

Kooperation als gemeinsames Ziel?

Wie erleben und sehen Hausärzt_innen und Pflegekräfte die Effizienz ihrer Kooperation

11. Fachgespräch Alumni Netzwerk „Pflege braucht Eliten e.V.“ vom 01. bis 02. Juli 2010 in Groningen

Angaben zum Projekt

- ❑ **Projekttitel:** Die Perspektive von Hausärzt_innen sowie ambulanten und heimstationären Pflegekräften auf die Effizienz ärztlich-pflegerischer Kooperation. Eine qualitative Studie.
- ❑ **Laufzeit:** Ende 2009 bis Ende 2010
- ❑ **Finanzierung:** Robert Bosch Stiftung
- ❑ **Durchführung:** Dipl.-Soz. Karin Block,
Dipl.-Berufspäd. Thomas Foth (PhD c.)
- ❑ **Projektleitung:** Prof. Dr. Norbert Schmacke,
Dipl.-Päd. Maren Stamer

Hintergründe des Projekts

Notwendigkeit und Professionalisierung der Kooperation ist grundsätzlich unbestritten.

- veränderte Krankheitsverläufe, demographische Entwicklung
- Aufnahme- und Entlassungsmanagement, DRG's
- Stärkung der ambulanten und heimstationären Pflege
-

Professionalisierungsprozess in der Pflege

Barrieren in der Zusammenarbeit

- ❑ Insbesondere das Delegationsverfahren festigt die Dominanz ärztlichen Denkens
- ❑ Blick Pflegender auf Hausärzt_innen ist durch Hegemonievorstellungen geprägt
- ❑ Ärzteschaft sieht eigenen Autonomieanspruch gefährdet
- ❑ Interaktion wird von Hausärzt_innen als eine primär hausärztliche Domäne gesehen
- ❑ Notwendigkeit von Kooperationsmodellen (Chronic Care Model) wird von ärztl. Seite zu wenig gesehen

Forschungsinteresse

Fragestellungen

- ❑ Wie erleben Hausärzt_innen und Pflegende die bestehende Zusammenarbeit ?
- ❑ Welche Visionen entwickeln Hausärzt_innen/Pflegende in Bezug auf eine zukünftige gelungene Zusammenarbeit ?

Zielsetzung

- ❑ Entwicklung eines vertieften Verstehens von Kooperationsblockaden → Reformoptionen überdenken. Kontrastierung mit anderen Ländern (Autonomie).

Methodisches Vorgehen

Erhebungsebene

- ❑ 25 leitfadengestützte Expert_inneninterviews nach Meuser & Nagel (2005)
 - 14 Gesundheits- und Krankenpfleger_innen
 - 3 akademisch ausgebildete Pflegemanager_innen / Pflegewissenschaftler_innen
 - 11 Ärzt_innen (hausärztliche Versorgung)

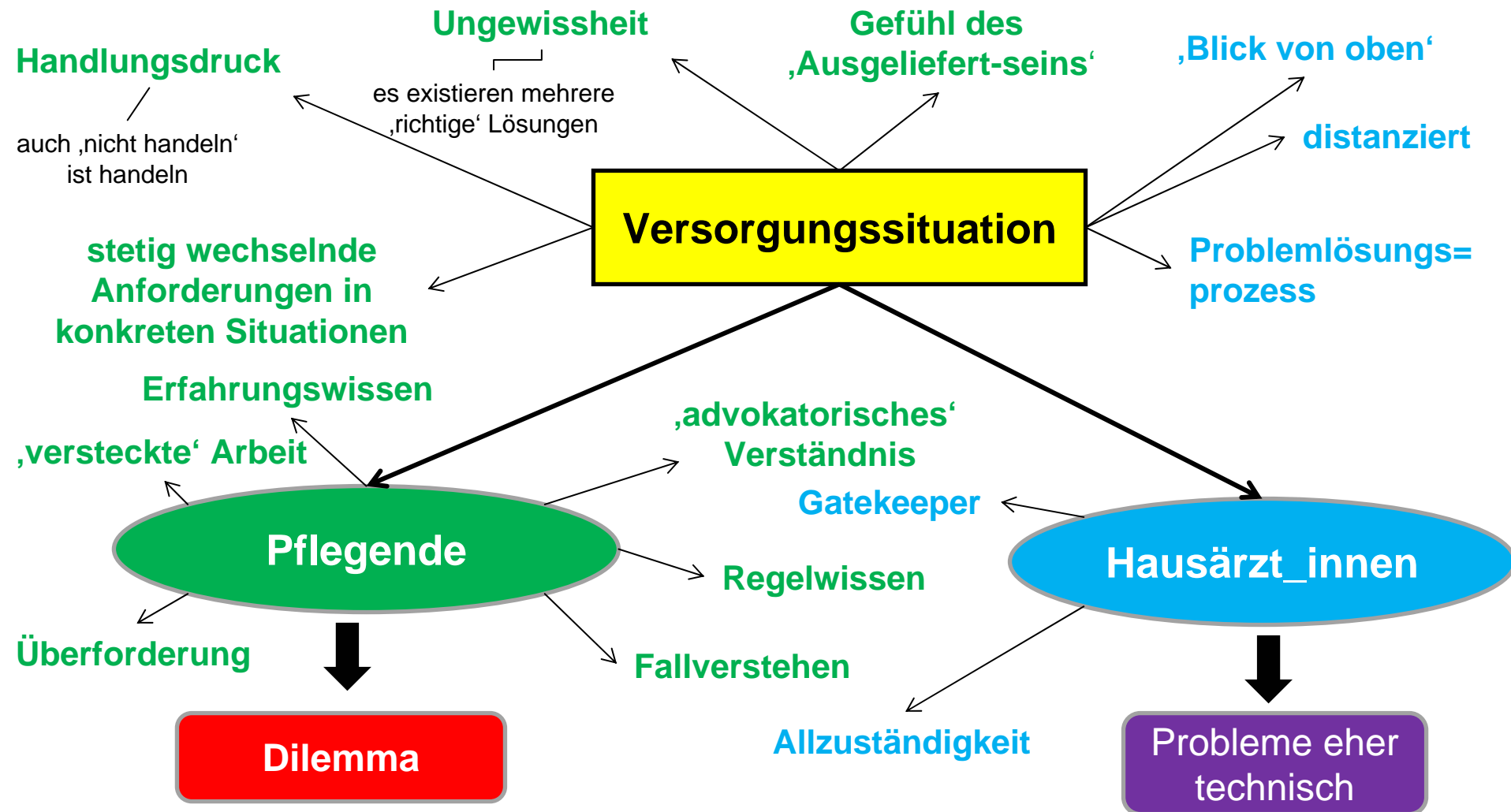
Samplebildung

- ❑ Stadt/Land; unterschiedliche Stadtteile (soziale Zusammensetzung, Migrationsanteil)
- ❑ Ambulanter und heimstationärer Bereich

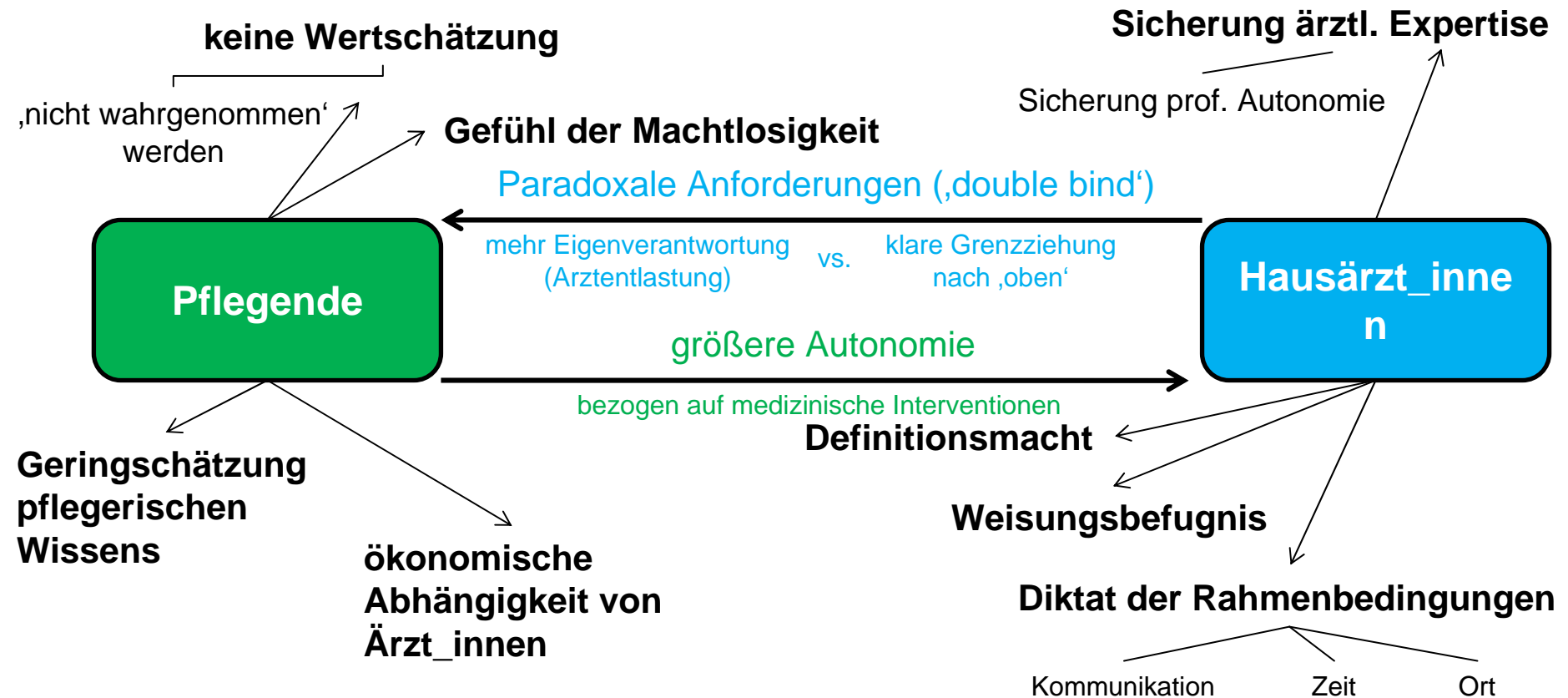
Erste vorläufige Ergebnisse

- ❑ Die ‚Logik‘ der Versorgungssituationen
 - Fallverstehen und Regelorientierung
- ❑ Kommunikation zwischen Autonomie und Delegation
 - Der ‚double bind‘ in der Kommunikation
- ❑ Professionelle Identität
 - ‚Allzuständigkeit‘ und ‚Macht‘
- ❑ Rechtliche und ökonomische Rahmenbedingungen
 - z.B. Grund- versus Behandlungspflege

Die 'Logik' der Versorgungssituation



Kommunikation zwischen Autonomie und Delegation



Strategie: ‚Heimliches‘ handeln in der ‚Grauzone‘, passiver Widerstand

Forderung an Pflege: Ehrlichkeit in Kommunikation

Professionelle Identität – Hausärzt_innen

- ❑ Hausärzt_innen als die ‚wahren Expert_innen‘
 - ‚Allzuständigkeit‘ bedeutet auch: selbst fachärztlichen Konsultationen wird mit gewisser Skepsis begegnet
- ❑ Pflegenden fehlt der Überblick über die ‚Gesamtsituation‘
- ❑ Wichtigster Aspekt der Selbsteinschätzung:
 - Psycho-soziale Dimension i.d. Betreuung → bedeutet aber eher: ‚Entlarven‘ der ‚wahren‘ Patient_innenbedürfnisse
- ❑ Sehr begrenzte technische Aspekte können an Pflegende delegiert werden.
 - Sogar einige ‚psycho-soziale‘ Aspekte könnten von Pflegenden übernommen werden. Bedingung: Anleitung durch Hausärzt_innen

Professionelle Identität - Pflegende

- ❑ Pflegende verstehen sich als Arztassistentenz und ‚Expert_innen der Lebenswelt‘ der Patient_innen
 - Ärzt_innen fehlt der Kontakt zum Alltag der Patien_innen
- ❑ Wichtigster Aspekt im Selbstverständnis:
 - Psycho-soziale Dimension → Gefahr: paternalistisches Pflegeverständnis
- ❑ Forderung nach Anerkennung pflegerischer Qualifikation, pflegerischen Wissens und Erfahrung
 - Fokussierung auf die Behandlungspflege und ein überkommenes Professionsverständnis Medizin verunmöglicht die Anerkennung
 - Auseinandersetzungen um medizinische Interventionen
- ❑ Weitere Professionalisierung

Rechtliche und ökonomische Rahmenbedingungen

- ❑ Unterteilung Grund- versus Behandlungspflege wird pflegerischem Handeln nicht gerecht
 - Behandlungspflege deutlich stärker finanziert
 - Festlegung auf Pflegeprozess fixiert Zweckrationalität
- ❑ Korporative Organisation des deutschen Versorgungssystem
 - behindert Professionalisierungsprozesse anderer Berufe, insbes. ‚Frauen‘berufe (wie Pflege) sind nach wie vor strukturell benachteiligt
- ❑ Trotz Änderung KpflGes → Pflege als Arztassistenz
- ❑ Ökonomisierung der Versorgung suggeriert ‚unternehmerisches Kalkül‘ auf Seiten der Kund_innen

Mögliche, vorläufige Konsequenzen

- ❑ Forcierung der Verwissenschaftlichung der Pflege in Richtung einer selbstständigen Profession
 - Orientiert an professionalem Handeln; professionelle Selbstständigkeit → Nicht: Qualifizierung für arztentlastende Tätigkeit
 - Primäres Setzen auf Delegation/Substitution hausärztlicher Tätigkeiten ist kein angemessener Lösungsweg
- ❑ Anerkennung pflegerischen Handelns durch Hausärzt_innen
 - als Voraussetzung für die Möglichkeit eines ‚gleichberechtigten Diskurses‘
 - Gemeinsame Fort- und Weiterbildungen Medizin/Pflege; Moderation alltäg. Kooperationsgespräche (Pilotprojekt?)