

Anne Lützenkirchen

Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen – eine aktuelle Bestandsaufnahme

Der Begriff „Interdisziplinarität im Gesundheitswesen“ ist gegenwärtig sowohl wissenschaftlich als auch politisch in aller Munde. Mit interdisziplinärer Kooperation soll die mangelhafte Effizienz des Versorgungssystems gesteigert werden. Die Autorin hat Mitglieder der unterschiedlichen Gesundheitsberufsgruppen zu ihrem professionellen Verständnis und zu ihrer Praxis der Interdisziplinarität befragt. Die Aussagen werden vorwiegend deskriptiv in ihrer Unterschiedlichkeit einander gegenüber gestellt, damit die Befragten selbst zu Wort kommen können. Die Schlussfolgerungen münden in Überlegungen zu einer Integration der Schlüsselkompetenz „interdisziplinäre Teamfähigkeit“ in die Ausbildungslehrpläne der Gesundheitsberufe.

The term interdisciplinary cooperation is presently widely used both in science and in politics. Goal is to improve the efficiency of the health care system using interdisciplinary cooperation. The author has interviewed members of the various professional groups in the health care system. The statements are compared in a descriptive way in order to stress the different personal understanding of the interviewees. The conclusion suggests mainly to integrate the key competence „interdisciplinary cooperation“ in the curricula of the various health professions.

1. Einleitung

Der Begriff „Interdisziplinarität“ hat im Gesundheitswesen in den vergangenen rund 15 Jahren seit Etablierung von Public Health/Gesundheitswissenschaft in der BRD inflationär Anwendung gefunden. Gibt man in der Suchmaschine Google die Suchbegriffe „interdisziplinär“ und „Gesundheit“ ein, so werden 13 Seiten mit links aufgeführt. In interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung soll ein Zauberstab zur Rettung des maroden Gesundheitsversorgungssystem liegen, hört und liest man allerorten seit vielen Jahren in Politik und Wissenschaft (vgl. Lützenkirchen 2005).

Im folgenden, empirisch orientierten Beitrag wird untersucht, ob und wie Interdisziplinarität im o.g. Zeitraum in der Versorgungspraxis tatsächlich Einzug und Umsetzung gefunden hat oder ob es bei der bloßen Beschwörungsformel geblieben ist. Hat sich die Praxis der Theorie angenähert?

2. Problemhintergrund

In den postmodernen europäischen Gesellschaften stellen sich zum Beginn des 21. Jahrhunderts gesundheitliche und soziale Problemlagen als vielschichtig verflochten dar. Humandienstleistungen im Bereich der Gesundheits- und Sozialversorgung rücken zunehmend in den Mittelpunkt sozialpolitischer Anstrengungen. Transformation und

Modernisierung der Gesellschaft haben im gesamten Gesundheits- und Sozialwesen enormen Problem- und Innovationsdruck erzeugt. Für das Gelingen der bestehenden schwierigen, komplexen Aufgaben ist die enge Verzahnung von Gesundheits- und Sozialversorgung unerlässlich. Die veränderten sozialstrukturellen Bedingungen erfordern eine Annäherung der Gesundheits- und Sozialberufe. Nur dann kann die Bewältigung der neuen Aufgaben im Sozial- und Gesundheitswesen mit rehabilitativen, integrativen, gesundheitssichernden, gesundheitsfördernden und präventiven Schwerpunkten gelingen.

Im Gesundheits- und Sozialwesen müssen daher weitreichende Veränderungen der Problemwahrnehmung und der Problemintervention eingeleitet werden. Es ist erforderlich, das traditionelle Gefüge der Sozial- und Gesundheitsberufe aufzubrechen. Das bedeutet u.a., dass die hierarchische Dominanz der Medizin abgelöst werden muss zugunsten kooperativer, interdisziplinärer Strukturen, insbesondere durch eine verstärkte Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialwesen. Zur alleinigen Versorgung heute dominierender Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebs ist die Medizin nicht in der Lage. Ihr biomedizinisches, pathogenetisches Krankheitsmodell produziert tendenziell passive Patienten, die ihrer Gesundheit enteignet und Experten unterworfen sind. Nur wenn Gesundheits- wie Sozialwesen multidimensional, interdisziplinär, interprofessionell und anwendungsorientiert denken und handeln, werden die drängenden Probleme aufgefangen, bearbeitet und gemeistert werden können (von Ferber, Laaser & Lützenkirchen, 2000).

Public Health gehört zu den raren integrativen Leistungen in unserem Wissenschaftssystem. In der Verknüpfung einzelwissenschaftlicher Erkenntnisse liegt das Proprium der Gesundheitswissenschaft. In der Systematik der Wissenschaften ist Public Health keine neue Spezialwissenschaft, sondern die Zusammenführung gesundheitsrelevanter Ergebnisse von Spezialdisziplinen. Erkenntnisse aus gesundheitsbezogenen Einzelwissenschaften werden problemorientiert zusammengeführt. Die beherrschenden Fragen im Gesundheitssektor stellen integrative, multifaktorielle Aufgaben, sie fordern Interdisziplinarität und Praxisbezug. Eben darin gründet der theoretische und praktische Anspruch der Gesundheitswissenschaft. Gesundheit ist ein biopsychosoziales Phänomen. Nur wenn all diese Dimensionen als Einheit gesehen und gestärkt werden, kann Gesundheit resultieren. Allein in der Verbindung biomedizinischer Erkenntnisse mit sozial- und kulturwissenschaftlichen können die heute dringlichen Probleme des Gesundheitswesens bewältigt werden. Das Spektrum der Fachwissenschaften, deren Erkenntnisse zu Public Health beitragen, umfasst Soziologie, Biologie, Psychologie, Medizin, Pädagogik, Soziale Arbeit, Ökonomie, Pflegewissenschaft, Politologie, Rechtswissenschaft u.a. mehr. In der Vielschichtigkeit steckt aber auch die Gefahr der Beliebigkeit. „Das Angebot aus den Spezialwissenschaften ist vielfältig und teilweise beliebig. Denn seit Public Health auch in Deutschland zu einem Gegenstand der Forschungsförderung geworden ist, entdecken immer neue wissenschaftliche Arbeitsrichtungen ihr „Public Health“-Potenzial“ (v. Ferber, Laaser & Lützenkirchen, 2000).

Die gesundheitswissenschaftliche Forschung ist interdisziplinär. Die Studierenden der gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge sind bereits graduiert und haben, bislang zumindest, vielfältige sozial- und naturwissenschaftliche, grundständige Studiengänge absolviert. Jeder bringt seine Kenntnisse und Sichtweise in die Forschung mit ein, wodurch alle beteiligten Disziplinen bereichert werden, neu gedeutet werden können und ein interdisziplinäres Gesamtergebnis erzielt wird. Wenn ökonomischer Druck

herrscht, ziehen sich nach dem Erfahrungswissen der Autorin jedoch viele auf ihre Herkunftsdisziplin zurück, z.B. wenn es gilt, um Forschungsgelder zu konkurrieren.

Die Medizin hat, so ein Ergebnis der Befragungen, den schärfsten Abgrenzungsvorbehalt. Interdisziplinäre Diskussionen werden zwar hier und da zugelassen, aber wenn es um Geld geht, zählt allein das medizinische Wissenschaftsparadigma. Die Medizin erkennt vorwiegend Forschungsergebnisse an, die nach ihren Messmethoden erzielt wurden (vgl. Lützenkirchen, 2004).

Erste Erfahrungen mit verstärkten interdisziplinären Strukturen

Für die niedergelassenen Ärzte wurde unter dem Leitstern der Interdisziplinarität innerhalb der medizinischen Profession in den vergangenen Jahren das Konzept der Praxisnetze entwickelt und parziell erprobt. Das Münchner Institut für angewandte Kommunikation und Sozialforschung hat die Entstehung vernetzter Praxen untersucht und kommt in der Delphi-Studie 2001 zu einem ernüchternden Ergebnis. Laut dieser Untersuchung existieren „keine definierten Organisationsformen“ für die vernetzten Praxen. Die vielfältigen und oft sehr unterschiedlichen Aktivitäten seien eher als „Bewegung“ zu verstehen. Die Delphi-Studie „Ärzte im Netz“ attestiert allen von ihr untersuchten Initiativen zwar großes Engagement, inzwischen zögen sich aber viele Ärzte wieder zurück, weil sie ihre Erwartungen nicht erfüllt sehen. Die Ärzte setzen laut der Delphi-Studie mit den Praxisnetzen ihre Hoffnung auf bessere Qualität in der Versorgung der Patienten sowie auf höhere Wirtschaftlichkeit und damit verbundene Einsparungen. Das meiste hat sich der Studie zufolge aber nicht bewahrheitet. Darüber hinaus wird in der Untersuchung festgestellt, dass die Ärzte/-innen in erheblichem Maß Zeit bei dem Aufbau der Netzstrukturen erbringen müssen. Die Ärzte/-innen hätten den umfangreichen, unentgeltlichen persönlichen Einsatz für die Organisation der Praxisnetze zu wenig berücksichtigt. Fazit der Studie: Der Wille, etwas zu bewegen, ist vorhanden, doch die Ergebnisse entsprechen längst nicht den Erwartungen. Die Ärzte haben die Aufgabe, neue, vernetzte Versorgungsstrukturen zu schaffen, in ihrer Bedeutung und in den damit verbundenen Schwierigkeiten unterschätzt. Dies gilt für das politische Umfeld, für die organisatorischen Fragen und die Motivierung der Patienten. Die erhofften Einkommensverbesserungen durch eine höhere Honorierung sind nach den Ergebnissen der Studie insgesamt unwahrscheinlich. (<http://www.medknowledge.de/praxisnetze.htm>)

Die DKV hat im Juni 2003 in Köln das erste „Gesundheitszentrum“ eröffnet. Ausschließlich privatärztlich tätige Mediziner/-innen unterschiedlicher Fachgebiete bieten integrierte primärärztliche „Gesundheitsversorgung“ als Partnergesellschaft an. Kooperationsverträge mit Fachärzten/-ärztinnen und Kliniken sollen eine „Komplettversorgung“ garantieren. Eine DKV-Tochter stellt als Betreibergesellschaft die gesamte Infrastruktur einschließlich der medizintechnischen Geräte und einen Praxismanager. Auch die Rechnungstellung wird von der Betreibergesellschaft übernommen. Die Ärzte sind nicht Angestellte der DKV, sondern liquidieren als Freiberufler nach der privatärztlichen Gebührenordnung. Den Medizinern fließt jedoch nur ein Teil des Honorars zu, der Rest wird an die Betreibergesellschaft abgeführt. Der Optimismus in Bezug auf dieses Modell ist groß. Erfahrungsberichte und Evaluation bleiben abzuwarten.

Krankenhäuser sollen sich unter Managed Care-Gesichtspunkten, die sich aus dem integrierten Ansatz ergeben, zu Gesundheitszentren entwickeln (vgl. Lützenkirchen, 2003). Im Rahmen integrativer Versorgung müssen Kooperationsstrukturen mit Praxisnetzen, Psychologen, Physiotherapeuten, Pflege- und Rehaeinrichtungen geschaffen und Krankenhausambulanzen in die prä- und postoperative Patientenversorgung eingebunden werden. Der ambulante und stationäre Leistungssektor sollen enger verzahnt werden und so ökonomischer und effektiver arbeiten. Die Zusammenarbeit von Ärzten/-innen der unterschiedlichen Fachgebiete und nichtmedizinischen Spezialisten der Gesundheitsversorgung soll intensiviert und systematisiert werden. Krankenhäuser mit der Zukunftsplanung als Gesundheitszentren sollen die verschiedenen Facetten der Zusammenarbeit ortsnahe gesundheitlicher Versorgung und Koordination der verschiedenen stationären und ambulanten Einrichtung entwickeln. So sollen sie Teil der integrierten medizinischen Versorgung in enger Kooperation mit den Hausärzten/-innen und den Schwerpunktpraxen der Region werden. Vernetzungen kommen allmählich in Gang. Krankenhäuser rechnen seit dem 1. Januar 2004 Fallpauschalen nach Einzeldiagnosen ab, d.h. sie haben ein Interesse daran, die Patienten/-innen so schnell wie möglich wieder zu entlassen. Diese Patienten sind dann in hohem Maß noch versorgungsbedürftig und werden in die Hände der ambulanten Pflege übergeben. Dadurch, dass jede Einzeldiagnose eine erneute Einweisung erfordert, wird auch die Abhängigkeit von den Primärärzten größer, auch dies erfordert vermehrte Kooperation. Hier steht die Entwicklung noch am Anfang.

Alle Beispiele haben eins gemeinsam: Die Kontrolle in der Krankenversorgung nimmt zu, dies ist eine Form der – unfreiwilligen – Interdisziplinarität. Der ökonomische Druck erzwingt verstärkte Interdisziplinarität. Medizin, Pflege, andere Gesundheits- und Sozialberufe sowie die Kostenträger müssen jetzt enger kooperieren. Die Disease-Management-Programme bspw. erfordern interdisziplinäre Zusammenarbeit bei bestimmten Krankheitsbildern wie Brustkrebs, Diabetes und Asthma.

3. Methode

Um die in der Einleitung aufgeworfene Frage zu beantworten, wurden von März bis Mai 2004 semistrukturierte Leitfaden-Interviews mit 43 Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen im Gesundheitswesen geführt. Bei den Gesprächspartner/-innen handelt es sich um 6 Ökonomen (Diplom-Kaufleute und Diplom-Betriebswirte, 4 in Krankenhäusern angestellt, 2 bei Krankenkassen), 8 Diplom-Sozialarbeiter/-innen (5 in Krankenhäusern, 3 in kommunalen Gesundheitseinrichtungen), 14 Mediziner/-innen unterschiedlicher Fachrichtungen (10 in Krankenhäusern, 4 in Niederlassungen), 7 Diplom-Psychologen/-innen (4 in Krankenhäusern, 3 in Niederlassungen), 8 Pflegekräfte (4 in Krankenhäusern, 4 in ambulanten Pflegediensten). Zusätzlich wurden 3 Meta-Interviews mit Gesundheitswissenschaftler/-innen durchgeführt, deren Analyse die Dateninterpretation absicherte. Die Interviews dauerten zwischen 30 und 90 Minuten und wurden inhaltsanalytisch nach Mayring (2003) ausgewertet. Ein Auswertungssystem mit bestimmten Kategorien wurde aufgrund theoretischer Vorüberlegungen bereits vor den Interviews festgelegt. Der Leitfaden umfasste folgende Fragenkomplexe bzw. Hauptkategorien: 1.

Definition/Verständnis von Interdisziplinarität; 2. Kooperation und Vernetzung mit welchen Berufsgruppen/Einrichtungen; 3. Wege, Motive und Bedingungen der Zusammenarbeit; 4. Entwicklung der Zusammenarbeit in den vergangenen ca. 15 Jahren; 5. Stärkung oder Schwächung des beruflichen Status durch die gegenwärtigen Regulationen; 6. Persönliche Beurteilung der Entwicklung und Kritik.

Die Analyse der verbalen Daten erfolgte induktiv, d.h. mit einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse, getrennt nach Berufsgruppen. Im hier vorliegenden Beitrag werden nur diejenigen Antworten ausgewertet (also nicht vollständig wiedergegeben), die die Auffassung möglichst vieler Befragter widerspiegeln. Auf die Untersuchung von „Ausreißern“ bzw. vereinzelter Meinungen wird hier verzichtet. In den Abschnitt „Empirische Befunde“ fließen nur sehr vorsichtige Interpretationen der Autorin mit ein. Vielmehr finden die Leser/-innen hier die mehrheitlichen Ansichten der Befragten wieder. Erst der Schlussteil beinhaltet neben knapper Zusammenfassung der Ergebnisse weitergehende Schlussfolgerungen der Verfasserin.

4. Empirische Befunde

4.1 Interdisziplinarität aus Sicht der Ökonomie

Aus Sicht der Ökonomie ist der Begriff der Interdisziplinarität eher nachrangig. Als prioritär wird die Implementierung von mehr Marktprinzipien angesehen. Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung ergäben sich anschließend automatisch, nämlich um den Markterfordernissen gerecht werden zu können. Nach übereinstimmender Aussage der Befragten muss in das Gesundheitswesen noch viel stärker der Geschäftsgedanke hinein getragen werden. Gesundheit ist ein Produkt wie ein Industrieprodukt, und in der Industrie redet man nicht über Interdisziplinarität, sondern darüber, wie möglichst rational ein möglichst gutes Produkt hergestellt und verkauft werden kann.

Als eine wesentliche Bremse im Gesundheitswesen wird die passive Versorgungsmentalität der Patienten angesehen, die sich zu einer aktiven Kundenmentalität hin entwickeln müsste. Gesundheit kommt nach Auffassung der meisten Bürger und Patienten von oben und wird als Aufgabe des Staates, der Gesellschaft und der Sicherungssysteme angesehen. Diese paternalistische Fürsorge-Mentalität macht den Patienten abhängig und passiv, lässt ihn im Status eines unmündigen, fordernden Kindes. Es muss eine Entwicklung hin zum mündigen, autonomen Patienten, der sich als Kunde betrachtet, erfolgen. Für Kunden/-innen, die zu einer solch aktiven Selbstbestimmung nicht in der Lage sind, müssten Angehörige oder professionelle Dienstleister/-innen diese Aufgaben übernehmen. Dem gesellschaftlichen Zentralwert „Gesundheit“ muss seine ominöse Heiligkeit genommen werden, er muss säkularisiert und als Produkt, als käufliche Ware angesehen und den Gesetzen des Marktes unterworfen werden, so die befragten Ökonomen. Die Reform des Gesundheitswesens muss aus ökonomischer Sicht weniger unter inhaltlichen Gesichtspunkten diskutiert werden. Vielmehr würde eine ökonomische Reform durch Anwendung der Marktgesetze aus dem Sektor der Industrie automatisch dazu führen, dass eine inhaltlich Optimierung erfolgt, denn eine solche gehört zwangsläufig zur Herstellung eines guten Produkts, das langfristig marktfähig ist. Gesundheit

muss versachlicht werden, und im kapitalistischen System heißt Versachlichung auch: mehr Markt. Soziokulturell ist nach ökonomischem Verständnis Gesundheit in unserer Gesellschaft noch immer zu sehr eine „heilige Kuh“, von der man profane, weltliche Überlebensgesetze fernhält und deren Anbeter, die Patienten, sich nicht als aufgeklärte Kunden eines Produktes, sondern als Gemeindegliedern, denen der göttliche Segen zuteil wird, verstehen. Diese Mentalität vom Kind und vom Super-Versorger ist eine zentrale Crux des Versorgungssystems. Ein Mentalitätswandel könnte jedoch mit dem Verlust sehr großer Zahlen von Wählerstimmen verbunden sein. Nur eine mutige Politik, die einen solchen Mentalitätswechsel verkaufen kann und mit einer enttäuschten Bürgerreaktion verantwortungsvoll zurecht kommt, kann hier mehr als Augenwischerei erreichen. Der paternalistische Fürsorgecharakter statt eines kundenorientierten Produktcharakters im Gesundheitswesen macht es so überkommen, so schwerfällig, unreformierbar, wenig ergebnisorientiert, wenig rational und effizient. Die Rollen aller Beteiligten müssten davon weg entwickeln: die der Patienten hin zu kritischen, informierten Kunden, die der Ärzte von den „guten Eltern, die es schon richten werden“ hin zu Dienstleistern und Produktanbietern, die der Krankenkassen hin zu einem Unternehmen, das für modernes Management und Qualitätssicherung zuständig ist.

Das Problem der demografischen Entwicklung ist seit über 20 Jahren bekannt, „Altenlastkoeffizienten“ sind schon vor Jahrzehnten berechnet worden, das Problem wird aber nicht systematisch angefasst. Es wird sorgenvoll festgestellt, aber keiner Lösung zugeführt. Änderungen, Einschnitte und damit verbunden auch mehr Selbstbeteiligung der Bürger/-innen sind unpopulär. Politiker/-innen handeln nicht nach der Maxime, was geboten ist, sondern danach, was Wählerstimmen bringt. Ökonomen machen schon lange Vorschläge darüber, was aus der Misere des Gesundheitswesens herausführen könnte: Allein es wird von Seiten der Politik nicht mutig und konsequent gehandelt.

Der Patient müsste stärker ein Bewusstsein dafür bekommen, dass Gesundheit ein Produkt ist, das eingekauft werden muss und einen bestimmten Preis hat. Das Finanzierungsmodell der gesetzlichen Krankenversicherungen über eine direkte Abführung vom Bruttogehalt und durch den Arbeitgeber lässt den einzelnen Bürger seine Investition nicht so nachhaltig wahrnehmen als wenn er den Beitrag selbst direkt entrichten müsste. Dass die Leistungsanbieter nicht mit dem Kunden selbst abrechnen, sondern mit dem Versicherer, verschärft die Kostenintransparenz und das falsche Gefühl, Gesundheitsversorgung habe mit Geld wenig zu tun. Das Verständnis dafür, dass Leistungen im Gesundheitswesen ihren Preis haben und dass mit den Geldern und Gütern wirtschaftlich umgegangen werden muss, ist zu wenig verbreitet. Auch durch diesen Geist der Kostenlosigkeit werden Ressourcen verschleudert. Über Geld im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit zu sprechen, scheint geradezu unmoralisch zu sein, ist mit einem Tabu behaftet, ruft einen kollektiven Schrei der Empörung hervor. Der Konsument von Gesundheitsleistungen hat sich daran gewöhnt, dass es eine automatische Versorgung gibt, die er unbegrenzt in Anspruch nehmen kann und deren Kosten ihn nichts weiter angehen.

Aus ökonomischer Perspektive ergäben sich enge interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung automatisch als wirtschaftliche Erfordernisse, wenn der Gesundheitssektor verstärkt Marktprinzipien unterworfen würde.

Aber nicht umgekehrt wird eine breitere Einführung von interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung zu einem besseren und preiswerteren Endprodukt führen. Inter-

disziplinarität ist kein Wert an sich, so die Gesprächspartner, sondern möglicherweise ein Zweck auf dem Weg zum Endziel. Daraus ergibt sich, dass es Aufgabe der kaufmännischen Leitungen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens ist, interdisziplinäre Strukturen zu etablieren. Dies ist nicht etwa Aufgabe anderer Berufsgruppen, deren Motivation und Ausbildung anders gelagert sind. Die Ökonomisierung ist nach Ansicht der Interviewpartner eine Leitungsaufgabe, die im Krankenhaus als größerer Organisation den kaufmännischen Leitungen obliegt. Für kleinere Einheiten wie ärztliche Niederlassungen in der ambulanten Versorgung müssen Strukturen geschaffen werden, die ebenfalls Ökonomisierung und Kontrolle ermöglichen wie etwa Praxisnetze oder interprofessionelle Zusammenschlüsse. Qualitätsmanagement-Beauftragte z.B. von den Krankenkassen müssen Effizienzsteigerung systematisch steuern. Für die Niederlassungen müssen Organisationsstrukturen geschaffen werden, die eine solche Steuerung ermöglichen. Eine solche Kultur der Steuerung durch Marktgesetze muss nach Auffassung der Ökonomie breit in das Gesundheitswesen eingeführt werden. Qualitätsmanagement darf nicht als zusätzliche, quasi freiwillige Arbeit neben der inhaltlichen Arbeit her begriffen werden. Vielmehr muss es als integraler Bestandteil der Arbeit etabliert werden. Wirtschaftliche und organisatorische Gesichtspunkte sind immer noch verpönt und werden als der direkten therapeutischen Arbeit mit dem Patienten nachrangig bewertet. Dieses alte Ethos hat sich überlebt und ist nicht mehr marktfähig. Organisationen im Gesundheitswesen verstehen sich noch nicht breit genug als Produktionsbetriebe, als Wirtschaftsunternehmen. Die Forderung nach mehr Markt im Gesundheitswesen gilt aus Wohlfahrtsempfängersicht als anstößig und löst Empörung aus.

4.2 Interdisziplinarität aus Sicht der Sozialen Arbeit

Soziale Arbeit ist eine im Kern interdisziplinäre Profession, ist diejenige Disziplin im Gesundheitswesen, von der Interdisziplinarität ausgehen kann und zwar vorrangig vermittelnd und koordinierend. Für die Soziale Arbeit bedeutet Interdisziplinarität in erster Linie koordinierte Zusammenarbeit mit allen unterschiedlichen ambulanten und stationären Einrichtungen im Gesundheitswesen wie Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste, Pflegeheime, Hausärzte, Beratungsstellen, Behörden. Soziale Arbeit versteht Interdisziplinarität stark als organisatorische Schnittstellen-, Lotsen- und Koordinationsaufgabe.

Notwendig wäre nach Auskunft der Befragten eine Ausweitung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, da gesundheitliche und soziale Probleme stark miteinander verwoben sind. Zu beobachten ist demgegenüber eine Abdrängung der Sozialen Arbeit aus dem Versorgungssystem, weil unter wachsendem ökonomischem Druck nur noch die „nackten“ medizinischen Notwendigkeiten finanziert werden. Vom kaum durchgesetzten Konzept der Gesundheit als biopsychosozialem Phänomen rückt man bereits wieder ab und beschränkt Versorgungsleistungen verstärkt auf biomedizinische Grundleistungen. Soziale Leistungen werden hingegen zunehmend beschnitten, auch was die gesundheitliche Versorgung anbetrifft. Arbeitsplätze für Sozialarbeiter im Gesundheitswesen werden dementsprechend rarer. Das selbständige, freiberufliche Anbieten von Dienstleistungen z.B. als gesetzliche Betreuer, geschieht oftmals am Rande des Existenzminimums. Gelder von den Kostenträgern fließen immer weniger in diesen Bereich. Wenn Soziale Dienste von den Patienten selbst finanziert werden müssen, nehmen nur die gutbetuchten diese in Anspruch.

Eine der Zukunftsaufgaben der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen wird es laut den GesprächspartnerInnen sein, den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu organisieren und zu koordinieren und nach dem Prinzip des Case Management den Patienten so zu informieren und zu beraten, dass er zu einem mündigen, kritischen Kunden im Versorgungssystem wird, der die unterschiedlichen Angebote und Dienstleistungen optimal nutzen kann. Verweildauerkürzungen bspw. machen es erforderlich für die Patienten, das ambulante Angebot vermehrt und effizient in Anspruch zu nehmen. Durch den Angebotsdschungel zu lotsen und über Leistungssysteme aufzuklären, wird zunehmend Aufgabe der Sozialen Arbeit. Dies übernehmen derzeit teilweise die Sozialdienste der Krankenhäuser. Da diese Aufgabe sich aber ausweitet, werden hier in Zukunft zunehmend vermittelnde und koordinierende Fachkräfte gebraucht. Denkbar sind hierfür auch selbständig tätige Sozialarbeiter/-innen, die privatwirtschaftlich als Dienstleister von Patienten in Anspruch genommen werden. Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen muss die Klienten über die unterschiedlichen Leistungen, Leistungsanbieter, Kostenträger, über Prävention, Intervention und Nachsorge und über die regionalen Anbieter informieren. Die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben und vorgehaltener Angebotsmöglichkeiten in die Versorgungspraxis muss von der Sozialen Arbeit so gestärkt werden, dass die Patienten informierte, kritische, kompetente Nutzer und Kunden sind. Gerade Personen, die gleichzeitig Klienten des Sozial- und des Gesundheitssystems sind, bedürfen einer vernetzten Versorgung. Diese Aufgabe kann nur mit interdisziplinärem Hintergrund erfüllt werden.

Interdisziplinarität nach innen bedeutet aus Sicht der Sozialen Arbeit, möglichst viele Berufsgruppen zu integrieren, und nach außen, sich mit den anderen Institutionen und Disziplinen in der Praxis wie auch in Wissenschaft und Forschung zu vernetzen. Dies geschieht aus inhaltlichen, nicht aus ökonomischen Motiven, um die Patientenversorgung möglichst effizient zu gestalten. Interdisziplinarität ist auch erforderlich, um einen Betreuungs-overkill, Doppel- und Mehrfachinterventionen, zu verhindern.

In der Kooperation zwischen Sozialer Arbeit und Medizin gibt es nach Auskunft befragter Sozialarbeiter Schwierigkeiten, da Überlegenheit- bzw. Minderwertigkeitsgefühle einen Graben bedingen. Die Arbeit verlangt inhaltlich aber die enge Kooperation. Eine Annäherung beider Berufsgruppen ist erforderlich.

4.3 Medizin

Interdisziplinarität bedeutet für die Medizin nach den Erfahrungen der Befragten in erster Linie Kooperation der verschiedenen medizinischen Fachgebiete. Interprofessionalität und Zusammenarbeit aller beteiligten Einrichtungen sind zunächst nicht gemeint. Interdisziplinarität im medizinischen Sinne ist nach Aussagen der Befragten in den letzten Jahren eher abgeflacht als gewachsen, weil die medizinischen Fachdisziplinen immer spezieller geworden sind und immer weniger voneinander wissen. Viele vor allem ältere, traditionelle Mediziner sehen sich nach wie vor an der hierarchischen Spitze im Gesundheitswesen und sprechen den anderen Berufsgruppen eine untergeordnete Position zu. Es bedarf heute größerer Anstrengungen durch die Ärzte, für Interdisziplinarität und Kooperation zu sorgen, weil die zunehmende Spezialisierung zu Auseinanderdriften, zu Fraktionierung und Vereinzelung führt. Durch den Wissens- und Tech-

nologiezuwachs in der Medizin wird die Diversifizierung immer ausgeprägter. Für interdisziplinäre Arbeit benötigt man mehr Personal. Die gegenwärtige Situation ist aber von zunehmendem Personalabbau gekennzeichnet.

Dass Management, Verwaltung, Betriebswirtschaft, Unternehmensführung, kurz: ökonomische Steuerung in der Medizin immer breiteren Raum annehmen, lässt Mediziner nicht umso mehr mit den entsprechenden Berufsgruppen zusammen arbeiten, sondern setzt sie vielmehr unter den Druck, selbst immer mehr Kompetenzen neben den eigentlich medizinischen erwerben und ausüben zu wollen. Die nichtmedizinischen Aufgaben wachsen an und werden nur wenig von Medizinern an andere Berufsgruppen delegiert. Es besteht ein Widerspruch darin, dass auf der einen Seite durch den zunehmenden ökonomischen Druck die Arbeitsbelastung dichter und größer wird, auf der anderen Seite die Erforderlichkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit wächst, für die in erheblichem Rahmen Zeit aufgewendet werden muss bzw. müsste.

Der Druck zur Qualitätssicherung und Kosteneinsparung erzwingt Interdisziplinarität und Vernetzung. Diese kommt jedoch weder von innen noch von unten, sondern wird als von oben und von außen aufgezwungen erlebt; das erzeugt Widerstand. Die Medizin empfindet die Überfrachtung mit nichtakademischen, fachfremden Aufgaben und die Unterordnung unter den Primat der Ökonomie als Proletarisierung und Fremdbestimmung. Durch Politik und Ökonomie sieht die medizinische Profession eine Schwächung der ärztlichen Autonomie und des ärztlichen Status als gegeben, auf die sie mit verstärkten Anstrengungen, ihre Machtposition beizubehalten, reagiert.

Politische Entscheidungen und Regelungen werden als fachfremd und übergestülpt empfunden. Die Konsequenzen für den medizinischen Arbeitsalltag und die direkte Patientenversorgung seien nicht bedacht, da sie eine andere Stoßrichtung als inhaltlich optimale Patientenorientierung hätten. Zuviele Gesetzesregelungen seien am grünen Tisch entstanden daher im Alltag nicht praxistauglich.

Der einzelne Arzt wird zum widerwilligen Exekutor von Richtlinien, die seine eigentliche, medizinische Aufgabe nicht fördern, sondern eher behindern und zeitlich beschneiden. Diese Zwangslage ist in Bezug auf interdisziplinäre Kooperation äußerst kontraproduktiv. Ärzte und Ärztinnen empfinden sich als durch die Politik massiv abgewertet.

Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung können nur erreicht werden, wenn man Patienten abgeben, überweisen kann. Und das kann man nur, wenn man sich als Person und ökonomisch sicher fühlt. Interdisziplinäre Projekte aller Art sind sehr zeitaufwändig, z.B. Gesundheitskonferenzen. Zeit aber ist ein Faktor, über den Ärzte immer weniger verfügen. Interdisziplinarität – und selbst nur die unter den Ärzten – bleibt daher zunehmend auf der Strecke.

Die befragten Mediziner/-innen sind sich einig, dass ein Interesse an Interdisziplinarität vorrangig inhaltlich motiviert sein sollte, nicht ökonomisch. Ärzte möchten die Effizienz der Patientenversorgung und ihre Arbeitszufriedenheit erhöhen und aus dieser Motivation heraus interdisziplinäre Konzepte entwickeln. Übergestülpten Zwang zu Kooperation aus ökonomischen Gründen lehnen sie demgegenüber mehrheitlich ab.

4.4 Psychologie

Für Psychologen/-innen gehören Interdisziplinarität und Multiprofessionalität zusammen. Es herrscht die Idealvorstellung von Teamarbeit vor, um ein Gesundheitsproblem optimal zu lösen. Um dieses Ziel zu erreichen, bringt jede Profession sich aus ihrem Blickwinkel ein. Für die meisten Befragten dieser Berufsgruppe scheitert dieses Modell jedoch in der Berufspraxis.

Psychologen hatten und haben teils noch Mühe, sich im Gesundheitswesen zu positionieren. Vor dem 1.1.1999 (Psychotherapeuten-Gesetz) waren die Ärzte wenig kooperationsfreudig; es bestand das Delegationsverfahren, bei dem die Ärzte die Verantwortung behielten, und seltener gab es zudem das Kostenerstattungsverfahren. Psychotherapeuten/-innen waren von den Ärzten abhängig und ihnen untergeordnet. Dieser Statusunterschied ist noch nicht gänzlich überwunden, beide Professionen arbeiten nicht optimal zusammen; die psychologische Psychotherapie ist bei den Ärzten noch nicht voll anerkannt.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass es auf dem Feld der Psychologie/Psychotherapie kaum institutionalisierte Kooperation gibt. Wer will, erarbeitet sie sich. Mit dem Gesetz seit dem 1.1.1999 verbessert sich zwar die Kooperation zwischen Psychologie und Medizin; sie ist aber formalisiert und nur wenig inhaltlich. Die Klienten/-innen können heute direkt zum Psychotherapeuten gehen, und anders als früher wird dann ein Arzt hinzugezogen. Auch verbessert sich nach Auskunft der Befragten die Bereitschaft der Ärzte, Patienten zu überweisen. Beide Berufsgruppen sind verbandsaktiv, aber jeweils eher für sich. Interprofessionelle Qualitätszirkel entwickeln sich jetzt erst allmählich. Supervisionsgruppen sind meist monodisziplinär aus Psychologen/-innen zusammen gesetzt. Kooperationen mit anderen Berufsgruppen wie z.B. Sozialarbeit sind eher selten und dann meistens auf persönlicher Basis. Solche Kontakte sind überwiegend nicht institutionalisiert, sondern informell und fakultativ. Die Kooperation mit Ärzten ist eher funktional und organisatorisch als inhaltlich; zu anderen Berufsgruppen ist sie noch spärlich.

Das Psychotherapeutengesetz hat eine große Einengung der Methoden gebracht.

Dieser Umstand sorgt neuerlich für Hierarchien und Ausgrenzung, diesmal in der Berufsgruppe der Psychotherapeuten selbst und verunmöglicht eine Verbesserung der Kooperationsstrukturen. In anderen europäischen Ländern ist die Psychotherapie berufs- und schulübergreifend, interdisziplinär und methodenübergreifend, unabhängig sowohl von der Medizin als auch von der Psychologie, vielmehr ein eigenständiges Berufsbild. Um einem Ideal interdisziplinärer Psychotherapie näher zu kommen, wäre es erforderlich, europäisch zu denken, d.h. weg von dem jetzigen eingeengten Modell. Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung werden sich vermutlich eher europaweit als bundesweit entwickeln können.

Etwas anders stellt sich das Bild bei den nicht-psychologischen Psychotherapeuten/-innen dar. Diese – nicht kassenzugelassenen – Leistungsanbieter sind eine sehr heterogene Gruppe mit unterschiedlichem Berufshintergrund und ausgesprochener Methodenvielfalt. Hier sind häufig enge Kooperationsstrukturen etabliert, die oft über Supervisionsgruppen hinausgehen. Es wird sowohl auf inhaltliche Auseinandersetzung und Weiterentwicklung als auch auf eine Art Selbsthilfe für diese Berufsgruppenmitglieder abgezielt.

4.5 Pflege

Mit Interdisziplinarität meint die Pflege die Zusammenarbeit aller Berufsgruppen und Einrichtungen im Gesundheitswesen. Interdisziplinarität hat sich aus Sicht der Pflege nur sehr bedingt durchgesetzt. In der Überleitungspflege z.B. konnte sie im Ansatz eingeführt werden. Die Verzahnung der ambulanten und der stationären Pflege entwickelt sich im Augenblick.

In Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten werden gegenwärtig unter Kostendruck zunehmend sehr unqualifizierte Kräfte, oft sogar mit unzureichenden Deutschkenntnissen, eingestellt. Mit ihnen ist aufgrund mangelnder Kompetenzen das Konzept professioneller Vernetzung nicht durchzusetzen.

Die Zusammenarbeit mit Ärzten lässt aufgrund hierarchischen Denkens immer noch zu wünschen übrig. Trotz der Akademisierungs- und Professionalisierungsbestrebungen der Pflege besteht insgesamt noch ein Unterordnungsverhältnis gegenüber der Medizin.

Die neue Gesetzgebung mit dem DRG – System reklamiert für sich, Interdisziplinarität stärker zu ermöglichen. Wie Interdisziplinarität seit dem 1.1.2004 in der Praxis konkret aussehen soll, ist jedoch unklar, so die Gesprächspartner/-innen. Zwar gibt es nun neue gesetzliche Rahmenbedingungen. Die Realisierung und die Folgen in der Praxis sind aber zu wenig bedacht worden. Die gegenwärtigen Zustände werden von den meisten befragten Pflegekräften als chaotisch beschrieben. Es herrscht große Unsicherheit über die neuen Bedingungen der Kostenübernahme. Die Patienten werden aus den Krankenhäusern pflegebedürftiger entlassen als vorher. Die ambulante Pflege müsste also besser greifen und mehr leisten als zuvor. Dies scheidet aber nach Auskunft der Befragten in der Praxis häufig, insbesondere an fehlender Kostenzusage durch die Krankenkassen. Auch wird beobachtet, dass die niedergelassenen Ärzte weniger Pflegemaßnahmen verordnen.

Von einer Verschlechterung der Versorgungspraxis betroffen seien insbesondere arme alte Frauen, so die Befragten. Für diese Bevölkerungsgruppe lässt sie Versorgungsqualität nach Beobachtung der InterviewpartnerInnen entschieden nach. Es ist schwer für Pflegekräfte auszuhalten, dass Maßnahmen leicht möglich wären, jedoch nicht durchzuführen sind, weil sie nicht bezahlt werden. Die Pflegeversicherung übernimmt, wenn überhaupt, erst nach 6 Monaten Kosten. Viele Pflegekräfte sind traurig und wütend, haben Mitleid mit den heute stärker denn je Benachteiligten, sie fühlen sich ohnmächtig, weil sie wegen fehlender Kostenübernahme keine optimale Patientenversorgung durchführen können. Dies führt zu großer emotionaler Belastung. Die Pflegekräfte hätten die Kompetenzen und Mittel und können diese nicht mehr gleichmäßig bei ihren Patienten anwenden. Zwar bereitet die Materialbeschaffung keinerlei Probleme, alles ist vorhanden, kann aber eben nicht jedem Bedürftigen gleichermaßen zufließen. Auch soziale Ungleichheit ist für Interdisziplinarität und Vernetzung ein Stolperstein.

Für den stationären Bereich sieht das Pflegepersonal in den letzten 15 Jahren eine Verbesserung, das Know how ist gewachsen, der Qualitätsstandard verbessert. Für den ambulanten Bereich hingegen wird aktuell eine deutliche Verschlechterung wahrgenommen. Die Patienten werden hilfebedürftiger aus der stationären Versorgung entlassen; die Möglichkeiten für eine adäquate ambulante Versorgung bestünden auch, aber die Bevölkerungsgruppen, die die Kosten dafür aufbringen können, schrumpfen.

Festgeschriebene Behandlungspfade werden von den Befragten als eindeutig positiv bewertet. Die Dokumentation sei zwar zeitraubend, aber auch Garant für Qualität. Standards fördern inhaltliche Qualitätsverbesserung, verbessern das Kostenmanagement und fördern interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Interdisziplinarität fand und findet nach Auskunft der befragten Pflegekräfte in der Patientenversorgung kaum statt. Als Ursache davon werden völlig veraltete, hierarchische Organisationsstrukturen des Gesundheitswesens angesehen. Leitende Ärzte sperrten sich mit Macht gegen Reform und Modernisierung. Nur über den ökonomischen Druck bricht dies langsam ein wenig auf, so die UntersuchungsteilnehmerInnen. Ärzte besprechen sich meistens unter sich, in Ärztekonzferenzen, die in der stationären Versorgung überwiegend stationsintern sind. Nur bei besonders komplizierten Spezialfällen finden interdisziplinäre Fallkonferenzen statt.

Es entsteht in der Pflege viel Berufsfrust durch die Erfahrung, man könnte eigentlich besser helfen, aber es lässt sich wegen einengender finanzieller Rahmenbedingungen nicht realisieren. Verbitterung führt, so die Interviewpartner/-innen, zu Abkapselung und Rückzug statt zu Öffnung und Kooperation.

In der Pflege ist die Berufsunzufriedenheit sehr hoch und damit die Verweildauer im Beruf gering. Dieser missliche Umstand ist nicht zuletzt auf die mangelnde interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung zurückzuführen.

5. Fazit

Die unterschiedlichen Professionen haben eine stark divergierende Auffassung von Interdisziplinarität. Jede Berufsgruppe hat ein eigenes Verständnis von Professionalität und entwickelt daraus ein spezifisches Verständnis von Interdisziplinarität. Der Begriff wird massenhaft, aber keineswegs einheitlich verwendet. Für die Ökonomie ist er nachrangig als Konsequenz verschärfter Marktprinzipien, für die Soziale Arbeit hat er Vermittlungscharakter, für die Medizin bedeutet er Zusammenarbeit der medizinischen Fachgebiete, die Psychologie versteht darunter Interprofessionalität und die Pflege begreift ihn als Resultat von Patientenorientierung.

Ökonomische Motive dominieren gegenwärtig die Bemühungen, interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen zu verbessern. Inhaltliche gemeinsame Weiterentwicklung unter dem Banner der Interdisziplinarität ist selten. Für den Aufbau und die Pflege interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung ist niemand strukturell zuständig und verantwortlich. Interdisziplinarität beruht auf ökonomischem Druck und auf dem persönlichen Interesse und Engagement einzelner. Wer nicht will, muss nicht. Wenn Personen mit Leitungsfunktionen in dieser Sache engagiert sind, wird für Interdisziplinarität gesorgt, sonst weniger. Es gibt keine festgelegten, institutionalisierten Korridore. Interdisziplinarität ist fakultativ, subjektiv, nicht definiert und keine Selbstverständlichkeit. Sie ist willens- und wollensabhängig. Den Begriff mit Leben zu füllen, obliegt dem Einzelnen. Gegenwärtig wird eine eher formalisierte, oberflächliche Interdisziplinarität durch ökonomischen Zwang forciert.

Leitung, Geschäftsführung und Management von Gesundheitseinrichtungen müssten demgegenüber aktiv eine offene, interdisziplinäre und interprofessionelle Haltung in die

Arbeit tragen, müssen ein solches Konzept werbend durchsetzen und ermöglichen. Wenn man darauf setzt, dass es nur von unten kommt, wird es sich nur punktuell entwickeln.

Hemmnis für Interdisziplinarität ist ein Mangel an berufsständischer und finanzieller Sicherheit. Teamgeist und Anerkennung der anderen Professionen sind im deutschen Gesundheitswesen wenig etabliert. Interdisziplinarität wird noch stark als Bedrohung statt als Bereicherung erlebt. Man schottet sich ab, fürchtet und verachtet einander (tendenziell).

Es muss m.E. in der Ausbildung ein Persönlichkeitsbildungsprozess durchlaufen werden, der die Fragen klärt, was kann ich und was kann ich nicht, was kann ich nur mit interdisziplinärer Kooperation erreichen und was kann ich allein. Interdisziplinarität ist eine Kompetenz, die auf einer persönlichen Haltung beruht, sie ist eine persönliche Entscheidung. Wer ein gutes Selbstwertgefühl hat, kann offen mit seinen Stärken und Grenzen umgehen, fühlt sich nicht so schnell angegriffen. Daher muss Persönlichkeitsbildung in Ausbildungspläne integriert werden. Interdisziplinarität ist stark abhängig von Persönlichkeit und Selbstbewusstsein, nur wer emanzipiert ist, seine Stärken und Schwächen kennt und konstruktiv-offensiv damit umgehen kann, wird interdisziplinär arbeiten können. Die Ausbildung in allen Gesundheitsberufen müsste eine interdisziplinäre Haltung lehren. Die Berufsidentifikation müsste zum Ausbildungsgegenstand gemacht werden. Teamfähigkeit und Kooperation müssten in Studium und Ausbildung vermittelt und in der weiteren Ausbildung eingeübt werden. Eine dafür nötige gleichzeitig selbstbewusste und bescheidene innere Haltung muss erlernt werden. Interdisziplinarität müsste in einen Lehrplan „Schlüsselkompetenzen in Gesundheitsberufen“ eingebettet sein und allgemein soziale Kompetenzen wie Kommunikations- und Teamfähigkeit beinhalten.

Interdisziplinarität muss also von aussen und von innen kommen, um als Konzept effizient realisiert werden zu können. Interdisziplinarität muss strukturell vorgegeben und im persönlichen beruflichen Selbstkonzept integriert sein. Sie bekommt Substanz nur durch die persönliche Gestaltung innerhalb eines institutionellen Rahmens. Interdisziplinarität gehört unumgänglich zur Professionalität. Wo sie fehlt, bestehen Professionalisierungs- und Qualifizierungsdefizite.

Literatur

- Von Ferber, C., Laaser, U. & Lützenkirchen, A. (2000). Gesundheit – Gesundheitswissenschaften – Gesundheitssicherung. Standortbestimmung und Paradigmenwechsel zum Jahr 2000. In Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hg.), Gesundheit – Strukturen und Handlungsfelder. Neuwied: Luchterhand-Verlag.
- Lützenkirchen, A. (2003). Organisationsentwicklung durch Gesundheitsförderung, dargestellt am Beispiel Krankenhaus. Zeitschrift für Gruppendynamik und Organisationsberatung, 4, 405-416. Opladen: Leske und Budrich.
- Lützenkirchen, A. (2004). Schwächung oder Stärkung der ärztlichen Autonomie? Die medizinische Profession und die evidenzbasierte Medizin. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 3, Urban und Fischer.
- Lützenkirchen, A. (2005). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Zielgruppen, Praxisfelder, Institutionen. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag.
- Mayring, P. (2003). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Juventa.

Zur Autorin

Anne Lützenkirchen, Prof. Dr. habil., Diplom-Gesundheitswissenschaftlerin und Psychotherapeutin, Professorin für Soziale Arbeit und Integrationspädagogik an der Fachhochschule Fulda, Fachbereich Sozialwesen.

Anschrift: FH Fulda, FB SW, Marquardstr. 35, 36039 Fulda. anne.luetzenkirchen@sw-fh-fulda.de Homepage: www.fh-fulda.de/fb/sw/profs.htm