

Tagung

Wandel der Berufe im Gesundheitswesen: Aussensichten und Innensichten

17. Juni 2009, Bern

Ursula Streckeisen

Arzt und Schwester, Ärztin und Pfleger. Berufssoziologische Überlegungen zum Wandel eines ,professionellen Paares'

Zum herkömmlichen Akutkrankenhaus gehört das klassische Paar von Arzt und Schwester. Zwar charakterisiert sich dieses durch eine sachlich sinnvolle Arbeitsteilung, aber auch durch eine Asymmetrie, ein Gefälle zwischen dem (männlichen) Arzt und der (weiblichen) Schwester, was die Pflege zum ‚ärztlichen Hilfsberuf‘ werden lässt. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts entstanden gewichtige bildungs- und berufspolitische Initiativen, die das Ziel einer grösseren Eigenständigkeit der Pflege verfolgten; sie blieben nicht ohne Erfolg, konnten aber die Asymmetrie nicht wirklich beseitigen. In jüngster Zeit – dies die These des Beitrags – entwickelt sich jenseits des Akutkrankenhauses im Bereich der Gesundheitsförderung eine neue Beziehung zwischen Pflegenden und Arztpersonen – eine Beziehung ohne Asymmetrie, die auch eine Konkurrenz zwischen den beiden Berufsgruppen mit sich bringt.

Immer wieder und seit längerer Zeit schon lässt sich in der Arbeitswelt das Phänomen des professionellen Paares beobachten. Damit ist die Verbindung von zwei unterschiedlich ausgerichteten Berufsträgern gemeint, die eine Einheit bilden und als solche eine Aufgabe erfüllen. Wäre eine(r) von ihnen allein, liesse sich die Aufgabe nicht so angehen, wie es gesellschaftlich als angemessen gilt: nur dem komplementär strukturierten Paar kann die Bewältigung gelingen. Als Beispiele für professionelle Paare lassen sich der Chef und die Chefsekretärin oder der Zahnarzt und die Zahnarztgehilfin nennen. Sie machen deutlich, dass solche Paare typischerweise aus einer männlichen und einer weiblichen Berufsperson bestehen. Dies trifft auch für das klassische Paar von Arzt und Schwester zu, das hier interessiert.

Im Folgenden wird vorerst ein Modell vorgestellt, an dem sich die Ausführungen dieses Beitrags orientieren. Dann werden als Erstes Hinweise auf die historische Entstehung des Paares von Arzt und Schwester gemacht. Im darauf folgenden Abschnitt geht es um Initiativen im 20. Jahrhundert, die der Entwicklung eines ‚partnerschaftlichen‘ Verhältnisses zwischen Arztberuf und Pflege galten. Zum Schluss werden neuere Entwicklungen dargestellt, die – so die These – eine Konkurrenzbeziehung zwischen Arztberuf und Pflege in die Wege leiten könnten.

1. Zur klassischen Krankenbehandlung in der modernen Gesellschaft: ein Modell

Um das Verhältnis von Arzt und Schwester genauer zu beleuchten, sei hier auf den soziologischen Klassiker Talcott Parsons zurückgegriffen (Parsons 1951 u.a.). Er stellte sich die Frage, was erfolgreiche Krankenbehandlung in der modernen Gesellschaft ausmacht. Zu diesem Zweck entwickelte er ein Modell für den klassischen freiberuflichen Arzt, das sich auf jede andere Art von moderner Krankenbehandlung übertragen lässt, auch auf jene, welche im Rahmen des Krankenhauses arbeitsteilig durch Arzt und Schwester übernommen wird. In der konkreten Handlungssituation steht der Parson'sche Arztrolleninhaber – wie jeder andere Rolleninhaber auch – vor mehreren Orientierungsalternativen. Handelt er

gesellschaftlich erfolgreich, dann weil er jene Alternativen ausgewählt hat, die ihn bei seinem beruflichen Tun in die Richtung weisen, welche als angemessen gilt. Die Alternativen sind:

Schema der Parsons'schen Orientierungsalternativen

	G e s e l l s c h a f t -	G e m e i n s c h a f t
	<p>‚Gesellschaft‘ ergibt sich aus dem planmässigen Aufeinanderabstimmen von Denken und Handeln einer Mehrzahl von Individuen ‚Distanz‘</p>	<p>‚Gemeinschaft‘ meint ein organisch gewachsenes Ganzes, z.B. Familie, religiöse Gemeinschaft ‚Nähe‘</p>
1.	<p>Universalismus <i>‚Unpersönlich‘</i> Frage, ob der Handelnde sein Gegenüber nach ‚universellen‘ oder nach ‚partikularistischen‘ Kriterien beurteilen soll oder nicht. Frage, ob objektiv-wissenschaftliche, unpersönliche Anhaltspunkte oder Anhaltspunkte wie das Ansehen der Person den Ausschlag geben sollen oder nicht.</p>	<p>Partikularismus <i>‚Persönlich‘</i> Frage, ob der Handelnde sein Gegenüber nach ‚universellen‘ oder nach ‚partikularistischen‘ Kriterien beurteilen soll oder nicht. Frage, ob objektiv-wissenschaftliche, unpersönliche Anhaltspunkte oder Anhaltspunkte wie das Ansehen der Person den Ausschlag geben sollen oder nicht.</p>
2.	<p>Funktionale Spezifität <i>Bestimmte Rolle</i> Frage, ob die Bedeutung eines Gegenübers klar auf einen Funktionsbereich eingeschränkt sein soll (z.B. medizinischer ‚Fall‘) oder ob sich ‚diffus‘ auf die ganze Person des Gegenübers erstrecken soll, wie in der Familie.</p>	<p>Funktionale Diffusität <i>Unbestimmt, wie in Familie</i> Frage, ob die Bedeutung eines Gegenübers klar auf einen Funktionsbereich eingeschränkt sein soll (z.B. medizinischer ‚Fall‘) oder ob sich ‚diffus‘ auf die ganze Person des Gegenübers erstrecken soll, wie in der Familie.</p>
3.	<p>Affektive Neutralität <i>Affekte zurückdrängen</i> Frage, ob der handelnde Akteur nach unmittelbarer Befriedigung seiner affektiven Bedürfnisse streben oder ob er entsprechende Impulse zurückdrängen bzw. verschieben soll.</p>	<p>Affektivität <i>Affekte unmittelbar ausleben</i> Frage, ob der handelnde Akteur nach unmittelbarer Befriedigung seiner affektiven Bedürfnisse streben oder ob er entsprechende Impulse zurückdrängen bzw. verschieben soll.</p>
4.	<p>Selbstorientierung <i>Eigene Interessen</i> Frage, ob der handelnde Akteur eigene, private Interessen verfolgen oder ob er sich an gemeinsamen, kollektiven Interessen orientieren soll, die ihn mit dem Gegenüber verbinden.</p>	<p>Kollektivitätsorientierung <i>Gemeinsame Interessen</i> Frage, ob der handelnde Akteur eigene, private Interessen verfolgen oder ob er sich an gemeinsamen, kollektiven Interessen orientieren soll, die ihn mit dem Gegenüber verbinden.</p>
5.	<p>Leistungsorientierung <i>Leistung</i> Frage, ob der handelnde Akteur sich am Leistungsprinzip orientieren oder davon ausgehen soll, dass Dinge ein für allemal zugeschrieben sind (wie Alter, Geschlecht etc.).</p>	<p>Zugeschriebenheitsorientierung <i>Zugeschriebenen Merkmalen</i> Frage, ob der handelnde Akteur sich am Leistungsprinzip orientieren oder davon ausgehen soll, dass Dinge ein für allemal zugeschrieben sind (wie Alter, Geschlecht etc.).</p>

Der Parsons'sche Arzt, der gesellschaftlich angemessen sozialisiert ist, weiss sich einer bestimmten, gesellschaftlich-gemeinschaftliche Kombination von Orientierungen verpflichtet, die der klassischen modernen Krankenbehandlung entspricht. Seine Handlungsorientierung sieht folgendermassen aus:

Klassische moderne Krankenbehandlung: Orientierungen des freiberuflichen Arztes

	<i>G e s e l l s c h a f t -</i> <i>‚Distanz‘</i>	<i>G e m e i n s c h a f t</i> <i>‚Nähe‘</i>
1.	Universalismus <i>‚Unpersönlich‘</i>	---
2.	Funktionale Spezifität <i>Bestimmte Rolle</i>	---
3.	Affektive Neutralität <i>Affekte zurückdrängen</i>	---
4.	---	Kollektivitätsorientierung <i>Gemeinsame Interessen</i>
5.	Leistungsorientierung <i>Leistung</i>	---

Die klassische Krankenbehandlung ist in der modernen Gesellschaft also dann gegeben, wann sich Elemente der Distanz mit solchen der Nähe, der Kollektivitätsorientierung verbinden. Als Kommentar zu den einzelnen Elementen lässt sich Folgendes festhalten:

- **Zum Universalismus:** Der Patient (die Patientin) wird nach universell-wissenschaftlichen Kriterien, d.h. als ‚Fall‘ behandelt.

- **Zur funktionalen Spezifität:** Im Patienten wird ein bestimmter Rolleninhaber, der kranke ‚Patient‘ eben, gesehen, nicht etwa ein Freund oder Bruder. Im Zentrum steht der Funktionsbereich von Krankheit und Gesundheit, nicht das Leben überhaupt.

- **Zur affektiven Neutralität:** Sympathien und Antipathien spielen in der Beziehung zum Patienten keine Rolle: die ärztliche Person verhält sich affektiv neutral.

- **Zur Kollektivitätsorientierung:** Die kollektivitätsorientierte ärztliche Person setzt sich auf verantwortungsvolle Art für das Wohl des Patienten ein und teilt dessen Sorgen. Auch die Krankenrolle ist – Parsons zufolge – kollektivitätsorientiert. Arztperson und Patient bilden daher ein kleines Kollektiv mit dem gemeinsamen, verbindenden Ziel der Therapie und dem gemeinsamen Wert der Gesundheit. Sie vertrauen einander. Der Patient kann sich ganz öffnen; der Arzt seinerseits kann so weit in dessen Intimbereich vorstossen, wie es nötig ist, um die Diagnose stellen und die Therapie durchführen zu können. Beispielsweise gibt der Patient dank seines Vertrauens seinen hohen Alkoholkonsum zu, auch wenn er ihn lieber verbergen würde; und er lässt sich vom Arzt freiwillig am Körper betasten, vielleicht sogar betäuben und aufschneiden (Operation).

- **Zur Leistungsorientierung:** Die ärztliche Person ist zu aktiver Leistung verpflichtet; die Krankheit gilt als etwas durch medizinische Leistung Kontrollierbares und Ueberwindbares.

2. Die historische Entstehung des klassischen ‚Arzt-Schwester‘ – Paares im Krankenhaus

Das klassische professionelle Paar von Arzt und Schwester bildete sich Ende des 19. Jahrhunderts heraus. Aus dem Hospital für arme und randständige Menschen, in dem Pflegende selbständig gearbeitet hatten und Aerzte nur konsiliarisch beigezogen worden waren, entstand damals das Krankenhaus. Im Hospital alter Prägung war Pflege zugleich Behandlung gewesen; Aerzte, Barbieri und Bader wurden nur konsiliarisch beigezogen. Von

ihrer sozialen Position her waren die damaligen Schwestern unfrei, fanden sie sich doch an die vor-berufliche Arbeits- und Lebensgemeinschaft des Mutterhauses gebunden und übten ihre Tätigkeit als ausgesandte Ordensschwester oder als Diakonisse im karitativen Modus aus. Seit Ende des 19. Jahrhunderts wandelte sich die Krankenpflege dann zu einer Tätigkeit für ungebundene Frauen mit einem speziellen, medizinisch ausgerichteten beruflichen Fachwissen, das hauptsächlich im neu entstandenen modernen Krankenhaus zum Einsatz gelangte. Von den Kliniken aus, in denen zunächst traditionelle, gebundene Schwestern arbeiteten, formulierten die – dort ebenfalls neu beschäftigten – Ärzte eine explizite Nachfrage nach einer weltlichen Krankenpflege. Ihre Interessen trafen sich mit den Interessen von bürgerlichen, gebildeten Frauen, die – zunächst zu bürgerlich-weltlichen Schwesternschaften zusammengeschlossen – ebenfalls im Krankenhaus tätig zu werden begannen und versuchten, sich gegenüber der gebundenen Pflege abzugrenzen. Mit der Zeit wurde die gebundene Pflege verdrängt, sodass man sagen kann, dass sich Arzt und Schwester unter den Bedingungen des modernen Krankenhauses statusmässig angeglichen haben: der Arzt verlor seine freiberufliche Unabhängigkeit und wurde zum ‚oberen Angestellten‘ (aber durchaus mit dem ‚Nimbus des Arztes als ‚Professionsträger‘), die Schwester verliess ihre vorberufliche Unfreiheit zugunsten einer formal-beruflichen Freiheit und wurde zur ‚mittleren Angestellten‘ (aber durchaus mit einem, wenn auch säkularisierten Nimbus der karitativ-weiblichen Fürsorgerin).

Die Statusangleichung im Kontext des Krankenhauses verband sich mit einer neuartigen Zusammenarbeit von Arzt und Schwester. Das Hauptziel des klassischen Akutkrankenhauses besteht darin, Patientinnen und Patienten eine angemessene medizinische Versorgung anzubieten, um sie wieder gesund werden zu lassen. Dabei werden verschiedene Leistungsziele verfolgt (Rohde 1962). Als erstes ist die Diagnosestellung zu nennen, ein Akt der Ausübung von Definitionsmacht, welcher die Voraussetzung für therapeutisches Handeln bildet. Das zweite ist die Therapie (Behandlung), mit der sich die Handlungsmacht der Medizin realisiert. Weil der Krankenhauspatient von seiner alltäglichen Umgebung getrennt ist, muss darüberhinaus für seine menschlichen Grundbedürfnisse gesorgt werden, die ausserhalb des Krankenhauses die Familie übernimmt: die Pflege. Während die klassische Arztrolle im Krankenhaus die medizinische Deutungsmacht und einen Grossteil der therapeutischen Handlungsmacht in sich vereinigt und zunächst alle Verpflichtungen umfasst, die alltagsfern und wenig routinisierbar sind, wurden die ‚übrig bleibenden‘ Probleme – hauptsächlich vor- und nachgelagerte Aufgaben – damals im 19. Jahrhundert dem ‚ärztlichen Hilfsberuf‘, der Krankenpflege überlassen. Diese enthielten primär die Sorge für die Grundbedürfnisse, aber je länger desto mehr auch Aufgaben mit Diagnosebezug und vor allem auch solche mit Therapiebezug. Die Befreiung von der gebundenen Pflege brachte zwar formal-freie Lohnarbeit, aber auch eine neue Unterordnung unter die Ärzteschaft, sodass sich eine asymmetrische Beziehung zwischen Arzt und Schwester etablieren konnte. (Bischoff 1984 u.a.)

Unter den Bedingungen des Krankenhauses entwickelte sich zwischen Arzt und Schwester eine Arbeitsteilung, die von einer ‚Orientierungsteilung‘ gespiesen wurde, die sich unter Rückgriff auf das Modell von Parsons so darstellen lässt (Streckeisen 2001):

Klassische Krankenbehandlung im Krankenhaus: Orientierungen des Arztes

	<i>G e s e l l s c h a f t</i>	<i>G e m e i n s c h a f t</i>
1.	Universalismus	---
2.	Funktionale Spezifität	---
3.	Affektive Neutralität	---
4.	---	Kollektivitätsorientierung
5.	Leistungsorientierung	---

Klassische Krankenbehandlung im Krankenhaus: Orientierungen der Schwester

	<i>G e s e l l s c h a f t -</i>	<i>G e m e i n s c h a f t</i>
1.	Universalismus	---
2.	Funktionale Spezifität	---
3.	Affektive Neutralität	---
4.	---	Kollektivitätsorientierung
5.	Leistungsorientierung	---

Während der Arzt in erster Linie ‚gesellschaftliche‘, mit Distanz verbundene Aufgaben wahrnimmt und seine Kollektivitätsorientierung (kleine Schrift im Modell) sich in Grenzen hält, gilt für die Pflege das Umgekehrte: die Kollektivitätsorientierung (grosse Schrift im Modell) steht hier im Vordergrund. Entsprechend öffnet sich der Patient zwar beiden, dem Arzt und der Schwester, doch die eigentlichen inneren Nöte vertraut er eher der Schwester an, während er vom Arzt wissenschaftlich unfehlbaren Aussagen und Handlungen erwartet.

3. Initiativen zur Entwicklung einer Partnerschaft von Arzt und Schwester im Krankenhaus

Gegen die fremdbestimmte Verberuflichung der Krankenpflege wandten sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zahlreiche berufs- und bildungspolitische Initiativen, mit denen das angestrebt wurde, was gemeinhin ‚Professionalisierung der Pflege‘ heisst. Bereits in der 1950er Jahren entstanden in den USA wissenschaftliche Studiengänge für Pflege, ab 1960 entwickelten sich auch in Europa entsprechende Bestrebungen. Die Professionalisierungsinitiativen gingen in verschiedenen Richtungen und waren einander zum Teil entgegengesetzt. Zum einen wurde versucht, das Berufswissen – zunächst im Rahmen der Weiterbildung, später auch in der Grundausbildung – zu verwissenschaftliche (Universalismus, nursing „science“). Teilweise verband sich diese Entwicklung mit dem Versuch, es den Aertzt/innen sozusagen gleich zu tun, etwa die Pflegediagnostik zu entwickeln, womit die pflegerische Definitionsmacht sich erhöhen sollte. Auch wurde versucht, das Prestige bzw. die gesellschaftliche Anerkennung der krankenpflegerischen Leistungen zu erhöhen (Leistungsorientierung). So wurde gegen die Vorstellung gekämpft, Pflegearbeit stelle ‚nur‘

eine Art öffentliche Hausfrauen- und Mutterrolle dar, die von ehrbaren Frauen übernommen wird: Krankenpflege sollte als eine Leistungserbringung wie jede andere auch anerkannt sein. Auf der anderen Seite indessen wurde versucht, dem Arbeitsgebiet der Krankenpflege mehr Eigenständigkeit zu verleihen (funktionale Spezifität). Seit den 1970er Jahren verbreitete sich ein Berufsverständnis, das die Aerztezentriertheit abbaut und die Patientenzentriertheit unterstreicht und ein unabhängigeres Tätigkeitsfeld fokussiert. Pflegende fühlten sich in erster Linie dem Patienten bzw. deren Familien gegenüber verantwortlich, und nicht dem Arzt. Dabei wurde – so Kesselring (2005) – allerdings der Preis der Entmedikalisierung bezahlt. Die Ausbildung wurde zwar mit psychologischen, soziologischen, anthropologischen und philosophischen und weiteren wissenschaftlichen Konzepten angereichert, aber das vermittelte Wissen in Physio- und Pathophysiologie sowie Pharmakologie und anderen medizinischen Bereichen wurde reduziert. Dass sich die Verwissenschaftlichung der Pflege auf nicht-medizinische, eher geistes- und sozialwissenschaftliche Bereiche konzentrierte, führte indirekt zu einer Verstärkung der herkömmlichen Kollektivitätsorientierung. Insgesamt aber ergab sich doch ein vergleichsweise respektvolles Nebeneinander der beiden Berufsgruppen, auch wenn die Asymmetrie zwischen Pflege und ärztlichem Bereich erhalten blieb.

4. Entwicklung eines Konkurrenzverhältnisses in der Gesundheitsförderung?

Man kann die These formulieren, dass eine erfolgreiche Autonomisierung der Pflege nur in einem gesellschaftlichen Bereich stattfinden kann, der jenseits des Akutkrankenhauses angesiedelt ist, in dessen Rahmen sich das traditionelle Arzt-Schwester-Paar ursprünglich herausgebildet hat. Professionssoziologisch betrachtet, dürfte die Autonomisierung am ehesten gelingen, wenn die Pflege für sich ein Aufgabenmonopol errichtet, also ein neues Gebiet jenseits der herkömmlichen Diagnose-, Therapie- und Pflegeaufgaben des Krankenhauses ‚besetzt‘. Schon seit den 1970er Jahren sind Pflegende in Bereichen ausserhalb des Akutkrankenhauses auf vergleichsweise autonome und anerkannte Weise engagiert; zu denken ist etwa an die Institutionen der Hospizbewegung und an Bereiche der Palliativpflege. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob im stets grösser und wichtiger werdenden Bereich der Gesundheitsförderung sich weiter reichende Veränderungen anbahnen.

Gesundheitsförderung bringt einen Perspektivenwechsel: Nicht mehr die medizinische Bekämpfung individueller Krankheiten, sondern der Erhalt und die Förderung der Gesundheit der ganzen Bevölkerung stehen im Zentrum. Gesundheit hat den Charakter eines ‚Selbstverwirklichungswertes‘ erhalten. Mit der Verbreitung der Idee der Gesundheitsförderung erfuhr der Präventionsgedanke eine Wiederbelebung und erfolgte ein Aufstieg von Public Health. Dieser Aufstieg speiste sich aus der Rückbesinnung auf die öffentlichen Aktivitäten zur Gesundheitssicherung, die sich seit der frühen Neuzeit herausgebildet und vorwiegend auf staatlichen Kontrollmassnahmen basiert hatten (schulärztliche Dienste, Militärmedizin etc.). Public health beinhaltet Strategien der Gesundheitssicherung, die die Lebensweise der Betroffenen und ihr soziales Umfeld in Quartier, Schule oder Betrieb respektieren und die zum Teil auch nicht-medizinischen Instrumenten zum Einsatz verhelfen (Gerlinger 2006). Idealtypisch, d.h. karikaturähnlich formuliert, ist der ‚Klient‘ der Gesundheitsförderung eine relativ unspezifische Figur. In jedem Fall ist er ein Kollektiv: alle Gesunden sollen gesund bleiben; gegebenenfalls auch ein eingeschränktes Kollektiv: alle Kinder und Jugendlichen, oder auch alle Aidsgefährdeten können angesprochen sein. Diagnose und Behandlung im engeren Sinn erübrigen sich, denn eine Heilung steht nicht an.

Falls die Gesundheitsförderung jene zentrale gesellschaftliche Bedeutung erhalten sollte, die ihr manchmal zugesprochen wird, ist denkbar, dass sich der Pflegeberuf in diesem Bereich ausdehnt, dabei aber nichts Komplementäres zur Medizin mehr anbietet, sondern an jenen sozialen Orten in Konkurrenz zum Arztberuf tritt, wo dieser gesundheitsfördernde

Grundversorgungsaktivitäten übernimmt. Vorausgesetzt ist allerdings, dass sich das Interesse der Pflegenden von der Heilung Kranker auf die Gesundheitsförderung verlagert. Dass sich mit der Entwicklung der Gesundheitsförderung Autonomisierungsmöglichkeiten der Pflege auftun, lässt sich nicht zuletzt deswegen vermuten, weil zeitlich parallel zur Verbreitung der Gesundheitsförderung der Aufstieg der Pflegewissenschaften und die Akademisierung der Pflege erfolgt sind. Oft sind die pflegewissenschaftlichen Institute und Studiengänge mit den Public Health- bzw. Gesundheitswissenschaften institutionell zusammengefasst.

Versucht man, die Orientierungen der Gesundheitsförderer/innen vor dem Hintergrund des Parsons'schen Modells einzufangen, so ergibt sich etwas Neues: Wenn es keine Krankheit zu heilen gibt, fällt die Notwendigkeit dahin, über die Kollektivitätsorientierung jene Nähe und jenes Vertrauen entstehen zu lassen, die im Krankheitsfall der Diagnosestellung und der Therapie vorausgesetzt sind. Damit erübrigt sich auch jene Spannung von Nähe und Distanz, von ‚Gemeinschaft‘ und ‚Gesellschaft‘, die beim Arzt in freier Praxis und beim Arzt-Schwester-Team im Krankenhaus idealerweise gegeben ist. Die für Gesundheitsförderung erforderliche Orientierung ist spannungsfreier, distanzfokussiert:

Orientierungen des Gesundheitsförderers, der Gesundheitsförderin

	<i>G e s e l l s c h a f t</i>	<i>G e m e i n s c h a f t</i>
1.	Universalismus	---
2.	Funktionale Spezifität	---
3.	Affektive Neutralität	---
4.	Selbstorientierung	---
5.	Leistungsorientierung	---

Nur noch die ‚Gesellschaftsseite‘ ist also gegeben, ob der Gesundheitsförderer ursprünglich Arzt, Pfleger oder sonst ein Berufsakteur gewesen sei. Dies gilt auch für den Klienten. Wer etwa zur Ernährungsberatung geht, um gesund zu bleiben, muss sich der Beraterin nicht in seiner Ganzheit öffnen.

Interessant ist, dass während der Zeit des Aufstiegs der Pflegewissenschaften, in welchen bekanntlich Frauen dominieren, auch die Vertretung der Frauen in der Medizin stärker geworden ist. Während unter den Studierenden mittlerweile mehr als die Hälfte Frauen sind, beläuft sich der Anteil der Frauen an allen berufstätigen Arztpersonen auf ein Drittel, wobei sie in oberen Bereichen der Hierarchie – unter leitenden Arztpersonen an Spitälern – erwarteterweise schwach und am unteren Rand – etwa unter Schulärzt/innen – sehr stark vertreten sind. Sollte sich der von Arztpersonen besetzte Bereich der Gesundheitsförderung zu einem Bereich entwickeln, in dem viele weibliche Arztpersonen tätig sind, würden sich in der Gesundheitsförderung eine traditionell weibliche Berufsgruppe und eine Berufsgruppe mit vergleichsweise hohem Frauenanteil gegenüber stehen: Pflegende bzw. Pflegewissenschaftlerinnen einerseits und Schulärzt/innen, Gesundheitszentrumsärzt/innen etc. andererseits.

Auch im Papier der SAMW über die „künftigen Berufsbilder von Aertzt/innen und Pflegenden“ sind Hinweise auf die Entwicklung enthalten, die hier angesprochen ist: Erste Anlaufstelle wird in Zukunft nicht notwendigerweise eine Arztperson sein, sondern ein Zentrum, vielleicht ein medical home, wird festgehalten (SAMW-Papier ohne Datum, S.5). Oder: Sonographie, diagnostische Endoskopien u.a.m. können auch von Nicht-Aerzten durchgeführt werden, heisst es an anderer Stelle (S.6). Dabei können strategische Kämpfe zwischen den beiden

Berufsgruppen nicht ausgeschlossen werden können, wie sich etwa in der Debatte über Nurse practitioners zeigt, die in der Schweizerischen Aerztezeitung geführt worden ist. (In England sind Nurse practitioners Pflegefachpersonen, die selbständig und eigenverantwortlich diagnostische und therapeutische Entscheidungen fällen. Das beinhaltet auch Leistungen, die sonst von Arztpersonen ausgeführt werden, etwa medizinische Beurteilungen, Gesundheitschecks u.a.m.. Zudem erfüllen die Nurses practitioners eine wichtige Triagefunktion, indem sie zum Beispiel komplexere Fälle weiter verweisen.) Mehr als in England verläuft die Diskussion über Nurse practitioners in der Schweiz kontrovers. Was die Aerzte anbelangt so sind – Gut zufolge (2007) – viele von ihnen der Meinung, die medizinische Grundversorgung habe ausschliesslich in ärztlichen Händen zu liegen. Gut selber, ein Pflegewissenschaftler, hält fest: „Akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte (würden) Aerzte nie ersetzen können“ (2173). Solche Statements zeigen an, dass eine Auseinandersetzung zu erwarten ist, die durchaus ernste Züge annehmen kann. Die Ausgangslage in der Gesundheitsförderung ist eine andere als damals im neu entstehenden Krankenhaus des 19. Jahrhunderts: Aerzte sind als Berufsstand etwas schwächer geworden, die Pflege dagegen ist stärker.

In der Geschichte der Berufe lassen sich immer wieder berufspolitische, von Kollektiven geführte Kämpfe ausmachen, aus denen Sieger und Verlierer hervorgehen. So etwa konnte sich im 19. Jahrhundert der Aerztestand unter anderem deswegen erfolgreich etablieren, weil er es verstand, die Hebammen und andere traditionellen Medizinalpersonen zu verdrängen und den Hilfsberuf der Pflege an sich heranzuziehen. Diese Konstellation dürfte in der Gesundheitsförderung des 21. Jahrhundert kaum erhalten bleiben. In jedem Fall ist zu erwarten ist, dass die Pflege sich jenseits des Hilfsberufsstatus einen Bereich erschliesst, von dem aus sie dem Aerztestand souveräner begegnet.

Angeführte Literatur

Bischoff, Claudia (1984), Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenerwerbstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt/M.: Campus

Gelinger, Thomas (2006), Historische Entwicklung und theoretische Perspektiven der Gesundheitssoziologie. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46 ‚Soziologie der Gesundheit‘, Hrsg. von Claus Wendt und Christof Wolf. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 34-56

Gut, Christ (2007), Nurse practitioners in der medizinischen Grundversorgung in der Schweiz? In: Schweizerische Aerztezeitung 2007, 88: 51/52: 2170-2173

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

Parsons, Talcott (1958/1951), Struktur und Funktion der Medizin., Eine soziologische Analyse. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3 1958, 10-57 (urspr. 1951)

Rohde, Johann Jürgen (1962), Soziologie des Krankenhauses. Stuttgart: Enke

SAMW (ohne Datum), Projekt „Zukunft Medizin Schweiz“ – PHASE III. Die zukünftigen Berufsbilder von AertInnen und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis. Manuskript

Streckeisen, Ursula (2001), Die Medizin und der Tod. Über berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie. Opladen: Leske und Budrich.