

Macht und Medizin

Beiträge aus der Veranstaltungsreihe
Medical Humanities 2017-2020

Funktionale und konfliktive/egalitäre Normen in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Eine soziologische Perspektive

Dr. Julie Page

Abteilungsleiterin Gesundheit, Schweizerisches Rotes Kreuz

Aus soziologischer Sicht wird interprofessionelle Zusammenarbeit von zwei sich teilweise widersprechenden Normen geprägt: der funktionalistischen Norm und der konfliktiven/egalitären Norm. Um eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit zu erreichen, müssen beide Normen berücksichtigt werden.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht der funktionalistischen Theorie

Gemäss der funktionalistischen Theorie⁵ hat die interprofessionelle Zusammenarbeit die Funktion, die Gesundheitsversorgung effizient, wirksam und wirtschaftlich zu gestalten. Probleme treten dann auf, wenn Kommunikation und Kooperation zwischen den Berufen nicht optimal laufen, sodass zum Beispiel Doppelspurigkeiten oder Fehler entstehen. Die funktionalistische Norm beinhaltet die Erwartung, dass diese Probleme gelöst werden. Hierbei wird jedoch die Machtverteilung im (Gesundheits-) System weder thematisiert noch problematisiert. Vielmehr wird die bestehende (Herrschafts-)Struktur abgebildet, in deren Rahmen das Funktionieren optimiert werden soll. Illustrieren lässt sich das zum Beispiel an:

- der *Medikamentenabgabe im Spital*. Üblicherweise verschreiben Ärztinnen und Ärzte die Medikamente in Absprache mit dem Patienten, der Patientin und die Pflegenden geben die Medikamente ab. Hier können Fehler entstehen. Die funktionalistische Norm verlangt eine möglichst fehlerlose Medikation durch Überprüfung und Optimierung des Prozesses (zum Beispiel durch Einbezug der Pflegenden bei Diagnose und Medikation, durch gute Kommunikation aller Beteiligten, durch klare Dokumentation oder durch fehlerreduzierende Abgaberoutine);
- den *Schnittstellen im Patientenpfad*, die oft Schwachstellen darstellen. Bei Überweisungen vom Hausarzt zur Spezialistin oder beim Übertritt vom Spital in die Nachbetreuung ist eine präzise, schnelle und vollständige Kommunikation der beteiligten Fachpersonen und Institutionen notwendig. Der Prozess muss aus

funktionalistischer Perspektive laufend überprüft und bei Mängeln verbessert werden. Statuspositionen werden dabei aber nicht überprüft.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht der konfliktiven Perspektive

Die Konflikttheorie⁶ besagt, dass sich soziale Strukturen und Systeme durch die Austragung von Konflikten entwickeln. Da der Konflikt eine Notwendigkeit, aber nicht eigentlich das Ziel ist, ist der Begriff «egalitäre Norm» eine bessere Bezeichnung für diesen theoretischen Ansatz. Die egalitäre Norm verlangt Gleichheit (Egalität), Gleichberechtigung und gegenseitigen Respekt. Aus dieser Perspektive ist interprofessionelle Zusammenarbeit nur dann fair und gerecht, wenn die beteiligten Berufe gleichberechtigt sind, also gleich viel Macht haben. Das Gesundheitswesen ist durch hierarchische Macht- und Prestigeunterschiede geprägt, die von den statustiefen Berufen als nicht legitim bezeichnet werden. Sie verlangen eine Veränderung der bestehenden Machtverteilung. Da die beruflichen Hierarchien durch vielfältige andere Normen und Werte stark verfestigt sind, machen die Fachpersonen, die weniger mächtig sind und weniger prestigeträchtige Positionen innehaben, die Erfahrung, dass die Gleichberechtigung in interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen selten erreicht wird. Bei der Zusammenarbeit von ärztlichen und nicht ärztlichen Berufen haben die Ärztinnen und Ärzte mehr Macht, auch wenn dies in einzelnen Fällen funktional nicht nötig wäre. Somit ist die interprofessionelle Zusammenarbeit oft mit Konflikten verbunden. Nachfolgend sind einige Beispiele für egalitäre/konfliktive Normen in der interprofessionellen Zusammenarbeit aufgeführt:

- *Zuständigkeit von Hebammen oder Ärztinnen und Ärzten* bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett:⁷ Hebammen deklarieren bei gesunden Frauen und «regelkonformen» Geburten ihre alleinige Zuständigkeit und kritisieren die Medikalisierung der Geburt.

5 Vgl. die Arbeiten der beiden Soziologen Talcott Parsons und Robert K. Merton.

6 Nach Soziologen wie Karl Marx, Gerhard Lenski oder Ralf Dahrendorf.

7 Zum Beispiel in den USA: Hartley, Heather (2002): The system of alignment challenging physician professional dominance: an elaborated theory of countervailing powers, in: *Sociology of Health and Illness* 24, S. 178–207.

Egalitäre interprofessionelle Kooperation erwarten die Hebammen bei Risikogeburten.

- *Demografische, wirtschaftliche und kulturelle Umbrüche führen zu einem Wandel in Gesundheitswesen und -berufen:* Neue Berufe entstehen, bestehende Berufe verlieren an Bedeutung, berufliche Tätigkeiten verändern sich.⁸ Damit geht ein neues Aushandeln der Grenzen von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung einher, was meist konfliktiv verläuft, weil es auch um Macht geht. Aus funktionalistischer Sicht ist dieses Aushandeln notwendig und hat zum Ziel, dass eine Aufgabe von der optimal qualifizierten Berufsperson übernommen wird.
- *Zugang zu und Finanzierung von Therapien:* Professionals der Therapieberufe, zum Beispiel der Physiotherapie, bestreiten die Notwendigkeit einer Diagnose und Überweisung durch einen Arzt oder eine Ärztin bei den Bedürfnissen, für die Therapieberufe spezialisiert sind. Diagnosen und Überweisungen, beziehungsweise Delegationen durch Ärztinnen und Ärzte, sind jedoch eine Voraussetzung für die Finanzierung der Therapie durch Kranken- oder Sozialversicherungen. Physiotherapeutinnen und -therapeuten verlangen einen «Direktzugang» der Patientinnen und Patienten zu den (nicht ärztlichen) Therapien. Diagnosen und Indikationen sollten nicht a priori durch einen Arzt oder eine Ärztin, sondern aufgrund spezifischer beruflicher Qualifikationen erfolgen. Eine interprofessionelle Zusammenarbeit wird durchaus angestrebt, aber auf der Ebene von Gleichberechtigung. Dies entspricht der egalitären Norm und ist konfliktiv, weil es gesetzlich nicht zulässig ist und weil die Ärzteschaft ihr Diagnose-Monopol verteidigt.

Thesen

- Die Erfüllung der funktionalistischen Norm im Gesundheitswesen kann durch die egalitäre Norm status tiefer Berufe behindert werden, wenn auch funktional sinnvolle Normen und Anweisungen statushöherer Berufe angezweifelt und mangelhaft befolgt werden. In diesem Sinne kann die tiefe Impfquote der Pflegefachpersonen als Widerstand gegen die Schulmedizin der statushöheren Ärzteschaft erklärt werden.

- Der Wandel von Gesundheitsberufen ist mit veränderten Machtpositionen sowie verändertem Prestige und Privilegien (wie zum Beispiel Einkommen) verbunden. Diese Veränderungsprozesse gehen mit Konflikten einher, die sich in der interprofessionellen Zusammenarbeit – meist dysfunktional – äussern.
- Die Akademisierung einiger Gesundheitsberufe in den Fachhochschulen verstärkt die egalitäre Norm, da die Kompetenzen sowie das Prestige aufgrund des Hochschulabschlusses zunehmen. Gleichzeitig steigt die Akzeptanz durch die Ärzteschaft, was das Machtgefälle reduziert und der funktionalistischen Norm dient. Das gezielte Einüben der interprofessionellen Zusammenarbeit schon während der Ausbildung hat nicht nur eine sachlich-pragmatische Bedeutung, sondern beinhaltet die Chance, die Behinderung der Funktionalität durch den Egalitätsanspruch zu reduzieren.

Fazit

Das gute Funktionieren der interprofessionellen Zusammenarbeit ist eine Herausforderung, die aus Sicht der hier diskutierten Perspektiven wie folgt bewältigt werden kann:

Aus Sicht der funktionalistischen Perspektive müssen, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern, Massnahmen in Bildung und Praxis ergriffen werden. Gleichzeitig muss immer auch die egalitäre, konfliktive Perspektive berücksichtigt werden, nämlich der interprofessionelle Kampf um Macht, Prestige und Privilegien.

Eine für alle Beteiligten hinreichend gerechte Macht- und Privilegien-Verteilung sollte einigermassen fair und transparent durch offene Aushandlungsprozesse hergestellt werden,⁹ sonst wird die interprofessionelle Zusammenarbeit durch (meist verdeckte) Machtkonflikte beeinträchtigt, was sowohl für die beteiligten Fachpersonen als auch für die Patientinnen und Patienten schädlich ist.

8 Estermann, Josef, Julie Page und Ursula Streckeisen (2013): Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress «Gesundheitsberufe im Wandel» (Winterthur 2012), Wien; Nancarrow, Susan A. und Alan M. Borthwick (2005): Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce, in: *Sociology of Health and Illness* 27,7, S. 897–919.

9 Richtlinien dazu: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2014): *Charta Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen*, Basel.