

Masterarbeit

**Konfliktmanagement bei Konflikten zwischen
ÄrztInnen und Pflegepersonen im
Krankenhaus**

eingereicht von

Bernadette Taucher, BSc.

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

unter der Anleitung von Betreuerin

Ao.Univ.-Prof.Drⁱⁿ.med.univ. Éva Rásky

Hirnsdorf, am 21.01.2018

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Hirnsdorf, am 21.01.2018

Bernadette Taucher eh.

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich allen Personen, die mich im Studium, sowie bei dieser Abschlussarbeit unterstützt haben, ein **herzliches Dankeschön** aussprechen.

Ein besonderer Dank gilt Frau Ao.Univ.-Prof.Drin.med.univ. Éva Ràsky, die die Betreuung der Masterarbeit mit meinem Wunschthema übernommen hat. Sie hat mich geduldig bei der Erstellung begleitet und immer Ihre rasche Unterstützung angeboten.

Des Weiteren möchte ich meinem Mann Michael unendlichen Dank aussprechen, der mich bereits seit Beginn des Studiums total unterstützt und immer wieder versucht hat, mich für diese Abschlussarbeit zu motivieren.

Bei meiner besten Freundin Silvia möchte ich mich ebenfalls herzlich bedanken. Sie hat mir die Studienzeit von Beginn an versüßt und ist mir auch nach den drei Bachelorjahren gemeinsamer Vorlesungen und Seminare, immer noch mit Rat und Tat zur Seite gestanden.

Außerdem möchte ich meinen gesamten Familienmitgliedern, die immer für mich da sind und mit denen man über alles sprechen kann, einen großen Dank aussprechen. Besonders möchte ich meinen Vater Alois und meine Mutter Monika hervorheben, ohne die das Studium gar nicht möglich gewesen wäre. Vielen Dank!

Um die Masterarbeit nun abschließen zu können, unterstützten mich Marianne, meine Mutter Monika und Maria wesentlich in der Kinderbetreuung meiner zwei Töchter. Dafür bin ich ebenfalls unendlich dankbar!

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	V
1 Einleitung.....	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Forschungsfragen	4
2 Methode.....	5
2.1 Suchstrategie	5
2.2 Ein- / Ausschlusskriterien	7
2.3 Trefferanzahl der Studien in den Datenbanken.....	8
3 Resultate.....	9
3.1 Bedeutung Konflikt / sozialer Konflikt	9
3.2 Konflikttheorien	10
3.2.1 Konfliktentstehung	10
3.2.2 Ursachen von Konflikten in Organisationen nach Mullins (2010).....	13
3.2.3 Konflikttypen	14
3.2.4 Konfliktverhalten nach Thomas-Kilmann	16
3.2.5 Eskalationsphasen eines Konflikts.....	16
3.3 Die Organisation Krankenhaus und ihre Bedeutung in Konflikten.....	19
3.3.1 Sozialgeschichtlicher Hintergrund eines Krankenhauses	19
3.3.2 Sozialstruktur und Aufbauorganisation eines Krankenhauses.....	20
3.4 Österreichisches Gesundheits- und Krankenpflegegesetz als Rahmenbedingung.....	23
3.4.1 Ausbildungsvoraussetzungen Pflege / ÄrztInnenschaft.....	23
3.4.2 Rechtliche Tätigkeitsregelungen.....	24
3.5 Konfliktauslöser zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen im Krankenhaus.....	25
3.5.1 Persönliche Ebene als Konfliktauslöser.....	25
3.5.2 Zwischenmenschliche Ebene der beiden Berufsgruppen als Konfliktauslöser	29
3.5.3 Organisationsebene als Konfliktauslöser.....	31
3.5.4 Soziale Rollen als Konfliktauslöser.....	34
3.6 Konfliktverhalten von Pflegepersonen und ÄrztInnen im Krankenhaus ...	36

3.7	Konfliktmanagement in Bezug auf Konfliktauslöser	40
3.7.1	Persönliche Ebene.....	40
3.7.2	Zwischenmenschliche Ebene für die in den beiden Berufsgruppen Tätigen.....	43
3.7.3	Organisationsebene.....	45
3.7.4	Ebene der Sozialen Rollen	50
3.8	Konfliktinterventionen laut Theorie von Glasl (2013)	51
4	Diskussion	55
5	Literaturverzeichnis.....	63

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vier Seiten einer Nachricht (eigene Darstellung modifiziert nach Schulz von Thun, 2005).....	12
Abbildung 2: Eskalationsstufen (eigene Darstellung modifiziert nach Glasl, 2013).....	17
Abbildung 3: Beispiel eines Organigramms im Krankenhaus (eigene Darstellung modifiziert nach Eckhardt, 2015).....	22
Abbildung 4: Matrixorganisation der Krankenhausleitung (eigene Darstellung modifiziert nach Leuzinger & Luterbacher, 2000).....	47

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Schlüsselwörter Datenbankrecherche	6
Tabelle 2: Trefferanzahl Datenbank Pubmed	8
Tabelle 3: Trefferanzahl Datenbank CINAHL	8
Tabelle 4: Interventionen nach Eskalationsphasen	52

ZUSAMMENFASSUNG

Überall wo Menschen zusammenarbeiten, kann es zu Konflikten kommen. Auch im Krankenhaus stellen Konflikte ein alltägliches Thema dar, da verschiedene Berufsgruppen miteinander kooperieren müssen, um den Auftrag der PatientInnenversorgung gewährleisten zu können. Im patientInnennahen Bereich sind Pflegepersonen und ÄrztInnen die Kernprofessionen, deren Zusammenarbeit im Hinblick auf die adäquate Betreuung und Behandlung der PatientInnen unerlässlich ist. Um mögliche Folgen von Konflikten zwischen diesen beiden Berufsgruppen, wie beispielsweise negative Behandlungsergebnisse der PatientInnen, Arbeitsunzufriedenheit, Berufswechsel der MitarbeiterInnen oder Imageschaden des Krankenhauses zu verhindern, sollte Konfliktmanagement in Krankenhäusern fester Bestandteil sein. In dieser Arbeit wird mittels Literaturrecherche und -analyse den Fragen nachgegangen, welche Faktoren / Prozesse zu Konflikten zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen im Krankenhaus führen können und welche Interventionen für die Konfliktreduktion und -bewältigung in der wissenschaftlichen Literatur als effektiv beschrieben werden. Den Konfliktauslösern wird dabei eine bedeutende Rolle zugeschrieben. So haben sowohl Aspekte der persönlichen, zwischenmenschlichen und organisatorischen Ebene, als auch die sozialen Rollen der beiden Berufsgruppen Konfliktpotential. Um eine effektive Intervention bei bestehenden Konflikten aussuchen zu können, ist es erforderlich die verschiedenen Ebenen der Konfliktauslöser zu analysieren sowie die Eskalationsphase, in der sich der Konflikt befindet, zu betrachten. Bei der geeigneten Interventionswahl kann nach der Konfliktmanagement - Theorie von Glasl (2013) vorgegangen werden. Wird ein bestehender Konflikt letztendlich gelöst, kann die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen sowohl effektiver als auch effizienter werden.

Von den EntscheidungsträgerInnen im Krankenhaus sollten jedoch vor allem präventive Ansätze genutzt werden, Konflikte zwischen ÄrztInnen und Pflegekräften zu verhindern, denn die Zusammenarbeit zwischen diesen Berufsgruppen kann nur funktionieren, wenn in der Kommunikation gegenseitiger Respekt und Wertschätzung die Grundlage darstellen.

ABSTRACT

Wherever people work together, conflicts can occur. Conflicts represent an everyday topic in hospitals, because different professions have to cooperate with each other to be able to ensure an adequate care for all patients. In the patient – related area there are nurses and physicians whose cooperation is essential in view of care and treatment of patients. Conflict management in hospitals should be a fixed component in order to prevent possible consequences, such as negative patient outcomes, job dissatisfaction, changes in staff or damage to the image of the hospital. The method of this master thesis is a literature review to examine the questions, which factors / processes can lead to conflicts between nurses and physicians in hospitals and which conflict management interventions are described as effective in the literature. Therefore causes of conflicts play an important role. So there are aspects of the personal, interpersonal and organizational level, as well as the social roles of the two professional groups potential for conflict. To be able to select an effective intervention for existing conflicts, the various labels of the causes of conflicts and the escalation phase, in which the conflict is taking place, should be analyzed. The appropriate choice of intervention can be based on the conflict management theory of Glasl (2013). If an existing conflict is actually resolved, the collaboration between the professions can be both more effective and more efficient. Especially, preventive approaches should be used by decision – makers in hospitals to prevent conflicts between nurses and physicians, because the basis of cooperation is respectful communication and appreciation between these professionals.

1 EINLEITUNG

1.1 Hintergrund

Einer Studie aus dem Jahr 2008 zu Folge, an der 5.000 MitarbeiterInnen aus Industrieunternehmen aus 9 verschiedenen Ländern teilnahmen, verbringen MitarbeiterInnen im Durchschnitt 2,8 Stunden pro Woche mit unterschiedlichen Konfliktbearbeitungen (Hayes, 2008). Aber nicht nur in Industrieunternehmen, sondern *„Überall dort, wo Menschen zusammentreffen, zusammenarbeiten, zusammenleben, Menschen betreut oder gepflegt werden, wo es hierarchische Ebenen und Strukturen gibt, gehören Konflikte zum beruflichen Alltag“* (Wehner, 2012). Die Reduktion von Konflikten stellt damit für Unternehmen eine Herausforderung dar (Mader, 2010).

Auch Spitäler können als Unternehmen aufgefasst werden. Das Krankenhaus als Organisation ist hierarchisch strukturiert und Autorität und Macht stehen in Wechselwirkung (Fuchs & Foidl, 2010). Es arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen miteinander, die von der kollegialen Führung, die aus der ärztlichen-, pflegerischen- und Verwaltungsdirektion besteht, operativ geleitet werden (Gesundheitsportal Redaktion, 2016). Alltägliche Spannungen und Konflikte treten auf, die zwischen Rollen und deren Gruppen, Funktions- oder Statusgruppen vorkommen können (Rohde, 1974). Nachdem im Krankenhaus das Wohl des Menschenlebens als Auftrag im Vordergrund steht und die vielfältigen Aufgaben nicht von einer Berufsgruppe alleine zu bewältigen sind, sondern immer auch andere RollenträgerInnen beteiligt sind, kann sich daraus eine verstärkte emotionale Anspannung und Reizbarkeit des Personals ergeben. Auch über die Struktur und Zuordnung des Personals können Konflikte im Krankenhaus entstehen. So kann beispielsweise die leitende OP-Schwester sowohl der OP-Besatzungsgruppe, der leitenden Pflegegruppe als auch der Gruppe zugehören, die bereits lange Jahre im Krankenhaus tätig sind (Rohde, 1974). Das heißt, dass dadurch sich Rollenkonflikte für die Schwester selbst ergeben können, aber auch für die MitarbeiterInnen und KollegInnen. Konflikte sind daher im Krankenhaus alltäglich (Wehner, 2012).

In dieser Masterthesis liegt der Fokus der Analyse vor allem auf Konflikte zwischen den beiden Berufsgruppen ÄrztlInnenschaft und Pflege, und hier insbesondere auf den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege.

Denn diese beiden Berufsgruppen sind die Kernprofessionen im Krankenhaus, die im patientInnennahen Bereich arbeiten (Hibbeler, 2011) und deren Zusammenarbeit entscheidend für die Qualität im Behandlungsprozess ist (Leever, et al., 2010).

In der wissenschaftlichen Literatur liegt der Fokus oft auf Konflikten zwischen ÄrztInnen und PatientInnen oder Pflegepersonen und PatientInnen, kaum werden Konflikte zwischen ÄrztInnen und Pflegepersonen untersucht (Fuchs & Foidl, 2010; Hibbeler, 2011). In der alltäglichen Zusammenarbeit sind allerdings Konflikte zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen ein zentrales Thema (Grahmann & Gutwetter, 2002; Moron, 2006), denn es gibt in der komplexen Zusammenarbeit eine hohe Konflikanfälligkeit (Bartholomeyczik, et al., 2008; Fuchs & Foidl, 2010). Nicht zuletzt wird dadurch die PatientInnenversorgung negativ beeinflusst (Beitlich, 2006; Leever, et al., 2010). Obwohl sich die Machtverhältnisse zwischen diesen beiden Berufsgruppen in den letzten Jahren aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen etwas zugunsten der diplomierten Pflegepersonen verschoben haben (Grahmann & Gutwetter, 2002), haben ÄrztInnen weiterhin Positions- und ExpertInnenmacht (Dahlgaard, 2010). Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) war bis August 2016 sowohl der eigenverantwortliche, als auch der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege geregelt. Im §15 GuKG wurde festgelegt, dass nach ärztlicher Anordnung bei medizinisch-diagnostischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen die Durchführungsverantwortung gegeben ist (§15 GuKG, 1997). 2016 wurde das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz geändert, in dem nun von Kompetenzen die Rede ist. Hier sind bei der Zusammenarbeit zwischen Pflege und ÄrztInnenschaft vor allem die im §15 angegebenen „Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie“ für Pflegekräfte des gehobenen Dienstes bedeutend (§15 GuKG, 2016). Bisher haben ÄrztInnen Pflegepersonen Anweisungen gegeben und damit Macht ausgeübt. Auch wurde dadurch das Wissen der Pflegekräfte nicht genutzt, obwohl es für die medizinische Diagnostik und Therapie Bedeutung haben könnte (Grahmann & Gutwetter, 2002; Kursawe & Guggenberger, 2013).

Trotz bestehender kollegialen Führung von ÄrztInnen und Pflegekräften, haben ÄrztInnen noch immer mehr ansehen und sie dominieren in Entscheidungen und erhalten mehr Lohn (Grahmann & Gutwetter, 2002).

Dies kann mit der langen akademischen Ausbildung der ÄrztInnen zusammenhängen, welche die Pflegekräfte nicht haben (Hibbeler, 2011). Aufgrund dessen wird die ÄrztInnenschaft möglicherweise hierarchisch „oben“ und die Pflege als untergeordnet gesehen (Kesselring, 2005). Insgesamt gibt es mehr Pflegekräfte in Österreich als ÄrztInnen. In den Krankenanstalten sind 58.026 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und 24.099 ÄrztInnen im Einsatz (Statistik Austria, Stand 2014).

Die Ergebnisse von Ogbimi & Adebamowo (2006) zeigen, dass es einen Zusammenhang bei Konflikten zwischen den in den beiden Berufsgruppen Tätigen und den Behandlungsergebnissen gibt (Ogbimi & Adebamowo, 2006). Aber nicht nur für PatientInnen können Konflikte Auswirkungen haben. Auch für die in der Krankenpflege Tätigen hat es Auswirkungen. Als Ursache werden Konflikte mit der ÄrztInnenschaft als Belastungs- beziehungsweise Stressfaktoren angegeben (Scholz, 1999; Stratmeyer, 2002; Xianyu & Lambert, 2006), die häufig mit negativen Gefühlen, wie Angst und Furcht verbunden sind (Guidroz, et al., 2012). Unbearbeitete Konflikte wiederum können zu innerer Resignation von MitarbeiterInnen führen (Weimann & Weimann, 2012). Damit steigt das Burnout-Risiko und die Arbeitsunzufriedenheit. Dies kann wiederum möglicherweise Berufswechsel zu Folge haben (Guidroz, et al., 2012). Nicht zuletzt können Konflikte das Image des Krankenhauses schädigen (Weimann & Weimann, 2012). Neben den versteckten Konfliktkosten (Beitlich, 2006), Fehler treten häufiger auf, können diese auch beispielsweise durch Kündigung, offensichtlich werden (Wehner, 2012).

Aus all diesen genannten Gründen ist ein effektives Konfliktmanagement zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen in Krankenhäusern unerlässlich.

1.2 Forschungsfragen

Für diese Masterthesis leiten sich daher folgende Forschungsfragen ab:

1. Welche Faktoren / Prozesse können zu Konflikten zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen im Krankenhaus führen?
2. Welche Interventionen werden in der wissenschaftlichen Literatur für die Konfliktreduktion und -bewältigung als effektiv beschrieben?

2 METHODE

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde für diese Arbeit die Literaturrecherche und -analyse gewählt.

2.1 Suchstrategie

Die Literaturrecherche begann im Juli 2016 und wurde schlussendlich am 01.01.2017 beendet. Zu Beginn wurden Konflikttheorien gesichtet, um den theoretischen Rahmen dieser Masterarbeit konkretisieren zu können. Um Konflikttheorien, die auf dieses spezielle Themengebiet anwendbar sind, herauskristallisieren zu können, wurde sowohl in Fachbüchern, in Datenbanken als auch in Internetquellen mit den Schlüsselwörtern „Theorie Konflikt Pflege Arzt“ beziehungsweise „conflict theory nurse physician“ recherchiert.

Des Weiteren wurden zur Beantwortung der Forschungsfragen relevante Schlüsselwörter gesucht, die für internationale Datenbanken passend sind. Dafür kamen unterschiedliche Begriffe in der Datenbank Pubmed, auch unter Verwendung der MeSh - Funktion zum Einsatz. Dabei erfolgte zuerst die Eingabe von allgemein gehaltenen Begriffen, wie „conflict AND hospital“, „health professional AND conflict“ und „health personnel AND conflict“. Die Trefferquoten bei diesen Schlüsselwörtern sind hoch, doch die Themengebiete so breit gefächert, dass für eine weitere Recherche zum Thema der Arbeit das Festlegen von konkreteren Schlüsselwörtern unumgänglich war.

Eine weitere Strategie war, mittels „Pubmed Clinical Queries“ systematische Reviews zum Themengebiet zu suchen, um in den Referenzen die meist verwendeten Schlüsselwörter zu finden und für die genaue Suche aufzunehmen. Dabei kamen die Wörter „health professional AND conflict“, „health personnel AND conflict“, „physician-nurse relation“, „nurse AND physician AND communication“, „nurse AND physician AND conflict“, „interprofessional conflict“, „nurse AND physician AND collaboration“, „interprofessional teamwork“, „conflict management AND hospital“, „conflict intervention AND hospital“ und „conflict resolution AND hospital“ zum Einsatz. Diese Suche führte ebenfalls nicht zum gewünschten Erfolg, da die Inhalte nicht dem Themengebiet dieser Arbeit entsprachen.

Unter den Schlüsselwörtern „causes of conflict AND hospital“ wurde ein Review gefunden, wo Schlüsselwörter wie „predictors“ und „antecedents“ verwendet wurden. Diese wurden aufgegriffen und in den Datenbanken Pubmed und CINAHL für die Recherche genutzt, wobei in CINAHL die Recherche mit diesen beiden Schlüsselwörtern keine Treffer erzielte.

Um nun Schlüsselwörter zu finden, die für das Thema dieser Arbeit von Bedeutung waren, wurden verschiedenste Kombinationen in diesen beiden Datenbanken ausprobiert. Bei den Schlüsselwörtern „causes AND conflict AND hospital“ waren in Pubmed keine relevante Studie enthalten, bei „antecedents of conflict AND hospital“ ebenfalls keine, die nicht schon in der vorherigen Suche gefunden worden sind.

Folgende konkrete Schlüsselwörter in den Datenbanken Pubmed und CINAHL führten schlussendlich zu Studien, die die Thematik Konflikte zwischen Pflegeperson und ÄrztInnenschaft in Krankenhäusern aufgegriffen haben und somit als zum Thema passend erachtet wurden:

Tabelle 1: Übersicht Schlüsselwörter Datenbankrecherche

Datenbank	Schlüsselwörter
Pubmed	physician AND nurse AND conflict
	doctor AND nurse AND conflict
	„physician-nurse relations“ [MeSh] AND conflict
	hospital AND „conflict management“
	hospital AND „conflict intervention“
	interprofessional conflict resolution
	predictors of conflict AND hospital
CINAHL	physician AND nurse AND conflict
	hospital AND conflict management
	hospital AND conflict intervention

Des Weiteren wurde für die Recherche eine Handsuche von Artikeln in Zeitschriften der elektronischen Zeitschriftenbibliothek der Medizinischen Universität Graz und über google scholar, sowie Referenzsuche durchgeführt, um graue Literatur auch zu integrieren. Fachbücher konnten mittels Bibliothekskatalog und Internetrecherche auffindig gemacht werden.

2.2 Ein- / Ausschlusskriterien

Eingeschränkt wurde die Suche auf englisch- oder deutschsprachige Artikel die in den letzten 20 Jahren (von 01.01.1997 bis 31.12.2016) veröffentlicht wurden, ausgenommen Grundlagenliteratur.

Die Schlüsselwörter mussten bei Pubmed im Titel oder Abstract und bei CINAHL im „subject heading“ vorhanden sein um die Trefferquote des genauen Themas zu erhöhen. Außerdem war der Zugriff auf den Volltext der wissenschaftlichen Literatur Voraussetzung für die Analyse.

Ausgeschlossen wurden Artikel, die sich mit ethischen Konflikten von PatientInnenbehandlungen auseinandersetzen, die sich mit Konflikten und deren Interventionen in der Ausbildung von Pflegepersonen oder ÄrztInnen beschäftigten und solche, die Konfliktmanagement zwischen PatientInnen und diesen Berufsgruppen behandelten.

Studien, die sich mit Konflikten zwischen Pflege und ÄrztInnenschaft in Fernsehsendungen auseinandersetzen, wurden ebenfalls nicht in diese Masterthesis integriert, da sich diese Arbeit von Anfang an ausschließlich auf die reale Situation zwischen Pflege und ÄrztInnen beziehen sollte. Ausgeschlossen wurden außerdem Studien über Reliabilität- und Validitätsmessung eines Fragebogens oder Studien, die sich auf ein anderes Setting als im Krankenhaus bezogen.

Ein weiteres Ausschlusskriterium waren wissenschaftliche Artikel, bei denen keine Methode herauszulesen war oder kein Abstract zur Verfügung stand, denn damit konnte die tatsächliche Relevanz für diese Arbeit nicht beurteilt werden.

2.3 Trefferanzahl der Studien in den Datenbanken

Tabelle 2: Trefferanzahl Datenbank Pubmed

Schlüsselwörter	Anzahl Treffer	aufgrund Titel ausgeschlossen	aufgrund Abstract ausgeschlossen	aufgrund Volltext ausgeschlossen	eingeschlossen
physician AND nurse AND conflict	47	18	17	5	7
doctor AND nurse AND conflict	17	4	11	1	1
„physician-nurse relations“ [MeSh] AND conflict	55	20	21	3 (9*)	2
hospital AND „conflict management“	18	3	10	2(1*)	2
hospital AND „conflict intervention“	1	0	0	0	1
interprofessional conflict resolution	25	7	14	(2*)	1
predictors of conflict AND hospital	35	21	13	1	0

Tabelle 3: Trefferanzahl Datenbank CINAHL

Schlüsselwörter	Anzahl Treffer	aufgrund Titel ausgeschlossen	aufgrund Abstract ausgeschlossen	aufgrund Volltext ausgeschlossen	eingeschlossen
physician AND nurse AND conflict	74	30	32	1 (6*)	5
hospital AND conflict management	51	22	27	1	1
hospital AND conflict intervention	1	0	1	0	0

In der Datenbank CINAHL ergaben die übrigen Schlüsselwörter, die in PubMed eingegeben wurden, keine Treffer, weshalb sie in der *Tabelle 3* nicht angeführt sind.

* Diese Zahl gibt die Anzahl der Studien an, die in der vorherigen Suche bereits gefunden wurden und deren Volltext gelesen wurde.

3 RESULTATE

In diesem Kapitel werden nun die Resultate der Literaturrecherche und -analyse aufgezeigt, wobei als Erstes der Begriff „Konflikt“ und anschließend für das Thema relevante Theorien vorgestellt werden. Nach dem Darlegen der Rahmenbedingungen, wie die Organisationsstruktur eines Krankenhauses und die gesetzlichen Voraussetzungen, werden die Konfliktauslöser zwischen den beiden Berufsgruppen Pflege und ÄrztInnenschaft konkret beleuchtet. Des Weiteren werden Ergebnisse über das Verhalten der beiden Berufsgruppen innerhalb eines Konfliktes erläutert und am Ende des Kapitels Interventionen zum Konfliktmanagement genannt. Sowohl Konfliktauslöser, Konfliktverhalten als auch Konfliktmanagement werden mit den ausgewählten Theorien in den jeweiligen Kapiteln in Verbindung gesetzt.

3.1 Bedeutung Konflikt / sozialer Konflikt

„Ein Konflikt beschreibt den <<Zusammenstoß>> einer oder mehrerer Personen bzw. einer oder mehrerer Gruppen“ (Wehner, 2012).

Es gibt viele unterschiedliche Definitionen des Begriffs „Konflikt“ in der Literatur. Eine bestimmte soziale Situation kann als Konflikt wahrgenommen werden, aber nicht jede Meinungsverschiedenheit wird sogleich als dieser bezeichnet. Der gesellschaftliche und kulturelle Hintergrund hat Einfluss darauf, was nun als Konflikt bezeichnet wird und was nicht (Bonacker, 2008).

Schwarz (2010) lässt sich auf die Definition des Begriffes „Konflikt“ gar nicht ein, sondern weist auf die Frage des Sinns von Konflikten hin. Beispielsweise werden durch Konflikte Unterschiede aufgezeigt, die positiv genutzt werden können. Sie können aber auch zu einer Vereinheitlichung einer Gruppe von Nutzen sein. Wichtig ist, dass diese beiden Sinnaspekte im Gleichgewicht stehen und beim Versuch, den Sinn eines Konfliktes zu verstehen, berücksichtigt werden (Schwarz, 2010).

Auch Schulz (2012) spricht von positiven und negativen Elementen in Konflikten. Wird ein Konflikt ausgetragen und behoben, kann die Zusammenarbeit einen Aufschwung erleben, neue Ideen und neuer Mut können sich entwickeln.

Generell sind Konfliktsituationen aber mit negativen Gefühlen behaftet, was auch zu negativen Folgen führen kann (Schulz, 2012). Die negativen Gesichtspunkte werden bei den meisten Konflikten mehr beachtet (Kanning, 1997).

Für diese Arbeit soll der soziale Konflikt bearbeitet werden, der von Glasl (2013) folgenderweise definiert wird:

„Sozialer Konflikt ist eine Interaktion

- *zwischen Aktoren (Individuen, Gruppen, Organisationen usw.),*
- *wobei wenigstens ein Akteur*
- *eine Differenz bzw. Unvereinbarkeiten im Wahrnehmen und im Denken bzw. Vorstellen und im Fühlen und im Wollen*
- *mit dem anderen Akteur (den anderen Akteuren) in der Art erlebt,*
- *dass beim Verwirklichen dessen, was der Akteur denkt, fühlt oder will eine Beeinträchtigung*
- *durch einen anderen Akteur (die anderen Akteuren) erfolge“.*

In dieser Definition wird vorallem verdeutlicht, dass mindestens ein „Akteur“ den Konflikt als solches erlebt und danach sein Handeln ausrichtet, sein Denken, Fühlen und Wollen dementsprechend beeinträchtigt sind (Glasl, 2013).

3.2 Konflikttheorien

„Aufgabe sozialwissenschaftlicher Konflikttheorien ist es, die Entstehung, den Wandel und die Lösung sozialer Konflikte zu erklären“ (Kunz, 2008).

Es wurden im Laufe der Zeit viele Konflikttheorien auf sozialwissenschaftlicher Basis entwickelt, wobei für diese Arbeit in diesem Kapitel relevante Aspekte mehrerer Theorien aufgegriffen wurden, die für die Fragestellungen von Bedeutung sind und am sinnvollsten erachtet wurden.

3.2.1 Konfliktentstehung

Es gibt eine Vielzahl an Theorien, die die Konfliktentstehung zum Thema machen.

Beispielsweise werden als häufige Ursache für die Konfliktentstehung aus Sicht der „Rational Choice“ – Theorie die nicht beabsichtigten Folgen der absichtlichen Handlungen gesehen (Kunz, 2008). Die Konflikttheorie der Theorie der Sozialen Identität bezieht sich auf soziale Konflikte in Gruppen.

Sie besagt, dass soziale Konflikte innerhalb von Gruppen entstehen, um die soziale Identität der beteiligten Personen auszuhandeln. Das bedeutet, je größer die wahrgenommene Bedrohung der Identität ist und je stärker die Individuen sich mit der eigenen Gruppe identifizieren, umso größer ist das Konfliktpotential (Zick, 2008).

Zur Erklärung der Konfliktentstehung bei Konflikten zwischen ÄrztInnenschaft und Pflege wird in der Literatur oft die allgemeine Psychologie der Kommunikation von Schulz von Thun als Standardwerk herangezogen (Scholz, 1999; Moron, 2006; Fuchs & Foidl, 2010; Wehner, 2012). Theorien, die sich ausschließlich dem Thema Konflikte im Krankenhaus oder zwischen Pflege und ÄrztInnenschaft widmen, wurden in der Literatur nicht gefunden, weshalb das psychologische Modell von Schulz von Thun (Schulz von Thun, 2005) auch für diese Arbeit als Grundlage der zwischenmenschlichen Ebene gesehen wird.

Zwischenmenschliche Kommunikation funktioniert zwischen dem/der SenderIn, die Person die die Mitteilung von sich gibt und dem/der EmpfängerIn, der/die versucht, die Nachricht zu entschlüsseln. Da es jedoch vier Seiten einer Nachricht gibt, können viele Botschaften in einer Nachricht verankert sein. Zunächst gibt es einen Sachinhalt, der beschreibt, worüber man informiert. Des Weiteren beschreibt Schulz von Thun (2005) eine Selbstoffenbarungsseite, die eine Information des/der SenderIn beinhaltet, beispielsweise, dass die Person deutschsprachig ist. Die dritte Seite enthält die Beziehung zwischen SenderIn und EmpfängerIn, denn es schwingt durch Tonfall, Formulierungen und anderen Signalen bei jeder Nachricht mit, wie der/die SenderIn zum/zur EmpfängerIn steht (Schulz von Thun, 2005). Vor allem die Beziehungsseite und die unterschiedliche emotionale Situation werden auch im Gesundheitsbereich oft mitgetragen (Scholz, 1999). Zuletzt ist noch die Appellseite zu nennen, die aussagt, wozu der/die SenderIn den/der EmpfängerIn veranlassen möchte (Schulz von Thun, 2005).

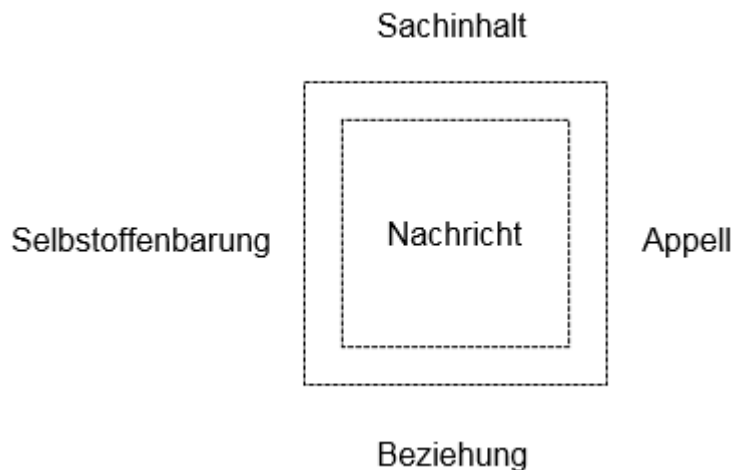


Abbildung 1: Vier Seiten einer Nachricht (eigene Darstellung modifiziert nach Schulz von Thun, 2005)

Beispielsweise, wenn ein/e ÄrztIn gegenüber einer Pflegeperson folgende Aussage trifft: „Der Patient in Zimmer Nummer 13 hatte seine Infusion noch nicht.“, könnten vier Botschaften enthalten sein:

- Sachinhalt: „Der Patient in Zimmer Nummer 13 benötigt eine Infusion.“
- Selbstoffenbarungsseite: „Ich bin gerade im Stress.“
- Beziehungsseite: „Ich bin befugt, Ihnen dies anzuweisen.“
- Appellseite: „Geben Sie dem Patienten in Zimmer Nummer 13 seine Infusion“ (Moron, 2006).

Damit der/die EmpfängerIn die Nachricht verstehen kann, ist es von Bedeutung, dass Mimik, Gestik beziehungsweise die nonverbale Kommunikation und das Gesprochene, dazu gehören auch die Art der Formulierung und der Tonfall, vom/von der SenderIn, stimmig (kongruent) sind. Ist dies nicht der Fall, kann es zu Verwirrungen kommen.

Bei jeder einzelnen Nachricht hat der/die EmpfängerIn die Aufgabe, alle Seiten zu hören, denn der folgende Gesprächsverlauf wird unterschiedlich beeinflusst, je nachdem welcher Seite er/sie besonderer Aufmerksamkeit widmet. Die Interaktion zwischen Personen hat dementsprechend eine Wechselwirkung und kann gestört werden, indem eine spezielle Nachrichtenseite bevorzugt gehört wird und/oder andere Seiten vom/von der EmpfängerIn ausgeschaltet werden.

Es kann also vorkommen, dass die Nachricht anders vernommen wird, als sie gemeint war und beim/bei der EmpfängerIn eine emotionale Reaktion hervorruft, die der/die SenderIn nicht verstehen kann (Schulz von Thun, 2005).

Am oben genannten Beispiel gilt es demnach zu hinterfragen, ob die Pflegeperson die Nachricht interpretiert, wie sie der/die ÄrztIn gemeint hat. Weiß sie beispielsweise, welche Infusion gemeint ist, nimmt sie den/die ÄrztIn als gestresst oder sogar als überheblich wahr und stimmt sie zu, dass sie von ihm/ihr Anweisungen erhalten kann? Die Appellseite, die in diesem Fall für den weiteren Verlauf der Tätigkeit relevant ist, wird von sachlicher und persönlicher Ebene beeinflusst, sollte jedoch einheitlich interpretiert werden (Moron, 2006).

In einer gestressten Situation kann ein Missverstehen sich in weiterer Folge schnell zu einem Konflikt entwickeln (Wehner, 2012).

Nachdem diese Theorie für die zwischenmenschliche Ebene eine Erklärung für die Konfliktentstehung liefert, die Organisationsebene aber nicht näher betrachtet, ist eine weitere Theorie für die Konfliktentstehung bei Konflikten zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnenschaft im Krankenhaus notwendig.

3.2.2 Ursachen von Konflikten in Organisationen nach Mullins (2010)

Es gibt viele theoretische Ursachen für Konflikte in Organisationen. In dieser Arbeit wird für die Organisation Krankenhaus beispielsweise die Einteilung nach Mullins (2010) vorgestellt, der 8 mögliche Ursachen von Konflikten in Organisationen benennt. Er selbst trifft aber die Aussage, dass noch viele andere Ursachen möglich sind.

- Individuelle Wahrnehmungsunterschiede „differences in perception“ nennt er eine Ursache, die besagt, dass ein jeder Mensch eine Situation unterschiedlich wahrnimmt. Die bisherigen Erfahrungen, Wertvorstellungen und Einstellungen haben Einfluss darauf. Was für die eine Person komplett harmlos wirkt, kann für eine andere bereits ein Konfliktpotential mit sich bringen.

- Mit begrenzten Ressourcen „limited resources“ ist gemeint, dass es in Organisationen öfters zu Situationen kommen kann, dass mehrere Personen oder Gruppen die gleichen Ressourcen benötigen würden, diese aber nicht gleichzeitig zur Verfügung stehen. Dadurch kann schnell ein Konkurrenzkonflikt entstehen.
- Als Zergliederung der Organisation „departmentalisation and specialisation“ bezeichnet er, dass viele Organisationen beispielsweise in Abteilungen, EntscheidungsträgerInnen oder Verantwortlichkeiten aufgeteilt werden. Je größer die Aufteilung ist, desto mehr Konfliktpotential entsteht, da dies die Zusammenarbeit zwischen den Organisationseinheiten erschwert.
- Voneinander abhängige Arbeit „the nature of work activities“ beschreibt, dass wenn Arbeitsschritte von Vorarbeiten abhängig sind, ein erhöhtes Konfliktpotential entsteht. Sollten außerdem unterschiedliche Ziele vorhanden sein, wird die Zusammenarbeit noch zusätzlich erschwert.
- Rollenkonflikte „role conflict“ können auftreten, da Personen innerhalb der Organisationsstruktur bestimmte Rollen einnehmen und sich dementsprechend verhalten.
- Unfaire Behandlung „inequitable treatment“ bedeutet, dass wenn sich eine Person unfair behandelt fühlt, dies zu einem Konflikt führen kann.
- Die Verletzung des Territoriums „violation of territory“ bezeichnet Mullins (2010) eine weitere Ursache. Dabei liegt von jemanden das Gefühl vor, dass in den persönlichen Bereich eingegriffen wird. Der persönliche Bereich ist dabei im weitesten Sinne zu verstehen. Das können bestimmte Situationen sein, beispielsweise dass eine Arbeit ohne hinterfragen abgeändert wird, oder auch ein Eingriff in einen lokalen Bereich, zum Beispiel dem Büroplatz.
- Veränderung der Umwelt „environmental change“ weist auf Veränderungen der Organisation durch externe Vorgaben hin, wie zum Beispiel Gesetzesänderungen, was zu Konflikten führen kann (Mullins, 2010).

3.2.3 Konflikttypen

Die Einteilung in Konflikttypen wird in der Literatur nicht einheitlich dargestellt, sondern je nach Hintergrund und Auffassung von TheoretikerInnen unterschieden.

Die Einteilung in Typen hat aber Bedeutung, wenn man die grobe Struktur eines Konfliktes erkennen und darauf ausgerichtete Interventionen auswählen möchte (Kanning, 1997; Schwarz, 2010; Glasl, 2013). In diesem Kapitel werden ein paar Typen herausgegriffen und beschrieben, die für das Thema relevant erscheinen.

Von Mikrokonflikten wird gesprochen, wenn ein Konflikt im kleinen Rahmen zwischen einzelnen Personen oder in kleinen Gruppen ausgetragen wird. Auf der Mesoebene könnte ein Konflikt kommen, wenn beispielsweise die Gruppe Pflegekräfte und die Gruppe ÄrztInnen eines Krankenhauses aneinandergeraten. Sollte bereits der Eingriff anderer Organe vorherrschen, zum Beispiel Vertretungen der Berufsgruppen konfrontieren, wird der Konflikt im makrosozialen Rahmen ausgetragen (Anhut, 2008; Glasl, 2013). Makrokonflikte beeinflussen zwar die Organisation Krankenhaus, werden in dieser Masterarbeit jedoch nicht spezifisch bearbeitet, da als Rahmen die Organisation Krankenhaus gesteckt wurde.

Glasl (2013) beschreibt unter anderem die Einteilung in heiße und kalte Konflikte. Ein heißer Konflikt ist dann zugegen, wenn die Konfliktparteien ihr Ideal mit Begeisterung erreichen wollen und dabei aufeinanderstoßen. Die Gegenseite wird, um an das Ziel heranzukommen, überrollt, obwohl dies nicht die vorwiegende Absicht ist. Bei heißen Konflikten sind die Konfliktparteien so von ihrer Idealvorstellung überzeugt, dass keine andere Meinung zugelassen wird. Die Konfrontationen sind meistens kurz aber heftig. Der Schaden, der bei der anderen Partei verursacht wird, ist bewusst, wird dabei aber nicht weiter beachtet. Häufig treten durch heiße Konflikte Führungspersönlichkeiten in den Vordergrund, die die Vorstellungen stark vertreten. Im kalten Konflikt tritt genau das Gegenteil auf, denn die Ziele werden nicht einmal innerhalb der Parteien gemeinsam verfolgt. Die Frustration reicht so weit, dass die Personen sich für nichts mehr motivieren können. Die Kommunikation unter den ParteigegnerInnen ist eisig und eher stockend, das Selbstwertgefühl wird nach und nach geringer bis es kaum mehr existiert. Die Gegenpartei wird jedoch noch viel negativer dargestellt als die eigene. Führungspositionen, die die Werte vertreten, kommen kaum zum Vorschein (Glasl, 2013).

Kanning (1997) weist auf den Typus „Machtverteilung“ hin. Diese kann symmetrisch sein, wenn beide Konfliktparteien die ungefähr gleich starke Macht bei der Durchsetzung ihrer Interessen haben.

Als unsymmetrisch wird ein Konflikt bezeichnet, deren Parteien große Unterschiede im Machtverhalten aufweisen (Kanning, 1997), wie sie beispielsweise zwischen ÄrztInnenschaft und Pflegekräften immer noch besteht (Fuchs & Foidl, 2010).

3.2.4 Konfliktverhalten nach Thomas-Kilmann

Als theoretische Grundlage im Konfliktverhalten wird in der Literatur mehrmalig das Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument genannt (Kanning, 1997; Hendel, et al., 2007; Boone, et al., 2008; Leever, et al., 2010). Dieses Modell besagt, dass es zwei Dimensionen des Konfliktverhaltens gibt. Die erste Dimension entspricht dem Ausmaß, die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen („assertiveness“) und die zweite Dimension, dem Ausmaß die Bedürfnisse der gegnerischen Konfliktpartei befriedigen zu wollen („cooperativeness“). Orientiert sich eine Konfliktpartei weder am Einen noch am Anderen stark, wird dieses Verhalten als „Vermeidung“ („avoiding“) bezeichnet. Dem Konflikt wird aus dem Weg gegangen. Bezieht sich hingegen die Orientierung stark an den eigenen Interessen, lässt die Bedürfnisse der anderen Konfliktpartei links liegen, wird dieses Verhalten „Wettbewerb“ („competing“) genannt. Als „Akkomodation“ („accommodating“) wird genau das Gegenteil angeführt. Die Konfliktpartei stellt die Bedürfnisse der Gegenpartei in den Vordergrund und beachtet die eigenen Interessen nur schwach, also passt sich der anderen Partei an. Die „Kooperation“ („collaborating“) bezieht sich auf beide Konfliktparteien und wird dann gelebt, wenn die Ziele beider Parteien beachtet und umgesetzt werden. Ein „Kompromiss“ („compromising“) liegt schließlich dann vor, wenn die beiden Dimensionen „assertiveness“ und „cooperativeness“ nur moderat durchgesetzt werden (Kanning, 1997; Thomas & Kilmann, 2015). „collaborating“ wird als „win-win“ – Situation beschrieben und deshalb von Hendel et al. (2007) als beste Variante bezeichnet (Hendel, et al., 2007), wohingegen Northam (2009) Kompromiss als die beste Variante bezeichnet, um eine Konfliktlösung herbeiführen zu können (Northam, 2009).

3.2.5 Eskalationsphasen eines Konflikts

Theorien, um Konflikte zu managen gibt es einige (Schwarz, 2010; Schulz, 2012; Glasl, 2013). Um ein erfolgreiches Konfliktmanagement einsetzen zu können, ist es notwendig zu wissen, wie ein Konflikt eskalieren kann (Weimann & Weimann, 2012).

Das Phasenmodell der Eskalation nach Glasl (2013) hat sich in der Literatur zu diesem Thema als Erklärungsmodell durchgesetzt (Beitlich, 2006; Roscher, 2008; Ospelt, 2014), weshalb dieses Modell hier näher erläutert wird.

Laut Glasl (2013) gibt es 9 Stufen der Konflikteskalation, die 3 Ebenen umfassen. Die Win-Win-Ebene bezieht sich auf die ersten 3 Stufen, die Win-Lose-Ebene auf die 4. bis 6. Stufe und die Lose-Lose-Ebene auf die Stufen 7 bis 9.

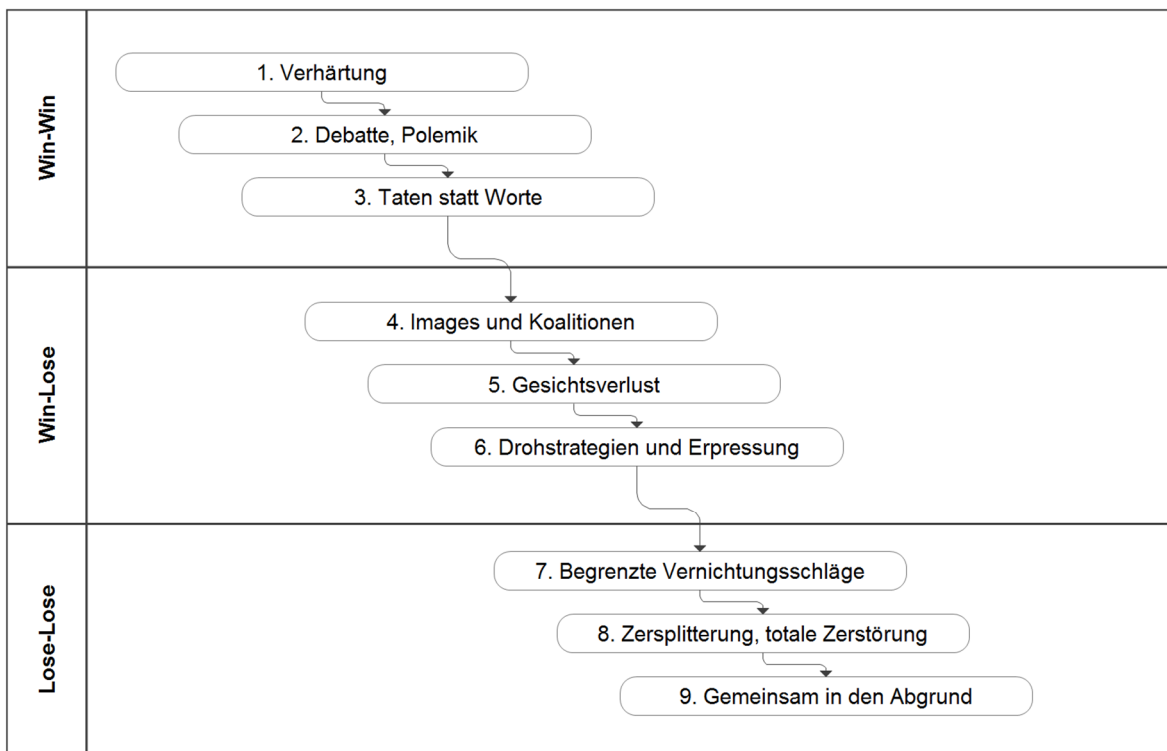


Abbildung 2: Eskalationsstufen (eigene Darstellung modifiziert nach Glasl, 2013)

Die 1. Stufe wird Verhärtung genannt, da die Konfliktparteien im Gegensatz zu gelegentlich auftretenden Spannungen auf ihre Standpunkte beharren und ihr Verhalten sich bereits weniger offen darstellt. Es werden in dieser 1. Stufe Ereignisse etwas verzerrt, um die eigene Konfliktpartei hervortreten zu lassen. Positives wird von der eigenen Gruppe eher wahrgenommen und im Laufe des Konflikts kristallisieren sich Rollen heraus, wie beispielsweise eine Person, die viele Argumente liefert. Es treten immer wieder Reibungsmomente auf, die von den Parteien als solche erkannt und als Energie- und Zeitverlust gesehen werden. Die Wahrnehmung solcher Störungsmomente ist erhöht und doch sind sich die Parteien einig, dass mit Gesprächen diese Spannungen abgebaut werden können.

Auf die 2. Stufe Debatte und Polemik fällt der Konflikt, wenn die Parteien die gelegentlichen Störungsmomente nicht durch Gespräche lösen können, sondern zu härteren Mitteln greifen. Sie wissen zwar, dass gemeinsame Ziele vorherrschen, möchten aber ihren Standpunkt durchsetzen. Die Konfliktparteien konkurrieren miteinander und die Reizbarkeit steigt. Ihr Handeln ist darauf ausgerichtet, dass der Standpunkt der Gegenpartei soziale Folgen haben könnte.

Taten statt Worte bezeichnet die Stufe 3, in der die Parteien zur Meinung kommen, dass allein Gespräche zu keinem Ziel führen. Es werden Taten gesetzt und die Konfrontation mit Handlungen ausgetragen. Innerhalb der Gruppen weitet sich das Zusammengehörigkeitsgefühl aus. Eigene Fachausdrücke werden dazu verwendet, sich von der anderen Partei abzugrenzen. Die non-verbale Kommunikation tritt in den Vordergrund, wodurch sich weitere Missverständnisse abzeichnen. In der Beziehung zwischen den Parteien verschwindet die Empathie. Bestimmte Personen treten in Rollen vermehrt in den Vordergrund.

Bei Konflikten im Stadium 4 geht es um den eigenen Sieg und die Niederlage der Gegenpartei (Win-Lose-Ebene). Die Gedanken drehen sich nur um schwarz – weiß beziehungsweise ob man dafür oder dagegen ist. Die Feindseligkeit gegenüber der Gegenpartei wird immer aggressiver, sie wird in eine negative Rolle gedrängt. Provokationen stehen an der Tagesordnung.

Die Stufe 5 wird als Gesichtsverlust bezeichnet, der als plötzliches Gefühl zum Vorschein kommt, die andere Partei zur Gänze durchschauen zu können. Die Identität der Gegenpartei wird angezweifelt und rückt in ein anderes Licht. Vergangene Handlungen der KonfliktgegnerInnen werden nun anders gedeutet, so als wäre das Vertrauen schon lange Zeit missbraucht worden. Die Parteien versuchen sich gegenseitig gleich viel Schaden zuzufügen.

Die 6. Stufe Drohstrategien und Erpressung ist dadurch gekennzeichnet, dass gewaltvolles Denken und Handeln sich massiv verstärkt. Die Konfliktparteien drohen einander und denken dabei ausschließlich an den Vorteil ihrer Partei, die Situation unter absoluter Kontrolle zu bekommen.

Begrenzte Vernichtungsschläge wird die 7. Eskalationsstufe genannt, in der die Parteien der Gegenpartei bereits alles zutrauen.

Die eigene Existenzsicherung steht im Vordergrund, die Existenz der anderen Konfliktpartei soll angeschlagen werden. Es liegt die grundsätzliche Meinung vor, dass es nun keine/keinen GewinnerInnen mehr geben kann (Lose-Lose-Ebene).

In Stufe 8 der Eskalation Zersplitterung, totale Zerstörung ist das grundsätzliche Ziel, die Existenz der anderen Konfliktpartei zu zerstören. Schaden wird in Kauf genommen, aber die Hoffnung einer Überlebenschance der eigenen Partei ist aufrecht.

Die totale Kollision erfolgt in Stufe 9 Gemeinsam in den Abgrund. Ein absoluter Vernichtungskrieg ist das einzige Ziel, egal welcher Schaden entsteht (Glasl, 2013).

3.3 Die Organisation Krankenhaus und ihre Bedeutung in Konflikten

Um Konflikte zwischen ÄrztInnen und Pflegepersonen innerhalb eines Krankenhauses besser verstehen zu können, bedarf es nicht nur einer Auseinandersetzung mit grundsätzlichen Konflikttheorien, die im vorherigen Kapitel beschrieben wurden, sondern auch mit der Organisationsstruktur- und kultur.

3.3.1 Sozialgeschichtlicher Hintergrund eines Krankenhauses

Das Krankenhaus entwickelte sich aus Sicht der Soziologie im Prozess „nach oben“, das bedeutet es wurde vom Asyl für die Armen und Kranken zur heutzutage bedeutendsten Behandlungseinrichtung. Bei der sozialen Analyse sind dabei die Struktur und ihre Funktion innerbetrieblich anzusehen.

Um die soziologische Systematik eines Krankenhauses herausarbeiten zu können, ist es unerlässlich sich die Grundzüge der sozialhistorischen Entwicklung anzusehen. Dabei ist weder Zeitpunkt, noch Ort dieser Entwicklung von Bedeutung, nur der Sozialisierungsprozess an sich. Im Christentum gab es als Erstes organisierte Hospitäler, die als Herbergen für Fremde und Arme verstanden werden können und Hilfsbedürftige jeder Art Zuflucht gewährten. Erst bis zum 12. Jahrhundert wurde die Zweckdifferenzierung ausgeweitet und das Klosterwesen und die damit verbundene Krankenpflege erhielten ihren Aufschwung.

Durch die Gründung von Spitalgemeinschaften, die Pflegeaufgaben als Beruf entwickelten, wurde ein weiterer Entwicklungsschritt gesetzt, doch waren die Spitäler bis zum 18. Jahrhundert eher Stätten, die nur bei großer Not beansprucht wurden. Sie waren vor allem als Isolieranstalt zu sehen für hoffnungslos Kranke, die ausschließlich Pflege erhielten. Die Medizin wurde in das Krankenhaus erst zu diesem späten Zeitpunkt eingegliedert, das Interesse der ÄrztInnenschaft vor allem die hohe Mütter- und Säuglingssterblichkeit zu senken, stieg und die medizinische Wissenschaft und Forschung entwickelte sich vorwärts. Die Institution Krankenhaus entwickelte sich langsam von der Sterbestätte der Armen in eine medizinische Behandlungsstätte, die von der Öffentlichkeit nun auch so wahrgenommen wurde. Vor allem die Medizin hob das Vertrauen der Bevölkerung (Rohde, 1974). Um den Vorstellungen der ÄrztInnen gerecht zu werden, musste die Pflege und Betreuung ihren Anordnungen entsprechen. Demnach wurden vorwiegend bürgerliche Frauen für diese Aufgabe rekrutiert, die aber ohne akademische Ausbildung keine Konkurrenz darstellten und der Pflege weiterhin die Eigenschaften Selbstlosigkeit, Gehorsam, Sittlichkeit und Demut anerkannten (Eckhardt, 2015).

Florence Nightingale konnte erreichen, dass der Pflegeberuf attraktiver und nicht nur mehr als religiöse Berufung gesehen wurde. Sie begründete die weltliche Pflege und legte medizinisch orientierte Ausbildungsstandards fest (Rohde, 1974). Diese waren sehr an die Abhängigkeit der Medizin gebunden, sodass das Kommunikationsverhalten in beiden Berufsgruppen an diese Abhängigkeit aufgebaut wurde (Eckhardt, 2015).

Die Struktur des Krankenhauses hatte sich also im 19. Jahrhundert verändert und vor allem auf das Pflegepersonal Auswirkungen. Die pflegerische Betreuung aus dem christlichen Glauben heraus war nicht mehr das alleinige Ziel der Krankenhäuser, sondern es bedurfte einer Kooperation zwischen Pflege und ÄrztInnenschaft. Mit der Ergänzung der Verwaltungsfunktion ist das Krankenhaus zu einem hoch komplexen Kooperationsgefüge geworden (Rohde, 1974).

3.3.2 Sozialstruktur und Aufbauorganisation eines Krankenhauses

„Ziel und Zweck von Krankenhäusern mit öffentlichem Versorgungsauftrag ist die Sicherstellung einer solidarischen und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistung“ (Stratmeyer, 2002).

Rohde (1974) benennt vier bedeutende Zwecke eines Krankenhauses, nämlich die Diagnose, die Therapie, die Pflege und die Isolierung. Aus diesen kristallisiert er zwei patientInnenbezogene Funktionskreise heraus, den der Pflege und den der Medizin. Aus der Voraussetzung, diese Zwecke organisatorisch und materiell umsetzen zu können, ergibt sich der dritte Funktionskreis der Verwaltung (Rohde, 1974). Dieser ist im Besonderen bedeutend für die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses, soll aber in dieser Arbeit nicht näher analysiert werden.

Geführt wird demnach das Krankenhaus von drei Personen, den/der leitenden ÄrztIn, der leitenden Pflegeperson und dem/r leitenden VerwaltungsdirektorIn (Stratmeyer, 2002; Eckhardt, 2015).

Die diagnostischen und therapeutischen Ziele eines Krankenhauses werden der Medizin zugeordnet, wobei die unterschiedlichen Fachabteilungen als Subsektoren anzusehen sind. Die Rollenerwartungen an die ÄrztInnenschaft können je nach Subsektor unterschiedlich sein, sodass ein Krankenhaus auch als Anhäufung von vielen „Mikro-Institutionen“ gesehen werden kann. In der Pflege gibt es wiederum verschiedene Nebenordnungen nach Fachabteilungen sowie Spezialisierungen, die unterschiedliche Rollenpositionen nach sich ziehen (Rohde, 1974).

Weitere Berufsgruppen, die unterstützend tätig sind, wie beispielsweise PhysiotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, SeelsorgerInnen oder technische Berufe sind als Berufsgruppen im Krankenhaus ebenfalls zu nennen.

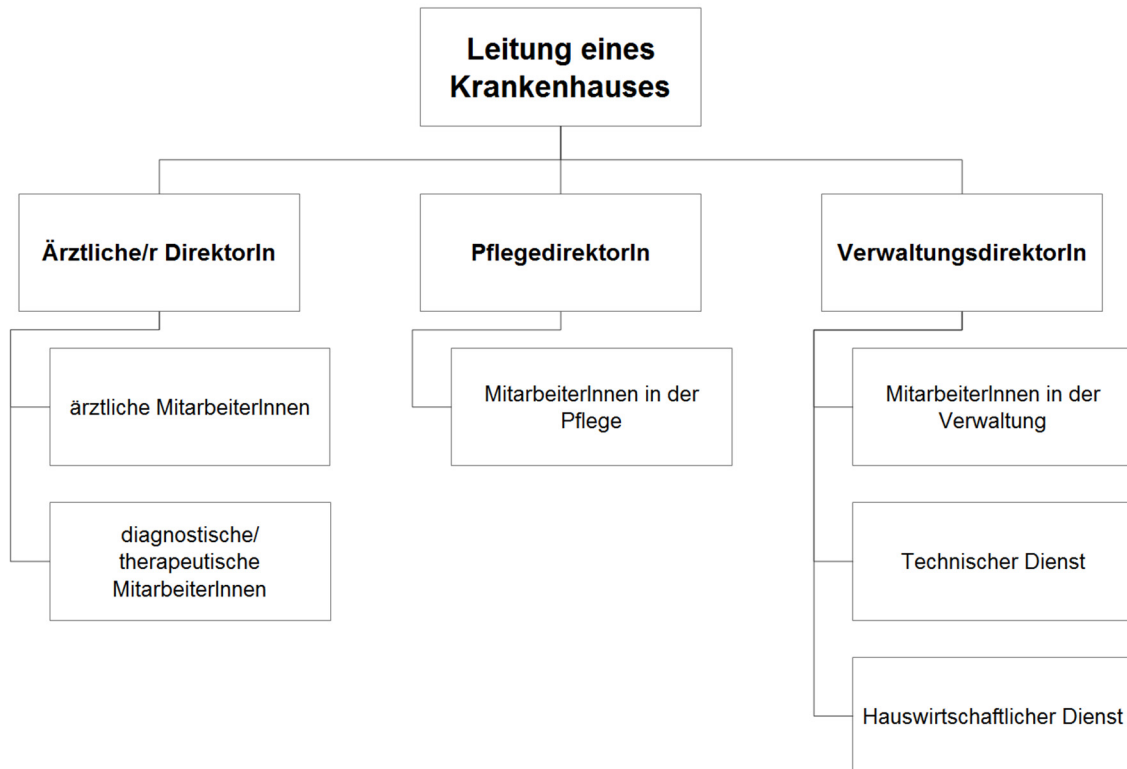


Abbildung 3: Beispiel eines Organigramms im Krankenhaus (eigene Darstellung modifiziert nach Eckhardt, 2015)

Die drei Hauptfunktionskreise im Krankenhaus Medizin, Pflege und Verwaltung sind ausschließlich über die Leitung miteinander verbunden (Einlinienstruktur). Dies kann als Nachteil gesehen werden, da die Abstimmung bestimmter Abläufe oftmals nur über die Leitung funktioniert und in Bezug auf ÄrztInnenschaft und Pflegekräfte auf den Stationen nur die ärztliche Visite als berufsübergreifendes Kommunikationsgremium dient (Stratmeyer, 2002; Eckhardt, 2015). Die Hierarchie begünstigt die Konkurrenz zwischen den Berufsgruppen (Grahmann & Gutwetter, 2002). In Organisationen mit Hierarchie gibt es stets Wechselwirkungen zwischen Macht und Autorität (Fuchs & Foidl, 2010).

„Macht bedeutet die Herrschaft über die Untergeordneten“ (Fuchs & Foidl, 2010). Die Grundlagen von Macht, wie beispielsweise Bestrafungen und Belohnungen, können von jemanden der Macht hat, zur Machtausübung herangezogen werden. Von Autorität spricht man, wenn der Machtanspruch legitimiert wird, was bedeutet, dass in einer Beziehung zueinander eine Überlegenheit vorherrscht.

Die Grundlage ist, dass die Anerkennung von der jeweils anderen Partei vorhanden ist. Erzwungen kann Autorität nicht werden (Fuchs & Foidl, 2010).

Bezüglich dem Thema Konflikt hat die Sozialstruktur im Krankenhaus wesentlichen Einfluss, denn durch die Einlinienstruktur der Hierarchie werden Konflikte zwischen den Berufsgruppen oftmals entweder informell abgewickelt oder gelangen bis zur Krankenhausleitung (Stratmeyer, 2002; Eckhardt, 2015). Von der Krankenhausleitung wird nach außen hin wiederum oftmals eine positive interdisziplinäre Kommunikation und Zusammenarbeit kommuniziert, auch wenn diese deutliche Mängel aufweisen (Fuchs & Foidl, 2010).

3.4 Österreichisches Gesundheits- und Krankenpflegegesetz als Rahmenbedingung

In diesem Kapitel werden in groben Zügen die gesetzlichen Vorschriften, die Konfliktauslöser sein können, beschrieben.

3.4.1 Ausbildungsvoraussetzungen Pflege / ÄrztInnenschaft

Als Voraussetzung für die ÄrztInnenschaft gilt als Grundausbildung ein Diplomstudium mit einem Doktoratsabschluss. Diese Grundausbildung erfolgt ausschließlich an Universitäten (§4(3) Ärztegesetz, 2009).

Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz von 1997 galt für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege als Qualifikationsnachweis die Diplombildung in einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege. Diese umfasste drei Jahre und konnte nach erfolgreicher Absolvierung von zehn Schulstufen begonnen werden (§15 GuKG, 1997). Seit 2016 ist die Qualifikation auf Fachhochschulniveau mit dem Abschluss Bachelor gehoben worden, jedoch werden im Gesetz ebenfalls weiterhin die Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege als Ausbildungsmöglichkeit angeführt (§15 GuKG, 2016).

3.4.2 Rechtliche Tätigkeitsregelungen

Um Konflikte, die den Tätigkeitsbereich von Pflegekräften und ÄrztInnenschaft betreffen, beleuchten zu können, muss überdies ebenfalls das österreichische Gesundheits- und Krankenpflegegesetz als Rahmenbedingung aufgezeigt werden. Bis Ende Juli 2016 galt bezüglich Tätigkeiten das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz von 1997. Dabei gab es für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege drei Tätigkeitsbereiche. Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasste *„die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege“*. Unter dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich fielen alle Maßnahmen, die nach ärztlicher Anordnung ausgeführt werden durften. Dabei galt für ÄrztInnen Anordnungsverantwortung und für Pflegekräfte Durchführungsverantwortung. Als dritter Tätigkeitsbereich wurde der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich angeführt, der Maßnahmen beinhaltete, die sowohl von Personen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege als auch von Personen anderer Berufsgruppen ausgeübt werden dürfen. Erweiterte und spezielle Tätigkeitsbereiche im speziellen Spezial-, Lehr- und Führungsaufgaben werden im Gesetz ebenfalls angeführt. Für diese Arbeit und die Zusammenarbeit von ÄrztInnenschaft und Pflegepersonen war der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich entscheidend, welcher sieben Punkte umfasste: die Verabreichung von Arzneimitteln, die Vorbereitung und Verabreichung von Injektionen, die Vorbereitung und den Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang (ohne Transfusionen), die Blutabnahme aus der Vene und den Kapillaren, das Setzen von Blasenkathetern zur Harnableitung inklusive Instillation und Spülung, die Durchführung von Darmeinläufen und das Legen von Magensonden (§15 GuKG, 1997).

In der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes ist nun ein Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege definiert worden.

Dabei handelt es sich um die pflegerischen Kernkompetenzen, die Kompetenz bei Notfällen, die Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie, die Weiterverordnung von Medizinprodukten, Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam und die Spezialisierungen. Im Vergleich fällt auf, dass die Kompetenzen in der Novelle detaillierter angegeben sind als die Tätigkeiten in der Ausgabe von 1997. Außerdem wurde genau festgelegt, welche Tätigkeiten an andere Personen weiter übertragen werden dürfen und auch das Weiterverordnen von Medizinprodukten ist geregelt.

Neu ist des Weiteren, dass die Kompetenzen bei Notfällen angegeben sind. Die Kompetenzen in medizinischer Diagnostik und Therapie sind mit dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der vorherigen Ausgabe zu vergleichen und umfassen nun wesentlich mehr, nämlich 21 Punkte (§15 GuKG, 2016). Im Allgemeinen kann man sagen, dass in der Novelle die Kompetenzen der Pflege erweitert worden und wesentlich genauer angeführt sind.

3.5 Konfliktauslöser zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen im Krankenhaus

Berman-Kishony & Shvarts (2015) unterteilt die Einflussfaktoren, damit ein Konflikt zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen entsteht, in „personal factors“, „interpersonal factors“ und „organizational factors“ (Berman-Kishony & Shvarts, 2015). Diese Unterteilung wird in weiterer Folge in dieser Arbeit als Struktur verwendet, wobei die sozialen Rollen gesondert herausgegriffen werden.

3.5.1 Persönliche Ebene als Konfliktauslöser

Unter „personal factors“ werden unterschiedliche Persönlichkeit, Werte, Ausbildung, Geschlecht, Alter und Generationsunterschiede zwischen den Konfliktparteien verstanden (Berman-Kishony & Shvarts, 2015).

Individuelle Unterschiede der Personen, die im Konflikt zwischen Pflege und ÄrztInnenschaft involviert sind, können Konflikte auslösen (Lindeke & Sieckert, 2005; Northam, 2009). Jede Person, und damit auch jede/r ÄrztIn und jede Pflegeperson, hat bestimmte Fehler, Werte und Anschauungen die in jede einzelne Situation miteinfließen und diese auch beeinflussen (Gardner, 2005).

Im Modell von Schulz von Thun werden diese Fehler, Werte und Anschauungen mit der Selbstoffenbarungsseite in der zwischenmenschlichen Kommunikation dargestellt (siehe 3.2.1) (Wehner, 2012). Sowohl SenderIn als auch EmpfängerIn nimmt die Situation aufgrund des persönlichen Hintergrundes unterschiedlich wahr (Schulz von Thun, 2005) beziehungsweise in der Theorie von Mullins (2010) wird diese Konfliktursache als „differences in perception“ bezeichnet (Mullins, 2010).

In weiterer Folge hat auch jede/r gewisse und oft unterschiedliche Vorstellungen wie Zusammenarbeit aussehen sollte (Gardner, 2005). Daher ist es oft schwierig die anderen Teammitglieder zu verstehen und die Kommunikation untereinander beeinträchtigt (Skjorshammer, 2003).

Als Ursache von Konflikten wird ebenso häufig persönliche Feindseligkeit angegeben (Azoulay, et al., 2009). Bereits eine dominante Persönlichkeit im Team, die störendes Verhalten aufweist, kann die Zusammenarbeit mit allen negativ beeinflussen (Lindeke & Sieckert, 2005). In der Studie von Skjorshammer (2003) gaben die TeilnehmerInnen an, dass das persönliche Interesse an der Arbeit und das Interesse, andere Meinungen zuzulassen, Einfluss auf das Konfliktpotential hat. Wenn Personen zu wenig flexibel sind oder der Wille fehlt, etwas zu ändern, sowie sich Ärger aufstaut, kann dies zu zornigem Verhalten führen, was Konflikte begünstigt (Skjorshammer, 2003).

Die unterschiedliche Ausbildung zwischen den Berufsgruppen ÄrztInnenschaft und Pflege und das damit verbundene Wissen und die angeeigneten Kompetenzen können zu Kommunikationsproblemen führen und damit Konflikte verursachen (Tengilimoglu & Kisa, 2005; Weinberg, et al., 2009; Leever, et al., 2010; Pavlakis, et al., 2011). Die meisten Professionen im Gesundheitsbereich weisen darauf hin, dass sie in ihrer Ausbildung zu wenig über Konfliktlösung gelernt haben (Sexton & Orchard, 2016). Dabei scheinen vor allem ÄrztInnen am Wenigsten über Konfliktmanagement zu wissen. Generell haben Personen in Managementfunktion mehr Wissen über Konfliktlösung als solche, ohne Führungsposition (Pavlakis, et al., 2011).

Die Kommunikation ist auch durch die Sozialisation innerhalb der Berufsgruppen spezifisch. So sind Pflegepersonen und ÄrztInnen stark von ihren Ausbildungspersönlichkeiten beeinflusst.

Zum Beispiel lernen Pflegepersonen auf einen Konsensus hinzuarbeiten, was eventuell einen Einfluss darauf hat, eher zaghaft zu werden (Lindeke & Sieckert, 2005). In ihrer Ausbildung werden Gefühle als ein wichtiger Teil in Pflege und Behandlung vermittelt (Skjorshammer, 2003) und eine Ideologie der Zusammenarbeit durch die Ausbildungsstruktur (der Verbund als „Klasse“) gefördert (Eckhardt, 2015). ÄrztInnen haben ihren Fokus eher auf Rechtsthemen und bedienen sich, wenn notwendig gleich an Alternativen (Lindeke & Sieckert, 2005). ÄrztInnen sind darauf hintrainiert, die emotionale Seite in Diagnosestellung und Behandlung von der rationalen Seite abzukoppeln. Auch in der Zusammenarbeit mit MitarbeiterInnen kann möglicherweise dieses Verhalten nicht abgelegt werden (Skjorshammer, 2003). ÄrztInnen werden eher in einer individuellen Arbeitsweise geschult, die Konkurrenzdenken vorsieht. Diese unterschiedlichen Schwerpunkte begünstigen das Konfliktpotential zwischen den beiden Berufsgruppen (Eckhardt, 2015). Es scheint als hätte die ÄrztlInnenschaft im Bezug auf Konflikte ein professionelles Selbstkonzept, das ihnen gegenüber anderen ein höheres Toleranzlevel bezüglich Stress und Konflikte ermöglicht (Skjorshammer, 2001). Demnach haben sie auch eine höhere Schwelle, was sie als Konflikt bezeichnen, als anderes medizinisches Personal (Skjorshammer, 2001; Azoulay, et al., 2009). Während Pflegepersonen zorniges Verhalten als stressreich erleben, wird es von den ÄrztInnen selber eher als Arbeitsstil und Sicherheitsventil gesehen, um Spannungen im Arbeitsalltag abbauen zu können. Denn Müdigkeit, Überbelastung und der Druck, für die PatientInnensicherheit und das Leiden verantwortlich zu sein, sind häufige Ursachen, warum ÄrztInnen gereizt sind und dieses Verhalten dann auf andere Berufsgruppen übertragen (Skjorshammer, 2003). Auch wenn ÄrztInnen untereinander ebenfalls zorniges Verhalten erfahren, am meisten scheinen sie es gegenüber Pflegekräften an den Tag zu legen (Skjorshammer, 2003). In der Studie von Rosenstein & O`Daniel (2005) gaben 47% der ÄrztInnen an, bei Pflegepersonen solch störendes Verhalten wahrgenommen zu haben. Im Gegensatz dazu gaben 86% der Pflegekräfte an, bei ÄrztInnen bereits störendes Verhalten beobachtet zu haben (Rosenstein & O`Daniel, 2005). Auch in der Studie von Skjorshammer (2003) wurden meistens ÄrztInnen bei Erlebnissen mit diesem Verhalten genannt (Skjorshammer, 2003).

Dieses „störende“ oder „zornige“ Verhalten kann öffentlich mit verbalen Beschimpfungen eingesetzt werden, was am häufigsten auftritt, aber auch versteckt, wie zum Beispiel durch Verweigerung der Kommunikation (Berman-Kishony & Shvarts, 2015). In der Studie von Skjorshammer (2003) wurde das zornige Verhalten in vier Kategorien unterteilt. Die erste bezieht sich auf stark verbale Ausdrücke, wie beispielsweise Anschreien, Fluchen, Beschimpfungen, in der Öffentlichkeit kritisieren und dergleichen. Die zweite Kategorie wird als eine schwächere verbale Ausdrucksweise zusammengefasst und meint damit zum Beispiel plumpe Äußerungen oder provokativen Humor. Non-verbale Ausdrucksformen, wie eine Tür fest zuzuschlagen, körperliche Gewalt, Meetings zu sabotieren oder Ähnliches wird als dritte Kategorie zusammengefasst und als letzte Kategorie wird der persönliche Verhaltensstil angegeben (Skjorshammer, 2003).

Ein weiterer Aspekt bezüglich Konfliktauslöser ist die Tatsache, dass diese beiden Berufsgruppen einen unterschiedlichen Sprachjargon haben (Lindeke & Sieckert, 2005). Die Sprache der Pflege entspricht nämlich eher der Alltagssprache und kann auch von außenstehenden Personen verstanden werden. Begriffe wie „Bedürfnis“, „abhängig“ oder „selbstständig“ sind jedem Laien bekannt. Im Gegensatz dazu wird von ÄrztInnen eine eigene Fachsprache verwendet, die oft aus dem Lateinischen, aus dem Griechischen oder Englischen kommt und damit international standardisiert ist. Somit gilt die Sprache auch als ein gewisses Machtmittel. Pflegekräfte können durch diesen sprachlichen Unterschied oftmals im Konflikt ihren Standpunkt weder inhaltlich noch sprachlich überzeugend darlegen (Eckhardt, 2015).

Außerdem spielt auch die Erfahrung eine große Rolle in der Kommunikation und beeinflusst die Zusammenarbeit (Weinberg, et al., 2009; Leever, et al., 2010; Kaitelidou, et al., 2012).

Das Alter ist ein weiterer Faktor, der bei Konflikten eine Rolle spielen kann. So tendieren Jüngere eher dazu, das Gefühl zu haben, von einer älteren Generation nicht ausreichend Ernst genommen zu werden (Northam, 2009). Dieser Einflussfaktor ist jedoch nicht spezifisch den beiden Berufsgruppen zuzuordnen, weshalb er in dieser Arbeit beim Konfliktmanagement nicht näher beachtet wird.

Geschlecht ist ein Gesichtspunkt, der herausgegriffen werden kann. Pflegepersonen sind nach wie vor zum Großteil weiblich (Statistik Austria, 2015), wobei in der ÄrztlInnenschaft der männliche Anteil noch gering höher ist (Stockinger & Schestak, 2015). Generell sind Männer eher aufgabenorientiert und Frauen eher beziehungsorientiert, wobei in der Zusammenarbeit auf beide Aspekte geachtet werden sollte. In einer Studie wurde demnach herausgefunden, dass Ärzte den Fokus meist auf den Inhalt einer Nachricht legen und weibliche Pflegepersonen eher den Beziehungsaspekt in ihre Kommunikation einfließen lassen (Gardner, 2005). In der Studie von Rosenstein & O'Daniel (2005) gaben 47% der TeilnehmerInnen an, dass Geschlecht im Bezug auf Unruhe stiftendes Verhalten eine Rolle spielt. Dabei waren 57% der TeilnehmerInnen der Meinung, dass Ärzte im Gegensatz zu Ärztinnen eher dieses Verhalten an den Tag legen. 2% gaben an, dass Ärztinnen sich eher störend verhalten und die restlichen TeilnehmerInnen meinten, dass bei beiden Geschlechtern in der ÄrztlInnenschaft ein Unruhe stiftendes Verhalten gleich häufig vorkommt. Bei der gleichen Fragestellung im Bezug auf Pflegekräfte kam es zu dem Ergebnis, dass 40% der TeilnehmerInnen angaben, dass eher weibliche Pflegepersonen Unruhe stiften. 7% waren der Meinung, männliche Pflegekräfte verhalten sich eher störend und 53% äußerten keinen Geschlechtsunterschied diesbezüglich (Rosenstein & O'Daniel, 2005).

All diese persönlichen Faktoren können in der Kommunikation und in weiterer Folge bei der Auslösung eines Konfliktes eine Rolle spielen (Berman-Kishony & Shvarts, 2015).

3.5.2 Zwischenmenschliche Ebene der beiden Berufsgruppen als Konfliktauslöser

Als „interpersonal factors“ werden beispielsweise die zwischenmenschliche Sympathie, das Misstrauen und die Größe des Respekts zueinander zusammengefasst (Berman-Kishony & Shvarts, 2015). Im Kommunikationsmodell von Schulz von Thun beeinflussen diese Faktoren die Beziehungsseite einer Nachricht (Schulz von Thun, 2005).

Der zwischenmenschliche Umgang zwischen ÄrztInnen und Pflegepersonen kann natürlich unterschiedlich sein.

Obwohl es einige ÄrztInnen gibt, die eine wertschätzende Kommunikation gegenüber Pflegepersonen pflegen (Fuchs & Foidl, 2010) und es pro Krankenhaus und Stationen total unterschiedlich sein kann (Grahmann & Gutwetter, 2002), geben sie oftmals den Pflegepersonen unmissverständlich zu erkennen, dass sie über ihnen stehen (Fuchs & Foidl, 2010). Denn generell werden von ÄrztInnen die Tätigkeiten der Ärzteschaft höher bewertet als die Aufgaben der Pflegekräfte, was dazu führt, dass sich Pflegepersonen persönlich angegriffen und gekränkt fühlen (Eckhardt, 2015). Sie fühlen sich signifikant häufiger von der anderen Berufsgruppe in ihrer Arbeit zu wenig wertgeschätzt (Ogbimi & Adebamowo, 2006), was in weiterer Folge zu Ablehnungsstrategien führen kann, wie beispielsweise trotziges Verhalten, Verwehren von ärztlich übertragenen Tätigkeiten oder versteckte Kritik. Einen Konflikt offen anzusprechen wird meist vermieden, da sie sich machtlos vorkommen. Sie streben dann oftmals gar keine Änderungen an, sondern leiden eher (Grahmann & Gutwetter, 2002; Eckhardt, 2015). Die gegenseitige Wertschätzung und Kooperation mit den ÄrztInnen wird demnach als bedeutender Verbesserungsfaktor gesehen (Bartholomeyczik, et al., 2008).

Sowohl Misstrauen aber auch Kommunikationslücken werden als häufige Ursachen von Konflikten zwischen den beiden Berufsgruppen in der Studie von Azoulay et al. (2009) angegeben (Azoulay, et al., 2009). Bei Weinberg et al. (2009) äußerten beispielsweise nur zwei von 20 ÄrztInnen, dass eine regelmäßige Kommunikation mit Pflegepersonen bedeutend ist. Die meisten gaben an, den Kontakt nur zu initiieren, wenn eine Anordnung gegeben werden muss (Weinberg, et al., 2009). Pflegepersonen meinten beispielsweise, dass sie in Entscheidungsprozesse gerne mehr miteinbezogen werden wollen, doch wird dies von der ÄrztInnenschaft häufig abgewehrt (Thomas, et al., 2003; Azoulay, et al., 2009). Sie versuchen das Fachwissen taktisch und dosiert anzubringen, doch müssen sie es so formulieren, dass ÄrztInnen nicht in ihrer Autorität verletzt werden. Mit einer ungeschickten Formulierung würden sie Konflikte fördern (Fuchs & Foidl, 2010). Die beiden Berufsgruppen tauschen deshalb ihr spezifisches aktuelles Wissen oft nicht aus und das Wissen, das ausgetauscht wird, ist einseitig gerichtet beziehungsweise beruht nicht auf Gegenseitigkeit (Manojlovich, 2010). Das bedeutet, dass das Wissen von Pflegepersonen, das aus dem durchgängigen Zugang zu den PatientInnen resultiert, häufig nicht genutzt wird (Grahmann & Gutwetter, 2002).

Wenn Uneinstimmigkeiten und Konflikte über das klinische Vorgehen vorherrschen, tendieren ÄrztInnen und Pflegepersonen dazu, parallel und nicht zusammen zu arbeiten (Casanova, et al., 2007; Manojlovich, 2010).

Thomas et al. (2003) und Azoulay et al. (2009) haben die Qualität der Zusammenarbeit und Kommunikation von den beiden Berufsgruppen untersucht und herausgefunden, dass sie unterschiedlich wahrgenommen wird und eine Diskrepanz herrscht, die sich wiederum negativ auf die Konfliktlösung auswirkt (Thomas, et al., 2003; Azoulay, et al., 2009). Die Kommunikationsqualität mit ÄrztInnen wurde in einer Untersuchung von vielen Pflegepersonen als gering oder sehr gering angegeben, im Gegensatz dazu haben ÄrztInnen diese Qualität mit Pflegekräften als hoch oder sehr hoch bezeichnet (Thomas, et al., 2003). In der qualitativen Studie von Weinberg et al. (2009) führten jedoch von 20 ÄrztInnen nur vier an, eine hohe Qualität in der Kommunikation mit Pflegepersonen erfahren zu haben. In dieser Studie sahen die meisten ÄrztInnen Pflegekräfte aber auch nicht als gleichberechtigter Partner im Behandlungsprozess sondern eher als ausführende Kräfte ihrer Anordnungen (Weinberg, et al., 2009).

Wenn Pflegekräfte schriftliche Anordnungen hinterfragen um den Kontext zu verstehen, fühlen sich manche ÄrztInnen in ihrer Autorität verletzt (Casanova, et al., 2007). In der Theorie von Mullins (2010) wird dies in der Kategorie „violation of territory“ dargestellt (Mullins, 2010).

Konflikte, die auf zwischenmenschliche Faktoren zurückzuführen sind, wirken sich typischerweise kontraproduktiv aus, da sich die KonfliktgegnerInnen nicht auf das eigentliche Thema konzentrieren und damit die Lösung des Konfliktes erschwert wird (Berman-Kishony & Shvarts, 2015).

3.5.3 Organisationsebene als Konfliktauslöser

Unter die Organisationsebene fällt beispielsweise die Tatsache, dass es unterschiedliche Anreizsysteme, wie eine unterschiedliche Lohnhöhe zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnenschaft gibt (Berman-Kishony & Shvarts, 2015). Die Unterschiede im Einkommen haben historisch auch die Macht zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen beeinflusst (Lindeke & Sieckert, 2005).

Das parallele hierarchische System (siehe 3.3.2) ist ebenfalls zu nennen, das einen Einflussfaktor bezüglich Konflikte darstellt (Tengilimoglu & Kisa, 2005; Berman-Kishony & Shvarts, 2015), da es den gesamten Prozess stört (Stratmeyer, 2002; Manojlovich, 2010). Obwohl die Pflege eine eigene Leitung hat, ist sie aufgrund der Durchführungsverantwortung von diagnostisch – therapeutischen Maßnahmen rechtlich von der Anordnung der ÄrztInnenschaft abhängig. Dies führt zu einem großen Konfliktpotential (Eckhardt, 2015).

Wird von der Theorie von Mullins (2010) ausgegangen, ist nicht nur die gegenseitige Abhängigkeit „The nature of work activities“ sondern auch die Zergliederung in die verschiedenen Abteilungen eines Krankenhauses (siehe 3.3.2) „departmentalisation and specialisation“ ein Faktor, das Konfliktpotential zu erhöhen (Mullins, 2010).

Ebenso kann eine mangelnde Führung (Berman-Kishony & Shvarts, 2015) aber auch ein zu autoritärer Führungsstil Konflikte begünstigen (Skjorshammer, 2003). Die Interaktion zwischen den Führungskräften der beiden Berufsgruppen bestimmt die Organisationskultur, das heißt Unverständnis und mangelnde Kommunikation können die Ursache von Konflikten in der Organisation sein (Berman-Kishony & Shvarts, 2015). In der Studie von Pavlakis et al. (2011) geben mehr als die Hälfte der TeilnehmerInnen an, dass ein faires und unparteiisches Handeln von Führungskräften weniger Konflikte zur Folge hätte (Pavlakis, et al., 2011).

Oft wird auch zu wenig Zeit für Kommunikation während der Arbeit als Barriere beschrieben, da das gegenseitige Vertrauen nicht aufgebaut werden kann, wenn kaum Zeit für Gespräche vorhanden ist (Gardner, 2005). Deshalb ist eine sehr stressreiche Arbeitssituation eine sich negativ auswirkende Komponente (Skjorshammer, 2003). Für beide Berufsgruppen gilt, dass wenn mehr als 40 Stunden in der Woche gearbeitet wird oder sterbende PatientInnen beziehungsweise PatientInnen die besonderer Aufmerksamkeit bedürfen, betreut und behandelt werden, sich die Prävalenz der Konflikte erhöht (Skjorshammer, 2003; Azoulay, et al., 2009). Umgekehrt gilt auch: je höher das Level des Konfliktes, desto größer wird die Arbeitsbelastung wahrgenommen (Azoulay, et al., 2009).

Unklarheiten in der Organisation sind wesentliche Konfliktauslöser (Pavlakis, et al., 2011).

Wenn sich Aufgaben, Arbeitsanweisungen, Kompetenzen überschneiden oder unklar definiert sind oder zum Beispiel Vorschriften nicht klar festgelegt beziehungsweise unzureichend sind, können Kompetenzstreitigkeiten folgen (Kaitelidou, et al., 2012; Glasl, 2013; Berman-Kishony & Shvarts, 2015). Im Krankenhaus, als Sozialgefüge, ist es wesentlich, dass alle MitarbeiterInnen wissen, was zu welcher Zeit unter welchen Voraussetzungen von wem zu tun ist und was gegenseitig zu erwarten ist. Außerdem sollte man wissen, was man selbst darf, was andere dürfen und was nicht erlaubt ist (Rohde, 1974).

Die Aufteilung der Aufgabenbereiche zwischen den beiden Berufsgruppen Pflege und ÄrztlInnenschaft sind oftmals nicht klar definiert, wodurch immer wiederkehrende Konflikte auftreten, in denen die Zuständigkeiten abgeklärt werden (Dahlgard, 2010; Grandy, 2014). Beispielsweise entwickeln sich Konflikte häufig auch bei von ÄrztlInnen angewiesenen Aufgaben, die in den Servicebereich fallen, wie zum Beispiel beim Vorlegen gewisser Unterlagen (Stratmeyer, 2002). Tätigkeiten, die in einen sehr komplexen Aufgabenbereich fallen, sind oft schwierig genau dem pflegerischen oder dem diagnostik – therapeutischen Bereich, der die Anordnung von ÄrztlInnen voraussetzt, zuzuordnen. Das betrifft beispielsweise einzelne Pflegemaßnahmen, die als Dekubitusprophylaxe durchgeführt werden oder Trainingseinheiten, wie Inkontinenztraining, Schlucktraining. Sie können zwar als Grundpflegetätigkeiten gesehen werden, aber auch als Therapiemaßnahmen (Eckhardt, 2015).

Konfliktthemen zwischen den Berufsgruppen sind des Weiteren beispielsweise eine unzureichende Operationsplanung, unklare Arbeitsanweisungen oder wenn Abläufe und Vereinbarungen nicht eingehalten werden. Sollte bereits eine negative Stimmung auf der Abteilung vorliegen, begünstigt dies, dass weitere Konflikte auftreten. Auch eine zu geringe Einschulung durch hohe Fluktuation kann dazu beitragen, dass in weiterer Folge Konflikte entstehen, denn sie kann bei anderen Ärger auslösen (Skjorshammer, 2003). Bei Personalwechsel im Bereich der ÄrztlInnen ist es dann oft notwendig Zuständigkeiten der beiden Berufsgruppen immer wieder neu diskutieren und festlegen zu müssen (Dahlgard, 2010). Als Beispiel kann dabei die Tätigkeit „Verabreichen einer Antibiotikainfusion an einem liegenden Venenzugang“ genannt werden, die sich von Station zu Station unterscheidet (Grandy, 2014).

Gesetzlich darf diese Tätigkeit vom gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege durchgeführt werden (siehe 3.4.2), jedoch ist es auf manchen Stationen Aufgabe der ÄrztInnenschaft, auf anderen liegt es im Tätigkeitsbereich der diplomierten Pflegekräfte (Grandy, 2014).

Da in der Theorie von Mullins (2010) unter „environmental change“ Gesetzesänderungen ebenfalls als Konfliktauslöser gesehen werden, bleibt abzuwarten, ob durch die gelebte Änderung weitere Konflikte entstehen.

Bei Pavlakis et al. (2011) und Kaitelidou et al. (2012) wurden Probleme auf der Organisationsebene als häufigste Ursache für Konflikte angeführt (Pavlakis, et al., 2011; Kaitelidou, et al., 2012). Die meisten TeilnehmerInnen waren der Meinung, dass ihr Aufgabenbereich im Krankenhaus zu gering definiert ist und auch die Ressourcen zwischen den Abteilungen ungleich verteilt sind (Kaitelidou, et al., 2012). „limited resources“ sind auch in der Theorie von Mullins (2010) unter den meist vorkommenden Konfliktauslösern in Organisationen angegeben (Mullins, 2010). Dabei ist in diesem Fall beispielsweise die Personalknappheit zu nennen, die die Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen negativ beeinflusst, wobei sich Pflegepersonen diesbezüglich mehr beschwerten (Ogbimi & Adebamowo, 2006).

In der Studie von Berman-Kishony & Shvarts (2015) wurden als die häufigste Ursache von störendem Verhalten, das zu Konflikten führt, eine aggressive konfliktbehaftete Persönlichkeit angegeben, gefolgt von der intensiven, stressigen und großen Arbeitsbelastung. Zu geringe Kommunikation und Misstrauen bzw. zu wenig Respekt folgten in der Häufigkeit. Dies deutet darauf hin, dass sowohl persönliche, zwischenmenschliche als auch organisationelle Faktoren einen hohen Einfluss auf Konflikte haben (Berman-Kishony & Shvarts, 2015).

3.5.4 Soziale Rollen als Konfliktauslöser

Die Rolle der ÄrztInnen wird von der Gesellschaft im Gesundheitswesen als entscheidend gesehen, da sie als ExpertInnen für Gesundheits- und Krankheitsfragen auftreten. Das Ansehen der ÄrztInnenschaft ist dementsprechend hoch. Die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses wird außerdem zumeist mit der medizinischen Leistung assoziiert, die wiederum oftmals mit der Rolle der ÄrztInnen verbunden wird.

Wird diese Rolle näher betrachtet, gibt es gerade im Krankenhaus viele verschiedene Positionen, die sich an den Kompetenzen orientieren, doch alle haben die Krankheitsbekämpfung als vorrangiges Ziel gemeinsam. Die Rolle der ÄrztInnen im Krankenhaus ist auf die Fachspezifität und auf die hierarchische Ebene ausgerichtet.

Die Rolle der Pflegeperson hat historische Wurzeln und entstand aus der Durchführung der religiösen Nächstenliebe und in weiterer Folge wurden Pflegekräfte als „Hilfskraft der ÄrztInnen“ gesehen (siehe 3.3.1). Doch in der heutigen Zeit ist der religiöse Bezug schon lange nicht mehr vorrangig.

Auch in der Pflege gibt es bereits viele fachliche Spezialisierungen, wie beispielsweise Operationspflege, Intensivpflege und weitere. Eine Pflegeperson hat in ihrer Rolle sowohl für die körperlichen Bedürfnisse von PatientInnen zu sorgen, die „Behandlungspflege“ durchzuführen, wie beispielsweise die Temperaturmessung, Überwachung der Verabreichung der Medikamente, Blutabnahme oder therapeutische Behandlungen, als auch in der Kommunikation mit PatientInnen eine entscheidende Funktion. Sie fungiert oftmals als emotionale Stütze für PatientInnen. *„Ihre Rolle ist in den diagnostisch-therapeutischen Prozess einbezogen und untersteht damit den Gesichtspunkten, Grundorientierungen und Erwartungen des medizinischen Funktionskreises“* (Rohde, 1974).

Des Weiteren ist sie häufig VermittlerIn zwischen PatientInnen und ÄrztInnen oder anderen Berufsgruppen und Rollengruppen im Krankenhaus. Sie ist im Gesamtprozess als bedeutender Teil zu sehen, trotzdem ist das Ansehen in der Gesellschaft geringer als das der ÄrztInnen (Rohde, 1974). Beide Berufsgruppen haben mit starken Rollenklischees zu kämpfen, wobei manche positiv formuliert sind (zum Beispiel „Götter in Weiß“) andere wiederum einen negativen Charakter aufweisen („was die alles machen müssen...das wäre für mich nichts“) (Fuchs & Foidl, 2010).

Ein wesentliches Konfliktpotential bei den Berufen im Krankenhaus stellt die *„Diskrepanz zwischen dem Selbstbild des Helfers und der Berufsrealität“* dar. Oft können die Ansprüche an sich selbst durch die Rahmenbedingungen nicht ausreichend befriedigt werden, was zu einer hohen Belastung führen kann (Grahmann & Gutwetter, 2002).

In der Beziehung ÄrztlInnenschaft und Pflege haben ÄrztInnen eine höhere Stellung, sowohl hinsichtlich dem gesellschaftlichem Ansehen als auch durch die gesetzliche Anordnungsbefugnis, und damit auch in gewisser Hinsicht die Macht über Pflegepersonen. Die Machtverteilung ist also unsymmetrisch. Dieser Aspekt hat natürlich auch Auswirkung auf die Kommunikation untereinander.

Pflegepersonen tendieren dazu, sich in ihrer Rolle unterzuordnen, wobei junge Pflegende eher versuchen, diese Tradition aufzubrechen. Oftmals erscheint durch das Krankenhaussystem jedoch keine Veränderung diesbezüglich möglich, sodass diese Personen, die das Rollenbild der Krankenpflege versuchen zu verändern, das Streben danach aufgeben und sich ebenfalls fügen (Fuchs & Foidl, 2010).

In der Studie von Fuchs & Foidl (2010) wurde klar, dass beispielsweise PrimärärztInnen eine hohe Autorität aufweisen. Betritt ein/eine PrimärärztIn den Raum, wird von Pflegepersonen sofort nachgefragt, was sie für ihn/sie tun können. Durch dieses Verhalten wird die unterlegene Stellung der Pflegeperson demonstriert und die Machtposition von PrimärärztInnen bestätigt. Andererseits demonstrieren heutzutage aber Führungspersonen der oberen Führungsebene in der Pflege ihre Macht ebenfalls gegenüber den ÄrztInnen und lassen sich nicht unterordnen (Fuchs & Foidl, 2010).

„Rollenkonflikte treten auf, wenn eine Person in ihrer Rolle nicht akzeptiert wird, sich mit ihrer Rolle nicht arrangieren kann oder sich zwei Personen um eine Rolle (Position) streiten“ (Beitlich, 2006).

Treten Rollenkonflikte zwischen Pflege und ÄrztlInnenschaft auf, wirken sie sich auf die weitere gegenseitige Kommunikation negativ aus (Manojlovich, 2010), also können Rollenkonflikte, wie in der Theorie von Mullins (2010) angegeben, auch Konfliktursache sein.

3.6 Konfliktverhalten von Pflegepersonen und ÄrztInnen im Krankenhaus

Das Konfliktverhalten von Pflegepersonen und ÄrztInnen ist entscheidend für das Konfliktmanagement, denn Konfliktinterventionen sollten durchsetzungsfreudiges aber dennoch kooperatives Verhalten maximieren und darauf abzielen die Zusammenarbeit zu fördern (Hendel, et al., 2007).

Deshalb ist dieses Kapitel dem Konfliktverhalten von ÄrztInnen und Pflegepersonal gewidmet. Die Ergebnisse von Studien, die sich mit dem Konfliktverhalten zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen beschäftigten, waren jedoch sehr unterschiedlich.

In der Studie von Hendel et al. (2007) wurde das „Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument“ (siehe 3.2.4) dazu verwendet, um herauszufinden, wie häufig welches Konfliktverhalten bei ÄrztInnen und Pflegepersonen ist. Dabei kam es zum Ergebnis, dass „compromising“ von ÄrztInnen bei Konflikten am häufigsten verwendet wird, gefolgt von „avoiding“. Am wenigsten kommt in der ÄrztInnenschaft „collaborating“ zum Einsatz. 40% der teilnehmenden ÄrztInnen benutzen nur einen Konfliktverhaltensstil, alle anderen einen gemischten (Hendel, et al., 2007). Pflegepersonen schätzen jedoch die ÄrztInnenschaft im Konfliktverhalten etwas anders ein, sie geben nämlich an, dass ÄrztInnen sich am Häufigsten an ihren eigenen Interessen orientieren (entspricht „competing“) (Keenan, et al., 1998).

In der Pflege wurde in der Studie von Hendel et al. (2007) vor allem der „compromising“ Stil angegeben, doch war „accommodating“ am geringsten ausgeprägt. In dieser Berufsgruppe benutzt ungefähr die Hälfte nur einen bestimmten Stil. „collaborating“ wurde von der Pflege signifikant häufiger als von ÄrztInnen benutzt, „avoiding“ und „accommodating“ dafür signifikant weniger häufig (Hendel, et al., 2007).

Bei Kaitelidou et al. (2012) hingegen, die eine Studie in der Pädiatrie durchführten, wurden von beiden Berufsgruppen „avoiding“ als der häufigste und „collaborating“ als zweithäufigster Konfliktverhaltensstil angegeben, jedoch benutzten ÄrztInnen den „competing“ Stil häufiger als die Pflege (Kaitelidou, et al., 2012). Auch Fuchs & Foidl (2010) kamen zum Ergebnis, dass beide Berufsgruppen dazu tendieren, Konflikten aus dem Weg zu gehen (Fuchs & Foidl, 2010), wohingegen Führungspersonen beider Berufsgruppen eher einen dominanten Verhaltensstil bevorzugen als das Personal ohne Führungsposition (Kaitelidou, et al., 2012).

In der Studie von Tabak & Koprak (2007) wurde nur das Verhalten von Pflegepersonen im Konflikt mit der ÄrztInnenschaft mittels eines Fragebogens abgefragt. Dabei kamen sie zum Ergebnis, dass „integrating“ (entspricht „collaborating“) und „dominance“ (entspricht „competing“) am häufigsten verwendet wird, gefolgt von „compromising“.

Die beiden Konfliktverhalten „obliging“ (entspricht „accomodating“) und „avoiding“ werden laut den Angaben von Pflegepersonen wenig benutzt. Des Weiteren wurde herausgefunden, dass solche Pflegepersonen, die im Konflikt mit ÄrztInnen eher einen „competing“ und „collaborating“ Stil verwenden, weniger arbeitsbedingten Stress erleben als die, die einen „accomodating“ und „avoiding“ bevorzugen.

Dass das häufige Verwenden von „accomodating“ mit einem höheren Stresslevel zusammenhängt, ist damit zu erklären, dass die Person ihre eigenen Ziele zurücksteckt. Der Konflikt kann zwar gelöst werden, aber es werden dazu keine Gruppenressourcen genutzt, weshalb das Grundproblem bestehen bleibt. Jene, die den Stil „avoiding“ verwenden, sind nicht in der Lage, den Konflikt zu bewältigen. Sie beachten ihre eigenen Probleme kaum und haben Schwierigkeiten damit, ihre Interessen auszudrücken. Außerdem haben sie kein Interesse an den Bedürfnissen der Gegenpartei, was dazu führt, dass keiner der Parteien die Informationen der anderen Konfliktpartei kennt und es so schwierig ist, zu einer Lösung zu kommen. Es folgt häufig, dass sich der Konflikt verhärtet und sich damit der Stresslevel der Pflegeperson erhöht (Tabak & Koprak, 2007).

Im Allgemeinen richten Pflegepersonen ihr Konfliktverhalten gerne auf das Verhalten der ÄrztInnen aus (Keenan, 1998; Siedlecki & Hixson, 2015). Verhalten sich ÄrztInnen generell im „collaborating“ oder „compromising“ – Stil, dann versucht die Pflegeperson diesen Stil beim Konflikt ebenfalls einzunehmen (Keenan, et al., 1998). Pflegepersonen geben außerdem an, dass es schwierig ist, vor der ÄrztInnenschaft die eigene Meinung zu sagen (Thomas, et al., 2003). Dabei gilt, je höher die Ausbildung einer Pflegeperson ist, desto eher vertritt sie ihre Meinung, wenn es zu Unstimmigkeiten mit der ÄrztInnenschaft kommt (Keenan, et al., 1998). Generell wird von Personen das Konfliktverhalten bei Vorgesetzten und KollegInnen variiert (Skjorshammer, 2001).

Welche Determinanten sich auf den Stil des Konfliktverhaltens zwischen den beiden Berufsgruppen auswirken, haben in einer qualitativen Studie Leever et al. (2010) versucht herauszufinden. Dabei konnten sie fünf Kategorien herausfiltern. Die erste Kategorie wird als „influence of oneself“ bezeichnet unter welcher die eigene Persönlichkeit, der Mangel an Wissen und Erfahrung zusammengefasst sind.

Als zweite Kategorie „influence of the other“ wird angegeben, dass das Verhalten in einem Konflikt zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen von der Beziehung zueinander, von der Persönlichkeit und des Verhaltens des Gegenübers, sowie seiner/ihrer Expertise und Erfahrung abhängig ist. Die dritte Kategorie „nature of conflict“ beinhaltet die Häufigkeit, den Schweregrad und die Dringlichkeit eines Konflikts, von denen das Konfliktverhalten ebenfalls abhängig ist. Wobei es auch eine Rolle spielt, ob der Konflikt strukturiert oder so nebenbei abläuft.

Sollte er nebenbei auftreten und handelt es sich um einen kleinen Konflikt, wird mit der Reaktion eher abgewartet. Bei einem strukturierten Konflikt scheuen sich die Beteiligten nicht auf direkte Konfrontation zu gehen. Als „context of conflict“ wird die vierte Kategorie bezeichnet. Unter dieser werden die Faktoren verstanden, die sich auf den Moment des Konfliktes beziehen, beispielsweise wie die Atmosphäre zum Zeitpunkt des Konfliktes ist. Die letzte angegebene Kategorie „personal motives“ fasst zusammen, dass die verschiedenen Motive, wie zum Beispiel Ziele, die Entscheidung beeinflusst, wie sich die Konfliktparteien untereinander verhalten und ob der Konflikt eher ignoriert oder ausgetragen wird (Leever, et al., 2010).

In der Studie von Skjorshammer (2001) wurden ebenfalls die Determinanten untersucht, die sich auf den Konfliktmanagementstil auswirken. Dabei wurden zwei Faktoren als wesentlich bezeichnet. Als erster Einflussfaktor wird die gegenseitige Abhängigkeit und Macht genannt. Für gewöhnlich ist die Person mit mehr Macht auch unabhängiger von anderen Professionen und Stationen, die Person mit weniger Macht abhängiger. Diese Machtunterschiede innerhalb eines Krankenhauses werden auch häufig im Konflikt ausgetragen. Viele potentielle Konflikte werden nie ausgetragen, da bereits vorher durch die Organisationsstruktur die Parteien in ihrer Meinung beeinflusst sind und die Lösung durch eine hohe Machtposition aufgezwungen wird. So können Personen mit höherer Macht eher ein dominantes Verhalten an den Tag legen. In Situationen, wo die Machtbeziehung untereinander symmetrischer ist, wird beispielsweise eher der „avoiding“ Stil benutzt.

Als zweiter Einflussfaktor wird der wahrgenommene Druck genannt. Die Höhe des wahrgenommenen Druckes der Konfliktparteien beeinflusst wie der Konflikt abgehandelt wird.

So scheint es, dass Pflegepersonen und ÄrztInnen eine unterschiedliche Auffassung von Zeit und Pünktlichkeit haben und dadurch der Druck auch verschieden wahrgenommen wird. Pflegepersonen möchten sich ihre Zeit einteilen und kontrollieren, ÄrztInnen lassen sich die Aufgaben auf sich zukommen und priorisieren nach diesen, die Zeit steht demnach nicht im Vordergrund. Das ist eine generell anderes Konzept der Zeiteinteilung, das Konflikte verursachen kann und auch die Basis für einen unterschiedlich wahrgenommenen Druck ist.

Aufgrund der oft höher definierten Macht von ÄrztInnen und deren anderer Auffassung von Zeit gibt es eine Tendenz von ihnen in Interaktionen mit Pflegepersonen zu dominieren (Skjorshammer, 2001).

3.7 Konfliktmanagement in Bezug auf Konfliktauslöser

Ein erfolgreiches Konfliktmanagement durch EntscheidungsträgerInnen hat die Aufgabe, die negativen Gesichtspunkte eines Konfliktes zu reduzieren und die positiven Aspekte zu fördern (Kanning, 1997). Als effektive Interventionen, die bei Konflikten zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen generell angewendet werden können, werden von Bermann-Kishony & Shvarts (2015) Schulungen über Teamwork und Konfliktmanagement angegeben. Das Evaluieren von MitarbeiterInnenbeschwerden sollte außerdem regelmäßig durchgeführt werden, um dies in das Konfliktmanagement einfließen zu lassen (Berman-Kishony & Shvarts, 2015).

3.7.1 Persönliche Ebene

Um die Zusammenarbeit im Team positiver zu gestalten, ist es bereits fundamental, sich über die eigenen Werte und Ziele bewusst zu werden und auszutauschen. Das erfordert jedoch kontinuierliche Reflektion, sowohl in persönlicher als auch professioneller Hinsicht (Gardner, 2005). Veränderung einer Konfliktsituation kann nur dann geschehen, wenn eine geeignete Selbstwahrnehmung vorhanden ist und die Bereitschaft da ist, sein eigenes Verhalten zu ändern (Grahmann & Gutwetter, 2002).

In der Studie von Dewitty et al. (2009) wurde von Pflegepersonen angegeben, dass fortlaufende Schulungsprogramme über Konfliktlösung, Artikel in Zeitschriften und Inhalte im Internet oft unterstützend wirken, persönliche Ressourcen für Konflikte aufbauen zu können (Dewitty, et al., 2009). Auch Kaitelidou et al. (2012) kamen zu dem Ergebnis, dass Personen, die über Konfliktmanagementstrategien Bescheid wussten, zufriedener mit ihren Aufgaben und Autoritäten waren (Kaitelidou, et al., 2012).

Je besser die Kommunikationskompetenz der in den beiden Professionen Tätigen ist und je mehr sie das Gefühl haben, dass sie gut geschult sind, desto höher ist das Selbstbewusstsein, Konflikte auch lösen zu können (Sexton & Orchard, 2016). Wichtig auf der persönlichen Ebene ist deshalb, sich verschiedene Fähigkeiten anzueignen, wie zum Beispiel geduldiges Zuhören, Flexibilität und die Bereitschaft zur Kooperation. Durchsetzungsvermögen und Selbstbewusstsein sollten außerdem vorhanden sein, damit eine Kooperation möglich wird (Gardner, 2005). Da oftmals die Rede ist, dass ÄrztInnen eine höhere Macht und Autorität aufweisen als Pflegepersonen, wäre es laut Fuchs & Foidl (2010) sinnvoll, dass vor allem Pflegepersonen ihre Selbstbemächtigung aufbauen, indem sie ihre fachlichen, rhetorischen und sozialen Kompetenzen sichtbar machen und erweitern (Fuchs & Foidl, 2010). Boone et al. (2008) führten eine Interventionsstudie zum Thema Verbesserung der eigenen Kommunikationsstile durch. Dabei kamen sie jedoch zum Ergebnis, dass ein zweistündiges Konfliktmanagementtraining, das zwar auf das Ziel ausgerichtet war, sich positiv auf Konflikte zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen auszuwirken, aber nur Pflegepersonen integrierte, nicht effektiv war. Dieses Training war zusammengesetzt aus Vortrag, Gruppendiskussionen und Rollenspiele. Dabei wurde darauf Wert gelegt, dass Pflegepersonen ihre eigenen Kommunikationsstile verbessern und sich nicht als Opfer sehen sollten. Die fünf Kommunikationsstile von Kilmann und Thomas waren dabei theoretischer Rahmen (Boone, et al., 2008).

Boone (2008) hat daraus den Schluss gezogen und auch Manojlovich (2010) ist der Auffassung, dass es bei Konfliktmanagementmaßnahmen, die auf Pflegepersonen und ÄrztInnenschaft ausgerichtet sind, generell notwendig ist, beide Berufsgruppen einzubeziehen (Boone, 2008; Manojlovich, 2010).

Idealerweise haben sowohl ÄrztInnen als auch Pflegepersonen die Reife, die eigene Profession und deren Grenzen aber auch die Profession und Grenzen der anderen Berufsgruppe zu kennen und zu verstehen (Lindeke & Sieckert, 2005).

Klarheit, Humor, Direktheit, Zuhören und Empathie sind Kommunikationseigenschaften, die in der Interaktion zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen einen positiven Effekt haben (Wanzer, et al., 2009). Um Konflikte auf der individuellen Ebene zum Positiven wenden zu können, müssen die Konfliktparteien versuchen die KonfliktgegnerInnen zu verstehen. Dabei geht es um deren Motivation und Perspektive beziehungsweise deren Gedanken zur positiven Veränderung der Situation. Eventuell muss etwas ganz Neues ausprobiert werden, um zu einer Konfliktlösung zu kommen (Beitlich, 2006).

Um den Konfliktauslösern Ausbildung und Sprache von ÄrztInnen und Pflegepersonen entgegenwirken zu können, bedarf es einer grundsätzlichen Aufwertung des Pflegeberufs. Eine komplette Akademisierung der Pflege würde demnach einen wichtigen Meilenstein bewirken, denn auch die Erweiterung der sprachlichen Kompetenz durch Erlernen von professioneller Kommunikation wäre damit integriert. Die professionelle Sprache von Pflegepersonen könnte Autoritäten aufbauen und damit auch die Machtverhältnisse ausgleichen. Eine umfangreiche Fachkompetenz führt ebenso zu Autorität und damit zur Aufwertung. Wichtig wäre außerdem, dass die Ausbildung beider Berufsgruppen neben den umfangreichen Fachinhalten bereits über soziale und kommunikative Ausbildungsinhalte verfügen, die zur Konfliktlösung beitragen können (Fuchs & Foidl, 2010).

Bezüglich Genderaspekt ist es von Vorteil die Kommunikationsunterschiede zwischen Ärzten und weiblichen Pflegepersonen zu kennen und sich darüber fortzubilden. Denn dadurch wird die Selbsterkenntnis gesteigert und die Interpretation von Situationen mit Genderaspekt kann positiv beeinflusst werden (Gardner, 2005).

3.7.2 Zwischenmenschliche Ebene für die in den beiden Berufsgruppen Tätigen

Sollte beispielsweise zu wenig Kommunikation ein Grund für Konflikte zwischen den beiden Berufsgruppen sein, dann versprechen Möglichkeiten zur zwischenmenschlichen Interaktion und Informationsaustausch gute Chancen (Berman-Kishony & Shvarts, 2015). Gut geleitete Meetings auf Stationsebene können eventuell eine positive Atmosphäre im Team schaffen und in weiterer Folge die Entstehung von negativen Konflikten verhindern (Azoulay, et al., 2009).

Fuchs & Foidl (2010) gehen ebenso davon aus, dass regelmäßige interdisziplinäre Treffen eine gute Kommunikation aufbauen und damit Konflikte abwehren können (Fuchs & Foidl, 2010). Das Herstellen eines harmonischen Verhältnisses, Austauschen von gegenseitigen Erwartungen und gegenseitiges Feedback sind grundlegend für eine gelingende Zusammenarbeit (Gardner, 2005).

Es ist bedeutend professionell und respektvoll miteinander umzugehen (Northam, 2009). Respektvoller Umgang wird von beiden Berufsgruppen zusammengefasst als zuvorkommende, höfliche und respektvolle Behandlung (Siedlecki & Hixson, 2015). Dieser führt zu einer ausgeglichenen Beziehung zwischen den Berufsgruppen und ist bedeutend, denn die Zusammenarbeit soll unabhängig von der Hierarchie im gleichberechtigten Verhalten funktionieren (Fuchs & Foidl, 2010; Leever, et al., 2010). Deshalb sollten widersprüchliche Angaben von den jeweiligen MitarbeiterInnen oder auch EntscheidungsträgerInnen vermieden sowie Wege und Grenzen offen aufgezeigt werden. Machtmittel und Bedrohungen müssen komplett vermieden werden (Beitlich, 2006). Wenn beide Professionen sich gegenseitig im gleichen Ausmaß wertschätzen würden, könnte eine symmetrische Beziehung gewährleistet und damit eine gleiche Stellung erzielt werden (Fuchs & Foidl, 2010).

Formlose Gespräche nach einem Konflikt und Diskussionen wurden auch speziell auf Intensivstationen als beste Lösung für Konflikte angegeben (Azoulay, et al., 2009). Gesunde Konflikte können ideenbereichernd wirken und eine positive Auswirkung haben (Lindeke & Sieckert, 2005). Hilfreich ist einen zielorientierten Dialog zu führen. Beispielsweise bei Unstimmigkeiten zwischen Pflegekraft und ÄrztIn über eine PatientInnenbehandlung sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass beide das Wohlbefinden der PatientInnen im Vordergrund sehen.

An der Spitze des Konfliktes ist es schwierig den eigenen Standpunkt zu hinterfragen und die Gefühle hintenanstehen zu lassen. Manchmal kann die Konfliktlösung unterstützt werden, indem „ich“ und „du“ durch ein „wir“ ersetzt werden. Dabei soll eine Strategie entwickelt werden, die das Zusammengehörigkeitsgefühl stärkt (Northam, 2009). Eine Fokusgruppe aus beiden Berufsgruppen könnte beispielsweise gebildet werden um gegenseitige Erwartungen und Kommunikationsstrukturen festzulegen.

Sollten Schwierigkeiten in der Kommunikation auftreten und ein Konsensus unrealistisch werden, ist es von Bedeutung rasch die Ursache zu analysieren (Lindeke & Sieckert, 2005). Ein/e MediatorIn kann beispielsweise eingesetzt werden. Diese/r hat die Möglichkeit neutral das gemeinsame Ziel vor Augen zu führen. Sollte innerhalb der Organisation keine neutrale Person zur Verfügung stehen, ist es notwendig, einen professionelle/n externe/n MediatorIn zu engagieren (Northam, 2009).

„The mediator facilitates the communication process so that the parties are able to develop options, evaluate alternatives against mutually agreed-upon criteria, and reach a consensus that addresses their expressed needs and interests” (Saulo & Wagener, 2000). Der/die MediatorIn hat die Aufgabe, beide Konfliktparteien anzuhören, ist aufmerksam hinsichtlich Gefühle im Konflikt und der objektiven Ebene des Problems. Außerdem reflektiert er/sie die Beobachtungen der Konfliktparteien in wertschätzender Sprache. Der Mediationsprozess besteht aus drei Schritten, in dem die Parteien die Möglichkeit haben ihre Bedenken, Ängste, Erwartungen und Ziele zu äußern. Grundlegende Regeln helfen um eine gewissen Ausgeglichenheit zwischen den Konfliktparteien zu ermöglichen, gegenseitiges Interesse zu wecken und feindseliges Verhalten möglichst zu unterbinden. In der Studie von Saulo & Wagener (2000) bekamen MitarbeiterInnen von mehreren Gesundheitsorganisationen ein MediatorInnentraining im Ausmaß von 25 Stunden. Dabei wurde nach dem Training eine signifikante Steigerung in Bezug auf den sicheren Umgang mit allen Konfliktthemen erreicht. Außerdem begannen die StudienteilnehmerInnen die aktuellen Konfliktthemen mehr zu hinterfragen und klar zu identifizieren.

Die TeilnehmerInnen gaben an, dass das MediatorInnentraining das Selbstvertrauen verbessert hat und es außerdem half, die Gefühle unter Kontrolle zu halten. Es ermutigte dazu proaktiv, weniger wertend zu handeln und machte sie zu besseren Zuhörern (Saulo & Wagener, 2000).

Sollte auf Abteilungen oder in Organisationen eine konfliktvermeidende Kultur vorherrschen, wäre es wichtig, dass MitarbeiterInnen oder EntscheidungsträgerInnen dies realisieren. Denn Konfliktvermeidung kann zu ineffektiver Zusammenarbeit und mit Arbeitsunzufriedenheit einhergehen. Durch bewusstes Ansprechen und Bearbeiten der Machtstrukturen und Machtkämpfe kann die Konfliktlösung eingeleitet werden (Fuchs & Foidl, 2010).

3.7.3 Organisationsebene

Auf die Organisationsebene bezogen, ist es für die Betroffenen, EntscheidungsträgerInnen oder MediatorInnen essentiell die Gesamtsituation im Konflikt und die Verbindungen unter den verschiedenen Faktoren, die komplexe Probleme beeinflussen, zu erkennen.

Dabei sind unter anderem beispielsweise auch die Machtstruktur, politische Hintergründe und finanzielle Einflüsse zu berücksichtigen (Gardner, 2005). Auf dieser Ebene können Rahmenbedingungen verändert werden, die so auf das System eingreifen, dass die Basis der Konflikte ausgeschaltet wird. Durch die Veränderung wird damit das Interesse der Konfliktparteien geändert und der Konflikt verschwindet (Beitlich, 2006).

Um die kommunikationshindernde Hierarchie abzuflachen und eine bessere Verknüpfung zwischen den einzelnen Bereichen zu erreichen, könnte laut Leuzinger & Luterbacher (2000) von EntscheidungsträgerInnen eine Matrixstruktur für die Organisation umgesetzt werden. Dabei ist gemeint, dass alle Arbeitsgruppen sowohl unter der Kontrolle von „organisationaler Funktionsbereiche“, wie z.B. der Verwaltung, als auch unter der Kontrolle von „produkt- und marktorientierter Funktionsbereiche“ (Stationen und Abteilungen) stehen würden. Die Kommunikation müsste deshalb innerhalb der Gruppen und mit den verantwortlichen Führungskräften stattfinden. Bezüglich dem Setting Krankenhaus bedeutet dies, dass es „Ressorts“ und „Bereiche“ gäbe.

Es wären zwei „Ressorts“, die das Gesamtsystem Krankenhaus beeinflussen, vorhanden. Das „Klinikressort“ hat die Aufgabe sowohl die ärztliche als auch die pflegerischen Versorgung, Diagnostik und Therapie zu planen, organisieren und kontrollieren.

Das „Kaufmännische Ressort“ hat das Personalwesen, Finanz- und Rechnungswesen, Verwaltung, Beschaffung, Bewirtschaftung und Kommunikation sowie Information inne. Beide Ressorts würden je eine Führungskraft haben, die sich mit den jeweiligen Bereichen abstimmen müssten.

Die „Bereiche“ würden die betrieblichen Grundfunktionen, wie das Finanz-, Personal- und Verwaltungswesen und die pflegerische und medizinische Versorgung entsprechend der jeweiligen Leistungsbereiche umfassen.

Das bedeutet, dass sie in fachlicher und spezifischer Hinsicht sicherstellen müssen, dass die jeweiligen Krankenhausdienste optimal koordinieren und der Arbeitsablauf funktioniert. Auch hier würde es jeweils Bereichsleiter geben.

Die Leitung eines Krankenhauses würde demnach aus fünf Personen bestehen: zwei Ressortführungskräfte (klinische/r DirektorIn und kaufmännische/r DirektorIn) und drei Bereichsführungskräfte (ärztliche/r DirektorIn, PflegedirektorIn, VerwaltungsdirektorIn).

Das bedeutet, dass beispielsweise der/die VerwaltungsdirektorIn in Hinsicht „Personalwesen, Planung, Organisation und Kontrolle“ für das gesamte Krankenhaus zuständig wäre (Leuzinger & Luterbacher, 2000).

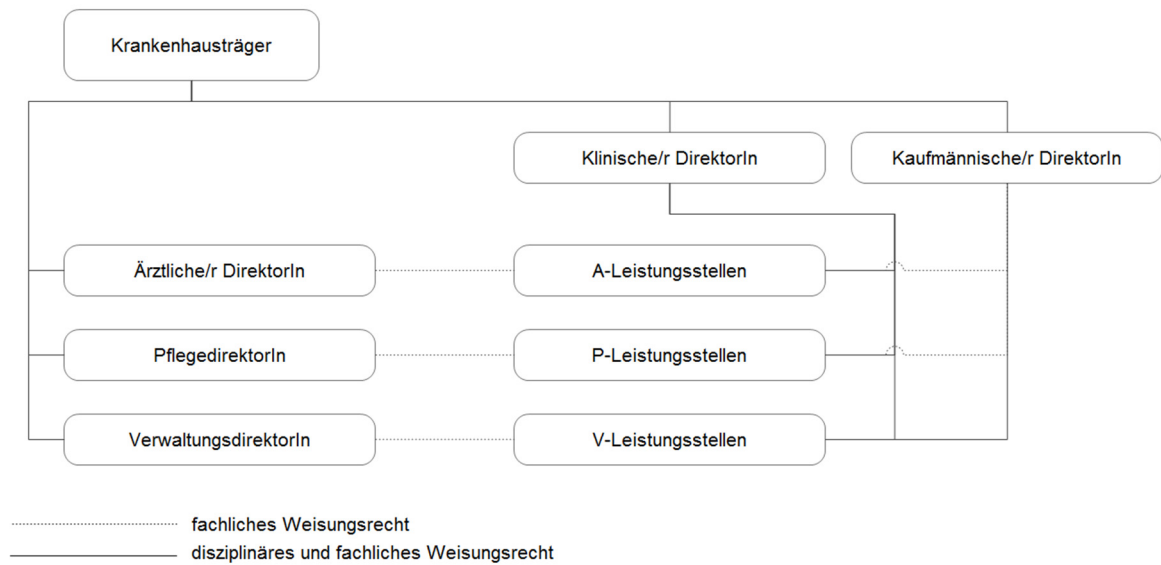


Abbildung 4: Matrixorganisation der Krankenhausleitung (eigene Darstellung modifiziert nach Leuzinger & Luterbacher, 2000)

Das disziplinare Weisungsrecht ist demnach ausschließlich den Ressortleitern übertragen, das fachliche Weisungsrecht ist aufgeteilt. Es sollte jedoch klar abgegrenzt werden, damit die Matrixorganisation funktioniert.

Leuzinger & Luterbacher (2000) sehen es positiv, dass sowohl funktionsorientierte als auch berufsständisch – orientierte Interessen gleichwertig behandelt werden und damit eine gemeinsame Konfliktbehandlung erzwungen wird, sollte es zu Überschneidungen der Kompetenzen kommen (Leuzinger & Luterbacher, 2000).

Eine Möglichkeit zum Verflachen der Hierarchie wäre außerdem ein Organisationskonzept, wie den „Qualitätszirkel“ einzuführen. Dabei werden die gemeinsamen Aufgaben definiert, die Tätigkeiten diskutiert und festgesetzt, die Arbeit durchgeführt und kontrolliert. Wesentlich ist, dass dies gemeinsam und gleichberechtigt erfolgt. Geleitet werden diese Qualitätszirkel von Personen, die ausschließlich als ModeratorInnen tätig sind. Eine Möglichkeit dabei ist, die Leitungsposition rotieren zu lassen. Die Vorteile von dieser Organisation umfassen von Leistungssteigerung, Erhöhung des Verantwortungsgefühls und der Eigeninitiative bis hin zur besseren Kritikfähigkeit (Grahmann & Gutwetter, 2002).

Mangelnde Führung, ob auf Abteilungsebene oder Organisationsebene, die auch zu Konflikten führen kann, erfordert eine Maßnahme, um diesen Mangel genau herausfiltern zu können. Hier ist ein anonymes Beschwerdesystem sinnvoll. Um einen positiven Effekt auf die Führungsqualität zu erzielen kann auf Führungsebene ein Verhaltenskodex, der eingehalten werden muss, eingeführt werden (Berman-Kishony & Shvarts, 2015). Eine Führungsperson muss in der Lage sein, Konflikte von einer persönlichen Ebene auf eine Inhaltsebene zu bringen (Gardner, 2005). Sie sollten das Ziel haben einen Konsensus zu finden und unproduktive Dialoge stoppen (Lindeke & Sieckert, 2005). Eine Gruppenintervention sollte laut Gardner (2005) erst dann erfolgen, wenn der Konflikt die Zusammenarbeit im Team beeinträchtigt (Gardner, 2005). Ideal wäre es, wenn Konflikte ohne Hilfe von Führungskräften oder anderen Personen, sondern nur von den beiden Konfliktparteien gelöst werden, denn eine dritte Partei kann von einer Konfliktpartei aufgrund der Machtverhältnisse voreingenommen sein. Konflikte ohne Führungsperson zu lösen, ist jedoch nicht immer möglich (Northam, 2009).

Um die Konfliktmanagementkompetenz von Führungskräften in der Pflege zu verbessern wurde beispielsweise in der Studie von Brinkert (2011) The Comprehensive Conflict Coaching Model (CCCM) eingesetzt. Das CCCM inkludiert zu Beginn eine Konversation, danach vier Schritte und einen parallelen Prozess. In der Besprechung am Anfang wird zuerst der Coachingprozess abgeklärt, ein passender Prozess für den/die KlientIn festgelegt, der passende Umgang zwischen Coach und KlientIn vereinbart und das Einverständnis für die weitere Vorgehensweise eingeholt.

Im ersten Schritt des Modells wird die Vorgeschichte der KlientInnen erfragt. Der Coach bereitet sie auf und testet sie dann. Im zweiten Schritt werden drei Konzepte aus der Forschung im Bereich Konfliktkommunikation miteinander verbunden. Der/die KlientIn soll sich die Situation von mehreren Seiten bewusst machen, und herausfinden wie die Persönlichkeit, die Gefühle und auch ihre Machtposition in den Konflikt miteinfließen. Oft wird bei Ausbruch des Konflikts die Identität bedroht, es sind verschiedene Emotionen dabei und es verringert sich die Wahrnehmung der Macht. Der dritte Schritt beinhaltet, dass sich der/die KlientIn das bestmögliche Outcome in der Zukunft vorstellen soll.

Im vierten Schritt versucht der Coach zur bestmöglichen Zukunft zu bringen indem er/sie mit dem/der KlientIn Kommunikationsfähigkeiten entwickelt, effektive Konfliktmanagementstile erarbeitet, die Gesprächsführung verbessert und Konfliktlösungsprozesse einfließen lässt. Der parallele Prozess, der währenddessen stattfindet, besteht aus einem Assessment, Zielsetzung, Reflektion, Feedback und daraus resultierendem Lernen. In der Studie von Brinkert (2011) wurden die Führungskräfte mit Anwendung des Modells in mehreren Tagen ausgebildet und anschließend befragt. Dabei fanden sie, dass das Training eine gute Struktur enthielt um eine breite Wissensbasis aufbauen zu können. Sechs Monate nach der Intervention gaben fast alle TeilnehmerInnen an, ein- oder mehrmals den Inhalt des Trainings angewendet zu haben. Das Konfliktcoaching stellte sich als attraktives, brauchbares und effektives Modell dar um Führungskräfte in Konfliktinterventionen zu unterstützen und die Konfliktmanagementkompetenzen zu erhöhen (Brinkert, 2011).

Boyle & Kochinda (2004) führten eine Interventionsstudie mit geringer TeilnehmerInnenanzahl auf Intensivstationen durch, wo es darum ging, die Kommunikationsfähigkeiten für die Zusammenarbeit der Führungskräfte der Pflege und der ÄrztInnenschaft zu verbessern. Die Intervention bezog sich auf durchschnittlich 20,5 Stunden Kommunikationstraining, wobei Problemlösung und Konfliktmanagement ebenfalls Inhalt war. Als Ergebnis wurde ermittelt, dass sich unter anderen die Aspekte der Problemlösung und des Konfliktmanagements signifikant verbesserten. Außerdem gaben die Pflegekräfte an, dass der Stress auf persönlicher Ebene abnahm, sie nach der Intervention zum Beispiel mehr Respekt von ÄrztInnen erhielten (Boyle & Kochinda, 2004).

Um die zwischenmenschliche Ebene durch vermehrte Kommunikation zu verbessern, muss auf Organisationsebene Zeit dafür geschaffen werden. Denn um Zusammenarbeit zu entwickeln, müssen Interaktionen zwischen den Berufsgruppen stattfinden können (Gardner, 2005). Auch um Konflikte lösen zu können, ist Zeit zu haben, essentiell. Oftmals sind MitarbeiterInnen im Gesundheitsbereich mit den PatientInnen zu beschäftigt um über Konflikte im Team überhaupt nachzudenken (Vivar, 2006). Die Kommunikationsstrukturen und Kommunikationsprozesse zwischen ÄrztInnen und Pflegepersonen müssen aber reflektiert werden, um optimal zusammenarbeiten zu können (Dahlgaard, 2010).

Die örtliche Atmosphäre bei Abhandlung des Konfliktes ist deshalb von Bedeutung. Es sollte ein eigener Raum für die Diskussion ausgewählt werden, der geschlossen werden kann und wo die Konfliktparteien im Gespräch privat bleiben können. Wichtig ist außerdem, die Telefone während eines Konfliktlösungsgesprächs abschalten zu können. Im klinischen Setting, wo oft Arbeitsdruck herrscht, könnte auch eine regelmäßige Gesprächszeit für Konflikt Diskussionen zur Verfügung gestellt werden (Northam, 2009). Solche Konfliktlösungs- oder sogar Konfliktpräventionsmeetings werden auch in der Studie von Pavlakis et al. (2011) von einigen TeilnehmerInnen als sinnvoll erachtet und werden bereits auf zwischenmenschlicher Ebene vorgeschlagen (Pavlakis, et al., 2011).

Um Konflikte im Versorgungsprozess vorzubeugen und Unklarheiten zu beseitigen, ist es essentiell den Prozess unter rechtlichen Vorgaben kooperativ auszuhandeln und festzulegen. Dabei ist von Bedeutung, dass die Teilprozesse gemeinsam im Hinblick auf das gemeinsame Ziel der PatientInnenversorgung geregelt werden und die Planung des Versorgungsprozesses in Bezug auf Qualität, Kosten und Zeit vonstattengeht. Wichtig ist des Weiteren, dass Aufgaben, die parallel durchgeführt werden, dabei abgebaut werden. Außerdem sollte dieser Prozess in entsprechender Weise formalisiert und die Verantwortung für Planung und Durchführung an Personen übergeben werden. Dabei ist von großer Wichtigkeit, dass diese Aspekte für alle transparent gemacht werden (Dahlgard, 2010). Werden Prozesse und deren Regeln nicht eingehalten, müssen Sanktionen folgen, denn nur so ist es möglich, diese aufrecht zu erhalten (Fuchs & Foidl, 2010).

In Bezug auf Personalknappheit, die ebenfalls ein Konfliktauslöser sein kann, wäre die Lösung für die Konfliktreduktion mehr Personal mit hoher Qualifikation zu beschäftigen (Grahmann & Gutwetter, 2002).

3.7.4 Ebene der Sozialen Rollen

Um Rollenkonflikte zu vermeiden, wären Schulungen bezüglich der jeweiligen Rollen in den beiden Berufsgruppen eine mögliche Intervention (Casanova, et al., 2007). Entscheidend ist, dass die Betreuung und Behandlung von PatientInnen nicht abhängig vom Sympathiegrad gegenüber aller an der Versorgung beteiligten Personen ist, sondern sowohl ranghöheren als auch rangniedrigeren KollegInnen, egal in welcher Rolle, Respekt entgegengebracht wird.

Des Weiteren sollten alle ÄrztInnen und Pflegepersonen gegenseitig fachspezifische Fragen stellen, wenn Kompetenzen fehlen (Rohde, 1974). ÄrztInnen haben das medizinische Wissen, Pflegepersonen oft ein umfangreiches Wissen im Pflegebereich. Um eine symmetrische Beziehung (siehe 3.2.3) zu erreichen und Rollenkonflikte zu vermeiden, sollte das Können gegenseitig akzeptiert und anerkannt werden (Fuchs & Foidl, 2010).

3.8 Konfliktinterventionen laut Theorie von Glasl (2013)

Konfliktinterventionen sind vielfältig, doch nicht jede ist bei jedem Konflikt einsetzbar (Glasl, 2013). Um vorzustellen, wie die Auswahl der Konfliktinterventionen passieren kann, wenn eine externe Partei eingesetzt wird, die mit den Konfliktparteien arbeiten soll, wird nach der Theorie von Glasl (2013) vorgegangen. Er geht davon aus, dass die Interventionswahl von vier Gesichtspunkten abhängt:

Der **Konflikttypus** ist bei den allerersten Interventionen eines Konfliktes entscheidend, da die Konfliktparteien richtig „abgeholt“ werden müssen. Bei Mikrokonflikten ist es meist möglich nach kurzer Zeit der Orientierung bereits mit Interventionen innerhalb der gesamten Gruppe zu beginnen. Im Rahmen der Mesokonflikte sind erst zu einem späteren Zeitpunkt Kleingruppeninterventionen möglich, denn diese Kleingruppe muss sich vorher mit allen anderen ihrer Konfliktpartei einheitlich abgestimmt haben. Bei unzureichender Abstimmung würden sonst die nach einer Intervention erarbeiteten Ergebnisse wieder auf Widerstand treffen. Des Weiteren ist bei kalten Konflikten zuerst notwendig zu erreichen, dass die Konfliktparteien den Konflikt als solches anerkennen und nicht verdrängen. Die Konfliktparteien müssen zuerst Selbstvertrauen aufbauen, um eine gegenseitige Konfrontation überhaupt möglich zu machen.

In heißen Konflikten ist es möglich die Parteien rasch miteinander konfrontieren zu lassen, da sich der Konflikt generell öffentlich abspielt. Dabei ist es bedeutend, dass sich die Parteien die gegenseitigen Beziehungen bewusst machen.

Die **Rahmenvorgaben** für die Auseinandersetzung mit dem Konflikt sind situationsbedingt und entscheidend für die Bearbeitung. Dabei sind beispielsweise die Zeitvorgabe oder die finanziellen Ressourcen gemeint.

Makro- oder Megasoziale Kontextfaktoren sind ein weiterer Gesichtspunkt, der die Wahl der Interventionen beeinflusst. Damit sind beispielsweise die geschichtlich gewachsenen Organisationsstrukturen, die Rollenauffassungen und Normen gemeint.

Als vierter Punkt sind die **Eskalationsphasen** eines Konfliktes zu nennen, wonach nun dementsprechend verschiedene Interventionen vorgestellt werden.

Tabelle 4: Interventionen nach Eskalationsphasen

Eskalationsgrad								
Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Stufe 8	Stufe 9
Moderation								
		Prozessbegleitung						
			Systemtherapeutische Prozessbegleitung					
				Klassische Vermittlung				
					Schiedsverfahren			
						Machteingriff		

Je nach Art und Intensität des Konfliktes sind unterschiedliche Strategien schwerpunktmäßig am Erfolgreichsten. Doch kann in einer bestimmten Konfliktsituation auch beispielsweise noch in der Stufe 8 eine klassische Vermittlung positiv eingesetzt werden.

Die Moderation ist typischerweise für die ersten Eskalationsstufen eines Konfliktes ideal, die weniger komplex sind. Ein/e ModeratorIn oder „Chairman/-woman“ versucht die Probleme der Interaktion zum Positiven zu wenden, indem er/sie die „Selbstheilungskräfte“ aktiviert. Die Konfliktparteien sind noch in der Lage mit Unterstützung des/r ModeratorIn, Konflikte selbst zu bewältigen.

Bei der Prozessbegleitung besteht die Aufgabe des/r ProzessbegleiterIn beziehungsweise des „Conciliators“ darin, die bereits seit längerem festgesetzten Wahrnehmungen, Zielvorstellungen und Verhaltensweisen aufzulockern. Eventuell ist eine Umorganisation notwendig. Der/Die ProzessbegleiterIn hat die Aufgabe, dass die Konfliktparteien ihre Konflikte auf sich nehmen und an den eigenen Problemen arbeiten, indem sie sich Selbst- und Fremdbilder mehr bewusst werden. Dabei ist es notwendig Empathie aufzubauen. Für die Konfrontation der Konfliktparteien muss der/die ProzessbegleiterIn Kommunikationsregeln aufsetzen, die eingehalten werden müssen. Vor allem in der Stufe 4 ist diese Methode erfolgreich, doch erfordert diese Interventionsmethode oftmals sehr viel Zeit.

Systemtherapeutische Prozessbegleitung bedeutet, dass die Prozessbegleitung therapeutisch vertieft wird. Neurotische Rollenbindungen, die in der zwischenmenschlichen Beziehung der Konfliktparteien entstanden sind, sollen beispielsweise aufgearbeitet werden. Dabei muss als Erstes mit den Individuen einzeln gearbeitet werden. Voraussetzung ist dabei, dass der/die ProzessbegleiterIn eine gute Vertrauensbasis aufbaut. Durch diese Maßnahme soll vor allem wieder zur Kontrolle der Gedanken und Gefühle geholfen werden, um die psychosoziale Situation aufzulockern und Ängste zu minimieren. Es soll wieder Hoffnung auf Besserung im Konflikt entwickelt werden. Diese Intervention stellt sich bei Stufe 5 am erfolgreichsten dar, wird jedoch von Stufe 4 bis Stufe 7 (siehe Tabelle 4) empfohlen. Sie stellt aber die Methode dar, bei der am meisten Zeit aufgewendet werden muss.

Die Vermittlung ist mit klassischer Mediation gleichzusetzen. Es gibt eine/n MediatorIn, der/die versucht, einen Kompromiss zwischen den Parteien zu erreichen, indem er/sie beiderseitige Interessen vereint. Im Vermittlungsverfahren kann er/sie jedoch auch Vorschläge machen. Die Parteien selbst glauben nicht mehr an eine Konfliktlösung, deshalb vermeiden sie oftmals die Konfrontation.

Nachdem jedoch eine Abhängigkeit besteht, besteht noch ein Bestreben daran zu arbeiten. Kommunikationsbarrieren müssen jedoch reduziert oder abgebaut werden. VermittlerInnen haben sozusagen die Aufgabe eines Verhandlungspartners/-partnerin für beide Konfliktparteien und müssen demnach Verhandlungstechniken beherrschen. Mediation ist in den Stufen 6 und 7 am erfolgreichsten, wird aber auch bereits in Stufe 5 empfohlen.

Im Schiedsverfahren gibt es eine Beurteilung vom sogenannten „Arbiter“ (lateinisch „RichterIn“). Diese/r entscheidet, wie der Konflikt definiert wird und auch zu lösen ist. Eine Verhandlung von den Konfliktparteien ist dabei ausgeschlossen. Voraussetzung ist, dass die Schiedsinstanz vollkommen neutral ist, für keine Partei Emotionen oder Vorurteile hat. Das Schiedsverfahren wird in den Stufen 6, 7 und 8 eingesetzt.

Ein Machteingriff ist für die letzten Eskalationsstufen die letzte Möglichkeit. Dabei entscheidet die Machtinstanz (in Organisationen sind das meist hohe Vorgesetzte) über die Interventionen, ohne Rücksicht auf die Betroffenen. Dabei muss sie anschließend die Situation konsequent im Griff haben. Sie kann vor der Entscheidung eine/n ExpertIn einsetzen, um Lösungsmöglichkeiten zu untersuchen oder nach der Entscheidung um sich bei einem Wiederaufbau beraten zu lassen (Glasl, 2013).

Wird demnach bei Konflikten zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen ein/e ExpertIn eingesetzt, muss die geeignete Intervention ausgewählt werden, um Erfolg zu haben.

Wird ein Konflikt tatsächlich überwunden, können ein frischer Wind, neue Ideen und eine „neue“ respektvolle zwischenmenschliche Kommunikation entstehen, wodurch die Zusammenarbeit effizienter und effektiver wird (Schulz, 2012).

4 DISKUSSION

Konfliktmanagement bei Konflikten zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen im Krankenhaus muss auf verschiedenen Ebenen ansetzen (Berman-Kishony & Shvarts, 2015). Dabei kommt den Konfliktauslösern eine bedeutende Rolle zu, die möglichst schnell analysiert werden sollten (Lindeke & Sieckert, 2005). Es gibt viele verschiedene Faktoren / Prozesse die zu Konflikten zwischen den beiden Berufsgruppen im Krankenhaus führen können, auf persönlicher, zwischenmenschlicher, aber auch Organisationsebene (Berman-Kishony & Shvarts, 2015), wobei ebenfalls Konflikte durch die sozialen Rollen, die die Personen der Berufsgruppen einnehmen, entstehen können (Manojlovich, 2010). Auf der persönlichen Ebene wird in der Literatur genannt, dass jede Person, so auch Pflegende und ÄrztInnen, unterschiedliche Werte, Vorstellungen und einen persönlichen Hintergrund haben, welche auf die zwischenmenschliche Kommunikation Einfluss haben (Gardner, 2005). So kann es zu Situationen kommen, wo ein Individuum bereits einen Konflikt wahrnimmt, wogegen andere diesen noch nicht als solchen bezeichnen (Bonacker, 2008). Des Weiteren gibt es aber auch Persönlichkeiten, die häufig ein störendes Verhalten aufweisen, zu wenig flexibel sind, kein Interesse an Arbeit oder andere Meinungen haben und damit Konflikte in Gang setzen (Lindeke & Sieckert, 2005). In der Literatur werden vor allem präventive Maßnahmen für Konflikte mit persönlicher Ursache vorgeschlagen. So heißt es, dass damit angesetzt werden kann, dass persönliche Ressourcen für Konflikte aufgebaut werden (Dewitty, et al., 2009). Damit ist gemeint, dass die Kommunikations- und Konfliktmanagementkompetenz, so beispielsweise geduldiges Zuhören, Flexibilität, und so weiter (Gardner, 2005), durch fortlaufende Schulungsprogramme erweitert werden soll. Dabei ist der Aufbau eines gesunden Selbstbewusstseins entscheidend (Sexton & Orchard, 2016). Auch wenn manche AutorInnen die Aussage treffen, dass vor allem Pflegepersonen dieses Selbstbewusstsein benötigen, um der Macht der ÄrztInnenschaft entgegenzutreten zu können (Fuchs & Foidl, 2010), hat eine Interventionsstudie gezeigt, dass ausschließlich Schulungen für Pflegende nicht effektiv sind und es sinnvoll ist, beide Berufsgruppen in Fortbildungen einzubeziehen (Boone, et al., 2008).

Außerdem scheint es, dass vor allem ÄrztInnen wenig über Konfliktmanagement wissen (Pavlakis, et al., 2011). Generell hören die in den verschiedenen Professionen Tätige im Gesundheitsbereich in ihren jeweiligen Ausbildungen zu wenig über Konfliktlösung (Sexton & Orchard, 2016). Ein weiteres Konfliktpotential bringen die unterschiedliche Dauer und Ebene der Ausbildung von Pflegepersonen und ÄrztInnen mit sich (Tengilimoglu & Kisa, 2005; Pavlakis, et al., 2011). So werden bei Pflegenden in ihrer dreijährigen Ausbildung Emotionen als bedeutend vermittelt (Skjorshammer, 2003) und der Verbund als Schulklasse, der eine Zusammenarbeitsideologie darstellt, gefördert (Eckhardt, 2015). In der ärztlichen Ausbildung hingegen, die auf universitärer Ebene stattfindet, wird gelehrt, Gefühle von der rationalen Seite zu trennen, um bei Betreuung und Behandlung von PatientInnen objektiv bleiben zu können (Skjorshammer, 2003). Es scheint, als hätten sie dadurch eine höhere Schwelle als Pflegepersonen, was als Konflikt erlebt wird (Skjorshammer, 2001; Azoulay, et al., 2009). Durch die unterschiedliche Ausbildung ist ein verschiedener Sprachjargon bei diesen Berufsgruppen im Einsatz. Die „Pflegesprache“ entspricht eher der Alltagssprache, wohingegen die ÄrztInnenschaft eine international einheitliche Fachsprache im Gebrauch hat. Durch diese Differenz können sich Konflikte entwickeln, da die Sprache in gewisser Weise als Machtmittel eingesetzt werden kann (Eckhardt, 2015). Als Lösungsansatz wird hier gezeigt, dass die Pflege eine einheitliche akademische Ausbildung benötigt, die die Berufsgruppe aufwertet und den entsprechenden Sprachjargon vermittelt (Fuchs & Foidl, 2010). Der erste Schritt ist hierfür bereits mit der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes im Jahr 2016 getätigt worden, indem die Ausbildung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege auf Fachhochschulniveau gehoben wurde (§15 GuKG, 2016). Ergänzend zu den persönlichen Faktoren, die als Konfliktursache möglich sind, wurde ebenfalls der Geschlechterunterschied angeführt. Männliche Ärzte tendieren dazu, den Fokus auf den Inhalt einer Nachricht zu legen, wohingegen Pflegepersonen, sehr oft Frauen, die Beziehungsseite in den Vordergrund stellen. Hier ist der Lösungsansatz, dieses Wissen zu verbreiten, denn dann könnten Betroffene Interaktionen zwischen den Geschlechtern besser einschätzen und Konflikte dadurch verhindern (Gardner, 2005).

Studien haben gezeigt, dass oftmals ÄrztInnen ungünstige Kommunikationsformen gegenüber Pflegepersonen an den Tag legen (Skjorshammer, 2003; Rosenstein & O'Daniel, 2005; Fuchs & Foidl, 2010), was dann sozusagen als Ventil dient, Arbeitsstress und –druck abzubauen (Skjorshammer, 2003). Pflegende nehmen dies dann aber persönlich und legen ihr Verhalten darauf aus, indem sie beispielsweise Trotz zeigen, gewisse Tätigkeiten nicht übernehmen oder hinter dem Rücken kritisieren, was wiederum Konflikte antreibt (Grahmann & Gutwetter, 2002; Eckhardt, 2015). In der zwischenmenschlichen Ebene wird gezeigt, dass ÄrztInnen häufig ihre Macht, die aufgrund der gesetzlichen Anordnungsbefugnis und das höhere Ansehen in der Gesellschaft besteht, gegenüber Pflegepersonen demonstrieren (Grahmann & Gutwetter, 2002; Fuchs & Foidl, 2010) und sich Pflegende dadurch zu wenig wertgeschätzt fühlen (Ogbimi & Adebamowo, 2006; Bartholomeyczik, et al., 2008). Eine gegenseitige Wertschätzung ist jedoch Voraussetzung für eine gelingende Zusammenarbeit (Fuchs & Foidl, 2010; Leever, et al., 2010) und Ziel, damit eine symmetrische Beziehung möglich ist (Fuchs & Foidl, 2010). Ursache von Konflikten zwischen Pflegenden und ÄrztInnenschaft kann aber auch sein, dass zu wenig kommuniziert wird (Azoulay, et al., 2009). ÄrztInnen tendieren dazu, den Kontakt mit Pflegepersonen nur herzustellen, wenn sie Anordnungen geben (Weinberg, et al., 2009). Pflegende hingegen würden gerne mehr in Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden, stoßen bei ÄrztInnen aber auf Ablehnung (Thomas, et al., 2003; Azoulay, et al., 2009) oder finden es zu schwierig ihre Meinung darüber zu sagen (Thomas, et al., 2003). So kommt es, dass die beiden Berufsgruppen teilweise parallel und nicht zusammenarbeiten, dementsprechend zu wenig miteinander kommunizieren und Konflikte entstehen (Casanova, et al., 2007; Manojlovich, 2010). Wesentlich ist deshalb die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen anzukurbeln, indem Zeit für Gespräche (Gardner, 2005) außerhalb der stationären Visite geschaffen wird (Stratmeyer, 2002; Eckhardt, 2015). Möglich wäre regelmäßige interdisziplinäre Treffen zu organisieren (Azoulay, et al., 2009; Fuchs & Foidl, 2010), in denen Bedrohungen und Machtmittel komplett untersagt sind (Beitlich, 2006), und eine respektvolle, wertschätzende Kommunikation gefordert wird (Beitlich, 2006; Northam, 2009; Fuchs & Foidl, 2010).

Wichtig dabei ist eine harmonische Stimmung aufzubauen in der die gegenseitigen Erwartungen ausgetauscht werden können (Gardner, 2005), sodass Konflikte nicht nur verhindert sondern auch gelöst werden können (Pavlakis, et al., 2011).

Sollte bereits ein Konflikt stattfinden, gibt es außerdem noch andere verschiedene Möglichkeiten, eine Konfliktlösung herbeizuführen. Vorgeschlagen werden dabei von formlosen Gesprächen direkt nach einem Konflikt (Azoulay, et al., 2009), über zielorientierte Dialoge (Northam, 2009) bis hin zu Fokusgruppen (Lindeke & Sieckert, 2005) und dem Einsetzen einer/s MediatorIn (Saulo & Wagener, 2000; Northam, 2009).

Auf Organisationsebene sind ebenfalls einige Konfliktauslöser bei Konflikten zwischen Pflege und ÄrztInnenschaft zu finden, wie die unterschiedliche Lohnhöhe (Berman-Kishony & Shvarts, 2015), Personalknappheit beziehungsweise Ressourcenknappheit (Ogbimi & Adebamowo, 2006) oder ungleiche Verteilung der Ressourcen zwischen den Abteilungen (Kaitelidou, et al., 2012). Diesbezüglich wurde als Lösungsvorschlag nur das Einsetzen von hoch qualifiziertem Personal vorgefunden (Grahmann & Gutwetter, 2002). Gerade auf Organisationsebene muss die Gesamtsituation betrachtet werden (Gardner, 2005). Beispielsweise ist auch die Hierarchie im Krankenhaus als Konfliktauslöser zu sehen, da sie durch die sozialgeschichtliche Entwicklung im Einliniensystem geführt ist, Medizin und Pflege aber direkt zusammenarbeiten müssen und voneinander abhängig sind (Stratmeyer, 2002; Eckhardt, 2015). Dabei kommt im Krankenhaus noch zusätzlich die Zergliederung in einzelne Abteilungen hinzu, was Konflikte ankurbelt (Mullins, 2010). Laut Leuzinger & Luterbacher (2000) könnte der Lösungsansatz darin bestehen, dass statt dem Einliniensystem eine Matrixorganisation eingeführt wird, die zu abgeflachten Hierarchien führt (Leuzinger & Luterbacher, 2000). Auch Qualitätszirkel werden als effektives Organisationskonzept, das einer strengen Hierarchie entgegenwirkt, beschrieben (Grahmann & Gutwetter, 2002).

Als weiterer Konfliktauslöser wird in der Literatur ein mangelnder (Berman-Kishony & Shvarts, 2015) oder zu autoritärer Führungsstil (Skjorshammer, 2003) angeführt. Um den Mangel identifizieren zu können, kann ein anonymes Beschwerdesystem eingesetzt werden. Hinsichtlich Führungsqualität ist das Aufstellen eines Verhaltenskodex sinnvoll, dessen Einhaltung überprüft wird (Berman-Kishony & Shvarts, 2015).

Um die Konfliktmanagementkompetenz von Führungskräften zu verbessern, hat sich der Einsatz von Schulungsprogrammen bewährt. Zum Beispiel hat „The Comprehensive Conflict Coaching Model“ Erfolg gebracht (Brinkert, 2011) beziehungsweise berichtete eine Studie eine Verbesserung im Hinblick auf Konflikte zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen, indem Führungskräfte der beiden Berufsgruppen hinsichtlich Kommunikationsfähigkeiten, Problemlösung und Konfliktlösung geschult wurden (Boyle & Kochinda, 2004). Große Konfliktauslöser sind oftmals Unklarheiten in der Organisation, wenn sich Abläufe, Tätigkeiten und Kompetenzen zwischen ÄrztInnen und Pflegepersonen überschneiden oder unklar definiert sind (Pavlakis, et al., 2011; Berman-Kishony & Shvarts, 2015). Es entwickeln sich Konflikte, die immer wiederkehren können, um Zuständigkeiten auszuhandeln (Dahlgaard, 2010; Grandy, 2014). Vor allem bei Personalwechsel, und hier insbesondere im ärztlichen Bereich, müssen in weiterer Folge bereits ausgehandelte Aufgaben ein weiteres Mal neu geklärt werden (Dahlgaard, 2010). Die rechtliche Situation war bis 2016 so, dass im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz in Österreich im §15 der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich geregelt war, der jedoch nur sieben spezielle Punkte umfasste und andere Aufgabenbereiche nicht erwähnte (§15 GuKG, 1997). In diesen angeführten Punkten, war es außerdem von Station zu Station unterschiedlich, wie die Aufteilung der Rollen Pflegende und ÄrztInnen war (Grandy, 2014). In der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes werden den Pflegenden nun mehr Kompetenzen zugeschrieben (§15 GuKG, 2016). Diese Gegebenheit wird sich voraussichtlich zukünftig auf Konflikte zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen im Krankenhaus auswirken. Inwiefern bleibt abzuwarten, denn obwohl gesetzliche Änderungen als Konfliktursache gelten können (Mullins, 2010), kann sich die Tatsache, dass der Aufgabenbereich genauer geregelt ist, positiv auswirken (Dahlgaard, 2010). Generell ist es wichtig unklare Organisationsthemen im rechtlichen Rahmen aber im Hinblick auf ein Ziel gemeinsam auszuhandeln, festzulegen wer für die Umsetzung verantwortlich ist (Dahlgaard, 2010) und Sanktionen setzen, falls die Einhaltung nicht gegeben ist (Fuchs & Foidl, 2010).

Rollenkonflikte entstehen, da die Macht der beiden Berufsgruppen unsymmetrisch ist (Fuchs & Foidl, 2010).

Die soziale Rolle der Pflege ist geprägt von der historischen Entwicklung, denn zunächst wurde die Pflege, als die Medizin in das Krankenhaus einkehrte, ausschließlich als Hilfskraft der ÄrztInnen gesehen. Die Mediziner jedoch erhielten hohes Ansehen, was auch heute noch aus gesellschaftlicher Hinsicht zu tragen kommt. Meist wird mit der Leistung eines Krankenhauses die Medizin assoziiert (Rohde, 1974). Um eine Symmetrie zu erreichen, müssen beide Fachdisziplinen sich gegenseitig respektieren, egal in welcher sozialen Rolle sie sich befinden (Fuchs & Foidl, 2010). Schulungen könnten dabei Hilfe schaffen (Casanova, et al., 2007).

Bezüglich Konfliktverhalten bei Pflegepersonen und ÄrztInnen lieferten die Studien unterschiedliche, beziehungsweise teilweise widersprüchliche, Ergebnisse. Bei Kaitelidou et al. (2012) wird die Vermeidung von Konflikten von beiden Berufsgruppen am häufigsten angegeben. Auch Fuchs & Foidl (2010) kamen zum Ergebnis, dass Konflikte oft vermieden werden. Bei Hendel et al. (2007) war Vermeidung am zweit häufigsten bei ÄrztInnen, bei Pflegepersonen jedoch signifikant weniger häufig. Im Gegensatz zu den anderen Studien kam in der Studie von Tabak & Koprak (2007) die Konfliktvermeidung bei Pflegepersonen kaum vor. Hier wurde das kooperative Verhalten als häufigstes beschrieben, das bei Kaitelidou et al. (2012) als zweit häufigstes angegeben wurde. Dieses Verhalten wurde jedoch bei Hendel et al. (2007) von den ÄrztInnen kaum angegeben, von Pflegepersonen schon signifikant öfter. Das Kompromissverhalten wurde bei dieser Studie von beiden Berufsgruppen am meisten genutzt. Der „competing“ – Stil wurde nur in der Studie von Tabak & Koprak (2007) oftmals genannt, jedoch war der „accommodating“ – Stil in allen Studien einheitlich sehr gering ausgeprägt. Dass der Verhaltensstil von vielen Faktoren, wie den Kategorien „influence of oneself“, „influence of the other“, „nature of conflict“, „context of conflict“, „personal motives“, sowie gegenseitige Abhängigkeit und Macht und dem wahrgenommenen Druck abhängig ist, wurden in den Studien von Skjorshammer (2001) und Leever et al. (2010) gezeigt, sodass dies die unterschiedlichen Ergebnisse im Verhaltensstil erklären lässt.

Die Theorie von Glasl (2013), die als Beispiel für das Einsetzen von Konfliktinterventionen bei bestehenden Konflikten herausgegriffen wurde, bezieht sich auf die Eskalationsphasen eines Konfliktes, welche in der Literatur oftmals erwähnt werden (Beitlich, 2006; Roscher, 2008; Ospelt, 2014).

Bedeutend für die Auswahl der Konfliktintervention sind demnach der Konflikttypus, die Rahmenvorgaben und Kontextfaktoren sowie die Eskalationsphase, in der der Konflikt sich gerade befindet. Als Interventionsmöglichkeiten wurden Moderation, Prozessbegleitung, Systemtherapeutische Prozessbegleitung, klassische Mediation, Schiedsverfahren und Machteingriff erläutert (Glasl, 2013).

Nur vier Studien wurden gefunden, die Interventionen bezüglich Konfliktmanagement enthielten und diese bezogen sich nicht auf die Theorie von Glasl (2013), sondern erforschten einzelne Interventionen. So wurde bei Saulo & Wagener (2000) ein Mediationstraining bei Gesundheitsberufen, unter anderem in der Pflege und ÄrztlInnenschaft durchgeführt und bei Boone et al. (2008) ein Konfliktmanagementtraining bei Pflegepersonen abgehalten, das Schulungen, Gruppendiskussionen und Rollenspiele inkludierte. Bei Brinkert (2011) wurde bei Führungskräften in der Pflege The Comprehensive Conflict Coaching Model (CCCM) eingesetzt und bei Boyle & Kochinda (2004) wurden in Form von Modulen Schulungen bei ÄrztInnen und Pflegepersonen auf Intensivstationen abgehalten (Boyle & Kochinda, 2004). Nur diese einzige Interventionsstudie wurde gefunden, die sich konkret mit Konfliktlösung bei Konflikten zwischen Pflege und ÄrztInnen beschäftigte und auch beide Berufsgruppen in die Intervention integrierte. Die Forschungslücke wird von der Autorin deshalb in der Interventionsforschung gesehen, da sich zwar einige Studien auf die Konfliktursachen und das Konfliktverhalten von Pflegepersonen und ÄrztInnen beziehen, die Effektivität von Interventionen bei Konflikten zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen jedoch kaum erforscht ist. Demzufolge wird empfohlen zum Beispiel auf Grundlage der Theorie von Glasl (2013) Interventionsforschungen in Krankenhäusern bei Konflikten zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen durchzuführen und deren Ergebnisse zu publizieren.

Eine Schwäche dieser Arbeit liegt zunächst in der Methode und zwar darin, dass nur zwei Datenbanken für die Recherche verwendet wurden und demnach wissenschaftliche Beiträge für die Untermauerung der Erkenntnisse fehlen könnten. In weiteren Datenbanken zu suchen sowie die Handsuche in wissenschaftlichen Zeitschriften auszuweiten, wäre demzufolge sinnvoll.

Eine weitere Schwäche ist, dass konkrete Konfliktinterventionen nur auf die Theorie von Glasl (2013) beruhen und nicht genauer erläutert werden, da der Umfang der Forschungsarbeit ansonsten den Rahmen sprengen würde.

Die Stärke dieser Arbeit liegt darin, dass viele Konfliktauslöser identifiziert werden konnten. Demzufolge sind einige, vor allem präventive, Ansätze gezeigt worden, die bei Anwendung, die Konfliktauslöser reduzieren beziehungsweise beseitigen könnten. Außerdem wurde aufgezeigt, dass bei diesem Thema in der Interventionsforschung Aufholbedarf besteht.

Schlussfolgerung

In Krankenhäusern sollte von den EntscheidungsträgerInnen mehr auf präventive Konfliktmanagementinterventionen gesetzt werden, um Konflikte zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen entgegenwirken zu können. Bei bereits bestehenden Konflikten wäre es sinnvoll, alle Ebenen der Konfliktauslöser zu betrachten, die Eskalationsphase herauszufinden und dementsprechend Konfliktinterventionen auszuwählen. Eine effektive Zusammenarbeit zwischen Pflege und ÄrztInnenschaft ist dann möglich, wenn keine Machtmittel eingesetzt werden, sondern die gegenseitige Kommunikation auf Respekt und Wertschätzung beruht.

5 LITERATURVERZEICHNIS

Anhut, R (2008): Die Konflikttheorie der Desintegration. In: Bonacker, T (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Konflikttheorien: Eine Einführung. 4.Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH: Wiesbaden.

Azoulay, E; Timsit, JF; Sprung, CL; Soares, M; Rusinova, K; Lafabrie, A; Abizanda, R; Svantesson, M; Rubulotta, F; Ricou, B; Benoit, D; Heyland, D; Joynt, G; Francais, A; Azeido-Maia, P; Owczuk, R; Benbenishty, J; de Vita, M; Valentin, A; Ksomos, A; Cohen, S; Kompan, L; Ho, K; Abroug, F; Kaarlola, A; Gerlach, H; Kyprianou, T; Michalsen, A; Chevret, S & Schlemmer, B (2009): Prevalence and Factors of Intensive Care Unit Conflicts: The Conflicus Study. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, Vol.180.

Bartholomeyczik, S; Donath, E; Schmidt, S; Rieger, MA; Berger, E; Wittich, A & Dieterle, WE (2008): Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Dortmund; Berlin; Dresden.

Beitlich, P (2006): Möglichkeiten des Umgangs mit Konflikten im Gesundheitswesen. Fakultät für Medizin: Universität Witten/Herdecke.

Berman-Kishony, T & Shvarts, S (2015): Universal versus tailored solutions for alleviating disruptive behavior in hospitals. Israel Journal of Health Policy Research, Vol.4, No.26.

Bonacker, T (2008): Sozialwissenschaftliche Konflikttheorien: Einleitung und Überblick. In: Bonacker, T (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Konflikttheorien: Eine Einführung. 4.Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften/ GWV Fachverlage GmbH: Wiesbaden.

Boone, BN; King, ML; Gresham, LS; Wahl, P & Suh, E (2008): Conflict Management Training and Nurse- Physician Collaborative Behaviors. Journal for nurses in staff development, Vol.24, No.4.

Boyle, D & Kochinda, C (2004): Enhancing Collaborative Communication of Nurse and Physician Leadership in Two Intensive Care Units. *Journal of Nursing Administration*, Vol.34, No.2.

Brinkert, R (2011): Conflict coaching training for nurse managers: a case study of a two-hospital health system. *Journal of Nursing Management*, Vol.19.

Casanova, J; Day, K; Dorpat, D; Hendricks, B; Theis, L & Wiesman, S (2007): Nurse- Physician Work Relations and Role Expectations. *Journal of Nursing Administration*, Vol.37, No.2.

Dahlgaard, K (2010): Verbesserung der teamorientierten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden: Neue Chancen durch Prozessorientierung und erweiterte Aufgaben für Pflegenden. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Vol.104.

Dewitty, V; Osborne, J; Friesen, M & Rosenkranz, A (2009): Workforce Conflict: What`s the problem? *Nursing Management*, Vol.40, No.5, URL: http://journals.lww.com/nursingmanagement/Citation/2009/05000/Workforce_conflict__What_s_the_problem_.9.aspx, [Zugriff 28.12.2016].

Eckhardt, M (2015): Kooperation und Kommunikation im Krankenhaus: Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von stationärer Pflege und Medizin. *Diplomica Verlag GmbH: Hamburg*.

Fuchs, M & Foidl, A (2010): Kommunikation zweier Autoritäten im Krankenhaus am Beispiel Pflegeperson und Arzt. *GRIN Verlag: Fakultät für Bildungswissenschaften der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck*.

Gardner, D (2005): Ten Lessons in Collaboration. *The Online Journal of Issues In Nursing*, Vol.10, No.1, URL:http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume102005/No1Jan05/tpc26_116008.html?css=print, [Zugriff 25.11.2016].

Gesundheitsportal, Redaktion (2016): Wer arbeitet in einem Krankenhaus? Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.): Wien, URL:<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/leistungen/krankenhausaufenthalt/personal-krankenhaus>, [Zugriff 27.07.2016].

Glasl, F (2013): Konfliktmanagement: Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater. 11. Auflage, Haupt Verlag / Verlag Freies Geistesleben: Bern; Stuttgart.

Grahmann, R & Gutwetter, A (2002): Konflikte im Krankenhaus: Ihre Ursachen und ihre Bewältigung im pflegerischen und ärztlichen Bereich. Huber: Bern.

Grandy, S (2014): "Spiele im Krankenhaus" Strategien der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen TurnusärztInnen und Krankenschwestern bzw. Pfleger im Setting Krankenhaus - eine Fallstudie. Dissertation: Universität Wien.

Guidroz, A; Wang, M & Perez, L (2012): Developing a Model of Source-specific Interpersonal Conflict in Health Care. Stress and Health, Vol.28.

Hayes, J (2008): Workplace conflict and how businesses can harness it to thrive. CPP Global Human Capital Report, URL: https://www.cpp.com/pdfs/CPP_Global_Human_Capital_Report_Workplace_Conflict.pdf, [Zugriff am 20.07.2016].

Hendel, T; Fish, M & Berger, O (2007): Nurse/Physician Conflict Management Mode Choices: Implications for Improved Collaborative Practice. Nursing Administration Quarterly, Vol.31, No.3.

Hibbeler, B (2011): Ärzte und Pflegekräfte: Ein chronischer Konflikt. Deutsches Ärzteblatt, Vol.41, No.108.

Kaitelidou, D; Kontogianni, A; Galanis, P; Siskou, A; Mallidou, A; Pavlakis, A; Kostagiolas, P; Theodorou, M & Liaropoulos, L (2012): Conflict management and job satisfaction in paediatric hospitals in Greece. Journal of Nursing Management, Vol.20.

Kanning, U (1997): Selbstwertdienliches Verhalten und soziale Konflikte. Waxmann: Münster; New York; München; Berlin.

Keenan, G; Cooke, R & Hillis, S (1998): Norms and Nurse Management Conflicts: Keys to Understanding Nurse-Physician Collaboration. Research in Nursing & Health, Vol.21.

Kesselring, A (2005): Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege. Pflege, Vol.18.

Kunz, V (2008): Die Konflikttheorie der Rational Choice-Theorie. In: Bonacker, T (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Konflikttheorien - Eine Einführung. 4.Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH: Wiesbaden.

Kursawe, H & Guggenberger, H (2013): Neu im Klinikalltag - wie junge Mediziner den Einstieg besser meistern. Springer: Berlin; Heidelberg.

Leever, AM; Hulst, MVD; Berendsen, AJ; Boendemaker, PM; Roodenburg, JLN & Pols, J (2010): Conflicts and conflict management in the collaboration between nurses and physicians - A qualitative study. Journal of Interprofessional Care, Vol.6, No.24.

Leuzinger, A & Luterbacher, T (2000): Mitarbeiterführung im Krankenhaus: Spital, Klinik und Heim. 3. Auflage, Verlag Hans Huber: Bern; Göttingen; Toronto; Seattle.

Lindeke, L & Sieckert, A (2005): Nurse-Physician Workplace Collaboration. The Online Journal of Issues in Nursing, Vol.10, No.1, URL: http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume102005/No1Jan05/tpc26_416011.html, [Zugriff 15.09.2016].

Mader, S (2010): Eine Analyse sozialer Konflikte im Unternehmen unter besonderer Berücksichtigung von Ansätzen zur Quantifizierung der Konfliktkosten sowie spezifischer innerbetrieblicher Aspekte der Konfliktvermittlung. URL: http://www.act4ward.at/doks/Arbeit_zum_Thema_Mediation.pdf, [Zugriff 03.12.2017].

Manojlovich, M (2010): Nurse/Physician Communication Through a Sensemaking Lens. Medical Care, Vol.48, No.11.

Moron, S (2006): Kommunikation und Kooperation in multikulturellen Organisationen: Interaktion verschiedener Berufskulturen im Krankenhaus. Examicus GmbH & Co.KG: Fakultät für Wirtschaftswissenschaften Universität Witten/Herdecke.

Mullins, L (2010): Management & Organisational Behaviour. 9.Ausgabe, Pearson Education: Harlow; England.

Northam, S (2009): Conflict in the Workplace: Part 1. The American Journal of Nursing, Vol.109, No.6.

Northam, S (2009): Conflict in the Workplace: Part 2. The American Journal of Nursing, Vol.109, No.7.

Ogbimi, R & Adebamowo, C (2006): Questionnaire survey of working relationships between nurses and doctors in University Teaching Hospitals in Southern Nigeria. BMC nursing, Vol.5.

Ospelt, N (2014): Zoff auf Station: Konflikte im Team und wie man damit umgeht. Lege artis, Vol.4.

Pavlakakis, A; Kaitelidou, D; Theodorou, M; Galanis, P; Sourtzi, P & Siskou, O (2011): Conflict management in public hospitals: the Cyprus case. International Nursing Review, Vol.58.

Rohde, J (1974): Soziologie des Krankenhauses: Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. Ferdinand Enke Verlag: Stuttgart.

Roscher, S (2008): Konfliktmanagement und Prävention von Mobbing in Krankenhäusern - eine Evaluationsstudie. Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg: Hamburg.

Rosenstein, A & O'Daniel, M (2005): Disruptive & Clinical Perceptions of Behavior Outcomes: Nurses & Physicians. The American Journal of Nursing, Vol.105, No.1.

Saulo, M & Wagener, R (2000): Mediation Training Enhances Conflict Management by Healthcare Personnel. The American Journal of Managed Care, Vol.6, No.4.

Scholz, H (1999): Kommunikation im Gesundheitssystem: Handbuch zur Konfliktvermeidung. Schriftenreihe Organisation und Medizin, Verlag für Angewandte Psychologie: Göttingen.

Schulz von Thun, F (2005): Miteinander reden 1 - Störungen und Klärungen. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH: Reinbek bei Hamburg.

Schulz, R (2012): Toolbox zur Konfliktlösung - Konflikte schnell erkennen und erfolgreich bewältigen. 3.Auflage, Stark Verlagsgesellschaft mbH & co KG: Hallbergmoos.

Schwarz, G (2010): Konfliktmanagement - Konflikte erkennen, analysieren, lösen. 8. Auflage, Gabler GWV Fachverlage GmbH: Wiesbaden.

Sexton, M & Orchard, C (2016): Understanding healthcare professionals' self-efficacy to resolve interprofessional conflict. Journal of Interprofessional Care, Vol.30, No.3.

Siedlecki, S & Hixson, E (2015): Relationships Between Nurses and Physicians Matter. The Online Journal of Issues in Nursing, Vol.20, No.3.

Skjorshammer, M (2001): Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts. Journal of interprofessional care, Vol.15, No.1.

Skjorshammer, M (2003): Anger behaviour among professionals in a Norwegian hospital: antecedents and consequences for interprofessional cooperation. Journal of Interprofessional Care, Vol.17, No.4.

Statistik Austria, (2015): URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html, [Zugriff am 22.09.2016].

Stockinger, S & Schestak, S (2015): Frauen und Männer in Österreich: Gender Index 2015. Bundesministerium für Bildung und Frauen (Hrsg.): Wien, URL: https://www.bmb.gv.at/frauen/gender/gender_index_2015.pdf?5oc6ap, [Zugriff am 13.12.2016].

Stratmeyer, P (2002): Das patientenorientierte Krankenhaus: Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin. Juventa Verlag: Weinheim; München.

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

Tengilimoglu, D & Kisa, A (2005): Conflict Management in Public University Hospitals in Turkey. *The Health Care Manager*, Vol.24, No.1.

Thomas, E; Sexton, J & Helmreich, R (2003): Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical Care Medicine*, Vol.31, No.3.

Thomas, K & Kilmann, R (2015): An Overview of the Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument. URL: <http://www.kilmanndiagnostics.com/overview-thomas-kilmann-conflict-mode-instrument-tki>, [Zugriff am 31.10.2016].

Vivar, C (2006): Putting conflict management into practice: a nursing case study. *Journal of Nursing Management*, Vol.14.

Wanzer, M; Wojtaszczyk, A & Kelly, J (2009): Nurses` Perceptions of Physicians` Communication: The Relationship Among Communication Practices, Satisfaction, and Collaboration. *Health Communication*, Vol.24, No.8.

Wehner, L (2012): Dicke Luft- Konfliktmanagement in Gesundheitsberufen. Springer: Berlin; Heidelberg.

Weimann, E & Weimann, P (2012): High performance im Krankenhausmanagement: Die 10 wichtigsten Schritte für eine erfolgreiche Klinik. Springer: Berlin; Heidelberg.

Weinberg, D; Miner, D & Rivlin, L (2009): `It Depends`: Medical Residents' Perspectives on Working with Nurses. American Journal of Nursing, Vol.109, No.7.

Xianyu, Y & Lambert, V (2006): Investigation of the relationships among workplace stressors, ways of coping, and the mental health of Chinese head nurses. Nursing and Health Sciences, Vol.8.

Zick, A (2008): Die Konflikttheorie der Theorie sozialer Identität. In: Bonacker, T (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Konflikttheorien: Eine Einführung. 4.Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH: Wiesbaden.

§4(3) Ärztegesetz BGBl I Nr. 62/2009

§15 GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz BGBl I Nr. 108/1997

§15 GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz BGBl I Nr. 75/2016