

Anaesthesist 2007 · 56:1163–1169
 DOI 10.1007/s00101-007-1209-6
 Online publiziert: 6. Juni 2007
 © Springer Medizin Verlag 2007

Redaktion

E. Martin, Heidelberg
 M. Bauer, Kiel

R. Gfrörer¹ · U. Bernard¹ · C. Schaper² · M. Bauer² · G.K. Schüpfer³

¹ Institut für Strategie und Unternehmensökonomie, Lehrstuhl HRM, Universität Zürich

² Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

³ Institut für Anästhesie, chirurgische Intensivmedizin und Schmerztherapie, Kantonsspital Luzern

Rollenerwartungen unterschiedlicher Berufsgruppen im OP

Ein OP-Team wird in der Regel aufgrund vielfältiger Restriktionen (Art der benötigten Fachexpertise, Schicht- und Ferienplanungen, Ausbildungsaufgaben und Fluktuation) kurzfristig zusammengestellt mit dem Ziel, oftmals unter Zeitdruck eine komplexe medizinische Aufgabe multifunktional zu lösen. Dabei bestehen für einige Eingriffe (z. B. Herzoperationen) äußerst detaillierte medizinische Standards mit exakt festgelegter Routine und Verantwortlichkeiten auch für Ausnahmefälle. Andere operative Eingriffe hingegen weisen nur grundlegende Standards auf, die einen breiten Verhaltensspielraum offen lassen. Aufgrund der Dringlichkeit der Aufgabenlösung im OP kann eine Ausdifferenzierung von Verhaltenserwartungen durch eine Vielzahl von Interaktionen nicht abgewartet werden. Dennoch scheinen OP-Teams auch unter größtem Zeitdruck zu funktionieren, und die Teammitglieder scheinen zu wissen, wie sie sich über medizinische Standards hinaus in der Interaktion mit den anderen Teammitgliedern zu verhalten haben. Die Rollendifferenzierung in diesem Ad-hoc-Team scheint somit auf anderen Faktoren als auf lange andauernden Interaktionen zu beruhen.

Bedeutung von Rollenerwartungen

Wechselbeziehungen von Teammitgliedern während der Arbeit führen zu einer Zuordnung spezifischer Rollen zu bestimmten Personen [25]. Diese Rollen entsprechen stereotypen Erwartungen, die von anderen Mitgliedern des Teams (Rollensendern) an ein Mitglied (Rollenempfänger) herangetragen werden. Diese Erwartungen gehen über die durch formalisierte, berufsspezifische Standards definierten Verhaltensvorgaben hinaus. Durch die Konzentration dieser (Erwartungs-)Beziehungen entstehen feste Erwartungsstrukturen, die wiederum die Interaktionen zwischen den einzelnen Teammitgliedern beeinflussen [3]. Einerseits findet eine Reduktion der Komplexität von Verhaltenserwartungen sowohl auf der Sender- wie auch auf der Empfängerseite statt: Hierbei verringern die Rollensender ihre Unsicherheit bezüglich des Verhaltens des Gegenübers durch Kommunikation ihrer Verhaltenserwartungen [22]. Die Rollenempfänger erfahren, welches Verhalten von den Rollensendern als angebracht empfunden wird, und sie müssen nicht aus einem unbegrenzten Set von Handlungsalternativen auswählen, wodurch ihre Entscheidungskomplexität reduziert wird. Andererseits entsteht durch diese festen Erwartungsstrukturen ein Konfliktpotenzial. So kann die von den

Rollensendern kommunizierte Verhaltenserwartung von den Erwartungen, die der Rollenempfänger selbst bezüglich seines Verhaltens hegt, abweichen oder ein Verhalten einfordern, das nicht mit seinen Werten oder seinem Selbstbild übereinstimmt. Es entsteht ein Potenzial für einen *intrapersonellen* Konflikt. Zusätzlich entsteht das Potenzial für einen *interpersonellen* Konflikt zwischen den Rollensendern und dem Rollenempfänger dadurch, dass das Verhalten nicht den kommunizierten Erwartungen entspricht.

Unter Rollen werden also Sachverhalte subsumiert, die in aktuellen Interaktionssequenzen erst eingespielt und ausgebildet werden müssen und zudem Interpretationen der einzelnen Akteure unterliegen. Die jeweiligen Verständnisse werden einem situativen Kontext zugeordnet, in dem sozialen Situationen mit einer hohen Institutionsdichte weniger Raum für die interpretative Komponente des Rollenverhaltens zugestanden wird als unstrukturierten, sich durch stark affektive Elemente auszeichnenden Situationen [30]. Der Empfänger erhält durch mangelnden Konsens über die Rollenerwartungen Spielraum gegenüber den Erwartungen anderer [17]. Rollennormen entspringen nicht zwingend einem gemeinsamen Verständnis, sondern sind vielmehr der subjektiven Interpretation bedürftig [17]. Hierdurch besteht für den Empfänger die Möglichkeit, die empfangenen Rollen bis

Tab. 1 Dimensionen und Items des SIP-Einwortkurzbogens EK2. (In Anlehnung an Fasseher et al. [6])

Dimension	Item
Einfluss	Durchsetzungsfreudig
	Tatkräftig Zielbewusst
Sympathie	Verständnisvoll
	Tolerant Rücksicht nehmend
Zielorientierung	Sachlich
	Lösungsorientiert Fleißig

Tab. 2 Aufschlüsselung des Rücklaufs

Tätigkeit	Anzahl	Prozent
Pflegefunktionsdienst	25	13,9
Anästhesie	74	41,1
Operateure	77	43,0
Technische Assistenz	3	1,7
Total	179	100

zu einem bestimmten Grad nach eigenen Vorstellungen umzuformen [27].

Rollenmerkmale des OP-Teams

Jede der im OP-Saal tätigen Professionen weist für sich ein Statusbewusstsein auf. Die Beziehung der verschiedenen Berufsgruppen zueinander basiert noch immer zum großen Teil auf Status- und Hierarchieverhältnissen [13, 29], die heutzutage durch verschiedene Faktoren (zunehmende Diffusion traditionell geschlechtsspezifischer Berufe, allgemeiner Wertewandel, zunehmende Spezialisierung der nichtakademischen Tätigkeiten im OP) starken Veränderungskräften ausgesetzt sind. Tradierte, professionsabhängige Rollenzuschreibungen im OP können somit nicht nur die Verhaltenssicherheit für die Akteure im OP erhöhen, sondern auch zu Rollenkonflikten für die Angehörigen der einzelnen Berufsgruppen führen. Dem Nutzen einer Reduktion der Komplexität der Verhaltenserwartungen steht die Problematik gegenüber, dass durch den Wandel des Selbstverständnisses einer Profession Rollenkonflikte entstehen können [29].

Das OP-Team umfasst in der Regel 3–10 (manchmal mehr) Personen. Die Zusammensetzung des Teams wird durch die Anzahl und die Art benötigter Funktionen in Abhängigkeit der Operation bestimmt. Ohne Berücksichtigung spezi-

fischer medizinischer Fachqualifikationen sind in der Regel folgende Funktionen zu gewährleisten [9, 10]:

- die *Pflegefunktion* (sterile und unsterile Instrumentierung bei Chirurgie und Anästhesie, Springerfunktion mit wechselndem Aufgabenbereich und Lagerungsfunktion),
- die *Anästhesiefunktion* (für die Ein- und Ausleitung bzw. die intraoperative Aufrechterhaltung der Anästhesie) sowie
- die *Chirurgiefunktion* (für die Durchführung des Eingriffs).

Die interne Sozialstruktur im OP-Team ist deutlich ausgeprägt: So weisen die akademisch ausgebildeten Funktionen (ärztlicher Dienst der Chirurgie und der Anästhesie) ein deutlich höheres Ansehen gegenüber den nichtakademischen Funktionen (pflegerischer Funktionsdienst OP bzw. Anästhesie) auf. Die Kommunikationsstruktur ist durch die benötigten Informationen im Ablauf der Operation sowie durch die Rollen-, Macht- und Autoritätsstruktur definiert [12]. Die Rollenstruktur des OP-Teams wird durch den Umstand kompliziert, dass sich die Menschen im OP neben den unterschiedlichen Funktionen durch unterschiedliche Erfahrungsgrade (z. B. unerfahrene Assistenzärzte und erfahrene, hochqualifizierte OPSchwwestern), durch unterschiedliche hierarchische Stellungen im Krankenhaus außerhalb des OP (z. B. Chefarzt der Anästhesie und Oberarzt der Chirurgie) und durch unterschiedliche Nebenfunktionen (z. B. Weiterbildungsfunktion) auszeichnen. Die Angehörigen des OP sind außerhalb des OP-Teams Mitglieder verschiedener anderer formeller oder informeller Gruppen, in denen wiederum eigene spezifische interne Sozialstrukturen bestehen. Während ihrer Tätigkeit im OP können die Mitglieder des OP-Teams mit – verglichen zur Außenwelt des OP – veränderten Sozialstrukturen konfrontiert werden. Neben den formellen, OP-bezogenen Einflussfaktoren besteht eine Reihe formeller und informeller Einflussfaktoren auf die Rollenerwartung, die zu einer komplexen Rollenstruktur im OP führen [5].

Professionskulturen basieren nicht nur auf verbindenden Elementen wie Normen und Werten, die durch die älteren Mit-

glieder einer Profession gelebt und den Nachfolgern weitergegeben werden [16, 26], sondern auch auf bewussten Bemühungen zur Abgrenzung gegenüber anderen (Professions-)Kulturen [14]. Die verschiedenen Berufsgruppen sollten sich somit in unterschiedlichen Selbstkonzepten und Fremdwahrnehmungen bezüglich der fremden und der eigenen Verhaltenserwartungen manifestieren [16, 26].

Zu berücksichtigen gilt ferner die Tatsache, dass die OP-Team-Mitglieder nicht nur innerhalb der OP-Grenzen interagieren. Damit besteht die Möglichkeit, dass Erwartungen, die außerhalb des OP (auch außerhalb des Krankenhauses) gesendet und empfangen werden, auch im OP Gültigkeit haben, obwohl sie – streng genommen – keine OP-Relevanz aufweisen.

Methodik

Die hier zur Erhebung der Merkmale professionsspezifischer Eigen- und Fremdbilder im OP verwendeten Items entstammen den Kurzformen zur sozialperspektivischen Imagepositionierung (S-I-P), einer Weiterentwicklung von SYMLOG, einem Beobachtungsverfahren zur Beschreibung von Gruppenprozessen [20]. Bales u. Cohen entwickelten als Kurzverfahren eine Adjektiv-Rating-Form mit 26 Adjektiv-Tripeln, anhand derer eine Einschätzung des Verhaltens von beobachteten Personen und damit deren Bilder vorgenommen werden [1]. Die Ermittlung von Selbst- und Fremdbildern in Gruppen kann dabei von den Gruppenmitgliedern selbst vorgenommen werden, da „über eine Selbstbeobachtung eine Abbildung von Selbstbildern erhoben werden kann“ [6]. Da die ursprüngliche Länge von SYMLOG mit 26 Adjektiv-Tripeln in der Praxis eine bedeutende Restriktion (Zeitbelastung, Motivationsverluste, insbesondere bei größeren Gruppen) für deren Einsatz darstellt, wurden kürzere Listen entwickelt [6]. In mehreren Schritten wurde die Adjektivliste anhand von Faktor- und Itemanalysen auf eine Liste mit 9 Einwort-Items reduziert, von denen je 3 die Dimensionen Einfluss, Sympathie und Zielorientierung repräsentieren [6]. Der folgend verwendete SIP-Einwortkurzbogen EK2 weist 9 positive Items auf und eignet sich deshalb für unter Zeitdruck ste-

Zusammenfassung

Hintergrund. Ausdifferenzierte Rollenstrukturen haben den Vorteil, dass sie den Teammitgliedern vorgeben, welches Verhalten von ihnen erwartet wird bzw. welches Verhalten sie von den anderen Mitgliedern erwarten können. Die Entstehung einer solchen Rollenstruktur erfordert jedoch eine Vielzahl an Interaktionen der betreffenden Menschen und somit eine Mindestkontaktdauer. Im OP-Saal arbeiten die Teams meist in wechselnder Zusammensetzung. In diesen kurzfristig zusammengestellten Teams kann sich eine Rollenstruktur nicht ausdifferenzieren. In der vorliegenden Untersuchung wird der Frage nachgegangen, ob die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe die fehlende Möglichkeit zur häufigen Interaktion im OP-Bereich substituiert.

Methode. Anhand eines 9-Item-Fragebogens zur sozialperspektivischen Imagepositionierung (Kurzform von SYMLOG) wurden in einer schriftlichen Befragung OP-Saal-Mitarbeiter aus zwei Krankenhäusern zu ihrer Einschätzung von professionsspezifischen Verhaltensmerkmalen bezüglich Einfluss, Sympathie und Zielorientierung befragt (n=179).

Role expectations of various professional groups in the operating theatre

Abstract

Background. Clearly defined professional roles have the advantage that team members know what they are expected to do and what their expectations of other professional groups are. For the definition of roles a distinct number of interactions between persons are a prerequisite. In a typical operations room (OR) team members are not constantly involved and are often exchanged. Interactions between personnel are not strong enough to fulfil the designing process of role shaping. In this study the possible substitution of defined roles by a distinct professional culture in an OR was studied.

Methods. Using a shortened form of the SYMLOG questionnaire, 179 persons working in the ORs of 2 Swiss hospitals were interviewed. The three main professional groups in the OR setting were represented in this cohort: anaesthesia personnel (physicians and

Ergebnisse. Die jeweiligen Berufsgruppen beurteilen sich selbst in der Eigenbewertung in jeder der 3 Dimensionen höher, als sie die beiden anderen Professionen in der Fremdbewertung bewerten. Die Fremdbewertungen können jedoch den Wert der Eigenbewertung übersteigen. Die Analyse der Rollenwahrnehmung zeigt auf, dass sich beide akademischen Berufsgruppen einen großen Einfluss und eine große Zielorientierung zuschreiben. Hieraus kann ein Führungsanspruch abgeleitet werden, der ein Konfliktpotenzial beinhalten könnte.

Diskussion. Die Datenanalyse zeigt, dass im untersuchten Kollektiv eine ausdifferenzierte Rollenstruktur im OP-Saal nicht vorhanden war. Hieraus lassen sich Optimierungsmöglichkeiten ableiten, wie beispielsweise der verstärkte Einsatz eingespielter Teams oder die Implementierung Konflikt reduzierender Methoden.

Schlüsselwörter

Rollenverhalten · Rollenanalyse · SYMLOG · Konflikt reduzierende Methoden · OP-Team

nurses), surgeons and operating room technicians and nurses. The SMLOG questionnaire allows the rating of sympathy, influence and goal orientation of the professional groups.

Results. Surgeons and anaesthetists had the strongest influence and higher ratings for goal orientation. In comparison, the influence of members of the nursing profession was less valued. All three professional groups rated themselves higher than in the perception of the other professional groups.

Conclusions. It is concluded that in this analysis the role definition was not clear. Optimization is therefore possible which could reduce conflict potential and contribute to a higher productivity.

Keywords

Role behaviour · Role analysis · SYMLOG · Conflict-reducing methods · OR team

hende oder wenig belastbare Gruppen und, durch die positiven Konnotationen der Items, für innerbetriebliche Anwendungen (■ Tab. 1).

Der Fragebogen ermittelt von jeder Person – jeweils Angehörige einer Berufsgruppe – die Ausprägungen der einzelnen Items für jede Berufsgruppe im OP. Dabei wird hier das 5-stufige Vorgehen verwendet, bei dem die Befragten die Ausprägung der Häufigkeit der Verhaltensmerkmale für jede Profession mit „nie“, „selten“, „manchmal“, „häufig“ oder „immer“ zu bewerten haben [6, 20].

Dadurch werden für jede Person ein Selbstbild bezüglich der eigenen Profession und drei Fremdbilder bezüglich der anderen Professionen erhoben. Es gilt bei Erhebungen von Merkmalen von Stereotypen zu berücksichtigen, dass die Resultate nicht nur eine Wahrnehmung der Verhaltensmerkmale beinhalten, sondern auch mit diesen typischen Merkmalen gekoppelte normative Erwartungen [31]. „Bei der Rückerinnerung übersetzt der Akteur eine vergangene Handlungsweise oder eine ganze Handlungssequenz des anderen in eine Aussage über dessen Persönlichkeitseigenschaft oder Persönlichkeitsbild“ ([20]). Die Bewertung der Items auf eine bestimmte Funktion im OP wird deshalb mit einer Verhaltens-erwartung an diese Funktion gleichgesetzt. So lassen sich für jede Berufsgruppe Durchschnittswerte der jeweiligen Eigen- und Fremdbilder ermitteln. Die Eigenbilder einer Berufsgruppe werden mit den entsprechenden Fremdbildern der anderen Berufsgruppe verglichen. Bei wesentlichen Unterschieden zwischen dem Eigenbild und den Fremdbildern kann von einem latenten Konfliktpotenzial bezüglich der entsprechenden Rollenerwartung ausgegangen werden. Übereinstimmende Eigen- und Fremdbilder hingegen weisen auf ausdifferenzierte Rollenstrukturen hin.

Für die vorliegende Erhebung wurden Mitarbeiter zweier Krankenhäuser mit überregionaler Bedeutung und Weiterbildungsfunktion befragt. Die Auswahl zeichnet sich dadurch aus, dass sie sämtliche der im OP tätigen Mitarbeiter umfasste. Es wurden Mitarbeiter aller Hierarchiestufen und Funktionen aus dem OP-Bereich einbezogen.

Tab. 3 Deskriptive Werte für Gruppe „Pflegefunktionsdienst“

Dimension	Gruppe	n	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Einfluss	Pflegefunktionsdienst	20	3,80	0,51	2,33	4,67
	Anästhesisten	68	3,49	0,53	2,67	5,00
	Operateure	63	3,42	0,47	2,33	4,33
	Gesamt	151	3,50	0,51	2,33	5,00
Sympathie	Pflegefunktionsdienst	22	3,44	0,69	1,67	4,67
	Anästhesisten	72	3,30	0,67	1,67	5,00
	Operateure	74	3,42	0,65	1,67	4,67
	Gesamt	168	3,37	0,66	1,67	5,00
Zielorientierung	Pflegefunktionsdienst	22	3,67	0,63	1,67	4,67
	Anästhesisten	72	3,58	0,61	2,00	5,00
	Operateure	74	3,60	0,49	1,67	4,67
	Gesamt	168	3,60	0,56	1,67	5,00

Tab. 4 T-Test für die Mittelwertgleichheit bezüglich Bewertungen der Berufsgruppe „Pflegefunktionsdienst“

Dimension	Pflegefunktionsdienst versus	
	Anästhesisten	Operateure
Einfluss	<0,05 (s)	<0,05 (s)
Sympathie	0,389 (ns)	0,920 (ns)
Zielorientierung	0,582 (ns)	0,6 (ns)

s signifikant, ns nicht signifikant.

Ergebnisse

Die Aussendung umfasste insgesamt 601 Fragebogen, denen Begleitschreiben sowie ein frankierter und adressierter Briefumschlag beigelegt wurden.

Der Rücklauf betrug insgesamt 227 Datensätze (37,7%), wovon 48 aufgrund fehlender OP-Zugehörigkeit oder verspäteter Rücksendung nicht berücksichtigt werden konnten. Der Nettorücklauf betrug somit 179 Fragebogen oder 29,8% der Aussendung (Tab. 2). Aufgrund des geringen Rücklaufs bei Mitarbeitern mit rein technischer Assistenz wurde auf eine Auswertung dieser Funktion verzichtet.

Die Daten wurden auf ihre Aussagen zu den Selbst- und Fremdbildern ausgewertet; hierbei wurden die Ladungen der je 3 Items auf jede der 3 Verhaltensdimensionen des SIP-Einwortkurzbogens SIP-2 für jede Funktion im OP berechnet. Dadurch ergeben sich für jede Funktion Werte für die Eigen- und die Fremdbilder bezüglich jeder Dimension. Durch Mittelwertvergleiche wurden die Unterschiede bezüglich des Selbstbilds und der jewei-

ligen Fremdbilder für die Dimensionen ermittelt.

In den Selbst- und Fremdbildern zeigten sich für die meisten Dimensionen die im Folgenden beschriebenen signifikanten Unterschiede.

Die jeweiligen Berufsgruppen beurteilen sich selbst in der Eigenbewertung in jeder der 3 Dimensionen höher, als sie die beiden anderen Professionen in der Fremdbewertung bewerten. So erzielt beispielsweise in der Gruppe „Pflegefunktionsdienst“ die eigene Profession höhere Werte hinsichtlich Einfluss, Sympathie und Zielorientierung als die Berufsgruppen „Anästhesisten“ und „Operateure“.

Die Fremdbewertungen können jedoch den Wert der Eigenbewertung übersteigen. So wird die Gruppe „Operateure“ von den beiden anderen Berufsgruppen hinsichtlich der Dimension „Sympathie“ höher bewertet als in der eigenen Bewertung. Auch die Gruppe „Pflegefunktionsdienst“ wird von den Operateuren hinsichtlich „Einfluss“ und „Zielorientierung“ höher eingeschätzt, als diese Berufsgruppe sich selbst bewertet.

Gruppe „Pflegefunktionsdienst“

Die deskriptiven Werte des Pflegefunktionsdienstes (OP, Anästhesie) sind in Tab. 3 zusammengefasst. Daraus wird ersichtlich, dass die Angehörigen des Pflegefunktionsdienstes ihre eigenen Werte konstant in allen drei Dimensionen höher beurteilen als die Angehörigen der anderen Berufsgruppen.

Im durchgeführten T-Test zur Ermittlung der Signifikanz zwischen dem Selbstbild des Pflegefunktionsdienstes und dem Fremdbild, das die Anästhesisten bzw. die Operateure von dieser Berufsgruppe haben, zeigt sich jeweils ein signifikanter Unterschied für die Dimension „Einfluss“ ($p < 0,05$), nicht aber für die Dimensionen „Sympathie“ und „Zielorientierung“ (Tab. 4).

Gruppe „Anästhesisten“

Auch die deskriptive Statistik der Mittelwerte zu den Selbst- und Fremdbildern der Anästhesisten zeigt eine durchweg höhere Selbstbeurteilung im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen (Tab. 5).

Die Selbstbilder der Anästhesisten unterscheiden sich in allen 3 Dimensionen signifikant von den Fremdbildern des Pflegefunktionsdienstes sowie von den Beurteilungen, die die Operateure bezüglich des Verhaltens der Anästhesisten vornehmen (Tab. 6).

Gruppe „Operateure“

Auch die Operateure beurteilen ihre Selbstbilder signifikant positiver als die anderen Berufsgruppen (Tab. 7).

Der Vergleich der Selbstbilder der Operateure mit den Beurteilungen der Anästhesisten ergibt durchweg signifikant unterschiedliche Werte. Wie Tab. 8 zeigt, unterscheiden sich die Selbst- und die Fremdbewertung zwischen Operateuren und dem Pflegefunktionsdienst hingegen lediglich bezüglich der Dimension „Zielorientierung“ signifikant.

Diskussion

Relevanz der Thematik

Die Analyse von Rollenerwartung und -verhalten während des interdisziplinären und somit komplexen Leistungserstellungsprozesses ist sowohl aus qualitativer als auch aus ökonomischer Sicht von relevantem Interesse.

Der OP-Bereich ist besonders kostenintensiv und verbraucht bis zu 33% des Gesamtbudgets eines Krankenhauses. Die Personalkosten stellen hierbei den höchsten Anteil der im OP entstehenden Kos-

ten. Hierdurch steigt der Druck den OP, bestehend aus hochqualifizierten Human- und Materialressourcen, effizienter zu nutzen. Eine Analyse der Arbeitsbeziehungen im OP drängt sich jedoch nicht nur anhand der Betrachtung der Kostenseite auf. Obwohl im OP-Bereich Individuen sehr eng zusammen arbeiten, werden Erkenntnisse der Teamforschung, die eine Steigerung der „performance“ eines Teams ermöglichen, im OP kaum angewandt [9, 10, 29]. Die Qualität der Zusammenarbeit hat jedoch weitreichende Auswirkungen: So kann fehlerhafte Zusammenarbeit im OP zu schwerwiegenden Folgen für die Patienten führen [15]. Weiterhin besteht die Möglichkeit, dass Konflikte, die zwischen den Mitarbeitern im OP während einer Operation nicht gelöst werden können, außerhalb des OP zur Konfliktsituation im Krankenhaus führen [12, 13].

Literatur zur Thematik

Die Rollenthematik für das Krankenhaus im Allgemeinen wurde in der Literatur bis dato häufig diskutiert. Lindström et al. [19] nennen Rollenkonflikte als Grund für Angst und Stress von Mitarbeitern im Gesundheitswesen. Etliche Beiträge befassen sich mit den einzelnen Professionen im Krankenhaus. So finden sich Rollenzuschreibungen für den Arzt bereits 1818 bei Zehnder (zit. nach [23]), der dem Arzt „Gleichgültigkeit für den Reichtum, Arbeitsamkeit, Schamhaftigkeit, Herablassung, Ernsthaftigkeit, Beurteilungskraft, Stille des Geistes, Leutseligkeit, Reinheit der Sitten, Gelehrsamkeit, Religion, Unbestechlichkeit, Entfernung von Aberglauben und eine göttliche Erhabenheit der Seele“ attestierte. Parsons (1958, zit. nach [28]) charakterisiert die Rolle des Arztes als universalistisch, funktional spezifisch, emotional neutral und kollektivitätsorientiert. Andere schreiben dem Arzt allgemein eine funktional spezifische Rolle oder hohes Ansehen oder emotionale Neutralität zu [8, 28].

Corwin u. Taves [4] bezeichnen die Rolle der Krankenschwester als universalistisch („Dienerin der Öffentlichkeit“) und als funktional diffus, indem sie auch als „Muttersurrogat“ bezeichnet wird [28]. Brown [2] analysiert die Rolle der Kran-

Tab. 5 Deskriptive Werte für Gruppe „Anästhesisten“

Dimension	Gruppe	n	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Einfluss	Pflegefunktionsdienst	23	3,62	0,60	2,33	4,67
	Anästhesisten	73	4,07	0,46	2,67	5,00
	Operateure	74	3,78	0,59	1,67	5,00
	Gesamt	170	3,88	0,56	1,67	5,00
Sympathie	Pflegefunktionsdienst	23	3,20	0,66	1,67	4,00
	Anästhesisten	72	3,69	0,44	2,67	4,67
	Operateure	74	3,37	0,71	1,00	4,67
	Gesamt	169	3,49	0,63	1,00	4,67
Zielorientierung	Pflegefunktionsdienst	23	3,64	0,52	2,33	4,67
	Anästhesisten	73	4,08	0,49	2,67	5,00
	Operateure	73	3,83	0,59	2,00	5,00
	Gesamt	169	3,91	0,56	2,00	5,00

kenschwester anhand von Arztromanen. Sie kommt dabei auf vier Grundtypen von Krankenschwestern und charakterisiert diese Stereotypen anhand verschiedener Attribute. Ihre Analyse hat eine geschlechterspezifische Zuschreibung zur Folge, in der der Arzt männlich und die Pflegekraft weiblich ist [2]. Swertz [28] vergleicht die Aussagen der Rollensender und der Rolleneempfänger in einer Kommunikationsanalyse miteinander; hier stehen die Verhaltenserwartungen der Rollensender an die Rolleninhaber im Zentrum der Analyse. Er fokussiert exponierte Personen wie die ärztlichen Direktoren, Oberschwwestern oder die Verwaltungsdirektoren. Rathje [22] kommt nach einer Analyse der Belegschaft im Krankenhaus zu dem Schluss, dass „insbesondere im Krankenhaus ... innerhalb bestimmter Berufsgruppen – Schwestern oder Ärzten – ein bestimmtes Rollenverhalten erwartet wird. Das jeweils wahrgenommene Rollenverständnis kann dabei mit anderen Rollen kollidieren“. Die einzige Untersuchung, die explizit den OP-Saal zum Gegenstand rollenspezifischer Überlegungen hat, wurde von Goffman [11] durchgeführt. Dabei charakterisiert er Assistenzarzt und Medizinalpraktikanten als distanziert. Der Chirurg hingegen erfülle die (formale) Rolle, ziehe die damit verbundenen Erwartungen aber ins Lächerliche [11].

Die Literaturanalyse ergibt somit, dass bis dato zwar die Verhältnisse im Krankenhaus allgemein untersucht wurden, die Zusammenarbeit im OP aber bis auf eine Ausnahme nicht speziell thematisiert wurde. Zudem basierten die Rollen

Tab. 6 T-Test für die Mittelwertgleichheit bezüglich Bewertungen der Berufsgruppe „Anästhesisten“

Dimension	Anästhesisten versus	
	Pflegefunktionsdienst	Operateure
Einfluss	<0,001 (s)	<0,001 (s)
Sympathie	<0,001 (s)	<0,001 (s)
Zielorientierung	<0,001 (s)	<0,001 (s)

s signifikant, ns nicht signifikant.

selten auf systematisch gewonnenen Verhaltensstichproben, sondern „vielmehr auf kurzen, schiefen Stichproben erlebten Verhaltens, die zudem durch die eigene Zugehörigkeit zur Gruppe zusätzlich verzerrt sein können“ [24].

Die vorliegende Untersuchung soll nun beide Defizite decken und einen Beitrag zu einer systematischen Analyse der Arbeitsverhältnisse im OP leisten, indem die Frage beantwortet wird, ob eine berufsspezifische Rollendifferenzierung im OP besteht, aus der klare Verhaltenserwartungen abgeleitet werden können, ohne dass die Mitglieder zuvor zusammengearbeitet haben müssen.

Methodik

Der verwendete SIP-Einwortkurzbogen EK2 weist 9 positive Items auf und ist eine etablierte Kurzform zur S-I-P. Er ist von daher insbesondere für unter Zeitdruck stehende oder wenig belastbare Gruppen und, durch die positiven Konnotationen der Items, für innerbetriebliche Anwendungen geeignet.

Tab. 7 Deskriptive Werte für Gruppe „Operateure“

Dimension	Gruppe	n	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Einfluss	Pflegefunktionsdienst	23	4,01	0,50	3,00	5,00
	Anästhesisten	71	4,03	0,53	2,33	5,00
	Operateure	72	4,19	0,42	3,00	5,00
	Gesamt	166	4,10	0,49	2,33	5,00
Sympathie	Pflegefunktionsdienst	23	2,99	0,69	1,33	4,33
	Anästhesisten	71	2,71	0,66	1,33	4,00
	Operateure	72	3,12	0,65	1,67	4,33
	Gesamt	166	2,92	0,68	1,33	4,33
Zielorientierung	Pflegefunktionsdienst	23	3,87	0,55	2,67	5,00
	Anästhesisten	72	3,64	0,53	2,33	5,00
	Operateure	73	4,14	0,38	3,00	5,00
	Gesamt	168	3,89	0,52	2,33	5,00

Tab. 8 T-Test für die Mittelwertgleichheit bezüglich Bewertungen der Berufsgruppe „Operateure“

Dimension	Operateure versus	
	Pflegefunktionsdienst	Anästhesisten
Einfluss	ns	<0,05 (s)
Sympathie	ns	<0,001 (s)
Zielorientierung	<0,05 (s)	<0,001 (s)

s signifikant, ns nicht signifikant.

Die Befragung wurde als Vollerhebung an allen im OP-Bereich tätigen Mitarbeiter zweier Krankenhäuser von überregionaler Bedeutung durchgeführt (n=601).

Der Rücklauf an auswertbaren Datensätzen betrug lediglich 179 Fragebogen bzw. 29,8% der Aussendung. Dieser Wert kann einerseits als unbefriedigend und andererseits als methodentypisch interpretiert werden: So wird in der Literatur ein Rücklauf >60% der Aussendungen zur Erzielung einer repräsentativen Stichprobe gefordert, gleichwohl erscheint dieser Zielwert in vielen Untersuchungen als in der praktischen Anwendung unerreichbar.

Unter wissenschaftlichen Aspekten muss der hier erzielte Rücklauf von ca. 30% dennoch als limitierend für die Aussagekraft der vorliegenden Untersuchung erachtet werden.

Ergebnisse

Pflegefunktionsdienst

Die Gruppe „Pflegefunktionsdienst“ umfasste in der vorliegenden Untersuchung

sowohl Mitarbeiter der operativen Fachabteilung als auch der Anästhesiologie. Auf eine weiterführende Subgruppenanalyse nach Pflegefunktionsdienst „OP“ und „Anästhesie“ wurde zur Sicherstellung einer aussagekräftigen Gruppengröße verzichtet.

Der Pflegefunktionsdienst nimmt für sich selbst ein signifikant höheres Niveau an Einfluss wahr, als ihm dies die Operateure und Anästhesisten attestieren. Es besteht somit die Problematik, dass der tatsächliche Einfluss auf das Operationsgeschehen kleiner ist, als der Pflegefunktionsdienst wahrnimmt. Dieses könnte zu folgenden Problemen führen:

- Setzt die Pflege ihr Selbstverständnis um und versucht Einfluss auf den Verlauf der Operation zu nehmen, kann dies möglicherweise zu Konflikten mit Operateuren und/oder Anästhesisten führen.
- Kann der Pflegefunktionsdienst den sich selbst attestierten Einfluss nicht ausüben, besteht für die Pflegefunktionsdienstmitarbeiter die Gefahr von Frustration oder Demotivation [7].
- Beruht die ungleiche Beurteilung des Einflusses darauf, dass die Bedeutung der Leistungen des Pflegefunktionsdienstes von den akademischen Berufen nicht gleichermaßen eingeschätzt wird, besteht die Möglichkeit mangelnder Anerkennung und Wertschätzung.

Die Diskrepanz in der Wahrnehmung kann dadurch begründet sein, dass durch die zunehmende Spezialisierung der

(nichtakademischen) Berufsgruppe „Pflegefunktionsdienst“ bei den Berufstätigen eine Erwartungshaltung bezüglich der Möglichkeiten zur Einflussnahme auf das Geschehen aufgebaut wird, die von den anderen Berufsgruppen nicht geteilt wird.

Bezüglich der Sympathie sind keine wesentlichen Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung festzustellen.

Anästhesisten

Die Anästhesie schreibt sich selbst eine bedeutendere Rolle während der Operation zu, als dies die anderen Berufsgruppen tun. Als Folgen dieser ungleichen Wahrnehmung können wie bei dem Pflegefunktionsdienst Konflikte, Frustration und Demotivation sowie mangelnde Anerkennung und Wertschätzung entstehen [18, 21]. Die hohe Beurteilung des eigenen Einflusses lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass die Anästhesisten im intraoperativen Prozessablauf die Kontrolle über die Vitalfunktionen des Patienten einnehmen, während sich die Operateure bei einer Vielzahl von kleineren Eingriffen auf nichtlebensnotwendige Funktionen des Patienten konzentrieren. Zudem sind Anästhesisten häufig und zunehmend zugleich für das OP-Management verantwortlich, wodurch in der Selbsteinschätzung eine Aufwertung der eigenen Bedeutung resultiert.

Operateure

Auffallend sind die sehr tiefen Sympathiewerte der Operateure – sowohl in der Selbst- wie auch in der Fremdeinschätzung. Es ist denkbar, dass die Betonung fachlicher und zielbezogener Handlungen gerade in einer leistungs- und wissensorientierten Kultur zur Statusförderung verwendet wird. Aus diesem Aspekt ließe sich somit das Bild des strengen Chirurgen bestätigen.

Fazit für die Praxis

Die Analyse der Selbst- und Fremdbilder führt zu dem Schluss, dass im OP-Team bezüglich der erfragten Kriterien in der hier untersuchten Kohorte kein eindeutiges Rollengefüge besteht:

1. Die jeweiligen Berufsgruppen beurteilen sich selbst in der Eigenbewertung in jeder der drei Dimensionen höher, als sie die beiden anderen Professionen in der Fremdbeurteilung bewerten.
2. Die Fremdbewertungen können den Wert der Eigenbewertung übersteigen.
3. Die Analyse der Rollenwahrnehmung zeigt auf, dass sich beide akademischen Berufsgruppen einen großen Einfluss und eine große Zielorientierung zuschreiben. Hieraus kann ein Führungsanspruch abgeleitet werden, der ein Konfliktpotenzial beinhalten könnte.

Die Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmungen sind demzufolge zu ausgeprägt, als dass im OP von einer ausdifferenzierten Rollenstruktur gesprochen werden könnte. Hieraus lassen sich die folgenden Schlüsse ableiten. OP-Teams arbeiten möglicherweise nicht maximal effizient. Es bestünde eine Möglichkeit zur Effizienzsteigerung, wenn es gelingen würde, die gegenseitigen Erwartungen und Wahrnehmungen bezüglich des Verhaltens abzugleichen. Durch eine Steigerung der Zusammenarbeit derselben OP-Team-Mitglieder werden einerseits die professionsspezifischen Rollen in ihrer individuellen Interpretation der jeweiligen Personen im Team ausdifferenziert, andererseits lassen sich individuelle Eigenschaften in die Verhaltenserwartungen integrieren. Dies führt zu einer Reduktion der Entscheidungskomplexität und der Wahrscheinlichkeit von Rollenkonflikten. Der Einsatz derart eingespielter Teams stellt in den Krankenhäusern noch eine Ausnahme dar.

Die Mitglieder des OP-Teams entwickeln andere Strategien zur Überwindung der Nachteile nichtausdifferenzierter Rollenstrukturen. So werden Rollenkonflikte, die während einer Operation aufgrund der Dringlichkeit der Situation nicht gelöst werden können, außerhalb des OP ausgetragen. Der Einsatz Konflikt reduzierender Techniken (z. B. „debriefings“ nach Operationen, Feedbackschlaufen, vor- und nachbereitende „meetings“) ist in Krankenhäusern nicht die Regel.

Korrespondenzadresse

R. Gfrörer

Institut für Strategie und Unternehmensökonomik, Lehrstuhl HRM, Universität Zürich
Plattenstraße 14, 8032 Zürich
Schweiz
roger.gfroerer@isu.unizh.ch

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Bales RF, Cohen SP (eds) (1979) SYMLOG: a system for multiple observation of groups. Free Press, New York
2. Brown C (1995) Pflege – Tiefenpsychologische Überlegungen zur historischen Entwicklung und ihrer perspektivischen Möglichkeiten. In: Brown C, Reimer C (Hrsg) Belastungen bei Pflegenden und Medizinerinnen. Focus, Gießen, S 9–37
3. Claessens D (Hrsg) (1995) Gruppe und Gruppenverbände. Dr. Kovac, Hamburg, S 23
4. Corvin RG, Taves MJ (1962) Some concomitants of bureaucratic and professional conceptions of the nurse role. Nurs Res 11: 223–227
5. Dyer WG (ed) (1977) Team building: issues and alternatives. Organization development. Addison-Wesley, Reading MA
6. Fassheber P, Strack M, Kordowski C, Tita T (Hrsg) (1995) Über die Entwicklung von Kurzformen zur sozialperspektivischen Imagepositionierung S-I-P. 26. Bericht aus dem Institut für Wirtschafts- und Sozialpsychologie der Georg-August-Universität, Göttingen
7. Felton JS (1998) Burnout as a clinical entity – its importance in health care workers. Occup Med 48: 237–250
8. Ferguson RS (ed) (1958) The doctor-patient relationship and „functional illness“, in patients, physicians and illness. EG Jaco, Free Press, Illinois, pp 656–662
9. Gfrörer R, Schüpfer G, Schmidt CE, Bauer M (2005) Teambildung im Operationsaal – Auswirkungen auf die Entscheidungsqualität. Anaesthesist 54: 1229–1234
10. Gfrörer R, Schüpfer G (2004) Das Operationsaal-Team. Z Fuhr Organ 72: 333–339
11. Goffman E (ed) (1961) Asylum. Penguin, London
12. Grahmann R, Gutwetter A (Hrsg) (1996) Konflikte im Krankenhaus: ihre Ursachen und ihre Bewältigung im pflegerischen und ärztlichen Bereich. Huber, Bern, ISBN 3–456–82732–6
13. Grahmann R, Gutwetter A (Hrsg) (2002) Konflikte im Krankenhaus. Huber, Bern
14. Gregory KL (1983) Native-view paradigms: multiple cultures and culture conflicts in organizations. Admin Sci Q 28: 359–376
15. Helg M (2000) Katastrophale Fehler wegen katastrophaler Kommunikation. Neue Zürcher Zeitung, 18.10.2000 (243), Zürich, p 85
16. Helmreich RL, Merrit AC (eds) (2001) Culture at work in aviation and medicine. Ashgate, Aldershot
17. Krappmann L (Hrsg) (1971) Soziologische Dimensionen der Identität. Klett, Stuttgart
18. Lederer W, Kinzl JF, Trefalt E et al. (2006) Significance of working conditions on burnout in anesthesiologists. Acta Anaesthesiol Scand 50: 58–63

19. Lindström K, Kirivanta J, Bach E et al. (1994) Research on work organization and well-being among health care personnel – Proceedings from the Workshop for Nordic Researchers. Nordic Seminar, Helsinki
20. Marx C (Hrsg) (2000) Das Beobachtungsverfahren SYMLOG in der Praxis. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden
21. Nyssen AS, Hansez I, Baele P et al. (2003) Occupational stress and burnout in anaesthesia. Br J Anaesth 90: 333–377
22. Rathje E (Hrsg) (2003) Personalführung im Krankenhaus. Kohlhammer, Stuttgart
23. Romer DRV (Hrsg) (1998) „Der Arzt“: Ein Jugendtext des Zürcher Regierungspräsidenten Dr. med. Ulrich Zehnder von 1818. Selbstverlag, Zürich
24. Sader M (Hrsg) (2002) Psychologie der Gruppe. Juventa, Weinheim
25. Schneider HD (Hrsg) (1975) Kleingruppenforschung. Teubner, Stuttgart
26. Sexton B, Thomas E, Helmreich R (2000) Error, stress and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. BMJ 320: 745–749
27. Steinmann H, Schreyögg G (Hrsg) (1997) Management: Grundlagen der Unternehmensführung, Vol. 4, Gabler, Wiesbaden
28. Swertz P (Hrsg) (1968) Rollenanalyse im Krankenhaus. Universität, Köln
29. Waisel D (2005) Developing social capital in the operating room. Anesthesiology 103: 1305–1310
30. Wiswede G (Hrsg) (1977) Rollentheorie. Kolhammer, Stuttgart
31. Zurstiege G (Hrsg) (1998) Mannsbilder – Männlichkeit in der Werbung: zur Darstellung von Männern in der Anzeigenwerbung der 50er, 70er und 90er Jahre. Westdeutscher Verlag, Opladen