

Wem dient "Interprofessionalität"?

Autor(en): **Gemperle, Michael**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **114 (2016)**

Heft 9

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949234>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Wem dient «Interprofessionalität»?

Ohne eine grundlegende Umgestaltung der Arbeitsteilung ist die Emanzipation nicht-ärztlicher Berufsgruppen von der Ärzteschaft kaum denkbar. Vor dem Hintergrund bestehender Verhältnisse und vorherrschender Lesarten des Begriffs scheint «Interprofessionalität» für nichtärztliche Berufsgruppen den eigenständigen beruflichen Handlungsspielraum aber eher nicht zu vergrössern, im Gegenteil.

.....
Michael Gemperle

«Interprofessionalität» ist in aller Munde. Gesundheitsfachleute, Spitaldirektoren, Krankenkassenvertreter, aber vermehrt auch Behördenvertreter und Ärzte bekräftigen fortwährend die Bedeutung der Kooperation zwischen den Berufsgruppen für die Verbesserung des Gesundheitswesens. Für die nichtärztlichen Berufsgruppen wie Hebammen und Pflege ist damit besonders die Hoffnung verbunden, dass die nachrangige Wertigkeit ihrer Berufspraxis (endlich) aufgehoben wird. Allerdings bestehen auch andere Lesarten von «Interprofessionalität». Was steckt hinter diesem Begriff? Und: Wem dient seine Verwendung?

Interprofessionalität untersucht

Grundsätzlich mag das rezente Aufleben um einen Begriff überraschen, der sich auf einen Sachverhalt bezieht, der Gesundheitsfachpersonen beschäftigt, seitdem sie arbeitsteilig arbeiten. Diese «Mode» erstaunt aber weniger, wenn sie in den Kontext der Dynamik im Gesundheitswesen eingebettet wird. Dies soll in diesem Artikel in zwei Schritten geschehen: Erstens soll auf Grundlage von empirischen Befunden beispielhaft diskutiert werden, inwiefern sich das Verhältnis zwischen Ärzteschaft und Pflege verändert hat und wie dies von den Angehörigen der beiden Beschäftigtengruppen erfahren wird. Zweitens interessiert, welche neuen Akzente die erste grössere behördliche Initiative zu «Interprofessionalität» hinsichtlich des Verhältnisses zwischen den Berufsgruppen setzt.

Im Forschungsprojekt «Im Dienste öffentlicher Güter» (2010 bis 2013) wurde u. a. untersucht, inwiefern sich das Verhältnis zwischen Ärzteschaft und Pflege geändert hat. Es handelt sich um ein Dreiländerprojekt, das am Beispiel von vier ausgesuchten Sektoren erforschte, wie sich die Arbeit in öffentlichen Diensten durch die Einführung des New Public Managements veränderte.* Zum Schweizerischen Spitalbereich wurden neben Sekundärdatenanalysen insgesamt 41 Beschäftigte eines Zentrumsspitals befragt, darunter 26 Pflegefachpersonen und 5 Ärzte. Analysiert wurden die daraus hervorgegangenen mündlichen Zeugenberichte zum Wandel der Arbeit auf Grundlage der Werdegänge sowie der beruflichen und privaten Situationen der Betroffenen (Flecker et al., 2014; Schulteis et al., 2014).

Aufeinander angewiesen

An den gesammelten Schilderungen fällt zunächst auf, dass sie von einem scheinbaren Widerspruch durchzogen sind: Auf der einen Seite betonten sowohl die Ärzte als auch die Pflegefachpersonen, dass sich die interprofessionelle Beziehung in den vergangenen Jahren gewandelt habe. Die Hierarchie habe abgenommen. Auch würde das arbeitsteilige Zusammenspiel im Alltag vermehrt auf Augenhöhe stattfinden. Auf der anderen Seite geht aus den mündlichen Berichten unzweifelhaft hervor, dass die Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege nach wie vor ausgesprochen ungleich ist.

Bei genauerem Hinsehen zeigt sich, dass in die früher quasi-militärisch organisierte Beziehung zwischen Ärzten und Pflegefachpersonen eine neue Dynamik Eingang gefunden hat. Ein wesentlicher wiederkehrender Bezugspunkt der Schilderungen der Angehörigen beider Berufsgruppen ist, dass heute eher ein «Miteinander» bzw. ein kooperativer Umgang zwischen den beiden Beschäftigtengruppen bestehe und man «eng zusammenarbeiten muss». Ein leitender Arzt bemerkte gar, dass «man aufeinander angewiesen» sei und «das Ziel nur gemeinsam erreichen kann», und lässt damit eine verstärkte Abhängigkeit der Ärzteschaft von der Pflege erkennen. Auch in den anderen Interviews wurde deutlich, dass Ärzte und Pflegefachpersonen heute in der Alltagsarbeit stärker als früher aufeinander angewiesen sind. Dies verweist zweifelsohne darauf, dass infolge des medizinisch-technischen Fortschritts und der angestiegenen Qualifikation und Spezialisierung Pflegenden zunehmend Aufgaben von Ärzten übernehmen, was eine zunehmende Kooperation und Koordination der Arbeiten erfordert (Blum et al., 2008).

* Das Forschungsprojekt «Im Dienste öffentlicher Güter» wurde unter der Leitung von Franz Schulteis, Universität St. Gallen, Berthold Vogel, Hamburger Institut für Sozialforschung, und Jörg Flecker, Universität Wien, realisiert und vom Schweizerischen Nationalfonds, der Deutschen Forschungsgemeinschaft und dem Österreichischen Wissenschaftsfonds finanziert.

.....

Autor



Michael Gemperle, Dr. rer. soc., Gastforscher am Centre Européen de Sociologie et de Science Politique (EHESS-CNRS), Paris, und Habilitand am Soziologischen Seminar der Universität St. Gallen. Er leitet das vom Schweizerischen Nationalfonds finanzierte Projekt «Das pflegerische Berufsethos im Wandel» (2013–2016). Davor war er Assistent mit Lehrauftrag an den Universitäten Basel und St. Gallen und Gastforscher an der London School of Economics and Political Science.

Unter betriebswirtschaftlicher Kontrolle

Andererseits bringt die Aussage des leitenden Arztes zum Ausdruck, dass der Berufserfolg der Kaderärzte mehr als früher von Pflegefachpersonen abhängt. Da sie ihrerseits nicht unwesentlich am betriebswirtschaftlichen Abschluss ihrer Klinik gemessen werden, sind die zu Managern avancierten leitenden Ärzte darauf angewiesen, dass ihre Mitarbeiter sich diesbezüglich kooperativ und «einvernehmlich» verhalten, bspw. durch «korrektes» Dokumentieren (Gemperle und Pfeuffer, 2013).

Die in allen drei im Projekt untersuchten Ländern beobachtete Ökonomisierung der Spitäler (Bode und Vogd, 2016; Manzei und Schmiede, 2014) hat die Bedeutung betriebswirtschaftlicher Kriterien für die interprofessionelle Beziehung aber auch noch in weiteren Bereichen anwachsen lassen. Bspw. wurde davon berichtet, dass in bestimmten Abteilungen (z. B. Anästhesie) Ärzte zu einem gewissen Grad durch (kostengünstigere) spezialisierte diplomierte Pflegefachpersonen ersetzt werden. Auch wurde mitgeteilt, dass die in Kliniken zum Einsatz kommenden Pflegefachpersonen von leitenden Ärzten bei der Pflegedienstleitung «eingekauft» werden (Gemperle, 2014).

Veränderte ärztliche Vormachtstellung

Die interprofessionelle Beziehung hat sich in den vergangenen Jahren demnach nicht allein dadurch verändert, dass die nunmehr qualifizierteren Pflegefachpersonen informierter, kompetenter und aktiver mit den Ärzten interagieren und einen grösseren Einfluss auf die Behandlung nehmen. Die Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege scheint sich im Zuge der Ökonomisierung öffentlicher Krankenhäuser seit den 1990er-Jahren auch stärker «verbetrieblicht» zu haben. Anstelle der vormals klaren Trennungslinie zwischen den beiden Berufsgruppen gewannen vermehrt betriebswirtschaftliche Kriterien an Gewicht. Dies beförderte auch berufsgruppeninterne

Differenzen, besonders die Unterschiede zwischen der Leitungsebene und der Basis. Alles in allem scheint sich die traditionelle Vormachtstellung der Ärzte gegenüber der Pflege zwar abgeschwächt zu haben, zugleich aber die betriebliche Seite ihrer Position verstärkt zu haben, auch wenn ihre eigene Arbeit im gleichen Atemzug verstärkt unter Kontrolle der Spitalverwaltung geraten ist. Ausserdem besteht die Tendenz, die neu geschaffenen Ungleichheiten weniger als solche wahrzunehmen, da die Wahrnehmungsmuster der Beschäftigten sich weniger schnell geändert haben als die Spielregeln.

Gegeneinander ausgespielt werden?

Welche Veränderung der Beziehung zwischen Ärzteschaft und nichtärztlichen Berufen ist vom bundesrätlichen Programm «Interprofessionalität» zu erwarten? Dieses im März 2016 verabschiedete dreijährige Förderprogramm stellt die erste grössere behördliche Initiative zum Begriff dar. Es hat sich dem Ziel verschrieben, Pilotprojekte oder Forschungen zu «Interprofessionalität» zu fördern. Dem Programmtext zufolge wird unter «Interprofessionalität» verstanden, dass die Berufsgruppen im Gesundheitswesen gegeneinander ausgespielt werden, mit dem Ziel, die Gesundheitsausgaben zu reduzieren (Verkürzung der Spitalverweildauer, Reduktion der Konsultationen) – dem sich im Übrigen auch das zweite vom Bundesrat genehmigte Förderprogramm für das Gesundheitswesen verschrieben hat (Privatisierung der Alterspflege).

Aber kann eine verstärkte Interprofessionalität mit einem Abbau der Gesundheitsversorgung einhergehen? Erfordert eine verbesserte Zusammenarbeit nicht grössere Ressourcen, wie die Literatur zum Thema einhellig suggeriert (Martin et al., 2010), z. B. für die Koordination und Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen? Oder findet «Interprofessionalität» hier nicht einfach als Label Verwendung? Um Akzeptanz für einen Leistungsabbau zu schaffen, würde sich ein inzwischen unter Ärzten und anderen Gesundheitsfachpersonen mit einem gewissen Ansehen und einer positiven Konnotation ausgestatteter Begriff aufdrängen.

Vom Regen in die Traufe?

Fachpersonen hinsichtlich der Arbeitskosten zueinander in eine Konkurrenzsituation zu bringen, steht ganz in der Logik des bereits stattfindenden Umbaus der stationären Gesundheitsvorsorge nach betriebswirtschaftlichen Kriterien. Wie erwähnt, findet das Ausspielen von «teureren» Ärzten durch «kostengünstigere» nichtärztliche Fachpersonen bereits heute punktuell statt. Entsprechend liegt die Vermutung auf der Hand, dass das Förderungsprogramm vor allem auf eine Intensivierung der skizzierten «Verbetrieblichung» der Beziehung zwischen Ärzten und nichtärztlichen Berufsgruppen hinwirkt. Aufgrund der dargestellten Erfahrung dürfte die damit vorgeschlagene «Interdisziplinarität» somit weniger eine Emanzipation nichtärztlicher Berufsgruppen von der Ärzteschaft beinhalten. Vielmehr ist zu erwarten, dass die Berufspraxis nichtärztlicher Berufsgruppen verstärkt durch betriebswirtschaftliche Prinzipien geprägt wird. Das Programm scheint in erster Linie den Einfluss der Spitalverwaltung und der Krankenkassen auf die stationäre

Gesundheitsversorgung zu vergrössern. Auch die Krankenkassen sehen in «Interprofessionalität» ein Mittel, um «Geld (zu) sparen» (Witte, 2012), wie die Vertreterin einer Krankenkasse an einer von der Schweizerischen Ärztezeitung organisierten Podiumsdiskussion vor einigen Jahren unverhohlen (und wohl unfreiwillig mehrdeutig) einräumte.

«Interprofessionalität» ist ein Allgemeinplatz, der von Protagonisten der Diskussion entsprechend ihrer Interessen mit einer Bedeutung versehen wird. Die behördliche Auslegung des Begriffs zielt darauf ab, die Gesundheitsleistungen zu reduzieren und die Beschäftigten im Gesundheitswesen vermehrt als Kostenfaktor aufzufassen. Die Ärzteschaft hat darauf bislang vor allem mit Besitzstandeswahrung reagiert und möchte die «Interprofessionalität» besonders in der Ausbildung verwirklichen haben, wobei für sie in der zwischenberuflichen Kooperation «der Lead (...) in ärztliche Hände (gehört)» (Strohmeier et al, 2016). Wem «Interprofessionalität» in diesem Kontext in welcher Form zu dienen vermag, dürfte nicht unwesentlich davon abhängen, wie die nichtärztlichen Berufsgruppen die ärztliche Dominanz und betriebswirtschaftliche Logiken zurückweisen; Logiken, welche die Bedingungen für qualitativ hoch stehende Arbeit nachweislich untergraben.

Literatur

- Blum, K. et al. (2008)** Krankenhaus Barometer. Neuordnung pflegerischer und ärztlicher Aufgaben gehört zusammen. «Die Schwester Der Pfleger»; 47: 1140–1145.
- Bode, I. und Vogdt, W. (2016)** Mutationen des Krankenhauses: Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive. Wiesbaden: Springer.
- Flecker, J. et al. (Hrsg) (2014)** Im Dienste öffentlicher Güter: Metamorphosen der Arbeit aus der Sicht der Beschäftigten. Berlin: Ed. Sigma.
- Gemperle, M. (2014)** «Noch nicht genug» oder «zu viel des Guten»? Die Veränderung der Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege aus der Sicht eines leitenden Arztes und einer Pflegedienstleiterin. In: Schultheis, F. et al. (Hrsg), Im öffentlichen Dienst; 207–222. Bielefeld: transcript.
- Gemperle, M. und Pfeuffer, A. (2013)** Die Ökonomien der Dokumentationskritik. In: Estermann, J. et al. (Hrsg), Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress «Gesundheitsberufe im Wandel», Winterthur 2012; 74–94. Münster/Luzern: Lit Verlag/orlux.
- Manzei, A. und Schmiede, R. (2014)** 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen: theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Wiesbaden: Springer.
- Martin, J. S. et al. (2010)**. Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. «Swiss Medical Weekly», 140, w13062.
- Schultheis, F. et al. (Hrsg) (2014)** Im öffentlichen Dienst: Kontrastive Stimmen aus einer Arbeitswelt im Wandel. Bielefeld: transcript.
- Strohmeier, P. et al. (2016)** Interprofessionalität – ein Thema für Hausärzte? «Schweizerische Ärztezeitung»; 97(8):298–299.
- Witte, F. (2012)** Mehr kooperieren statt delegieren. «Schweizerische Ärztezeitung»; 93(22), 809–11.

Lachen stärkt den Beckenboden!

BeBo® – Ihr Beckenbodenspezialist seit 20 Jahren

20 Jahre Erfahrung! Grund genug zum Feiern und zum Lachen, denn das BeBo®-Training ist erfolgreich und überzeugt immer mehr von seinem Nutzen. Die Hintergrundinformationen zum Thema Beckenboden, Inkontinenz sowie die Zusammenhänge mit Haltung, Atmung und Sexualität und die bewusste Alltagsintegration zeichnen das Konzept aus.

Wussten Sie, dass Lachen ein wirksames Rezept für den Stressabbau, für eine tiefe Atmung und somit Organmassage sowie für eine gesunde Beckenbodenaktivität ist? Kurzum und zweifelsohne: Lachen ist gesund! Die schnellen rhythmischen Kontraktionen, die bei starkem und andauerndem Lachen erfolgen, haben einen Einfluss auf den Beckenboden – er entspannt sich! Doch keine Sorge, ein fitter Beckenboden steht im Gleichgewicht von Anspannung und Loslassen, und es entsteht keine Beckenbodenschwäche durch zu viel Lachen.

Erfahren Sie in der BeBo®-Grundausbildung und im umfassenden Weiterbildungsangebot, wie geheimnisvoll und lernfähig Ihr Beckenbodenmuskel ist, wie differenziert Sie ihn wahrnehmen können, und geben Sie dieses wertvolle Wissen an Ihre Teilnehmerinnen weiter. Neu bietet BeBo® seit 2016 die Weiterbildung zum/zur BeBo®-Trainer/-in an. Diese baut auf der Grundausbildung auf und vertieft das Wissen im trainingsbezogenen Kontext sowie im sportlichen und bewegungsfreudigen Alltag.

Informationen und Anmelde-möglichkeiten unter www.beckenboden.com oder info@beckenboden.com



BeBo® Verlag & Training GmbH

Loren-Allee 12, CH-8610 Uster
T 044 312 30 77, F 044 312 30 55
info@beckenboden.com
www.beckenboden.com