

Interprofessionalität

Zur Verwendungsweise und dem analytischen Gehalt eines Begriffs in sich wandelnden professionellen Feldern

Claudia Scheid und Hannes Ummel

Beitrag zur Veranstaltung »Komplexe Dynamiken der Kooperation und Zusammenarbeit von Professionen in transprofessionellen Arbeitsfeldern« der Sektion Professionssoziologie

Einleitung

Ziel unseres Beitrags ist ein Befragen des Begriffs der Interprofessionalität. Wir möchten theoretische Überlegungen zur Diskussion stellen, deren Relevanz wir vorgängig an zwei empirischen Beispielen entwickeln. Die Diskussion zielt auch auf die allgemeine Professionalisierungstheorie, weshalb es sinnvoll wäre, Daten aus breit gestreuten professionellen Handlungsfeldern zu betrachten. Da unser letztes Projekt die Palliativpflege zum Gegenstand hatte, gehen wir hier aber exemplarisch vom Gesundheitsbereich aus.

IPC („Interprofessional Collaboration“) oder IPZ („Interprofessionelle Zusammenarbeit“) hat Konjunktur. Erkennbar wird das an Publikationen wie dem *Praxisbuch für die multiprofessionelle Zusammenarbeit* (Dubb et al. 2017) oder in der Schweiz an den Governance-Strategien des Bundesamts für Gesundheit, das seit einigen Jahren schon bemüht ist, entsprechende Konzepte in Aus- und Weiterbildung und in der Praxis zu installieren (BAG 2016). Der Begriff ist in diesen Texten erstaunlicherweise nicht definiert. Es gibt wohl einen offiziell dekretierten „Bedarf“, aber auf was für Probleme der Praxis antwortet dieser?

Hinweise bietet zum Beispiel die Studie von Atzeni et al. (2016). Die Autorinnen und Autoren verweisen auf eine Metaanalyse im Gesundheitsbereich, die 2005 durchgeführt wurde. Von 1128 Artikeln zum Thema konnten nur 5 ausgewertet werden, da die große Masse inhaltlich und methodisch zu disparat gewesen sei. Man kann schlussfolgern, dass der Begriff in vielfältigen, kaum vergleichbaren Bezügen verwendet wird. Atzeni et al. bauen auf eine diskursanalytische Untersuchung auf (Haddara, Lingard 2013, zitiert nach Atzeni et al. 2016, S.18), in der die Stränge einer utilitaristischen und einer emanzipatorischen Verwendung des Begriffs herausgearbeitet werden. „Die Uneindeutigkeit des Begriffs IPZ erscheint aus dieser Perspektive dann weniger als ein theoretisch-wissenschaftliches Problem denn als *praktische Lösung*“ (Atzeni et al. 2016, S.18). Im Rahmen von „Synchronisationsproblemen“ im Gesundheitssystem versuche jeder Akteur, mit diesem Begriff seine Position zu stärken.

Wir beleuchten nun eine Begriffsverwendung, wie *wir* sie in der Praxis vorgefunden haben, kurz an einem Ausschnitt aus einem Interview zu den Würdeverständnissen von Palliativpflegenden, das im Rahmen eines Nationalfonds-Projekts erhoben wurde. Dort wurde oft wie selbstverständlich von einer in „Teams“ beheimateten Interprofessionalität berichtet. Auf dieses Team wurde meistens mit „wir“ Bezug genommen. In den Analysen entpuppte sich dieser Anspruch als signifikante Leerstelle. Beispielhaft sei unser erster Fall angeführt.

Erstes Fallbeispiel: Palliativcare

Ruth Schaller, so ihr Pseudonym, erzählte im Interview auf den Impuls hin „Kannst Du uns eine Situation schildern mit einem Patienten oder einer Patientin, die dir sehr nahe gegangen ist und die schwierige Entscheidungen gefordert hat?“ von einem Patienten mit der Muskelschwund-Krankheit ALS (Amyotrophe Lateralsklerose). Zwar verwendet Schaller nirgends explizit den Term Interprofessionalität, aber indirekt weist sie durch die Emphase auf das Team der Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren und Akteurinnen eine hohe Bedeutung zu. Der Patient wünscht eine sogenannte terminale Sedierung, will also eine Sterbehilfe. Schaller berichtet dann, dass dies „das Team“ vor eine schwierige Entscheidung gestellt habe.

Interviewer: [...] Du hast du hast gesagt, wir mussten entscheiden, wir haben uns überlegt. Wer war eigentlich dieses Wir? Wer gehört da dazu?

Ruth Schaller: Also es ist natürlich schon vor allem die Ärzte, oder, aber ja, eh da war wirklich das ganze Team, weil das ist ja über zwei Wochen, drei Wochen gegangen, der ganze Prozess drei, oder, dass also sicher mal der Arzt beim Eintritt, da hat der dort schon eben die Information der Sedierung gegeben, weil die Frage gekommen ist, und dann drei Tage später ist der Patient, und hat mit dem nächste Ärztin, die Visite gemacht hat, über das geredet, ich will, oder ja, vielleicht mit dem gleichen wieder, das weiß ich nicht mehr. Dann ist natürlich das Gespräch mit uns stattgefunden, der Pflege. Dann ist die Psychologin dazu gekommen, der Seelsorger dazu gekommen, unsere Kunsttherapeutin

I: Wie muss ich mir das vorstellen so ganz konkret, dazukommen heißt ... es gibt wie so eine Sitzung, wo wo dann alle sich treffen? Ist das so? Oder oder ist das so ein bisschen wechselnde Konstellationen?

RS: Ja, es ist, ja, genau. Also es ist ein bisschen beides. Am Anfang ist sicher wer Tagesverantwortung hat, wer dort ist, diskutiert, und dann hat es zweimal in der Woche große Rapporte, wo das ganze Team zusammenkommt an einem Tag, sogar die Köche und Hauswirtschaft und alle, wo wo eben, es, jede Person, wo etwas zu diskutieren ist
#00:22:45-1#

Auch ohne kleinschrittige Analyse sieht man, dass die beanspruchte gemeinschaftliche Entscheidung nicht auffindbar ist. Bereits im ersten Satz besteht ein manifester Widerspruch. Anschließend wird unklar, wer mit wem über was in der Angelegenheit diskutiert hat. Sofern die Tagesverantwortung im Turnus wechselt, ist dies dem Zufall überlassen. Und mit der Ausweitung des Teams auf Küche und Hauswirtschaft wird unklar, wie sich dieses personell zusammensetzt. Nicht Professionsvertreter und

Professionsvertreterinnen sind die Akteure oder Akteurinnen, eher sind es institutionelle Routinen wie Eintritt, Tagesverantwortung und Rapport, die Diskussionen initiieren.

Wie und wo auf den schließlich doch zu fällenden Entscheid Einfluss genommen wird, bleibt im Dunkeln. Routinen und praxisenthobenes Diskutieren ergänzen sich so, dass das Entscheiden sich verflüchtigt. Andererseits zeigt Ruth Schaller an anderen Stellen des Interviews ein der Distanz entthobenes Miterleben des Patientenleids. Für die involvierten Ärzte – es handelt sich nur um Männer – hegt sie tiefe Bewunderung. Diese Identifizierungen ermöglichen das Verflüchtigen des Entscheidens. Wo ein professionelles Ich in den realen Prozessen verschwindet, muss Identität wohl auf einer affektuellen Ebene gewonnen werden.

Es fehlt hier nicht einfach eine Praxis von IPZ, vielmehr sind die habituellen Ausgangsbedingungen für so etwas wie IPZ kaum vorhanden, weil Zuständigkeiten im Lauf der Erzählung verschleiert werden und insgesamt unklar bleiben. Was haben Pflegekräfte überhaupt zu entscheiden?

Ist nun die hier angetroffene Uneindeutigkeit des Begriffs, wie Atzeni sagen würde, eine praktischpolitische Lösung? Für Schaller wohl nicht. Gerade umgekehrt kann eine Haltung wie die von Schaller leicht von anderen instrumentalisiert werden, um Autonomiebestrebungen der Palliativcare abzuwehren.

Wir bringen ein zweites Beispiel, das einen Hinweis darauf geben kann, dass IPZ dennoch ein notwendiger Begriff ist.

Zweites Fallbeispiel: Geriatrie

Ein Geriater beantwortet die Aufforderung, misslungene oder gelungene Situationen aus seiner Praxis zu schildern, folgendermaßen:

[U]nd dort bin ich als, als Oberarzt tätig und habe einfach, eine bestimmte Anzahl, Patienten, die ich betreue zusammen mit einem, Assistent Assistenzärztin, plus natürlich mit viel Physiotherapie, Ergotherapie, mit der Pflege, das ist, eigentlich sehr ein interdisziplinärer Bereich, weil es sehr, häufig um Selbständigkeit von Patienten geht, weil sehr häufig kann man bei alten Leuten nicht genau sagen es ist das ist, genau das Problem oder dieses Organ, funktioniert nicht mehr so man ist einfach gesamt vom, von altersbedingten Schwäche, und ähm, Behinderungszustände die, die dann als Gesamtes auch müssen ähm, verbessert werden, und das hat sehr häufig mit Kraft mit Ausdauer mit, Selbständigkeit im Alltag zu tun wo dann einfach die Pflege sehr stark probiert, die Leute zu fördern, und das ist so dieses Feld wo ich drin arbeite[.]“

Zunächst installiert der Arzt die Krankenhaus-Hierarchie: Erstens «Ich», zweitens meine Assistentin, drittens und zusätzlich: viel Physiotherapie etc. Die Partnerprofessionen sind nicht mehr durch Personen repräsentiert, sondern werden bedeutsam schlicht durch ihre Menge. Danach folgt eine einfache, gestalthafte, für ihn aber vielleicht erstmal ausreichende Bestimmung des Handlungsproblems der Partner-Profession Pflege. Paraphrasiert könnte das lauten: Bei unseren Klienten und Klientinnen geht es oft um Selbständigkeit im Alltag, dafür sind grundsätzlich Pflegenden zuständig. Darin manifestiert sich eine Fallperspektive: Unsere Klienten und Klientinnen sind häufig Fälle von ungenügender Alltagsbewältigung. Diese Bestimmung fußt auf jener für seine Profession: Wir sind zuständig für eine Intervention in akuten gesundheitlichen Krisen. Also kurz gefasst: Wir sind zuständig für das klar eingrenzbares Problem; sie für „Schwäche“ und also für Aktivierung des „Gesamten“. Diese Zuständigkeitszuweisung ist sicher recht schematisch. Das Funktionieren der Organe ermöglicht ja erst Alltags-

bewältigung, und das Ermöglichen von Alltagsbewältigung kann die Organe wieder in Gang setzen oder schonen. Erst diese Abgrenzung ermöglicht ihm aber das Herausarbeiten der Übergängigkeit. Den Professionen der Pflege und der Ärzte und Ärztinnen wird ein eigener Blick zugestanden. Das institutionelle Machtverhältnis verunmöglicht dabei offenbar nicht zwingend das Denken von Patientinnen und Patienten her. Das zeigt diese Stelle auch deutlich. Im zweiten Teil setzt sich der professionelle Blick durch, und nicht die erwartbare Logik „Pflege als verlängerter Arm der Medizin“ oder „die Pflege muss mitdenken“. Das empirische Beispiel kann folgendes Diktum von Kai-Olaf Maiwald (2004, S.316) differenzieren: „Ein professionelles Handeln wird von seiner jeweiligen institutionellen Einbettung und den spezifischen Rahmenbedingungen stets mehr oder weniger zugelassen.“ Die institutionelle Einbettung ist in unserem Beispiel in den Habitus eingegangen. Aber die Dynamik von Professionalisierung, die Orientierung an einem gemeinsamen Ziel, vermag Organisation und Institution zu überschreiten. Bei Palliativpflegenden haben wir oft das Gegenteil vorgefunden: ein Verharren in einer Oppositionshaltung zu Ärzten oder Ärztinnen oder in der Identifikation mit ihnen. Dies ist Begleitscheinung bestehender Professionalisierungsdefizite.

Im konkreten Fall erscheint es also, als wäre der Arzt in der Lage abzuwägen, ob der Fall einer ist, bei dem eine gesundheitliche Krise vorliegt, die eine ärztliche Intervention erfordert, oder aber ein Fall, bei dem eine pflegerische Revitalisierung angezeigt ist. Dabei kann er die Grenzen pflegerischer Interventionen nicht wirklich kennen, aber womöglich aufgrund geteilter Vorstellungen zu den Bedingungen eines funktionalen Gesamtzusammenhangs ein Gestaltempfinden entwickeln dazu, dass im konkreten Fall eine andere als die ärztliche Intervention produktiver sein könnte. Ist dem Pfleger, der Pflegerin dieses spiegelbildlich möglich, könnte es also zu einem gemeinsamen Entscheid in der Frage kommen, wer, unter der Berücksichtigung einer Ökonomie der Ressourcen des Patienten und einer Ökonomie der organisationalen Mittel, mit seinen Interventionen startet. Genau diese Absprache scheint notwendig, veranschlagt man die „Schnittstellenproblematik“ (Herbst et. al 2017, S.318) und den „schier undurchdringlichen Versorgungsdschungel“, der Schwerstkranke, aber auch die Leistungserbringer selbst überfordert“ (Herbst et. al 2017, S.318). Anders als die Autorinnen und Autoren dieses Artikels meinen, ist dies aber wohl gerade nicht allein organisatorisch zu meistern. Es geht eben auch um Abwägungen, was am Sinnvollsten ist.

Entscheidend an der Erzählung aus der Geriatrie ist, dass man sehen kann, dass die Frage, wie Pflege und ärztliche Praxis zusammenarbeiten, notwendig Vorstellungen darüber bedingt, was der Bezugspunkt der beteiligten Professionen ist.

Theoriebildung

Mit dem Argument eines professionsspezifischen Handlungsfokus und der Relevanz dessen für die Diskussion um Interprofessionalität schließt man an Ulrich Oevermanns These von den funktionalen Focussen (Oevermann 1996) an. Ausgeführt ist sie unter anderem von Kai-Olaf Maiwald (2008) und auch wir selbst haben dazu insbesondere bei Lehrpersonen gearbeitet.

Die Professionen, so Oevermann, seien für je unterschiedliche Krisen zuständig, es gäbe „drei funktionale[n] Foci“ (Oevermann 1996, S.88), nämlich den Fokus des Verständnisses von Welt („methodisch explizite Überprüfung von Geltungsfragen und -ansprüchen unter der regulativen Idee der Wahrheit“ Oevermann 1996, S. 88), denjenigen der Normwahrung im Zusammenleben („Aufrechterhaltung des praktischen Konsenses über Recht und Gerechtigkeit“ Oevermann 1996, S.89) und denjenigen der somato-psychischen Integrität von Personen, Paaren und Familien („Wiederherstellung beschädigter

Integrität“, Oevermann 1996, S.89). Jeder dieser Fokuse konstituiere je verschiedene Professionen – nämlich in der Weise, in der sie ganz spezifisch einen Aspekt bearbeiten.

Dabei stehen

„alle drei Foci [...] in einem polaren Gegensatzverhältnis und damit in einem Wechselverhältnis zueinander. Man kann nicht professionalisiert bezogen auf die Problemstellung eines Focus‘ handeln, ohne im Hintergrund die polar gegensätzlichen Belange der beiden anderen Foci zu berücksichtigen. Das heißt: In der Praxis ist das professionalisierte Handeln immer eine Zusammensetzung von Problemlösungen bezüglich aller drei Foci, aber dennoch ist in jeder konkreten professionalisierten Praxis einer dieser drei Foci dominant“ (Oevermann 1996, S.95).

Rudimentär wäre hier eine Grundlage benannt, auf der sich Professionen treffen können. Zweifellos sind empirische Untersuchungen notwendig, in denen interprofessionelle Zusammenarbeit darauf hin untersucht wird, was der je sich konstituierende Horizont einer interprofessionellen Entscheidungsfindung ist.

Wie oben exemplarisch veranschaulicht, fehlt in der Pflege oftmals eine Repräsentation des Handlungsfokus. Uns scheint, dass der Geriater hier eine Grundlage für dieses notwendige Bewusstsein legt, indem er tentativ das zentrierende Handlungsproblem für die angrenzende Profession formuliert. Auf der Basis eines Handlungsproblems ist es nun überhaupt erst möglich, von einem Fall zu sprechen und professionsspezifisch divergierende Perspektiven auf ihn zu entwerfen.

Solange es keine weit fortgeschrittene Professionalisierung bei der Pflege gibt, kann die medizinische Profession diese Semantik zu einer Governance-Strategie nutzen. Das Beispiel des hier präsentierten Geriaters lässt aber auch andere mögliche Verläufe vorstellbar werden. Auf der Grundlage einer eigenen entwickelten Professionalisierung stehen ihm möglicherweise das Handlungsproblem der Pflege und damit die Chancen dieser Intervention sogar deutlicher vor Augen als mit ihm interagierenden Pflegerinnen und Pflegern selbst.

Dieses Beispiel deutet an, dass von entwickelteren Professionen in den Verberuflichungsprozessen von komplexen Tätigkeitsfeldern etwas abhängen könnte: nämlich ob sie die „Interprofessionalitätssemantik“ zum Ausbau eigenen Machtstrebens nutzen oder ob sie als Geburtshelfer der Professionalisierung anderer Professionen mitwirken. Ärztinnen, Ärzte, Juristinnen und Juristen kommen in den „interprofessionellen“ Konstellationen wohl höhere Chancen zu, Einfluss entweder in die eine oder in die andere Richtung zu nehmen.

Schluss

Die von Atzeni et al. rekonstruierten Verwendungsweisen des Begriffs IPZ können ergänzt werden. Das Beispiel des Geriaters zeigt, dass man von «Interdisziplinarität» des Feldes sprechen kann und es tatsächlich um die Zusammenarbeit der Professionen geht. Der Begriff muss nicht ausschließlich utilitaristisch noch emanzipatorisch verwendet werden, genau so wenig wie er für standespolitische Interessen oder die Behauptung der Hierarchie im Krankenhaus instrumentalisiert werden muss. Zwar könnte man sagen, dass im konkreten Beispiel der Verzicht auf dieses Potential leicht fällt: Seine überlegene Position hat der Arzt vorgängig schon behauptet. Doch soziologisch relevant ist der Vorgang als solches, nämlich dass er einer anderen Profession im Zuge seines Ethos einer optimalen ärztlichen Fallbearbeitung die Bedeutung beimisst, die diese möglicherweise selbst noch gar nicht so erkennen

kann und dabei als Geburtshilfe einer weiteren Professionalisierung der Pflege oder zumindest des konkret Pflegenden wirkt.

Interprofessionalität ist von praktischer Relevanz, natürlich nicht nur im medizinisch-pflegenden Bereich. Auch im juristischen und im Bildungssektor sind interprofessionelle Konstellationen in den Blick der Sozialwissenschaften gelangt. Sie können helfen, Gelingensbedingungen zu formulieren.

Literatur

- Atzeni, Gina, Christof Schmitz und Peter Berchtold. 2017. *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit*. Herausgegeben von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Swiss Academies Reports 12 (2).
- BAG Bundesamt für Gesundheit. 2016. *Das interprofessionelle Team in der Palliative Care. Die Grundlage einer bedürfnisorientierten Betreuung und Behandlung am Lebensende*. https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/8C/8CDCD4590EE41EE5BFAF32507FCF3623.pdf (Zugegriffen: 19. Februar 2019).
- Dubb, Rolf, Arnold Kaltwasser, Friedrich K. Pühringer und Katharina Schmid, Hrsg. 2017. *Notfallversorgung und Pflege in der Notaufnahme: Praxisbuch für die multiprofessionelle Zusammenarbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Herbst, Franziska A., Stephanie Stiel, Maria Heckel und Christoph Ostgathe. 2017. Beschreibung und Analyse der Partner in Netzwerken der Hospiz- und Palliativversorgung in Bayern an der Schnittstelle ambulant-stationär: Eine Mixed-Methods-Studie. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 18(06):310–318.
- Maiwald, Kai-Olaf. 2004. *Professionalisierung im modernen Berufssystem: das Beispiel der Familienmediation*. Wiesbaden: Verlag Sozialwissenschaften.
- Maiwald, Kai-Olaf. 2008. Die Fallperspektive in der professionellen Praxis und ihrer reflexiven Selbstvergewisserung. Allgemeine Überlegungen und ein empirisches Beispiel aus der Familienmediation. *Forum qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 9:1.
- Oevermann, Ulrich. 1996. Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*, Hrsg. Arno Combe und Werner Helsper, 70–182. Frankfurt am Main: Suhrkamp.