

Historische und ethische Aspekte von Interprofessionalität im Gesundheitswesen

F. Bruns

Das kooperative Zusammenwirken der verschiedenen Gesundheitsberufe ist Voraussetzung für eine gute Patientenversorgung und wird vielerorts in vorbildlicher Weise praktiziert. Studien zeigen, dass die Bildung multiprofessioneller Teams sowohl den medizinischen als auch den pflegerischen Alltag erleichtern und die Arbeitszufriedenheit erhöhen. Überdies wird die ganzheitliche Betrachtung des kranken Menschen gefördert. Selbstverständlich ist die interprofessionelle Zusammenarbeit jedoch nicht. Immer wieder lässt sich beobachten, dass Medizin und Pflege nicht mit-, sondern nebeneinander her arbeiten, im schlimmsten Fall sogar gegeneinander. Häufig werden unterschiedliche Interessen, Wertvorstellungen und Mentalitäten sichtbar, die ein gemeinschaftliches Arbeiten erschweren. Dieses Problem ist

nicht neu. Bereits 1991 rief die Bundesärztekammer zur Kooperation der Gesundheitsberufe auf und veröffentlichte Thesen, wie diese Kooperation am besten gelingen könnte.

Gleichlautende Appelle hat es in den darauffolgenden Jahrzehnten wiederholt gegeben. Manche Verbesserungen sind eingetreten, andere ausgeblieben. Offenkundig liegen die Ursachen für die mitunter schwierige Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden tiefer und beschäftigen daher jede Generation aufs Neue. Eine besondere Rolle spielt dabei die historische Entwicklung des Arztberufs.

Historisch gewachsene Unterschiede

Ab Mitte des 19. Jahrhunderts bemühte sich die Ärzteschaft intensiv und erfolgreich um eine Professionalisierung des Heilberufs. Im Zentrum standen

unter anderem eine Vereinheitlichung der fachlichen Anforderungen und Kompetenzen, eine festgelegte Prüfungsordnung, die staatliche Approbation, definierte Honorare sowie eine weitgehende Selbstverwaltung des Berufsstandes. Soziologisch betrachtet eignete sich der Arztberuf damit Merkmale einer Profession an. Als Profession wird ein dem Allgemeinwohl dienender Beruf verstanden, zu dessen Ausübung akademisch erworbenes Expertenwissen notwendig ist, das einer wissenschaftlichen Begründungspflicht unterliegt. Von den Angehörigen einer Profession wird eine hochspezialisierte Dienstleistung erbracht, die keinerlei fachlichen Weisungen von außen unterliegt. Typisch für eine Profession sind zudem eine berufsständische Organisation, eine selbst erstellte Berufsordnung sowie eine eigene Gerichtsbarkeit, die über die Einhaltung der Berufsordnung wacht. Die Verpflich-

tung auf ein berufsspezifisches Ethos dient der Aufrechterhaltung des Vertrauens, das Staat und Individuum den Professionsangehörigen entgegenbringen.

So unstrittig die pflegerische oder physiotherapeutische Betreuung von Kranken ebenfalls eine gemeinnützige, auf Expertenwissen basierende Aufgabe ist, so deutlich zeigt sich doch, dass in diesem Bereich eine dem Arztberuf vergleichbare Professionalisierung bisher nur in Ansätzen stattgefunden hat. Bis ins 20. Jahrhundert hinein dominierte in der Krankenpflege ein eher dienendes Rollenmodell, das seine Wurzeln in der traditionell engen Verbindung mit der Kirche und den konfessionellen Pflegeorden hat. Sein Leben weitgehend unentgeltlich dem Dienst am Nächsten widmen, wie es beispielsweise in den Mutterhäusern der Diakonie praktiziert wurde, bedeutete jedoch nicht, sich abhängig von ärztlichen Anordnungen zu machen oder sich auf „ausführende“ Tätigkeiten zu beschränken. Die „Schwestern“ handelten durchaus selbstständig und eigenverantwortlich. Mit Recht konnten sie darauf verweisen, dass die stationäre Krankenpflege historisch gesehen sehr viel älter ist als die stationäre medizinische Heilbehandlung.

Dennoch erfolgte die berufspolitische Organisation der Pflege langsamer und letztlich mehr als 100 Jahre später als in der Ärzteschaft. Die Akademisierung der Pflegeausbildung, zu der es in der DDR erste Anläufe gab, erlebte im wiedervereinigten Deutschland zunächst einen Rückschlag. Nicht wenige Angehörige des sogenannten „mittleren medizinischen Personals“ fühlten sich nach 1990 in ihrem beruflichen Selbstverständnis degradiert. Seit den 2010er Jahren ist der Akademisierungsprozess in vollem Gange. Da die berufliche Selbstverwaltung von Pflegefach-



Rettungsteam der Dringlichen Medizinischen Hilfe

personen in Kammern nicht bundesweit implementiert ist, wird die Pflege in Deutschland heute zumeist als „Semi-Profession“ bewertet. Insofern trifft der vielgenutzte Begriff der „Interprofessionalität“ terminologisch

„Nicht wenige Angehörige des sogenannten mittleren medizinischen Personals“ fühlten sich nach 1990 in ihrem beruflichen Selbstverständnis degradiert.“

nicht ganz das, was er bezeichnen möchte, da aktuell nur die Ärzteschaft den Status einer klassischen Profession besitzt. In jedem Fall lässt sich bereits aus diesem kurzen Abriss ersehen, dass Medizin und Pflege (sowie weitere Gesundheitsberufe) eine sehr unterschiedliche berufshistorische Entwicklung durchgemacht haben. Diese war (und ist zum Teil immer noch) stark

auf Selbstvergewisserung, Profilierung und zum Teil auch auf bewusste Abgrenzung fokussiert gewesen. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts kam es mit der tarifpolitischen Trennung der Berufsgruppen (Einführung ärztespezifischer Tarifverträge in Krankenhäusern) und einem ökonomisch motivierten massiven Stellenabbau in der Pflege zu weiteren „Stressoren“ im seit jeher komplizierten Verhältnis zwischen Pflegenden und Ärzten. Ob manche Zwistigkeiten in Zeiten fast ubiquitären Fachkräftemangels noch zeitgemäß sind, sei an dieser Stelle dahingestellt.

Andere ethische Perspektiven

Ausgehend von der Prämisse, dass berufsübergreifende Zusammenarbeit zu einer besseren Patientenversorgung führt, enthält die Forderung nach einer solchen Zusammenarbeit bereits ein genuin moralisches Motiv: die Förderung des Wohlergehens kranker Menschen. Davon abgesehen ist aber auch generell die Betrachtung ethischer Problemsituationen aus einer interprofessionellen Perspektive von großer Wichtigkeit. Zum einen können ethische

Konflikte infolge der unterschiedlichen Wahrnehmung einer Situation durch Pflegende und Ärzte überhaupt erst entstehen, zum anderen können verschiedene berufsspezifische Sichtweisen auf das gleiche ethische Problem zu dessen Lösung beitragen.

Studien zeigen, dass Pflegende vorhandene ethische Dilemmata anders erleben und bewerten als Mediziner. In einer bereits 1999 publizierten Studie wurde Pflegenden und Ärzten, die auf der gleichen Station arbeiteten, die pauschale Frage gestellt, wie oft auf ihrer Station Maximaltherapie bei Patienten angewendet werde. Während nur 18 Prozent der Ärzte hierauf mit „häufig“ antworteten, waren es unter den Pflegenden 70 Prozent. Neben Unterschieden in der Bewertung der Art und Weise der Patientenversorgung nehmen Pflegende darüber hinaus auch ethische Probleme wahr, die von der akademischen Medizinethik häufig gar nicht oder nur wenig adressiert werden. Befragungen zeigen, dass der Druck des pflegerischen Alltags wiederkehrende moralische Fragen hervorbringt, die häufig nicht deckungsgleich mit den „großen“ Themen der Medizinethik sind. Gleichwohl sind diese Fragen aber für das Leben der Betroffenen und das Gewissen der Pflegenden höchst relevant.

Vor diesem Hintergrund ist die Erörterung ethischer Fragen in der Patientenversorgung dringend auf die Perspektive der Pflegenden, Physiotherapeuten und anderer angewiesen. Sie sind nicht nur näher und häufiger „am“ Patienten und seinen Symptomen. Oft erfahren sie auch Dinge, die Patienten dem ärztlichen Personal nicht mitteilen wollen oder können. Gerade in ethischen Fallbesprechungen, in denen es um die Ermittlung individueller Therapieziele geht, sind solche Informationen äußerst wertvoll. Allerdings ist es in Ethikfallberatungen nach wie vor so,



Die Erörterung ethischer Fragen in der Patientenversorgung ist dringend auf die Perspektive der Pflegenden, Physiotherapeuten und anderer angewiesen, da sie oft näher am Patienten dran sind.

dass der überwiegende Anteil der Sprechzeit von Ärzten beansprucht wird. Dies geschieht nicht nur aus selbst gewählter Dominanz heraus, sondern ist auch durch die Erwartungshaltung bedingt, die Ärzten von

„Studien zeigen, dass Pflegende vorhandene ethische Dilemmata anders erleben und bewerten als Mediziner.“

anderen Mitgliedern des Teams oder von Angehörigen entgegengebracht wird. Umso wichtiger ist es, dass solche Fallbesprechungen moderiert werden und dass schon Medizinstudierende den Perspektivwechsel einüben und lernen, sich in die Sichtweise des nicht-ärztlichen Personals hineinzusetzen. Interprofessionalität und Teamfähigkeit sollten entsprechend nicht erst im Stationszimmer oder am Krankenbett ausprobiert, sondern schon im Studium als etwas Essenzielles erlebt und vorgelebt werden.

Interprofessionelles Denken fördert zudem das Verständnis für unterschiedliche, aber durchaus gleichberechtigte Handlungsziele der jeweiligen Berufsgruppen (cure versus care). Durch Studien ist belegt, dass berufsübergreifende Kooperation die Arbeitszufriedenheit erhöht und zugleich das Aufkommen von moralischem Stress bei Pflegefachpersonen reduziert. Dieser entsteht besonders dann, wenn Pflegende moralische Probleme in ihrem Arbeitsumfeld zwar erkennen, aber beispielsweise aufgrund schlechter interprofessioneller Kommunikation keine Möglichkeit der Einflussnahme oder auch nur der Aussprache haben. Kooperationsfördernde Strukturen wie berufsübergreifende Dienst- oder Fallbesprechungen sollten daher aus organisationsethischer Sicht zum Standard gehören. ■

Prof. Dr. med. Florian Bruns, M.A.
Institut für Geschichte der Medizin
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus
Technische Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
E-Mail: florian.bruns@tu-dresden.de