

Andreas Walker und Christof Breitsameter

KONFLIKTE UND KONFLIKTREGELUNGEN IN HOSPIZEN

*Ergebnisse einer qualitativen Studie in drei Hospizen
in Nordrhein-Westfalen*

1. EINLEITUNG

Gemäß den ICN »Codes of Ethics for Nurses« soll die Pflegekraft eine Umgebung fördern, »in which the human rights, values, customs, and spiritual beliefs of the individual, family, and community are respected« (The ICN Code of Ethics for Nurses 2012, S. 2). Die Vorgaben von Kodizes lassen für Pflegenden einen Interpretationsspielraum, der immer wieder neu verhandelt werden muss – gerade auch, wenn diese in einem Hospiz arbeiten. Denn die Fähigkeit zur Selbstbestimmung bei akut Sterbenden ist häufig so stark eingeschränkt, dass die Pflegekräfte auch zusammen mit den Angehörigen über die weiteren Pflegemaßnahmen entscheiden. Ebenso schwierig wie der Umgang mit der abnehmenden Fähigkeit zur Selbstbestimmung ist der Schutz der Privat- und Intimsphäre, da mit dem Fortschreiten des physischen Verfalls die Verletzlichkeit des Bewohners zunimmt.

Ob und wie die in den Kodizes festgelegten Regeln interpretiert werden, hat aber nicht allein mit dem physischen und psychischen Zustand der Gäste zu tun, sondern ist auch bedingt durch die Stellung der Pflegekraft innerhalb der Institution. Hospize sind, wie andere Einrichtungen des Gesundheitswesens auch, in verschiedene Hierarchieebenen gegliedert. Neben der Hospizleitung gibt es die Pflegedienstleitung und die hauptamtlichen Mitarbeiter, die voll- oder teilzeitbeschäftigt sind. In manchen Hospizen arbeiten noch ein Seelsorger, ein Sozialarbeiter oder ein Koordinator für die ehrenamtlichen Mitarbeiter. Die Pflegenden haben häufig eigene Verantwortungsbereiche: Manche sind für bestimmte Therapieformen wie Aroma- oder Musiktherapie spezialisiert, andere sind für die ordnungsgemäße Verwahrung der Medizinprodukte zuständig. Zudem haben Hospize in der Regel ein Bezugspflegesystem, wobei eine Pflegekraft hauptverantwortlich für einen Bewohner zuständig ist. Aufgrund dieser unterschiedlichen Funktionen und Verantwortungsbereiche gibt es unterschiedliche Möglichkeiten für die Pflegekräfte, die Pflege zu gestalten.

Uns interessierte, ob und wie die Interpretationsspielräume und die unterschiedlichen Positionen des Pflegepersonals zueinander bei der Gestaltung des Pflegealltags zu Konflikten führen und welche Konsequenzen sich daraus ergeben. Konflikt soll gemäß unserer Forschungsabsicht gegensätzliche, mit hin einander ausschließende Positionen zwischen Akteuren bezeichnen, die offen zutage treten. Diese Differenz zwischen den Positionen hat eine ethische Dimension im weiteren Sinne, da sie das Funktionieren der Institution, in der die Konflikte aufbrechen, gefährden könnte. Gleichzeitig ist der Streit um Positionen stets auch ein notwendiger Prozess bei der Gestaltung von Praxis. Die Differenz von Positionen in einem Hospiz hat aber zudem eine ethische Dimension im engeren Sinne, da im Zentrum des Handelns vulnerable Menschen stehen, die unter den Differenzen leiden könnten. Aus diesem Ansatz heraus ergaben sich für uns folgende Forschungsfragen: 1. Welche Konflikte gibt es in Hospizen bei der alltäglichen Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter untereinander, mit den Gästen und deren Angehörigen? 2. Welche Strategien gibt es, mit diesen Konflikten umzugehen?

2. METHODEN

Nachdem von Seiten der zuständigen Ethik-Kommission nach Vorlage des Studienprotokolls keine Bedenken geäußert wurden (Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum, 21. 10. 2010, Registrier-Nr.: 3850-10), beobachteten wir zwischen Oktober 2010 und November 2011 die Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von drei stationären Hospizen in freier Trägerschaft in Nordrhein-Westfalen während der *Übergaben, Teamsitzungen und Fallbesprechungen*. Die nichtteilnehmende, offene Beobachtung (durch Walker) diente dazu, mit dem Forschungsfeld vertraut zu werden. Bei diesen Zusammenkünften kommen die Schwierigkeiten der alltäglichen Arbeit, die medizinische Versorgung der Gäste und ihre biographische Situation zur Sprache. Diese Thematiken gaben uns einen Orientierungsrahmen, wo potentiell konflikträchtige Konstellationen und Situationen vorzufinden sind. Anwesend bei den Übergaben waren die entsprechenden Schichtdienste, manchmal ein Arzt, bei den Fallbesprechungen das gesamte Pflegepersonal, das von dem Fall betroffen war, bei den Teamsitzungen alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Von November 2010 bis November 2011 führte einer von uns (Walker) außerdem insgesamt 18 semistrukturierte Interviews mit hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Hospize, die sich zum Teil auf die beobachteten Situationen bzw. auf die in den Sitzungen angesprochenen Problematiken bezogen. Vierzehn der befragten Pflegekräfte und Hospizleitungen hatten eine Krankenpflegeausbildung durchlaufen; drei Teilnehmerinnen sind

gelernte Altenpflegerinnen. Ein Teilnehmer ist Sozialarbeiter. Da Pflegekräfte in erster Linie weiblichen Geschlechts sind, wurde darauf geachtet, männliche Pfleger ebenfalls zu befragen. Unterschiedliche Hierarchieebenen (Hospizleitungen, Pflegedienstleitungen) wurden mit einbezogen, um Aufschluss über Verantwortungsbereiche und »Machtkonstellationen« zu gewinnen. Die Erkenntnisse aus den Interviews wurden mit den Aufzeichnungen der Beobachtungen verglichen und um weitere Beobachtungen ergänzt. Daraus ergaben sich manchmal neue Fragestellungen, die dann wiederum in folgenden Interviews zur Sprache kamen. Wir durchliefen mehrere solcher Datenerhebungszyklen bei gleichzeitiger Auswertung.

Die Interviews wurden nach Aufklärung und schriftlicher Einverständniserklärung der teilnehmenden Personen mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet und im Anschluss vollständig wörtlich transkribiert, wobei in diesem Zuge auch eine Anonymisierung der Daten erfolgte. Bei der Transkription (durch eine wissenschaftliche Hilfskraft und Walker) bedienen wir uns des Verfahrens der halb-interpretativen Arbeits-Transkription (HIAT), bei der inhaltlich signifikante paraverbale und nonverbale Äußerungen verzeichnet werden; die Partiturschreibweise wurde mit Hilfe des Computerprogramms EXMARaLDA umgesetzt. Während der begleitenden Beobachtung erfolgten handschriftliche Aufzeichnungen, die nach den Sitzungen ausgearbeitet und anonymisiert wurden. Die im Forschungsprozess gewonnenen Kategorien – die Kodierung und Auswertung erfolgte unabhängig voneinander durch beide Autoren – wurden hinsichtlich ihrer theoretischen Eigenschaften ausgearbeitet und wiederum im Feld überprüft. Der Prozess der Datenerhebung wurde beendet, nachdem aus den Beobachtungen und Interviews keine zusätzlichen Kategorien mehr gewonnen werden konnten, sodass wir in Bezug auf die zugrunde liegenden Forschungsfragen von einer theoretischen Sättigung ausgehen.

Die Datenerhebung und die Auswertung orientierten sich im Wesentlichen an den Methoden der von Barney Glaser und Anselm Strauss (Glaser/Strauss 1967) entwickelten und von Juliet Corbin und Strauss (Corbin/Strauss 2008) modifizierten Form der *grounded theory*, da es sich hierbei um ein Hypothesen generierendes Verfahren handelt, anstatt um ein Hypothesen überprüfendes Verfahren. Die logische Form dieses Hypothesen generierenden Verfahrens wäre, um mit dem US-amerikanischen Philosophen Charles Sanders Peirce zu sprechen, die Abduktion: »Die Abduktion ist der Vorgang, in dem eine erklärende Hypothese gebildet wird. Es ist das einzige logische Verfahren, das irgendeine neue Idee einführt, denn die Induktion bestimmt einzig und allein einen Wert, und die Deduktion entwickelt nur die notwendigen Konsequenzen einer reinen Hypothese« (Peirce 1970, S. 362). Wir möchten die Abduktion keineswegs als Allheilmittel auf dem Weg zum Generieren neuer Ideen verstanden wissen. Allerdings bezeich-

net sie den Moment der Überraschung während der Erhebung der Daten. Damit lassen sich gleichwohl nicht alle theoretischen Schwierigkeiten, unser asymmetrisches Wissensverhältnis zum untersuchten Gegenstand wie zu den Interviewten bzw. unser Vorverständnis des zu untersuchenden Feldes, ausklammern. Dieses asymmetrische Verhältnis wird umso größer, als der Forscher »bei jedem Versuch, Techniken auszuformulieren, Rationalisierungen erzeugt« (Goffman 1996, S. 262). Der Forscher muss sich nicht nur über seine Distanz zum Feld im Klaren sein, er muss sich auch bewusst sein, dass er diese durch seine Wissenschaft selbst konstruiert; die Gefährdung seiner Ergebnisse geht folglich vom Empirischen wie vom Theoretischen aus. Auf die Objekterzeugung in der Sozialwissenschaft hatte bereits Theodor W. Adorno hingewiesen: »Die Dinghaftigkeit der Methode, ihr eingeborenes Bestreben, Tatbestände festzunageln, wird auf Gegenstände, eben die ermittelten subjektiven Tatbestände, übertragen, so als ob dies Dinge an sich wären und nicht vielmehr verdinglicht. Die Methode droht sowohl ihre Sache zu fetischisieren wie selbst zum Fetisch zu werden« (Adorno 2003, S. 200f.). Dass die erhobenen Daten eine eigene Bedeutung, mithin eine Realität generieren, an der der Forscher nicht unschuldig ist, darauf haben auch Armin Nassehi und Irmhild Saake hingewiesen (Nassehi/Saake 2002). Manchmal bleibt unentschieden, ob die erhobenen Daten eine Bedeutung in sich haben oder auf eine Realität referieren. Nassehi und Saake plädieren dafür, die Kontingenz der Forschungssituation, die zwar nicht vorherbestimmten, aber auch nicht bloß zufälligen Ergebnisse der Forschung in den Ergebnissen selbst sichtbar zu machen. Wir sind uns dieser erkenntnistheoretischen Problematiken innerhalb der empirischen Forschung bewusst. Da aber die Befunde eben nicht bloß zufällig sind, ist deren Präsentation in diesem methodisch begrenzten Rahmen legitim.

Im Folgenden sollen die wesentlichen Ergebnisse der Auswertung vorgestellt werden. Die Zitate beziehen sich auf das aus den Interviews gewonnene Textmaterial; »M 1«, »M 2« etc. bezeichnet Äußerungen der hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Indexierung erfolgte anhand der Chronologie der Aufnahmen.

3. ERGEBNISSE

Differenzen im Pflegealltag werden von den Pflegekräften unterschiedlich gravierend eingestuft. Was sich für eine Pflegekraft als Konflikt darbietet, ist für eine andere eine Meinungsverschiedenheit, Teil eines Diskussionsprozesses oder Teil einer als positiv empfundenen Streitkultur. Unabhängig von diesen graduellen Einschätzungen traten Konfliktmuster auf, die wir in *Konfliktfelder* (3.1) und *Konfliktkonstellationen* (3.2) unterschieden. *Kon-*

fliktfelder beziehen sich auf Sachthemen und umfassen die *Medikation* (3.1.1) und die *Pflege* (3.1.2). *Konfliktkonstellationen* betreffen soziale Beziehungen und umfassen das *Verhältnis der Pflegekräfte zu den Gästen* (3.2.1), das *Verhältnis der Gäste zu Angehörigen* (3.2.2) und das *Verhältnis der Pflegekräfte zu den Angehörigen* (3.2.3). *Konfliktfelder* und *Konfliktkonstellationen* sind Kategorien, die sich durchaus überschneiden, da ein *Konfliktfeld* eine soziale Interaktion zur Voraussetzung hat. Gleichwohl drücken die Kategorien je eigene Tendenzen aus. Bei einem Konfliktfeld geht es eher um ein technisches Wissen, während eine Konfliktkonstellation Resultat eines Umgangs mit Interaktionen ist. Insbesondere interessiert uns, wie mit Konflikten verfahren wird.

3.1 KONFLIKTFELDER

3.1.1 *Medikation*

Das Pflegepersonal hat nach entsprechender Anweisung des Arztes bei der Dosierung eines Medikaments zumeist einen Handlungsspielraum und kann im Falle der Unwirksamkeit eines Medikaments bezüglich eines spezifischen Symptoms auf ein anderes ausweichen – vorausgesetzt, der Arzt hat einen Bedarfsmedikationsplan erstellt. Die Medikation wird grundsätzlich mit dem Gast abgestimmt, sofern er dazu in der Lage ist. Gleichwohl divergieren im Team häufig die Auffassungen darüber, ob ein Gast Schmerzen hat oder nicht und ob ein spezifisches Medikament verabreicht werden soll oder nicht. Manche Medikamente wirken als Angstlöser, haben aber vielleicht als unerwünschte Nebenwirkung Müdigkeit zur Folge. Deshalb gehen die Meinungen darüber auseinander, ob die unerwünschten Nebeneffekte nicht die gewünschten Effekte überlagern. Dies wird besonders deutlich, wenn es sich um die Vergabe von Psychopharmaka handelt: »Also im Alltag sind hier im Haus immer wieder Psychopharmaka ein Problem. Wenn zum Beispiel Tavor angesetzt ist, ist die Schwelle bei den Pflegekräften sehr unterschiedlich. Der eine sagt: Mein Gott, der leidet, und ich gebe ihm was. Und der andere: Nein, warum? Man soll ihm ein Stück weit auch sein Wachheitszustand und sein Sichauseinandersetzen lassen.« (M 6, 323–328) Im Hinblick auf die Vergabe von stärkeren Medikamenten wurde von einer Befragten der positive Aspekt der Auseinandersetzung mit den Mitarbeitern betont: »Wenn ich zum Beispiel das Gefühl habe, ich müsste jetzt eigentlich dem Patienten ein Medikament geben, was ihm auf der einen Seite hilft, aber auf der anderen Seite schläft er mehr und gerät in einen Dämmerzustand. Ich weiß dann selber nicht: Ist das jetzt so ratsam? Ist das jetzt das Richtige? Dann diskutiere ich das mit den Kollegen aus, wenn ich das nicht mit dem Patienten diskutieren kann. Das sind ganz wichtige Sachen, die bei uns so laufen, die immer wie-

der auch zu Diskussionen führen, teilweise auch zu Streitgesprächen. Aber ich finde, dass wir eine Streitkultur bei uns im Haus haben, ist schon sehr wichtig.« (M 1, 341–349)

Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Medikation tauchen auch zwischen dem Team und dem Arzt auf. Gegenstand ist etwa die Höhe der Dosierung eines Medikaments oder das – aus der Sicht des Teams – allzu rasche Absetzen der Medikamente, wenn ein Patient in ein Hospiz einzieht. Zwei der von uns untersuchten Hospize vertrauen Palliativmedizinern, die das Hospiz regelmäßig besuchen. Ein anderes Hospiz hat ein Hausarztssystem. Beklagt wurde seitens einiger Mitarbeiter, dass einige Hausärzte kaum Erfahrungen mit Palliativmedizin hätten und Mittel verschreiben würden, die aufgrund der Disposition der Gäste keinerlei Wirkung zeigten, oder dass Ärzte manchmal keine genauen Angaben über die Dosierung machten. Die Differenzen zwischen Team und Ärzten sind jedoch manchmal auch initiiert durch eine paternalistische Haltung des Arztes dem Gast gegenüber, der dasjenige, was er medizinisch für richtig erachtet, anordnet, anstatt es mit dem Gast zu besprechen. Darauf reagieren die Pflegekräfte äußerst sensibel, da ihrer Meinung nach der Arzt in einem solchen Fall die Autonomie des Gastes zu wenig respektiert.

3.1.2 *Pflege*

Grundsätzliche Unterschiede in der Art und Weise, wie die Pflege vorgenommen wird, resultierten daher, dass die Mitarbeiter verschiedener Meinung sind, was der Gast wünscht bzw. benötigt. Manche Pflegekräfte entpuppten sich beispielsweise als »Aktionisten« (M 5, 56). Ruhe, Gelassenheit und die Fähigkeiten, ein »Nein« des Gastes zu akzeptieren, wurden seitens der Befragten dagegen als hospizliche Haltungen für eine richtige Pflege beschrieben. Die »Reibungspunkte« (M 1, 312) ergäben sich somit aus der Individualität der Mitarbeiter, die die Wünsche der Gäste unterschiedlich interpretierten: »Es gibt hier Mitarbeiter, die meinen, dass ein Gast jeden Tag von oben bis unten gewaschen werden muss. Und dann gibt es andere, die das nicht so wichtig finden, die einen anderen Schwerpunkt haben und sagen: ›Ich mache dann den einen Tag ein bisschen weniger und mache dafür lieber mal eine nette Fußmassage oder eine Rückenmassage, oder ich setze mich einfach nur hin und halte die Hand oder höre einfach mal, was der Gast zu sagen hat und unterhalte mich mit ihm oder mache ihm irgendein anderes nettes Angebot oder so.« Aber das wird im Team unterschiedlich gesehen.« (M 12, 89–97)

Diese Differenzen müssen nicht, können aber zu Konflikten führen, wenn das »Nein« des Gastes ignoriert wird. Einige Mitarbeiter würden den Gast trotz angezeigter Medikation lieber schlafen lassen, andere würden ihn we-

cken, um ihm das Medikament zu verabreichen, wie uns eine Befragte versicherte. Die divergierenden Auffassungen können lebhaft und produktive Diskussionen innerhalb des Teams zur Folge haben. Allerdings werden die unterschiedlichen interpretativen Ansätze auch als Konfliktpotential betrachtet: »Im Hospiz gibt es sicherlich viele Meinungsverschiedenheiten, was man glaubt, was der Gast [...] noch gern möchte. Und da wird auch von den Kollegen viel, glaub ich, hineininterpretiert. [...] Es geht ums Lassen, und es geht auch um Würde, und es geht auch darum, dass man die Gäste ernst nimmt. Und das ist nicht immer der Fall, finde ich. Also dass man die Wünsche komplett respektiert. Wenn jemand zum Beispiel sagt, er möchte im Bett bleiben, dass man das dann auch lässt, und dass man nicht versucht, ihn aus dem Bett heraus zu bekommen. Oder wenn jemand sagt, er möchte nicht gewaschen werden, dass man ihn auch wirklich nicht wäscht. Solche Sachen, das gibt Konflikte im Team [...]« (M 5, 43–54) Uns wurde dieser fürsorglich-paternalistischen Zug mancher Pflegekräfte als ein Phänomen geschildert, das innerhalb des Teams immer wieder zu Auseinandersetzungen führt.

Beide Konfliktfelder haben es mit ähnlichen Verhaltensmustern zu tun, die sich ethisch einordnen lassen: Es gibt seitens der Pflegekräfte jeweils unterschiedliche Interpretationsspielräume bezüglich der Fürsorge gegenüber dem Gast und der Möglichkeit, auf ein Intervenieren zu verzichten. Im Zentrum des pflegerischen Handelns wird immer wieder die Autonomie des Gastes thematisiert, die in der Praxis in ethischer Hinsicht zu einem Verhandlungsgegenstand wird, bei dem die Pflegekräfte unterschiedlich Position beziehen. Das eine Spektrum der Meinungen tendiert dahin, den Gast aufgrund des Mitfühlens mit ihm möglichst umfassend zu umsorgen, derweil auf der anderen Seite des Spektrums die Meinung vorherrscht, der Gast solle jenseits der Grundpflege auch mal in Ruhe gelassen werden, wenn er nicht explizit Wünsche nach spezifischen Pflegemaßnahmen äußert. Mittels einer positiv empfundenen Streitkultur wird die ethische Vertretbarkeit pflegerischen Handelns diskutiert. Wenn im Zentrum die Autonomie des Gastes steht, wie kann dann ein Handeln gerechtfertigt sein, dass ihn (noch mehr) um seine Autonomie bringt, da er durch die Medikamente in einen Dämmerzustand gerät? Andererseits schränken den Gast die Schmerzen ebenso in seiner Autonomie ein. Die eine Seite wäre also im Sinne einer paternalistischen Fürsorge zu deuten, derweil die andere Seite sich in einer Ethik des Zurücknehmens, des Verzichts auf Intervention übt.

3.2 KONFLIKTKONSTELLATIONEN

3.2.1 *Gast-Pflegekraft*

Wenn Gäste bei der Pflege nicht mitmachen, ihren Willen durchsetzen wollen und »klar ›Nein‹ sagen können« (M 6, 596 f.), wird dies als Herausforderung begriffen, die aber nicht immer angenehm ist. Es kann vorkommen, dass ein Gast versucht, Pflegekräfte untereinander auszuspielen. Solche Gäste landen »dann irgendwann in der Fallbesprechung« (M 6, 602). Bei Gästen, die sich Pflegeratschlägen gegenüber resistent erweisen, kann es auch vorkommen, dass sie sich selbst oder andere gefährden. Dann wird im Team abgewogen, inwiefern eine Intervention unter Berücksichtigung der Autonomie des Gastes angezeigt ist.

Zu Differenzen zwischen dem Gast und den Pflegekräften kann es bei der Medikamentenvergabe kommen. Wenn ein Gast etwa unter Schmerzen leidet, gegen diese jedoch nicht das dafür vorgesehene Medikament einnehmen möchte aus Angst, das Medikament könnte ihn sedieren, so fordert diese Weigerung die Pflegekräfte, die unmittelbar mit dem Gast zu tun haben, heraus: Sollen diese den Willen des Gastes akzeptieren, obwohl sie aufgrund ihrer Erfahrung anderer Meinung sind und für die Einnahme des Medikaments plädieren, da nicht jede Schmerzmedikation automatisch zur Betäubung führt? Oder sollen sie mit dem Gast in einem offenen Diskussionsprozess die Einnahme aushandeln? Schwierig ist die Situation für die Pflegekräfte ebenso, wenn ein Gast nichts mehr mitbekommen möchte und Medikamente verlangt, die ihn sedieren.

3.2.2 *Gast-Angehöriger*

Die Pflegekräfte haben unterschiedliche Auffassungen darüber, ob bei einem Konflikt zwischen Gast und Angehörigem interveniert werden sollte. Die drei untersuchten Hospize machen den Angehörigen unterschiedliche Angebote: Ein Hospiz ist architektonisch so konstruiert, dass sich neben vielen Gästezimmern ein weiterer Raum befindet, in dem Angehörige übernachten können. Dezidiert wurde in diesem Fall die »Herausforderung der Hospizarbeit« als »Angehörigenarbeit« (nur M 13, 1, 58 f.) identifiziert. Ein anderes Hospiz hatte für die Angehörigen nur ein einziges Zimmer. Dieser Umstand wirkt sich auch auf das Konfliktpotenzial aus. Von der Hospizidee her sollen die Angehörigen mit in die Sterbebegleitung integriert werden. Je häufiger sie sich selbst im Hospiz aufhalten und dort übernachten, umso näher sind sie und ihre Schwierigkeiten, das Sterben ihres Gastes zu akzeptieren, dem Personal, das sich dann in einer doppelten Pflegesituation befindet. Für die

Mitarbeiter ist es eine zusätzliche Belastung, wenn Angehörige allzu große – auch zeitliche – Ansprüche an das Personal stellen.

3.2.3 *Mitarbeiter-Angehöriger*

Zu Konflikten mit Angehörigen kommt es häufig von Mitarbeiterseite dann, wenn den Gästen nicht gesagt wurde, wo sie sich befinden bzw. wohin sie gebracht wurden, und die Angehörigen die Mitarbeiter zudem bitten, dies den Gästen auch zukünftig zu verschweigen. »Für uns ist eine Voraussetzung, dass die Leute, die hier hinkommen, wissen, wo sie sind. Also nicht Sanatorium und nicht kleines Krankenhaus, sondern dass das ein Hospiz ist. Es gibt auch Angehörige, die einfach so sagen: ›Sagen sie es ihm nicht.‹ Das geht einfach nicht.« (M 7, 260–264) Rechtlich wie auch vom Selbstverständnis des Hospizes her, kann der Bitte der Angehörigen nicht entsprochen werden. Es gibt aber auch den Fall, wo die Patienten wissen, dass sie in ein Hospiz gehen, aber nicht wissen, dass sie im Hospiz sterben werden. Sie täuschen sich also über die Funktion der Einrichtung.

Situationen, bei denen die Angehörigen das Sterben ihres Gastes ein Stück weit nicht wahrhaben wollen, werden von den Mitarbeitern als schwierig wahrgenommen, erst recht, wenn der Gast unter Hirnmetastasen oder an Demenz leidet, bei Fällen also, wo das Wissen des Gastes um seine Situation kaum eindeutig feststellbar ist. Die Fragen rund um die Ernährung stellt das Personal auch in der Kommunikation mit Angehörigen vor Herausforderungen. Der Arzt bespricht mit dem Gast in der Regel im Vorhinein, was er im fortschreitenden Krankheitsverlauf zu erwarten hat und bereitet ihn auf Situationen vor, in denen es zweckmäßig ist, Ernährung und Flüssigkeitszufuhr zu reduzieren oder einzustellen, um dessen Leiden nicht zu erhöhen und nicht zu verlängern. Treten Situationen ein, die eine Erhöhung des Leidens bei fortgesetzter Ernährung erwarten lassen, entscheiden Arzt, Pflegeteam und Gast, sofern dieser noch ansprechbar ist, gemeinsam über eine Einstellung der Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr. Idealerweise werden diese Maßnahmen auch mit den Angehörigen abgeklärt, doch bestehen diese häufig auf die Fortsetzung der Ernährung – auch dann, wenn eine Fortsetzung das Leiden des Gastes – aus Sicht des Arztes und der Pflegekräfte – eher erhöhen, denn mindern würde.

Die an der Sterbebegleitung beteiligten Personen haben bestimmte Vorstellungen davon, was gutes Sterben ist. Dazu zählt die Akzeptanz des eigenen Todes durch den Sterbenden und das seitens der Institution »Hospiz« zugesicherte Autonomieversprechen, welches in der Praxis zu einer ethischen Herausforderung für die Pflegekräfte wird. Ab wann gilt es einzugreifen, wenn ein Gast sich selbst gefährden könnte? Wie sehr muss und darf sich die Pflegekraft in die Beziehung zwischen Gast und Angehörigen einmischen,

wenn die Beziehung den Gast belastet? Wie gelingt es, die Angehörigen in die Sterbebegleitung zu integrieren, wenn diese das Sterben ihres Gastes nicht akzeptieren wollen? Diese Fragen lassen sich nicht eindeutig beantworten, sie führen aber immer wieder zu unterschiedlichen Positionen innerhalb des Teams, die in Diskussionsprozessen verhandelt werden.

3.3 KONFLIKTREGELUNGEN

Wir konnten nicht beobachten, dass Konflikte gelöst wurden in dem Sinne, dass alle gegensätzlichen Positionen verschwunden wären. Deshalb scheint es uns angemessener, um einen Begriff von Ralf Dahrendorf aufzunehmen, von Konfliktregelung (Dahrendorf 1972, S. 41) zu sprechen. Unter Konflikt versteht Dahrendorf »jede Beziehung von Elementen [...], die sich durch objektive (<latente>) oder subjektive (<manifeste>) Gegensätzlichkeit kennzeichnen lässt. [...] Der Gegensatz zwischen den Elementen [...] kann bewusst oder bloß erschließbar, gewollt oder bloß situationsbedingt sein; auch der Grad des Bewusstseins ist für die Bestimmung von Beziehungen als Konflikten nicht relevant« (Ebd., S. 23f.). Sozial ist der Konflikt, wenn er überindividuell ist. Zum Konflikt und seiner Regelung gehören somit verschiedene Bedingungen: 1. Gegensätze von Beteiligten in sozialen Situationen und damit Konflikte sind unvermeidlich. Sie sind nichts Negatives, sondern ein fruchtbares wie schöpferisches Prinzip. 2. Eine Konfliktlösung wäre der Versuch, jeden Gegensatz von seiner Wurzel her zu beseitigen. Dies gelingt jedoch nur unter Anwendung von Gewalt. Eine Lösung von Konflikten wäre demnach normativ, wenn eine Position durchgesetzt wird. Jeder Eingriff in einen Konflikt muss sich daher auf die Regelung seiner Formen beschränken, da sich die Ursachen von Konflikten nicht beseitigen lassen. 3. Um einen Konflikt zu kontrollieren, müssen die Beteiligten diesen anerkennen und ein Mitbestimmungsrecht bei der Regelung des Konflikts haben. 4. Die an Konflikten Beteiligten einigen sich auf Spielregeln, nach denen sie Konflikte austragen wollen (Verhandlungen, Diskussionen, Ethik-Komitees etc.). Konfliktregelungen zielen folglich auf kognitive Lernprozesse der beteiligten Individuen ab. Durch ihre Regelung verschwinden Konflikte allerdings nicht grundsätzlich.

Die unterschiedlichen Auffassungen bezüglich der Medikation führen immer wieder zu Diskussionen innerhalb des Pflorgeteams oder mit dem zuständigen Arzt. Dabei kann es vorkommen, dass der Arzt, da er in der Verantwortung steht, seine Autorität ausspielt und das Vorgehen festlegt, aber er kann sich auch mit dem Team abstimmen und auf dessen Erfahrungen vertrauen. Ein Konflikt zwischen Arzt und Team wird nicht immer so geregelt, dass beide Seiten mit der Regelung zufrieden sind. Um derartige Konflikte besser zu kontrollieren, verfolgten zwei der von uns untersuchten

Hospize die Strategie, den Arzt an den Übergaben teilhaben zu lassen, um ihn auf diese Weise ein Stück weit in die alltägliche Hospizarbeit zu integrieren. Das dritte Hospiz mit seinem Hausarztsystem baute explizit darauf, dass die Ärzte die Arbeit im Hospiz für sich auch als Weiterbildungsmöglichkeit in Sachen palliativer Versorgung betrachten sollten, um auf diese Weise die Sichtweise der Pflegekräfte besser nachvollziehen zu können. Durch die Erfahrungen im Hospiz können sich Hausärzte, insbesondere wenn sie (noch) keine palliativmedizinische Ausbildung haben, besser in die Positionen der Pflegekräfte hineindenken und deren Argumentation z. B. bezüglich der Medikamentendosierungen nachvollziehen. Auch dies ist eine Strategie, den Arzt in die Organisation Hospiz zu integrieren.

Die Konflikte bezüglich der unterschiedlichen Pflegeauffassungen zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bestehen häufig selbst nach einer Aussprache fort, da das Pflegepersonal in seine individuellen Verhaltensmuster zurückfällt. Wird eine Verhaltensweise für den Gast zur Bedrängnis, etwa indem eine Pflegekraft den Gast permanent auffordert, etwas zu essen oder zu trinken, obwohl dieser sich weigert, wird dies im Team diskutiert, was nicht zwangsläufig bedeutet, dass die Schwierigkeit auch behoben wird. Das Problem kann auch nach etlichen Diskussionsrunden noch weiter bestehen bleiben. Die Meinungsverschiedenheiten bestimmten zum Teil die Diskussionen bei der alltäglichen Arbeit und flossen thematisch in die Übergaben, Fallbesprechungen und Teamsitzungen ein. Eine Regelungsstrategie für diese Art von Konflikten bestand darin, einen Handlungsrahmen vom gesamten Team beschließen zu lassen, an den sich jeder zu halten hatte. Im Umgang mit differierenden Pflegeauffassungen erinnerte die Hospiz- oder Pflegedienstleitung an das Leitbild bzw. zog in Erwägung, zusammen mit dem Team das Leitbild zu aktualisieren. Hiermit war die Hoffnung verbunden, dass über die Erarbeitung eines neuen Leitbilds ein größerer Konsens hinsichtlich der Pflegepraxis innerhalb des Teams erzeugt werden könnte.

Wenn ein Gast eine Schmerztherapie aus der Angst heraus ablehnt, er würde bei der Einnahme der schmerzstillenden Medikamente in seiner Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt, die Pflegekraft hingegen aus ihrer Erfahrung heraus weiß, dass eine bestimmte Dosierung der Medikamente die Lebensqualität des Gastes erhöhen könnte, so wird das Gespräch mit dem Gast und eventuell mit den Angehörigen gesucht, um zu einer Lösung der Schmerzproblematik, die für den Gast akzeptabel ist, zu gelangen. Das bedeutet jedoch nicht, dass in jedem Fall eine Einigung zwischen Gast und Pflegekraft erzielt wird. Manchmal verweigert der Gast – auch nach den aufklärenden Gesprächen – weiterhin die Schmerzmedikation.

Bei einem Konflikt zwischen Gast und Angehörigen können die Pflegekräfte meistens selbst entscheiden, wie sie vorgehen, sofern der Konflikt nicht die Pflege beeinträchtigt oder den Gast belastet. Kann die Pflegekraft das Pro-

blem nicht von sich aus regeln, wird die Hospizleitung oder der Arzt (im Falle eines medizinischen Problems) hinzugezogen. Interveniert wird, wenn ein Streit zwischen Gast und Angehörigen eskaliert und die anderen Gäste stört. Manchmal ergeben sich auch Situationen, in denen die Pflegekräfte den Eindruck bekommen, der Gast müsse vor seinem Angehörigen geschützt werden, da dieser ihn erdrücke, wenn er etwa vom Gast mehr verlangt, als dieser noch leisten kann oder will. Sofern jedoch der Pflegealltag im Hospiz von einem Konflikt zwischen Gast und Angehörigem nicht betroffen ist, geht die Tendenz der Mitarbeiter dahin, nicht zu intervenieren, es sei denn, der Angehörige kommt mit dem Sterben seines Gastes nicht zurecht und es sind spezifische seelsorgerische Fähigkeiten gefragt, um den Angehörigen in die Sterbebegleitung zu integrieren und ihn selbst zu begleiten. Interveniert wird auch, wenn die eigentliche pflegerische Tätigkeit nicht mehr zu erfüllen ist und der Angehörige die Pflegenden bedrängt.

Eines der von uns untersuchten Hospize veranstaltete einen internen Workshop zu dieser Thematik, auf dem viele Schwierigkeiten der Pflegekräfte in Zusammenhang mit ihrer Angehörigenarbeit zur Sprache kamen. Es stellte sich heraus, dass dasjenige, was das Hospiz in seiner Außenwerbung versprach, nämlich ein gastliches Haus auch für Angehörige zu sein, im alltäglichen Umgang zum Problem wurde, da Angehörige sich unverschämt und distanzlos verhalten und das gastliche Haus als Gasthaus missverstanden hatten. Es wurde der intensive Gesprächsbedarf der Angehörigen bei gleichzeitiger Weigerung der Akzeptanz des Sterbeprozesses kritisiert, was die Pflegekräfte zum Teil überforderte, da sie zu sehr von den Angehörigen in Anspruch genommen wurden. Wie aber soll ein solcher Konflikt geregelt werden, wenn Hospizarbeit auch Angehörigenbegleitung bedeutet? Den Pflegekräften wurde zugesichert, dass sie jederzeit ihre Schwierigkeiten bei der Arbeit kommunizieren und auf die Unterstützung der Hospizleitung vertrauen können. Ob damit der Konflikt kontrolliert werden kann, bleibt offen.

4. KONFLIKTTHEORIE

Gemäß unserer empirischen Erhebung von *Konfliktkonstellationen* und *Konfliktfeldern* bieten sich zwei Erklärungsmodelle an, um den Umgang mit Konflikten schematisch einzuordnen: *Konflikte aus der Rollenperspektive* (4.1) und *Konflikte aus struktureller Perspektive* (4.2).

4.1 KONFLIKTE AUS DER ROLLENPERSPEKTIVE

Der US-amerikanische Philosoph und Sozialpsychologe George Herbert Mead hat den »social act« an die Zusammenarbeit von Individuen gebunden. Ein »social act« im weiteren Sinne umfasst jedes Handeln von Individuen, sei es »sozial« oder »asozial«. Ein »social act« im engeren Sinne hingegen, »in which it bears an ethical connotation« (Mead 1967, S. 304), ist charakterisiert von individuellen Verhaltenstendenzen, die das Verhalten anderer berücksichtigen. Mead denkt den »social act« als einen wechselseitigen Prozess von Individuen, die miteinander kooperieren (Blumer 1966). Damit aber Individuen zusammenarbeiten, um ein gemeinsames Ziel zu verwirklichen, müssen sie gegenseitig ihre Einstellungen akzeptieren. Dies gelingt nicht dadurch, dass das Individuum die Einstellungen jedes anderen Individuums, das an einem Prozess beteiligt ist, imaginiert und annimmt, sondern dadurch, dass es die Rolle des generalisierten Anderen übernimmt (Mead 1932, S. 193). Zu Konflikten kommt es, wenn die Rollenübernahme misslingt, um ein spezifisches Ziel zu erreichen. Konflikte zwischen Individuen sind für Mead Konflikte zwischen ihren Persönlichkeiten, die sich durch verschiedene soziale Aspekte, verschiedene soziale Strukturen und verschiedene soziale Einstellungen konstituieren (Mead 1967, S. 307). Die Regelung des Konflikts bestünde konsequenterweise darin, die Fähigkeiten zur Rollenübernahme der Akteure zu verbessern.

Um die Fähigkeit zur »Rollenübernahmen« zu verbessern, wird in einem Hospiz versucht, innerhalb von Diskussionsprozessen Regelungen für bestehende Konflikte zu finden, die sich auf die »Ziele, Werte und Symbole« (Rössel 1999, S. 35) der Institution »Hospiz« beziehen. Diese Werte, Ziele und Symbole berücksichtigen insbesondere das Wohl der Gäste und das Ideal eines Sterbens in Würde. Im Sinne von Mead könnte man nun erwarten, dass die Pflegekräfte ihr Verhalten, wenn es kritisiert und rekonstruiert wurde, korrigieren. Auch der Soziologe Erving Goffman betont das versöhnende Potential des Dialogs von Angesicht zu Angesicht, in welchem die Partizipanten sich ihrer eigene Rolle wie die Rolle der Anderen bewusst werden. »[I]n many cases – although by no means all – it can be expected that the termination of the dialogue will mark a state of moral pacification of the parties involved« (Goffman 1971, S. 120). Auch wenn damit das Problem nicht aus der Welt ist, erlaube dieses Vorgehen den Partizipanten doch, so zu handeln, als sei das Problem erledigt.

Uns wurde immer wieder geschildert, dass die Konflikte, die aus den *individuellen Interpretationen* einer angemessenen Pflege resultieren, nicht gelöst werden, sondern auch nach einer Aussprache fortbestehen. Lonnie Athens hat das Mead'sche Modell dementsprechend präzisiert. Er unterscheidet institutionelle soziale Akte, denen vorgegebene, von den Akteuren geteilte Regeln

zugrunde liegen, und emergente soziale Akte, bei denen Handlungsmaximen mit dem Akt selbst entstehen (Athens 2002). Eine »Rollenübernahme« ist für den Handelnden umso einfacher, je flacher die Hierarchien sind. Doch auch dort, wo Hierarchieebenen möglichst flach verlaufen, wie in einem Hospiz, sind die Positionen der Mitarbeiter zueinander durch die Rollenzuweisung (z. B. Bezugspflege) und durch den Kenntnisstand der Mitarbeiter (z. B. durch Expertenwissen in Sachen Musik- oder Aromatherapie) asymmetrisch. Diese *unterschiedlichen Kompetenzen* könnten erklären, warum eine »Rollenübernahme« scheitert, da die Rollen häufig nicht ineinander überführbar sind. So weisen die Verhaltensmuster der Pflegekräfte konservative Züge auf, da sie selbst nach scheinbarer Klärung der Pflegemaßnahmen innerhalb des Teams und trotz der Vorgaben durch die Hospizleitung in ihre Rollenmuster zurückfallen. Trotz der von allen geteilten Regeln (Leitbilder, Pflegevorschriften) verläuft der Pflegealltag in wesentlichen Teilen emergent. Wir konnten feststellen, dass die Pflegekräfte zwar versuchten, sich an Leitbildern zu orientieren, dass an diese aber immer wieder erinnert werden musste. Sie waren während des Handelns nicht immer präsent, sodass eine »Einstellungsübernahme« der in den Regeln festgelegten Handlungsideale häufig misslang – auch wenn im Nachhinein eine Rationalisierung des eigenen Verhaltens mittels der Regeln erfolgte (Collins 1983). Sollten aus der emergenten Pflegehandlung subjektive Maximen resultieren, so werden diese durch die Pflegekräfte im Konfliktfall formal mit den Regeln zur Deckung gebracht, freilich der individuellen Interpretation folgend, die sich material keineswegs mit den Interpretationen anderer Pflegekräfte oder der Hospizleitung decken muss.

4.2 KONFLIKTE AUS STRUKTURELLER PERSPEKTIVE

Betrachtet man Konflikte nicht aus einer Rollen-, sondern aus einer strukturellen Perspektive, so bietet sich ein anderer Umgang mit ihnen an. Konflikte werden nicht nur dadurch geregelt, dass auf individuelle Interpretationsmuster eingewirkt wird, sondern auch dadurch, dass transindividuelle Strukturen umgestaltet werden. Um diese Strategie zu betrachten, erinnern wir an den Konfliktbegriff des deutschen Philosophen und Wirtschaftswissenschaftlers Kurt Singer. Singer definiert Konflikt als »a critical state of tension occasioned by the presence of mutually incompatible tendencies within an organismic whole the functional continuity or structural integrity of which is thereby threatened« (Singer 1949a, S. 230). Nun ließe sich vielleicht nicht behaupten, dass bei einem Konflikt im Hospiz die Organisationseinheit selbst gefährdet wird, sie wird aber doch in Frage gestellt (Singer 1949b). Wir möchten deshalb den Konfliktbegriff, bisher begriffen als gegensätzliche, sich wiederholende Positionsdifferenz (Link 1979) von Akteuren, um den Aspekt erweitern, dass ein Konflikt die strukturelle Integrität der Institution bedroht.

Als ein möglicher Umgang mit Konflikten führt Singer das Prinzip der Integration an. Integration meint eine Veränderung der Organisationseinheit der Institution, indem gegensätzliche Positionen strukturell vermittelt werden, um die Institution im Ganzen zu festigen. Wir konnten bei unseren Erhebungen beobachten, dass als Antwort auf Konflikte häufig die »Erhöhung des Organisationsgrades des Beziehungszusammenhanges« (Link 1979, S. 38) angestrebt wurde. Konkret bedeutet dies, dass einfache Strukturen in komplexere Strukturen überführt werden, indem etwa die Beteiligten mehr Verantwortungsbereiche übertragen bekommen oder indem der Rahmen, in welchem sich das Team begegnet, erweitert wird. Dies geschieht etwa dadurch, dass Palliativmediziner die hauptsächliche medizinische Versorgung der Gäste übernehmen, die somit in einem beständigen Austausch auch mit den Pflegekräften stehen, oder indem die Hausärzte regelmäßig eingeladen werden, ihre Positionen durch die Erfahrung im Hospiz zu überdenken. Von Integration als Konfliktregelung lässt sich auch dort sprechen, wo Pflegekräfte in den Prozess der Leitbildüberarbeitung mit einbezogen werden, um die Emergenz des Handlungsspielraums zwar nicht zu beseitigen, aber stärker zu kontrollieren. Komplexe integrative Prozesse lassen sich auch dort finden, wo etwa Fallbesprechungen unter ethischen Gesichtspunkten stattfinden, Workshops veranstaltet werden, die die Problematiken des Alltags reflektieren, oder ethische Fortbildungen zu spezifischen Praktiken wie terminale Sedierung, die Einstellung von Ernährung und Flüssigkeitszufuhr oder zu Wünschen von Gästen nach Sterbehilfe statt Sterbebegleitung angeboten werden. Integration ist somit eine zweite Strategie – neben dem Versuch, die »Rollenübernahme« zu verbessern –, wie Konflikte im Hospiz geregelt werden.

5. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Unsere Ergebnisse sind gewissen Limitationen unterworfen: Wir haben nur in drei Hospizen Daten erhoben und in einem Bundesland geforscht. Vielleicht sind die Beobachtungen und die Aussagen spezifisch für eine bestimmte Region und auch von Temperamenten und soziokulturellen Hintergründen der Befragten abhängig. Weitere Datenerhebungen in anderen Bundesländern könnten etwaige Zweifel festigen oder beseitigen. Trotz dieser Einschränkungen denken wir, dass die ethischen Muster, die wir in den Hospizen vorfanden, sich auf andere Hospize übertragen lassen. Bei diesen Mustern geht es darum, Formen der Kommunikation und Sprache zu finden: Kommunikationsformen mit Gästen, um sie beim Sterbeprozess zu begleiten, Kommunikationsformen mit Angehörigen, um sie in ihrer Trauer zu unterstützen, Kommunikationsformen mit Ärzten, um eine angemessene pflegerisch-medizinische Versorgung zu gewährleisten. Diese Kommunikationsformen

müssen insbesondere dann gefestigt sein, wenn das Sterben näher rückt und Fragen nach terminaler Sedierung oder der Einstellung von Ernährung und Flüssigkeitszufuhr auftauchen. Nicht erst bei den letztgenannten Punkten, sondern immer wieder stellt sich im Interaktionsprozess die Frage nach einem Einwirken, Lenken, Überreden oder Überzeugen im Hinblick auf den Gast und seine Autonomie, immer wieder stellt sich somit auch die Frage nach einer (paternalistisch gefärbten) Fürsorgeethik oder einer Ethik des Gewährlassens, des Verzichts auf Intervention. Diese ethischen Gesichtspunkte lassen sich nicht immer scharf trennen, vielmehr verteilen sie sich auf einem Spektrum und gehen ineinander über. Für die Positionsdifferenzen, die sich durch unterschiedliche Interaktionsmuster oder Einstellungen ergeben, zeigt sich, wie wichtig die Auseinandersetzung von Angesicht zu Angesicht, der Dialog und die Diskussion, das Zur-Sprache-Bringen des Konflikts ist, um Konflikte zu regulieren.

Unsere Ergebnisse zeigen folgende Regulierungsmechanismen im Umgang mit Konflikten: 1. Um einen Konflikt erfolgreich zu regulieren, ist die Positionsdifferenz der Beteiligten zu bejahen. 2. Bei der Regulierung stellt sich immer wieder die Frage danach, wie verhandelbar Autonomie ist. Dabei geht es nicht nur um die Autonomie der Gäste, sondern auch um die Autonomie der übrigen Beteiligten in der Institution. 3. Basieren Konflikte auf einem unterschiedlichen Rollenverständnis, so stellt sich die Frage danach, ob sich Rollen – etwa durch Leitbildprozesse – generalisieren lassen. 4. Um Rollen zu generalisieren, ist es wichtig, alle Beteiligten in die Veränderungsprozesse zu integrieren.

Ein strategisches Vorgehen zur Konfliktregelung könnte auch ein symbolisches Management von Konfliktsituationen sein, etwa innerhalb von Teambesprechungen, in Workshops zu Themen mit ethischer Relevanz oder durch ethische Fortbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, um auf diese Weise Positionen im Vorhinein darzustellen und zu vermitteln und/oder um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an die Ziele der Institution zu erinnern. Dieses Vorgehen kann aber nicht alle Fälle der Praxis noch jedes individuelle Verhalten antizipieren, weshalb sich auch eine Rekonstruktion der Konfliktsituationen im Nachhinein anbietet. Letztendlich muss aber jede Institution für sich entscheiden, wie nachsichtig sie mit Konflikten umgehen kann und will. Sie kann Konflikte tolerieren, solange sie als fruchtbar erlebt werden. Diese Strategie unterstreicht den konservativen Charakter bestehender Strukturen. Die zweite, innovative Strategie besteht darin, den »Organisationsgrad« zu erhöhen, indem versucht wird, Verantwortungsbereiche neu zu verteilen, mehr Räume für Mitbestimmung und für kommunikativen Austausch zu schaffen.

Unsere Studie befasste sich mit der Situation in Hospizen. Wir denken jedoch, dass das Grundmuster im Umgang mit Konflikten auch auf andere

Institutionen des Gesundheitswesens übertragbar ist, in denen interdisziplinäre Teams am Wirken sind. Dies ist jedoch bloß eine Vermutung. Weitere Studien müssten zeigen, ob sie berechtigt ist.

LITERATURVERZEICHNIS

- Adorno Theodor W. (2003): Soziologie und empirische Forschung. In: Soziologische Schriften I. Frankfurt am Main (Suhrkamp), S. 196–216.
- Athens Lonnie (2002): »Domination«: The Blind Spot in Mead's Analysis of the Social Act. In: *Journal of Classical Sociology* 2, S. 25–42.
- Collins Randal (1983): Micromethods as a Basis for Macrosociology. In: *Urban Life* 12:2, S. 184–202.
- Corbin Juliet, Strauss Anselm L. (2008): Basics of qualitative research. Los Angeles et al. (Sage Publications).
- Dahrendorf Ralf (1972): *Konflikt und Freiheit*. München (Piper).
- Glaser Barney G., Strauss Anselm L. (1967): *The Discovery of Grounded Theory: Strategies of Qualitative Research*. Chicago (Aldine).
- Goffman Erving (1971): *Relations in Public. Microstudies of the Public Order*. New York (Basic Books).
- Goffman Erving (1996): Über Feldforschung. In: Hubert Knoblauch (Hrsg.), *Kommunikative Lebenswelten. Zur Ethnographie einer geschwätzigen Gesellschaft*, S. 261–269. Konstanz (UVK Univ.-Verl.).
- Link Werner (1979): Überlegungen zum Begriff »Konflikt« in den internationalen Beziehungen. In: *Politische Vierteljahresschrift* 20, S. 33–50.
- Mead George Herbert (1932): *The Genesis of the Self and Social Control*. In: *The Philosophy of the Present*, LaSalle (Open Court), S. 176–195.
- Mead George Herbert (1967): *Mind, Self, & Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago (University of Chicago Press).
- Nassehi Armin, Saake Irmhild (2002): Kontingenz. Methodisch verhindert oder beobachtet? In: *Zeitschrift für Soziologie* 31 (1), S. 66–86.
- Peirce Charles Sanders (1970): Aus den Pragmatismus-Vorlesungen. In: *Schriften II. Vom Pragmatismus zum Pragmatizismus*. Frankfurt am Main (Suhrkamp).
- Rössel Jörg (1999): Konflikttheorie und Interaktionsrituale. Randall Collins: Mikrofundierung der Konflikttheorie. In: *Zeitschrift für Soziologie* 28 (1), S. 23–43.
- Singer Kurt (1949a): *The Resolution of Conflict*. In: *Social Research* 16:1/4, S. 230–245.
- Singer Kurt (1949b): *The Meaning of Conflict*. In: *The Australasian Journal of Philosophy* 27:3, S. 145–170.
- The ICN Code of Ethics for Nurses, http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf (zuletzt besucht: 23.04.14.).