

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband e.V.

10. Fachgespräch des Alumninetzwerks Pflege braucht Eliten "Steuerung von Versorgungsprozessen durch Pflegende"

11. Dezember 2009 in Berlin

Sollen und können Pflegende steuern? Statement aus verbandlicher Sicht

Dr. Margarete Reinhart, Bundesvorstand DBfK

Zur Frage der Steuerung im Gesundheitswesen – insbesondere im Krankenhaus - gibt es eine Vielfalt von Rollenbeschreibungen und Begriffen, die in der Praxis nicht immer eindeutig definiert und unterschieden werden. Vertreter des klassischen Case-Management sehen für das Krankenhaus eher ein Fallmanagement. Lässt denn die Kürze der Verweildauer eine individuelle Steuerung überhaupt zu, fragen sie. Andere plädieren gerade wegen der Komplexität des einzelnen Falles und der Parallelität der vielen Fälle für das Case - Management zur Prozesssteuerung.

Viele Berufsgruppen halten sich für prädestiniert, diese Steuerungsaufgaben zu übernehmen. Auf der Verbandsebene wird in der Regel die Steuerungskompetenz als Exklusivkompetenz für die eigene Berufsgruppe beansprucht. Im Krankenhaus z. B. ringen Ärzte, Pflegende und Sozialarbeiter um die Prozesshoheit. Häufig liegt es jedoch am Prozess der Prozesssteuerung, wenn Mängel auftreten. Er ist evtl. noch unbefriedigend organisiert, da einzelnen Akteuren die eigene Rolle unklar ist, oder das gewählte Modell unterlaufen wird.

Prozesssteuerung als zentrale Kompetenz und Aufgabe der Pflegeberufe ist schon lange eine Forderung der Pflegeberufsorganisationen. Grundsätzlich können und sollen Pflegende steuern. Sie tun dies auch schon in sehr vielen Fällen. In diesem Sinne hat sich auch das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) von 2007 mit neuen Formen der Aufgabenverteilung und der beruflichen Sozialisation der Heil- resp. Gesundheitsberufe auseinandergesetzt. Der SVR führt aus, dass die derzeitigen Zuständigkeiten als Parameter der Aufgabenteilung u.a. zwischen Pflegenden und Ärzten künftig mehr nicht geeignet sind, Versorgungsqualität im Gesundheitswesen zu sichern. Die Begründungen dazu leiten sich zum einen ab aus der mangelnden Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung und zum anderen ist sie Konsequenz der zunehmenden Professionalisierung u.a. der Pflege im Verhältnis zum Arztberuf. Lösungsansätze sieht der SVR darin, sich neu den Fragen zu stellen: Wer kann was, wer macht was und wer ist verantwortlich wofür?

Pflegende sind schon traditionell diejenigen, bei denen alle Fäden zusammenlaufen. Das ist auf einfachster Argumentationsebene durch die Omnipräsenz – 24 Stunden/7 Tage die Woche - der Pflege gegeben. Die Pflege hat darüber hinaus durch ihre Kenntnis der Arbeitsweisen und –prioritäten der anderen beteiligten Gesundheitsberufe eine Querschnittsperspektive und -aufgabe. Hinzu kommt noch der explizite ‚Lebensweltbezug‘ der Pflegenden in der Wahrnehmung des Patienten und seiner Bedürfnisse.

Entscheidende Voraussetzung für die Übertragung der Verantwortung – nicht nur deren Delegation! - ist allerdings, dass ein wirklich „freier Blick“ auf die Zuständigkeiten der einzelnen Berufe möglich ist. Entsprechend stehen demzufolge dann auch die Bildungsstrukturen auf dem Prüfstand.

Verengt auf den Krankenhaussektor konzentriert sich die Betrachtung auf die Kernkompetenzen der Pflegenden und Ärzte. Gehen wir vom Grundsatz aus, dass die, die es können, es auch tun sollen, prallen wir auf sozialrechtliche Fixierungen oder standesrechtliche Alleinstellungsansprüche. Es fehlt unverändert am notwendigen Abbau der Hierarchien und an einem ernsthaft geführten Dialog zwischen Pflege und Medizin, aber auch an einschlägigen und wegweisenden politischen Entscheidungen.

Zukunftsfähige Vorstellungen für die professionelle Pflege - auch gemäß des SVR – erfordern nicht Delegation sondern eine Neuverteilung von Aufgaben bis hin zu neuen Verantwortlichkeiten. Es geht nicht darum, durch eher symbolische Veränderungen „Pflege aufzuwerten“ und darüber einen „anderen“ Berufsstand zu entlasten, indem z. B. ärztliche Tätigkeiten aus dem ärztlichen Berufsstand ausgegliedert und an die Pflege als ausschließlich arztersetzen Dienstleistung delegiert werden. Pflege würde so ihren Professionsanspruch verlieren und Pflegenden wären mittelfristig über die Delegation beliebig ersetzbar. Auch für den Patienten ist das keine wünschenswerte Lösung, denn sie würden erhebliche Qualitätseinbußen in der Versorgung erfahren, wenn nicht das vollständige Spektrum pflegerischer Konzepte und Interventionen greifen kann.

Die Prozesssteuerung befasst sich im Kern mit der Organisation des patientenbezogenen Behandlungs-, Pflege- und Überleitungsprozesses sowie mit der Übertragung der Steuerungsfunktion auf eine jeweils zuständige Steuerungsperson der Pflege. Mit dieser Übertragung werden zwei organisatorische Modelle der professionellen Pflege in eine Funktion integriert: Die Steuerungsperson der Pflege ist primäre Ansprechpartnerin für den Patienten i.S. von Primary Nursing. Sie erhebt den Pflegebedarf und übernimmt die Verantwortung für alle pflegfachlichen Interventionen. Diese Steuerungsperson der Pflege übernimmt zugleich die Funktion der Case-Managerin als Begleitung der ihr zugeordneten Patienten auf ihrem Weg durch die Versorgungssysteme innerhalb des Krankenhauses und in der Überleitung z. B. in die häusliche Umgebung.

Unter einem transsektoralen Versorgungsmanagement ist die gesamte Krankenhausversorgung - und nicht nur die ärztliche oder pflegerische Leistung - zu verstehen. Hier sollte auch im Interesse des Heilerfolgs und im Interesse wirtschaftlicher Prämissen nicht nur das Timing der Behandlungszeiten das Ziel sein. Wichtig - und neu - wäre eine inhaltliche Abstimmung zwischen allen Beteiligten innerhalb des Krankenhauses. Diese inhaltliche Abstimmung setzt allerdings voraus, dass der jeweilige Experte in seinem Bereich auf Augenhöhe anerkannt ist und nicht nur komplementär den Vorgaben der Medizin zu folgen hat. Augenhöhe meint dabei die gleichrangige Bewertung und Berücksichtigung von Perspektiven aller am Versorgungsprozess beteiligten Professionen. So wird Interdisziplinarität realisiert.

Konzeptionell unterschiedliche Zuständigkeiten für Pflegeleistungen sowie deren Umfang und Erbringung geschehen eigenverantwortlich durch Pflegenden. Nur wenn von den anderen beteiligten Berufen dieser eigenverantwortliche Bereich der Pflegenden akzeptiert wird, kann von Interdisziplinarität gesprochen werden. Ansonsten bleibt es bei der Zuweisung von Aufgaben anderer Berufe (insbesondere der Medizin) an Pflegenden. Interdisziplinäres Arbeiten verlangt von allen Beteiligten gleichermaßen neben den spezifischen Fachkompetenzen ein hohes Maß an integrativer Kompetenz und berufsübergreifende Qualifikationen.

In diesem Statement wurde Steuerung von Versorgungsprozessen mit dem Fokus auf den stationären Akutbereich betrachtet. Im ambulanten Bereich ist die Komplexität etwas geringer. Es gibt wegen der Finanzierung über zwei Sozialgesetzbücher mit unterschiedlichen Strukturen jeweils andere Bedingungen. Im SGB V ist politisch definiert, dass der Hausarzt als ‚Lotse‘ tätig sein soll. Im SGB XI ist es allein die pflegerische Perspektive und Leistung, die trägt. Die Brüche in der Versorgung und die daraus resultierende Fehl- bzw. Unterversorgung sind systemimmanent. Auch hier könnte eine

Prozesssteuerung durch die Pflege – siehe chronische Krankheiten, z. B. chronische Wunden - die Versorgung verbessern. Ebenso völlig anders ist die Situation in der stationären Altenhilfe. Hier steuert und koordiniert die Pflege über den Pflegeprozess. Erst parallel zum Krankheitsverlauf eines Bewohners werden andere Leistungserbringer einbezogen und damit wird Prozesssteuerung erforderlich. Jedoch gibt es derzeit keine Struktur, die eine Versorgungssteuerung über die Sektorengrenzen hinweg erlauben würde.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Pflegenden dafür qualifiziert und durch ihre Positionierung im System dafür prädestiniert sind, Versorgungsprozesse zu steuern. Steuerung kann aber nur gelingen, wenn die Steuernde mit der entsprechenden Entscheidungsbefugnis ausgestattet ist.