Verantwortung des Turnusarztes/ der Turnusärztin den Oberarzt/ die Oberärztin bei Schwierigkeiten zu kontaktieren.

Informelle Spielregeln

3) In der Praxis gibt es die informelle Regel, **OberärztInnen** auf der Ambulanz **nicht bei jeder Kleinigkeit**, bei der es Unklarheiten gibt, zu **kontaktieren**. OberärztInnen sind in ihrem Tagesablauf sehr beschäftigt und es ist daher nicht bei jeder kleinen Frage möglich sie zu kontaktieren. Ein Nachfragen, die Behandlung jedes einzelnen Patienten betreffend, wirft auch ein schlechtes Bild auf den Turnusarzt/die Turnusärztin, da dies seine/ ihre eigenständigen medizinisch-diagnostischen Kompetenzen in Frage stellt. Bei gravierenden Akutsituationen ist ein Nachfragen jedoch nicht nur erlaubt sondern auch gefordert und stellt im Feld auch keinerlei Probleme dar. Schwierig ist ein Nachfragen vor allem bei unerfahrenen TurnusärztInnen zu Beginn ihrer Tätigkeit auf der Ambulanz wenn es Routinediagnosen und Verschreibungen betrifft. In diesem Fall wird nicht selten auf das Erfahrungswissen der auf der Ambulanz anwesenden Pflege zurückgegriffen. Dies kann jedoch aufgrund der nächsten informellen Regel nicht direkt geschehen:

4) Der Arzt/ die Ärztin soll vor den PatientInnen als **kompetent und sicher erscheinen**. In dieser Auffassung sind sich sowohl Pflege wie auch Ärzteschaft im Feld unumstößlich einig und es wird immer wieder darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, vor den PatientInnen als Arzt/ Ärztin und Krankenschwester/Pfleger als Einheit aufzutreten. Im Feld wurde mehrmals im Zusammenhang mit PatientInnenkontakten von der Metapher des „**Elternspiels**“ gesprochen, bei dem der Arzt/ die Ärztin die Rolle des Entscheidungen treffenden Vaters, die Krankenschwester/ der Pfleger die Rolle der fürsorglichen Mutter und die PatientInnen die Rolle der unmündigen Kinder, die ständig versuchen die Eltern gegeneinander auszuspielen, zugeschrieben. (vgl. dazu auch DAVIES 2003)

Folgender Ausschnitt zeigt dabei, dass es wichtig ist, unerfahrene TurnusärztInnen nicht vor den PatientInnen zurechtzuweisen, wenn die erfahrene

Krankenschwester/ der erfahrene Pfleger einen Fehler erkennt. Eine Stationsschwester meint dazu, dass sie Turnusärzte/ -ärztinnen folgendermaßen zurechtweist:

“Wir setzen uns da [gemeint ist das Stationszimmer] zusammen und wir reden und wir sagen: „pass auf“. Nicht beim Patienten, sondern hier: „Du, pass auf, das war vielleicht jetzt nicht in Ordnung, überleg dir das vielleicht beim nächsten Mal.“ Ja. (...) Ich werde auch bei der Visite, wenn ich etwas tu, es anders formulieren als hier.

Beim Patienten musst du ihnen [gemeint ist den Patienten] halt das Gefühl geben, halt dass das passt, das funktioniert. Also, mir hat einmal ein Patient gesagt, der hat gesagt, ob ich auch privat mit dem dazumaligen Oberarzt der auf der Station war, ob ich auch privat mit dem eine Ehepaar bin. Wie er das meint? Sagt der, ja sie verstehen sich in Wahrheit blind, ja. Ich hab das irgendwie so wirken lassen und ich hab mir gedacht, ganz unrecht hat er nicht, im Prinzip ist das die Mannschaftsstationsleitung, ob jetzt Ding, mit dem Oberarzt implizit wie ein, eine Ehe. Da muss, wenn es eine gute Ehe ist, dann wird die Kommunikation wertschätzend sein, sehr angenehm sein, und es wird funktionieren. Ist sie das nicht, dann wird's nicht funktionieren, weil dann wird es irgendwann einmal im Interesse vom Patienten einfach einmal eine Kluft geben, weil da nichts funktioniert, weil wenn ich es nicht weitergeb, passiert nichts. Und da denke ich, also, diese Wertschätzung, die sollte schon da sein und muss auch da sein und es muss in der Summe halt wie eine gute Beziehung sein, ja. Das heißt jetzt nicht dass ich privat mit dem Oberarzt da irgendwie

I: (lacht)

S1: (lacht) Aber es war irgendwie nett, ja, weil ich hab da lachen müssen, ich hab da schmunzeln müssen, ich hab gesagt: nein, nein, wie er auf das kommt, aber er hat nicht ganz unrecht, wenn man das überlegt, ah, ist es schon in Ordnung, das muss in Wahrheit blind funktionieren. (Interview 1: 208-235)

Den PatientInnen kommt bei diesem Spiel der Einigkeit der Eltern die Rolle der Kinder zu, wie folgender Ausschnitt sehr klar verdeutlicht:

“Beim Patient, du darfst den Patienten nicht spüren lassen, die zwei [Stationsschwester und Oberarzt] harmonieren nicht, weil das spielt er aus, da sind sie wie große Kinder, ja. Das ist ein, ja, die können nicht miteinander, ja. Wenn Diskussionen dann hier, weg vom Patienten, nicht. Vor dem Patienten musst du das Gefühl geben, die zwei, das passt. Die wissen was sie tun.

I: Wie spielt er das aus, der Patient?

S1: Naja, insofern dass er dann sagt, ja die bösen Schwestern oder die bösen Ärzte und da da da, und ich erhebe den Finger weil das ist ja das, also die bad nurses und irgendwie bad Doktoren, also die nutzen das schon aus, die sind dann wie ein Kind, das die Eltern versucht auszuspielen, bitte ich weiß etwas, ich petze, die Mama hat ja ja gesagt und du sagst nein und umgekehrt, also die Kinder können das ja sehr gut, diese Praktiken

I: Ja (lacht)

S1: Das können auch Erwachsene, die sind dann teilweise auch wie Kinder, die dann sagen, ok, die Mama, also in dem Fall die Schwester, hat gesagt, ich darf das, ahm, und in Wahrheit hat die Schwester das nicht gesagt und der Oberarzt sagt, also okay erlaube ich es dir auch und dann haben wir den Pallawatsch beinander. Siehe so Ausgänge, die die Patienten so haben wollen wo wir dann sagen, das haben wir nicht gesagt und einen Ausgang bei dem ist unmöglich, aus den und den Gründen und die fangen dann an, das ist dann gigantisch, ja. Also das ist dann wie, wie phhh, ja. Und die Schwester hat mir das gegeben und und darf sie das eh und hin und her und ich, das habe ich nicht angeordnet,

wieso kriegen sie das oder bei den Medikamenten wo sie dann sagen, da habe ich so viele Pulver und da fehlt mir eines, weil sie dann verschwinden, also es finden schon. Und das ist etwas wo dann auch die Ärzte natürlich sagen müssen: okay, also, und auch die Pflege: okay, wir sind eine Mannschaft, ja. Aber das, die können das sehr gut, die sind da sehr erfindungsreich.“ (Interview 1: 7)

„Pflege und Ärzte sind wie Mann und Frau. Es ist eine Hassliebe.“ (Interview 2: 20)

Von diesem moralischen Code des Zusammenhalts zwischen Ärzteschaft und Pflege vor den PatientInnen und dem damit verbundenen Rollenspiels der Mutter und des Vaters erwartet man sich demzufolge Arbeitserleichterung. Umso wichtiger ist es daher, sich nicht von den „Kindern“ gegenseitig ausspielen zu lassen, die Darstellung einer „Einheit“ vor den „Kindern“ stellt somit einen wesentlichen Teil des Berufsethos dar.

Die Rolle der PatientInnen als wesentliche spielstrukturierende Umwelt für ein Spiel zwischen Ärzteschaft und Pflege ist in vorangegangenen Untersuchungen noch zu wenig erläutert worden. Weder STEIN (1967) (1991) noch SVENSSON (1996) und ALLEN (1997) gehen in ihren Ausführungen, ob und inwieweit man innerhalb der Interaktion zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus von einer indirekten Einflussnahme der Pflege oder einem offenen, direkten Aushandeln der Pflege sprechen kann, auf die Rolle der Anwesenheit von PatientInnen ein.

Eine mögliche Erklärung, warum diese Darstellung des Turnusarztes/der TurnusärztIn als „unfehlbar und kompetent“ von beiden Seiten vor den PatientInnen gespielt wird, obwohl diese Konnotation in der Praxis aufgrund der fehlenden Erfahrung natürlich zu hochtraben ist, liegt wahrscheinlich in der (zugeschriebenen) Rollenerwartung von PatientInnen an ÄrztInnen und der damit (zugeschriebenen) Compliance. „Zugeschrieben“ wird hier absichtlich in Klammern gesetzt, da im Rahmen dieser Untersuchung nicht überprüft wurde, ob die PatientInnen wirklich solche Rollenerwartungen an die sie behandelnden ÄrztInnen haben – es wurden keine Interviews mit den untersuchten PatientInnen geführt - oder ob nur die TurnusärztInnen bzw. die Krankenschwestern und Pfleger annehmen, dass die PatientInnen solche Rollenerwartungen haben.

Von der ärztlichen Leitung wurde bei der Vorpräsentation der ersten Ergebnisse darauf hingewiesen, dass PatientInnen heute nicht mehr die Erwartung an den sie behandelnden Arzt haben, dass dieser sicher, erfahren und unfehlbar ist und dass dieses Bild des „**Gottes in Weiß**“ ein gesellschaftliches **Konstrukt** ist, das noch immer in den Köpfen der TurnusärztInnen selbst ist und von hier aus gesellschaftlich konstruiert wird. Mag die Annahme eines gesellschaftlichen Konstruktes des „Gottes in Weiß“ tatsächlich stimmen, so glaube ich, dass die TurnusärztInnen in dieser Annahme nicht ganz so falsch liegen. Wer möchte sich schon gerne von einem Arzt/ einer ÄrztIn behandeln lassen, die offen eine Krankenschwester /einen Pfleger darum bittet, ihr bei der Diagnose zu helfen oder sagt: „Da weiß ich jetzt auch nicht was das genau ist, was meinen sie Schwester?“

Diese Rollenenttäuschung, wenn ein Experte/ eine Expertin den erwarteten Rollenanforderungen nicht gerecht wird, kann man auch an einem vollkommenen anderen Beispiel nachvollziehen: Man hätte wohl auch ein sehr unangenehmes Gefühl, wenn man sein Auto in die Werkstatt bringt und der Mechaniker die Sekretärin fragt, welches Getriebeöl er für diese Marke verwenden soll. Die Kompetenz des Mechanikers wirkt dann nicht sehr vertrauensvoll, mag er im Ausbau des Motors, weswegen wir eigentlich gekommen sind, auch toll sein und wahrscheinlich hätten wir ein sichereres Gefühl das Auto doch in eine andere Werkstätte zu bringen. Wenn dies jedoch nicht geht und der Mechaniker uns im Anschluss an die Reparatur noch auf andere Dinge aufmerksam macht, die die Wartung des Autos betreffen, wird der Wert dieser Tipps für uns wohl eher gering sein, da wir ihn in der davorliegenden Interaktion als wenig kompetent eingestuft haben und ihm den Status als Autoexperte aberkannt haben. Auch wenn er das richtige Getriebeöl tatsächlich nicht wusste, wäre es für unsere Compliance, die anschließenden Wartungsempfehlungen betreffend, wohl besser gewesen, er hätte die Sekretärin nicht vor uns offen und direkt gefragt.

Bei den PatientInnen, die auf die Ambulanz kommen, geht es aber nicht um ihr Auto, das sie von einem mehr oder weniger erfahrenen und kompetenten Mechaniker reparieren wollen, sondern um ihr wertvollstes Gut, um ihre Gesundheit. Wenn wir bei der Analogie mit dem Werkstättenbesuch bleiben, dann werden jene PatientInnen, deren Rollenerwartungen an den sie behandelnden Arzt enttäuscht wurden, wahrscheinlich auch weniger compliance zeigen und im

schlimmsten Fall den ihnen verschriebenen Verordnungen nicht nachkommen, also zum Beispiel die angeordneten Medikamente nicht einnehmen.

Den etwas überzeichneten Unterschied zwischen Realität und angenommenen PatientInnenerwartungen an den behandelten Arzt/ die behandelnde Ärztin könnte man folgendermaßen schildern:

Die (zugeschriebenen) Erwartungen der PatientInnen an die sie behandelnden TurnusärztInnen kann man zusammenfassen unter den Schlagwörtern: sicher, erfahren und unfehlbar. Innerhalb der Behandlung der PatientInnen ist dabei die Anweisungsrichtung ganz klar und soll von den medizinischen ExpertInnen zu den Pflegepersonen verlaufen. In der Realität finden wir aber nicht selten eine Situation vor, in der die Pflegeperson über viel mehr Erfahrung verfügt als der Turnusarzt / die /Turnusärztin, und dieser/diese auch in der Praxis ihrer Diagnosetätigkeiten noch unerfahren und damit einhergehend auch in der noch nicht verinnerlichten Diagnosekompetenz unsicher ist. Die PatientInnen sind unmittelbare BeobachterInnen dieser mehr oder weniger ausgeprägten Diskrepanz und wenn diese zu offen beobachtbar ist, leidet die Compliance der PatientInnen oder es wird zumindest im Feld von Ärzteschaft und Pflege gemeinsam angenommen, dass die Compliance darunter leidet.

Ob dieses Verhalten der PatientInnen nun wirklich so ist, oder dies nur eine Annahme der im Feld tätigen TurnusärztInnen und Pflegepersonen ist, ist für das Zustandekommen eines Spiels, das auf die Vertuschung dieser Diskrepanz abzielt, unwichtig. Der postulierte Zusammenhang von Compliance und Diskrepanz zwischen Rollenerwartung und realer Rollenausführung wird im Feld als wahr erlebt und somit danach gehandelt. Oder wie **BLUMER (1973)** treffend meinte: „Menschen handeln gegenüber Dingen auf der Grundlage der Bedeutungen, die diese Dinge für sie besitzen“

5) Die Behandlung der PatientInnen auf der Internen Ambulanz erfolgt in der untersuchten Fallstudie **unter enormen Zeitdruck**. Diese Spielregel ist einerseits formal, weil aufgrund der strukturellen Rahmenbedingungen immer sehr viele Leute auf die Interne Ambulanz kommen und somit die Warteräume fast immer sehr voll sind und für die Behandlung der PatientInnen damit wenig Zeit bemessen

werden kann. Treffend hat diesen Zeitdruck eine Turnusärztin im Feld ausgedrückt, als sie von ihrem ersten Tag im Ambulanzdienst berichtet hat:

„Bei mir am ersten Tag, als ich angefangen hab, da haben wir so viele Patienten gehabt und ich hab geglaubt, ich spinn jetzt. Der erste Tag auf der Ambulanz und das war so viel!“ (Interview 5: 51)

Zusätzlich zu dieser strukturellen Rahmenbedingung des sich durch die schiere Masse an PatientInnen in einer öffentlichen Krankenanstalt ergebenden Zeitdrucks gibt es auch noch auf informeller Ebene den Druck, alle PatientInnen, die auf die Ambulanz gekommen sind, bis 13:00 „durchgeschleust“ zu haben. Um 13:00 gibt es Dienstübergabe, der Hauptdienst tritt seinen „Dienst“ an, bei dem er die Ambulanz bis nächsten Tag um 8:00 betreut.

Unter den TurnusärztInnen gibt es demnach die informelle Regel, dass man so gut wie möglich alle Fälle abgeschlossen haben soll um diese nicht dem Hauptdienst übergeben zu müssen. Dann müsste man einerseits dem Hauptdienst berichten, was man bei einem Patienten schon alles gemacht hat und welche Vermutungen über eine Diagnose man bereits angestellt hat. Dies kann vorkommen, wenn man Blut, das man zur Diagnose abgenommen hat, noch nicht ausgewertet worden ist, denn dann muss der Hauptdienst wissen, warum der Turnusarzt/die Turnusärztin am Vormittag überhaupt Blut hat abnehmen lassen und die Übergabe wird somit verkompliziert. Andererseits will man als Turnusarzt/ärztin auch nicht die KollegInnen, die Hauptdienst haben, mit zusätzlicher Arbeit belasten, da diese schon für alle hereinkommenden Rettungen und die noch eintreffenden PatientInnen auf der Ambulanz zuständig sind und in ihrer Arbeitslast meist vollkommen gesättigt sind.

5.2.2. Strategien und Spielzüge des Spiels zwischen unerfahrener/em Turnusärztin/arzt – erfahrener Krankenschwester/Pfleger im Ambulanzdienst: Die kollektive Verschleierung gemeinsamer Entscheidungskompetenz

Im Folgenden möchte ich zwei prototypische Varianten dieses Spieles erläutern, die jeweils unterschiedlich gespielt werden und somit auch andere Strategien

verfolgen. In Variante 1 herrscht zwischen unerfahrenem Turnusarzt/ unerfahrener Turnusärztin und erfahrener Krankenschwester/erfahrenem Pfleger ein gutes persönliches Verhältnis. In Variante 2 jedoch herrscht zwischen den beiden kein gutes persönliches Verhältnis.

VARIANTE 1: Gutes persönliches Verhältnis zwischen Turnusarzt/ärztin und Pfleger/Krankenschwester

Ausgangssituation:

Der Turnusarzt/die Turnusärztin ist sich in Bezug auf die Therapie eines Patienten/einer Patientin unsicher, möchte jedoch nicht, dass der/die PatientIn diese Unsicherheit bemerkt, die Krankenschwester/der Pfleger, der mit ihr/ihm gemeinsam Dienst auf der Ambulanz hat, soll diese Unsicherheit jedoch schon bemerken um gegebenenfalls Therapievorschläge zu korrigieren. Es geht also abstrahiert im Folgebeispiel darum, wie man unter Beobachtung jemanden um Hilfe bittet ohne vor einer relevanten dritten Person, die die Situation beobachtet, den Eindruck zu erwecken, selbst nicht kompetent zu sein beziehungsweise wie man es schaffen kann, dass diese relevante(n) beobachtende(n) Person(en) möglichst wenig von der eigenen Unsicherheit mitbekommen. In abstrahierter Form können die nun beschriebenen Spielzüge daher auch in anderen Settings vorkommen, für die diese Ausgangssituation zutreffend wäre.

5.2.2.1. Strategie der TurnusarztlInnen: Verschleierung der eigenen Unsicherheit

Die somit verfolgte Strategie der **unerfahrenen TurnusarztlInnen** bezogen auf diese Ausgangssituation kann man daher **Strategie der Verschleierung der eigenen Unsicherheit** vor den PatientInnen nennen. Den Gedanken von Abbildung 6 folgend ist ein ausschlaggebender Grund zur Verwendung dieser Strategie, dass somit die Compliance der PatientInnen und der damit in Verbindung gebrachte Therapieerfolg möglichst hochgehalten werden soll.

5.2.2.2. Mögliche Spielzüge der TurnusärztInnen

Der Turnusarzt/ die Turnusärztin kann die geplante eigene Vorgehensweise kommentieren und als noch änderbar darstellen. Dafür gibt es mehrere Möglichkeiten, diese Unsicherheit über die geplante Vorgehensweise an die Pflege zu signalisieren und gleichzeitig vor den PatientInnen zu verschleiern. Entweder formuliert der Turnusarzt/ die Turnusärztin das geplante therapeutische Vorgehen in Möglichkeitsform, in Futurform oder als unpersönliche in den Raum gestellte Frage.

Diese Spielzüge und die damit verfolgte **Strategie der Verschleierung der eigenen Unsicherheit** kann an folgendem Ausschnitt eines Interviews mit einem Turnusarzt nachvollziehbar gemacht werden:

TA: Ja. (...) Also, wenn das persönliche Verhältnis gut ist, dann läuft das dann am einfachsten, einfach so ab, dass ahm, der Turnusarzt geht immer so weit wie er kann und weiß und sicher ist, dann muss er sich halt auch die Unsicherheiten eingestehen und Signale geben, da wo dann die Schwester einspringt und dass das so ein

I: Wie macht man das vor den Patienten? Das stelle ich mir so schwierig vor?

TA: Ja, muss halt sagen, ja, also ich hätt jetzt an das und das gedacht, will ich das machen

I: mhm okay, so

TA: einfach mal einfach schon den Konjunktiv verwendet und dann kann die Schwester, wenn sie sensibel ist, schon einspringen und sagen: ja, letztes Mal haben wir das und das gemacht, das wäre doch auch eine Idee. (Interview 3:216-230)

Dieser Spielzug des verborgenen Signalisierens der eigenen Unsicherheit im Behandlungsvorgehen kann auch an folgendem Ausschnitt aus einem Beobachtungsprotokoll auf der Internen Ambulanz sichtbar gemacht werden. :

„Im Behandlungszimmer der Internen Ambulanz befinden sich eine Turnusärztin, eine Krankenschwester und ein jüngerer Mann mit starken Rückenschmerzen, der von der Turnusärztin untersucht wird. Die Turnusärztin weist den Mann darauf hin, dass dies keine orthopädische Ambulanz ist, sondern eine Interne Ambulanz und dass er deswegen nur ein Schmerzmittel bekommt um ins XY (Name eines anderen Krankenhauses) fahren zu können um sich den Rücken dort genauer anschauen zu lassen. Die Turnusärztin sieht die Schwester an und meint „Xyloneural?“. Die Schwester überlegt kurz und schlägt etwas anderes vor. Sie meint „Xyless.. Rheumes.. Salbe“. Die Turnusärztin meint daraufhin, dass dies hier nicht passt und schlägt erneut ihre favorisierte Medikamentengabe vor. Sie blickt dabei wieder die Krankenschwester an und meint fragend „Xyloneural?“. Die Krankenschwester blickt zurück zur Turnusärztin und fragt „Xyloneural?“. Die Turnusärztin meint dann mit fester Stimme „Ja. Xyloneural.“ Die Krankenschwester fragt noch einmal nach „Neural?“ Die Turnusärztin meint „Ja.“ Daraufhin verlässt die Krankenschwester den Raum um das Medikament zu holen. (Beobachtungsprotokoll 4: 1)

An diesem Ausschnitt aus dem Beobachtungsprotokoll wird auch die mögliche Antwort von Pflegeseite sichtbar, also eine mögliche Spielzugfolge gezeigt, auf die nun nach einem Versuch einer Verallgemeinerung dieser möglichen Spielzüge eines/er Turnusarztes/ärztin eingegangen wird.

5.2.2.3. Abstraktion der möglichen Spielzüge der TurnusärztInnen

Abstrahiert man diese Beispiele, dann kann ein Turnusarzt/ eine Turnusärztin folgende prototypischen Formulierungen für das Signalisieren der eigenen Unsicherheit über die Vergabe eines Medikamentes und somit den Verweis an die Krankenschwester/den Pfleger, dass diese Entscheidung noch änderbar ist, verwenden:

+ Ich hätte da an xy (=Name des Medikamentes/der Therapie) gedacht. Die Verwendung des Konjunktivs vermittelt dabei der Krankenschwester/dem Pfleger, dass die Entscheidung noch nicht fix ist, sondern dass xy eine Möglichkeit (unter anderen) ist. Es wird dabei in der Situation der Eindruck erweckt, dass es hier mehrere Möglichkeiten gibt, die vielleicht alle richtig sind, wenn die Krankenschwester/ der Pfleger dann etwas anderes vorschlägt wird somit kein Rollenbruch am Bild des/ der kompetenten, erfahrenen, sicheren Turnusarztes/ -ärztin gegenüber begangen, da die Annahme einer anderen Möglichkeit, falls ein anderer Vorschlag von Seiten der Pflege kommen sollte, nicht den eigenen geäußerten Vorschlag als falsch abwertet, sondern eine andere Option als noch besser gewählt wird.

+ Ich werde nun XY (=Name des Medikamentes/der Therapie) verabreichen. Durch die Verwendung des Futurs wird das eigene geplante Vorgehen wiederum als änderbar dargestellt, da man auf zukünftige Ereignisse noch Einfluss nehmen kann. Der Turnusarzt/ die Turnusärztin muss sich bei so einer Formulierung jedoch in seiner/ ihrer Entscheidung schon ein bisschen sicherer sein als bei der vorherigen Formulierung, da dies nicht mehr den Anschein erweckt, dass dieser Vorschlag einer unter vielen Möglichkeiten der Behandlung ist. Ein Widersprechen dieses Vorschlages von Pflegeseite ist zwar immer noch möglich, erfordert jedoch,

will man das Bild des erfahrenen, sicheren, kompetenten Turnusarztes nicht zerstören, sehr viel Fingerspitzengefühl.

Beiden Spielzügen, also sowohl der Verwendung des Konjunktivs wie des Futurs ist gemein, dass dabei die 1. Person Singular verwendet wird. Sinn dieser Verwendung des ICHs von Seiten der TurnusärztInnen kann dabei sein, sich als den aktiven, Entscheidungen treffenden Part in der Interaktionssituation mit der Pflege unter Beobachtung durch einen/mehrere PatientInnen darzustellen.

+ XY (=Name des Medikamentes/der Therapie)?

Wie ein Ausschnitt aus einem Beobachtungsprotokoll zeigt (siehe Seite xy) gibt es auch die Möglichkeit, die eigene geplante Vorgehensweise einfach als Einzelwort in Frageform zu stellen. Dies ist dabei die kürzeste und zeitsparendste Variante. Dabei sagt der Turnusarzt/ die Turnusärztin nicht: „Was hältst du von Xyloneural?“ Oder: „Ist Xyloneural hier das richtige Mittel?“ oder verwendet eben auch nicht die weiter oben besprochenen Spielzüge: „Ich hätte an Xyloneural gedacht.“ Es bleibt somit unklar, wonach hier eigentlich gefragt wird. Der/die PatientIn hat in dieser Interaktionssituation mehrere Möglichkeiten, diese Frage zu deuten. Die Turnusärztin aus dem weiter oben zitierten Beobachtungsprotokoll hält mit dieser Frage somit unklar, was sie, dieses Medikament (Xyloneural) betreffend, fragen möchte. Dies könnte der Standort (wo ist das?), die Bitte dieses zu holen (kannst du mir bitte Xyloneural holen?), die Verfügbarkeit (haben wir noch Xyloneural?) oder eben die Indikation (passt hier Xyloneural?) sein.

Alle drei prototypischen Möglichkeiten (von denen es bestimmt unzählige Varianten gibt) haben gemein, dass sie das eigene geplante Vorgehen indirekt zur Diskussion stellen und dass sie damit der Krankenschwester/ dem Pfleger die Möglichkeit bieten, die eigenen Ideen, die Therapie betreffend, zu kommunizieren. Im Folgenden soll daher auf die der Pflege eingegangen werden, welche auf die Spielzüge der TurnusärztInnen bezogen sind.

5.2.2.4. Strategie der Pflege: Verschleierung der Mitentscheidung

Bei einem guten persönlichen Verhältnis zum/zur Turnusarzt/ärztin ist die wahrscheinlichste Strategie der Krankenschwester oder des Pflegers die Strategie der **Verschleierung der eigenen Mitentscheidung** innerhalb des Entscheidungsfindungsprozesses für eine geeignete Therapie bzw. ein geeignetes Medikament. Wie in den weiter oben skizzierten Spielregeln für diese Ausgangssituation bereits beschrieben, gilt es, vor den PatientInnen als Einheit aufzutreten und bei der Konstruktion des Bildes eines/einer erfahrenen, sicheren und kompetent behandelnden Arztes/Ärztin im Sinne der Patientencompliance behilflich zu sein. Dazu ist es nötig, den eigenen Beitrag zur Entscheidungsfindung vor den PatientInnen möglichst unsichtbar zu halten und in jedem Fall nicht als aktiver, Entscheidungen treffender Part in Erscheinung zu treten.

5.2.2.5. Mögliche Spielzüge der Krankenschwester/des Pflegers

Wenn der Spielzug eines Pflegers/ einer Krankenschwester auf den vorangegangenen, soeben skizzierten Spielzug (bzw. eine Variante dieses Spielzugs) Bezug nimmt, dann gibt es hier wiederum mehrere Möglichkeiten: Der Pfleger/ Die Krankenschwester kann entweder, wenn mit der (indirekt vorgeschlagenen) Therapie einverstanden, dieser zustimmen. Dies ist die einfachste Variante, nach der Zustimmung holt der Pfleger/ die Krankenschwester zum Beispiel das Medikament und die Interaktion ist fürs Erste abgeschlossen.

Wenn sie der vorgeschlagenen und indirekt zur Diskussion stehenden Therapie jedoch nicht zustimmt, so gibt es die Möglichkeit, auf **frühere erfolgreiche Behandlungen Bezug zu nehmen**, also die Vergangenheitsform zu wählen oder einen eigenen Vorschlag in **Möglichkeitsform zu äußern**.

Bei beiden Spielzugmöglichkeiten wird dabei meist die 1. Person Plural verwendet, also entweder „wir haben in der Vergangenheit xy gegeben und das hat sehr gut gewirkt“ oder „wir könnten es ja mit xy versuchen.“ Dieses WIR soll verdeutlichen, dass nicht der Pfleger/ die Krankenschwester der aktive, Entscheidung treffende Part ist, sondern dass sie als Team eine andere Möglichkeit wählen können und schließt somit den Turnusarzt/ die Turnusärztin wieder in die Entscheidung mit ein.

Diese möglichen Spielzüge der Pflege und die damit verfolgte Strategie der Verschleierung der eigenen Mitentscheidung und auch des eigenen Wissens über Diagnose und Therapie, jene Bereiche, die formal in den Aufgabenbereich der ÄrztInnen fallen, waren im Feld an folgenden Ausschnitten aus Interviews sichtbar:

So meint ein junger Turnusarzt, dass eine Krankenschwester am besten so auf seine Strategie der Verschleierung der eigenen Unsicherheit vor den PatientInnen eingeht:

„Da kann die Schwester, wenn sie sensibel ist, schon einspringen und sagen, ja letztes Mal haben wir das und das gemacht, das wäre doch auch eine Idee.“ (Interview 3: 6)

Das Fingerspitzengefühl, das es bedarf, um eigene Behandlungsvorschläge von Seiten der Pflege einzubringen und gegebenenfalls Behandlungsvorschläge, die von Ärzteseite eingebracht wurden, vor den PatientInnen zu korrigieren, wird an folgenden Ausschnitten eines Interviews mit einer Krankenschwester eindrucksvoll veranschaulicht. Dieser Ausschnitt ist zwar nicht direkt auf die Interaktion mit TurnusärztInnen im Ambulanzdienst bezogen, sondern auf die Möglichkeit, auch OberärztInnen Behandlungsvorschläge vorzutragen, zeigt jedoch mögliche Spielzüge auf, die auch für unsere Ausgangssituation angewandt werden können:

S: „Ich werde jetzt sicher nicht einem Oberarzt jetzt sagen, also deine Anordnung ist jetzt nicht in Ordnung, aber ich kann es hinterfragen, das ist auch mein Job bei der Visite das zu sagen, ok, also die Anordnung, stimmt das wirklich? Passt das? Müssen wir das so geben, oder können wir das und das?“ (Interview 1:137-140)

S: „Also das ist etwas, was natürlich schon gegenseitig, natürlich, wenn ich heute einem Oberarzt sage, na die Anordnung ist aber jetzt ein Schas (österr. Scheiß), die mache ich nicht, ist auch jetzt nicht im Sinne des Dings. Sondern, man muss halt schon fragen, wenn ich etwas tue, wir haben die Ausbildung, ahm, wenn ich es gebe, dann lasse ich mich auf das ein, ja, ich kann dann schon sagen, das gebe ich jetzt nicht, oder das gebe ich schon, aber ich weiß ganz genau, das ist ein Schas (österr. Scheiß), ich muss es zumindest hinterfragen. Ich muss sagen, ist diese Anordnung wirklich für dich ok, lieber Oberarzt? Ist das wirklich? Meinst du das auch so? Ja. Also, was weiß ich, wenn er irgendetwas hinschreibt, was wäre denn ein typisches Beispiel, also zum Beispiel Digitoxin, zum Beispiel, das ist ein Herzrhythmusmedikament. Gibt man an und für sich eher so einmal am Tag. Natürlich gibt es Situationen wo man es zweimal geben kann oder muss und natürlich fragt man dann, ist das dann, wenn es zweimal jetzt dort steht, wirklich zweimal, wenn ich weiß, dass es im Prinzip einmal nur gegeben werden soll. Natürlich gibt es Notfallsituationen, da kann man es zweimal geben, aber da kann ich nachfragen, ist es wirklich so, dass der das zweimal kriegen soll.“ (Interview 1: 146-163)

S: "Ich werde jetzt sicher nicht dem Herrn Oberarzt vorschlagen, du musst das und das, aber die Frage, **können wir da etwas tun**, weil wir wissen von der Pflege, die [Patientin] hat heute in der Nacht randaliert, die hat geschrien, es geht ihr net gut, was tun wir?" (Interview 1:170-173)

I: Also man kommt nicht direkt schon mit Vorschlägen? Also, es ist nicht direkt so, dass..

S: "Naja es gibt, nein nein, es gibt schon, also wenn ich mir bewusst bin, also zum Beispiel, wenn ich schon weiß, dass es in der ganzen, also wenn zum Beispiel bei uns Patienten schon lang bei uns sind und die haben jetzt, weil sie einmal in der Nacht das schon gehabt haben, ein Medikament bekommen, das dann gutgetan hat, dann kann man schon sagen, du **Oberarzt, der hat das und das bekommen, könnten wir nicht wieder, weil das hat ihm dazumal geholfen**, das kann man in Einzelfällen, aber das muss man, ich werde sicher nicht einem Oberarzt vorschlagen welches Medikament, das ist auch nicht meine Aufgabe. Aber **ihm zu sagen, was war, was ist, (...) oder könnten wir da nicht**, weil die braucht da und da einen, ich kann ihm schon Vorschläge auch machen aber ich werd sicher jetzt nicht sagen, du musst das und das Medikament. (Interview 1:177-191)

5.2.2.6. Abstraktion der möglichen Spielzüge der Krankenschwester/des Pflegers Spielzugfolgen der Pflege

Abstrahiert man diese Beispiele, dann kann ein Pfleger/ eine Krankenschwester folgende prototypischen Formulierungen für den eigenen Vorschlag, die Vergabe von Medikamenten bzw. Therapien betreffend, verwenden:

+ In der Vergangenheit hat sich hier xy (Name des Medikaments/der Therapie) gut bewährt. Diese Formulierung ist eine reine Feststellung, der Pfleger/ die Krankenschwester lässt hier bei dieser Formulierung vor beobachtenden PatientInnen die eigene Kompetenz als Entscheidungsträger vollkommen außen vor, da er/sie nur Bezug auf vergangene Erlebnisse nimmt. Was der/die Turnusarzt/ärztin mit dieser Information anstellt und zu welcher Entscheidung er/sie aufgrund dieser Zusatzinformation nun kommt, obliegt alleinig ihm/ihr. Bei dieser Formulierung bleibt also der/die Turnusarzt/ärztin wieder aktiver, Entscheidungen treffender Part, der Pfleger/ die Krankenschwester liefert jedoch wichtige für diese Entscheidung relevante Hintergrundinformation.

+ Wir könnten auch xy (= Name des Medikaments/ der Therapie) probieren. Durch die Verwendung des Konjunktivs wird dabei wieder signalisiert, dass der eigene Vorschlag eine Möglichkeit (unter vielen) ist. Bei dieser Formulierung mit der Verwendung eines WIR ist die Bedeutung der eigenen Mitentscheidung

gegenüber der ersten Strategie, die nur Bezug auf vergangene erfolgreiche Behandlungen nimmt, geringfügig vergrößert. Der Pfleger/ die Krankenschwester signalisiert mit dem WIR dass der Turnusarzt/die Turnusärztin mit ihr/ihm ein Team ist, das gemeinsam handeln kann. Dadurch dass aber nicht die Form gewählt wird wie „Ich würde xy vorschlagen“ wirkt der eigene Vorschlag passiver und auch in diesem Spielzug kann eine aktive, Entscheidungen treffende Turnusarztrolle aufrecht erhalten bleiben.

Beiden prototypischen Spielzügen der Pflege ist gemein, dass sie die eigene Rolle als passiver darstellt als sie eigentlich ist und damit eine Strategie verfolgt, die auf eine Verschleierung der eigenen Mitentscheidung innerhalb der Therapieentscheidung abzielt.

Auf diese pflegerischen Spielzüge, denen eine Strategie der Verschleierung der Mitentscheidung zugrunde liegt, können nun folgende Spielzüge der TurnusärztInnen folgen:

Mögliche Anschlusspielzüge der TurnusärztInnen:

+ Annahme der Idee des Pflegers/ der Krankenschwester: Hier wird dann die Formulierung „Ja, probieren wir xy“ gewählt.

+ Verweis, dass der Vorschlag des Pflegers/ der Krankenschwester hier kontraindiziert ist:

Hier kann dieses Spiel wieder von vorne beginnen und der/die Turnusarzt/ärztin erneut in Konjunktiv oder Futur einen möglichen Behandlungsvorschlag einbringen.

Mögliche Anschlusspielzüge des Pflegers/ der Krankenschwester

+ Zustimmung zur Behandlung bzw. zum Therapievorschlag des/der Turnusarztes/ärztin. Hier kann die Formulierung „Ja, nehmen wir xy“ folgen oder

eine unausgesprochene Zustimmung, in der der Pfleger/ die Krankenschwester das Medikament holt bzw. die Vorbereitungen für die Therapie einleitet.

+ Stimmt der Pfleger/ die Krankenschwester dem Therapievorschlag des/der Turnusarztes/ärztin nicht zu, so kann das Spiel auch hier wieder von vorne beginnen und er/sie kann neuerlich auf vergangene erfolgreiche Therapien unter Verwendung der 1. Person Plural Perfekt Bezug nehmen oder auch hier in 1. Person Plural Konjunktiv mögliche andere Optionen ausloten.

Wie weiter oben bereits erwähnt, gibt es für die genannte Ausgangssituation auch eine weitere Spielvariante, nämlich die, in der es kein gutes persönliches Verhältnis zwischen Turnusarzt/Turnusärztin und Pfleger/Krankenschwester gibt. Im Folgenden wird daher noch ganz kurz auf Variante 2 dieses Spiels hingewiesen:

VARIANTE 2: Kein gutes persönliches Verhältnis zwischen Turnusarzt/ärztin und Pfleger/Krankenschwester– oder das Versagen dieses Spieles

Bei dieser Variante kann der/die Turnusarzt/ärztin wieder mit Spielzug 1 beginnen (siehe Abbildung xy) und eine Strategie der Verschleierung der eigenen Unsicherheit vor den PatientInnen anwenden, der Pfleger/ die Krankenschwester verfolgt jedoch hier eine andere Strategie, wir wollen sie die **Strategie des „Anlaufen lassen“** nennen.

5.2.2.7. Strategie der Pflege: „Anlaufen lassen“

Da das medizinisch-diagnostische Wissen der Pflege ein reines, auf Beobachtung basierendes, Erfahrungswissen ist und organisational nicht anerkannt wird, indem es keine formalen Regeln zur Abrufung dieses Wissens gibt, kann es natürlich auch nicht direkt einklagbar sein. Ist ein Pfleger/ eine Krankenschwester daher nicht Willens, das eigene Erfahrungswissen zu teilen beziehungsweise ist er/sie

selbst noch so unerfahren, dass er/sie noch über kein solches Wissen verfügt, so braucht er/sie auf den Spielzug von Seiten der TurnusärztInnen nur zu reagieren, indem nicht reagiert wird.

5.2.2.7. Mögliche Spielzüge der Krankenschwester/des Pflegers

Veranschaulichen kann man diese Strategie des „Anlaufen lassen“ an folgenden Spielzügen. Die Abhängigkeit der TurnusärztInnen vom Mitspielen der Pflege bei diesem „Verschleierungsspiel“ artikulieren TurnusärztInnen in Interviews folgendermaßen:

*„Weil, ein junger Turnusarzt ist, ist am Anfang unsicher, unerfahren und hat keine Antwort und in einer schwierigen Position und ist eigentlich angewiesen auf die Hilfe von seinen Vorgesetzten, von der ärztlichen Schiene aber auch auf die Unterstützung der, des Pflegepersonals und wenn das nicht ist, dann wird es, glaube ich, sehr schwierig, dann also die, für einen jungen Turnusarzt denke ich, dass die Pflege, die hat sehr viel Macht, ja. **Die kann bestimmen, ob es ihm gut geht oder schlecht**, ja also es ist sicher günstig, wenn man da von Anfang an ein gutes Verhältnis und eben eine gute Zusammenarbeit anstrebt, ja also, das ist meine Erfahrung, ja. (Interview 9: 36-42)*

Wenn es nicht gelingt, dass zur Pflege ein gutes Verhältnis hergestellt wird und der Pfleger/ die Krankenschwester im Ambulanzdienst auf dieses Spiel nicht einsteigt bzw. die Strategie des „Anlaufen lassen“ fährt, hat dies auch negative Konsequenzen für die PatientInnen, wie folgender Ausschnitt verdeutlicht:

„Wenn das [gemeint ist die subtile Hilfe vor den PatientInnen) nicht funktioniert, dann ist halt, dann ist es blöd, denn dann ist das eine Zeit wo der Turnusarzt oder die Turnusärztin viele Fehler macht.“ (Interview 9: 229-230)

Gerade wenn man als Turnusarzt/ärztin noch unerfahren ist, fällt es nicht selten schwer, im Ambulanzdienst rasche Entscheidungen alleine zu treffen und auch manchmal klare Anweisungen an den Pfleger/ die Krankenschwester zu geben. Dieses Nicht-Mitspielen beim Spiel der Verschleierung der eigenen Unsicherheit vor den PatientInnen, also die Weigerung der Pflege, auf informeller Ebene über die Behandlung der PatientInnen mitzuentcheiden, wird von Seiten der TurnusärztInnen als sehr negativ bewertet.

“Dass dann eine Schwester sagt, ja, sie will jetzt einfach eine klare Anweisung haben, zum Beispiel. Das ist halt dann auch ein Verantwortung abgeben, ja, Mann, ich bin die

Schwester, er ist der Arzt und er hat die Verantwortung und ich hab, ist mir eigentlich egal, aber Hauptsache ich habe eine Anweisung und das mache ich jetzt einmal.“ (Interview 9: 113-119)

„Wenn eine Schwester einmal eine Woche in der Position wäre, diese Entscheidungen zu treffen und Verantwortung und so [tragen müsste], dann wäre vielleicht mehr Verständnis da, wenn Entscheidungen schwierig fallen zum Beispiel.“ (Interview 9: 588-590)

Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung konnte keine Strategie des „Anlaufen lassen“ beobachtet werden. Es soll trotzdem versucht werden, mögliche Spielzüge bei Verfolgung dieser Strategie auf einer abstrakteren Form durchzudenken.

5.2.2.8. Abstraktion der möglichen Spielzüge der Krankenschwester/des Pflegers

Im Folgenden soll prototypisch dargestellt werden, wie ein solches „Versagen“ dieses „Verschleierungsspiels“ aussehen könnte. Auch hier ist die Ausgangssituation gleich wie bei Variante 1, der Turnusarzt/ die Turnusärztin verwendet zum Beispiel folgenden Spielzug 1

Spielzug 1 TA: Ich hätte an xy (= Name des Medikaments/ der Therapie) gedacht

+Krankenschwester/ Pfleger sagt nichts und vermeidet Blickkontakt mit Turnusarzt/ärztin

Im Rahmen dieses Spielzuges wird der indirekten Aufforderung nicht nachgekommen, die vorgeschlagene Behandlung zu kommentieren um sie zu bestätigen oder zu korrigieren. Dadurch dass es weder zu einem Zustimmung noch Ablehnen des Vorschlages kommt, steht die Frage weiterhin im Raum. Die Vermeidung eines Blickkontaktes soll auch noch die Möglichkeit ausmerzen, aus dem Mienenspiel des Pflegers/ der Krankenschwester eine nicht ausgesprochene Zustimmung oder Ablehnung ablesen zu können. Dieser Spielzug des Wegblickens kommt auch in vielen anderen sozialen Situationen zur Geltung, ich denke zum Beispiel an meine Lehrtätigkeit, bei denen die Studierenden nicht selten bei konkreten Fragen plötzlich ein immenses Interesse an der Deckenbeleuchtung oder der Beschaffenheit des Fußbodens aufweisen, nur um

nicht als RezipientInnen für die in den Raum gestellte Frage gelten zu müssen. Sobald jemand jedoch herblickt, wird er/ sie (vielleicht noch namentlich) nochmals gefragt, ein Nichtwissen einer Antwort wird dann personalisiert. Hinter dem Spielzug des Wegblickens versteckt sich also eine Strategie, die es uns ermöglicht so zu tun, als ob man eine Frage nicht gehört hätte und man muss nicht (sofort) zugeben, dass man auf diese Frage keine Antwort kennt oder diese Frage, aus welchen Gründen auch immer, nicht beantworten will.

+ Soll ich es holen?

Bei diesem Spielzug wird die Entscheidungskompetenz wieder an den Turnusarzt/ die Turnusärztin zurückgespielt. Anstatt auf die indirekte Frage, ob das Medikament bzw. die Therapie hier angemessen ist, zu antworten, wird mit dieser Gegenfrage als Antwort klargestellt, dass der/die Turnusarzt/ärztin die Entscheidung treffendmüssende Person ist und somit in die Rolle zurückgewiesen, in der ihr/ihm nun auch aufgetragen wird darüber zu entscheiden, ob der Pfleger/ die Krankenschwester dieses Medikament bzw. diese Therapie nun vorbereiten soll.

Beiden möglichen prototypischen Spielzügen ist gemein, dass sich der Pfleger/ die Krankenschwester nicht in die zu treffende Entscheidung über Medikamentenvergabe bzw. Therapie einbringt. Eine Strategie des offenen Konflikts, also ein Spielzug der Pflege wie „Sind sie verrückt, das kann man hier ja nicht geben“ oder „Also das ist hier absolut kontraindiziert, sie müssen hier xy geben“ ist im Feld aufgrund der weiter oben umfangreich beschriebenen informellen Regel der Vermeidung von Patientenenttäuschung in Bezug auf die ÄrztInnenrolle sehr unwahrscheinlich.

Wie bereits erwähnt konnte Variante 2 im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung nicht beobachtet werden, in den Interviews wurde jedoch von den TurnusärztInnen immer wieder darauf verwiesen, dass es für ihr „Überleben“ auf der Station unumgänglich ist, sich um ein positives Verhältnis zur Pflege zu bemühen, da sie auf deren Hilfe nicht nur im Ambulanzdienst in weiten Bereichen angewiesen sind. In den Interviews wurden daher auch nur diese Befürchtungen der Strategie des „Anlaufenlassens“ der Pflege erzählt, konkret erlebt hat in der

untersuchten Fallstudie niemand von den interviewten TurnusärztInnen eine solche pflegerische Strategie.

TurnusärztInnen verfolgen daher eine Strategie des „**Sich Gutstellens mit der Pflege**“ damit Variante 1 des Spiels gespielt wird und es ein positives persönliches Verhältnis zu den Pflegern und Krankenschwestern gibt. Exemplarisch sollen im Folgenden einige erzählte Spielzüge dieser Strategie aus den Interviews wiedergegeben werden:

„Wenn ich jetzt im Zimmer neben dem Patienten steh und die Infusion ist leer, und er sagt: „bitte hängen´s mich ab“, dann kann ich natürlich deppert sein und sagen: „läuten´s bitte, die Schwester kommt dann“, ja, oder ich bin ma halt nicht zu gut und mach´s trotzdem, selber, ja, weil es ist ein Handgriff. Ich nehm die leere Tasche mit und stell sie draußen ab. Dann wird natürlich von, von der Pflege her die Bereitschaft auch größer sein, auch einmal etwas zu tun, was prinzipiell der Arzt tun sollte, ja, oder sie machen dir das Leben einfach leichter, sag ich jetzt mal. Das ist auch was, was wenn du frisch anfängst als Turnusarzt sehr schnell lernst, ja, stell dich mit der Pflege gut, oder sei halt nicht deppert, und sag nicht, ich bin der Arzt und ihr seids´s ja nur die Schwestern, stell dich mit ihnen gut, du bist im Team und wenn du zusammenarbeitest, können sie es dir extrem erleichtern aber auch extrem erschweren. (Interview 11: 30-39)

Die TurnusärztInnen haben viele Ideen wie diese Strategie des “Sich gut Stellens mit der Pflege” gefahren werden kann.

Einige häufig durchgeführte Spielzüge sind, durch kleine Gefälligkeiten aber auch durch ein höfliches Auftreten der Pflege gegenüber, das Wohlwollen der Pfleger und Krankenschwestern zu erlangen. Wie wichtig auch ein nicht eingebildetes Auftreten und eine offene zur Schau Stellung der Wertschätzung der pflegerischen Tätigkeit ist, soll folgender Ausschnitt verdeutlichen:

„Also, das Wichtigste für die Pflege ist immer, ob man sich vorstellt am Anfang, bei allen am Anfang, also das ist der erste Kritikpunkt der kommt, wenn man sich nicht vorstellt, ja, ahm, das nächste ist, wenn man jemanden wo neu ist, dass der eigentlich, dass der fragt, wo sind die Sachen, kannst du mir da helfen oder ob er irgendwie überall an alle Schränke selber geht, ja, einfach so, quasi, also es wirkt einfach besser, wenn man einfach einmal nachfragt. (Interview 7: 1420-1429)

“Es ist auch wichtig, bei vielen Dingen mitzuhelfen und zur Hand zu gehen, auch wenn es nicht deine Aufgabe ist.

I: Zum Beispiel?

TA: Ja, wenn ich gerade im Zimmer bin, eine Person umzulagern helfen, oder helfen, das Bett oder sowas zu richten oder irgendetwas anderes wo ich zur Hand gehen kann, einfach, oder dass ich auch Dinge, wenn ich etwas verwende und es ist leer, dass ich vielleicht noch etwas Neues hol oder so, dass ich einfach auch mithelfe, ein bisserl den Ablauf rund zu gestalten und nicht alles an ihnen hängen bleibt. (Interview 7: 2066-2075)”

Da wie bereits erwähnt die informelle Mithilfe bei Entscheidungen im medizinisch-diagnostischem Bereich wie es im Fall der Variante 1 des Spiels unerfahrener TurnusärztInnen - erfahrene/r Krankenschwester/ Pfleger passiert, formal nicht geregelt ist, werden die Bedingungen für das wahrscheinliche Zustandekommen dieser Variante individuell und nicht kollektiv ausgehandelt, und sind somit vom persönlichen Verhältnis zwischen dem einzelnen Turnusarzt/ der einzelnen Turnusärztin und dem Pfleger/ der Krankenschwester abhängig. Wollen die TurnusärztInnen auf das Erfahrungswissen der Pflege in diesem Setting und unter diesen formalen Umständen zurückgreifen, so tun sie gut daran, eine Strategie zu verfolgen, die Variante 1 des Spiels wahrscheinlich machen lässt und werden daher versuchen, durch höfliches Auftreten und das Erweisen kleinerer Gefälligkeiten ein Wohlwollen des Pflegers/ der Krankenschwester ihnen gegenüber zu erzeugen. Für einen unerfahrenen Turnusarzt/ eine unerfahrene Turnusärztin ist somit ein gutes persönliches Verhältnis zum Pfleger/ zur Krankenschwester und eine nicht unwesentliche Menge an Sozialkompetenz für ein erfolgreiches Spiel in diesem Setting unumgänglich.

Wenn man den utopischen Gedanken verfolgen würde, dass in diesem Setting – also dem Ambulanzdienst – die Pfleger und Krankenschwestern auch formal damit beauftragt wären, neue, noch unerfahrene TurnusärztInnen in dieses Setting einzuführen und hätten sie für ihr durch Erfahrung erworbenes medizinisch-diagnostisches Wissen irgendeine Art von legitimen Nachweis – zum Beispiel in Form einer schriftlichen Prüfung – und würden sie für diese Extension ihrer rein pflegerischen Tätigkeit in Richtung ÄrztInnenausbildung auch monetär entlohnt, dann würden sich solche eben skizzierten informellen Spiele wahrscheinlich erübrigen.

5.3. Das Spiel: Medikamentenvergabe im Nachtdienst

Im Folgenden sollen die wichtigsten spielstrukturierenden formalen wie informellen Spielregeln für die Zusammenarbeit zwischen Turnusarzt/ Turnusärztin und Krankenschwester/Pfleger im Nachtdienst in Bezug auf die Medikamentenvergabe geschildert werden.

Es gibt in diesem Setting natürlich noch weitaus mehr formale wie informelle Regeln, jedoch soll vor allem auf jene Regeln eingegangen werden, die für das Zustandekommen des zu erläuternden Spieles als wesentlich betrachtet werden.

5.3.1. Spielregeln für das Spiel: Medikamentenvergabe im Nachtdienst

Formale Spielregeln

1) Verschreibungen (=medizinische Anordnungen) müssen von den diensthabenden ÄrztInnen in der Regel **schriftlich** erfolgen. Es gibt die Möglichkeit auch via **Telefon** Verschreibungen von den ÄrztInnen von Seiten der Pflege einzuholen, jedoch muss innerhalb von **24 Stunden** eine Unterschrift für diese Verschreibungen nachgeholt werden. So heißt es in der Stellungnahme der Österreichischen Gesellschaft für Medizinrecht:

„Fernmündliche Anordnungen sind mündliche Anordnungen. Unter der Voraussetzung, dass dem Arzt und der Krankenschwester deren gegenseitige Identität bekannt ist und auch der Arzt den Patienten und den Therapieverlauf kennt, sind auch telefonische Anordnungen rechtlich zulässig. Eine schriftliche Bestätigung hat in der Regel binnen 24 Stunden zu erfolgen. Ein Arzt kann sich auf die telefonische Schilderung eines qualifizierten Angehörigen des gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienstes über den Gesundheitszustand des Patienten verlassen und aufgrund dessen auch fernmündlich im Rahmen der bisher festgelegten Therapie Anordnungen treffen.“ (Radner 2004:4)

Sowohl in der konkreten Fallstudie wie auch in diversen Internetforen (z.B. Krankenschwester.de oder Turnusarzt.com) gibt es von Turnus Ärztinnen und Pflegepersonal trotzdem immer wieder Unklarheiten darüber, ob diese telefonischen Verordnungen nun rechtens sind und wie lange das Zeitfenster ist, innerhalb dessen eine Unterschrift von einer mündlich gegebenen Verordnung nachgeholt werden kann. In der vorliegenden Fallstudie konnte keine einzige

Pflegeperson im Feld mit Sicherheit sagen, wie lang das rechtlich noch abgedeckte Zeitfenster genau ist.

2) Wenn es einen Notfall gibt, beziehungsweise PatientInnen massive Probleme haben, dann kommen TurnusärztInnen und auch der/die diensthabende/r Oberarzt/ärztin unverzüglich auf die Station. Bei **Notfallsituationen wird keine medizinische Verordnung über das Telefon** gegeben, sondern die ÄrztInnen sind demnach sofort zu Stelle. Diese im Feld immer wieder erwähnte Tatsache konnte ich selbst im Rahmen eines Interviewtermins während des Nachtdienstes beobachten, wie folgender Ausschnitt aus einem Beobachtungsprotokoll zeigt:

Während des Interviews mit Schwester Margit (Name anonymisiert) im Nachtdienst um ca. 1 Uhr früh klopft eine andere diensthabende Krankenschwester an die Tür des Stationszimmers, in dem wir unser narratives Interview führen. Ziemlich aufgeregt berichtet sie, dass das Röntgen sie benachrichtigt habe, dass bei einer Patientin eine Nadel im Brustkorb am Röntgenbild sichtbar war. Schnell wurde die Oberärztin und die Turnusärztin verständigt, die binnen einer Minute auf der Station waren. Auch Schwester Margit verließ das Zimmer und ich wartete ca. zwanzig Minuten auf dem Stationszimmer. Als sie wieder kam, berichtete sie mir, dass die in der Röntgenaufnahme sichtbare Nadel anscheinend schon seit über 30 Jahre im Körper der Patientin sein muss und dass die Patientin in den 80er Jahren einmal eine Operation am Brustkorb gehabt hat, wo die Nadel wahrscheinlich vergessen wurde. (Beobachtungsprotokoll 7: 4)

Das durch **telefonische Anordnung** entstehende Problem der noch einzuholenden fehlenden Unterschrift der TurnusärztInnen betrifft demnach nur jene Bereiche, in denen es **keine Notfallsituationen** bei PatientInnen gibt, also wo es sich um die Vergabe von einfachen, **leichten Medikamenten** wie Schlafmittel oder Kopfschmerzmittel handelt, die in der Regel gut verträglich sind.

3) Es gibt immer wieder **Kontrollen**, ob Verordnungen auch mit der Unterschrift der ÄrztInnen versehen sind. Sind Verordnungen bzw. die Ausfolgerungen von Medikamenten schon länger als 24 Stunden her, und befindet sich noch immer keine Unterschrift der ÄrztInnen auf den Verordnungen, so kommt es bei einer internen Revision (=IR unterstützt die Geschäftsführung in ihrer Kontroll- Steuerungs- und Lenkungsfunktion im Wege der Durchführung unabhängiger, interner Prüfungsmandate) zu **Problemen für das diensthabende Krankenpflegepersonal**, da die formalen Anforderungen nicht erfüllt wurden. Dies ist der Fall, wenn z.B. eine Krankenschwester/ ein Pfleger ein Schlafmittel ausgegeben hat und ihr/sein Name bei der Ausgabe darunter steht, aber die

ärztliche Unterschrift bei der Verordnung fehlt. Es obliegt somit dem Pflegepersonal, im eigenen Interesse die Unterschriften von den ÄrztInnen einzuholen. Falls dies nicht geschieht, kann es zu **Problemen mit der pflegerischen Stationsleitung** kommen, die von ihren MitarbeiterInnen verlangt, diesen formalen Regeln nachzukommen, wie folgender Ausschnitt verdeutlicht:

S: Es wird halt dann telefonisch angeordnet und dann vergisst er (gemeint ist der Turnusarzt) zum Unterschreiben und dann kriegen wir eine am Deckel, weil das nicht angeordnet war, das gibt es natürlich auch, ja.

I: von wem?

S: Na von der Stationsschwester (Interview 4: 203-207)

4) Ärzteschaft und Pflege haben im Nachtdienst unterschiedliche Diensträder. Der Nachtdienst der Pflege beginnt, wie bereits erwähnt, um 19 Uhr und endet um 7 Uhr morgens. Es handelt sich also hier um einen **12 Stunden Dienst**. Im Dienst ist es dem diplomierten Pflegepersonal nicht gestattet zu schlafen, es gibt auch keine Betten, in die sich Pflegepersonen legen können, sofern sie sich in den Nachtstunden ausruhen möchten bzw. die PatientInnen keiner Betreuung bedürfen. Die TurnusärztInnen hingegen haben in der vorliegenden Fallstudie offiziell von 13:00 bis zum Folgetag um 8:00 Dienst, da aber erst um 8:30 ärztliche Morgenbesprechung ist, müssen die TurnusärztInnen im Dienst immer bis 9:00 bleiben. Sie haben also normalerweise einen **20 Stunden Dienst**. Im Dienst gibt es wie bereits erwähnt einen/e Turnusarzt/ärztin, die für die Ambulanz zuständig ist (=Hauptdienst) und eine, die für die Stationsarbeit zuständig ist (Beidienst), also für die Stationen A, B, C und D, nicht jedoch für die Intensivstation. Für das vorliegende Spiel soll auf den Beidienst eingegangen werden. Sofern es keine Notfälle gibt, kann sich der/die Turnusarzt/ärztin im Beidienst im separaten Ärzetrakt im Dienstzimmer zurückziehen, wo es auch ein Bett und einen Kasten für persönliche Gegenstände und Gewand gibt. In den meisten Fällen ist es möglich, sich als Beidienst zwischen 24:00 und 6:00 schlafen zu legen. Via Piper und Telefon ist der Beidienst in seinem Dienstzimmer für die Pflege erreichbar und kann gegebenenfalls zügig zu PatientInnen kommen. Formal ist es also den TurnusärztInnen gestattet, sofern kein Arbeitsaufwand besteht, in der Nacht zu schlafen, während es dem Krankenpflegepersonal nicht gestattet ist zu schlafen, auch wenn es die Situation auf der Station erlauben würde.

5) Zeitdruck und Arbeitsumfang sind in den meisten Fällen für die diplomierte Krankenpflege im Tagdienst sehr hoch. Wenn nun eine Unterschrift fehlt, weil sie in der Nacht telefonisch angeordnet wurde, dann liegt es im Interesse der/des diensthabenden Krankenschwester/Pflegers diese Unterschrift einzuholen. Das diensthabende Pflegepersonal muss trotz Zeitdruck und umfangreichem Arbeitsumfang – gerade am Morgen ist durch Waschen der PatientInnen und Frühstücksteilen bzw. Füttern ein sehr hoher Arbeitsaufwand - immer **daran denken**, die fehlenden **Unterschriften einzuholen**, hat demnach **nicht ihren Kopf „frei“**. Im Rahmen einer Beobachtung meinte dazu eine Krankenschwester:

Ich unterhalte mich mit Schwester Emma (Name anonymisiert) über das Nachholen der Unterschriften in der Früh nach dem Nachtdienst und sie erzählt mir, dass dies immer sehr anstrengend ist. Sie erzählt mir von einer ganz netten Oberärztin, die in der Früh alle Stationen durchgeht und einfach alle Unterschriften selbständig nachholt. Für sie als Schwester sei dies außerordentlich „angenehm“, weil sie dann „den Kopf frei“ hätte für andere Dinge und nicht mehr den ganzen Tag im Hinterkopf hat, dass sie diese oder jene Unterschrift bei den nächtlichen Verordnungen noch nachholen muss. (Beobachtungsprotokoll 21: 6)

Doch auch die TurnusärztInnen sind in den Morgenstunden sehr beschäftigt. Wie bereits erwähnt, haben sie um 8:30 Dienstbesprechung und gehen um 9 Uhr außer Haus. So müssen sie zum Beispiel noch bei allen PatientInnen, bei denen es erforderlich ist, auf allen Stationen (in unserem Falle sind es 4 Stationen) Blut abnehmen, damit die Werte noch rechtzeitig zur Vormittagsvisite geliefert werden können. Obwohl ihnen vielleicht bewusst ist, dass sie in der Nacht auf irgendeiner Station eine telefonische Anordnung gegeben haben, kann es daher leicht vorkommen, dass sie auf Grund des umfangreichen Arbeitsaufwandes in den Morgenstunden vergessen, diese Unterschrift nachzuholen. Es gibt im Feld auch einige sehr bemühte TurnusärztInnen, die sich ihre telefonischen Verordnungen aufschreiben und in der Früh selbständig die Stationen aufsuchen und ihre Unterschrift nachholen, aber selbst bei diesen kann es nach eigenen Aussagen auf Grund von einem zu hohem medizinischen Arbeitsaufwand in den Morgenstunden dazu kommen, dass sie nicht mehr dazu kommen diesen „Formalakt“ vor Dienstschluss zu erledigen.

6) Der Tagesablauf im Stationsbetrieb besteht aus vielen **voneinander abhängigen Handlungsketten**. So sind die Zeitabläufe der Pflegehandlungen relativ starr und lassen wenig Gestaltungsspielraum zu. Zuerst müssen die PatientInnen gewaschen werden, dann kommt das Frühstück und die PatientInnen, die nicht selbst essen können, müssen gefüttert werden, dann folgt die Visite, darauf das Mittagessen, danach Therapien, anschließend Nachmittagsvisite, Abendessen, schließlich Abendtoilette und dazwischen müssen Medikamente verabreicht werden, Fieber gemessen werden, Infusionen angehängt werden und vieles mehr. Eine junge Krankenschwester meint zu diesem starren Zeitablauf:

S: Dieser Ablauf ist so streng, unter Anführungszeichen, dass du nicht irgendwie abweichen davon kannst und dass du halt dich in Gefahr begibst, ja, weil du einfach sagst, okay von 9 bis um 12 musst du waschen, dann hast du die Visite, dann musst du die Aufnahmen holen, am Nachmittag musst Blutzucker messen, dann musst Infusionen machen und dann musst das und dann musst du durchgehen und musst du das Essen austeilen, das ist ein Ablauf einfach. Und du hast nicht viel Spielraum irgendwie das umzudrehen

I: mhm

S: Weil es einfach nicht funktioniert, zeitlich nicht, strukturell nicht (Interview 2: 645-653)

Auf Grund einer **fehlenden Unterschrift** bei einer Verordnung würden theoretisch diese **Handlungsketten** in ihrer Fortsetzung **behindert** werden. Ein gutes Beispiel ist vielleicht die Apothekenbestellung am Vormittag. Von der Stationsschwester wird in Erfahrung gebracht, welche Medikamente nachbestellt werden müssen und diese Auflistung muss dann vom Oberarzt oder der Oberärztin unterschrieben (= vidiert) werden. Ist nun der Oberarzt oder die Oberärztin zu beschäftigt und kommt am Vormittag nicht dazu dies zu unterschreiben, dann hat man im schlimmsten Falle am Nachmittag noch nicht die gewünschten, zur Neige gegangenen, Medikamente. Das Fehlen der Unterschrift bedeutet damit einen Stopp in der Handlungskette. Ein Ausschnitt aus einem Beobachtungsprotokoll verdeutlicht dies:

Während eines informellen Gespräches mit der Stationsschwester erzählt sie über ihre Aufgaben auf der Station und dass sie zuständig ist, die auf der Station benötigten Medikamente bei der Apotheke zu bestellen, der diensthabende Oberarzt muss diese aber vidieren (zeichnen) und dann wird die Bestellung erst losgeschickt. Sie erzählt mir, dass sie das meist so löst, dass sie auf den Monitor des gemeinsam verwendeten Stationscomputers ein gelbes Post-it mit der Aufschrift „Bitte vidieren“ hinterlässt. In diesem Moment dreht sie sich zum Oberarzt, der im selben Raum auf der Station ist, blickt ihn an und meint lächelnd zu ihm: „Apropos Apotheke“. Der Oberarzt geht daraufhin zum Computer. Ich nehme an, dass er nun die Apothekenbestellung vidiert. Die Stationsschwester meint daraufhin: „Das ist lieb, danke.“ (Beobachtungsprotokoll 5: 1)

Sieht man sich die Aussage der Krankenschwester in diesem Kontext näher an (warum sagt sie, dass es lieb sei, dass der Arzt ihr die Unterschrift gibt?), so erfährt man mehr über die nächste informelle Regel in diesem Setting.

Informelle Spielregeln

7) Im Feld ist es nicht nur **wichtig**, dass etwas passiert (z.B. eben eine fehlende Unterschrift nachholen) sondern auch **wann etwas passiert**. So ist es für TurnusärztInnen und OberärztInnen in den meisten Fällen klar, dass sie fehlende Unterschriften nachholen müssen, jedoch ist nicht genau festgelegt, wann dies passieren muss. Eine implizite Regel innerhalb der Ärzteschaft ist, dass administrative Tätigkeiten zwar erledigt werden müssen, jedoch erst dann wenn dafür Zeit vorhanden ist, die nicht mit den als wichtiger definierten medizinisch-diagnostischen Tätigkeiten ausgefüllt sind. Da es auf Grund des Kontextes durch Einsparungen im Krankenhausbetrieb meist zu Unterbesetzung und damit zu einem hohen Arbeitsvolumen kommt, werden administrative Tätigkeiten daher nicht selten durch ihre Stellung am Ende des Prioritätsliste auf Zeitpunkte verschoben in denen sie ohne Behinderung des Kerngeschäftes (der medizinisch diagnostischen Tätigkeit) erledigt werden können. Innerhalb der Pflege ist es jedoch sehr wichtig, dass fehlende Unterschriften, sei es nun bei der Vidierung der Apotheke oder bei dem Nachholen der Unterschrift von telefonisch angeordneten Verordnungen, möglichst in der Früh passieren. Nur unter dieser Voraussetzung können Pflegekräfte mit ihren Abläufen beginnen ohne ständig an noch fehlenden Unterschriften denken zu müssen.

8) Durch die **Nähe zu den PatientInnen** besteht die Pflege nicht immer auf die Einhaltung von formalen Regeln von Seiten der Ärzteschaft, wenn die PatientInnen durch die strikte Befolgung der formalen Regeln leiden müssten. Durch ihren intensiven zeitlichen Kontakt mit PatientInnen auf den Stationen haben Pflegepersonen einen emotionale Bindung an PatientInnen und verzichten im Sinne des PatientInnenwohls daher des öfteren auf die formale Absicherung ihrer eigenen Tätigkeit. Folgender Ausschnitt aus einem Interview mit einer Krankenschwester verdeutlicht diese informelle Regel:

*S: Die Turnusärzte dürfen dann auch schlafen, wenn nichts zu tun ist und dann rufst an, sagst, gut die Patientin möchte eine Schlaftablette, dann rufst du an und sagst, das und das und das, und sie hätt gern das und das, ja, und dann schreibt, sagt er ja, ein Halcion, und du schreibst das in die Einzelverordnung auf und solltest das eigentlich unterschreiben lassen, aber es kommt keiner. Und dann, am nächsten Tag in der Früh, entweder wird drauf, entweder vergess ich drauf, oder der Turnusarzt vergisst drauf, und dann ist nichts unterschrieben. Dann bin aber ich schuld, weil ich habe es ja aufgeschrieben und der Arzt hat es nicht unterzeichnet, **also wenn was wäre bin ich schuld.***

I: Aber man macht es trotzdem so?

*S: Man macht es trotzdem so, weil ich mir denk, **bis ich warte und bis der kommt, bis mir das der aufschreibt, braucht die (Patientin) keine Schlaftablette mehr**, weil die kann ich nur bis um 12 Uhr (nachts) geben, ja. Wenn die (gemeint ist die TurnusärztInnen) vier Stationen haben und wenn da wirklich viel los ist, ja können sie auch nicht, also es ist manchmal, also in der Nacht ist es, ich meine, wenn ich um vier in der Früh oder um drei anrufe und sag, mir ist jemand gestürzt oder es ist sonst etwas, dann sind sie schnell da, ja. Aber diese Anordnungen, das funktioniert nicht. (Interview 2: 504-519)*

9) Da eine fehlende Unterschrift unter einer ärztlichen Anordnung für die Pflege negative Konsequenzen im Falle einer Kontrolle haben kann, die TurnusärztInnen bzw. OberärztInnen (falls diese im Nachtdienst angerufen werden, was eher selten der Fall ist) jedoch mit keinen solchen Konsequenzen zu rechnen haben, liegt in der Praxis die **Bringschuld** der fehlenden Unterschrift zwar theoretisch bei den TurnusärztInnen, weil sie ja etwas angeordnet haben, das aber noch nicht unterschrieben haben, praktisch wird dies aber nicht als Bringschuld erlebt oder bezeichnet, sondern als Gefallen, den man dem Pflegepersonal tut, weil diese zu ihrer Absicherung die Unterschrift brauchen. Auch von der ärztlichen Leitung wird im Gegensatz zur Pflegeleitung in der vorliegenden Fallstudie kein Druck auf die TurnusärztInnen ausgeübt, diese Formalitäten ehest möglichst nachzuholen. Im Gegensatz dazu liegt es im Interesse des Pflegepersonals, diese Unterschriften schnellst möglichst einzuholen, im besten Falle eben innerhalb des Zeitfensters von 24 Stunden, damit es zu keinen bösen Überraschungen bei Kontrollen kommen kann. Diese, in der Praxis auf Grund **fehlender negativer Konsequenzen** nicht erlebten, **Bringschuld der TurnusärztInnen** wird daher auf Grund der drohenden **negativen Konsequenzen für die Pflege** in eine „**Einholbitte**“ verwandelt.

10) Wie bereits erwähnt gibt es in der vorliegenden Fallstudie bei den ÄrztInnen ein **Rotationsprinzip**, welches eine Einschätzung sowohl der Pflege von den TurnusärztInnen wie auch der TurnusärztInnen von der Pflege erschwert. Das Rotationsprinzip bedeutet, dass alle ÄrztInnen nicht einzelnen Stationen zugeteilt sind, sondern dass sie immer einige Zeit (diese kann in ihrem Ausmaß variieren) auf einer Station sind und wenn jemand auf Urlaub geht, sie dann nicht als Vertretung auf diese Station gehen sondern ab dann dieser Station zugeteilt sind. Wie wir im Kapitel 3 in Bezug auf Kooperationswahrscheinlichkeiten schon gehört haben, basiert Kooperation auch auf **Vertrauen** bzw. dem Gefühl die potentiellen Handlungen des Gegenübers einschätzen zu können. Dieses „Gefühl“ für das Gegenüber steigt in der Praxis meist mit der Dauer der gemeinsam verbrachten Zeit: Wenn man jemanden über längere Zeit in unterschiedlichen Kontexten beobachten kann und sieht wie er/sie sich dann verhält, dann kann man auf Grund dieser Erfahrung eine Einschätzung machen, inwieweit man dem Gegenüber vertrauen kann und inwieweit man demzufolge selbst bereit ist, mit dem Gegenüber zu kooperieren.

Für diese Fallstudie bedeutet das, dass es für die Pflege, die den Stationen fix zugeteilt ist, etwas **schwieriger** ist, eine auf **Erfahrung basierende Einschätzung der TurnusärztInnen zu erlangen**, da diese maximal ein Jahr auf der Internen Abteilung sind und auch hier auf Grund des implementierten Rotationsprinzips eben nicht immer ihrer Station zugeteilt sind. Eine Einschätzung, ob nun einem Turnusarzt vertraut werden kann (man darauf vertraut, dass er/sie auch die Unterschrift nachliefert) als Basis von einer selbständigen eigenmächtigen Medikamentenvergabe (in milder Form wie z.B. die zweite Hälfte einer Kopfschmerztablette, nachdem nach der verschriebenen erste Hälfte noch Beschwerden beim Patienten/der Patientin vorhanden sind) ist demnach besonders schwierig zu treffen, wenn die TurnusärztInnen noch nicht lange in ihrem Turnus auf der Internen sind oder wenn sie noch nicht lange auf dieser Station sind. Eine Einschätzung der Stations- und OberärztInnen ist demnach einfacher, da diese, obwohl sie auch zwischen den Stationen rotieren, dennoch viele Jahre auf der Abteilung arbeiten und es damit im Laufe der Zeit viele Möglichkeiten für Interaktionspunkte mit der Pflege gibt.

Doch auch für die TurnusärztInnen gilt, dass sie längere Zeit auf Stationen benötigen um ein Gefühl dafür zu bekommen, wie unterschiedliche Krankenschwestern oder Pfleger „ticken“. Erst nach einigen gemeinsamen Erlebnissen bekommen TurnusärztInnen ein Gefühl dafür, welche Pflegepersonen einem im Nachtdienst schnell anrufen und bei welchen man wirklich laufen muss, wenn sie sich doch einmal in der Nacht melden, wie folgender Ausschnitt aus einem narrativen Interview mit einem Turnusarzt veranschaulicht:

TA: aber man sieht nach einiger Zeit wie es läuft und man weiß dann schon ungefähr, wenn der im Dienst ist, dann wird man wahrscheinlich eher öfter angerufen zum Beispiel oder

I: mhm

TA: so.(..) Oder wenn die im Dienst ist und die ruft an, dann muss man wirklich laufen (lacht) weil dann ist es etwas Dringendes (Interview 9: 392-396)

11) Innerhalb der Pflege gibt es einen Druck von Seiten der dienstälteren Krankenschwestern und Pfleger bzw. auch von Seiten der Stationsleitung auf die jüngeren Krankenschwestern und Pfleger, die erst aus der Ausbildung kommen, nicht zu viel von der Arbeit der ÄrztInnen zu übernehmen und auch nicht ohne schriftliche Anweisungen zu agieren. Zum Beispiel wird immer wieder darauf hingewiesen, dass das Agieren auf eigene Faust sehr viele negative Konsequenzen zur Folge haben kann. Die immer wieder erwähnte Gabe der zweiten Hälfte einer Kopfschmerztablette ohne ärztliche Anordnung (weil man den befreundeten Turnusarzt nicht schon wieder wecken will) ist ein solches Beispiel einer unzulässigen, rechtlich nicht abgesicherten, Handlungsweise. Im Feld gibt es also eine **Sozialisation des heranwachsenden Pflegepersonals in dem Sinne, dass sie diese rechtlich nicht abgesicherten Tätigkeiten**, von denen es in der Praxis immer wieder welche gibt, **nicht durchführen sollen**. Zu diesem Zweck gibt es eine "oral tradition" von Geschichten über Härtefälle, bei denen z.B. eine Krankenschwester oder ein Pfleger vor einer/einem Patienten/in dann rechtlich alleine dastehen und ihnen die ÄrztInnen nicht den Rücken stärken oder hinter ihnen stehen. Oder wie es Krankenschwestern treffend im Rahmen der Interviews ausdrückten:

S: Im Endeffekt stehst du dann alleine da. Also die Ärzte helfen dir sicher nicht sondern retten dann ihren eigenen Kopf. (Interview 7: 233-234)

S: Weil du hast ja dann doch... weil ich glaub nicht dass ein Arzt dann kommt und dir hilft, wenn es drauf ankommt, glaub ich nicht.

I: Also so eine Situation könnte sein? Wo sie?

S: Ich hab so etwas noch nicht gehabt, Gott sei Dank, aber wenn du vor Gericht... also ich kenn etliche Schwestern von der Intensiv die vor Gericht gestanden sind (Interview 3: 658-663)

Die Tradierung solcher „**Im-Stich-gelassen-Geschichten**“ von Seiten der Pflege stellt eine weitere informelle Spielregel im Feld dar. Exemplarisch sollen diese beiden „Im-Stich-gelassen“-Geschichten hier Erwähnung finden, da sie ziemlich genau beschrieben wurden. In jedem einzelnen Interview mit Pflegekräften wurde jedoch eine mehr oder weniger ausgeschmückte Version einer „Im-Stich-gelassen-Geschichte“ erzählt:

S: Zum Beispiel: es hat einmal eine Patientin gegeben, die ist gelegen und hat eben (Unverständlich, wahrscheinlich Name des Medikamentes) gekriegt, das ist unter Anführungszeichen ein Beruhigungsmittel, weil sie so nervös war und so, ja, schon aggressiv war und wir haben ihr das halt gegeben über dem Venflon und nachher hat es geheißen, ja vielleicht haben ihr die Schwestern ja zu viel gegeben. Weil sie am nächsten Tag verstorben ist aber nicht wegen dem, sondern weil sie herzmäßig, kardial ziemlich schlecht war, ja. Also sie wär sowieso gestorben aber da hat es geheißen, vielleicht haben ihr die Schwestern zu viel gegeben.

I: Wer hat angeordnet?

S: Es war alles angeordnet, es war alles unterschrieben aber die Oberärzte haben gesagt, ja vielleicht haben ihr die Schwestern zu viel gegeben. So etwas kommt dann ab und zu vor

I: Ja und was tun dann?

S: Gar nichts, gar nichts. Du weißt du hast alles gemacht, du hast alles dokumentiert, es hat alles seine Richtigkeit, egal. Brauchst einen breiten Rücken.

(Interview 2:173-187)

S: Ich habe das im (Name des Krankenhauses) damals erlebt muss ich auch sagen, das war, das war ja früher wirklich, da hast du alles miteinander gehabt, jetzt ist ja das eh schon super ja, aber da ist damals eine Schmidt gestorben und der Arzt hat die falschen Kopfzettel genommen und die falschen abgeschrieben ja. Und ja die Angehörigen waren ja in Griechenland im Urlaub und die sind dann zurückgefliegen und alles und die sind auf die Station gekommen und auf einmal sehen sie ihre Mutter und die ist gar ned tot. Haben sie die falschen verständigt, ned und alles ned. Und ist die mit falschem Namen ned. Und die haben sich natürlich aufgeregt und so und der Arzt ja, der hat die, der hat relativ und die Schwester ist gekündigt worden dazumal. Die war ziemlich am Anfang dazumal, der Arzt hat ziemlich auf sie dazumal alles geschoben, dass sie ihm den falschen Kopfzettel gegeben hat und alles, also wenn man seinen eigenen Kopf dann rettet, dann ist das schon sehr. (Interview 3: 723-734)

S: Nein es war so, dass wir sehr, sehr viele Anordnungen eher so per Telefon passiert sind, ja. Ich meine man hat dann schon gewusst, welche Pflegeperson sind im Dienst, wenn des erfahrene Schwestern sind, hat man sich schon ein bisserle ausgeklickt, sage ich einmal und die haben eh gewusst, ja das funktioniert

I: Mhm

S: Und natürlich, es ist dann gestanden, weil die Schwester hat es verabreicht, hat es dokumentiert und dann war in der Früh noch, ja das habe ich nie gesagt, ja. Das ist dann immer heikel, wenn es zu Problemen kommt, ja (Interview 1: 68-75)

12) In der Praxis gibt es sehr **viele Tätigkeiten** die die Pflege ausübt, für die sie jedoch **keinerlei rechtliche Absicherung** hat, die sie also formal nicht machen dürfte. Folgende Beispiele zur Veranschaulichung sind der Fallstudie entnommen und stellen eine kleine Auswahl der in den Interviews erzählten Situationen dar. Sie sollen den Umfang dieser, rechtlich für die Pflege im Ernstfall nicht abgesicherten, Tätigkeitsbereiche veranschaulichen:

S: Zum Beispiel die, das Wundmanagement ist auch so etwas: Die Wundmanagerin schreibt was vor, was sie empfehlen würde und der Arzt müsste es unterschreiben, passiert nicht. Das ist einfach, das bleibt so stehen, das machen wir unter Anführungszeichen eigenmächtig, ja, also weil sie hat das gelernt, wir wissen, dass es funktioniert, wir kennen die Produkte ja, aber der Arzt müsste es unterschreiben ja, aber er unterschreibt es nicht, weil phuu ja, er keine Zeit, keine Lust, es interessiert ihn nicht.

I: mhm

S: Keine Ahnung warum das so ist.

I: Und de facto was sind die Konsequenzen eigentlich?

S: Naja, wenn was passiert, dann bin ich und der Arzt schuld

I: mhm

S: Wenn sich die Wunde jetzt verschlechtert und die Angehörigen gehen zum Anwalt und sagen bla bla bla, dann wird geschaut welche Schwester Dienst gehabt hat, wer den Verband gemacht hat und wer das alles geschrieben hat und wenn ich gerade an dem Tag Dienst gehabt hab, steh ich in der Kreide. Aber er auch weil er muss ja mich kontrollieren. (Interview 2: 520-536)

S: Infusionen werden von uns hergerichtet und angehängt. Eigentlich darf ich das nicht. Weil ich darf nur Ringellösung und Glukose anhängen. Das ist einfach so. Medikamente mit medizinischen Zusätzen darf ich nicht anhängen oder der Arzt muss es beaufsichtigen, funktioniert nicht, machen wir. Genauso wie die Antibiotika, darf ich eigentlich nicht, mache ich trotzdem. (Interview 2: 580-584)

S: Du musst dich genau an diese Regeln halten aber an diese Regeln kannst du dich nicht halten, du bist immer mit einem Fuß im Gefängnis, weil ich mich nicht an das halten kannst, weil es strukturell nicht funktioniert (Interview 2: 642-644)

S: Da gibt es sicher etliche Sachen wo ich überlege, was eigentlich gar nicht Pflege, was uns eigentlich gar nichts angeht. Ja was zum Beispiel IV (=intravenös) spritzen, ja, was eigentlich nicht unsere Aufgabe ist, aber dann, spritzt´s es bitte, ich mein, oft wenn wer bitte net, ja aber ja. Ja aber wir sind nicht geschützt, das ist das nächste, das IV Spritzen, ich mein, wir dürfen zwar Infusionen anhängen, aber IV spritzen dürfen wir nicht solche Medikamente, aber wir sagen dann auch wirklich sie sollen kommen, net, ich mein das ist einfach dann ja (unverständliches Gemurmel)

I: Also das heißt es kommt auch ziemlich drauf wie?

S: Ja, ja, ich mein wenn es jetzt jemanden schlecht geht und er Arzt steht neben mir und sagt spritzt´s das schnell weil der macht gerade etwas anderes, ist es kein Problem net. Aber manche, zum Beispiel wir richten die Abendtherapie her, net da gibt es etliche IV zu spritzen und da is´s schon manchmal halb 11 und die sind immer noch nicht da, net, dann rufst du sie an und dann sagen sie, na könnt´s net ihr das spritzen, net

I: mhm, ja

S: Macht man es halt. (Interview 3: 743-749)

Diese Übernahme von rechtlich nicht abgesicherten Tätigkeiten von Seiten der Pflege hängt demnach sehr von der persönlichen Beziehung zur/zum TurnusärztIn/arzt ab und wird bei einem guten persönlichen Verhältnis zur/ zum Turnusärztin/arzt eher stattfinden. Auf Grund des Fehlens jeglicher rechtlicher Basis ist die Übernahme solcher Tätigkeiten von der Pflege von Seiten der TurnusärztInnen schwer verhandelbar, geschweige denn einklagbar und hängt daher sehr vom good-will der Pflegepersonen ab.

5.3.2. Strategien und Spielzüge des Spiels „Medikamentenvergabe im Nachtdienst“ zwischen TurnusärztInnen und Krankenpflegepersonal

Die Ausgangssituation:

Folgendes Spiel soll an einer im Feld sowohl von den TurnusärztInnen wie von dem diplomierten Pflegepersonal erzählten, immer wiederkehrenden Situation, festgemacht werden:

Während des Nachtdienstes klagt ein/e PatientIn über Schlafstörungen und wünscht ein leichtes Medikament, das in der Regel gut vertragen wird (z.B. ein Schlafmittel oder weil das Einschlafen wegen Kopfweh schwer möglich ist, eine Kopfschmerztablette). Formal müssen alle Medikamente schriftlich von den diensthabenden ÄrztInnen angeordnet werden. Es ist schon nach 23 Uhr und der/die diensthabende Turnusarzt/ärztin ist schon auf seinem/ihrem Dienstzimmer. Das diensthabende Pflegepersonal ruft daraufhin die/den Turnusärztin/arzt an und diese/r verordnet telefonisch z.B. ein Schlafmittel. Die Krankenschwester oder der Pfleger verabreichen nun dem/der Patienten/Patientin das Medikament und vermerken schriftlich, was sie ihm/ihr verabreicht haben. Der/die Turnusarzt/ärztin kann daraufhin im Dienstzimmer bleiben, muss nicht auf die Station kommen und kann eventuell weiterschlafen. Am nächsten Morgen ist daher noch keine ärztliche Unterschrift unter der nächtlich telefonisch gegebenen Verordnung, jedoch der Vermerk, dass die Tablette vom Pflegepersonal ausgegeben wurde.

5.3.2.1. Strategie der Pflege: Nachrennen

Die somit verfolgte Strategie der Krankenschwester/ des Pflegers in Bezug auf die fehlende formale ärztliche Unterschrift kann man daher als **Strategie des Nachrennens** bezeichnen. Das bei den Spielregeln beschriebenes Fehlen von Konsequenzen für die TurnusärztInnen, wenn sie die Unterschrift nicht nachholen, bei gleichzeitigen negativen Konsequenzen für die Pflegeperson, die die Medikamente ausgegeben hat, ist ausschlaggebender Grund für diese Strategie

5.3.2.2. Mögliche Spielzüge der Krankenschwester/des Pflegers

Dieses "Unterschriften - Nachrennen" kann dabei unterschiedliche Ausformungen annehmen. Die Krankenschwester/ der Pfleger kann den/die Turnusarzt/ärztin direkt bitten, seine nächtliche Anordnungen zu unterschreiben, sie/er kann darauf hinweisen, dass die/der Turnusärztin/arzt die nächtlichen Anordnungen noch unterschreiben muss und somit auf die reale Bringschuld der Unterschrift von Ärzteseite her plädieren oder sie/er kann das Fehlen der Unterschrift vor dem Turnusarzt/der Turnusärztin als etwas darstellen, was noch gemacht werden muss und somit als unpersönlich in den Raum gestellte Anforderung darstellen. Alle diese Möglichkeiten seien nun anhand konkreter Spielzüge veranschaulicht:

S: Aber diese Einzelverschreibungen sind, es ist schrecklich. Da hast am nächsten Tag zehn Kurven wo überall Einzelverordnungen, und keiner unterschrieben ist.

I: Aber überall wird angerufen

*S: Ja, aber telefonisch gilt net. Das ist eigentlich ich will nicht sagen verboten, ich mein du kannst es schon machen aber innerhalb von ein paar Stunden oder so musst du es nachtragen. Was aber nicht passiert, weil um drei in der Früh wird mir keiner mehr kommen und mir das unterschreiben, wenn noch irgendetwas zu tun ist. Wie bemühen uns schon, **also wir rennen dann den Ärzten dann nach** also ich versuch dann in der Früh wenn die Blutabnehmen kommen, dass ich alle meine Unterschriften krieg, aber meistens vergess ich vielleicht auch eine die ich übersehen habe oder so. Also ich muss den Ärzten nachend nachrennen und sagen, **da musst du noch unterschreiben und das musst du noch unterschreiben und da muss man das noch eintragen.***

I: Und wie geht es dir da?

S: Ah es ist schrecklich. Es ist wie wenn ich einem Kind nachrenn. Wie wenn ich einem dreijährigen Kind sage, komm du musst jetzt noch das machen und komm jetzt räum bitte zusammen, das ist mühsam. (Interview 2: 545-561)

*S: Der Oberarzt, die Oberärzte sagen, des und des sollen wir machen, ja ich mein, er schreibt es dann **irgendwann** einmal hin, und dann **sagst du schon hundertmal**. Ich mein im Endeffekt musst du es gleich machen, ja, du kannst nicht, wenn der (gemeint ist der Patient) jetzt offen ist und das blutet, du musst ihn verbinden net oder irgendetwas, du kannst nicht. Genauso bei den Suchtgiften, ist ja das Gleiche, die schreiben mir das hin, die Patienten kriegen das, weil sie solche Schmerzen haben und dann sagst du, na **bitte unterschreiben**. (Interview 3: 630-637)*

S: Ja da muss man das (gemeint sind die nächtlich telefonisch gegebenen Verordnungen) halt in der Früh dann alles unterschreiben lassen, ja. Das das dann passt.

I: Das heisst, es ist so, dass der kommt und dann sagt, bitte darf ich unterschreiben oder ist es so

*S: Ja also meistens dann schaut er in der Früh wenn wir Blutabnahmen oder was haben, sagt man **bitte tun sie es mir nachunterschreiben**, das haben wir angeordnet in der Nacht. (Interview 4: 199-215)*

Auch ein Turnusarzt nimmt Bezug auf einen möglichen Spielzug der Pflege für das nachträgliche Einholen der Unterschrift:

*TA: Je besser das Verhältnis ist zu dieser Schwester zum Beispiel, die jetzt Dienst hat, und man sich kennt und ein gutes Verhältnis hat und sie auch Erfahrung hat und weiß ungefähr was passieren kann oder schon öfter Medikamente verabreicht hat, dann kommt es schon vor, dass die Schwester das ihm (gemeint ist der Patient) einfach gibt und in der Früh das einem mitteilt und sagt, ich hoff das war eh in Ordnung und **sagt bitte unterschreib mir das** (Interview 9: 370-375)*

Anhand der konkreten Spielzüge, den erzählten Handlungssträngen in den Interviews, ist sichtbar, dass die Initiative für das Nachholen der fehlenden formalen Unterschrift somit eindeutig von der Pflege ausgeht und nicht von den TurnusärztInnen.

5.3.2.3. Abstraktion der möglichen Spielzüge der Krankenschwester/ des Pflegers

Abstrahiert man diese Beispiele so haben Krankenschwestern und Pfleger im Feld die Möglichkeit die fehlende Unterschrift der TurnusärztInnen oder OberärztInnen auf unterschiedlicher Weise einzuholen. Diese „Nachrenn“-Möglichkeiten variieren in ihrer Ausgestaltung von bittend bis auffordernd und können direkt oder indirekt erfolgen. Die Krankenschwester oder der Pfleger im Setting kann daher prototypisch jene Formulierungen verwenden, um zu fehlenden Unterschrift zu kommen:

+ **Bitte unterschreiben!** Die Verwendung der Aufforderungsform vermittelt dabei dem Arzt/der Ärztin, dass dies nun geschehen soll und ist als direkte Handlungsaufforderung zu verstehen. Die Kombination mit dem Wort „Bitte“ relativiert den Befehlston und stellt klar, dass dies ein Gefallen ist, den die Ärztin/der Arzt jemandem erweist. Wer dieser jemand ist, wird mit dieser Aussage noch nicht konkretisiert: So kann es sich um die Pflegeperson handeln, die diese Aussage „bitte unterschreiben“ tätigt (vielleicht in Verbindung mit dem Reichen der Unterlage in der die Unterschrift fehlt). Man kann diese Aussage aber auch so verstehen, dass der Arzt/ die Ärztin damit keiner Person einen Gefallen tut, sondern dem System, der Organisation Krankenhaus mit ihren internen Abläufen

und voneinander abhängigen Handlungsketten. In dieser Fassung versucht die Pflegeperson dem Arzt/ der Ärztin zu vermitteln, dass der Arzt/ die Ärztin mit ihrer Unterschrift also nicht ihnen persönlich, sondern einem einzelpersonenunabhängigem System, der Organisation Krankenhaus mit ihren formalen Regeln und Abläufen, mit der Unterschrift einen Gefallen tut, weil damit die formalen Regeln eingehalten werden, die verlangen, dass unter jeder Verordnung eine ärztliche Unterschrift steht.

+ **Bitte unterschreib mir das.** Mit dieser sehr höflichen Aufforderung wird, ähnlich wie im vorher beschriebenen prototypischen Spielzug, wieder darauf Bezug genommen, dass der Arzt/ die Ärztin mit der Unterschrift jemandem einen Gefallen tut. Dieser jemand wird jedoch hier expliziert („mir“). Es handelt sich daher um einen Gefallen, der einer konkreten Person erwiesen wird, nämlich der Krankenschwester oder dem Pfleger, die/der dies sagt.

Beiden Spielzügen ist gemein, dass die Aufforderung durch das Wort „Bitte“ in ihrem Ton sehr höflich ist und auch Bezug **auf die Hierarchie** zwischen den beiden Professionen Ärzteschaft und Pflege nimmt, bei denen die ÄrztInnen in den meisten Fällen dem Krankenpflegepersonal übergeordnet sind. Weiters verlangen es die Umgangsformen in unserer Gesellschaft, dass, wenn jemand einer persönlichen Bitte nachkommt und irgendetwas **für jemanden macht**, man sich bei dieser Person bedankt, die der an sie gerichteten Bitte nachgekommen ist. Für unsere Ausgangssituation bedeutet dies, dass die Pflegeperson (entweder in ihrem Namen oder im Namen des Systems) sich in weiterer Folge beim Arzt/der Ärztin für die erhaltene Unterschrift bedanken wird. Dies bringt die Pflege in die ein wenig paradoxe Situation, dass ursprünglich sie den TurnusärztInnen einen Gefallen getan hat (d.h. der Turnusarzt/die Turnusärztin wird wegen der Verordnung eines leichten Medikamentes im Nachtdienst nicht auf die Station zitiert oder in manchen Fällen sogar gar nicht angerufen und geweckt, sondern es wird eigenmächtig gehandelt) und auf Grund der rechtlich, formalen Anforderung aber auf eine nachträgliche Unterschrift von den TurnusärztInnen angewiesen ist, die sie dann eintreiben muss und für deren Ausfolgerung sie sich danach noch bedanken muss. Die Bilanzierung innerhalb dieser Interaktionssituation ist für die Pflege somit schlecht.

Weitere Möglichkeiten, bei denen der Charakter des persönlichen „Gefallens“ ein wenig wegfällt sind folgende prototypische Spielzüge:

+ **Du musst das noch unterschreiben!** Diese Formulierung verweist auf eine vollkommen anders ausgeartete Beziehung zum/r Turnusarzt/ärztin als die zuvor erwähnten Formulierungen. Hier ist die hierarchische Unterlegenheit der Pflege nicht sichtbar. Wenn überhaupt weist die Formulierung eher darauf hin, dass die Pflegeperson sich innerhalb einer Hierarchie selbst als dem Turnusarzt/der Turnusärztin überlegen einstuft. Auch die Anrede mit „Du“ legt nahe, dass die Einstufung der eigenen hierarchischen Stellung von Seiten der Pflegeperson mindestens gleichwürdig wenn nicht überlegen getroffen wurde. Weiters handelt es sich um keine Aufforderung, der man nachkommen kann oder nicht, sondern um einen Verweis, dass man gezwungen ist, etwas zu tun. Was noch zu machen ist, also die Unterschrift zu tätigen, wird mit dieser Formulierung eindeutig in den Zuständigkeitsbereich des Turnusarztes/ der Turnusärztin subsummiert: Es handelt sich dabei um etwas, das der Turnusarzt/ die Turnusärztin noch erledigen muss und das sich eindeutig in dessen Zuständigkeitsbereich befindet. Es geht nicht darum, was die Pflegeperson machen muss oder haben möchte, sondern was der Turnusarzt machen muss. Mit dieser Formulierung wird auch nahe gelegt, dass es sich um eine Regel oder ein Gesetz handelt, das der/die Turnusarzt/ärztin befolgen muss. Der Zwang geht also nicht von einer Person aus, zum Beispiel von der Pflegeperson, die dies zum Turnusarzt/ zur Turnusärztin sagt, sondern ist etwas, den Regeln der Organisation Krankenhaus Inhärentes und somit personenunspezifisch. Die Einhaltung dieser Regel wird mit dieser Aussage eingefordert, was man auch als Sozialisation dem Turnusarzt/der Turnusärztin gegenüber verstehen kann. Die Annahme, dass es sich bei dieser Aussage um eine Formulierung gegenüber einem/einer noch nicht lange im Feld befindlichen Turnusarzt/ Turnusärztin handelt, dem/der die Regeln des Feldes noch näher gebracht werden müssen bzw. die noch stationssozialisiert gehört, wird somit weiter verfestigt. Auch die Formulierung, dass man etwas „noch“ erledigen muss, legt nahe, dass dies eigentlich schon längst geschehen hätte müssen bzw. dass dieser Zustand der fehlenden Unterschrift bis nun angehalten hat und nun aber beendet werden muss.

+ **Das gehört noch unterschrieben.** Im Gegensatz zur vorherigen Formulierung ist hier der Zwang, der mit dieser Aussage impliziert wird, abgeschwächt und indirekter. Es geht nicht mehr um etwas, das die Pflegeperson braucht oder das der Turnusarzt/die Turnusärztin machen muss, sondern um das Ding an sich: um die Vorschreibung, die eine bestimmte Qualität aufweist, nämlich die, dass es unterschrieben gehört. Dies ist eine nüchterne, neutrale Feststellung auf die der/die Turnusarzt/ärztin mit einer Initiative reagieren kann, hat also weder Zwangs- noch Bittcharakter. Für die Verordnung als solche gibt es also die Regel oder Vorschrift, dass sie von ärztlicher Seite unterschrieben werden soll und auf diese Regel wird hier Bezug genommen. Mit diesem eher indirekten Hinweis auf geltende Regeln kann auch eine gewisse Stationssozialisation verbunden sein, denn auch Kindern erklärt man, was sich in welchen Situationen „gehört“ und was nicht. Es handelt sich hierbei jedoch wiederum um Regeln, die nicht von einer bestimmten Person aufgestellt wurden, also nicht von der Pflegeperson, die dies zum Turnusarzt/ der Turnusärztin sagt, sondern um Anforderungen im System. Bei dieser Formulierung wird nicht erwartet, dass ein persönlicher Gefallen erfüllt wird, für dessen Erfüllen man sich bedanken muss.

Allen vier prototypischen Möglichkeiten der Strategie „Nachrennen“, von denen es sicherlich unzählige Varianten gibt, haben gemein, dass sie nicht als Frage formuliert werden. Im Feld gab es keine Beobachtung und auch in keinem der Interviews kam es zu einer Erzählung, bei der die Krankenschwester oder der Pfleger zu einem Turnusarzt/ einer Turnusärztin gemeint hat: „Kannst du das (bitte) unterschreiben“? Bei einer Frage ist prinzipiell eine Antwort nötig, in unserem Falle ein „ja, ich kann“ oder ein „nein, ich kann nicht“. Eine Frage bietet weiters die Möglichkeit von unterschiedlichen Reaktionen auf die Frage. Eine negative Antwort ist demnach auch eine Möglichkeit einer Frage zu begegnen ohne dass diese zwingend eine Rechtfertigung verlangt. Bei dem eben genannten im Feld vorgefundenen prototypischen Spielzügen jedoch müsste ein „Nein“ zur Aufforderung sehr wohl begründet werden. Insgesamt kann man diese vier möglichen Spielzüge auch danach unterscheiden, wem die Krankenschwester oder der Pfleger als Nutznießer des Nachholens der Unterschrift darstellen

möchte. So gibt es von Seiten der Pflege die Möglichkeit zu sagen: Du als Turnusarzt/Turnusärztin machst dies (das Nachholen der Unterschrift) **für mich** oder du machst es **für dich** oder du machst es weil es die **Regeln hier so verlangen, also zum Systemerhalt**.

5.3.2.4. Strategie der TurnusärztInnen: Bagatellisierung und an die Logik appellieren

Auf diese Ausgangssituation bezogen wird der Turnusarzt/die Turnusärztin nach einem oder mehrmaligem „Nachrennen“ von Seiten der Pflege die formale Unterschrift mehr oder weniger schnell nachholen. Die Strategie der TurnusärztInnen in dieser Situation kann man als Verharmlosung oder Bagatellisierung der realen Bedeutung einer fehlenden Unterschrift für die Pflege bezeichnen. Das Nachholen einer fehlende Unterschrift als eine formale Anforderung, die mit dem Kerngeschäft der medizinisch-diagnostischen Tätigkeit wenig gemein hat und im Alltag als lästiges Übel wahrgenommen wird, wird als von der Pflege zu wichtig genommen deklariert. Dieses lästige Übel, das als unwichtig im Gegensatz zu den anderen, als wichtiger eingestuft, Tätigkeiten wahrgenommen wird, wird für die Pflege erledigt und nicht deshalb, weil es selbst im Interesse der TurnusärztInnen liegt.

Ergänzend dazu wird im Zusammenhang mit der Medikamentenvergabe im Nachtdienst von den TurnusärztInnen auch immer wieder mehr oder weniger offen gewünscht, dass sie die Krankenschwestern oder Pfleger nicht nur nicht auf die Station zitieren, sondern sie auch **nicht anrufen und leichte Medikamente ohne Rücksprache ausgeben**. Durch dieses pflegerische Handeln auf eigene Faust werden sie in den Nachtstunden nicht geweckt und kommen so zu ein wenig Schlaf. (Diese Vorgehensweise war vor dem Lainzskandal in Österreich durchaus Usus, wurde jedoch auf Grund des massiven Missbrauchs durch PflegehelferInnen mit Todesfolgen bei PatientInnen abgeschafft). Da dies jedoch nicht in den Tätigkeitsbereich der Pflege fällt und die Pflege bei Folgeschäden rechtlich nicht geschützt wäre, ist dies von den TurnusärztInnen zwar erwünscht, doch nicht einklagbar oder offen verhandelbar.

5.3.2.5. Mögliche Spielzüge von TurnusärztInnen

Dieses Bagatellisieren der formalen Anforderungen im Krankenhaus, die eben verlangen, dass ÄrztInnen Verordnungen immer unterschreiben müssen bzw. dass Medikamente, auch wenn es sich um leichte Medikamente handelt, die in der Regel immer gut vertragen werden, immer erst nach einer ärztlichen Anordnung von Seiten der Pflege ausgegeben werden können, sei an folgenden Spielzügen sichtbar gemacht.

TA: Extrem ist, dass man halt wegen jedem angerufen wird und das, also auch wenn es nur kleine Dinge sind, wie ein Schlafmittel, ein leichtes, weil er (gemeint ist der Patient) nicht schlafen kann oder so

I: aha, mhm

TA: Dass man das schon vorschreibt und dass es nicht wirkt, sondern will die Schwester die **zweite Hälfte geben, dann könnte sie das ohne Arztkontakt.**

I: Da gibt es keine generelle Einigung, dass man sagt, Schlafmittel könnt's ihr wirklich selbst?

TA: nein, gibt es nicht, weil eigentlich, also vom Gesetz her müsste all das von uns angeordnet werden

I: Ja, aber in der Realität geht das ja gar nicht. mhm. Das heißt, das muss man sich eigentlich mit jedem einzeln aushandeln oder?

TA: Ja. **Nicht aushandeln.** Aber man sieht wie es läuft und man weiß dann schon ungefähr, wenn der im Dienst ist, dann wird man wahrscheinlich eher öfter angerufen zum Beispiel oder so.(..) Oder wenn die im Dienst ist, und die ruft an, dann muss man wirklich laufen (lacht) weil dann ist es etwas Dringendes

(Interview 9: 369-397)

TÄ: Also das heißt, die einen (Krankenschwestern und Pfleger) haben im Nachtdienst einfach **so Schlafmitteln gegeben**, das was üblich ist und sie schon kennen, und gesagt, okay ich weiß, der hat das schon gekriegt, und eben **in der Früh unterschreiben lassen**, ja. Und das ist einfach, bei solchen Sachen wo sie sich halt auskennen, machen nichts wo sie sagen, ja okay, da weiß ich nicht, ob das jetzt passt, oder nicht, sondern wirklich wo man sagen kann, **das ist klar und eindeutig, das kann man einfach geben**, ja. Und das ist für uns eine irrsinnige Erleichterung, dass wir nicht mitten in der Nacht einfach aufstehen müsse, geweckt werden einfach nur wegen einem Schlafmittel (Interview 7: 902-910)

TÄ.: (...) Da machen sich die Schwestern eh viel zu viele Gedanken, dass etwas passiert, weil bei den meisten Medikamenten, also eh 80 Prozent ist ja eh nie etwas, kann auch, man kann alles Mögliche geben ohne dass jemand einen akuten Notfall bekommt, also da gibt es, da ist die, da geht es um starke Schmerzmittel meinetwegen oder um ja halt um Allergien auch. Bei den meisten Sachen: **Ich kann ja auch nicht verhindern, dass jemand allergisch reagiert auf etwas.** Und bis jetzt habe ich es Gott sein dank noch nie erlebt, dass jemand auf etwas, auf eine Gabe Medikamente (reagiert hat). Beim ersten Mal müssen wir eben immer hingehen und das (gemeint ist die Antibiotika, bei deren Erstgabe die TurnusärztInnen anwesend sein müssen) anhängen, ja, das da jemand allergisch reagiert hätte. Habe ich auch noch nie erlebt, also selbst da, wo am häufigsten

*Allergien sind, eigentlich bei Schmerzmittel und Antibiotika, und die allermeisten (PatientInnen) wissen es eh, und es gibt wenige, die dann mit dreißig, vierzig (Jahren) noch nicht wissen, dass sie auf irgendetwas allergisch sind. Das ist eher dann eigentlich selten, also einer von 10.000 oder was weiß ich, einer von 100.000, der noch eine Allergie hat und das noch nicht weiß, ja, **also das ist dann eher selten, dass dann wirklich etwas passiert ja. Nur machen sich die Schwestern oft eh viel zu viele Gedanken.** (Interview 7: 926-942)*

Ziel der Strategie der Bagatellisierung der eigenständigen Ausgabe leichter Medikamente im Nachtdienst ohne telefonische Rücksprache durch Pflegepersonen ist auf einer manifesten Ebene eindeutig, dass die TurnusärztInnen sich erhoffen, in den Nachtstunden ein wenig Schlaf zu bekommen. Auf einer latenten Ebene könnte man diese Bagatellisierung auch als Strategie verstehen, deren Zweck es ist, Verantwortung zu teilen. Der Verweis darauf, dass negative Reaktionen von PatientInnen auf Medikamente auch von den TurnusärztInnen selbst nicht verhindert werden können, zeugt von einer gewissen erlebten Hilflosigkeit der TurnusärztInnen, weil sie sich in einer Situation befinden, in der sie Konsequenzen, für die sie die Verantwortung tragen, nicht immer antizipieren können. Diese schwierige Situation ist demnach auch von einer gewissen Angst begleitet (siehe Aussage der Turnusärztin „Gott sei Dank ist da noch nichts passiert“).

5.3.2.6. Abstraktion der möglichen Spielzüge der TurnusärztInnen

Abstrahiert man diese Beispiele so kann ein/e Turnusarzt/ärztin zum Beispiel folgende prototypischen Formulierungen für eine Bagatellisierung der realen Konsequenzen für die Pflege verwenden, die auf Grund fehlender, ärztlicher Unterschriften unter Verordnungen oder eigenmächtiger Vergabe von Medikamenten im Nachtdienst zu erwarten sind.

+ **Da kann eh fast nie etwas passieren.** Mit dieser Aussage verweisen die TurnusärztInnen auf die sehr geringe statistische Wahrscheinlichkeit einer negativen PatientInnenreaktion (zum Beispiel ein allergischer Schock) bei der Gabe von leichten Medikamenten. Es wird zwar nicht gesagt, dass mit Sicherheit nie etwas passieren kann, aber der minimale Unsicherheitsfaktor wird als unbedeutend eingestuft und in seiner Wichtigkeit heruntergespielt. Ein Handeln

nur auf Grund einer sehr geringen Wahrscheinlichkeit einer negativen Sanktionierung zu unterlassen, wird mit dieser Aussage als unlogisch deklariert, wenn logisches Denken beinhaltet, dass Entscheidungen auf Grund statistischer Risikofaktoren getroffen werden. (Dass dies in der Realität kaum der Fall ist sei dahingestellt).

+ Ich/Wir könnte(n) eine negative Reaktion auf Medikamente auch nicht verhindern: Diese Aussage von TurnusärztInnen verweist darauf, dass auch sie möglichen negativen Reaktionen von Medikamenten auf PatientInnen machtlos gegenüberstehen. Auch sie als ÄrztInnen können demnach nicht antizipieren, wenn es bei manchen Menschen zu schweren Reaktionen, die zum Teil lebensgefährlich sind, kommen kann, und auch sie müssen dann damit klarkommen, können zum Beispiel dann gegebenenfalls medizinische Maßnahmen treffen. Ausschließen beziehungsweise verhindern können sie negative Reaktionen auf Medikamente aber nicht. Mit dieser Aussage verweisen TurnusärztInnen darauf, dass es somit für den Patienten/die PatientIn egal ist, ob sie das Medikament nun von der Ärzteschaft oder Pflege bekommen haben, im Falle einer allergischen Reaktion hätte weder ein Arzt/eine Ärztin noch eine Krankenschwester/ein Pfleger die Reaktion verhindern oder antizipieren können.

Auch wenn es für die einzelnen PatientInnen egal ist, wer ihnen ein Medikament verschrieben hat, auf das sie negative Reaktionen zeigen - sei es nun der/die Turnusarzt/ärztin oder die Krankenschwester/der Pfleger auf eigene Faust im Nachtdienst – so sind die Konsequenzen für TurnusärztInnen oder Krankenpflegepersonal nicht dieselben, da das Krankenpflegepersonal jeglicher rechtlicher Grundlage für ein solches Handeln entbehrt und im Härtefall nicht nur mit einer Entlassung sondern auch mit rechtlichen Folgen zu rechnen hat, sofern herauskommt, dass er/sie ohne ärztliche Anordnung verfahren ist.

Auf Grund einer zunehmenden Digitalisierung des Krankenhausbetriebes in vielen Bereichen bleibt zu hoffen, dass mit den Möglichkeiten von digitalen Signaturen

sich in nicht allzu ferner Zukunft die Grundlagen für das Zustandekommen des Spieles „Medikamentenvergabe im Nachtdienst“ erübrigen. Wenn TurnusärztInnen digital vom Dienstzimmer aus im Nachtdienst verbindliche Verordnungen mit digitalen Signaturen senden könnten, erübrige sich das „Nachrennen“ der Pflege am nächsten Morgen.

Eine weitere Möglichkeit den Nährboden für dieses Spiel zu kappen wäre auch, dem diplomierten Pflegepersonal die rechtliche Grundlage für die selbständige Verordnung gewisser Medikamentengruppen zu gewähren. Dann könnten diplomierte Krankenschwestern und Pfleger im Nachtdienst ohne Angst vor rechtlichen Folgen oder Rüge auf eigene Faust Schlafmittel und leichte Schmerzmittel ausgeben ohne am Folgetag darum bitten zu müssen, dass ihr Handeln auch von den ÄrztInnen durch deren Unterschrift formal legitimiert wird.

5.4. Weitere Ergebnisse

In folgenden Kapiteln werden jene weiteren Ergebnisse der Fallstudie besprochen, die in den Beobachtungen und den Interviews als wichtige weitere Systemspezifika analysiert wurden, jedoch keine interprofessionellen „Spiele“ an sich darstellen, sondern wichtige Kontextinformationen für die interprofessionelle Zusammenarbeit im Krankenhaus liefern. Diese Ergebnisse können für ForscherInnen im Setting Krankenhaus relevant sein, indem sie auf eine Forschung im Setting Krankenhaus vorbereiten. Die hier genannten Ergebnisse können aber auch als Anstoß für zukünftige Forschung verstanden werden.

5.4.1. DU-SIE Unklarheit

Im Feld gibt es als teilnehmende/r BeobachterIn immer wieder die Gefahr des „going native“, ein Phänomen, das man auch als Internalisierung von Systemspezifikationen beschreiben kann. Für mich als eher junge Forscherin (bei der Erhebung war ich Ende zwanzig) war es sehr schwierig im Setting die „richtige“, bedeutet vom Setting akzeptierte Anredeform, für Personen im Feld zu finden. Mit folgenden Personen im Feld, mit denen ich direkten Kontakt hatte, war ich von Anfang an bis zum Ende der teilnehmenden Beobachtung per Sie: Mit dem ärztlichen Leiter der Abteilung, der Pflegedirektorin, den SekretärInnen, den männlichen Stationsärzten, der Oberschwester und den Stationsschwestern. Auch mit allen erwachsenen PatientInnen war ich, sofern es Konversation gab, per Sie. In meiner gesamten Beobachtung kam dies jedoch nur einmal vor und war ansonsten auf ein „Grüß Gott“ bzw. „auf Wiedersehen“ beschränkt.

Mit allen anderen, bedeutet mit den weiblichen Stationsärztinnen, den männlich wie weiblichen Turnusärzten/innen, den Basisschwestern und –pflegern und den StationsgehilfInnen war ich anfänglich per Du. Ich habe mich diesen Personen immer ungefähr so vorgestellt: „Hallo, ich bin die Simone“ und dann haben sie meist von alleine „Du“ zu mir gesagt und auch wenn die Person älter war als ich, habe ich sie dann mit „Du“ angeredet. Das hat zu Beginn gut funktioniert, jedoch

hat die Stationsschwester ihr Team indirekt wieder dazu gebracht, zu mir „Sie“ zu sagen.

So hat mich die Stationsschwester auf ihrer Station, die sich im Laufe der Zeit als Basis meiner Beobachtung herauskristallisierte, nicht nur immer mit „Sie“ angesprochen, sondern hat in Gegenwart anderer auch immer wieder Bezug auf meinen akademischen Titel genommen. So meinte die Stationsschwester zum Beispiel zu einer ihrer Basisschwestern: „Die Frau Magister Grandy wird dich heute begleiten.“ Oder „Die Frau Magister würd gerne ein Interview machen, wie schaut’s bei euch aus, hast du Zeit?“. Oder sie sprach beim morgendlichen Frühstück in meiner Gegenwart zu ihrem Pflorgeteam: „Heute ist die Frau Magister Grandy bei uns und wird heute hier beobachten“. Einige der Basiskrankenschwestern sagten daraufhin zu mir wieder „Sie“, auch wenn sie mich zuvor schon mit „Du“ angeredet hatten. Daraufhin sprach ich diese Personen auch wieder mit „Sie“ an, war jedoch ein wenig verwirrt und zunehmend unsicherer, mit wem ich nun per DU sein darf.

Diese Rückkehr zum „SIE“ von Seiten einiger Pflegepersonen wurde dadurch erleichtert, dass diese konkrete Station wegen Renovierungsarbeiten für fünf Wochen geschlossen war, und als ich nach dieser Zeit wieder auf die Station kam, waren plötzlich fast alle Pflegepersonen wieder per „SIE“ mit mir.

In dieser, für mich ein wenig verwirrenden Situation, führte ich damals auf dieser Station ein Interview mit einem jungen Turnusarzt, den ich davor noch nicht gesehen hatte. Die Stationsschwester führte ihn zu mir und stellte mich vor (mit Titel und Nachname) woraufhin er mich auch mit „SIE“ ansprach. Um wiederum nicht unhöflich zu sein, habe ich abermals auch „SIE“ zu ihm gesagt und wir gingen ins Ärztezimmer und führten ein sehr holpriges und stockendes Interview, das retrospektiv nicht unwesentlich von dieser unnatürlichen Situation geprägt war, dass zwei junge Menschen in ähnlicher hierarchischen Stellung plötzlich miteinander per SIE sind, obwohl sie dies im „normalen Leben“, sprich, wenn sie sich z.B. so auf der Straße treffen würden, niemals wären.

Nach diesem Interview habe ich mich zum ersten Mal bewusst gefragt, welche Regeln es für eine korrekte Ansprache, die ich im folgenden DU-SIE Regeln nennen möchte, im Feld gibt, und ob es sein könnte, dass es nicht nur mir so geht

und ich dies als sehr ungeregt und verwirrend empfinde, sondern ob es sich hierbei um eine feldspezifische System-Unklarheit handelt. In den darauffolgenden Interviews stellte ich daher oftmals die Frage, mit wem wer per DU oder per SIE ist, sofern diese Thematik nicht sowieso im Interviewverlauf von der interviewten Person angesprochen wurde. Auch achtete ich bei Beobachtungen auf den Stationen darauf, wer wen mit welchem relationalen Alter und in welcher hierarchischen Stellung mit DU oder mit SIE anredete.

Im Rahmen der Beobachtung achtete ich auch darauf, wie die PatientInnen diplomiertes Krankenpflegepersonal und ÄrztInnen ansprechen. So wurden die ÄrztInnen immer mit „SIE“ bzw. dem Titel „Doktor“ und Nachnamen von Seiten der PatientInnen angesprochen. Das Krankenpflegepersonal dagegen wurde mit Schwester oder Pfleger und deren Vornamen, als zum Beispiel Schwester Simone oder Pfleger Simon, von Seiten der PatientInnen angesprochen. Es wurde erwartet, dass PatientInnen, trotz der für mich als Außenstehende etwas paradoxen Verwendung der Berufsbezeichnung und des Vornamens, mit dem Krankenpflegepersonal per SIE sind, was in der Realität von beiden Seiten nicht immer eingehalten wurde, wie folgender Interviewausschnitt zeigt:

S. Ahm, die meisten (gemeint sind die PatientInnen), ja also, es ist eher so ein Mittelding, also sie nehmen sich oft schon das DU Wort heraus, aus der Situation, wenn man halt Tag täglich mit ihnen zusammen arbeitet. Es kommt wirklich sehr auf die Person auch drauf an, wie man halt mit ihnen auch umgeht, also wenn das jetzt so eine ganz eine liebe, alte Omi ist, gell, man soll das ja nicht machen, wissen wir ja, dass man per SIE sein soll, aber, es rutscht einem ja schon manchmal der Vorname, ich mein ist ja kein Problem, der Vorname, heraus, das ist richtig. Man versucht halt so ein freundschaftliches Verhältnis irgendwie aufzubauen, aber im Großen und Ganzen ist man per SIE. (mit den PatientInnen) (Interview 4: 291-299)

Für mich war die Kombination aus Vorname und SIE sehr ungewöhnlich, da ich normalerweise jemanden, den ich mit SIE anspreche auch automatisch mit dem Nachnamen anrede und jemanden, den ich mit DU anrede, auch sofern ich ihn kenne, mit dem Vornamen anrede. Diese im Alltag unübliche Kombination aus Anrede mit SIE und dem Vornamen für die Pflegekräfte wird vielleicht nachvollziehbarer, wenn die geschichtliche Entwicklung des Pflegeberufes reflektiert wird (vgl. Kapitel 2) und kann auch als Möglichkeit verstanden werden, die für die Pflegehandlungen unabdingbare Nähe zum Patienten/zur Patientin mit einem gleichzeitigen, respektvollen, professionellen Umgang zu kombinieren.

Innerhalb der Professionen Ärzteschaft und innerhalb der Pflege sind im Feld die DU- SIE Regeln einigermaßen geregelt. Die Basispflege ist untereinander und mit der Stationsschwester bzw. dem Stationspfleger per DU und mit der Pflegeleitung der Abteilung per SIE. Alle ÄrztInnen im Feld sind untereinander per DU, nur der Primarius ist nur mit seinem Staff (seinen fixen OberärztInnen und StationsärztInnen) per DU, nicht jedoch mit den TurnusärztInnen. Dieser kollegiale Ton innerhalb der Ärzteschaft ist im Feld keine Selbstverständlichkeit, so gibt es sehr wohl noch andere Abteilungen, in denen die TurnusärztInnen mit ihren OberärztInnen per SIE sind. Ein kollegiales DU bietet für die TurnusärztInnen jedoch einige Vorteile, die an folgendem Zitat verdeutlicht werden sollen:

*TA: „Auch zwischen uns (gemeint ist den TurnusärztInnen) und den Oberärzten ist es eigentlich ein sehr freundschaftliches Verhältnis, also ist auch nicht so, dass man nur Turnusarzt ist, der halt dazu arbeitet, sondern dass man halt eingebunden wird in das Team eigentlich, soweit es geht, also man ist natürlich nicht ganz auf der gleichen Ebene, aber man ist doch mit vielen per DU und man kann jeden alles fragen und das funktioniert eigentlich sehr gut. Damit funktioniert aber auch unser Arbeiten deutlich besser, ja. Weil wir uns **einfach trauen, Dinge die wir nicht wissen, zu fragen zu hinterfragen, zu diskutieren** mit den Oberärzten und das kommt eigentlich hier von den Oberärzten, sehr, wirklich seltene Ausnahmen, dass einmal wirklich jemand sagt, das war schlecht oder das war nicht gut, sondern es ist eigentlich immer ein positives Feedback da, ja. Und das ist, das fördert schon sehr die Arbeit, dass man eigentlich immer weiß, man fühlt sich gut aufgehoben, man kann alles eben fragen, hat jemanden im Hintergrund, der da ist, wenn irgendetwas ist, so funktioniert es eigentlich recht gut. (Interview 7: 67-81)*

Für mich, der im Feld die Rolle einer FamulantInn zugedacht wurde, war es natürlich interessant, welche Anrede die StationsärztInnen und OberärztInnen für diese MedizinstudentInnen, wählten.

I: Und mit den Farmulanten? Ist man auch per DU?

*OÄ: mhm, genau. **Wobei die das oft falsch verstehen und uns trotzdem sitzen** und da ist dann zu wenig Zeit, dass man das irgendwie aufklärt. (Interview : 355-356)*

Interessanterweise hat mich diese Oberärztin auch mit DU angesprochen und ob ihres fortgeschrittenen Alters und ihres beruflichen Status hatte ich zu Beginn tatsächlich auch Skrupel, sie mit DU anzusprechen. Wie bei den Farmulanten, deren Rolle mir im Feld ja vom ärztlichen Leiter zugewiesen wurde, wurde auch mir als Soziologie DissertantInn nicht offiziell ein DU Wort von Seiten der Oberärztin angeboten, es erschien mir deswegen sowohl komisch sie einfach mit DU direkt anzusprechen, als auch sie mit SIE anzusprechen, wenn sie mich dutzt. Ich mied bei den Rückfragen im Interview, das ich mit ihr führte, oftmals eine Entscheidung zwischen „Du“ und „Sie“ Ansprache, indem ich meine Fragen eher in eine

unpersönlichere Richtung stellte, zum Beispiel ob „**man als Ärztin** im Alltag Schwierigkeiten mit der Pflege hat“. Die anderen Fachärztinnen waren nicht sehr viel älter als ich, weswegen es mir hier leicht fiel, sie zu dutzen.

Um auf die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus zurückzukommen, sei im Folgenden aber vor allem auf die DU-SIE Regeln zwischen den diensthabenden diplomierten Krankenpflegepersonal und den Turnus-, Stations- und OberärztInnen eingegangen, da diese komplizierter und teilweise individuell geregelt sind.

Generell wird im beruflichen Alltag die DU-SIE Regel, die bestimmt, mit wem man per DU und mit wem man per SIE ist, meist durch die hierarchische Stellung im Berufsleben und dem relationalen Alter der beteiligten Individuen bestimmt. Die DU-SIE Regel bestimmt auch, von wem die Initiative für ein kollegialeres DU Wort ausgehen kann. Die Altershierarchie innerhalb der DU-SIE Regel besagt, dass ein DU Wort in der Regel vom älteren Individuum ausgeht, bzw. das ältere Individuum dem jüngeren das DU Wort anbietet. Die Berufshierarchie innerhalb der DU-SIE Regel besagt, dass jener Mensch mit höherer hierarchischer Stellung in der Regel dem Menschen mit geringerer hierarchischer Stellung das DU Wort anbietet.

Diese scheinbar sehr einfachen Regeln können dann verkompliziert werden, wenn in einer Interaktionssituation die Altershierarchie und die Berufshierarchie divergent sind, der hierarchisch übergeordnete Mensch demnach jünger ist als der hierarchisch untergeordnete Mensch. Auch kann es dann zu Unklarheiten kommen, wenn mehr als eine Hierarchie in einem Setting Geltung hat. Im Setting Krankenhaus gibt es so einerseits die Hierarchie der Pflege und andererseits die Hierarchie der Ärzteschaft, deren Individuen verschränkt miteinander auf unterschiedlichen hierarchischen Positionen miteinander interagieren. Folgende zwei Grafiken zeigen die sehr klaren Hierarchien innerhalb der beiden Berufsschienen Pflege und Ärzteschaft.

Abbildung 8: Pflegehierarchie

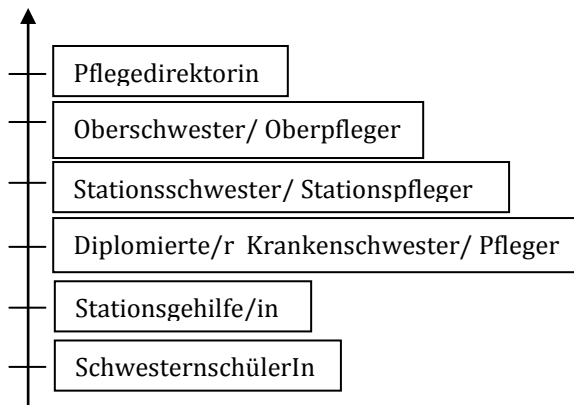
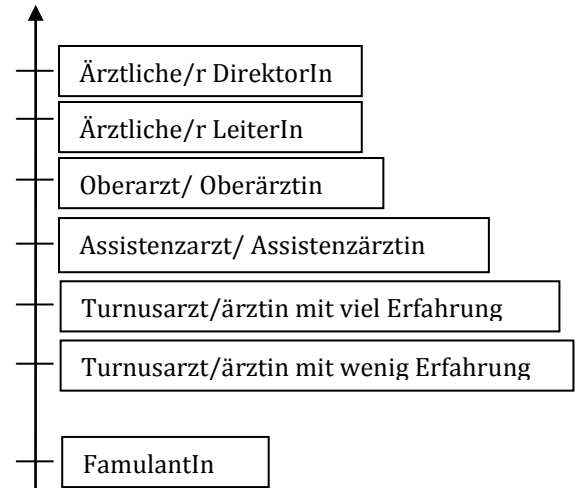
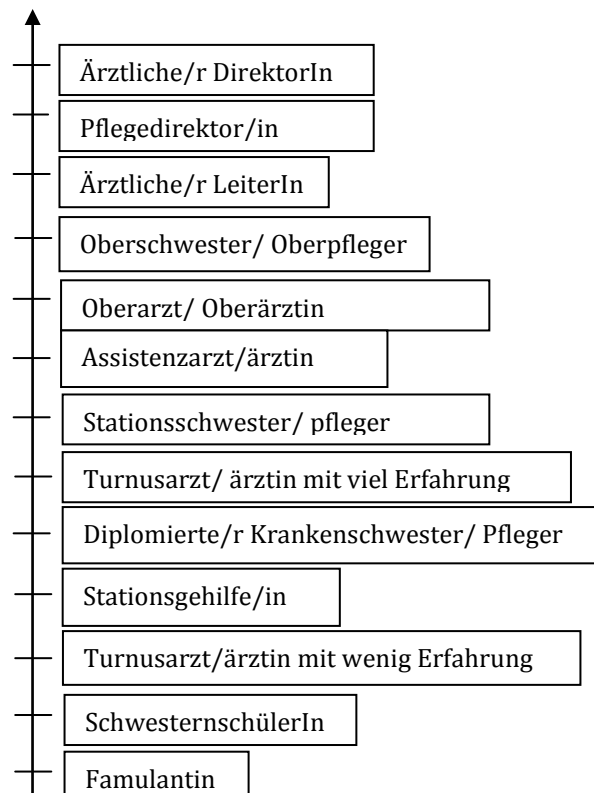


Abbildung 9: ÄrztInnenhierarchie



Folgende Grafik soll ein Versuch sein, die Hierarchie zwischen den beiden beruflichen Schienen Ärzteschaft und Pflege für die Fallstudie zu veranschaulichen. Die Grafik hat nichts mit der tatsächlichen, im Organigramm nachzulesenden, Hierarchie zu tun, bei der Pflegedirektion und ärztliche Direktion zum Beispiel auf einer Ebene in der KOFÜ verankert sind, sondern basiert auf Grund der eigenen Felderfahrungen.

Abbildung 10: Erlebte Hierarchie zwischen den beiden Berufsgruppen Ärzteschaft und Pflege



Diese rein berufliche Hierarchie überschneidet sich im Feld jedoch mit der Altershierarchie, weswegen es auch für jemanden im Feld noch nicht ausreichend ist, zu entscheiden, wo er/sie sich innerhalb der Berufshierarchie platziert, sondern er/sie muss auch immer das relationale Alter des/der Interaktionspartners/partnerin bei der adäquaten Auswahl der Anredeform bedenken. Wenn man Grafik 9 betrachtet, wird dabei ganz schnell sichtbar, dass es gerade für TurnusärztInnen sehr schwierig ist, sich für eine adäquate Anredeform zu entscheiden, da sie innerhalb der zwischenberuflichen Berufshierarchie im Laufe der Zeit und damit einhergehend, mit zunehmender Erfahrung, ihre Stellung verbessern. Da diese Erfahrungszunahme ein kontinuierlicher Prozess ist, wird es für TurnusärztInnen schwierig zu entscheiden sein und individuell auch verschieden erlebt werden, wann sie innerhalb dieser zwischenberuflichen Hierarchie wo platziert sind. Folgende Interviewausschnitte verdeutlichen diese Unklarheit bei den TurnusärztInnen:

I: Seid ihr alle untereinander per Du? Oder nur mit den Jungen?

TA: Das ist sehr, sehr, sehr unterschiedlich

I: Wie ist das bei Ihnen zum Beispiel?

TA: (...) ahm also in meinem, in dem Ordensspital war es eigentlich Usus, dass man per Sie ist zwischen Pflege und Ärzteschaft. Und da habe ich mich komplett angepasst und das war auch okay, war gut so, es war ein bisschen eine Respektgrenze. Und hier, wo ich auf der Chirurgie angefangen habe, (es gibt hier) viele jungen Schwestern, da war es dann per du, da habe ich mir dann gedacht, okay, und

I: also sie haben einfach angefangen mit?

TA: Das ist mehr von den Schwestern ausgegangen

I: ach so mehr von den Schwestern.

TA: Ja, weil ich war neu und habe mich angepasst. Ahm wenn, ja wenn das eh alle so machen, mache ich es auch, tue ich es auch. Und es hat eigentlich gut funktioniert, ja. Und aber es ist auch irgendwie so eine Altersfrage, ja. Viele von den älteren Schwestern sind einfach per Sie. Und die, bei den Phillipinos ist das auch irgendwie so, die sind alle per Sie. Ich weiß nicht, wenn man dann, wenn man dann mit Du anspricht, fällt es dann trotzdem wieder zurück ins Sie. Vielleicht auch ein Sprachproblem, oder es hängt vielleicht auch mit der Sprache zusammen.

I: mhm, und unter den Ärzten?

TA: ahm ist man eigentlich bis auch seinen Primar mit allen per Du

I: mhm, okay

TA: Das war im Ordensspital so und das ist hier so, aber ich hab auch, ich hab gehört, dass es auch Stationen gibt, wo man per Sie ist mit den Oberärzten

I: okay

TA: gibt es auch. Also das ist unterschiedlich (Interview 9: 248-285)

Folgender Ausschnitt hat verdeutlicht, dass das „Du“ Wort zwischen Pflege und TurnusärztInnen eher von der Pflege ausgeht bzw. sich TurnusärztInnen vor Ort den Gegebenheiten anpassen. Eine Oberärztin meint dazu in einem Interview:

I: Aber das heißt, wenn man als Turnusarzt jetzt auf eine Station kommt, muss

die Stationsschwester das Du Wort anbieten?

OÄ: Ich glaube, das funktioniert so, die sagen alle Du zu den Turnusärzten, ich glaub das wird nicht angeboten, also bin ich jetzt überfragt, sie müssen die Turnusärzte fragen

I: Ja, die sind verwirrt (lacht)

OÄ: Ja, also ich bin, also teilweise war ich auch verwirrt, aber es bereitet mir jetzt nicht solche (murmelt etwas wie „schlaflose Nächte“)

I: Eh nicht

OÄ: Es ist nur schwer, sich das jetzt zu merken und gerade wenn man nur im Turnus ist und nicht so lange da ist, dann ist das, ja. Aber in den einen Stationen vielleicht mehr und in den anderen weniger, denke ich mir. Aber ich glaube, es funktioniert so, dass man einfach auf die Station kommt, und die sagen: „Hallo, du ich bin die sowieso“ und gleich geht es los und „mach das und mach das und mach das“ (lacht) das sagt sich auch leichter als „machen sie das“ (lacht)

I: Auf jeden Fall

OÄ: Weil es fangt ja gleich an mit, „mach das und mach das und mach das“ (Interview 8: 422-437)

Sichtbar wird an diesem Ausschnitt auch die Rollenverteilung innerhalb der Interaktion zwischen neuen, noch unerfahrenen TurnusärztInnen und Pflegepersonal. Die Pflege nimmt hier meist die Rolle des Lehrers ein und erklärt dem/der noch unerfahrenen Turnusarzt/ärztin die Abläufe auf der Station, bzw. das Arbeitssoll, das er/sie erledigen muss.

In dieser Situation ist es durchaus nachvollziehbar, dass es auch als respektlos gesehen wird, wenn diese/r unerfahrene/r Turnusarzt/ärztin dann von sich aus einer älteren, erfahreneren Pflegeperson das DU Wort anbietet. Folgender Ausschnitt aus einem Interview meines Kollegen mit einer Turnusärztin einer anderen Krankenanstalt, verdeutlicht dies:

TÄ: „Es ist so, aber, dass es vom Pflegepersonal schon als angenehm empfunden wird, wenn man nicht gleich daher kommt und sagt: "Hallo, ich bin die (Simone), wer bist denn du?". Und es ist auch irgendwie professioneller, wenn man sagt: "Schwester Susanne, könnten Sie bitte?", als wenn man sagt: "Geh Susi, mach einmal." Ja. Es klingt ganz anders. **Mit den Jungen**, die so in meinem Alter sind, oder jünger, oder so plus minus ein bisschen was, ist man sehr **schnell per Du**. Es ist auch unkomplizierter. Aber wie gesagt, ich hab das Gefühl und die Erfahrung, wenn das doch jemand ist, der wesentlich **dienstälter** ist, dass es immer gut ankommt, wenn man sich einmal **vorsichtig herantastet** und irgendwann einmal, wenn man im zehnten Dienst einmal **irgendeinen Notfall** gehabt hat, wo das gut gegangen ist, wo man sich nachher noch zusammensetzt, dass man sagt: "Geh eigentlich können wir ja Du sagen", ja. Und das wird dann auch gerne angenommen. Aber es ist immer gut angekommen, wenn man nicht sofort gesagt hat, ja, "und sag ma halt Du". (Interview Mandler: 233-247)

Dieser Ausschnitt spricht eine weitere, wichtige Voraussetzung für ein DU Wort zwischen Pflegekraft und TurnusärztInnen an, nämlich das gemeinsame Überstehen einer brenzeligen Situation oder eines Notfalles, das als Möglichkeit

für eine Initiative zum DU Wort wahrgenommen wird.

Die eigene Position als Turnusarzt/ärztin gegenüber der Pflege verbessert sich mit zunehmender Erfahrung, die man mit zunehmender Verweildauer auf den einzelnen Stationen erwirbt. Spätestens wenn man vom Status des Turnusarztes/der Turnusärztin karrieretechnisch aufsteigt und zum Beispiel als Facharzt auf den Stationen bleibt, rutscht die Initiative für ein kollegiales „DU“ mit der Basispflege in die eigene Verantwortung. Dieser Du-Initiativenwechsel betrifft vor allem neues Pflegepersonal, das im Rahmen der eigenen Ausbildung im Turnus noch nicht auf den Stationen war. Mit dem „alten Pflegepersonal“, das noch von der eigenen Ausbildung im Turnus bekannt ist, ist man weiterhin per „DU“, da man, wie bereits erwähnt, ein „DU“ Wort in der Regel nicht zurücknehmen kann bzw. dies als sehr unhöflich und beleidigend gilt.

I: Und wie ist das (gemeint ist: mit dem DU Wort) mit den Schwestern?

*OÄ: Ja eben unterschiedliche. Also mit denen, **mit denen man sozusagen groß geworden ist, die duzt man**, und mit manchen eben nicht (Interview 8:366-267)*

Auf meine Frage, mit wem die Oberärztin denn auf der Abteilung per DU ist meint sie dazu:

*OÄ:(...) Das ist dann oft, wenn man **etwas Schnelles arbeiten** muss, zum Beispiel Reanimation auf der Intensiv, also auf der Intensiv bin ich glaub ich mit allen per Du, ich bin auch hier in der Ambulanz mit allen per Du, auf, nicht aber auf allen Stationen, mit allen, weil dann sind wieder welche **dazugekommen, die dann später dazugekommen sind, wo ich schon fortgeschrittener war**, wo es sich einfach nicht ergeben hat, so also, das ist irgendwie. (Interview 8: 244-250)*

*OÄ: (...) ich hab da gute Erfahrungen (gemeint ist mit dem DU Wort), ich weiß aber von mir selber, ich würd nicht mit jedem gern per Du sein. Also das ist komisch, aber irgendwie nicht mit jedem, jetzt im Krankenhaus, ja, also so, so wenn ich jetzt. Mit manchen ja, aber mit manchen bin ich ganz zufrieden, wenn es nicht so ist, **es ist auch urschwer sich das zu merken, aber (lacht) mit wem man jetzt per du ist und mit wem nicht.** (Interview 8: 343-339)*

Gerade in der hierarchisch höheren Position eines/er Oberarztes/ärztin wird das DU Wort gegenüber der Pflege schon sehr selektiv angeboten bzw. auf den Stationen nur mehr mit jenem Pflegepersonal angewandt, mit dem man „groß geworden“ ist. Dies bedeutet, man ist selektiv nur mehr mit aus der eigenen Ausbildung bekannten, dienstälteren Pflegepersonal per DU, mit den jungen

Pflegekräften jedoch per SIE. Das „DU“ Wort zwischen Oberarzt/ärztin und Pflegeperson ist somit nicht gruppenspezifisch sondern individuell ausgehandelt.

In der vorliegenden Fallstudie bedauert das jüngere Pflegepersonal diese Gegebenheit, da mit dem Fehlen des kollegialeren „DU“ Tons mit den OberärztInnen auf Grund der hierarchischen Strukturen auch eine verringerte Kommunikationsmöglichkeit einhergeht.

Folgender Ausschnitt eines Interviews mit einer jungen diplomierten Krankenschwester veranschaulicht, wie schwierig es ist, in ihrer Position Konflikte mit einem/er Oberärztin auszutragen. Es geht in dieser Textstelle um den Tod einer Patientin, die nach ärztlicher Anordnung ein Beruhigungsmittel erhalten hat und am nächsten Tag verstorben ist.

*S: Es war alles angeordnet, es war alles unterschrieben, aber die Oberärzte haben gesagt, ja, **vielleicht haben ihr die Schwestern zu viel gegeben**. So etwas kommt dann ab und zu vor*

I: Ja und was tun dann?

S: Gar nichts. Gar nichts. Du weißt du hast alles gemacht, du hast alles dokumentiert, es hat alles seine Richtigkeit. Egal. Brauchst einen breiten Rücken.

I: Also schlucken?

S: Ja.

I: Nicht drauf?

*S: Kannst du nicht. Wenn ich jetzt zu dem Oberarzt hingegangen wäre, hätte ich mit ihm angefangen zum streiten, dann wäre ich bei der Oberschwester oben gestanden und das ist traurig, finde ich, weil **mit einem Turnusarzt kann ich kommunizieren**, dem kann ich sagen, pass auf, **so und so ist es einfach, das habe ich nicht in Ordnung gefunden**, was du gemacht hast und was du gesagt hast, aber **mit dem Oberarzt geht das nicht***

I: Da ist man auch nicht per du?

S: Nein. Ja, die schon dreißig Jahr da sind, schon, aber ich nicht. (Interview 2 191-198)

Folgender Ausschnitt verdeutlicht, dass mit einem DU Wort innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit auch die Möglichkeit verbunden ist, jemanden auf Fehler hinzuweisen. Die Möglichkeit, jemanden auf sein/ihr Fehlverhalten aufmerksam zu machen, wird vom jungen Pflegepersonal in Bezug auf die Interaktion mit ihren OberärztInnen nicht erlebt.

S: (...) Ich glaub, dass das DU Wort wirklich ein großer Unterschied ist. Weil da ist es nicht so weit auseinander, ja. Da ist das dann nicht so ein breites Spektrum, sondern einfach wie du (gemeint ist die Forscherin), das ist einfach viel angenehmer, weil mit den Turnusärzten bin ich mit allen per DU, versteh ich mich bestens, aber mit den Oberärzten (seufzt).

I: Aber du hast am Anfang irgendwie gesagt, mit den Turnusärzten ist es manchmal schwierig auch?

*S: Ja, aber wenn ich, es ist schon schwierig, aber **wenn ich per DU bin, kann ich besser mit ihnen reden oder diskutieren oder sagen, dass er (gemeint ist der Turnusarzt)***

es falsch macht, ja. Ja, wenn ich gemein bin, sage ich auch SIE, ja. Macht nix. Aber das wäre schon super das Du Wort, aber das funktioniert nicht.

I: (lacht)

S: Ja, **vielleicht wenn nun alle jungen Ärzte zum Oberarzt geworden sind**, dann funktioniert das schon.

(Interview 2: 970-983)

Im Gegensatz zu den OberärztInnen, ist das junge Pflegepersonal mit den (auch) jungen TurnusärztInnen schnell per DU, eine Tatsache die die interprofessionelle Kommunikation und auch das Ansprechen von möglichen Fehlern ungemein erleichtert:

S: Also mit Turnusärzten kommen wir ziemlich gut aus, weil die oft da sind, und die sich auch wirklich auskennen, welche Patienten wir meinen, und was sie genau brauchen und mit denen kann ich auch besser kommunizieren. Mit den meisten bin ich per Du, ja, da weiß ich gar nicht den Nachnamen, weiß ich nur den Vornamen meistens, mit denen komme ich ziemlich gut zurecht, ja. (Interview 2: 147-151)

Eine Oberärztin im Feld weist darauf hin, dass es diesbezüglich eine Veränderung in den letzten Jahrzehnten gegeben hat und der Umgang zwischen TurnusärztInnen und Pflege lockerer geworden ist beziehungsweise diese schneller per DU miteinander sind. So erzählt sie aus ihrer Ausbildungszeit:

OÄ : Also damals war ich mit ausgewählten Schwestern per DU, da hat es sich einfach so ergeben, mittlerweile merke ich eben, dass sie (gemeint sind die TurnusärztInnen) eigentlich fast mit allen Schwestern per DU sind, also, glaube ich zumindest. Was mir so auffällt, sie werden leichter per DU, was ich irgendwie, ich finde das okay, ich finde das wirklich okay, weil man arbeitet teilweise so in einem Naheverhältnis und **oft muss etwas schnell gehen** und ist etwas komisch oder so. Finde ich in Ordnung. **Wobei manche gescheite Schwestern dann vor manchen Patienten nicht (die ÄrztInnen) duzen**, was ich auch wieder gut finde, weil oft Patienten das Gefühl kriegen, die sind irgendwie verhadert oder so, also so leicht paranoid (sind) (Interview 8: Zeile 290-299)

Im Feld scheint es eine implizite Regel zu sein, dass man innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit **vor den PatientInnen immer per SIE** sein soll, Aus einem Beobachtungsprotokoll auf der Station wird auch die Sichtweise der pflegerischen Stationsführung diesbezüglich sichtbar:

Ich frage die Stationsschwester wie sie das mit dem DU und dem SIE Wort handhabt. Sie meint in etwa, dass sie das SIE Wort sehr schätze, denn in einer Notfallsituation „DU Trottel“ zu sagen sei leichter, als „SIE Trottel“ zu sagen. Mit einem Sie Wort ist ihrer Meinung nach schon eine gewisse Wertschätzung verbunden. Sie als Stationsschwester ist auf der Station mit allen per DU, auch mit dem Oberarzt der Station. Nur bei der Visite ist sie vor den PatientInnen mit dem Oberarzt per SIE, eine Strategie, die sie als „Schutzmechanismus“ definiert. (Beobachtung 5: 11)

Auch eine Oberärztin betont die Wichtigkeit, vor dem Patienten per SIE zu sein, auch wenn man im Alltag ansonsten mit Pflegekräften per Du ist.

OÄ: Ja, das das (DU Wort) eben dann problematisch ist, wenn halt, Pflegepersonal und Ärzte vor dem Patienten per Du sind, nicht und manche machen das

I: Warum?

OÄ: Weil sich die dann, ich mein ich weiß jetzt nicht, ob es bei normalen ob es für mich jetzt so ein Problem wäre, aber es gibt oft so ältere (gemeint ist PatientInnen) mit so paranoiden Tendenzen, die dann so einen Verfolgungswahn haben, dass die so packeln miteinander, oder so was, oder es gibt vielleicht auch die Würde des Arztes, dass der nicht irgendwie, dass der halt nur so irgendwie, ich weiß nicht genau, aber weniger respektiert wird, dass weiß ich (Interview 9. 319-329)

Wie aus folgenden Ausschnitten sichtbar wird, wird diese „**vor PatientInnen per SIE**“ **Regel** von der pflegerischen wie ärztlichen Stationsführung propagiert, jedoch halten sich nicht alle Pflegepersonen an diese implizite Regel. Auf Grund der bereits erwähnten Tatsache, dass man ein DU Wort in der Regel nicht zurücknehmen kann, bleibt diese Regel insofern implizit, indem sie nicht einklagbar ist bzw. indem man vom Gegenüber nicht verlangen kann, dass er/sie einem vor den PatientInnen plötzlich wieder siezt.

Vor den PatientInnen soll somit ein „Spiel“ gespielt werden, damit durch Verschleierung der tatsächlichen Art der Vertrautheit zwischen betreuenden Pflegekräften und ÄrztInnen vielleicht verhindert werden kann, dass PatientInnen sich den sie betreuenden Individuen ausgeliefert fühlen oder das Gefühl haben, alle sie betreuenden Individuen „stecken unter einer Decke“. Im Feld geht man davon aus, dass es für PatientInnen leichter erscheint, sich bei der Ärzteschaft über die Pflege oder bei der Pflege über die Ärzteschaft zu beschweren, wenn diese beiden Berufsgruppen untereinander per SIE sind und sie somit nach außen keine persönliche Vertrautheit signalisieren, die eine Spaltung erschweren würde. Aus diesen Gründen wird vor den PatientInnen als spielstrukturierende Umwelt ein „**per SIE Spiel**“ gespielt, von dem man sich im Feld erhofft, dass es das Sicherheitsgefühl und damit verbunden die Compliance der PatientInnen erhöht.

Interessant wäre zu erforschen, wie sich ein kollegiales DU Wort zwischen Ärzteschaft und Pflege vor den PatientInnen tatsächlich auf deren Wohlbefinden, subjektives Sicherheitsgefühl und Compliance auswirkt. Gäbe es hier keinen oder

sogar einen positiven Einfluss auf deren Compliance, dann würde sich dieses „per SIE Spiel“ wohl erübrigen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die DU-SIE Regeln im Setting Krankenhaus sehr individuell ausgehandelt sind und keine, für bestimmte Gruppen allgemeingültigen, Regeln gelten. Dieses individuelle Aushandeln der DU-SIE Regel mit InteraktionspartnerInnen im Setting Krankenhaus verbraucht Zeit und Ressourcen, die möglicherweise anderswo besser eingesetzt wäre. Wenn die DU-SIE Regeln auf organisationaler Ebene gruppenspezifisch geregelt wären, könnte dies eventuell viele Unklarheiten innerhalb der interprofessionellen Kooperation bereinigen. Gerade für jüngeres Personal, wobei es hier egal ist, ob es sich nun um TurnusärztInnen oder Pflegekräfte handelt, trägt ein kollegialeren Umgangston mit hierarchisch übergeordneten Individuen dazu bei, dass Fehler und Unklarheiten offener kommuniziert werden können und dies kann wiederum zu einem besseren Fehlermanagement im System beitragen.

5.4.2. Raumlosigkeit der TurnusärztInnen

Ein weiteres Spezifikum der Fallstudie, das wahrscheinlich auch auf andere Krankenanstalten übertragbar ist, ist die Raumlosigkeit der TurnusärztInnen während des Tagdienstes.

Es gibt auf den Stationen sogenannte Sozialräume, die sich in der vorliegenden Fallstudie meist in unmittelbarer Nähe zum Stationszimmers befinden. In diesen Sozialräumen gibt es einen Tisch und Sessel beziehungsweise eine Sitzbank, eine kleine Küchenzeile mit Kühlschrank und das, wie sich im Rahmen der Beobachtung herausstellte, Allerwichtigste - eine Kaffemaschine.

An einem der ersten Beobachtungstage ging ich, um eine erste Orientierung im Feld zu erlangen, mit einem Oberarzt mit, der an diesem Tag Dienst auf der Intensivstation hatte. Ich begleitete ihn auch in dem Sozialraum zum gemeinsamen Frühstück mit der Pflege. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, arbeiten Pflege und Ärzteschaft auf der Intensivstation viel enger und mit einem ausgeglicheneren Personalschlüssel zusammen. Ergänzend dazu arbeiten hier keine TurnusärztInnen, deren Aufenthalt in Abteilungen zeitlich sehr begrenzt ist, und sowohl das Personal aus der Pflege wie aus der Ärzteschaft arbeitet im konkreten Fall schon seit einigen Jahrzehnten hier in derselben Konstellation zusammen. Die Stimmung im Sozialraum war dementsprechend gut, es wurde geplaudert und gescherzt und jede/r Anwesende erzählte über seine Urlaubspläne für den Sommer. Der Oberarzt deklarierte das Zimmer auch explizit mir gegenüber als „Sozialraum“.

Einige Tage später begann dann meine Beobachtung auf einer Normalstation und ich war dementsprechend verwundert, dass beim gemeinsamen Frühstück, auf das mich die Stationsschwester einlud, weil sie mich ihrem Team vorstellte, nur Pflegepersonen anwesend waren. Im Rahmen des Frühstückes fand auch die Teambesprechung statt, es gab jedoch noch genügend Raum für ein gemütliches, informelles Plaudern. Da ich mich dem Team als Soziologin vorstellte, war das Hauptmalltalkthema das Studium, beziehungsweise welche Studienrichtungen die anwesenden Pflegepersonen gewählt hätten und welche sie interessant fanden bzw. fänden, wenn sie studieren würden. Einig war sich das Pflegepersonal auch, dass Soziologie auf ihrem Lehrplan im Rahmen der Ausbildung der

diplomierten Krankenpflege ein extrem „fades“ Fach war. Auf meine interessierte Frage, ob dieses Zimmer der Sozialraum sei, bekam ich die Antwort, dass dies das **Schwesternzimmer** sei.

Auf dieser Station, die sich im Laufe der teilnehmenden Beobachtung als Stützpunkt meiner Beobachtung im Feld herauskristallisierte, sah ich niemals TurnusärztInnen auf Sesseln oder auf der Bank im Sozialraum sitzen. Falls sie im Tagdienst dieser Station zugeteilt waren, gaben sie ihre Getränke in den Kühlschrank, falls sie jedoch daraus tranken, dann immer nur im Stehen, niemals benutzten sie eine der Sitzgelegenheiten im Sozialraum. Im Rahmen der Interviews mit Pflegepersonen auf dieser Station fragte ich danach, inwieweit sich TurnusärztInnen hier im Sozialraum aufhalten und mit Pflegekräften Zeit verbringen. Dazu exemplarisch ein Zitat einer Krankenschwester:

S: Ja Kaffee ab und zu, also wenn jetzt am Nachmittag, weiß ich nicht, setzten sie (gemeint sind die TurnusärztInnen) sich schon manchmal rein zu uns aber sonst ist das eigentlich getrennt.

I: mhm

*S: Aber das finden wir aber auch persönlich gut, weil ich find **das ist unser Sozialraum** und da wollen **wir uns auch ein bisserl zurückziehen**, also früher war es, da haben wir noch so eine **super Kaffeemaschine** gehabt, da waren auf einmal alle Ärzte da*

I: (lacht)

*S: Ja aber natürlich war das auch nicht so optimal, weil das haben wir natürlich von unseren Geld gezahlt, und da kam es dann so ein bisserl zu Reibereien, wer bringt nach, und das haben wir uns dann schnell abgestellt, weil das haben wir dann auch nicht eingesehen, wenn die **auf unsere Kosten sich da verköstigen**, und ja also so, es gibt natürlich auch manchmal Turnusärzte, wenn sie draußen (gemeint ist im Stationszimmer) keinen Platz finden, setzten sie sich dann da herein und studieren die Kurven und plaudern mit uns. Oder wenn es Fragen gibt und sie was wissen wollen. Aber beim Frühstück, also sehen wir die Ärzte eigentlich nicht wirklich, das ist.*

I: und ist das angenehm?

*S: Ja also finde ich schon, weil wir **wollen auch nicht immer beobachtet werden** (lacht) und nein ich finde das schon in Ordnung (Interview 4: 111-128)*

Auch in den informellen Gesprächen mit anderen Pflegepersonen auf dieser Normalstation gab es innerhalb der Pflege einhellig die Meinung, dass der Sozialraum ihr Raum sei. Im Rahmen anderer Gespräche stellte sich weiters heraus, dass es früher eine Seiko Kaffeemaschine auf der Station gab, die auch gerne von der Ärzteschaft und insbesondere den TurnusärztInnen Verwendung fand. Da sich diese aber nicht an den Kosten für den Kaffee beteiligten, wurde die tolle Maschine wieder weggegeben und durch eine normale Filtermaschine ersetzt. Bei der Präsentation der Ergebnisse im Feld an den ärztlichen Leiter und

die Oberschwester kam daher von meiner Seite der Vorschlag wieder gute (sprich Seiko oder ähnliche) Kaffeemaschinen auf den Stationen in den Sozialräumen zu installieren und ein Modell der finanziellen Mitbeteiligung der Ärzteschaft an den Kaffeekosten auszuarbeiten oder dies als teamfördernde Maßnahme von Seiten der Führung zu sponsern.

Überrascht, dass es auf den Normalstationen im Gegensatz zu dem am ersten Tag beobachteten interprofessionellen Frühstück auf der Intensiv, keine institutionalisierten Sozialkontakte, wie eben zum Beispiel gemeinsames Frühstück oder gemeinsame Tee- oder Kaffeepause zwischen Ärzteschaft und Pflege gibt, wurden im Rahmen der Interviews auch TurnusärztInnen zur Nutzung der Sozialräume befragt. So meinte eine Turnusärztin zu meiner Frage, inwieweit es für sie die Möglichkeit von informellen Kontakten zur Pflege im Stationsalltag gibt:

TÄ: Das man sich zusammensitzt mit der Pflege? Zum Trinken oder so? Nein. Das kann sich schon einmal ergeben, dass man Zeit hat und man sitzt sich dazu.

*I: Also das kommt schon vor. Also bei ihnen in dem Sozialraum. **Schwesternzimmer?***

***TÄ: Schwesternzimmer.** Ja, nur man gehört ja nicht direkt zur Station, das sind ja alles, und da habe ich vergessen, wir sind auf jeder Station im Prinzip nur ein bis zwei Monate und dann rotieren wir schon wieder, also wir haben, ich war auf der xy (Name der Station) ein Monate ich war auf der xy (Name der Station) ein Monat ich war in der Ambulanz zwei Monate. Das heißt ich rotiere immer, ich gehöre nicht zum fixen Standortpersonal von jeder Station, das heißt **ich bin irgendwie immer Gast auf der Station** und daher ist es für mich: **Das ist deren Privatraum**, sozusagen, wenn sich die da zum Essen zum Trinken hinsetzen. Und ich bin irgendwie Gast. Also wenn ich mich gut verstehe, kann ich mich dazusetzen, kann ein bisschen plaudern, aber, es ist nicht mein Aufenthaltsraum, mein Aufenthaltsraum ist mein Zimmer (gemeint ist das **Dienstzimmer**) eigentlich nur. (Interview 7: 1262-1275)*

An diesem Ausschnitt wird auch sichtbar, dass der Sozialraum von TurnusärztInnen eher als Schwesternzimmer betitelt wird, als als Sozialraum. Auch spricht die junge Turnusärztin eine wichtige strukturellen Rahmenbedingung für das Zustandekommen des Gefühls der TurnusärztInnen, auf den Stationen nur Gast zu sei, an: Der Gaststatus wird einerseits durch die im Turnus sowieso kurze Verweildauer auf einer Abteilung begünstigt. In konkreter Fallstudie bewirkt aber andererseits das eingangs bereits geschilderte Rotationsprinzip innerhalb der Ärzteschaft, bei dem TurnusärztInnen immer nur einige Wochen am Stück auf einer Station zugeteilt sind und somit keine Stammstation entwickeln, eine Verschärfung dieses Gaststatus auf den Stationen.

Auch ein Turnusarzt macht darauf aufmerksam, dass TurnusärztInnen im

Sozialraum nicht wirklich erwünscht sind:

TA: Also der **Sozialraum**, das ist auch irgendwie so ein Bereich, wo wir als Turnusärzte da sind wir nicht wirklich, das ist nicht unser Bereich

I: mhm

TA: Da muss man schon vorsichtig anklopfen und (fragen) ob man da jetzt eh hinkann und sich was nehmen und so, das **ist eher Pflegehoheitsbereich**

I: Und den Kühlschrank, da kann man aber schon etwas oder?

TA: eigentlich auch nicht, ja

I: Wo geht man dann hin?

TA: Na, man muss halt, man muss sich das halt irgendwie charmant erkämpfen ob man das will oder so

I: Das ist aber auch von Station zu Station unterschiedlich oder?

TA: ja das stimmt. das ist

I: Auf der xy (Name einer Station) ist das glaube ich anders, oder?

TA: es hängt halt sehr davon ab, wie gut man sich schon eingelebt hat, wie gut der **persönliche Kontakt** ist, da gibt es viele Kollegen von uns, die sich halt einfach weniger Gedanken machen und sich halt einfach etwas nehmen ohne Skrupel oder so.

I: mhm das heißt die Turnusärzte haben eigentlich nicht wirklich so einen, wo sie sich hinsetzen und tratschen können

TA: nein, also das wäre dann eigentlich unsere **Dienstzimmern**

(Interview 9: 175-194)

Beide Ausschnitte verweisen auf das Dienstzimmer, das als einziger legitimer Rückzugsort für TurnusärztInnen im Feld ausgemacht wird. Im Dienstzimmer schlafen die TurnusärztInnen während des Nachtdienstes – sofern es auf den Stationen keine Notfälle gibt. TurnusärztInnen haben hier auch ihre Spinde, die zur Aufbewahrung ihrer persönlichen Gegenstände und Wechselkleidung dienen. Während die Dienstzimmer im Nachtdienst einer großen Bedeutung für die TurnusärztInnen zukommen, werden diese aber während des Tagdienstes nicht genutzt. Folgender Ausschnitt verdeutlicht dies:

I: Das heißt Rückzugsmöglichkeit ist für euch eigentlich?

TÄ: **Tagsüber eigentlich nichts** so richtig für uns und während dem Dienst (gemeint ist der Nachtdienst) eigentlich nur, wenn Ruhe ist und ich kann einmal hier ins Zimmer gehen im Prinzip. Und auch dann. (...) Ich kann hier im Prinzip nur raufgehen, wenn ich weiß, okay, ich habe zehn Minuten, eine Viertelstunde auf jeden Fall Zeit, für fünf Minuten gehe ich nicht extra rauf, also, und **unter Tags gehe ich auch nicht rauf**, weil ich bin unten, bei meiner Arbeitsstelle unten und hier oben, **das wäre wie wenn ich Freizeit hätte, ja.** (Interview 7: 1290-1311)

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, führte ich ein eher holpriges Interview mit einem jungen Turnusarzt im Tagdienst. Die schwierige Interviewsituation war nicht unwesentlich davon geprägt, dass ich mit meinem **Vorschlag, das Interview im einen Stockwerk höher liegenden Dienstzimmer** zu führen, den Turnusarzt in die unangenehme Situation brachte, dass er gegen eine feldinterne Regel verstoßen musste, die eben besagt, dass man sich während des Tagdienstes

nicht einfach im Dienstzimmer aufhalten kann.

Die Feldnotizen zu diesem Interview veranschaulichen dies noch genauer:

Er (gemeint ist der Turnusarzt) hat mich gefragt, ob wir das Interview nicht hier auf der Station machen könnten. Das Stationszimmer ist ein Durchgangszimmer in dem eine ständige Fluktuation herrscht und sich auch immer Leute befinden. Ich hab gemeint, es wäre schon nett, wenn wir ein bisserl Ruhe hätten. Wir wollten dann in den Sozialraum, das ist ein kleines Zimmer mit Schiebetür, das direkt an das Stationszimmer angeschlossen ist. Da war aber gerade Dienstbesprechung von der Pflege. Der Stationspfleger hat angeboten, dass wir seinen Platz einnehmen könnten. Dieser ist ein Schreibtisch mit Sessel im Stationszimmer, wo ständig jemand vorbeigeht und man natürlich alles mithören kann. Der vom Stationspfleger angebotene Platz war also mitten auf der Station wo permanent alle ein- und ausgehen und jeder alles mithören kann - also der öffentlichste Platz, der auf der gesamten Station zu finden ist. Ich habe dann gemeint, dass es mit dem Transkribieren schwierig werden könnte, wenn ich so viele Hintergrundgeräusche habe und hab das Ärztedienstzimmer als Ort für das Interview vorgeschlagen. Ich habe absichtlich nicht erwähnt, dass ich nicht will, dass da jede/r mithören kann, da dies die Skepsis des Stationspflegers, der noch immer mithörte, meiner Meinung nach noch erhöht hätte. Der Turnusarzt war nicht recht begeistert von meinem Ortsvorschlag, aber hat dann eingewilligt. Ich wäre auch für einen anderen Vorschlag offen gewesen, aber leider gab es auf der Station nur öffentliche Plätze. Das Dienstzimmer, also unser Interviewort, war einen Stockwerk höher im Ärztetrakt, also örtlich sehr weit von der Station getrennt. Dies war sicherlich nicht optimal, aber ein Interview direkt auf der Station zu führen, wo jeder mithört und der Turnusarzt somit ständig alles mit dem Filter der potentiell jeder Zeit Anwesenden erzählt, kam für mich nicht in Frage. (Gesprächsprotokoll 9:2)

(...) Der Turnusarzt fühlte sich zu Beginn des Gespräches scheinbar nicht ganz so wohl, vielleicht war er sich auch nicht ganz sicher, ob er überhaupt in der Dienstzeit hier oben sein durfte. Da er aber sein Pipsel mithatte, wäre er theoretisch auch erreichbar gewesen. (Gesprächsprotokoll 9:3)

Am Beispiel der Schwierigkeit, einen geeigneten Platz während des Tagdienstes für ein Interview mit TurnusärztInnen zu finden, wird deren Raumlosigkeit im Setting während des Tagdienstes ganz klar sichtbar. Dieses Fehlen einer Rückzugsmöglichkeit wird auch dadurch noch verstärkt indem in vorliegender Fallstudie die Dienstzimmer der Ärzteschaft auch örtlich von den Stationen in einiger Entfernung liegen, bedeutet, dass TurnusärztInnen auch nicht, falls sie sich auf die Visite mit dem Oberarzt/der Oberärztin und der Stationsschwester/ -pfleger vorbereiten, auf das Dienstzimmer gehen können. Dieses „immer verfügbar sein müssen“ der TurnusärztInnen scheint ein Spezifikum für die Position von TurnusärztInnen zu sein und deren physische Raumlosigkeit im Setting kann man

als Materialisierung dieser Anforderung interpretieren.

Im Feld wurde auch der Wunsch von Seiten der TurnusärztInnen geäußert, ein eigenes Arztzimmer zur Verfügung zu haben, dessen Zweck nicht, wie zum Beispiel beim Dienstzimmer, die Erholung bzw. das Schlafen im Nachtdienst ist, sondern in dem die üblichen Dokumentationsarbeiten am PC durchgeführt werden können. In vorliegender Fallstudie gab es für TurnusärztInnen keine eigenen PCs, von denen sie ihre Arbeit erledigen konnten, sondern sie waren auf den Goodwill der Pflegepersonen angewiesen, deren PCs sie mitbenutzten, wie folgender Interviewausschnitt verdeutlicht:

*TÄ: Also es gibt kein richtiges Arztzimmer, das ist halt auf manchen Stationen gibt es Stationsärzte, die haben dann ein eigenes Arztzimmer manchmal ahm aber es gibt keinen Bereich wo wir unseren Schreibtisch unseren Computer haben. Wo sozusagen wir sagen, ich bin immer nur Gast auf der Station, das sind die Schwesterarbeitsplätze, und die stehen uns auch zur Verfügung, es gibt hier Gott sei Dank genug Platz, aber es gab, in alten Häusern oder so, gab es auch teilweise sehr beengte Verhältnisse, wo es halt schwieriger ist einzuteilen. Aber es ist trotzdem irgendwie nicht mein Computer und nicht mein Platz, sondern gehört halt den Schwestern quasi, also der Station und damit mehr den Schwestern. Also eigentlich, man muss sich halt dann mit den anderen zusammenreden, wer halt gerade den Computer benutzt, also den Platz da benutzt sozusagen, ist das auch so ein Gefühl, **wer steht für wen auf und wer macht Platz für wen**, das ist halt dann schon unterschiedlich, nicht, einmal steht die Schwester sofort auf, wenn ich etwas zu tun habe und einmal habe ich das Gefühl, ich bin eher Gast, also steh ich halt auf, ja. Also, je nachdem wie halt dann das, das ist mit jeder einzelnen Schwester anders, ja. Also. Die einen sind halt mehr, geben dem ganzen halt mehr Entgegenkommen, und sagen okay, da, du bist wichtiger, setzt dich hin, ja, und andere haben das überhaupt nicht, sagen, da, du mach deine Arbeit, das ist mein Arbeitsplatz, und das ist, machen einfach ihre Arbeit, was einfach auch irgendwie richtig ist. Ja ich kann das vielleicht, ich hab da ja auch nur kurz damit zu tun, ich hab nicht länger damit zu tun. (Interview 7: 1323-1342)*

Auch weist die Turnusärztin darauf hin, dass die Rückzugsmöglichkeit eines Arztzimmers weitere Vorteile bieten würden:

*TÄ: Ja, ein eigenes Arztzimmer, wo Oberärzte, Assistenzärzte und Turnusärzte so gleichermaßen es quasi nutzen können, aber das nur den Ärzten zur Verfügung steht. Wo man in Ruhe diktieren könnte, wo man in Ruhe Sachen nachschauen könnte und auch Telefonate (führen könnte). Manchmal ist es für uns, wäre es auch ganz angenehm, wenn ich mich zurückziehen kann für ein Telefonat mit dem Oberarzt, **wo ich mir nicht vor allen die Blöße geben muss, dass ich das jetzt nicht weiß**. Ja.*

I: Das kann ich mir vorstellen

TÄ: Also das ist manchmal auch ganz angenehm, wenn man das nicht so direkt vor allen machen muss, ja. (Interview 7: 1351-1362)

Zusammenfassend scheint das Setting Krankenhaus im Tagdienst von einer Raumlosigkeit der TurnusärztInnen geprägt zu sein, die kaum Rückzugsmöglichkeiten für informelle Gespräche aber auch für dokumentarische

Arbeiten zu bieten scheint. In der vorliegenden Fallstudie werden interprofessionelle, informelle Sozialkontakte dadurch zusätzlich erschwert, weil es innerhalb der Ärzteschaft ein hausinternes Rotationssystem gibt, das TurnusärztInnen daran hindert, Stammstationen zu entwickeln und in einzelnen Stationszimmern den Gaststatus gegenüber zu verlieren und BenutzerIn des Stationszimmers zu werden. Auch trägt die Art und Weise der interprofessionellen Teambesprechung und der Visite zu einer Verschärfung dieser Situation bei, da hier bei der Pflege nicht die/der pflegende Hauptdienstschwester/-Pfleger mitgeht, sondern die pflegerische Stationsführung, sprich die/der Stationsschwester/-Pfleger. Zwischen Basispflege und TurnusärztInnen sind daher in konkreter Fallstudie auf den Normalstationen interprofessionelle, informelle Sozialkontakte auf ein Minimum reduziert. Gerade im Kontext einer Verbesserung der interprofessionellen Kooperation wären solche informellen Kontakte zwischen Ärzteschaft und Pflege jedoch sehr erstrebenswert, da sie die interprofessionelle Kooperationswahrscheinlichkeit stark erhöhen können, indem sie gegenseitiges Vertrauen fördern (siehe dazu Kapitel 6.3). Wie bereits erwähnt, wurde der Abteilungsleitung zu einer Wiederanschaffung einer guten Kaffeemaschine bei gleichzeitiger partieller Kostenübernahme durch die ÄrztInnen geraten. Ob dies dann tatsächlich TurnusärztInnen zum Verweilen im Stationsraum einlädt und damit Gelegenheit für informelle Kontakte zur Pflege erleichtert, bleibt zu überprüfen.

6. Diskussion

Die vorliegende Arbeit setzt sich zum Ziel, die Forschungsfrage bezüglich der Ausgestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Pflegekräften im Setting Krankenhaus mit Hilfe einer Spielmetapher zu beantworten.

Inhaltlicher Ausgangspunkt für die Entscheidung, diese Zusammenarbeit mit der Metapher des Spieles zu beschreiben, ist dabei STEIN's (1967) vielfach rezipierte Beschreibung der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege als Doctor-Nurse-Game. Es findet sich kaum eine sozialwissenschaftliche Arbeit, die sich mit dem Thema der Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Krankenpflegepersonal im Setting Krankenhaus beschäftigt, und dabei nicht in irgendeiner Weise auf STEIN (1967) bzw. auf das von ihm formulierte indirekt-manipulativen Doctor-Nurse-Game Bezug nimmt. Interessanterweise wird zwar in den unterschiedlichen Arbeiten diskutiert, ob und in welcher Weise dieses Doctor-Nurse-Game auch für die heutige Zeit noch Gültigkeit besitzt (vgl. Stein et.al. 1990, Svensson 1997, Allen 1997, bzw. Kapitel 6.1.), es gibt jedoch noch keinen Versuch, das von STEIN (1967) beschriebene „Spiel“ auch für die theoretisch soziologische Auseinandersetzung fruchtbar zu machen.

Vorliegende Arbeit versucht, den in die Jahre gekommenen und theoretisch anspruchslosen Stein'schen Spielbegriff mit Hilfe einer organisationssoziologischen Spielmetapher zu modernisieren. Die organisationssoziologische Spielmetapher stammt dabei von den beiden Organisationssoziologen Michel Crozier und Erhard Friedberg (1993). Sie sehen im Begriff des „Spiels“ eine Möglichkeit, die Vorteile von Akteurs- und Systemtheorie für eine Analyse von Organisationen zu verbinden.

Ein Spiel zwischen Ärzteschaft und Pflege wird im Gegensatz zur Stein'schen Spielmetapher in vorliegender Arbeit demnach nicht nur einfach konstatiert und vage beschrieben, sondern dessen kontextuelle Rahmenbedingungen (formale und informelle Spielregeln) und von den Akteuren und Akteurinnen angewandten Spielstrategien werden konkret ausformuliert und somit zur Diskussion gestellt. Durch die akribische Beschreibung der formalen wie auch informellen Regeln, die

für SpielerInnen innerhalb der Interaktionssituationen gelten, werden auch die darin geltenden handlungsleitenden Konstrukte der Akteure und Akteurinnen konkretisiert. Auch wenn die Rationalität des Handelns von Akteuren und Akteurinnen oftmals auf dem ersten Blick nicht klar ist, kann mit Hilfe dieser Konstrukte, im Rahmen derer Akteure und Akteurinnen sehr wohl rational handeln, scheinbar irrationalen oder erklärungsbedürftigen Verhalten Rationalität zugesprochen werden (vgl. Crozier/Friedberg 1993). Die in dieser Arbeit vorgestellte Spielanalyse ermöglicht durch die Auflistung formaler und teilweise latenter, informeller Regeln eines Spiels einen Diskussionsprozess über diese Feldregeln in Gang zu setzen. Wenn EntscheidungsträgerInnen Veränderungen im Feld andeuten wollen, so ist es daher sinnvoll, die in dieser Arbeit angeführten, formalen wie informellen Spielregeln auf ihre Aktualität für die heutigen Anforderungen im Krankenhausalltag zu prüfen und gegebenenfalls zu überdenken.

Der Spielbegriff von Crozier und Friedberg (1993) wird im Rahmen dieser Arbeit erweitert, indem der beobachtbare Teil des Handelns der Akteure und Akteurinnen im Feld, der sich in Form von Interviewausschnitten bzw. Beobachtungsprotokollen materialisiert, angeführt wird. Handlungssequenzen innerhalb dieser Textausschnitte sind in vorliegender Arbeit als Spielzüge definiert und werden in Form von Zitaten wiedergegeben. Eine Nachvollziehbarkeit der von den beobachteten Spielzügen abgeleiteten Strategien wird somit auch für Dritte ermöglicht.

Sweet und Norman (1995) kritisieren innerhalb der Debatte rund um die Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege im Krankenhaussetting, dass es bisher zwar sehr viele Rezeptionen des Doctor-Nurse-Games nach Stein (1967) gibt, jedoch kaum empirische Arbeiten vorhanden sind, welche die Ausgestaltung dieses indirekt-manipulativen Spiels beschreiben. Vorliegende Arbeit leistet demnach einen Beitrag, die empirische Leere innerhalb der Doctor-Nurse-Game Debatte zu füllen.

Das Stein'sche Doctor-Nurse-Game als inhaltlicher Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit wirft natürlich die Frage auf, ob dieses von Stein (1967) vor

gut einem halben Jahrhundert formulierte indirekt-manipulative Spiel zwischen ÄrztInnen und Pflegekräften überhaupt noch aktuell ist. Unterschiedliche AutorInnen (Stein et. al. 1990, Svensson 1996, Allen 1997, Hibbeler 2011) beantworten diese Frage für unterschiedliche Länder (USA, Schweden, Großbritannien) unterschiedlich, der Grundton ist jedoch der Gleiche: Das Doctor-Nurse-Game, wie es Stein im Jahre 1967 formuliert hat, ist heute aufgrund veränderter Ausgangsbedingungen obsolet geworden. Die Pflege hat aufgehört, bei diesem Spiel mitzuspielen und bringt ihre Vorschläge den ÄrztInnen gegenüber nun direkter vor. Dabei werden zunehmende Professionalisierung, gestiegene gesellschaftliche Anerkennung und damit einhergehend, ein gestiegenes professionelles Selbstvertrauen der Pflege als wichtigste Veränderungen des Kontextes der Beziehung zwischen ÄrztInnen und Pflegekräften im Krankenhaussetting gesehen (Stein et.al. 1990).

Basierend auf den Ergebnissen der vorliegenden Fallstudie ist jedoch für die österreichische Situation noch von keinem Ende des indirekt- manipulativen Doctor-Nurse-Games zu sprechen. Zwei wichtige Punkte gibt es dabei zu beachten:

- 1) Der Kontext der Pflege in Österreich unterscheidet sich gravierend vom Kontext der Pflege im us-amerikanischen bzw. nordeuropäischen Raum
- 2) Die Rolle von PatientInnen als spielstrukturierende Umwelt ist für das Zustandekommen eines indirekt- manipulativen Doctor-Nurse-Games entscheidend.

Ad 1) Sowohl bei Stein et.al. (1990) für den us-amerikanischen wie auch bei Svensson (1996) für den nordischen Kontext wird die neue Ausgestaltung der Beziehung zwischen ÄrztInnen und Krankenpflegepersonal gegenüber dem alten Doctor-Nurse-Game in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts in veränderten, weil verbesserten, Ausgangsbedingungen der Pflege innerhalb ihrer Interaktion mit der Ärzteschaft gesehen. Während das Ansehen der Ärzteschaft in den USA geschrumpft ist, ist das Ansehen der Pflege gleichzeitig in der us-amerikanischen Gesellschaft gestiegen. Die Prestigeschra glage zwischen Pflegekräften und ÄrztInnen ist demnach im Krankenhaussetting nicht mehr so ausgeprägt, wie dies

in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts der Fall war. Wie in Kapitel 3 bereits erwähnt, ist das Tätigkeitsspektrum der diplomierten Krankenpflege in den USA weit ausdifferenzierter und qualifizierter als in Österreich. Als akademische Profession werden einfache Tätigkeiten der Basispflege an Hilfskräfte ausgelagert. In vorliegender Fallstudie jedoch umfasst das Arbeitspensum der durchschnittlichen, diplomierten Pflegekraft auf den Stationen nur wenig qualitativ hochwertige Arbeitsschritte (vgl. Kapitel 5.1.), durch den intensiven Pflegebedarf der meist bettlägerigen PatientInnen ist der Anteil der reinen Basispflege, bestehend aus Waschen, Füttern, Umziehen und Umlagern, relativ hoch. Das gesellschaftliche Ansehen der Pflege ist in Österreich verbesserungswürdig, gerade die vom Arbeitsmarktservice propagierte „Umschulung“ von schwervermittelbaren Personengruppen zu Krankenpflegepersonal wird von den diplomierten Pflegekräften problematisch gesehen und trägt nicht gerade zu einem verbesserten Selbstwert oder gesteigertem professionellen Selbstbewusstsein derselben bei.

Auch PILLITERI und ACKERMANN (1993) gehen wie Stein et.al. (1990) und Svensson (1996) davon aus, dass sich die Position der Pflege gegenüber der Ärzteschaft im Krankenhaus stark verbessert hat. Ihrer Meinung nach liegt der Hauptgrund darin, dass es zu einer Umkehrung dessen gekommen ist, wer wem im Krankenhaus etwas lehrt. Junge TurnusärztInnen werden so meist von der Pflege in den Stationsalltag eingeschult. Diesen Schluss kann man aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Fallstudie kritisieren. Dieses, von PILLITERI und ACKERMANN (1993) konstatierte und auch im Feld vorgefundene, „Einschulen“ der TurnusärztInnen in die Abläufe und prototypischen Behandlungsvorgänge auf den Stationen von Seiten der Pflege, ist in keinsten Weise formalisiert und somit von Seiten der TurnusärztInnen nicht einklagbar. Diese „Einschulung“ ist damit auch kein offen kommunizierter Teil der Arbeitsbeschreibung des Pflegeberufs, für die es irgendeine Form der monetären Anerkennung gibt. Mag also in der Praxis sehr wohl die Pflege den TurnusärztInnen sehr viel von ihrem Praxiswissen weitergeben, und dabei eher eine LehrerInnenposition einnehmen, so gibt es auch heute noch immer keine (z.B. in Form von Seminaren oder Workshops) formal anerkannte Form der Lehre von Pflegepersonen im Medizinstudium bzw. in der Turnusbildung der ÄrztInnen. Es ist selbstverständlicher Usus innerhalb der Ausbildung der angehenden Pflegepersonen, dass ÄrztInnen Pflegepersonen

unterrichten, während es innerhalb des Medizinstudiums keine lehrenden Pflegepersonen gibt.

In vorliegender Fallstudie trägt auch die Ausgestaltung der Visiten zu einer Zementierung vorherrschender Machtverhältnisse zwischen Ärzteschaft und Pflege bei. Die Ausgangsbedingungen der vorliegenden Fallstudie unterscheiden sich dabei sehr von den Ausgangsbedingungen in der von SVENSSON (1996) durchgeführten schwedischen Fallstudie. Als Hauptgrund einer Verflachung der Hierarchie zwischen Ärzteschaft und Pflege und somit als Grund für einen direkten face to face Kontakt auf Augenhöhe nennt SVENSSON (1996) die Entwicklung der Teampflege und der damit einhergehenden, organisatorischen Änderungen des Visitierens der PatientInnen. In SVENSSONS (1996) Fallstudie gibt es auf den Stationen Teamcare und damit einhergehend keine normalen Visitenrunden sondern Tischvisiten, bei denen der diensthabende Arzt/ die diensthabende Ärztin direkt mit der eine Patientin/einen Patienten jeweils behandelnden Basispflegekraft die Behandlung dieses Patienten/ dieser Patientin bespricht. Wie der Name vorschlägt, finden Tischvisiten meist bei Tisch statt. Diese Visiten werden nicht am Bett der PatientInnen durchgeführt, sondern ohne Anwesenheit der PatientInnen im Stationszimmer. In der vorliegenden Fallstudie gibt es diesen face to face Kontakt mit den „normalen Basispflegekräften“ nicht, die Informationen der Basispflegekräfte werden an die pflegerische Stationsführung weitergegeben, die diese im Rahmen der Visite den diensthabenden OberärztInnen weiterleitet. In manchen andern Krankenanstalten bzw. auf Intensivstationen werden auch in Österreich Visiten in Form von Tischvisiten durchgeführt. In der vorliegenden Fallstudie herrscht jedoch immer noch die übliche Form der Visite vor, bei der neben Oberarzt bzw. Oberärztin und eventuell auf der Station befindlichen TurnusärztInnen nur die Stationsschwester bzw. der Stationspfleger bei der Visite zum Bett der PatientInnen mitgeht. Eine direkte Kommunikation der Basispflegekräfte mit den ÄrztInnen ist hier kaum möglich. Auch gibt das Basispflegepersonal das Wissen über den Zustand der PatientInnen als wichtigen Machtfaktor an die pflegerische Stationsführung weiter und hat demnach selbst wenig Macht im Feld. In den Interviews mit Pflegepersonen wurde dabei immer wieder darauf hingewiesen, dass der Großteil der Basispflege ihr Wissen über den Zustand der PatientInnen gerne direkt an die ÄrztInnen und nicht über den Umweg der pflegerischen Stationsführung weitergeben möchte.

Während in SVENSSONs (1996) Studie darauf hingewiesen wird, dass jede Basispflegekraft für eine kleinere Summe an PatientInnen die Arbeit einer Stationsschwester/ eines Stationspflegers innehat, so ist in vorliegenden Fallstudie die Macht der Stationsschwester bzw. des Stationspflegers noch sehr groß und der Großteil des Pflegepersonals verfügt über gering erlebte Kompetenzen. Die strukturelle Rahmenbedingung der Tischvisite, bei der die Pflegekraft die Möglichkeit hat, in aller Ruhe ihre Meinung und Empfehlung über die von ihr behandelten PatientInnen dem diensthabenden Arzt bzw. der Ärztin mitzuteilen, wird von allen Krankenpflegekräften in SVENSSONs (1996) Studie als durchwegs positiv erlebt (Svensson 1996: 385).

Zusammenfassend liegt auf Grund der Ergebnisse der Fallstudie folgender Schluss nahe: Die von STEIN, WATTS und HOWELL (Stein et.al.1990) und Svensson (1996) konstatierte, vorangeschrittene Emanzipierung mit einhergehendem höheren Selbstbewusstsein der Pflege weist auf ein Ende des indirekt-manipulativen Doctor-Nurse-Game hin. Mag dies für den us-amerikanischen Kontext und für die nordischen Länder zutreffend sein, ist diese Entwicklung basierend auf den Ergebnissen der vorliegenden Fallstudie für die österreichische Situation ein wenig zu optimistisch. Dies kann auch an einer, für die Professionalisierung der Pflege schwierigen, historischen Ausgangslage dieses Berufsstandes in Österreich liegen (siehe dazu Kapitel 2). Eine im Feld vorgefundene These ist, dass der in Österreich sehr populäre Lainzskandal nicht unwesentlich zu einem geringen Sozialprestige der Pflege als Berufsstand beigetragen hat und deren selbstbewusstes Auftreten in der Öffentlichkeit (noch immer) behindert. Die Bedeutung und gesamtgesellschaftliche Auswirkung dieses Skandales für die geringe professionelle Autonomie der diplomierten Pflege im österreichischen Krankenhaussetting wäre eine interessante Anschlussforschung in diesem Feld.

Kritische Stimmen zum „Ende des Doctor-Nurse-Games“ gibt es auch aus den USA. Verbesserte Kontextbedingungen der Pflege seien auch hier zweifelhaft, da die Pflege noch immer in weiten Teilen ihrer Arbeit von den Anordnungen der ÄrztInnen abhängig ist und vorallem der Unterschied zwischen sehr hoch qualifizierten Pflegekräften und den Durchschnittsbasispflegepersonal deutlich gestiegen ist (vgl. Holyoake 2011).

Ad 2) In der Literatur wurden PatientInnen als relevante Umwelt für das Zustandekommen eines indirekt-manipulativen Doctor-Nurse-Games bisher außer acht gelassen. Wie bereits erwähnt konstatieren STEIN, WATTS und HOWELL (Stein et. al. 1990) in ihrer Überarbeitung des Doctor-Nurse-Games, dass die Pflege bei diesem Spiel aufgehört hat mitzuspielen. Sie stützen ihr Argument unter anderem auf einen Beobachtungsprotokollauschnitt, bei dem die beobachtete Krankenschwester den Arzt sehr offen zurechtweist, weil er ihre Notizen zur Behandlung einer Patientin nach einer Brustoperation nicht gelesen hat, sondern zur selben Zeit einen anderen Termin einberaumt hat. Weder der Beobachtungsprotokollauschnitt noch ein Verweis im Text ermöglichen uns nachzuvollziehen, ob diese Kommunikation zwischen der Krankenschwester und dem Arzt vor PatientInnen stattfand oder nicht (siehe dazu Stein et.al 1990: 547). Der Kontext, in dem diese offene und direkte Zurechtweisung zustande kommt, bleibt demnach unklar.

Die Rolle von PatientInnen für ein Zustandekommen des Doctor-Nurse Games wird also weder bei Stein (1967) noch bei Stein et.al (1990) behandelt. Im Rahmen der vorliegenden teilnehmenden Beobachtung hat sich dabei aber gezeigt, dass gerade die Anwesenheit von PatientInnen einen wesentlichen spielstrukturierenden Einfluss auf das Entstehen eines indirekt-manipulativen Doctor-Nurse-Games hat. In dem bereits erwähnten Ausschnitt bei Stein et.al. (1990), bei dem die Krankenschwester den Arzt direkt ermahnt, macht es einen Unterschied, ob diese Krankenschwester dies wirklich vor PatientInnen sagt, was die These stützt, dass das Pflegepersonal beim Doctor- Nurse- Game nicht mehr mitspielt, oder ob dieses Gespräch in einem anderen Kontext, vielleicht bei einer Teambesprechung oder unter vier Augen, stattfindet. Dieser Umstand ist aufgrund meiner eigenen Felderfahrungen viel wahrscheinlicher. Ergebnisse der Fallstudie zeigen deutlich, dass vor den PatientInnen Anordnungen und Therapievorschriften auch heute von Seiten der Pflege nicht offen kritisiert werden.

Im Feld herrscht die informelle Regel vor, dass ÄrztInnen vor den PatientInnen niemals offen kritisiert werden dürfen. Diese informelle Regel, im Rahmen derer ÄrztInnen und Pflegekräfte vor den PatientInnen ein Elternspiel spielen, bei dem

dem Arzt/der Ärztin die Rolle des Entscheidung treffenden Vaters, der Pflegekraft die Rolle der fürsorglichen Mutter und dem Patienten/der Patientin die Rolle des unmündigen Kindes zukommt, das potentiell die Eltern gegeneinander ausspielen will, ist dabei sehr stark mit dem handlungsweisenden Konstrukt des „Gottes in Weiss“ verbunden. Darunter ist zu verstehen, dass es ein von beiden Berufsgruppen innerhalb ihrer Interaktion mit PatientInnen getragenes Credo zu geben scheint, den behandelnden Arzt/ die behandelnde Ärztin als sicher, erfahren und unfehlbar zu präsentieren. Von dieser Strategie erhoffen sich beide Berufsgruppen eine Stärkung der Compliance der behandelten PatientInnen.

Das Zustandekommen des im Rahmen dieser Arbeit vorgestellten Spiels zwischen unerfahrenem Turnusarzt/ unerfahrener Turnusärztin und erfahrener Krankenschwester/ erfahrener Pfleger im Ambulanzdienst (siehe Kapitel 5.2.) wird somit erst durch dieses Konstrukt des „Gottes in Weiß“ ermöglicht. Gäbe es dieses Konstrukt nicht, würde das Spiel nicht in dieser Form durchgeführt werden, da das mehr oder weniger komplizierte Erfragen einer Behandlungsmöglichkeit unter Verbergen des eigenen Unwissens vor den PatientInnen als wesentliches Parameter für das Zustandekommen einer im Sinne dieses Konstruktes rationalen Strategie, wegfallen würde. Ob es nun tatsächlich so ist, dass PatientInnen von ihren ÄrztInnen erwarten, dass sie unfehlbar, sicher und erfahren sind, oder ob diese Anforderung auch aus Sicht der PatientInnen längst veraltet ist, ist für das Zustandekommen des Spiels jedoch nebensächlich. Das handlungsleitende Konstrukt herrscht in den Köpfen der im Krankenhaussetting Beschäftigten vor und leitet deren Handeln. Interessant wäre es jedoch (auch für die Beschäftigten im Krankenhaus) zu erforschen, was PatientInnen heute tatsächlich von ihren behandelnden ÄrztInnen erwarten, und ob und in welcher Weise sich offene kommunizierte Unsicherheit, Fehlbarkeit und zum Teil noch Unerfahrenheit tatsächlich auf die Compliance der PatientInnen auswirkt.

Die im Feld vorherrschende implizite Regel, dass die Kompetenz der ÄrztInnen vor den PatientInnen nicht in Frage gestellt werden darf, ist dabei in potentiellem Konflikt mit Diskussionen rund um PatientInnenorientierung und PatientInnenempowerment. Ist es im Sinne eines PatientInnenempowerments diesen die reale Unsicherheit von unerfahrenen (Turnus-) ÄrztInnen bzw. den realen Einfluss der erfahrenen Pflege auf die Behandlung vorzuenthalten? Wie

läßt sich die Rolle der unmündigen Kinder, die PatientInnen im Krankenhaussetting innerhalb der Triade Ärzteschaft, Pflege, PatientInnen real oft einnehmen (müssen), mit einer zunehmenden PatientInnenorientierung vereinbaren? Wie könnte der Alltag auf den Stationen in einer partizipativ-partnerschaftlichen Art und Weise zwischen Ärzteschaft, Pflege und PatientInnen ablaufen? Ein auf Grund der Ergebnisse dieser Arbeit basierendes Argument innerhalb dieser Diskussion ist, dass PatientInnenempowerment im Krankenhaussetting unter anderem nur dann möglich sein wird, wenn das Konstrukt des „Gottes in Weiss“ von allen Seiten, gesamtgesellschaftlich und im Rahmen der Professionen, relativiert wird.

Um zur Ausgangsfrage zurückzukommen, ob das indirekt-manipulative Doctor-Nurse-Game, das von Stein (1967) vor gut 50 Jahren formuliert wurde, noch gespielt wird, kommt vorliegende Fallstudie daher zu einem sehr eindeutigen Schluss: Ja, dieses Spiel wird auch im heutigem Krankenhauskontext noch gespielt. Entscheidend dabei ist jedoch, ob PatientInnen als relevante, spielstrukturierende Umwelt anwesend sind. Falls dem nicht der Fall ist, ist auch eine direkte, offene Kommunikation der Pflege mit der Ärzteschaft möglich.

Die Sinnhaftigkeit einer Erforschung der Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege im Krankenhaussetting mit Hilfe einer organisationssoziologischen Überarbeitung des Stein'schen Spielbegriffes a la Crozier/Friedberg (1993) wurde bereits dargelegt. Es stellt sich jedoch die Frage, ob diese Beziehung vielleicht mit einem anderen theoretischen Konzept besser beschreibbar ist, als dies mit der Spielmetapher möglich ist. Eine in Kapitel 3 kennengelernte Möglichkeit ist, diese Beziehung unter dem Aspekt des Ausverhandelns zu betrachten. Um die Erkenntnisse aus Kapitel 3 nochmals zu rekapitulieren: Der von Anselm Stauss (1988) geprägte Begriff der negotiated order wurde von Svensson (1996) auf die interprofessionelle Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege im Krankenhaussetting angewandt. Svensson (1996) geht davon aus, dass sich auf Grund veränderter Kontextbedingungen, die wir schon besprochen haben, und die sich im Großen und Ganzen unter der Verbesserung der Ausgangslage der Pflege subsummieren lassen, ein indirekt-manipulatives Doctor-Nurse-Game in der Praxis als obsolet erweist. Die Beziehung zwischen Pflege und Ärzteschaft soll

nach SVENSSON (1996) demnach besser unter dem Aspekt des offenen Ausverhandelns betrachtet werden. Demgegenüber verweist jedoch Allen (1997) darauf, dass basierend auf ihrer teilnehmenden Beobachtung, direkte, offene Ausverhandlungen zwischen ÄrztInnen und Krankenpflegepersonal im Stationsalltag noch immer kaum vorkommen und stattdessen der Begriff des non-negotiated boundary blurring für die Beschreibung der Beziehung Ärzteschaft-Pflege im Stationsalltag angemessener sei. Es stellt sich daher die Frage, ob und inwieweit der Aspekt des offenen Ausverhandelns für die Analyse der Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege sinnvoll ist.

Ergebnisse der vorliegenden Fallstudie legen folgenden Schluss nahe: Ob der Aspekt der Verhandlung für eine Analyse zentral sein kann, entscheidet sich daran, um welches Tätigkeitsspektrum es sich gerade handelt. Fällt dieses, wie SVENSSONs (1996) Beispiel des Entlassungsmanagements von PatientInnen, formal in die Zuständigkeit beider Berufsgruppen, so kann man davon ausgehen, dass hier offene Verhandlungen zwischen ÄrztInnen und Pflegekräften möglich sind. Beim Entlassungsmanagement müssen zwar die ÄrztInnen vorgeben, ob die PatientInnen aus medizinischer Sicht soweit geheilt sind, dass man sie entlassen kann, der Pflege kommt jedoch auch formal die Aufgabe zu, diese Entlassung zu ermöglichen und zum Beispiel geeignete Nachbetreuung durch Heimhilfen zu organisieren. Sind sich nun ein Arzt/eine Ärztin und eine Krankenschwester/ein Pfleger bezüglich des Zeitpunktes einer Entlassung uneinig, müssen sie verhandeln und haben auch aufgrund einer ihnen formal zugeschriebenen Zuständigkeit die organisationale Legitimation für solche Aushandlungsprozesse.

Die Idee, die Beziehung bzw. Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege unter dem Aspekt des Ausverhandelns zu betrachten, macht demnach in jenen Bereichen Sinn, die auch formal, wenn auch in unterschiedlicher Gewichtung, in den Tätigkeitsbereich beider Berufsgruppen fallen. In jenen Bereichen, in denen eine der beiden Berufsgruppen jedoch formal keine Zuständigkeit vorweist, und somit über keine formale Legitimation der Mitentscheidung und Mitbestimmung verfügt, wird der Aspekt des offenen Ausverhandelns eher in den Hintergrund treten. Der in dieser Arbeit vorgestellte Zugang der Spielanalyse eignet sich demnach insbesondere für jene Bereiche, in denen sich formale und informelle Zuständigkeiten nicht decken bzw. wo gelebte Praxis mit formaler Legitimation

konfligiert. Hier wird es keine offenen Aushandlungsprozesse geben, stattdessen bietet dieser Kontext Nährboden zum Entstehen von Spielen.

ALLEN (1997) kritisiert SVENSSONS (1996) Hervorhebung des Aspektes der Ausverhandlung zur Analyse der Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege im Krankenhaussetting. In ihrer teilnehmenden Beobachtung kann sie keine offenen Aushandlungsprozesse zwischen Ärzteschaft und Pflege beobachten, sie nimmt statt dessen eine nichtverhandelte Ausweitung der pflegerischen Tätigkeit in medizinisch- diagnostische Tätigkeiten wahr, auf Grund derer sie den Vorschlag macht, den Aspekt des Verschwimmens professioneller Grenzen ins Zentrum einer Analyse zu stellen. Dabei ist jedoch folgendes zu beachten: Die medizinisch- diagnostische Tätigkeit ist formal ganz klar nur einer Berufsgruppe im Krankenhaussetting zugeschrieben, nämlich der Ärzteschaft. Die Pflege ist allein für das Austeilen der vom Arzt/von der Ärztin im Rahmen einer Diagnose vorgeschriebenen medikamentösen Behandlung zuständig, und hat somit rein formal gar keine Möglichkeit, diese Verschreibungen zu verhandeln, da es dafür keinerlei formale Legitimation gibt. Zu beachten ist, dass in der von ALLEN (1997) beschriebenen Situation auch das bereits weiter oben skizzierte Faktum Geltung trägt, dass der Aspekt des Ausverhandelns nur in jenen Bereichen schlagend wird, in dem beide Berufsgruppen auch formal (wenn auch in unterschiedlicher Gewichtung) für eine Tätigkeit zuständig sind.

ALLEN (1997) betitelt die in ihrer Fallstudie beobachtete, informelle Tätigkeitserweiterung als „non negotiated boundary blurring“, ein Begriff der insofern irreführend ist, da die von ihr angesprochenen Beispiele nur Anhalt dafür geben, dass die Grenzen zwischen dem Tätigkeitsbereich der Pflege und der Ärzteschaft in eine Richtung erweitert werden und nicht generell verschwimmen. Es wird nicht davon berichtet, dass ÄrztInnen im Stationsalltag Tätigkeiten der Pflege übernehmen, sondern es wird nur von einer Tätigkeitserweiterung in Form von medizinisch- diagnostischer Tätigkeitsübernahme durch die Pflege gesprochen. Diese Tätigkeitsübernahme durch die Pflege erfolgt jedoch ohne rechtliche Absicherung derselben und entbehrt jeglicher formaler Legitimation.

Die bei ALLEN (1997) skizzierte und auch in der Fallstudie immer wieder erwähnte, eigenmächtige Medikamentenausgabe von Seiten der Pflege ist somit ein Bereich, in dem die organisationalen, formalen Regeln mit den Anforderungen

des Stationsalltags nach kontinuierlicher PatientInnenbetreuung nicht mithalten können, und auf informellem Weg repariert werden müssen. In diesem Kontext kann es keine Verhandlungen geben, weil diese informellen Reparaturmechanismen der internen Abläufe nicht explizit gemacht werden. Genauso wenig wie man über Tabus sprechen kann bzw. diese offen ausverhandeln kann, können informelle Regeln ausverhandelt werden. Informelle Reparaturmechanismen werden innerhalb der Krankenhaussozialisation erlernt, indem sie bei anderen beobachtet und später imitiert werden. Informelle Regeln, wie die auf Krankenhausstationen anzutreffende medizinisch- diagnostische Tätigkeitserweiterung der pflegerischen Stationsarbeit sind natürlich nicht verschriftlicht, somit weder direkt verhandelbar noch von Seiten der ÄrztInnen einklagbar. Es bleibt zu diskutieren, ob es hier innerhalb der organisatorischen Regeln einiges an Nachholbedarf bräuchte, indem die formalen Regeln dem gelebten Gewohnheitsrecht angeglichen werden. So könnte zum Beispiel die Pflege auch formal das Recht auf selbständige Medikamentenausgabe zum Beispiel bei der Schlafmittelausgabe zugeteilt werden. Dies hätte zur Folge, dass Pflegepersonen bei dieser real gelebten Praxis nicht immer „mit einem Fuß im Gefängnis“ stehen, wie die derzeitige Situation im Feld von Seiten der Pflege oft beschrieben wird.

Für solche wie bei ALLEN (1997) skizzierten Beispiele einer Diskrepanz zwischen formalen Regeln und gelebter Praxis im Stationsalltag, bei der die Modi der interprofessionellen Zusammenarbeit nicht offen verhandelt werden können, sondern informell geregelt sind, eignet sich nach Ansicht der Autorin die in dieser Arbeit vorgestellte Spielanalyse sehr gut. Sie bietet gegenüber dem etwas schwammigen Konzept des „non negotiated boundary blurring“ den Vorteil, formale und informelle Regeln des Spiels, sowie, abgeleitet von konkret beobachtbaren Spielzügen, die im Feld angewandten Strategien der Akteure und Akteurinnen, in methodischer Art und Weise zu (re)konstruieren. Erst durch die konkrete Beschreibung der Rahmenbedingungen können Veränderungen derselben angedacht werden, welche als veränderte Spielregeln in der Folge Auswirkung auf das gesamte Spiel haben würden. Das Aufdecken gewisser, im Feld vorherrschender, handlungsweisender Konstrukte, kann in weiterer Folge einen Denkprozess in Gang setzen und Modifikationen der Spielregeln anregen. Konkrete Spiel(re)konstruktionen, welche mit dem in dieser Arbeit vorgestellten

Tool der Spielanalyse möglich werden, bergen die Möglichkeit reflektierter Veränderungsvorschläge.

Wie in Kapitel 3 hervorgehoben, haben auch VertreterInnen der Genderstudies einen wichtigen Beitrag für ein besseres Verständnis der Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege im Krankenhaussetting geleistet und dabei vor allem die schwierige Rolle der Frauen im Ärzteberuf hervorgehoben. Die wichtigsten Erkenntnisse sollen anhand der Ergebnisse der vorliegenden Fallstudie zur Diskussion gestellt werden.

Ein wichtiges Argument der Genderforschung in diesem Bereich ist, dass es im Krankenhaussetting nicht selten zu Konflikten zwischen den Geschlechterrollen und den Berufsrollen kommen kann (vgl. Davies 2003). Traditionell ist dabei die Ärzteschaft eher von männlichen Idealen, die Pflege eher von weiblichen Idealen geprägt. Aufgrund veränderter Kontextbedingungen, mit einer rasanten Zunahme des Frauenanteils innerhalb der Ärzteschaft und einer kontinuierlichen Zunahme des Männeranteils innerhalb der Pflege, sind die traditionellen Geschlechterrollen zwischen traditionell männlicher Ärzteschaft und traditionell weiblicher Pflege aufgeweicht und führen zu neu zu definierenden Professionsrollen. Frauen haben es demnach in diesem nach männlichen Idealen geprägten Berufsbild der Ärzteschaft besonders schwer, ihre berufliche Rolle als Ärztin mit ihrer Geschlechterrolle in Einklang zu bringen. Auch wird dominantes Verhalten gegenüber der Pflege von Ärztinnen weit weniger toleriert als von Ärzten (vgl. Davies 2003). Weiters streicht MIXA (1998) hervor, dass es für Ärztinnen besonders schwierig ist, Beruf und Familienleben unter einen Hut zu bringen. Der Beruf als Arzt/Ärztin ist von wenig kalkulierbaren, überdurchschnittlich hohen Wochenarbeitszeiten, Bereitschafts-, Nacht- und Wochenenddiensten geprägt und lässt sich daher nur schwer mit eigenen Kindern und deren Erziehung vereinbaren. Auch argumentiert sie, dass das Berufsbild Arzt/Ärztin noch immer auf einen männlichen Lebenslauf zugeschnitten ist, der vorsieht, dass direkt nach Studium und Turnus die Facharztausbildung bzw. eine akademische Karriere beginnt. Dies sei durchschnittlich im Alter zwischen 27-35 Jahren der Fall, also genau in jedem Zeitfenster, in dem die meisten Akademikerinnen Kinder bekommen. (Mixa 1998).

Auf Grund der Erfahrungen der vorliegenden Fallstudie können folgende Schlüsse innerhalb dieser Debatte gezogen werden:

Die Schwierigkeit der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben scheint im Feld vor allem für junge Turnusärztinnen ein zentraler Punkt zu sein. Obwohl in keinem der Interviews explizit erfragt, da die Interviewführung im Sinne eines qualitativen Interviews sehr offen war und dieses Thema nicht innerhalb des Kerninteresses der Forschung bezüglich interprofessioneller Zusammenarbeit im Krankenhaussetting lag, kam das Thema der Vereinbarkeit von Kindern und dem gewählten Beruf als Ärztin in allen Interviews mit weiblichen Ärztinnen zur Sprache. Männliche Turnusärzte haben in ihren Erzählungen diesen Punkt nicht erwähnt. Felderfahrungen unterstreichen dabei die von MIXA (1998) hervorgehobene schwierige Lage von jungen Ärztinnen, ihr Privatleben bzw. ihre Familienplanung mit ihrer Karriere in Einklang zu bringen. Im Rahmen der Interviews sprechen Ärztinnen so immer wieder von einer Rolleninkompatibilität ihrer professionellen Rolle und ihrer Rolle als Mutter. Das „Hin und Hergerissensein“ zwischen beruflichen und privaten Anforderungen, gerade wenn die eigenen Kinder noch klein sind, wird von Ärztinnen mit Kindern dabei immer wieder thematisiert. Man kann hier jedoch die Frage stellen, inwieweit dies ein Spezifikum des hier vorgestellten Krankenhaussettings ist, und nicht Frauen in allen Berufsfeldern betrifft. Im Gegensatz zu anderen Berufsfeldern unterscheidet sich der ÄrztInnenberuf jedoch von extrem langen Arbeitszeiten, im Turnus gibt es bisher noch keine Teilzeitmodelle. Eine Turnusärztin und Mutter streicht hervor, dass sie sich auch nach einem Nachtdienst zu Hause nicht ausrasten kann und somit unter vermehrtem Schlafdefizit leidet: Nach dem Nachtdienst, bei dem sie mehr als 24 Stunden von zu Hause weg ist, will sie ihre Kinder nicht enttäuschen, indem sie sich zu Hause wieder schlafen legt. Stattdessen bleibt sie auch nach den 24 Stunden Dienst noch weiter auf und macht „halt irgendwie weiter“, bis die Kinder Mittags schlafen. Erst dann legt sie sich mit den Kindern nieder. Mit dem zunehmenden Anteil der Frauen innerhalb der Ärzteschaft, aber auch mit einer Entwicklung in Richtung einer aktiveren Vaterrolle, wird es für EntscheidungsträgerInnen in Zukunft wichtig werden, Arbeitszeitmodelle für Ärztinnen und Ärzte auszuarbeiten, die ein aktives Familienleben ermöglichen. Es könnte die Möglichkeit angedacht werden, den Turnus auch als Teilzeitmodell zu ermöglichen.

DAVIES (2003) weist auf die schwierige Position weiblicher Ärztinnen hin, deren dominantes Auftreten von der vorherrschend weiblichen Pflege viel weniger geduldet wird, als wenn dieses dominante Auftreten von männlichen Ärzten an den Tag gelegt wird. DAVIES argumentiert dabei, dass Ärztinnen über alle Hierarchieebenen hinweg von der Pflege sanktioniert werden, sofern diese zu dominant auftreten. Laut DAVIES wenden Ärztinnen innerhalb ihrer Zusammenarbeit mit der Pflege eher die Strategie des „sich gut stellens“ an. Erfahrungen der vorliegenden Fallstudie kommen diesbezüglich zu einem differenzierteren Schluss:

Ob dominantes Auftreten sanktioniert wird oder nicht, hat weniger mit der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Geschlecht zu tun, sondern vielmehr mit der hierarchischen Position innerhalb der Ärzteschaft. Während das von Ärztinnen und Ärzten in höheren Positionen an den Tag gelegte dominante Verhalten von der Pflege toleriert wird, wird ein solches Verhalten der TurnusärztInnen von der Pflege nicht toleriert. Die gewinnbringendere Strategie für TurnusärztInnen ist demnach „sich mit der Pflege gut stellen.“ TurnusärztInnen ist dabei bewusst, dass sie informell in großem Ausmaß vom Wohlwollen der Pflege abhängig sind. Eine Turnusärztin im Feld meint diesbezüglich, dass „die Pflege“ es einem jungen Arzt/ einer jungen Ärztin „extrem erschweren oder extrem erleichtern“ kann. Da nicht wenige Pflegekräfte den jungen TurnusärztInnen an Erfahrung im Krankenhaussetting weit überlegen sind, sind TurnusärztInnen in vielen Bereichen vom Wissen und, da die Weitervermittlung dieses Wissen wie wir in Kapitel 5 kennengelernt haben großteils formal nicht geregelt ist, auch vom Wohlwollen der Pflege abhängig. „Sich gut stellen mit der Pflege“ ist demnach keine explizit weibliche Ärztinnenstrategie, sondern scheint eine für alle TurnusärztInnen geltende, sehr erfolgversprechende Strategie zu sein, und generell auch jenseits des Krankenhaussetting in Situationen angewandt zu werden, in denen Menschen auf Hilfe angewiesen sind, es aber keine offiziellen bzw. formalen Wege gibt, diese Hilfe einzufordern.

Diese Strategie des „sich gut stellens“ mit der Pflege differiert jedoch in ihrer Ausgestaltung zwischen männlichen Turnusärzten und weiblichen Turnusärztinnen. Turnusärztinnen haben im Feld das subjektive Gefühl, dass es ihre männlichen Kollegen in der Interaktion mit der Pflege oftmals leichter haben,

da sich diese mit „ein bisserl Charme“ oftmals leichter freispielen können als ihre weiblichen KollegInnen. „Flirten“ als kooperationserleichternde Strategie innerhalb der Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Pfleger/Krankenschwestern scheint im Krankenhausalltag dabei eine nicht unwesentliche Rolle zu spielen. Unter Annahme von großteils heterosexuellen InteraktionspartnerInnen und in jenem Kontext, in dem die meisten Angehörigen des Krankenpflegepersonals (laut Statistik Austria über 80%) Frauen sind, sind männliche Turnusärzte in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit mit der Pflege flirttechnisch gegenüber ihren weiblichen Kolleginnen somit klar im Vorteil. Man kann davon ausgehen, dass sie, sofern sie dies als Strategie der Kooperationsverbesserung mit der Pflege einsetzen, es ein wenig leichter haben als ihre weiblichen Kolleginnen. Wie es einige Ärztinnen im Feld herausstreichen, kommen sie in einem vorwiegend heterosexuellen Umfeld als potentielle (Ehe)Partner für den Großteil der Pflegekräfte demnach auch nicht in Frage. Natürlich nutzen Ärztinnen diese Strategie auch in ihrer Interaktion mit männlichen Pflegern. Rein statistisch kommen diese jedoch als Interaktionspartner im Krankenhaussetting seltener vor als weibliche Pflegekräfte.

Zusammenfassend scheint die Bedeutung der Vereinbarkeit von Beruf und Kindern für Ärztinnen ein zentrales und von EntscheidungsträgerInnen (noch) nicht ausreichend wahrgenommenes Thema zu sein. Weiters legen die Ergebnisse der Studie nahe, dass Sanktionierung von dominantem Verhalten von ÄrztInnen durch die Pflege weniger vom Geschlecht als vielmehr von der hierarchischen Position der ÄrztInnen aus erklärbar ist, und „sich gut stellen mit der Pflege“, wenn auch in unterschiedlichen Spielarten, eine Strategie darstellt, die von allen TurnusärztInnen angewandt wird.

Neben dem „negotiated order approach“ und Erkenntnissen der Genderstudies wurde in Kapitel 3 auch der potentielle Beitrag von Erkenntnissen der mathematischen Spieltheorie für eine Beschäftigung mit der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Krankenhaussetting angedacht. Wie das innerhalb der mathematischen Spieltheorie oft rezipierte Gefangenendilemma sichtbar macht, ist die Wahrscheinlichkeit, dass Akteure und Akteurinnen kooperieren, von unterschiedlichen Außenfaktoren abhängig.

Mathematiker haben im Rahmen der mathematischen Spieltheorie versucht, Formeln für eine Berechnung der Kooperationswahrscheinlichkeit unter Berücksichtigung von verschiedenen Ausgangsbedingungen zu finden. LOHMANN (2000) weist jedoch darauf hin, dass es auf Basis der Erkenntnisse der mathematischen Spieltheorie kaum Empfehlungen für allgemeingültige Kooperationsstrategien gibt, welche unabhängig vom Interaktionskontext Geltung haben. Da bei realen, sozialen Situationen der Kontext permanent variiert, kann daher eine Berechnung von Kooperationswahrscheinlichkeiten in der Realität mit Hilfe der mathematischen Spieltheorie nur schwer umgesetzt werden. Die mathematische Spieltheorie eignet sich in der Praxis daher wenig als Analyserahmen einer qualitativ ausgerichteten Feldforschung, welche in ihrem grundlegenden forschungspragmatischen Vorgehen den Anforderungen einer mathematischen Spieltheorie zur Berechnung statistischer Kooperationswahrscheinlichkeiten widerspricht.

Es stellt sich daher die Frage, welchen potentiellen Beitrag Erkenntnisse der mathematischen Spieltheorie, für die in dieser Arbeit vorgestellte Spielanalyse, leisten könnten. Im Rahmen der an Crozier und Friedberg (1993) angelehnten Analyse von Spielen zwischen Ärzteschaft und Pflege im Krankenhaussetting könnten Erkenntnisse der mathematischen Spieltheorie zum Beispiel dazu verwendet werden, die in der Crozier/Friedberg'schen Spielterminologie so genannten "objektiven Zwänge", in der vorliegenden Fallstudie sind diese als formale wie informelle Spielregeln aufgelistet, auf deren potentiell positive oder negative Auswirkung für ein erfolgreiches Zustandekommen eines "Spiels" zu prüfen. Für jede dieser formalen wie informellen Spielregeln kann auf Grund der Thesen der mathematischen Spieltheorie diesbezüglich eine Aussage darüber getroffen werden, ob sie sich potentiell kooperationsfördernd- oder hemmend auswirkt. So kann für das Krankenhaussetting auf Grund der Erkenntnisse der mathematischen Spieltheorie formuliert werden, dass sich folgende Kontexte potentiell kooperationssteigernd für die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege auswirken: Kleine Krankenanstalten, kleine Abteilungen, geringe Personalfuktuation, das Fehlen von künstlicher Rotationen im Ärzteteam, gemeinsam von Ärzteschaft und Pflege getragenen Werte (innerhalb der PatientInnenvorsorge), die Ermöglichung informeller Kontakte zwischen

Ärzterschaft und Pflege im Stationsalltag und die gegenseitige Vermittlung von Wissen über die täglichen Abläufe im jeweils anderen Berufsbild.

Zusammenfassend können Erkenntnisse der mathematischen Spieltheorie über kooperationssteigernde Kontexte im Rahmen der in dieser Arbeit vorgeschlagenen Spielanalyse dazu verwendet werden, die formalen und informellen Spielregeln auszudifferenzieren, indem deren potentiell kooperationssteigernde Auswirkung auf ein erfolgreiches Zustandekommen eines "Spiels" in die Analyse miteinbezogen wird. Eine Integration der mathematischen Spieltheorie in die in dieser Arbeit vorgestellten Spielanalyse kann demnach als möglichst umfassende Beschreibung der Spielregeln und Diskussion der potentiellen Auswirkung dieser Spielregeln für ein erfolgreiches "Spiel" verstanden werden.

7. Conclusio

Vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Krankenhaussetting. Empirische Grundlage der Arbeit ist eine sechsmonatige teilnehmende Beobachtung an einem österreichischen Landeskrankenhaus, bei der mir als Soziologiedissertantin vom Feld die Rolle einer FamulantIn zugeteilt wurde. Die Rolle als FamulantIn ermöglichte dabei eine sehr umfangreiche Beobachtung des Stationsalltags. Ergänzend zur Feldbeobachtung wurden elf ein- bis dreistündige, narrative Interviews mit ÄrztInnen und Pflegekräften geführt.

Zur Beschreibung der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege wird in der vorliegenden Arbeit auf den Spielbegriff zurückgegriffen. Vor über 50 Jahren prägte der amerikanische Arzt Leonhard Stein (1967) den Begriff des Doctor-Nurse-Games, unter dem ein indirekt-manipulatives Spiel zu verstehen ist, innerhalb dessen eine (weibliche) Krankenschwester einem (männlichen) Arzt Vorschläge bezüglich der Behandlung von PatientInnen macht, dies jedoch so aussehen lässt, als ob sie eigentlich vom Arzt selbst initiiert worden wären. Dieser Stein'sche Spielbegriff wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit mit Hilfe der organisationssoziologischen Spielmetapher von Crozier und Friedberg (1993) für die soziologisch-theoretische Auseinandersetzung fruchtbar gemacht. Die von Crozier und Friedberg (1993) geprägte Spielmetapher zur Analyse von Organisationen verfolgt den Anspruch, Vorteile der Akteurstheorie mit denen der Systemtheorie zu verbinden, indem das Spiel anhand der Strategien der Akteure und Akteurinnen einerseits und anhand der strukturellen Rahmenbedingungen andererseits, beschrieben wird. Die Crozier/ Friedberg'sche Spielmetapher wird in vorliegender Arbeit um den Begriff des „Spielzugs“ erweitert. Als Spielzug wird sowohl empirisch beobachtetes Verhalten als auch ein erzählter Handlungsstrang definiert. Strategien der Akteure und Akteurinnen im Feld werden in dieser Arbeit anhand konkreter Spielzügen abgeleitet, welche in Textform als Zitate konkreter Interviewaussagen oder verschriftlichter Beobachtungsprotokollauschnitte wiederzufinden sind. Zwei Spiele werden in vorliegender Arbeit ausgiebig analysiert: Einerseits das Spiel zwischen unerfahrenem/er Turnusarzt/ärztin und erfahrener Pflegekraft im Ambulanzdienst und andererseits das Spiel bezüglich

der Medikamentenvergabe im Nachtdienst. Beides sind nicht nur in vorliegender Fallstudie, sondern auch in vielen anderen Krankenhäusern, potentielle Konfliktbereiche innerhalb der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege.

In **Kapitel 1** wird neben einem kurzen Überblick der Inhalte der Arbeit auf die persönliche Ausgangsmotivation für vorliegende Forschung eingegangen.

Kapitel 2 geht auf die soziologische Relevanz der vorliegenden Feldforschung ein und konkretisiert, wie sich Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzteschaft im Stationsalltag ausgestaltet. Weiters werden Implikationen des Krankenhauses als Expertenorganisation und als Teil der öffentlichen Verwaltung erläutert. Auch wird der zunehmende, nationale Reformdruck im Gesundheitswesen durch EU Vorgaben erläutert und Einsparungstrends im Krankenhaussektor anhand konkreter österreichischer Daten veranschaulicht.

Kapitel 3 rekapituliert alle für die Fallstudie als relevant befundenen theoretischen und empirischen Vorarbeiten, die sich mit dem Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit im Setting Krankenhaus beschäftigen. Neben dem von STEIN (1967) formulierten Doctor-Nurse-Game als Ausgangspunkt einer Beschäftigung mit der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege wird hier auch der Spielbegriff nach Crozier/Friedberg (1993) mit einer Erweiterung als mögliches Analysetool vorgestellt. Die Verwendung des Spielbegriffes in der mathematischen Spieltheorie wird erläutert, und die von ihr formulierten kooperationssteigernden Kontextbedingungen werden auf das Krankenhaussetting umgelegt. Der negotiated order approach wird als weitere Möglichkeit eines theoretischen Ausgangspunktes für eine Beschäftigung mit der interprofessionellen Zusammenarbeit vorgestellt. Auch wird der Beitrag der Genderforschung für das vorliegende Forschungsvorhaben rekapituliert.

Kapitel 4 widmet sich einer ausführlichen Darstellung der Fallstudie und geht auf die Kontaktaufnahme, die Rolle der Forscherin im Feld, den Vorannahmen, einer rekapitulativen Feldreflexion und auf die Beschreibung der Erhebungs- und Auswertungsmethode(n) ein. In diesem Kapitel wird besonders auf die Nachvollziehbarkeit der qualitativen Forschung Wert gelegt und kann daher auch für jene LeserInnen von Interesse sein, die selbst eine teilnehmende Beobachtung

planen, da hier auf die konkrete, praktische Durchführung mit allen im Feld vorgefundenen Schwierigkeiten eingegangen wird.

Kapitel 5 stellt die wichtigsten Ergebnisse der Fallstudie dar. Hier wird das Spiel zwischen unerfahrenem/r Turnusarzt/ärztin und erfahrener/em Krankenschwester/-pfleger und das Spiel der Medikamentenvergabe im Nachtdienst erläutert. Weiters wird der Versuch gewagt, eine prototypische Verallgemeinerung der Spielzüge für diese Interaktionssituationen zu formulieren. Weitere Ergebnisse, wie die Verantwortungs-Erfahrungsdiskrepanz als tragender Kontext beider Spiele, und die im Feld vorgefundene DU-SIE Unklarheit, die sich auf die Unklarheit der persönlichen Anrede im Feld bezieht, sowie die beobachtete Raumlosigkeit der TurnusärztInnen, werden besprochen und für Anschlussforschung aufbereitet.

Kapitel 6 stellt die wichtigsten Ergebnisse der Fallstudie zur Diskussion. Hier wird der Frage nachgegangen, inwieweit und in welcher Form das von Stein (1967) formulierte indirekt-manipulative Doctor-Nurse-Game auch im heutigen, österreichischen Kontext noch Gültigkeit hat. Weiters wird der Frage nachgegangen, welchen added value die in dieser Arbeit vorgestellte Spielanalyse zur Analyse der Beziehung Ärzteschaft und Pflege im Krankenhaussetting vorweist und ob bzw. in welchen Bereichen sie dem von SVENSSON (1997) vorgeschlagenen "negotiated order approach" zur Analyse dieser Beziehung überlegen ist. Der von ALLEN (1997) zur Beschreibung dieser Beziehung geprägte Begriff des "non negotiated boundary blurring" wird kritisch hinterfragt. Der potentielle Beitrag der vorliegenden Fallstudie und deren Ergebnisse für die Genderdebatte werden genauso diskutiert wie eine mögliche Integration der Erkenntnisse der mathematischen Spieltheorie in die in diese Arbeit angewandten Spielanalyse.

Die in dieser Arbeit vorgestellte (Re)konstruktion von Spielen anhand von Spielregeln und Strategien, erweist sich zusammenfassend als sinnvolle Methode in einem Kontext, in dem nicht vorschnell Lösungsvorschläge erwünscht sind, sondern ein Ausgangsproblem genau beschrieben werden soll. Für jene LeserInnen, die sich für das Setting Krankenhaus und die darin Beschäftigten

interessieren, bietet die akribische Beschreibung der formalen und informellen Spielregeln, die im System auf die Akteure und Akteurinnen wirken, ein umfangreiches Kontextwissen. Für ForscherInnen kann die vorliegende Arbeit als vorexerziertes Beispiel und mögliche Anleitung verstanden werden, wie man mit Hilfe der Spielanalyse konkret eine Analyse von Interaktionssituationen durchführen kann. Darüberhinaus, und dies ist wohl der wichtigste Punkt, werden durch die Formulierung der im Feld geltenden formalen wie informellen Regeln erst Interventionsmöglichkeiten sichtbar.

So wird im Spiel zwischen unerfahrenem/er Turnusarzt/ärztin und erfahrener Pflegekraft die informelle Regel beschrieben, dass TurnusärztInnen VOR PatientInnen niemals als unerfahren, fehlbar und unsicher erscheinen sollen. Diese informelle Feldregel ist dabei einerseits mit einer bestimmten Vorstellung über die PatientInnen verbunden. PatientInnen sind in diesem Kontext unmündige Kinder, denen die reale Situation nicht zuzutrauen ist, und welche potentiell Ärzteschaft und Pflege gegeneinander ausspielen wollen. Um dieses Szenario zu vermeiden, und Compliance der PatientInnen zu erreichen, versuchen sowohl ÄrztInnen wie auch Pflegekräfte in diesem Kontext mit allen Mitteln, den behandelnden Arzt/ die behandelnde Ärztin als unfehlbaren, sicheren und erfahrenen "Gott in Weiss" darzustellen. Konsequenz dieser im Feld gefundenen Spielregel ist, dass dieses Spiel zwischen unerfahrenem/r Turnusarzt/ärztin und erfahrener Pflegekraft erst dann verändert oder überhaupt obsolet wird, wenn dieses Konstrukt des "Gottes in Weiss" verschwindet. Die eigene Unsicherheit, Fehlbarkeit und Unerfahrenheit am Beginn des beruflichen Werdegangs als Arzt/Ärztin (und nicht nur dann) kann somit im Rahmen der Ausbildung thematisiert werden. Auch im Rahmen der Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege kann auf die besondere Situation der jungen, erst beginnenden ÄrztInnen eingegangen werden, der Umgang mit solchen Situationen könnte thematisiert werden. Als mögliche Anschlussforschung wäre hier jedoch auch denkbar, dass reale Rollenerwartungen von PatientInnen an ihre ÄrztInnen erhoben werden. Es wäre interessant zu erforschen, inwieweit empowernte PatientInnen mit Fehlbarkeit, Unsicherheit und Unerfahrenheit ihrer ÄrztInnen umgehen können, beziehungsweise ob und inwieweit deren Compliance tatsächlich damit zusammenhängt, ob ihr Arzt/ihre Ärztin offen eine erfahrene Pflegekraft um Rat fragt. Im Rahmen der PatientInnenempowerment- Diskussion

könnte weiters die den PatientInnen im Feld noch immer in vielen Bereichen zugeordnete Rolle als „unmündige Kinder“ untersucht werden und hinterfragt werden, ob und inwieweit dies ein Hemmschuh für andere Empowermentstrategien ist.

Die wichtigste Schlussfolgerung dieser Feldforschung für das Setting Krankenhaus und die interprofessionelle Zusammenarbeit ist, dass die Spiele, wie sie in vorliegender Arbeit beschrieben wurden, im Kontext einer Divergenz zwischen formalen Anforderungen und Regeln einerseits und praktisch gelebten und erlebten Anforderungen im Alltag andererseits, entstehen. Informelle Zuständigkeiten, wie zum Beispiel die eigenmächtige Medikamentenausgabe leichter Schlafmittel oder der Vorschlag einer Behandlungsmöglichkeit für PatientInnen von Seiten der Pflege im Ambulanzdienst (vgl. Kapitel 5.2. und 5.3.), entbehren jeglicher formaler Legitimation. Sie können somit auch nicht offen ausgehandelt werden, und müssen daher informell, auf personaler Ebene und verdeckt in Form von Spielen geregelt werden. Man kann nun argumentieren, dass dies wichtige Zeit- und Energieressourcen des Personals im Krankenhaus verbraucht, welche anderswo effizienter eingesetzt werden könnten.

Vielleicht braucht es auf dem Krankenhausesektor insgesamt ein Umdenken, indem reale Praktiken, die nicht nur in dieser Fallstudie, sondern auch in sehr vielen anderen Häusern anzufinden sind, wie zahlreiche informelle Gespräche mit Beschäftigten nahelegen, auch eine rechtliche Grundlage erhalten. So kann man die These aufstellen, dass die österreichische, rechtliche Situation der Pflege in Bezug auf die eigenständige Medikamentenausgabe noch immer nicht unwesentlich von den Vorfällen in Lainz geprägt ist. Dieser Pflegeskandal, im Rahmen dessen pflegerische Hilfskräfte ihre Macht missbraucht haben und PatientInnen getötet haben, ist als historischer Kontext der heutigen Situation der Pflege in Österreich zu verstehen, in dem diplomiertes Pflegepersonal keine eigenständige Medikamentenausgabe (und betrifft dies auch nur die zweite Hälfte einer Schlaftablette oder Kopfschmerztablette) vornehmen darf, auch wenn dies in der gelebten Praxis täglich praktiziert wird. EntscheidungsträgerInnen können diskutieren, ob die von der Pflege oftmals gelebte Praxis der eigenständigen Medikamentenausgabe für bestimmte, leichte, bereits angeordnete Medikamentengruppen zur Entlastung der TurnusärztInnen im Nachtdienst auch

rechtlich eine Basis zu geben ist. Der Stress und die Spannungen im interprofessionellen Team, die durch die Diskrepanz zwischen praktisch, realen Anforderungen und formalen Regeln entstehen, und, um bei diesem Beispiel der eigenständigen Medikamentenausgabe zu bleiben, bei der Pflege ein Gefühl hinterlässt, immer „mit einem Fuß im Gefängnis“ zu stehen, ist sicherlich für die Gesundheit und die Arbeitszufriedenheit nicht zuträglich.

Es bleibt die Hoffnung, dass durch die Beschreibung der in dieser Arbeit vorgestellten Spiele mit deren formalen wie informellen Spielregeln, eine Diskussion derselben eröffnet wird. Da Einsparungen, gesteigerter Zeitdruck und personale Unterbesetzung als strukturelle Rahmenbedingungen die Attraktivität von Gesundheitsberufen gefährden, wird auch in Zukunft eine Beschäftigung mit den im Krankenhaus ständig interagierenden Berufsgruppen Ärzteschaft und Pflege von großer Bedeutung sein.

Literaturverzeichnis

Adler, Patricia A.; Adler, Peter (1994): Observation techniques. In: Norman K. Denzin & Yvonna S. Lincoln (Eds.), Handbook of qualitative research (pp.377-392). Thousand Oaks, CA: Sage.

Allen, Davina (1997). The nursing-medical boundary: a negotiated order?. *Sociology of Health and Illness*, 19 (4), p.498-520.

Antoni, Conny H. (2010): Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. In: *Zeitschrift Evid.Fortbild.Qual.Gesundh.wesen(ZEFQ)*104(2010)18–24

Aster, Reiner; Merkens, Hans und Repp Michael (Hg.) (1989): *Teilnehmende Beobachtung. Werkstattberichte und methodologische Reflexion*. Frankfurt/New York: Campus Verlag.

Atkinson, P; Hammersley, M. (1998): *Ethnography and Participant Observation*. In: Denzin, N. (Hrsg): *Handbook of Qualitative Research. Strategies of qualitative inquiry*. Sage Publications: Thousand Oaks. p248-261

Axelrod, Robert (2000): *Die Evolution der Kooperation*. 5. Auflage. München: Oldenburg.

Badura, Bernhard und Günther Feuerstein (1991): *Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Zur Technisierung, Organisationsentwicklung, Arbeitsbelastung und Humanität im modernen Medizinbetrieb*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung

Barnes, Elisabeth (1961): *Menschliche Konflikte im Krankenhaus*. 3. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Blumer, Herbert (1973): *Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus*. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*, Bd. 1, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Bock-Rosenthal, Erika (1999): *Von der Krankenschwester zur Managerin – Akademisierung oder Professionalisierung*. In: Bock-Rosenthal, Erika (Hg.). *Professionalisierung zwischen Praxis und Politik: Der Modellstudiengang Pflegemanagement an der Fachhochschule*. S 17-41. Münster. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber

Bortz, J; Döring, N. (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler*. 4. überarb. Aufl. Heidelberg: Springer

Brunner, Bernhard und Michael Titze, (1995): *Wörterbuch der Individualpsychologie*. 2. Auflage. München: Ernst Reinhard Verlag.

Brunner, Andrea/Bürg, Tanja Maria/Bobens, Claudia/Schmid, Tom/Troy, Christian-Diedo/ Wagner, Anna (2011): Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen in Wien und Niederösterreich. Im Auftrag von AK-Wien, AK-Niederösterreich, NÖ Ärztekammer, Kurzfassung, Wien

Bucher, R.; Schatzmann, L (1964): Negotiating a Division of Labour Among Professionals in the State Mental Hospital. In: *Psychiatry* 27: p266-277

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2008): Krankenanstalten in Österreich. Hospitals in Austria. Wien: Kopierstelle des BMGFJ.

Burns, Tom R. (1990): Models of Social and Market Exchange: Toward a Sociological Theory of Games and Social Behavior. In: Calhoun, Craig; Meyer, Marshall W.; Scott, Richard W. (Hg.): Structures of power and constraint. Papers in honor of Peter M. Blau. Cambridge: Cambridge University Press.

Calhoun, Craig; Meyer, Marshall W.; Scott, Richard W.(Hg) (1990): Structures of power and constraint. Papers in honor of Peter M. Blau. Cambridge: Cambridge University Press.

Cibulka, Erich (1992): Das Burn-Out-Syndrom im Krankenhaus. Eine Vergleichsstudie zwischen ärztlichem und pflegendem Personal in Privatkrankeanstalten Wiens und Umgebung hinsichtlich Ausprägung und Entstehungsfaktoren des Burn-Out-Syndroms. Diplomarbeit. Wien

Clifford, G. (2000): Ethics and Politics in Qualitative Research. In: Denzin, N; Lincoln, Y. (Hrsg): Handbook of qualitative Research. 2nd Edition. London: Sage

Crozier, Michel; Friedberg, Erhard (1993): Die Zwänge kollektiven Handelns: Über Macht und Organisation. Neuausgabe. Frankfurt/Main: Verlag Anton Hain.

Dahlgaard, Knut (2010): Verbesserung der teamorientierten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden – Neue Chancen durch Prozessorientierung und erweiterte Aufgaben für Pflegende. In: *Z. Evid.Fortbild.Qual.Gesundh.wesen(ZEFQ)*104 (2010): 32–38

Davies, Celia (1996): The Sociology of Professions and the Profession of Gender. In: *Sociology* Vol. 30, Nr. 4; p661-678

Davies, Karen (2003): The Body and Doing Gender: The Relations between Doctors and Nurses in hospital work. In: *Sociology of Health and Illness*. Vol. 25: 7; p 720-742

Ellis, Carolyn (1995): Final Negotiations. A story of love and chronic illness. Philadelphia: Temple University Press.

Ewers, Michael (2012): Interprofessionalität als Schlüssel zum Erfolg. In: *Public Health Forum* 20, Heft 77

Fischer, Gabriele und Karin Gutierrez-Lobos (2002): Aufsteigchancen von Ärztinnen. In: Österreichische Krankenhaus Zeitung, Ausgabe 12/2002, p32-38

Flick, Uwe (Hg.) 2009 (2007): Doing Ethnographic and Observational Research. The Sage Qualitative Kit. London: Sage.

Flick, Uwe (2010): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg: Rowohlt.

Forster, Rudolf; Pelikan, Jürgen (1978): Patientenversorgung und Personalhandeln im Kontext einer psychiatrischen Sonderanstalt. Eine organisationssoziologische Untersuchung im Psychiatrischen Krankenhaus der Gemeinde Wien „Baumgartner Höhe“. Band 1&2. Institutsarbeit 109. Institut für Höhere Studien. Wien.

Frazer, James G. (1922): Preface. In: Malinowski, Bronislaw 1950 (1921): Argonauts off the western pacific. An account of Native Enterprise and Adventure in the Archipelagoes of Malanesian New Guinea. London: Routledge&Kegan Paul Ltd

Freidson, Eliot 1979: Der Ärztestand. Berufs- und wissenssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Freidson, Eliot (1986): Professional Power. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge. Chicago: University of Chicago Press.

Friedberg, Erhard (2002): Macht und Veränderung in Organisationen – ein Fallbeispiel. S.73-78. In: Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien (Hg.), Strategien der Macht. Eine Schriftenreihe des Gesellschaftspolitischen Diskussionsforums. 2002/01. Wien: Manz

Friedrichs, Jürgen; Hartmut, Lüdtke (1971): Teilnehmende Beobachtung. Zur Grundlegung einer sozialwissenschaftlichen Methode empirischer Sozialforschung. Reihe E: Untersuchungen, Band 11. Verlag Julius Beltz: Weinheim.

Froschauer, Ulrike; Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: Facultas

Fuchs, Werner, Rüdiger Lautmann, Otthein Rammstedt, Hans Wienold, (1995): Lexikon zur Soziologie. 3. Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Garmanikow, E. (1991): Nurse or women: gender and professionalism in reformed nursing 1860-1923. in: Holden, P; Littleworth, J (edt.). Anthropology and Nursing. London: Routledge.

Girtler, Roland (1980): Vagabunden in der Großstadt. Teilnehmende Beobachtung in der Lebenswelt der „Sandler“ Wiens. Stuttgart: Enke.

Girtler, Roland (2004): 10 Gebote der Feldforschung. Wien: Lit Verlag

Girtler, Roland (2008): Herrschaften wünschen zahlen. Die bunte Welt der Kellnerinnen und Kellner. Wien: Böhlau

Gold, R (1958): Roles in Sociological Field Observation. Social Forces 36, Nr.3: 217-23

Grossmann, Ralph (Hg.) 1997: Besser, Billiger, Mehr. Zur Reform der Expertenorganisationen Krankenhaus, Schule, Universität. Wien: Springer.

Guggenberger, Reinhard (1997): Macht und Organisation. Versuch einer Konzeptualisierung. Diplomarbeit zur Erlangung des Magistergrades der Soziologie. Wien.

Harris Interactive: Firemen, Doctors, Scientists, Nurses and Teachers Top List as 'Most Prestigious Occupations,' According to Latest Harris Poll. Online verfügbar unter: <http://www.prnewswire.com/news-releases/firemen-doctors-scientists-nurses-and-teachers-top-list-as-most-prestigious-occupations-according-to-latest-harris-poll-54826437.html> (abgerufen am 7.11.2013)

Hibbeler, Birgit (2011): Ärzte und Pflegekräfte. Ein chronischer Konflikt. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg 108. Heft 41

Hillmann, Karl-Heinz (1994): Wörterbuch der Soziologie. 4. Auflage. Stuttgart: Kröner Verlag.

Hofer, Simone (2005): Erwartungen klären und analysieren – ein Beitrag zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings. Eine Fallanalyse an einem gesundheitsfördernden Krankenhaus. Wien: Diplomarbeit

Holyoake, Dean-David (2011): Is the doctor-nurse game still being played? In: Nursing Times: vol 107. No 43

Hughes, David (1988): When nurses know best: some aspects of doctor-nurse interaction in a casualty department. In: Sociology of Health and Illness Vol10, No 1

Humphreys, Laud (1975): Tearoom trade: Impersonal sex in public places. Enl. ed. with a retrospect on ethical issues . New York: Aldine

IFES (2010): SpitalsärztInnen in Österreich 2010. Ergebnisse der Befragung für die Bundeskurie Angestellte Ärzte in der Österreichischen Ärztekammer nach Geschlecht. Powerpointpräsentation verfügbar unter: <http://www.aerztekammer.at/cache/00000000020101117115158.xml/Folien%20IFES.pdf>. (abgerufen am 30.12.2012)

Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien (Hg.) (2002): Strategien der Macht. Eine Schriftreihe des Gesellschaftspolitischen Diskussionsforums. 2002/01. Wien: Manz

Küpper, Willi und Günther Ortmann (Hg.) (1992): Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Lecher S, Klapper B, Schaeffer D, Koch U: Endbericht zum Modellprojekt „Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus“ von April 1999 bis Mai 2002. Im Auftrag der Bundesärztekammer verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/EndberichtInterKiK.pdf> (abgerufen am 4.11.2013)

Lohmann, Christopher (2000): Organisation dauerhafter Kooperation. Beiträge zur personal- und Organisationsökonomie Bd. 4. München: Hamp

Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (2003): Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals

Lueger, Manfred (1989): Machtbeziehungen in Organisationen. Dissertation. Wien

Luhmann, Niklas (1976): Funktionen und Folgen formaler Organisationen. 3. Auflage. Schriftreihe der Hochschule Speyer, Band 20. Darmstadt: Duncker & Humboldt

Malinowski, Bronislaw 1950 (1921): Argonauts off the western pacific. An account of Native Enterprise and Adventure in the Archipelagoes of Malanesian New Guinea. London: Routledge&Kegan Paul Ltd

Migration Information Source: US in Focus. College Educated Immigrants in the United States. Online verfügbar unter: <http://www.migrationinformation.org/Profiles/display.cfm?ID=702> (abgerufen am 7.11.2013)

Mintzberg, Henry (1992): Die Mintzberg – Struktur. Organisationen effektiver gestalten. Lech: Verlag Moderne Industrie.

Mixa, Elisabeth (2000): Zwischen den Sprossen: Aufstiegsbedingungen und Karrierebarrieren für Medizinerinnen im professionellen und universitären Feld. 1. Aufl. Wien: Bundesministerium für Wiss. u. Verkehr

Mixa, Elisabeth (1998): Ärztinnen im Berufsfeld Medizin; Arbeits- und Aufsteigschancen, speziell im Wissenschaftsbetrieb. Dissertation. Wien.

Müller, Gottfried (1998): Praxisbereich: Empathie und Kooperation bei Pflegekräften in Krankenhäusern. In: Spieß, Erika (Hg.), Formen der Kooperation. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Neuberger, Oswald (1992): Spiele in Organisationen, Organisationen als Spiele. In: Küpper, Willi und Günther Ortmann (Hg.), Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen. Opladen: Westdeutscher Verlag. S 54-86

Ortmann, Günther (1992): Macht, Spiel, Konsens. In: Küpper, Willi und Günther Ortmann (Hg.), Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen. Opladen: Westdeutscher Verlag. S.13-26

Ulrike Papouschek (2011): Umstrukturierungen im Krankenhaus und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen. FORBA-Forschungsbericht 5/2011, Jubiläumsfondsprojekt

Pelikan; Jürgen M. und Karl Krajic, (1993): Gesundheitsförderung im und durch das Krankenhaus – Konzepte und Strategien, Projekte und Netzwerke. S. 85-99. In: Pelikan, Jürgen. M; Hildegard Demer und Klaus Hurrelmann (Hg.), Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim: Juventa

Pelikan, Jürgen. M; Hildegard Demer und Klaus Hurrelmann (Hg.) (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim: Juventa

Pelikan, Jürgen und Stephan Wolff (1999): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Weinheim: Juventa.

Pillitteri, Adele und Michael Ackermann (1993): The „Doctor – Nurse Game“: A Comparison of 100 Years – 1888-1990. In: Nursing Outlook 1993 (41): 113-116

Radner , Alfred (2004): Kooperationsfragen Ärzte und Krankenpflege. (Online verfügbar unter: www.turnusdoc.at abgerufen am 27.3.2013)

Reichertz, Jo (1989): Hermeneutische Auslegung von Feldprotokollen?- Verdrießliches über ein beliebtes Forschungsmittel. S: 84-102. In: Aster, Reiner; Merckens, Hans und Repp Michael (Hg.) Teilnehmende Beobachtung. Werkstattberichte und methodologische Reflexion. Frankfurt/New York: Campus Verlag

Rosenthal, Gabriele (1995): Erlebte und erzählte Lebensgeschichte: Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen. Frankfurt, Main [u.a.]: Campus-Verl.

Rosenthal, Gabriele (2005): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Sander, Kirsten (2008): Machtspiele im Krankenhaus:"doing gender" oder "doing profession"? In: FQS Forum: Qualitative Sozialforschung. Social Research. Volume 9, No. 1, Art. 4.

Schütze, Fritz (1976): Sprache soziologisch gesehen. 2. Sprache als Indikator für egalitäre und nicht-egalitäre Sozialbeziehungen. München : Fink

Spicker, Ingrid (2001): Professionalisierung der Pflege. Die Sicht der Pflegenden in der Praxis. Eine qualitative Untersuchung der Wahrnehmung und Einschätzung ausgewählter Professionalisierungsaspekte durch die Pflege. Diplomarbeit. Wien.

Spieß, Erika (Hg.) (1998): Formen der Kooperation. Bedingungen und Perspektiven. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie

Sprenger, Anne (1989): Teilnehmende Beobachtung in prekären Handlungssituationen – Das Beispiel Intensivstation. Aus: Aster, Reiner; Merkens, Hans und Repp Michael (Hg.) 1989: Teilnehmende Beobachtung. Werkstattberichte und methodologische Reflexion. Frankfurt/New York: Campus Verlag. S: 35-56

Statistik Austria (2013): Personal im Gesundheitswesen. Statistische Daten online verfügbar: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/ (abgerufen am 4.11.2013)

Statistik Austria (2010): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009. Wien

Statistik Austria (2008): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2007. Wien

Stein, L. (1967): The doctor – nurse game. Archives of General Psychiatry 16: 699-793

Stein, L.I.; Watts, D.T.; Howell, T. (1990): The doctor – nurse game revisited. The New England Journal of Medicine. Vol. 322 (8): 546-9.

Strauss, Anselm (1988): Negotiations. Varieties, Contexts, Processes, and Social Order. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.

Strauss, Anselm; Crobin, Juliet (1990): Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques. Sage: London.

Svensson, Roland (1996): The interplay between doctors and nurses – a negotiated order perspective. In: Sociology of Health and Illness, Vol 18, Nr. 3: 379-398

Sweet, Sarah J; Norman, Ian J (1995): The nurse – doctor relationship: a selective literature review. In: Journal of Advanced Nursing 1995: 165-170.

Vogd, Werner (2004): Ärztliche Entscheidungsfindung im Krankenhaus. Komplexe Fallproblematiken im Spannungsfeld von Patienteninteressen und administrativ-organisatorischen Bedingungen. In: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 33, Heft 1, Februar 2004, S. 26–47

Vogd, Werner (2006): Teilnehmende Beobachtung - Participatory observation. In: Schmitz, Sven-Uwe; Schubert, Klaus (Hg.): Einführung in die politische Theorie und Methodenlehre, Leverkusen: B. Budrich, S. 89-109

Waditschaka Marion (1994): Medizinische Professionalisierung der österreichischen Ärzteschaft vom ausgehenden 18. bis zum beginnenden 20. Jahrhundert. Diplomarbeit. Wien

Wallraff, Günter (1982): Der Aufmacher: der Mann, der bei Bild Hans Esser war. Köln: Kiepenheuer & Witsch

Wallraff, Günther (2007): Ganz unten. Mit einer Dokumentation der Folgen. 18. Auflage. (1985). Köln: Kiepenheuer & Witsch

Watzlawick, Paul (2005): Wie wirklich ist die Wirklichkeit? Wahn, Täuschung, Verstehen . 3. Aufl. München: Piper

Weber, Max (1980): Wirtschaft und Gesellschaft. 5.Auflage Tübingen: Mohr

Whyte, William Foote (1996) [1943]: Die Street corner society: die Sozialstruktur eines Italienviertels. Überarbeitet von Reinhard Blomert und Joachim Kalka. Ein einer Einführung von Peter Atteslander. New York: de Gruyter

Wikipedia 2013: Nursing in the United States. Online verfügbar unter: http://en.wikipedia.org/wiki/Nursing_in_the_United_States (abgerufen am 7.11.2013)

Wolff, Stephan (1999): Organisationswissenschaftliche Grundlagen: Das Krankenhaus als Organisation. In: Pelikan, Jürgen und Stephan Wolff: Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Weinheim: Juventa.

CV Simone Grandy

e-mail: simone.grandy@univie.ac.at

Ausbildungen:

1999-2005: Studium der Soziologie, Kultur- Sozialanthropologie, Universität Wien

2005-2014: Doktoratsstudium der Philosophie, Dissertationsgebiet: Soziologie. Universität Wien

Universitäre Lehrtätigkeit als Externe Lektorin am Institut für Soziologie, Universität Wien

SS 2013: FOPRA Frauengesundheit (gemeinsam mit Gerlinde Mauerer)
UE Qualitative Auswertung von Beobachtungsprotokollen

WS 2013: UE Teilnehmende Beobachtung und Erstellen von Beobachtungsprotokollen

SS 2013: UE Qualitative Auswertung von Beobachtungsprotokollen

SE Grounded Theory -Schwerpunkt Interviewführung und offenes Kodieren

WS 2012: UE Teilnehmende Beobachtung und Erstellen von Beobachtungsprotokollen

SS 2012: Elternkarenz

WS 2011: UE Teilnehmende Beobachtung und Erstellen von Beobachtungsprotokollen

WS 2010: FPR Forschungspraktikum 2

SS 2010: FPR Forschungspraktikum 1

2005-2010: Studienassistentin: Betreuung der LV Forschungspraktikum bei Prof. Anselm Eder, Institut für Soziologie, Universität Wien

2005-2007: Forschungsassistentin von Prof. Jürgen Pelikan am Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie

2004: Tutorin der VO: Grünzüge der empirischen Sozialforschung

2003: Tutorin des PS: soziologische Forschungsmethoden

Forschungsprojekte:

3/2009-5/2010: Projektarbeit „Evaluation der Schulpsychologie“ im Auftrag des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur. Projektleitung: Prof. Anselm Eder, Institut für Soziologie, Universität Wien

Vorträge:

Geplant 9/2013: „interdisziplinäre Spiele im Krankenhaus“, ÖGS Konferenz, Panel Medizin- Gesundheitssoziologie

2/2012: „Frauen als ÄrztInnen“, Verein Frauenhetz

Publikationen:

Grandy, Simone (2013): "Spiele im Krankenhaus" Ergebnisse einer teilnehmenden Beobachtung an einer internen Abteilung eines öst. Krankenhauses. In: Österreichische Gesellschaft für Soziologie, Institut für Soziologie der JKU (Hg.): Krisen in der Gesellschaft – Gesellschaft in der Krise. Herausforderungen für die Soziologie, Linz: JKU.

Eder, Anselm / Betz, Susanne Helene / Grandy, Simone / Morgeditsch, Wolfgang / Remesch, Alexander / Troger, Tobias (2009): Die Schulpsychologie-Bildungsberatung. Die Wahrnehmung einer Einrichtung aus der Sicht von Schulaufsicht, LehrerInnen, SchülerInnen und Eltern. Perspektiven und Potenziale. Endbericht zur externen Evaluation der Schulpsychologie-Bildungsberatung an das bmukk.

Hofer*, Simone (2005): Erwartungsklä rung in Führungsteams eines "Gesundheitsfördernden Krankenhauses". Eine qualitative Fallanalyse. Diplomarbeit. Wien

Abstract

Vorliegende Arbeit beschäftigt sich im Rahmen einer Fallanalyse mit der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege im Setting Krankenhaus. Empirische Grundlage der Arbeit ist eine sechsmonatige teilnehmende Beobachtung an einer Internen Abteilung eines österreichischen Landeskrankenhauses. Die Autorin hatte die Möglichkeit in der Rolle einer Famulantin auf den Stationen die täglichen Abläufe zu beobachten. Ergänzend dazu wurden elf ein- bis dreistündige narrative Interviews mit ÄrztInnen und Krankenschwestern bzw. Pflegern im Setting durchgeführt. Zur Analyse der interprofessionellen Zusammenarbeit wird ein modernisierter, soziologisch adaptierter Spielbegriff verwendet, mit dessen Hilfe immer wiederkehrende potentielle Konfliktbereiche zwischen Ärzteschaft und Pflege (re)konstruiert werden. Der Spielbegriff greift die vielfach rezipierte jedoch theoretisch anspruchslose Metapher des Doctor- Nurse- Games von Stein (1967) auf, unter der ein indirekt-manipulatives Spiel zwischen Krankenpflegepersonal und ÄrztInnen zu verstehen ist, im Rahmen dessen Krankenschwestern und Pfleger ihre (Behandlungs-)Vorschläge den ÄrztInnen gegenüber nur indirekt äußern können bzw. diese so aussehen sollten, als ob sie eigentlich von den ÄrztInnen initiiert worden wären. Diese Spielmetapher wird theoretisch durch den Spielbegriff der Organisationssoziologen Crozier und Friedberg (1993) aufgewertet, welcher die Möglichkeit mit sich bringt, die Vorteile von System- und Akteurstheorie zu verbinden. Der von Crozier/Friedberg verwendete Analyserahmen zur Analyse von Spielen in Organisationen wird weitgehend übernommen, jedoch um den neuen Begriff des Spielzuges erweitert. Im Rahmen der Arbeit werden zwei im Feld vorgefundene potentielle Konfliktbereiche innerhalb der Zusammenarbeit von ÄrztInnen und Krankenpflegepersonal als Spiele genau (re)konstruiert: Das Spiel "unerfahrene/r Turnusarzt/ärztin und erfahrene/r Krankenschwester/Pfleger im Ambulanzdienst" und das Spiel "Medikamentenvergabe im Nachtdienst." Diese Spiele werden akribisch anhand deren formalen wie informellen Spielregeln und den im Feld vorgefundenen Strategien, welche von beobachteten Spielzügen abgeleitet werden, (re)konstruiert. Im Gegensatz zu us-amerikanischen und nordischen Debatten, die auf Grund veränderter Kontextbedingungen von einem Ende des indirekt-manipulativen Doctor-Nurse- Game sprechen, legen Ergebnisse

dieser österreichischen Studie nahe, dass das vor über 50 Jahren von Stein (1967) formulierte Doctor- Nurse- Game noch immer gespielt wird, sofern PatientInnen als spielstrukturierende Umwelt anwesend sind.

Abstract (english)

This dissertation is a case study that analyzes interprofessional collaboration of nurses and doctors in the hospital setting. The empirical basis of this study is a six-month participant observation at an internal medicine department in an Austrian public hospital. In the role of a medical student (Famulantin), who carries out her compulsory traineeship at an hospital, the author had the opportunity to observe the daily routines of nurses and doctors at different wards of the internal medicine department. In addition eleven one- to three-hour narrative interviews with doctors and nurses were carried out in the setting. The interprofessional collaboration of nurses and doctors in this study is analyzed by using a modernized, sociologically adapted game concept that enables the (re)construction of potential areas of conflict between doctors and nurses. The game concept picks up on the Doctor-Nurse-Game metaphor that was coined by Stein (1967) which describes an indirect manipulative game between nurses and doctors where nurses could only make recommendations concerning treatment very indirectly and those recommendations had to appear as if they were initiated by the doctors. The Doctor-Nurse-Game metaphor, though well received in the scientific community, is theoretically quite unambitious. This lack of theoretical claim of the game concept of Stein (1967) is upgraded in this study with the theoretical game concept of the organizational sociologists Crozier/Friedberg (1993), who claim to combine the advantages of system and actor theory within the concept of the game. For this study the analytical framework of Crozier/Friedberg (1993) for the analysis of games in organizations is used and slightly modified by introducing the term of the „move“. On the basis of the empirical findings two potential areas of conflict between doctors and nurses are analyzed with the help of the game concept: The game "inexperienced doctor and experienced nurse in the ambulance service" and the game "drug administration during the night shift". These games are (re)constructed meticulously based on their formal and informal rules of the game and the different strategies, which are derived from observed moves. In contrast to us-american and nordic debates, that postulate due to altered conditions the end of the indirect- manipulative Doctor-Nurse- Game, results of this Austrian study suggest that the indirect- manipulative Doctor- Nurse- Game, that was formulated by Stein (1967) about fifty years ago, is still played, provided that patients are present as gametexturing environment.