

Schwierigkeiten im interprofessionellen Dialog zwischen ärztlichem und pflegerischem Kollegium

Irmgard Hofmann

Zusammenfassung

Eine menschenwürdige Betreuung, Behandlung und Pflege von kranken, alten und behinderten Menschen bedarf der intensiven Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter/innen. Um negative Auswirkungen auf die Patientensituation wie mangelhafte Schmerzbekämpfung, längere Liegedauer, Alleine-Lassen von Sterbenden, unnötige Verlegungen zwischen Pflegeheimen und Krankenhäusern zu vermeiden, ist der partnerschaftliche Dialog zwischen beiden Berufsgruppen unumgänglich. Trotzdem scheint er mehr die Ausnahme als die Regel zu sein. Neben hierarchischem Denken und persönlichen Eigenschaften spielen hierbei vor allem eine Reihe struktureller Gegebenheiten eine wesentliche Rolle.

Diese Arbeit versucht, verschiedene Aspekte zusammenzutragen: Nicht alle Aussagen können dabei (mangels entsprechender Untersuchungen) durch abgesicherte Daten unterlegt werden, sondern beruhen auf – allerdings reflektiertem – Erfahrungswissen. Es wird nicht der Anspruch erhoben, es handle sich hierbei um eine wissenschaftliche Forschungsarbeit. Dennoch vermag die Arbeit hoffentlich dazu beitragen, durch ein besseres Verständnis für die jeweils andere (und vielleicht auch eigene) Sichtweise den interdisziplinären Dialog zu fördern. Ein weiteres Ergebnis könnte sein, dass sich Forscherinnen Aspekten aus diesem Gebiet künftig verstärkt zuwenden.

Summary

Difficulties in the interprofessional dialogue between nurses and medical doctors

A dignified care of sick, old and impaired human beings requires intensive collaborations of medical and nursing staff. In order to prevent incomplete pain management, long hospitalisations, neglect of the dying, unnecessary transfers between nursing homes and hospitals partnership and dialogue between these two disciplines is necessary. In spite of this it seems to be the exception rather than the rule. Apart from hierarchical thinking and personal preferences structural conditions play an important part.

This paper tries to relate various aspects: not all these can be supported by valid data (because of lacking research) but they are based on reflective practice. This article does not pretend to be a scientific piece of work. Nevertheless, it is hoped that it contributes to the improvement of the interdisciplinary dialogue. Enhanced research interest may be an additional effect of it.

Einführung

In der Betreuung, Behandlung und Pflege von kranken, alten und behinderten Menschen ist die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter/innen¹ unerlässlich. Dies gilt – mit unterschiedlicher Intensität – ebenso für den stationären wie den ambulanten Bereich.

¹ Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes arbeiteten 1999 295 000 Ärzte/innen und 1 075 000 Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen und Altenpfleger/innen im deutschen Gesundheitswesen.

Die beiden Berufsgruppen haben viel gemeinsam: Sie verfügen über eine jeweils spezifische Ausbildung und erbringen beide gesellschaftlich gewünschte Dienstleistungen im Interesse und zum Wohl von kranken, behinderten und alten Menschen. Gemeinsam ist ihnen der ethische Grundsatz, dem Patienten nicht zu schaden. Gemeinsam ist ihnen auch, dass die eine Berufsgruppe ohne die andere Berufsgruppe ihren Auftrag nicht wirklich erfüllen kann oder wie S. Käppeli (1999) es formuliert:

«Jedes Gespräch mit Patientinnen und Patienten, aber auch nur ein Blick in die Patientendokumentationen zeigen, dass es fast keine Phänomene gibt, um welche sich ausschließlich der Arzt oder ausschließlich die Pflegeperson kümmern müsste. Gesundheitlich problematische Zustände und Verhaltensweisen von Patientinnen und Patienten sind fast immer transdisziplinäre Bereiche des Leidens.

Die verschiedenen Berufsgruppen befassen sich mit ihnen lediglich mit unterschiedlichen Fragestellungen: unter dem Gesichtspunkt des Heilens oder des Pflegens.» (S. 154)

Auch ihr Berufsethos ist vergleichbar:

So beschreibt die «Berufsordnung für die deutschen Ärzte» der Bundesärztekammer (1988):

«Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern. Der Arzt übt seinen Beruf nach den Geboten der Menschlichkeit aus.» (§1, Abs. 2)

Ähnlich der Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger (1973) in seinen «Ethischen Grundregeln für die Krankenpflege»:

«Die Krankenschwester hat vier grundlegende Aufgaben: Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern... Zur Pflege gehört die Achtung vor dem Leben, vor der Würde und den Grundrechten des Menschen.»

Unter diesem Blickwinkel ließe sich zu Recht vermuten, dass es einen einigermaßen regelmäßigen und intensiven partnerschaftlichen Austausch über die Patientenbelange wie auch über divergierende oder ähnliche ethische Vorstellungen zwischen den beiden Berufsgruppen gäbe.

Blickt man dagegen in die Praxis, so scheint dies eher die Ausnahme denn die Regel zu sein; vielmehr wirkt der Arbeitsalltag geprägt von einem relativ unverbundenen Nebeneinander, verknüpft im Wesentlichen durch Weisungsbefugnis und Weisungsgebundenheit. Nach dem Krankenpflegegesetz von 1985 haben die Pflegekräfte eine Informationspflicht bezüglich des körperlichen und seelischen Zustands der Patienten/innen gegenüber Ärzten/innen, umgekehrt gilt dies jedoch nicht. So äußerten nach einer Untersuchung von J. Siegrist (1978) 62% der befragten Pflegenden, sie wünschten sich häufigere Gespräche mit dem Stationsarzt, während umgekehrt nur etwa ein Viertel der Ärzte/innen Kritik an der Zusammenarbeit äußerte. Siegrist stellt dazu fest:

«Insgesamt wird bei einer Reihe von Fragen einem demokratischen Stil fleißig das Wort geredet. Dieses Ergebnis steht nicht nur in einem gewissen Widerspruch zu den Einschätzungen von Seiten des Pflegepersonals, sondern auch zu den im Untersuchungszeitraum beobachteten Kooperations- und Kommunikationsregeln.» (S. 80)

Dabei könnten die beiden Berufsgruppen mit ihren unterschiedlichen Zugangs- und Sichtweisen viel voneinander lernen, und vor allem bestünde mit einem verbesserten Austausch die reelle Möglichkeit, sich der komplexen Patientenwirklichkeit mehr zu nähern.

Kommunikationsdefizite haben bekanntermaßen Folgen: In der Arbeit mit Menschen, die durch ihr Leiden beeinträchtigt und von Hilfeleistungen abhängig sind, kann dies besonders gravierende Auswirkungen haben. Mangelhafte Schmerzbekämpfung, längere Liegedauer, Verunsicherung der Patienten/innen, Ernährung wider Willen, unnötige Verlegungen zwischen Pflegeheim und Krankenhaus (Drehtür-Effekt) sind oft auch Resultat eines unzureichenden Dialogs zwischen Ärzten/innen und Krankenschwestern/-pflegern.

Die Gründe für solche Kommunikationsdefizite sind vielfältig: Neben dem immer noch sehr ausgeprägten hier-

archischen Denken innerhalb der Berufsgruppen selbst – wie auch zwischen ihnen – sowie Verhaltensweisen, die in den Personen selbst begründet sind, gibt es eine Reihe struktureller Aspekte, die den berufsübergreifenden Austausch zumindest erschweren. Mit der Absicht, das Verständnis für die jeweils andere Sichtweise zu fördern, wird im Folgenden der Versuch unternommen, einige wesentliche Elemente aufzuzeigen, weshalb der partnerschaftliche, interdisziplinäre Dialog, die gleichberechtigte Kommunikation zwischen pflegerischem und ärztlichem Kollegium manchmal gar nicht und häufig nur mit viel Mühe möglich scheint.

1. Unterschiede im beruflichen Selbstverständnis

Der ärztliche Auftrag ist sowohl gesellschaftspolitisch wie innerhalb der Berufsgruppe ziemlich eindeutig umrissen: Der Arzt «dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes» (Berufsordnung § 1 Abs. 1). Er ist zuständig für die Anordnung und Durchführung aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, derer es bedarf, um einem kranken Menschen zur Heilung und/oder Linderung seiner Leiden zu verhelfen. Dafür sind ihm hohe Entscheidungsrechte wie -pflichten eingeräumt, die ihre Grenze im Wesentlichen an der Patienten-Autonomie – und heute zusätzlich an ökonomischen Faktoren – findet. Außerdem sind alle Ärzte/innen im Kammersystem organisiert, was der beruflichen Abgrenzung und gesellschaftspolitischen Durchsetzungsfähigkeit sehr dienlich ist.

Der pflegerische Auftrag ist wesentlich unschärfer gefasst: Zum einen sind die Krankenschwestern eigenverantwortlich zuständig für die «sach- und fachkundige, umfassende, geplante Pflege des Patienten» (Krankenpflegegesetz, 1985), zum Zweiten gehört die Mitarbeit an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auf ärztliche Weisung (ebd.) dazu. Sie haben also ein im Berufsbild angelegtes Doppelmandat und bewegen sich im Spagat zwischen ärztlicher Assistenz («Arzthelfer/in») und eigenständiger Pflege («Pfleger/in des Kranken»), was zu einem unklaren Entscheidungsraum führt. Unglücklicherweise wurden in den Sechzigerjahren für diese beiden Aufgabebereiche die Begriffe Grund- und Behandlungspflege – die ursprünglich in einem anderen Kontext entwickelt worden waren² – eingesetzt. Sie fanden über das Standardwerk der «Krankenhausbetriebslehre» von S. Eichhorn (1967) weite Verbreitung und wurden im Gesundheitsreformgesetz von 1988 auch rechtlich festgezurrt. Unglücklich deshalb, weil die unreflektierte, nur scheinbar klare Trennung zwischen eigenständiger Pflegearbeit und abhängiger Arztassistenz in der Praxis immer wieder zu erheblichen Abgrenzungsschwierigkeiten führt (Schwarzmann, 1999). Fatalerweise wurde damit auch die falsche(!) Gleichung

² Die früheste Erwähnung dieses Begriffspaares stammt aus der deutschen Übersetzung einer englischen Arbeitsstudie von 1953, in der Datenmaterial gesammelt wurde, um auf dieser Basis eine Antwort nach der «eigentlichen Arbeit der Schwester» geben zu können. Schon in der Übersetzung des Deutschen Krankenhausesinstituts (1954) wurde daraus quasi ein Tätigkeitskatalog mit wirtschaftlicher Bedeutung, wie Schwarzmann (1999) überzeugend darlegen konnte.

aufstellt: Grundpflege sei leicht, das könne jeder Laie; Behandlungspflege sei höherwertiger, weil es Mitarbeit an ärztlicher Tätigkeit sei und damit verantwortungsreicher. Diese in Deutschland aus betriebswirtschaftlicher Sicht eingeführte Aufteilung erfuhr ihre Bestätigung auch noch darin, dass Pflegekräfte bis heute in den so genannten Funktionsbereichen besser verdienen als im autonomen Pflegebereich der direkten Pflege.

Die Pflegenden selbst sind nicht pflichtorganisiert. Freiwillige Mitgliedschaften verteilen sich auf den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe, die Pflege-Gewerkschaft, die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände, verschiedene sonstige Arbeitsgemeinschaften. So gibt es in Deutschland bis heute keine exakten Daten über Anzahl und Ausbildungsart der Pflegenden oder darüber, wie viele in welcher Form (Krankenschwestern und -pflege, Kinderkrankenschwestern, Hebammen, Altenpfleger/innen, Heilpädagoginnen, Krankenpflegehelfer/innen, Altenpflegehelfer/innen) ausgebildete Pflegekräfte tatsächlich im Pflegeberuf arbeiten. Nach Erhebungen des Statistischen Bundesamtes, Zweigstelle Bonn, waren 1999 781 000 Krankenschwestern/-pfleger und Hebammen, 294 000 Altenpflegerinnen sowie (1997) 126 000 Helfer/innen in der Pflege erwerbstätig. Da es aber noch keine bundesweit einheitliche Ausbildung für Altenpfleger/innen gibt und die einjährig ausgebildeten Krankenpflegehelfer/innen in der Statistik auch nicht von den angelernten Pflegehelfer/innen unterschieden werden, sind diese Zahlen nur sehr bedingt aussagefähig. Nicht erfasst sind außerdem jene ausgebildeten Pflegekräfte, die privat arbeiten oder sich im Studium befinden. Die organisatorische Zersplitterung entspricht in etwa der geringen gesellschaftspolitischen und damit öffentlichkeitswirksamen Relevanz der Berufsgruppe und trägt zusätzlich zur Verunsicherung im beruflichen Selbstverständnis bei. Außerdem ist es unter diesen Bedingungen extrem schwierig, ein generelles Bewusstsein für professionelle Pflegequalität zu entwickeln bzw. zu vermitteln.

2. Studium versus duale Berufsausbildung

Alle Ärzte/innen haben ein Studium absolviert und somit ein vergleichbares Bildungsniveau. Auch wo es nicht explizit gelehrt wird – sprachliche, argumentative und wissenschaftliche («akademische») Elemente werden allen Absolvent/innen zumindest implizit vermittelt. Die Spezialisierung auf bestimmte Arbeitsschwerpunkte erfolgt erst im Beruf selbst. Die Altersstruktur der Medizinstudent/innen ist aufgrund des einheitlich vorausgesetzten Schulabschlusses und der Länge des Studiums annähernd homogen zwischen 20 und 30 Jahren. Der relativ späte Beginn im ärztlichen Alltag ermöglicht eine vergleichsweise unkompliziertere, festigende Persönlichkeitsentwicklung, bevor die direkte Konfrontation mit kranken, leidenden und sterbenden Menschen beginnt. Andererseits werden die «Ärzte/innen im Praktikum» anschließend vielfach sehr schnell und unvorbereitet mit vielen und oft schwierigen Entscheidungssituationen konfrontiert, was bei einigen eine hohe Unsicherheit auslösen und unreflektiert zu abweisendem und sehr distanzierendem Verhalten führen

kann. In dieser Richtung äußerten sich einige informell befragte Krankenschwestern, die nach dem Wechsel der Ärzte/innen vom «Praktischen Jahr» zum «Arzt im Praktikum» mit deren dann oft veränderter Verhaltensweise schlecht zurechtkamen.

In der Pflege dagegen gibt es keine einheitliche Grundlage. Nach dem Krankenpflegegesetz von 1985 kann die Krankenpflegeausbildung machen, wer einen Realschulabschluss oder eine gleichwertige Schulbildung oder den Hauptschulabschluss mit mindestens zweijähriger Berufsausbildung hat. Ähnliches gilt für das bundeseinheitliche Altenpflegegesetz, das am 1. August 2001 in Kraft treten soll. Nach mündlicher Auskunft der langjährigen stellvertretenden Leiterin einer großen Krankenpflegeschule in München ist die schulische Vorbildung der jeweils 120 neuen Auszubildenden seit etwa 15 Jahren konstant und folgendermaßen verteilt: rund 50% Realschulabschluss mit und ohne Berufsausbildung; etwa 25% Hauptschulabschluss mit Berufsausbildung, ungefähr 25% Abitur mit und ohne Studium. Die «Spezialisierung» beginnt bereits mit der Wahl der Ausbildung (Allgemeine Krankenpflege und Kinderkrankenpflege, psychiatrische Pflege, Hebammenwesen, Heilpädagogik, Altenpflege und -hilfe, Krankenpflegehilfe) und ist weitgehend undurchlässig – berufliche Sackgassen.

Die in Deutschland ab 1992 geschaffene Möglichkeit eines Pflegestudiums wird üblicherweise als Weiterqualifizierung nach der Krankenpflegeausbildung genutzt. Vielfach erfolgt damit der Wechsel aus der praktischen Pflege in den Leitungs-, Unterrichts-, Fortbildungs- und Forschungsbereich.

Ähnlich gemischt ist die Altersstruktur. Nach dem Krankenpflegegesetz (1985) kann die Ausbildung bereits mit 17 Jahren begonnen werden – im Altenpflegegesetz (2000) sind 16 Jahre vorgesehen. Da die Berufsflucht insgesamt sehr groß ist, der Bedarf an professioneller Pflege aber eher steigt, das heißt die Aussichten auf einen Arbeitsplatz generell nicht schlecht sind, ist der Pflegeberuf eine beliebte Empfehlung des Arbeitsamtes für Ausbildungsplatzsuchende und/oder Umsteiger/innen – so nach mündlicher Auskunft des Münchner Arbeitsamtes 1999. Es ist keine Seltenheit, in Ausbildungskursen Teilnehmer/innen mit allen Schulabschlüssen und unterschiedlichsten beruflichen Vorerfahrungen nebeneinander zu finden; altersmäßig ergibt sich die Verteilung zwischen 17 und 40 Jahren, wobei sich das Gros zwischen 17 und 23 Jahren bewegt.³ Ob und wie weit ein Ausbildungsinstitut durch die Auswahl der Bewerber/innen eine wenigstens minimale Einheitlichkeit herzustellen versucht, liegt zum Teil an der Haltung der Schulleitungen, zum anderen Teil an den Trägern der Schulen (Stadt, Gemeinde, Landkreis, Bezirk, Kirchen), die teilweise auch politische Ziele (Ausbildungsplätze!) damit verfolgen. Ein Unterricht, in dem neben den reinen Inhalten auch Sprach-, Argumentations- und Begründungsfähigkeiten vermittelt werden, ist angesichts der gravierenden Unterschiede in der Vorbildung nur schwer zu verwirklichen.

³ Diese Angaben basieren auf meinen Erfahrungen als Ethik-Dozentin an sechs Krankenpflegesschulen in Oberbayern, wo ich in den letzten acht Jahren in etwa 50 Kursen unterrichtete. Genaue Untersuchungen dazu sind mir nicht bekannt.

Ein weiteres Problem stellt die duale Ausbildungsform dar. Von Beginn an werden die Teilnehmer/innen in der Praxis, das heißt im Stationsbetrieb in verschiedenen Bereichen eingesetzt. In den allgemeinen Krankenpflegeschulen werden im Laufe von drei Jahren zwischen zehn und zwanzig Einsätze mit Dauer von vier bis 12 Wochen absolviert. Das erfordert von den Krankenpflegeschüler/innen eine hohe Anpassungsleistung, da sowohl die Arbeitsinhalte wie die Arbeitsweise als auch das Teamverständnis auf den verschiedenen Stationen erheblich variieren. Die Entwicklung einer soliden Identität als Persönlichkeit und als Krankenschwester/-pfleger mit einem einigermaßen klaren Selbstverständnis in und für diesen Beruf wird damit erheblich erschwert. Melia (1988, S. 134) schreibt dazu: «Sie lernen eigentlich, wie man Krankenpflegeschüler/in ist und nicht, wie man Krankenschwester/-pfleger wird.» Die theoretisch vermittelten Vorstellungen einer eigenständigen Pflegekonzeption unterliegen oft genug der *normativen Kraft des Faktischen* – das gilt allerdings auch für Ausgebildete.

Erschwerend kommt hinzu, dass die emotionale Belastung gerne unterschätzt wird. Gerade die Jüngeren unter den Auszubildenden, die sich oft noch in der pubertären und damit sehr vulnerablen Entwicklungsphase befinden, werden angesichts manchmal sehr schneller und naher Begegnungen mit schwerem Leid, Sterben und Tod regelrecht überrollt. Sie haben häufig noch keinerlei Schutzmechanismen und auch keine Bewältigungsstrategien entwickeln können und fühlen sich ihrer emotionalen Betroffenheit hilflos ausgeliefert. Da es auf den meisten Stationen und auch in den Schulen nicht gerade üblich ist, hierfür konkrete Unterstützung anzubieten, sind gravierende Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur zumindest nicht auszuschließen.

3. Naturwissenschaftlicher versus psychosozialer («ganzheitlicher») Ansatz

Das Medizin-Studium ist – auch wenn das häufig beklagt werden mag – im Wesentlichen naturwissenschaftlich ausgerichtet. Damit wird bewusst oder unbewusst auch die naturwissenschaftliche Begründungs- und Beweisstruktur als die (einzige?) Richtige vermittelt. Psychosoziale und emotionale Aspekte im Rahmen der Patientenbetreuung spielen zumindest im theoretischen Kontext eine sehr untergeordnete bis gar keine Rolle. Ob und wie weit sich Ärzte/innen in der Arbeit vor Ort bemühen, sich psychosoziales Wissen anzueignen und in ihre Arbeit zu integrieren, hängt weitestgehend von ihrer persönlichen Einstellung ab. Die Konzentration auf medizinisch-funktionale Abläufe in Diagnostik und Therapie verhilft und verführt manchmal zu innerer Abwehr gegenüber der subjektiven Befindlichkeit des kranken Menschen.

In der Krankenpflegeausbildung wird dagegen neben den medizinischen Aspekten sehr großer Wert gerade auf die emotionale Befindlichkeit der Patienten gelegt. Psychosoziale und ganzheitliche⁴ Betreuung zählen – zumindest theoretisch – zu den wichtigsten Elementen der Ausbildung. Neben den Fächern Psychologie, Soziologie, Pädagogik und Ethik mit einem Umfang von ungefähr 120

Unterrichtsstunden (KrPflG) gilt dies vor allem für den eigentlichen Krankenpflegeunterricht. Der Hinweis auf die psychische Befindlichkeit eines kranken Menschen in seiner jeweiligen Situation gehört zum pflegkundlichen Standard. Auch wenn der Begriff der Ganzheitlichkeit als Konzept nur bedingt brauchbar ist, verhilft er den Pflegenden doch dazu, sich von einem rein funktionalen Gesundheits- und Krankheitsverständnis zu distanzieren. Andererseits führt gerade in der Anfangszeit eine ungeschützte Nähe (unprofessionelle Identifikation) zu den leidenden Menschen, die allzu leicht aus einer idealisierten Pflegevorstellung resultiert, oft zu einer emotionalen Verstrickung der Pflegenden, die unreflektiert viel Hilflosigkeit, Abwehr und eine Neigung zu radikalen Lösungen auslöst.

4. Entscheidungsfreiheit versus Weisungsgebundenheit

Die Entscheidung und entsprechende Verantwortung über Diagnostik und Therapie liegt in ärztlicher Hand. Ärzte/innen dürfen und müssen nach entsprechender Aufklärung und Information der Patienten/innen unter Berücksichtigung der Patienten-Autonomie entscheiden. Bei den Entscheidungen spielt das jeweilige Verständnis des ärztlichen Berufsethos eine große Rolle. Die Verantwortlichkeit ist ziemlich klar abgegrenzt, und aus dieser Verantwortlichkeit ergibt sich auch die Weisungsbefugnis gegenüber dem pflegerischen Dienst.

In der Pflege dagegen sind die Verantwortungsbereiche entsprechend des unklaren Entscheidungsraumes eher diffus zu nennen. Sie tragen nach Brenner (1992) jedenfalls die Durchführungsverantwortung für angeordnete Tätigkeiten. Für die direkte Pflege tragen sie zwar einerseits sowohl die Entscheidungs- wie auch die Durchführungsverantwortung, da aber andererseits eine klare, auch gesetzlich geregelte Abgrenzung zur sogenannten Behandlungspflege praktisch nicht existiert, gibt es einen hohen Unsicherheitsgrad über die eigenen Entscheidungsmöglichkeiten: Freiräume werden daher oft nicht genutzt.

Ein zusätzlicher wesentlicher Aspekt liegt darin, dass die Krankenschwestern und -pfleger, die im diagnostischen und therapeutischen Bereich nicht entscheiden dürfen (und wohl auch nicht ernsthaft wollen), die Entscheidungen der Ärzte/innen aber mittragen sollen bzw. müssen. Im Normalfall dürfte dies kein Problem sein; doch gibt es Situationen, wo die ärztliche und die pflegerische Beurteilung auseinander klaffen. Oft handelt es sich dabei um die Frage, ob und wie weit ein Patient – mit aus den verschiedenen Perspektiven unterschiedlicher Lebens(-qualitäts)-Erwartung – noch kurativ behandelt werden soll. Für die Vertreter/innen beider Berufsgruppen geht es dabei um ihre moralische Grundlage und das berufliche Selbstverständnis. Der Tendenz nach hat bei Ärzten/innen der Grundsatz «Leben erhalten» hohe Priorität, während Kran-

⁴ Zur Problematik des Begriffes der «Ganzheitlichkeit» siehe Bischoff (1994). Sie weist zu Recht darauf hin, dass der Begriff allzu oft naiv, unreflektiert und in moralisierender Weise verwendet wird und die damit häufig verbundenen Allzuständigkeits- und Überforderungsgefühle nicht kritisch hinterfragt werden.

kenschwestern und -pfleger (wohl mitbedingt durch die größere Patientennähe) häufiger ein «sterben lassen» vertreten, wie Schöne-Seifert & Eickhoff (1996) zeigten. Diese Auseinandersetzungen sind nicht leicht zu führen, scheinen mir aber wegen der grundsätzlichen Betroffenheit aller Beteiligten unerlässlich. Wenn in solchen Situationen der Gehorsam der Pflegenden aufgrund ärztlicher Weisungsbefugnis ohne Dialog eingefordert, d.h. deren persönliche und berufliche ethische Kompetenz und Not *qua* Anordnung schlicht übergangen wird, folgen daraus leicht Kommunikations- und Kooperationsprobleme – mit entsprechend negativen Auswirkungen auf die Patientenbetreuung.

5. Zeitliche, räumliche und statusabhängige Unterschiede in Nähe und Distanz

Es ist nicht unproblematisch, generalisierende Aussagen zum Thema Nähe/Distanz zu machen, da sich die verschiedenen Einsatzgebiete, wo pflegerischer und ärztlicher Dienst zusammentreffen, teilweise erheblich unterscheiden. Es gibt große Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Betreuung, zwischen Krankenhäusern mit hoher Versorgungsstufe und Pflegeheimen, zwischen Abteilungen mit chirurgischem, internistischem oder psychiatrischem Schwerpunkt.

Einiges lässt sich aber doch aussagen: In allen stationären Einrichtungen der Kranken- und Altenbetreuung ist die durchgängige Anwesenheit einer Pflegeperson selbstverständlich. Für den ärztlichen Dienst gilt dies dagegen nur sehr begrenzt und ist abhängig von der Einrichtung. Die ärztliche Visite wie auch die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen hat einen völlig anderen Charakter als pflegerische Tätigkeiten. Während der ärztliche Einsatz fast immer mit der Rolle des Experten verknüpft ist, der aufgrund seines Wissens Information, Rat und – im besten Fall – Heilung versprechen kann, übernehmen die Pflegenden jene Aufgaben, die fast alle Menschen die meiste Zeit ihres Lebens völlig selbstverständlich selbsttätig durchführen: Körperwäsche, für angenehme Körperhaltung sorgen (lagern), Essen und Trinken eingeben, sich um die Ausscheidung kümmern, beim Gehen behilflich sein, Geborgenheit und Sicherheit vermitteln, usw.

Pflegerische Tätigkeiten sind also meist regelmäßiger, zeitaufwendiger und körpernaher als diagnostische und therapeutische Maßnahmen und die Verrichtungen wie auch die damit verbundene Sprache sind den Patienten/innen vertrauter. Entsprechende Unterschiede ergeben sich im Gesprächsverhalten der betroffenen Menschen, es ergibt sich leichter eine «symmetrische» Kommunikationsebene, wie Siegrist (1978) feststellte. Es ist zudem ein beobachtbares Phänomen, dass mit größerer körperlicher Nähe vielfach auch eine verstärkte emotionale Nähe entstehen kann beziehungsweise von vielen Patienten/innen gewünscht wird. Dies ist zwar nicht unproblematisch, weil der Grat zwischen respektvoller Zugewandtheit und gedankenloser Übergriffigkeit oft schmal ist, muss aber als Teil pflegerischer Realität begriffen werden.

Nicht zuletzt bestimmt der berufliche Status mit seiner Anredeform das Verhältnis von Nähe und Distanz zwi-

schen Patienten/innen, Ärzte/innen und Pflegenden. So genießt der ärztliche Beruf bis heute das höchste Ansehen in Deutschland (DIE ZEIT, 1999), während sich das Ansehen der Pflegenden eher im Mittelfeld bewegt. Ärzte/innen werden in der Regel mit Herr/Frau Doktor angesprochen, eine durchaus distanzfördernde Anredeform. Verstärkt wird diese Distanz durch das von Weidmann (1996) beschriebene «Erscheinungsritual» bei der Visite, das in sehr vielen Fällen ein «asymmetrisches Kommunikationsverhalten» (Siegrist, 1978) zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in aufweist. Pflegende dagegen werden zumeist mit «Schwester» oder ihrem Vornamen gerufen; dies bringt einen pseudofamiliären Charakter zum Ausdruck und fördert unprofessionelle Nähe.

Der Umgang mit Nähe und Distanz wird in der Pflege als schwieriger Balanceakt erlebt; emotionale Zuwendung ist ein wesentlicher Bestandteil beruflicher Pflegearbeit, die aber im konkreten Fall immer wieder mühsam zwischen professioneller Nähe und Distanz austariert werden muss. Während sich Ärzte/innen im Zweifelsfall emotional hinter ihrer Autorität als Experten/innen «verstecken» können und dies von den Patienten/innen in der Regel eher akzeptiert wird, wird ähnliches Verhalten von Pflegenden viel schneller als verletzend beschrieben. So erlebten sich von Elsbernd & Glane (1996) befragte Patienten/innen während distanzierter durchgeführter Pflegehandlungen selbst beispielsweise als: «in ihrer Person nicht verstanden, nicht ernst genommen, nicht angenommen, vernachlässigt, allein gelassen oder verlassen, Objekt oder Nummer, wehrlos und ohnmächtig, als bloßgestellt» (S. 157).

6. Je mehr Medizin desto weniger direkte Pflege – und umgekehrt

Die Veränderungen im Verhältnis von direkter Pflege und ärztlicher Assistenzleistung sind proportional zu sehen. Je höher der kurative und damit ärztliche Aufwand in der Patientenbetreuung ist, desto höher ist meist auch der weisungsgebundene Anteil der Pflegearbeit (Medikamentengabe, Überwachungs-, Kontroll- und Maschinenarbeit) und desto geringer ist in Relation dazu der autonome Anteil im Sinne direkter Pflege. Sind dagegen die kurativen Möglichkeiten weitgehend ausgeschöpft, wird ein chronischer Krankheitsverlauf absehbar oder liegt ein Mensch im Sterben, reduziert sich in vielen Fällen das ärztliche Handeln auf wenige kurze Besuche, während die direkte Pflege mit zunehmender Verschlechterung oder Chronifizierung des Zustandes wächst bzw. die Patientenbetreuung, z.B. bei Menschen, die zum *Pflege-Fall* werden oder bei Sterbenden, praktisch alleine in pflegerischer Hand liegt – am deutlichsten sichtbar im ambulanten Pflegedienst wie in Alten- und Pflegeheimen.

Dies ist die Beschreibung einer Realität, die als solche kein Problem darstellen sollte. Zum Konflikt kommt es dort, wo aufgrund von Personalmangel und Zeitnot Prioritäten im Arbeitsschwerpunkt gesetzt werden müssen. Es besteht gerade im Krankenhaus eine deutliche Tendenz, dem kurativen Anteil eindeutige Priorität einzuräumen, was sinnvoll ist, da das Krankenhaus einen klaren Heilungsauftrag hat. Allerdings liegen neben Menschen mit

guten Genesungsaussichten auch jene, die «nur noch»(!) Pflegefälle sind oder im Sterben liegen. Auch diese Menschen haben ein Anrecht auf menschenwürdige Betreuung – und dafür wird mehr Pflege-Zeit gebraucht, was nach Ansicht vieler Pflegenden nicht bei allen Ärzten/innen (und auch nicht bei allen Pflegenden) auf Verständnis stößt. Die Priorität der kurativen Betreuung führt so manchmal dazu, dass die direkte Pflege auch innerhalb der pflegerischen Berufsgruppe weniger Anerkennung findet, zumal wenn erwartet oder indirekt verlangt wird, die direkte Pflegearbeit zugunsten ärztlicher Hilfstätigkeit zu reduzieren. Die damit implizit vermittelte (negative) Wertung drücken Krankenpflegeschüler/innen oft so aus:

«Wir sind froh, wenn wir mit der Ausbildung fertig sind, dann dürfen wir endlich etwas «Gescheites» machen (= ärztliche Hilfstätigkeiten wie Spritzen geben und Infusionen anhängen) und müssen nicht immer nur Patienten waschen oder lagern.»

Die Abwertung direkter Pflege geschieht nicht unbedingt offensiv, sondern durch die oftmals selbstverständliche Erwartung mancher Ärzte/innen, die Ausführung ihrer Anordnungen habe Vorrang vor einer möglicherweise anderen Prioritätensetzung der Pflegenden selbst. Auch in diesem Zusammenhang geht es um ein divergierendes Selbstverständnis der beiden Berufsgruppen; beide haben dabei ein gleichermaßen berechtigtes Anliegen. Es sollte aber nicht darum gehen, wer Recht bekommt, sondern wie ein für alle Beteiligten hilfreicher Umgang mit konkurrierenden Situationen gefunden werden könnte.

7. Medizin männlich? – Pflege weiblich?

Inwieweit der Aspekt «männliche» Medizin und «weibliche» Pflege – sei es auf Personen oder auf die Tätigkeit als solche bezogen – tatsächlich eine erschwerende Rolle im professionellen Gespräch spielt, ist schwer festzustellen. Generell lässt sich wohl konstatieren, dass mit «weiblich» eher Emotionalität und Anpassung, mit «männlich» eher Rationalität und Durchsetzungsvermögen in Verbindung gebracht werden. Eine Zuordnung der medizinischen Tätigkeit als mehr rational und der pflegerischen Tätigkeit als mehr emotional orientiert dürfte ebenfalls plausibel erscheinen.

Historisch nachgewiesen ist, dass die ärztliche Ausbildung ab dem 12. Jahrhundert an den Universitäten angesiedelt wurde und anderen Heilkundigen durch die Einführung der Approbationsordnung (erstmalig 1240) die heilkundliche Tätigkeit untersagt wurde (Seidler, 1993). Die Universitäten selbst standen bis ins 20. Jahrhundert nur Männern offen, und das heißt de facto, dass der Arztberuf bis vor etwa siebzig Jahren in Deutschland ein reiner Männerberuf war. Allerdings fanden hier in den letzten Jahren deutliche Veränderungen statt. Heute arbeiten in Deutschland nach Angaben des Statistischen Bundesamts in Bonn (1999) 118 000 Frauen (40%) und 177 000 Männer im Arztberuf.

Mit dem Siegeszug der naturwissenschaftlich orientierten Medizin im 19. Jahrhundert wurde immer mehr der Bedarf an organisierter Pflege sichtbar. Hintergrund dafür waren die überwiegend katastrophalen Zustände in den

Hospitälern, wie sie in der Ökonomisch-technologischen Enzyklopädie von Krünitz (1789) beschrieben sind:

«Es ist traurig, dass die Hospitäler, die zur Gesundheit und Erhaltung der Menschen bestimmt sind, zu oft unter die Ursachen der Krankheit und des Todes gerechnet werden müssen.»
(Zit. nach Sticker, 1960, S.57),

sowie die Erkenntnis, dass rein medizinische Verbesserungen ohne entsprechende Pflege der Patienten oft hin-fällig wurden:

«Herr Franz May, kurpfälzischer Hofmedicus und Medizinalrat zu Mannheim... hatte bei seiner medizinischen Praxis häufig bemerkt, dass der Mangel an guter Wartung... nicht nur ein großes Hindernis zur Genesung, sondern öfters Ursache des Todes sei.» (ebd.)

So wurden die sogenannten unwissenschaftlichen Bereiche – die Regelung der Lebensordnung oder Diätetik – an Pflegenden delegiert (Seidler, 1993). Exemplarisch für die Neugründungen in der Pflege steht die Einrichtung der Diakonissenanstalten in Kaiserswerth durch Friederike und Theodor Fliedner (Kruse, 1987). Sie zielten ausdrücklich auf die bürgerlichen Frauen ab, die ihre «brach-liegenden» Kräfte für die Pflege aus unbezahlter (!) Nächstenliebe einsetzen sollten:

«... gibt es doch in unsrer evangelischen Kirche viele gläubige, kräftige Jungfrauen und noch rüstige Witwen, die durch keine näheren Pflichten gebunden, sich nach einem Wirkungskreis sehnen, wo sie dem Herrn dienen können zum Heil des Nächsten und alle ihre Kräfte an Gaben nutzbar machen dürfen für sein Reich.»
(Fliedner (1837): Erster Bericht über die Diakonissenanstalt zu Kaiserswerth. Zit. nach Hummel, 1986, S. 30)

Überhaupt gab es nach Seidler (1993) im letzten Jahrhundert «im Rahmen der Diskussionen über die Stellung der Frau innerhalb der Gesellschaft» eine «Konfrontation der Geschlechter zwischen noch männlicher Medizin und der weiblichen, nunmehr vorwiegend weltlichen Krankenpflege», die «nach den Kriegen neue Akzente aus dem übernommenen Gehorsamsdenken der Armeekrankenpflege [erhielt]» (S. 209). Besonders Ärzte bezogen dezidiert Stellung, warum Frauen für das Medizinstudium zwar ungeeignet, für den Pflegeberuf dafür umso geeigneter seien:

«Der Mann handelt nach Überzeugungen, das Weib nach Gefühlen; ...Der Mann ist das schaffende, das Weib das erhaltende Prinzip menschlicher Gesellschaft... Aus der Verschiedenheit der Geschlechter in körperlicher und geistiger Hinsicht geht unwiderleglich hervor, dass das weibliche Geschlecht für das Studium und die Pflege der Wissenschaften und insbesondere der Medizin nicht geeignet ist.»
(v. Bischoff (1872): Das Studium und die Ausübung der Medizin durch Frauen. Zit. n. Bischoff, 1992)

«Das weibliche Geschlecht ... ist seiner Natur nach und durch Erziehung gewöhnt biegsamer und dulddender, weichherziger und mitleidiger, folglich zur Pflege ungeduldiger und eigensinniger Kranker geschickter.»
(Krünitz G.J. (1789): Ökonomisch-technologische Enzyklopädie. Zit. nach Sticker, 1960, S. 62)

«Die Bestimmung des Weibes, die auf dem Gleichgewicht aller Kräfte beruht und die Aufopferung der allseitigen Bildung an die einseitige Ausbildung einzelner vorragender Eigenschaften verbietet, kommt auch der Krankenpflege zugute, weil die Krankheit den gan-

zen Menschen ergreift, also auch die Pflege des Kranken von dieser Vollständigkeit der Humanität aus besorgt werden muss.»
(Buss (1844): Der Orden der Barmherzigen Schwestern. Zit. nach Sticker, 1960, S. 171)

Ein deutlicher Hinweis auf die Notwendigkeit einer ganzheitlichen – und damit aus ärztlicher Sicht weiblichen Pflege. Zumindest damals gab es Ansätze, die «weiche» (weibliche) Pflege als Ausgleich und unter Leitung der «harten» (männlichen) Medizin beizugesellen. Eine nicht unwichtige Rolle spielten auch Überlegungen, die Pflege möglichst billig zu halten:

«In der That, es handelt sich hier um die große Frage: Wird man jemals in der Lage sein, den Grad von Entsagung, den Verzicht auf Genüsse, welchen man von Krankenpflegern oder Pflegerinnen verlangt, durch Geld aufzuwiegen? Wird man jemals in der Lage sein, solche Dienste dauernd und anhaltend für die Gesellschaft in Anspruch nehmen zu können, ohne dass die betreffenden Personen in sich selbst, in ihrer eigenen sittlichen Empfindung den Lohn finden für ihre Tätigkeit? Ja, meine geehrten Damen, meiner Meinung nach ist allerdings darauf hinzuwirken, dass ein Stamm von Personen, welcher, nicht gerade ohne Lohn – denn das würde ja eine sonderbare Zumutung sein – aber ohne entsprechenden Lohn hauptsächlich mit der Aussicht auf innere Befriedigung, mit dem Zweck, ihrer Kraft und Tätigkeit ein dankbares Feld zu schaffen, in diese Arbeit eintritt.»

Virchow (1879): Die berufsmäßige Ausbildung zur Krankenpflege. Zit. nach Seidler, 1993, S. 276)

In der Kranken- und Altenpflege arbeiten etwa 85% Frauen und 15% Männer und mir scheint, manche Vorstellungen aus dieser Zeit sind auch heute noch nicht überwunden.

Diskussion

Die Unterschiede in Ausbildung, Ansehen, Arbeitsweise und Entscheidungsspielraum der beiden Berufsgruppen sind augenfällig. Überwiegend historisch bedingte strukturelle Aspekte, die die Pflege trotz mancher Veränderungen nachhaltig in einem weisungsorientierten Abhängigkeitsverhältnis zur Medizin halten, sind sicher eine ganz wesentliche Ursache dafür, warum der interdisziplinäre Dialog oft so schwer fällt. Sie sind auch nicht kurzfristig zu überwinden.

Andererseits bietet gerade die Verschiedenheit der beiden Berufsgruppen eine hilfreiche Chance, der komplexen Patientenwirklichkeit näher zu kommen. In der Arbeit mit kranken, behinderten, alten und das heißt abhängigen Menschen tauchen vielfältigste, auch ethische Probleme auf. Oft – aber nicht immer – geht es um Lebenserhaltung oder Therapiebegrenzung. Aspekte der Menschenwürde beginnen viel früher: Verletzung der Autonomie, Ernährung wider Willen, mangelhafte Schmerzbekämpfung usw. All diese Fragen betreffen beide Berufsgruppen, und sowohl Ärzte/innen wie auch Pflegenden können gemeinsam mit ihrer je spezifischen Sichtweise dazu beitragen, dass Leben und Würde der Menschen, die sich ihnen anvertrauen, besser geschützt werden.

Eine entscheidende Voraussetzung dafür ist jedoch, dass beide Berufsgruppen sich nicht nur in ihrem Selbstverständnis ernst nehmen, sondern auch die jeweils andere Zugangs-, Sicht- und Argumentationsweise respektieren.

Der partnerschaftliche Dialog über die gemeinsame Patientenbetreuung sollte eigentlich selbstverständlich sein bzw. werden.

Literatur

- Bundesärztekammer: Berufsordnung für die deutschen Ärzte. Sonderdruck «Deutsches Ärzteblatt – Ärztliche Mitteilungen». Dt. Ärzteblatt 85/50, 1988, 3601–3608.
- Bischoff, C.: Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung der Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Campus, Frankfurt/M., 1992.
- Bischoff, C.: Ganzheitlichkeit in der Pflege. Anmerkungen zu einem strapazierten Begriff. Mabuse 91/1994, 37–41.
- Brenner, G.: Rechtskunde für das Krankenpflegepersonal. 5. neu bearb. und erweit. Auflage. Gustav Fischer Tb. Stuttgart, 1992.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: Pflegekammer. Beitrag zur Diskussion über Kammern in der Pflege. DBFK-Verlag Eschborn, 1995.
- Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG), 7/2000.
- DIE ZEIT: Nr. 28, 8. Juli 1999.
- Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre Band 1. Kohlhammer Stuttgart, 1967.
- Elsbernd, A.: Glane, A.: Ich bin doch nicht aus Holz. Wie Patienten verletzende und schädigende Pflege erleben. Ullstein Mosby, Berlin, Wiesbaden, 1996.
- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege – Krankenpflegegesetz – KrPflG und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV), 1985.
- Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreform-Gesetz – GRG) in der Fassung des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG), 1992.
- Hummel, E. C.: Krankenpflege im Umbruch (1876–1914). Schulz-Verlag, Freiburg, 1986.
- Käppeli, S.: Was für eine Wissenschaft braucht die Pflege? Pflege 12, 1999, 153–157.
- Krohwinkel, M.: Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis. Band 12. Schriftenreihe des Gesundheitsministeriums für Gesundheit. Nomos-Verlagsges. Baden-Baden, 1992.
- Kruse, A. P.: Die Krankenpflegeausbildung seit der Mitte des 19. Jahrhunderts. Kohlhammer, Stuttgart, 1987.
- Krüger, S.: Ist die Krankenpflege kammerfähig? Die rechtliche, sachliche und berufspolitische Bedeutung einer Berufskammer in der Krankenpflege. Pflege-Zeitschrift 1/1995. Beilage.
- Melia, K. K.: Arbeit erledigen oder lernen zu pflegen? Die berufliche Sozialisation von Krankenpflegeschülern. Pflege 1, 1988, 131–137.
- Schöne-Seifert, B., Eickhoff, C.: Behandlungsverzicht bei Schwerkranken: Wie würden Ärzte und Pflegekräfte entscheiden? Eine Vignetten-Studie. Ethik in der Medizin 8, 1996, 183–216.
- Schwarzmann, B.: Grund- und Behandlungspflege – Zwei Begriffe mit weitreichenden Folgen für die berufliche Pflege. Pflege 12, 1999, 118–124.
- Seidler, E.: Geschichte der Medizin und der Krankenpflege. Kohlhammer, Stuttgart, 1993.
- Siegrist, J.: Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Enke-Verlag, Stuttgart, 1978.
- Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn: Erwerbstätige nach Berufsgruppen, April 1999.
- Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn: Mikrozensus, 1997.
- Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn: Sozialpolitische Umschau, Juni 1999.
- Sticker, A.: Quellentexte zur neuzeitlichen Krankenpflege. Kohlhammer, Stuttgart, 1960.
- Weidmann, R.: Rituale im Krankenhaus. Ullstein Mosby, Berlin, Wiesbaden, 1996.
- Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger: Ethische Grundregeln für die Krankenpflege. DBFK-Verlag Eschborn, 1973.