



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Patientenorientierung im ambulanten Setting -
Eine soziologische Untersuchung einer Unfallambulanz

Verfasserin der Diplomarbeit

Bianca Maria Lutz

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Verfasserin:	Bianca Maria Lutz
Matrikel-Nummer:	0400468
Studienrichtung:	A 057 122
Studienrichtung:	IDS Pflegewissenschaft
Betreuerin:	Mag. Dr. Sonja Novak-Zezula

Wien, 2009

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Ziel der Arbeit	7
1.1	Kurzzusammenfassung	8
1.2	Persönlicher Zugang	9
2	Organisationssoziologie	11
2.1	Einleitung	11
2.2	Menschen in Organisationen	13
2.3	Organisationsziele	16
2.4	Organisationsstrukturen	17
2.5	Organisationskultur	18
2.6	Das Krankenhaus	24
2.6.1	Ziele	24
2.6.2	Mitglieder	25
2.6.3	Kultur	25
2.7	Asymmetrien	29
2.7.1	Asymmetrie nach Coleman	30
2.7.2	Asymmetrien im Krankenhaus	32
2.7.3	Informationsasymmetrien	33
3	Patientenorientierung	35
3.1	Entstehung, Einführung und Begrifflichkeit	36
3.2	Entwicklungen (am Beispiel AKH)	40
3.3	Leitfaden für Patientenorientierung des Bundesministeriums	41
3.4	Konzepte der Patientenorientierung	42
3.4.1	Patientenorientierung aus der betriebswirtschaftlichen Sicht - Kundenorientierung	42
3.4.2	Patientenorientierte Systemgestaltung im Gesundheitswesen	44

3.4.3	Das Modell der multidimensionalen Patientenorientierung nach Karin Wittneben	49
3.4.4	Das Modell der Krankheitsverlaufskurve nach Corbin und Strauss	54
3.4.5	Patient-Centered Medicine	57
3.4.6	Hemmnisse in der Anwendbarkeit	63
3.4.7	Fazit	64
4	Gesundheit & Krankheit	66
4.1	Gesundheits- und Krankheitsdefinition von Laien	68
4.2	Die PatientInnen als Hilfesuchende	69
4.3	Das Konzept der Krankenrolle nach Parsons	72
4.4	Patientenkarriere	73
5	Empirie	75
5.1	Einleitung	76
5.2	Beschreibung der Unfallambulanz	77
5.3	Forschungsverlauf	79
5.4	Persönliche Eindrücke	80
5.5	Die Methoden der Untersuchung	81
5.5.1	Das Experteninterview	81
5.5.2	Wichtige Ergebnisse des Experteninterviews	81
5.5.3	Der Ablauf auf der Unfallambulanz	84
6	Qualitative Interviews	86
6.1	Der qualitative Forschungsansatz	86
6.2	Das vorliegende Material	87
6.3	Setting des Interviews und Auswahl der InterviewpartnerInnen	88
6.4	Besonderheit der Interviewsituation in der Ambulanz	88
6.5	Auswertungsmethode: Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring .	89
6.6	Durchführung der Auswertung	91
6.7	Ergebnisse der Studie	99
6.7.1	Raum	100
6.7.2	Zeit	105
6.7.3	Sprache	111
6.7.4	Technik	117
6.7.5	Beantwortung der Forschungsfrage	119

6.8	Rückführung der Ergebnisse in die Praxis	124
6.9	Anregungen für weiterführende Forschung und Schluss	125
	Abbildungsverzeichnis	126
	Literaturverzeichnis	127
	Lebenslauf	132

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei meiner Familie und besonders bei meinen Eltern bedanken, die mir die Ausbildung ermöglicht haben und mich in jeder Phase meines Lebens unterstützt haben.

Bedanken möchte ich mich bei meinem Freund für die Unterstützung auf allen Ebenen und bei meinen StudienkollegInnen und Freunden für Anregungen, Ermutigungen und die schöne Studienzeit.

Dr. Sonja Novak-Zezula gilt besonderer Dank für die Betreuung der Arbeit.

Nicht zuletzt ein großes Dankeschön an das gesamte Team der Unfallambulanz für die unkomplizierte Zusammenarbeit, die Akzeptanz und die Offenheit, sowie an alle Menschen, die mir für die Befragung ihre Zeit geschenkt haben.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere:

Dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfsmittel bedient habe.

Dass ich dieses Diplomarbeitsthema weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

.....

Datum

.....

Unterschrift

1 Einleitung und Ziel der Arbeit

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zum Ersten einen Überblick über verschiedene Konzepte der Patientenorientierung zu geben, die zum Teil aus verschiedenen Ursprüngen und Fachbereichen stammen, und das Gemeinsame und Trennende dieser Konzepte zusammenzufassen. Dies ist im Hinblick auf die Schwierigkeit, in einer Unfallambulanz mit ihren Spezifika patientenorientiert zu arbeiten, ein wichtiger Aspekt. Auf Grund der Patientenklientels ist es unerlässlich auf das Konzept der Patientenkarriere einzugehen. Mit dem Eintritt ins Krankenhaus ergibt sich für die meisten Menschen ein Bruch mit der Alltagswelt, der mit Ängsten und Unsicherheiten verbunden sein kann. Deshalb wird auch auf die Bezugsebenen von Gesundheit und Krankheit sowie auf die Patientenrolle¹ eingegangen. Letztlich soll die Unfallambulanz als Teilbereich des Krankenhauses beleuchtet werden und eine Momentaufnahme abgebildet werden. Dazu gehört die Klärung wichtiger Begriffe der Organisationssoziologie im theoretischen Teil. Allgemeine und spezifische Aspekte der Organisationskultur werden ebenso thematisiert wie die Gründe, warum in Organisationen Informationsasymmetrien entstehen können.

Mayer (1999) fasst in ihrem Werk „Pflegeforschung-Elemente und Basiswissen“ wichtige Ziele der Pflegeforschung zusammen. Unter anderem stellen Forschung über Bedürfnisse und Befindlichkeiten der PatientInnen sowie Fragen der Organisation und Ablaufstruktur pflegerischer Tätigkeit einen wesentlichen Gegenstandsbereich der Pflegeforschung dar (vgl. Mayer, 1999, S.33). Diese Arbeit stellt einen wichtigen Beitrag dazu dar.

Ziel des empirischen Teils ist es, zuerst mittels Experteninterview fundiertes Wissen über Abläufe, Arbeitssituation, Schnittstellen und Umgang mit PatientInnen darzustellen, um danach PatientInnen zu ihrem Erleben in der Unfallambulanz zu befragen. Mit Hilfe dieser Informationsquellen wird versucht, die Organisations- und Patientensichtweise zu vergleichen und die jeweiligen Interessenslagen herauszufiltern.

¹Aus Gründen der Lesbarkeit wird in weiterer Folge auf eine gendergerechte Schreibweise bei zusammengesetzten Wörtern verzichtet. Die weibliche Form ist jedoch selbstverständlich inkludiert.

Daraus ergibt sich nun folgende Forschungsfrage:

Welchen Ausschnitt der Wirklichkeit erleben die PatientInnen?

Dazu zählen die Unterfragen:

- Welche informellen Schnittstellen durchschreiten die PatientInnen im Laufe ihres Aufenthaltes auf der Unfallambulanz?
- Wie können sich die PatientInnen in der Organisation orientieren?
- Wie orientiert sich die Organisation an den PatientInnen?

1.1 Kurzzusammenfassung

Das Krankenhaus hat sich über die Zeit zu einer hochkomplexen Organisation entwickelt, die gekennzeichnet ist durch ein hohes Maß an Arbeitsteilung, hohen Technikeinsatz und vielschichtige interdisziplinäre Zusammenarbeit. Vielerlei Anforderungen werden von außen an die Krankenhäuser herangetragen, die von akuter Notfallversorgung, modernster Pflege und Betreuung, Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit bis zur Gesundheitsförderung durch und für MitarbeiterInnen reichen. Patientenorientierung wird in diesem Zusammenhang immer wichtiger. Es existieren zahlreiche Konzepte aus der Pflege, der Medizin und der Betriebswirtschaft, von denen ausgewählte in der vorliegenden Arbeit vorgestellt und in ein ambulantes Setting transferiert werden. Zuvor werden noch relevante Themengebiete aus der Organisationssoziologie und eine kurze Entstehungsgeschichte des Begriffs der Patientenorientierung präsentiert. Gesundheit und Krankheit in unterschiedlichen Bezugssystemen finden ebenfalls Beachtung.

Um den Alltag in einer Unfallambulanz zu beschreiben, wurde ein Experteninterview geführt sowie eine Befragung mittels qualitativer Interviews mit 38 PatientInnen der Unfallambulanz durchgeführt. Die Auswertung erfolgte durch die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring.

Um Patientenorientierung im Setting einer Unfallambulanz zu ermöglichen, ist es notwendig, dass den PatientInnen genügend Zeit und Raum zur Verfügung gestellt werden und ihnen mit einer, ihren Kenntnissen angemessenen, Sprache, entgegengekommen wird. Doch auch die PatientInnen leisten wichtige Anpassungsleistungen an die Organisation Krankenhaus und so wird sowohl von Seiten des Personals als auch von Seiten der

PatientInnen viel dazu beigetragen, den Ablauf in Gang zu halten. Informelle Schnittstellen werden im empirischen Teil ebenso beschrieben wie Spezifika der Arbeitssituation in der Unfallambulanz.

Abstract

Today's hospitals are complex organisations with lots of division of labour, lots of technology and interdisciplinary cooperation. With the help of the organization sociology the most important terms are illustrated.

Patient-centered care and medicine is a multilayered topic which is discussed in five different concepts from different points of view. Furthermore, an analysis was carried out within the setting of an emergency unit to ask 38 patients about their experiences in the clinic. The interpretation of the interviews was carried out with Philipp Mayring's qualitative analysis. In order to enable patient-centered care and medicine, enough time and space for the patients has to be available and nurses and doctors have to talk to the patients in an appropriate way including not to use too many technical terms. If possible, the needs of the patients should be met and information about different conceptions of health and ill health has to be kept in mind.

What is the organization able to provide for the patients to help them to find their way around in a hospital and which strategies do patients use to adjust to the structures in a hospital? Informal interfaces and working conditions in an emergency unit are described as well.

1.2 Persönlicher Zugang

Meine persönliche Motivation mich im Rahmen der Diplomarbeit mit dem Themenbereich der Patientenorientierung auf einer Unfallambulanz zu beschäftigen ist aus mehreren Gründen entstanden. Durch meine Tätigkeit als Rettungssanitäterin konnte ich erleben, wie viele Tätigkeiten beim Eintreffen von verletzten PatientInnen ineinandergreifen und wie viele verschiedene Berufsgruppen im Notfall für die PatientInnen zusammenarbeiten. Die Arbeitssituation auf der Unfallambulanz ist aus vielerlei Gründen anders als beispielsweise im Stationsbetrieb. Die oft kurze Dauer der Patientenkontakte macht einen Beziehungsaufbau oft schwierig. Die PatientInnen sind vielfach verunsichert, haben einen erhöhten Informationsbedarf und brauchen Unterstützung. Mein Ziel

war es daher, mich selber „hinter die Kulissen“ der Unfallambulanz zu begeben und über die Patientensicht hinaus den Ablauf von der Organisationsseite her zu beleuchten. Auf der Unfallambulanz werden neben Notfällen auch viele PatientInnen mit chronischen Wunden und länger dauernden Verletzungen wie Knochenbrüchen, Knorpel- oder Bänderschäden ambulant behandelt. Daher finden sich auf der Unfallambulanz „routinierte“ Ambulanzbesucher ebenso wie verängstigte Angehörige von schwerverletzten Personen und verärgerte Unglücksraben. Die Behandlungspalette erstreckt sich vom Kleinkind bis zum Hochbetagten, von der einfachen Verstauchung bis zum Polytrauma. Auf Grund der Unterschiedlichkeit der Patientenklientels ist es für mich faszinierend, wie man von der Organisationsseite den Ansprüchen gerecht werden kann, um für alle diese PatientInnen passende Strukturen zu schaffen. Mein Interesse bestand nun darin, mich in diesem Zusammenhang auch mit Konzepten zur Patientenorientierung zu beschäftigen und diese auch mit den Besonderheiten der Unfallambulanz zusammenzuführen. Die oben genannten „routinierten“ Ambulanzbesucher haben oft eine lange Patientenkarriere hinter sich. Auch diesem Aspekt möchte ich mich widmen. Mein persönliches Ziel war es, selbst eine Sichtweise zu erlangen, die über die Patientensicht hinausgeht und diese dann mit dem „Ausschnitt der Wirklichkeit“, den die PatientInnen erleben, zu vergleichen.

2 Organisationssoziologie

In diesem Kapitel werden ausgewählte Bereiche der Organisationssoziologie besprochen, die für die vorliegende Arbeit von Bedeutung sind. Zuerst wird in sehr allgemeiner Form auf die handelnden Individuen in Organisationen und auf die Organisationsziele, -strukturen und -kultur eingegangen. Danach werden diese Aspekte mit Hilfe des Krankenhauses als spezielle Organisation konkretisiert, die Mitglieder und Ziele beschrieben sowie ausführlich auf eine Untersuchung von Lalouschek/Menz/Wodak (1990) zur Kultur einer Ambulanz eingegangen. Im letzten Teil dieses Kapitels wird auf Asymmetrien von Beziehungen als ein Problem der modernen Organisationsgesellschaft hingewiesen und in diesem Zusammenhang auch mögliche Informationsasymmetrien im Krankenhaus diskutiert.

2.1 Einleitung

Wir leben in einer Gesellschaft, die stark durch Organisationen geprägt ist. Organisationen bestimmen den sozialen Alltag und den Lebenslauf und die Menschen verbringen einen wesentlichen Teil ihres Lebens eingebunden in ein Netzwerk von Organisationen, sei es als deren Mitglieder, Beschäftigte, KlientInnen oder AkteurInnen (vgl. Büschges/Abraham, 1997, S.27).

Organisationen können somit als Lebensräume verstanden werden, da die Menschen Zeit ihres Lebens sowohl freiwillig als auch unfreiwillig mit ihnen in Interaktion treten. „Sie sind für diese (Anm.: die Menschen) nicht nur Instrumente zur Verwirklichung anderer Ziele, sondern von zentraler Bedeutung für die Gestaltung ihres Lebens“ (vgl. Büschges/Abraham, 1997, S.39).

Trotz der Vielfalt an Organisationen, die unser tägliches Leben prägen, oder gerade aus diesem Grund gestaltet es sich schwierig, eine einheitliche Definition dessen aufzustellen, was unter dem Begriff der Organisation allgemein verstanden werden kann.

Deshalb soll eine allgemeingültige Definition vorangestellt werden, die Büschges und Abraham (1997) liefern. Unter Organisation soll verstanden werden:

„Von bestimmten Personen gegründetes, zur Verwirklichung spezifischer Zwecke planmäßig geschaffenes, hierarchisches verfaßtes, mit Ressourcen ausgestattetes, relativ dauerhaftes und strukturiertes Aggregat (Kollektiv) arbeitsteilig interagierender Personen, das über wenigstens ein Entscheidungs- und Kontrollzentrum verfügt, welches die zur Erreichung des Organisationszweckes notwendige Kooperation zwischen den Akteuren steuert, und dem als Aggregat Aktivitäten oder wenigstens deren Resultate zugerechnet werden können“ (S. 52).

Diese Definition enthält alle wesentlichen Punkte, die, wenn man von einer allgemeinen, organisationssoziologischen Betrachtung ausgeht, Schlüsselbegriffe darstellen und in weiterer Folge genauer und auch isoliert betrachtet werden.

Aus dieser allgemeingültigen Definition ergeben sich folgende Merkmale, die vielen Organisationen gemeinsam sind (vgl. Büschges/Abraham, 1997, S.18f):

- Sie wurden gegründet als Zusammenschlüsse von Personen, die AkteurInnen genannt werden, um das handelnde Element zu betonen.
- Sie wurden von AkteurInnen geschaffen, durch das Zusammenlegen von Ressourcen und zur Verfolgung spezifischer, ihren Interessen dienender Zwecke.
- Organisationen sind arbeitsteilig gegliedert. Jeder Akteur leistet durch den ihm übertragenen Aufgabenbereich einen Beitrag zur Erfüllung des spezifischen Zweckes des Zusammenschlusses.
- Organisationen sind mit einer Leitungsinstanz ausgestattet, die verantwortlich ist für die Steuerung der Kooperation und den Einsatz der Ressourcen innerhalb der Organisation sowie für die Vertretung des Zusammenschlusses nach außen. Ein weiteres Aufgabenfeld der Leitungsinstanz besteht darin, die Zusammenarbeit zu gewährleisten und die Verantwortung für die Ausrichtung der Organisation auf den spezifischen Zweck zu übernehmen.
- Organisationen besitzen eine formale oder informelle Verfassung. Sie soll die Rechte und Pflichten der der Organisation angehörenden AkteurInnen, sowie die Zweckbestimmung und hierarchische Ordnung bestimmen und die Handlungseinheit gewährleisten.

Endruweit (2004) bedient sich folgender Definition: „Eine Organisation ist ein soziales System mit überdurchschnittlich spezifizierter Zielbestimmung und überdurchschnittlich spezifizierter Struktur. (...) Organisationen haben in der Tat nicht mehr gemeinsam, als

dass sie eine Zusammenfassung von Mitteln zur Erreichung von Zielen unter bestimmten Bedingungen sind und deshalb Strukturen ausbilden, mit denen sie durch das Verhalten der Mitglieder ihre Funktionen mehr oder weniger erfüllen“ (Endruweit, 2004, S.23).

Damit grenzt er Organisationen von anderen sozialen Systemen wie Freundschaften und Familien ab, die einerseits eine geringe Größe aufweisen und andererseits keine sehr spezifische Zielsetzung haben.

Auch bei Endruweit (2004) findet man bestimmte Merkmale, die in der Literatur erwähnt werden, welche alle Organisationen besitzen. Die Merkmale decken sich teilweise mit denen, die bei Büschges und Abraham erwähnt werden (vgl. S.19f):

- Organisationen orientieren sich an bestimmten Zielen.
- Errichtung speziell zum Zweck der Zielerreichung.
- Organisationen besitzen eine formale Struktur.
- In Organisationen herrscht Arbeitsteilung, einschließlich Verantwortungsdelegation und Machtdifferenzierung.
- Organisationen werden eingerichtet um auf Dauer beziehungsweise langfristig zu existieren.
- Die Kontrolle in Organisationen geht von speziellen Machtzentren aus.
- Organisationen sind sehr komplexe Interaktions- und Kooperationssysteme.
- Sie zeichnen sich durch einen genau feststellbaren Mitgliederkreis aus und es gibt bestimmte Verfahren für die Aufnahme und den Ausschluss.

Im folgenden Abschnitt wird auf die einzelnen Organisationsmerkmale, wie beispielsweise die Organisationsziele, die Mitglieder und die Strukturen im Besonderen eingegangen.

2.2 Menschen in Organisationen

Wie oben erwähnt sind Organisationen Zusammenschlüsse von AkteurInnen zur Verwirklichung spezifischer Zwecke. Viele verschiedene AkteurInnen bringen ihre Ressourcen ein und organisieren sich arbeitsteilig, um diese möglichst effizient zu nutzen, in

weiterer Folge die Ziele zu erreichen und ein Bestehen der Organisation auf Dauer zu sichern. Die Organisation wird als der korporative Akteur bezeichnet, mit dem individuelle AkteurInnen in einer Beziehung stehen und Gegenleistungen in Form von Lohn oder Gehalt bzw. Arbeitsleistung oder Dienstleistung empfangen.

Die Bezeichnung AkteurInnen dient dazu, das Individuum als handelndes Wesen in den Vordergrund zu stellen. Über den Begriff der AkteurInnen hinaus sind Begrifflichkeiten wie Mitglieder und Personal zu klären, da diese in der organisationssoziologischen Literatur teils unterschiedlich verwendet und definiert werden.

Die Gründe für die Mitgliedschaft in einer Organisation sind vielfältig. Menschen sind größtenteils Mitglieder, um sich ihren Lebensunterhalt zu sichern, wobei intrinsische Motive wie beispielsweise Selbstverwirklichung, Berufung, soziales Ansehen etc. auch bei dieser Art von Beziehung nie ausgeschlossen werden. Eine andere Art der Mitgliedschaft stellt die zur Nachfrage von Dienstleistungen dar. Mitgliedschaften zu Vereinen zur Freizeitgestaltung oder zum Knüpfen sozialer Kontakte sind ebenfalls eine Möglichkeit (vgl. Büschges/Abraham, 1997, S.175f).

Büschges und Abraham (1997) bezeichnen das Personal oder auch die Nachfrager von Dienstleistungen (zum Beispiel die BewohnerInnen einer Einrichtung zum betreuten Wohnen) als Mitglieder der Organisation.

Endruweit (2004) benutzt eine differenziertere Unterscheidung, um die Funktionen der unterschiedlichen Individuen in der Organisation genauer darzustellen. Er verwendet den Begriff Mitglieder nur dann für Personal und KlientInnen synonym, wenn es sich um freiwillige Organisationen handelt. Dazu zählt er beispielsweise Selbsthilfegruppen, Clubs und im weitesten Sinne auch religiöse Orden und Personengesellschaften etc. All diese Organisationen zeichnen sich dadurch aus, dass sie von einem oder mehreren Mitgliedern gegründet wurden und alle annähernd dieselben Möglichkeiten haben, an der Definition der Ziele maßgeblich mitbestimmen zu können.

Dem entgegengesetzt werden „Personen, die auf die Organisation keinen Einfluss haben, in ihr auch nicht ohne Mitentscheidungsbefugnis auf die Zielerreichung hinarbeiten, sondern mehr als Objekt den Zielverwirklichungsaktivitäten der Organisation ausgeliefert sind, (...) als Klienten bezeichnet (...)“ (Endruweit, 2004, S.123). KlientInnen werden in dieser Definition somit nicht mehr zu den Organisationsmitgliedern gezählt, sondern zur Umwelt, zu externen Personen. Freilich verdanken viele Organisationen ihre Existenz den KlientInnen oder KundInnen, wie auch immer sie bezeichnet werden.

Ähnlich dazu gibt es eine andere Gruppe an Personen, die für das Bestehen der Organisation wesentlich ist, jedoch auch kaum an der Verwirklichung der Ziele beteiligt ist.

Diese werden als Träger der Organisation bezeichnet (vgl. Endruweit, 2004, S.124). Eine weitere wesentliche Gruppe von Organisationsangehörigen stellt das Personal da, die an den Zielverwirklichungsprozessen aktiv mitarbeiten und zum System selbst gehören und nicht wie die KlientInnen oder die Träger zur Umwelt. Als Mitglieder werden bei Endruweit (2004) folglich nur diejenigen Personen gezählt, die strategische und taktische Entscheidungen in der Organisation aus eigenem Recht heraus treffen können. Das Personal wird von den Mitgliedern meist nach aufgabenspezifischen Kriterien eingestellt, da bei größeren Organisationen das Potential der Mitglieder kaum mehr ausreicht, die zur Zielerreichung notwendigen Aufgaben in fachlicher und personeller Hinsicht abzudecken. Auch im Bereich der Leitung ist es bei komplexen Organisationen oft notwendig, Stellen durch Personal zu besetzen (vgl. Endruweit, 2004, S.125f).

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff der AkteurInnen verwendet, um sowohl Mitglieder im Sinne Büschges/Abraham und Mitglieder und Personal im Sinne Endruweits zu erfassen.

Dadurch, dass viele Menschen zusammenarbeiten, wird von Organisationen als Interaktionssysteme aber auch als Rollensysteme gesprochen. Mit der Übernahme einer bestimmten Position ist daran die Übernahme bestimmter Rollen gekoppelt, die „als die Summe aller Normen, Verhaltenserwartungen und struktureller Restriktionen für eine gegebene Position in der Organisationshierarchie, mit denen Akteure als Positionsinhaber und Rollenträger in einer Organisation konfrontiert werden“ (Büschges/Abraham, 1997, S.137).

An jeden Inhaber einer Rolle werden von externen und internen AkteurInnen bestimmte Erwartungen und Normen herangetragen, was zu einer Reduktion von Komplexität führt und somit eine Art Stabilisierungsfunktion besitzt. Dies setzt allerdings voraus, dass genügend Belohnungs- und Sanktionsstrukturen an die Rollen geknüpft sind, sowie die Verhaltensmuster nicht nur dem Rolleninhaber, sondern auch seiner Umwelt bekannt sind. Durch die Übernahme einer Rolle erhält das Individuum Handlungssicherheit und der Koordinationsaufwand kann im besten Fall auf ein Minimum reduziert werden. Ähnlich wie es im nächsten Abschnitt bei den Organisationszielen beschrieben wird, stellt auch das Konzept der Organisationsrollen nicht den Anspruch, vollkommen determiniertes Verhalten bei den AkteurInnen zu erreichen. Der Verhaltensspielraum wird zwar eingeschränkt, es bleibt dennoch aber immer Platz für abweichendes Verhalten (vgl. Büschges/Abraham, 1997, S.137ff)

2.3 Organisationsziele

Hinter der Gründung einer Organisation stehen konkrete Motive, Zielsetzungen und eine gezielte Auswahl von Zwecken, die sowohl die Gründung als auch den Fortbestand einer Organisation garantieren. Dadurch unterscheiden sie sich wiederum von anderen sozialen Gebilden wie zum Beispiel von sozialen Aggregationen (Massen, Mengen) und kleineren Einheiten wie Nachbarschaften, Familien und so weiter. Auch die Aufteilung der zur Erfüllung des Organisationszweckes notwendigen Aufgaben auf die jeweiligen Akteure in der Organisation wird bestimmt durch die spezifischen Zwecke, die verfolgt werden (vgl. Büschges/Abraham, 1997, S.34).

Organisationsziele stellen in den meisten Fällen den wesentlichen Faktor und Grund für die Errichtung einer Organisation dar. Sie bieten die Rahmenbedingungen für organisationales Handeln und dienen darüber hinaus dazu, Leistungen zu messen, zu beurteilen und zu analysieren. „Entscheidend für die Leistungen aber ist deutlich die spezielle Zielrichtung jeder Organisation. Die Organisationsanalyse hat damit in den Zielen ihren wichtigsten Ansatzpunkt“ (Endruweit, 2004, S.102).

Endruweit vergleicht Organisationsziele mit sozialen Werten. Was soziale Werte für die Gesellschaft darstellen, das sind die Organisationsziele für die Organisationen. „Wir können Organisationsziele definieren als unabhängige Organisationsvariablen, die angeben, welches Ergebnis letztlich durch die Ausübung der Organisationsfunktionen (Organisationshandeln) erreicht werden soll“ (ebenda, S.102).

Bei Büschges und Abraham (1997, S.94f) finden wir eine Reihe von Bedeutungen, die den Organisationszielen zukommen:

- Sie bestimmen die zu erbringenden Organisationsleistungen und daraus folgend die Organisationprogramme.
- Sie beeinflussen die Organisationsleitung, die Organisationsmitglieder, -vorschriften und -technologien indem sie als Richtschnur für die Organisationstätigkeit gelten.
- Sie können Erfolgsmaßstäbe bereitstellen, sowohl für die Organisationsleitung als auch für die Organisationsträger.
- Sie rechtfertigen das Organisationshandeln, sowie die Selbstdarstellung der Organisation.
- Sie beeinflussen sowohl die Rekrutierung neuer Mitglieder und die Motivation der Organisationsmitglieder.

- Sie bestimmen letztendlich die Organisationsstruktur und tragen dazu bei, den angestrebten Organisationszustand zu erhalten.

Mit den oben genannten Aufzählungen und Definitionen scheint es, als wären Organisationsziele eindeutig bestimmt und als ob es kaum Spielraum für die handelnden Individuen gäbe. Zu bedenken gilt es allerdings, dass die Definition von Organisationszielen keineswegs ein starres und einmaliges, am Anfang festgelegtes Konstrukt darstellt. Organisationsziele können sich vielmehr wandeln, verändern und sind von den AkteurInnen gestaltbar. Büschges/Abraham weisen diesbezüglich auch auf den allgemeinen Charakter von Organisationszielen hin, der sehr häufig gegeben ist. Wenn man als Ziel des Krankenhauses „die Behandlung kranker Personen“ definiert, so lässt dies dennoch feststellen, dass dieses Organisationsziel eine Reihe an (Interpretations-)Spielräumen für die AkteurInnen offen lässt. Durch das breite Spektrum an Krankheitsbildern und die unterschiedlichsten Gruppen von Menschen und PatientInnen in der Organisation Krankenhaus wird dies unvermeidbar. Menschenbilder, Definitionen und Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit können ebenso variieren wie individuelle Behandlungsvorschriften in unterschiedlichen Krankenanstalten, Wertvorstellungen und berufliche Sozialisation. Mehrdeutigkeit und Unbestimmtheit der Ziele, aber auch Zielkonflikte, wie widersprüchliche oder konkurrierende Ziele und unterschiedliche Interessenslagen prägen den Organisationsalltag (vgl. Büschges/Abraham, 1997, S.94f).

2.4 Organisationsstrukturen

Die Arbeitsteilung wird als zentrales Merkmal von Organisationen genannt und nimmt dementsprechend Einfluss auf die Gestaltung der Arbeitsbeziehungen und Arbeitsplätze. Gerade in großen und komplexen Organisationen steigt der Bedarf an Koordination und Abstimmung aber auch der Kontrolle, um sicherstellen zu können, dass sich die einzelnen AkteurInnen auch im Sinne der Organisationsziele verhalten und ihr Arbeiten danach ausrichten und eventuell konkurrierende individuelle Interessen zurückstellen. Organisationsstrukturen entstehen dadurch, dass sich die Individuen in Organisationen durch die Arbeitsteilung nicht willkürlich zusammenschließen, sondern sich geordnet und sinnvoll zu einer effizienten Zielerreichung zusammenfinden, sei es planmäßig oder unintendiert durch informelle Dinge, die sich über die Zeit bewährt haben und zu formellen Organisationsstrukturen geworden sind (vgl. Büschges/Abraham, 1997, S.112ff).

Organisationsstrukturen machen das Handeln darüber hinaus vorhersehbar, indem Verantwortungen übertragen werden, bestimmte Kommunikationswege festgelegt werden und Rollenerwartungen an die InhaberInnen bestimmter Positionen innerhalb der Strukturen herangetragen werden (vgl. Endruweit, 2004, S.150).

Organisationsstrukturen sind schon längere Zeit ein wichtiger Punkt in der organisationssoziologischen Forschung, wenn es um die Optimierung von Organisationen durch eine Verbesserung der Strukturen geht. Im Mittelpunkt dieser Forschungen stehen aber weniger die formellen, durch Organigramme vorgegebenen Strukturen, sondern vielmehr die informellen Strukturen, die sich über längere Zeit gegen oder parallel zu den formalen Strukturen gebildet haben. Weiter ungeklärt bleibt die Frage, ob die informellen Gefüge als negativ zu bezeichnen sind und die Organisation quasi lähmen, oder ob sie sich ergänzend zu den formalen Strukturen als Verbesserung herausgebildet haben und somit durchwegs positiv zu beurteilen wären, was wohl von Organisation zu Organisation unterschiedlich zu beurteilen sein wird. Endruweit (2004) nennt das Auseinanderklaffen von Leitungsstruktur und Kommunikationsstruktur als einen sehr häufigen Fall von Auftreten informaler Organisationsstrukturen (vgl. Endruweit, 2004, S.150ff).

Der Begriff Leitungsstruktur kann auch als Autoritätsstruktur bzw. Hierarchie bezeichnet werden. Über- und Unterordnungsverhältnisse können damit ausgedrückt werden und die Delegation der Arbeitsaufgaben erfolgt meist in Richtung der Leitungsstrukturen. Kommunikationsstruktur wird dementsprechend als das Netzwerk charakterisiert, in dem die Informationen zwischen den Organisationsmitgliedern fließen. Wenn sich Kommunikationswege nicht parallel zu den Leitungsstrukturen verhalten, dann entwickeln sich informelle, inoffizielle „Dienstwege“.

Informelle Strukturen ermöglichen darüber hinaus ein höheres Maß an Flexibilität, Spontaneität und Emotionalität, da sie meist durch Interaktion entstanden sind und aus individuellen Handlungsmustern und Verhaltenserwartungen und sozialen Beziehungen mit den KollegInnen entstanden sind (vgl. Endruweit, 2004, S.157ff).

Bei den informellen Strukturen angekommen, folgen nun in weiterer Folge Erklärungen zur Organisationskultur.

2.5 Organisationskultur

Neben den Instrumenten und Zielen einer Organisation bilden bei Endruweit unter anderem Organisationsbedingungen einen wesentlichen Bestandteil der internen Analyse von

Organisationen. Die Beschäftigung mit Organisationsbedingungen zählt zu den jüngeren Teildisziplinen der Organisationssoziologie und ist in den sechziger Jahren mit der Implikation systemtheoretischer Überlegungen in der Organisationssoziologie entstanden. Als Bedingungen werden unabhängige Variablen bezeichnet, die eine kontinuierliche und langfristige Bedeutung für den Bestand und für die Abläufe innerhalb der Organisationen haben (vgl. Endruweit, 2004, S.133f).

Die Einführung und Betrachtung des Begriffs der Organisationskultur (in der Betriebswirtschaft oft synonym mit dem Unterbegriff der Unternehmenskultur verwendet) stellt wiederum eine der Schlüsselbegriffe der neuesten Organisationstheorien und der Organisationsforschung dar. Die Blütezeit der Kulturansätze und -konzeptionen bildeten die achtziger Jahre mit der starken Zunahme an nationalen und internationalen Unternehmenszusammenschlüssen, Mergers, Acquisitions und dergleichen. Viele dieser neuen Unternehmensformen scheiterten daran, dass den verschiedenen Organisationskulturen keine Beachtung geschenkt wurde, die Zusammenarbeit dadurch erheblich erschwert wurde und die Zusammenschlüsse schlussendlich zum Scheitern verurteilt waren. Organisations- bzw. Unternehmenskultur wurde somit zum Schlüsselfaktor für eine längerfristige und fruchtbare Zusammenarbeit und für das Bestehen von Unternehmenskooperationen (vgl. Kasper/Mühlbacher, 2002, S.96).

In der Theorie der Organisationskultur sind zwei Ansätze vorherrschend, der funktionalistische und der interpretative Organisationskulturansatz, die nebeneinander bestehen. Im zuerst entstandenen funktionalistischen Ansatz werden Organisationen als kulturproduzierende Systeme betrachtet. „Die produzierte Kultur ist dabei als ein Konglomerat von spezifischen, unverwechselbaren Verhaltensdispositionen und -mustern der Organisationsmitglieder zu verstehen“ (Kasper/Mühlbacher, 2002, S.100). Ihren Ausdruck findet die spezifische Unternehmenskultur in Symbolen wie zum Beispiel typischen Verhaltensweisen unter den Mitgliedern, spezifischer Sprache, dem Verhalten gegenüber KundInnen und dem Vollzug hierarchischer Formalstrukturen.

Organisationskulturforscher, die dieser Richtung angehören, sehen die Funktion dieser Symbole in der motivationsfördernden Eigenschaft, da mittels Symbolen bei den Organisationsmitgliedern ein gewisses Maß an Identitätsgefühl hervorgerufen wird und sie somit auch einen Beitrag zur Sinnschaffung für die Mitglieder leisten.

Des Weiteren dienen sie dazu, den Koordinationsbedarf und Unsicherheiten in der Organisation zu reduzieren.

Im interpretativen Ansatz werden Symbole von den Mitgliedern als „zentrales Mittel

der Sinnschaffung begriffen (...) Organisationen werden (...) interpretiert als ein Beziehungsgeflecht von symbolischen Kommunikations- und Interaktionsprozessen, die in ihren Bedeutungsinhalten und konkreten Erscheinungsformen nicht von vornherein und zweifelsfrei etwa aus Organisationzielen, Organisationsstrukturen oder gar Stellenbeschreibungen abgelesen werden können“ (Kasper/Mühlbacher, 2002, S.101). Der interpretative Ansatz konzentriert sich im Gegensatz zum funktionalistischen Ansatz auf die Prozesse, die zur Entwicklung einer gemeinsamen sozialen Realität und geteilter Interpretationen innerhalb der Organisation führen. Die Individuen werden als soziale Wesen gesehen, die Kultur schaffen, indem sie Situationen durch subjektiv geprägte Wahrnehmungen interpretieren und eine gemeinsam konstruierte Wirklichkeit schaffen. Kultur entsteht in der gemeinsamen Interaktion und kann somit als „jener Teil der selektiven Ansichten der Wirklichkeit, der von einer Mehrheit geteilt und als grundlegend für die Zusammenarbeit erachtet wird“, bezeichnet werden (ebenda, S.102).

Daraus ergibt sich, dass diese Wahrheit bzw. Wirklichkeit weder vorgeschrieben werden kann noch offensichtlich an der Oberfläche erkennbar ist, sondern einer tieferen Analyse bedarf.

Im Folgenden werden Definitionen von Organisationskultur beleuchtet, um in weiterer Folge auf unterschiedliche Ebenen und schlussendlich Wirkungen und Funktionen von Organisationskultur zu beschreiben.

Kasper und Mühlbacher (2002) haben in ihrer Arbeit zehn wesentliche Merkmale und Charakteristika von Organisationskulturen aus der Literatur ausgearbeitet, die da wären „sozial, verhaltenssteuernd, menschengeschaffen, allgemein akzeptiert (gelebt), tradiert, erforschbar, entwicklungsfähig/veränderbar, bewusst und unbewusst, nicht direkt fassbar („unfassbar“), Ergebnis und/oder Prozess“ (Kasper/Mühlbacher, 2002, S.102).

Endruweit (2004) verwendet eine Definition von Hillmann (1994), der Unternehmenskultur als „die Gesamtheit der Ziele, Grundüberzeugungen, Werte, Symbole, Normen, Verhaltensmuster und deren materielle Objektivationen, die einer Organisation ein bestimmtes Gepräge und eine unverwechselbare Eigenart verleihen“ (Hillmann, 1994, S.640f zit. nach Endruweit, 2004, S.139f) versteht. Zur Wirkung von Organisationskultur schreibt Endruweit weiter unter Bezugnahme auf Hillmann „Organisationskultur beeinflusst die Emotionen und Motivationen der Organisationsmitglieder“ (ebenda, S.139f).

Neidhardt (1986) verwendet eine Definition, die dem interpretativen Ansatz zugeschrieben werden kann und definiert Kultur als „das System kollektiver Sinnkonstruktionen, mit denen die Menschen die Wirklichkeit definieren“ (Neidhardt, 1986, S.11 zit. nach

Büschges et al, 1998, S.58).

Einen breiten Kulturbegriff verwenden Kasper und Mühlbacher, die Organisationskultur wie folgt beschreiben. „Organisationskultur ist mit anderen Worten eine Perspektive, die Wahrnehmungen filtert, Erwartungen beeinflusst, gemeinsame Interpretationen und Verständigung ermöglicht. Dies reduziert Komplexität und Unsicherheit für die Organisationsmitglieder, da vergangene, gegenwärtige und zukünftige Verhaltensweisen und Handlungen sowohl gelenkt, als auch im Nachhinein gerechtfertigt werden“ (Kasper/Mühlbacher, 2002, S.119).

Eine Organisationskultur legitimiert demnach Handlungen und koordiniert sie. Durch geteilte Normen und Werte gibt sie Sicherheit und ersetzt fallweise Handlungsanleitungen, wie es Kasper und Mühlbacher innerhalb der Koordinationsfunktion der Kultur beschreiben. Ebenso greifen sie die Motivationsfunktion von Organisationskultur auf, wie es auch schon Hillmann erwähnt, indem die Kultur das Streben der Menschen nach Sinnvermittlung erfüllt (vgl. Kasper/Mühlbacher, 2002, S.119).

Trotz dieser Definitionsversuche und Funktionen von Organisationskultur darf nicht außer Acht gelassen werden, dass Kultur weder mit objektiven Mitteln messbar noch direkt sichtbar und greifbar ist. Kasper und Mühlbacher (2002) sprechen in diesem Zusammenhang das „Eisbergmodell“ an, das auf Schein zurückgeht und in Form eines Eisberges die sichtbaren Elemente von den unsichtbaren Elementen von Kultur, die sich sozusagen unter der Wasseroberfläche befinden, unterscheidet. Zu den sichtbaren und von außen zu erkennenden, aber interpretationsbedürftigen Teilen gehören Symbole und Zeichen. Dazu zählt beispielsweise die Architektur des Gebäudes und der Räumlichkeiten, Sprache, Kleidung, Zeremonien, Rituale, bestimmte Umgangsformen, Statussymbole, Logos etc.

Unterhalb der Oberfläche befinden sich die teils unsichtbaren und teils unbewussten Ebenen der Werte, Normen und Standards und der Basisannahmen über Wirklichkeit, Zeit, die Umwelt und das Menschenbild (ebenda., S.118).



Abbildung 2.1: Eisbergmodell

Die grundlegenden Annahmen über die Zeit bilden ein wesentliches Kulturmerkmal einer Organisation und zeigen sich beispielsweise im Umgang mit Zeitplänen, Pünktlichkeit, Arbeitsgeschwindigkeit, Zeitrhythmus sowie das Einhalten von Deadlines etc.

Auch die Annahmen über die menschliche Natur und die impliziten Menschenbilder, die innerhalb einer Organisation vorherrschen prägen das Organisationsgefüge und die Beziehungen. Sind beispielsweise Emotionen in der Kultur zugelassen? Wie präsentieren sich die sozialen Beziehungen für neue Organisationsmitglieder oder für Außenstehende? Durch diese Grundannahmen werden beispielsweise geschlechtsspezifische Aspekte beeinflusst (vgl. Kasper/Mühlbacher, 2002, S.107f).

Aufbauend auf die Basisannahmen prägen Werte und Normen die spezifische Unternehmenskultur. Werte- und Normvorstellungen spielen in der gesamten Gesellschaft eine Schlüsselrolle, gehören zu den Schlüsselbegriffen der Soziologie und erleichtern den Menschen das Zusammenleben und die Handlungsfähigkeit.

„Normen dienen ja nicht nur der Realisierung bestimmter wünschenswerter Zustände, sie tragen überhaupt dazu bei, menschlichem Handeln eine gewisse Regelmäßigkeit zu geben. Damit wird es für andere Menschen erwartbar und kalkulierbar. Wenn wir uns nicht bis zu einem gewissen Grad darauf verlassen könnten, wie andere Menschen ihrerseits handeln, könnten wir selbst weder zügig, noch konsistent handeln“ (Bahrtdt, 1984,

S.48). Normen legen somit fest, wie man sich in bestimmten Situationen verhält und machen das Handeln für die Menschen gewissermaßen voraussehbar und ermöglichen uns Verhaltenserwartungen gegenüber den Mitmenschen. „Damit entlasten sie (die Normen, Anm. d. Verf.) das Individuum von der Notwendigkeit, ständig neue situationsgerechte Handlungsweisen zu entwerfen, und tragen zur Entwicklung konsistenter Handlungssequenzen bei“ (Bahrtdt, 1984, S.50).

Innerhalb einer Organisation stellen Normen und Werte, die in Rollenerwartungen und Strukturen verankert sind, wie bereits erwähnt einen Stabilitätsfaktor dar, sind essentiell für die Zusammenarbeit und geben sozusagen die Spielregeln vor. Oftmals sind die Normen und Werte in Form von Leitbildern oder Grundsätzen auch in schriftlicher Form vorhanden, wobei jedoch darauf geachtet werden muss, in wie weit beispielsweise das Leitbild von den AkteurInnen getragen wird.

Die Spitze des Eisberges bilden Symbole bzw. Artefakte und Äußerungsformen, die, bildlich gesprochen, sichtbar aus dem Wasser ragen. „Global betrachtet, kann man Symbole als Zeichen mit Bedeutungsinhalten begreifen, die komplexe Kommunikationsinhalte vermitteln“ (Kasper/Mühlbacher, 2002, S.109). Symbole sind mehrdeutig und werden von den Organisationsmitgliedern im jeweiligen Kontext gedeutet und es werden ihnen in der relevanten Umwelt verschiedene Bedeutungen zugeschrieben.

Kasper und Mühlbacher verwenden eine Grafik, um die „Medien der symbolischen Vermittlung von Werten und Normen“ zu veranschaulichen und um zu verdeutlichen, wie viele Elemente in eine Kulturanalyse miteinbezogen werden und in welcher vielfältiger Form sich Normen und Werte ausdrücken.

In weiterer Folge wird auf die sprachlichen Medien eingegangen, die für die Zusammenarbeit der Organisationsmitglieder untereinander von besonderer Bedeutung sind.

Eine Form der sprachlichen Medien sind Mythen. Mythen haben die Funktion, das Wertesystem einer Organisation aufrecht zu erhalten, indem sie es verschleiern und sie helfen somit, Komplexität und Unsicherheit innerhalb der Organisation und der Umwelt zu reduzieren. Sie dienen wiederum der Stabilität, indem sie das Verhalten leiten und im Nachhinein legitimieren. Sie haben somit eine wesentliche systemerhaltende Aufgabe und dienen als WahrnehmungsfILTER (vgl. Kasper/Mühlbacher, 2002, S.110).

Alle diese genannten Variablen und Bedingungen von Organisationen sind, wie erkannt werden kann, nicht unabhängig voneinander zu sehen, sondern beeinflussen sich gegenseitig und überschneiden sich in ihren Funktionen und Aufgaben. Organisationsstrukturen

Sprachliche Medien	Mythen, Anekdoten, Slogans, Mottos, Leitsätze, Geschichten, Parabeln, Legenden, Sagen, Märchen, Grundsätze, Jargons, Lieder, Hymnen, Sprachregelung
Interaktionale Medien	Riten, Rituale, Zeremonien, Tabus, Feiern, Festessen, Jubiläen, Konferenzen, Tagungen, Vorstandsbesuche, Beförderung, Degradierungen, Entlassungen, Pensionierungen, Sponsionen, Promotionen
Objektivierte Medien	Statussymbole, Architektur und Design, Abzeichen, Embleme, Geschenke, Fahnen, Preise, Urkunden, Incentive-Reisen, Idole, Totems, Fetische, Kleidung, äußere Erscheinung, Broschüren, Werkszeitungen
Sozial konstruierte Zeit	Zeitpläne, Abgabetermine (Deadlines), Zeitfenster für verschiedene Aufgaben, Pünktlichkeitsmessungen (Stechuhr)

Tabelle 2.1: Medien der symbolischen Vermittlung

werden getragen von der spezifischen Kultur und den dahinterliegenden Werte- und Normvorstellungen, welche wiederum in die Rollenerwartungen einfließen. Von diesen allgemeinen Definitionen, Begriffsbestimmungen und Erklärungen wird nun versucht, diese im speziellen auf die Organisation Krankenhaus mit Fokus auf die Krankenhau-sambulanz umzulegen.

2.6 Das Krankenhaus

Da in einer komplexen Organisation wie dem Großkrankenhaus viele Berufsgruppen zusammenarbeiten und auch viele unterschiedliche, teils divergierende Ziele verfolgt werden und werden müssen, liegt es nahe, dass eine derartige Organisation sehr arbeitsteilig gegliedert ist.

2.6.1 Ziele

Wie viele andere Organisationen verfolgt das Krankenhaus eine ganze Reihe von Zielen, die mitunter in Konflikt miteinander geraten können.

Die Aufgaben, die von Seiten des Staates bzw. des Gesundheitssystems an ein Krankenhaus herangetragen werden bzw. die Ziele, die sich Krankenhäuser selber definiert haben sind die Wiederherstellung der Gesundheit von akut kranken PatientInnen, die

Linderung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen chronisch kranker Menschen und darüber hinaus die berufliche Aus-, Fort und Weiterbildung des pflegerischen und medizinischen Personals. Weitere Anforderungen sind oft finanzieller Natur und betreffen betriebswirtschaftliche Größen wie Bettenkapazitäten, Verweildauer, das Leistungsabrechnungssystem und personelle Vorgaben (vgl. Büschges/Abraham, 1997, S.238).

2.6.2 Mitglieder

Im Krankenhaus als Dienstleistungsorganisation wären die PatientInnen nach der Definition von Endruweit als KlientInnen zu bezeichnen, während Büschges und Abraham (1997) dazu keine eindeutige Stellung beziehen. „Im Krankenhaus - zweifelsohne eine Dienstleistungsorganisation - ist zumindest zweifelhaft, ob die Patienten als Nachfrager der Dienstleistung Mitglieder der Organisation sind“ (Büschges/Abraham, 1997, S.176).

2.6.3 Kultur

Forschungen zur Unternehmenskultur haben in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. In der betriebswirtschaftlichen Literatur wird davon berichtet, dass die Mehrzahl der gescheiterten Unternehmenszusammenschlüsse sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene, daran scheitern, dass die unterschiedlichen Unternehmenskulturen nicht miteinander vereinbar sind (vgl. Kasper/Mühlbacher, 2002, S.96). Umso wichtiger ist es daher, sich mit diesem Thema auch besonders in interaktionsintensiven Organisationen zu beschäftigen.

Lalouschek/Menz/Wodak (1990) haben sich in ihrer Untersuchung der Kommunikationsstrukturen in einer Spitalsambulanz unter anderem mit den Mythen beschäftigt, die in der Ambulanz vorherrschen, um mit den vielen verschiedenen, ineinandergreifenden Handlungsabläufen umzugehen. Rollenkonflikte, -überlastungen und Widersprüche, die infolge der vielschichtigen und sich zum Teil überlappenden Abläufe entstehen, werden durch die Strategie der Mythen verschleiert und verdeckt. Sie haben damit Pionierarbeit geleistet und Grundlagenforschung für Kommunikationsstrukturen auf einer Ambulanz betrieben.

Die Forschergruppe hat vier Strategien herausgearbeitet, die von den Organisationsmitgliedern verwendet werden, um die Widersprüche zu systemstabilisierenden Faktoren zu machen. Dies sind der Mythos vom ungestörten, vorhersagbaren Ablauf, der Mythos der Effizienz, der Mythos der Zeit sowie der Mythos des gemeinsamen Wissens bzw. Realität

der Insider und Outsider, auf die in der Folge näher eingegangen wird (vgl. Lalouschek et al., 1990, S.74ff).

Der Mythos vom ungestörten, vorhersagbaren Ablauf

In einer Ambulanz herrscht immer ein gewisser Grad an Ungewissheit. Aufgrund unerwarteter Ereignisse wie Notfälle, technische oder personelle Ausfälle, Störungen, Unterbrechungen, das Vorziehen verschiedener PatientInnen und anderer nicht vorhersehbarer Vorkommnisse handelt es sich bei einer Ambulanz um ein äußerst kontingentes Geschehen. Verzögerungen, wie beispielsweise das Warten auf Befunde oder Konsultationen bzw. das Warten auf stationäre PatientInnen sorgen ebenso für eine Störung der Abläufe wie akute Notfallsituationen, „schwierige PatientInnen“ oder das Fehlen von Ressourcen.

Um mit dieser Ungewissheit und Instabilität umzugehen, gehen die Organisationsmitglieder von einem gleichförmigen und vorhersehbaren Ablauf aus und verwenden dies als Strategie (vgl. Lalouschek et al., 1990, S.74f).

Lalouschek et al. weisen jedoch darauf hin, dass nicht der ruhige, vorhersehbare und störungsfreie Ablauf die Norm darstellt, sondern vielmehr ein Nebeneinander verschiedener Kommunikations- und Handlungsabfolgen. Sie bezeichnen sogar den „gestörten Ablauf als den Normalablauf“ und ziehen folgende Schlussfolgerung: „Solange Ambulanzärzte/innen und Schwestern nicht akzeptieren, dass die meisten der Störungen und Unterbrechungen Teil der normalen Ambulanzroutine sind und eine ungestörte, ruhige Untersuchung einen glücklichen Ausnahmefall darstellt, solange müssen sie jede Störung als Zumutung interpretieren und sich potentiell überlastet fühlen“ (Lalouschek et al., 1990, S.75).

Auf diese Problematik aufbauend kommt das Forscherteam zu dem Entschluss, dass in Situationen, in denen es zu Überlastungen kommt und die idealisierten Erwartungen nicht eintreten, das gemeinsame Debattieren und Schimpfen über die Situation bzw. die vermeintlichen Störfaktoren wesentlich zur Entlastung beiträgt.

Der Mythos der Effizienz

Der Alltag in der Ambulanz ist dadurch gekennzeichnet, dass viele Handlungsstränge parallel ablaufen und es regelmäßig zu Störungen bzw. Unterbrechungen der gerade stattfindenden Behandlung kommt. Diese Störungen können einerseits durch Ereignisse von

„außen“ begründet sein, wie beispielsweise durch Telefonanrufe, das Einschleusen von NotfallpatientInnen oder das Warten auf den Oberarzt bei wichtigen Entscheidungen sowie durch eintretende Personen wie ÄrztInnen, Pflegepersonal, andere PatientInnen oder Angehörige. Diese Unterbrechungen stellen zum Großteil einen notwendigen Bestandteil der Ambulanzroutine dar.

Andere Störungen wiederum werden durch das Ambulanzpersonal selbst initiiert und wären vermeidbar. Dazu zählen beispielsweise das Besprechen bzw. Diktieren von Befunden vorangegangener PatientInnen während der Untersuchung eines Patienten/einer Patientin, das Verlassen des Untersuchungsraumes, Gespräche mit KollegInnen etc.

Effizientes Arbeiten ist laut Lalouschek/Menz/Wodak unter diesen Umständen nicht möglich und dies zieht Unzufriedenheit und Ärger nach sich (vgl. Lalouschek et al., 1990, S.77).

Scheinbar effizientes und zeitsparendes Handeln wie das Besprechen vorangegangener PatientInnen im Beisein anderer fördert die Ineffektivität, indem unklare Situationen entstehen und es von Seiten der PatientInnen zu Missverständnissen und Fehlinterpretationen kommen kann. Da den meisten PatientInnen die nötige Kenntnis der medizinischen Fachbegriffe und der Arbeitsabläufe fehlen, ist es ihnen meist nicht möglich, die Gesprächsinhalte zu identifizieren, die sich wirklich auf sie beziehen.

Der Mythos der Zeit

Durch die Unvorhersehbarkeit, die Störungen und Unterbrechungen wird die Überbelastung und der Druck auf das Ambulanzpersonal erhöht. Die Überbelastung wird darüber hinaus noch durch die widersprüchliche Doppelrolle der ÄrztInnen verstärkt, die einerseits als ExpertInnen bzw. Untersuchende auftreten und andererseits Lernende des Fachgebietes sind.

Dennoch sind der Zeitdruck und die Belastungen gleichzeitig ein wichtiger Faktor für die Sinnhaftigkeit des Handelns auf einer Ambulanz. „Nicht umsonst existiert das Rollenklischee des sich ständig in Bereitschaft und somit ständig in Zeitnot befindlichen Arztes, dem durch „prophylaktisches Notfallsverhalten“ nur allzuoft entsprochen wird“ (Lalouschek et al. 1990, S.79).

Lalouschek/Menz/Wodak (1990) bezeichnen das Warten auf den Oberarzt bei schwierigen Entscheidungen bzw. Operationsfreigaben etc. als Paradoxon des unter Zeitnot und -druck stehenden Ambulanzpersonals. Im Einklang mit den ob genannten Mythen der Effizienz und der Vorhersehbarkeit der Abläufe, beginnen ÄrztInnen und Pflegepersonal

mit der Überbrückung der entstandenen Wartezeit durch diverse, meist patientenferne Arbeiten wie beispielsweise administrative Tätigkeiten. Dies wäre nicht weiter problematisch, wenn alle sich in der der Ambulanz befindlichen Personen darüber Bescheid wüssten. Oftmals wissen die PatientInnen nicht, warum sich das Geschehen von ihnen abwendet und sie auf der Untersuchungsliege warten müssen, bzw. PatientInnen im Wartebereich wissen nicht, wodurch längere Wartezeiten oder Verzögerungen entstehen. ÄrztInnen und Pflegepersonal, die als Organisationsinsider genau über die Vorgänge und Verzögerungen Bescheid wissen, haben die Aufgabe, Organisationsoutsider wie PatientInnen über Änderungen in den Abläufen zu informieren.

Der Mythos des gemeinsamen Wissens - die Realität der Insider und Outsider

Wie bereits erwähnt zählen das Pflegepersonal und die ÄrztInnen zu den Insidern der Organisation, die über die Vorgänge, Abläufe und Routinen ausreichend Bescheid wissen und verfügen über die nötige Orientierung im komplexen Netzwerk von Aufgaben, Hierarchien und Kompetenzbereichen.

Die, die am wenigsten mit den vielschichtigen Strukturen vertraut sind, sind die PatientInnen, die als Outsider in die Institution Ambulanz eintreten. Für sie ist es meist kaum möglich, die komplexen Abläufe zu durchschauen, Vorgänge richtig zu deuten, ihren Sinn und Zweck zu verstehen und sich zu orientieren, sofern sie nicht ein gewisses Maß an Krankenhauserfahrung besitzen. Lalouschek/Menz/Wodak (1990) gehen auf vorangegangene Untersuchungen zur Arzt-Patient-Kommunikation ein und stellen fest, dass die ungenügende bzw. die Nicht-Information der PatientInnen einen Art Bestandteil dieses Kommunikationstyps darstellt. Sie sprechen von einer prinzipiellen Nicht-Informiertheit der PatientInnen über die Vorgänge in der Ambulanz, über die Krankheit, die weiteren Vorgehensweisen, Fachausdrücke und die Therapie. Weiters besitzen sie nicht das Wissen darüber, dass Unterbrechungen und Überlappungen von Gesprächs- oder Handlungssträngen einen wesentlichen Bestandteil des Alltages in der Ambulanz darstellen und dass sich nur Teilausschnitte des gesamten Geschehens auf sie beziehen. Die sprachlichen Routinen des Ambulanzpersonals bieten für die PatientInnen meist keine ausreichende Orientierungshilfe.

Die Untersuchungen der Forschergruppe Lalouschek/Menz/Wodak (1990) haben ergeben, dass die PatientInnen nie dezidiert darüber informiert wurden, wenn sich der Gesprächsinhalt nicht mehr auf sie bezieht oder wenn Verzögerungen oder Wartezeiten entstehen. Wenn im Beisein von PatientInnen die Befunde und Diagnosen anderer Pa-

tientInnen diskutiert werden, kommt es vor, dass PatientInnen verängstigt oder verunsichert werden indem sie diese Aussagen fälschlicherweise auf sich beziehen.

Insider der Organisation vergessen durch ihre Erfahrungen und Routine mit dem Ambulanzgeschehen oft, dass die Untersuchung in der Ambulanz für Outsider eine ungewohnte und neue Situation darstellt und sie kaum Möglichkeiten zur Orientierung vorfinden. PatientInnen erleben die Untersuchungssituation somit völlig anders als das Ambulanzpersonal und dies führt zu Kommunikationsschwierigkeiten und scheinbar mangelnde Kooperationsbereitschaft der PatientInnen. Würden die notwendigen Informationen in die Untersuchung einfließen, könnte es zu einer gelungenen Kommunikation führen und das Verständnis der PatientInnen gefördert werden (vgl. Lalouschek et al., 1990, S.79ff). In der Ambulanz arbeiten verschiedenen Berufsgruppen mit unterschiedlichem Ausbildungsstand zusammen, es kommt durch Rotationen zu Personalwechsel und somit auch innerhalb des Personals zu Unterschieden in den Kenntnissen über den Alltag und die Routine in der Ambulanz. Lalouschek/Menz/Wodak (1990) sprechen in diesem Zusammenhang von einem „institutionellen Paradoxon“, da die Ambulanz als die wichtigste Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Umwelt von den ÄrztInnen auf Grund der anstrengenden und wenig prestigehaften Arbeit sehr oft als Abstellgleis gewertet wird. Zu einem Umdenken und einer Neuorientierung zum Wohle aller Beteiligten kann es nur dann kommen, wenn die ob genannten Mythen fallengelassen werden, Tabus besprochen werden können und so Spannungen aufgelöst werden können (vgl. Lalouschek et al., 1990, S.198f).

Durch die Zunahme chronisch Kranker darf nicht außer Acht gelassen werden, dass diese sich oftmals gute Kenntnisse, sowohl über die Ambulanzroutine als auch über ihre Krankheit und damit verbundenes Fachwissen angeeignet haben. Sie beschäftigen sich mit dem Verlauf der Krankheit, den Therapiemöglichkeiten und wissen sehr genau über ihre Bedürfnisse bescheid. Bedingt durch die unterschiedlichen Phasen der Erkrankung verfügen sie zum Teil über große Krankenhauserfahrung und haben dadurch schon einen Einblick in die Ambulanzroutine gewonnen.

2.7 Asymmetrien

Die Organisationssoziologie beschäftigt sich wie bereits gehört mit verschiedenartigen Fragestellungen, von der Analyse der Organisationsstruktur bis zur Betrachtung der Interaktion zwischen den Mitgliedern einer Organisation bzw. zwischen Mitgliedern der

Organisation und externen Personen.

Im Folgenden wird näher auf den Forschungsbereich zwischen der Organisation und externen Individuen eingegangen und dabei unter anderem auf die Erklärungen von Coleman (1986) zurückgegriffen. Büschges/Abraham (1997) haben sich ebenfalls damit auseinandergesetzt und sehen Asymmetrien darin begründet, dass sich die AkteurInnen von Organisationen nicht nur an ihren eigenen Interessen orientieren sondern sich zugleich auch an den Wertsystemen und Interessen der Organisationen orientieren. Daraus kann ein Macht- und Informationsungleichgewicht zwischen den Interaktionspartnern entstehen, das in asymmetrischen Interaktionsbeziehungen resultieren kann (vgl. Büschges/Abraham, 1997, S.41). Da die Menschen einen größten Teil ihres Lebens in Organisationen verbringen, treten sie sich gegenseitig als Klienten, Agenten oder Repräsentanten verschiedener Organisationen gegenüber, was Coleman dazu veranlasst hat, von der modernen Gesellschaft als asymmetrischer Gesellschaft zu sprechen.

2.7.1 Asymmetrie nach Coleman

In dem sozialen System in dem wir leben, haben wir es bei unseren Interaktionen nicht nur mit natürlichen Personen, sondern vielmehr mit korporativen Akteuren zu tun. Korporative Akteure können verglichen werden mit der aus der Rechtssprache bekannten juristischen Person.

Korporative Akteure unterscheiden sich zwar wesentlich von den natürlichen Personen, doch besitzen sie auch selbst Ressourcen und Rechte und verfolgen bestimmte Interessen und Ziele. Als die Rechtssprechung begann, bestimmte soziale Verbände wie zum Beispiel Kirchen und Städte als rechtsfähige Personen anzuerkennen, die in Interaktionen mit anderen korporativen Akteuren oder mit natürlichen Personen treten konnten und Verträge abschließen konnten, wurde das Entstehen und die Verbreitung korporativer Akteure maßgeblich beeinflusst. Korporative Akteure konnten somit die Funktionen von natürlichen Personen übernehmen. Diese neue Rechtsperson hat in der heutigen Gesellschaft enorm an Bedeutung gewonnen.

Diese Veränderungen in der Gesellschaftsstruktur haben auch dazu beigetragen, dass natürliche Personen innerhalb der Gesellschaft beweglicher wurden, da es ihnen nun offen stand, viele verschiedene Positionen einzunehmen und auch zwischen den Positionen in der Gesellschaftsstruktur zu wechseln (vgl. Coleman, 1986, S.32f).

Aus diesen historischen Entwicklungen ergibt sich als Konsequenz die Entstehung von Asymmetrien der Beziehungen.

Die Asymmetrie von Beziehungen bei Coleman

		Objekt	
		Person	Korporativer Akteur
Subjekt	Person	1	2a
	Korporativer Akteur	2b	3

Abbildung 2.2: Die Asymmetrie von Beziehungen

In diesem Diagramm stellt Coleman die beiden Akteure einer Gesellschaft gegenüber, nämlich natürliche Personen und korporative Akteure. Eine weitere Entscheidung trifft er je nach dem ob es sich bei dem Subjekt einer Handlung um eine Person oder einen korporativen Akteur handelt und worum es sich bei dem Objekt einer Handlung dreht. Mit Hilfe dieser Matrix lassen sich so vier Arten des Handelns unterscheiden:

Typ 1: Diese Art des Handelns passiert zwischen zwei natürlichen Personen und ist uns von Kindheitsalter an bekannt und vertraut.

Typ 3: Bezeichnet das Handeln zwischen zwei korporativen Akteuren beispielsweise zwischen Unternehmen, zwischen dem Staat und der Gewerkschaft oder zwischen einem Krankenhaus und der Regierung.

Typ 2a/2b: Bei solchen Handlungen sind jeweils ein korporativer Akteur und eine natürliche Person beteiligt, in verschiedenen Positionen.

Konstellationen vom Typ 2a oder 2b nennt Coleman im Gegensatz zu Typ 1 und Typ 3 asymmetrische Beziehungen. Auch bei Handlungen von Typ 3 kann es vereinzelt zu Asymmetrien kommen, nämlich dann wenn Organisationen oder Verbände unterschiedlicher Größe und Bedeutung aufeinander treffen. Auf Grund der gesellschaftlichen Entwicklungen haben die asymmetrischen Konstellationen sowohl mengenmäßig als auch in ihrer Bedeutung stark zugenommen.

Die Asymmetrien zeigen sich in einem dadurch, dass korporative Akteure in der Regel über mehr Möglichkeiten und Ressourcen verfügen, ihre Interessen durchzusetzen als die einzelne Person. Zum anderen gibt es erheblich mehr Möglichkeiten, die einzelne Person als Interaktionspartner durch ein anderes Individuum zu ersetzen, was bei korporativen Akteuren nicht so leicht bis gar nicht möglich ist.

Ein sehr wesentliches Kennzeichen von asymmetrischen Beziehungen stellt des Weiteren die Tatsache dar, dass „der korporative Akteur in nahezu allen Fällen die meisten der

Rahmenbedingungen, in die die Beziehung eingebettet ist, zu kontrollieren vermag. Der korporative Akteur kontrolliert vor allem einen Großteil der für die Interaktion wichtigen Informationen (...)“ (Coleman, 1986, S.34).

Das Endergebnis besteht darin, dass die zwei Parteien über ganz unterschiedliche Ressourcen verfügen und somit im Endeffekt ihre Rechte unterschiedlich stark durchsetzen können und sie unterschiedlich stark erfüllt werden. Der korporative Akteur erhält durch die Asymmetrien erhebliche Macht, die der einzelne dadurch zu umgehen versucht, indem er gegen soziale Normen verstößt. Dies geschieht unter anderem dadurch, dass die natürlichen Personen, die für einen korporativen Akteur arbeiten, einem „permanenten intrapersonalen Interessenskonflikt“ (Coleman, 1986, S.42) ausgesetzt sind.

2.7.2 Asymmetrien im Krankenhaus

Die bestehenden Asymmetrien zwischen Organisationen und externen Personen können ebenso beispielsweise auf die Ebene der Arzt-Patient-Beziehung herunter gebrochen werden, da diese Beziehung auf Grund verschiedener Faktoren ebenfalls als asymmetrisch bezeichnet werden kann. Die Asymmetrien in diesem Bereich ergeben sich durch ein Machtgefälle, das sich aus drei Ausprägungen, der Experten-, der Definitions- und der Steuerungsmacht, konstituiert (vgl. Siegrist, 1988, S.225ff).

Die Expertenmacht auf Seiten der ÄrztInnen resultiert daraus, dass sie aufgrund ihres Wissens ExpertInnen sind, wohingegen die PatientInnen üblicherweise als Laien zu bezeichnen sind. Bei chronisch Kranken, die sich in der Regel bereits ein erhebliches Wissen über ihre Erkrankung angeeignet haben, kann sich das Machtgefälle freilich zum Teil verringern.

Durch die Ausführungen zur Krankenrolle in Kapitel 4.3 ergibt sich die Definitionsmacht. Mit Übernahme der Krankenrolle verpflichten sich die PatientInnen zur Legitimation ihres Zustandes und in weiterer Folge zur Kooperation mit den ExpertInnen, um ein möglichst hohes Maß an Gesundheit wieder herzustellen. Dadurch besitzen ÄrztInnen die gesellschaftliche Definitionsmacht, die die Krankenschreibungen, Diagnosestellung und Art bzw. Durchführung der Behandlung umfasst.

Dies führt zum nächsten Punkt, der Steuerungsmacht. In der konkreten Behandlungssituation erhalten ÄrztInnen durch ihre Kompetenzen die Macht, den Verlauf der Behandlung zu kontrollieren. Dies beinhaltet sowohl die Möglichkeit, Anfang, Wartezeiten, Unterbrechungen und Ende zu bestimmen sowie auch die Möglichkeit, den Patientinnen Raum für Fragen und Initiativen zu geben und Sanktionen auszusprechen.

Aufbauend auf diese drei Elemente, die charakteristisch sind für Asymmetrien in der

Arzt-Patient-Beziehung, stellen die Spezifika der Krankenrolle und der Institution Krankenhaus weitere Faktoren für das Entstehen bzw. Bestehen von Ungleichheiten. Während die PatientInnen bei der Wahl von Haus- oder FachärztInnen in der Regel einen größeren Entscheidungsspielraum besitzen, ist dieser mit dem Eintritt in die Organisation Krankenhaus wesentlich beschränkter. Die Aufgaben und Anforderungen eines Krankenhauses, nämlich die individuelle diagnostische und therapeutische Versorgung der PatientInnen, erfordern ein großes Maß an Arbeitsteilung und führen somit zu einer komplexen Organisationsstruktur, um sowohl Notfallsituationen als auch Routinefälle übernehmen zu können.

Konsequenzen für die PatientInnen sind eingeschränkte Privatsphäre, ständige Erreichbarkeit, keine Wahlmöglichkeit des betreuenden Personals, begrenzter Einfluss auf die Handlungsabläufe, verbindlicher Tagesablauf, Personalwechsel, Wartezeiten, Unterbrechungen von begonnenen Maßnahmen usw. wobei letztere besondere Bedeutung in einer Ambulanz erfahren (vgl. Siegrist, 1988, S.225ff).

2.7.3 Informationsasymmetrien

Aufgrund ob genannter Einschränkungen der PatientInnen und der Komplexität und Vielschichtigkeit der Kommunikations- und Interaktionsstrukturen kommt es zu einer ungleichen Informationsverteilung. Die Konsequenzen, die daraus entstehen können verdeutlicht Siegrist (1988, S.228f) anhand dreier Bedeutungen, die das Erhalten von Informationen für die PatientInnen hat. Das Verfügen über die notwendigen Informationen hat kognitive, emotionale und pragmatische Bedeutung wobei erstere die wesentliche Funktion hat, Ängste und Unsicherheiten zu reduzieren. Der kognitive Aspekt dient dazu, Orientierung zu schaffen und mit der veränderten Situation zurechtzukommen.

Der emotionale Aspekt einer Information liegt darin, die PatientInnen in belastenden Situationen zu begleiten und zu unterstützen, sei es durch Trost, behutsamen Umgang und Aufmunterung bzw. der Bereitschaft, zuzuhören. Diesem Aspekt kommt in psychisch belastenden Situationen bzw. bei PatientInnen mit labilem Zustand große Bedeutung zu. Der dritte Aspekt fokussiert auf die Konsequenzen einer Mitteilung, die im besten Falle in Compliance endet und darüber hinaus Gesundheitsverhalten fördert und Krankheitsverhalten vermeidet.

Wie wichtig es ist, diese Asymmetrien auf der Ebene der Information auszugleichen veranschaulichen u.a. Seidl/Walter (1984), die die Notwendigkeit der Aufklärung und ausreichenden Information als einen wesentlichen Bestandteil patientenzentrierter Pfl-

ge sehen. Informationsweitergabe ist Voraussetzung für eine gelungene Kommunikation von Anfang an, hilft Ängste abzubauen, die beim Eintritt in eine Organisation vorhanden sein können und trägt wesentlich dazu bei, die PatientInnen aktiv in den Genesungsprozess einzubeziehen und zur Beteiligung anzuregen. Um diese aktive Beteiligung zu erhalten und somit patientenorientierte Pflege im Sinne der Erkennung und Berücksichtigung individueller Bedürfnisse ermöglichen zu können, ist es eine wesentliche Bedingung, dass die PatientInnen genügend Wissen mit einbringen. Diese Einstellungen, Fähigkeiten und das Wissen, um aktiv am Gesundungsprozess mitzuwirken, können nur entstehen, wenn im Vorfeld genügend Information und Kommunikation vorhanden sind (vgl. Seidl/Walter, 1984, S.39ff).

Ausgehend von diesen Überlegungen wird nun zum Kapitel der Patientenorientierung übergeleitet.

3 Patientenorientierung

Patientenorientierung wird seit längerem als wichtiges Qualitätsmerkmal in Krankenhäusern gesehen. Das österreichische Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat 1997 eine „Leitfaden Patientenorientierung“ in Auftrag gegeben, mit dem Ziel, die Qualität der Versorgung durch bewusste Patientenorientierung zu sichern und ständig zu verbessern.

Zu Beginn dieses Kapitels wird versucht, die Entstehung und Definition des Begriffs der Patientenorientierung zu konkretisieren und die verschiedenen existierenden Sichtweisen und Verständnisse von patientenorientierter Pflege zusammenzufassen.

Danach folgt eine Darstellung fünf verschiedener Konzepte zu patientenorientierter Pflege, deren Herkunft unterschiedlicher nicht sein könnte. Konzepte aus der Pflegewissenschaft, der Betriebswirtschaft und der Medizin werden vorgestellt, um in Hinblick auf die Interdisziplinarität im Krankenhaus möglichst unterschiedliche und vielseitige Denk- und Sichtweisen einzubringen.

- Dullinger (1996) verwendet den Begriff der Patientenorientierung synonym mit Kundenorientierung - er verfolgt somit einen betriebswirtschaftlichen Ansatz und verbindet das Gelingen patientenorientierter Pflege in erster Linie mit Zufriedenheit.
- Das zweite Konzept von Badura (1994) - Patientenorientierte Systemgestaltung im Gesundheitswesen - beinhaltet ebenfalls Elemente aus der Betriebswirtschaft, indem er das aus der Industrieproduktion stammende Modell des „lean management“ mit Einschränkungen und Erweiterungen auf das Krankenhaus umlegt. Gegenwärtige Entwicklungen und Veränderungen im Gesundheitssystem werden dabei mitgedacht und thematisiert.
- Aus der Pflegewissenschaft stammt das Modell der multidimensionalen Patientenorientierung von Karin Wittneben (1991), bei dem die stufenweise Entwicklung hin zu einer patientenorientierten Pflege beschrieben wird.

- Mit der Zunahme chronisch kranker Menschen und deren Bedürfnisse darf das Konzept der Krankheitsverlaufskurve von Corbin und Strauss (1993) nicht fehlen. Um chronisch Kranken patientenorientiert begegnen zu können, bedarf es das Wissen über Verlaufskurven und den damit verbundenen Besonderheiten.
- Den Abschluss bildet das Konzept der „Patient-Centered Medicine“ von Levenstein, das aus der Medizin stammt und auf die Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen eingeht. Der Unterschied zwischen „illness“ und „disease“ wird thematisiert und auf die unterschiedlichen Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit wird ebenso eingegangen wie auf die Integration von Laien- und Expertenwissen.

Den Schluss dieses Kapitels bilden Überlegungen zu den Möglichkeiten aber auch Grenzen, die patientenorientierter Pflege und Medizin gesteckt sind.

3.1 Entstehung, Einführung und Begrifflichkeit

Die Forschung in diesem Bereich wird dadurch erschwert, dass weder eine einheitliche Bezeichnung bzw. Operationalisierung noch eine allgemeine Definition von patientenorientierte Pflege existiert.

Patientenzentrierte Pflege, ganzheitliche Pflege und individuelle Pflege werden in der Literatur der Vergangenheit ebenso verwendet wie menschengerechte Pflege oder geplante Pflege (Wanner 1987, S.170; Stratmeyer, 2002, S.260).

Entstanden ist die Debatte um patientenorientierte Pflege einerseits infolge der Funktionspflege, in der der individuelle Kontakt mit den PatientInnen meist unberücksichtigt bleibt. Andererseits hat die naturwissenschaftliche Ausrichtung der Medizin und die Ausrichtung der Pflegeausbildung auf die Versorgung Akutkranker, die mit der Zunahme chronisch Kranker eine andere Sichtweise verlangt, die Diskussion um ein Mehr an Patientenorientierung aufkeimen lassen (vgl. Wanner 1987, S.181).

Der Begriff „Patientenorientierte Pflege“ findet sich zum ersten Mal 1960 in den USA bei Abdellah in ihrem wegweisenden Werk „Patient-centered Approaches to Nursing“. Abdellah erwähnt darin auch die Wichtigkeit des patientenorientierten Konzeptes und dem sich daraus entwickelnden neuen Selbstverständnis der Pflege und der Entstehung neuer pflegerischer Aufgaben für eine zukünftige „Pflegewissenschaft“. Sie betont darüber

hinaus die Notwendigkeit der Verwissenschaftlichung der Ausbildung von Krankenpflegelehrkräften (vgl. Wanner, 1987, S.172).

Stratmeyer stellt eine Reihe möglicher Entwicklungen und Denkweisen dar, die den Anstoß zu den Überlegungen in Richtung Patientenorientierung in der Vergangenheit gegeben haben, aber auch heute immer wieder Beachtung finden. Es sind dies beispielsweise die Technikorientierung, die mangelnde Eigenständigkeit der Pflege und ihre Suche nach beruflicher Identität oder auch festgefahrene Strukturen im Ablauf der Gesundheitsversorgung (vgl. Stratmeyer, 2002, S.261).

Wanner (1987) versucht in seinem Werk „Lehrer zweiter Klasse?“ Perspektiven der Qualifizierung von Krankenpflegelehrkräften zu systematisieren. In diesem Zusammenhang bearbeitet er bereits vorhandene theoretische Ansätze zur patientenorientierten Pflege und bemüht sich um eine einheitliche Begriffsdefinition und eine Konkretisierung der wichtigsten Elemente, und leistet damit weitestgehend Pionierarbeit (vgl. Wanner 1987, S.173f).

Folgende Definition von patientenorientierter Pflege findet sich bei Wanner:

„Patientenorientierte Krankenpflege bezeichnet eine Konzeption der Aufgaben, Methoden und des Selbstverständnisses der Krankenpflege, die ihren Maßstab nicht in erster Linie in erfolgreicher Arztassistenz, sondern im Erkennen und Erfüllen der Bedürfnisse des Patienten sieht. (...) zielt PoP (Patientenorientierte Pflege, Anm. d. V.) auf einen individuellen, ganzheitlichen und bedürfnisorientierten Umgang mit dem Patienten“ (Wanner, 1987, S. 174). Somit sieht Wanner die Einführung patientenorientierter Pflege auch als einen Schritt in Richtung Autonomie, Selbstständigkeit und Professionalisierung der Pflege und eine Ablösung von der bloßen Arztassistenz. Die Einführung von gezielten Pflegeplanungs- und Dokumentationsinstrumenten ist eine logische Forderung bzw. Voraussetzung Wanners.

Er weist weiter auf zwei Aspekte der patientenorientierten Pflege hin, nämlich auf den beziehungsorientierten und den ablauforientierten Aspekt. Ersterer betont die Wichtigkeit einer funktionierenden zwischenmenschlichen Atmosphäre zwischen PatientInnen und Pflegepersonal in der patientenorientierten Pflege, die den Heilungsverlauf begünstigt und unterstützt. Die Ressourcen und Fähigkeiten der PatientInnen werden aktiv in den Heilungsprozess miteinbezogen und Pflegeziele individuell an den Einzelnen/die Einzelne angepasst. In beziehungsorientierter Sicht findet die Einführung eines patien-

tenorientierten Konzeptes bereits in der Ausbildung und der beruflichen Sozialisation statt. Durch Selbsterfahrung, eine veränderte Einstellung und eine fachlich qualifizierte Ausbildung werden Pflegekräfte motiviert, ganzheitlich und individuell auf die Bedürfnisse der einzelnen PatientInnen einzugehen.

Bei der ablauforientierten Sichtweise patientenorientierter Pflege wird die Berufsausbildung als Voraussetzung für eine organisatorische Veränderung der Pflegepraxis in Richtung der Einführung von systematischen und begründeten Pflegeplanungs- und Dokumentationsverfahren gesehen. Die Pflege beinhaltet in diesem Konzept sowohl eine kurative als auch rehabilitative und präventive Funktion (vgl. Wanner, 1987, S.174ff).

Dem Mangel an konkreter Operationalisierung und einheitlicher Bezeichnungen zu Folge hat Wanner in diesem Zusammenhang für die patientenorientierte Pflege wichtige Begriffe wie Gesundheits- und Krankheitsverständnis, zugrunde liegende Menschenbilder, Ganzheitlichkeit, Emanzipation und Partnerschaft konkretisiert, was auch Stratmeyer (2002) aufgreift.

Das Gesundheits- und Krankheitsverständnis hinter patientenorientierter Pflege sieht Gesundheit und Krankheit als dynamischen Prozess im Gegensatz zur traditionellen medizinischen Sichtweise. Im Mittelpunkt der Pflege steht nicht die Krankheit per se, sondern „der kranke Mensch mit seinen physischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen“ (Wanner, 1987, S.176). Drei Bereiche fließen in eine patientenorientierte Betreuung ein, nämlich die Krankheit, die körperliche und emotionale Betreuung und die Interaktion zwischen PatientIn und Umwelt. Wanner spricht sich somit bereits klar für die Verwendung des ganzheitlichen WHO-Begriffs von Gesundheit aus.

Das Menschenbild in der patientenorientierten Pflege ist sowohl von kirchlichen als auch weltlichen Ansichten geprägt, wobei erstere die PatientInnen als leidende und hilfsbedürftige Menschen ansehen, denen eine passive Haltung zugeschrieben wird und letztere Ansicht von mündigen und selbstbestimmten BürgerInnen ausgeht, die aktiv am Genesungsprozess teilnehmen.

In beiden Denkansichten wird die Individualität und Eigenständigkeit der PatientInnen respektiert und die Pflege zusätzlich als emotionale Stütze gesehen (Wanner, 1987, S.176 ff).

Der Begriff der Ganzheitlichkeit bildet eine wesentliche Säule in der patientenorientierten

Pflege. Sie ist bei Wanner dadurch gekennzeichnet, dass versucht wird, die PatientInnen als Ganzes zu betrachten, als bio-psycho-soziale Einheit. Die medizinische „Organzentrierung“ soll in der patientenorientierten Pflege aufgehoben und durch den ganzheitlichen Gesundheitsbegriff abgelöst werden.

Stratmeyer (2002) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, „dass ganzheitliche Pflegeorganisationsformen zwar patientenorientierte Pflege begünstigen, jedoch nicht determinieren. Diese Aussage gilt auch im Umkehrschluss“ (Stratmeyer, 2002, S.263). Während Stratmeyer patientenorientierte Pflege auch innerhalb der Funktionspflege für erschwert, aber möglich hält, ist Wanner angesichts der arbeitsteiligen Struktur im Krankenhaus skeptisch.

Ausgehend von den Annahmen Stratmeyers kann somit angenommen werden, dass Patientenorientierung auch in Ambulanzstrukturen Einzug finden kann.

Emanzipation als weiterer Bestandteil patientenorientierter Pflegeformen stellt einen komplexen und zum teil kontroversen Sachverhalt dar. Wanner konstatiert einen Mangel an kritischer Reflexion zu diesem Thema im Hinblick auf patientenorientierte Pflege. Der Emanzipationsbegriff beziehe sich in diesem Bereich rein auf die PatientInnen, die als mündige BürgerInnen aktiv am Genesungsprozess mithelfen und aus der regressiven Patientenrolle herausschlüpfen sollen. Die Aufgabe der Krankenpflege sei es, die Bemühungen der PatientInnen um mehr Autonomie zu unterstützen und dabei eine partnerschaftliche Beziehung zu entwickeln. Wanner geht von einer berufspädagogischen Sichtweise aus, die besagt, „Emanzipation muss das Individuum genauso betreffen wie die gesellschaftliche Totalität“ (Wanner, 1987, S.177).

Er kritisiert die mangelnde Reflexion des originären Emanzipationsbegriffs aus berufspädagogischer Sichtweise, da die Emanzipation nur bei den PatientInnen ansetzt und nicht bei dem sie umgebenden Umfeld. Auf die Folgen für die Arbeitsbeziehungen, die sich durch die Emanzipation der PatientInnen ändern, wird für Wanner zu wenig eingegangen. Stratmeyer (2002) wirft einen anderen Aspekt auf, der bei der Diskussion um Emanzipation nicht außer Acht gelassen werden darf, indem er einen, wie er bezeichnet „zirkulären Widerspruch“ anführt. „Es kann durchaus für einen Patienten Ausdruck von Mündigkeit und Selbstbestimmung sein, sich unmündig zu verhalten und sich in die verantwortungsvolle Fürsorge von Pflegenden zu geben“ (Stratmeyer, 2002, S.263). Die Forderung nach Selbstbestimmung würde dann in diesem Fall letztendlich Entmündigung bedeuten.

Schlussendlich stellt Partnerschaft eine wesentliche Komponente patientenorientierter Pflege dar. Dies soll heißen, dass es gemeinsame Aufgabe von Pflegepersonal und PatientInnen darstellt, die Probleme, Bedürfnisse und Anliegen der PatientInnen zu ermitteln. Als Ziel wird die Schaffung einer persönlichen und authentischen Beziehung gesehen. Wanner spricht dabei eine Beziehungsdefinition an, die teilweise der non-direktiven Gesprächstherapie entnommen wurde und wendet ein, dass dies möglicherweise eine Überforderung des Pflegepersonals darstelle. Partnerschaft bezieht sich letztendlich aber auch immer auf die Zusammenarbeit innerhalb und unter den Berufsgruppen (vgl. Wanner, 1987, S.179f).

3.2 Entwicklungen (am Beispiel AKH)

Kozon/Abasinejad/Kabagaya-Fröhlich (2000) haben ebenfalls die Problematik der mangelnden Operationalisierung aufgegriffen und sich dieser Thematik vor allem im Ambulanzbereich gewidmet. Sie berichten von einem Aufbruch in Richtung einem Mehr an Patientenorientierung im Pflegeverständnis und nennen ein Beispiel aus dem Pflegeverständnis im Ambulanzalltag, um dies zu verdeutlichen. Während Pflegepersonen im Ambulanzbereich (und nicht nur in diesem Bereich) früher medizinisch orientiert handelten, verschieben sich Denk- und Handlungsmuster heute mehr in Richtung Patientenorientierung. Eine Abkehr von der Sichtweise der Pflegekraft als ArztherferIn wird durch neue Konzepte in der Ausbildung, die sozio-emotionale Fähigkeiten vermitteln, vorangetrieben, und so werden bereits in der Berufsausbildung wesentliche Grundpfeiler gelegt, damit die Pflegepersonen neben den körperlichen auch die psychischen und sozialen Bedürfnisse der PatientInnen erkennen und adäquat reagieren können.

Ziel des Projektes der ob genannten Projektgruppe war die Definition eines patientenorientierten Pflegesystems im Ambulanzbereich. Die Entwicklung einer Pflegedokumentation sowie die Entwicklung von Pflegestandards bzw. die Definition der häufigsten ambulanzrelevanten Standards sollten dazu dienen, die Methode des Pflegeprozesses auf die Anwendbarkeit im Ambulanzbereich zu prüfen. Festgestellt wurde die Notwendigkeit von Fortbildungen zu den Phasen des Pflegeprozesses, zum Thema Pflegediagnosen und zur Pflegedokumentation, um ein stärkeres Bewusstsein für die eigenen Tätigkeiten zu erlangen was wiederum als bedeutende Voraussetzung für das Integrieren von patientenorientierten Handlungsweisen in den beruflichen Alltag darstellt. 1997 und 1999 wurden jeweils 103 bzw. 104 Fragebögen zu den Themen Selbstbild der Pflege, Pflegedokumen-

tation, -prozess, -standards, Patientenorientierung etc., die vom Ambulanzpersonal ausgefüllt wurden, ausgewertet. Auffallend war, dass Pflegepersonen, die die Frage „Was verstehen Sie unter patientenorientierter Pflege im Ambulanzbereich?“ vollständig beantwortet haben, signifikant öfter ($p \leq 0,001$) den Begriff Pflege vollständig definieren konnten und auch signifikant öfter die Phasen des Pflegeprozesses vollständig beantwortet haben (vgl. Kozon/Abasinejad/Kabagaya-Fröhlich, 2000, S.40).

Dieses Ergebnis bestärkt unter anderem die Notwendigkeit der ob genannten Fortbildungen und verdeutlicht einmal mehr die Komplexität, die Mehrdimensionalität und die vielfältigen Voraussetzungen, die notwendig sind, um patientenorientierte Pflege zu einer Selbstverständlichkeit zu etablieren.

Bevor nun auf die einzelnen Konzepte eingegangen wird, soll ein allgemeiner Leitfaden vorangestellt werden.

3.3 Leitfaden für Patientenorientierung des Bundesministeriums

Das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat im Leitfaden Patientenorientierung von 1997 Ratschläge für eine patientenorientierte Versorgung gegeben und macht darauf aufmerksam, wie wichtig es für alle MitarbeiterInnen ist, sich Patientenorientierung immer wieder bewusst zu machen um die Leitideen eines patientenorientierten Leitbildes so in das eigene Handeln integrieren zu können und Problembewusstsein entwickeln zu können. „Die Qualität von Produkten und Dienstleistungen ist vor allem ihre Qualität in den Augen ihrer Empfänger; die Qualität der Versorgung eines Krankenhauses ist viel mehr als bisher auf die Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten auszurichten und aus ihrer Perspektive zu erfassen und zu beurteilen“ (Leitfaden, 1997, S.4).

Patientenorientierung soll heißen, die subjektiven Bedürfnisse der PatientInnen mit dem medizinisch notwendigen Versorgungsbedarf zu koppeln und in Einklang zu bringen und somit eine Entscheidung zu treffen, die für beide Seiten zufriedenstellend verläuft

„Patientenorientierung heißt, dass sich im Rahmen eines therapiekonformen Betreuungsprozesses alle daran Beteiligten bemühen, die Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten kennenzulernen und zu erfüllen“ (Leitfaden, 1997, S.8).

Die wichtigsten Voraussetzungen für eine patientenorientierte Behandlung werden im

Leitfaden des Bundesministeriums zusammengefasst:

- Für die PatientInnen verständliche und umfassende Information.
- Die größtmögliche Beteiligung der Patienten am Behandlungsprozess und die Einbeziehung der Patienten.
- Die Abstimmung der Patientenerwartungen mit dem pflegerischen, diagnostisch-therapeutisch, rechtlichen und wirtschaftlichen Möglichen.
- Der Einsatz befähigter, motivierter und reflektierter MitarbeiterInnen.

Schlussendlich ist die wichtigste Voraussetzung eine Organisation bzw. Organisationsstruktur zu schaffen, die diese Kriterien trägt und darauf abgestimmt ist.

Aufgrund der teilweise begrenzten finanziellen Mittel und bestimmten rechtlichen Vorstellungen ist es nicht immer möglich oder sogar nicht immer erlaubt, auf alle Bedürfnisse einzugehen, es bedarf allerdings dennoch einer wiederkehrenden Reflexion des medizinischen und pflegerischen Handelns dahingehend, dass eine Integration der Wünsche und Bedürfnisse der PatientInnen dort möglich ist, wo es finanzielle und rechtliche Mittel zulassen.

Mit den ob genannten Kriterien soll dem Bedürfnis nach menschlicher Würde und der Forderung nach umfassender Qualität in der Gesundheitsversorgung gerecht werden.

Außerdem wird das Bedürfnis der MitarbeiterInnen nach einer zufriedenstellenden Leistung dahingehend erfüllt, als dass eine patientenorientierte Behandlung zu einer vertrauensvollen und guten Beziehung, die für beide Seiten erfüllend sein kann, führt (Leitfaden 1997, S.7f).

Im anschließenden Teil werden nun fünf Konzepte der Patientenorientierung vorgestellt.

3.4 Konzepte der Patientenorientierung

3.4.1 Patientenorientierung aus der betriebswirtschaftlichen Sicht - Kundenorientierung

Dullinger verwendet einen Ansatz der Patientenorientierung, der management- und kundenorientiert ist und das Krankenhaus primär als Anbieter von Dienstleistungen für

KundInnen, in diesem Falle PatientInnen sieht. Patientenorientierung wird als Marketingstrategie verwendet, um die Kundenzufriedenheit zu erhöhen und PatientInnen an die Organisation zu binden.

Er spricht sich dennoch für eine Bevorzugung des Begriffs der „Patientenorientierung“ gegenüber „Kundenorientierung“ aus, um die Fokussierung auf die PatientInnen deutlicher zum Ausdruck zu bringen.

„Patientenorientierung heißt, die Patientensicht einzunehmen sowie aus dieser Perspektive heraus das Krankenhaus auf die Anforderungen des Patienten auszurichten und auf diesem Wege die Krankenhausversorgungs- und -behandlungsziele zu realisieren“ (Dullinger, 1996, S.18).

Patientenorientierung hat bei Dullinger die Bedeutung und den Zweck, die Zufriedenheit der PatientInnen mit der Organisation, dem Service und der Qualität zu erhöhen. Ein hoher Stellenwert kommt dabei dem Erleben der PatientInnen beim Kontakt mit dem Krankenhauspersonal zu, da diese Erfahrungen maßgeblich den Gesamteindruck über das Krankenhaus beeinflusst. Diese Interaktionen der PatientInnen mit Mitgliedern der Organisation Krankenhaus wie beispielsweise Pflegepersonal, Ärztinnen, medizinisch-technisches Personal, andere PatientInnen aber auch mit diagnostischen Geräten, nennt er „Moments of Truth“.

Negativen Erlebnissen in diesem Bereich muss besondere Aufmerksamkeit zugesprochen werden, da diese negative Mundpropaganda nach sich ziehen können beziehungsweise beim nächsten Krankheitsfall von betroffenen PatientInnen eine andere Gesundheitseinrichtung aufgesucht wird.

Dullingers Sichtweise zu Folge ist Patientenorientierung in erster Linie Aufgabe des Managements, das dafür zu sorgen hat, dass eine kundenorientierte Einstellung unter den MitarbeiterInnen und eine ebensolche Unternehmensvision vorherrscht. Voraussetzung sind wiederum Kenntnisse über die Bedürfnisse und Erwartungen der PatientInnen, die einen dynamischen Prozess darstellen und kontinuierlich aktualisiert werden müssen (vgl. Dullinger, 1996, S.19ff).

Stratmeyer (2002) kritisiert die Sichtweise von Patientenorientierung als Kundenorientierung und spricht sich für das Verstehen von Patientenorientierung als „Wert an sich, der sich für eine kritische Selbstreflexion der eigenen professionellen Handlungsvoraussetzungen, -prozesse und -produkte nutzbar machen ließe“, der seines Erachtens noch zu wenig in den Blickwinkel tritt (Stratmeyer, 2002, S.260). Patientenorientierung sei im Moment jedoch nicht mehr als eine Neben- oder Serviceleistung vieler Krankenhäuser,

um im aufkeimenden Wettbewerb bestehen zu können. Patientenorientierung als Kundenorientierung nur rein an objektiv messbaren Kriterien wie Wartezeiten, Essenszeiten, Anzahl der Freizeitangebote u.v.a. abzustellen, ist laut Stratmeyer der falsche Weg und würde vor allem den medizinischen und auch zu einem großen Teil den pflegerischen Leistungsbereich von seiner Verantwortung befreien (vgl. ebenda, S.260).

3.4.2 Patientenorientierte Systemgestaltung im Gesundheitswesen

Badura/Feuerstein (1994) greifen in seinem Modell der patientenorientierten Systemgestaltung sowohl Elemente aus betriebswirtschaftlicher Sicht als auch systemgestalterische und ganzheitliche Ansätze auf.

In vollem Bewusstsein der Unterscheidung zwischen Güterproduktion in der Industrie und Dienstleistung am Individuum wird die Organisationslehre des „lean management“ aus der Betriebswirtschaft übernommen als Abgrenzung zum zeitlich früher angesiedelten „scientific management“. Die Strömung des „scientific managements“ ist gekennzeichnet durch eine konsequente Arbeitsteilung und einer annähernden Gleichbehandlung von maschineller Arbeit und menschlicher Arbeit (vgl. Badura/Feuerstein, 1994, S.256ff).

Ähnlich dem Taylorismus in der Wirtschaft erlebte die Medizin in den vergangenen Jahrzehnten eine Technikintensivierung und eine vorwiegende Konzentration auf somatische Beschwerden. Seit dem 19. bzw. 20. Jahrhundert stehen die messbaren PatientInnen im Vordergrund. Spekulationen über Vorgänge im Körper werden durch exakte Studien abgelöst, die Entwicklung moderner Medikamente prägt diese Zeit ebenso wie die Technisierung zur Erleichterung der Diagnosestellung. Medizinische Spezialdisziplinen bilden sich heraus und ließen Krankenhäuser zu komplexen, arbeitsteiligen Organisationen heranwachsen. Mit dem Aufschwung psychotherapeutischer Konzepte im beginnenden 20. Jahrhundert mischen sich zusätzliche Faktoren für das Entstehen von Gesundheit und Krankheit zu den naturwissenschaftlichen Erkenntnissen (vgl. Eckart, 2005, S.182ff).

Der Faszination der Technik sowie dem damit verbundenen Fortschritt und Erkenntnisgewinn sind viele Berufsgruppen erlegen, was keineswegs als negativ angesehen werden darf. Hochentwickelte Arbeitsteilung und organisatorische Zergliederungen bergen jedoch das Risiko, dass es in den Schnittstellen zu Problemquellen und Konflikten kommen kann. Badura und Feuerstein sprechen von einer Orientierungskrise, die besonders die Pflegeberufe trifft, die einen Spagat zwischen den Anforderungen der Akutmedizin und dem Anspruch nach bestmöglicher Unterstützung und Fürsorge für die PatientInnen zu bewältigen haben (vgl. Badura/Feuerstein, 1994, S.13).

Neuere Konzepte kommen jedoch wieder darauf zurück, eine Integration zwischen der Nutzung von Technik und personenbezogenen Arbeiten zu schaffen und zu fördern, sowie Interaktions- und Kommunikationsstrukturen zu bedenken, denn die Arbeitsbedingungen wirken sich gerade auch bei Dienstleistungen auf die Qualität der Versorgung und die Zufriedenheit auf beiden Seiten aus, wie es Badura und Feuerstein verdeutlichen: „Ein patientenorientiertes Gesundheitswesen setzt deshalb eine beschäftigtengerechte Gestaltung von Arbeit und Organisation voraus“ (Badura/Feuerstein, 1994, S.11).

Kozon/Abasinejad/Kabagaya-Fröhlich (2000) weisen ebenfalls auf die Notwendigkeit einer motivierenden, wertschätzenden und mitarbeiterorientierten Gestaltung der Arbeitsbedingungen hin: „Patientenorientierte Pflege werden jene Pflegepersonen durchführen, die gute Arbeitsbedingungen vorfinden, die hoch motiviert sind, die sich kontinuierlich fortbilden und die von den Vorgesetzten unterstützt werden. Sie können die eigene Arbeit besser erledigen und den Patienten mit seinen Bedürfnissen in den Mittelpunkt stellen“ (S.15)

Patientenorientierung setzt somit bei der Organisation direkt an, denn nur wenn sich die Organisation an den MitarbeiterInnen orientiert, kann eine Orientierung an den PatientInnen von Seiten der Organisationsmitglieder gut möglich sein. Dies bekräftigt die Mehrdimensionalität beziehungsweise die vielfachen Voraussetzungen, die notwendig sind, um patientenorientiert arbeiten zu können.

Badura setzt sich für eine „(Wieder-)Aufwertung interaktionsintensiver Leistungen“ (Badura/Feuerstein, 1994, S.23) ein, sozusagen für eine Revitalisierung von Tätigkeiten, die früher den Mittelpunkt der Arbeit im Krankenhaus bildeten, wie zum Beispiel die Linderung von Schmerzen, Aufmunterung und Zuspruch.

Lean Management im Krankenhaus

Die oben angesprochene Organisationslehre des lean management greift diese Konsequenzen auf, stellt das arbeitende Individuum in den Mittelpunkt und versucht, die arbeitsteilige Gestaltung im Taylorismus durch Bildung von Arbeitsgruppen zu ersetzen um möglichst kundenorientiert arbeiten zu können (vgl. Badura/Feuerstein, 1994, S.10). Im Folgenden werden die einzelnen Kernelemente und Prinzipien der Systemgestaltung des lean management erklärt und auf Unternehmen im Dienstleistung- bzw. Gesundheitsbereich umgelegt. Zuerst sollen die Kernelemente mit Hilfe der Abb.: 3.1 verdeutlicht werden:



Abbildung 3.1: Lean Management im Krankenhaus

Gruppenarbeit als wichtigstes Kennzeichen des lean managements bedeutet einerseits, dass die Verantwortung an die Arbeitsgruppen delegiert wird, also dorthin, wo tatsächlich Wertschöpfung bzw. Kontakt zu KundInnen beziehungsweise PatientInnen entsteht. Andererseits wird durch die Bildung von Arbeitsgruppen die gegenseitige Hilfe und Unterstützung begünstigt sowie die Arbeit vielfältiger und abwechslungsreicher.

Für die Organisation Krankenhaus würde die Konsequenz der Bildung von Gruppenarbeit sein, dass sich alle Beteiligten mehr mit der Station bzw. dem Arbeitsbereich identifizieren als mit der Berufsgruppe. Da im Krankenhaus verschiedene Berufsgruppen mit unterschiedlicher Ausbildung, Qualifikation und auch Bezahlung aber auch mit unterschiedlichem Grad der Professionalisierung zusammentreffen können sich in dieser Hinsicht Probleme und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit ergeben. In vielen Krankenhäusern ist es dennoch bereits üblich, für bestimmte Projekte, Einführungen oder beispielsweise zu speziellen Patientengruppen Arbeitsgruppen, Projektgruppen, Fokusgruppen, wie auch immer sie dann genannt werden, zu bilden. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit könnte auf dieser Basis weiter ausgebaut werden, indem VertreterInnen aller für das Thema relevanten Berufsgruppen auf Projektbasis zusammenarbeiten.

Ein weiteres wichtiges Element stellt die Kostensenkung dar, die ebenso im Gesundheitswesen wie in der Betriebswirtschaft ein zentrales Motiv bildet und immer wieder Stoff für Diskussionen und Reformversuche bildet. Im Gesundheitswesen speziell sieht Badura im Abbau von Schnittstellen Potential für Kostensenkung sowie im Ausbau und der Aufwertung von interaktionsintensiven Leistungen, die sich positiv auf den Krankheitsverlauf und längerfristig auf die Compliance und den Gesundheitsgewinn der PatientInnen aus-

wirken (vgl. Badura/Feuerstein, 1994, S.24).

Während das Element der Automatisierung eher konträr zu den Prinzipien des lean managements (die arbeitenden Individuen im Vordergrund) steht, ist dieser Faktor im Krankenhaus dennoch von Bedeutung, da dort noch Potential für Automatisierung im positiven Sinne und zum Wohl der PatientInnen und Organisationsmitglieder vorhanden ist. Badura merkt an, dass im Gegensatz zu den technikintensiven Behandlungstechniken im Bereich der Dokumentation verhältnismäßig weniger Automatisierung vorherrscht. Die fortschreitende Einführung und die Entwicklung von elektronischen Dokumentationsformen zeugen von Problembewusstsein für dieses Thema.

Dezentralisierung als weiteres internes Element des lean management im Krankenhaus meint besonders im Krankenhaus eine Verteilung der Verantwortung und spricht damit wiederum den Bereich der Gruppenarbeit an. Verschiedene Verantwortungsbereiche werden auf Arbeitsgruppen verteilt und unter dem Gesichtspunkt der kollegialen Führung dezentraler wahrgenommen.

Neue Managementanforderungen, die auf das Krankenhauswesen zukommen beziehungsweise bereits zugekommen sind betreffen besonders die Bereiche Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung.

War standardisiertes Qualitätsmanagement in der Industrie und der Güterproduktion lange schon ein fixer Bestandteil, so greift dieser Bereich immer mehr auf Dienstleistungsbetriebe über, um den gesetzlichen und aktuellen Qualitätsanforderungen gerecht zu werden. Qualitätszertifizierungen zu bestimmten Normen dienen darüber hinaus einerseits dazu, Qualitätsbewusstsein in den Köpfen der Organisationsmitglieder zu verankern und andererseits bringen sie Reputation nach außen, da Konkurrenzdruck in Zukunft auch vor Krankenanstalten nicht Halt machen wird.

Gesundheitsförderung der MitarbeiterInnen im Krankenhaus ist ebenso ein essentieller Bestandteil wenn es darum geht, ganzheitliche Sichtweisen zu erlangen, die Motivation zu erhöhen, die Attraktivität des Arbeitsplatzes zu stärken usw. was letztendlich wieder den PatientInnen zu gute kommt. Wie bereits oben genannt wurde, beginnt Patientenorientierung bereits bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen und bei einer Orientierung der Organisation an ihren MitarbeiterInnen als wichtige Voraussetzung für Patientenorientierung. Die Patientenorientierung wird von Badura als ein Gestaltungsmerkmal des lean management für das Krankenhaus als Dienstleistungsorganisation genannt. Die PatientInnen als Subjekte werden als KoproduzentInnen wahrgenommen, ihre Laiendefinitionen von Gesundheit und Krankheit und ihre subjektiven Beschwerden und Erklärungsmuster werden angehört und berücksichtigt. Dies ist jedoch nur möglich, wenn

der Kommunikation und der Interaktion mit den PatientInnen mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird und es somit zu einer „Aufwertung der interaktionsintensiven Leistungen“ kommt, wie bereits oben erwähnt wurde. Patientenbefragungen sind ebenso wichtig, um die Meinung der PatientInnen besser kennenzulernen.

Während sich die ob genannten Elemente des lean management auf die interne Organisationsgestaltung bezogen haben, greifen die folgenden beiden Bereiche Outsourcing und Vernetzung die Beziehung einer Organisation zu ihrer Umwelt und zu externen Partnern und anderen Organisationen auf.

Outsourcing, also die Ausgliederung bestimmter Bereiche, die von anderen Organisationen billiger oder besser hergestellt bzw. durchgeführt werden können, kann im Krankenhausbereich vielfaches bedeuten. Badura erwähnt beispielsweise die gemeinsame Nutzung von medizinischen Großgeräten und der Ausbau von Geriatrie und Rehabilitationsabteilungen. Die Vernetzung nach außen mit Dritten stellt einen Faktor dar, der in Zukunft weiter ausgebaut werden wird, um interdisziplinäre Zusammenarbeit gerade mit der Zunahme chronisch kranker Menschen zu garantieren. Dazu zählt ein strukturiertes Entlassungsmanagement ebenso wie die Zusammenarbeit mit niedergelassenen ÄrztInnen, TherapeutInnen, Rehabilitationszentren und Betreuungseinrichtungen (vgl. Badura/Feuerstein, 1994, S.255ff).

Das Konzept des lean management wurde aus der Wirtschaft und aus dem Bereich der Güterproduktion entnommen und von Badura auf das Krankenhaus als Dienstleistungsbetrieb umgelegt. Badura (vgl. 1994, S.260) sieht selbst Kritikpunkte in der Anwendbarkeit auf die Arbeit mit und an Individuen mit subjektiven Ideen, Vorstellungen, Motiven und Bedürfnissen. Das Konzept der Patientenorientierten Systemgestaltung stellt jedoch nicht den Versuch dar, ein Modell aus der Güterproduktion eins zu eins auf den Dienstleistungsbereich zu übertragen. Die dahinterliegende Idee ist es vielmehr, ein Umdenken einzuleiten und sich wieder mehr auf die Individuen in einer Organisation zu konzentrieren und den positiv zu bewertenden technischen Fortschritt nicht auf Kosten der Kommunikation zu sehr in den Vordergrund zu stellen. Aus diesem Grund sind laut Badura (1994, S.260) besonders drei Gestaltungsprinzipien des lean management für die Anwendbarkeit im Krankenhaus sinnvoll, nämlich die Bildung von Arbeitsgruppen, die Patientenorientierung und die Vernetzung mit Dritten nach außen. Damit kann das Krankenhaus gegenwärtigen und zukünftigen Entwicklungen im Bereich der Demographie, der Krankheitsbilder und der Interkulturalität gerecht werden.

Patientenorientierung umfasst viele Bereiche im Gesundheitswesen. Ein Zusammenspiel

und Bewusstsein auf allen Ebenen kann patientenorientierte Pflege und Medizin fördern und als Selbstverständlichkeit etablieren.

3.4.3 Das Modell der multidimensionalen Patientenorientierung nach Karin Wittneben

Das dritte Modell der „Multidimensionalen Patientenorientierung“ ist pflegewissenschaftlichen Ursprungs. Das Modell bildet den theoretischen Rahmen Wittnebens Werk „Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft“ (1991) und beschäftigt sich ausführlich mit verschiedenen Stufen der Patientenorientierung, versucht handlungsleitende Motive in den einzelnen Dimensionen abzuleiten um im empirischen Teil pflegedidaktische Texte zu analysieren und grundlegende Aspekte zur Pflegedidaktik in der Aus- und Weiterbildung kritisch zu betrachten.

Wittneben stellt fünf Dimensionen dar, die von Patienten-Ignorierung bis Patienten-zentrierung reichen, wobei die letzte Dimension jeweils die vorangegangenen vier in sich aufgreift usw. Mit Hilfe dieser Dimensionen können Pflegehandlungen und somit Interaktionen zwischen Pflegepersonal und PatientInnen auf das Maß an Patientenorientierung bewertet werden.

In der folgenden Abb.: 3.2 soll dies veranschaulicht werden:

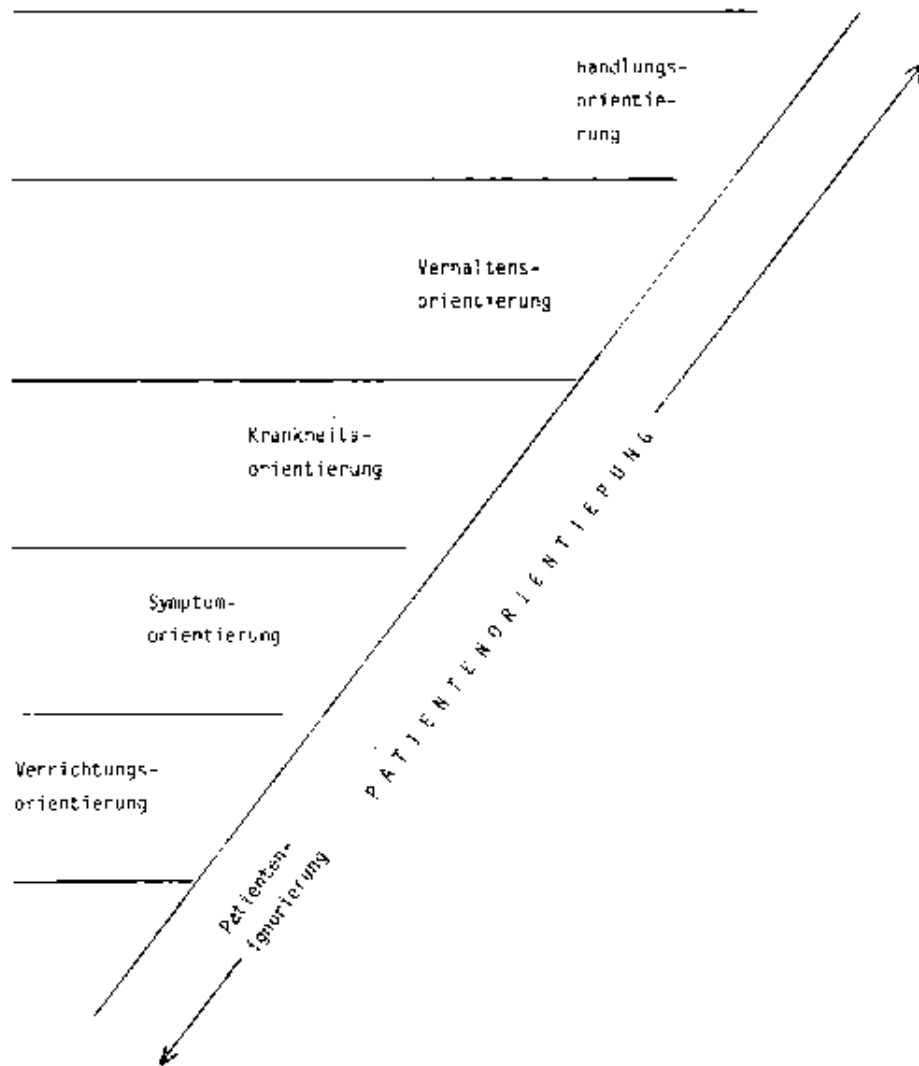


Abbildung 3.2: Das Modell der multidimensionalen Patientenorientierung

Die fünf Dimensionen reichen von Verrichtungs-, Symptom- und Krankheitsorientierung bis Verhaltensorientierung und Handlungsorientierung, wobei letztere den höchsten Grad an Patientenorientierung beschreibt (vgl. Wittneben, 1991, S.151).

Zu Beginn spricht sich Wittneben nicht zwingend für eine negative Konnotation des Begriffs der Krankheitsorientierung aus und regt an, die Dichotomie von Patientenorientierung und Krankheitsorientierung kritisch zu reflektieren. „Deshalb kann es auch nicht allein um die Alternative gehen, ob Kranke krankheitsorientiert oder patientenorientiert behandelt und gepflegt werden, sonder vielmehr um das Problem des Umfangs

und der Qualität der Patientenorientierung innerhalb einer bestimmten Perspektive“ (Wittneben, 1991, S.18). Die Notwendigkeit multidimensionaler Orientierungen resultiert daraus, dass dadurch die Sicherung der Qualität in der Pflege eher garantiert wird als durch eine eingeschränkte Sichtweise der Krankheitsorientierung (vgl. Wittneben, 1991, S.18).

Im Folgenden wird auf die fünf Stufen näher eingegangen.

Die erste Stufe der Verrichtungsorientierung beschreibt Pflegehandlungen, die sich auf die ärztliche Assistenz Tätigkeit beschränken und die Weitergabe relevanter Informationen, wie Zähl- und Messgrößen körperlicher Vorgänge an die ÄrztInnen sichert. Eigenständige Erkenntnisse oder ein Nachdenken über mögliche Symptomzusammenhänge sind von Seiten der Medizin nicht erwünscht. „Außer einer exakten, aber fragmentierten Krankenbeobachtung, deren Daten Pflegekräfte möglichst nicht zu einer eigenen Erkenntnis über die Krankheit zusammenfügen sollten, erwarten Ärzte seit jeher, dass therapeutische und heute auch verstärkt diagnostische - Maßnahmen von ihren Helfern ausgeführt werden. (...) Dieser Anteil einer arztbezogenen krankheitsorientierten Krankenpflege soll hier als „verrichtungsbezogene Krankenpflege“ bezeichnet werden“ (Wittneben, 1991, S.31).

Die zweite Stufe der Symptomorientierung unterscheidet sich dahingehend von der ersten Stufe, als dass Einzelsymptome verlässlich erkannt und registriert werden. Das Pflegepersonal soll einzelne Symptome erkennen, aber die Bedeutungszusammenhänge nicht deuten. Ebenso wenig darf die Wirkung einer Therapie beurteilt werden, sie dennoch aber selbst durchgeführt werden muss (vgl. Wittneben, 1991, S.33).

In der dritten Stufe der Krankheitsorientierung vollzieht sich bereits ein Wandel weg von einer arztbezogenen in Richtung einer patientenbezogenen Krankheitsorientierung. Diese Dimension ist dadurch gekennzeichnet, dass dem Pflegepersonal eine Urteils- und Erkenntnisfähigkeit zugeschrieben wird. Eine qualitative Verbesserung ist in dieser Stufe, so Wittneben, bereits erkennbar, da die PatientInnen nicht mehr nur als zu vermessende Objekte gesehen werden, sondern wie Wittneben es bezeichnet als „lebendiges Gegenüber“ (Wittneben, 1991, S.40). Aspekte der Pflege werden zur Ergänzung der medizinischen Wissenschaft in Diagnose und Therapie miteinbezogen.

Wittneben definiert die krankheitsorientierte Sichtweise ausführlich wie folgt:

„Eine krankheitsorientierte Krankenpflege bezieht sich auf die Überwachung und

Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen der Diagnostik und Therapie, denen so umfassende Kenntnisse der Krankheitslehre zugrundeliegen, dass eine eigenständige Erkenntnis des Krankheitsbildes und Beurteilung der Therapie unterstützenden pflegerischen Maßnahmen lassen sich einerseits als quantifizierende Methoden des Zählens und Messens von Patientendaten und andererseits als eine Methode des Verstehens kleinster Phänomene im Erscheinungsbild des Patienten charakterisieren. Die durch Zählen, Messen und Verstehen von Patienten gewonnen Wissensbestände tragen über die Sicherung der aktuellen Diagnose und Therapie hinaus zur Konstituierung der medizinwissenschaftlichen Forschung und letztlich der medizinischen Wissenschaft bei“ (Wittneben, 1991, S.38).

Die vierte Stufe in Richtung Patientenorientierung bildet die Verhaltensorientierung. Wittneben beschreibt dazu das Konzept der „cholinergischen Reizpflege“ von Gertrude du Mont als Beispiel für Pflegemaßnahmen, die der Verhaltensorientierung zuzuschreiben sind und das als neobehavioristische Pflegetheorie gilt. Das von du Mont entwickelte neurophysiologische Pflegemodell geht davon aus, dass PatientInnen im Laufe des Krankenhausaufenthaltes vielerlei Reizen ausgesetzt werden. Besonders starke Stimuli, wie beispielsweise Nadelstiche, schmerzvolle Behandlungen aber auch Berührungen mit kalten Händen bedürfen besonderer Aufmerksamkeit des Pflegepersonals, indem sie erkannt werden und angemessen kompensiert werden. Mit sanften sensorischen Reizen wie gedämpftes Licht, sanfte Streichbewegungen oder Geräusche von rauschendem Wasser soll gleichzeitig auch für eine anregende Umwelt gesorgt werden und die PatientInnen vor unangenehmen, schambesetzten und peinvollen Situationen weitestgehend geschont werden (vgl. Wittneben, 1991, S.53ff).

In dieser Stufe wird die vorher diskutierte krankheitsorientierte Sichtweise um die Dimension der Verhaltensorientierung ergänzt, als eine Pflege, die, so Wittneben „(...) auf der Grundlage eines tiefgehenden Sachverständnisses vollzogen wird“ (Wittneben, 1991, S. 62). Patientenorientierte Pflege mit dem Merkmal der Verhaltensorientierung kann wie folgt definiert werden:

„Eine verhaltensorientierte Krankenpflege ist auf die adaptiven Bedürfnisse von Patienten bezogen. Sie ist einer krankheitsorientierten Krankenpflege übergeordnet und nimmt diese gleichsam in sich auf. Im Einzelnen bezieht sich die Verhaltensorientierung in der Patientenorientierung einerseits auf die Vermeidung oder Milderung einer alpha-adrenergischen Dominanz sowie eines cholinergischen Gegenschlages, andererseits auf die Provokation einer cholinergischen Dominanz. Diese Form der verhaltensorientierten

Krankenpflege wird als „cholinergische Reizpflege“ bezeichnet. Die durch eine rationale Verhaltensorientierung in der Pflege über Patienten gewonnenen Wissensbestände tragen über die Sicherung der aktuellen Qualität der Pflege hinaus zur Konstituierung einer pflegerischen Wissenschaft bei“ (Wittneben, 1991, S. 64).

Die fünfte Dimension der handlungsbezogenen Patientenorientierung stellt die letzte Stufe des multidimensionalen Modells der Patientenorientierung von Wittneben dar.

Diese Dimension nimmt die vorangegangenen Stufen quasi in sich auf und ergänzt diese vier Stufen dadurch, dass den PatientInnen von den Pflegenden ein gewisses Maß an Selbstverantwortung zuschreibt.

Während in der Stufe der Verhaltensorientierung noch die Schonung der PatientInnen zur Steigerung ihres Wohlbefindens im Vordergrund stand, zielt die Handlungsorientierung darauf ab, die Bereitschaft der Kranken zu einer verantwortungsvollen Selbstpflege zu stärken. Das Potential dazu wird von den Pflegepersonen bewertet, gefördert und motiviert (vgl. Wittneben, 1991, S.74f).

Wittneben erwähnt, dass die Selbstpflegekompetenzen vielfach auf vorhandene Restfunktionen bezogen werden, beziehungsweise dass es eine Tendenz sowohl zur Patienteninfantilisierung als auch zu einer pflegerischen „Übersorgung“ und „Über-Protektivität“ gibt, wie in einigen praktischen Beispielen verdeutlicht wird. Die Möglichkeit einer symmetrischen Kommunikation wird dadurch erschwert und kann in dieser fünften Dimension erleichtert werden, indem PatientInnen ihre Ansprüche auf Selbstverantwortung und Selbstbestimmung zum Ausdruck bringen können (Wittneben, 1991, S.77 sowie S.84). In diesem Punkt wird von Wittneben auf das handlungsorientierte Pflegekonzept von Dorothea Orem ausführlich eingegangen, das alle vorangegangenen Dimensionen der Patientenorientierung in sich aufnimmt, diesen aber letztenendes überlegen ist und die höchste Stufe der Patientenorientierung darstellt.

Orem stellt den Begriff der Selbstfürsorgekompetenz in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen. Der Handlungsbegriff bei Orem ist normativ und zweckrational. Im Gegensatz zu den vorangestellten Stufen, die sich auf kompensatorische Pflegehandlungen stützen, sind diese bei Orem nur von temporärer Natur. Die Art und der Umfang der Pflege entstehen durch die erworbenen Selbstfürsorgedefizite der PatientInnen (vgl. Moers/Schaeffer, 2000, S.44).

Dass die fünfte und höchste Stufe im multidimensionalen Modell der Patientenorientierung somit auch zu einer Qualitätssicherung in der Pflege beiträgt begründet Wittneben

wie folgt: „Die durch eine zweckrationale Handlungsorientierung in der Pflege über die Patienten gewonnenen Wissensbestände tragen über die Sicherung der aktuellen Qualität der Pflege hinaus zur Konstituierung einer pflegerischen Wissenschaft bei“ (Wittneben, 1991, S.149).

3.4.4 Das Modell der Krankheitsverlaufskurve nach Corbin und Strauss

Bei einer Thematisierung von Konzepten zur Patientenorientierung ist es unerlässlich, die Besonderheiten und Charakteristika solcher Konzepte in der Anwendbarkeit auf chronisch kranke Menschen zu beleuchten, um den heutigen Anforderungen des Gesundheitssystems gerecht zu werden. Das folgende Modell der Krankheitsverlaufskurve von Corbin und Strauss (1993 und 2004) greift diese Notwendigkeit auf und versucht, diesen Ansprüchen gerecht zu werden. Das von Anselm L. Strauss und Juliet M. Corbin entwickelte Modell thematisiert die psychischen und sozialen Folgen chronischer Krankheiten, sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen. Die Hauptthemen im Werk „Weiterleben lernen“ stellen das Konzept der Verlaufskurve und das der Arbeit dar. Die Autoren beschäftigen sich mit den unterschiedlichen Phasen, die chronisch Kranke Menschen und ihre PartnerInnen vom Beginn einer Krankheit bis zur Neuorientierung durchleben und machen sie durch eine Vielzahl an Fallbeispielen anschaulich.

Das Konzept der Verlaufskurve

Um die Krankheitsverlaufskurve eindeutig vom gebräuchlicheren Begriff des Krankheitsverlaufs abzugrenzen und den Zusammenhang zwischen der Verlaufskurve, dem Konzept der Arbeit und der Biographie zu verdeutlichen, wird auf folgende Definition hingewiesen:

„Das Verlaufskurvenkonzept bezieht sich nicht nur auf den Krankheitsverlauf, sondern auch auf die damit verbundene krankheitsbezogene Arbeit, die mittels der Arbeitsprozesse durchgeführt wird. Enthalten in dieser Arbeit und den Arbeitsprozessen sind Arbeitstypen und Arbeitslinien und Weisen, diese zu organisieren, sowie verschiedene biografische Prozesse, die durch den Krankheitsverlauf an sich und die zu seiner Bewältigung erforderlichen Arbeit sowohl in Gang gesetzt als auch beeinflusst werden und die sich dann wieder auf die Durchführung der Arbeit auswirken, die mithilfe der Arbeitsprozesse geleistet wird“ (Corbin et al., 2004, S.358f).

Der Krankheitsverlauf stellt somit einen Teil der Verlaufskurve dar und bezieht sich vorwiegend auf medizinische Aspekte der Erkrankung. Der Begriff der Verlaufskurve legt ein besonderes Augenmerk auf die aktive und gestalterische Rolle, die die Beteiligten im Krankheitsverlauf spielen, dessen Verlauf sowohl durch die Art der Erkrankung, durch das individuelle Erleben und die Reaktion der Betroffenen als auch durch das Verhalten und Handeln der PartnerInnen, des medizinischen Personals und aller anderen Beteiligten bestimmt wird. Generell kann gesagt werden, dass bei chronischen Krankheiten eine große Zahl an Anstrengungen notwendig ist, um das Leiden zu lindern und für alle Beteiligten die bestmögliche Situation zu schaffen. Die Aufgabe des Pflegepersonals und der ÄrztInnen und des medizinischen Personals im Krankenhaus, die die chronisch Kranken meist nur in akuten, schwierigen Phasen betreuen, ist es, die Behandlungspläne weitestgehend dem Leben der PatientInnen und ihrer Familie anzupassen (Corbin et al., 1993. S.29ff).

Das Konzept der Arbeit

Mit Arbeit werden die verschiedenen Typen von Arbeit bezeichnet, die zu einer langfristigen Krankheitsbewältigung notwendig sind. Jede dieser Arbeiten ist mit unterschiedlichen Aufgaben verbunden, die vom kranken Individuum, vom Partner oder gemeinsam ausgeführt werden und dazu beitragen, Aspekte der Krankheit und des Lebens zu bewältigen. Des Weiteren können sich Aufgaben innerhalb der Verlaufskurve verändern. Die innerfamiliäre Bewältigung ist ebenso als Arbeit zu bezeichnen, wie der Umgang mit der Krankheit durch ausgebildetes Personal beispielsweise im Krankenhaus oder zu Hause (Corbin et al., 2004, S.25f).

Als Arbeiten zur Krankheitsbewältigung, die innerhalb der Familie erledigt werden müssen, zählen die Integration der Krankheit in die eigene Biographie, Anpassungsleistungen, ein Neuentwurf des Selbst in Hinblick auf die entstandenen Einschränkungen ebenso wie der Umgang mit sozialen Situationen, die Informationsarbeit und übergeordnet die Organisationsarbeit, um Prioritäten zu setzen, Ressourcen zu beschaffen und einzuteilen, um nur einige zu nennen.

Bei der Pflege eines chronisch kranken Menschen im Krankenhaus ergeben sich Arbeiten, wie die diagnostische Arbeit, die Arbeit zur Sicherung des Wohlbefindens während des Aufenthaltes, die Arbeit mit medizinisch-technischen Geräten, Erstellung von Behand-

lungsplänen, Symptomkontrolle, psychologische Betreuung und vieles mehr (Corbin et al 1993, S.18f).

Wie schnell und effektiv die Arbeit erledigt wird, hängt sowohl von Bedingungen auf Makroebene, wie zum Beispiel politische und sozioökonomische Faktoren, Verfügbarkeit der Ressourcen und Stand der Forschung aber auch von Bedingungen, die sich aufgrund der Alltagslebens und der Biographie des kranken Menschen ergeben, ab (ebenda, S.108).

Das Konzept der Biographie

Mit dem Beginn einer chronischen Krankheit tritt eine schwerwiegende Veränderung in das Leben des Menschen, seine gegenwärtige Existenz löst sich von seiner vergangenen ab. "Die Identität, die er in der Vergangenheit hatte und in der Zukunft zu behalten gehofft hatte, ist nicht mehr vereinbar mit seiner Identität in der Gegenwart. Aus den Identitätsresten muß er eine neue Konzeptionen entwickeln (...) (Corbin et al., 1993, S.41).

Mit dieser Erklärung führen Corbin und Strauss den Begriff der Biographie ein und sprechen damit den Lebensverlauf an, der aus Erfahrungen und Lebensereignissen besteht und die Identität des Menschen formt. Sie weisen darauf hin, dass der Biographie des kranken Menschen eine sehr wichtige Rolle zukommt und sie bei der Analyse oder der Mithilfe der Bewältigung mitgedacht werden muss. Eine Krankheit verändert den Lebensverlauf und stellt gleichzeitig nur einen Teil der gesamten Biographie dar. So wie der individuelle Lebensverlauf durch die Krankheit beeinflusst und durcheinander gerät, so wirkt sich umgekehrt auch die Biographie auf die Krankheitsbewältigung aus.

Krankheitsbewältigung ist stets als ein Prozess zu sehen, um die Balance zwischen Krankheit, Biographie und Alltag herzustellen und zu erhalten (Corbin et al., 1993, S.98).

Nicht zuletzt spielt die Interaktion in der Zusammenarbeit zur Krankheitsbewältigung eine wesentliche Rolle. Interaktion meint in diesem Konzept mehr als Kommunikation, sondern dass „(...) Menschen mittels Kommunikation mit ihrem Selbst und mittels Kommunikation mit anderen ihre Handlungen gemeinsam auf die Durchführung einer Form von Arbeit ausrichten“ (Corbin et al., 1993, S.107). Durch diese Ausrichtung des Handelns können die notwendigen Arbeiten organisiert, verteilt und erledigt werden.

Corbin und Strauss konzentrieren sich in ihren Analysen vorwiegend auf Phasen in der

Krankheitsverlaufskurve, die in vielen Fällen außerhalb eines Krankenhauses bewältigt werden. Meist kommt es in akuten Phasen zu Krankenhausaufenthalten, um lebensbedrohende Zustände abzuwenden. Dennoch ist dieses Modell geeignet, als Konzept zur Patientenorientierung im Krankenhaus beizutragen.

Mit Erstellung der Diagnose und möglichen Prognose stellen die ÄrztInnen einen Verlaufskurvenentwurf dar, der nicht immer in den Lebensverlauf oder die Biographie des kranken Menschen integrierbar ist. Die Bewältigungspläne der verschiedenen Beteiligten können ähnlich oder unterschiedlich sein, was sich wiederum auf die Bereitschaft auswirkt, die vorgeschlagene Behandlung anzunehmen und durchzuführen.

Unter Berücksichtigung des Konzepts können problematische Phasen und Arbeitsprozess identifiziert und erkannt werden und bei der Beschaffung der nötigen Ressourcen Hilfe geleistet werden.

3.4.5 Patient-Centered Medicine

Aus der Medizin stammt ein Modell von Levenstein zur Patient-Centered Medicine. Levenstein beschreibt 1984 ein Modell, das aus sechs Komponenten besteht und einerseits den Unterschied zwischen „illness“ und „disease“ beleuchtet und andererseits in den sechs Dimensionen auf die Interaktion zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin eingeht.

Der Grundgedanke hinter dem Modell ist, dass sich die Interaktion zwischen PatientInnen und MedizinerInnen nicht nur auf die mehr oder weniger offensichtlich vorhandenen physischen Merkmale der Erkrankung, sondern auch auf psychische und soziale Dimensionen sowie auf die subjektive Einstellung zur und Erfahrungen mit der Erkrankung beziehen sollte. „A model of medicine will need to integrate the conventional understanding of disease with each patient’s unique experience of illness“ (Stewart, 1995, p.23).

Die Debatte um mehr Patientenorientierung bzw. -zentrierung in der Medizin ist in den 1970er Jahren aufgeflammt und wurde von einigen Autoren als Gegensatz zur illness-centered oder doctor-centered medicine eingeführt. Der Begriff der patient-centered medicine wurde bei Balint et al 1970 als Gegenstück zur illness-centered medicine verwendet. Eine Diagnose basierend auf dem Verstehen der Beschwerden der PatientInnen und auf einer patientenzentrierten Sichtweise wurde „overall diagnosis“ genannt. „Traditional diagnosis“ wurde eine Diagnose genannt, die vorwiegend durch eine krankheitsorientierte Denkweise zustande gekommen ist.

Byrne und Long entwickelten 1976 eine Methode, um Arztbesuche als doctor-centered

oder patient-centered einzustufen und führten eine Analyse von 1,850 AllgemeinmedizinerInnen durch und kamen zu dem Schluss, dass die Ausbildung dazu beiträgt, den doctor-centered Stil zu verstärken (vgl. Stewart, 1995, p.24).

Obwohl das Modell speziell für MedizinerInnen im niedergelassenen Bereich konzipiert wurde, soll es trotzdem in diesem Rahmen Beachtung finden.

Die sechs untereinander zusammenhängenden Komponenten der Patient-Centered Clinical Method sind (Stewart, 1995, p.25):

1. Exploring both the disease and the illness experience
2. Understanding the whole person
3. Finding common ground regarding management
4. Incorporation prevention and health promotion
5. Enhancing the patient-doctor relationship
6. Being realistic

Ad 1. Exploring both the disease and the illness experience:

Eine wichtige Unterscheidung im ersten Part ist die zwischen „Illness“ und „Disease“, wobei „Disease“ das theoretische Konstrukt darstellt, welches MedizinerInnen verwenden, um die Probleme der PatientInnen in Bezug auf organische Störungen bzw. Funktionsstörungen des menschlichen Körpers inklusive psychischer Krankheiten einordnen zu können.

„Illness“ hingegen beschreibt die subjektiven Erfahrungen des/der PatientIn mit Krankheit, die individuellen Vorstellungen und Erwartungen, die mit der Krankheit einhergehen, sowie damit verbundene Gefühle und Ängste. „The diagnostic label explains what each individual with a disease has in common with all others, but the illness of each person is unique“ (Stewart, 1995, p.27).

Patientenzentrierte Behandlung würde bedeuten, beiden Komponenten gleich viel Aufmerksamkeit zu schenken, wobei es zum Verstehen von „Illness“ zusätzlicher Sichtweisen und Methoden bedarf.

Zusätzlich zur Betrachtung der Komponente „Disease“ werden vier Dimensionen von „Illness“ in Betracht gezogen: Eine davon ist die Vorstellung des/der PatientIn darüber,

was nicht in Ordnung ist. Eine weitere sind die Gefühle, insbesondere die Ängste, die mit der Krankheit verbunden sind. Die dritte Dimension bezieht sich auf den Einfluss der vorhandenen Probleme auf die Alltagsbewältigung und die vierte auf die Erwartungen der PatientInnen dahingehend, wie in weiterer Folge vorgegangen werden soll. Diese Methode verbessert die Patientenzufriedenheit, die Compliance und den Outcome sowohl von „Illness“ als auch von „Disease“.

Ad 2. Understanding the whole person

Im Laufe der Zeit lernen MedizinerInnen, insbesondere AllgemeinmedizinerInnen ihre Patientinnen immer besser kennen und lernen über die Zeit hinweg sowohl ihre Lebensumstände, Familien- und Arbeitssituation, Lebenskrisen, religiöse und kulturelle Vorstellungen kennen. Grundgedanke dahinter ist die Vorstellung, dass die Familie die Krankheit eines Mitgliedes verbessern, verschlechtern oder sogar verursachen kann. Diese Komponente zu betrachten hilft dem Arzt bzw. der Ärztin insbesondere in Situationen, in denen keine eindeutige Diagnose im Hinblick auf „Disease“ gestellt werden kann und wenn Reaktionen auf Seiten der „Illness“ widersprüchlich oder übertrieben erscheinen.

Ad 3. Finding common ground

In der dritten Komponente der Patient-Centered Clinical Method geht es darum, einen gemeinsamen Ausgangspunkt von PatientIn und MedizinerIn zu finden.

Beide müssen sich in drei Schlüsselbereichen auf eine gemeinsame Basis einigen. Einerseits über die Beschaffenheit der Probleme und etwaige Prioritäten, andererseits über die Ziele der Behandlung und schlussendlich über die Rollen des/der Patientin und die Rolle des Arztes oder der Ärztin. Ausgangspunkt ist die Tatsache, dass oft divergierende Vorstellungen auf beiden Seiten in diesen drei Bereichen vorherrschen und MedizinerInnen in dieser Komponente dazu angehalten werden, auch die Patientensicht in den Behandlungsplan mit einzubeziehen (vgl. Stewart, 1995, p.28).

Was von MedizinerInnen oftmals als „noncompliance“ bezeichnet wird, kann als Ausdruck von Unzufriedenheit über die Art und Weise der Behandlung gesehen werden (vgl. Stewart 1995, p.64).

Der Prozess, eine gemeinsame Basis zu finden gestaltet sich bei Stewart et al wie folgt: Zunächst beschreibt die Ärztin bzw. der Arzt dem/der PatientIn ausführlich seine Definition der Probleme und Symptome, die Ziele der Behandlung und die mögliche Rollenverteilung für die weitere Pflege. Die PatientInnen erhalten daraufhin die Möglichkeit, dazu Fragen zu stellen und Bedenken zu äußern, die in weiterer Folge gemeinsam dis-

kutiert werden und schlussendlich in einer gemeinsamen Entscheidung über den Verlauf der Behandlung enden (vgl. Stewart, 1995, p.66).

Ad 4. Incorporating prevention and health promotion

Diese Komponente möchte die Themen Gesundheitsförderung und Prävention bei jedem Arztbesuch integrieren. Da sowohl Gesundheitsförderung als auch Prävention einen partnerschaftlichen Ansatz voraussetzen und als kontinuierlicher Prozess gesehen werden ist es auch in diesem Bereich essentiell, eine gemeinsame Ausgangssituation zu finden und divergierende Vorstellungen zu klären (vgl. Stewart, 1995, p.29).

In Anlehnung an die WHO-Definition von Gesundheitsförderung werden von PatientIn und MedizinerIn gemeinsam Lebensbereiche identifiziert, die im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention eine besondere Rolle spielen.

Die Aufgabe der MedizinerInnen in diesem Bereich ist es, die Bedeutung und den Stellenwert von Gesundheit für die einzelnen PatientInnen, sowie die subjektiven Einstellungen zu Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsrisiken zu erfahren. Als besonders wichtig für eine Zusammenarbeit in diesem Bereich wird der Punkt genannt, inwiefern die PatientInnen das Gefühl haben, für ihre Gesundheit selbst verantwortlich zu sein (vgl. Stewart, 1995, p.74ff). Die Anwendung des Modells der Patient-Centered-Medicine in der Primärversorgung sichert auch hier eine Beachtung der Sichtweise der PatientInnen und ein Abgleichen bzw. Annähern der Vorschläge der ÄrztInnen mit der Patientensicht. In einem ersten Schritt helfen MedizinerInnen ihren PatientInnen, mögliche Gesundheitsrisiken in ihren Lebensverläufen zu erkennen, sich der individuellen Einstellung zu Gesundheitsförderung und Gesundheitsrisiken bewusst zu werden und somit neue Wege zur Bewältigung und Vermeidung von gesundheitsgefährdendem Verhalten aufzuzeigen, indem persönliche Werte, Bedürfnisse und Erwartungen gemeinsam im Dialog geklärt werden. Von der Medizinerseite werden in diesem Modell Kenntnisse über Lernen, insbesondere über das Lernen von Erwachsenen erwartet, da Gesundheitsförderung einen partnerschaftlichen und auf Lernen ausgerichteten Ansatz voraussetzt (vgl. Stewart 1995, p.80). „The patient-centered educational approach in health promotion is a learner-centered social process“ (Stewart, 1995, p.80).

Ad 5. Enhancing the Patient-Doctor Relationship

Das Ziel der fünften Komponente ist der Aufbau einer langfristigen stabilen Arzt-Patient-Beziehung und deren Potential für die Gesundheitsförderung und Heilung. MedizinerInnen bekommen Klarheit darüber, dass jede/r PatientIn unterschiedliche Zugangsweisen

verlangt und mobilisieren die individuellen Stärken der verschiedenen PatientInnen (vgl. Stewart, 1995, p.29).

„The relationship is the bedrock or the basis for all interchanges between two people and could be described as a primal exchange between two individuals“ (ebenda, p.89).

Im besten Fall ist die Beziehung auf Gegenseitigkeit und Vertrauen aufgebaut, wobei auch Macht eine nicht unwesentliche Rolle spielt. War in der früheren Literatur Macht und Kontrolle in der Arzt-Patient-Beziehung noch auf Seiten der ÄrztInnen, so findet mit der Patient-Centered Medicine ein Umdenken in Richtung Machtverteilung und wechselseitige Kontrolle statt. Stewart et al nennen das Beispiel einer erwachsenen Frau, die vom Arzt als Experte Rat und Hilfe erwartet und gleichzeitig aber als Expertin ihres Körpers und ihrer Krankheit ihre Bedürfnisse in die Therapie einbringt (vgl. Stewart, 1995, p.90f).

Ad 6. Being realistic

Die sechste Komponente betrifft die Ressourcen und Möglichkeiten der Ärzte und Ärztinnen. Besonders ÄrztInnen, die in der Primärversorgung tätig sind stellen den ersten Eintrittspunkt vieler PatientInnen ins Gesundheitswesen dar und stehen somit vor der Aufgabe, die Ressourcen der Gesellschaft möglichst vernünftig zu nutzen ohne dabei die eigenen Grenzen und Kapazitäten aus den Augen zu verlieren (vgl. Stewart, 1995, p.25ff).

Die Krankheitsbilder, mit denen sich PatientInnen präsentieren werden komplexer, die zeitlichen und wirtschaftlichen Ressourcen im Gesundheitssystem werden knapper und die bürokratischen Anforderungen wachsen. Stewart et al versichern, dass das Modell diesen Anforderungen gerecht werden kann, denn Untersuchungen der Forschergruppe von 1989 belegen, dass Arztbesuche, bei denen es darum ging, eine gemeinsame Basis zu finden und die PatientInnen ganzheitlich, sowohl von Seiten der „Illness“ als auch von Seiten der „Disease“ zu betrachten, sich in der Länge kaum von herkömmlichen Arztbesuchen unterscheiden haben.

Stewart et al nennen „Time“ und „Timing“ als zwei Schlüsselfaktoren für die Anwendung des Modells in der Primärversorgung. „Time“ meint dabei die Tatsache, dass es sich um einen längerfristigen Prozess handelt, der sich über die Gesamtheit der Arztbesuche hinweg entwickelt. „Timing“ spricht die Notwendigkeit an, dass MedzinerInnen im Gespräch erkennen, welches Problem bei den einzelnen Besuchen im Vordergrund steht und wann es an der Zeit ist, die jeweiligen Dinge anzusprechen und Veränderungen zu planen. „Timing“ meint aber auch, eine Sensibilität zu entwickeln, wann PatientInnen

dazu bereit sind, bestimmte Aspekte auszusprechen und beispielsweise bereit sind, über familiäre Angelegenheiten zu sprechen.

Dazu ist es einerseits unerlässlich, eine Atmosphäre zu schaffen, die den PatientInnen das Gefühl gibt, gehört und verstanden zu werden und die Vertrauen aufkommen lässt. Andererseits kann die ganzheitliche Betrachtung der Person mit ihrer Geschichte, ihren Einstellungen, Werten, Normen und ihrer Sozialisation dazu beitragen, solche Situationen zu bemerken und Gründe für bestimmtes Verhalten zu verstehen.

Die Methode trage längerfristig dazu bei, Ressourcen zu sparen, da eventuelle Fehldiagnosen durch Konkretisierung im Vorfeld vermieden werden können. Die Anzahl der Arztbesuche kann mitunter verringert werden, da die Konsultationen auf beiden Seiten zufriedenstellend enden, sich beide verstanden fühlen und die Compliance steigen kann. PatientInnen scheuen sich manchmal, den ÄrztInnen ihre Probleme und Ängste zu berichten, sei es aus Angst, Scham oder aus Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit. Besonders in der Primärversorgung sind oft mehrere Arztbesuche nötig, bei denen sich die PatientInnen mit verschiedenen körperlichen Symptomen präsentieren, bevor die eigentliche Ursache oder Mit-Ursache des Problems ans Tageslicht kommt.

Die ÄrztInnen erarbeiten schließlich auf Basis der Angaben von und in Zusammenarbeit mit den PatientInnen die aus medizinischer aber auch wirtschaftlicher Sicht sinnvollste Lösung (vgl. Stewart, 1995, p.102ff).

Als weiterer Schlüsselfaktor wird „Team Building“ genannt. Es wird als Aufgabe der ÄrztInnen gesehen, ein multidisziplinäres Team um sich herum zu schaffen, das aus anderen MedizinerInnen, Pflegepersonal, SozialarbeiterInnen, TherapeutInnen, PsychologInnen etc. besteht und im besten Fall gemeinsame Verantwortung über die PatientInnen übernimmt und zusammenarbeitet. Die Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen wird in diesem Modell nicht als Wissensdefizit oder mangelnde Fähigkeit einer Gruppe gesehen, sondern als Wissensaustausch und Möglichkeit und Chance sich weiterzuentwickeln (vgl. Stewart, 1995, p.108).

Ein wesentlicher, nicht zu vernachlässigender Faktor in der sechsten Komponente „Being realistic“ ist die Tatsache, dass das Gesundheitswesen mit Ressourcenknappheit, Bürokratie, Schreibarbeiten, Zentralisierung und einseitigem Informationsfluss verbunden ist und somit im Widerspruch zur Patient-Centered Medicine zu stehen scheint. MedizinerInnen unterliegen den Anforderungen der Spitäler bzw. den Gesundheitseinrichtungen in denen sie tätig sind und treffen täglich Vereinbarungen zwischen den Wünschen und Bedürfnissen der PatientInnen und den Vorgaben der Institution in der sie tätig sind. Schließlich dürfen auch die persönlichen Ressourcen der MedizinerInnen nicht außer

Acht gelassen werden. Diese Zielkonflikte zu lösen stellt eine wesentliche Aufgabe in dem Punkt „being realistic“ dar (vgl. Stewart, 1995, p.109f).

3.4.6 Hemmnisse in der Anwendbarkeit

Das tägliche Leben von Patientenorientierung im Krankenhausalltag wird nicht selten von vielerlei Faktoren gehemmt, die teilweise in der Natur der verschiedenen Ausbildungssysteme, in der Organisationsstruktur, in den professionellen Rollenmustern oder in der Eigenart der PatientInnen liegen (vgl. Leitfaden, 1997, S.10).

Im Leitfaden Patientenorientierung des Bundesministeriums werden die wichtigsten „Haupthindernisse“, die patientenorientiertes Handeln im Krankenhausalltag erschweren, genannt.

Als erster Punkt wird die Personalknappheit bei ständigem Zeitdruck erwähnt. Viele MitarbeiterInnen stehen unter ständigem Stress und erleben vielfältige Belastungen im Arbeitsalltag. Dennoch wird im Leitfaden die Frage aufgeworfen, ob man sich sicher sein kann, dass wenn man mehr Personal hätte, es mehr Patientenorientierung geben würde? Sind nicht auch teilweise festgefahrene Strukturen und Gewohnheiten im Ablauf dafür verantwortlich? In Zeiten, in denen „Outsourcing“ eine immer größere Rolle spielt, muss darauf geachtet werden, dass das hauseigene Personal nur von patientenfernen Aufgaben entlastet wird.

Im zweiten Punkt werden die Zunahme patientenferner Tätigkeiten und die Bürokratisierung erwähnt. Das ärztliche und pflegerische Personal klagt vielfach darüber, dass von ihm zunehmend mehr Schreibarbeit und Dokumentationsarbeit zu verrichten ist. Im Leitfaden wird ausdrücklich auf das qualitätssichernde Element einer ausführlichen Dokumentation der Patientenbetreuung hingewiesen.

Als dritter Punkt wird auf Ängste der PatientInnen und auf irrealen Bedürfnisse hingewiesen. Vom Krankenhauspersonal wird vielfach erwähnt, dass PatientInnen mit unerfüllbaren Wünschen und Anliegen auf sie zukämen. Es wird darauf hingewiesen, dass scheinbar ständiges Nachfragen Ausdruck von Angst und unzureichender Möglichkeit der Information und Äußerung der eigenen Bedürfnisse und Gefühle sein kann.

Als weitere mögliche Schwierigkeit in der Integration von Patientenorientierung im Krankenhaus wird der Mangel an sozialpsychologischen Kenntnissen bei den Krankenhausmitarbeitern gesehen. Die Vermittlung dieser Fähigkeiten stellt keinen ausreichend gewichteten Bestandteil in der fachlich hochqualifizierten Ausbildung dar.

„In psychologischen, sozialen und seelsorgerischen Diensten Beschäftigte sind damit zwar

intensiv vertraut, doch spielen sie im Versorgungsalltag auf der Station nur eine Randrolle und sind z.B. in den Funktionsabteilungen, in der Notaufnahme oder der Entlassungskanzlei so gut wie nie präsent“ (Leitfaden, 1997, S.12).

Worum es dem Leitfaden zu folge schließlich geht ist weniger, diese Berufsgruppen in neue Bereiche zu integrieren als vielmehr alle Berufsgruppen, die täglich mit den PatientInnen interagieren, dahingehend zu motivieren, Schulungen zu diesen Themen zu besuchen. Ein guter menschlicher Umgang mit PatientInnen stellt einen für alle Berufsgruppen gültigen Maßstab dar.

Spezialistentum, Informationsmängel und Koordinationsschwierigkeiten als Merkmale moderner, hochspezialisierter Krankenhäuser führen gleichzeitig mit der Zunahme fachlicher Spezialisierung zu wachsenden Verständigungsproblemen. Kenntnisse und Kompetenzen verändern sich rasch. Die Notwendigkeit, im eigenen Fachgebiet auf dem Laufenden zu bleiben ist zum Teil unvereinbar mit interdisziplinärer Zusammenarbeit und umfassendem Informationsaustausch.

Der Versuch, den gesamten Organisationsablauf und die darin enthaltenen einzelnen Prozesse bewusst aus der Perspektive der PatientInnen und nicht nur aus der der jeweiligen Profession zu betrachten, stellt dem Leitfaden Patientenorientierung zu folge eine gute Möglichkeit dar, neue Sichtweisen zu gewinnen (vgl. Leitfaden, 1997, S.10ff) „Die Alltagsroutine im Krankenhaus aufmerksam im Sinne der Patienten und mit deren Augen anzuschauen, liefert Anregungen für die Reorganisation des Versorgungsprozesses und Zusammenarbeit der Professionen - zum Wohle aller: der Patienten wie der Mitarbeiter“ (Leitfaden, 1997, S.14). Stratmeyer warnt davor, Patientenorientierung als Allheilmittel zu sehen und weist auf das Fehlen konsistenter Theorien zu Patientenorientierung im Krankenhaus hin. Weder einzelne Maßnahmen noch übersteigerte Erwartungen sind in dieser Hinsicht sinnvoll und zielführend um den schrittweisen Reformprozess in Richtung patientenorientierter Pflege einzuleiten (Stratmeyer, 2002, S.264f).

3.4.7 Fazit

Das Krankenhaus als wesentliche Drehscheibe in der Gesundheitsversorgung ist heute mit vielen Neuerungen und Veränderungen konfrontiert. Technische Errungenschaften und Spezialisierungen stehen einem ständigen Anstieg an chronisch kranken und älteren Menschen gegenüber. Finanzielle Ansprüche werden ebenso an das Krankenhaus herangetragen wie die Forderung nach Integration langfristiger Gesundheitsförderung in den Krankenhausalltag, in dem oftmals die kurzfristige Akutversorgung im Vordergrund steht. Patientenorientiertes Arbeiten über alle Berufsgruppen hinweg bedeutet,

dass den PatientInnen Raum und Zeit geschaffen wird, ihre Erfahrungen mit Erkrankungen einzubringen (vgl. illness) und aktiv in den Genesungsprozess einzubeziehen - die PatientInnen als Koproduzenten ihrer Gesundheit zu sehen.

Ziel ist es, diese Einstellung in der Organisation zu verankern, zu ermöglichen und Interaktion großzuschreiben. Diese Neuorientierung in Richtung Patientenorientierung und Gesundheitsförderung bedeutet nicht eine völlige Veränderung des Handelns, sondern zunächst „einen veränderten und erweiterten Blickwinkel“, wie im Bericht des LBIMG (2003, S.27) zum „Gesundheitsfördernden Krankenhaus“ angeregt wird.

Patientenorientierung auch auf einer Unfallambulanz zu integrieren erscheint auf den ersten Blick schwierig, da die Patientenkontakte oft nur von kurzer Dauer sind und der Fokus größtenteils auf den medizinischen Aspekten der Verletzung oder Erkrankung liegen. Doch hiermit sollten sich die Erwartungen der PatientInnen wieder mit den Erwartungen des Personals in der Ambulanz decken, denn gerade im Falle einer frischen Verletzung wird für den Patient oder die Patientin das Bedürfnis nach Linderung der Schmerzen und medizinischer Behandlung im Vordergrund stehen. Dennoch darf nicht vergessen werden, dass für ausreichend Kommunikation und Informationsvermittlung gesorgt werden muss. Patientenorientierung bedeutet in diesem Zusammenhang auch, dass der Patient/die Patientin sich aktiv artikulieren kann und sich sicher sein, kann, alle wichtigen Informationen zu erhalten, die er auch benötigt um eine vertrauensvolle Atmosphäre aufkommen zu lassen.

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit den Personen, die im Zentrum des Handelns im Krankenhaus stehen - die PatientInnen. Bilder von Gesundheit und Krankheit finden darin ebenso Beachtung wie deren Bezugssysteme sowie theoretische Überlegungen zur Patientenrolle und Patientenkarriere.

4 Gesundheit & Krankheit

Auf Grund der Vielzahl von Sichtweisen von Gesundheit und Krankheit und der unterschiedlichen Modelle dazu kann nicht von „der einen allgemeingültigen Definition“ gesprochen werden. Verschiedene gesellschaftliche Gruppen können ein anderes Verständnis davon besitzen wie etwa Angehörige medizinischer Berufe oder sogenannte Laien.

Das medizinisch-wissenschaftliche Modell westlicher Prägung mit der Definition von Gesundheit als Abwesenheit bzw. Nichtvorhandensein einer Erkrankung ist in der Zeit der Aufklärung mit dem Durchbruch der Wissenschaft in Westeuropa entstanden. Dieses Modell wird heute noch von vielen Gesundheitsberufen im Laufe ihrer Sozialisation übernommen und ist daher bedeutend für den gesellschaftlichen Umgang mit diesem Thema, sei es durch die Gesundheitsberufe selbst wie auch beispielsweise durch Medien. Kritiker dieses Modells betonen die Eindimensionalität, die mangelnde Beachtung von anderen Einflussfaktoren sowie den Fokus auf Risikofaktoren.

Beim salutogenetischen Ansatz nach Antonovsky stehen Faktoren im Vordergrund, die den Menschen trotz widriger Umstände gesund erhalten. WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen, die diesem Modell folgen, versuchen individuelle Bewältigungsmechanismen zu identifizieren, die helfen, mit negativen äußeren Einflüssen oder Stress umzugehen und trotzdem gesund zu bleiben.

Neuere Erkenntnisse und Ausbildungswege sowohl in der Medizin als auch in der Pflege beginnen, sich vom rein medizinischen Krankheitsverständnis zu lösen und stützen sich auf die Mehrdimensionalität von Gesundheit mit ihren verschiedenen Einflussfaktoren und deren Wechselwirkungen (vgl. Naidoo/Wills, 2003, S.5ff).

Die folgende Abb.: 4.1 verdeutlicht diese vielfältigen Einflussfaktoren:

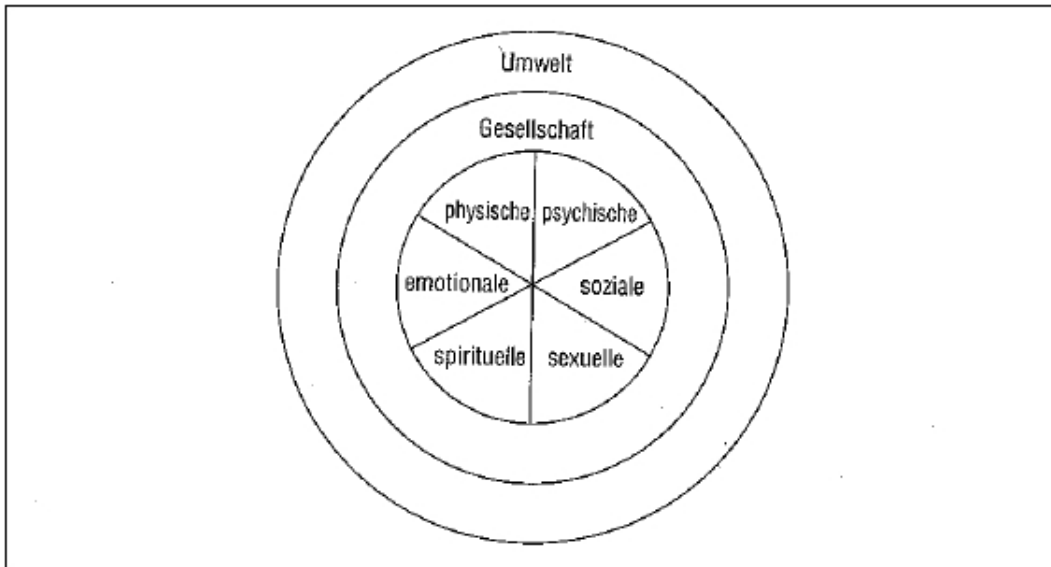


Abbildung 4.1: Dimensionen der Gesundheit

In der Mitte stehen die Gesundheitsdimensionen des Einzelnen mit den Ausprägungen psychische, physische, soziale, emotionale, spirituelle und sexuelle Gesundheit die ummantelt werden mit den Dimensionen der Gesellschaft und der Umwelt. Die Verfügbarkeit von Infrastruktur spielt ebenso eine Rolle für Gesundheit wie soziale Ungleichheit, fehlende Integration, mangelnder sozialer Rückhalt, persönliche Lebenseinstellung und beispielsweise die Fähigkeit, Gefühle ausdrücken zu können (vgl. Naidoo/Wills, 2003, S.5ff)

Welche Vorstellung übernommen wird, hängt sowohl von der gesellschaftlichen als auch der beruflichen Sozialisation ab, ist aber oft genauso an die Tradition gebunden. „Es gibt allgemein verbreitete Sichtweisen von Gesundheit, die über Generationen als Teil des gemeinsamen kulturellen Erbes weiter gegeben werden. Diese werden als „Laienkonzepte“ der Gesundheit bezeichnet und im Zuge der Sozialisation erworben“ (Naidoo/Wills, 2003, S.6). Zahlreiche Forscher (Blaxter 1990, Williams 1983 uva. zit. nach Naidoo/Wills, 2003 S.17) haben sich mit diesen Laienvorstellungen beschäftigt, die sich von Gesundheit als innere Stärke und Widerstandskraft bis über Lebensfreude und Aktivität als Ausdruck von Gesundheit und dem funktionalen Gesundheitsbegriff im Sinne der Fähigkeit der Erfüllung übertragener, sozialer Rollen, erstrecken.

Diese Untersuchungen zeigen, dass viele verschiedene Sichtweisen nebeneinander existieren, die jedoch nicht als getrennt voneinander gesehen werden sollen sondern vielmehr als sich überlappende Vorstellungen. Jeder Mensch erlernt durch die vielfältigen Formen

der Sozialisation, die er im Laufe des Lebens erfährt, mehrere Denkweisen kennen, die sich mit den ursprünglich erlernten überlappen können oder sich von ihnen in Teilen unterscheiden. PraktikerInnen in Gesundheitsberufen kennen Laienvorstellungen aus ihrer ursprünglichen Sozialisation ebenso wie das medizinische Modell aus ihrer beruflichen Sozialisation.

Dieses Bewusstsein um die mannigfachen Bilder äußert sich darin, dass Kommunikationsschwierigkeiten als problematisch erkannt werden und auch Fragen der Compliance in diesen Bereich fallen.

4.1 Gesundheits- und Krankheitsdefinition von Laien

Siegrist (1975 und 1988) untersucht Gesundheit und Krankheit als gesellschaftliche Tatbestände und bezieht sich auch auf die Gesundheits- und Krankheitsdefinition von Laien. Bei der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit als gesellschaftliche Phänomene ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass dabei drei Bezugssysteme eine wichtige Rolle spielen, nämlich das Bezugssystem der betroffenen Person selbst, das Bezugssystem der Medizin und der Gesellschaft. Das erste Bezugssystem umfasst das subjektive Empfinden der betroffenen Person und entspricht der englischen Übersetzung *illness*. Im zweiten Bezugssystem, dem der Medizin, wird Krankheit als Abweichung von objektiven, physiologisch prüfbaren Normen gesehen, was dem Begriff *disease* entspricht. Zum gesellschaftlichen Bezugssystem sind beispielsweise das gesamte Gesundheitssystem und Sozialversicherungssystem zu zählen, wobei hier die Auswirkungen von Krankheit auf die Gesellschaft im Sinne der Leistungsminderung eine zentrale Rolle spielen (vgl. Siegrist, 1988, S.181). Sobald es Diskrepanzen oder Divergenzen zwischen, aber auch innerhalb dieser drei Bezugssysteme gibt, können gesellschaftliche Probleme im Umgang mit Gesundheit und Krankheit entstehen. Subjektives Krankheitserleben und ein Befund auf medizinischer Seite können sich ebenso unterscheiden wie der gesellschaftliche Umgang mit einer Diagnose im Vergleich zum Umgang der Medizin mit einem Krankheitsbild. Ökonomische Zwänge beeinflussen medizinisches Handeln ebenso wie Veränderungen und Weiterentwicklungen im medizinischen Bezugssystem selbst.

Auch Siegrist benennt die Problematik, dass die Krankheitsdefinition von Laien nicht deckungsgleich sein muss mit den Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen der ProfessionalistInnen aus dem Gesundheitsbereich. Damit sich beide Definitionen nicht immer weiter voneinander entfernen und sich die Kluft zwischen Fachwissen und Laienwissen

vertieft hat, ist es notwendig, dass die verschiedenen Bezugssysteme (Laien, SpezialistInnen aus dem medizinischen Bereich, Arbeitgeber, Versicherungen, u.v.a.) wieder mehr aufeinander abgestimmt werden (Siegrist, 1975, S.80ff).

„Kenntnisse über die soziokulturellen und ökonomischen Hintergründe des in der Laienwelt herrschenden Krankheitsverständnisses und seiner handlungsrelevanten Folgen bilden somit einen zentralen Ausgangspunkt aller Bemühungen um eine Angleichung der erwähnten Bezugssysteme, kurz: um eine Angleichung von Angebot und Nachfrage im Bereich medizinischer Einrichtungen und medizinischer Versorgungsansprüche“ (Siegrist, 1975, S.90). Er spricht damit wichtige Elemente an, die in verschiedenen Konzepten der Patientenorientierung immer wieder anzutreffen sind. Die Unterscheidung zwischen „illness“ und „disease“ taucht auch hier wieder auf.

Die Vorstellungen der Gesellschaft, wer bzw. was als „gesund“ bzw. „krank“ einzustufen ist, sind eng an Vorstellungen über die Normalität in einem gesellschaftlichen System gebunden. Die Entstehung der Leistungsgesellschaft hat dazu beigetragen, dass die Toleranz gegenüber Abweichungen von der Normalität reduziert wurde. Die Folge sind Intoleranz gegenüber Schwächeren und „Leistungsunwilligen“ (vgl. Siegrist, 1988, S.182f).

Unter Bezugnahme auf die verschiedenen gesellschaftlichen und individuellen Einflüsse durch die Bezugssysteme auf Gesundheit und Krankheit erscheint, wie oben bereits erwähnt, wiederum logisch, dass die Definition dieser Begriffe kein starres Gebilde darstellt, sondern vielmehr sich ständig verändert und neu produziert und für die verschiedenen Systeme unterschiedlich sein kann (Siegrist, 1988, S.182).

4.2 Die PatientInnen als Hilfesuchende

Ausgehend von diesen Überlegungen kann nachvollzogen werden, dass beim Eintritt eines Menschen in die Institution Krankenhaus, unterschiedliche Bezugssysteme aufeinandertreffen. Der Mensch, der zu diesem Zeitpunkt PatientIn wird, kommt mit seinem Laienverständnis und seiner Erfahrung auf die Organisation zu, die ihrerseits mit dem professionellen, medizinischen Krankheitsverständnis auftritt, das sich unter anderem in der Sprache äußert.

Innerhalb seiner Krankenkariere wird der kranke Mensch an einem bestimmten Punkt zum Patienten, wenn er Hilfe in Anspruch nimmt (vgl. Siegrist, 1988, S.181).

In diesem Zusammenhang beschreibt Siegrist (1988, S.185ff) die Stadien und Formen des Hilfesuchens. Das Hilfesuchen als Bestandteil des Krankheitsverhaltens, zu dem Einstel-

lungen und Entscheidungen gehören, die dazu dienen, Krankheitsanzeichen sowohl zu erkennen, also auch Hilfe zur Behandlung und Bekämpfung dieser Anzeichen in Anspruch zu nehmen. Das Hilfesuchen ist somit eine aktive Komponente des Krankheitsverhaltens und auch dem Gesundheitsverhalten zuzurechnen, das Aktivitäten beinhaltet, die die Gesundheit schützen und wiederherstellen bzw. erhalten.

Das Hilfesuchen wird als Prozess gesehen, der in mehrere Stadien zu unterteilen ist und in folgender Abb.: 4.2 veranschaulicht werden:

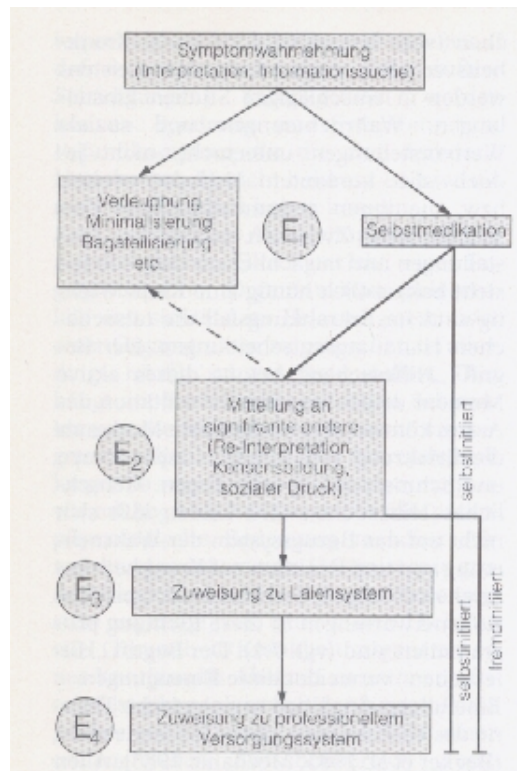


Abbildung 4.2: Der Prozess des Hilfesuchens

Die Abbildung verdeutlicht die Stadien, die vor dem Aufsuchen professioneller Hilfe anzusiedeln sind. Innerhalb des Prozesses wird zwischen vier Entscheidungsstufen (E1-E4) unterschieden. Die erste Phase ist die Phase der Symptomwahrnehmung und Information, die unter anderem abhängig ist vom Wissensstand, von der Bevölkerungsschicht als auch vom eigenen Körpererleben. Diese Phase kann jedoch dadurch abgeschwächt werden, wenn Verleugnungsprozesse, Bagatellisierungen oder dergleichen in Gang gesetzt werden, die den Übergang in weitere Stadien verhindern.

Die Bereitschaft, zur Selbstmedikation zu greifen, hängt wiederum von der sozialen Schichtzugehörigkeit ab und kann alleine oder in Verbindung mit Familienangehörigen

oder vertrauten Personen passieren. Untersuchungen haben ergeben, dass sowohl ungelernte ArbeiterInnen als auch AkademikerInnen bzw. leitende Angestellte mehr dazu neigen, stärker auf Selbsthilfe zu vertrauen als Angehörige der Mittelschicht. Dies steht auch im Zusammenhang mit einer niedrigeren Bereitschaft, einen Arzt aufzusuchen, was bei unteren Schichten Ausdruck der sozialen Distanz zur Ärzteschaft und bei Angehörigen höherer Schichten Möglichkeit zur gezielten Ausschöpfung aller vorhandenen Ressourcen (Selbsthilfe und Fremdhilfe) darstellt (vgl. Siegrist, 1988, S.186).

Die nächste Stufe (E2) ist gekennzeichnet durch die Mitteilung der Krankheitserfahrung an signifikant andere. Die subjektiven Erlebnisse in diesem Zusammenhang werden in das soziale Umfeld hinausgetragen. Familienmitglieder und Mitglieder des engen sozialen Umfeldes können dazu beitragen, dass Hilfe in Anspruch genommen wird und üben somit sozialen Druck aus. Andererseits können auch Mechanismen, die dem entgegenwirken, von außen verstärkt werden, wenn Ängste oder Bagatellisierungen gefördert werden. Vertraute Personen können stark Einfluss darauf nehmen, was als Gesundheit oder Krankheit bezeichnet wird.

Als fremdinitiiert wird das Hilfesuchen dann bezeichnet, wenn außenstehende Personen Symptome und Abweichungen von der Normalität früher bemerken als der Betroffene selbst, was bei kognitiven Beeinträchtigungen, Verleugnung oder einem Mangel an Selbstwahrnehmung der Fall sein kann.

Sobald das zweite Stadium erreicht wurde und die Mitteilung an das soziale Umfeld erfolgt ist, kann es der Fall sein, dass das Problem bereits im Laiensystem gelöst werden kann (E3). Dies erfolgt beispielsweise durch die Aktivierung sozialer Netzwerke, Unterstützung von außen oder Ratschläge von Bekannten. Soziale Isolation geht somit mit einer Beschleunigung des Aufsuchens von professioneller Hilfe einher, einerseits in Ermangelung eines sozialen Netzwerkes, andererseits aufgrund des Bedürfnisses nach sozialem Austausch.

Die Inanspruchnahme des professionellen Versorgungssystems (E4) wiederum hängt von verschiedenen Einflussgrößen ab, wie beispielsweise den krankheitsbezogenen Faktoren, vom Ärzteangebot, von sozialpsychologischen Merkmalen bis über Geschlecht und Alter, um nur einige zu nennen.

Mit dem Eintritt in das professionelle Versorgungssystem einher gehen soziale Normen, die sich auf die kranke Person beziehen sowie die Übernahme einer bestimmten sozialen Rolle. Eine soziale Rolle ist ein „Bündel von Normen, die sich auf eine bestimmte Position beziehen“ (Siegrist, 1988, S.92).

4.3 Das Konzept der Krankenrolle nach Parsons

In weiterer Folge wird auf die Krankenrolle eingegangen, insbesondere auf die Ausführungen Talcott Parsons. „Die normativen Erwartungen, die kranke Personen und ihre sozialen Orte typisieren, konstituieren die Krankenrolle“ (Siegrist, 1988, S.197).

Die wesentlichen Merkmale der Krankenrolle nach Talcott Parsons, die ein zentrales medizinsoziologisches Konzept bildet, sollen hier dargestellt werden.

„Der Kranke ist von den allgemein geltenden Rollenverpflichtungen und Verantwortlichkeiten des Alltags nach Maßgabe der Dauer, Schwere und Natur seiner Krankheit entbunden“ (Parsons, 1951, zit. nach Siegrist, 1988, S.197). Wichtig dabei ist die Legitimation des Zustandes durch Expertenwissen, um Missbrauch und absichtlicher Leistungsverweigerung vorzubeugen. Das sozial abweichende Verhalten infolge der Legitimation des Krankheitsverhaltens ist im Gegensatz zu kriminellem Handeln nicht selbstverschuldet, der Kranke ist für seinen Zustand nicht verantwortlich. Auch wenn gesundheitsschädigendes Verhalten die Krankheit gefördert hat, wird es der kranken Person nicht angelastet. Es besteht allerdings die Verpflichtung seitens des Kranken, seinen Zustand so weit als möglich zu verbessern, was beinhaltet dass die Hilfe von ExpertInnen in Anspruch genommen wird und mit ihnen kooperiert wird (Parsons 1951 zit. nach Siegrist, 1988, S.197).

Diese Verpflichtung, ärztliche Hilfe aufzusuchen betont die Stellung medizinischer Versorgungseinrichtungen, die somit sowohl die Übernahme der Krankenrolle durch die PatientInnen einleiten als auch legitimieren. Probleme, Schwierigkeiten, Ängste und Veränderungen, die mit der Übernahme einer Rolle einhergehen, können in dieser ersten Anlaufstelle erkannt, besprochen und vermieden werden. Die zweite Verpflichtung der PatientInnen, nach Möglichkeit die eigene Gesundheit wieder herzustellen, fokussiert andererseits das aktive Moment, nämlich die eigenen Bedürfnisse und Erfahrungen einbringen zu können und suggeriert den Willen zur Teilhabe am Prozess der Pflege, Betreuung und Behandlung.

Das Modell der Krankenrolle hat eine weitreichende medizinsoziologische Stellung eingenommen, hat kaum an Aktualität verloren, muss aber dennoch um einige Anmerkungen ergänzt werden. Siegrist hat zu diesem Zweck die wichtigsten kritischen Stimmen und Ergänzungen zu diesem Konzept zusammengefasst.

Eine Strömung der Kritik bewegt sich in Richtung kultureller und sozioökonomischer Faktoren, die Einfluss haben sowohl auf die Bereitschaft zur Übernahme der Patien-

tenrolle als auch zur Vergabe von Seiten der ExpertInnen, die bei Parsons zu wenig Beachtung fänden. Mit der Zunahme der kulturellen Vielfalt in der Gesellschaft ist es notwendig, mit unterschiedlichen Bildern von Gesundheit und Krankheit und auch differenzierten Ausdrucksformen und Wahrnehmungen umgehen zu lernen und diese zu berücksichtigen. Das Legitimieren der Krankenrolle durch Expertenwissen setzt subjektives Krankheitsempfinden voraus, das jedoch bei jedem Individuum zu einem unterschiedlichen Zeitpunkt und mit unterschiedlicher Intensität eintritt. Kulturell bzw. traditionell geformte Bilder von Gesundheit und Krankheit beeinflussen das von Parsons als wichtig erachtete aktive Moment - die aktive Teilhabe am Prozess der Pflege, Betreuung und Genesung. Vorstellungen über die Entstehung und Ursache von Krankheit und die Möglichkeiten der Heilung wirken auf die Bereitschaft zur Übernahme der Krankenrolle ein.

Das Konzept der Krankenrolle von Parsons betont Gesundheit und Krankheit als gesamtgesellschaftliches Phänomen und damit sowohl den Einfluss der Gesellschaft auf den Umgang mit Gesundheit und Krankheit also auch umgekehrt.

Ein zweiter Kritikpunkt ist die fehlende Anwendbarkeit des Konzeptes auf chronisch kranke und psychisch kranke Menschen. Mit der Zunahme chronisch Kranker in unserer Gesellschaft stellt sich die Frage, wie die Forderungen, die das Konzept beinhaltet, auf die Betroffenen angewandt werden können. Entsprechend der Verpflichtung, den Zustand nach Maßgabe der Möglichkeiten zu verbessern bzw. zu erhalten, ist es notwendig, die Verlaufskurven chronischer Krankheiten zu beachten. Je nach Art der Erkrankung wechseln akute Phasen mit beschwerdefreien Phasen. Die individuelle Einstellung und das Expertentum der Betroffenen sind in diesem Fall ebenso zu beachten wie der Fokus auf Ressourcenorientierung (vgl. Siegrist, 1988, S.197f).

4.4 Patientenkarriere

Mit dem Eintritt ins Krankenhaus beginnt nicht nur die Übernahme der Patientenrolle, sondern dies stellt auch den Beginn der Patientenkarriere dar. Bei Trummer (1996) stellt die Patientenkarriere den Verlauf der verschiedenen Interaktionsschauplätze dar, die die PatientInnen im Laufe ihres Krankenhausaufenthaltes erleben. „Unter „Patientenkarriere“ wird dabei die Definition eines Menschen verstanden, der aufgrund bestimmter subjektiver Beschwerden in ein Krankenhaus kommt und dabei in verschiedenen Situationen interagiert und kommuniziert“ (Trummer, 1996, S.14).

Der Begriff der Patientenkarriere findet sich auch in einer anderen Bedeutung bei Ger-

hardt (1986, S.11ff). Gerhardt Uta untersuchte im Rahmen ihrer Studie mit chronisch kranken, niereninsuffizienten Personen deren Erleben mit ihrer Krankheit und bezog auch enge Angehörige mit ein. Bei Gerhardt ist die Patientenkarriere das Auseinandersetzen mit der Krankheit in vielerlei Dimensionen. Dazu zählen etwa die Auswirkungen der Erkrankung auf Beruf, Familienleben, Partnerschaft, finanzielle Sicherheit, Genesung etc. Die Bewältigung und Anpassung an die neue Situation, die Coping-Mechanismen, die in Gang gesetzt werden, all dies geschieht im Rahmen der Kranken- bzw. Patientenkarriere.

Aus medizinpsychologischer Sicht wird der Begriff der Patientenkarriere für PatientInnen verwendet, die bereits eine Vielzahl an Konsultationen aufweisen und meist an Erkrankungen leiden, die psychosozial ausgelöst oder mitbedingt sind. Bei betroffenen Personen wird der Fokus jedoch meist nur auf die somatischen Anteile der Erkrankung gelegt, während die psychosozialen Faktoren oft außer Acht gelassen werden. Somit kann es Jahre dauern, bis die Ursache von der Erkrankung erkannt wird bzw. die PatientInnen Heilung erfahren (vgl. Kropiunigg, 2002, S.220f).

Auf psychosomatische Aspekte soll in dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden, da dies den Rahmen sprengen würde.

5 Empirie

Im empirischen Teil wird zu Beginn auf die Forschungsfrage der Untersuchung eingegangen. Danach wird der Untersuchungsgegenstand, eine Unfallambulanz in einem niederösterreichischen Standardkrankenhaus genau beschrieben. Dabei wird im ersten Teil sowohl auf räumliche Aspekte, sowie die Kontaktaufnahme der Organisation Krankenhaus mit den PatientInnen als auch auf die verschiedenen formellen und informellen Schnittstellen eingegangen. Die Methode des Experteninterviews wurde in dieser explorativen Forschungsphase gewählt, um wesentliche Basisinformationen über die Strukturen und Abläufe der Ambulanz zu recherchieren und darüber hinaus auch informelle Aspekte und Ansätze der Kultur der Ambulanz zu erfahren. Danach wird der typische Verlauf von PatientInnen in der Unfallambulanz beschrieben.

Den zweiten Teil der Untersuchung bildet die Auswertung qualitativer Interviews, die mit PatientInnen der Unfallambulanz geführt wurden. Die Ergebnisse werden anschließend dargestellt, diskutiert, zusammengefasst und schließlich in den Gesamtzusammenhang eingebettet.

Den Anfang bildet nun eine allgemeine Einführung über Spitalsambulanzen als wesentliche Leistungsbereiche in der medizinischen Versorgungslandschaft.

Ziel ist das Beantworten der bereits zu Beginn der Arbeit vorgestellten Forschungsfragen:

Welchen Ausschnitt der Wirklichkeit erleben die Patienten?

Dazu zählen die Unterfragen:

- Welche informellen Schnittstellen durchschreiten die PatientInnen im Laufe ihres Aufenthaltes auf der Unfallambulanz?
- Wie können sich die PatientInnen in der Organisation orientieren?

- Wie orientiert sich die Organisation an den PatientInnen?

5.1 Einleitung

Spitalsambulanzen stellen einen wichtigen Teil der Leistungserbringung in Österreich dar und sind eine wesentliche Schnittstelle im Gesundheitswesen. Die Behandlung von Notfällen und die fachärztliche Akutversorgung sowie die Nachsorge sind dadurch größtenteils rund um die Uhr verfügbar und gesichert (vgl. Hofmarcher, Rack 2006, S.135f). Die Ambulanz als Funktionseinheit ist ein wesentlicher Bestandteil der Organisation Krankenhaus, gehört zu den wichtigsten Leistungsbereichen und ist in medizinische Fachrichtungen unterteilt. Per definitionem meint ambulant im medizinischen Sinne „nicht an eine Krankenhausaufnahme gebunden“ und ambulante Behandlung „(sich wiederholende) Behandlung ohne stationäre Aufnahme des Patienten“ (Duden - Fremdwörterbuch). Der Arbeitsbereich ist gekennzeichnet durch ein sehr breit gestreutes Patientenklientel aller Altersklassen mit den verschiedensten Krankheitsbildern, den Fokus auf die medizinische Erstversorgung, die Unvorhersehbarkeit und Nicht-Planbarkeit der Abläufe, was beim Ambulanzpersonal ein hohes Maß an Flexibilität und Erfahrung voraussetzt. Ein großes Spektrum an Leistungen wird in Ambulanzen erbracht, von Wundkontrollen und -behandlungen, fachärztlichen Untersuchungen, Nachbehandlungen, Komplikationen über lebensrettende Sofortmaßnahmen und Notfallbekämpfung, um nur einige zu nennen.

In vielen Krankenhäusern gibt es Spezialambulanzen oder Spezialsprechstunden, wo bestimmte Patientengruppen von ExpertInnen beraten bzw. behandelt werden (z.B. Wirbelsäulenambulanz, Knieambulanz,...). Darüber hinaus werden auch Leistungen für stationär aufgenommene PatientInnen übernommen wie beispielsweise Gipswechsel.

Von einer ganzheitlichen Betreuung der PatientInnen bis zu pflegerelevanten Verwaltungstätigkeiten ergibt sich somit ein breites Spektrum an Aufgaben und Kommunikationskanälen für das Pflegepersonal in der Ambulanz (vgl. Schweitzer-Köppern 1995, S.1ff).

Aus den Ergebnissen der „Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07“

(www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/ambulante_versorgung/index.html) geht hervor, dass rund 18% bis 19% aller ÖsterreicherInnen ab 15 Jahren in den letzten zwölf Monaten eine Spitals- oder Unfallambulanz aufgesucht haben. Während bei den Besuchen bei praktischen ÄrztInnen ein Einfluss von Geschlecht und Alter auf die Häufigkeit identifiziert wurde, trifft dies auf die Be-

suche von Spitalsambulanzen nicht zu. Der Anteil der Frauen, die angegeben haben, innerhalb der letzten 12 Monate eine/n AllgemeinmedizinerIn aufgesucht zu haben liegt bei 82%, der Anteil der Männer bei 76%. Zum Zusammenhang mit dem Lebensalter ist zu sagen, dass mit höherem Alter nicht nur die Anzahl der Arztbesuchenden steigt, sondern auch die Zahl der Arztbesuche innerhalb eines bestimmten Zeitraumes ansteigen. Die Gründe für das Aufsuchen einer Spitalsambulanz unterscheiden sich in hohem Maße von denen eines Arztbesuches. Rund ein Drittel aller PatientInnen besuchen eine Spitals- oder Unfallambulanz nach Verletzungen oder Unfällen, gefolgt von Nach- und Kontrolluntersuchungen mit 23%. Die übrigen 36% besuchen die Ambulanz auf Grund einer Krankheit oder gesundheitlicher Beschwerden.

5.2 Beschreibung der Unfallambulanz

Die Unfallambulanz befindet sich im Erdgeschoß und ist von der Zentralambulanz, in dem sich die Ambulanzen der diversen anderen Fachrichtungen (Chirurgie, Interne, Gynäkologie etc.) befinden, räumlich getrennt. Die Unfallambulanz ist die größte der Ambulanzen und mit 9 Behandlungsräumen inklusive Schockraum die umfangreichste, was sich auch dadurch erklärt, dass, wie oben genannt, rund ein Drittel der Ambulanzbesuche auf Unfälle oder Verletzungen zurückzuführen sind und auch dementsprechende Nachuntersuchungen notwendig sind.

Räumliche Anordnung

Die Ambulanz ist gegliedert in den Bereich „Frischverletzte“ und den Bereich „Nachbehandlung“, wobei fünf Behandlungsräume für die Nachbehandlung und drei Behandlungsräume für die Frischverletzten bereit steht. Diese beiden Bereiche sind räumlich durch den Röntgenbereich getrennt, wobei dieser von beiden Seiten zu begehen ist. Die beiden Gipszimmer sind ebenfalls zwischen den Bereichen Frischverletzte und Nachbehandlung angesiedelt. Zwei eigene Wartebereiche, ein kleinerer für die Frischverletzten und ein größerer für die Nachbehandlung stehen den PatientInnen zur Verfügung. In den Wartebereichen gibt es mehrere Sesselreihen, die so angeordnet sind, dass die Wartenden Rücken an Rücken sitzen.

Der Schockraum befindet sich im Bereich der Frischverletzten und ist nahe beim Rettungseingang gelegen.

Weitere Räume in der Ambulanz sind ein Büro der leitenden Schwester, ein Aufenthalts-

raum mit Küche, sowie Toilettanlagen.

Die Behandlungszimmer sind üblicherweise mit einer Patientenliege, einem Schreibtisch, einem Wandverbau, in dem die notwendigen Utensilien verstaut sind, und einem Waschbecken ausgestattet. Meist sind ein/e Arzt/Ärztin und eine Krankenschwester/ein Krankenpfleger im Behandlungsraum, manchmal ist der Arzt/die Ärztin mit dem/der Patient/in alleine.

Ambulanzzeiten

Die regulären Ambulanzzeiten sind Montag bis Freitag von 07.00-11.30 Uhr, wobei die ÄrztInnen aufgrund ihrer Morgenbesprechung, die meist bis ca. 08.15 Uhr dauert, erst danach in der Ambulanz zu arbeiten beginnen.

Frischverletzte können jederzeit die Ambulanz aufsuchen, die Nachbehandlung findet am Vormittag, Montag - Freitag von 07.30 bis 11.30 statt. Aufgrund der Häufigkeit bestimmter Verletzungsmuster gibt es Spezialambulanzen (Hand-, Schulter-, Knie-, Wirbelsäulen- und Stoßwellenambulanz), wo an bestimmten Vormittagen SpezialistInnen aus dem jeweiligen Bereich anwesend sind.

Das Pflegepersonal richtet ab 07.00 Uhr die Ambulanz her, in der Nachbehandlung sind drei Pflegepersonen tätig, zwei von 07.00-12.00 und eine von 08.00-13.00, wobei eine davon von 07.00-12.00 die Organisation/Leitstelle in der Nachbehandlung 1 übernimmt. Bevor die ÄrztInnen kommen, werden bereits PatientInnen, die vorbestellt sind, zum Röntgen oder zur Gipsabnahme geschickt.

Die AkteurInnen der Unfallambulanz

Die Unfallambulanz als zentraler Leistungsbereich wird von diplomiertem Gesundheits- und Pflegepersonal, von Assistenz- bzw. FachärztInnen für Unfallchirurgie, von RöntgenassistentInnen sowie von OP-Gehilfen im Gipszimmer betreut. Im Sinne des Krankenhauses als Ausbildungsstätte sind SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschule sowie TurnusärztInnen ebenfalls in der Ambulanz zu Lehrzwecken. In der Nachbehandlung 1 sitzt eine Schreibkraft, die Diktate der ÄrztInnen in diesem Behandlungsraum niederschreibt. Weitere AkteurInnen sind Krankenträger, die PatientInnen, die nicht mobil sind, von den Stationen zur Unfallambulanz bringen bzw. wieder abholen. NotärztInnen und RettungssanitäterInnen übergeben PatientInnen an das Ambulanzpersonal und stellen somit eine wichtige Schnittstelle dar. Das Reinigungspersonal stellt

die notwendigen hygienischen Bedingungen her und ist ebenfalls des Öfteren mit PatientInnen in Kontakt, sei es, dass Kinder von ihnen aufgeblasene Handschuhe bekommen oder sie Auskunft über Wege geben.

Darüber hinaus gibt es AkteurInnen, die keinen direkten Patientenkontakt haben, wie beispielsweise Sekretärinnen, die im Sekretariat der Unfallambulanz im 4. Stock die Arztbriefe verfassen.

Die Aufgaben der Unfallambulanz

Die Aufgabe der Unfallambulanz ist die Behandlung von PatientInnen nach Verletzungen, die Erstuntersuchung, die Nachbehandlung, Wundversorgung, Gipswechsel, Röntgen etc. und darüber hinaus die Betreuung der Angehörigen bzw. Informationen an die PatientInnen, wie sie mit der Verletzung zu Hause umgehen sollen.

PatientInnen, die im Krankenhaus stationär aufgenommen sind und beispielsweise stürzen, werden ebenfalls auf der Unfallambulanz behandelt und versorgt.

5.3 Forschungsverlauf

Die Untersuchung wurde in einem niederösterreichischen Standardkrankenhaus durchgeführt. Die Unfallambulanz als zentraler Leistungsbereich wird von diplomiertem Gesundheits- und Pflegepersonal, von Assistenz- bzw. FachärztInnen für Unfallchirurgie, von Röntgenassistentinnen sowie von OP-Gehilfen im Gipszimmer betreut.

Im Vorfeld der Untersuchung wurden Gespräche mit dem Primararzt und mit der leitenden diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester der Unfallambulanz geführt, das Vorhaben erklärt und die Erlaubnis eingeholt. Als Einstieg ins Feld verbrachte die Forscherin darauf hin einige Vormittage auf der Unfallambulanz in den Behandlungsräumen der Frischverletzten und der Nachbehandlung, um einen Einblick ins Geschehen und in die Abläufe zu bekommen. Danach wurde ein Experteninterview mit der leitenden Schwester geführt, um das Wissen zu konkretisieren und Fragen zu klären. Einige organisatorische Fragen wurden ebenfalls mit dem Primar besprochen.

In den folgenden Monaten liefen Theorie und Praxis parallel und es wurden in einer „künstlichen Woche“ an 8 Vormittagen PatientInnen auf der Unfallambulanz mit qualitativen, leitfadengestützten Interviews befragt.

5.4 Persönliche Eindrücke

Von Seiten des Pflegepersonals wurde die Forscherin positiv aufgenommen. Die leitende diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester stellte mich dem Pflegepersonal vor. Die Begeisterung und Aufgeschlossenheit der leitenden Schwester hat sicherlich dazu beigetragen, dass die Forscherin vom Personal akzeptiert werden musste. In der Nachbehandlung ist meistens täglich dasselbe Pflegepersonal im Dienst. Da das Vorstellen als sehr wichtig angesehen wird, versuchte die Forscherin sich jedem „neuen Gesicht“ kurz vorzustellen, was nicht immer gelang. Die Vorstellung auf Seiten der MedizinerInnen erfolgte durch den Primar im Zuge einer Morgenbesprechung, bei der die Forscherin anfangs anwesend war. Aus der Tätigkeit als Rettungssanitäterin ergaben sich für die Forscherin zeitweise Unklarheiten über die Umgangsweisen mit dem Personal in der Ambulanz. Bei der Einlieferung von PatientInnen mit der Rettung steht die Übergabe der PatientInnen im Vordergrund, es wird größtenteils das Du-Wort verwendet und die SanitäterInnen bewegen sich „frei“ in der Ambulanz. Dies galt es für den Zeitraum der Forschung abzulegen. Die anfängliche Skepsis auf Seiten des Personals konnte durch das Beantworten von Fragen über das Studium und durch Diskussionen mit SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschule über Pflegewissenschaft überwunden werden. Die Scheu wurde darüber hinaus dadurch abgebaut, dass dem Pflegepersonal von der Forscherin versichert wurde, dass meine Anwesenheit in der Ambulanz keineswegs als „Kontrolle“ zu sehen ist, sondern als Lernprozess auf Seiten der Forscherin. Durch Fragen an das Pflegepersonal zu organisatorischen und pflegerischen Themen, sowie durch Gespräche über PatientInnen konnte dies verdeutlicht werden. So konnte es auch passieren, dass die Forscherin sehr detailliert anhand eines Patienten über den Wechsel einer bestimmten Verbandart informiert wurde oder von MedizinerInnen ein Röntgenbild sehr genau erklärt wurde und die Besonderheit oder Kuriosität einer Verletzung besprochen wurde.

Als weiteres Zeichen der Akzeptanz wurde der Forscherin für die Zeit der Durchführung der Interviews das Büro der leitenden Schwester zur Verfügung gestellt, was jedoch bei manchen PatientInnen zu Missverständnissen geführt hat und die Interviewsituationen maßgeblich beeinflusst hat. Dadurch, dass die Forscherin oftmals während eines Vormittages Kontakt zum Pflegepersonal hatte bzw. die gemeinsame Küche benutzte und in das Büro ein- und ausging, erweckte sie den Eindruck, als ob sie zum Personal gehört bzw. vom Krankenhaus beauftragt wurde, die PatientInnen auf ihre Zufriedenheit zu befragen. Durch diese Umstände wurde nach 3 Interviewtagen der Ort der Interviewführung

gewechselt, vom Büro der Ambulanzeleitung zu einer etwas abgeschirmten Sitzecke im Eingangsfoyer, wodurch die Distanz zur Ambulanz verdeutlicht wurde.

5.5 Die Methoden der Untersuchung

5.5.1 Das Experteninterview

Den ersten Teil der empirischen Untersuchung bildet ein Experteninterview mit einer in der Ambulanz tätigen erfahrenen und leitenden diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester.

Das Experteninterview wird für die Fragestellung verwendet, da es als geeignetes Mittel zur Exploration und Rekonstruktion von komplexen Wissensbeständen gesehen wird. Darüber hinaus werden Experteninterviews vor allem dort eingesetzt, wo praxisnahes Wissen über (ungeschriebene) Gesetzmäßigkeiten und Routinen, aber auch Wissen über die zu Grunde liegenden Bedeutungsinhalte von sozialem Handeln der AkteurInnen im Feld gefragt sind (vgl. Müller-Mundt 2002, S. 269).

Ziel des Experteninterviews war es, einerseits Wissen über den Aufbau, den Ablauf und die Charakteristika einer Unfallambulanz zu erfahren und andererseits auch ungeschriebene Gesetzmäßigkeiten und Handlungsmuster zu erkennen.

Das Experteninterview dient darüber hinaus dazu, den Interviewleitfaden für die Interviews mit den PatientInnen auszuarbeiten. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse aus dem Experteninterview zusammengefasst. Dies erschien wichtig, da so Arbeits-situation, Besonderheiten und die Kultur in Ausschnitten eingefasst werden können. Da nur eine Expertin befragt wurde, erhebt dies folglich keinen Anspruch auf Repräsentativität und spiegelt nur eine Sichtweise wider.

5.5.2 Wichtige Ergebnisse des Experteninterviews

Charakteristika einer Unfallambulanz

Bedingt durch die Patientenklientel, die Verletzungsmuster und den Aufgabenbereich einer Unfallambulanz ergeben sich bestimmte Arbeitsbedingungen, die mit den Begriffen Unvorhersehbarkeit und Nicht-Planbarkeit bezeichnet werden können.

„Die Arbeit in einer Ambulanz, speziell in einer Unfallambulanz ist gekennzeichnet durch eine Nicht-Planbarkeit. Ich kann nie vorhersehen, was in der nächsten Viertelstunde bei uns sein wird, ob ein Unfall passiert, ob ich viele Patienten habe, ob ich wenige Patien-

ten habe, welche Patienten zu mir in die Ambulanz kommen, das ist so ganz überhaupt nicht planbar.“ (E1)

In Anlehnung an den Mythos vom ungestörten, vorhersehbaren Ablauf (Siehe Kapitel 2.6.3) wird hier der Regelfall (unplanbare Struktur) als der Normalfall angesehen. Die Nicht-Planbarkeit liegt also sowohl in der Natur der Sache einer Unfallambulanz, also an Einflüssen von außen, die für das Ambulanzpersonal kaum vorhersehbar sind. Ein weiterer Störfaktor stellt das Telefon dar. *„Das Telefon stresst. Das Telefon stresst manchmal unendlich. (E1)“*

Einflüsse von innen, die das Ambulanzgeschehen verzögern sind beispielsweise technische Probleme (Ausfall des Röntgens, Ausfall des Computersystems) aber auch personelle Verzögerungen.

Räumliche Besonderheiten

Der Bereich der Unfallambulanz ist, wie oben bereits erwähnt, in den Bereich der Frischverletzten und den Bereich der Nachbehandlung getrennt. Für die Nachbehandlung stehen fünf Behandlungsräume zur Verfügung, die Nachbehandlung 1-5 genannt werden. Der Nachbehandlung 1 kommen organisatorische Besonderheiten zu. Darin befindet sich der Drucker und eine Schwester, die für die Organisation zuständig ist, teilt die PatientInnen je nach Art der Untersuchung und Verletzung.

„Und dann gibt es schon in Ambulanz 1 eine Schwester die das ganze aussortiert, die schaut einmal warum er eigentlich kommt, wird erst der Gips gemacht oder erst das Röntgen oder erst die Verbände gemacht. Die organisiert das schon, dass sich der Arzt nur auf die Tätigkeit, auf seine ärztliche Tätigkeit konzentrieren muss, also er bekommt das so richtig (E1).“

PatientInnen, die zur Nachbehandlung kommen, haben bereits eine „Ambulanzkarte“ (Ein blauer Zettel, auf dem die Daten der Person stehen sowie die Diagnose und bereits durchgeführte Maßnahmen/Untersuchungen/Behandlungen und auf der Rückseite die Ambulanzzeiten vermerkt sind), die sie beim ersten Besuch bekommen haben, und werden darauf aufmerksam gemacht, diese bei der Nachbehandlung mitzunehmen. PatientInnen, die zur Nachbehandlung kommen, müssen sich beim Hauptschalter anmelden, scheinen darauf hin im Computer der Ambulanz auf, werden vom Personal der Aufnahme mit Hilfe der Bodenmarkierungen zur Nachbehandlung geschickt und müssen dort die Ambulanzkarte in ein dafür aufgestelltes „Kisterl“ vor der Nachbehandlung 1 hineinlegen. PatientInnen, die dies nicht wissen oder vergessen, werden entweder von

anderen wartenden PatientInnen darauf aufmerksam gemacht oder vom Personal (Pflegepersonal, ÄrztInnen, Röntgenassistentinnen), das außerhalb der Behandlungsräume vorbeigeht, darauf hingewiesen.

Längere Wartezeiten können für PatientInnen entstehen, die sich weder bei der Aufnahme angemeldet haben, noch die Ambulanzkarte in das „Kisterl“ gelegt haben, da diese nicht im System aufscheinen und somit nie aufgerufen werden.

Eine wichtige Bedeutung kommt ebenfalls Nachbehandlung 5 zu. In diesem Behandlungsraum werden bevorzugt größere Verbandwechsel vorgenommen und die PatientInnen stellen sich davor an, wenn sie anstatt eines Gips beispielsweise einen elastischen Verband bekommen. *„Do haben wir eine Ruhe in Nachbehandlung 5“ (E1)*

Als räumliche Informationen für die PatientInnen dienen Bodenmarkierungen, die den Weg zur Unfallambulanz leiten sowie Beschilderungen an den Türen.

Wartezeiten

Im Wartebereich bei den Frischverletzten weist das Schild „Der Aufruf richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit“ darauf hin, dass sich der Aufruf nicht nach zeitlichem Eintreffen richtet, sondern nach der Dringlichkeit der Behandlung. *„In der Frischverletztenambulanz ist das natürlich immer derjenige, der am schwereren verletzt ist, der wird als erster begutachtet. Dann die blutenden Sachen natürlich und dann wenn heute einer vor 2 Tagen umgekippt ist mit dem Fuß und sich angeschlagen hat, dann kann der ein bisschen länger warten wie einer, der eine frische Wunde hat oder der schwerer verletzt ist oder der mit der Rettung liegend kommt (E1).“*

In der Nachbehandlung wird versucht, nach Uhrzeit zu arbeiten. Wenn sich PatientInnen anmelden, wird die Uhrzeit auf ihrem Blatt vermerkt, dieses wird dann in Nachbehandlung 1 ausgedruckt, von der „Organisationsschwester“ gereiht und den jeweiligen Ambulanzen zugeordnet. Bevorzugt werden nur kleine Kinder bis zu 3 Jahren, aber nur wenn sie selber PatientInnen sind. Wenn kleine Kinder als Angehörige dabei sind, werden diese nicht vorgereiht. Eine weitere Ausnahme bilden PatientInnen, die mit einer „auswärtigen“ Rettung kommen und wenn die Rettung auf ihn/sie wartet. Dann wird die Behandlung so rasch wie möglich gemacht, damit die Rettung nicht lange warten muss.

Wie bereits erwähnt, gibt es an bestimmten Vormittagen Spezialambulanzen, wodurch es ebenfalls zu unterschiedlich langen Wartezeiten kommen kann, was für die Wartenden nicht immer verständlich ist. PatientInnen, die zur Spezialambulanz nachbestellt

wurden, warten beispielsweise länger als jemand, der zu einer herkömmlichen Nachbehandlung kommt oder umgekehrt. Dies kann dann zu Unstimmigkeiten führen, da es von außen nicht sichtbar ist, warum jemand früher aufgerufen wird und manche länger warten müssen. Dies kann dazu führen, dass PatientInnen manchmal glauben, vergessen worden zu sein. In diesem Bereich kommt dem Personal die Aufgabe zu, die PatientInnen zu beruhigen und zu versichern, dass sie nicht vergessen wurden. „*Man muss manchesmal auch ein bisschen schlichten (E1).*“ Zusammenfassend kann gesagt werden, dass besonders lange Wartezeiten sowohl durch unbeeinflussbare Ereignisse von außen (Unfälle, Ankunft von Notarzt/Hubschrauber,...) als auch aus Kapazitätsgründen und organisatorischen Gründen entstehen. „*Wartezeiten sind teils organisatorischer Natur, teils hausgemacht (E1).*“

5.5.3 Der Ablauf auf der Unfallambulanz

In diesem Abschnitt wird auf den Ablauf dieser Unfallambulanz eingegangen, die Gegenstand der Untersuchung in der vorliegenden Arbeit war. Zu diesem Zweck wird der typische Ablauf eines Patienten in der Nachbehandlung und einer Patientin in der Frischverletzten-Ambulanz beschrieben. Das Wissen darüber stammt einerseits aus dem geführten Experteninterview, aus Beobachtungen und andererseits aus mehreren Aufenthalten im Wartebereich und in den Behandlungsräumen im Vorfeld der Befragungen. Dies soll dazu dienen, dass LeserInnen dieser Arbeit eine Vorstellung über den üblichen Ablauf bekommen.

Der typische Ablauf eines Patienten in der Nachbehandlung

Der Patient meldet sich beim Portier an und wird von diesem mit Hilfe der Bodenmarkierungen zur Nachbehandlung geschickt. Im Wartebereich angekommen legt er seine Ambulanzkarte in das vorhergesehene „Kisterl“ und nimmt auf einem Sessel Platz. Kurz darauf wird er im Gipszimmer aufgerufen, dort wird ihm der Gips vom Unterarm entfernt. Das Personal im Gipszimmer ersucht ihn darauf hin, wieder im Wartezimmer Platz zu nehmen und zu warten, bis er im Röntgen aufgerufen wird.

Etwas später wird er im Röntgen über den Lautsprecher aufgerufen, wird geröntgt und wieder darauf hingewiesen, im Wartezimmer Platz zu nehmen. Nach einer Zeit wird er in der Nachbehandlung 2 aufgerufen, wo die Ärztin das Röntgenbild kontrolliert, den Patienten nach seiner Verletzung befragt und ihn über das weitere Vorgehen aufklärt und ihm mitteilt, dass er anstatt des Gipses nun nur mehr einen elastischen Verband

benötigt. Die Ärztin ersucht den Patienten, vor der Tür der Nachbehandlung 5 auf den Verband zu warten. Dort wartet er mit 3 anderen Patienten darauf, dass er hineingebe-
ten wird und dass ihm ein Verband angelegt wird. Der Patient war bei seinem Besuch
in der Ambulanz mit 5 Personen aus der Organisation in direktem Kontakt, mit dem
Portier, der Röntgenassistentin, dem OP-Gehilfen im Gipszimmer, der Ärztin in Nach-
behandlung 2 und der Schwester in Nachbehandlung 5, die ihm den Verband angelegt
hat.

Der typische Ablauf einer Patientin auf der Frischverletzten-Ambulanz

Die Patientin meldet sich bei der Aufnahmekanzlei an und wird mit Hilfe der Bodenmar-
kierungen in den Wartebereich der Frischverletzten geschickt. Da sehr viele frischverletzte
PatientInnen warten, kommt von Zeit zu Zeit eine Schwester aus dem Behandlungszim-
mer heraus und erkundigt sich nach dem Befinden der PatientInnen. Nach einer gewissen
Wartezeit, wird die Patientin zur Erstuntersuchung über Lautsprecher ins Behandlungsz-
immer gerufen. Der Arzt begutachtet den geschwollenen Knöchel und ordnet ein Rönt-
gen an. Die Patientin nimmt mit ihrem weißen Laufzettel wieder im Wartebereich Platz
und wird kurz daraufhin persönlich von einer Röntgenassistentin bei der Tür zum Rönt-
gen aufgerufen und hereingebeten. Diese bittet die Patientin danach, wiederum Platz
zu nehmen und zu warten, bis dass sie wieder vom Arzt aufgerufen werde. Etwas später
im Behandlungszimmer bespricht der Arzt mit der Patientin das Röntgenbild, klärt sie
über die Verletzung und die Behandlung auf und verordnet einen Gips. Gleichzeitig sagt
ihr eine Schwester, dass sie nach dem Gipsen im Wartezimmer Platz nehmen solle und
auf die Ambulanzkarte und den Arztbrief warten soll. Nachdem die Patientin wieder im
Wartezimmer Platz genommen hat, wird sie im Gipszimmer über Lautsprecher aufgeru-
fen und bekommt einen Gips. Danach wartet sie noch einige Minuten, bis eine Schwester
aus dem Behandlungsraum heraus kommt und ihr die Ambulanzkarte und den Arztbrief
überreicht, sie darüber aufklärt, was sie mit dem Gips jetzt tun darf und was nicht und
dass sie bei Beschwerden zu jeder Tageszeit die Ambulanz aufsuchen kann und soll.
Die Patientin war im Laufe ihrer Behandlung somit mit 5 Personen in Kontakt, nämlich
am Anfang mit dem Portier, im Behandlungszimmer mit einem Arzt und einer Schwester,
im Röntgen mit einer Röntgenassistentin und im Gipszimmer mit einem OP-Gehilfen.

6 Qualitative Interviews

6.1 Der qualitative Forschungsansatz

Beim qualitativen Forschungsansatz steht der Mensch als komplexes Wesen im Vordergrund. Man möchte den Menschen ganzheitlich verstehen und sein Erleben aus seiner Perspektive verstehen. „Wahrheit wird als subjektiver Ausdruck von Wirklichkeit gesehen, so wie sie vom Einzelnen wahrgenommen und den ForscherInnen mitgeteilt wird“ (Mayer, 1999, S.48). Qualitative Forschung ist stets induktiv, es wird vom Einzelfall ausgegangen. Ziel ist daher nicht eine Verallgemeinerung der Daten, sondern vielmehr ein Entwickeln von Theorien, Strukturen und Konzepten ausgehend vom Subjektiven (vgl. Mayer, 1999, S.48).

Für den qualitativen Forschungsansatz können die klassischen Gütekriterien der quantitativen Forschung, nämlich Objektivität, Validität und Reliabilität nicht angewendet werden. Für die qualitative Forschung wurden von verschiedenen Forschern zahlreiche Gütekriterien entwickelt. Im Folgenden werden die Gütekriterien nach Mayring beschrieben, die er für die qualitative Sozialforschung empfiehlt. Die Entscheidung für diese Gütekriterien erfolgte dadurch, dass für die Auswertung der Daten die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring verwendet wird.

- **Verfahrensdokumentation:** Um den Forschungsprozess nachprüfbar zu machen, ist es unerlässlich, das Vorgehen im Forschungsprozess detailliert darzustellen und zu dokumentieren.
- **Argumentative Interpretationsabsicherung:** In der quantitativen Forschung können Ergebnisse leicht nachvollzogen werden. Damit das in der qualitativen Forschung ebenfalls der Fall ist, ist es wichtig, die Interpretationen zu dokumentieren und argumentativ zu begründen, um sie für andere nachvollziehbar zu machen.
- **Regelgeleitetheit:** Dieses Gütekriterium ist für Mayring von besonderer Bedeutung, da damit verdeutlicht wird, dass sich auch die qualitative Sozialforschung

an bestimmte Verfahrensregeln halten muss und ihre gewonnenen Daten regelgeleitet und damit systematisch bearbeitet. Die der qualitativen Forschung oftmals vorgeworfene Willkür kann dadurch beseitigt werden.

- Nähe zum Gegenstand: Die Nähe zum Gegenstand ist ein Grundprinzip der qualitativen Methodologie. Qualitative Forschung zielt darauf ab, in die Lebenswelt der Betroffenen zu gehen und dort an konkreten sozialen Problemen anzusetzen.
- Kommunikative Validierung: Nach diesem Gütekriterium ist es möglich, die Interpretationen wieder an die Befragten zurückzuspielen und diese dadurch auf ihre Richtigkeit zu überprüfen (vgl. Lamnek, 1995, S.156f).

Die Wahl des Forschungsansatzes (ob qualitativ oder quantitativ) entscheidet sich schlussendlich in erster Linie dadurch, welche Fragestellung beantwortet werden soll. Qualitativer Forschung wird meist dann der Vortritt gelassen, wenn noch relativ wenig über das Phänomen bekannt ist, wenn man sich sozusagen auf Neuland begibt und die subjektiven Sichtweisen im Vordergrund stehen (vgl. Mayer, 1999, S.55).

In der vorliegenden Arbeit wurde auf Grund der Forschungsfrage der qualitative Ansatz gewählt. Darüber hinaus gibt es kaum Studien zum Erleben von PatientInnen auf Ambulanzen, da sich der Großteil der existierenden Studien und Untersuchungen auf den stationären Bereich beziehen. Um den Einstieg ins Feld zu gewährleisten wurde zuerst ein Experteninterview durchgeführt, um anschließend darauf aufbauend qualitative PatientInneninterviews durchzuführen.

6.2 Das vorliegende Material

Für die vorliegende Arbeit wurde im ersten Teil der empirischen Untersuchungen ein Experteninterview mit der leitenden diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester der Ambulanz durchgeführt. Der Leitfaden für dieses Interview wurde auf Grund von Beobachtungen in der Ambulanz erstellt. Das Interview wurde auf Diktiergerät (Olympus Digital Voice Recorder VN-3100PC) aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Den zweiten Teil der Untersuchung bilden Interviews mit PatientInnen der Unfallambulanz. 38 PatientInnen wurden zu ihrem Erleben auf der Unfallambulanz befragt. 37 Interviews wurden auf Diktiergerät aufgenommen, bei einer Interviewpartnerin wurden handschriftliche Notizen aufgezeichnet.

6.3 Setting des Interviews und Auswahl der InterviewpartnerInnen

Die Interviews wurden an acht Vormittagen durchgeführt. Die Tage wurden mit Hilfe einer „künstlichen Woche“ ausgewählt. Dazu wurden aus fünf Wochen (Montag bis Freitag) im Oktober und November 2008 ursprünglich sieben Tage gezogen, wobei auf Grund der noch unzureichenden Sättigung danach noch ein zusätzlicher achter Vormittag gezogen wurde. Die leitende Schwester der Ambulanz stellte der Forscherin für die Zeit der Interviews ihr Büro zur Verfügung. Was sich im ersten Moment als praktisch erwies, stellte sich in der Interviewsituation als problematisch dar. Wie eben oben erwähnt, wurden die Interviews an den ersten drei Tagen in diesem Büro durchgeführt. Dadurch entstand für die PatientInnen der Eindruck, dass die Forscherin Teil des Ambulanzpersonals sei. Aus diesem Grund wurde das Setting ab dem vierten Interviewtag geändert. Die Befragungen wurden danach etwas entfernt von der Ambulanz durchgeführt, im Wartebereich im Eingangsbereich. Das Antwortverhalten der Interviewpartner veränderte sich dementsprechend, die Interviews wurden länger und die Situation war entspannter. Unmittelbar nach jedem Gespräch wurden wichtige Informationen über den Interviewpartner und die Interviewsituation notiert.

Die Auswahl der potentiellen Interviewpartner erfolgte durch willkürliches Ansprechen der Personen im Wartebereich, wobei darauf geachtet wurde, dass ein Gleichgewicht zwischen Frauen und Männern herrscht, sowie VertreterInnen aus möglichst vielen Altersgruppen an der Befragung teilnehmen. Von 63 angesprochenen Personen haben sich 38 dazu bereit erklärt, im Anschluss der Behandlung für ein Gespräch zur Verfügung zu stehen, davon waren 17 Frauen und 21 Männer. Es wurden darüber hinaus nur PatientInnen angesprochen, deren Grad der Verletzung mit einem Interview vereinbar war, das heißt Verletzte, die liegend mit der Rettung gebracht wurden und aufgewühlte PatientInnen mit akuten Verletzungen wurde nicht angesprochen. Daraus ergibt sich eine Überzahl an Interviewpartnerinnen aus der Nachbehandlung (26 von 38).

6.4 Besonderheit der Interviewsituation in der Ambulanz

Die Besonderheiten einer Ambulanz liegen in dem ständigen Kommen und Gehen, der Fülle an PatientInnen und des erheblichen Zeitdrucks, der oft unter den PatientInnen herrscht. Viele kommen während ihrer Arbeitszeit zur Nachkontrolle, Mütter müssen ihre Kinder vom Kindergarten oder von der Schule abholen, manche wollen noch Besor-

gungen erledigen, werden bereits von Angehörigen erwartet bzw. sind nach der Wartezeit und der Behandlung schlichtweg froh, das Krankenhaus verlassen zu können. Dies hat natürlich Einfluss auf die Interviewsituation. Es war mitunter schwierig, PatientInnen für ein Interview im Anschluss an die Behandlung gewinnen zu können. Die Notwendigkeit großer Mengen an Interviews ergibt sich dadurch, dass die PatientInnen durch die teilweise langen Wartezeiten gestresst waren bzw. nach erfolgter Behandlung froh waren, dass alles vorbei ist. Deshalb war von Seiten der Befragten oft der Wunsch erkennbar, die Befragung so kurz wie möglich zu halten.

6.5 Auswertungsmethode: Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring

Zur Auswertung der PatientInneninterviews wurde die Methode der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring ausgewählt. Dieses Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse untersucht die manifesten Kommunikationsinhalte, die Inhalte, die explizit und bewusst von den befragten Personen genannt werden.

Im Gegensatz zur objektiven Hermeneutik wird latenten Sinnstrukturen keine Beachtung geschenkt.

Die Inhaltsanalyse stammt ursprünglich aus der Kommunikationswissenschaft, weshalb ein wichtiger Punkt qualitativer Textanalyse die Einbettung des Materials in den Kommunikationszusammenhang darstellt. Das vorliegende Material wird stets innerhalb des Kontextes, in dem es entstanden ist, interpretiert. Zusätzlich ist es wichtig, dass der Interpret angibt, auf welchen Teil des Kommunikationsprozesses er sich bezieht. Systematisches, regelgeleitetes Vorgehen ist ein weiteres wichtiges Kriterium in der Textanalyse. Im Vorfeld der Analyse wird ein Ablaufmodell konkretisiert und festgelegt, welches auf das Material zugeschnitten wird. „Die Inhaltsanalyse ist kein Standardinstrument, das immer gleich aussieht; sie muß an den konkreten Gegenstand, das Material angepaßt werden und auf die spezifische Fragestellung hin konstruiert werden“ (Mayring, 2000, S.43). Nur so kann systematisches Vorgehen gesichert werden.

Ein weiteres zentrales Moment sind Kategorien, die im Zentrum der Analyse stehen. Das Kategoriensystem macht die Auswertung für andere nachvollziehbar und dient dazu, die Ergebnisse zu konkretisieren und auf die jeweilige Fragestellung hin darzustellen. Ein wesentlicher Punkt ist daher auch die Erstellung und Begründung der Kategorien. Mayring (2000) betont, dass es dazu in der Literatur sehr wenig Hilfestellung gibt, dass

dies jedoch ein wesentliches Element der Inhaltsanalyse darstellt.

Trotz der Regelgeleitetheit des Vorgehens ist der Gegenstandsbezug zentraler als die Technik. Wie bereits erwähnt hat sich die Inhaltsanalyse aus der Kommunikationswissenschaft entwickelt, weshalb der Schwerpunkt am Umgang mit alltäglichen Kommunikationssituationen liegt. Die beschriebenen Techniken stellen eine Hilfestellung dar, die jedoch an das konkrete Material, die konkrete Studie und an die jeweilige Situation angepasst und modifiziert werden. Ausgehend vom Wesen der qualitativen Forschung, die den Menschen als komplexes Individuum, eingebettet in seiner Umwelt und im jeweiligen Kontext betrachtet, scheint Mayrings Forderung nach einer Theoriegeleitetheit der Analyse einen Widerspruch darzustellen. Mit Theoriegeleitetheit meint er in diesem Zusammenhang jedoch vielmehr das Einbeziehen des aktuellen Forschungsstands zum Gegenstand der Untersuchung (vgl. Mayring, 2000, S.42ff).

Das Ziel des Verfahrens der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring kann wie folgt dargestellt werden: „In diesem Verfahren werden durch Auslassungen, Generalisierungen, Konstruktionen, Integrationen, Selektionen und Bündelungen abstrakt Aussagen gewonnen, die das ursprüngliche Material paraphrasieren. Diese abstrakten Paraphrasen werden unter Kategorien subsumiert und schließlich zur Kennzeichnung und Beschreibung des Einzelfalls herangezogen“ (Lamnek, 1995, S.209).

Für die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring kann nun ein konkretes Ablaufmodell beschrieben werden:

Erster Schritt: Bestimmung der Analyseeinheit

Dabei wird festgelegt, welcher Teil des Materials für die Analyse verwendet wird. Dies richtet sich nach der Fragestellung. Für die vorliegende Arbeit wurden diese Textstellen ausgewählt, in denen sich die befragten PatientInnen der Unfallambulanz zu ihrem Erleben in der Ambulanz geäußert haben (vgl. Mayring, 2000, S.53).

Zweiter Schritt: Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen

Die einzelnen Kodiereinheiten werden in eine knappe, auf den Inhalt beschränkte Form, beschrieben und in eine grammatikalische Kurzform gebracht. Ausschmückende Textbestandteile werden weggelassen.

Dritter Schritt: Generalisierung der Paraphrasen auf das Abstraktionsniveau

In diesem Schritt wird das Abstraktionsniveau der ersten Reduktion festgelegt. Die Paraphrasen werden auf dieses Abstraktionsniveau gebracht - Paraphrasen die über dem Niveau liegen werden belassen, solche, die unter dem Niveau liegen, müssen verallgemeinert werden. In Zweifelsfällen müssen Vorannahmen aus der Theorie zu Hilfe genommen werden. Das Abstraktionsniveau in dieser Arbeit wurde wie folgt definiert: Alle Aussagen, in denen sich die befragten PatientInnen zu ihrem persönlichen Empfinden, ihrem Erleben, zur Orientierung und zum Ablauf in der Ambulanz geäußert haben.

Vierter Schritt: Erste Reduktion

In diesem Schritt können inhaltsgleiche Paraphrasen und Paraphrasen, die nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden, gestrichen werden.

Fünfter Schritt: Zweite Reduktion

Über das Material verstreute, sich aufeinander beziehende Paraphrasen werden gebündelt und durch eine neue Aussage wiedergegeben. Dadurch entsteht ein erstes allgemeines Kategoriensystem.

Sechster Schritt: Zusammenstellung der neuen Aussagen in ein Kategoriensystem

In diesem Schritt werden die gefundenen Kategorien in Hauptkategorien zusammengefasst.

Siebenter Schritt: Rücküberprüfung des zusammenfassenden Categoriesystems am Ausgangsmaterial

Dabei wird überprüft, ob die schlussendlich gebildeten Kategorien das Ausgangsmaterial repräsentieren (vgl. Mayring, 2000, S.60ff).

6.6 Durchführung der Auswertung

Im folgenden Abschnitt werden die Schritte des Auswertungsverfahrens anhand von Ausschnitten aus mehreren Interviews veranschaulicht und dokumentiert. Die Tabellen zeigen Teile der verschiedenen Auswertungsphasen.

Zweiter Schritt - Paraphrasieren der inhaltstragenden Textstellen:

Diese Tabelle stellt einen Ausschnitt dieses Vorgehens dar (aus den Interviews 1-3):

P	Analyseeinheit	Paraphrase
1	“Schlecht eingeteilt oder zu viele Leute eingeteilt, darum gehen auch so viele Leute nach vor, die schon nach mir gekommen sind“	Wartezeiten entstehen durch schlechte Einteilung und zu viele Leute
1	“Es sind Leute da, mit denen man reden kann“	Ich rede mit Leuten während der Wartezeit
1	“Da gibt’s nichts zu beanstanden, sind alle recht freundlich und umsichtig“	Das Personal ist freundlich und umsichtig
1	“Nur die Wartezeit, des is a bissl a Horror“	Die Wartezeit ist ein Horror
1	“Es kommt darauf an wo wer sitzt bei der Aufnahme, ob wer hinten oder vorne sitzt“	Es kommt darauf an, welche Aufnahmekanzlei offen ist
1	“Und dort werden eh die ganzen Daten aufgenommen und dann sagen sie folgen sie den Pfeilen und dann geht’s eh“	Die Orientierung war durch die Pfeile am Boden gut möglich
1	“Dass das nicht so nach dem Abfertigungsschema gehen kann, das ist nun einmal so glaube ich“	Die Behandlung funktioniert nicht nach dem Abfertigungsschema
1	“Wenn eine Schwester oder wer von der Rettung zufällig eine raucht oder wer im Warteraum sitzt.“	Personal, Rettung und MitarbeiterInnen helfen bei der Orientierung
1	“Na gut, die haben mehrere Sachen zu tun, sie sind ja nicht nur alleine wegen mir da sag ich immer.“	Das Personal muss auch die anderen Patientinnen versorgen
1	“Da haben sie gesagt den roten Pfeilen folgen.“	Bodenmarkierungen zeigen den Weg zur Ambulanz
1	“Es ist zwar teilweise in der Arztsprache, was ein normaler Laie leider nicht versteht.“	Die Sprache der ÄrztInnen ist für Laien oft nicht verständlich
1	“Mir wär’s oft lieber wenn sie es mir auf Deutsch, einfacher erklären würden, aber das ist ihr Beruf glaube ich auch.“	Eine verständliche Sprache wäre mir lieber, aber das hängt auch mit dem Beruf zusammen
1	“Das hat mir eigentlich die Schwester einfacher, dass man es kapiert, erklärt.“	Die Schwester hat es so erklärt, dass ich mich ausgekannt habe

1	“Dass man warten muss, das ist überall so.“	Man muss überall warten
1	“Mit meinem Alter und mit meiner Erfahrung im Krankenhaus, wenn man da noch Angst oder so hätte, dann wär´s e schlimm.“	Ich habe schon viel Krankenhauserfahrung und deshalb auch keine Angst
1	“Ja, dass vielleicht einmal einer einen schlechteren Tag hat, aber sonst durch die Bank...“	Manchmal hat einer einen schlechten Tag
1	“Meistens gibt’s eine Schwester, die mich oder den Fuß besser kennt. Wenn die da ist, dann macht die das.“	Die Schwester, die meinen Fuß am am Besten kennt, behandelt mich
1	“Es bemüht sich jeder, möchte jeder schauen, dass er das Beste macht.“	Jeder ist bemüht und möchte das Beste
1	“Aber es gibt halt auch welche, die sich nicht so gut auskennen.“	Manche Ärzte kennen sich nicht so gut aus
2	“Mein Gott, da trifft man jemand, den man kennt, dann plaudert man ein bisschen oder wenn keiner da ist, dann liest man eine Zeitung.“	Während der Wartezeit plaudert man mit Bekannten oder liest
2	“Ich habe mich gut aufgehoben gefühlt, er hat sich gut ausgekannt.“	Der Arzt hat sich ausgekannt, ich fühlte mich gut aufgehoben
2	“Ja ich bin gleich begrüßt worden, es ist mir alles erklärt worden was zu tun ist.“	Ich wurde begrüßt und informiert, was zu tun ist
2	“Man geht schon mit einem anderen Gefühl in ein Krankenhaus herein, als in ein Hotel beispielsweise.“	Das Gefühl im Krankenhaus ist anders als in einem Hotel
2	“Wenn man herein geht, rechnet man schon damit, dass es länger dauern wird, ich war schon eingestellt darauf.“	Man rechnet mit längeren Wartezeiten und ist darauf eingestellt
2	“Es sind sehr viele Leute da auf der Ambulanz, da muss man halt dann warten, ich hab mich eingestellt.“	Auf Grund der vielen Leute muss man mit längerer Wartezeit rechnen
2	“Man ist praktisch eh im Krankenstand.“	Im Krankenstand habe ich Zeit
2	“Es sind sehr viele Leute da, wenn man schaut, es ist ein Kommen und ein Gehen.“	Es ist ein ständiges Kommen und Gehen vieler Leute
2	“Der eine ist neugierig, den anderen interessiert es weniger, ich möchte halt wissen was ist, dadurch frage ich auch.“	Da ich neugierig bin, frage ich nach. Andere interessiert es vielleicht weniger
2	“Man tut sehr viel für die Patienten oder Kundschaft, ich weiß nicht wie man sagen soll.“	Es wird viel für die Patienten/Kunden getan - Unklar, welcher Begriff passender ist

2	“Es ist alles sehr rein und alles nett.“	Sauberkeit ist wichtig und dass die Leute nett sind
2	“Weil ich auch selber immer nachfrage, ich bin ein Mensch der gerne fragt.“	Ich bin ein Mensch der gerne nachfragt
2	“Meine Informationen wurden gedeckt, aber ich bohre schon nach.“	P hat nachgebohrt um alle Informationen zu bekommen
3	“In diesem Fall hat es mich gewundert, dass alles bereitwillig seitens des Arztes gekommen ist.“	Mich hat es gewundert, dass ich vom Arzt so viele Informationen bekommen habe
3	“Man hat Augenkontakt, es wird einem die Hand gegeben, das ist ja heutzutage auch nicht mehr so.“	Augenkontakt und Handschlag sind heutzutage nicht mehr selbstverständlich
3	“Es ist keine Kundenbeziehung in dem Sinn, man kommt schon als Bittsteller her, du bist der Verletzte, der Kranke, und musst eine Dienstleistung in Anspruch nehmen.“	Als Patient ist man kein Kunde sondern Bittsteller. Man muss eine Dienstleistung in Anspruch nehmen
3	“Es ist schon irgendwie eine Hierarchie da, weil klar, ich bin ja selber kein Arzt, deshalb spielt es sich nicht auf einer Ebene ab.“	Ich befinde mich nicht auf selber Höhe wie der Arzt, es ist eine Hierarchie spürbar
3	“Ich finde es für richtig, dass auch schon Empfehlungen vom Arzt kommen, weil wenn er mir 3 Alternativen offen lässt, ich weiß es nicht, ich bin Laie.“	Ich möchte, dass Empfehlungen vom Arzt kommen, da ich selber nicht weiß was das Beste für mich ist
3	“Ich hab gesagt, ich möchte nicht viel abgehen in der Arbeit mit einem Gips.“	Wegen meiner beruflichen Tätigkeit möchte ich nicht lange einen Gips haben
3	“Man geht herein und will dass einem geholfen wird, da nimmt man schon einiges in Kauf.“	Da man möchte, dass einem geholfen wird, nimmt man einiges in Kauf
3	“Das mit den Farben ist auch für Ältere ganz gut.“	Bodenmarkierungen sind auch für ältere Patienten klar verständlich
3	“Ich hab damit gerechnet, dass es länger dauern wird, weil ich es e genau weiß, dass auf einer Unfallambulanz viel los ist.“	Ich weiß, dass auf einer Unfallambulanz viel los ist und habe mich auf die Wartezeiten eingestellt
3	“Sie reihen es eh so nach der Reihe, sagen sie zumindest, weiß nicht ob das stimmt.“	Angeblich werden die Patienten nach der Reihe aufgerufen. Ich weiß nicht ob das stimmt
3	“Es war nicht so dass man sich nicht wohlfühlt, aber ich will auch nicht sagen, dass ich mich wohl fühle, weil wer fühlt sich schon in einem Krankenhaus wohl?“	In einem Krankenhaus fühlt man sich nicht unbedingt wohl

3	“Wenn ich irgendetwas glaube, dass sie mir zu wenig sagen, dann frag ich eh nach, ich traue mir das eh!“	Wenn ich zu wenige Informationen bekomme, dann frage ich ganz einfach nach
3	“Der Computer gehört schon dazu, den kann man sich nicht mehr wegdenken, das ist einmal so.“	Der Computer ist aus allen Bereichen nicht mehr wegzudenken
3	“Das meiste wird schon mit dem Computer getan, der nächste Blick geht dann immer gleich wieder in den Computer hinein.“	Die Ärzte schauen viel in den Computer

Tabelle 6.1: Zweiter Schritt der Auswertung

Vierter und Fünfter Schritt:

Die folgende Tabelle veranschaulicht einen Ausschnitt aus der ersten Reduktion (aus den Interviews 8-11), die dazu dient, die Paraphrasen auf ein gleiches Abstraktionsniveau zu bringen und inhaltsgleiche Paraphrasen zu streichen (vgl. Mayring, 2000, S.61). Die generalisierten Aussagen wurden zugleich mittels Zahlen in der letzten Spalte in Bereiche gebündelt, aus diesen schlussendlich die finalen Kategorien gebildet werden, was bereits der zweiten Reduktion entspricht. Dadurch ist eine Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial möglich.¹

I	Paraphrase	Generalisierung	B
8	Ich rede mit Leuten während der Wartezeit	Wartezeit überbrücken durch Reden	1
8	Die Orientierung war durch die Pfeile am Boden gut möglich	Räumliche Orientierung durch Bodenmarkierungen	4
8	Personal, Rettung und Mitpatienten helfen bei der Orientierung	Orientierung durch andere	4
9	Bodenmarkierungen zeigen den Weg zur Ambulanz	Orientierung durch Bodenmarkierung	4
8	Es wurde versucht eine ruhige und angenehme Stimmung zu verbreiten	Ruhige Atmosphäre wird im Behandlungszimmer geschaffen	3
8	Die Sprache der ÄrztInnen ist für Laien oft nicht verständlich	Patient versteht die Fachsprache nicht	6
9	Die Schwester hat es so erklärt, dass ich mich ausgedacht habe	Die Sprache vom Pflegepersonal ist für Patientin verständlich	6

¹In folgender Tabelle werden diese Abkürzungen verwendet: I...Interview, B...Bereich

10	Ich habe schon viel Krankenhaus- erfahrung und deshalb auch keine Angst	Patient hat schon viele Krankenhausaufenthalte hinter sich	10
10	Die Schwester, die meinen Fuß am Besten kennt, behandelt mich	Behandlung durch die Schwester, die mich am Besten kennt	8
10	Der Arzt hat sich ausgekannt, ich fühle mich aufgehoben	Fachliche Kompetenz ausschlaggebend für Zufriedenheit	8
9	Ich wurde begrüßt und informiert, was zu tun ist	Begrüßung und Erstinformation zu Beginn	11
9	Da ich neugierig bin, frage ich nach, andere interessiert es vielleicht weniger	Nachfragen aus persönlichem Interesse	9
10	Ich wurde mit Handschlag begrüßt	Handschlag als Begrüßung	11
10	Ich bin Stammkunde	Patient ist Stammkunde	10
8	Durch genügend Information wird die Angst genommen	Minderung der Angst durch Informationsweitergabe	9
9	Für die Patientin ist der Eindruck der Fließbandarbeit entstanden	Patientin empfindet die Arbeit als Fließbandarbeit	2
11	Als ich Angst hatte, haben sie sich besonders Zeit genommen und darauf geachtet	Personal nahm sich besonders Zeit bei einer ängstlichen Patientin	2
11	Beim Arzt muss man warten	Bei einem Arztbesuch ist mit einer Wartezeit zu rechnen	1
11	Patientin wurde gefragt ob sie Angst hat	Eingehen auf die Patientin	8
11	Der Informationsbedarf richtet sich danach, was einem selber wichtig ist	Informationsbedarf ist individuell	9
8	Ein anderer Patient hat mir den Weg gezeigt	Räumliche Orientierung durch andere Patienten	4
8	Es wird einem Zeit gelassen, aber es ist eine Massenabfertigung	Kein Zeitdruck, aber Massenabfertigung	2
9	Es wird bereits diktiert, während Patient noch im Behandlungsraum ist	Mehrere Dinge gleichzeitig um Ablauf zu beschleunigen	2
8	Mehr Kommunikation zum Patienten ist auf Seiten des Pflegepersonals	Pflegepersonal kommuniziert mehr mit Patienten	9
8	Das Pflegepersonal verstehe ich immer, bei den Ärzten weiß ich nicht immer worums geht	Die Kommunikation des Pflegepersonals ist für Patientin verständlicher	6
9	Wenn ich nachfrage, bekomme ich sofort eine Antwort	Informationen durch Nachfragen	9
9	Man soll sich für seine Verletzung interessieren und nachfragen	Persönliches Interesse für Verletzung	9
11	Man hat genügend Zeit sich auszuziehen	Der Patientin wird Zeit gelassen	2
8	Durch das EDV-System läuft alles nach demselben Schema ab	Computersystem macht unflexibel	5

10	Mich wundert es, dass man die Ambulanzkarte trotz Computersystem noch braucht	Patient wünscht sich mehr Computereinsatz	5
11	Mich hat es gewundert dass ich vom Arzt so viele Informationen bekommen habe	Patientin ist überrascht über bereitwillige Informationsweitergabe	9
10	Ich befinde mich nicht auf selber Höhe wie der Arzt, es ist eine Hierarchie spürbar	Patient und Arzt stehen nicht auf selber Ebene	7
10	Der Computer ist aus allen Bereichen nicht mehr wegzudenken	Computereinsatz ist Alltag	5
8	Die Ärztin hat viel in den Computer hineingeschaut	Viel Arbeit mit dem Computer	5
8	Patientin hat sehr viele Informationen bekommen, konnte sich nicht alles merken	Zuviele Informationen auf einmal	9

Tabelle 6.2: Vierter und fünfter Schritt der Auswertung

Im Anschluss an diese erste Reduktion am Beispiel von 3 Interviews werden die generalisierten Aussagen nun zu 11 Kategorien zusammengefasst:

Kategorie 1: Wartezeit:

Wartezeit überbrücken durch Reden

Bei einem Arztbesuch ist mit einer Wartezeit zu rechnen

Kategorie 2: Zeit nehmen

Der Patientin wird Zeit gelassen

Personal nahm sich besonders Zeit bei einer ängstlichen Patientin

Patientin empfindet die Arbeit als Fließbandarbeit

Kein Zeitdruck, aber Massenabfertigung

Mehrere Dinge gleichzeitig um Ablauf zu beschleunigen

Kategorie 3: Atmosphäre

Ruhige Atmosphäre wird im Behandlungszimmer geschaffen

Kategorie 4: Räumliche Orientierung

Räumliche Orientierung durch Bodenmarkierungen

Orientierung durch andere

Kategorie 5: Technikeinsatz

Computersystem macht unflexibel
Patient wünscht sich mehr Computereinsatz
Computereinsatz ist Alltag
Viel Arbeit mit dem Computer

Kategorie 6: Fachsprache

Patient versteht die Fachsprache nicht
Die Sprache vom Pflegepersonal ist für Patientin verständlich

Kategorie 7: Asymmetrien

Patient und Arzt stehen nicht auf selber Ebene

Kategorie 8: Bedürfnisse

Eingehen auf die Patientin

Kategorie 9: Informationsweitergabe

Patientin ist überrascht über bereitwillige Informationsweitergabe
Zu viele Informationen auf einmal
Minderung der Angst durch Informationsweitergabe
Pflegepersonal kommuniziert mehr mit Patienten
Informationen durch Nachfragen
Persönliches Interesse für Verletzung
Informationsbedarf ist individuell

Kategorie 10: Patientenkarriere

Patient hat schon viele Krankenhausaufenthalte hinter sich
Behandlung durch die Schwester, die mich am Besten kennt
Patient ist Stammkunde

Kategorie 11: Erstkontakt

Begrüßung und Erstinformation zu Beginn
Handschlag als Begrüßung

6.7 Ergebnisse der Studie

In diesem Unterkapitel werden die Ergebnisse der Inhaltsanalyse der Patienteninterviews, die zu vier Hauptkategorien zusammengefasst wurden, dargestellt und interpretiert. Nach der Darstellung jeder Kategorie findet sich eine Diskussion, in der die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst und mit der Theorie in Verbindung gebracht werden.

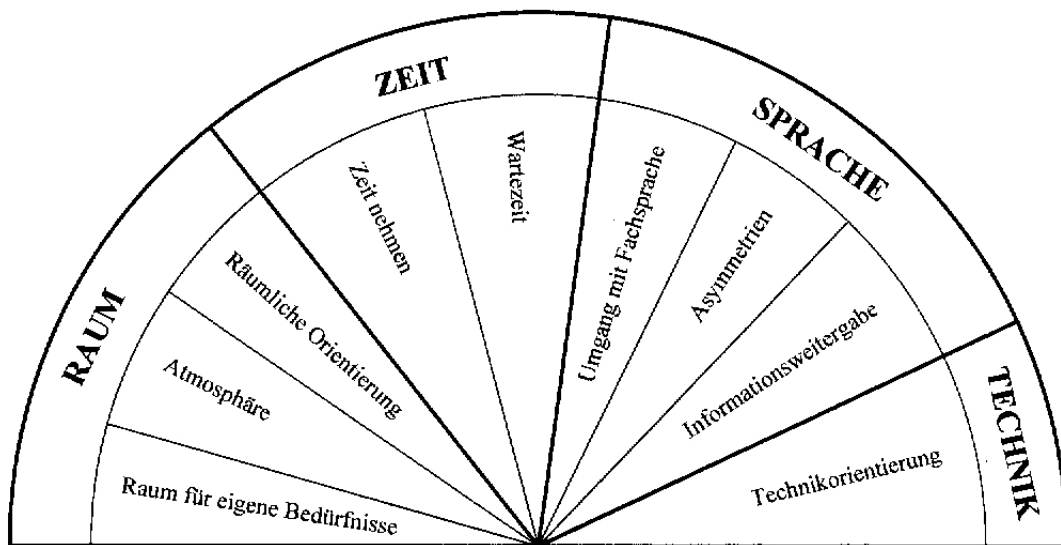


Abbildung 6.1: Übersicht über die vier Hauptkategorien

6.7.1 Raum

Raum für eigene Bedürfnisse / Äußern eigener Bedürfnisse

Das Äußern eigener Bedürfnisse beziehungsweise das Eingehen auf das Umfeld und den Hintergrund der PatientInnen ist ein wesentlicher Bestandteil patientenorientierter Arbeitsweise. Bei Verletzungen ist eine rasche Behandlung oft von Nöten und die Bekämpfung der akuten Notfallsituation ist der individuellen Krankheitserfahrung Vorrang zu geben. Wenn es jedoch Alternativen in der Behandlung und Therapie gibt, wird bei PatientInnen, die sich aktiv beteiligen und Mitsprache wünschen, auf deren jeweilige körperliche Situation eingegangen. Ein Patient, der leidenschaftlicher Sportler ist, wurde nach einer Knieverletzung ausführlich über sein Freizeitverhalten befragt, was einerseits einen wichtigen Bestandteil der Anamnese darstellt und andererseits die Behandlungsform individuell an das jeweilige Verhalten und die körperliche Fitness anpasst, wie es dieser Patient erzählt: *„Sie haben mich gefragt, wie oft ich trainiere.“* Ähnlich berichtet ein Mann mittleren Alters, der ebenfalls nach einer Sportverletzung in Behandlung war und bei dem auf Grund seiner Krankengeschichte und des Unfallhergangs die Ursache der Verletzung ausschlaggebend für ein Gespräch über sein Freizeitverhalten. *„Wenn du eine Sportverletzung hernimmst, da haben sie auf Grund des Unfallberichtes schon die Info, dass es beim Fußball passiert ist.“*

Ähnlich wie beim Umgang mit Sportverletzungen wird im Falle von mehreren Alternativen die Methode gewählt, die beispielsweise auch an die berufliche Situation angepasst wird. Ein Mann hat sich, beeinflusst durch seine berufliche Tätigkeit, für die Alternative ohne Gips entschieden, nachdem er mit seinem Arzt über die Möglichkeiten der Therapie gesprochen hat. *„Ich hab gesagt ich möchte nicht viel abgehen in der Arbeit mit einem Gips.“*

Dass das Umfeld beziehungsweise die private Situation der PatientInnen angehört und nach Möglichkeit auch beachtet wird, davon berichtet auch eine junge Dame, die sich kurz vor ihrem Urlaub das Bein gebrochen hat. *„Ich hab den Gips kürzer bekommen für den Urlaub, da ist darauf eingegangen worden.“*

Doch nicht nur die berufliche Situation bzw. das Freizeitverhalten oder bestimmte anstehende Tätigkeiten bedürfen der Beachtung, sondern auch der ganz normale Alltag beispielsweise im Haushalt der betroffenen Person. Als alleinerziehende Mutter oder Hausfrau kann eine scheinbar kleine Verletzung am Finger schon eine große Beeinträchtigung im Alltag bedeuten, wie es eine Frau ausdrückt: *„Es ist zwar eh nur eine Kleinigkeit,*

aber trotzdem ist's blöd daheim mit dem Finger.“

Trotz all dem wird von manchen PatientInnen erwartet, dass von Seiten der Ärzteschaft eine Empfehlung kommt, welche Therapie am besten für den oder die jeweilige PatientIn passend ist. Ein Patient berichtet, dass er sich die Entscheidung gerne abnehmen lässt und froh über einen individuellen Vorschlag ist: *„Ich finde auch für richtig, dass schon Empfehlungen vom Arzt kommen, weil wenn er mit drei Alternativen offen lässt, ich weiß es nicht.“*

PatientInnen mit chronischen Wunden oder Verletzungen, die einer längerfristigen Nachbehandlung bedürfen, kommen meist wöchentlich oder zwei Mal pro Woche auf die Unfallambulanz zur Wundversorgung. Das Ambulanzpersonal kennt diese PatientInnen meist schon beim Namen, hat eine persönlichere Beziehung und kennt den Verlauf der Wundheilung. *„Meistens gibt's eine Schwester die mich oder den Fuß besser kennt, wenn die da ist, dann macht die das.“* Auf diese Weise wird eine Beziehung aufgebaut, es entsteht eine lockere, angenehme Atmosphäre, Gespräche über die Familie oder das Umfeld werden geführt und die Eigenheiten der PatientInnen beachtet.

Atmosphäre

Der Besuch eines Krankenhauses stellt einen Bruch mit der Alltagswelt dar und ist somit mit Ängsten, Sorgen und Stress verbunden. Das Krankenhaus stellt eine ungewohnte Umgebung dar und die PatientInnen befinden sich in einer ungewöhnlichen Situation. Umso wichtiger ist es daher, eine Atmosphäre, einen Raum zu schaffen, in dem man sich trotz Verletzung, Angst, Sorge oder Ärger den Umständen entsprechend wohlfühlen kann.

Bereits mit dem Eintritt in das Krankenhaus werden unterschiedliche Gefühle freigesetzt und Assoziationen geweckt, wie diese Patientin erwähnt: *„Man geht schon mit einem anderen Gefühl in ein Krankenhaus herein, als in ein Hotel beispielsweise.“*

Das Krankenhaus ist größtenteils mit negativen Empfindungen verbunden und dadurch entsteht eine andere Erwartungshaltung als beispielsweise bei der Inanspruchnahme von anderen Dienstleistungen. Das eventuell mulmige und ambivalente Gefühl kann von den PatientInnen oft gar nicht eindeutig beschrieben werden, wie diese Aussage zeigt: *„Es war nicht so dass man sich nicht wohlfühlt, aber ich will auch nicht sagen, dass ich mich wohl fühle, weil wer fühlt sich schon in einem Krankenhaus wohl?“*

Davon berichtet auch ein anderer Patient wenn er sagt: *„Das ist einfach Krankenhaus, das ist einfach so ein Aufenthaltsraum wo man dort sitzt.“*

Dass das „*ungute Gefühl*“ sehr schwer durch gestalterische Maßnahmen zu vermeiden ist verdeutlicht ein Patient mit den Worten: „*Ein Krankenhaus ist kein Aufenthaltsraum, es ist eh alles wunderschön, aber es ist eh alles unnötig sag ich mal.*“ Man ist sehr in Gedanken, ist mit dem Kopf wo anders und schenkt der Umgebung in der Ambulanz oft wenig Aufmerksamkeit. Ein wichtiges Kriterium, das mit der Atmosphäre im Krankenhaus in Verbindung gebracht wird, ist Sauberkeit und Sterilität, das für diesen Patienten im Vordergrund steht: „*Man fühlt sich wie in einem Krankenhaus, es ist sauber und ja... in Ordnung.*“ Mehr wird von der Atmosphäre in der Ambulanz oft nicht erwartet bzw. überwiegen die Assoziationen in diese Richtung, wie es mehrere PatientInnen erwähnten: „*Es war alles sehr sauber.*“ oder „*es ist sauber und gepflegt.*“ Das Krankenhaus ist nicht vergleichbar mit anderen Dienstleistungseinrichtungen. „*Aber es ist kein Gasthaus und kein Hotel.*“, sagt eine Patientin und spricht damit die anderen Erwartungen und Einstellungen an, mit denen man ein Krankenhaus betritt sowie den unterschiedlich hohen Komfort und den „Wohlfühlfaktor“. „*Das ist ein Krankenhaus, da kann man sich nicht erwarten dass man bedient wird, das geht nicht.*“, erwähnt ein Patient und stellt die medizinische und pflegerische Behandlung als die zentrale Aufgabe des Krankenhauses in den Mittelpunkt. Zusätzliche Angebote und Dienstleistungen sieht er nicht als notwendig an.

Während in den Wartebereichen sehr viele Leute sitzen, es ist ein ständiges Kommen und Gehen und es herrscht ein gewisser Lärmpegel, stellen die Behandlungsräume einen davon getrennten Bereich dar.

In den Behandlungsräumen als abgeschlossene Einheiten im Ambulanzbereich wird versucht, eine angenehme Stimmung zu vermitteln und einen geschützten Raum zu bieten. „*Es ist komplett ruhig, keine Hektik*“, so beschreibt eine Patientin die Situation im Behandlungszimmer. Routine überwiegt, Hektik als Fehler- und Stressquelle wird vermieden und den PatientInnen kann die Angst und Nervosität genommen werden. Ein anderer Patient hat ebenfalls diese Erfahrung gemacht und sagt: „*Es war überhaupt nicht hektisch, es war ruhig, das Personal hat für einen Zeit.*“

Ein Patient berichtet, dass besonders auch bei schmerzhaften Eingriffen der Patient abgelenkt wird, lockere Gespräche geführt werden und so den PatientInnen die Angst genommen wird: „*Man weiß zwar was kommt, aber trotzdem wird die Atmosphäre so aufgebaut, dass es irgendwie locker ist, es wurde ein bisschen ein Schmach gemacht.*“

Die Notwendigkeit der Ablenkung beschreibt auch eine Mutter, die mit ihrem Sohn zur Nachbehandlung in der Ambulanz war. Um die Wartezeit zu überbrücken und die Angst zu mindern ist es wichtig, dass Spielzeug vorhanden ist: „*Vielleicht wäre eine Kinder-*

spielecke gut, die ansprechender und auffälliger ist.“

Räumliche Orientierung

Zur Orientierung für die PatientInnen sind am Boden verschiedenfarbige Punkte angebracht, mit Hilfe derer die PatientInnen von der Aufnahmekanzlei zu den jeweiligen Ambulanzen oder Stationen gelotst werden können. Auf der Unfallambulanz sind alle Türen beschriftet und vor dem Behandlungsraum „Nachbehandlung 1“ befindet sich das „Kisterl“ (eine Plastikbox), in das die PatientInnen die Ambulanzkarten legen müssen. Über diesem Kisterl hängt ein Plakat mit der Aufschrift: „Ambulanzkarte bitte hier einwerfen“ und einem dicken Pfeil. Dennoch ist einigen PatientInnen dieser Vorgang nicht bekannt und wenn es ihnen in der Aufnahmekanzlei nicht gesagt wurde, dann kann es sein dass man länger warten muss, wie ein Patient berichtet, der eine Zeit lang mit der Ambulanzkarte in der Hand im Wartebereich gesessen ist: *„Das wo die Karte hineingehört, das hätte ich nicht gefunden.“* Auch eine andere Patientin wusste dies bei ihrem ersten Besuch nicht, ist dann aber von einer Schwester darauf hingewiesen worden: *„Beim ersten Mal weiß man das nicht, aber es steht eh immer wer heraußen.“* In der Früh ist die Tür zur „Nachbehandlung 1“ meist offen und die Schwester, die die Organisation übernommen hat, holt in kurzen Abständen die abgegebenen Ambulanzkarten ab und kann somit PatientInnen darauf hinweisen, die Karte abzugeben. Im Laufe des Vormittags durchqueren immer wieder ÄrztInnen oder jemand vom Pflegepersonal den Wartebereich und können PatientInnen, die mit der Karte in der Hand warten, darauf hinweisen. Auch das Reinigungspersonal oder andere wartende PatientInnen übernehmen hin und wieder diese Aufgabe, erzählt eine Patientin: *„Das sagt einem keiner außer ein anderer Patient vielleicht.“*

Darüber hinaus nimmt jeder (vom Personal), der die Nachbehandlung 1 betritt die Karten aus dem Kisterl mit. An die Eigenverantwortung der PatientInnen appelliert diese Patientin: *„Man muss sich halt auch ein bisschen konzentrieren.“*

Während des Tages ist der zentrale Haupteingang geöffnet, in der Nacht stellt der seitliche Rettungseingang denachteingang dar. Dennoch kann es vorkommen, dass auch während des Tages PatientInnen durch den Rettungseingang das Krankenhaus betreten. Diese werden dann oft von wartenden Rettungsmannschaften oder Personal darauf hingewiesen, dass sie sich vorne beim Hauptschalter anmelden müssen. So erwähnt es auch eine Patientin, die von wartenden Rettungssanitätern über die Anmeldemodalitäten informiert wurde: *„Dann ist es schon gut, wenn hinten wer sitzt, eine Schwester, oder wer*

von der Rettung zufällig eine raucht, die einem das dann erklären.“

Diskussion

Die Hauptkategorie „Raum“ besteht aus den Unterkategorien „Raum für eigene Bedürfnisse“, „Atmosphäre“ und „Räumliche Orientierung“.

Den PatientInnen Raum für die Äußerung ihrer Bedürfnisse zu geben, spielt bei allen Konzepten zur Patientenorientierung eine wesentliche Rolle. Bei Stewart et al.(1995) (siehe Kapitel 3.4.5) finden wird den Begriff „illness“ als Ausdruck für das subjektive Krankheitsempfinden und die individuelle Krankheitserfahrung. Diese soll in den Behandlungsprozess miteinbezogen werden.

Diesem Anspruch kann dadurch gerecht werden, dass mit Hilfe des Unfallberichtes bzw. der Schilderungen der PatientInnen Rückschlüsse auf Verhalten und Gewohnheiten sowie auf die familiäre und berufliche Situation der Verletzten gezogen werden. Bei möglichen Behandlungsalternativen kann die Behandlung danach ausgerichtet werden und darüber hinaus die Compliance erhöht werden. Nicht vergessen werden dürfen jedoch Notfallsituationen und die Tatsache, dass viele Verletzungen Ruhigstellung und Schonung zur Heilung voraussetzen und deshalb kann manchen Bedürfnissen der PatientInnen nicht nachgegangen werden, da ansonsten keine Ruhigstellung gewährleistet werden kann.

In Anlehnung an Stratmeyer (2002, siehe Kapitel 3.1) kann auch der Wille nach Unmündigkeit ein Element von patientenorientierter Pflege und Behandlung sein, indem sie dem Pflegepersonal oder MedizinerInnen die Entscheidung und das Wissen über ihre Verletzung und deren Behandlung gänzlich überlassen.

Das Krankenhaus wird vielfach als Dienstleistungsbetrieb propagiert, auf den viele Managementtheorien und -konzepte mit einigen Anpassungen anwendbar seien (vgl. Dullinger, 1996, und Badura&Feuerstein, 1994, siehe Kapitel 3.4.1 und 3.4.2). Für viele PatientInnen ist das Krankenhaus auf Grund negativer Assoziationen bzw. auf Grund der Umstände, die zur Aufnahme im Krankenhaus führen, jedoch nicht mit anderen Dienstleistungsorganisationen vergleichbar. PatientInnen schrauben ihre Erwartungen und Bedürfnisse oftmals stark zurück und passen sich somit der Organisation an, die in ihrer Ablaufstruktur davon profitiert, keinen „exotischen“ Bedürfnissen nachkommen zu müssen. Sauberkeit als oft erwähnter Anspruch an ein Krankenhaus ist dahingehend einfach zu erfüllen.

Nervosität, Angst, Hektik und Ärger stehen bei vielen PatientInnen im Vordergrund. Um dem entgegenzuwirken wird versucht, im Behandlungsraum eine Atmosphäre zu

schaffen, in der sich die PatientInnen geschützt fühlen und in der sie das Gefühl haben, das Personal nimmt sich in diesem Moment ganz für einen Zeit. In dieser Weise orientiert sich die Organisation an den PatientInnen, indem eine Struktur geschaffen wird, die trotz der Fülle an wartenden Menschen einen geschützten Raum bietet.

Als räumliche Orientierungshilfe werden vom Krankenhaus Bodenmarkierungen zur Verfügung gestellt. Abgesehen von Beschilderungen tragen erfahrene PatientInnen und das Personal ebenfalls zur räumlichen Orientierung bei, indem sie notwendige Hinweise geben oder als „Vorbilder“ fungieren. Hilfestellung durch andere BesucherInnen oder PatientInnen der Ambulanz bzw. medizinisches Personal oder Reinigungspersonal kann somit als informelle Schnittstelle gesehen werden, die dazu beiträgt, den Ablauf aufrechtzuerhalten und zu beschleunigen.

6.7.2 Zeit

Zeit nehmen

Auf der Unfallambulanz ist meistens sehr viel los und je nach Anzahl der vorhandenen ÄrztInnen und Anzahl der PatientInnen entstehen unterschiedlich lange Wartezeiten.

Trotz der großen Patientenzahlen wird versucht, sich im Behandlungsraum für alle PatientInnen Zeit zu nehmen und so Raum für Fragen und eine angenehme Stimmung (dazu in der Unterkategorie „Atmosphäre“) zu schaffen. Eine Patientin drückt das wie folgt aus: *„Sie lassen einem Zeit, dass man sich ausziehen kann und so.“* Die PatientInnen können sich somit genügend auf die Untersuchung vorbereiten. Bei ängstlichen PatientInnen oder verletzten Personen mit Schmerzen kann die Angst gemindert werden indem das Gefühl vermittelt wird, dass das Personal Zeit für den Einzelnen hat. Eine Patientin, die sich vor dem ziehen der Nähte gefürchtet hat, berichtet: *„Beim Nähte herausnehmen, da hab ich Angst gehabt und da haben sie sich schon Zeit genommen.“* Bei schmerzhaften Eingriffen kann dadurch die Situation für den Betroffenen angenehmer gestaltet werden.

Dass PatientInnen mit dem Bewusstsein in den Behandlungsraum gehen, dass im Wartebereich sehr viele andere noch warten, drückt die Aussage dieser Frau aus: *„Sicher muss es schnell gehen, man hat immer das Gefühl es kommt hinten gleich wer rein aber es sind alle freundlich.“* Auf Grund der vielen wartenden Personen wird verstanden, dass ein gewisser Zeitdruck besteht, der vom Personal aber so gut wie möglich vermieden wird.

Das ständige Kommen und Gehen auf der Unfallambulanz wird von einer Patientin mit Fließbandarbeit verglichen: *„Manchmal ist das schon so Fließband irgendwie - einer nach dem anderen.“* Es ist eine gewisse Herausforderung, den Spagat zu schaffen zwischen einer raschen und effizienten Behandlung vieler PatientInnen innerhalb kürzester Zeit und einer individuellen und ganzheitlichen Betreuung auf der anderen Seite. Dieses Dilemma beschreibt ein Patient mit folgenden Worten: *„Ja, es ist schon Zeit, aber immer verbunden mit Massenabfertigung. Während sie noch verbunden hat, hat sie schon diktiert, von dem her ist das Gefühl du hast Zeit da drinnen, aber es ist schon eine Massenabfertigung.“* Die kurze Zeit, die pro PatientIn zur Verfügung steht, wird dafür genutzt, um sich dem jeweiligen Patienten zu widmen und andererseits die Behandlung gleich abzuschließen, indem der Befund diktiert wird.

Andererseits werden auch lange Wartezeiten in Kauf genommen, damit alle PatientInnen eine möglichst individuelle Betreuung bekommen können und Zeit für ihre Fragen bleibt, wie eine Patientin erzählt: *„Das das nicht so nach dem Abfertigungsschema gehen kann, das ist nun einmal so.“* Das eigene Bedürfnis nach genügend Zeit wird somit auch allen anderen PatientInnen zugestanden und angenommen.

Dass die PatientInnen auf der Unfallambulanz im Moment sehr mit ihrer Verletzung beschäftigt sind und vor allem daran interessiert sind, rasch Linderung zu bekommen und manch anderes in den Hintergrund tritt verdeutlicht die Aussage eines jungen Mannes: *„Es war alles Ok, nur dass ich halt einen gebrochenen Fuß habe.“* Der Ärger über die Verletzung überwiegt oft und lässt das Geschehen in der Ambulanz zum Teil vergessen.

Ähnlich beschreibt ein anderer Patient das vorwiegende Interesse nach einer raschen Abwicklung der Untersuchungen, damit man das Krankenhaus sobald wie möglich wieder verlassen kann und sich in seinem Umfeld arrangieren kann: *„Ich war froh dass der Arzt die Diagnose gestellt hat und dass das schnell über die Bühne gegangen ist.“*

Die PatientInnen sind froh, wenn sie „da raus kommen“ und möchten schnell eine klare Diagnose bekommen. Auch die Zeit im Behandlungszimmer soll für manche PatientInnen schnell vorübergehen und für sie zufriedenstellend damit enden, dass sie wissen was sie sich genau verletzt haben und was die Konsequenzen daraus sind. Ein Patient meint, dass es ihm zu langsam gegangen ist. *„Ich hab noch nie eine schnelle Untersuchung gehabt, das hat sich alles gezah.“*

Wartezeit

Wie bereits oben erwähnt kommen rund ein Drittel aller PatientInnen, die eine Spitalsambulanz aufsuchen, in Folge von Verletzungen oder Unfällen. 23% besuchen das Krankenhaus zur Nachbehandlung. Dementsprechend groß ist die Anzahl der PatientInnen auf der Unfallambulanz auch in diesem Krankenhaus und dementsprechend lang sind teilweise auch die Wartezeiten. Im Warteraum der Frischverletzten weist das Schild „Der Aufruf richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit“ darauf hin, dass PatientInnen mit blutenden Wunden bzw. starken Schmerzen bevorzugt werden. Diese Tatsache wird von den wartenden PatientInnen akzeptiert und erscheint ebenso logisch, wie eine Patientin ausdrückt: *„Es muss einem bewusst sein dass man da warten muss, weil halt Frischverletzte auch kommen.“* Ein anderer Patient meint dazu folgendes: *„Na gut, die haben mehrere Sachen zu tun, sie sind ja nicht nur allein wegen mir da.“*

Besonders PatientInnen, die Erfahrung haben mit Spitalsambulanzen oder bereits öfter in der Ambulanz waren, kennen die Situation, rechnen mit längeren Wartezeiten und sind darauf eingestellt, wie diese Aussagen verdeutlichen: *„Die Wartezeiten bin ich gewöhnt, dass das länger dauert.“* und *„Ich habe damit gerechnet, dass es länger dauern wird, weil ich es eh genau weiß dass auf einer Unfallambulanz viel los ist.“*

Durch die Menge der PatientInnen im Wartebereich lässt sich rasch einschätzen, dass mit längerer Wartezeit zu rechnen ist.

In der Nachbehandlung wird versucht, nach Uhrzeit zu arbeiten. PatientInnen, die früher kommen, werden auch früher aufgerufen, dies wird auch den Wartenden bei der Aufnahme so transportiert, was die meisten zur Kenntnis nehmen, wenn auch mit Skepsis: *„Sie reihen es so nach der Reihe, sagen sie zumindest, weiß nicht ob das stimmt.“* Da an den meisten Tagen ebenfalls Spezialambulanzen (Knie-, Schulter-, Stoßwellenambulanz etc.) angeboten werden, kann sich die Reihung dadurch verändern, was bei PatientInnen, die darüber nicht Bescheid wissen, zu Unmut führen kann, wie ein Patient meint: *„Es ist schlecht eingeteilt, oder es sind zu viele Leute eingeteilt, darum gehen auch so viele Leute nach vor, die schon nach mit gekommen sind.“*

Viele Wartende versuchen, sich die Verzögerungen zu erklären und bilden ihre eigenen Theorien über die Dauer der Wartezeit: *„Es ist alles so konzentriert, es ist zu viel auf einem Fleck.“* Die Unfallambulanz betreut ein breites Spektrum an PatientInnen, frischverletzte PatientInnen werden hier ebenso behandelt wie Menschen mit chronischen Wunden, OP-Nachbetreuung, Komplikationen nach Operationen etc. All diese Menschen wenden sich bei Problemen an die Unfallambulanz. Ein anderer Patient versucht sich

die Wartezeiten durch Personalmangel zu erklären: *„Die Ärzte sind auf Grund der Sparmaßnahmen arm, weil wenn sie mich fragen sind sie alle unterbesetzt.“* Er spricht damit die Tatsache an, dass eine große Ambulanz sehr viel Personal in Anspruch nimmt und gleichzeitig wenig Geld dafür zur Verfügung steht.

Der Betrieb in der Ambulanz beginnt offiziell um sieben Uhr. PatientInnen, die zur Nachbehandlung wiederbestellt wurden werden zum Röntgen bzw. ins Gipszimmer aufgerufen, wenn es angeordnet wurde. Die ÄrztInnen sind inzwischen noch in der Morgenbesprechung und die eingeteilten AmbulanzärztInnen kommen meist zwischen acht Uhr und halb neun Uhr auf die Ambulanz ins Erdgeschoß. PatientInnen, die dies nicht wissen, wundern sich darüber, so wie dieser Herr in der Nachbehandlung: *„Dass man um sieben da sein soll und bis halb neun keiner aufgerufen wird, das ist schon was, was irgendwie komisch rüber kommt.“*

PatientInnen die darüber Bescheid wissen, die schon öfter in der Ambulanz waren, die durch Gespräche mit „erfahrenen“ Ambulanzbesuchern davon erfahren haben bzw. denen es jemand vom Pflegepersonal gesagt hat, können sich die Wartezeit am Morgen erklären: *„Ich war schon um dreiviertel acht da, da dauert es dann meistens länger, weil die noch in der Besprechung sind, das hat mir die Schwester gesagt.“*

Ähnlich berichtet es auch ein anderer Patient: *„Einmal war ich da, da sind sie erst um dreiviertel neun gekommen und dann musst du so lange warten.“*

Den Grund für den verzögerten Beginn am Morgen hat auch die folgende Patientin durchschaut, allerdings ist ihr der Grund dafür nicht bekannt: *„Dass halt die Ärzte ab und zu ein bisschen früher kommen könnten, aber vielleicht haben sie irgendwas anderes irgendwo zu tun oder müssen weg.“*

Ungewohnt lange Wartezeiten können auch durch einen technischen Fehler zu Stande kommen, so wie es einem Patienten passiert ist, der trotz ordnungsgemäßer Anmeldung bei der Anmeldekanzlei im System nicht eingetragen war und somit lange Zeit nicht aufgerufen wurde: *„Weil ich ja nirgendwo aufgeschienen bin in keiner Liste.“*

Seine eigene Theorie für das Zustandekommen der Wartezeiten hat sich dieser Patient gebildet: *„Aber manche, da kommt mit vor, die sind da weil ihnen fad ist.“*

Trotz mancher Verstimmtheiten über lange Wartezeiten herrscht allgemein Verständnis und der Eindruck, dass alles Mögliche getan wird. *„Ich denke mir dass sie das ziemlich zügig machen, man merkt eh wenn jemand heraus geht, geht der nächste wieder hinein.“* Durch diese Beobachtungen kann der Unmut mancher PatientInnen gemindert werden. In Anlehnung an die Krankenrolle bei Parsons (siehe Kapitel 4.3) sprechen manche Pa-

tientInnen die Befreiung aus den Alltagsverpflichtungen an und die Aufgabe, sich seinen Zustand durch ExpertInnen legitimieren zu lassen. Das Warten auf diese Legitimation gehört somit zum Kranksein dazu und ist nicht zu vermeiden. Das drückt eine Patientin mit den folgenden Worten aus: *„Wenn man krank ist muss man warten.“* Kranke bzw. verletzte Menschen haben die Pflicht, das Warten zu akzeptieren und können sich im Krankenstand die Zeit dazu nehmen. Dieser Meinung ist auch dieser Patient: *„Wenn man wartet ist man immer ungeduldig, aber dazu ist man ja krank.“* Wenn man jedoch nicht im Krankenstand ist bzw. selbständig ist und zur Nachbehandlung auf die Ambulanz kommt, ist es oft notwendig sich Urlaub zu nehmen. Dann fallen die Komponenten der Krankenrolle weg und das Warten wird weniger geduldig hingenommen. *„Die Wartezeit ist ein Horror, man muss sich fast immer Urlaub nehmen.“*, beschwert sich ein Patient, der schon einige Male zur Nachsorge wiederbestellt wurde.

Die PatientInnen wenden unterschiedliche Methoden an, um sich die Zeit zu überbrücken. Von Seiten des Krankenhauses wird den Wartenden ein Kaffeeautomat angeboten, Tee steht zur freien Entnahme bereit, Bilder von regionalen Künstlern wurden aufgehängt, Zeitschriften/Folder/Informationsmaterial liegen auf und im Eingangsbereich befindet sich ein Kiosk, in dem es Zeitungen, Snacks und Getränke zu kaufen gibt. Außerdem hängen an der Wand einige Patientenstatistiken, das Leitbild, Bilder des Personals in Form eines Baumes und Informationsplakate zu Therapieformen. Einige kommen mit Begleitpersonen und können sich so die Zeit vertreiben, so beschreibt ein Mann seine Wartezeit: *„Ich tu lesen oder mit meinem Sohn Schmäh führen.“*

Ein älterer Mann bezeichnet sich selbst schon als *„Stammkundschaft“*, diese PatientInnen kennen sich meist schon untereinander, wie er erklärt: *„Mein Gott, da trifft man jemand den man kennt, dann plaudert man ein bisschen oder wenn keiner da ist, dann liest man halt eine Zeitung und wenn man keine findet, dann kauft man sich halt eine.“*

Andere möchten lieber ihre Ruhe und unterhalten sich nicht so gerne, sondern sind selber in Gedanken, wie auch eine ältere Dame meint: *„Man denkt eh selber irgendwas.“* Die Anordnung der Sitzreihen, Rücken an Rücken, ermöglicht es, dass man nicht direkt Kontakt zu den anderen PatientInnen hat, wenn man es nicht möchte.

Wieder andere bewegen sich im Ambulanzbereich herum und sehen sich die Bilder und die Folder an. Eine Dame, die nicht gerne lange sitzt, meint dazu: *„Man kann ein bisschen herumgehen, was anschauen.“*

Die Sparmaßnahmen hätten sich auch auf andere Bereiche ausgebreitet, wie ein Mann

anmerkt: „*Die Kaffeemaschine gibt immer weniger Kaffee her.*“ So kann man sich die Wartezeit auch mit Gesprächen über dieses Thema vertreiben.

Diskussion

Beschwerden über lange Wartezeiten in Ambulanzen stehen sehr oft an oberster Stelle von Patientenumfragen, Meinungsumfragen oder Beschwerdestellen, wird im Leitfaden Patientenorientierung (1997, S.7) genannt. Auch in dem untersuchten Krankenhaus kamen dem Personal des Öfteren Beschwerden über sehr lange Wartezeiten auf der Unfallambulanz zu Ohren. Das Krankenhaus stellt ihren PatientInnen zur Überbrückung der Wartezeit Zeitungen, Informationsbroschüren zu diversen gesundheitsbezogenen Themen, einen Kaffeeautomaten, Tee zur freien Entnahme, eine Bildergalerie im Ambulanzfoyer, einen Kiosk und Kinderspielzeug zur Verfügung. Um den Unmut der Wartenden über das Vorziehen von manchen PatientInnen in Schach zu halten, weist das Schild im Wartebereich der Frischverletzten mit der Aufschrift „Der Aufruf richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit“ auf diese Vorkommnisse hin.

Um die PatientInnen über unterschiedliche Wartezeiten durch Spezialambulanzen hinzuweisen, kann beispielsweise der Aufruf „Herr Mustermann in die Handambulanz, Nachbehandlung 1 bitte“, dienen. So erhalten die Wartenden die Information, dass es keine willkürliche Reihung der Nachbehandlung gibt, sondern dass Herr Mustermann deshalb früher an der Reihe ist, da er in die Spezialambulanz wiederbestellt wurde.

PatientInnen mit Krankenhauserfahrung tragen auch hier wiederum bei, diese Informationen zu verbreiten. Durch diese „Moments of Truth“ wie Dullinger (1996) unter anderem die Interaktion der PatientInnen untereinander bezeichnet, werden Informationen über den Ablauf, Wartezeiten und sonstige wesentliche Hinweise, wie beispielsweise das Abgeben der Ambulanzkarte, weitergegeben. Der Grund für den verzögerten Arbeitsbeginn der ÄrztInnen in der Ambulanz in Folge der Morgenbesprechung bleibt den PatientInnen größtenteils verborgen, außer informierte PatientInnen oder das Pflegepersonal haben ihnen darüber berichtet. Siegrist (1988) berichtet von einem Machtgefälle als Ursache für Asymmetrien im Krankenhaus (siehe Kapitel??), wobei eine Ausprägung davon die Steuerungsmacht der ÄrztInnen darstellt, wonach sie in der Lage seien, Anfang, Wartezeiten und Unterbrechungen der Behandlung zu bestimmen.

Durch Gespräche untereinander und durch Wissen von vorherigen Ambulanzbesuchen sind sehr viele PatientInnen auf das Warten eingestellt, sehen Wartezeiten als Teil der Krankenrolle und gestehen den anderen PatientInnen Zeit im Behandlungszimmer zu.

Sich Zeit nehmen für die PatientInnen stellt in Anlehnung an die oben beschriebene Unterkategorie „Raum geben für die Bedürfnisse der PatientInnen“.

Durch eigenen Erfahrungen mit Wartezeiten und durch Tätigkeiten des Personals, die den Ablauf beschleunigen (zum Beispiel: Diktieren, während der Patient noch im Raum ist) kann der Eindruck der Massenabfertigung und der Fließbandarbeit entstehen. Bei Lalouschek et al. (1990) wird dies als Mythos der Effizienz bezeichnet.

6.7.3 Sprache

Umgang mit Fachsprache

Patientenorientierte Sprache als ein wichtiges Medium der Kommunikation beinhaltet das Vermeiden von Fachausdrücken und ein der Situation und der Bedürfnisse der PatientInnen angemessenes Vokabular. In diesem Zusammenhang auch spielt die Diskrepanz zwischen Laien- und Expertendefinition von Gesundheit und Krankheit herein, das eine Patientin mit folgenden Worten ausdrückt: *„Für sie ist manchmal was verständlich was für uns nicht verständlich ist.“* und *„Wenn wer Latein redet, dann ist's vorbei.“* Den Wunsch nach einer verständlichen Sprache und danach, dass *„deutsch“* geredet wird, äußern mehrere PatientInnen auf unterschiedliche Art und Weise. Das Verwenden von medizinischem Fachvokabular kann zu Unsicherheiten und Unklarheiten führen, was in weiterer Folge in einem Informationsdefizit enden kann. *„Was einem als Laie nicht so bekannt ist, gewisse Bruchstellen, man versteht das medizinische halt nicht so.“*

In solchen Situationen wenden sich PatientInnen gerne an das Pflegepersonal oder die anwesende Schwester oder der Pfleger schaltet sich selber ein. *„Aber der Pfleger hat's mir nachher dann noch einmal erklärt, einfacher, so dass ich es dann kapiert habe.“*

Das Pflegepersonal dient den PatientInnen oft auch als Ansprechpartner in Belangen, die über die Verletzung hinausgehen. Informationen über Krankschreiben, Krankenstand, Röntgenkontrolle und Verhalten nach einer Verletzung werden oft an das Pflegepersonal gerichtet bzw. vom Pflegepersonal an die PatientInnen weitergegeben. So meint eine Patientin, die nach der Behandlung auf ihren Arztbrief wartet: *„Die Schwester kommt jetzt eh gleich heraus und erklärt mir noch einmal alles.“*

Die Sprache auf Seiten des Pflegepersonals ist für die PatientInnen verständlich, weshalb das Aushändigen des Arztbriefes im Anschluss an die Behandlung in der Frischverletzten-Ambulanz von den PatientInnen als zusätzliche Informationsquelle genützt wird und die Fragen, die während dieser Wartezeit auf den Arztbrief auftauchen, in dieser Situation

geklärt werden können. *„Die Ärzte, da ist es vielleicht öfter so dass man es nicht gleich versteht oder worum geht es da, dass man so das Gefühl hat-was ist jetzt? Das habe ich beim Pflegepersonal nicht.“* Mit dieser Aussage verdeutlicht eine Patientin den Unterschied in der Sprache zwischen den Berufsgruppen.

Dadurch, dass die Unfallambulanz nur zur Behandlung bzw. Nachbehandlung von (akuten) Verletzungen aufgesucht wird, sieht ein Patient die Aufgabe des Ambulanzpersonals in der raschen Findung einer Diagnose und der Linderung der Schmerzen und akuten Behandlung mit den dort vorhandenen Mitteln und wendet sich bei Fragen darüber hinaus an seinen Hausarzt. *„Wenn was offen bleibt dann frag ich den Hausarzt. Da geht's eh nur um die Fachsachen.“*

Den Wunsch nach einfachen und möglichst anschaulichen Erklärung der Verletzungsart und Therapie steht bei einer Patientin im Vordergrund: *„Ich kenne mich mit den Fachbegriffen nicht aus, ich frag dann und sag was das heißen soll. Ich frag nach was ist kaputt und was wird gemacht.“* Auf der anderen Seite wird das Verwenden der Fachsprache akzeptiert bzw. mit dem medizinischen Personal generell in Verbindung gebracht. Der Berufsstand der ÄrztInnen wird mit, für Laien unverständlichem Vokabular, verbunden *„Es ist zwar teilweise in der Arztsprache, was ein normaler Laie leider nicht versteht und mir wär's oft lieber wenn sie es mir auf deutsch, einfacher erklären würden, aber das ist ihr Beruf glaube ich auch.“*

Da man ja *„selbst nicht Medizin studiert hat“* wird dies als Eigenart des Berufs angesehen und es werden selbst Strategien entwickelt, um damit umzugehen. Die PatientInnen wenden sich entweder ans Pflegepersonal, an den Hausarzt oder verlassen das Krankenhaus mit offenen Fragen und vertrauen schlicht und einfach auf das Wissen der ÄrztInnen.

Durch die Erfahrung der ÄrztInnen mit den PatientInnen oder durch Hinweise seitens des Pflegepersonals wird versucht, den PatientInnen bei Unklarheiten die Diagnose und Therapie noch einmal möglichst verständlich näher zu bringen, wie eine PatientIn erklärt: *„Wenn man einmal schaut und sie merken dass man sich nicht auskennt, erklären sie es noch einmal.“* Ähnlich sieht es ein anderer Patient: *„Sie kennen das eh gleich wenn man sich nicht auskennt.“*

Asymmetrien

Die Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ist durch Asymmetrien gekennzeichnet. Durch die vorangegangene Unterkategorie „Umgang mit Fachsprache“ wurde bereits der Unterschied in der Sprache thematisiert und damit die unterschiedlichen Ebe-

nen, auf denen diese Kommunikation stattfindet, verdeutlicht. Ein Patient äußert sich direkt zu diesen Asymmetrien, indem er meint: *„Ja es ist schon eine Hierarchie da, weil klar, ich bin ja selber kein Arzt, deshalb spielt es sich nicht auf einer Ebene ab.“*

Auf Grund des Expertenstatus der ÄrztInnen setzen die PatientInnen dementsprechendes Wissen und Können voraus und messen dies an einer raschen, konkreten Diagnosestellung und erwarten von einem Ambulanzbesuch ähnliches wie beispielsweise beim Besuch einer Arztpraxis: *„Er war kompetent, er hat alles gewusst, wie bei einer normalen ärztlichen Behandlung.“* Da der Arzt *„alles gewusst hat“*, fühlt sich dieser Patient gut behandelt und hat Vertrauen. Eine kompetente Ärztin oder ein kompetenter Arzt erhöht die Zufriedenheit und wenn die PatientInnen darüber hinaus den Eindruck haben, dass sie richtig behandelt wurden, dann verlassen sie ruhigen Gewissens die Ambulanz, so ein Patient: *„Er hat sich gut ausgedacht, ich war sehr zufrieden.“* Auf die fachliche Kompetenz wird sehr viel Wert gelegt, die sich für die PatientInnen dadurch zeigt, dass ihrer Meinung nach alles richtig abgelaufen ist und dass die ÄrztInnen alle Fragen beantworten konnten.

Eine Patientin sieht sich selbst als *„Bittsteller“* im Krankenhaus, was ebenfalls die untergeordnete Position der PatientInnen abbildet. In der Position des Bittstellers nimmt man *„so einiges in Kauf“* und ist in erster Linie froh, wenn man Hilfe angeboten bekommt. Zusätzlich wird mit diesem Begriff die aktive Komponente hervor gestrichen. Die PatientInnen nehmen aktiv Hilfe in Anspruch, suchen die Ambulanz auf, nehmen die gebotene Leistung in Anspruch und tragen selbst ebenfalls zu einem positiven Verlauf der Heilung bei.

Für manche PatientInnen ist es schwer, die Beziehung zwischen ihnen und dem Krankenhauspersonal zu charakterisieren: *„Man tut eh sehr viel für die Patienten oder Kundschaft, ich weiß nicht wie man sagen soll.“*

„Es ist keine Kundenbeziehung in dem Sinn“, meint eine andere Patientin. Mit dem Begriff des „Patienten“ verbindet eine Patientin besonders die Hilfsbedürftigkeit und der Wunsch nach Besserung und sieht sich dementsprechend stark als Patientin gegenüber dem Krankenhaus: *„Sehr als Patient, ein großes Bemühen, dass das wieder wird.“*

Stark den Kundenbegriff im Vordergrund sieht dieser Patient: *„Ich sehen mich als Kundschaft wenn ich Patient da herinnen bin.“* In einer Kundenbeziehung spielt die Zufriedenheit eine große Rolle, da es somit am Krankenhaus liegt, dass die PatientInnen beim nächsten Anlass wieder dieses Spital aufsuchen.

Informationsweitergabe

Die Weitergabe von Informationen ist ein wesentlicher Eckpfeiler von Patientenorientierung und dient der Vermittlung von Sicherheit. Außerdem dient es dazu, die Bedürfnisse der PatientInnen mit der Expertensicht zusammenzuführen.

Die Informationspflicht der ÄrztInnen ist den PatientInnen größtenteils bekannt und wird auch eingefordert. Sie wird allerdings als Basisinformation verstanden, als Mindestanforderung, wie ein Patient beschreibt: *„Standard ist, dass man eine generelle Information bekommt, also die Informationspflicht der Ärzte, dies es ja gibt, das wird einmal weitergegeben. Und dann muss man sich selber rühren.“* Alles was sozusagen über die allgemeine Standardinformation hinausgeht, muss von den PatientInnen aktiv gewünscht und nachgefragt werden. *„Wenn man fragt danach, sagen sie einem eh alles, man muss halt fragen.“* Dies wird von vielen PatientInnen auch aktiv gemacht und sie bezeichnen sich als „mündige“ und „mutige“ PatientInnen, die das Gespräch suchen. *„Wenn ich irgendetwas glaube dass sie mir zu wenig sagen, dann frag ich eh nach, ich trau mir das eh.“* Ein Patient berichtet darüber, dass er sogar überrascht war, wie lückenlos seine Informationsbedürfnisse erfüllt wurden, indem er meint: *„In diesem Fall hat es mich gewundert, dass alles bereitwillig seitens des Arztes gekommen ist.“*

Manche PatientInnen sehen sich selbst als mündig und aktiv, wie bereits erwähnt. Es wird von den PatientInnen als selbstverständlich und notwendig gesehen, sich aktiv für seine Verletzung zu interessieren und sich die individuell notwendigen Informationen zu schaffen, um bestmöglich über die Verletzung Bescheid zu wissen und auch selber zur Heilung beizutragen und die Genesung zu fördern. Ein Patient formuliert dies folgendermaßen: *„Das muss einen ja selber interessieren, also muss man auch ein bisschen fragen.“* Er sieht sich selbst dafür verantwortlich, Interesse für seinen Körper zu zeigen und sich im Sinne der eigenen Gesundheit das nötige Wissen zu beschaffen. *„Ich bin ein Mensch, der gerne fragt.“* Diese Selbstverständlichkeit und Individualität betont auch ein anderer Patient und sieht es als Aufgabe der PatientInnen, Fragen zu stellen: *„Der eine ist neugieriger, den anderen interessiert es weniger, ich möchte halt wissen was ist, dadurch frage ich auch nach.“* Eindeutig als Aufgabe und Pflicht der PatientInnen, sich zu informieren, meint diese Patientin indem sie sagt: *„Es kann schon sein, dass Fragen offen bleiben, aber das liegt eher an dem dass man vergessen hat zu fragen.“*

Die Unfallambulanz ist ebenfalls durch ihren Notfallcharakter gekennzeichnet. In akuten Situationen ist eine ausführliche Informationsweitergabe kaum möglich und gleichzeitig auch nicht notwendig, da im Sinne der PatientInnen gehandelt wird, um die Notfallsi-

tuation in den Griff zu bekommen und zu stabilisieren. Von Seiten der PatientInnen wird dies in solchen Situationen folglich auch nicht eingefordert. Ein Mann, der nach einem Unfall vom Notarzt ins Krankenhaus transportiert wurde, veranschaulicht das folgendermaßen: *„Ja wissens eh, beim Unfall muss halt alles schnell gehen, da bekommst einen Zettel zum Unterschreiben und ruck zuck.“*

Aufgrund der Stresssituation, die eine Verletzung darstellt, sind PatientInnen oftmals sehr mit sich selbst beschäftigt und sind mit den Gedanken abwesend, machen sich Sorgen. Eine Fülle an Informationen innerhalb kurzer Zeit kann überfordern, wie ein Patient mit einer frischen Verletzung erklärt: *„Ich hab die Erfahrung gemacht, dass man ausreichend, meistens sogar zu viele Informationen bekommt, was man alles gar nicht richtig verarbeiten kann.“* ÄrztInnen erkennen diese Situation oft und unterstützen die PatientInnen, indem sie nachfragen und erkundigen, ob ihnen alles klar ist und ob sie die Folgen und Konsequenzen verstanden haben: *„Er hat dann auch noch einmal nachgefragt ob ich weiß, was auf mich zukommt oder so. Aber vielleicht kommen dann noch Fragen wenn ich alles realisiert habe.“* Auch von Seiten des Pflegepersonals wird in solchen Momenten oft eingegriffen oder beispielsweise während dem Anlegen des Verbandes oder eines Bades das Gespräch mit den PatientInnen gesucht und nachgefragt, ob es noch offenen Fragen gibt bzw. ob die PatientInnen wissen, welche Bewegungen sie beispielsweise nicht durchführen dürfen oder ihnen Auskunft geben, was im Falle einer Komplikation oder im Falle von Schmerzen zu tun ist. Die Wichtigkeit und Häufigkeit dieser Gespräche des Pflegepersonals mit den PatientInnen drückt eine Frau, die mit ihrem Sohn zur Nachbehandlung gekommen ist, in dieser Weise aus: *„Mehr Kommunikation ist auf jeden Fall im Pflegepersonal, da ist die Kommunikation zum Patienten besser.“*

Im Zuge der Nachbehandlung sind die einzelnen PatientInnen mit verschiedenen ÄrztInnen in Kontakt, weshalb es zu unterschiedlichen Meinungen und damit zu unterschiedlichen Informationen kommen kann. So beschreibt ein Mann seine Situation wie folgt: *„Man weiß halt nie wo man dran ist, der eine Arzt sagt so, der andere so, jo, is so.“*

Diskussion

„Umfassende und für den Patienten verständliche Information“ als Voraussetzung für Patientenorientierung wird im Leitfaden (1997, S.8) angeführt. Dazu zählt ebenfalls, die Perspektive der Laien einzunehmen und die Übermittlung der Information den Vorkenntnissen, dem Wissen und den Perspektiven der PatientInnen anzupassen. Auch Siegrist (1988) hat auf die dreifache Bedeutung von Information hingewiesen (siehe Kapitel 2.7.3.

Das Pflegepersonal erfüllt in diesem Bereich besonders wichtige Aufgaben, indem es ÄrztInnen gegebenenfalls darauf hinweist, die Sprache anzupassen. Außerdem versuchen sie durch Nachfragen zu erkennen, ob die PatientInnen die notwendigen Anweisungen verstanden haben und geben bei Bedarf die Informationen in verständlicher Form wieder. Das Pflegepersonal beantwortet darüber hinaus auch oft Fragen zu organisatorischen Dingen wie beispielsweise Krankmeldung, Verbandspflege usw.

Das Einbeziehen der PatientInnen in den Behandlungsprozess setzt ausreichende Information voraus. Einige PatientInnen sehen es als ihre Aufgabe, selber Fragen zu stellen, sich für seine Verletzung zu interessieren und als mündige PatientInnen die Informationen einzufordern, die sie benötigen. Dass die Unmündigkeit von PatientInnen jedoch auch wesentliche Vorteile für die Organisation mit sich bringt, darf nicht außer Acht gelassen werden. PatientInnen, die wenig Fragen stellen, fordern auch weniger Zeit und erleichtern das Aufrechterhalten zeitsparender Abläufe (vgl. Trummer&Novak-Zezula, 1998, S.183). Zeit ist in einer Unfallambulanz meist Mangelware, deshalb werden weiterführende und ausführliche Informationen über den Umgang mit der Verletzung teilweise von den ÄrztInnen auf das Pflegepersonal ausgelagert. Der Informationsbedarf ist darüber hinaus bei verschiedenen PatientInnen sehr individuell. Während die einen PatientInnen gerne selber mehr über Art und Behandlung der Verletzung wissen wollen, sind andere wiederum auf Grund der Fülle an Informationen überfordert und können, vielleicht in Folge der Nervosität und des Zeitdrucks, nicht alle Informationen aufnehmen, die sie bekommen haben. Auch diese Situation gilt es vom Personal abzuschätzen.

In der Unterkategorie „Asymmetrien“ wurden Aussagen zusammengefasst, in denen sich PatientInnen zu asymmetrischen Beziehungen geäußert haben. Empfundene Asymmetrien entstehen einerseits durch unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit in den Bezugssystemen Laie und ProfessionalistIn aus dem Gesundheitsbereich und andererseits durch soziale Unterschiede (vgl. Siegrist, 1988, siehe Kapitel4.1). Interessant ist auch die Tatsache, dass PatientInnen die Qualität der Behandlung oft danach messen, ob sie glauben, dass sich die ÄrztInnen ausgekannt haben oder nicht. Dies lässt einerseits auf die Wichtigkeit der fachlichen Kompetenz der ÄrztInnen schließen und andererseits auch auf die mangelnde Akzeptanz von Diagnosen schließen, die nicht mit der Laienvorstellung der PatientInnen übereinstimmen.

Die PatientInnen sind oft selber darüber unklar, ob sie sich als KundInnen oder als PatientInnen im Krankenhaus fühlen. Wie sich auch Dullinger (1996) und Stratmeyer (2002) (siehe Kapitel 3.4.1) gegen den Kundenbegriff im Krankenhaus aussprechen, drückt die Bezeichnung PatientIn für viele Befragten besser ihre Stellung als Bittsteller

aus. Dies spricht wiederum für die mangelnde Vergleichbarkeit des Krankenhauses mit anderen Dienstleistungsbetrieben. Viele PatientInnen haben trotz des flächendeckenden Angebots an Gesundheitseinrichtungen nicht den Willen oder die strukturellen Möglichkeiten, das Krankenhaus zu wechseln sondern akzeptieren die Gegebenheiten und passen sich an.

6.7.4 Technik

Technikorientierung

Auf die zunehmende Technisierung im Krankenhausalltag wurde bereits im Theorieteil ausführlich eingegangen. Feuerstein beschreibt einen Konflikt zwischen Patientenorientierung und Technikorientierung. Ziel ist es jedoch, die Beziehung zu den PatientInnen durch den Einsatz neuester Medien zu verbessern und zu erleichtern und den Fokus dennoch auf den kranken, verletzten Menschen zu richten. Von Seiten der PatientInnen wird der Computereinsatz auf der Unfallambulanz unterschiedlich bewertet. Ein Patient erwähnt besonders die Vorzüge des elektronischen Transfers der Röntgenbilder zwischen dem Röntgen und dem Behandlungsraum. *„Das wird einfacher, man kann selber am PC mit schauen, man sieht alles, es wird anschaulicher, das stört gar nicht.“*

Mit Hilfe des Röntgenbildes am Bildschirm können die Verletzungen anschaulich und verständlich erklärt werden. Eine Patientin sieht einen weiteren Vorteil darin, dass die Patientendaten und die Krankengeschichte sofort zur Hand sind und dadurch durch die ÄrztInnen jederzeit einsehbar sind.

„Man schaut kurz hinein, es ist sogar einfacher, man braucht nicht herumblättern und suchen, man schaut hinein und weiß genau was gemacht wurde.“

Um dem Dilemma zwischen Intensivierung der Technik und Orientierung am Menschen zu überwinden, ist es den PatientInnen wichtig, dass sie das Gefühl haben, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, wie eine Patientin beschreibt: *„Augenkontakt, er hat nur kurz etwas geschrieben, es war immer wieder Augenkontakt.“* Die Wichtigkeit des Augenkontakts und der persönlichen Ansprache betont auch dieser Patient: *„Ja der Mensch steht schon im Mittelpunkt, dass Termine eingetragen werden, ist klar. Na, man hat Augenkontakt, es wird einem die Hand gegeben, das ist ja heutzutage auch nicht mehr so, na ich hab den Eindruck dass es da um den Patienten geht.“*

Viele Dinge, wie beispielsweise Koordination der Termine, der Transfer von Röntgen-, MR-Bildern etc., das Diktieren der Befunde und der Therapie werden von den Patien-

tInnen als Erleichterung gesehen. Im Gegensatz dazu braucht es aber auch gleichzeitig das Gefühl, dass die Technik nur als Hilfsmittel dient und nicht als Ersatz der Kommunikation mit dem PatientInnen. Dies kann durch Augenkontakt, persönliche Ansprache, Begrüßung und Verabschiedung vermittelt werden. Besonders bei älteren PatientInnen ist dies wichtig, aber nicht nur. Dass die vermehrte Arbeit am Computer auch negativ bewertet wird verdeutlichen die Aussagen der nächsten PatientInnen. *„Das meiste wird schon mit dem Computer getan, der nächste Blick geht dann immer gleich wieder in den Computer hinein.“* Dass das Computersystem auch Inflexibilität bei der Planung und Reihenfolge der Behandlung mit sich bringt, meint dieser Patient: *„Früher, wie ich hereingekommen bin, vor dem Computerzeitalter, da hat man der Schwester gesagt, man muss wieder in die Arbeit und da ist man dann schon früher drangekommen. Aber jetzt läuft alles im Prinzip nach dem Schema F ab. Die Rettungen werden bevorzugt, da kommen oft Leute herein, die „Frischverletzt“ sind und werden vorgezogen, weil sie die Rettung gebracht hat, das ist eine Schweinerei.“*

Es gibt auch PatientInnen, die überrascht sind, dass noch nicht alles elektronisch abgewickelt wird: *„Dass das mit dem Laufzettel nicht elektronisch geht, wundert mich.“*

Diskussion

Die Technik und der Einsatz elektronischer Datenbanken etc. hat in beinahe allen Lebensbereichen Einzug genommen. Von den PatientInnen im Krankenhaus wird dies teilweise erwartet und vorausgesetzt, dennoch besteht der Wunsch nach einer persönlichen und individuellen Behandlung.

Der vermehrte Computereinsatz wird unterschiedlich bewertet, manche beklagen die entstandene Inflexibilität, für andere stellt der Einsatz einen positiven Schritt dar. Verletzungen werden PatientInnen vielfach am Bildschirm erklärt und somit anschaulicher gemacht. Trotz all dem ist eine persönliche Begrüßung mit Handschlag und das Ansprechen beim Namen den PatientInnen ein großes Anliegen, das ihnen auch im Nachhinein in Erinnerung bleibt und einen positiven ersten Eindruck vermittelt. Schjerve (2002) betont die Wichtigkeit dieses Beziehungsaufbaus: *„Den Ersteindruck können Sie nur einmal vermitteln.“* (Schjerve, 2002, S. 141). Vermehrte Schulungen in diesem Bereich können für das Ambulanzpersonal sehr hilfreich sein.

Die Aufwertung von interaktionsintensiven Leistungen (vgl. Badura und Feuerstein 1994, S.24, siehe Kapitel 3.4.2) stellt ebenfalls einen Ausgleich zum Fortschritt der technischen Entwicklungen und zum vermehrten Technikeinsatz dar und soll sowohl finanziell bes-

ser vergütet werden als auch eine stärkere Fokussierung bereits in der Ausbildung von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal als auch MedizinerInnen erfahren.

6.7.5 Beantwortung der Forschungsfrage

Ziel dieser Untersuchung war es, die Forschungsfrage „Welchen Ausschnitt der Wirklichkeit erlebt der/die Patient/in?“ mit den Unterfragen

- „Welche formellen und informellen Schnittstellen durchschreiten die PatientInnen?“,
- „Wie orientiert sich die Organisation an den PatientInnen?“
- und „Wie orientieren sich die PatientInnen an der Organisation?“.

In der Darstellung, Diskussion und Anbindung der Ergebnisse an die Theorie konnten Teile dieser Fragen bereits beantwortet werden, die an dieser Stelle noch einmal zusammengefasst werden sollen.

Wie orientieren sich die PatientInnen an der Organisation?

Innerhalb der vier Hauptkategorien „Raum“, „Zeit“, „Sprache“ und „Technik“ orientieren sich besonders die PatientInnen in der Nachbehandlung in mehrerer Hinsicht an der Organisation bzw. passen sich den Strukturen im Krankenhaus an. Die Mehrheit der befragten Personen akzeptiert anstandslos die Wartezeiten, stellt sich darauf ein und bilden sich ihre eigenen Theorien über Personalmangel und Einsparungen. Viele PatientInnen melden sich bereits ab 07.00 Uhr an, können bei Bedarf bereits ins Röntgen oder ins Gipszimmer gerufen werden und ermöglichen somit einen raschen Beginn der Behandlung, sobald die ÄrztInnen von der Morgenbesprechung in die Ambulanz kommen. Dadurch ist es mit großer Wahrscheinlichkeit möglich, dass alle PatientInnen der Nachbehandlung bis Mittag versorgt werden können. Viele PatientInnen schrauben darüber hinaus beim Eintritt ins Krankenhaus ihre Erwartungen zurück, manche sehen sich als Bittsteller und kommen mit wenigen Anforderungen an das Krankenhaus, die kaum über Sauberkeit und Diagnosestellung hinausgehen. Die PatientInnen tragen aber auch untereinander dazu bei, den Ablauf in der Ambulanz am Laufen zu halten, indem sie sich zum Beispiel gegenseitig den Weg zeigen. PatientInnen, die sich in der Ambulanz

gut auskennen, informieren Neuankömmlinge über den Modus mit der Ambulanzkarte und beruhigen sich im Falle längerer Wartezeiten gegenseitig, indem gemeinsam über mögliche Gründe diskutiert bzw. gemeinsam geschimpft wird.

Wie orientiert sich die Organisation an den PatientInnen?

Die Organisation orientiert sich ebenfalls auf vielfältig Art und Weise an den PatientInnen. So werden als räumliche Orientierungshilfen Bodenmarkierungen verwendet, die leicht verständlich und erkennbar sind. Beschilderungen an den Türen in der Ambulanz geben ebenso Orientierung wie ein Schild im Wartebereich der Frischverletzten mit der Aufschrift „Der Aufruf richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit“, um das Vorschieben von Notfallpatienten ersichtlich zu machen. Am Morgen, vor dem Eintreffen der ÄrztInnen, steht die Türe zur Nachbehandlung 1 meist offen und eintreffenden PatientInnen wird oft die Ambulanzkarte aus der Hand genommen. Eine Ambulanzschwester, die nur für die Einteilung und Organisation des Ablaufs zuständig ist, beginnt bereits, PatientInnen für das Röntgen und das Gipszimmer anzumelden. Dies macht sie auch bei PatientInnen, bei denen dies nicht explizit auf der Ambulanzkarte vermerkt wurde, sondern vergessen wurde oder im Computersystem falsch vorgemerkt wurde. Auf diese Art und Weise kann der Ablauf beschleunigt und ein zeitiger Beginn gewährleistet werden. PatientInnen, die einen neuen Verband/einen Verbandwechsel bekommen, können sich direkt vor Nachbehandlung 5 an und werden der Reihe nach versorgt. In Nachbehandlung fünf werden oft mehrere PatientInnen gleichzeitig versorgt, wobei darauf geachtet wird, dass nur gleichgeschlechtliche PatientInnen gleichzeitig behandelt werden bzw. ein Sichtschutz mittels Paravent gegeben ist. Dieses Vorgehen verkürzt einerseits die Wartezeit für die PatientInnen, verlangt von den PatientInnen aber auch andererseits, dass ein Einschränken ihrer Privatsphäre in Kauf genommen wird, um den gesamten Ablauf nicht zu verzögern.

Im Bereich der Frischverletzten wirft bei einer großen Anzahl an PatientInnen eine Schwester oder ein Pfleger immer wieder einen Blick ins Wartezimmer, um sich ein Bild von den Verletzungen zu machen bzw. dringende Fälle zu erkennen. Dadurch gibt es von Zeit zu Zeit einen Ansprechpartner für die Wartenden. Auch im Bereich der Nachbehandlung dienen sowohl Pflegepersonal als auch ÄrztInnen, die den Wartebereich durchqueren, als Ansprechpartner. Durch rasches Gehen kann dem allerdings entgegengewirkt werden.

Eine weitere Hilfestellung der Organisation für die frischverletzten PatientInnen stellt

die Tatsache dar, dass der Arztbrief im Anschluss der Behandlung von einer Schwester im Wartebereich übergeben wird. Dies bietet den PatientInnen nochmals Gelegenheit, Fragen, die im Nachhinein auftauchen, zu stellen und auch Informationen über alle möglichen, meist organisatorischen Gegebenheiten zu bekommen (Krankschreiben, Krankenstand, Umgang mit dem Gips, Weg zum Bahnhof, Nummer eines Taxis etc.). Es wird also versucht, für die PatientInnen ein Umfeld zu schaffen, in dem Hektik durch Routine vermieden wird und Zeit und Raum für die PatientInnen zur Verfügung stehen.

Welche informellen Schnittstellen durchschreiten die PatientInnen?

Einige dieser eben genannten Tätigkeiten und Abläufe stellen gleichzeitig auch informelle Schnittstellen dar. Informale Strukturen sind Strukturen, die „sich ungeplant, durch spontane Verbindung - meist allerdings in Reaktion auf Herausforderungen der formalen Organisation - bilden“ (Endruweit, 2004, S. 149). Im Sinne dieser Definition dienen informelle Schnittstellen dazu, formale Strukturen aufrechtzuerhalten, Abläufe zu beschleunigen und zu erleichtern.

- Beim Eintritt in die Ambulanz stellen andere wartende PatientInnen eine wichtige informelle Schnittstelle in Hinblick auf räumliche Orientierung dar, ebenso Berufsgruppen, die mit der Ambulanz in Verbindung stehen wie beispielsweise Rettungsmannschaften.
- Eine weitere informelle Schnittstelle in der Nachbehandlung stellt die Organisationsschwester dar. Sie überprüft die Einträge auf der abgegebenen Ambulanzkarte mit den Einträgen im Computer, ändert gegebenenfalls Reihenfolgen (Bsp.: Gipsabnahme vor Röntgen anstatt umgekehrt) und meldet die PatientInnen für die jeweilige Stelle an. Würde sie das nicht machen, würden sich Abläufe verzögern, da die Nachbestellungen bei der Erstbehandlung im Computer nicht immer vollständig eingetragen wurden.
- Bei den Frischverletzten bildet das eben genannte Aushändigen des Arztbriefes eine informelle Schnittstelle dar. Nach erfolgter Behandlung wird der diktierter Arztbrief im Sekretariat der Unfallambulanz geschrieben, wieder in die Ambulanz zurückgeschickt und von einer Schwester oder einem Pfleger den PatientInnen im Wartebereich ausgehändigt. In diesem Zuge werden oft noch Fragen beantwortet und seitens des Pflegepersonals Erklärungen gegeben, die für die PatientInnen wichtig

sein können. Dabei spielt die individuelle Einschätzung des Informationsbedarfs der jeweiligen PatientInnen eine wichtige Rolle.

- Frischverletzte PatientInnen werden persönlich von einer Röntgenassistentin aufgerufen, wohingegen PatientInnen aus der Nachbehandlung über Lautsprecher aufgerufen werden. Dies erfolgt aus zwei Gründen: Erstens kann immobilen PatientInnen so die Tür aufgehalten werden und gegebenenfalls Hilfestellung geleistet werden und zweitens kann die Tür zum Röntgenraum in Richtung der Frischverletzten nur von innen geöffnet werden, wohingegen sich zwischen dem Röntgenraum und dem Wartebereich der Nachbehandlung noch ein weiterer kleiner Zwischenraum befindet.
- Der Erstkontakt zur Ärztin oder zum Arzt wird sowohl in der Nachbehandlung als auch bei den Frischverletzten über Lautsprecher hergestellt. Wenn sich jedoch eine Schwester oder ein Pfleger gerade in der Nähe des Schreibtisches befindet, ruft sie oder er auf, damit sich die ÄrztInnen bereits auf die/den Nächste/n vorbereiten können.
- Warten besonders viele frischverletzte PatientInnen, dann wirft jemand vom Pflegepersonal öfter einen Blick in den Wartebereich, fragt die Wartenden nach ihrem Befinden und nach der Erträglichkeit der Schmerzen und gibt bei Bedarf Anweisung zur richtigen Lagerung des verletzten Körperteils während der Wartezeit.
- Im Falle einer großen Anzahl frischverletzter PatientInnen wird ebenfalls eine weitere informelle Schnittstelle in Gang gesetzt. Eine Schwester oder ein Pfleger übernimmt bei Bedarf die Erstbegutachtung der PatientInnen und entscheidet, ob gleich ein Röntgen gemacht werden soll, oder ob primär ein Arzt oder eine Ärztin benötigt wird.

All diese Maßnahmen dienen sowohl dazu, die Abläufe für das Personal zu beschleunigen, Leerzeiten zu verhindern als auch die Wartezeiten für die PatientInnen zu verkürzen.

Welchen Ausschnitt der Wirklichkeit erleben die PatientInnen?

Die Wirklichkeit in der Unfallambulanz stellt somit ein hochkomplexes Geschehen dar, in das unerfahrene PatientInnen kaum und erfahrene PatientInnen bereits mehr Einblick haben und somit auch dazu beitragen, Verzögerungen entgegenzuwirken.

Verborgen bleiben den PatientInnen auch die unterschiedlichen Interessenslagen der verschiedenen, in der Ambulanz tätigen Personen. Das Pflegepersonal steht einerseits für die Interessen der PatientInnen ein, andererseits strebt es nach Professionalisierung des eigenen Berufsstandes und nach der Anerkennung eben dieser Bemühungen in der breiten Bevölkerung. Bei einigen PatientInnen in der Ambulanz besteht jedoch immer noch die Vorstellung der Schwester als Assistentin des Arztes, wie die folgenden Aussagen von befragten PatientInnen verdeutlichen: „2 Personen waren drinnen, der Arzt und eine Assistentin oder Helferin.“ und „Da war eine Ärztin und 2 andere sind auch noch herumgegeistert.“ Sowohl über das Tätigkeitsfeld von diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern und -pflegern als auch über ihre Position in der Ambulanz ist manchen PatientInnen wenig bekannt. Als ein Grund dafür kann der vordergründige Wunsch nach einer Diagnosestellung und Behandlung und damit der Hauptfokus der PatientInnen auf die ÄrztInnen genannt werden.

Darüber hinaus besteht das Bestreben auf Seiten des Pflegepersonals nach dem Aufrechterhalten des Ablaufes, da ihnen wesentliche Koordinationsaufgaben obliegen, die auch bereits oben als informelle Schnittstellen genannt wurden. Das vollständige Ausfüllen des Wiederbestellungsformulars im Computer bzw. das vollständige Ausfüllen der Ambulanzkarte und des Abrechnungsbogens, das die Aufgabe der ÄrztInnen ist, ist dem Pflegepersonal deshalb ein großes Anliegen. Das gleichmäßige Verteilen der Wiederbestellungen über alle Wochentage könnte die beträchtliche Anzahl der PatientInnen auf mehrere Tage verteilen. Der Wunsch nach einer Ärztin oder nach einem Arzt, der bereits ab 07.30 Uhr in der Nachbehandlung zu arbeiten beginnt und die Morgenbesprechung nicht besucht, ist dadurch verständlich.

Auf Seiten der ÄrztInnen ist das Arbeiten in der Ambulanz teilweise unzufriedenstellend. Auf der einen Seite stellt die Ambulanz einen beträchtlichen Kostenfaktor für die unfallchirurgische Abteilung dar, da beinahe die Hälfte aller Unfallchirurgen somit in einem Bereich arbeitet der eine große finanzielle Belastung darstellt. Das Ausfüllen diverser Formulare im Computer nimmt wesentliche Zeit in Anspruch, die die ÄrztInnen lieber für ihre rein medizinischen Tätigkeiten verwenden würden. Durch die Ambulanzdienste entfernt sich darüber hinaus ihr Aufgabenbereich von der Chirurgie. Bedingt durch die lange Ausbildung kann die Arbeit in der Ambulanz zu Frustration führen, da die MedizinerInnen ihre originäre Aufgabe in der Bekämpfung akuter Notfallsituationen sehen und die großen Herausforderungen in Operationen und komplizierten Brüchen liegen. Während MedizinerInnen auf den Stationen die Abläufe bestimmen, treffen ÄrztInnen in der Ambulanz auf ein eingespieltes Team von Pflegepersonen, die größtenteils die Or-

ganisation übernehmen und sie treffen auf eine Struktur, die geprägt ist durch Zeitdruck, Hektik, Massenabfertigung und Lärm.

Aus diesen Beschreibungen geht hervor, dass teilweise sehr unterschiedliche Interessenslagen, Einstellungen und Aufgabenbereiche in der Ambulanz aufeinander treffen, die jedoch für PatientInnen verborgen bleiben bzw. doch spürbar, aber nicht zuordenbar sind. Aussagen wie „Ja vielleicht hat sie einen schlechten Tag gehabt.“ können darauf hindeuten, dass Konflikte doch bemerkt werden, aber die Gründe dafür nicht erkannt werden können.

Nicht zuletzt können bauliche Gegebenheiten dazu beitragen, dass patientenorientiertes Arbeiten erschwert wird. Um den Ablauf zu beschleunigen und auch aus Platzgründen werden beispielsweise in Nachbehandlung 5 oft mehrere PatientInnen gleichzeitig behandelt. Auch im Bereich der Frischverletzten müssen PatientInnen manchmal auf einer Liege im Wartebereich warten bzw. muss auf den Schockraum ausgewichen werden.

6.8 Rückführung der Ergebnisse in die Praxis

Das Gütekriterium der kommunikativen Validierung verlangt eine Rückführung der Ergebnisse in die Praxis (vgl. Lamnek, 1995, S.156f).

Diesem Anspruch wurde und wird auf zweierlei Art und Weise nachgekommen. Anregungen und Kritikpunkte der PatientInnen betreffend dem Wartebereich (zum Beispiel: Aktualität der Zeitungen und Zeitschriften, unbequeme Sesseln, zu wenig Spielzeug, Zugluft durch Klimaanlage, mangelnde Auffindbarkeit des „Kisterls“ für die Ambulanzkarten etc.) wurden bereits an den Qualitätsmanagementbeauftragten und an die leitende diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester weitergegeben. Dies stellt einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Patientenzufriedenheit dar und die Organisation erhält Informationen, die sie im Rahmen der standardisierten Patientenzufriedenheitsbögen nicht erhalten hätte.

Die Ergebnisse der Untersuchung werden zwar nicht an die Befragten selbst zurückgeführt, sondern werden in Form einer Präsentation an die MitarbeiterInnen und die Organisation weitergegeben.

Dadurch erfahren die MitarbeiterInnen mehr über die PatientInnen und erhalten in gewisser Weise Feedback für ihre Arbeit. Untersuchungen dieser Art sind wichtig, da sie eine Reflexion des eigenen Handelns nach sich ziehen und Anstöße für Diskussionen geben können.

6.9 Anregungen für weiterführende Forschung und Schluss

In Anlehnung an die Ergebnisse aus dem empirischen Teil ist Forschung im Ambulanzbereich ein Themenfeld, das in weiterer Zukunft noch stärker beforscht werden sollte.

Aussagen im Theorieteil haben bereits postuliert, dass Patientenorientierung nur möglich ist, wenn das Personal die notwendigen Bedingungen und Voraussetzungen dafür vorfindet. Dass in einer Ambulanz viele Konfliktquellen zu finden sind und dass teilweise unterschiedliche Welten aufeinanderprallen, lässt darauf schließen, dass durch diese unterschiedlichen Interessenslagen Spannungen vorprogrammiert sind. Im Bereich der Zusammenarbeit, Interaktion und Kommunikation zwischen Pflegepersonal und MedizinerInnen existieren bereits zahlreiche Studien, die jedoch hauptsächlich dem stationären Bereich gewidmet sind. Maßnahmen, die die interdisziplinäre Zusammenarbeit stärken bzw. Raum geben, um sich möglicher Spannungen und Frustrationen bewusst zu werden und diese auch zur Sprache zu bringen, sind eine gute Möglichkeit.

Patientenorientierte Pflege geht immer einher mit Fragen der Professionalisierung der Pflege und ihrer Bedeutung für die Praxis und dem Bewusstsein dafür in der Bevölkerung. Trotz vieler gegenwärtiger Bemühungen zur Aufwertung des Pflegeberufes ist in der Bevölkerung, wie Aussagen von befragten PatientInnen verdeutlichen, das Bild der Schwester als Arzthelferin und Assistentin vielfach vorherrschend. Interessant wären Studien dazu in der Bevölkerung. Das schlechte Image von Pflege- und Sozialberufen, das sich auch oft in der Bezahlung widerspiegelt, muss nicht zuletzt aus demografischen Gründen verbessert werden. Ganzheitliche Pflege und Betreuung kann nur von Menschen erbracht werden, die motivierende Bedingungen vorfinden und in ihrer Arbeit wertgeschätzt und unterstützt werden.

Patientenorientierung ist ein Thema, das sehr viel Individualität beinhaltet. Gerade in einer Unfallambulanz kommt ein sehr vielschichtiges Patientenkontinuum zusammen und jeder reagiert im Falle einer Verletzung unterschiedlich. Manche sind aufgeregt, ängstlich und ungeduldig, andere sind wiederum verärgert und möglicherweise sogar unfreiwillig in der Ambulanz gelandet. Dies erfordert ein hohes Maß an Spontanität, Einfühlungsvermögen und auch Geduld auf Seiten des Personals. Was dabei jedoch nicht übersehen werden darf, ist die Eigenverantwortung jedes Menschen über seinen eigenen Körper und darüber, wie mit Anweisungen des Pflegepersonals und der ÄrztInnen zu Hause umgegangen wird.

Abbildungsverzeichnis

2.1	Kasper/Mühlbacher, 2002, S.118	22
2.2	Eigene Darstellung nach Coleman, 1986, S.32	31
3.1	Badura/Feuerstein, 1994, S.256	46
3.2	Wittneben, 1991, S.151	50
4.1	Naidoo/Wills, 2003, S.6	67
4.2	Siegrist, 1988, S.186	70
6.1	Eigene Darstellung	99

Literaturverzeichnis

- [1] Badura, Bernhard; Feuerstein, Günter (1994): Systemgestaltung im Gesundheitswesen - Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung, Weinheim, München: Juventa-Verl.

- [2] Bahrddt, Hans Paul (1994): Schlüsselbegriffe der Soziologie - Eine Einführung mit Lehrbeispielen, 6. Auflage, München: Beck

- [3] Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hg.) (1997): Leitfaden Patientenorientierung - Anregungen zur Praxis der Qualitätssicherung im Krankenhaus. Wien

- [4] Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hg.) (2003): Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte, Beispiele und Erfahrungen aus dem internationalen Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser. LBIMGS. Wien

- [5] Büschges, Günter; Abraham, Martin; Funk, Walter (1998): Grundzüge der Soziologie, 3. Aufl, München, Wien: Oldenbourg

- [6] Büschges, Günter; Abraham, Martin (1997): Einführung in die Organisationssoziologie, 2. Aufl., Stuttgart: Teubner

- [7] Coleman, James S. (1986): Die asymmetrische Gesellschaft - Vom Aufwachsen mit unpersönlichen Systemen, Weinheim, Basel: Beltz

- [8] Corbin, Juliet M. (1993): Weiterleben lernen - chronisch Kranke in der Familie. München: Piper

- [9] Corbin, Juliet M., Strauss, Anselm L. (2004): Weiterleben Lernen - Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit, 2. Auflage, Hans Huber Verlag, Bern

- [10] Dullinger, Florian (1996): Krankenhaus-Management im Spannungsfeld zwischen Patientenorientierung und Rationalisierung - Probleme und Gestaltungsmöglichkeiten des Business Reengineering in der Krankenhaus-Praxis, 2.Aufl., München:FGM-Verl.

- [11] Eckart, Wolfgang U. (2005): Geschichte der Medizin, 5. Auflage, Heidelberg: Springer

- [12] Endruweit, Günter (2004): Organisationssoziologie, 2. Aufl.,Stuttgart: Lucius&Lucius

- [13] Gerhardt, Uta (1986): Patientenkarrieren - Eine medizinsoziologische Studie, Frankfurt/Main, Suhrkamp

- [14] Hillmann, Karl-Heinz (1994): Wörterbuch der Soziologie, 4. Aufl., Stuttgart: Kröner

- [15] Hofmarcher, Maria M.; Rack, Herta M. (2006): Gesundheitssysteme im Wandel - Österreich. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

- [16] Kasper, Helmut; Mayrhofer, Wolfgang (Hrsg.)(2002): Personalmanagement, Führung, Organisation, 3. Aufl., Wien: Linde

- [17] Kasper, Helmut; Mühlbacher, Jürgen (2002): Von Organisationskulturen zu lernenden Organisationen, In: Kasper, Helmut; Mayrhofer, Wolfgang (Hrsg.)(2002):

- [18] Kozon, Vlastimil; Abasinejad, Ilona; Kabagaya-Fröhlich, Eva-Maria (2000): Patientenorientiertes Pflegekonzept im Ambulanzbereich AKH Wien (Forschungs- und Entwicklungsbericht).Wien: Verlag Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege

- [19] Kropiunigg, Ulrich (2002): Patientenkarrieren im medizinischen System. In: Frischenschlager, Oskar; Hexel, Martina; Hladschik, Birgit; Kropiunigg, Ulrich; Pucher, Ingeborg; Schjerve, Martin; Sonneck, Gernot; Spiess, Klaus (Hg.)(2002): Medizinische Psychologie. Ein Leitfaden für Studium und Praxis mit Prüfungsfragen.7. Aufl. Wien: Facultas, S. 220-227

- [20] Lalouschek, Johanna; Menz, Florian; Wodak, Rutz (1990): Alltag in der Ambulanz. Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten. Tübingen: Narr

- [21] Lamnek, Siegfried (1995): Qualitative Sozialforschung, Bd. 2 Methoden und Techniken, 3.Auflage, Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union

- [22] Mayer, Hanna (1999): Pflegeforschung: Elemente und Basiswissen, Wien: Facultas

- [23] Mayring, Philipp (2000): Qualitative Inhaltsanalyse-Grundlagen und Techniken.7. Auflage,Weinheim:Beltz.

- [24] Moers, Martin; Schaeffer, Doris (2000): Pflege-theorien. In: Rennen-Allhoff, Beate; Schaeffer, Doris (Hg.) (2000): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Juventa Verlag

- [25] Müller-Mundt, Gabriele (2002): Experteninterviews oder die Kunst der Entlockung „funktionaler Erzählungen“. In: Schäffer, Doris; Müller-Mundt, Gabriele(Hrsg.) (2002): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung.Bern, Göttingen, Toronto,

Seattle: Huber S. 269-283

- [26] Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln: Verlag für Gesundheitsförderung

- [27] Neidhard, Friedhelm (1986): Kultur und Gesellschaft, in : F. Neidhard et al. (Hrsg.), Kultur und Gesellschaft, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 27, Opladen: Westdeutscher Verlag, 10-18

- [28] Parsons, Talcott (1951): The Social System. The free press. New York

- [29] Schjerve, Martin (2002): Die ersten 10-15 Sekunden der Arzt-Patient-Beziehung. In: Frischenschlager, Oskar; Hexel, Martina; Hladschik, Birgit; Kropiunigg, Ulrich; Pucher, Ingeborg; Schjerve, Martin; Sonneck, Gernot; Spiess, Klaus (Hg.)(2002): Medizinische Psychologie. Ein Leitfaden für Studium und Praxis mit Prüfungsfragen. 7. Aufl. Wien: Facultas, S. 140-142

- [30] Schweitzer-Köppern, Rosie (1995): Die Krankenhaus-Ambulanz. Pflegestandards - Organisation - Dokumentation. Hannover: Schlütersche

- [31] Siegrist, Johannes (1975): Lehrbuch der Medizinischen Soziologie. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. München, Wien, Baltimor: Urban u. Schwarzenberg

- [32] Siegrist, Johannes (1988): Medizinische Soziologie. 4., völlig neu bearb. Aufl. München, Wien, Baltimore: Urban u. Schwarzenberg

- [33] Stewart, Moira; et al. (1995): Patient-Centered Medicine - Transforming the Clinical Method, Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, Inc.

- [34] Stratmeyer, Peter (2002): Das patientenorientierte Krankenhaus - Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin, Weinheim, München: Juventa

- [35] Trummer, Ursula (1996): Neue Paradigmen und alte Rollen: Chancen und Hemmnisse einer ganzheitlichen und patientenorientierten Versorgung, Wien

- [36] Trummer, Ursula; Novak-Zezula, Sonja (1998): Funktion von (Un-)Mündigkeit. In: Grundböck, Alice; Nowak, Peter; Pelikan, Jürgen M. (Hg.) (1998): Neue Herausforderungen für Krankenhäuser. Qualität durch Gesundheitsförderung - Gesundheitsförderung mit Qualität. Wien: Facultas-Univ.-Verlag

- [37] Wanner, Bernd (1987): Lehrer zweiter Klasse? - Historische Begründung und Perspektiven der Qualifizierung von Krankenpflegelehrkräften, Frankfurt am Main;Bern;New York;Paris: Lang

- [38] Wittneben, Karin (1991): Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft - Über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik der Krankenpflege, Lang, Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris

Links

- [39] www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung (Zugriff 28.04.2009)

Lebenslauf

Bianca Lutz

Geb. am 07.05.1986 in Amstetten

Österreich

1992-1996 Volksschule Öhling

1996-2004 Ostarrichi Gymnasium Amstetten

2004-2009 Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft an der
Hauptuniversität Wien

Seit 2005 laufend Studium der Internationalen Betriebswirtschaft
an der Wirtschaftsuniversität Wien

Wien, am 18. August 2009