

Gesundheitsforschung

Karin Block | Thomas Foth |
Maren Stamer | Norbert Schmacke

Allgemeinmedizin und Pflege in der ambulanten und heimstationären Versorgung

BELTZ JUVENTA

Leseprobe aus: Block, Foth, Stamer, Schmacke, Allgemeinmedizin und Pflege in der ambulanten und heimstationären Versorgung, ISBN 978-3-7799-1986-5

© 2012 Beltz Juventa Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-1986-5>

1. Einleitung, Bezugsrahmen und Forschungsinteresse

Die Notwendigkeit einer Verbesserung und Professionalisierung der Kooperation zwischen Pflegenden und Hausärzt_innen wird seit langem in Politik, Praxis und Wissenschaft diskutiert. So forderte der Sachverständigenrat des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), die Rollenverteilung zwischen Gesundheitsfachberufen neu zu diskutieren und gezielte wissenschaftlich begleitete Modellvorhaben zu finanzieren (Sachverständigenrat 2009). Den Hintergrund dieser Debatten bildet die Transformation und Modernisierung der Gesellschaft, die im gesamten Gesundheitswesen einen enormen Innovationsdruck erzeugt hat. Zentrale Aspekte dieser Entwicklungen sind:

- der Panoramawandel der Erkrankungen in Verbindung mit dem demografischen Wandel und den damit komplexer werdenden Aufgaben,
- die Technisierung der Medizin, die zum einen zu neuen Berufsbildern geführt und zum anderen einen psychosozialen Handlungsbedarf erzeugt hat, dem nur kooperationsfähige Akteur_innen gerecht werden können,
- der Perspektivwechsel in gesundheitswissenschaftlichen und -politischen Diskussionen, als dessen Folge nicht mehr die sequenziellen Interventionen im Vordergrund stehen, sondern der gesamte Krankheitsverlauf in das Blickfeld geraten ist,
- die Einführung von Fallpauschalen zur Abrechnung von Krankenhausleistungen, die die Bedeutung der vor- und nachstationären Phase vergrößert und damit den Stellenwert des Kooperationsgebots in besonderer Weise verdeutlicht.

Parallel zu diesen Entwicklungen hat die Professionalisierung und Akademisierung der Pflege begonnen, wodurch die Frage an Bedeutung gewinnt, welche Aufgaben akademisierte Pflegenden zukünftig im Versorgungsprozess übernehmen sollten und wie sich die Kooperation mit Ärzt_innen unter diesen veränderten Bedingungen gestaltet.

Bezugsrahmen der vorliegenden Untersuchung

Verbunden mit den vorab skizzierten Entwicklungen befindet sich das deutsche Gesundheitssystem seit längerem in einem tief greifenden Prozess der

Veränderung, der auch die qualifikatorischen Voraussetzungen der Gesundheitsfachberufe betrifft (Kälble 2006; Klemperer 2006; Kuhlmann 2006a, 2006b; Krüger 1991, 2003; Krüger/Rabe-Kleberg/Mischo-Kelling 1996; Friesacher 1999). Die Entwicklungen gehen einher mit einer zunehmenden Differenzierung, Spezialisierung und Expansion des medizinischen und pflegerischen Leistungsangebotes und folglich auch mit neuen Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern für die Gesundheitsfachberufe. Diskutiert wird ferner, dass der Strukturwandel von der Industrie- zur Wissensgesellschaft (Beck 1986; Hönigsberger 2001) dafür verantwortlich sei, dass sich kontinuierlich verändernde Anforderungen an die Qualifikationen herausbilden und somit die Aus- und Weiterbildung unter Druck gerate und den Berufen eine erhöhte Bedeutung sichere, die über besondere Wissensbestände verfügen. Die sich verringernde Halbwertszeit des Wissens führe zudem zur Notwendigkeit des lebenslangen Lernens.

Unabhängig davon, ob die geschilderten Veränderungen Ursache oder Wirkung einer Politik der Modernisierung der Systeme sind, ist dennoch festzustellen, dass es ernsthafte Versuche zur Neubestimmung und Umstrukturierung von tradierten Gesundheitsberufen und Ausbildungen in Deutschland gibt. Deutlich wird dies beispielsweise an der Debatte um neue Konzepte der Versorgung wie Case-Management, Care-Management oder Evidence-Based Practice (Kuhlmann 2006a; Kälble 2006; Behrens/Langer 2004, 2006). Mehr und mehr ist eine Verlagerung vom stationären zum ambulanten Setting, eine Orientierung auf präventive Interventionen (Schachtner 1996) sowie eine stärkere Vernetzung sozialer und medizinischer Dienste gefragt, teils findet sich diese Intention in einer weithin konsentierten politischen Programmatik. Insbesondere werden hierbei das Recht auf Selbstbestimmung, Selbstverwirklichung und Lebensqualität der Patient_innen betont. Letzteres ist ein bedeutender Aspekt gerade pflegerischen Selbstverständnisses (Raven 1995; Remmers 2000a und b). Damit erhöhen sich die Anforderungen an die kommunikative Kompetenz aller im Gesundheitssystem tätigen Akteur_innen.

Begleitet werden diese Veränderungen von Forderungen nach ‚mehr Markt und weniger Staat‘ sowie der Forderung danach, dass Leistungserbringer sich an ökonomischen Kriterien orientieren und sich – unter verstärkter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse – an einem effektiveren Einsatz von Ressourcen beteiligen sollten. Wegweisend für diese Strategien sind beispielsweise die Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz zur ‚Gewährleistung einer systematischen Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen‘ (1996) und zur ‚Entwicklung einer einheitlichen Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen‘ (1999) (siehe z.B. Schiemann/Schemann 2004: 23). Durch Kooperation soll kostenbewussteres Handeln entstehen, durch Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit (Sachverständigenrat 1995). Die Devise lautet dabei: Abbau von Kosten ohne Minderung der Leistungsqualität. Explizit gefor-

dert ist dabei die Beachtung und Einbindung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe, wobei der Patient/die Patientin als informierter Nutzer/informierte Nutzerin des Gesundheitssystems gedacht wird (Kälble 2006).

All diese Entwicklungen lassen sich aber nicht nur in Deutschland nachweisen, sondern sind Teil internationaler Veränderungen. Deregulierung und Abschied von klassischen staatlichen Steuerungsmodellen tauchen in unterschiedlichen Formen in vielen Ländern als fixe Begriffe der Gesundheits- und Sozialpolitik auf (Rose 2005; Newman 2005; Carmel 2005; Clarke 2005; Kälble 2006). So werden neue Modelle in der westlichen Welt und in Europa proklamiert, um zu einer ‚integrated health force‘ unter Beteiligung der Verbraucher_innen zu kommen (Kuhlmann 2006a), wobei neue ‚hybride‘ und flexible Muster zur Regulierung von Gesundheitssystemen entstehen, weg von hierarchisch-institutionellen Regulierungen (Kälble 2006). Newman (2005) spricht in diesem Zusammenhang von sich entwickelnden ‚Netzwerken‘.

So ist die Frage nach Kostenbeschränkungen und die Einführung von Managementsystemen in die Sozialpolitik ein Phänomen, das weltweit zu beobachten ist. Dies zeigt sich etwa in einer kanadischen Untersuchung zu Restrukturierungen des dortigen Gesundheitssystems: auch dort ist die Zielsetzung eine erhöhte Effizienz bei verbesserter Qualität der Dienstleistungen (Blythe/Baumann/Giovannetti 2001). Im Rahmen dieser Umstrukturierungen wurden viele Pflegenden entlassen oder ihr Arbeitsumfeld wurde verändert, wobei die meisten Maßnahmen auf unmittelbare Kostenreduzierung gerichtet waren und weniger zur Steigerung von Effizienz beitrugen. Letztlich verringerten sie die Möglichkeiten pflegerische Interventionen anzubieten und verminderten die Arbeitszufriedenheit. Die angedeuteten Entwicklungen führten in Kanada, einem Land, in dem die Professionalisierung „nicht-akademischer Heilberufe“ weiter entwickelt ist als in Deutschland, zwar zu neuen Berufsprofilen, wie beispielsweise des ‚Advanced Nurse Practitioners‘ (ANP), gedacht vor allem als Antwort auf den Mangel an Allgemeinmediziner_innen (Holmes/Perron 2006; Cummings/Fraser/Tarlier 2003; Bourgeault 2005), gleichzeitig wurde der unterprivilegierte Status von Pflegenden innerhalb des Gesundheitssystems nicht substantiell verändert (Holmes/Perron 2006). Im Zusammenhang mit neuesten Entwicklungen und Auseinandersetzungen im deutschen Gesundheitssystem wird über die Einführung von ANP auch hierzulande nachgedacht. Dies beinhaltet, dass Aufgaben, die bisher nur der ärztlichen Profession vorbehalten waren, nun auch von Pflegenden ausgeführt werden dürften, einschließlich der Möglichkeit, eigenständig Verschreibungen auszustellen. Zusammenfassend festzuhalten bleibt, dass das traditionelle Professionsgefüge nicht nur in Deutschland sondern auch im internationalen Maßstab in den unterschiedlichen Gesundheitssystemen in Bewegung geraten ist.

Kooperation zwischen Pflege und Medizin als Herausforderung der Zukunft

Um den Aufgabenstellungen in der Gesundheitsversorgung zukünftig gerecht zu werden, bedarf es einer interprofessionellen Verständigung zwischen Pflege und Medizin, die, wie mehrfach konstatiert (Kuhlmey 2007; Schmacke 2011) nicht selbstverständlich ist. In diesem Zusammenhang erscheint ein Blick in andere Länder vermutlich nicht nur wichtig, um sich über aus deutscher Sicht visionäre Entwicklungen der Kooperation zwischen Ärzteschaft und Pflege sachkundig zu machen, sondern auch, um ein besseres Gespür dafür zu bekommen, wie weit bei einem ungeschönten Blick auf die dortigen Entwicklungen der Weg in Deutschland noch sein wird. So finden sich – wie schon angedeutet – in Kanada außerordentlich kritische Bilanzen zu den Bemühungen, tatsächlich Kooperation und Interdisziplinarität in Versorgungsteams zu praktizieren. Jansen weist dabei auf die enorme Diskrepanz zwischen hoher politischer Wertschätzung der Pflege und der Versorgungsrealität hin: „Although collaborative and interdisciplinary team practice has been promoted as a future imperative for the delivery of increasingly complex health and social care, the precise nature, methodology, and outcomes of team functioning are unknown“ (Jansen 2008: 224). Meerabeau hat in einer Analyse des englischen Wegs der Akademisierung der Pflege gezeigt, wie sehr dort etwa 10 Jahre nach Beginn der universitären Ausbildungsgänge Pflege nach wie vor um Reputation ringt, und wie Pflege v.a. um Anerkennung als „vollständige Profession“ kämpfen musste (Meerabeau 2001: 427). Aus Erfahrungen der Organisations- und Personalentwicklung misst Gardner für die Entwicklung einer patientenzentrierten Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege der Entwicklung belastbarer Konfliktlösungsstrategien größte Bedeutung bei, „because nursing and medicine reflect two different cultures with differing practice visions, conflict can be expected between them“. Und sie weist darauf hin, wie wichtig die Etablierung verlässlicher Foren zum Austragen dieser Konflikte ist (Gardner 2005). Das Gesundheitsministerium von Québec hatte 2002 ein Programm mit dem Titel „Family Medicine Groups“ gefördert, in dem es um das Zusammenwachsen eines interdisziplinären Teams zur ambulanten Versorgung gehen sollte. Die langjährige Evaluation zeigt auch hier hartnäckige Konflikte zwischen Ärzteschaft und Pflege, wobei Ansätze zu deren Überwindung in hohem Maße davon abhängen, dass Raum und Zeit geschaffen wurde, miteinander zu kommunizieren; Teamstrukturen können auch nach dieser außerordentlich beeindruckenden Evaluation weder vorausgesetzt noch verordnet, sie müssen mühsam entwickelt werden (Rodríguez/Pozzebon 2010). McCallin weist auf einen weiteren, bedeutsamen Punkt hin: die Frage des „Leadership“ in interdisziplinären Teams ist entgegen ihrer offenkundig hohen Bedeutung empirisch sehr schlecht untersucht. Das erste historische Vorbild, die militärische Variante

der Leitung von interdisziplinären Gesundheitsteams im und nach dem zweiten Weltkrieg, ist in der Zivilgesellschaft überholt, für moderne Modelle ist nach McCallin aber etwa die Frage von Führung in lernenden Organisationen bezogen auf den Gesundheitsbereich nicht ausreichend verstanden. Eines der Hauptprobleme sei die Frage, wie Verantwortung für Prozesse auf der einen und Versorgungsziele auf der anderen Seite miteinander in Übereinstimmung gebracht werden könnten. Wo sich die Pflege letztlich hier positionieren könne, sei unklar (McCallin 2003). Aus dieser Perspektive ist auch das 2002 initiierte Projekt von sieben US-amerikanischen Organisationen für Family Medicine interessant. Dort wird, ausgehend von der Analyse hoher Frustration und Unsicherheit unter Hausärzt_innen unweigerlich auch „Team Approach“ als ein zukunftsweisendes Instrument zur Entwicklung patientenzentrierter ambulanter Versorgung beschrieben. Es wird aber offenkundig stillschweigend vorausgesetzt, dass die Ärzt_innen in solchen neuen Teams die Führung behalten; die Frage der Entwicklung belastungsfähiger Teams taucht in dem umfangreichen Dokument gar nicht auf (Martin et al. 2004).

Fragestellungen und Aufbau der Untersuchung

Eine Voraussetzung dafür, dass eine Annäherung der beiden Professionen gelingt und bestehende Kooperationsbarrieren überwunden werden, ist im Bereich der primären Versorgung ein vertieftes Wissen um die Probleme der Kooperation zwischen Hausärzt_innen und Pflegenden. Dazu möchte die vorliegende Untersuchung, in deren Rahmen 25 leitfadengestützte Interviews mit 14 Pflegenden und 11 Hausärzt_innen von November 2009 bis Juli 2010 durchgeführt wurden, beitragen. Zielsetzung des Projektes ist es, die unterschiedlichen Erfahrungen und Sichtweisen von Pflegenden und Ärzt_innen hinsichtlich interdisziplinärer Arbeitsprozesse zu erkennen und zu verstehen, um den Blickwinkel auf die ärztlich-pflegerische Kooperation zu vergrößern und weiterführende Erkenntnisse für die kommunikative, interaktive, strukturelle und rechtliche Gestaltung von interprofessioneller Zusammenarbeit zu gewinnen. Die forschungsleitenden Fragen, unter denen die Untersuchung durchgeführt wurde, lauten:

- Welche zentralen Handlungslogiken existieren bei Pflegenden und Hausärzt_innen in Hinblick auf Versorgungssituationen?
- Wie erleben Pflegende und Hausärzt_innen die professionsübergreifende Zusammenarbeit und welche Erfahrungen haben sie bisher gemacht?
- Welche Perspektiven entwickeln Pflegende und Ärzt_innen für eine verbesserte interprofessionelle Verständigung und welche Haltungen bestehen zu neuen Versorgungskonzepten?

Zu Beginn dieser Arbeit werden zunächst der methodische Rahmen sowie die Zusammensetzung des Samples erläutert. Im Anschluss daran erfolgt die Ergebnisdarstellung, die sich in vier Schwerpunkte aufteilen lässt: Im ersten Teil werden die Unterschiede zwischen den Handlungslogiken von Pflegenden und Ärzt_innen in Versorgungssituationen erläutert, da im Laufe der Interviewauswertung deutlich wurde, dass die unterschiedlichen Perspektiven beider Berufsgruppen auf die Versorgungssituationen einen zentralen Einfluss auf die Kooperationsbeziehungen haben. Im zweiten Teil richtet sich der Blick auf die Erfahrungen von Ärzt_innen und Pflegenden mit der gemeinsamen Zusammenarbeit sowie auf die Aspekte, die als kooperationsfördernd bzw. -hemmend erlebt werden. Dabei wird deutlich, dass weder regionale (Stadt-Land-Vergleich) noch institutionelle Unterschiede (Vergleich zwischen ambulanter und heimstationärer Pflege) einen bedeutsamen Einfluss auf das Kooperationsgeschehen haben. Anschließend werden im dritten Teil sowohl die Kommunikationswege und -formen, die für die interdisziplinäre Zusammenarbeit von zentraler Bedeutung sind, als auch die Konfliktfelder ärztlich-pflegerischer Kommunikation erörtert. Der vierte Teilschnitt umfasst die Analyse der konflikthaften Interaktionen in der Zusammenarbeit. Es wird untersucht, welchen Einfluss das professionshierarchische Verhältnis auf das berufliche Handeln sowie auf die Konfliktstrategien der jeweiligen Akteur_innen hat. In der abschließenden Diskussion werden die Interviewinterpretationen zusammengefasst und die Ergebnisse in Verbindung mit fachlichen Debatten und Modellprojekten erörtert und überdacht.

Im Sinne einer Sprache, die auch andere Geschlechter neben Mann und Frau berücksichtigt, wird im Text die Form des „gender gap“ benutzt. Dabei wird zwischen der männlichen und der weiblichen Schreibweise ein Unterstrich eingefügt. Mit diesem Unterstrich werden existierende Geschlechter, die bisher unsichtbar gemacht wurden, sichtbar gemacht.

Die vorliegende Untersuchung wurde durch die Robert Bosch Stiftung und aus Eigenmitteln der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung finanziert. In besonderem Maße gilt unser Dank allen Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen, ohne deren Beteiligung eine Verwirklichung des Projektes nicht möglich gewesen wäre. Danken möchten wir ebenso allen Personen, die uns auf unterschiedliche Weise bei der Umsetzung des Projektes unterstützt haben. Darüber hinaus bedanken wir uns bei allen Beteiligten der Bremer Forschungswerkstatt im Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen. Ein spezieller Dank richtet sich an Frau Dr. Veronika Müller und Frau Heidi Niehus für ihre Unterstützung der Interpretationsarbeit im Projekt.