

### Beziehungskonstellationen zwischen Patienten und Professionellen im organisatorischen Kontext des Krankenhauses: drei Beispiele

Peter, Claudia

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Verlag Barbara Budrich

#### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Peter, C. (2006). Beziehungskonstellationen zwischen Patienten und Professionellen im organisatorischen Kontext des Krankenhauses: drei Beispiele. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*, 7(1), 69-92. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-278072>

#### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

#### Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

Claudia Peter

## Beziehungskonstellationen zwischen Patienten und Professionellen im organisatorischen Kontext des Krankenhauses – drei Beispiele

### Patient-Professional Relationships in the Formal Organisation of the Hospital - Three Cases

#### **Zusammenfassung:**

Die vorliegende Studie untersucht an drei Fallbeispielen das Zusammenspiel von Profession und Organisation sowie Patient und Familie. Ausgangspunkt ist die empirische wie theoretische Erkenntnis, dass die Art und Weise, in der Patienten und Professionelle im Krankenhaus miteinander kooperieren, von mehreren Faktoren abhängt: (1) vom Status der Professionellen, (2) von der Konfliktkultur innerhalb der Klinikhierarchie, (3) von der organisatorischen Struktur der Klinik und (4) vom familialen und milieuspezifischen Wissen der Professionellen. Hinsichtlich der Einbeziehung von Familienangehörigen in die Kooperationsbeziehung zwischen Professionellen und Patienten ist festzustellen, dass sich die Einbeziehung bisher eher auf Ausnahmen in einigen Versorgungsbereichen beschränkt, die alleinige Fokussierung auf den Patienten ist dagegen die Regel. Auch in Bereichen wie der Pädiatrie, in der die Familie letztlich konstitutiver Bestandteil von solchen Kooperationsbeziehungen ist, werden die Eltern eher als Störfaktor denn als Partner wahrgenommen. Es fehlt auf Seiten der Gesundheitsprofessi-

#### **Abstract:**

Based on three case studies, the present contribution examines the interplay of profession and organization as well as patient and family. Empirical findings and theoretical insights suggest that there are several factors underlying the way patients and professionals cooperate in the hospital: (1) professionals' status, (2) conflict culture in the hospital hierarchy, (3) organizational structure of the hospital and (4) professionals' familiarity with families and social milieu. The inclusion of family members in the patient-professional cooperation is as yet an exceptional feature found in some domains of hospital care, while the focus of care settings in general still is exclusively on the patient. Even in domains such as pediatrics where, after all, the family is a constituent part of these cooperative relationships, parents are seen as a disruptive factor rather than as partners. There is a lack, in the health professions, not only of some basic knowledge, but also and even primarily of a set of organizational routines that would allow for the family to be included in specific care settings.

onen neben den entsprechenden Wissensgrundlagen vor allem aber auch an organisatorischen Handlungsroutinen, mit denen die Familie in das Versorgungssetting integriert werden kann.

**Schlagworte:** Organisation und Profession, Patient und Familie, professionelles Handeln, Krankenhausforschung, Versorgungsforschung, Palliativversorgung, Adipositas, Pädiatrie

**Keywords:** organization and profession, patient and family, professional action, hospital research, care research, palliative care, adiposity, pediatrics

## Ausgangslage und Fragestellung

Will man derzeit Handlungs- und Entscheidungsmuster von Professionellen, die in komplexen Organisationen wie Krankenhäusern tätig sind, untersuchen, dann steht man vor einem theoretischen und methodischen Dilemma: Verschiedene Professionstheorien, bei denen oft genug der Arzt als Prototyp des Professionellen verstanden wird, gehen von einer weitgehenden Autonomie der Profession wie des Professionellen aus. Je nach Bezug zur jeweiligen soziologischen Schule (Strukturfunktionalismus, Systemtheorie, Struktur-/Krisentheorie usw.) beschreiben sie die gesellschaftliche Ausdifferenzierung der Professionen, lassen aber die organisatorische Verflochtenheit des Professionellen vor Ort, die Kontextbedingungen des professionellen Handelns, in der Regel unbeleuchtet. Andererseits hat auch die Organisationssoziologie oft den besonderen Status der Akteure, die in vielen Organisationen eben Professionsangehörige sind, und den institutionellen Auftrag, den die Professionellen wie die Organisationen zu erfüllen haben, in der gegenseitigen Bedingtheit nicht genügend thematisiert. Der Erkenntnis, dass das Spannungsfeld Profession – Organisation – Institution mehr im Zusammenhang betrachtet und theoretisiert werden muss, tragen aktuelle Initiativen in der deutschsprachigen Soziologie Rechnung: Die Organisationssoziologie thematisiert 2005 erstmals die Problematik (vgl. Klatetzki/Tacke 2005), die Professionssoziologie diskutiert die „Kontexte professionellen Handelns“ erstmals im gleichen Jahr (vgl. Pfadenhauer 2005). Interessanterweise wird diese Verflochtenheit zuerst für Felder wie Soziale Arbeit, Wissenschaft, Schule oder Kirche (vgl. Klatetzki/Tacke 2005; Pfadenhauer 2005) beschrieben, während die Gesundheitsprofessionen bisher kaum untersucht wurden. In der letzten aktuellen professionstheoretischen Sammelpublikation zu den therapeutischen Professionen (Bollinger/Gerlach/Pfadenhauer 2005) gibt es gerade mal zwei Beiträge von Vogd und Pfadenhauer dazu. Es ist deshalb zu konstatieren, dass ein erheblicher Bedarf zur Weiterentwicklung und Integration der theoretischen Grundlagen zur Analyse gesundheitsprofessionellen Handelns im Spannungsfeld Profession – Organisation – Institution besteht.

Möchte man nun, wie im vorliegenden Fall eines geplanten Forschungsprojektes der Autorin beabsichtigt, untersuchen, welchen Einfluss Organisation bzw. Institution auf das Handeln professioneller Akteure im Krankenhaus ausübt, dann stößt man auf ein zweites Dilemma: die brachliegende qualitative Methodenentwicklung speziell für gesundheits- oder pflegewissenschaftliche Fragestellungen. Bisher greifen Gesundheits- und Pflegewissenschaftler auf den Methodenkanon der interpretativen Sozialforschung zurück, da es noch keine exklusiv

entwickelten Methoden der Gesundheits- und Pflegeforschung gibt. Meist werden dabei gesprächszentrierte Erhebungsmethoden wie Interviews oder Gruppendiskussionen bevorzugt, während interaktions- oder beobachtungszentrierte Erhebungsmethoden wie (teilnehmende) Beobachtungen, Milieu-/Organisationsstudien, andere Methoden wie Dokumentenanalysen oder biographische Verfahren und elaborierte Auswertungsverfahren wie rekonstruktive Verfahren bisher weniger Anwendung finden. Eine Diskussion um die Gegenstandsangemessenheit der bisher genutzten Methoden hat allerdings noch nicht stattgefunden. Der Grund hierfür ist in der bisher nicht erfolgten Auseinandersetzung mit der methodologischen Selbstverortung zu sehen: Zum einen kann nicht jeder Gesundheits- oder Pflegewissenschaftler aufgrund der bisherigen Ausbildungspraxis auf eine solide Methodenausbildung zurückgreifen, die als Ausgangspunkt für eine eigenständige Auseinandersetzung mit den methodologischen Grundannahmen der eigenen Forschungsaktivitäten dienen könnte. Zum anderen fehlt bisher in der scientific community eine Diskussion um die eigenen, allgemein anerkannten Methoden und Methodologien, über zentrale und allgemeingültige Grundbegriffe und disziplinierende Paradigmen (Ein Anfang bezüglich der methodischen Selbstthematizierung bildet: Schaeffer/Müller-Mundt 2002).

Wie es aber möglich ist, die methodische Kompetenz, das heißt die Kenntnis und praktische Erfahrung mehrerer (qualitativer) Methoden, zu schärfen und damit die Reichweite der internen Wissensproduktion zu erweitern, sei am Beispiel der teilnehmenden Beobachtung aufgezeigt: Teilnehmende Beobachtung verlangt Fähigkeiten der differenzierten Beobachtung und Deutung des Anderen, die weit über Alltagskompetenzen hinausgehen. Die Ausbildung einer Beobachtungs- und Analysekompetenz, die elaboriertes soziologisches wie fachspezifisches Wissen einschließlich der Selbstbeobachtung/-deutung im Untersuchungsfeld umfasst, ist Voraussetzung für die Möglichkeit, zu nicht trivialen, das heißt zu gehaltvollen und tiefgründigen Analyseergebnissen zu kommen. Da aber Untersuchungsfelder wie das Krankenhaus Handlungsbereiche sind, in denen die Entscheidungen der Akteure oft in hoch codierter, zum Teil nonverbaler Form kommuniziert werden (als Beispiel kann die Kommunikation am OP-Tisch dienen), in denen die professionellen Akteure über ein hoch differenziertes Fachwissen und -handeln verfügen, von denen alle Laien ausgeschlossen sind, ist die Anwendung solcher Verfahren wie teilnehmender Beobachtungen für den Forscher besonders anspruchsvoll. Die Untersuchung in einem solchen Feld kann nur gelingen, wenn der Forscher auch über dieses Fachwissen verfügt (etwa qua Erstausbildung) oder wenn er die Fähigkeit besitzt, sich dieses Fachwissen anzueignen, um damit die feldtypischen Codes entschlüsseln und deuten zu können. Ansonsten bliebe er in der berühmten ethnographischen Falle des eigenen Kulturzentrismus stecken. So anspruchsvoll also die Anforderungen an den Forscher hinsichtlich doppelter oder mehrfacher Kompetenzen sind, die nur durch solide methodische und theoretische Ausbildungen zu erreichen sind, so sehr ist darin auch die Chance einer exquisiten Expertise der Gesundheits- bzw. Pflegewissenschaftler zu sehen. Nach Meinung der Autorin ist deshalb die Ausbildungsfrage besonders prominent für die Selbstpositionierung der Gesundheits- und Pflegewissenschaft: Weder reicht die gute Kenntnis soziologischer Methoden und Theorien noch professions- oder berufstypisches Fach- und Erfahrungswissen allein aus, sondern erst der Rückgriff auf beide Wissensbestände kann eine tragfähige Basis zur Beforschung gesundheits- bzw. pflegewissenschaftlich relevanter Fragestellungen bilden.

Vor dem Hintergrund der skizzierten theoretischen und methodischen Ausgangslage ist es, wie oben schon bemerkt, das Ziel des geplanten Forschungsprojektes, auf das sich dieser Aufsatz bezieht, den Einfluss organisatorischer und institutioneller Kontextbedingungen auf das Handeln von Professionellen am Beispiel des Krankenhauses zu untersuchen. Dieses Forschungsvorhaben, das im Zusammenhang mit einem Habilitationsprojekt entstanden ist, möchte dabei Ergebnisse liefern,

- die zur theoretischen Diskussion über Wechselwirkungen zwischen Profession, Organisation und Institution für das Feld des Krankenhauses/der Krankenversorgung einen Beitrag leisten,
- die die Methodendiskussion beleben, indem mit der exemplarischen Anwendung bisher unterrepräsentierter Methoden wie der teilnehmenden Beobachtung bzw. der Dokumentenanalyse Beispiele vorgelegt werden und darüber hinaus die Kombination mehrerer methodischer Zugänge präferiert wird (siehe dazu weiter unten) und
- die exklusiv für die interaktionsorientierte Krankenhausforschung einen thematischen Beitrag liefern sollen.

Ausgangspunkt der Forschungsfrage waren folgende Beobachtungen, die das Handeln der Gesundheitsprofessionen heute bestimmen:

- die sich in den letzten Jahrzehnten vollziehende Verschiebung der Expertise der Mediziner weg von einer umfassend ausgebildeten, sozial hoch kompetenten Autorität mit exklusivem Heilungswissen zu einem Experten hochkomplexen medizinischen Fachwissens und -könnens, welches aber aufgrund der fehlenden entsprechenden Ausbildung nicht mehr sozial adäquat an die Patienten vermittelt werden kann (bei gleich gebliebener Verantwortlichkeit)
- der enorme medizinische Fortschritt mit neuen Therapiemöglichkeiten in den letzten Jahrzehnten, der durch seine interne Eigendynamik bisherige soziale Praktiken, beispielsweise im Umgang mit Tod und Sterben außer Kraft gesetzt hat, und gleichzeitig aufgrund der hohen Komplexität für Patient und Gesellschaft schwer vermittelbar ist
- die veränderten organisatorischen und institutionellen Kontextbedingungen medizinisch-pflegerischen Handelns durch Ökonomisierungs- und Umstrukturierungsdiskurse, veränderte Macht- und Entscheidungsstrukturen im Versorgungssystem und
- die Auflösung traditioneller ärztlicher und pflegerischer Ethiken.

Aufgrund der oben beschriebenen theoretisch diversen Situation und der unübersichtlich wirkenden Einzelbeobachtungen wird für das Forschungsvorhaben eine induktive Vorgehensweise gewählt, das heißt, das Forschungsvorhaben wird auf der Grundlage empirischer Analysen verfolgt und in einem rekonstruierenden Untersuchungsdesign sukzessive entwickelt. Im Folgenden werden Beispiele aus der Vorstudie vorgestellt, die zur Hypothesengenerierung sowie zur theoretischen und methodischen Sensibilisierung dienen, und zunächst Kooperationsbeziehungen zwischen Gesundheitsprofessionellen, Patienten und deren Angehörigen untersucht hat. Zuerst wurden diejenigen Beispiele von Kooperationen betrachtet, in denen es zum Konflikt gekommen ist, da angenommen wurde, dass die Wechselwirkungen hier besonders gut „sichtbar“ werden.

## Theoretischer Rahmen

Da sich die Wechselwirkungen im Spannungsfeld Profession – Organisation – Institution, insbesondere auch der Einfluss organisatorischer und institutioneller Kontextbedingungen auf das Handeln von Professionellen, gleichzeitig auf mehreren Ebenen zeigen bzw. verschiedene Faktoren gleichzeitig beeinflussen, wird die Kooperation zwischen Patienten, Angehörigen und Professionellen im organisatorischen Kontext des Krankenhauses als Konstellation – im ursprünglichen Wortsinne von „constellatio“ – begriffen. Im ursprünglichen Sinne als Begriff der Astronomie bzw. Astrologie meint er die Stellung der Sterne zueinander bzw. noch genauer: die Wirkung einer bestimmten Sternenstellung auf den Menschen. Eher also in diesem Sinne als im Sinne der modernen Konstellationsforschung (Mulsow/Stamm 2005) wird hier das Ensemble von Faktoren und deren Wirkung untersucht. Die folgende Abbildung zeigt die Konstellation als Beziehungsgefüge dieser Faktoren, die die Kooperationsbeziehung zwischen Professionellen/Organisation und Patient/Familie bestimmt.

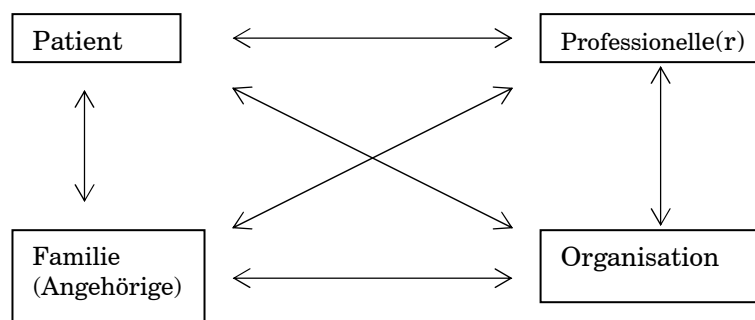


Abbildung 1: Das Zusammenwirken der Faktoren in einer Konstellation

Im Folgenden wird skizziert, mit welchen theoretischen Annahmen diese Faktoren in den folgenden drei Konstellationsbeispielen jeweils analysiert worden sind.

*Familiensoziologische Annahmen:* Patient und Familie werden entsprechend der strukturalen Familiensoziologie (Allert 1998; Oevermann 2001) als sozialisatorische Einheit verstanden: Der Patient ist Teil eines Familiensystems, d.h. sowohl eines Verwandtschaftssystems, welches hier nicht weiter betrachtet wird, als auch einer Kernfamilie. Dabei ist zu differenzieren, ob der Patient eine erwachsene oder juvenile Person oder ein Kind ist. Je nachdem sind die wichtigsten Angehörigen

- der Ehepartner, wenn das Paar in der nacheherlichen Phase ist,
- der Ehepartner und die zu Hause lebenden Kinder (in der elterlichen Phase) oder
- bei einem Kind die Eltern und in Abschwächung die zu Hause lebenden Geschwister.

Als Teil einer solchen „Struktur sozialisatorischer Interaktion“ (Allert 1998; Oevermann 2001) ist der Patient ein „bezogen autonomes Individuum“ (Stierlin et al. 1977), dessen Familie auch seine Krankheitserlebnisse sozialisatorisch verhandelt. Ist ein Patient wie im ersten Fall unheilbar erkrankt, dann betrifft das die ganze Familie. Ist ein Kind erkrankt, wie im zweiten und dritten Fall, dann steht die Genesung auch in der elterlichen Fürsorge. Trotz der grundsätzlichen Egalität der Familienmitglieder, die durch die familialen Strukturmerkmale (Oevermann 2001) konstituiert wird – wobei sich Eltern und Kinder im Autonomiegrad grundsätzlich unterscheiden – besteht bei Krankheitsereignissen eine Asymmetrie zwischen den Familienmitgliedern darin, dass nur *dieses* Familienmitglied erkrankt ist. Besonders relevant wird diese Tatsache dann, wenn unheilbare oder stigmatisierende Erkrankungen auftreten, die das Leben bzw. das Lebensende des einen betreffen, aber Wirkung auf alle Familienmitglieder haben.

*Professionstheoretische Annahmen:* Unter Professionellen<sup>1</sup> werden hier die Akteure verstanden, die qua Ausbildung über eine gesundheitsprofessionelle Expertise verfügen, wie zum Beispiel Mediziner, Pflegende, Psychologen, Ernährungswissenschaftler, Musiktherapeuten usw., denen deshalb von Seiten des Krankenversorgungssystems eine Versorgungsaufgabe übertragen wird. Der professionstheoretische Bezugsrahmen bei der Analyse der Interaktionen zwischen dem Professionellen und dem Patienten orientiert sich an der Professionalisierungstheorie von Oevermann (1996), indem

- reziproke Perspektivenübernahme und
- stellvertretende Deutung,
- vermittelte Nähe-Distanz-Regulierung sowie
- exklusive Fachexpertise bei den Professionellen (als typische Kernkompetenz der jeweiligen Profession)

als konstitutive Bedingungen einer Kooperationsbeziehung zwischen Patienten (sowie den Angehörigen) und Professionellen angenommen werden; das Fallverstehen als Fallstruktur ermittelnde hermeneutische Arbeitsweise wird aber nicht für die analytische Arbeit des Professionellen als Maßstab in der Diskussion der folgenden Beispiele genommen. Hieraus ergibt sich, dass eine Kooperationsbeziehung nicht als gleichberechtigte Beziehung zu verstehen ist, sondern vielmehr als asymmetrische Beziehung – allerdings mit dem Ziel der Kooperation, die sich durch eine unterschiedliche Verteilung von fachlichem Wissen, Verantwortlichkeit und Definitions- sowie Entscheidungsmacht auszeichnet (vgl. auch Siegrist 1988, S. 225ff). Das Konzept des Fallverstehens im Sinne dieser Professionalisierungstheorie wird aber nicht an sich der Analyse dieser Beziehungen zugrunde gelegt, sondern nur der Maßstab einer gelingenden Kooperation, in der die Akteure andauernd und produktiv zusammenarbeiten.

*Organisationssoziologische Annahmen:* Die analytischen Betrachtungen der organisatorischen Wirkungsfaktoren werden einerseits durch die frühe Organisationstheorie Luhmanns (1999) und andererseits durch die Theorie der Kollegialität von Lazega (2005) geleitet. Der generellen Annahme folgend, dass das Krankenhaus eine formale Organisation ist, bei der die Professionellen als Organisationsmitglieder über formale Regeln (und nicht als Professionelle nach dem Prinzip der Assoziation) integriert werden, wird mit Lazega die Strategie dieser professionellen Akteure innerhalb der Formalorganisation genauer beobachtet. Nach ihm sind diese Organisationen soziale Systeme, in denen in kollegialer und um den Status konkurrierender Form die einzelnen Professionellen soziale Nischen

schaffen, besetzen und sie gegebenenfalls untereinander austauschen. Diesen transformatorischen Austauschmechanismen als temporäre Lösungen für typische Organisationsprobleme ist deshalb in der Analyse große Aufmerksamkeit beizumessen.

## Methodisches Vorgehen

Wie oben schon beschrieben, dient die Vorstudie als explorativer Zugang zur Empirie und zur theoretischen Sensibilisierung. Es wurden daher bewusst unterschiedliche Settings (Rehaklinik, zwei Kinderkliniken) mit unterschiedlichen Gesundheitsprofessionellen (Ärzte, Ernährungsberaterin) bzw. Patienten mit verschiedenartigen Krankheitsproblematiken (Krebserkrankung in Palliativsituation, juvenile Adipositas, Risikogeburt) ausgewählt. Nicht zuletzt wurde auch mit dem methodischen Zugriff experimentiert: Es wurden sehr verschiedene Datenmaterialien genutzt, um jeweils den methodischen Zugang variieren zu können, d.h. um mehr als einen Zugriff pro Fall zu haben und um unter den Fällen die Zugriffsart variieren zu können.

	Material	Auswertung
Fall 1	<p>Video (des Beratungsgesprächs)</p> <p>Krankenakte</p> <p>Offizielle Klinikdokumente</p> <p>Klinikarchitektur/-gliederung (teilnehmende Beobachtung/ Begehung)</p>	<p>Trennung von Sprache und Bild; getrennte sequentielle Analyse des Transkriptes und der Körpersprache (Video stumm geschaltet)</p> <p>Objektiv hermeneutische Analyse der „objektiven Daten“ des Krankheitsverlaufs und der Sozialdaten des Patienten*</p> <p>Rekonstruktion der Selbstrepräsentation der Klinik und Machthierarchie</p> <p>Differenz: Fallstruktur architektonisches Grundkonzept - Fallstruktur der gestalteten Einrichtung der architektonischen Grundstruktur durch das Klinikpersonal</p>
Fall 2	<p>Beobachtungsprotokoll (von teilnehmender Beobachtung)</p> <p>Krankenakte</p> <p>Berufsbiographisches Interview (mit Ärztin)</p>	<p>Rekonstruktion der Interaktionsdynamik des Arztgesprächs und des Konflikthabes des Gesprächs</p> <p>Objektiv hermeneutische Analyse der „objektiven Daten“ des Krankheitsverlaufs*</p> <p>Selbstverständnis der Professionellen als Ärztin und Initiatorin der Sprechstunde in dieser Klinik</p>



Fall 3	Ärztliches Gesprächsprotokoll (aus Krankenakte)	Objektiv hermeneutische Sequenzanalyse des Protokolls
	Informelle Informationen (während des Feldaufenthaltes)	Rekonstruktion der Konfliktlinien zwischen den einzelnen ärztlichen Professionellen dieser Klinik

Tabelle 1: Methodische Zugänge und Auswertungsverfahren der Fälle in der Vorstudie (Teil konflikthafte Kooperationsbeziehungen)

\* Die objektiv hermeneutische Deutung der Krankheitssymptome und des -verlaufs erfolgte entsprechend des Prozederes, das in einer früheren Arbeit (Peter 2006) entwickelt wurde und sich an Scheid (1999) orientiert hat.

Die gesamte Studie ist als multimethodisch angelegte Studie geplant, bei der die einzelnen Fälle jeweils mit mehreren methodischen Zugängen, wie in Tab. 1 dargestellt, erhoben und ausgewertet werden und die Generalisierung mit Hilfe der Grounded Theory organisiert wird: Diese Arbeitsweise wurde schon in einer früheren Arbeit erprobt (Peter 2006, S. 74-79) und wird für dieses Forschungsvorhaben entsprechend modifiziert.

## Empirischer Teil

Eine ausführliche Darstellung aller Ergebnisse dieser drei Falluntersuchungen ist an dieser Stelle nicht möglich. Im folgenden Kapitel werden deshalb die Einzelfälle in gekürzter, auf das Wesentliche der Fragestellung bezogener Form erläutert. Dabei werden die Kooperationsbeziehungen zwischen den Akteuren nur soweit dargestellt, dass die Bedeutung der organisatorischen Verflochtenheit der Professionellen und ihre Auswirkungen auf die Kooperationsbeziehungen gezeigt werden können.

Im ersten Fall liegt der Konflikt auf der Ebene der Professionen innerhalb der Organisation: Die Unabhängigkeit einer Profession von der anderen ist zu wenig gewährleistet und damit die eigene Expertise und Entscheidungsfreiheit zu wenig einsichtig. Im zweiten und dritten Fall artikuliert sich der Konflikt – bei zumindest teilweise organisatorischem Hintergrund – auf der Ebene der Kooperationsbeziehung zwischen Patienten bzw. Angehörigen und Professionellem. Während sich im zweiten Beispiel die Beziehung zum Patienten nur wenig erfolgreich entwickelt, scheidet sie deswegen im dritten Fall gänzlich. Alle Akteure sind anonymisiert dargestellt.

Mit den ausgewählten Beispielen werden jeweils alle Relationen zwischen den Faktoren entsprechend der obigen Abbildung beleuchtet – sie sollen als typische Beispiele gelten, sind aber nicht systematisch kontrastiert. Sie beanspruchen deshalb nicht, das Feld vollständig abdecken oder die Frage professioneller Kooperationsbeziehungen in der Organisation Krankenhaus umfassend darstellen zu können. Dennoch haben sie für aktuelle Fragen der Arbeit von Professionellen in Organisationen heuristischen Wert und dienen dazu, weitere Hypothesen zur theoretischen Weiterentwicklung zu entwerfen sowie die Aufmerksamkeit stärker auf jene Tendenzen in der gegenwärtigen Praxis zu richten.

## Fall 1: Ernährungsberatung in einer Reha-Klinik

*Erkenntnisinteresse:* Das erste Beispiel einer Ernährungsberatung in einer Reha-Klinik zeigt

- für die Kooperationsbeziehung zwischen Patienten und Professionellen, dass
  - o die Professionelle auf den Patienten fixiert bleibt und
  - o nur auf Intervention des Patienten die Familie miteinbezogen wird;
- für den Status der Professionellen innerhalb der Organisation, dass
  - o aufgrund des niedrigen Status der Professionellen den Interaktionen mit dem Patienten mehr Gewicht und Gestaltungsmöglichkeiten zukommen.

*Der „Fall“:* Klaus Werner, ein 72 Jahre alter Patient, ist zur Anschlussheilbehandlung in einer Reha-Klinik, die auf Krebserkrankungen spezialisiert ist. Er leidet an einem primär metastasierenden Prostata-Carcinom, welches mit einer palliativen Hormontherapie behandelt wird. Als Folge dieser Hormonbehandlung hat er in kürzester Zeit erheblich, ca. 10 kg, an Gewicht zugenommen, womit er als adipös, d.h. sehr übergewichtig, bezeichnet werden kann.

Bei der Untersuchung durch den aufnehmenden Arzt wird festgestellt, dass Herr Werner erhöhte Blutharnsäurewerte hat und damit bei ihm die Gefahr besteht, eine Gicht zu entwickeln. Diese Diagnose soll ihm nach Absprache im professionellen Team durch die Ernährungsberaterin mitgeteilt werden, die ihn gleichzeitig dazu diätetisch beraten soll.

## Analyse der Kooperationsbeziehung

### *Patient und Professionelle*

Während des Klinikaufenthaltes wird der Patient informiert, dass er sich bei der Ernährungsberaterin melden soll. Herr Werner kommt zum vereinbarten, zentral geplanten Termin in ihr Büro. Gleich nach der Begrüßung und der Frage nach dem Befinden fängt der Patient im Hinsetzen schon an, über sein lästiges Übergewicht zu klagen. Er geht offenbar von der Annahme aus, dass er deswegen zur Ernährungsberaterin kommen sollte. Die Ernährungsberaterin nimmt diese Thematik auf, indem sie ihn zunächst nach seinen körperlichen Aktivitäten befragt: Er sei früher sehr gern mit seiner Frau und Freunden gewandert, sei aber aufgrund des Übergewichts heute sehr eingeschränkt. Dass er dieses Hobby und das Schwimmen aufgeben musste, bedauert er sehr. Die Beraterin fragt ihn als nächstes zu seinen Essgewohnheiten und zu seiner Gewichtsentwicklung während des Klinikaufenthalts. Daran anschließend führt sie nochmals aus, dass seine Gewichtszunahme auf die hormonelle Behandlung zurück zu führen sei. Nach der Beteuerung des Patienten, trotzdem alles für eine mögliche Gewichtsreduktion tun zu wollen, lenkt sie bei dem Stichwort „Fleisch“ auf ein neues Thema im Beratungsgespräch.

**Patient:** Jaja, die Ernährung schon alleine ich meine ich bin nicht einer der meinetwegen jeden Tag einen Schnitzel auf dem Tisch haben will um Gottes Willen ich meine das das will ich der Frau gar nicht zumuten das sage ich ganz offen und ehrlich

und ich bin auch kein / ich ess' an und für sich gar nicht mehr so gerne Fleisch (zögerlich) also gar nicht.

**Beraterin:** Da sind wir ja auch so ein bisschen beim eigentlichen Thema. Doktor Lambert hat Sie nämlich nicht wegen des Übergewichts zu mir geschickt wie Sie erst gedacht haben sondern weil Sie hier als am ersten Tag Blut abgenommen worden ist etwas erhöhte Harnsäurewerte haben. Haben Sie davon irgendwann schon mal was gehört?? (Patient schüttelt den Kopf) Nein ...

In diesem ersten Beratungsgespräch zwischen den beiden entwickelt sich schnell eine vertrauensvolle Basis: der Patient kommt aufgeschlossen zu der Beraterin, hat ein eigenes Anliegen und beantwortet bereitwillig alle Fragen der Beraterin. Die Beraterin bemerkt und respektiert dieses eigene Anliegen des Patienten und geht zunächst darauf ein, indem sie ihn nach den möglichen Ressourcen Bewegung und Essgewohnheiten fragt, klärt ihn aber auch über die Ätiologie der Adipositas nochmals auf. Bis dahin ist das Gespräch sehr an den Bedürfnissen des Patienten orientiert: er kann sich ausführlich äußern und bekommt individuell zugeschnittene Erläuterungen. Hinsichtlich des Gesprächsverlaufs wurde bis dahin keine explizite Fragestellung herausgearbeitet, das Fallverstehen der Beraterin bleibt – im Sinne von Oevermanns Professionalisierungstheorie (vgl. Oevermann 1996) – diffus und somit auch der eigene therapeutische Auftrag; nur die klare Orientierung an ernährungswissenschaftlichen Paradigmen ist erkennbar.

Mit der Möglichkeit, nun den Auftrag zu erfüllen, der der Ernährungsberaterin von Seiten des therapeutischen Teams übertragen wurde, lenkt sie von der ersten Thematik (der Adipositas) ab und auf das Thema der Gichtgefahr hin. Nun verkündet und erläutert sie dem Patienten die neue Diagnose und erfüllt damit ihren Auftrag von Seiten der Organisation. Die Sachverhalte, was Harnsäure mit Gicht zu tun hat und welche Lebensmittel harnsäurearm sind, sind für den Patienten absolut neu. Die Beraterin erklärt ruhig und ausführlich; auch, dass sich eine harnsäurearme Diät gut damit verbinden ließe, auf den Energiewert der Ernährung zu achten. Als es darum geht, die einzelnen Nahrungsmittel durchzudeklinieren, äußert der Patient immer wieder, dass es jetzt wichtig wäre, dass auch seine Frau das alles mit hören würde, da sie zu Hause kocht. Am Ende dieses ersten Gesprächs vereinbaren die beiden, ein weiteres Gespräch zur harnsäurearmen Diät folgen zu lassen, bei der die Ehefrau mit dabei sein soll, was die Ernährungsberaterin auch aktenkundig vermerkt.

Ogleich der flüssige Gesprächsverlauf sehr der Aufgeschlossenheit des Patienten mit zu verdanken ist und nicht sehr von der Beraterin gelenkt wird, so ist es doch im Wesentlichen ein Beratungsgespräch, welches um die Belange des Patienten kreist. Die Beraterin bleibt aber entsprechend ihres professionellen Selbstverständnisses auf den Patienten fixiert, d.h. darauf dem Patienten ernährungswissenschaftliches und diätetisches Wissen zu vermitteln und zu erläutern. Die alltagspraktische Umsetzung in Ernährungsgewohnheiten bzw. Integration in den familialen Alltag versteht sie nicht mehr als Teil ihres professionellen Auftrags. In ihrem aufklärerischen und intervenierenden Selbstverständnis ist sie auf den Patienten und auf körperliche Vorgänge fixiert, soziale Rahmenbedingungen körperlicher Vorgänge und insbesondere die Palliativsituation ihres Patienten bleiben von ihr unreflektiert.

Ist die Situation von Patienten durch derartige existentielle Ereignisse wie unheilbare oder lebenslimitierende Erkrankungen geprägt, dann ist jede professionelle Beziehung (im Versorgungssetting) thematisch davon berührt. Im vorliegenden Fall wird der Patient kurativ wegen seiner Krebserkrankung behandelt, auch die sekundäre Adipositas ist Ziel professioneller Interventionen, aber die psychosoziale Auseinandersetzung mit der Diagnosestellung einer lebenslimitierenden Erkrankung wird von den Professionellen nicht angesprochen. Diese im Kern emotionale, weil existentielle Tatsache bleibt von den Professionellen ausgespart, wenn nicht gar tabuisiert.

Hierzu eine kurze professionstheoretische Erläuterung: Für die Beschreibung der emotionalen Anteile in der therapeutischen Beziehung, das heißt, des Beziehungsaspektes des Fallverstehens in der Therapie, hat Oevermann (1996) das Modell des Übertragungs- und Gegenübertragungsmodus aus der Psychoanalyse übernommen, der aber wesentlich ein analytischer und nicht-affektiver Modus ist. Welter-Enderlin/Hildenbrand (2004) haben gerade diesen nicht-affektiven, an der Abstinenzregel orientierten Beziehungsaspekt im Kontext therapeutischer Beziehungen hinterfragt und als Alternative das Modell des „Fallverstehens in der Begegnung“ entworfen. Betrachtet man das vorliegende Beispiel mit diesem Modell, dann fehlt in den Interaktionen der Ernährungsberaterin der thematische und affektive Bezug zur lebenslimitierenden Situation des Patienten, d.h. der Begegnungsaspekt in der therapeutischen Beziehung, gänzlich.

#### *Patient und Organisation/Familie und Organisation/Patient und Familie*

Der Patient steht noch im unmittelbaren Eindruck der Verkündung des einschneidenden Lebensereignisses, dass er an einer unheilbaren Krebserkrankung leidet. Innerhalb kürzester Zeit hat er Diagnosestellung, Krankenhauseinweisung, Operation, Entlassung und Kur an sich erfahren müssen. Viele Fragen sind noch nicht laut gestellt worden oder können nicht beantwortet werden, für ihn und seine Ehefrau ist es offen, wie es weiter geht.

Auf ein langes und bisher gesundes Leben zurückblickend, in dem Herr Werner den Klinikalltag noch nicht von innen kennen gelernt hatte, wird er nun damit konfrontiert. Er steht nicht nur vor der biographischen Aufgabe, sich mit seiner Situation auseinanderzusetzen, sondern er muss sich auch wiederholt in immer neue Klinikrhythmen und -regeln eingewöhnen.

Obwohl diese Klinik aufgrund ihrer Spezialisierung viele Patienten in einer Palliativsituation hat, findet dies keine Berücksichtigung bei der Organisation der Versorgung.

Ein Patient befindet sich dann in einer Palliativsituation, wenn er unheilbar krank ist und die Versorgung nicht mehr nur auf Heilung oder Linderung ausgerichtet sein kann. Kurative oder rehabilitative Maßnahmen sollten nun mit schmerzlindernden Maßnahmen kombiniert werden. Außerdem steht für den Patienten die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und die Vorbereitung an. Wie dieser Prozess für den Patienten und seine Angehörigen verlaufen soll, muss zumindest thematisiert werden, unabhängig davon, ob der Patient diesen Prozess mit oder ohne professionelle Begleitung wünscht. Entsprechende Versuche, dies auch im medizinischen Versorgungssystem zu etablieren, zeigen folgende Begrifflichkeiten an: Palliativmedizin, Palliative Care, Terminal Care, End-of-Life Care, Hospice Care (vgl. Ewers/Schaeffer 2005, S. 10-12).

Die Versorgung in dieser Klinik bleibt auf die Organisation der rehabilitativen Maßnahmen beschränkt, die grundsätzlich am medizinischen Paradigma der Heilung bzw. Linderung (bei chronischen Krankheiten) orientiert sind. Weder im

therapeutischen Team der Klinik, das sich aus Ärzten, der Ernährungsberaterin und Psychologinnen zusammensetzt und auch gemeinsame Fallbesprechungen durchführt, wird der Situation solcher Patienten Rechnung getragen, noch ist es fester Bestandteil der einzelnen professionellen Kooperationsbeziehungen. Fragen, ob Patienten in Palliativsituationen anders beraten oder behandelt werden sollten oder ob deren Beratung und Behandlung prinzipiell anders gewichtet werden sollte, stellt sich das therapeutische Team nicht. Thematisch wird diese besondere Lebenssituation erst, wenn der Patient sie zur Sprache bringt. Enge Familienmitglieder, wie die Ehepartner, werden nicht einbezogen (vgl. auch Haslbeck/Schaeffer 2006). Auf diese Art bleiben die familialen Beziehungen ihrer Patienten für die Professionellen ebenso eine „Black Box“, die nicht systematisch in den Versorgungsprozess einbezogen werden. Die Professionellen dieser Klinik bleiben auf ein enges, rehabilitiv ausgerichtetes Versorgungsverständnis beschränkt, so dass sie dadurch nichts über die Bewältigung der Unheilbarkeit ihrer Patienten erfahren. Auch hier bestätigt sich erneut, dass Sterben als Tabu in medizinischen Versorgungseinrichtungen verhandelt wird (vgl. Ariès 1982, S. 736-760; Glaser/Strauss 1974).

#### *Professionelle und Organisation*

Der offizielle Status, der der Ernährungsberaterin in dieser Reha-Klinik zukommt, ist unter anderem an der Position, die sie im Organigramm der Klinik hat, an dem Ort ihres Büros innerhalb des Klinikgebäudes und an ihrer Einbindung in die multidisziplinären Fallbesprechungen abzuleiten. Weitere Daten, wie die Zusammenarbeit mit anderen Professionellen, z.B. innerhalb der Fallbesprechungen bzw. in direkten Absprachen mit den Ärzten, wären ebenfalls hinsichtlich der personalisierten Stellung der Ernährungsberaterin aufschlussreich gewesen, standen aber, da keine teilnehmende Beobachtung durchgeführt wurde, nicht zur Verfügung.

Die Ernährungsberaterin, in diesem Fall eine an der Universität ausgebildete Ernährungswissenschaftlerin, rangiert in dem Organigramm in der Hierarchie der Professionellen dieser Reha-Klinik hinter den Ärzten und Psychologen neben den Physiotherapeuten. Dieses Organigramm war mit der Planung dieser Reha-Klinik, die erst seit 5 Jahren besteht, als offizielle Organisationsstruktur konzipiert worden. Aus ihm wird ersichtlich, dass nur den Psychologen als zweite Berufsgruppe neben den Ärzten eigenverantwortliche Handlungs- und Entscheidungsbereiche zugestanden werden. Alle anderen Berufsgruppen sind direkt den Ärzten, in diesem Fall einer Oberärztin, unterstellt. Insofern man das Organigramm als Zuweisung von Handlungs- und Entscheidungsverantwortlichkeiten sowie von hierarchischen Über- und Unterordnungen versteht, ist die Ernährungsberaterin gleichrangig mit der nicht-universitär ausgebildeten Berufsgruppe der Physiotherapeuten den Medizinern direkt untergeordnet, ohne aber eigene Handlungs- und Entscheidungsbereiche im Vergleich zu den Psychologen zugestanden bekommen zu haben.

Zur Verortung innerhalb des Klinikgebäudes: Im Erdgeschoss der Klinik befinden sich die Aufenthaltshalle mit der zentralen Terminplanung, der Speisesaal, die Küche und der Schulungsraum. In den oberen Etagen sind die Stationen mit den Krankenzimmern und jeweils einem Arzt- und Schwesternzimmer. Die Funktionsräume dieser Klinik sind im Keller. In ihnen finden bestimmte Behandlungen statt: die Physiotherapeutin führt dort ihre Behandlungen durch, die Psychologin und die Ernährungsberaterin führen jeweils in ihren Büros ihre

Beratungsgespräche. Damit liegen diese Räume maximal von den Krankenzimmern entfernt. Die Lage der Funktionsräume im Keller ist aber auch deshalb ungewöhnlich, weil sich traditionell im Keller der Krankenhäuser die Leichenkammer befindet.

Die Ernährungsberaterin erledigt in dem Büro ihre Büroarbeiten, Recherchen für die einzelnen Patienten und hält ihre Beratungen. Die Schulungen der Patienten(gruppen) zu einzelnen Ernährungsthemen finden im zentralen Schulungsraum statt. Die Patienten haben einen langen Weg bis in diesen Teil des Gebäudes, in dem die Funktionsräume sind, zurückzulegen.

Für die Ernährungsberaterin und die anderen Gesundheitsprofessionen scheint die dezentrale Lage der Büros sinnbildlich zu sein: Sie sind wie abgeschnitten, sowohl hinsichtlich des „kurzen Weges“ zu den Ärzten, als auch hinsichtlich des Geschehens auf den Stationen – im Gegensatz zur personellen und räumlichen Präsenz der Mediziner im Zentrum sind die anderen Gesundheitsprofessionen an den Rand der Klinik gelegt.

Die Zusammenarbeit mit den anderen Professionellen, insbesondere mit den Ärzten, ist wie folgt geregelt: Die Inhalte der Ernährungsberatung(en) werden vom aufnehmenden Arzt bzw. von der Oberärztin festgelegt und an die Ernährungsberaterin weitergeleitet. Das kann in schriftlicher Form innerhalb der Krankenakte und über eine zentrale Terminplanung erfolgen oder mündlich, z.B. bei den multidisziplinären Fallbesprechungen. Stellt die Ernährungsberaterin andere oder weitere Gründe für eine Ernährungsberatung fest, dann ist sie den Ärzten gegenüber rücksprachepflichtig bzw. kann diese Problematiken erst nach einer gemeinsamen multidisziplinären Fallkonferenz mit weiteren Beratungen angehen.

Aus diesen drei Daten kann man schlussfolgern, dass die Ernährungsberatung eine untergeordnete Rolle unter den Professionen spielt, die ihrer großen Relevanz für einige Krankheitsbilder der Patienten dieser Klinik, z.B. bei Magen- oder Darmkrebs, nicht gerecht wird. Obwohl inzwischen eine universitäre Ausbildung, die eigene Wissensbestände und -kompetenzen neben dem medizinischen Wissen behauptet, scheint sich bei der Planung und der Umsetzung der Klinikstrukturen noch ein veraltetes Verständnis von Ernährungsberatung als Diätassistentenz, d.h. als dem Mediziner assistierende Tätigkeit, durchgesetzt zu haben. Für die Tätigkeit der Ernährungsberaterin bedeutet das, dass sie insbesondere bei aus ihrer Expertise suboptimalen Beratungsaufträgen, die ihr zugeteilt werden, lange Aushandlungsprozeduren mit den anderen Professionellen hat, durch die die Beratungszyklen der einzelnen Patienten oft „krumm“ verlaufen. Gerade weil ihr Status als Professionelle in dieser Klinik noch unterschätzt ist und sie ihn jeweils bei jedem Patienten von neuem aushandeln muss, kommt den Interaktionen mit den Patienten ein umso größeres Gewicht zu: Sie werden in die Weisungsgebundenheit der Beraterin gegenüber den Ärzten eingeweiht, also zum Mitwisser der Klinikhierarchie. Zudem potenziert sich dadurch die Anzahl der Beratungen, die die Beraterin den Ärzten „abtrotzt“, womit sich der Patientenkontakt gerade dadurch intensiviert. Die Beraterin handelt aus einer Nische heraus mit der Strategie einer Statusschwächeren (vgl. Lazega 2005, S. 221-251).

#### *Fazit: Familie und Profession*

Für die Frage, ob und in welcher Art die Profession(en) im ersten Fall die Kooperation auf die Familie, d.h. auf die Angehörigen, ausgeweitet haben, lässt sich folgendes festhalten: Von keiner der Gesundheitsprofessionen dieser Klinik wird

die Familie an sich mit einbezogen. Dass die Ehefrau doch zu einem bestimmten Zeitpunkt des Klinikaufenthaltes ihres Mannes in Beratungsgespräche integriert wird, ist letztendlich der statusschwachen Position der Ernährungsberaterin geschuldet, die – Glück im Unglück – aufgrund ihrer unterschätzten Arbeit mehr Gestaltungsfreiräume in der Arbeit mit den Patienten hat.

## Fall 2: Ambulante Adipositas-Sprechstunde an einer Kinderklinik

*Erkenntnisinteresse:* Am nun folgenden Beispiel einer ambulanten Adipositas-Sprechstunde in einer Kinderklinik soll gezeigt werden

- für die Kooperationsbeziehung zwischen Patienten und Professionellen, dass
  - o der Professionelle in seinem Behandlungsziel auf den Patienten fixiert bleibt und
  - o auch nach Insistieren durch die Mutter die familiäre Problemsicht nicht berücksichtigt wird;
- für den Status des Professionellen innerhalb der Organisation, dass der hohe und autokratische Status des Professionellen verhindert, alternative Deutungsmuster, z.B. der Familie, zur Kenntnis zu nehmen und zu verstehen, womit die Entfaltung gelingender Interaktionen, d.h. eine produktive Kooperation mit der Familie, verhindert wird.

*Der „Fall“:* Annette und ihre Mutter besuchen seit über zwei Jahren mehrmals im Jahr die ambulante Sprechstunde zur Adipositas der Kinderklinik. Begonnen hat dieser regelmäßige Besuch mit einer Einweisung in diese Klinik, als Annette 11 Jahre alt war. Damals sollte sie sich einer mehrtägigen stationären Adipositasdiagnostik unterziehen. Neben ihrem erheblichen Übergewicht ist damals bei ihr vor allem ein behandlungspflichtiger Bluthochdruck festgestellt worden. An ihrer Gewichtsentwicklung hat sich während der gesamten Behandlungszeit nicht viel geändert, auch heute ist sie noch erheblich übergewichtig und der Bluthochdruck muss medikamentös behandelt werden.

Annette und ihre Mutter werden diesmal von dem jungen Kinderarzt Dr. Lenke empfangen, der sich die Sprechstunde seit einiger Zeit mit einer älteren Ärztin, Frau Dr. Döring, teilt. Sie hatte die Sprechstunde vor Jahren an dieser Klinik etabliert und Annette damals als Patientin aufgenommen.

Annette wird von den Kinderkrankenschwestern gewogen und gemessen; Blut wird abgenommen. Parallel spricht der Arzt mit der Mutter über neue Rezepte bzw. notwendige Medikamente. Annette kommt hinzu und wird oberflächlich von dem Arzt untersucht. Seit dem letzten Mal ist nicht viel Neues passiert. Aus Sicht des Arztes ist die Gewichtsentwicklung von Annette nicht besorgniserregend. Er möchte es bei einer lockeren Kontrolle von Zeit zu Zeit belassen und gibt nur milde mahnende Worte, dass es natürlich besser wäre, wenn sie noch etwas abnehmen würde. Die Mutter scheint noch nicht zufrieden und das Gespräch noch nicht beenden zu wollen. So fragt sie den Arzt nun, warum denn die Adipositas bei ihrer Tochter so wichtig, so veränderungswürdig, sei. Aus ihrer Sicht macht sie sich viel mehr Sorgen um den erheblichen Bluthochdruck, der die letzten Jahre trotz medikamentöser Behandlung noch angestiegen sei. Wie das denn enden solle? Und welche Spätfolgen dieser Bluthochdruck hat? Daraufhin antwortet der Arzt, dass der Blutdruck von dem Übergewicht kommt: Wenn das Übergewicht runter gehen würde, dann würde sich auch der Blutdruck normalisieren. Die

Mutter bleibt hartnäckig: Sie möchte genau wissen, warum zwischen dem einen und dem anderen ein Zusammenhang bestünde, schließlich sei ihr Sohn sehr schlank, habe aber ebenfalls einen hohen Blutdruck. Obgleich sie nicht überzeugt ist und noch weiteren Gesprächsbedarf sieht, beendet der Arzt die Konsultation.

## Analyse der Kooperationsbeziehung

### *Patient und Professioneller/Patient und Organisation*

Das Mädchen ist eine langjährige Patientin dieser Organisation: sie war dort sowohl schon stationäre wie ambulante Patientin. Als Kleinkind war sie durch den Klinikaufenthalt tagelang von ihrer Familie getrennt, nun besucht sie seit Jahren regelmäßig die ambulante Sprechstunde – so lange, dass sie personelle Wechsel der Ärzte erlebt hat. Gleichzeitig ist sie eine Patientin mit einer diffusen Krankheitsproblematik, zu der wissenschaftlich nach wie vor wenig stichhaltige Erkenntnisse vorliegen und die deshalb bezüglich ihrer Interventionsnotwendigkeit kontrovers diskutiert wird. Lange Zeit verstanden die Ärzte Adipositas als ausschließliches Problem einer zu hohen positiven Energiebilanz, bei der zu wenig Bewegung zu viel Nahrung gegenübersteht und behandelten es entsprechend mit Disziplinarvorschriften und Gewichtskontrolle (vgl. Peter 2006). Inzwischen mehren sich die Meinungen, dass diese vereinfachte, rein naturwissenschaftliche Betrachtungsweise zu kurz greift und man hier eine tiefer gehende leiblich-körperliche Störung vermutet, die komplexer verstanden werden muss. Konsequenzen für die Behandlungspraxis zeitigt diese Diskussion aber noch nicht (vgl. Tagungsreihe RÜGEN-FORUM 2005/2006). Im hier beschriebenen Beispiel versteht und behandelt der Kinderarzt das Kind nach dem alten Paradigma: Er lässt das Gewicht kontrollieren, überprüft die wichtigsten Blutparameter, visitiert das Kind und belässt es bei einigen Ermahnungen, weiter auf das Essen zu achten.

### *Zur Besonderheit pädiatrischer Kooperationsbeziehungen (Professioneller, Patient und Familie)*

Nun ist im vorliegenden Beispiel die Interaktionssituation dadurch charakterisiert, dass die Patientin ein Kind ist, wodurch die Familie per se, d.h. in diesem Fall die Mutter, in die Beziehung zwischen Patientin und Professionellen involviert ist. Die Eltern sind zum einen Vermittler im Anamnese- und Behandlungsgespräch zwischen dem eigenen Kind und dem Arzt, und zum anderen diejenigen, die für die Gesundheit bzw. Heilung ihres Kindes Verantwortung tragen und insofern direkte Kooperationspartner des Arztes. Deshalb ist jede pädiatrische Kooperationsbeziehung durch eine triadische Struktur gekennzeichnet, bei der aber die Eltern das Kind nicht gänzlich stellvertreten können. Diese Beziehung gestaltet sich je nach dem Alter des Kindes unterschiedlich und wird dann prekär, wenn die Kinder in die Pubertät eintreten und durch das Inzesttabu die leiblich-erotische Distanz zwischen Eltern und Kindern zunimmt. Dann kann die gleichzeitige Anwesenheit eines Elternteils zum einen für das Kind unangenehm sein, zum anderen tragen die Eltern trotz allem noch die elterliche Verantwortung für die Gesundheit ihrer Kinder. Im vorliegenden Beispiel stehen Mutter und Tochter kurz vor dieser Phase der Pubertät des Mädchens. Noch ist diese nicht thematisch.

Die Mutter sucht mit dem Arzt auf der anderen Ebene, in ihrer Eigenschaft als verantwortliches Elternteil, das Gespräch: Sie möchte auf der Wissensebene



mit dem Arzt diskutieren und bringt in diesem Gespräch eine ganz andere Sorge zum Ausdruck: Sie macht sich jetzt und für die Zukunft mehr Sorgen um den Bluthochdruck der Tochter als um das Übergewicht. Der Arzt argumentiert nach dem alten oben beschriebenen Paradigma, nach dem mit der Postulierung des so genannten „metabolischen Syndroms“ das Übergewicht in ein direktes Kausalitätsverhältnis mit weiteren metabolischen Veränderungen gesetzt wird. Diese vereinfachende, kausal konstruierte Deutung der Funktionsweise der menschlichen metabolischen Kreisläufe ist, wie bereits angemerkt, zunehmend in die Kritik geraten (vgl. Klotter 1997; Peter 2006, S. 231ff). Auch diese Mutter bezweifelt diesen Zusammenhang und führt dafür Beispiele wie ihren schlanken Sohn an. Der Arzt geht weder auf diese zusätzlichen Informationen ein, die familienanamnestisch genutzt werden könnten, noch sieht er die mütterliche Sorge als Bestandteil der Kooperationsbeziehung, sondern bleibt aufgrund seines Paradigmas sowohl auf sein Deutungsmuster wie auf das Kind als alleinigen Kooperationspartner fixiert. Warum dieser Arzt sich kaum irritieren lässt und derart auf sein Deutungsmuster fokussiert bleibt und er die Belange der Eltern so außen vorhält, darüber gibt seine Verflechtung innerhalb der Organisation ersten Aufschluss.

#### *Professioneller und Organisation*

Dieser Kinderarzt, Dr. Lenke, ist ein junger Mediziner, der gerade seine Fachausbildung an der Klinik absolviert hat und von ihr danach übernommen wurde. Die Stellen an solchen renommierten Unikliniken sind aufgrund der vielen Anwärter rar und sehr begehrt. Mit seiner Einstellung hat man geplant, den Schwerpunkt der Adipositasbehandlung weiter fortzuführen, der von der älteren Ärztin, Dr. Döring, über viele Jahrzehnte aufgebaut wurde, die nun kurz vor ihrer Pensionierung steht. Er soll nach Willen des Chefarztes ihr Nachfolger werden. Unter den jungen karriereorientierten Pädiatern wird dieser Aufgabebereich der Adipositasbehandlung freilich ambivalent betrachtet: Mit dem Ruf der vergeblichen Mühe hat er nicht das Prestige, mit beeindruckenden Erfolgen auf sich aufmerksam machen zu können.

Aus dem berufsbiographischen Interview der Autorin mit der älteren Ärztin wird offensichtlich, dass diese Nachfolge nicht gut durch die vorgesetzten Ärzte kommuniziert und begleitet worden ist: Noch in ihrer Position fühlt sie sich weder in diese Entscheidung mit einbezogen, noch scheint man daran Interesse zu haben, ihre Erfahrungen auf diesem Gebiet tradieren zu wollen. Obwohl es sich gerade bei den Patienten dieser Spezialsprechstunde um langjährige Patienten handelt, über die diese Ärztin viele, gerade auch die familiäre Situation betreffende Informationen hat, scheint ein Erfahrungsaustausch zwischen ihr und dem jungen Kinderarzt nicht gewünscht zu sein. Der junge Arzt, nun in einer langfristigen gesicherten und protegierten Position, beginnt von vorn und allein. Er übernimmt dieses Ressort ohne eigene Expertise, versucht weder andere Erfahrungen einzuholen, noch andere Professionelle mit ihren Kompetenzen mit einzubeziehen. Die misslungene Nachfolgeregelung verhindert den Austausch der beiden Ärzte und macht sie zu Kontrahenten. Der hohe und autokratische Status verleitet den jungen Kinderarzt trotz seiner wenigen Kompetenzen dazu, sich zwar seines organisatorischen Auftrags mit aller Ernsthaftigkeit und Selbstsicherheit anzunehmen, sich aber gleichzeitig kaum von den Patientenkontakten irritieren zu lassen und dem Gespräch mit den Patienten und ihren Angehörigen kaum Gehör und einen Entfaltungsraum zu geben. Im vorliegenden Beispiel beschränkt

sich deshalb der Kontakt zur Patientin (und ihrer Mutter) auf eine symptomverwaltende, aber nicht auf eine therapeutische Kooperation.

*Fazit: Familie und Profession/Familie und Organisation*

Im zweiten Beispiel rekurriert der junge Kinderarzt in seinem Behandlungsschema auf das Kind – nur auf das Kind: Er sieht es mehr als Objekt denn als Subjekt seiner Interventionen an, die Einbettung in und damit auch Abhängigkeit eines Kindes von einem Familienkontext bleibt unberücksichtigt. In seinem professionellen Selbstverständnis als Pädiater ist weder verankert noch reflektiert, dass die Eltern als umfassend Verantwortliche für ihre Kinder Teil der pädiatrischen Kooperationsbeziehung sind, noch dass er seine Maßnahmen am Kind mit diesen aushandeln bzw. vor diesen begründen können muss. Insofern ihm dieses auf Kind *und* Familienbeziehungen bezogene Fallverständnis völlig fehlt, ist es ihm möglich die Belange der Mutter derart im Raum stehen zu lassen.

Da auch die organisatorischen Abläufe dieser Klinik rund um das Kind zentriert sind, ohne die Eltern-Kind-Beziehung bzw. die elterlichen Interessen mit zu berücksichtigen – einzige Ausnahme ist das Rooming-In bei den an Leukämie erkrankten Kindern – stehen die Eltern dieser Institution als „totale Institution“ (Goffman 1972) gegenüber: Bei der stationären Aufnahme geben die Eltern alle Kontrolle über ihr Kind an die Institution und ihre Akteure ab. Wenn in solchen Situationen die meisten professionellen Akteure in einer solchen Art wie der junge Kinderarzt agieren würden, dann würde sich auf Seiten der Eltern nicht nur das Gefühl der Ratlosigkeit, sondern auch das der Ohnmacht einstellen.

### Fall 3: Zusammenarbeit zweier Kliniken von Tür zu Tür

*Erkenntnisinteresse:* Das nächste Beispiel einer Zusammenarbeit zweier Kliniken innerhalb eines Kooperationszentrums zeigt

- für die Kooperationsbeziehung zwischen Patienten und Professionellen, dass
  - o der Professionelle in Konflikt mit den Angehörigen gerät und
  - o dadurch eine Kooperationsbeziehung zum Patienten verhindert wird;
- für den Status des Professionellen innerhalb der Organisation, dass
  - o der sehr hohe Status des Professionellen es ihm erlaubt, die Interaktion mit den Angehörigen nur als Konfliktsituation auszutragen, ohne noch eine Kooperationsbeziehung anstreben zu müssen
  - o die vermittelnde Organisation gegenüber dem sehr hohen Status des Professionellen zu wenig Gewicht hat, um diese Vermittlung erfolgreich betreiben zu können.

*Der „Fall“:* Nico ist erst wenige Wochen alt und liegt seit seiner Risikogeburt in der Klinik. In einem akut lebensbedrohlichen Zustand befindet er sich nicht mehr, aber er ist noch lange nicht soweit, dass er die Klinik verlassen und von den Eltern nach Hause genommen werden kann. Heute eröffnet der Oberarzt Dr. Brenner der Mutter, als sie ihren Sohn besucht, dass eine Operation bei ihm angezeigt wäre, eine Operation, die bei vielen der risikogeborenen Kinder durchgeführt werden müsste, für die es entsprechend viele Erfahrungen im Haus gäbe. Er erläutert ihr ruhig und ausführlich die Problematik und warum die Ärzte nun

die Operation statt der medikamentösen Behandlung vorziehen würden. Die Mutter hört aufmerksam zu, zunächst scheint sie aufgeschlossen zu sein – sie vertraut den Ärzten dieser Station, die sich bisher gut um ihren jüngsten Sohn gekümmert haben. Als der Arzt dabei ist, ihr zu erklären, dass ihr Sohn dazu in ein anderes Haus verlegt werden müsste, wird die Mutter plötzlich unruhig und unterbricht schließlich den Arzt, als sie genaueres dazu erfährt. Sofort fängt sie an zu erzählen und ist dabei emotional sehr aufgewühlt. In dieser anderen Klinik lag schon ihr erster, ihr großer Sohn. Er sei dort vom Chefarzt operiert worden, die Operation sei sehr gut verlaufen, der Junge ist seitdem gesund und wohl auf. Sie hätte aber, während ihr Sohn damals noch in der Klinik lag, mit dem Chefarzt eine Auseinandersetzung gehabt. Grund war eine Nachtbefundung<sup>2</sup> bei ihrem Sohn gewesen, von der sie meinte, dass sie genauso gut tagsüber hätte gemacht werden können. Diese Beschwerde sei vom Chefarzt zurückgewiesen worden, das Gespräch hätte lautstark geendet, ihr sei ein „Hausverbot“ erteilt worden. Auch jetzt beim Erzählen, ca. drei Jahren später, ist sie noch sehr erregt. Der jetzige Oberarzt Dr. Brenner, der ihren jüngeren Sohn behandelt, bietet ihr an, sich mit dem Chefarzt in Kontakt zu setzen und ein klärendes Gespräch zu initiieren. Oberarzt Dr. Brenner organisiert dieses Gespräch. Er nimmt Kontakt zu dem Chefarzt Dr. Haube auf, der sich nur noch „dunkel“ an den Fall erinnern kann. Nach seiner Meinung ging es bei dem Streit um eine Bescheinigung, die die Mutter erwirken wollte.

Bei diesem Gespräch wird die Mutter von einer jungen, als „resolut“ geltenden Assistenzärztin begleitet, Oberarzt Dr. Brenner kommt nicht mit. Zu Beginn geht der Chefarzt Dr. Haube auf die Mutter ein, bedauert den damaligen Verlauf und schließt seine einführenden Worte damit, dass für eine Operation durch ihn das volle Vertrauen der Mutter Voraussetzung sei. Er fragt, ob dieses Vertrauen für sie nun wiederhergestellt sei. Sie verneint das, meint aber, dass sie einer Operation in dieser Klinik durch einen anderen Oberarzt zustimmen würde. Auf diesen Vorschlag will nun der Chefarzt nicht eingehen: In diesem Hause würde diese Operation entweder durch ihn ausgeführt werden oder gar nicht. Daraufhin werden nun doch wieder Vorwürfe ausgesprochen und Tränen fließen. Das Gespräch endet ohne Ergebnis.

Auf der Station, auf der der jüngste Sohn liegt, hat die Mutter danach nochmals ein Gespräch mit dem behandelnden Oberarzt. Er plädiert dafür, noch zwei Wochen abzuwarten und zu beobachten, wie es ihrem Sohn geht. Dann würde er eine Operation in einer anderen Klinik in einer anderen Stadt in die Wege leiten.

Zu dieser Operation kommt es nicht mehr, die Problematik verbessert sich in den folgenden Wochen auch unter der rein medikamentösen Behandlung, sodass der Sohn einige Wochen später nach Hause entlassen werden kann.

## Analyse der Kooperationsbeziehung

### *Patient, Familie und Professioneller/Familie und Organisation*

Das Gedächtnis der Angehörigen währt länger als das der Professionellen in einer Organisation. Während die Mutter auch nach drei Jahren den Konflikt mit dem Chefarzt der Kinderchirurgie minutiös zu erinnern scheint, so ist dieser Vorfall für den Mediziner unbedeutsam und schon fast in Vergessenheit geraten: Da der Grund für ihn nicht von fachlicher oder organisatorischer Relevanz war, ist er ihm entfallen.

Wenn Eltern ihr Kind in der Klinik lassen müssen, dann ist ihr Empfinden oft dem einer Ohnmacht ähnlich: Ohnmacht den eigenen, nun versagenden Lebenskompetenzen gegenüber, Ohnmacht, das eigene Kind Tag und Nacht in die Hände Fremder und in eine fremde Institution abgeben zu müssen und Ohnmacht dem gegenüber, was nun die Heilung des Kindes bewirken mag und oft schicksalhaft gedacht oder geglaubt wird. Diese Eltern befinden sich in dieser Zeit in einer permanenten Vertrauensprobe, vor allem darin, wie sehr sie Institutionen und Institutionsträgern vertrauen. In einer solchen Situation sah sich damals auch diese Mutter, als ihr Sohn zu einer chirurgischen Operation für einen längeren Aufenthalt in die Klinik musste. Selbst als Altenpflegerin in einem gesundheitlichen Dienstleistungsberuf tätig und damit relativ gut mit solchen Abläufen vertraut, protestierte sie, als er nachts geweckt wurde und ihm Proben für Befunde entnommen wurden. Trotzdem ihr Sohn nun Patient einer Station mit ihren eigenen Rhythmen und Regeln war, so wollte sie doch, dass ihm wenigstens darin ein normaler Alltag möglich war, dass er nachts (durch)schlafen konnte und meinte, das auch artikulieren zu können. Was sie aus mütterlicher Fürsorge oder als sachlich gemeinte Kritik – das muss offen bleiben – offensichtlich sehr nachdrücklich zum Ausdruck brachte, kam bei dem Chefarzt als Kritik an der Stationsorganisation an und wurde zurückgewiesen. Sich habituell als derjenige, der die Hausgewalt innehat, gerierend, erteilte er der Angehörigen „Hausverbot“: Selbst ernannte Hausvatergewalt prallt hier auf Elternmacht, ärztliche und mütterliche Fürsorge entbrennen im Kampf um die Verfügungsgewalt über das Kind innerhalb der Mauern dieser Klinik. Die Spuren dieses Kampfes und die Erfahrung des Kontrollverlustes führen zu einer andauernden emotionalen Zumutung für die Mutter und anhaltendem Vertrauensverlust der Person dieses Arztes gegenüber.

Diese Erfahrungen werden reaktiviert, als die Mutter mit ihrem zweiten Sohn wieder in die Situation kommt, dem Krankenhaus als Institution vertrauen zu müssen und deren Akteuren die Einwilligung zum operativen Eingriff zu geben. Ein genereller Vertrauensverlust der Institution des Krankenhauses gegenüber ist bei ihr nicht zu verzeichnen, auch den meisten Akteuren gegenüber nicht, nur diesem Chefarzt verweigert sie sich. Von der organisatorischen Seite war zunächst versucht worden, die „alte Geschichte“ kollegial zu lösen: Oberarzt Dr. Brenner hatte das Gespräch mit dem Chefarzt gesucht und somit zwischen ihm und der Mutter zu vermitteln gesucht. Auch der Chefarzt zeigt sich zunächst kooperativ, er bedauert den vergangenen Vorfall, geht insofern auf die Mutter ein und hofft, die Zweifel damit ausgeräumt zu haben. Als die Mutter aber bei ihrer totalen Verweigerung bleibt, schwenkt auch sein Verhalten um. Mit der Emotionalisierung der Situation, die wieder sehr durch die Mutter initiiert war, zieht er sich auf seine Autorität zurück und lehnt nun gänzlich die Operation des Patienten in seinem Haus ab.

Der Konflikt mit der Familienangehörigen dominiert derart, dass aus Sicht des Professionellen eine Kooperationsbeziehung mit dem Patienten unmöglich wird. Was diesen Chefarzt so sehr an der Perspektivenübernahme für die Angehörige hindert bzw. warum seine Toleranzgrenze gegenüber Kritik so schnell erreicht ist, das ist wiederum nur aus seiner Verflechtung innerhalb der Organisation zu verstehen.

### *Professioneller und Organisation*

Die Klinik, in der Nico liegt, und die kinderchirurgische Klinik bilden ein Kooperationszentrum: Beide haben den Status einer Klinik, der ein Chefarzt vorsteht, beide sind selbständig wirtschaftende Bereiche, beide führen jeweils eigene Krankenakten über ihre Patienten, beide haben eigene Archive für die Krankenakten und damit eigene Organisationsgedächtnisse. Ihr Abhängigkeitsverhältnis ist absolut und gleichzeitig konkurrierend: Sie können jeweils nicht ohne den anderen überleben, da der eine Teil Funktionen übernommen hat, auf die der andere angewiesen ist, und da die Expertisen absolut geteilt sind. Problematisch an dieser Struktur ist, dass der Chefarzt der größeren Klinik gleichzeitig Chef des Kooperationszentrums ist und damit dem anderen Chefarzt, dem der Chirurgie, vorsteht.

Die leitenden Akteure des Kooperationszentrums wissen eigentlich um diese asymmetrische Konstruktion, mit der weder die chefärztliche Autoritätsteilung noch die Problematik der wirtschaftlichen Ungleichgewichtigkeit gut geregelt ist. Beide Kliniken sind als selbständig wirtschaftende Einheiten innerhalb des Klinikverbundes Konkurrenten, die um die Zuteilung der knappen Mittel konkurrieren müssen. Darüber entscheiden Grundgrößen wie die Bettenzahl, aber auch der Erlös durch die erbrachten Versorgungsleistungen. Gleichzeitig sind diese Konkurrenten aber aneinander gebunden, weil sie auf Dienstleistungen des anderen angewiesen sind und insofern miteinander planen und kooperieren müssen, obgleich der Chefarzt der Kinderklinik die letztendliche Entscheidungsgewalt hat. Der Chefarzt der Kinderchirurgie bleibt in der machtlosen Situation, als kleinerer Partner mit halb gebundenen Händen für das (wirtschaftliche) Überleben seines Hauses kämpfen zu müssen.

Auch Oberarzt Dr. Brenner wusste um die Situation, als er den Kontakt mit dem Chefarzt Dr. Haube suchte, ein nochmaliges Gespräch zwischen ihm und der Mutter vorschlug und sich damit bemühte, die Situation zunächst zu deeskalieren. Dass er sich nach einem Gespräch unter vier Augen aber im offiziellen Gespräch mit dem Chefarzt und der Mutter wiederum von einer Assistenzärztin vertreten ließ, zeigt, dass auch er organisatorische Interessen über die Interessen der Patientenernsten stellt oder stellen musste: Eine Assistenzärztin kann aufgrund ihrer Stellung in der Ärztehierarchie niemals gleichberechtigter Partner gegenüber einem Chefarzt sein. Somit wird – rein äußerlich betrachtet – zwar die anwaltschaftliche Aufgabe für die Mutter übernommen, die aber aufgrund der personellen Besetzung nicht tatsächlich verhandelt werden konnte, also eher in der Form als im Inhalt zu erfüllen beabsichtigt wurde. Aus seiner nachträglichen Protokollführung zu dem gesamten Verlauf lässt sich trotzdem der Schluss ziehen, dass der Oberarzt Dr. Brenner einerseits die Position der Mutter in einer Situation stärken wollte, vielleicht auch um den Ruf der Klinik bzw. des Kooperationszentrums zu schützen, und dass er andererseits dem anderen Chefarzt Möglichkeiten der Konfliktbefriedung schuf und damit kollegial und kooperativ für den anderen handelte.

Der Chefarzt der Kinderchirurgie wiederum kann dem Vorschlag, die Operation von einem seiner Oberärzte durchführen zu lassen, aus dem Grund nicht zustimmen, da es für ihn einem Zugeständnis gleichkäme, nicht mehr die volle Entscheidungsfreiheit in seinem Haus zu haben und es in seinen Augen zu einem weiteren Autoritätsverlust gegenüber der anderen Klinik führen würde. Angesichts der dauernden Asymmetrie zwischen den beiden Partnern ist seine Bereit-

schaft zur Kooperation erheblich gesunken und sein Bedürfnis nach Abgrenzung inzwischen sehr ausgeprägt. So setzt er eine Grenze und zeigt sich und dem Partner seine Macht, indem er ihm die Zusammenarbeit verweigert und auch zu seinem eigenen wirtschaftlichen Nachteil die Operation in seinem Haus ablehnt.

Ob in letzter Konsequenz die vermittelnde Organisation – in Stellvertretung von Oberarzt Dr. Brenner – gegenüber dem absoluten Status des Professionellen, d.h. des Chefarztes der Kinderchirurgie, tatsächlich zu wenig Gewicht hat und damit ein Spezifikum der Organisationsform des Krankenhauses ist, muss noch offen bleiben: Nach diesem Vorfall haben sich weitere derartige Fälle ereignet, in denen der betreffende Chefarzt die Kooperation verweigert hat, sodass nun von Seiten der Organisation nach rechtlichen Schritten gesucht wird, dieser Tendenz Einhalt zu gebieten. Insofern keine Entlassung des Chefarztes, sondern ein Rechtsstreit angestrebt wird, versucht die Organisation, eine dritte organisationsfremde Instanz zur Klärung anzurufen.

#### *Fazit: Profession und Familie*

Das letzte Beispiel verdeutlicht, dass Familie derart als Störfaktor organisatorischer Vorgänge im Krankenhaus fungieren kann, dass eine ärztliche Kooperationsbeziehung zum Patienten verunmöglicht wird, wobei der sehr hohe Status dem Professionellen diese Handlungs- und Entscheidungsfreiheit gewährt: Organisationsgröße überwiegt hier die Persönlichkeitsgröße.

## Fazit

In der Zusammenschau der drei Beispiele wird offensichtlich, dass sich im Krankenhaus immer mehr Professionen mit eigenen Expertisen etabliert haben, ohne dass gleichzeitig Fragen der Statusaushandlung, der Entscheidungs- und Handlungsautonomie und Abgrenzung funktional geklärt werden. Wie der erste Fall zeigt, wirken sich diese Unklarheiten jedoch nicht immer negativ auf die Qualität der Kooperationsbeziehungen mit den Patienten aus. Bei aller Erweiterung der sachlichen Expertisen (Medizin, Pflege, Ernährungsberatung, Physiotherapie, Musiktherapie usw.) fällt des Weiteren auf, dass keine dieser Professionen über umfassende Beratungskompetenzen im Sinne eines sozial relevanten Wissens zu Familie, Milieu und Kultur verfügt.

Außer dieser vorläufigen Erkenntnis, dass dies typische Organisationsprobleme des hoch ausdifferenzierten Krankenhauses zu sein scheinen, steht als zweite Erkenntnis, dass bei aller Komplexität der Versorgung und der Veränderung des Krankheitsspektrums (Verlagerung zu chronischen bzw. multikomplexen Erkrankungen) die alleinige Fixierung auf den Patienten bestehen geblieben ist, zur weiteren Beobachtung und Analyse an. Alleinige Fixierung auf den Patienten meint, dass sowohl die Einbeziehung der Kernfamilie in der Regel nicht mitorganisiert wird, aber auch, dass es sowohl an Handlungsrouninen und entsprechenden paradigmatischen Wissensgrundlagen zur Integration der Familie in das Versorgungssetting fehlt.

Betrachtet man die dargestellten drei Fälle, so lässt sich insbesondere ein Zusammenhang zwischen Statusposition und Integration der Familie feststellen: Im ersten Fall ist es deshalb möglich die Familie zuzulassen, da die Professionelle

nur einen schwachen Status hat, im zweiten Fall bleibt sie bei autokratischem Status des Professionellen außen vor, während im dritten Fall der Professionelle aufgrund seines sehr hohen Status sogar das Scheitern von Kooperationsbeziehungen riskieren kann.

Abschließend können deshalb drei weiterführende Erkenntnisinteressen formuliert werden, die im weiteren Gang meines Forschungsvorhabens besondere Beachtung finden sollen:

1. Wann und unter welchen Bedingungen sind professionelle Akteure in der Organisation Krankenhaus statusstark *und* sozial kompetent – d.h. gelingt ihnen die Einbeziehung der Angehörigen, können sie milieusensibel agieren oder soziale Faktoren in ihrem Versorgungsansatz berücksichtigen?
2. Wie muss das Krankenhaus als formale Organisation gestaltet und geleitet sein, dass bei hoher organisatorischer Komplexität Freiräume für innovative Initiativen einzelner Professionsgruppen, z.B. für neue Beratungssettings, etabliert werden können? Insbesondere bei dem anhaltenden Trend, dass sich immer mehr Professionsgruppen mit eigener Expertise in diesem Feld verankern wollen, ist die Frage, wie die multiprofessionelle Zusammenarbeit zukünftig geregelt wird, und in welcher Konfliktkultur dies geschieht, besonders prominent.
3. Familie ist gegenwärtig, bedenkt man das Spektrum der heutigen, meist chronisch verlaufenden Erkrankungen, eine wichtige Ressource für gute Versorgungschancen. Im Bereich der Pädiatrie ist sie sogar ein konstitutiver Kooperationspartner, ohne das sich dieses Paradigma – mit der Ausnahme der pädiatrischen Onkologie – bei den medizinischen Professionellen durchgesetzt hätte. Ganz im Gegensatz zu dieser Erkenntnis gilt die Familie auch heute noch als Störfaktor, der man eher ausweicht, als sie in irgendeiner, sei es in einer ritualisierten Form mit einzubeziehen (vgl. Mönkeberg-Tun 1983). Worin liegen hierfür die impliziten Hemmnisse auf der Ebene der Professionellen und der Organisation (Kinder-)Krankenhaus?

Hier nicht behandelt, aber abschließend bemerkt, fehlt es neben familialem und milieuspezifischem Wissen zur Kooperation mit den Patienten auch an kulturspezifischem Wissen über andere religiöse und ethnische Werte, Normen und Verhaltensmuster. Kleine Beispiele, die ebenfalls Beobachtungen aus den ersten Feldkontakten sind, sollen an dieser Stelle dafür reichen.

So ist Medizinern wie Pflegenden bei der Versorgung der beispielsweise immer größer werdenden Gruppe an muslimischen Patienten oft unklar, wie deren sittliche Regeln, z.B. zur Schmerzäußerung oder zu körperlichen Empfindungen, zu interpretieren sind. Weiterhin bestehen große Unsicherheiten, wie die Kommunikation zwischen den Ehepartnern gestaltet werden soll, da traditionell der Mann entscheidet, und wie diesen Patienten die Ausübung ihrer Religiosität in deutschen Krankenhäusern ermöglicht werden kann.

## Anmerkungen

- 1 Die Ausweitung der Professionen – und damit die etwas inflationär gebrauchte Bezeichnung Professionelle – ist nicht gleichzeitig durch die Oevermannsche Professionalisierungstheorie gedeckt – der Trend derartiger Selbstbetitulierungen und der Nachweis tatsächlich professionellen Handelns sind zweierlei Dinge.
- 2 Bei einer Nachtbefundung werden einem Patienten nachts Blut- oder Urinproben, um Befunde stellen zu können, entnommen. Bei bestimmten Krankheitsbildern sind zeitgenaue Entnahmen, also z.B. tags und nachts notwendig, in der Regel reicht aber eine Befundung bei Tag.

## Literatur

- Allert, T. (1998): Die Familie. Fallstudien zur Unverwüstlichkeit einer Lebensform, Berlin, New York.
- Ariès, P. (1982): Geschichte des Todes, München, S. 736-760.
- Bollinger, H., Gerlach, A., Pfadenhauer, M. (Hrsg.) (2005): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen, Frankfurt/M.
- Ewers, M./Schaeffer, D. (2005): Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase, Bern.
- Glaser, B. G./Strauss, A. L. (1974): Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige, Göttingen (engl. Original: Awareness of Dying, 1965).
- Goffman, E. (1972): Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Frankfurt/M.
- Haslbeck, J.W./Schaeffer, D. (2006): Palliative Care und Familie. Unterstützungsbedürfnisse von Angehörigen in der häuslichen Sterbebegleitung. In: Krankendienst 2/2006, S. 33-41.
- Klatetzki, T./Tacke, V. (Hrsg.) (2005): Organisation und Profession, Wiesbaden.
- Klotter, C. (1997): Psychologie des Bluthochdrucks. In: Weitkunat, R./Haisch, J./Kessler, M. (Hrsg.): Public Health und Gesundheitspsychologie, Bern.
- Lazega, E. (2005): A Theory of Collegiality and its Relevance for Understanding Professions and knowledge-intensive Organisations. In: Klatetzki, T./Tacke, V. (Hrsg.): Organisation und Profession, Wiesbaden, S. 221-251.
- Luhmann, N. (1999): Funktionen und Folgen formaler Organisationen, Berlin.
- Mönkeberg-Tun, E. (1983): Familie und Kinderkrankenhaus: Interaktions- u. Kommunikationsprozesse zwischen Krankenhauspersonal u. Familien am Beispiel ausgew. pädiatrischer Stationen, vorgel. von Mönkeberg-Tun, E./Rachel, B., Universität Göttingen, Diss.
- Mulsow, M./Stamm, M. (Hrsg.) (2005): Konstellationsforschung, Frankfurt/M.
- Oevermann, U. (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, A./Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns, Frankfurt/M., S. 70-182.
- Oevermann, U. (2001): Die Soziologie der Generationsbeziehungen und der Generationen aus strukturalistischer Sicht und ihre Bedeutung für die Schulpädagogik., In: Kramer,



- R.-T./Helsper, W./Busse, S. (Hrsg.), Pädagogische Generationsbeziehungen, Opladen, S. 78-126.
- Peter, C. (2006): Dicke Kinder. Fallrekonstruktionen zum sozialen Sinn der juvenilen Dickleibigkeit, Bern.
- Pfadenhauer, M. (Hrsg.) (2005): Professionelles Handeln, Wiesbaden.
- Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (Hrsg.) (2002): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung, Bern.
- Siegrist, J. (1988): Medizinische Soziologie, München.
- Stierlin, H./Rücker-Embden, I./Wetzel, N./Wirsching, M. (1977): Das erste Familiengespräch, Stuttgart.
- Tacke, V. (Hrsg.) (2001): Organisation und gesellschaftliche Differenzierung, Wiesbaden.
- Welter-Enderlin, R./Hildenbrand, B. (2004): Systemische Therapie als Begegnung, Stuttgart.
- Tagungen**
- RÜGEN-FORUM 2005 – 2. Medizinisch-philosophisches Wochenende auf Rügen: Neophänomenologische und soziale Aspekte der Adipositas im Kindes- und Jugendalter.
- RÜGEN-FORUM 2006 – 3. Medizinisch-philosophisches Wochenende auf Rügen: Interdisziplinäre Adiposilogie.