

Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege. Eine systemtheoretische Analyse im Spiegel des historischen Entstehungskontextes.

Bachelorarbeit zur Erlangung des Grades „Bachelor of Science“

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen

Abteilung Köln

Fachbereich Gesundheitswesen

Studiengang Pflegewissenschaft, Schwerpunkt Management

Julia Schwab

Grünbaumstraße 77 in 42659 Solingen

Matrikelnummer: 513933

Erstprüfer: Herr Dr. Guido Grasekamp (M.A.)

Zweitprüfer: Herr Prof. Dr. phil. Dipl. Sozial-Gerontologe Dipl. Pflegewirt
(FH) Guido Heuel

Solingen, den 29.05.2017

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Vorwort	III
1 Einleitung.....	1
2 Methodisches Vorgehen	3
3 Definition interdisziplinäre Zusammenarbeit	5
3.1 Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gesundheitswesen	6
3.2 Bedeutungszuwachs der interdisziplinären Zusammenarbeit im Gesundheitswesen.....	6
4 Historische Entwicklung vom 19. Jahrhundert bis heute	9
4.1 Pflege.....	9
4.1.1 Entwicklung	10
4.1.2 Funktion	12
4.1.3 Organisation.....	14
4.1.4 Darstellung	17
4.1.5 Image	18
4.2 Medizin.....	20
4.2.1 Entwicklung	21
4.2.2 Funktion	23
4.2.3 Organisation.....	23
4.2.4 Darstellung	24
4.2.5 Image	25
5 Systemtheoretische Analyse, Differenzen und Gemeinsamkeiten von Medizin und Pflege	27
5.1 Kommunikation	27
5.2 Erwartungen und Strukturen	30

5.3	Person und Rolle.....	33
5.4	Spiele und Regeln.....	36
5.5	Organisation und Entscheidung	37
5.6	Hierarchien.....	40
6	Chancen zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege	43
6.1	Ausbildung	43
6.2	Organisationale Konzepte.....	45
7	Fazit.....	48
	Literaturverzeichnis.....	IV
	Bibliografien.....	IV
	Internetquellen.....	IX
	Zeitschriften.....	XII
	Abkürzungsverzeichnis	XIV
	Erklärung der Verfasserin	XVI

Vorwort

Durch die Vorlesung im Sommersemester 2016 im Modul Personalmanagement traf ich durch den leider viel zu früh verstorbenen und von mir außerordentlich geschätzten Professor Dr. Heribert Gärtner das erste Mal auf die faszinierende Welt der Systemtheorie. Das Erleben, Beobachten und Analysieren von Phänomenen und Strukturen menschlichen oder gesellschaftlichen Verhaltens im privaten und beruflichen Umfeld weckt in mir stets den Wunsch, die komplexen Verläufe und Handlungen in diesem Feld besser verstehen zu können. Meine bis dahin rudimentären Erklärungsversuche fanden, durch das „kleine blaue Buch“ die „Einführung in die systemische Organisationstheorie“ von Fritz B. Simon, erstmalig den Zugang zu einer wissenschaftlichen Theorie, die mir als Grundlage half die beobachteten Phänomene zu deuten. Der abstrakte, differenzialistische Ansatz der Systemtheorie nach Niklas Luhmann bot mir eine Sichtweise, die in die komplexen und teilweise paradoxen Alltagsgeschehnisse Ordnung brachten.

Im beruflichen Kontext und im Rahmen meines erweiterten Wissens durch das Studium wuchs mein Interesse, zu begreifen, was – im Besonderen – die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege im Krankenhaus so schwierig macht. Durch die Einbettung der Zusammenarbeit beider Disziplinen in das komplexe System vieler unterschiedlicher Prozessabläufe im Krankenhaus, steigert sich die Schwierigkeit, die Arbeitsabläufe so zu gestalten, dass eine optimale Patientenversorgung erreicht werden kann. Ich hoffe durch meine Arbeit mittels der systemtheoretischen Betrachtungsweise, Klarheit zu erlangen.

1 Einleitung

Im Kontext der Entwicklung im Gesundheitswesen und der zunehmenden Ökonomisierung des Krankenhausesektors in Deutschland seit der Einführung der DRGs im Jahre 2003 ist die Steigerung der Effektivität der Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege im Sinne des Patienten¹ von oberster Priorität.

Im Gesundheitsbereich verlangen die komplexer werdenden Aufgaben und das Ziel einer qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung eine verstärkte Zusammenarbeit der Berufsgruppen.² Sie ist jedoch nur möglich, wenn Veränderungen im System erfolgen. Die steigende Arbeitsverdichtung durch die komplexer werdenden Aufgaben beider Berufsgruppen führt zu einer steigenden Arbeitsbelastung.³

Bereits im Jahr 2005 beschreibt der Krankenpflegereport der DAK-BGW⁴ eine Zunahme der psychischen Störungen der Pflegenden, die nun mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems die zwei häufigsten Ursachen für Krankheitsausfälle sind. Der Gesundheitsreport der DAK 2015⁵ bestätigt dies erneut. Zusätzlich deckt er auf, dass es berufsgruppenübergreifend eine vermehrte Tendenz gibt, leistungssteigernde Medikamente einzunehmen, um den erhöhten Anforderungen der Arbeitswelt zu genügen. Auch seitens der Mediziner hat der erhöhte Arbeitsdruck bereits Fol-

¹ Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird nicht ausdrücklich in geschlechtsspezifischen Personenbezeichnungen differenziert. Die gewählte männliche Form schließt eine adäquate weibliche Form gleichberechtigt ein und vice versa.

² Vgl. Kaba-Schönstein, Lotte, Kälble, Karl; 2004: Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP). Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, S.12-13

³ Vgl. Kaba-Schönstein, Lotte, Kälble, Karl; 2004: Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen, S. 246

⁴ Grabbe, Yvonne, Nolting, Hans-Dieter, Loos, Stefan; 2005: DAK-Berufsgenossenschaft und Wohlfahrtspflege (BGW) Gesundheitsbericht 2005 stationäre Krankenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems, http://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2013/24481/pdf/Gesundheitsreport_stationaere_Krankenpflege_2005.pdf. Zugriff 15.03.2017

⁵ Vgl. Marschall, Jörg , et al; 2015: Gesundheits-Report 2015. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update: Doping am Arbeitsplatz. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 9), DAK Gesundheit. Medhochzwei Verlags GmbH, Heidelberg

gen. 20 Prozent der Ärzte leiden unter dem sogenannten „Burnout-Syndrom“.⁶

Die Suizidrate liegt bei den Medizinern im Vergleich zur Gesamtbevölkerung zwei- bis dreimal höher, bei Medizinerinnen sogar fünf- bis sechsmal.⁷

Ergebnisse aus dem Picker-Report 2015⁸ weisen auf eine weitere Perspektive der Problematik hin. Die stark empfundene Zunahme der Arbeitsbelastungen hat auch Auswirkungen auf die Versorgungsqualität der Patienten. Die zunehmende Emanzipation der Pflege durch die Professionalisierung in Deutschland steht konträr zu den tradierten Arbeitsstrukturen der Ärzteschaft. Dies fördert das Spannungsverhältnis zusätzlich. Das Thema interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege ist in diesem Kontext von hoher praktischer Relevanz und erfordert in vielerlei Hinsicht ein Umdenken innerhalb der Professionen. Dies spiegelt sich bereits auch in den Ergebnissen des Picker-Reports 2014⁹ wieder: 32 Prozent der Ärzte und 55 Prozent der Pflegenden beschreiben Kommunikationsprobleme zwischen den Berufsgruppen.

⁶ Vgl. Bergner, Thomas; 2009: Burnout bei Ärzten. Arzt sein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe. Schattauer Verlag, Stuttgart. In: Tewes, Renate; 2015: „Wie bitte?“. Kommunikation in Gesundheitsberufen. Springer Verlag Berlin, Heidelberg, S.93

⁷ Vgl. Schönberger, Alwin; 1995: Patient Arzt: Der kranke Stand. Wirtschaftsverlag Carl Ueberreuter, Wien. In: Tewes, Renate; 2015: „Wie bitte?“, Kommunikation in Gesundheitsberufen. Springer Verlag Berlin, Heidelberg, S. 94

⁸ Vgl. Stahl, Katja, Nadj-Kittler, Maria; 2015: Picker-Report 2015: Gute Pflege braucht gute Bedingungen. Mit Qualifikation, Wertschätzung und Führung gegen Überlastung und Fachkräftemangel. Picker Institut Deutschland gGmbH Hamburg, www.pickerinstitut.de, Zugriff 15.03.2017

⁹ Vgl. Stahl, Katja, Nadj-Kittler, Maria; Picker-Report 2014: Wie die Erfahrungen von Patienten und Mitarbeiter Qualität und Sicherheit im Krankenhaus verbessern, Picker Institut Deutschland gGmbH, Hamburg, www.pickerinstitut.de, Zugriff 15.03.2017

2 Methodisches Vorgehen

Die kritische Auseinandersetzung mit der Thematik und die Reflexion der Problematik richtet sich auf das Setting Krankenhaus in Deutschland und betrachtet allein die Zusammenarbeit der beiden Professionen Medizin und Pflege.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, systemtheoretische Grundlagen zunächst auf den konkreten Sachverhalt bezüglich des Denkens und Handelns der einzelnen Disziplinen und anschließend deren interdisziplinäre Zusammenarbeit in deutschen Krankenhäusern anzuwenden.

Die Ergebnisse der Arbeit sollen dementsprechend einen Beitrag aus systemtheoretischer Sicht, aus dem Standpunkt des Beobachters, hinsichtlich der Zusammenarbeit der Bereiche Medizin und Pflege geben und auf Grundlage dessen Aussichtsmöglichkeiten zur Verbesserung aufführen.

Das methodische Vorgehen erfolgt auf Grundlage einer theoretischen Literaturrecherche und wird anhand der drei Themenebenen Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Geschichtliche Entwicklung von Medizin und Pflege seit dem 19. Jahrhundert bis heute und der Systemtheorie erforscht. Die Literaturrecherche - erfolgte neben der Suche im Internet - in den gängigen Datenbanken Livivo, Bibliothekskatalog der Katholischen Hochschule NRW und der dort angesiedelten Suchmaschine DigiBib mit den Zugängen zu den Datenbanken ZBMed, Pubmed, Universitäts- und Stadtbibliothek in Köln und Stadtbibliothek Köln. Durch die Methode der Schneeballsuche konnte weitere Literatur hinzugezogen werden. Es wurde sich hierbei auf primär deutschsprachige Literatur bezogen, da das Setting auf den Raum Deutschland begrenzt werden sollte und die Entwicklung der Professionalisierung der Pflege sich zum Beispiel in den USA, England oder in den Skandinavischen Ländern anders gestaltet hat.

Folgende Forschungsfragen ergeben sich hieraus:

- (1) Wie sind die Strukturen der Disziplinen Medizin und Pflege aus systemtheoretischer Sicht?

(2) Wie wirken sich die systemtheoretischen Strukturen auf das Verhältnis beider Disziplinen zueinander aus?

Daraus entwickelt sich die zusätzliche Frage:

Inwieweit kann sich die Zusammenarbeit der beiden Disziplinen mit dem Wissen der systemtheoretischen Ausgangslage und Betrachtung effizient steigern?

Zur Beantwortung der aufgestellten Forschungsfragen werden mehrere Dimensionen aufgestellt und inhaltlich betrachtet. Zum einen im Kapitel 3 das Element der interdisziplinären Zusammenarbeit im Allgemeinen, um das Grundverständnis als Basis des Themas voran zu stellen, und zum Ende in Kapitel 6 im Besonderen zwischen Medizin und Pflege, um bereits vorhandene Konzepte und Ansätze zur Verbesserung der Arbeitsprozesse im Team hinsichtlich der veränderten Rahmenbedingungen zu benennen und kritisch zu reflektieren. Zum anderen in Kapitel 4 das Element der historischen Entwicklung beider Disziplinen, um die Ursachen des Handelns und Denkens von Medizin und Pflege zu erforschen. Des Weiteren wird im Kapitel 5 die Dimension der systemtheoretischen Sichtweise aufgestellt, um beide Disziplinen und deren Verhältnis zu einander auf dieser Grundlage zu rekonstruieren.

Die gewonnenen Ergebnisse werden im Hinblick auf die Forschungsfrage in den jeweiligen Unterkapiteln 5.1- 5.6 erörtert. Es erfolgt ein Ausblick über mögliche Entwicklungen in Kapitel 6. Hierbei soll ersichtlich werden, wo Vor- und Nachteile, beziehungsweise Chancen für die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege in deutschen Krankenhäusern vorliegen und sich gestalten können.

3 Definition interdisziplinäre Zusammenarbeit

Karl Kälble beschreibt 2004 in der zusammenfassenden Darstellung der Ergebnisse des Projekts MESOP – Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen (Medizin, Soziale Arbeit, Pflege) - die Schwierigkeit der Begriffsklärung interdisziplinärer Zusammenarbeit folgendermaßen¹⁰:

Eine klare Definition der interdisziplinären Zusammenarbeit ist in der Literatur nicht zu finden. Als „interdisziplinär“ wird häufig das Synonym interprofessionell, multi-, pluri- oder transdisziplinär benutzt. Die unterschiedlichen Formen werden meistens auf Forschung und Lehre bezogen. Im Gesundheitswesen wird der Begriff der „Interdisziplinarität“ jedoch auch häufig für die Teamarbeit in der beruflichen Praxis benutzt. „Interdisziplinarität hat ein Problem der Ordnung. [...] Interdisziplinarität wäre vor diesem Hintergrund, der Versuch, die getrennten Wissensbereiche zusammenzubringen.“¹¹

Unter „Zusammenarbeit“ findet man den Begriff „Kooperation“ als eine Beschreibung einer berufsgruppen- und fachübergreifenden Zusammenarbeit. Gemeinschaftliches Ziel der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Berufspraxis ist es, das jeweils eigene Arbeitsverhalten mit dem Arbeitsverhalten der anderen Disziplin abzustimmen. Hier hat jede Berufsgruppe zum Erreichen des gemeinsamen Zieles einen eigenen Arbeitsschwerpunkt. In Randgebieten kann es dabei zu deutlichen Überschneidungen kommen, die ein gemeinsames Arbeiten erfordern.¹²

„Kooperation ist - so machen die dargestellten Theoretisierungen deutlich- ein hochkomplexes Geschehen, das in hohem Maße von Abstimmungs- und Aushandlungsprozessen der Beteiligten abhängt, das sensibel gegenüber Störungen durch Vertrauensverlust oder Verletzungen der Fairness und damit wenig kompatibel mit einer hierarchischen Organisation

¹⁰ Vgl. Kaba-Schönstein, Lotte, Kälble, Karl; 2004: Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen, S. 32-41

¹¹ Kaba-Schönstein, Lotte, Kälble, Karl; 2004: Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen, S. 191

¹² Vgl. Kaba-Schönstein, Lotte, Kälble, Karl; 2004: Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen, S. 32-41

ist. Kooperation braucht Spielräume, um sich zu entwickeln und bietet möglicherweise auch ein Alternativmodell zur hierarchischen Steuerung.“¹³

3.1 Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Die Entwicklung im Gesundheitswesen, speziell im Krankenhaussektor, erhöht den Druck, die Effizienz der interdisziplinären Zusammenarbeit zu steigern.¹⁴ Es erfordert neue Bedingungen an die Qualifikation der Berufe im Gesundheitswesen, an ihre Aus- und Weiterbildung und die Rahmenvorgaben innerhalb des Unternehmens.¹⁵

Die Fähigkeiten der einzelnen Berufsgruppen liegen nicht mehr nur alleine innerhalb des Wissens der eigenen Disziplin, sondern nunmehr auch auf dem Gebiet der interdisziplinären Kommunikation, Teamarbeit, Kompetenz in den Schlüsselqualifikationen, Lernfähigkeit, Lernbereitschaft und der systematischen Erfassung komplexer Zusammenhänge.¹⁶

3.2 Bedeutungszuwachs der interdisziplinären Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Die Bedeutung der gemeinschaftlichen Kooperation von Medizin und Pflege im Gesundheitswesen nimmt in den letzten Jahren stetig zu. Dies hat verschiedene Ursachen. Zum einen ist hier der zunehmende Fortschritt im medizinischen, medizintechnischen und gesundheitswissenschaftlichen Bereich zu nennen, welcher eine deutliche Zunahme der Arbeitsteilung, Spezialisierung und Berufsdifferenzierung verursacht.¹⁷

¹³ Vgl. Willke, Helmut; 1995: Systemtheorie III. Steuerungstheorie. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Jena. In: Kaba-Schönstein, Lotte, Kälble, Karl; 2004: Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen, S. 195

¹⁴ Vgl. Badura, Bernhard, Feuerstein, Günter; 1994: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Juventa Verlag Weinheim und München, S. 48

¹⁵ Vgl. Badura, Bernhard; 1994: Systemgestaltung im Gesundheitswesen, S. 270

¹⁶ Vgl. Kaba-Schönstein, Lotte, Kälble, Karl; 2004: Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen, S. 247

¹⁷ Vgl. Kaba-Schönstein, Lotte, Kälble, Karl; 2004: Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen, S. 12-13

Die Komplexität der Krankheitsfälle, verursacht durch den demografischen Wandel und die daraus resultierende Ausrichtung auf Rehabilitations- und Präventionsarbeit, die komplexer werdenden Aufgaben der gesundheitlichen Versorgung sowie die steigende Ökonomisierung des Gesundheitssektors ist ein weiterer Einflussfaktor.¹⁸ Dies bedeutet für die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Medizin und Pflege im Krankenhaus, dass der Fokus vermehrt auf das gemeinsame Ziel - die Patientenorientierung und das Patientenwohl - ausgerichtet werden muss.

Die Zielvorgabe für beide Berufsgruppen mit ihren unterschiedlichen, aber auch überschneidenden Arbeitsaufträgen ist hier die Kooperation. Die Autoren Lotta Kaba-Schönstein und Karl Kälble weisen bereits 2004 auf die Zunahme an Forschungsprojekten hin, die sich mit diesem Thema befassen.¹⁹ Sie bestätigen die dringliche Lage. Hier sind beispielhaft folgende Projekte zu nennen:

- **MESOP-Projekt**²⁰ („Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen von Medizin, Soziale Arbeit und Pflege“; Hochschul- und Fachhochschulübergreifende Kooperation der FH Esslingen-Hochschule für Sozialwesen, Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg und dem Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung der Katholischen Fachhochschule Freiburg, 1997-2000)
- **InterKiK-Projekt**²¹ (Modellprojekt „Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus“ initiiert von Bundesärztekammer und den Verbänden des Deutschen Pflegerates und der Abteilung für Medizinische Psychologie am Universitätskrankenhaus Hamburg Eppen-

¹⁸ Vgl. Kaba-Schönstein, Lotte, Kälble, Karl; 2004: Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen, S. 13

¹⁹ Vgl. Kaba-Schönstein, Lotte, Kälble, Karl; 2004: Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen, S.31

²⁰ Kaba-Schönstein, Lotte, Kälble, Karl (Hrsg.); 2004: Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen, Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP), Mabuse Verlag, Frankfurt am Main

²¹ Vgl. Klapper, Bernadette, Lecher, Silke, Schaeffer, Doris, Koch, Uwe; 2000: Interprofessionelle Kommunikation, Zusammenarbeit im Krankenhaus, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 97, Heft 51-pdf-Version: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/25509/Interprofessionelle-Kommunikation-Zusammenarbeit-im-Krankenhaus>. Zugriff 12.5.2017

dorf in Kooperation mit dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld aus dem Jahr 1999-2002)

- Projekt **-IPM**²² („Interaktion von Pflege und Medizin im Krankenhaus: Konstruktionsprozesse von Hierarchie und Geschlecht und berufliche Sozialisation“ 1993)

Weitere Studien und Publikationen belegen die Unzufriedenheit der Berufsgruppen Medizin und Pflege in ihrer Zusammenarbeit und die steigende Wichtigkeit der Effizienzsteigerung:

- **NEXT-Studie**²³ über „Berufsausstieg bei Pflegepersonal, Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa“, 2002-2006.
- **Picker-Report 2014**²⁴ weist Kommunikationsprobleme zwischen den Berufsgruppen aus.
- „Kooperationsanforderungen an Pflege und Medizin im Krankenhaus der Zukunft“²⁵
- „Ein chronischer Konflikt?“²⁶

²² Vgl. Hagemann-White, Carol; 1993: Die Interaktion von Medizin und Pflege im Krankenhaus: Konstruktionsprozesse von Hierarchie und Geschlecht und beruflicher Sozialisation, Projekt IPM, <http://gepris.dfg.de/gepris/projekt/5107722> Zugriff 13.5.2017

²³ Vgl. Hasselhorn, Hans, Martin. et al; Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) 2005: NEXT-Studie, Berufsausstieg bei Pflegepersonal, Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa, Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft GmbH, Bremerhaven,

https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Schriftenreihe/UEbersetzungen/UE15.pdf;jsessionid=3F36F9943CDA144F7620B45AF702C643.s2t1?__blob=publicationFile&v=1 Zugriff 22.02.2017

²⁴ Vgl. Stahl, Katja; Nadj-Kittler, Maria; Picker Report 2014: Wie die Erfahrungen von Patienten und Mitarbeiter Qualität und Sicherheit im Krankenhaus verbessern, Picker Institut Deutschland gGmbH; Hamburg, www.pickerinstitut.de Zugriff 15.03.2017

²⁵ Vgl. Dahlgaard, Knut , Stratmeyer, Peter; 2003: Kooperationsanforderungen an Pflege und Medizin im Krankenhaus der Zukunft, Zeitschrift Das Krankenhaus: 2/2003, Zugriff 10.04.2017

²⁶ Vgl. Hibbeler, Birgit, 2011: Ärzte und Pflegekräfte, Ein chronischer Konflikt?; Zeitschrift Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 41, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/109162/Aerzte-und-Pflegekraefte-Ein-chronischer-Konflikt>. Zugriff 10.04.2017

4 Historische Entwicklung vom 19. Jahrhundert bis heute

Die historische Entwicklung von Pflege und Medizin vom 19. Jahrhundert bis heute kann hier nur ansatzweise dargestellt werden. Die rasche Entwicklung im gesellschaftlichen, politischen, wirtschaftlichen und wissenschaftlichen Bereich der letzten Jahrhunderte und deren Bedeutung für die Menschheit wird daher lediglich umrissen. Die Ausführungen haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und sind nach mir historisch wichtig erscheinenden Gesichtspunkten ausgewählt worden. Als Hauptquelle diente mir vornehmlich das Buch von Werner Schell „Kurzgefaßte [sic] Medizin- und Krankenpflegegeschichte“ in der 2. vollständig überarbeiteten und aktualisierten Auflage.

4.1 Pflege

Die vier grundlegenden Aufgaben der Pflegenden sind laut **ICN-Ethik-kodex für Pflegende** (Verabschiedung 1953, heutige Fassung von 2001) die Förderung von Gesundheit, die Verhütung von Krankheit, die Wiederherstellung von Gesundheit und die Linderung von Leiden. Die Pflegende übt ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus. Zudem koordiniert sie ihre Leistungen mit denen beteiligter Gruppen. Die Pflege ist eigenverantwortlich zuständig für die „sach- und fachkundige, umfassende, geplante Pflege des Patienten“.²⁷

§3 Absatz (2) des heutigen **Krankenpflegegesetzes** beschreibt, dass die Ausbildung für die Pflege insbesondere dazu befähigen soll: 1. rein pflegerische Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen, 2. Folgende Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen: eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen, Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation, Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen, 3. Interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zu-

²⁷ DBfK; 2010: ICN-Ethik-Kodex für Pflegende. Online verfügbar unter www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/ICN-Ethik-E04kl-web.pdf, Zugriff am 15.03.2017

sammenzuarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.²⁸

Die bereits vor über hundert Jahren gesprochenen Worte von Agnes Karll (1868-1927), Reformerin der deutschen Pflegeforschung und Gründerin des heutigen DBfKs, beschreiben den Kern des Problems des Pflegestatus, der bis heute an Wichtigkeit nicht verloren hat: „Wir, die als selbständige, selbstverantwortliche Menschen dem Leben gegenüberstehen, sind selbst schuldig, wenn wir nicht die rechten Wege suchen und bahnen helfen, um fähig für unsere Lebensaufgabe zu werden. Man hat uns wenig Möglichkeiten hierfür gegeben, das ist keine Frage. Aber wer soll uns denn unsern Beruf aufbauen, wenn wir es nicht selbst tun! Wir haben gar kein Recht, zu verlangen, daß [sic] andere das tun.“

Selbständigkeit ohne Verantwortung gibt es nicht, das muß [sic] sich jede einzelne von uns dauernd vor Augen halten und ihrer Pflichten gegen unseren selbstgeschaffenen Fachverband eingedenk sein.“²⁹

4.1.1 Entwicklung

Die Pflege befand sich zu Beginn des 19. Jahrhunderts vornehmlich in kirchlicher Trägerschaft (katholische Ordenspflege oder evangelische Diakonie) oder in weltlichen Mutterhausverbänden, wenngleich auch vereinzelt freiberufliche Krankenpflege bestand, die gegen Bezahlung Kranke betreute.³⁰

Während der französischen Revolution (1789-1799) wurde ein Verbot sämtlicher Orden - auch in Deutschland - ausgesprochen, was zu katastrophalen Verhältnissen in den Krankenhäusern führte. Mit der Zunahme an Epidemien - wie zum Beispiel der Choleraepidemie 1831 - und der zunehmenden Verelendung der unteren Bevölkerungsschicht wurde

²⁸ BMJV; 2003, zuletzt geändert 2017: Krankenpflegegesetz. Online verfügbar unter www.gesetze-im-netz.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf. Zugriff 15.03.2017

²⁹ Karll, Agnes, in Elster, Ruth; Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg); 2000: Der Agnes Karll-Verband und sein Einfluss auf die Entwicklung der Krankenpflege in Deutschland. Ein Beitrag zur Geschichte der Pflegeberufe und eines Berufsverbandes. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, S.11

³⁰ Vgl. Thielhorn, Ulrike; 1999: Zum Verhältnis von Medizin und Pflege. Bestandsaufnahme und Handlungsalternativen, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Berlin, Köln, S.15-16

die Wichtigkeit der Krankenpflege in den sogenannten „Medizinalordnungen“ neben den ärztlichen Maßnahmen betont.

Um den desolaten Zuständen im Land entgegenzuwirken, wurden 1807 die weiblichen Ordensgemeinschaften wieder zugelassen. Ausbildungsvorschriften für die Krankenpflege gab es jedoch noch nicht. Jeder konnte zur Pflege Kranker zugelassen werden, der sich dafür meldete. Doch nur wen die äußerste Not trieb, meldete sich für die Krankenpflege.

1832 verfasste der Chirurg Johann Friedrich Diefenbach (1792-1847) unter der Leitung von Dr. K. E. Gedike (1797-1867) eine „Anleitung zur Krankenwartung“ und gründete an der Berliner Charité eine Krankenwärterschule mit der Hoffnung, durch Lehre gute Pfleger auszubilden. Der Lohn jedoch war geringer als der eines Kutschers, sodass sich nur die ungebildetsten und am wenigsten geeigneten Personen meldeten. Die Krankenpflege befand sich in einer tiefen Krise.³¹

Obwohl die Anforderungen im Pflegedienst im 19. Jahrhundert mit der rasanten Entwicklung der Medizin stetig zunahmen, kam es erst 1906 dazu, dass in einigen Bundesländern eine staatliche Prüfung zur Krankenpflegeperson mit einjähriger Ausbildung eingeführt wurde.³² 1912 kam es zur Einrichtung eines Hochschullehrgangs für Führungs- und Unterrichtskräfte in der Krankenpflege.³³

Zur Zeit des Nationalsozialismus (1933) erfuhr die fürsorgerisch-sozialhygienisch orientierte Gesundheitspflege den Wandel zur Erb- und Rassenhygiene. In diesem Zusammenhang erlebte die Krankenpflege in Deutschland eine erhebliche gesellschaftliche Aufwertung, weil sie am besten geeignet war, im Sinne der Volksgesundheit dem Land zu dienen.³⁴

³¹ Vgl. Schell, Werner; 2. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage 1999: Kurzgefaßte [sic] Medizin- und Krankenpflegegeschichte. Brigitte Kunz Verlag, Hagen, S. 34

³² Vgl. Wagner, Michael; 2010: Aufgaben im Krankenhaus neu aufteilen. Chancen für Pflege, Medizin und Assistenzberufe. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S.25

³³ Vgl. Metzger, Martina, Zielke-Nadkarni, Andrea; 1998: Von der Heilerin zur Pflegekraft. Geschichte der Pflege. Thieme Verlag, Stuttgart, New York, S. 67

³⁴ Vgl. Schell, Werner; 1999: Kurzgefaßte [sic] Medizin- und Krankenpflegegeschichte, S. 45-46

Nach 1945 gab es eine Phase vieler arbeitsloser Pflegerinnen. Doch nach der Währungsreform und mit Beginn des Wirtschaftswachstums in den 50iger Jahren, kam es durch den Bau von Krankenhäusern und erhöhten Bettenkapazitäten wieder zu einem steigenden Bedarf an Krankenschwestern. Die Bedeutung von Gesundheitserhaltung, Gesundheitserziehung und vorbeugender Gesundheitspflege nahm zu und musste in der Ausbildung bedacht werden. Die gesamte Neuordnung, einschließlich der Gleichstellung mit anderen sozialen Berufen bei gleichwertiger leistungs- und verantwortungsgerechter Bezahlung und Altersversorgung war zwingend notwendig.³⁵

Das bis heute gültige Krankenpflegegesetz wurde 1957 beschlossen und mehrfach umgeschrieben und hatte nun klare Vorgaben. Aber erst 1987 wurde in Deutschland die erste Professur mit einer Pflegewissenschaftlerin an der Fachhochschule Osnabrück besetzt. Studiengänge in Pflegemanagement, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft wurden an anderen Fachhochschulen angeboten. Inzwischen gibt es duale Angebote in der Pflege und mehr als 85 Studiengänge.³⁶ Dies belegt, wie rasant die Pflegewissenschaft in Deutschland sich in den vergangenen 30 Jahren entwickelt hat.³⁷

4.1.2 Funktion

Die Pflegewissenschaftlerin Andrea Zielke-Nadkarni und die Volkswissenschaftlerin Martina Metzger heben in ihrem Buch „Von der Heilerin zur Pflegekraft“ hervor, dass die Krankenpflege im 19. Jahrhundert vornehmlich eine dienende Funktion hatte, die sich aus den christlichen Werten heraus, der Gesellschaft gegenüber durch Barmherzigkeit und Nächstenliebe, zeigte. Der Beruf der Krankenpflege war überwiegend dem weiblichen Geschlecht zugeteilt. Frauen brachten die besten Voraussetzungen wie Sittsamkeit, Demut, Geduld, Gutmütigkeit, Aufopferungsfähigkeit, Ge-

³⁵ Elster, Ruth, 2000, Der Agnes Karll-Verband und sein Einfluss auf die Entwicklung der Krankenpflege in Deutschland. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, S.44

³⁶ Palm, Rebecca, Dichter, Martin; 2013: Pflegewissenschaft in Deutschland - Errungenschaften und Herausforderungen. Festschrift für Sabine Bartholomeyczik. Verlag Hans Huber Hofgrete AG, Bern, S. 16

³⁷ Palm, Rebecca , Dichter, Martin; 2013: Pflegewissenschaft in Deutschland. S. 23

nügsamkeit und Widerstandsfähigkeit mit und waren dadurch für den Beruf besonders befähigt.³⁸

Die Pflege teilte sich damals auf in die sogenannte Armenpflege, Laienpflege / Familienpflege und Irrenpflege.³⁹ Die Hauptaufgabe von Pflegenden galt dem Dienst am Nächsten, sowie der Entlastung der Mediziner durch Assistenz bei der Zuarbeit ärztlicher Leistungen. Diese Funktion der Pflege hat sich bis heute gehalten.

Bestimmende Tätigkeiten sind heute die sachkundige Grund- und Behandlungspflege, Krankenbeobachtung, die Dokumentation und Informationweitergabe, ärztliche Hilfeleistungen und die Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Berufsgruppen.⁴⁰ Hierzu zählen die fachgerechte Ausführung von medizinischen Anordnungen und die unmittelbare und korrekte Weitergabe auffälliger Beobachtungen an den Vorgesetzten, gegebenenfalls auch an den Stationsarzt.⁴¹

Pflege hat den Schwerpunkt in der Prozessorientierung und in der damit verbundenen dynamischen Handlungsweise. Der Patient wird in seiner Gesamtheit mit seinen individuellen sozialen, psychologischen und biologischen Ressourcen und Problemen gesehen.⁴²

Eine weitere wichtige Funktion der Pflege ist ihre advokatorische Funktion. Durch die Nähe am Patienten wird dessen Subjektivität mehr beachtet und durch Fürsorge dem Patienten gegenüber an den Arzt vermittelt.⁴³ Pflegenden behandeln Symptome und deren Folgen unter Einbezug des subjektiven Erlebens des Patienten⁴⁴ Durch die Zunahme der Pflegewissen-

³⁸ Metzger, Martina, Zielke-Nadkarni, Andrea; 1998: Von der Heilerin zur Pflegekraft. S.64

³⁹ Metzger, Martina, Zielke-Nadkarni, Andrea; 1998, Von der Heilerin zur Pflegekraft. S.59

⁴⁰ Vgl. Wagner, Michael; 2010: Aufgaben im Krankenhaus neu aufteilen. S. 12

⁴¹ Vgl. Golombek, Günter, Rossbauer, Winfried; 1998: Stellenausschreibungen für den Pflegedienst. Anforderungsprofile in Krankenhäusern und Reha-Kliniken. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S. 31-35

⁴² Vgl. Wagner, Michael; 2010: Aufgaben im Krankenhaus neu aufteilen. S.26

⁴³ Vgl. Wagner, Michael; 2010: Aufgaben im Krankenhaus neu aufteilen. S.26

⁴⁴ Vgl. Behrens, Johann, (Hrsg.: Behrens, Johann; Weber, Andreas; Schubert, Michael); 2012: Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe. Beiträge zur Transformation des Gesundheits- und Sozialsystems nach 1989. Verlag Barbara Budrich, Opladen, Berlin, Toronto, S. 253

schaft in Deutschland in den letzten Jahrzehnten wird versucht die Funktion der Pflege durch Pflegeforschung und Theoriebildung genauer zu definieren und sich bewusst von Medizin und Laienpflege abzugrenzen.⁴⁵

4.1.3 Organisation

Die katholische Ordenspflege, die evangelische Diakonie, die weltlichen Mutterhausverbände sowie die freiberufliche Krankenpflege gaben die entscheidenden Impulse für die Entwicklung der Krankenpflege und schufen die grundsätzlichen Organisationsformen der heutigen Krankenpflege⁴⁶. Zu den bekanntesten kirchlichen Pflegegemeinschaften in Deutschland gehörten die zu dem katholischen Pflegeorden gehörenden „Barmherzigen Schwestern“ und die evangelischen Pflegegemeinschaften der Diakonie. Die Realisierung der Diakonissengemeinschaften gelang 1836 dem Theologen Theodor Fliedner (1800-1864) mit dem Bau des Diakonissenkrankenhauses in Kaiserswerth. Hinsichtlich der Organisationsstruktur hielt er sich an das Vorbild der Barmherzigen Schwestern durch Aufbau von Mutterhausstrukturen und die Einführung einer Altersversorgung.

Zahlreiche Frauenvereine, die sich der Ausbildung von Pflegepersonal widmeten, waren Mitte des 19. Jahrhunderts der nationalen Rotkreuzorganisation angegliedert. Die zunehmenden Rotkreuzschwesternschaften entwickelten ein den christlichen Schwesternschaften ähnlich funktionierendes Mutterhaussystem. Das Mutterhaus gab den Pflegenden Schutz, im Gegensatz zu den freien Pflegekräften, den sogenannten „wilden Schwestern“, die nur wenig bis gar nicht qualifiziert waren und den Ruf der Krankenpflege senkten.

Die Arbeitszeiten waren zudem lang und die Arbeit sehr schlecht bezahlt. Ursache für diese Entwicklung war die fehlende Regelung einer einheitlichen Ausbildungs- und Prüfungsordnung. Entscheidend für die Entwicklung der beruflichen Krankenpflege war Rudolf Virchow (1821-

⁴⁵ Vgl. Behrens, Johann et al; 2012: Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe. S. 236

⁴⁶ Vgl. Schell, Werner; 1999: Kurzgefaßte [sic] Medizin- und Krankenpflegegeschichte. S.33

1902), der dafür plädierte, Krankenpflege rein sachlich und nicht caritativ aus Barmherzigkeit und Nächstenliebe zu betrachten.⁴⁷

Erst Anfang des 20. Jahrhunderts kam es nach jahrelangen Diskussionen und Verhandlungen durch den Beschluss des Bundesrats 1906 dazu, dass eine einheitliche „Vorschrift über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen und einen Plan für die Ausbildung in der Krankenpflege“ mit verschiedenen Empfehlungen und einer 1-jährigen Ausbildungszeit erlassen wurde. Es dauerte bis 1920 ehe alle Bundesländer diese Regelung umsetzten.⁴⁸ Zu Beginn des 20. Jahrhunderts gab es zwar ein Reihe von Krankenpflegesschulen, die den Krankenhäusern angeschlossen waren, aber die Inhalte der Ausbildung wiesen erhebliche Unterschiede auf, ebenso die Länge der Ausbildungszeit. Die ehemalige Schwester des Roten Kreuzes, Agnes Karll (1886-1927) entwarf schließlich 1903 die Satzung für die „Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (BO)“. Die Mitglieder des Verbands erhielten Mithilfe bei der Arbeitsplatzvermittlung, bekamen Versicherungsschutz sowie Rechtsberatung. Der Verband setzte sich für eine staatliche Ausbildung, verbesserte Einkünfte und eine Verkürzung der Arbeitszeiten ein. Die Berufsorganisation war Fachverband und Schwesternschaft zugleich unter der Geschäftsleitung von Agnes Karll. 1899 wurde der „International Council of Nurses“ gegründet, dem die Berufsorganisation 1904 beitrug und Agnes Karll 1905 zur Präsidentin wählte.⁴⁹

Laut Schell kam es 1918/19 im Zuge der Weimarer Republik, neben der Erweiterung des Wahlrechts, auch zum Zuwachs von Gewerkschaften und so auch zu ersten Tarifverträgen in der Krankenpflege. „Auf der Basis der Ermächtigungsgesetze (von 1933)⁵⁰ kam es neben der Gleichschaltung der Gewerkschaften, Verbände und anderer Bereiche des öffentlichen Lebens auch zur „Gleichschaltung“ der Krankenpflege. Dies hatte zur

⁴⁷ Vgl. Schell, Werner; 1999: Kurzgefaßte [sic] Medizin- und Krankenpflegegeschichte, S.34-38

⁴⁸ Vgl. Schell, Werner; 1999: Kurzgefaßte [sic] Medizin- und Krankenpflegegeschichte. S.44

⁴⁹ Vgl. Schell, Werner; 1999: Kurzgefaßte [sic] Medizin- und Krankenpflegegeschichte. S.44

⁵⁰ Vgl. Schell, Werner; 1999: Kurzgefaßte [sic] Medizin- und Krankenpflegegeschichte. S.46

Folge, dass die Individualität der Krankenpflegegenossenschaften verloren ging, um ein einheitliches Ziel, im Sinne der nationalistischen Regierung zu gestalten. Hierbei kam es zur Gründung der NS-Schwesternschaft („Braune Schwestern“, 1934), die zur Bedingung die Parteizugehörigkeit (zur NSDAP) hatte und des Reichbundes der freien Schwestern und Pflegerinnen („Blaue Schwestern“, 1936). Das Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege 1938 war die reichseinheitliche Grundlage mit einer 2-jährigen Ausbildungszeit und strengen Anforderungen an die Bewerber. Das Ausbildungsziel wurde – laut Schell - an der damaligen Ideologie ausgerichtet. Zu den Aufgabengebieten gehörte auch die Beteiligung an den Programmen zur Euthanasie.

Nach 1945 wurde die „Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands“ wieder umgewandelt unter der Bezeichnung „Agnes-Karll-Verband“. Daraus entstand 1973 der „Deutsche Berufsverband für Krankenpflege e.V. (DBfK)“, der heute als „Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.“ existiert. 1957 wurde das heute noch gültige, wenn auch teilweise reformierte, erste Krankenpflegegesetz erlassen.⁵¹ Seit 1965 gab es nun die einheitliche Regelung einer 3-jährigen Ausbildung. Voraussetzung war der Realschulabschluss oder eine vergleichbare Schulbildung. 1985 und seitdem mehrfach überarbeitet, kam es zu Änderungen des Krankenpflegegesetzes aufgrund neuer europäischer Grundsätze und Richtlinien, arbeitsrechtlicher Regelungen, um eine einheitliche europäische Anerkennung zu erzielen.⁵² Zu dieser Zeit wurde erstmalig die Pflegewissenschaft in das Krankenpflegegesetz⁵³ aufgenommen, ein erster Schritt auf dem Weg der Professionalisierung.

Die Gründung von Pflegestudiengängen, die Einführung von Expertenstandards durch das DNQP⁵⁴, die Entwicklung von Pflegekammern, die Reformierung des Gesetzes für Berufe in der

⁵¹ Vgl. Schell, Werner; 1999: Kurzgefaßte [sic] Medizin- und Krankenpflegegeschichte. S.45-50

⁵² Vgl. Schell, Werner; 1999: Kurzgefaßte [sic] Medizin- und Krankenpflegegeschichte, S.49

⁵³ Krankenpflegegesetz; 2003 zuletzt geändert 2017: Hrsg. Juris BMJ. Online verfügbar unter www.gesetze-im-netz.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf. Zugriff 13.03.2017

⁵⁴ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege <https://www.dnqp.de/>. Zugriff 22.05.2017

Krankenpflege (Generalistische Ausbildung) und die Entwicklung und Umsetzung von Pflegekonzepten sind Meilensteine auf dem Weg zur Professionalisierung der Pflege und der Abgrenzung zur Medizin.⁵⁵

4.1.4 Darstellung

Das Selbstbild der Pflegenden im 19. Jahrhundert war geprägt von kirchlichen und medizinischen Strukturen. Die meisten Pflegekräfte hielten weiterhin an der Tradition der selbstlosen Aufopferung fest.⁵⁶ In Deutschland beginnt erst 1980 in der Pflege die Debatte der Professionalisierung, verbunden mit der Einführung der Pflegeforschung. Die Darstellung der Pflege orientiert sich an Entwicklungen aus Amerika, Skandinavien oder Großbritannien. Oft fehlte die eigene Theorieentwicklung und Theorien aus dem Ausland wurden übertragen, was Kritiker dazu veranlasste, die Praxisferne und die fehlende Übertragbarkeit zu bemängeln.⁵⁷ „Mit der Etablierung der Pflegewissenschaft wird der Charakter einer eigenen Disziplin propagiert“ zur Abgrenzung zur Medizin.⁵⁸

In der Presse wird die Pflege meist mit Pflegenotstand, Pflegeskandal, Unterbesetzung und hoher Arbeitsbelastung in Verbindung gebracht. Gesellschaftlich und politisch betrachtet, wird der Pflegberuf oft als Kostenfaktor negativ dargestellt. Das Selbstbild der Pflege trägt dazu wesentlich bei. In der Trivialliteratur, wie zum Beispiel den zahlreichen Groschenromanen, werden auch heute noch die klischeehaften Darstellungen der Krankenschwester bestätigt. Es werden zwei Typen von Krankenschwestern unterschieden: die junge, sehr hübsche Schwester, die meist in den Arzt verliebt ist und die ältere, resolute, meist in einer

⁵⁵ Vgl. Wagner, Michael; 2010: Aufgaben im Krankenhaus neu aufteilen. S. 25-26

⁵⁶ Vgl. Metzger, Martina, Zielke-Nadkarni, Andrea; 1998: Von der Heilerin zur Pflegekraft. S. 72

⁵⁷ Vgl. Schmidbaur, Monika; (2002) in Behrens, Johann et al; 2012: Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe. S. 236

⁵⁸ Vgl. Behrens, Johann et al; 2012: Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe. S. 251

Führungsposition stehende Schwester, die dem Arzt beratend zur Seite steht.⁵⁹

Nur zehn Prozent der Berufsangehörigen sind in Berufsverbänden organisiert.⁶⁰ Viele stehen der Errichtung von Pflegekammern und der Akademisierung der Pflege skeptisch gegenüber. Laut Statistischem Bundesamt liegt die Ausbildung der Pflegeberufe 2015 unterhalb der ersten TOP 20 Ausbildungsberufe.⁶¹

4.1.5 Image

Die Reputation der Pflegenden zu Beginn des 19. Jahrhunderts entstand aus einer christlich begründeten Tradition. Nächstenliebe, Barmherzigkeit und Aufopferung waren - laut Schell - bei gleichzeitig schlechter Bezahlung und langen Arbeitszeiten wesentliche Elemente ihrer Arbeit. Der überwiegend dienende Charakter (dem Kranken, der Gesellschaft und der Ärzteschaft gegenüber) wurde damals bereits durch die von Ärzten durchgeführte Ausbildung deutlich, in dem die Pflegenden bewusst als Helferinnen des Arztes ausgebildet wurden. Auch die Arbeitsorganisation war weitgehend an der Medizin orientiert.⁶²

Das Pflegepersonal wurde im Allgemeinen als sozial deklassiert angesehen.⁶³ Staatliche Gesundheitspflege hatte während des gesamten 19. Jahrhunderts einen geringen Stellenwert.⁶⁴ „Ein einheitlicher Standard, welche Qualifikation eine Krankenpflegekraft haben muss, bestand das gesamte neunzehnte Jahrhundert nicht.“⁶⁵ Das Ansehen stieg mit

⁵⁹Klinkhammer, Gisela; 2001: Der Arzt ordnet an - die Schwester führt aus. Online verfügbar unter www.aerzteblatt.de/archiv/25782/Spielfilme-und-Serien-der-Arzt-ordnet-an-die-schwester-fuehrt-aus-; JG.98, Heft 4, 2001, Zugriff 12.04.17

⁶⁰DBfK; 2017: Berufliche Selbstverwaltung = Pflegekammer. Online verfügbar unter <https://www.dbfk.de/de/themen/Pflegekammer.php>. Zugriff 12.05.2017

⁶¹ Destatis; 2016: Weibliche und männliche Auszubildende 2015. Online verfügbar unter www.destatis.de. Zugriff am 14.04.2017

⁶² Vgl. Schell, Werner; 1999: Kurzgefaßte [sic] Medizin-und Krankenpflegegeschichte. S. 34

⁶³ Vgl. Schell, Werner; 1999: Kurzgefaßte [sic] Medizin-und Krankenpflegegeschichte. S. 33

⁶⁴ Vgl. Jungnitz, Bernhard; 2011: Paris 1633 - Meilenstein in der Entwicklung neuzeitlicher Krankenpflege. In: Stollberg, Günter, Vanja, Christina, Kraas, Ernst (Hrsg.); 2011: Krankenhausgeschichte heute. Was heißt und zu welchem Ende studiert man Hospital- und Krankenhausgeschichte? Historia Hospitalum. Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte. Band 27, Lit-Verlag, Berlin, S. 229

⁶⁵ Vgl. Jungnitz, Bernhard; In: Stollberg, Günter et al: Krankenhausgeschichte heute,

Aufkommen der Vorschrift über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen durch den Bundesrat 1906. Der soziale Status und die Qualität des Berufsstands waren jedoch weiterhin gering, obwohl der Versuch ärztlicherseits gestartet wurde, die Krankenpflege vor allem für die bürgerlichen Frauen aus höheren Schichten interessant zu machen, um aus Eigeninteresse Entlastung von gut ausgebildeten Assistentinnen zu erhalten, da Lohnwärterinnen des Proletariats als zu ungebildet galten.⁶⁶

Unter dem Einfluss der Nationalsozialisten (1933-1945) und dem damit verbundenen Missbrauch der Pflegenden für die Rassenideologie des NS-Regimes, wurde das Image der Pflegenden aufgewertet und es gelang ihnen, große Anerkennung für diesen Beruf zu schaffen.⁶⁷

Auch nach 1945 blieb die Krankenpflege geprägt vom traditionell dienenden Bild und einem Arbeitsstil, der vorwiegend auf Verrichtungen der Funktionspflege ausgerichtet war. Pflegende, vorwiegend immer noch Frauen, hatten immer da zu sein und wenig Freizeit. Die Vereinbarkeit von Privatleben, Familie und Beruf war wegen der schlechten Arbeitszeiten nicht gegeben.⁶⁸ Männer waren in der Pflege rar.⁶⁹ Viele Patienten wünschen sich - verständlicherweise - eine nette, hilfsbereite und freundliche Pflegekraft, wissen aber über die tatsächlichen Inhalte pflegerischer Aufgaben nicht viel. Der gesellschaftliche Anspruch ist daher heute noch klischeehaft.⁷⁰ Die Pflegenden versuchen sich zunehmend von der Reputation zu lösen, jederzeit für jeden zuständig zu sein.⁷¹ Doch hat die breite Öffentlichkeit den zunehmenden Wandel der Pflege im

S. 234

⁶⁶ Vgl. Metzger, Martina Zielke-Nadkarni, Andrea; 1998: Von der Heilerin zur Pflegekraft S. 64

⁶⁷ Vgl. Metzger, Martina, Zielke-Nadkarni, Andrea; 1998: Von der Heilerin zur Pflegekraft. S. 73 und S. 75

⁶⁸ Vgl. Metzger, Martina, Zielke-Nadkarni, Andrea; 1998: Von der Heilerin zur Pflegekraft S. 84

⁶⁹ Vgl. Metzger, Martina, Zielke-Nadkarni, Andrea; 1998: Von der Heilerin zur Pflegekraft S. 86

⁷⁰ Vgl. Thielhorn, Ulrike; 1999: Zum Verhältnis von Medizin und Pflege. S. 73-74

⁷¹ Vgl. Thielhorn, Ulrike; 1999: Zum Verhältnis von Medizin und Pflege. S. 42

Wesentlichen nicht wahrgenommen. Die Reputation ist bis zum heutigen Zeitpunkt weiterhin schlecht.⁷²

Mehrere Studien in den letzten zehn Jahren über die Berufszufriedenheit von Pflegenden bestätigten die Lage. Die Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie beschreiben als einer der Hauptgründe für den Berufsausstieg bei Pflegepersonal das schlechte Image, welches der Pflege anhaftet.⁷³

4.2 Medizin

Der ärztliche Beruf wird in **§1 der Bundesärzteordnung** folgendermaßen bezeichnet: „1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes. 2) Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist der Natur nach ein freier Beruf.“⁷⁴ In einem Auszug des **Genfer Gelöbnisses** heißt es: „Ich werde mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit stellen. Ich werde meinen Beruf nach bestem Gewissen und mit Würde ausüben. Ich werde mit allen in meiner Macht stehenden Mitteln die Ehre und die edlen Traditionen des ärztlichen Berufes aufrechterhalten.“⁷⁵

1997 stellen Gross und Löffler in ihrem Standardwerk „Prinzipien der Medizin“ die Ansichtswiese zur eigenen Disziplin dar in einem bemerkenswerten Satz: „In der Medizin sind Wissenschaft, Kunst und Handwerk untrennbar verbunden. Wenn auch die Forschungsergebnisse mehr wissenschaftlicher Natur sind, der Umgang mit den Kranken mehr eine Kunst, so handelt es sich dabei um Akzente.“⁷⁶

⁷² Vgl. Thielhorn, Ulrike; 1999: Zum Verhältnis von Medizin und Pflege. S. 74

⁷³ Vgl. Hasselhorn, Hans Martin et al; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) Übersetzung Ü15 2005: NEXT-Studie, Berufsausstieg bei Pflegepersonen, Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft GmbH, https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Schriftenreihe/UEbersetzungen/UE15.pdf;jsessionid=3F36F9943CDA144F7620B45AF702C643.s2t1?__blob=publicationFile&v=1. Zugriff 22.02.2017

⁷⁴ Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz; 2016: Bundesärzteordnung. Online verfügbar unter <http://www.arzt-witten.de/Bundesaerzteordnung.pdf>. Zugriff 15.05.2017

⁷⁵ Weltärztebund; 2006: Genfer Gelöbnis. Online verfügbar unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Genf.pdf. Zugriff 15.05.2017

⁷⁶ Vgl. Gross, Rudolf, Löffler, Markus; 1997: Prinzipien der Medizin. In Behrens, Johann et al; 2012: Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe. S.262

4.2.1 Entwicklung

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts erfuhr - laut Schell - die Medizin durch zunehmend neue anatomische und pathologische Erkenntnisse eine Wende. Das bis dahin bedeutsame medizinische Wissen aus der Antike, welches in umfangreichen Schriften, der sogenannten „Bibliothekenmedizin“, festgehalten wurde, war teilweise nicht mehr vereinbar mit den Erkenntnissen der Neuzeit. In Deutschland unterlag bis dahin die Medizin der romantischen Naturphilosophie, die das Wesen des Lebens, des Leidens und der Krankheiten mittels philosophischen Betrachtungen und Spekulationen zu ergründen suchte.

Nicht nur die, ab den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts, vermehrt wissenschaftlich orientierte Krankenhausmedizin, sondern auch die Integration der naturwissenschaftlichen Grundlagendisziplinen Physik, Biologie, Chemie, Physiologie, Elektrophysiologie und Pathologie waren für die Entwicklung der Medizin von großer Bedeutung. Rudolf Virchow (1821-1902) hat hier durch die mikroskopische Anatomie und die geeigneten Mikroskope einen entscheidenden Umbruch mit der Zellulärpathologie im Jahre 1858 bewirkt, welche bis heute die Grundlage der gängigen medizinischen Anschauung darstellt.⁷⁷ Virchow war auch politisch aktiv und galt als Sozialmediziner, da er sich um die Belange der Bürger kümmerte. Er selbst bezeichnete die Ärzteschaft in seiner Zeitschrift „Die medizinische Reform“ als Anwälte der Armen und die Medizin selbst als soziale Wissenschaft.⁷⁸ Er setzte sich auch für die Gesundheitsgesetzgebung und die Krankenpflegeausbildung ein.⁷⁹

Die bis dahin meist tödlich verlaufenden Erkrankungen, wie Kindbettfieber, Hospitalbrand (Wundbrand) oder Krankenhausfieber, wurden durch die Erkenntnis über Asepsis und Sepsis vor allem von Ignaz Semmelweis

⁷⁷ Vgl. Schnur, Michaela, Zerm, Christoph; 2000: Verhältnis von Pflege und Medizin im interdisziplinären Team. Studienbrief 2-060-0313. Fernstudienagentur des Fachhochschul- Fernstudienverbands der Länder (FVL), Berlin, S. 11

⁷⁸ Vgl. Vgl. Kaba-Schönstein, Lotte, Kälble, Karl; 2004: Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen, S. 227-228

⁷⁹ Vgl. Schell, Werner; 1999: Kurzgefaßte [sic] Medizin-und Krankenpflegegeschichte. S. 30-31

(1818-1865) und Joseph Lister (1827-1912) erfolgreich reduziert.⁸⁰ Die Bakteriologie etablierte sich ebenfalls in dieser Zeit als eigene Wissenschaft durch Louis Pasteur (1822-1865) und Robert Koch (1843-1910). Deren großer Verdienst war hier die Entwicklung einer Methode zur Identifizierung von Krankheitserregern. Weitere bedeutende Mediziner waren Emil von Behring (1854-1917), deutscher Bakteriologe, der mit dem Japaner Schibasaburo (1856-1931) Heilseren gegen Diphtherie und Wundstarrkrampf (1890) entwickelte. Wilhelm Konrad Röntgen (1854-1932), deutscher Physiker, entdeckte die Röntgenstrahlen, die ein Durchbruch für die Erkennung von Krankheiten war.⁸¹

Ende des 19. und im Verlauf des 20. Jahrhunderts setzten sich die rasanten Entwicklungen durch weitere Theorien und Techniken fort (beginnend mit Thermometer 1890, Blutdruckmessgerät über Elektrokardiographen 1903, Hämodialyse 1924, Elektroenzephalographen 1929, Verfahren zur Herzkatheterisierung 1929, „eiserne Lunge“ als erstes Beatmungsgerät 1929, Gastroskop 1932, operatives Verfahren der Marknagelung 1940, erste erfolgreiche Nierentransplantation 1950, Herz-Lungen-Maschine 1952, Herzschrittmacher 1958, erste Herztransplantation 1967 Computertomographen 1972/73, Sonographie 1975, Ballondilatation 1980, Magnetresonanztomographen 1982, Psychoanalyse nach Freud 1900, Blutgruppenentdeckung 1901, Impfstoffentwicklung 1894, Entwicklung der Chemotherapie 1910, Entdeckung der Vitamine 1914, Anwendung der Anthroposophie 1920, 1928 Entdeckung des ersten Antibiotikums Penicillin, „Antibabypille“ 1963)⁸², an deren Ende die hochtechnisierte Apparatemedizin, Gentechnik, Entwicklung weiterer Verbesserungen der operativen Verfahren und die rasante Forschung im Medikamentenbereich von heute steht.

Aufgrund der immensen Vielfalt der Neuerungen und Entwicklungen in der Medizin mit dem Beginn des 19. Jahrhunderts bis heute, kann von der

⁸⁰ Vgl. Kaba-Schönstein, Lotte, Kälble, Karl; 2004: Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen, S. 229

⁸¹ Vgl. Schell, Werner; 1999: Kurzgefaßte [sic] Medizin- und Krankenpflegegeschichte, S. 32

⁸² Vgl. Schell, Werner; 1999: Kurzgefaßte Medizin- und Krankenpflegegeschichte, S.39-43

Autorin nur eine Grobstruktur aufgezeigt werden, die jeglichen Anspruch auf Vollständigkeit negiert.

4.2.2 Funktion

Durch den zunehmenden Fortschritt der Medizin im 19. Jahrhundert wandelte sich die Medizin von einer geisteswissenschaftlich, zu einer naturwissenschaftlich ausgerichteten Disziplin, die durch die neuen anatomischen und pathologischen Erkenntnisse durch Sektionen nun auf die Bekämpfung von Krankheiten und Leiden bezogen war und nicht mehr alleine auf die Unterstützung zur gesunden Lebensweise.⁸³

Die Diagnostik trat durch die technischen Neuerungen in den Vordergrund des ärztlichen Handelns und bestimmte fortan wesentlich die Tätigkeitsbereiche. Schwerpunkt des ärztlichen Dienstes ist ihre handlungsorientierte und statische Sichtweise, da sie eher nur die konkrete Krankheit und ihre Behandlung sehen und die Defizite des Patienten in den Vordergrund stellen.⁸⁴ Mediziner konzentrieren sich auf die Behandlung der Ursachen von Krankheiten.⁸⁵ „Gegenstand der Arbeit ist nicht der erkrankte Mensch, sondern Art und Ablauf seiner körperlichen Schädigung. Aufgabe ist die Identifikation und Beherrschung pathogener Prozesse [...]“⁸⁶

4.2.3 Organisation

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts kam es zudem zu Neuerungen des Medizinstudiums. Die bis dahin eher theoretische Ausrichtung wurde durch einen erhöhten Praxisbezug verändert. Bis dahin getrennte Professionen, wie die der Chirurgie oder Geburtshilfe, wurden integriert. Der Einzug weiterer neuer Spezialfächer kam jedoch nur schleppend hinzu, da die Befürworter der klassischen Disziplinen Angst vor Gleichberechtigung hatten.

⁸³ Vgl. Thielhorn, Ulrike; 1999: Zum Verhältnis von Medizin und Pflege, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Berlin, Köln, S.16

⁸⁴ Vgl. Wagner, Michael; 2010: Aufgaben im Krankenhaus neu aufteilen. S.26

⁸⁵ Vgl. Behrens, Johann et al; 2012: Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe. S.253

⁸⁶ Vgl. Badura, Bernhard, Feuerstein, Günter; 1994: Systemgestaltung im Gesundheitswesen, S. 36

Mit der naturwissenschaftlichen Ausrichtung der Medizin und den damit verbundenen Erfolgsaussichten, wuchs –laut Schell - das Interesse in der Bevölkerung für das Studium der Medizin. Es kam zu einer Verdopplung der Studentenzahl. In dieser Zeit entstand die Befürchtung der etablierten Ärzteschaft vor Konkurrenz und Proletarisierung des Arztberufs. Gleichzeitig wuchs auch das Bedürfnis nach freier Organisation, so dass es in Deutschland zur Bildung von ärztlichen Vereinen kam. Sie signalisierten das gesteigerte Selbstbewusstsein und die zunehmende Identifikation als gesellschaftlich relevante Gruppe. Hinzu kam das Interesse, sich selbstorganisiert nach außen zu vertreten und sich innerhalb der Disziplin ebenfalls dem Stand entsprechend auf wissenschaftlicher Grundlage darzustellen.

Der Zusammenschluss der Ärztevereine kam unter dem Dachverband „Deutscher Ärztevereinsbund“ 1872 in Leipzig zustande. 1900 wurde dann der „Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“ von Hermann Hartmann (1863-1932) gegründet. Dieser Verbund ist daher auch bekannt als „Hartmann-Bund“.⁸⁷ Seit 1986 wurde durch die Gründung der Bundesärztekammer die Existenz mit sozialer und wirtschaftlicher Unabhängigkeit gesichert.⁸⁸

4.2.4 Darstellung

Der Medizinhistoriker Wolfgang U. Eckart beschreibt in seinem mehrfach aufgelegten Buch „Geschichte der Medizin“ die Entwicklung des ärztlichen Bildes: Die Stellung des Arztes in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts veränderte sich in zwei Stufen. In der ersten Stufe kam es zur beruflichen und sozialen Anhebung des Berufsbildes durch die Gestaltung gesetzlicher Grundlagen, die ihre Professionalisierung regelte. 1852 kam es zur „Bildung des ärztlichen Einheitsstandes“⁸⁹, also zur Abschaffung des Sonderstatus einzelner Disziplinen. Die Einordnung des ärztlichen Berufs als

⁸⁷ Vgl. Eckart, Wolfgang; 2.Auflage 1994: Geschichte der Medizin. Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York, S. 262-265

⁸⁸ Vgl. Thielhorn, Ulrike; 1999: Zum Verhältnis von Medizin und Pflege. S. 68

⁸⁹ Vgl. Eckart, Wolfgang; 6.Auflage 2009: Geschichte der Medizin. Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York, S. 244

„freies Gewerbe“ erfolgte 1869 in der zweiten Stufe mit der Erweiterung der „Niederlassungsfreiheit“ im Jahr 1871.

Das Medizinstudium war während des 19. Jahrhunderts nur für Männer zugelassen. Erst 1908 wurde Frauen erstmalig in Preußen der Zugang zum Medizinstudium gewährt.⁹⁰ Dies erklärt die, teilweise heute noch existierenden, patriarchalischen Strukturen in der Medizin.

Die Darstellung der Ärzteschaft spielt eine große Rolle für das Ansehen in der Gesellschaft. In den Medien wird häufig über neuste Forschungserfolge und Entwicklungen berichtet. Ärzte werden häufig und ausführlich zu Stellungnahmen gebeten zu Themengebieten, wie Wirtschaftlichkeit und Pflegenotstand, die gar nicht zu ihrem Aufgabengebiet gehören.⁹¹

In der Trivalliteratur und Filmwelt werden die Erwartungen der Gesellschaft noch heute erfüllt. Schon im 19. und 20. Jahrhundert waren Ärzte beliebte Helden. „Dr. Norden“, einer der bekanntesten Ärzte der Groschenromane vom Martin Kelter Verlag, ist in den vergangenen Jahren in mehr als 800 Heften in einer Auflage von 180 Millionen verkauft worden. Auch „Professor Brinkmann“ sorgte als Chefarzt in der Schwarzwaldklinik in den 80iger Jahren für Traumquoten.⁹²

4.2.5 Image

Das Bild des Ärztstandes ist geprägt von traditionellen Vorstellungen.⁹³ Der Arzt entscheidet über das höchste Gut der Gesellschaft, die Gesundheit. Er gilt als der wissenschaftliche Experte auf diesem Gebiet und hat eine Monopolstellung bei der Verteilung dieses Gutes.⁹⁴ Dies idealisiert ihn und stellt hohe Erwartungen an ihn. Die eigenverantwortliche Berufsausübung - festgehalten in der Bundesärzteordnung §1 Satz (2)⁹⁵ -, er-

⁹⁰ Vgl. Eckart, Wolfgang; 1994: Geschichte der Medizin. S. 263-264

⁹¹ Vgl. Thielhorn, Ulrike; 1999: Zum Verhältnis von Medizin und Pflege. S. 50

⁹² Stöcker, Saskia; 2009: Vom Groschenroman zur Vorabendserie. Online verfügbar unter www.focus.de/gesundheit/arzt-klinik/tid-11500/geschichte_der_fernsehärzte-das-genre-wandelt-sich_aid_324961.html. Zugriff 12.04.2017

⁹³ Vgl. Thielhorn, Ulrike; 1999: Zum Verhältnis von Medizin und Pflege. S. 66

⁹⁴ Vgl. Thielhorn, Ulrike; 1999: Zum Verhältnis von Medizin und Pflege. S. 67

⁹⁵ Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz; 1987, letzte Änderung 2016: Bundesärzteordnung. Online verfügbar unter <http://www.arzt-witten.de/Bundesaerzteordnung.pdf>. Zugriff 15.05.2017

mächtigt ihn frei nach seinem Wissen und Gewissen zu entscheiden und zu handeln ohne dabei an andere Berufe gebunden zu sein.

Der Arztberuf wird auch in der Literatur häufig als „Kunst“ bezeichnet, ein Fehler in der Therapie als „Kunstfehler“. Dies rührt daher, dass in der Unvorhersehbarkeit und Unberechenbarkeit von Krankheiten die Intuition des Arztes entscheidet, ohne dafür Erklärungen abgeben zu müssen.⁹⁶ Die Medizin auch „als ‚Künste‘ oder ‚Handwerk‘ statt als Handlungswissenschaft zu bezeichnen, macht ihre Praxis als ‚vernünftige‘ undiskutierbar, unkritisierbar, unerforschbar.“⁹⁷

Nach Ende des 2. Weltkrieges kam das stets positive Bild der Ärzte durch die zunehmende Aufklärung der Kriegsverbrechen durch die sogenannte Sozialhygiene und Rassenideologie kurzzeitig ins Wanken.

Laut Bernhard Badura werden die bisher soziale Mission der Ärzte, die tradierten Annahmen und die bis dato durchgeführte Diagnostik in Frage gestellt. Das von den Medien dargestellte Image des Arztes als ‚Halbgott in Weiß‘ wird zunehmend kritisch betrachtet.⁹⁸

⁹⁶ Vgl. Thielhorn, Ulrike; 1999: Zum Verhältnis von Medizin und Pflege. S. 66-69

⁹⁷ Vgl. Behrens, Johann et al; 2012: Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe. S. 262

⁹⁸ Vgl. Badura, Bernhard, Feuerstein, Günter; 1994: Systemgestaltung im Gesundheitswesen, S. 45

5 Systemtheoretische Analyse, Differenzen und Gemeinsamkeiten von Medizin und Pflege

Die folgende systemtheoretische Betrachtung der beiden Disziplinen Medizin und Pflege setzt die Grundlagen der Systemtheorie voraus, so dass hier nicht näher auf die einzelnen Denkansätze und Grundbegriffe eingegangen wird. Als Basis der systemtheoretischen Beobachtung dienen in dieser Arbeit vornehmlich die Ausführungen von Niklas Luhmann (1927-1998), die wiederum von anderen Theoretikern wie Dirk Baecker und Fritz B. Simon weiter behandelt wurden.

Die im Kapitel 4 dargestellten unterschiedlichen Entwicklungen und Entstehungskontexte der Disziplinen Medizin und Pflege dienen als Grundlage für die Darstellung der systemtheoretischen Differenzen und Gemeinsamkeiten. Vor dem Hintergrund der Bemühungen der Pflege sich durch Generierung von Wissen zu professionalisieren und zu differenzieren, um mehr gesellschaftliche Anerkennung zu erlangen, soll in den nachgeführten Kapiteln genauer betrachtet werden.

5.1 Kommunikation

Kommunikation ist als Operation die Voraussetzung und die kleinste Einheit für die Existenz sozialer Systeme.⁹⁹ Die Medizin, als primäres Funktionssystem mit der binären Kodierung organisch krank / gesund¹⁰⁰, hat sich, durch die Entwicklung ihrer eigenen Kommunikationsstruktur innerhalb der Profession, bereits Anfang des 19. Jahrhunderts von anderen Funktionssystemen, wie Wirtschaft, Politik oder Religion, differenziert.

Das spezifische Handlungsmuster führt dazu, dass das System nach innen hin selbstreferenziell läuft und nach außen hin gleichzeitig operational geschlossen ist. Dies kann nur durch den eigenen Sprachcode

⁹⁹ Vgl. Luhmann, Niklas; 1984: Soziale Systeme. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, S. 193ff In Simon, Fritz B.; 5. Auflage 2015: Einführung in die systemische Organisationstheorie. Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg, S. 19

¹⁰⁰ Vgl. Hohm, Hans-Jürgen; 2002: Das Pflegesystem seine Organisationen und Karrieren. Systemtheoretische Beobachtungen eines sekundären Funktionssystems. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, S.54

und der Unabhängigkeit von anderen Disziplinen erfolgen. Komplizierter ist das System durch die stetige Ausdifferenzierung weiterer Fachdisziplinen geworden.¹⁰¹

Das Pflegesystem konnte durch die zunehmende Spezifizierung des Bezugsproblems der Pflege, dem pflegebedürftigen Menschen, keinen eindeutigen Pflegecode wie pflegefähig / pflegeunfähig entwickeln. Die Unterscheidung durch eine binäre Codierung zum Beispiel von pflegebedürftig / nichtpflegebedürftig, gepflegt / ungepflegt oder pflegefähig / pflegeunfähig¹⁰² hat sich so nicht durchgesetzt. Die Dominanz des Medizincodes war zu groß.¹⁰³ Die Fachautorität der Ärzteschaft koppelte den Pflegecode an den Medizincode und die darauf bezogene Pflegekommunikation sowie den damit verbundenen Aufgaben. Sie „ließ somit die Pfl egetätigkeit zur Zu- und Ausführungsarbeit des Arztes werden.“¹⁰⁴

Pflege stand durch den Auftrag der Behandlungspflege immer im Zusammenhang mit der Medizin und die Pflegekommunikation wurde „von den spezifischen Programmen (Krankheitslehren) der medizinischen Kommunikation abhängig.“¹⁰⁵ Die pflegerische Praxis zeigt sich noch komplexer, wenn man die verschiedenen Kontexte betrachtet, in denen die Pflege auftritt. Hier wird deutlich, dass sich die Kommunikation immer auch organisationsspezifisch anpassen muss, da ein Krankenhaus andere Kommunikationsmuster aufweist als, zum Beispiel, ein ambulanter Pflegedienst.¹⁰⁶

Zusätzlich wurde die Kommunikation der Pflege durch den damaligen „patriarchalischen Code der Geschlechter, welcher die Frauen vom

¹⁰¹ Vgl. Hohm, Hans-Jürgen; 2002: Das Pflegesystem seine Organisation und Karrieren. S. 60-61

¹⁰² Laut Hohm sind das die drei Möglichkeiten eines Pflegecodes mit der Präferenz von pflegefähig/pflegeunfähig, da diese Leitdifferenz sich auf das Pflegesystem selbst bezieht.

¹⁰³ Vgl. Behrens, Johann et al; 2012: Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe. S. 215

¹⁰⁴ Vgl. Hohm, Hans-Jürgen; 2002: Das Pflegesystem seine Organisation und Karrieren. S. 77

¹⁰⁵ Vgl. Hohm, Hans-Jürgen; 2002: Das Pflegesystem seine Organisation und Karrieren, S. 84

¹⁰⁶ Vgl. Behrens, Johann et al; 2012: Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe. S. 215

Zugang zum Wissenschaftssystem und zur Hochschule ausschloss¹⁰⁷, negativ beeinflusst und eingeschränkt.

Die damalige Geschlechterdifferenz und der damit verbundenen Codierung männlich / weiblich (Medizin / Pflege) bestimmte das Arbeiten. Noch heute sind die Ausläufer dieser Strukturen spürbar, wie Kirsten Sander 2009 in ihrem Buch „Profession und Geschlecht im Krankenhaus, Soziale Praxis der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin“¹⁰⁸ beschreibt und wissenschaftlich aufarbeitet.

Eine weitere Abhängigkeit des Pflegesystems bestand durch den engen Bezug zur Religion, da im 19. und auch 20. Jahrhundert viele Organisationen kirchliche Zugehörigkeit besaßen und Nächstenliebe und Barmherzigkeit die Pflegearbeit bestimmten. Hans-Jürgen Hohm, Lehrbeauftragter für Soziologie und Politikwissenschaften am Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Wiesbaden, beschreibt die selektive Loslösung vom Religionssystem als einen Grund für die Entwicklung eines „sekundären Funktionssystems“ im Gesundheitswesen.¹⁰⁹ Er benennt das Funktionssystem Pflege deshalb als „sekundär“, weil es sich historisch spät als Funktionssystem ausdifferenziert hat, im Vergleich zu den „primären“ Funktionssystemen, wie zum Beispiel Wirtschaft, Politik, Wissenschaft oder Recht. Das zentrale Problem der „Sekundären Funktionssysteme“ sei die Entkopplung ihrer Autonomie von der organisations- bzw. professionstheoretischen Ebene. Durch den Vergleich der Ebenen von Funktionssystemen wird es zu einem Vergleich auf gesellschaftlicher Ebene und nicht nur auf einer Ebene der Berufe nach der Frage nach Profession oder Semiprofession oder dem Weg zur Professionalisierung.¹¹⁰

Auch Johann Behrens, Pflegewissenschaftler und Sozialökonom, beschreibt dieses Phänomen 2012. Nach 1989 kam es zunehmend durch

¹⁰⁷ Vgl. Hohm, Hans-Jürgen; 2002: Das Pflegesystem seine Organisationen und Karrieren. S. 83-84

¹⁰⁸ Sander, Kirsten; 2009: Profession und Geschlecht im Krankenhaus. Soziale Praxis der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin. UVK Verlagsgesellschaft mbH, Konstanz

¹⁰⁹ Vgl. Hohm, Hans-Jürgen; 2002: Das Pflegesystem seine Organisationen und Karrieren, S.47

¹¹⁰ Vgl. Hohm, Hans-Jürgen; 2002: Das Pflegesystem seine Organisationen und Karrieren, S.140

die Besonderheit der Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsförderung in der pflegerischen Arbeit zu einer weiteren Durchdringung der Systeme Wirtschaft, Bildung und Politik. Dies stellte eine zunehmende „Herausforderung für die Gesellschaften, die Gerechtigkeitsnormen bereichsspezifisch differenzieren“, dar.¹¹¹

Es kann jedoch als Chance gesehen werden, die Wichtigkeit der pflegerischen Aufgabe im gesellschaftlichen Kontext neu herauszustellen. Durch eine zunehmende Differenzierung von Codierung und Programmierung kann die Selbstreflexivität gesteigert werden und somit auch die Eigenkomplexität und Eigendynamik.¹¹² Die Akademisierung und pflegewissenschaftlichen Fortschritte in Deutschland sind ein Schritt in diese Richtung. Hinsichtlich dessen ist die Frage nach einer neuen Kontingenzformel wie zum Beispiel das Patientenwohl oder die Patientenorientierung, die dann übergreifend für beide Systeme Medizin und Pflege gilt und sie zusammenführt, von Bedeutung.¹¹³

5.2 Erwartungen und Strukturen

Die Menge von Erwartungen bereitet den Weg zur Strukturbildung einer Organisation.¹¹⁴ Um dies auf das Pflege- und Medizinsystem zu übertragen, müssen also Erwartungen klar definiert und kommuniziert werden und erwartet werden können. Außerdem müssen die Erwartungen über eine Zeit tradiert und durch Anschlussfähigkeit erhalten werden.¹¹⁵ Im Gegensatz zur Medizin haben sich die Erwartungen in der Pflege häufig nicht eindeutig herausgestellt, nicht nur durch den fehlenden binären Code, sondern auch durch die wechselnden Bedingungen im historischen

¹¹¹ Vgl. Behrens, Johann et al; 2012: Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe. S. 16-17

¹¹² Vgl. Hohm, Hans-Jürgen; 2002: Das Pflegesystem seine Organisationen und Karrieren. S 144

¹¹³ Vgl. Hohm, Hans-Jürgen, 2002: Das Pflegesystem seine Organisationen und Karrieren. S. 164-165

¹¹⁴ Vgl. Simon, Fritz B.; 5. Auflage 2015: Einführung in die systemische Organisationstheorie. Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg, S. 46

¹¹⁵ Vgl. Simon, Fritz B.; 2015: Einführung in die systemische Organisationstheorie, S. 48

Entstehungskontext und die differenten Zielsetzungen innerhalb des Systems.

Nach Luhmanns „Theorie der sozialen Systeme“, hat sich demnach das Pflegesystem in seinem historischen Kontext nicht ausreichend durch Strukturdeterminanz ausgebildet. Es konnte sich nicht selbstreferenziell nach außen zur Umwelt abgrenzen, weil es ihm an Autonomie und Spezifität mangelte.

Bernhard Jungnitz beschreibt in seinem Beitrag „Paris 1633 - Meilenstein in der Entwicklung neuzeitlicher Krankenpflege“ die recht späte Entwicklung des Berufsbildes der Krankenpflege. Die Ausbildungsinhalte und deren Ziele wurden erst vor ungefähr hundert Jahren staatlich durch gesetzliche Vorgaben festgelegt (siehe Kapitel 4.1.1).¹¹⁶ Hier wird deutlich, warum die erwarteten Erwartungen der Gesellschaft an die Pflege noch bis heute christliche Werte - wie Barmherzigkeit, Nächstenliebe und Aufopferung - in der Tiefe der Struktur des Pflegesystems durchscheinen lassen.

In den letzten drei Jahrzehnten hat sich das Bild der Pflege nicht unerheblich verändert. Durch die Einführung der Studiengänge im Bereich Pflege an staatlichen Hochschulen mit den Zugangsvoraussetzungen des Abiturs oder der Fachhochschulreife und des damit verbundenen Versuchs der Akademisierung der Pflege¹¹⁷, kommt es zunehmend zur Irritation bestehender Strukturen gesellschaftlicher Systeme. Irritation gibt es allerdings auch innerhalb des Pflegesystems, da vorhandene Strukturen und damit verbundene Erwartungen verändert wurden und werden. Nicht alle Pflegenden stehen einer Akademisierung positiv gegenüber, sondern verharren in alten Strukturen. Dies und die fehlende Wahrnehmung der Wichtigkeit von professioneller Pflegearbeit innerhalb der Gesellschaft sind auch ein Grund dafür, dass der Weg zur Professionalisierung so mühsam und schwerfällig ist.

¹¹⁶ Vgl. Jungnitz, Bernhard, in Stollberg, Gunnar et al; 2011: Krankenhausgeschichte heute, S. 224-226

¹¹⁷ Vgl. Jungnitz, Bernhard, in Stollberg, Gunnar et al; 2011: Krankenhausgeschichte heute, S. 224-225

Jost Bauch, deutscher Soziologe, beschreibt in seiner Habilitation 1996, dass die Medizin, durch ihre Prozesse innerhalb der Profession und die „Vernaturwissenschaftlichung“, eigene erfolgreiche Mechanismen entwickelt hat, die sie als gesellschaftliches Funktionssystem begründen. Die bis dato bestehende Besonderheit des Medizinsystems, seine Funktion auf die kommunikative Umwelt zu beziehen, scheint jedoch zunehmend durch verschiedene Faktoren ins Wanken zu geraten. Der Körper, als „Medium“ der Medizin, gerät nun unter den Einfluss anderer Sozialsysteme. Er wird vergesellschaftlicht, so dass das Gesundheitssystem sich zunehmend mit den Folgewirkungen medizinischer Handlungen beschäftigt, zum Beispiel im präventiven, gesundheitsfördernden Bereich. Dieser hat wiederum dann weniger mit dem medizinischen System zu tun als mit dem gesellschaftlichen. „Somit wird die ausschließliche Körperorientierung der Medizin verdrängt.“ Bauch spricht von einem „Paradigmenwechsel“, der die Wahrnehmungs- und Bearbeitungsregeln von Krankheit und Gesundheit verändert hat. Durch die veränderten Erwartungen und Strukturen der Gesellschaftssysteme muss laut Bauch dann auch über einen veränderten Leitcode nachgedacht werden.¹¹⁸

Die Strukturbildung des Pflegesystems ist laut Hohm eng im Zusammenhang mit der Entwicklung der Medizin zu sehen. Da viele ärztliche Aufgaben von Pflegenden im Sinne der Assistenz übernommen werden, können hier keine eigenen, typisch pflegenden Strukturen aufgebaut werden. Die zunehmende Pflegeforschung, die Entwicklung eigener Pflegetheorien und den Einbezug derer in die Pflegepraxis in den letzten Jahrzehnten ist ein Versuch der Pflege sich von der Medizin durch Wissensmacht zu exkludieren.¹¹⁹

¹¹⁸ Vgl. Bauch, Jost; 1996: Gesundheit als sozialer Code: von der Vergesellschaftung des Gesundheitssystems zur Medikalisierung der Gesellschaft. In: Behrens, Johann et al; 2012: Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe. S. 227-228

¹¹⁹ Vgl. Hohm, Hans-Jürgen; in Behrens, J. et al; 2012: Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe. S. 232

5.3 Person und Rolle

Die Person des Arztes oder der Pflegekraft ist - nach Niklas Luhmann - nicht als Mensch oder als psychisches System zu verstehen, sondern als eine austauschbare Hülle oder Maske, die fiktiv ist und nur durch Kommunikation konstruiert wird. Ihr werden lediglich charakteristische Merkmale zur Unterscheidung anderer Personen zugeschrieben, die rein hypothetisch sind.¹²⁰

Bei der Person Arzt oder Pflegekraft kann hier das Image oder das Bild der Person dienlich sein, um sich das vorzustellen. Die Rolle dagegen ist auf eine Handlung bezogen, also das typische Verhalten, die funktionale Ausrichtung des Handelns durch die Erfüllung der zugehörigen Erwartungen.¹²¹

Betrachtet man nun die Person Arzt, so wird deutlich, dass hier lediglich das allgemeine Erscheinungsbild gemeint ist und durch unterschiedliche Menschen ausgefüllt werden kann. Beim Arzt wäre das zum Beispiel der lange weiße Kittel, das Stethoskop, die zeitlich begrenzte Präsenz bedingt durch den vielfältigen Aufgabenbereich, der den Kontakt zum Patienten oftmals nur auf die tägliche Visite oder die Diagnostik beschränkt. Dadurch entsteht eine zunehmende Distanz, die durch besondere Verhaltensmuster noch verstärkt werden kann (bezeichnend mit der Anrede „Sie“, Herr Doktor oder Frau Doktor). Die bis vor einigen Jahrzehnten noch vornehmlich männlich besetzte Person Arzt, wird in den letzten Jahren zunehmend weiblich. Dies bestätigt der Anteil von Ärztinnen an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte. Er liegt 2016 bei 46,5 Prozent, das ist eine Steigerung von 1991 um 38,4 Prozent.¹²²

Die Rolle des Arztes beschreibt sein Verhalten, welches erwartet wird. Es ist ein Konstrukt von erwartetem Verhalten und erwarteten Handlungen. Hierzu zählen zum Beispiel die hierarchischen und patriarchischen Ver-

¹²⁰ Vgl. Simon, Fritz B.; 2015: Einführung in die systemische Organisationstheorie. S. 41-42

¹²¹ Vgl. Simon, Fritz B.; 2015: Einführung in die systemische Organisationstheorie. S. 44

¹²² Bundesärztekammer; 2016: Ärztestatistik 2016. Die Schere zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungskapazitäten öffnet sich. Online verfügbar unter www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik2016/. Zugriff 11.05.2017

haltensweisen der Ärzteschaft. Der Mensch erwartet vom Arzt die objektive Entscheidung, ob er krank oder gesund ist, um dann in Absprache mit ihm den Weg der Therapie einzuschlagen. Die Arztrolle ist also eine Rolle des Entscheiders. An sie ist auch Hoffnung gebunden, Hoffnung auf Besserung, bestenfalls Heilung des Krankheitszustandes, Hoffnung auf Gewissheit der Diagnose und Hoffnung auf bestmögliche diagnostische Verfahrensanwendung. Die Pflege erwartet vom Arzt die Entscheidung der Behandlung. Durch Unterschiede innerhalb der Wissenshierarchie, zum Beispiel das Aufeinandertreffen einer erfahrenden Pflegekraft und einem unerfahrenem Arzt, kann es dazu kommen, dass - durch Vorschläge der Pflegekraft bezüglich der Behandlung - die Rolle des Entscheiders getauscht wird.¹²³

Die Rolle des Arztes hat sich jedoch nicht nur in Bezug auf das Geschlecht, sondern in den letzten Jahrzehnten auch durch die Ausrichtung an der Patientenorientierung und Teilhabe, verändert. Die Patientenrechte wurden 2013 im Bürgerlichen Gesetzbuch im § 630 a-h¹²⁴ gesetzlich verankert und durch das Krankenhausstrukturgesetz¹²⁵ 2015 wurde die „patientenorientierte und qualitativ hochwertige Versorgung“ im Krankenhaus gesichert. Die gesetzliche Grundlage schränkt die bisher hoheitliche Macht der Ärzte über den Patienten und seine Versorgung ein. Das weibliche Geschlecht bezieht nun auch zunehmend die weiblichen Rollenerwartungen mit ein, hierzu gehören zum Beispiel ein höheres Maß an Empathie und Fürsorge.

Die Person der Pflegenden ist trotz des Rückblicks auf die letzten 300 Jahre immer noch weitestgehend dem weiblichen Geschlecht zugeordnet (86 Prozent der Pflegekräfte 2010 waren weiblich).¹²⁶ Die Person der Pfl-

¹²³ Vgl. Sander, Kirsten; 2009: Profession und Geschlecht im Krankenhaus. S. 435-436

¹²⁴ Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz; Patientenrechtegesetz §§ 630a BGB ff. Online verfügbar unter <http://www.patienten-rechte-gesetz.de/bgb-sgbv/>. Zugriff 01.05.2017

¹²⁵ Bundesministerium für Gesundheit; 2016: Krankenhausstrukturgesetz (KHSG): Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/krankenhausstrukturgesetz/khsg.html>. Zugriff 11.05.2017

¹²⁶ Statistisches Bundesamt; 2012: 86 Prozent der Pflegekräfte in Krankenhäusern ist weiblich. Online verfügbar unter

genden im Krankenhaus ist durch ihre zeitliche Präsenz 24 Stunden verfügbar. Die Bindung zu ihrer Person ist daher enger als zur Person Arzt, weil eine körperliche und zeitliche Nähe bis hin zur Intimität, durch die Verichtung ihrer Tätigkeiten, die Folge ist. Die geringe Distanz wird auch durch die Anrede (Schwester / Pfleger und Vorname) deutlich. In ihrer Rolle fließen die Erwartungen der Gesellschaft an Pflege ein: Hilfsbedürftigkeit, Freundlichkeit und bedingungslose, dauerhafte Inanspruchnahme der Person. Durch die veränderte Rolle der Pflege, sich durch Wissenschaft zu legitimieren und neu zu strukturieren, kommt es zu Irritationen innerhalb der Erwartungsbündel der gesellschaftlichen Funktionssysteme Politik, Wissenschaft, Medizin.

„Durch Konstanz der Rollen können Verhaltensmuster über die Zeit reproduziert und soziale Strukturen stabil erhalten werden, auch wenn die konkreten Akteure (Personen) ausgetauscht werden.“¹²⁷ Diese Stabilität innerhalb der Systeme war in der Pflege bis 1980 gegeben. Die Erwartungsstrukturen an die Rolle der Pflege waren bis hierhin tradiert. Daher fällt es der Gesellschaft heute schwer, die von der Pflege gewünschten und geforderten neuen Erwartungsstrukturen zu realisieren und zu akzeptieren. Mit Beginn der Akademisierung der Pflege und der zunehmenden Ökonomisierung der Medizin seit 2003 durch die Einführung der DRGs, wurden die Strukturen zunehmend instabiler. Aufgrund der Weiterentwicklung der Pflegerolle innerhalb des Systems und dem Wandel der Medizinrolle durch äußere Einflüsse, befinden sich die Rollen nicht nur innerhalb der Disziplinen, sondern auch außerhalb der Systeme in der Gesellschaft in einem Veränderungsprozess. In der Zusammenarbeit der Disziplinen Medizin und Pflege kommt es durch die veränderten Rollenerwartungen zu Unsicherheiten. Die Systeme versuchen diese Unsicherheiten durch Strukturänderung zu reduzieren.

https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2012/PD12_010_p002.html. Zugriff 10.05.2017

¹²⁷ Vgl. Simon, Fritz B.; 2015: Einführung in die systemische Organisationstheorie. S. 44

5.4 Spiele und Regeln

Um Organisationsstrukturen eines Systems aufrechtzuerhalten, müssen sogenannte Spielregeln oder Spiele und Regeln angewendet werden. Diese sind unabhängig von Personen, deren individueller Eigenlogik und deren Befolgung. Gebote und Verbote engen den Handlungsspielraum in dem Maße ein, dass die Erwartungsstrukturen des Systems noch erfüllt werden können.¹²⁸

Betrachtet man nun das Funktionssystem Medizin, so wird deutlich, dass das Handeln der Professionellen durch die eigens aufgestellten Regeln der Selbstkontrolle und Selbststeuerung wesentlicher Bestandteil ist, sich abzugrenzen von anderen Systemen, um so die Autonomie zu erhalten. Diese Autonomie gibt der Medizin eine gesellschaftliche Sonderstellung und schützt sie vor Eingriffen ‚unprofessioneller‘ Systeme, wie zum Beispiel der Politik.¹²⁹

Das System der Pflege dagegen hat diese Autonomie nie erreicht, weil der Versuch, Regeln der Selbstkontrolle und Selbststeuerung aufzustellen, historisch immer nur in Bruchstücken gelungen ist. Die Abhängigkeit und Verbindung zur Medizin und auch zur Theologie, verhinderte die Entwicklung der eigenen Profession. Die Selbstbeschränkung der Pflege, geprägt von Selbstorganisation und Indifferenz, ist nicht oder nur ansatzweise gelungen. Die Spiele und Regeln der Ärzte befinden sich auf einer anderen Ebene, beziehungsweise in einem anderen System, als die der Pflege. In ihrer engen Interaktion kommt es durch die fehlende gemeinsame Sprache und das differente Regelwerk zu Konflikten zwischen den Spielern beider Systeme.

Die Ärzteschaft dominiert bis heute in ihrem Auftreten und Verhalten gegenüber der Pflege. Dies ist zunächst durch ihre Anordnungs- und Delegationsrechte zu erklären. Betrachtet man im alltäglichen Geschehen die Zusammenarbeit beider Berufsgruppen, so kann man feststellen, dass es auch in anderen Situationen zu dominanten Übergriffen der Mediziner kommt, die für den Betrachter zunächst banal erscheinen, wie zum

¹²⁸ Vgl. Simon, Fritz B.; 2015: Einführung in die systemische Organisationstheorie. S. 51

¹²⁹ Vgl. Willke, Helmut; 1995: Systemtheorie III: Steuerungstheorie. S.99

Beispiel die Bestimmung der Visitenzeiten, Behandlungszeitpunkten oder den Besitzanspruch auf die Patientenkartex. Da aber keine klaren Spielregeln für die Interaktions- und Kommunikationsprozesse in der Zusammenarbeit von Medizin und Pflege aufgestellt sind und das Spiel von beiden Akteuren immer wieder neu gespielt wird, hat es sich seit über hundert Jahren manifestiert.¹³⁰ Hier ist zum Beispiel das von Leonard Stein 1967 beschriebene Phänomen des „Doctor-Nurse Game“ aufzuführen. „Er weist darauf hin, dass in der klinischen Praxis, Pflegekräfte lediglich verdeckt Ratschläge gegenüber dem Arzt erteilen dürfen, ohne dass seine Rolle im Behandlungssystem nach außersichtbar tangiert wird.“¹³¹

5.5 Organisation und Entscheidung

„Als autopoietisch geschlossenes System definiert auch das Sozialsystem Organisation seine Grenzen selbst; es muss festlegen, welche Kommunikationen als der Organisation zugehörig und welche als ‚Umwelt-Kommunikationen‘ zu gelten haben.“¹³² Falko von Ameln, Organisationspsychologe, erklärt dies folgendermaßen: Auf der Basis von Mitgliedschaftsregeln treten Mitglieder in die Organisation und binden sich durch bestimmte Verhaltensregeln und Rollendefinitionen an das System. Bei Verstoß gegen die Regeln wird das Mitglied von der Organisation ausgeschlossen. Hierbei ist es wichtig zu verstehen, dass Personen nur rollenspezifisch ohne individuelle Motive in die Organisation eingebunden sind.¹³³

Laut des deutschen Soziologen Dirk Baecker werden hierbei zu erwartende Entscheidungen nicht angezweifelt. Obwohl eine Ungewissheit der richtigen Entscheidung besteht, wird diese von der Organisation aufgenommen und absorbiert. James G. March und Herbert A. Simon haben hierfür den Begriff der ‚Ungewißheitsabsorption‘ entwickelt.¹³⁴ .Bis

¹³⁰ Vgl. Simon, Fritz B.; 2015: Einführung in die systemische Organisationstheorie. S. 49

¹³¹ Voß, Christian; 2015: Theorie als Mission. Fest- und Streitschrift zum 60. Geburtstag von Heribert W. Gärtner. Tectum Verlag Marburg, S.79

¹³² Vgl. von Ameln, Falko; 2004: Konstruktivismus. A. Franke Verlag Tübingen und Basel (TUB); S. 154

¹³³ Vgl. Von Ameln, Falko; 2004: Konstruktivismus, S. 154-155

¹³⁴ Vgl. Baecker, Dirk; 2003: Organisation und Management. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main. S. 34

zur Ökonomisierung des Medizinsystems Anfang des 21. Jahrhunderts verliefen die Entscheidungsmechanismen dort nach diesem Prinzip. Seit der Zunahme von Umweltveränderung kommt es infolge von Irritation jedoch zu der Wiedereinführung von Ungewissheit, was dazu führt, dass die Entscheidungen in Frage gestellt und mögliche Alternativen diskutiert werden.¹³⁵ Diese Entwicklung beschreiben auch Bernhard Badura und Günter Feuerstein in den 90iger Jahren in ihrem Buch „Systemgestaltung im Gesundheitswesen“. Sie führen hier bereits den Beginn einer „Orientierungskrise“ der medizinischen Profession und der funktional ausdifferenzierten Versorgungseinrichtungen auf. Die Zunahme des Versorgungsangebots innerhalb der Medizin, die anhaltende Differenzierung durch die Technisierung und die damit verbundene Entstehung neuer Behandlungsmöglichkeiten, neuer Einrichtungen, Berufe und Organisationen, zwingt die Systeme auf die gewandelten Versorgungsbedürfnisse der Gesellschaft einzugehen. Dies ist ein wesentlicher Grund für die heutige Krise im Gesundheitssystem.¹³⁶

Da Ärzte durch die zunehmende Technisierung und Wissensexplosion in eine Rolle gedrängt wurden mehr technik- oder organzentriert zu agieren, kam es „zu einer Abwertung interaktionsintensiver Diagnostik und Therapie“ und „zu einer Abwertung aller nichtmedizinischen Aufgabenstellungen, insbesondere der Pflegearbeit.“ Die Autoren stellen die Frage nach der Gesamtverantwortung für den Patienten und den Ablauf seiner Behandlung in einer hocharbeitsteiligen Versorgungskette auf.¹³⁷

Anders sieht es im Organisationsrahmen der Pflege aus. Hans-Jürgen Hohm, Lehrbeauftragter für Soziologie und Politikwissenschaften, beschreibt 2002 in seinem Buch „Das Pflegesystem seine Organisationen und Karrieren“, dass die Modernisierung des deutschen Pflegesystems durch den Aufbau von Pflegeorganisationen seit Beginn des 19. Jahrhunderts zu einer Zunahme seiner internen Differenzierung und so zu einer

¹³⁵ Vgl. Baecker, Dirk; 2003: Organisation und Management. S. 34-37

¹³⁶ Badura, Bernhard, Feuerstein, Günter; 1994: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. S. 11

¹³⁷ Badura, Bernhard, Feuerstein, Günter; 1994: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. S. 14

Steigerung seiner Eigenkomplexität führte. Dies erfolgte jedoch je nach historischer Entwicklung unstet und führte immer wieder zu unterschiedlichen Inhalten sowie veränderten Strukturen innerhalb einzelner Pflegeorganisationen (kirchliche, weltliche und freiberufliche), die nicht immer Gemeinsamkeiten, sondern auch Differenzen auswiesen und teilweise sogar in Konkurrenz zueinander standen. Diese Unstetigkeit führte laut Hohm dazu, dass die Strukturen und Erwartungen nicht tradierten, wie es im Medizinsystem der Fall war.

Die Umweltveränderungen der deutschen Gesellschaft, wie zum Beispiel der Verbot der kirchlichen Orden (1798-1799) während der Französischen Revolution oder die Einführung der Sozialversicherungen (1883-1884) unter Bismarck, wirkten sich funktional auch auf die Pflegeorganisationsstrukturen aus, da die Pflegeorganisationen in einem Abhängigkeitsverhältnis und in einem Spannungsverhältnis zwischen Funktionserfüllung und Leistungserbringung standen.¹³⁸ Zu den systemexternen Problemen, die das Pflegesystem als Irritation zur Strukturänderung zwangen, zählten die Modernisierung des Medizinsystems, des Sozialstaats und des Erziehungssystems, sowie die gestiegenen Ansprüche der Frauen an Ausbildungs- und Berufstätigkeit.¹³⁹

Die Medizin hatte bereits im 19. Jahrhundert eine Monopolstellung auf Expertenstatus erreicht.¹⁴⁰ Die Berufsgruppe der Ärzteschaft organisierte sich in dieser Zeit zügig. Dies geschah zunächst in Fach- und Interessenverbänden und mündete schließlich in die Gründung von Ärztekammern mit Zwangsmitgliedschaft, so dass die Ärzteschaft ihre innere Strukturdetermination mit Absicherung des Staates auf festem Boden ausbaute.¹⁴¹ Entscheidungen der Medizin basierten auf dem Medizincode krank / gesund. Der fehlende Code in der Pflege machte diese abhängig von der

¹³⁸ Vgl. Hohm, Hans-Jürgen; 2002: Das Pflegesystem seine Organisationen und Karrieren. S. 19-20

¹³⁹ Vgl. Hohm, Hans-Jürgen; 2002: Das Pflegesystem seine Organisationen und Karrieren. S. 20-22 und S. 30

¹⁴⁰ Vgl. Hohm, Hans-Jürgen; 2002: Das Pflegesystem seine Organisationen und Karrieren. S. 54

¹⁴¹ Vgl. Hohm, Hans-Jürgen; 2002: Das Pflegesystem seine Organisationen und Karrieren. S. 84

Entscheidung des Medizinsystems. Pflege richtete sich im Krankenhaus zunehmend durch strukturelle Kopplung am Medizinsystem aus.

Dies ist auch heute noch so und führt dazu, dass Pflegende einen Mangel an Entscheidungsprozessen vorweisen und ihnen so ein geringer Anteil an Einflussmöglichkeiten gegeben wird. Die zunehmende Auflösung der Ungewissheitsabsorption¹⁴² innerhalb beider Systeme führt zu einem Anstieg der Diskussionen, um die Sinnhaftigkeit von Entscheidungen und könnte für die Pflege als Chance gesehen werden, einen höheren Anteil an Entscheidungsprozessen zu erlangen.

Finanzielle Unabhängigkeit gegenüber den Krankenkassen, die über die Bezahlung der ärztlichen Leistungen entscheiden, erreichten die Mediziner mit Gründung der Kassenärztlichen Vereinigung mit Zwangsmitgliedschaft.¹⁴³ Das Medizinsystem muss sich seit der Ökonomisierung mit der Einführung der DRGs zunehmend am Wirtschaftssystem ausrichten, sträubt sich jedoch vehement dagegen, da die Mediziner Grundsätze ihrer Freiberuflichkeit gefährdet sehen und daher dominant an ihrer nahezu uneingeschränkten Definitionsmacht über das Behandlungsgeschehen festhalten.¹⁴⁴ Durch die Irritation von außen versucht es eigene Strukturen zu verändern, um die Entscheidungsgewalt zu erhalten.

5.6 Hierarchien

Ein historisch bewährtes Koordinationsinstrument ist laut Dirk Baecker die Hierarchie.¹⁴⁵ „Sie versucht mit der Unterscheidung von ‚oben‘ und ‚unten‘ in der Organisation soziale Ordnung herzustellen.“¹⁴⁶ Mit Hierarchie als

¹⁴² Vgl. Baecker, Dirk; 2003: Organisation und Management. S. 34

¹⁴³ Vgl. Bauch, Jost; 1996: Gesundheit als sozialer Code. In Hohm, Hans-Jürgen; 2002: Das Pflegesystem seine Organisation und Karrieren, S.54

¹⁴⁴ Vgl. Badura, Bernhard, Feuerstein, Günter; 1994: Systemgestaltung im Gesundheitswesen, S. 101

¹⁴⁵ Vgl. Baecker, Dirk; 1999: Organisation als System. Aufsätze. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main. In: Gärtner, Herbert W.; 2008: Mitarbeiterführung als geplante Irritation. Kleines systemisches Essay zur Führung in Sozialunternehmen. In Krahpohl, Lothar et al (Hrsg): Supervision in Bewegung. Ansichten - Aussichten. Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills, S. 250

¹⁴⁶ Gärtner, Herbert W.; 2008: Mitarbeiterführung als geplante Irritation. Kleines systemisches Essay zur Führung in Sozialunternehmen. In : Krahpohl, Lothar et al

„heilige Ordnung“, wird eine Über- oder Unterstellung formell geregelt.¹⁴⁷ Durch diese Überstellung ist, laut dem Schweizer Arbeitspsychologen Felix Frei, häufig ein Weisungsrecht verbunden. Fritz B. Simon erklärt die hierarchischen Kernelemente folgendermaßen: Hierarchie hat eine zentrale Bedeutung für das Überleben von Organisationen. Dies ist allerdings nur bezogen auf den Konfliktfall oder Situationen, in denen schnelle Entscheidungen getroffen werden müssen, da es eine der wichtigsten Funktionen der Hierarchie ist, Kommunikation überflüssig zu machen. Hier „gibt es keine bessere Möglichkeit, effizient koordiniert zu handeln.“¹⁴⁸

Betrachtet man nun das System der Medizin, so wird schnell deutlich, dass die Strukturen seit Entstehung hierarchisch aufgebaut waren. Bis heute hat sich daran kaum etwas geändert. Durch die Verbindung der Pflege mit der Medizin durch die Behandlungspflege haben Ärzte auch eine Weisungs- und Entscheidungsbefugnis gegenüber den Pflegenden, die über die Systemgrenzen der Medizin hinausgehen, umgekehrt jedoch nicht. Die Entscheidungsgewalt der Ärzte gegenüber der Pflege ist gesetzlich verankert und so durch die Behandlungspflege im Krankenpflegegesetz legitimiert. Die Pflege ist in der Hierarchiepyramide der Medizin untergeordnet. Zur Hierarchie gehören allerdings immer zwei Parteien, eine die entscheidet und eine die entscheiden lässt. Somit hat dieses Organisationskonzept immer etwas mit Macht, Verantwortung und Entscheidung zu tun.¹⁴⁹ Fritz B. Simon behauptet, dass es durch Hierarchie keine oder weniger Machtkämpfe gibt, weil die Machtstrukturen unbezweifelbar sind. Macht erfüllt also den Zweck der Konfliktvermeidung und hat somit eine vorbeugende Funktion.¹⁵⁰ Dies ist begründet durch die Abgrenzung, die durch Hierarchie entsteht. Zuständigkeiten, Entscheidungen und Machtpositionen sind geordnet und festgelegt, grenzen sich also ab.¹⁵¹ Durch die zunehmenden Veränderungen im

(Hrsg.): Supervision in Bewegung. Ansichten - Aussichten. Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills, S. 250

¹⁴⁷ Vgl. Frei, Felix; 2016: Hierarchie. Das Ende eines Erfolgsrezepts. Pabst Science Publishers, Lengerich, S. 31

¹⁴⁸ Vgl. Simon, Fritz B.; 2015: Einführung in die systemische Organisationstheorie, S. 93

¹⁴⁹ Vgl. Frei, Felix; 2016: Hierarchie. S. 32-33

¹⁵⁰ Vgl. Simon, Fritz B.; 2015: Einführung in die systemische Organisationstheorie. S. 94

¹⁵¹ Vgl. Frei, Felix; 2016: Hierarchie. S. 42

Gesundheitssystem, und damit auch im Krankenhaus in den letzten Jahrzehnten, wird diese klare Abgrenzung jedoch erschwert.

In der Pflege gibt es auch Formen der Hierarchie: von der Pflegedirektion über die Bereichsleitungen, Gruppenleitungen bis zu Schülern und Praktikanten. Hier handelt es sich im Vergleich zur Medizin im Krankenhaus jedoch um flachere Hierarchien, welche im Führungsstil auch durch Kommunikation verbunden werden, so dass „Kompetenzen und Erfahrungen, die nicht an der Spitze der Hierarchie konzentriert sind, an Bedeutung gewinnen“¹⁵². Innerhalb der Organisation Krankenhaus treten ebenfalls hierarchische Strukturen auf, welche die jeweiligen Systeme und deren Handlungsoptionen beeinflussen. Hier hat sich die Pflege in den letzten Jahren durch gesetzliche Vorgaben¹⁵³ auf eine Ebene neben die Organisationsbereiche der Medizin und Verwaltung im Krankenhaus begeben. „Hinzu kommt die ausgeprägte Hierarchie und die organisatorische Zergliederung stationärer Einrichtungen in unterschiedliche Abteilungen, bettenführende Stationen und medizintechnische Funktionsbereiche“¹⁵⁴ Häufig ist das Nebeneinander der unterschiedlichen Systeme wie Medizin, Pflege und Verwaltung mit den jeweils eigenen Hierarchien auch mit Paradoxien verbunden, welche die Systeme durch Ambiguitätstoleranz aushalten müssen.

¹⁵² Vgl. Simon, Fritz B.; 2015: Einführung in die systemische Organisationstheorie. S. 93

¹⁵³ Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes NRW; 2017: §31 Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes NRW (KHGG NRW). Online verfügbar unter http://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2013/24481/pdf/Gesundheitsreport_stationaere_Krankenpflege_2005.pdf. Zugriff 01.05.2017

¹⁵⁴ Vgl. Badura, Bernhard, Feuerstein, Günter; 1994: Systemgestaltung im Gesundheitswesen, S.13

6 Chancen zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege

Den Berufsgruppen aus Medizin und Pflege fehlt es nicht an Bereitschaft oder Kompetenz zur Kooperation. Es sind schlichtweg die Voraussetzungen, die fehlen, um Chancen zur Kooperation zu realisieren.¹⁵⁵ Die Organisationskultur bezogen auf die Zusammenarbeit von Pflege und Ärzten, speziell im Krankenhaus, ist antikooperativ.¹⁵⁶ Dies belegt zumindest das MESOP-Projekt von 2004 in den Ergebnissen des Teilprojekts Pflege. Zudem kommt laut Bernhard Badura hinzu, dass die Prämisse zur Kooperation soziale Kompetenz ist und eine sogenannte Schlüsselqualifikation für die interdisziplinäre Krankenhausarbeit darstellt.¹⁵⁷ Die häufigste Ursache struktureller Probleme im Krankenhaus ist der chronische Mangel an sozialer Kompetenz und Organisationskompetenz.¹⁵⁸ Aufgrund dieser Erkenntnisse werden seit einigen Jahren bereits Konzepte und Ansätze zur Verbesserung der Kooperation entwickelt und teilweise in die Ausbildung integriert.

6.1 Ausbildung

Interprofessionelle Kommunikation muss systematisch gelernt und eingeübt werden.¹⁵⁹ „Aufgrund der unterschiedlichen Ausbildungsgänge (Studium versus Berufsausbildung) sprechen beide Gruppen unterschiedliche Sprachen, was sich auf das Selbstvertrauen auswirkt.“ Renate Tewes, Professorin für Pflegewissenschaft und Pflegemanagement an der Evangelischen Hochschule Dresden, begründet, dass eine gemeinsame Ausbildung der unterschiedlichen Berufsgruppen, zum Beispiel in gemeinsamen Modulen, dazu führen kann, dass ein Perspektivwechsel stattfindet und sich so eine tragfähige Partnerschaftskultur, weg von der Dominanz-

¹⁵⁵ Vgl. Kaba-Schönstein, Lotte, Kälbe, Karl; 2004: Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. S. 197

¹⁵⁶ Vgl. Kaba-Schönstein, Lotte Kälbe, Karl; 2004: Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. S. 191

¹⁵⁷ Vgl. Badura, Bernhard, Feuerstein, Günter; 1994: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. S. 270

¹⁵⁸ Vgl. Badura, Bernhard, Feuerstein, Günter; 1994: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. S. 273

¹⁵⁹ Vgl. Tewes, Renate; 2015: „Wie bitte?“. S. 96

kultur, entwickelt.¹⁶⁰ Kommunikationsbarrieren können so gezielt abgebaut werden. Positive Ergebnisse hinsichtlich gemeinsamer Lernmodule hat es zum Beispiel im Klinikum der Universität München im Projekt „Operation Team“, gefördert von der Robert Bosch Stiftung, gegeben. Ziel war es, die interprofessionelle Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten zu stärken.¹⁶¹ Weitere Projekte gibt es vereinzelt in anderen Krankenhäusern in Deutschland. Obwohl der Bedarf an Verbesserung der Teamarbeit zwischen den genannten Berufsgruppen schon seit Jahren besteht, ist die Studienlage in Deutschland schlecht.¹⁶² Bereits 2000 wurde von der Bundesärztekammer und Verbänden des Deutschen Pflegerates auf die dringliche Lage hingewiesen und der Versuch gestartet durch Modellprojekte, wie zum Beispiel „Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus“ (Inter-KIK), Besserungen zu erzielen.¹⁶³ Da im Gegensatz zum Medizinstudium in der Pflege, nach §3 Absatz 2 Satz 3 des Krankenpflegegesetzes, die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter Inbegriff von Lösungsansätzen ein Bestandteil der Ausbildungsziele ist, wäre es wünschenswert, wenn dies in der Zukunft auch Ausbildungsinhalt des Medizinstudiums wird.

Bereits 2012 bekundete der Wissenschaftsrat, das bedeutendste wissenschaftspolitische Beratungsgremium in Deutschland, starkes Interesse einer interprofessionellen Ausbildung. Die Vernetzung der Qualifizierungswege für die Gesundheitsversorgungsberufe ist hierfür von großer Bedeutung.¹⁶⁴ Die an Fachhochschulen neu geschaffenen Studiengänge sollen - laut Empfehlung de Wissenschaftsrates-

¹⁶⁰ Vgl. Tewes, Renate; 2015: „Wie bitte?“. S. 97

¹⁶¹ Vgl. Teigeler, Brigitte; 2017: „Wir müssen reden!“. Interprofessionelle Kommunikation. Die Schwester Der Pfleger, 56. Jahrgang, 2/17, S. 14

¹⁶² Vgl. Teigeler, Brigitte; 2017: „Wir müssen reden!“. Interprofessionelle Kommunikation. Die Schwester Der Pfleger, 56. Jahrgang, 2/17, S. 14

¹⁶³ Klapper, Bernadette, Lecher, Silke, Schaeffer, Doris, Koch, Uwe; 2000: Interprofessionelle Kommunikation, Zusammenarbeit im Krankenhaus. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=2550952>. Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 97, Heft 51-52, 25. Dezember 2000, Zugriff am 08.04.17

¹⁶⁴ Wissenschaftsrat; 2012: Neue Qualifizierungswege für Berufe der Gesundheitsversorgung. Wissenschaftsrat spricht sich für eine partielle Akademisierung der Gesundheitsfachberufe aus. Online verfügbar unter https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/pm_1812.pdf. Zugriff 22.05.2017

gemeinschaftlich verortet sein und eng in Verbindung zur Universität mit Medizinischer Fakultäten stehen und kooperieren.

6.2 Organisationale Konzepte

„Ärzte und Pflegekräfte sind Angehörige nicht nur unterschiedlicher Berufe, sondern auch unterschiedlicher Kulturen, das heißt ihr Denken, Fühlen und Handeln folgt unterschiedlichen Deutungen, Werten und Bindungen.“¹⁶⁵ Bernhard Badura erkennt, dass dadurch die Effektivität und Effizienz der Patientenversorgung bedroht werden. Abhilfe kann hier vor allem durch Veränderungen in den Organisationsstrukturen, die im Krankenhaus vornehmlich tradiert durch Hierarchie aufgestellt sind, erfolgen.

Die Baseler Pflegewissenschaftlerin Annemarie Kesselring beschreibt in der Zeitschrift *Pflege* 2005 die Voraussetzung für die gemeinsame verantwortungsvolle Betreuung von Patienten. Berufsspezifische, abkapselnde Routinen müssen aufgegeben werden, da diese nur die eigenen Berufsinteressen manifestieren und dem eigenen Image zur Profilierung dienen. So könnte entgegengewirkt werden, dass Pflegende nicht nur Ausführende oder Zudienende sind und die Pflege sich gegen ärztliche Therapien widersetzen, die nach ihrer Auffassung nicht von Nutzen sind.¹⁶⁶ Als Beweis des Erfolges, Verantwortung für gemeinsam abgesprochene Entscheidungen, Behandlung und Betreuung von Patienten zu übernehmen, sowie Informationen auszutauschen und Arbeit zu koordinieren, führt sie die internationalen Studien wie das Cochrane Review von Zwarenstein und Bryant (2002)¹⁶⁷ oder die randomisierte amerikanische Studie von Curley et al¹⁶⁸ von 1998 auf.

¹⁶⁵ Badura, Bernhard, Feuerstein, Günter; 1994: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. S. 48

¹⁶⁶ Vgl. Kesselring, Annemarie; 2005: Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege. *Zeitschrift Pflege*, 18: 143-145

¹⁶⁷ Vgl. Zwarenstein, Merrick, Bryant, W.; 2000: Interventions to promote collaboration between nurses and doctors (Review). The Cochrane Collaboration Database of Systematic Reviews (2000); John Wiley & Sons (2005), in *Zeitschrift Pflege* 2005; 18: 143-145

¹⁶⁸ Curley, C., et al; 1998: A firm trial of interdisciplinary rounds on the inpatient medical wards, *Medical Care*, 36(8 supplement, AS4-AS12. Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9708578> Zugriff am 22.05.2017, in *Zeitschrift Pflege* 2005; 18: 143-145

In diesen ist nachgewiesen worden, dass vermehrte Zusammenarbeit bessere Resultate für Patienten und Manager im Gesundheitswesen ergeben. Neben der Senkung der Verweildauer und Kosten, kam es zu einer gesteigerten Verantwortung, einer engermaschigeren Kontrolle des Krankheitsverlaufs und der daraus resultierenden besser angepassten therapeutischen Maßnahmen. Erzielt wurde dies durch täglich strukturierte, interdisziplinäre Team-Visiten. Die zusätzlichen positiven Auswirkungen auf das Arbeitsklima und die Arbeitszufriedenheit von Mitarbeitern bewies die Studie von Linda H. Aiken et al von 2002.¹⁶⁹ Organisationale Konzepte, welche die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern, setzen ein Umdenken innerhalb der Organisation Krankenhaus voraus. Nur durch die Veränderung der Organisationskultur können neue Werte festgelegt werden, die durch gelebte Strukturen Einfluss auf die förderliche und gewünschte Kooperationsarbeit der Berufsgruppen haben.

Ein beispielhaftes Konzept wäre hier das sogenannte „Lean Management“ aus der freien Wirtschaft, welches zunehmend auch für Unternehmen im Gesundheitswesen interessant wird, da hier der Druck bezüglich der Effizienzsteigerung, Qualitätsvorgaben und wachsender Mitarbeiterunzufriedenheit steigt. Bernhard Badura beschreibt 1994, dass Lean Management auf „Kreativität der Beschäftigten, Flexibilität und Effizienz der Produktionsorganisation sowie die Qualität und Umweltfreundlichkeit der hergestellten Produkte“¹⁷⁰ abzielt. „Gruppenarbeit ist das vielleicht wichtigste Kennzeichen des lean management [sic]“¹⁷¹, welches nicht nur die gegenseitige interdisziplinäre Unterstützung fördert und dadurch Hierarchien abbaut, sondern auch - als der Kerngedanke eines Krankenhauses - den Gewinn von Gesundheit steigert. Verantwortlichkeiten werden dorthin verlagert, wo sie hingehören.¹⁷² Dies erhöht nebenbei auch noch deutlich die Mitarbeiterzufriedenheit, da ihre

¹⁶⁹ Aiken, Linda H. et al; 2003: Educational Levels of hospital nurses and surgical patient mortality. Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5431804/>. Zugriff 22.05.2017 JAMA, Sept. 24,290(12), 1617-1623, in Zeitschrift Pflege 2005; 18:143-145

¹⁷⁰ Vgl Badura, Bernhard; 1994: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. S. 255

¹⁷¹ Badura, Bernhard; 1994: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. S. 257

¹⁷² Vgl. Badura, Bernhard; 1994: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. S. 257

Arbeit vielfältiger und verantwortungsvoller wird und der Einzelne Wertschätzung durch sein Handeln erfährt.

7 Fazit

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, aus der Selbstbeobachtung als Pflegende in die Fremdbeobachtung überzugehen, um Erkenntnisse über die Beziehung der Disziplinen Medizin und Pflege, ihrem Wirken, Denken und Handeln zu erlangen. Im Kontext der heutigen Entwicklung im Gesundheitssystem, der Akademisierung der Pflege und der gesellschaftlichen Veränderungen kommt es systemtheoretisch nachweislich zu Irritationen, die grundlegende Auswirkungen auf beide Berufsgruppen und deren Zusammenarbeit haben. Der historische Entstehungskontext gibt Aufschluss über die bis heute bestehenden Strukturen.

Die Medizin ist seit dem 19. Jahrhundert ein tradiertes Funktionssystem der Gesellschaft, welches sich durch ausgeprägte Struktur determinanz mit eigener Codierung ausgebildet hat und so ihre Autonomie darstellt. Die Pflege konnte sich durch die Abhängigkeit von Medizin, Theologie sowie der Beherrschung durch die patriarchalische Geschlechterdominanz nicht als eigenes Funktionssystem abgrenzen. Ursache dafür war, neben den benannten Abhängigkeiten, auch der mangelnde Wille zur Eigenverantwortung, die erschwerten Bedingungen für den Aufbau einer Selbstorganisation und die Ausbildung eines eigenen Sprachcodes. Die seit den letzten Jahrzehnten beginnende Akademisierung der Pflege ist nun ein erster Schritt auf dem Weg einer Neustrukturierung des Pflegesystems.

Die Problematik im Gesundheitswesen, die bis heute noch uneingeschränkt besteht, beschrieb Bernhard Badura bereits 1994 in seinem Buch „Systemgestaltung im Gesundheitswesen“: Nicht nur das Krankheitspanorama hat sich seit Rudolf Virchow und Robert Koch grundlegend verändert, sondern auch der Altersaufbau der Bevölkerung, die Arbeitsbedingungen, die Lebenserwartungen, der Wissensstand, das Konsumverhalten und die Zunahme der chronischen Erkrankungen. Neben den damit verbundenen fortschreitenden Arbeitsteilungen, Verlängerung der Versorgungsketten und der Entstehung neuer Behandlungsmöglichkeiten, Ein-

richtungen und Berufsgruppen, werden die komplexen Aufgabenstellungen und Zielsetzungen zur Herausforderung des Gesundheitssystems.¹⁷³

Die Gefahr, die sich ergibt, wenn sich ein einzelnes System - wie das der Medizin - verselbständigt und sich trotz Umweltveränderung weiter selbstreferenziell und autonom bewegt, ist - laut Badura - die Entstehung von Versorgungsbrüchen, Inkompatibilitäten und Reibungen, die sowohl Effizienzen hemmen als auch die Qualität der Behandlung senken.¹⁷⁴

Systemtheoretisch betrachtet, bedeutet das für die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege, dass alte Strukturen und Erwartungen sowohl von der Gesellschaft als auch von den Mitgliedern der jeweiligen Systeme aufgebrochen werden müssen. Hierarchien müssen abgeflacht oder abgebaut werden, damit Entscheidungen im Konsens getroffen werden können. Laut Hohm und Badura empfiehlt sich vor diesem Hintergrund eine Umorientierung zu einer gemeinsamen Kontingenzformel „Patientenwohl“ mit dem Ziel, eine gemeinschaftliche Verantwortung für die Versorgung der Patienten zu entwickeln.^{175 176}

Neben der Chance einer Verbesserung der Zusammenarbeit von Medizin und Pflege durch einen respektvollen Umgang auf Augenhöhe sowie der Steigerung der Arbeitszufriedenheit durch Wertschätzung der anderen Berufsgruppe, bietet sich insbesondere die Möglichkeit zur Verbesserung des zentralen Kerns unserer Arbeit: **Die adäquate Versorgung kranker Menschen.**

¹⁷³ Vgl. Badura, Bernhard; 1994: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. S. 10-13

¹⁷⁴ Vgl. Badura, Bernhard; 1994: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. S. 10-13

¹⁷⁵ Vgl. Hohm, Hans-Jürgen; 2012: Das Pflegesystem seine Organisationen und Karrieren. S.164-165

¹⁷⁶ Vgl. Badura, Bernhard; 1994: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. S. 10-13

Literaturverzeichnis

Bibliografien

Ameln, von, Falko: Konstruktivismus. A. Franke Verlag: Tübingen und Basel (TUB) 2004

Badura, Bernhard , Feuerstein, Günter: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Juventa Verlag: Weinheim und München 1994

Baecker, Dirk: Organisation als System. Aufsätze. Suhrkamp Verlag: Frankfurt am Main 1999. In: Gärtner, Heribert. W.: Mitarbeiterführung als geplante Irritation. Kleines systemisches Essay zur Führung in Sozialunternehmen. In: Krahpohl, Lothar, Nemann, Margret, Bauer, Jörg, Berker, Peter (Hrsg.): Supervision in Bewegung. Ansichten - Aussichten. Verlag Barbara Budrich: Opladen & Farmington Hills 2008

Baecker, Dirk: Organisation und Management. Suhrkamp Verlag: Frankfurt am Main 2003

Bauch, Jost: Gesundheit als sozialer Code: von der Vergesellschaftung des Gesundheitssystems zur Medikalisierung der Gesellschaft. Juventa Verlag: München 1996. In: Behrens, Johann, Weber, Andreas, Schubert, Michael (Hrsg.): Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe? Beiträge zur Transformation des Gesundheits- und Sozialsystems nach 1989. Verlag Barbara Budrich: Opladen, Berlin, Toronto 2012

Behrens, Johann , Weber, Andreas; Schubert, Michael (Hrsg): Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe? Beiträge zur

Transformation des Gesundheits- und Sozialsystems nach 1989. Verlag Barbara Budrich: Opladen, Berlin, Toronto 2012

Bergner, Thomas: Burnout bei Ärzten. Arzt sein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe. Schattauer Verlag: Stuttgart 2009
in: Tewes, Renate: „Wie bitte?“. Kommunikation in Gesundheitsberufen. Springer Verlag: Berlin, Heidelberg 2015

Eckart, Wolfgang: Geschichte der Medizin. Springer Verlag: Berlin, Heidelberg New York 2. Auflage 1994

Eckart, Wolfgang: Geschichte der Medizin. Springer Verlag: Berlin, Heidelberg, New York 6.Auflage 2009

Elster, Ruth: Der Agnes Karll-Verband und sein Einfluss auf die Entwicklung der Krankenpflege in Deutschland. Mabuse Verlag: Frankfurt am Main 2000

Frei, Felix: Hierarchie. Das Ende eines Erfolgsrezepts. Pabst Science Publishers: Lengerich 2. Auflage 2016

Gärtner, Herbert W.: Mitarbeiterführung als geplante Irritation. Kleines systemisches Essay zur Führung in Sozialunternehmen. In: Krahpohl, Lothar, Nemann, Margret, Bauer, Jörg, Berker, Peter (Hrsg.): Supervision in Bewegung. Ansichten - Aussichten. Verlag Barbara Budrich: Opladen & Farmington Hills 2008

Golombek, Günter, Rossbauer, Winfried: Stellenausschreibungen für den Pflegedienst. Anforderungsprofile in Krankenhäusern und Reha-Kliniken. Kohlhammer Verlag: Stuttgart 1998

Gross, Rudolf, Löffler, Markus: Prinzipien der Medizin. Springer Verlag: Berlin 1997 in: Behrens, Johann , Weber, Andreas; Schubert, Michael (Hrsg): Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte

Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe? Beiträge zur Transformation des Gesundheits- und Sozialsystems nach 1989. Verlag Barbara Budrich: Opladen, Berlin, Toronto 2012

Hohm, Hans-Jürgen: Das Pflegesystem seine Organisationen und Karrieren. Systemtheoretische Beobachtungen eines sekundären Funktionssystems. Lambertus-Verlag: Freiburg im Breisgau 2002

Jungnitz, Bernhard: Paris 1633 - Meilenstein in der Entwicklung neuzeitlicher Krankenpflege. In: Stollberg, Gunnar, Vanja, Christina ., Kraas, Ernst. (Hrsg.): Krankenhausgeschichte heute. Was heißt und zu welchem Ende studiert man Hospital- und Krankenhausgeschichte? Historia Hospitalum. Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte. Band 27, Lit-Verlag: Berlin 2011

Kaba-Schönstein, Lotte, Kälble, Karl: Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP). Mabuse Verlag: Frankfurt am Main 2004

Karll, Agnes: In: Elster, Ruth (Hrsg.: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe): Der Agnes Karll-Verband und sein Einfluss auf die Entwicklung der Krankenpflege in Deutschland. Ein Beitrag zur Geschichte der Pflegeberufe und eines Berufsverbandes. Mabuse Verlag: Frankfurt am Main 2000

Luhmann, Niklas: Soziale Systeme. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 1984

Marschall, Jörg, Nolting, Hans-Dieter, Hildebrandt, Susanne, Sydow, Hanna (Hrsg: Rebscher, Herbert) Gesundheits-Report 2015. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update: Doping am Arbeitsplatz. Beiträge zur

Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 9), DAK
Gesundheit. Medhochzwei Verlags GmbH: Heidelberg 2015

Metzger, Martina, Zielke-Nadkarni, Andrea: Von der Heilerin zur
Pflegerkraft. Geschichte der Pflege. Thieme Verlag: Stuttgart, New York
1998

Palm, Rebecca , Dichter, Martin (Hrsg.): Pflegewissenschaft in
Deutschland - Errungenschaften und Herausforderungen. Festschrift für
Sabine Bartholomeyczik. Verlag Hans Huber Hofgrete AG: Bern 2013

Sander, Kirsten: Profession und Geschlecht im Krankenhaus. Soziale
Praxis der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin. UVK
Verlagsgesellschaft mbH: Konstanz 2009

Schell, Werner: Kurzgefaßte [sic] Medizin- und Krankenpflegegeschichte.
Brigitte Kunz Verlag: Hagen 2. vollständig überarbeitete und aktualisierte
Auflage 1999

Schmidbaur, Monika: Vom Lazaruskreuz zu Pflege aktuell.
Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903-2000.
Ulrike Helmer Verlag: Königstein 2002. In Behrens, Johann, Weber,
Andreas; Schubert, Michael (Hrsg.): Von der fürsorglichen Bevormundung
über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten
selbstbestimmten Teilhabe? Beiträge zur Transformation des
Gesundheits- und Sozialsystems nach 1989. Verlag Barbara Budrich:
Opladen, Berlin, Toronto 2012

Schnur, Michaela, Zerm, Christoph: Verhältnis von Pflege und Medizin
im interdisziplinären Team. Studienbrief 2-060-0313. Fernstudienagentur
des Fachhochschul- Fernstudienverbands der Länder (FVL): Berlin 2.
veränderte Auflage

Schönberger, Alwin: Patient Arzt: Der kranke Stand. Wirtschaftsverlag Carl Ueberreuter: Wien 1995. In: Tewes, Renate: „Wie bitte?“, Kommunikation in Gesundheitsberufen. Springer Verlag: Berlin, Heidelberg 2015

Simon, Fritz. B: Einführung in die systemische Organisationstheorie. Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH: Heidelberg 5. Auflage 2015

Stollberg, Günter, Vanja, Christina, Kraas, Ernst (Hrsg.): Krankenhausgeschichte heute. Was heißt und zu welchem Ende studiert man Hospital- und Krankenhausgeschichte? Historia Hospitalum. Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte. Band 27, Lit-Verlag, Berlin 2011

Tewes, Renate: „Wie bitte?“. Kommunikation in Gesundheitsberufen. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, 2. Auflage 2015

Thielhorn, Ulrike: Zum Verhältnis von Medizin und Pflege. Bestandsaufnahme und Handlungsalternativen. Kohlhammer Verlag: Stuttgart, Berlin, Köln 1999

Voß, Christian: Theorie als Mission. Fest- und Streitschrift zum 60. Geburtstag von Heribert W. Gärtner. Tectum Verlag: Marburg 2015

Wagner, Michael: Aufgaben im Krankenhaus neu aufteilen. Chancen für Pflege, Medizin und Assistenzberufe. Kohlhammer Verlag: Stuttgart 2010

Willke, Helmut: Systemtheorie III. Steuerungstheorie. Gustav Fischer Verlag: Stuttgart, Jena 1995 In: Kaba-Schönstein, Lotte , Kälble, Karl: Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP). Mabuse Verlag: Frankfurt am Main 2004

Internetquellen

Bundesärztekammer. Ärztestatistik 2016. Die Schere zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungskapazitäten öffnet sich.

Online verfügbar unter www.bundesaerztekammer.de/ueberuns/aerztestatistik/aerztestatistik2016/. Zugriff 11.05.2017

Bundesministerium für Gesundheit. Krankenhausstrukturgesetz (KHSG). Online verfügbar unter

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/krankenhausstrukturgesetz/khsg.html>. 2016. Zugriff 11.05.2017

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH: Krankenpflegegesetz. Online verfügbar unter

www.gesetze-im-netz.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf. 2003, zuletzt geändert 2017.

Zugriff 15.03.2017

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz.

Patientenrechtegesetz §§ 630a BGB ff. Online verfügbar unter <http://www.patienten-rechte-gesetz.de/bgb-sgbv/>. Zugriff 01.05.2017

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz:

Bundesärzteordnung. Online verfügbar unter <http://www.arzt-witten.de/Bundesaerzteordnung.pdf>. Bekanntmachung 1987, letzte

Änderung 2016. Zugriff 15.05.2017

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Berufliche

Selbstverwaltung = Pflegekammer. Online verfügbar unter <https://www.dbfk.de/de/themen/Pflegekammer.php>. Zugriff 12.05.2017

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). ICN-Ethik-Kodex für

Pflegende. Online verfügbar unter <http://www.deutscher->

pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/ICN-Ethik-E04kl-web.pdf.

DBfK: Berlin: 2010, neueste Überarbeitung 2005. Zugriff 12.04.2017

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

Online verfügbar unter <https://www.dnqp.de>. Zugriff 22.05.2017

Grabbe, Yvonne, Nolting, Hans-Dieter, Loos, Stefan: DAK-BGW Gesundheitsbericht 2005. Stationäre Krankenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems. Online verfügbar unter http://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2013/24481/pdf/Gesundheitsreport_stationaere_Krankenpflege_2005.pdf. Zugriff 22.03.2017

Hagemann-White, Carol: Die Interaktion von Medizin und Pflege im Krankenhaus: Konstruktionsprozesse von Hierarchie und Geschlecht und beruflicher Sozialisation, Projekt IPM. Online verfügbar unter <http://gepris.dfg.de/gepris/projekt/5107722>. Universität: Osnabrück: 1993. Zugriff 13.5.2017

Hasselhorn, Hans Martin, Müller, Bernd-Hans, Tackenberg, Peter, Kümmerling, Angelika, Simon, Michael: Ü15 Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. NEXT-Studie. Berufsausstieg bei Pflegepersonen. Online verfügbar unter https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Schriftenreihe/uebersetzungen/ue15.pdf;jsessionid=3F36F9943CDA144F7620B45AF702C643.s2t1?_blob=publicationFile&v=1. Zugriff 15.04.2017

Juris Bundesministerium für Justiz. Online verfügbar unter www.gesetze-im-internet.de. Zugriff 13.03.2017

Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen. Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes NRW. §31 KHGG NRW. Online verfügbar unter <http://epub.sub.uni->

hamburg.de/epub/volltexte/2013/24481/pdf/Gesundheitsreport_stationaere_Krankenpflege_2005.pdf. IGES Institut für Gesundheit- und Forschung GmbH: Berlin 2005. Zugriff 15.03.2017

Aiken, Linda H.: Physician age and patient outcome. Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5431804/>. Zugriff 01.05.2017

Stahl, Katja, Nadj-Kittler, Maria: Picker-Report 2015. Gute Pflege braucht gute Bedingungen. Mit Qualifikation, Wertschätzung und Führung gegen Überlastung und Fachkräftemangel. Online verfügbar unter www.pickerinstitut.de. Picker Institut Deutschland gGmbH: Hamburg 2015. Zugriff 15.03.2017

Stahl, Katja; Nadj-Kittler, Maria: Picker-Report 2014. Wie die Erfahrungen von Patienten und Mitarbeiter Qualität und Sicherheit im Krankenhaus verbessern. Online verfügbar unter www.pickerinstitut.de. Picker Institut Deutschland gGmbH: Hamburg 2014. Zugriff 15.03.2017

Statistisches Bundesamt. 86% der Pflegekräfte in Krankenhäusern ist weiblich. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2012/PD12_010_p002pdf.pdf;jsessionid=8A38A092AB496DDE56010498D1911321.cae4?_blob=publicationFile. Destatis: 2012. Zugriff 10.05.2017

Statistisches Bundesamt. Weibliche und männliche Auszubildende 2015. Online verfügbar unter www.destatis.de. Zugriff am 14.04.2017

Stöcker, Saskia: Vom Groschenroman zur Vorabendserie. Online verfügbar unter www.focus.de/gesundheit/arzt-klinik/tid-11500/geschichte-der-fernsehärzte-das-genre-wandelt-sich_aid_324961.html. Fokus online: 2009. Zugriff 12.04.2017

Weltärztebund. Genfer Gelöbnis. Online verfügbar unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Genf.pdf. Divonne-les-Bains, Frankreich: letzte sprachliche Überarbeitung 2006, Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft GmbH: Dortmund, Berlin, Dresden 2005. Zugriff 15.05.2017

Wissenschaftsrat. Neue Qualifizierungswege für Berufe der Gesundheitsversorgung. Wissenschaftsrat spricht sich für eine partielle Akademisierung der Gesundheitsfachberufe aus. Online verfügbar unter https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/pm_1812.pdf. Köln: 2012. Zugriff 22.05.2017

Zeitschriften

Aiken, Linda H. et al. Educational Levels of hospital nurses and surgical patient mortality. JAMA: 2003 Sept. 24,290(12), 1617-1623. Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5431804/>. Zugriff 01.05.2017

In: Kesselring, Annemarie. Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege. Pflege: 2005 18:S. 143-145, S. 145

Curley, C., et al. A firm trial of interdisciplinary rounds on the inpatient medical wards. Medical Care: 1998 36(8 supplement), AS4-AS12. In Kesselring, Annemarie. Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege. Zeitschrift Pflege: 2005 18: S. 143-145, S. 145

Dahlgaard, Knut, Stratmeyer, Peter. Kooperationsanforderungen an Pflege und Medizin im Krankenhaus der Zukunft. Das Krankenhaus: 2/2003

Hibbeler, Birgit. Ärzte und Pflegekräfte, Ein chronischer Konflikt? Online verfügbar unter <http://m.aerzteblatt.de/print/109162.htm>. Zeitschrift Deutsches Ärzteblatt: 2011 Jg. 108, Heft 41 Zugriff 10.04.2017

Kesselring, Annemarie. Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege. Pflege: 2005: 18: S,143-145

Klapper, Bernadette, Lecher, Silke, Schaeffer, Doris, Koch, Uwe. Interprofessionelle Kommunikation, Zusammenarbeit im Krankenhaus. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=2550952>. Deutsches Ärzteblatt: 2000, Jg. 97, Heft 51-pdf-Version, S. A3482-3486
Zugriff 12.5.2017

Klinkhammer, Gisela. Der Arzt ordnet an, die Schwester führt aus. Online verfügbar unter www.aerzteblatt.de/archiv/25782/Spielfilme-und-Serien-der-Arzt-ordnet-an-die-schwester-fuehrt-aus-. Deutsches Ärzteblatt: Jg. 98, Heft 4, 2001 Zugriff 12.04.17

Teigeler, Brigitte. „Wir müssen reden!“ Interprofessionelle Kommunikation. Die Schwester Der Pfleger: 56. Jahrgang, 2/17, S. 14

Zwarenstein, Merrick, Bryant, W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors (Review). The Cochrane Collaboration Database of Systematic Reviews: 2000; John Wiley& Sons: 2005. Online verfügbar unter http://ipls.dk/pdf-filer/ip_collaboration_cochrane.pdf. Zugriff 12.03.2017

In: Kesselring, Annemarie. Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege. Pflege: 2005 18: 143-145, S. 145

Abkürzungsverzeichnis

Aufl.	Auflage
BÄO	Bundesärzteordnung
Bd.	Band
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMJV	Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
Destatis	Statistisches Bundesamt Deutschland
DigiBib	Digitale Bibliothek
Dr.	Doktor
DRG	Diagnosis Related Groups
Hrsg.	Herausgeber
ICN	International Council of Nurses
InterKIK	Modellprojekt Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus
IPM	Interaktion von Pflege und Medizin
Jg.	Jahrgang
MESOP	Interdisziplinär Kooperation im Gesundheitswesen von Medizin, Soziale Arbeit und Pflege
NEXT	Studie „Nurses Early Exit Study“
NRW	Nordrhein-Westfalen
NS	Nationalsozialismus
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
Pubmed	englischsprachige textbasierte Meta-Datenbank mit medizinischen Artikeln
USA	United States of Amerika

Vgl.	Vergleich
WR	Wissenschaftsrat
ZBMed	Zentrale Fachbibliothek für Medizin, Gesundheitswesen, Ernährungs-, Umwelt- und Agrarwissenschaften

Erklärung der Verfasserin

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit zum Thema „Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege. Eine systemtheoretische Analyse im Spiegel des historischen Entstehungskontextes“ selbständig und ohne unerlaubte Hilfsmittel erstellt habe. Die Stellen der Arbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder im Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angaben der Herkunft kenntlich gemacht worden.

Ort, Datum

Unterschrift