

## **Interprofessionelle Kooperation**

Die Rehabilitationspflege weist einige Besonderheiten auf, die sie von anderen Pflegefeldern mehr oder weniger unterscheidet:

- Der Einsatz von Rehabilitationspflege ist entsprechend gesetzlicher Vorgaben zeitlich begrenzt. Das schließt nicht aus, dass im professionellen Berufsverständnis Rehabilitation von der Wiege bis zur Bahre reicht.
- Sie kooperiert mit allen Versorgungsbereichen bzw. -sektoren und ist entsprechend an sämtlichen Nahtstellen tätig.
- Sie ist immer teilhabebezogen.

Hieraus ergeben sich folgende Konsequenzen für die interprofessionelle und schnittstellenübergreifende Kooperation:

- Aufgrund der zeitlichen Befristung der Rehabilitationspflege muss das Ziel der Rehabilitation – Selbstbestimmung und Teilhabe – durch die nachgelagerten Versorgungsbereiche übernommen werden können.
- Rehabilitationspflege muss grundsätzlich mit den in den Übergängen zwischen den verschiedenen SGBs (V, VI, VII, IX, XI) angelegten Schnittstellenproblemen umgehen können. Dies erschwert die Versorgung im Gesundheitswesen.
- Je nach Rehabilitationsbereich (Frührehabilitation, ambulante Rehabilitation, geriatrische Rehabilitation, organspezifische Rehabilitation und alle weiteren Rehabilitationsbereiche) übernimmt die Rehabilitationspflege unterschiedliche Verantwortlichkeiten. Entsprechend unterscheidet sich der jeweilige Grad der Kooperation mit den weiteren Gesundheitsberufen wie auch unterschiedliche Kooperationshemmnisse auftreten können.
- Rehabilitationspflege muss über die Behandlungsziele sämtlicher Kooperationspartner informiert sein und diese in der Therapieplanung berücksichtigen können.

### 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 Pflege-/Rehabilitationsbedürftigen mit der Rehabilitationspflege kooperieren (rot markiert). Wichtigste Kooperationspartner der Rehabilitationspflege im individuellen Versorgungsprozess sind die therapeutischen Dienste und die Sozialarbeit, wobei die schwarz gedruckten Berufsgruppen aufgabenabhängig temporär zentral werden.

1. **Fachärzte, Betriebsärzte, Hausärzte**
2. **Therapeuten (Physio, Ergo, Logo, Podologen ...)**
3. **Sozialdienst, Sozialarbeiter**
4. Seelsorge
5. **Fachexperten (Hygiene, Ernährung, home care, Wohnraumberater ...)**
6. Integrationsfachdienste
7. Medizin- und Reha-Techniker
8. **Psychologen**
9. MBOR/Wiedereingliederung – ARGE-Mitarbeiter
10. Case Manager Unfallkassen

11. Integrationsamt
12. MDK
13. Leistungsträger (BG, Rentenkasse, GKV ...)
14. **Rechtlich bestellte Betreuer, Verfahrenspfleger**
15. Medizinische Fachangestellte, medizinisch-technische Assistenten (inkl. Labor und Diagnostik)
16. **Sekretariate (hausintern und -extern)**
17. **Fahrdienste, Servicedienste, Logistik**
18. **Apotheken**
19. Zentraler Einkauf
20. **Hauswirtschaft bewohnernah**
21. Hauswirtschaft bewohnerfern
22. Private Dienstleister (Fußpflege, Frisör ...)
23. Lernende und Lehrende an Ausbildungs- und Fortbildungsinstituten \*
24. **Medizinische Dokumentation und Controlling**
25. **Verwaltung (Aufnahme, FiBu ...), Einrichtungsleitung**
26. EDV, IT
27. Ethikkommission

*\* Die Lernenden und Lehrenden an Aus- und Fortbildungsinstituten übernehmen keine exklusiven Aufgaben außerhalb der Pflege und können daher nicht als kooperierende Berufsgruppe betrachtet werden. Sie können aber auch nicht der Berufsgruppe „Pflege“ zugerechnet werden.*

Unter Berücksichtigung der ausgewählten Berufsgruppen ergibt sich folgendes Prozessmodell:

Externe  
Pflege

Interne Delegation an Lernende  
und Lehrende

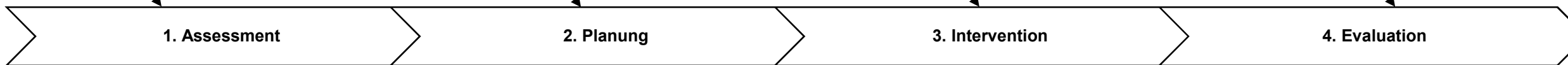
**Erwartungen der professionellen Pflege an sich selbst**

Übergeordnete Erwartungen: | Erwartungen an andere Berufsgruppen müssen auch durch die professionelle Pflege erfüllt werden | Beachtung qualitätssichernder Aspekte | Beachtung der Aspekte von Pflege-/Rehabilitationsbedürftigen- und Mitarbeiterschutz | Einhaltung des Datenschutzes

Erinnerungspflicht/Holschuld, wo die Bringpflicht durch Kooperationspartner nicht erfüllt wird	Auswahl der richtigen Hilfsmittel	Rehabilitationserfolge dem Pflege-/Rehabilitationsbedürftigen aufzeigen und als Ressource nutzen	Kontinuierliche Abbildung der Effekte auf mögliche Teilhabeziele und erneute Zieldefinition mit dem Pflege-/Rehabilitationsbedürftigen
Selbstbestimmte Teilhabeziele erfassen	Möglichst teilhabe-, zumindest aber funktionsorientiertes Therapieziel festlegen	Arbeiten nach therapeutischen Prinzipien (Intervention im Ursachen-Wirkungs-Denken) => wirkungsorientierte Intervention	Regelmäßige Assessments und Schlussfolgerungen daraus ziehen
Intraprofessionelles Schnittstellenmanagement (bspw. zwischen den Schichten)	Überleitung Ziel- in Maßnahmenplanung	Durchführung der geplanten Pflegemaßnahmen auf dem Stand des aktuellen Wissens	
Evidenzbasiertes Arbeiten	Zeitliche Koordination der interprofessionellen Versorgung durch die Rehabilitationspflege	Erfahrungswissen unter Berücksichtigung von Evidenz im Team teilen	
Pflegfachliche Risikoeinschätzung	Intraprofessionelle Aufgabenverteilung/Delegation gemäß Qualifizierung		
Standardisierte Assessments anwenden			

Vorgelegt: Besiedlungen müssen kommuniziert werden (vollständig und wahrheitsgemäß)

Nachgelagert: Gesicherte Weiterversorgung trotz Besiedlung



Mit 1. + 2. + 3. + 5. + 14. + 16. + 24. + 25.:  
Informationsübermittlung  

- Vollständigkeit und Richtigkeit der Daten muss gewährleistet sein

Mit 1. + 2. + 3. + 5. + 8. + 16. + 24. + 25.:  
Fortlaufende gemeinsame elektronische Dokumentation  

- Muss für alle einsehbar sein
- Muss vollständig und aktuell sein

Mit 1. + 2.:  
Gemeinsame Visite  

- Ziel: Definition eines vorläufigen teilhabeorientierten Reha-Ziels
- Erarbeitung interner Evidence

Bringschuld der Rehabilitationspflege gegenüber

Mit (1. + 2.) + 3. + 5. + 8 + 14. + 17. + 20.:  
Definition eines vorläufigen Reha-Ziels (gilt für 1. und 2. nur, wenn im Assessment keine gemeinsame Visite stattgefunden hat)  

- Regelmäßige Überprüfungen und Adaptionen sind notwendig

Mit 1. + 2. + 5. + 16. + 20.:  
Festlegung des Behandlungsplans mit Zuständigkeiten, abgeleitet aus den Reha-Zielen

Mit 1. + 2. + 14.:  
Planung Notfallmanagement  

- Schnelle Handlungsfähigkeit und ein reibungsloser Ablauf müssen garantiert sein

Mit 1. + 2. + 3. + 5. + 14. + 16. + 17. + 20.:  
Aktueller Informationsaustausch vor und nach der Intervention  

- Niedrigschwellig und strukturiert

Mit 3.:  
Einweisung neue Regelungen und Gesetzesvorhaben (Bringpflicht durch 3.)

Mit 1. + 2. + 5. + 8.:  
Einweisung in neue Techniken und Therapieverfahren (Bringpflicht durch 1., 2., 5. und 8.)

Mit 1. + 2. + 3. + 5. + 14. + 18.:  
Beratung und Schulung des Pflege-/Rehabilitationsbedürftigen und seiner Angehörigen  

- Alle Informationen müssen jeweils aktuell vorliegen
- Leitlinienorientierung
- Umfasst bspw. auch die gemeinsame Gesundheitsförderung und Prävention

Mit 1. + 2. + 5.:  
Spezialisierte Verrichtungen am Pflege-/Rehabilitationsbedürftigen  

- Transparentes Vorgehen durch alle Beteiligten

Mit 1. + 2. + 3. + 5. + 17. + 18. + 20.:  
Patientensicherheit  

- Standardisierte Informationsübermittlung
- Leitlinienorientierung, Qualitätssicherung
- Adressaten- und situationsgerecht

Mit 1. + 2.:  
Gemeinsame Visite  

- Überprüfung der Zielsetzung
- Muss routinemäßig und situationsorientiert erfolgen

Mit 1. + 2. + 3. + 5. + 8. + 14. + 16. + 20.:  
Informationsaustausch zwecks Abgleich der Zielerreichung  

- Vollständig, zeitnah, verständlich und standardisiert

**Erwartungen der Pflege an die weiteren, am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen**

Die Frage der Substitution/Delegation von Verantwortung im Zusammenwirken zwischen Medizin und Pflege stellt sich auch für die Rehabilitationspflege nicht nach dem Muster der vollständigen Verantwortungsübernahme für pflegerische und therapeutische Handlungen durch die Medizin; vielmehr ist Pflege wie Therapie für ihre eigenen Handlungen verantwortlich. Aus dieser Verantwortung ergibt sich auch eine Holpflicht für Pflegenden und Therapeuten, die nötigen diagnostischen Informationen und Abklärungen von Medizinern einzufordern statt zu warten, bis sie aus der Medizin eine Anweisung bekommen.

Der juristische Fachausdruck (vgl. die Prof\*innen Katja Nebe und W. Kohte) für diese Art der Koordination heißt HORIZONTALE KOORDINATION STATT VERTIKALE. Sie ist innerhalb behandelnder Ärzt\*innen, aber auch zwischen Ärzt\*innen und psychologischen Psychotherapeut\*innen seit langem die Regel.

Therapeutische Pflege, wie sie in der Rehabilitation betrieben wird, denkt Substitution immer auch mit, bspw. bzgl. des Weiterführens der Therapien zur Alltagskompetenz durch die professionelle Pflege.

Aber: Prinzipiell sind die Leistungen der aktivierend-therapeutischen Pflege von der Pflege weder an andere Berufsgruppen delegier- noch durch diese substituierbar.

Rehabilitationspflege kann bestimmte Aufgaben von Fachexperten (bspw. Diabetes) übernehmen, wenn die entsprechende Expertise vorhanden ist (specialized nurse).

Über diese Möglichkeiten hinaus enthält der Katalog therapeutischer Leistungen des Bundesverbands der Deutschen Rentenversicherung therapeutische Leistungen, die von mehreren Berufsgruppen erbracht werden können.