Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1991)

Heft: 33

Artikel: Blick über die Grenzen : das Spiel zwischen Arzt und Schwester

Autor: Stein, L.I. / Watts, D.T. / Howell, T.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-790423

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 14.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Blick über die Grenzen
Das Spiel zwischen Arzt und Schwester

Uebersetzung des im New England Journal of Medicine, 322, Seite 546 - 549, 1990 erschienen Artikels von L.I. Stein, D.T. Watts, T. Howell (alle Mediziner), Universität Wisconsin, USA, von V. Schneider

Die Beziehung zwischen Arzt und Schwester ist eine besondere. Sie liegt in beidseitigem Respekt und Abhängigkeit begründet. Die der Beziehung zugrundeliegende Wechselwirkung kann man als Spiel bezeichnen. 1967 wurde beschrieben, wie Aerzte und Schwester damals miteinander umgingen. - In diesem Artikel möchten wir die seither eingetretenen Aenderungen beschreiben, da sich nach unserer Ueberzeugung in den letzten zwei Jahrzehnten grosse Wandlungen in der Beziehung Arzt/Schwester ergeben haben. Darum gehen wir kurz zu den damaligen Verhältnissen zurück und vergleichen sie mit der heutigen Situation:

Das Spiel zwischen Arzt und Schwester 1967

1967 war klar, dass die Beziehung zwischen Aerzten und Schwestern hierarchisch war, wobei Aerzte den Schwestern übergeordnet waren. Diese Wechselwirkung wurde sorgfältig gepflegt, um die Hierarchie nicht anzutasten. Schwestern mussten zugriffig sein, Initiative zeigen und waren verantwortlich, wenn es darum ging, wichtige Empfehlungen vorzubringen; anderseits mussten sie passiv scheinen. Sie waren zwar gehalten Empfehlungen abzugeben, es musste jedoch so aussehen, als ob sie vom Arzt kämen.

Hauptregel des Spiels war, Meinungsverschiedenheiten zwischen den Spielern um jeden Preis zu vermeiden. So mussten Schwestern, scheinbar ohne es zu tun, Empfehlungen abgeben; Aerzte, welche einen Hinweis benötigten, mussten dies den Schwestern klarmachen, ohne darüber gesprochen wurde. Diese Technik ermöglichte es beiden, sich in einer Sache nicht festzulegen. So wurden offene Konflikte vermieden.
Wurde das Spiel erfolgreich gespielt, wurden beide Parteien belohnt. Die offensichtlichste Belohnung bestand im effizienten Funktionieren des Arzt-Schwester-Team: Der Arzt benötigte die Schwester als wertvolle Beraterin und die Schwester gewann dabei Selbstachtung und berufliche Befriedigung. Auch dem Arzt brachte dies Respekt und Bewunderung des Schwestern-Teams ein.
Andererseits konnten beim Misslingen des Spiels die Strafe hoch sein: Aerzte, welche als ungeübte Spieler die subtilen Empfehlungen der Schwestern nicht erkannten, wurden als Tölpel hingestellt. Wenn Aerzte Empfehlungen jedoch als Frechheit taxierten und sich solche Hinweise verbaten, hatten sie einen steinigen Weg zu gehen. Freimütige Schwestern, welche sich als Berater der Aerzte sahen und die Spielregeln beim Erteilen von Ratschlägen missachteten, gerieten in Teufels Küche. Waren sie klug und ihr Rat gut, beliess man sie auf ihrem Posten, sie wurden jedoch ständig daran erinnert, dass man sie nicht leiden mochte.
Das Spiel entstand aus einer an den beidseitigen Lehrstätten erworbenen Haltung. Während sie von Aerzte erst nach dem Studium angenommen wurde, traf dies für die Schwestern bereits während der Ausbildung an den spitalinternen Schwesternschulen zu. - Um den Schülerinnen Unterordnung einzuschärfen und um Ab-

weichungen zu unterbinden, wurden diese Schulen streng und diszipliert geführt. 1967 waren fast 90 Prozent der Krankenschwestern Ehemalige solcher Schulen. - Während der Ausbildung lernten die angehenden Schwestern, dass es für die Aerzte beleidigend sei, wenn Schwestern ihnen Anregungen gäben. Das sei gleichbedeutend wie ihre medizinische Kenntnisse anzuzweifeln und könnte andeuten, dass sie ihren Beruf nicht kannten.
Obschon also den Schwestern klargemacht wurde, dass jede Empfehlung, die sie den Aerzten unterbreiteten, eine Beleidigung für diese darstellte, sagte man ihnen auch, dass Empfehlungen eine unschätzbare Hilfe für die Aerzte seien und dass es ihre Pflicht sei, Vorschläge zum Wohl des Patienten zu machen. Sagte nun der gesunde Menschenverstand den Schwestern, dass eine Empfehlung dem Arzt helfen würde, konnten sie diese nicht direkt anbringen. Der Ausweg bestand in der Anwendung des Spiel zwischen Arzt und Schwester, also darin, die Empfehlung zu geben, ohne dass es so aussah.

Voraussetzungen für eine Aenderung

Seit 1967 wurde das Doktor-Schwester-Spiel von vielen sozialen Veränderungen berührt. An manchen Orten wird es zwar nach wie vor gespielt wie beschrieben. Die Kräfte im Spiel lassen jedoch voraussehen, dass es rasch zu Aenderungen kommen wird.
Die Aerzte haben ihre Gloriole verloren. Heutige Aerzte profitieren nicht länger vom Bild der selbstlosen Aufopferung für ihre Patienten. Die Kommerzialisierung der Heilkunst hat dem Publikum den Glauben an die altruistischen Motive der Aerzte genommen. Der Glaube an die ärztliche Allmacht machte einem breiten Wissen auch um ärztliche Fehlbarkeit Platz. In dieser Zeit des Spezialistentums kann kein Arzt alles

über alle Patienten wissen. Deshalb gewinnt ein auf das ärztliche Allwissen gerichtetes Spiel bald etwas Künstliches, Läppisches.
Es gibt auch immer mehr Aerztinnen: 1989 waren 38 Prozent der Medizinstudenten weiblich, während es vor zwei Dekaden gerade 9 Prozent waren. Obschon auch Medizinstudentinnen in das Spiel eingeweiht werden, fehlt hier das stereotype männliche Dominanzstreben sowie die weibliche Passivität. Auch sind heute bereits drei Prozent des Pflegepersonals männlichen Geschlechts, was das Spiel noch absurder macht.
Im Gegensatz zur Aerzteschwemme in manchen Regionen, herrscht Schwesternmangel, was die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf den Wert des Pflegebereichs im Gesundheitswesen richtete. Auch wurden die meist schlechten Arbeitsbedingungen von Krankenschwestern bekannt: relativ geringer Lohn, begrenzte berufliche Autonomie verglichen mit den Aerzten und Unterbeteiligung in der Spitalverwaltung, selbst was die praktische Berufsausübung oder Hilfen bei der Bewältigung des Berufsalltags betrifft. Kein Wunder, dass die Aufnahmezahlen von Schwesternschulen sinken und dass Schulabgänger finden, sie würden lieber Aerzte als Krankenschwestern werden.
Das Bild der Schwester als Dienende weicht dem einer gutgeschulten, diplomierten Fachkraft mit vom Arzt unabhängigen Aufgaben, die sich dem Patienten gegenüber verpflichtet fühlt. Aerzte hängen in zunehmendem Mass von Spezialkenntnissen von Schwestern ab in so anspruchsvoller Umgebung wie Notaufnahme, Spezialkliniken und Intensivstationen. - Starke Schwesternrollen werden auch durch zeitgenössische Medien verbreitet. - In Bereichen wie Geriatrie, Pädiatrie und Psychiatrie wird das Modell einer interdisziplinarischen Gruppe befürwortet, welches die beste Pflegequalität für Langzeitpati-

enten bietet. Solche Modelle, welche auf Zusammenarbeit basieren, geben den hierarchischen Strukturen des Arzt-Schwester Spiels den Rest.

Das Spiel zwischen Arzt und Schwester 1990

Das 1967er-Spiel war ein verwickeltes, sich über Jahre hinaus verbreitendes Wechselspiel, wo beide Partner willig mitspielten. Heute hat sich einer der Partner, die Krankenschwester, einseitig entschieden, nicht mehr teilzunehmen und sich stattdessen bewusst und aktiv um eine Aenderung ihrer Haltung gegenüber Krankenpflege und deren Ausübung durch Schwestern bemüht. Der untenstehende Dialog will diese veränderte Beziehung zwischen Arzt und Schwester zeigen:
Ort der Handlung ist eine Chirurgische Abteilung, wo eine Schwester, Frau Schmid, jeweils für die Pflege der ihr anvertrauten Patienten verantwortlich ist. Die brustamputierte Frau Braun vertraut Frau Schmid an, dass sie befürchtet, nach dieser Operation für ihren Mann nicht mehr sexuell attraktiv zu sein. Die Schwester hat für Frau Braun und ihren Mann am nächsten Nachmittag eine Unterredung mit dem Arzt vereinbart. Dr. Jones, der das Problem nicht kennt und auch von der Unterredung nichts weiss, hat die Entlassung der Patientin angeordnet:
Es folgt dieser Dialog:

Frau Schmid: Dr. Jones, wie ich sehe, planen Sie, Frau Braun heute zu entlassen.
Dr. Jones: Ja, sie hat bemerkenswerte Fortschritte gemacht seit der Operation und sie kann nach Hause gehen.
Frau Schmid: Ich stimme dem zu, die Narbe sieht gut aus und ihr Lebenswille ist wieder da. Aber wie ist das mit ihrer Befürchtung über das Verhältnis zum Ehemann?

MAN KANN
AUF SEIN GLÜCK BAUEN.
ODER
AUF EINE GUTE VERSICHERUNG.

ZÜRICH
VERSICHERUNGEN

Dr. Jones: Von welcher Befürchtung sprechen Sie?
Frau Schmid: Ich habe doch einen ausführlichen Pflegebericht darüber geschrieben, wie Frau Schmid befürchtet, dass ihr Ehemann sie sexuell nicht mehr attraktiv finden wird, nach ihrer Brustamputation. Ebenso habe ich vermerkt, dass ich ein gemeinsames Treffen mit dem Ehemann vereinbart habe. (Diese Aeusserung erfolgt ohne die Andeutung einer Entschuldigung über eigenmächtiges Handeln.)
Dr. Jones: Das habe ich nicht mitbekommen und ich habe bereits entschieden, dass sie entlassen werden kann. Ich kann sie ja später immer noch zu jemandem schicken, falls das ein Problem wird.
Frau Schmid: Aber Herr Dr. Jones, es ist bereits ein Problem für sie und ich empfehle Ihnen sehr, dass Sie die Entlassung auf morgen verschieben bis nach diesem Treffen mit dem Ehemann. Ich muss schon sagen, dass es gut wäre für unsere gemeinsamen Anstrengungen, wenn Sie meine Notizen ebensogut lesen würden, wie ich die Ihren! (Beachten Sie die unschminkte Empfehlung und das Geltendmachen der gleichen Wichtigkeit von Diagnose durch den Arzt und Dokumentation durch Schwestern).

Wir werden nun die Versuche von Schwestern, die Beziehung zu den Aerzten und deren Reaktionen zu verändern, in fünf Teile gliedern:

Das Ziel

Krankenschwestern wollen die Krankenpflege zu einem autonomen medizinischen Beruf machen mit einem definierten Fachwissen. Dazu wollen sie gleichberechtigt mit andern im medizinischen Bereich Tätigen zusammenarbeiten, beispielsweise mit Physiotherapeuten, Apothekern, Sozi-

alarbeitern und Zahnärzten. Man sieht, dass die Aerzte nicht ausgesondert werden, sondern einfach als Gruppe unter anderen im medizinischen Fachbereich gesehen werden. Dies wird alles klar formuliert in der sozialpolitischen Darstellung, welche 1980 von der Amerikanischen Krankenschwestern-Organisation verabschiedet wurde.

Die Motivation

Die Beweggründe für menschliches Handeln sind komplex und der Kampf der Schwestern zur Erreichung ihres Ziels hängt von vielen Faktoren ab, auch wirtschaftlichen und organisatorischen. Wir glauben jedoch, dass der wahre Grund im allgemein menschlichen Drang nach mehr Autonomie und Abhängigkeit von einander liegt. Die Krankenpflege zählt über 100 Jahre und die Energien, welche diese Motivation vorantrieb, hat es schon immer gegeben. Vieles aus der Geschichte der Krankenpflege liest sich wie ein "harter Kampf um Ansehen".

Das gewerkschaftlich organisierte Pflegepersonal hat die Achtzigerjahre als "Dekade der Entscheidung in der Pflege" benannt und so kann man fragen: warum heute? Die Bewegung zu mehr Autonomie entstammt der Bürgerrechtsbewegung und noch mehr der Frauenbefreiung. Der Schwesternmangel hat die Autonomiebestrebungen noch beschleunigt, indem sie den Schwestern Gelegenheit gab, ihre Rolle neu zu definieren.

Der Träger für die Aenderung

Die grösste Hilfe der Schwestern im Kampf um ihr Ziel ist die Erziehung. Es werden (in Amerika) immer mehr Schwestern an Universitäten ausgebildet und ständig weniger in Schwesternschulen. 1988 erhielten nur 15 Prozent der Schwestern das Diplom nach Lehrabschluss, verglichen mit 90 Prozent 1955. 65 Prozent aller

Schwestern wurden in Colleges ausgebildet oder besitzen einen akademischen Grad.
Schwestern, die an Schwesternschulen ausgebildet werden, werden dazu trainiert, die ärztliche Autorität zu akzeptieren. Akademisch geschulte Schwestern haben eine Abneigung dagegen. Es wird ihnen an der Universität beigebracht, dass sie dem Arzt nicht Gehorsam schulden, sondern gleichwertig neben andern Berufen im Gesundheitswesen tätig sind, in einem kollegialen, nicht dienenden Verhältnis und deshalb Entscheidungen zu treffen haben und Verantwortung tragen können.
Auch herrscht an Schwestern-Akademien die Auffassung vom Arzt als Gesundheitstechniker, der Krankheiten behandelt und wenig Interesse zeigt für die humanistischen Aspekte der Heilkunst, wie Gesundheitserziehung, Krankheitsvorbeugung und Hilfe bei chronischer Krankheit für Familie und Betroffene.
Ein anderes Mittel um Aenderungen herbeizuführen, sind Gremien und Konferenzen über Zusammenarbeit zwischen Schwestern und Aerzten. Seit 1971 gibt es in den USA ein von beiden Seiten gefördertes Komitee, das Empfehlungen zum Rollenverständnis von Aerzten und Schwestern herausgibt. Manche Demonstrationsprojekte haben gemeinsame Zusammenarbeitsmodelle zwischen Aerzten und Schwestern aufgezogen, welche durch eine kollegiale, nicht hierarchische Struktur charakterisiert sind. Die Versuchsteilnehmer finden zunehmende Arbeitsbefriedigung, ein Vertrauensverhältnis zwischen Aerzten und Schwestern und ein sehr positives Echo von den so gepflegten Patienten.

Wirkung auf die Schwestern

Eine zunehmende Anzahl Schwestern fühlt sich frei, dem Arzt ihre Meinung über Krankenpflege zu sagen, ihn sogar herauszufordern. Sie sehen

gewisse Pflegebereiche als ihre Domäne an und treffen patientenbezogene Entscheidungen. Sie sind nicht länger willige Bittsteller, sondern selbstbewusste Rebellen geworden. Dieser Ausdruck scheint angebracht, denn oft wirken Schwestern nun überbestimmt, wenn nicht feindlich. Aber wie können wir anderes erwarten? Schwestern sehen sich als Freiheitskämpferinnen; sie sind dabei, die Krankenpflege als selbständigen Beruf zu etablieren. Der Arztberuf war mittels institutionalisierter geschlechtsspezifischer Diskriminierung und Spitalbürokratie einer ihrer Hauptunterdrücker.

Wirkung auf die Aerzte

Viele Aerzte reagieren auf diese Aenderungen mit Ratlosigkeit bis Bestürzung, sie fühlen sich nicht selten verraten und sind erbittert. Die meisten Aerzte haben Schwestern nie als Untergebene betrachtet und sind nun durch ihr Gleichberechtigungsbestreben verwirrt. Natürlich ist es für Machthaber nicht ungewöhnlich, zu übersehen, dass ihre Untergebenen sich unterdrückt fühlen. Einige Aerzte haben den Schluss gezogen, dass die Schwestern nicht mehr pflegen wollten, Sie sehen in Schwestern vornehmlich Ausführende von ärztlichen Anweisungen und sind frustriert, wenn Schwestern eine partnerschaftliche Beziehung anstreben. Solche Aerzte ziehen es oft vor, mit schlechter ausgebildetem Pflegepersonal zu arbeiten, welches tun, was man ihm sagt.

Ob die Krankenpflege ihr Ziel erreicht, ist eng mit deren beruflichen und politischen Wechselwirkungen mit der Medizin verbunden. Diese Wirkung betrifft den Wissensstand über die Gesundheitspflege in der Krankenpflege, ob er an Patienten und deren Angehörige so weitergegeben werden kann, dass er ankommt. In Vorbeugung und Chronischkrankenpflege behauptet sich die

Krankenpflege. Beide Bereiche werden jedoch, unter dem Motto "Medizin der ganzen Person", auch von den Aerzten beansprucht. Leider ist diese "Medizin" allzu oft nur Lippendienst bei den Aerzte, weshalb viele diese Gebiete der Krankenpflege zusprechen möchten.
Die politische Wechselwirkung der Krankenpflege und der Medizin beruht auf der Fähigkeit zur einheitlichen Meinungsäusserung durch die Schwestern. Ein ernstzunehmendes Hindernis ist der Graben zwischen Schwestern mit verschiedenem Ausbildungsstandard: Schwestern, welche einen akademischen Grad erworben haben, Schwestern mit Zusatzausbildung und Schwestern, welche die herkömmlichen Schwesternschulen absolvierten. Die Bemühungen der besser ausgebildeten Schwestern um mehr Anerkennung stossen bei einigen schlechter ausgebildeten auf Ablehnung. - Auch hier gibt es jedoch einen gemeinsamen Nenner: die Militanz beim Anstreben von besseren Arbeitsbedingungen, welche eine wachsende berufliche Autonomie einschliessen müssen. Wo früher ein Schwesternstreik undenkbar war, sind heute Streikdrohungen und Streiks nicht ungewöhnlich.
Obschon einige Aerzte die alte hierarchische Arzt-Schwester Beziehung herbeisehnen und versuchen, den Aenderungen entgegenzuwirken, ist der Fortschritt nicht mehr aufzuhalten. Eine veränderte kollegialere Beziehung, hat sowohl positive als negative Aspekte. Das traditionelle Arzt-Schwester-Spiel hat einen erstickenden Effekt auf die Fähigkeiten der Schwestern, die daraus resultierende Unzufriedenheit trägt grossenteils zum Schwesternmangel bei. Das offenere Gespräch zwischen Aerzte und Schwestern nützt die beobachtenden und geistigen Fähigkeiten der Schwestern besser aus, erhöht deren Berufszufriedenheit und verbessert die Pflegequalität.

Andererseits hegen manche Aerzte und Schwestern wegen der veränderten Beziehung ungute Gefühle. Die hierarchische Struktur gibt dem Pflegepersonal Sicherheit, indem es ihm "seinen Platz" weist. Eine offenere Kommunikation kann in wetteifernde Kämpfe entarten, welche das Vertrauen der Patienten untergraben und die Pflegequalität bedrohen können. Unvermeidliche Dispute und Standpunkt-Diskussionen müssen konstruktiv sein; das Patienteninteresse muss an vorderster Stelle stehen.

In dieser neuen, ebenbürtigeren Beziehung müssen Aerzte nicht das Wohl des ganzen Patienten vergessen und die Schwestern müssen nicht die Krankenpflege aufgeben. Die Fähigkeit der Aerzte, technisches Können zu beherrschen, während sie eine humane Haltung gegenüber ihren Patienten einnehmen, hängt in grossem Mass von dem Uebereinkommen ab, das sie mit andern Berufstätigen, vor allem den Schwestern, treffen. Schwestern können ihrer traditionellen Tätigkeit am Patientenbett nachgehen und gleichzeitig besser mit Aerzten und andern im Gesundheitswesen Tätigen zusammenarbeiten.

Aerzte und Schwestern können beide einen Nutzen daraus ziehen, wenn sie voneinander abhängig werden. Sowohl dienende als auch beherrschende Rollen wirken psychologisch einschränkend. Wenn ein Diener befreit wird, geschieht das gleiche auch mit seinem Herrn.