

Zusammenarbeit für den Patienten – noch keine Selbstverständlichkeit¹

von Bernadette Klapper²

Abstract

Integrierte und sektorenübergreifende Versorgung wird angesichts der Herausforderungen durch die steigende Anzahl chronisch kranker und älterer Menschen zunehmend bedeutsam. Die patientenorientierte, interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe ist dabei und sollte durch interprofessionelles Lernen besser vorbereitet werden. Neue Modelle in der Primärversorgung sind auf exzellente Kooperation angewiesen und erfordern Berufsprofile in der Gesundheitsversorgung.

Schlüsselwörter: integrierte Versorgung, Primärversorgung, interprofessionelle Zusammenarbeit, interprofessionelles Lernen, Gesundheitsberufe

The importance of integrated and comprehensive care is emphasized by the challenges created by the increasing number of elderly people and people with chronic conditions. Patient oriented and interprofessional collaborations of the health care providers are key qualifications. Health service providers should be better prepared by interprofessional education. New models in primary care rely strongly on excellent cooperation and call for new professional profiles in health care delivery.

Keywords: integrated care, primary care, interprofessional cooperation, interprofessional education, health care professions

1 Die Aufgabe ist umfangreich

Seit Jahren ertönt der Ruf nach mehr integrierter und sektorenübergreifender Arbeit in der Gesundheitsversorgung. Dafür sprechen die Herausforderungen, vor denen wir stehen und die vielfach beschrieben sind (zum Beispiel SVR Gesundheit 2014; Robert Bosch Stiftung 2011 a; Görres 2013). Der Anstieg der chronischen und Mehrfacherkrankungen und die zu erwartende große Anzahl älterer Menschen, die Betreuung und Versorgung in verschiedener Hinsicht benötigen, treffen zusammen in einer Zeit, in der uns zunehmend Technologien zur Verfügung stehen, die erhebliche Potenziale bergen, die Gesundheitsversorgung in Zukunft in völlig neu gestalteten Prozessen zu erbringen. Die Bedarfe von chronisch Kranken und von älteren Menschen mit Einschränkungen forcieren ebenso wie der technologische Fortschritt und unsere kulturellen Wünsche auf Selbstbestimmung und Partizipation eine Gestaltung der Gesundheitsversorgung, die konsequent patientenorientiert – und nicht in Abhängigkeit der Logik von einzelnen Sektoren und deren Vergütungssystemen – erfolgt. Unser gesundheitsrelevantes Wissen ist gewachsen. Prävention, Gesundheitsförderung und soziale Faktoren sind anerkannt in ihrem Einfluss auf den Gesundheitszustand. Darauf baut der Erfolg medizinischer Therapien insbesondere chronischer Erkrankungen auf. Dieser ist zudem empfindlich abhängig von der individuellen Lebensführung und Mitarbeit der Patienten – und das über das gesamte Versorgungskontinuum hinweg, das den

¹ *Quelle:* GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft, Juli 2017, 17. Jg.; Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion und der Autorin.

² Dr. phil. Bernadette Klapper, Robert Bosch Stiftung GmbH · Heidehofstr. 31 · 70184 Stuttgart · Telefon: 0711 460 84-880 E-Mail: bernadette.klapper@bosch-stiftung.de

Patienten durch die verschiedenen Versorgungssektoren führt (Tabelle 1). Für ältere Menschen, die vielfach von chronischen Erkrankungen betroffen sind, erhalten oft Fragen der Betreuung Priorität vor einzelnen medizinischen Leistungen, und zwar von niederschwelliger Unterstützung in der Alltagsbewältigung bis hin zum Leben mit schwerer Pflegebedürftigkeit.

TABELLE 1

Das Versorgungskontinuum chronisch kranker Menschen

| | Prävention | Diagnostik | Akuttherapie | Entlassung/ Überleitung | Langzeit- betreuung | Rehabilitation, Langzeitpflege | Palliative Care |
|------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|
| | · Krankheitsrisiken minimieren | · Erkrankungen entdecken · Erkrankungen bestimmen | · akute Erkrankung oder Krankheitsepisode behandeln · Gesundheit wiederherstellen | · Gesundheitsstatus stabilisieren · in einen anderen Versorgungsbe- reich überleiten | · Gesundheitsstatus erhalten · Fortschreiten der Krankheit verlangsamen · Lebensqualität erhalten | · normale Lebensfunktionen wiederherstellen · Autonomieverlust kompensieren | |
| Professionelle Helfer | · schulen · beraten | · angemessene Untersuchungen durchführen | · angemessene Behandlung durchführen | · weiteren Behandlungsplan festlegen und Behandlungsergebnisse beobachten | · Gesundheitsstatus des Patienten beobachten, bei Bedarf intervenieren · für Tertiärprävention sorgen | · Rehammaßnahmen durchführen · pfl | · angemessene Behandlung und Pflege durchführen |
| Patient | · Lebensstil anpassen | · Termine einhalten · Symptome berichten | · Behandlung anwenden | · Behandlung zu Hause fortsetzen | · Verhalten ändern · Alltag anpassen | · Rehammaßnahmen umsetzen · Hilfe annehmen | · Behandlung anwenden · Hilfe annehmen |
| Setting | · Gesellschaft, Kommune · Primärversorgung | · ambulanter und teilweise stationärer Bereich | · (Primärversorgung) · stationäre Einrichtung (Krankenhaus) | · Krankenhaus/Reha → ambulante Versorgung | · ambulanter Bereich · Kommune | · (ambulanter Bereich) · spezialisierte stationäre Einrichtungen | · ambulanter Bereich · spezialisierte Einrichtungen (Hospize) |

Die medizinische und pflegerische Versorgung chronisch kranker Menschen vollzieht sich in verschiedenen Sektoren und Settings. Je nach Versorgungsphase stellen sich für alle Beteiligten andere Herausforderungen und Aufgaben.

Quelle: eigene Darstellung; G+G Wissenschaft, 2017

In der Summe bedeutet dies, dass die Versorgung von chronisch kranken und alten Menschen komplexe Herausforderungen mit sich bringt, da sie die Integration verschiedenster Leistungen aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen erfordert und zudem das Gesundheitspersonal vor die Aufgabe stellt, mit der betroffenen Person ein jeweils individuell angemessenes Unterstützungspaket zusammenzustellen, dies operativ umzusetzen, es regelmäßig auf Erfolg zu überprüfen und bei Bedarf flexibel anzupassen. Dabei gilt es, vorausschauend im Hinblick auf das gesamte Versorgungskontinuum zu planen und von Anfang an die verschiedenen Phasen, von der Diagnose bis zur end-of-life care, zu berücksichtigen. Ziel sollte die dauerhafte Stabilisierung der Erkrankung im häuslichen Umfeld, im Bedarfsfall die wirksame Behandlung akuter Episoden und anschließende Wiederherstellung sein. Das kann mit Aufenthalt in Krankenhäusern und Einrichtungen der Rehabilitation einhergehen. Übergänge zwischen den unterschiedlichen Sektoren müssen gestaltet werden. Wechselnde berufliche Kompetenzen können in den verschiedenen Phasen im Vordergrund stehen.

Die Aufgabe ist umfänglich und bedarf des Zusammenspiels vieler Personen mit unterschiedlichen Qualifikationsprofilen: Haushaltshilfen, Pflege- und Therapieberufe, Ärzte und Fachärzte, Sozialarbeiter und andere. Die Zusammenarbeit muss horizontal sowie vertikal gut abgestimmt sein, auch über die Sektoren hinweg. Informationen müssen fließen und sinnvoll sein. Es bedarf „umfassender Wandlungen der Berufsrollen und -profile“, schreibt Kuhlmeier (2013, 8) und verweist auf die konsequente Notwendigkeit einer Neuordnung der Aufgabenverteilung, Kompetenzzuweisungen und Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe.

In der Praxis begünstigen (oder erschweren) Organisationsformen die Bewältigung der komplexen Aufgabenstellung. Umfassende Versorgung aus einer Hand anzubieten gelingt leichter, wenn die

daran Beteiligten in räumlicher Nähe zusammenarbeiten, ihre Prozesse aufeinander abgestimmt haben und über kurze Wege mit intelligenten Hilfsmitteln kommunizieren können, anstatt vereinzelt um den Patienten herum zu agieren und immer wieder für den Fluss der Informationen sorgen zu müssen. In etlichen Ländern ist daher die Primärversorgung in lokalen und regionalen Gesundheitszentren organisiert. Derartige Modelle sind vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014) auch für die Gesundheitsversorgung in Deutschland empfohlen worden. Vielversprechend erscheinen die niederschweligen, gut erreichbaren kanadischen Community Health Centres, die in den 1970er-Jahren durch ein Förderprogramm des kanadischen Gesundheitsministeriums entstanden sind (Schaeffer et al. 2015). Sie orientieren sich an der Deklaration der Weltgesundheitsorganisation von Alma-Ata (WHO 1978), das heißt an einem weitgefassten, gesellschaftlichen Verständnis gesundheitlicher Versorgung, das soziale Einflussgrößen auf Gesundheit wie Bildungsstatus, Arbeits- und Wohnbedingungen und soziale Lage berücksichtigt. Sie richten sich an Einzelpersonen und die Bevölkerung der zugehörigen Region. Das Modell lokaler, regional ausgerichteter Zentren wird aktuell von der Robert Bosch Stiftung im Förderprogramm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ aufgegriffen (Kasten). Es soll damit ein Beitrag geleistet werden, die Gesundheitsversorgung auch in Zukunft zu sichern und exemplarisch neue Maßstäbe in der Qualität der Versorgung zu erarbeiten.

Mit dem Programm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ der Robert Bosch Stiftung sollen neue Impulse und exemplarisch neue Maßstäbe für die ambulante Versorgung gesetzt werden. Dabei geht es um die Entwicklung und Einführung von lokalen, inhaltlich umfassenden und exzellenten Gesundheitszentren, die die Primär- und Langzeitversorgung in einer Region abdecken können. Sie sollen folgende Eigenschaften haben:

- abgestimmt auf den regionalen Bedarf,
- patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung aus einer Hand,
- kommunal eingebunden,
- Prävention und Gesundheitsförderung,
- Unterstützung des Patienten im Umgang mit der Erkrankung,
- Nutzung neuer Potenziale wie E-Health,
- multiprofessionelles Team aus Gesundheits-, Sozial- und anderen Berufen, die gleichrangig sind,
- perspektivisch akademisch angebunden.

Deutschlandweit werden seit Anfang 2017 nach einjähriger Konzeptentwicklungszeit fünf Initiativen gefördert.

Der Wechsel zu einer Versorgung, die einem umfassenden Verständnis von Gesundheit folgt und deren Kern die Integration der Leistungen für den Patienten oder den älteren, auf Unterstützung angewiesenen Bürger ist, vollzieht sich nicht durch reinen Appell, dass die betroffene Person in den Mittelpunkt zu stellen sei, oder durch alleinige organisatorische Umstellung der Leistungserbringung, sondern erfordert darüber hinaus nachhaltige Änderungen in den Kompetenzprofilen im beruflichen Handeln und damit in den Köpfen der Gesundheitsprofis.

2 Von Köpfen und Haltungen

Das Zusammenspiel der unterschiedlichen Berufe in der Versorgung von Patienten mit komplexeren Bedarfen ist zunächst darauf angewiesen, dass die Beteiligten ein gemeinsames Grundinteresse

haben, qualitativ hochwertige und patientenzentrierte Leistungen zu erbringen. Zwar ist in der Gesundheitsversorgung wie auch in anderen Bereichen der Arbeitswelt viel über Stellenbeschreibungen und formale Regelungen zu bewirken, wie in den anderen Bereichen sind diese jedoch allein nicht hinreichend. Die Komplexität der Aufgaben verlangt zunehmend selbstständiges und eigenverantwortliches Agieren, das sich dennoch an den übergreifenden Zielen und dem Handeln der anderen in der Versorgung beteiligten Personen orientiert.

Im Sinne komplexer Patientensteuerung ist bei den Beteiligten eine Haltung, die auf Integration anstatt auf Segregation setzt, mehr als wünschenswert. Dies beinhaltet eine Grundsichtweise, das gesamte Versorgungskontinuum und die umfänglichen Bedarfe der betreuten Person im Kopf zu haben, auch wenn die eigene Zuständigkeit auf bestimmte Aufgabengebiete festgeschrieben und in einem bestimmten Bereich der Versorgung angesiedelt ist.

Die Rolle des Patienten ist zunehmend geprägt von Eigenverantwortung und Partnerschaftlichkeit. Das ist kulturell geboten, gleichzeitig jedoch auch eine notwendige Voraussetzung erfolgreicher Therapie komplexer chronischer Erkrankungen und Betreuungssituationen. Dies setzt aufseiten der Helfer die Einsicht in den Gewinn von koproduktiver Versorgung voraus, bei der gemeinsam mit der betroffenen Person und den relevanten beteiligten Gesundheitsberufen die Ziele bestimmt und ausgehandelt sowie Maßnahmen verabredet werden. Nicht mehr der Einzelkämpfer wird erfolgreich sein, sondern das Team, das in unserem inzwischen hoch differenzierten und arbeitsteiligen Gesundheitssystem die Gesundheitsziele gemeinsamer betreuter Personen verfolgt und zu erreichen versucht.

Offenheit für Kooperation ist also eine weitere Grundhaltung, die zunehmend wichtig wird. Eine hohe Zielgebundenheit wird erreicht, wenn die Kooperation nicht mehr für sich allein positiv bewertet, sondern aufgrund konkreter Resultate geschätzt wird, die jeder Beteiligte darin für sich sieht, und wenn darüber hinaus die Bereitschaft entsteht, zu einem gewissen Grad die Verantwortung mit anderen zu teilen (Friedberg 1995). Die Fähigkeit zur Kooperation speist sich in weiten Teilen aus der Fähigkeit und Möglichkeit zur Kommunikation. Eine koproduktive Leistungserbringung beinhaltet Aushandlungsprozesse und das Einbringen von Konfliktlösungskompetenzen, insbesondere wenn Ziele festzulegen und Entscheidungen zu treffen sind. Darüber hinaus ist eine gute Kooperation in der Ausführung der Leistungen zwingend angewiesen auf einen für alle Beteiligten zufriedenstellenden und im Hinblick auf die jeweiligen Einzelaufgaben vollständigen Informationsfluss.

Um die umfänglichen Aufgaben für Personen mit komplexeren Versorgungsbedarfen erfolgreich zu bewältigen, wird über begünstigende Grundhaltungen (und die therapeutisch- fachlichen Kenntnisse) hinaus ein bestimmtes Set von Fähigkeiten und Kompetenzen benötigt. Zunehmend wichtiger werden Überblick und Weitsicht über die Gesundheits- und Lebenssituation der betreuten Person und deren mutmaßliche Entwicklung sowie über die Leistungsmöglichkeiten, die das Gesundheitssystem und andere Bereiche wie zum Beispiel soziale Beratungsdienste und ehrenamtliche Nachbarschaftsdienste zu bieten haben. Denn es gilt, Bedarfe und Leistungen in ein individuelles Versorgungspaket zu integrieren und bei Veränderung stets neu anzupassen. Es schließt das Wissen darum mit ein, wer in der Leistungserbringung welche Leistungen einbringen kann, das heißt, es erfordert Klarheit im Verständnis der eigenen Rolle im Leistungsgeschehen und der Rollen der anderen beteiligten Gesundheitsberufe. Vieles spricht dafür, dass in der Praxis jedoch eine flexible Ausgestaltung der Rollen und damit der Kooperation der Gesundheitsberufe erfolgreicher ist als ein starres Handeln in der jeweiligen Rolle (Klapper 2003). Flexibilität und vernetztes Denken werden zu Kernkompetenzen, um im dynamischen Ablauf der Leistungserbringung durchgehend handlungsfähig zu bleiben und stets eine angemessene Versorgung für die betreute Person anbieten zu können.

3 Zusammenarbeit lernen

Die Benennung von Wissen, Fähigkeiten und Kompetenzen verweist auf die Ausbildung in den Gesundheitsberufen. Zur Frage, wie Kooperation gelehrt und gelernt werden kann, halten Höppner und Büscher (2011, 15) sechs Kompetenzdimensionen für wesentlich:

- Rollenklarheit und Reflexionsfähigkeit,
- Fähigkeit zu zielgerichteter Kommunikation,
- Auseinandersetzungsfähigkeit und -bereitschaft,
- Selbstbewusstsein und Offenheit,
- Wissen um die Kompetenz anderer Disziplinen,
- Wertschätzung gegenüber den Partnern.

Die Autoren gehen ferner davon aus, dass es interdisziplinärer und interprofessioneller Lernzusammenhänge bedarf, um die notwendigen Fähigkeiten auszubilden. Seit einigen Jahren wird daher viel Hoffnung in das interprofessionelle Lernen (IPL) in den Gesundheitsberufen gelegt. Auch wenn Deutschland im internationalen Vergleich noch recht am Anfang steht, so sind dennoch auch hierzulande eine beträchtliche Anzahl an Projekten zum IPL auf den Weg gebracht worden. Zusammen mit der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung hat die Robert Bosch Stiftung 2016 ein Themenheft herausgegeben, in dem 23 Beiträge zum Thema versammelt sind (Robert Bosch Stiftung und Gesellschaft für Medizinische Ausbildung 2016).

Im internationalen Kontext kann bereits auf eine lange Tradition des interprofessionellen Lernens und von begleitender Forschung zurückgeblendet werden. Paradis (2017) definiert für Kanada drei Wellen der interprofessional education (IPE). Die erste Welle von 1959 bis 1979 hängt zusammen mit der verstärkten Ausrichtung des kanadischen Gesundheitssystems auf die Primärversorgung. Der Fokus der zweiten Welle von 1994 bis 1999 bezieht sich auf die Annahme, dass die begrenzte Fähigkeit zur interprofessionellen Kooperation der Gesundheitsberufe einem Mangel an Wissen geschuldet ist. In der dritten Welle ab Ende der 1990er Jahre wird daraufgesetzt, mit IPE Versorgungsfehler zu vermeiden, Patienten-Outcomes und Zufriedenheit zu verbessern und die Gesundheitsberufe auf die komplexen Bedarfe der alternden Patientenpopulation und die komplexe Struktur der Gesundheitsversorgung vorzubereiten. IPE ist seitdem ein internationales Thema geworden.

In einem Überblicksartikel zeigt Reeves (2016) den aktuellen Wissensstand zum IPL auf. Er verweist auf die Debatte, ob IPL besser in der Bildungseinrichtung oder im klinischen Setting anzusiedeln ist, und empfiehlt eher einen frühzeitigen Beginn im Ausbildungsverlauf. IPL sollte ein kontinuierlicher Bestandteil professioneller Karrieren sein. Auch wenn einige Evidenz vorliegt zu den einzusetzenden Methoden und anderen Fragen des Formats, so sollte IPL bezüglich der erhofften Effekte rigoroser Evidenzprüfung unterzogen werden (Reeves 2016). Paradis (2017) empfiehlt in zukünftigen IPL-Einheiten mehr die theoretische Fundierung, die Wirkungswahrscheinlichkeit in der Versorgungspraxis, die hierarchischen Strukturen und das Arbeiten in logistisch klaren und zielgerichteten Formaten zu berücksichtigen.

Nicht nur die richtigen Lerneinheiten sind wesentlich für den Erfolg von IPL. Um entsprechende Angebote einzuführen und verbindlich zu verankern, müssen sich auch die Bildungseinrichtungen einem Prozess der Organisationsentwicklung öffnen, Strukturen aufbauen und Zuständigkeiten schaffen, um das Thema Interprofessionalität als gemeinsames, langfristiges Ziel umzusetzen (Nock

2016). Die Förderung interprofessioneller Kompetenz im Laufe der professionellen Karrieren liegt als Aufgabe bei den Führungskräften in der Gesundheitsversorgung, indem darauf Wert gelegt wird, dass das Personal interprofessionelle Fortbildungen besucht, die Teilnahme gegebenenfalls im professionsübergreifenden Team erfolgt und dies dafür freigestellt wird. Auch die Träger von Fortbildungsangeboten im Gesundheitsbereich sind gefordert, ihr Portfolio um interprofessionelle Angebote zu erweitern. Schließlich müssen Änderungen der gesetzlichen Vorgaben zur Gestaltung der Curricula erfolgen, um langfristig die notwendige Verbindlichkeit herzustellen.

Die Literatur vermittelt ein facettenreiches Bild zum IPL und auch die Lerneinheiten und -möglichkeiten sind in sich vielfältig. Die folgenden drei Umsetzungsbeispiele zeigen, wie IPL gestaltet werden kann. Sie beziehen sich auf eine Lerneinheit, die eine chronische Erkrankung zum Gegenstand des Lernens macht. Sie demonstrieren, wie IPL im Fortbildungsbereich konzipiert und wie in der Praxis auf einer Ausbildungsstation gearbeitet werden kann.

KOMPIDEM – evidenzbasierte Versorgung von Menschen mit Demenz

Empirische Befunde legen nahe, dass Menschen mit Demenz und neuropsychiatrischen Symptomen nicht hinreichend gemäß evidenzbasierter Empfehlungen versorgt werden, und dabei Probleme in der Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden eine Rolle spielen. Die Initiatoren haben eine gemeinsame 30-stündige Lerneinheit für die akademisch- ärztliche und die nicht akademisch pflegerische Ausbildung konzipiert, die folgende Komponenten enthält: Vorlesung zur Sicherstellung des gemeinsamen Wissensstandes, problemorientiertes Lernen zur Vertiefung einzelner Aspekte mit tutorialer Begleitung, Hospitationen in Pflegeheimen im Tandem sowie ein Abschlusskolloquium. Die Lerneinheit wird als Wahlfach für die Medizinstudierenden der Universität zu Lübeck und die Pflegeauszubildenden der UKSH Akademie Lübeck angeboten und weiterhin von Prozess- und Ergebnisevaluation begleitet (Balzer et al. 2016).

Im Dialog

„Gemeinsam die Prozesse in der ambulanten Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patienten verbessern“, so lautet das Ziel eines interprofessionellen Fortbildungskonzepts, das aktuell von einem interprofessionellen Team unter Einbeziehung von Patienten vom Institut für Allgemeinmedizin und dem Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke zusammen mit der Bundesärztekammer entwickelt wird. Es richtet sich auf die Nachsorge von Schlaganfallpatienten und sieht 30 Teilnehmer vor: Ärzte, Medizinische Fachangestellte, Gesundheits- und Krankenpflegende, Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden. Mit der Fortbildung sollen folgende Veränderungen angestoßen werden: Wissen vermehren über die Tätigkeiten und Ressourcen der anderen Berufsgruppen, Einbeziehen der Patientensicht, Initiierung und Etablierung regionaler interprofessioneller Netzwerkstrukturen sowie eine nachhaltige Implementierung des Angebots in etablierten Fortbildungseinrichtungen (Konecny et al. 2016).

„Learning together to be able to work together“

1996 wurde weltweit die erste „Interprofessional Education Student Ward“ im schwedischen Linköping eröffnet. Darauf aufbauend richtete das Karolinska Institutet ab Ende der 1990er-Jahre an verschiedenen Krankenhäusern eine Reihe derartiger Ausbildungsstationen ein. Weitere Krankenhäuser in Schweden folgten den Beispielen. Bemerkenswert an diesem Lernen in der Praxis

ist, dass den Teams der Studierenden unter Supervision über einen bestimmten Zeitraum hinweg die Verantwortung für die Versorgung übertragen wird. Sie erhalten praxisnah die Möglichkeit, das Verständnis für die eigene Rolle und deren Grenze zu schärfen. Auch im ambulanten Bereich, in Zentren der Grundversorgung, sind inzwischen analoge Räume zum interprofessionellen Lernen entstanden (Sottas et al. 2016).

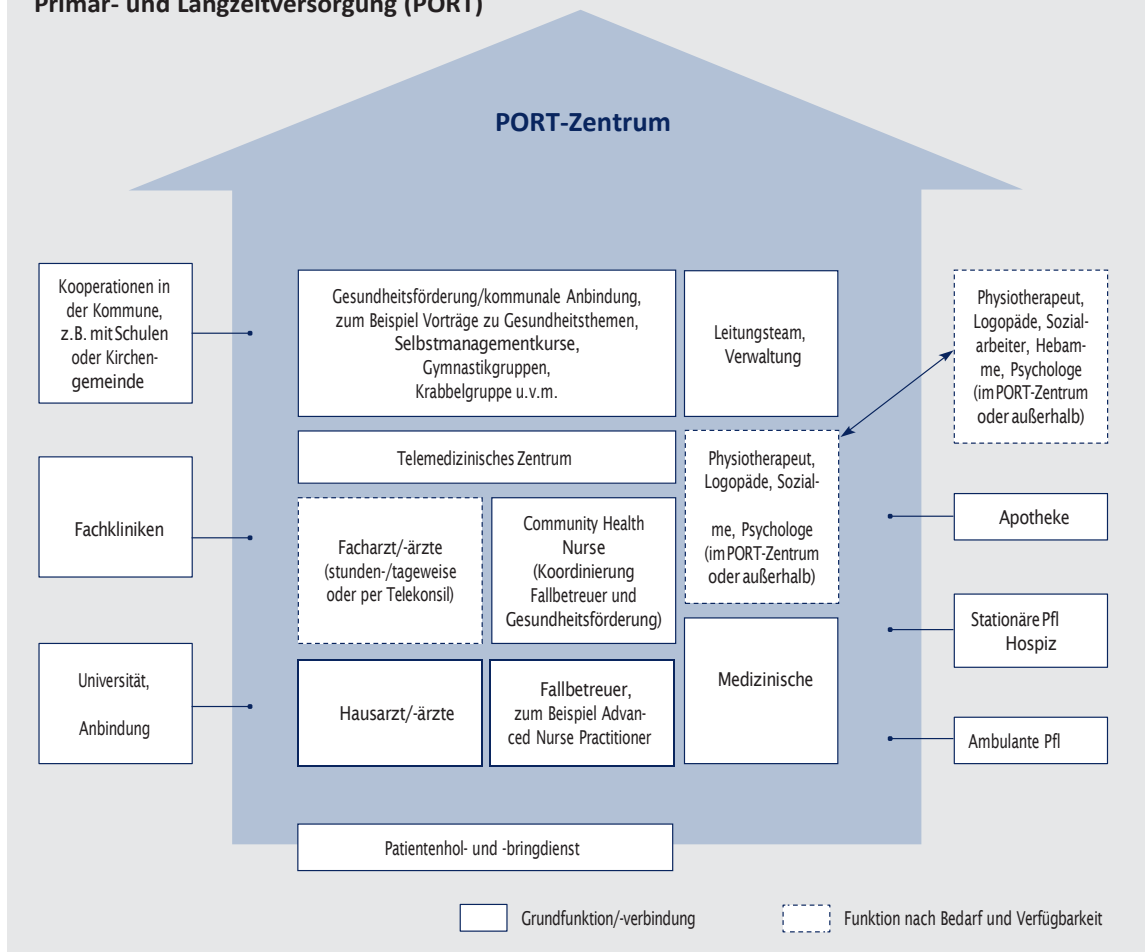
4 Perspektiven für mehr integrierte, sektorenübergreifende Versorgung

Alle drei Beispiele zum interprofessionellen Lernen stimmen optimistisch. Sie werden wohl perspektivisch dazu beitragen, dass sich die Kompetenzprofile und die Sichtweisen in den Köpfen der Gesundheitsberufe in Richtung eines die integrierte und sektorenübergreifende Versorgung unterstützenden beruflichen Handelns entwickeln. Gerade das schwedische Vorbild, das auch IPL in der ambulanten Praxis ermöglicht, verdient vermehrte Aufmerksamkeit. In den eingangs vorgestellten „PORT- Zentren“ (Kasten und Abbildung 1) ist die Durchführung derartiger Lernkonzepte nicht nur vorstellbar, sondern auch wünschenswert. Dies könnte über Kooperationen mit nahe gelegenen Universitäten und anderen ausbildenden Einrichtungen gelingen und doppelten Gewinn bedeuten, nämlich eine Verbesserung der ambulanten Versorgung chronisch Kranker sowie die Erweiterung praktischer Ausbildungsmöglichkeiten für Medizinstudierende und Studierende und Auszubildende anderer Gesundheitsberufe.

Über die verbesserte interprofessionelle Kooperation hinaus werden – so legen die komplexen Bedarfe und die patientenorientierte Versorgungssteuerung im Verlauf des Versorgungskontinuums nahe – perspektivisch zusätzliche Berufsprofile benötigt. Für die Kommunikation und den Informationsfluss im interprofessionellen Team wird es zunehmend sinnvoll sein, dies mit E-Health-Anwendungen zu unterstützen und beispielsweise eine elektronische Patientenakte und Möglichkeiten der Telemedizin und Ähnliches vermehrt zu nutzen. Dadurch könnte ein Feld von neuen Anforderungen und Kompetenzbedarfen entstehen.

ABBILDUNG 1

Beispielhafte Bündelung der Leistungen in einem Patientenorientierten Zentrum zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT)



Quelle: eigene Darstellung, G+G Wissenschaft 2017

Deutlicher ist bereits abzusehen, dass eine patientenorientierte integrierte und sektorenübergreifende Versorgung vor allem eine starke, die Versorgung koordinierende Rolle erfordert, die im interprofessionellen Team dafür sorgt, dass für die betreute Person ein individuell angemessenes Unterstützungspaket zusammengestellt, organisiert und im weiteren Verlauf kontinuierlich angepasst wird. Benötigt wird außerdem eine Koordination der Angebote, etwa von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention sowie von sozialen Diensten oder Dienstleistungen in der Kommune oder im Quartier. In anderen Ländern werden diese Aufgaben im Profil der „Community Health Nurse“ gebündelt. Aktuell führt die Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung eine Machbarkeitsstudie zu Community Health Nursing in Deutschland durch (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2017). Wie auch immer die zukünftige Gesundheitsversorgung aussehen wird: Integration, Vernetzung und Kooperation sollten im Sinne der Patienten und Bürger darin eine vorrangige Rolle spielen.

Literatur

Balzer K, Schröder R, Junghans A et al. (2016): Verbesserung der Kompetenzen für eine evidenzbasierte Versorgung von Menschen mit Demenz. In: Robert Bosch Stiftung, Gesellschaft für

Medizinische Ausbildung (2016) (Hrsg.): Interprofessionelle Ausbildung. Themenheft der GMS Journal for Medical Education (JME). Stuttgart: Robert Bosch Stiftung, 33–52

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2017): Community Health Nursing; www.dbfk.de/de/themen/Community-Health-Nursing.php

Friedberg E (1995): Ordnung und Macht. Dynamiken organisierten Handelns. Frankfurt/New York: Campus Verlag, 164–165

Görres S (2013): Orientierungsrahmen: Gesellschaftliche Veränderungen, Trends und Bedarfe. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung, 19–49

Höppner H, Büscher A (2011): Wie lehrt und lernt man Kooperation? In: Robert Bosch Stiftung 2011: Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung, 15–18

Klapper B (2003): Die Aufnahme im Krankenhaus. People-processing, Kooperation und Prozessgestaltung. Bern/Göttingen/Toronto/ Seattle: Verlag Hans Huber

Koneczny N, Schluckebier I, Webers A et al. (2016): Im Dialog – gemeinsam die Prozesse in der ambulanten Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patienten verbessern. Poster; www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/013_Poster_Im-Dialog_10_03_2016.pdf

Kuhlmei A (2013): Präambel. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung, 8–11

Nock L (2016): Handlungshilfe zur Entwicklung von interprofessionellen Lehrveranstaltungen in den Gesundheitsberufen. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung

Paradis E (2017): Interprofessional Education for Interprofessional Collaboration – Where Should We Go from Here? Präsentation am 10. März 2017; www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/OP_Team_meets_PORT_Vortrag_Paradis.pdf

Reeves S (2016): Why We Need Interprofessional Education to Improve the Delivery of Safe and Effective Care. In: Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Vol. 20, No. 56, 185–196 Robert Bosch Stiftung (2011 a): Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Schattauer

Robert Bosch Stiftung (2011 b): Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung

Robert Bosch Stiftung, Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (2016) (Hrsg.): Interprofessionelle Ausbildung. Themenheft der GMS Journal for Medical Education (JME). Stuttgart: Robert Bosch Stiftung

SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche; www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf Schaeffer D, Hämel K, Ewers M. (2015): Versorgungsmodelle für strukturschwache und ländliche Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Reihe Gesundheitsforschung. Weinheim/ München: BeltzJuventa

Sottas B, Mentrup C, Meyer PC (2016): Interprofessional Education and Practice in Sweden. In: International Journal of Health Professions, Bd. 3, Heft 1, 3–13

WHO (Weltgesundheitsorganisation) (1978): Erklärung von Alma-Ata;
www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 8. Juni 2017)

Die Autorin

Dr. phil. Bernadette Klapper leitet den Themenbereich Gesundheit in der Robert Bosch Stiftung. Zuvor war sie Leiterin „Klinische Produkte und Dienstleistungen Europa“ (Telemedizinssparte) bei der Robert Bosch Healthcare GmbH, Projektleiterin in der Robert Bosch Stiftung im damaligen Programmbereich „Gesundheit und Humanitäre Hilfe“ sowie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Sie ist Krankenschwester mit Berufserfahrungen in Deutschland und Frankreich und hat Soziologie studiert mit Abschlüssen der Universitäten Hamburg und Bordeaux.