

Ängste vor Fehlern

Zur ambivalenten Rolle von Organisation(en) in der Gynäkologie

Kerstin Rego

Beitrag zur Veranstaltung »Organisation und Angst« der Sektion Organisationssoziologie

Einleitung

Angst und Organisation(en) im Allgemeinen und Angst im Arbeitskontext im Besonderen – ist das ein geeigneter Gegenstand für (Organisations-)Soziolog*innen? Die wissenschaftliche Beschäftigung mit Emotionen, und somit auch mit Angst, beansprucht die Psychologie mit großem Erfolg für sich. Dabei ist eine psychologisch dominierte Forschung zu Emotionen in Organisationen zwangsläufig an ihre disziplinären, das Individuum und seine inneren Prozesse in den Mittelpunkt rückende Perspektive gebunden. Nehmen wir dies einfach hin und wenden uns anderen (vermeintlich ‚soziologischeren‘) Gegenständen zu, geht der Blick auf die sozialen (Entstehungs-)Zusammenhänge von Emotionen wie Angst verloren. Die Emotionssoziologie, als, wenn man so will, zuständige soziologische Teildisziplin, beschäftigt sich wenig mit Angst (Dehne 2017, S.141), so dass Dehne (unter Rückgriff auch auf psychologische Erkenntnisse) Grundlagen für eine ‚Soziologie der Angst‘ legt. Allerdings spielt für ihn wiederum Organisation keine nennenswerte Rolle.

Folglich bleibt viel Raum für die Untersuchung von sozialen Zusammenhängen zu Organisation und Angst. Ich werde mich diesem Thema im Folgenden entlang der Grundüberlegung, wie Organisationen Angst in ihrem Inneren erzeugen bzw. moderieren, zuwenden. Hierfür nehme ich das Verhältnis von Organisation und Angst in der Gynäkologie in den Blick. Die Gynäkologie ist der Teilbereich der Medizin, der die Betreuung von Schwangerschaften und Geburten sowie die Behandlung von Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane umfasst. Geburt und Tod, Leben und Sterben stehen also in diesem Teil der Medizin so nahe beieinander wie wohl in kaum einem anderen Teilgebiet. Auch das Vornehmen von Schwangerschaftsabbrüchen gehört zu den Aufgaben der Gynäkolog*innen. Dabei ist die gynäkologische Arbeit gerade aufgrund ihrer Arbeitsinhalte und deren Charakter tabubeladen (Bolton 2005), und die Gefühle der Gynäkolog*innen als Ausführende dieser Arbeiten sind genauso tabuisiert wie die Arbeitstätigkeiten selbst. Doch die täglichen Ereignisse in der Gynäkologie können nicht nur für die Patientinnen von intensiven Emotionen begleitet werden, sondern auch für die Gynäkolog*innen. Die Bandbreite der mit der gynäkologischen Arbeit verbundenen Emotionen ist groß und reicht von Freude (zum Beispiel bei einer erfolgreichen Geburt) über Mitleid und Anteilnahme (zum Beispiel bei

spät in der Schwangerschaft versterbenden Ungeborenen) bis zu Angst (zum Beispiel davor, einen folgenreichen Fehler zu begehen).

Rückt man die Angst in der Gynäkologie, oder genauer Ängste der Gynäkolog*innen, in den Mittelpunkt der Betrachtung, so fällt auf, dass diese tatsächlich vor allem eigene Fehler fürchten. Diese Angst vor Fehlern speist sich aus mehreren Quellen und steht in engem Bezug zu Unsicherheit, Verantwortung und Ohnmacht als Elementen der gynäkologischen Arbeit. Gynäkolog*innen lernen in ihrer professionellen Sozialisation Strategien, um die Angst vor eigenen Fehlern zu bewältigen. Die Art, wie dieser Sozialisationsprozess organisiert ist, beeinflusst dabei maßgeblich die möglichen Ausprägungen des Umgangs mit der Angst vor Fehlern. Neben dem prozesshaften Einfluss im Zeitverlauf der am Sozialisationsprozess beteiligten Organisationen kommt auch der jeweiligen aktuellen (Arbeits-)Organisation eine hervorgehobene Rolle zu, denn sie hat die Möglichkeit, in der gynäkologischen Arbeit angelegte Angstquellen zu verstärken oder abzumildern – also, zu moderieren.

In den folgenden Abschnitten werde ich zunächst die Rolle von Ängsten vor Fehlern in der gynäkologischen Arbeit darstellen (Abschnitt 2), und diese dann in Bezug zur Rolle von Organisation(en) setzen (Abschnitt 3). Die präsentierten Inhalte beruhen auf einer erneuten Analyse von empirischen Daten, welche ich für eine Grounded-Theory-Studie zum Umgang mit Emotionen in der Gynäkologie erhoben habe (Rego 2019). Es handelt sich um zehn Interviews, die ich in Anlehnung an Witzel (2000, 1982) als problemzentrierte Interviews angelegt habe. Die Interviews wurden zwischen 2011 und 2014 von mir geführt, aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Sie haben eine durchschnittliche Länge von 76 Minuten. Das Sample umfasst sowohl niedergelassene als auch in einer privatwirtschaftlichen Klinik beschäftigte Gynäkolog*innen. Letztere umfassen Positionen von der Assistenzärztin über Oberärzte bis zum Chefarzt. Für diesen Aufsatz habe ich das Interviewmaterial erneut offen kodiert und anschließend Fundstellen zu Angst axial kodiert (Strauss, Corbin 1996; Strauss 1998). Doch da das Sample mit Blick auf die Untersuchung zum Emotionsmanagement in der Gynäkologie zusammengestellt wurde, kann ich keine gesättigten Aussagen über den Zusammenhang von Organisation und Angst in der Gynäkologie treffen. Vielmehr werde ich im Folgenden die aus der Re-Analyse der Interviews herausgearbeiteten Aspekte zu Angst vor Fehlern und der damit zusammenhängenden Rolle von Organisation(en) präsentieren und anschließend daraus Thesen ableiten, die über das präsentierte Material hinausweisen (Abschnitt 4). Diese sollen als Basis für weitere Forschung dienen.

Ängste vor Fehlern: Verantwortung, Mehrdeutigkeit, Ohnmacht

Gefühle der Angst sind ein Bestandteil unseres Lebens, mit dem wir umgehen müssen, und in der heutigen Zeit ist der Arbeitskontext eine der Schlüsselarenen, in der Angst erfahren wird und der Umgang mit ihr erlernt wird (Watson 2017, S.318). Grundsätzlich kommt Angst eine positive Warnfunktion zu, die vor Gefahren schützen soll. Zu hohe Angst hat aber auch eine potentiell lähmende Wirkung. Wird sie über eine längere Zeit erfahren, kann Angst gar krank machen. Rainer Gross (2015, S.11) bezeichnet Angst als die diskrete „Vorstufe der Erschöpfung und der allermeisten psychischen Erkrankungen“. Denn Angstgefühle lösen zwar an und für sich Verteidigungsreaktionen wie Flucht, Vermeidung der Situation und Angriff aus (Zinck, Newen 2008, S.15), diese Reaktionen stehen uns am Arbeitsplatz aber selten zur tatsächlichen Verfügung. Gleichzeitig wird Angst im Berufsleben tabuisiert. Dies hängt damit zusammen, dass Angst eine negativ wahrgenommene Emotion ist und vermeintlich mit Anforderungen an Rationalität bei Entscheidungen unvereinbar ist (Hardering 2012). In der Gynä-

kologie verschränkt sich diese Tabuisierung von Angst mit der allgemeinen Tabuisierung der gynäkologischen Arbeit (Bolton 2005).

Dennoch lassen sich berufsbezogene Ängste von Gynäkolog*innen empirisch nachzeichnen. Sie betreffen, soweit sie verbalisiert werden, nahezu ausschließlich Formen von Ängsten vor eigenen Fehlern. Die Fehler, die Gynäkolog*innen fürchten, können real stattgefunden haben oder ausschließlich imaginiert sein. Bei ersterem erscheint die Angst vor dem Fehler, nachdem sich der Fehler eingestellt hat, und betrifft genau genommen die Angst vor den Konsequenzen dieses Fehlers. Bei imaginierten Fehlern besteht die Angst darin, einen Fehler machen zu können. Sie kann sich auf den Fehler selbst und/ oder die mit ihm einhergehenden Konsequenzen richten. Der Fehler kann tatsächlich geschehen, muss aber nicht.

Die Ängste vor eigenen Fehlern lassen sich drei Arten von Fehlern zuordnen. Gynäkolog*innen fürchten erstens *betriebswirtschaftliche Fehler*. Diese spielen im vorliegenden empirischen Material ausschließlich für die niedergelassenen Gynäkolog*innen und zu Beginn der Praxisgründung bzw. -übernahme eine Rolle. Betriebswirtschaftliche Fehler betreffen direkt die berufliche Existenz, die eigene Praxis und das Einkommen der neu niedergelassenen Gynäkolog*innen. So wird es zum Beispiel als angstausslösend empfunden, wenn eine neu gegründete Praxis zunächst nicht genügend Patientinnen anzieht, und sich Ängste darüber einstellen, eine gravierende Fehlentscheidung getroffen zu haben. Auch anfängliche Unsicherheiten mit Blick auf die ‚richtige‘ Medikamentenwahl im Sinne der Medikamente, für welche die Krankenkassen die Kosten übernehmen, spielen eine Rolle, denn hier besteht die Befürchtung, im Falle einer falschen Verschreibung auf den Kosten sitzen zu bleiben. Zweitens fürchten Gynäkolog*innen *Fehler in der Interaktion mit Patientinnen*. Hierunter verstehe ich Ängste davor, sich in der Interaktion mit einer Patientin falsch zu benehmen, etwas falsches zu sagen oder zu tun. Als Beispiel beschreibt eine Gynäkologin ihre Unsicherheit im ‚richtigen‘ Umgang mit Patientinnen, die an Krebs erkrankt sind. Die Angst, etwas falsch zu machen, bezieht sich hier primär auf die Unsicherheit hinsichtlich der Erwartungen der Patientin an die Ausgestaltung der Interaktion und der allgemeineren sozialen Beziehung. Gleichzeitig ist die Ausgestaltung dieser Beziehung aber auch relevant für den Fortgang und die Akzeptanz der medizinischen Behandlung. Interaktionsbezogene Ängste vor Fehlern lassen sich relativ leicht durch das Lernen von anderen Ärzt*innen oder medizinischem Personal, eigenes Ausprobieren oder die Inanspruchnahme spezieller Weiterbildungen bearbeiten und beheben. Die höchste empirische Bedeutung kommt drittens *Ängsten vor medizinischen Fehlern* zu. Die Ängste vor medizinischen Fehlern hängen häufig mit der Angst zusammen, etwas zu übersehen: Symptome falsch zu deuten, eine Erkrankung nicht zu erkennen oder bei einer Behandlung einen Fehler zu begehen. Die Angst, einen medizinischen Fehler begangen zu haben, kann sich zum Beispiel einstellen, wenn eine Gynäkologin bei einer Patientin einen größeren Tumor in der Brust ertastet und sich anschließend mit der Frage auseinandersetzt, ob sie diesen bei der letzten Untersuchung womöglich nicht bemerkt hat. Die Ängste vor medizinischen Fehlern sind eng verknüpft mit der Mehrdeutigkeit in der medizinischen Arbeit und der Verantwortung de*s Gynäkolog*en für die Patientin als Aspekten des gynäkologischen Berufs, sowie einem Gefühl der Ohnmacht gegenüber bestimmten, angstausslösenden Situationen, welches mit der rechtlichen Ordnung der medizinischen Arbeit verknüpft ist. Diese drei Aspekte werden verschärft durch die Frage, was denn eigentlich ein Fehler ist. Dies ist auch eine Frage der Deutungshoheit und berührt Fragen von Schuld und rechtlichen Konsequenzen. Auf alle vier Aspekte will ich im Folgenden eingehen.

Beginnen wir mit der empfundenen *Verantwortung*, die mit der gynäkologischen Arbeit einhergeht. Die befragten Gynäkolog*innen empfinden eine hohe Verantwortung für die Gesundheit und das Wohl ihrer Patient*innen. Es ist diese empfundene Verantwortung für eine Patientin, die im obigen Beispiel des entdeckten Tumors zu der Angst führt, bei vergangenen Untersuchungen diesen wach-

senden Tumor übersehen zu haben und somit die Heilungschancen für die Patientin zwar unabsichtlich, aber dennoch (statistisch betrachtet) folgenreich verschlechtert zu haben. Die Angst vor Fehlern speist sich hier auch aus der sozialen Beziehung zwischen Patientin und Gynäkolog*in, denn Erstere vertraut Letztere*r in ihren Fähigkeiten und ihrem Urteil. Und auch wenn Abbott richtig für die Medizin feststellt, dass es sich um eine Profession handelt, deren Problembehandlungsphase mehrere Versuche zulässt (Abbott 1988, S.44ff.), gibt es trotzdem Behandlungen, bei denen nur ein Versuch zur Verfügung steht oder bei denen ein Fehler fatale Konsequenzen hat. Dies ist etwa bei Fruchtwasseruntersuchungen von Schwangeren der Fall, bei denen neben einem generellen, geringen Risiko auch bei einem Fehler de*s Gynäkolog*en eine Fehlgeburt erfolgen kann, die zum Tod des Ungeborenen führt. In der Regel sind sich Gynäkolog*innen dieser Verantwortung für ihre Patientinnen zwar bewusst, fühlen sich in ihrem Handeln aber gleichzeitig aufgrund ihrer Erfahrung mit den verschiedenen medizinischen Prozeduren sicher. Es bedarf einer Irritation dieser Sicherheit durch die Frage, ob sie einen Fehler gemacht haben, um Angst vor einem solchen Fehler zu empfinden. Diese Frage danach, wie sich festlegt, was ein Fehler ist, werde ich weiter unten aufgreifen.

Zunächst möchte ich der gynäkologischen Verantwortung die *Mehrdeutigkeit* medizinischer Arbeit im Allgemeinen und gynäkologischer Arbeit im Speziellen zur Seite stellen. Diese hat verschiedene Aspekte. Zum einen wird in den Interviews diskutiert, dass psychosomatische Beschwerden sich häufig in gynäkologischen Beschwerden wie zum Beispiel Schmerzen im Unterbauch niederschlagen können und somit eine einzurechnende Größe in der Befundung spielen. Es ist also an den Gynäkolog*innen, zu ergründen, welche Ursache die Symptome einer Patientin haben und welche Maßnahmen daraus abgeleitet werden sollen. Psychosomatisch verursachte Bauchschmerzen lassen sich zum Beispiel mit psychologischen Angeboten besser bearbeiten als mit einer Bauchspiegelung, bei einer ernsthaften Erkrankung im Bauchraum verhält es sich aber genau anders herum. Die Mehrdeutigkeit der Symptome stellt für die Gynäkolog*innen eine Quelle der Unsicherheit dar, mit der sie umgehen müssen. Sie wird dadurch verschärft, dass sich nicht immer körperliche, medizinisch greif- bzw. feststellbare Hinweise für die geschilderten Symptome finden lassen. Bleiben wir bei den Bauchschmerzen: Möglichkeiten, aus denen sich keine körperliche Ursache finden lässt, könnten sein: mit der gewählten Untersuchung lässt sich die Ursache nicht feststellen, oder man hat etwas übersehen. Möglich wäre auch, dass die Bauchschmerzen psychosomatischer Natur sind und keine körperliche, lokal feststellbare Ursache haben. Oder gar, dass die Patientin gar keine Bauchschmerzen hat, aber eine Krankenschreibung haben möchte oder eine bestimmte, sonst von der Krankenkasse nicht bezahlte Leistung erwirken möchte (zum Beispiel, wenn sie schwanger ist und auf diese Weise einen zusätzlichen Ultraschall erwirken möchte). So erhöht hier die Unmöglichkeit, alle geschilderten Symptome auch im Körper lokalisieren zu können, gepaart mit der Angewiesenheit auf (wahre) Aussagen der Patientinnen, die Mehrdeutigkeit und folglich die Unsicherheit. Diese Mehrdeutigkeit in der gynäkologischen Arbeit führt über die damit verbundene Unsicherheit und insbesondere in Kombination mit der hohen wahrgenommenen Verantwortung für Patientinnen und gegebenenfalls Un- und Neugeborene zu Ängsten vor Fehlern. Das empirische Material legt den Schluss nahe, dass diese beiden Aspekte der gynäkologischen Arbeit als Teil des Berufs akzeptiert werden und so entstehende Ängste vor Fehlern unter Rückgriff auf die professionelle Zugehörigkeit bearbeitet werden können.

Kommen wir nun zu der Frage danach, wie aus einem unerwünschten Behandlungsergebnis ein Fehler wird. Hier geht es um die *Deutungshoheit* darüber, was denn eigentlich *ein Fehler ist*. Wenn im obigen Beispiel eine Gynäkologin fürchtet, einen Tumor übersehen zu haben, dann muss sie diese Angst vor einem Fehler zunächst einmal vor sich selbst verantworten und, zumindest innerlich, ihr Handeln moralisch vor der Ärzteschaft rechtfertigen. Anders verhält es sich im Beispiel der fehlgeschlagenen Fruchtwasseruntersuchung: aufgrund des bedrückenden Resultats, einer Fehlgeburt, steht

schnell die durch Dritte formulierte Frage im Raum, ob der Gynäkologe einen Fehler begangen hat. Im Interview wird über Situationen berichtet, in denen der Gynäkologe meint, keinen Fehler begangen zu haben und die Fehlgeburt auf das statistische Risiko, dass es auch bei korrekter Durchführung einer Fruchtwasserpunktion in einem Prozent der Fälle zu einer Fehlgeburt des ungeborenen Kindes kommt, zurückführt. Demgegenüber wird er von der Patientin, welche zuvor unter Kenntnis dieses Risikos in den Eingriff eingewilligt hat, verklagt – wohl auch auf Anraten ihrer Krankenkasse. Auf der juristischen Seite wird der Gynäkologe zwar durch die Klinik, in welcher er tätig ist, vertreten, dennoch treffen ihn die Vorwürfe und lösen Unsicherheit und Angst, insbesondere mit Blick auf die nächsten anstehenden Fruchtwasserpunktionen, aus. Dies ist ein extremes Beispiel, das Gynäkolog*innen seltener wiederfährt. Es verdeutlicht aber das Grundproblem: Gynäkolog*innen haben gelernt, mit unerwünschten medizinischen Ereignissen wie Tumoren oder Fehlgeburten umzugehen, wenn sich diese als ‚natürliche‘ Ereignisse darstellen. Angst macht ihnen, wenn sie selbst einen medizinischen Fehler begehen, und eine zusätzliche Belastung entsteht, wenn sie (zu Recht oder zu Unrecht) von außen eines solchen beschuldigt werden.

An diesen letzten Aspekt schließt sich die Bedeutung von Gefühlen der *Ohnmacht* an, die die Ängste vor medizinischen Fehlern verstärken können. Im obigen Beispiel der Fehlgeburt nach einer Fruchtwasserpunktion etwa belastet den Gynäkologen die Fehlgeburt ebenfalls, er sieht das Leiden der Eltern und würde ihnen eine, wenigstens materielle, Entschädigung wünschen. Eine solche steht den Eltern aber nur zu, wenn sie das juristische Verfahren gewinnen und dem Gynäkologen eine Schuld nachgewiesen werden würde. Ohnmacht spielt auch eine Rolle, wenn sich Gynäkolog*innen in mehrdeutigen medizinischen Situationen gezwungen sehen, weitere Untersuchungen durchzuführen, um rechtlich auf der sicheren Seite zu sein, während sie gleichzeitig den Eindruck haben, dass eine Patientin Symptome ‚vorschiebt‘, um bestimmte Behandlungen zu erwirken. Die Angst vor moralisch oder juristisch einklagbaren medizinischen Fehlern führt hier dann dazu, dass sie diese Untersuchungen durchführen, von deren Notwendigkeit sie aus medizinischer Sicht nicht überzeugt sind, um ‚auf der sicheren Seite zu sein‘. Hier verbindet sich also die aus der Mehrdeutigkeit der gynäkologischen Arbeit resultierende Unsicherheit so mit Aspekten der rechtlichen Ordnung, dass Ohnmacht entsteht.

In der Gynäkologie entspringen die Ängste vor eigenen medizinischen Fehlern also vor allem Eigenschaften, die in der gynäkologischen Arbeit angelegt sind, und der diese Arbeit regulierenden rechtlichen Ordnung. Welche Rolle kommt Organisation(en) zu?

Die Ängste mäßigende und verstärkende Rolle der Organisation(en)

In dem analysierten empirischen Material erweist sich die Rolle von Organisation und Organisationen als überaus ambivalent: Organisation(en) wirken sowohl mäßigend als auch verstärkend auf die Ängste vor medizinischen Fehlern ein. Dies möchte ich anhand des gynäkologischen Sozialisationsprozesses und des organisationalen Settings der in einer Klinik tätigen Gynäkolog*innen veranschaulichen.

Der gynäkologische Sozialisationsprozess verläuft in drei Schritten und wird dabei von verschiedenen Organisationen getragen. Im ersten Schritt lernen angehende Mediziner*innen im Studium an den Universitäten eine emotionsneutrale Medizin kennen. Sie erlernen in erster Linie medizinische Inhalte, die frei von Emotionen behandelt werden. Emotionen spielen nur im Rahmen psychischer Erkrankungen oder als Teil der Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation auf Seiten der Patient*en eine Rolle. Im zweiten Schritt lernen die angehenden Gynäkolog*innen in ersten praktischen Berufserfahrungen und insbesondere in der Facharztausbildung an den (Lehr-)Krankenhäusern den Umgang mit Patien-

tinnen, deren Gefühlen und auch den eigenen Gefühlen. Da dieser Lernprozess nach der Prägung durch die emotionsneutrale Medizin der Studieninhalte erfolgt, gelangen Gynäkolog*innen im Laufe ihres beruflichen Lebens zu einem Gleichgewicht von medizinischer Fachlichkeit und Emotionen, bei dem der Umgang mit eigenen Emotionen und denen anderer durch den Rückgriff auf die medizinische Fachlichkeit erfolgt (vgl. ausführlich hierzu Rego 2019). Somit trägt die Organisation der medizinischen bzw. gynäkologischen Ausbildung wesentlich dazu bei, dass Emotionen im Allgemeinen und Ängste im Besonderen, die sich aus der gynäkologischen Arbeit ergeben können, begegnet werden kann. Sowohl das Studium als auch das Lernen von anderen Mediziner*innen in der praktischen Arbeit vermitteln Strategien des Umgangs mit Emotionen. Es lassen sich drei Strategien, mit denen die Ängste vor Fehlern bearbeitet werden, herausarbeiten. Dies ist erstens das Normalisieren von Krankheit und Fehlern. Krankheiten treten auf, und Fehler geschehen. Auch wenn Gynäkolog*innen sich bemühen beides zu vermeiden, liegt es nicht (völlig) in ihrer Macht. Erfahrenere Gynäkolog*innen geben diese Botschaft an berufsjahresjüngere Gynäkolog*innen weiter, die dadurch eine Entlastung erfahren: nicht nur sie haben zum Beispiel einmal etwas übersehen, sondern auch Kolleg*innen mit mehr Erfahrung ist dies bereits geschehen. Dennoch sind Fehler tabuisiert: man spricht nur unter Vertrauten darüber. Zweitens setzen sich Gynäkolog*innen mit realen oder imaginierten, eigenen Fehlern auseinander, sie ‚gehen mit sich ins Gericht‘ und ermahnen sich selbst zur fortdauernden Gründlichkeit. Drittens besprechen sie eigene medizinische Fehler mit Kolleg*innen, denen sie vertrauen. Neben dem medizinischen Austausch dienen diese Gespräche der emotionalen Entlastung. Sie dienen aber auch dazu, die Verantwortung für medizinische Entscheidungen in konkreten (Be-)Handlungssituationen zu teilen und dadurch die Angst vor eigenen medizinischen Fehlern zu reduzieren. Zu diesem Zweck können je nach Situation, etwa während der Begleitung einer Geburt, neben anderen Gynäkolog*innen auch Hebammen oder anderes medizinisches Personal zu Rate gezogen werden. Die erste und die dritte Strategie wirken vor allem darüber, dass sich Gynäkolog*innen in ihrer Profession, im medizinischen bzw. gynäkologischen Kollektiv verorten und rückversichern. Die zweite Strategie wirkt demgegenüber durch den Rückgriff auf in der Ausbildung erlernte, medizinische Verfahren, die die Gefahr von Fehlern vermindern sollen oder zumindest sicherstellen können, dass sich ein Gynäkolog*e nichts vorzuwerfen hat. In beiden Fällen stehen aber die Profession und das medizinische Wissen im Vordergrund. Die Organisation des medizinischen Sozialisationsprozess spielt also eine wichtige Rolle, die konkret beteiligten Organisationen scheinen auf Basis des empirischen Materials aber eher Träger dieses Sozialisationsprozesses zu sein als aktiv auf Ängste einwirkende Akteure.

Anders verhält es sich mit dem aktuellen organisationalen Setting, in dem die in einer privatwirtschaftlich geführten Klinik eines größeren Klinikverbandes beschäftigten Gynäkolog*innen des Samples tätig sind. Hier entfaltet die Organisation sowohl eine angstmindernde als auch angsterhaltende, teilweise gar angstfördernde Wirkung. Grundsätzlich wirken sowohl die Klinik als auch die Niederlassung angstmindernd, in dem sie mittels etablierter Routinen und Verfahren ein Gefühl der Sicherheit herstellen. Im Unterschied zur weitverbreiteten, klassischen Einzelniederlassung wirkt die Klinik weiterhin Ängste mindernd, indem sie Unterstützung im Umgang mit externen Angstquellen bietet. Wird also, wie im obigen Beispiel geschildert, ein Gynäkolog*e eines medizinischen Fehlers beschuldigt, springt die Klinik für ihn ein und übernimmt den juristischen Beistand. Zusätzlich wirkt das organisationale Setting in der Klinik angstmindernd, weil das Vorhandensein mehrerer Gynäkolog*innen und anderen medizinischen Personals Umgangsstrategien ermöglicht, die in der Einzelniederlassung nur schwer und über Umwege zugänglich sind. Dazu zählt die Möglichkeit, sich mit anderen Gynäkolog*innen über Ängste auszutauschen ebenso wie die Absicherung im Kollegium, welche dazu dienen kann, medizinische Fehler zu vermeiden bzw. den Druck der Verantwortung zu teilen. Demgegenüber

finden sich in der Klinik Faktoren, welche Ängste aufrechterhalten bzw. gar vergrößern können. Ängste verstärkend wirkt der im Gesundheitswesen im Allgemeinen herrschende Druck, der sich in nach ökonomischen Kennzahlen geführten Einrichtungen im Besonderen zeigt. Insbesondere wirkt eine zu knappe Personalsituation angstverstärkend, weil ein fehlender *organizational slack* Gynäkolog*innen Rückzugs- und Ausweichmöglichkeiten nimmt. So spielte im Beispiel des eines medizinischen Fehlers bei einer Fruchtwasserpunktion beschuldigten Gynäkologen auch die Angst davor, aufgrund fehlender personeller Alternativen verunsichert die nächsten gleichartigen Untersuchungen durchführen zu müssen und dann aufgrund der Verunsicherung tatsächlich einen Fehler zu begehen, eine Rolle. Auch fühlen sich die befragten Gynäkolog*innen mit ihren Ängsten alleingelassen, da es keine Angebote der Angstbearbeitung auf organisationaler Ebene, wie etwa Supervisionsmöglichkeiten, gibt. Neben der Möglichkeit, sich mit anderen Gynäkolog*innen auszutauschen, muss jede*r seine Ängste allein bewältigen. Dies trifft übrigens gerade auf den Chefarzt in besonderer Weise hinzu: hierarchisch allen anderen Gynäkolog*innen überstellt und damit am wenigsten in der Lage, eigene Ängste auszusprechen, findet er sich in einer Konkurrenzsituation mit den Chefärzten anderer Bereiche (etwa um Ausstattung, Operationsplätze usw.), die es ebenfalls unmöglich macht, sich jenen gegenüber ‚eine solche Blöße‘ zu geben. Und schlussendlich finden sich Beispiele für Situationen, in denen die Klinik Zonen der Ungewissheit aufrechterhält. Dies betrifft etwa den Off-label Use, also den Gebrauch von nicht oder nicht zu dem verwendeten Zweck zugelassenen Medikamenten, im Klinikalltag. Werden solche Medikamente standardmäßig in häufig auftauchenden Situationen, wie zur Förderung von Geburtswen, eingesetzt, weil es sich etwa um ein besonders nebenwirkungsarmes und gleichzeitig kostengünstiges Medikament handelt, so liegt die Verantwortung hierfür allein bei de*m verordnenden Gynäkolog*en. Ob die Klinik, welche durch die Kostenreduktion ja ebenfalls von solchen Praktiken profitiert, auch hier im Falle einer juristischen Auseinandersetzung unterstützend und schützend tätig werden würde, ist den interviewten Gynäkolog*innen unbekannt und bleibt somit ein Quell von Unsicherheit und Ängsten, eines medizinischen Fehlers beschuldigt werden zu können.

Zusammengefasst moderieren Organisationen, insbesondere die hier untersuchte Klinik, also Ängste in ihrem Inneren. Dabei speisen sich die Ängste vor eigenen, medizinischen Fehlern primär aus Spezifika der gynäkologischen Arbeit und der Unternehmensumwelt (Architektur des Gesundheitssystems und der dazugehörigen Rechtsprechung). Folglich moderieren Organisationen im Fall der Gynäkologie hauptsächlich ‚gegebene‘ Ängste. Gleichzeitig haben wir Beispiele dafür betrachtet, wie die Organisation, und zwar insbesondere die Klinik, unterstützend wirken *kann*, um diese Ängste zu reduzieren. Da sich Maßnahmen, die Ängste reduzierend wirken, aber zusammen mit solchen gefunden haben, die Ängste verstärken oder zumindest aufrechterhaltend wirken, kann man im Anschluss an Harding (2012) auch hier von einem ‚Angsttausch‘ sprechen. Was Harding für Top-Manager herausarbeitet, gilt unter anderen Kontextbedingungen auch für Gynäkolog*innen: die Organisation hilft bei der Bewältigung bestimmter Ängste, und führt in ihrer Ausprägung aber gleichzeitig zu neuen Angstquellen. Auch führt zum Beispiel Neuhaus (2013, S.214f.) aus, dass Angst durchaus positive Wirkungen entfalten kann: auf einem so genannten ‚mittleren Angstniveau‘ sind Menschen besonders leistungsfähig. Dieser Befund deckt sich mit der empirischen Beobachtung, dass Ermahnungen zur Gründlichkeit und zur stetigen, gründlichen Umsetzung der erlernten Verfahren ein Mittel der Gynäkolog*innen sind, um mit Ängsten vor eigenen Fehlern umzugehen. Folglich könnte ein völliges Fehlen der Angst vor eigenen Fehlern gerade zu einem Nachlassen in der Gründlichkeit und in der Folge zu vermehrten Fehlern führen. Vor diesem Hintergrund sind wohl auch bestehende Zonen der Unsicherheit in Kliniken nicht per se als negativ zu betrachten.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Dieser Beitrag handelt von ersten empirischen Ergebnissen zum Zusammenhang von Organisation und Angst in der Gynäkologie. Die vorliegenden Daten geben also erste Eindrücke und bedürfen der weiteren Erforschung, worauf ich weiter unten eingehen werde. Zunächst einmal lassen sich aber bereits aus diesen ersten Forschungsergebnissen Thesen ableiten, die zum einen über die Gynäkologie als konkretem Anwendungsfall hinausweisen und zum anderen weitere Forschung anleiten können.

Zwei Thesen möchte ich hier diskutieren. Erstens gehe ich davon aus, dass die hier präsentierten Zusammenhänge nicht nur für die Gynäkologie gelten, sondern den Zusammenhang von Angst und Organisation in der Medizin im Allgemeinen beschreiben. Zwar handelt es sich bei der Gynäkologie innerhalb der Medizin um einen besonderen Fall, da die gynäkologische Arbeit in besonderem Maße die Entstehung von Leben und den Tod miteinander kombiniert und, zum Teil damit zusammenhängend, gleichzeitig auch stärker tabuisiert ist als andere medizinische Bereiche. Doch scheinen diese Aspekte mit Blick auf Ängste vor eigenen medizinischen Fehlern in den Hintergrund zu treten. Die ausschlaggebenden Faktoren, welche Ängste auslösen (Verantwortung, Mehrdeutigkeit und Ohnmacht) treffen auch auf andere medizinische Bereiche zu (wobei womöglich die erlebte Mehrdeutigkeit in manchen Bereichen geringer sein mag). Gleiches gilt für den gynäkologischen Sozialisationsprozess und die angstmindernden bzw. verstärkenden Faktoren. Es ist gut denkbar, dass Organisationen in der Medizin insgesamt vor allem gegebene, der professionellen Arbeit und dem umgebenden juristischen System entspringende Ängste moderieren, und auf diese mindernd, erhaltend oder verstärkend einwirken können. Es wäre zu prüfen, ob dieses Verhältnis von Angst und Organisation, zumindest was die Angst vor eigenen fachlichen Fehlern betrifft, das grundsätzliche Verhältnis von Profession und Organisation beschreibt. Zweitens bleibt die potentiell angstmindernde Wirkung von Organisation(en) gerade auch in Zeiten eines wachsenden Einflusses einer ökonomischen Logik im Medizinsystem relevant. Auch wenn die Organisation primär ‚gegebene‘ Ängste moderiert, kommt ihr hier im Zusammenspiel mit der Profession eine wichtige Rolle zu. Es liegt an ihr bzw. der jeweiligen Organisationsführung, ob sie ihr Gestaltungspotential nutzt, um Ängste vor eigenen Fehlern zu begrenzen, oder ob sie zum Beispiel durch die exzessive, unreflektierte Nutzung von ökonomischen Steuerungsinstrumenten bestehende Ängste vor eigenen Fehlern aufrecht erhält oder gar weiter schürt. Hier wäre zu erforschen, unter welchen Bedingungen Organisationen ihren Gestaltungsspielraum in einem zunehmend ökonomisch unter Druck geratenden medizinischen System nutzen, um Gynäkolog*innen oder Mediziner*innen von Ängsten zu entlasten. Auch hier ist ein weiterer Ansatzpunkt für Forschung, ob sich für die Medizin auffindbare Muster auch auf andere Zusammenhänge von Organisation und Profession übertragen lassen.

Die Grenzen der präsentierten ersten Ergebnisse ergeben sich aus dem empirischen Setting und weisen gleichzeitig die Richtung für weitere Forschung. Es handelte sich hier um Interviewmaterial, das zwar zum Umgang mit Emotionen in der Gynäkologie erhoben wurde, aber nicht explizit auf die Untersuchung des Zusammenhangs von Angst und Organisation abgezielt hat. Die Re-Analyse dieses Materials unter letzterem Blickwinkel legt mindestens zwei Thesen nahe, die sich fruchtbar weiterverfolgen lassen. Um dies zu tun, braucht es – will man im Grounded-Theory-Stil weiterforschen – eine Sättigung des Samples. Für den Sampling-Prozess erscheint es sinnvoll, den Blick darauf zu lenken, wie heutige angehende Mediziner*innen in die Medizin hineinsozialisiert werden und unter welchen organisationalen Bedingungen sie Ängste erfahren, aushalten oder bearbeiten (können). Dafür bedarf es des Einbezugs verschiedener Organisationen ebenso wie verschiedener medizinischer Fachrichtun-

gen. Mit Blick auf ersteres ist ein Ansatz des Samplings, Unterschiede und Gemeinsamkeiten in gemeinnützig oder privatwirtschaftlich geführten Kliniken herauszuarbeiten. Darüber hinaus sollte dem weiteren Kontext, also etwa der Rolle von anderen Akteuren im medizinischen Feld wie den Krankenkassen oder Ärztenverbänden, Aufmerksamkeit zukommen. Will man prüfen, inwieweit die hier am Beispiel der Gynäkologie entwickelten Thesen auf das Verhältnis von Organisation, Profession und Angst im Allgemeinen zutreffen, ist selbstredend eine entsprechende Ausweitung des Samplings auf andere Professionen und ihre Organisationen, zum Beispiel Anwaltskanzleien, nötig. Weiterhin erscheint es lohnenswert, die Praktiken des rechtlichen Umgangs mit medizinischen Fehlern weiter auszuleuchten, deren Bedeutung hier in der Empirie wiederholt aufscheint. Dies bedeutet, die unterschiedlichen Praktiken des Umgangs mit solchen (möglichen) Fehlern zwischen medizinischen Akteuren wie Kliniken, Ärztenverbänden und Krankenkassen auf der einen Seite und Anwaltskanzleien, dem Gerichtswesen und anderen juristischen Akteuren auf der anderen Seite zu analysieren. In konzeptioneller Hinsicht ist dabei das Aufeinandertreffen zweier professioneller Logiken besonders spannend – wobei die Ängste vor medizinischen Fehlern in letzterem Forschungsanliegen womöglich eher auf eine Nebenrolle abfallen.

Literatur

- Abbott, Andrew. 1988. *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago, London: University of Chicago Press.
- Bolton, Sharon C. 2005. Women's Work, Dirty Work: The Gynaecology Nurse as ‚Other‘. *Gender, Work and Organization* 12(2):169–186.
- Dehne, Max. 2017. *Soziologie der Angst. Konzeptionelle Grundlagen, soziale Bedingungen und empirische Analysen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Gross, Rainer. 2015. *Angst bei der Arbeit – Angst um die Arbeit: Psychische Belastungen im Berufsleben*. Bern: Huber.
- Harding, Gabi. 2012. *Topmanagement und Angst. Führungskräfte zwischen Copingstrategien, Versagensängsten und Identitätskonstruktion*. Wiesbaden: VS.
- Neuhaus, Florian. 2013. *Angstbewusste Führung. Besser und produktiver arbeiten durch den motivierenden Einsatz von Angst*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Rego, Kerstin. 2019. *Medizinische Fachlichkeit und Emotionen. Voraussetzungen, Funktionsweise und Folgen des gynäkologischen Emotionsmanagements*. Bielefeld: transcript.
- Strauss, Anselm L. 1998. *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Paderborn: Wilhelm Fink. (2. Aufl.)
- Strauss, Anselm, und Juliet Corbin. 1996. *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Watson, Tony. 2017. Identity, narrative and emotion in and out of work, in Ders., *Sociology, Work and Organisation*, 300–334. London: Routledge. (7. Aufl.)
- Witzel, Andreas. 2000. Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 1(1), Artikel 22, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>.
- Witzel, Andreas. 1982. *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen*. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Zinck, Alexandra, und Albert Newen. 2008. Classifying Emotions: A Development Account. *Synthese* 161(1):1–25. (<https://doi.org/10.1007/s11229-006-9149-2>).