

Interprofessionelle Kooperation

Präambel:

Idealtypisch findet eine gemeinsame Fallsteuerung von Medizin und Pflege statt. Dabei ist zu bedenken, dass die Zahl der Ärzte voraussichtlich sinken, diejenige der Patienten aber steigen wird. Ein gemeinsames Qualitätsverständnis (z.B. über Hygienestandards) sowie gemeinsame Versorgungsleitlinien zwischen Arzt und Pflege sind von grundlegender Bedeutung.

Ehrenamtliche und Angehörige spielen eine zentrale Rolle im Versorgungsprozess, sind aber keine „Berufsgruppe“, also nicht unmittelbar Akteur der interprofessionellen Kooperation. Angehörige bzw. nicht hauptamtliche Betreuer sind als Auftraggeber von entscheidender Bedeutung, gelten aber ebenfalls nicht als „Berufsgruppe“.

Der Bereich „Tagespflege“ ist als eigene Akteursgruppe zu betrachten.

„Gesundheitszentren“, die unterschiedliche Leistungen unter einem Dach anbieten, sind ein zukunftsfähiges Modell für die interprofessionelle Kooperation.

Auflistung der Berufsgruppen, die mit der professionellen Pflege direkt oder indirekt im Versorgungsprozess zusammenarbeiten:

Beispielhaft werden die Berufsgruppen ausgewählt, die in besonderem Maße in der direkten Versorgung des Pflegebedürftigen mit der ambulanten Pflege kooperieren (rot markiert):

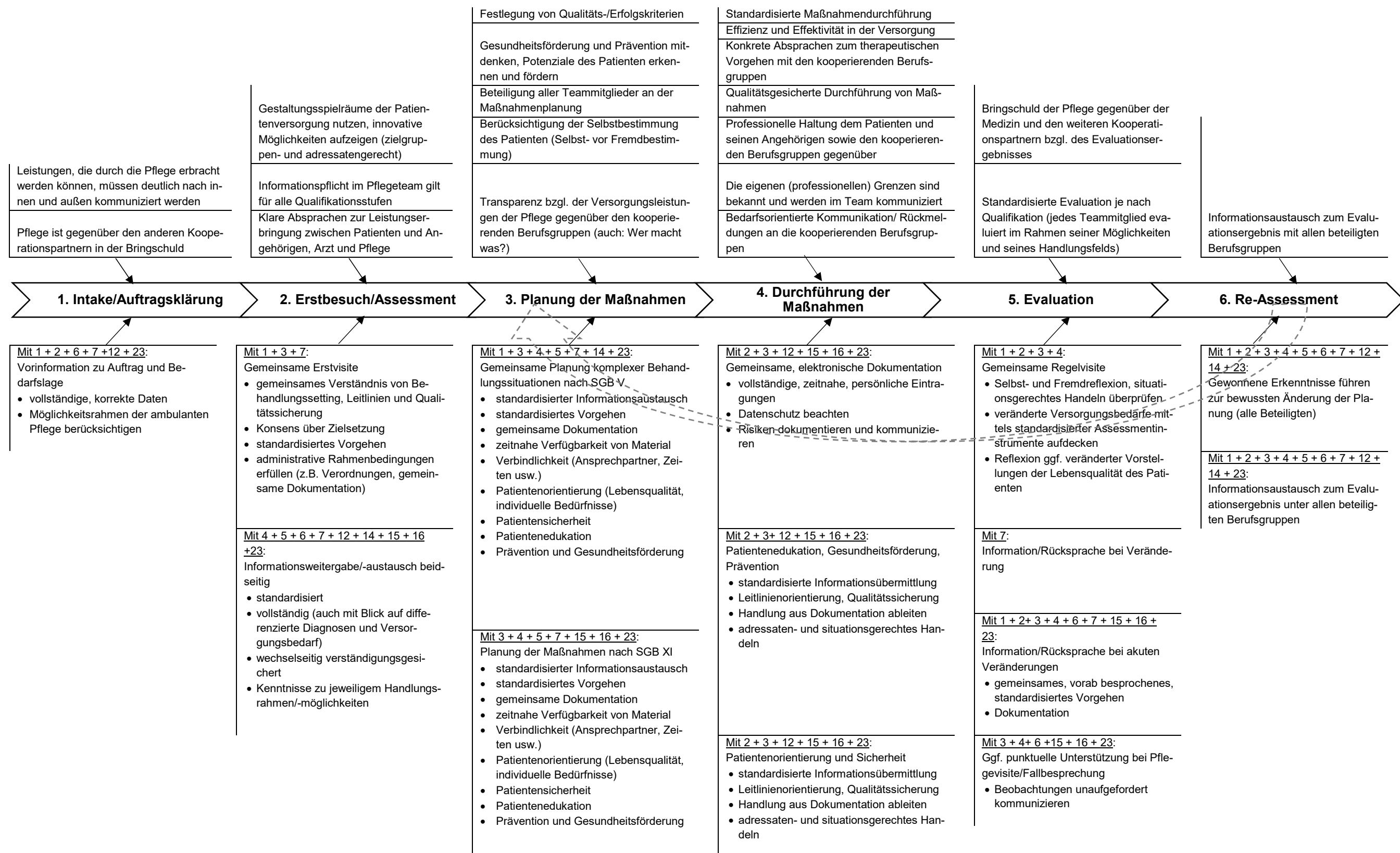
1. Hausärzte, Fachärzte, Zahnärzte, Geriater
2. Arzthelferinnen, med. Fachangestellte in Praxen
3. Therapeuten (Physio, Ergo, Logo, Podologen ...)
4. Fachexperten (Wunde, Ernährung, Diabetes, Palliativ...)
5. Medizin-und Rehateniker, Orthopädietechniker
6. Pflege-/Sozialberater (Kassen: SGB II §7a; kommunal)
7. Rechtliche Betreuer (Hauptamt)
8. MDK (Pflegebegutachtung)
9. Kranken- und Pflegekassen
10. Seelsorge
11. Klinische Sozialarbeit
12. Sozialarbeit, Seniorenberater, Gerontologen
13. Psychologen, psychosoziale Dienste
14. Apotheken
15. Haushaltsnahe Dienstleister, Menüservice
16. Betreuungskräfte, Alltagsbegleiter
17. ITler, IT-Entwickler
18. Rettungsdienst (Rettungssanitäter, Notfalldienst)
19. Polizei
20. Stadtplaner, Quartiersmanager
21. Bestatter

- 22. Lehrende an Aus- und Fortbildungsinstitutionen
- 23. Heilpädagogen, Heilerziehungspfleger, Erzieher
- 24. Private Dienstleister (Frisör, Kosmetik etc.)

Unter Berücksichtigung der ausgewählten Berufsgruppen ergibt sich folgendes Prozessmodell:

Erwartungen der professionellen Pflege an sich selbst

Übergeordnete Erwartungen: 1. Erwartungen an die anderen Professionen gelten auch für die professionelle Pflege 2. Pflege hat eine steuernde, koordinierende, überwachende Funktion und vertritt diese auch gegenüber den anderen Berufsgruppen



Erwartungen der Pflege an die weiteren am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen

Der Austausch mit den Haus- und Fachärzten ist häufig nicht optimal. Gerade bei komplexen Fällen kann der Hausarzt als „Lotse“ die Koordinationsfunktion auch nicht mehr leisten. Diese Funktion können aber hochqualifizierte Pflegekräfte im Sinne eines Case Managements übernehmen und dazu die „Synchronisation“ zwischen Gesundheitsfachkräften und dem Pflegebedürftigen bzw. seiner An- und Zugehörigen leisten. Der ambulanten Pflege kommt daher eine wichtige koordinierende Aufgabe an den Schnittstellen der Versorgung für die patientenorientierte Versorgung zu. Dazu muss Pflege nicht allein die (Fach-)Sprache der kooperierenden Berufsgruppen beherrschen, sondern auch Kenntnisse über deren Leitlinien und Instrumente besitzen.

Um innovativer Arbeiten zu können, benötigt die professionelle Pflege insgesamt mehr Entscheidungsspielräume. Je nach Qualifikation könnten dann auch Aufgaben von den ärztlichen Kooperationspartnern übernommen werden, bspw. Verordnungen von Verbandsstoffen, Heil- und Hilfsmitteln, Inkontinenzmaterial etc. Damit könnte die professionelle Pflege wesentlich zur Entlastung der Hausärzte beitragen. Community Health Nurses oder Nurse Practitioners wären etwa ein positives Beispiel. Pflege kann so als Lotse des Patienten den Erstkontakt übernehmen und an weitere Gesundheitsberufe überweisen. Zur Ausbildung wäre hier eine Spezialisierung auf Masterniveau, aufbauend auf der grundständigen Ausbildung, speziell für den ambulanten Bereich denkbar. Ausbildungsinhalte könnten sein:

- Das gesamte ambulante Setting zu erfassen,
- einfache Diagnostiken und Ersteinschätzungen vorzunehmen,
- Kennen des relevanten Krankheitsspektrums und den Umgang damit,
- Handlungsspielräume, bspw. bzgl. Bedarfsmedikation.

Neben der „community health“ (inkl. Prävention und Gesundheitsförderung in der Kommune) können weitere Handlungsfelder der ambulanten Pflege z. B. Ernährung, Demenz, Schmerz, Diabetes, Asthma/COPD, Wunde, Brustkrebs oder die Erstberatung zu Betreuungsleistungen, Patientenverfügungen etc. sein. Prinzipiell bietet sich auch ein Blick auf viele der chronischen Erkrankungen mit großen Patientengruppe an, um neue Aufgabengebiete für die ambulante Pflege zu generieren.

Beispiele für Leistungen, die durch entsprechend qualifizierte Pflegekräfte substituiert werden können:

- Heil- und Hilfsmittel-Verordnungen etc. (s.o.)
- Ernährungstherapie (enterale und parenterale Ernährung)
- Nicht-medikamentöse Therapien, bspw. Schmerztherapie
- Hautpflege
- Ausdehnung der Modellprojekte nach §63 SGB V zur Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten bei ausgewählte Krankheitsbilder mit chronischen Verläufen bzw. Patientengruppen mit langanhaltendem Versorgungsbedarfen

Weiterhin können bestimmte Tätigkeiten durch den Arzt an qualifizierte Pflegekräfte delegiert werden, etwa

- Port-Versorgung (über die Wundversorgung hinausgehende Arzneimittelapplikationen)
- Regelmäßige Injektionen
- IV-Medikation nach Erstverabreichung durch den Arzt
- Impfungen
- Bedarfsmedikation (Verwaltung und Einsatz der „Hausapotheke“)
- Folgerezepte
- Wundversorgung

Allerdings gibt es auch Tätigkeiten, die durch die professionelle Pflege an andere Berufsgruppen delegiert werden könnten, z. B. physikalische Therapien an die Gruppe der Therapeuten.

Siehe auch folgende beide Anlagen:

- a) Literaturrecherche Interprofessionelle Kooperation und Anlage
- b) Integrierte Versorgung.