Kontroverse : Machtgerangel

Autor(en): **Neuhaus, Pierre / Fankhauser, Magdalena**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Actio : ein Magazin für Lebenshilfe**

Band (Jahr): **94 (1985)**

Heft 1

PDF erstellt am: **27.04.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-975933

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

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

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Schwieriges Dreieckverhältnis

Von Dr. med. Pierre Neuhaus, Chirurg, Erlach

Vor nicht zu langer Zeit hat sich folgende wahre Geschichte in einem kantonalen Spital der Schweiz zugetragen, die ich Ihnen hier erzählen will, und als Rahmen nehme für Gedanken, die ich selber über die heutige medizinische Hierarchie in Spitälern anstelle.

Der alte Herr Meier liegt seit Wochen auf der Intensivstation. Drei schwerste Operationen hat er hinter sich, nach welchen er jeweils alle nur erdenklichen Komplikationen durchgemacht hat. Schwerste Herzinsuffizienz, Wundinfekte, Sepsis und schliesslich eine globale Ateminsuffizienz, die eine mehrwöchige künstliche Beatmung notwendig machte, ohne die der Patient die Situation nie überlebt hätte. Herr Meier ist anfangs unter der maschinellen Beatmung mit Medikamenten in einen künstlichen Schlaf versetzt worden, später jedoch wachte er trotz Absetzen sämtlicher Medikamente nicht wieder auf, so jedenfalls meinte man anfänglich, auch Neurologen waren der Ansicht, Herr Meier wäre sogenannt dezerebriert. Aus nachträglichen Schilderungen des Herrn Meier, die er später einer Schwester anvertraute, wissen wir, dass er jene Phase folgendermassen erlebt hat:

Es war auf einer grossen, grünen Wiese mit vielen bunten Blumen, ein Zustand, in welchem er sich wohl fühlte und die, wie er sagt, Glückseligkeit genoss. Sehr wohl aber realisierte er, dass immer wieder Stimmen ihn aus diesem paradiesischen Zustand herausholen wollten, er hingegen sträubte sich dagegen, von dieser blumigen Wiese gezerrt zu werden. In Tat und Wahrheit waren da ein Oberarzt und ein Assistenzarzt, die einfach nicht wahrhaben wollten, dass Herr Meier dezerebriert sein sollte, und um das «Ins-Leben-Zurückkehren» des Patienten kämpften, denn sie wussten, dass Herr Meier medizinisch geheilt war und er nur noch ins Leben zurückzufinden brauchte. (Das Grundleiden des Herrn Meier, welches ihn zur ersten Notfalloperation geführt hatte, war nämlich ein absolut gutartiges Geschehen und eigentlich bereits mit der ersten Operation behoben und hätte, falls die vielen Komplikationen nicht aufgetreten wären, nur einen kurzen Spitalaufenthalt zur Folge gehabt.)

Nach intensiven Wochen der Rückführung aus der Wiese in den Alltag hat Herr Meier wieder ein normales Leben angefangen, dessen er sich, wie er selber angibt, mehr freut, als er dies seiner Lebtage je getan hätte. Seine für die Umwelt auffällige neugewonnene Zufriedenheit wird auch durchaus von seiner Ehefrau bestätigt. Was Herr Meier nie realisiert hat, ist, dass die beiden Ärzte, die sich so eingehend mit ihm befasst hatten, nicht nur den Kampf gegen sein Verbleiben in der Blumenwiese, sondern mit noch mehr Aufwand gegen die Intensivpflegeschwestern führten, die einfach nicht glauben wollten, dass die Arbeit der beiden Ärzte einen möglichen Erfolg haben könnte, und sich ganz offensichtlich gegen den, wie ihnen schien, überdimensionierten Aufwand sträubten. Die Differenzen zwischen den Ärzten und Schwestern war begründet darin, dass sich letztere mit einer Meinung in das Therapiekonzept einmischten, nachdem der Entscheid schon getroffen war, die sie gar nicht wissenschaftlich belegen konnten, zu der sie sich aber aufgrund ihrer zunehmenden Machtposition sehr wohl berechtigt glaubten. Sie hatten damit nur die Behandlung des Patienten unnötig schwieriger gestaltet. Wo nun liegt der Ursprung solch unbefriedigender Situationen? Herr Meier erinnert sich noch sehr gut daran, wie es früher im gleichen Spital zuging. Da

Schluss Seite 28

Machtgerangel

Fehlt die partnerschaftliche Zusammenarbeit?

Von Magdalena Fankhauser, Oberin, Lindenhofspital Bern

Mich beschäftigt die Frage der Zusammenarbeit Ärzte/Pflegepersonal sehr, denn ich habe immer mehr das Gefühl, dass sich die Fronten verhärten und es immer schwieriger wird, auf einen gemeinsamen Nenner zu kommen. Sehr oft münden Gespräche über Probleme in der Zusammenarbeit in Anschuldigungen beiderseits aus, oder es werden gute Vorsätze gefasst, die anscheinend schwer zu realisieren sind. Ich möchte mich nun in diesem kurzen Artikel mit den Problemen, wie ich sie sehe und erlebe, und den möglichen Lösungen befassen. Es kann in diesem Rahmen nur ein Skizzieren und Aufzeigen sein, niemals vollständig und nicht alle Aspekte beleuchtend.

Am Ende des Titels steht ein Fragezeichen, denn ich frage mich, ob diese partnerschaftliche Zusammenarbeit überhaupt existiert. Doch bevor ich auf diese Frage näher eingehe, möchte ich zuerst kurz definieren, was ich unter partnerschaftlicher Zusammenarbeit verstehe:

Miteinander an einer gleichen Aufgabe tätig sein, unter

Es gibt diese partnerschaftliche Zusammenarbeit in der Regel nicht.

Respektierung der Arbeit des andern, unter Einbezug seiner Fähigkeiten, Möglichkeiten und Ideen; den andern als Persönlichkeit respektieren und akzeptieren.

Unter diesen Aspekten gesehen muss ich die eingangs gestellte Frage, von einigen wenigen Ausnahmen abgesehen, verneinen. Es gibt diese partnerschaftliche Zusammenarbeit in der Regel nicht, und zwar deswegen, weil dem Pflegepersonal die Mündigkeit, Fähigkeit zur Eigenständigkeit, zum Handeln und richtigen Entscheiden im Rahmen der Krankenpflege leider zu oft abgesprochen wird, weil von seiten der Ärzte wenig Bereitschaft besteht, das Pflegepersonal als gleichberechtigte Partner an einer gemeinsamen Aufgabe anzusehen.

Ich möchte in der Folge kurz beschreiben, wie ich die heutige Situation in der Krankenpflege und der Medizin erlebe: In der Krankenpflege hat eine enorme Entwicklung und Emanzipation stattgefunden. Es wurden Krankenpflegetheorien entwickelt, Pflegestandards und Pflegequalitäten definiert, die Pflege wird geplant, die Krankenschwester hat sich einen eigenständigen Aufgabenbereich im Rahmen des Gesundheitswesens erarbeitet.

Die Krankenpflege befasst sich vorwiegend mit dem

Dieser ganze Wandel, dieses Neudefinieren, dieses Suchen nach neuen Wegen kann Unsicherheit auf beiden Seiten erzeugen.

Menschen als Individuum, seinen Problemen, seinen Bedürfnissen und versucht, all dem in der Anwendung der Pflege Rechnung zu tragen. Die Pflege wird aber aufgeteilt auf verschiedene Pflegepersonalkategorien und dadurch aufgesplittert. Es werden deshalb neue Wege gesucht werden müssen, um zu mehr Einheitlichkeit zu gelangen.

Die Medizin hingegen war und ist eine Profession, eine Wissenschaft, verbunden mit sehr hohem Ansehen, ein Beruf, der bis heute vom Studium direkt zu einem hohen Lebensstandard geführt hat. Die Medizin befasst sich als Wissenschaft mit all dem, was nachweisbar, gefestigt, erforschbar und messbar ist. Sie befasst sich wenig mit der Psyche und den psychosomatischen Störungen des Menschen.

Bis anhin wurde am medizinischen Stand wenig gerüttelt, das Ansehen der Ärzte blieb unvermindert gross und hat sich eigentlich im Laufe der Zeit wenig geändert. Heute nun, im Rahmen der hohen Kosten im Gesundheitswe-

Schluss Seite 28

KONTROVERSE

Schwieriges Dreieckverhältnis

waren der Herr Chefarzt und seine zugeteilten Ärzte, und unter ihnen arbeiteten, genauestens die medizinischen Direktiven befolgend, die Schwestern, damals noch vornehmlich Ordensschwestern. Die Schwestern widersprachen den Verordnungen der Ärzte nicht, machten aber den behandelnden Arzt allenfalls auf Dinge aufmerksam, die sie in der menschlichen Betreuung des Patienten herausgelesen hatten, betreffend vor allem den psychischen Zustand oder familiäre Angelegenheiten. Und heute?

Heute hat sich das Arzt-Schwestern-Verhältnis stark gewandelt. Die Schwestern verstehen sich an einzelnen Orten als dem Arzt auf gleicher Stufe beigestelltes Behandlungspersonal. Diese Ansicht geht wahrscheinlich aus von denjenigen Oberschwestern, welche den Pflegesektor als absolut gleichrangig mit der Ärzteschaft erachten und sich auch ebensolches Mitspracherecht, verstehe Selbständigkeit, einräumen. Diese Oberschwestern stellen sich auf gleiche Stufe wie der Chefarzt und wollen genau gleich wie er bestimmen können. Diese Richtlinien sind in einem Artikel einer leitenden Oberschwester eines Universitätsspitals sehr genau definiert worden, und darin wird auch darauf hingewiesen, dass eigentlich etwa 5% der Schwestern zur Konsolidierung ihrer Machtposition ein Universitätsstudium zugebilligt erhalten sollten. Aus dieser Entwicklungstendenz hat sich denn auch in den Schweizer Spitälern die Dreiecksführung ergeben, wo der Pflegesektor, die administrative Verwaltung und die Ärzte auf gleicher Ebene wirken und entscheiden. Diese Organisation schliesst bereits in sich ein Machtgerangel ein. Dem Herrn Meier aber kann dies für seine Heilung nie förderlich sein, denn er hat ja sein Verhältnis primär zum Arzt, und er geht nicht bei der Verwaltung oder bei der Oberschwester um Hilfe nachsuchen. Von letzteren beiden aber erwartet er, dass sie sich den Verordnungen der Ärzte unterziehen bzw. diese ausführen.

Wenn wir die hierarchischen Prinzipien verfolgen, so sehen

Dieser Beitrag soll nicht als Hetzschrift gegen aktive Oberschwestern verstanden werden, sondern als Anreiz, die heutige Spitalhierarchie neu zu überdenken.

wir überall in der Geschichte, dass immer ein einzelner Führer die Geschicke von grossen Unternehmungen in Händen hielt, selbstverständlich zusammen mit einem Mitarbeiterstab und kompetenten und teils sehr selbständigen Ressortleitern; aber es war doch immer so, dass er die wesentlichen Fragen allein löste, und vor allem Stichentscheide traf. Seine Mithelfer stellten sich darauf ein. Und taten sie es nicht, so wurden sie entweder ersetzt, oder aber das Unternehmen ging wesentlichen Schwierigkeiten entgegen oder war sogar zum Scheitern verurteilt.

Dieser Beitrag soll nicht als Hetzschrift gegen aktive Oberschwestern verstanden werden, sondern als Anreiz, die heutige Spitalhierarchie neu zu überdenken. Dies sollte ausgerichtet sein auf das Wohl des Patienten, klare Kompetenzabgrenzungen bieten und unproduktive Machtkämpfe minimalisieren helfen.

Zurückkommend auf Herrn Meier sind wir froh, dass er nicht um alle Details des hierarchischen Machtkampfes gewusst hat. Wohl aber wird er einiges mitbekommen haben, und ich glaube, es lohnt sich, diese Zwistigkeiten auszumerzen, damit wir einem nächsten Herrn Meier, oder unseren Patienten ganz allgemein, eine optimale Ambiance unter den an der Behandlung Beteiligten bieten können. □

Fortsetzung von Seite 7

Machtgerangel

Fehlt die partnerschaftliche Zusammenarbeit?

sen, der Einschränkungsdrohungen der Krankenkassen, des zu erwartenden Ärzteüberflusses scheint einiges ins Wanken zu geraten. Die Rolle und der Status des Arztes werden vielleicht eine Änderung

Sehr oft münden Gespräche über Probleme in Anschuldigungen beiderseits aus, oder es werden gute Vorsätze gefasst, die anscheinend schwer zu realisieren sind.

erfahren, es werden wahrscheinlich neue Formen der Aufgabenteilung gefunden werden müssen. Ich möchte hierzu ein Zitat aus einer Untersuchung im Bereich des Gesundheitswesens in der BRD aufführen:

«Die Entwicklung von Berufsbildern für nichtärztliche Berufe, die mit dem Arzt arbeitsteilig im Gesundheitswesen kooperieren. Die illusionäre Verklammerung von Arzt und Medizin, die eine berufliche Tätigkeit im Gesundheitswesen nur für Ärzte oder für ‹Hilfsberufe› unter Anleitung des Arztes kennt, ist praktisch aufzugeben.»[1]

Dieser ganze Wandel, dieses Neudefinieren, dieses Suchen nach neuen Wegen kann Unsicherheit auf beiden Seiten erzeugen. Neue Wege, neue Ziele müssen anvisiert, begangen werden, damit konstruktiv und fruchtbar zusammengearbeitet werden kann.

Wie kann eine partnerschaftliche Zusammenarbeit aussehen? Medizin und Krankenpflege sind, wie wir gesehen haben, zwei verschiedene Berufe. Sie konkurrenzieren sich nicht, sondern würden sich in idealer Weise ergänzen. Beide Berufe befassen sich mit der Therapie und Betreuung des kranken Menschen bis hin zu dessen Genesung, zur Befähigung, mit einer Behinderung zu leben, oder zur Begleitung zu einem friedlichen Sterben. Der Arzt diagnostiziert eine Krankheit und behandelt sie unter Einbezug des Patienten. Die Krankenschwester pflegt und betreut den Patienten während des Spitalaufenthaltes oder im spitalexternen Bereich unter Einbezug der vom Arzt diagnostizierten Krankheit und verordneten Therapie und unter Einbezug der Persönlichkeit des Patienten und seiner individuellen Gewohnheiten. Der Arzt ist in der Regel der Verordnende, das Pflegepersonal die Ausführenden. Es wird wenig kommuniziert, um zu einem Konsens von Pflege und Therapie zu kommen.

Die Zusammenarbeit in partnerschaftlicher Hinsicht be-

Heute nun, im Rahmen der hohen Kosten im Gesundheitswesen, der Einschränkungsdrohungen der Krankenkassen, des zu erwartenden Ärzteüberflusses scheint einiges ins Wanken zu geraten.

steht nun darin, die von beiden Seiten erhaltenen Informationen auszutauschen, das Wissen zu teilen, Therapie und Pflegeverrichtungen zu begründen und miteinander abzustimmen. Dies würde meines Erachtens die Motivation, die Kreativität und den Einsatz des Pflegepersonals sehr stimulieren und fördern. Dann würde sich, wie ich eingangs definiert habe, ein Miteinander ergeben, die Arbeit des andern würde von beiden Seiten respektiert, die Fähigkeiten würden voll ausgeschöpft und der Patient umfassend und sorgfältig betreut und behandelt.

Ich wünsche mir, uns allen, dass ein solches Miteinander, eine solche Partnerschaft, die wir dringend brauchen, in Zukunft Realität sein wird. □

[1] Ortrud Zettel, Gesundheitsberufe, Campus Verlag, Frankfurt/New York, 1982, S. 11.