



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

INTERDISZIPLINÄRE TEAMS IN DER VERSORGUNG

SPEZIAL

Gut abgestimmt

+++ Positionen, Projekte, Perspektiven

STARTSCHUSS

Gemeinsame Sache machen!

von Michael Ewers 3

ÜBERBLICK

Neue Wege zu guter Pflege

von Franz Wagner 4

INTERVIEW

»Wir arbeiten konsequent wissenschaftsbasiert«

im Gespräch mit Gabriele Meyer 7

REPORTAGE

Operation Team

von Oliver Häußler 8

ARZNEIMITTELVERSORGUNG

Weniger ist oft mehr

von Silke Heller-Jung 10

WEITERBILDUNG

Kooperation lässt sich lernen

von Kristina Oheim 12

GERIATRIE

Das Wissen der anderen nutzen

von Annegret Himrich 13

PALLIATIVVERSORGUNG

Jeder Einzelne zählt

von Annegret Himrich 14

INTERVIEW

»Es geht zu oft darum, wer etwas macht«

im Gespräch mit Andreas Büscher 16

Literatur

■ „Pflege braucht keinen Stimmungsaufheller“

Interview mit Franz Wagner in: *G+G Gesundheit und Gesellschaft* 11/2017, S. 35–37

■ „Die Berufe finden eine gemeinsame Sprache“

Interview mit Irina Cichon in: *G+G Gesundheit und Gesellschaft* 3/2017, S. 39

■ Frank Hanke, Judith Hildebrand, Gero Joks, Ingo Füsgen

Prävention arzneimittelassoziierter Erkrankungen bei stationären Altenheimbewohnern durch ein pflegezentriertes Risikomanagement im Rahmen einer Integrativen Versorgung
German Medical Science GMS Publishing House, 2013 (Doc13gaa30)

■ Johann Behrens, Yvonne Selinger

Im Schrittempo – der steinige Weg zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegende

in: *Dr. med. Mabuse* 3/2012, S. 44–47

■ *Nadine-Michèle Szepan*
Schlusslicht Deutschland? – Der steinige Weg zur Weiterentwicklung der Versorgung in Deutschland
in: *Peter Bechtel, Ingrid Smerdka-Arhelger, Kathrin Lipp (2011): Pflege im Wandel gestalten – eine Führungsaufgabe, Springer 2011, S. 27–37*

■ *Andreas Büscher, Heidi Höppner*
Wie lehrt und lernt man Kooperation?
In: *„Memorandum: Kooperation der Gesundheitsberufe – Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung“, Robert Bosch Stiftung, Stuttgart 2011, S. 15–18*

Internet

■ www.deutscher-pflegerat.de
Der Deutsche Pflegerat ist die Dachorganisation der Berufsverbände für Pflegenden und Hebammen. Das Portal enthält Informationen und Positionen aus dem Bereich der Verbandsarbeit, der Politik und zu den unterschiedlichen Berufsbildern.

■ www.bv-geriatrie.de
Website des Bundesverbandes Geriatrie. Unter → *Verbandsarbeit* → *Zercur Geriatrie* → *Basislehrgang* gibt es umfassende Informationen über das interprofessionelle Fortbildungsprogramm.

■ www.dnqp.de
Website des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Hier finden sich Expertenstandards und Auditinstrumente für zahlreiche Versorgungsthemen, darunter Dekubitusprophylaxe, Schmerzmanagement und Sturzprophylaxe.

■ www.bosch-stiftung.de/publications
Das Memorandum der Robert Bosch Stiftung „Kooperation der Gesundheitsberufe – Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung“ diskutiert in verschiedenen Fachbeiträgen, wie sich die Kooperation der Gesundheitsprofessionen in der Praxis umsetzen lässt. Sie finden das PDF zum Download unter dem Suchbegriff: „Memorandum“.

Gemeinsame Sache machen!

Die Lebenserwartung steigt und mit ihr die Zahl der Menschen, die chronisch und mehrfach erkrankt sind. Um diese Herausforderungen zu meistern, braucht es interprofessionelle und teambasierte Strategien. Doch, so betont **Michael Ewers**, interprofessionelle Teamarbeit will gelernt sein.



Komplexe Gesundheitsprobleme spielen eine immer größere Rolle. Vor allem ältere Menschen sind oftmals zugleich körperlich, psychisch und sozial eingeschränkt. Eine Ärztin allein, ein Pfleger, ein Physiotherapeut, eine Sozialarbeiterin oder eine Apothekerin stoßen da mit ihren jeweiligen Kompetenzprofilen schnell an Grenzen. Die zunehmende Spezialisierung und Arbeitsteilung innerhalb der Professionen und zwischen ihnen machen die Sache nicht einfacher.

Erst wenn die Professionen zusammenarbeiten, ihre Expertise bündeln und ihre Tätigkeiten auf ein gemeinsames Ziel ausrichten, wenn sie sich kontinuierlich abstimmen und die betroffenen Menschen dabei aktiv einbinden, lassen sich auch komplexere Gesundheitsprobleme lösen. Wie wenig das im Alltag derzeit gelingt und welche Konsequenzen sich daraus auf individueller und gesellschaftlicher Ebene ergeben, ist vielfach nachgewiesen – etwa in Fragen der Patientensicherheit.

Es leuchtet ein: Wer in der Primärversorgung, im Krankenhaus oder in der häuslichen Intensivversorgung in interprofessionellen Teams arbeiten will, muss das zuvor gelernt haben. Traditionell werden die Gesundheitsprofessionen aber siloförmig auf verschiedenen Ebenen und in unterschiedlichen Einrichtungen getrennt voneinander qualifiziert. Oft fehlt es an grundlegenden Kenntnissen über das Tätigkeitsspektrum, die Kompetenzen, das Selbstverständnis oder die Wertmaßstäbe der jeweils anderen Profession. Hinzu kommen mangelnde

Kommunikationsfähigkeit und -bereitschaft, Vorurteile sowie Hierarchie- und Machtkonflikte.

Pflegende arbeiten schon immer teambasiert. Die Zusammenarbeit mit anderen Professionen auf Augenhöhe, unter Einsatz ihres gesamten Tätigkeitsspektrums und in geteilter Verantwortung müssen aber auch sie erst lernen. Inzwischen gibt es zahlreiche Initiativen, damit die Gesundheitsprofessionen – in Anlehnung an eine Definition der WHO – „miteinander, voneinander und übereinander“ lernen und sich schon zu Beginn ihrer Laufbahn in interprofessioneller Teamarbeit erproben. Auch Pflegende sind daran beteiligt. Zwar ist es noch zu früh, von diesen Initiativen weitreichende oder gar nachhaltige Effekte zu erwarten. Bei der Aus- und Weiterbildung öfter mal „gemeinsame Sache“ mit anderen Gesundheitsprofessionen zu machen, dürfte sich aber am Ende für alle auszahlen, vor allem für Menschen mit komplexen Gesundheitsproblemen.

Prof. Dr. Michael Ewers MPH

Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflege-wissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Neue Wege zu guter Pflege

Die Anforderungen an eine gute medizinische Versorgung haben sich gewandelt. Um ihnen gerecht zu werden, bedarf es einer Neuausrichtung der Gesundheitsfachberufe, fordert **Franz Wagner**. Dazu gehört vor allem eine stärkere Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Professionen.

Unsere Gesundheitsversorgung steht vor großen Herausforderungen. Der demografische Wandel führt zu einer steigenden Zahl älterer Menschen. Damit wächst auch die Anzahl derjenigen, die von chronischen Erkrankungen und komplexen Krankheitsverläufen betroffen sind. Gleichzeitig erneuert sich das Wissen in Medizin und Pflege in kürzer werdenden Zyklen. Technische Entwicklungen, vor allem die Digitalisierung, schreiten rasant voran. Im Gesundheitswesen stellt der Einsatz von E-Health und elektronischen Assistenz-

aber auch immer weiter weg von einer kontinuierlichen, umfassenden und abgestimmten Versorgung der Patientinnen und Patienten.

In dieser Situation bedarf es einer Neuausrichtung der Gesundheitsfachberufe, um die genannten Herausforderungen zu bewältigen. Diese Neuausrichtung muss sich sowohl auf eine andere Aufgabenverteilung in interdisziplinären Teams beziehen als auch auf die Art der Zusammenarbeit selbst. Das heißt nicht, dass Spezialisierungen aufgegeben werden sollen. Es bedeutet vielmehr, dass sich die Beteiligten stärker vernetzen und stärker zusammenarbeiten, als dies bisher der Fall ist.

Die Aufgaben neu verteilen. Diese Diskussion ist nicht neu. Bereits 2007 regte der Gesundheitssachverständigenrat eine stärkere Kooperation an. Die Wissenschaftler sahen darin einen Beitrag zu einer effizienten und effektiven Versorgung. Bei einer solchen Neuverteilung von Aufgaben geht es vor allem um veränderte Kompetenzprofile der Gesundheitsberufe. Dazu muss grundsätzlich geklärt werden, wer welche Aufgabe bei der Versorgung der Patienten sinnvollerweise übernimmt, wer die Verantwortung dafür trägt, wie die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen funktioniert und wie sich dies mit rechtlichen und beruflichen Befugnissen in Einklang bringen lässt.

Ein Beispiel für ein verändertes Kompetenzprofil sind die erweiterten pflegerischen Aufgaben von Pflegeexperten, englisch „Advanced Practice Nurses“ (APN). Sie sind akademisch qualifiziert und übernehmen in bestimmten Teilbereichen hoch spezialisierte Aufgaben wie etwa die Versorgung chronisch kranker Menschen mit Diabetes mellitus. Diese Pflegeexperten werden im Stellenplan einer Einrichtung der Pflege zugerechnet, übernehmen aber Aufgaben einer erweiterten pflegerischen Praxis und mancherorts auch Aufgaben, die bisher Ärzte ausüben. Es gibt eine Reihe von Krankenhäusern, in denen diese Pflegeexperten fest etabliert sind. Auch im ambulanten Bereich arbeiten bereits viele dieser hoch spezialisierten Pflegefachpersonen.

Abgestimmte Versorgungsprozesse. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Neuausrichtung der Gesundheitsfachberufe ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Teams. Wie notwendig sie ist, zeigt sich beispielsweise in der Intensivmedizin. Hier ist auch

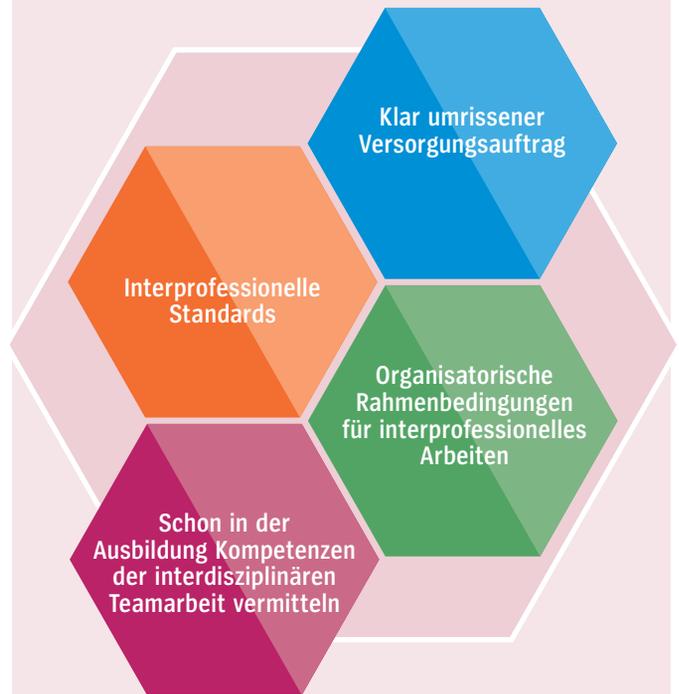


Viele Teile bilden ein Ganzes: Das gilt im Idealfall auch für die Mitglieder interprofessioneller Teams.

systemen neue Anforderungen an Leistungserbringer und Patienten.

Diese Veränderungen haben dazu beigetragen, dass sich unsere Gesundheitsversorgung mehr und mehr spezialisiert hat. Die Versorgungsprozesse sind fragmentiert und unterschiedlichen Gesundheitsfachberufen zugeteilt. Durch diese Entwicklung lassen sich Teilbereiche der Versorgung befriedigend gestalten. Zugleich führt diese Zerstückelung der Arbeitsprozesse

Bausteine für gelingende Pflege



von ärztlicher Seite zu hören, dass Hochleistungsmedizin nur funktionieren kann, wenn Pflegefachpersonen und Ärzte aus verschiedenen Fachbereichen gut zusammenarbeiten. Weitere Bereiche, in denen interdisziplinäre Teams aus Ärzten, Pflegefachpersonen und Therapeuten eng zusammenarbeiten, sind die Notaufnahme, der Operationssaal, aber auch die Geriatrie, Pädiatrie und Psychiatrie mit ihren hohen Anteilen beratender und sprechender Medizin.

Schnittstellen zwischen Sektoren überwinden. Es gibt zahlreiche Anhaltspunkte dafür, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung fördert, dass sie abgestimmte, aufeinander bezogene Versorgungsprozesse begünstigt und dazu beiträgt, Schnittstellen zwischen den verschiedenen Sektoren und Einrichtungen des Gesundheitswesens zu überwinden. Die Gesundheitsfachberufe sind auf eine solche funktionierende Zusammenarbeit angewiesen, um gute Arbeitsergebnisse zu erzielen. Dafür muss die Zusammenarbeit auf Augenhöhe erfolgen. Das bedeutet, dass die Kompetenzen der jeweils anderen Berufsgruppen bekannt sind, anerkannt werden und gleichberechtigt in die Bewertung einer Versorgungssituation einfließen.

Interdisziplinäre Teams bestehen aus Fachkräften mit unterschiedlichen Ausbildungen, die als definierte Einheit komplexe Problemlagen bearbeiten. Dazu entwickeln sie formelle und informelle Strukturen. Sie vereinbaren gemeinsame Ziele, Interessen und Vorgehensweisen. Zugleich bearbeiten sie bestimmte Patientenprobleme unabhängig voneinander und entsprechend ihrer fachlichen Kompetenz. Sie lernen voneinander und kennen und respektieren ihre unterschiedlichen Rollen, Fähigkeiten und Befugnisse. Dazu müssen alle Beteiligten wissen, wer über welche Kompetenzen verfügt und welche Aufgaben übernehmen darf. Dieses Wissen ist vielerorts noch ungenügend.

Probleme gemeinsam lösen. Die organisatorischen Rahmenbedingungen müssen die interdisziplinäre Zusammenarbeit ermöglichen und fördern. Gegenwärtig stagniert die Teamarbeit jedoch oft bei der Frage, wie sie so organisiert werden kann, dass alle Teammitglieder die notwendigen Informationen erhalten. Dabei geht Teamarbeit weit über diesen Aspekt hinaus. Damit

Um die Versorgungsqualität insgesamt und nicht nur punktuell zu verbessern, sind die oben aufgeführten Punkte zentral, denn die Anforderungen an die Pflege und damit an Pflegeprofis verändern sich stark. Der demografische Wandel, ein verändertes Krankheitspektrum sowie Spezialisierung und technischer Fortschritt führen zu einem Wandel der Arbeitsbedingungen und -prozesse. Während bisher die Optimierung einzelner Arbeits- und Zuständigkeitsbereiche im Mittelpunkt stand, gilt es nun, sich auf das Gelingen übergreifender Arbeitsprozesse und Teamorientierung zu konzentrieren.

So funktioniert die Zusammenarbeit

Folgende Merkmale kennzeichnen interdisziplinäre Teams:

- definierte Einheiten
- Bearbeitung komplexer Problemlagen
- gemeinsames definiertes Ziel
- Einfluss persönlicher und professioneller Aspekte auf die gemeinsame Praxis
- praktizieren in institutionellen Kontexten (Krankenhaus, Langzeitpflege), dementsprechend wirken sich organisationsbezogene Aspekte interner und externer Art auf die Praxis aus
- spezielle Teamstruktur und Teamprozesse
- Kontinuität

Quelle: A. Büscher (2011)

Ärzte und Pflegefachpersonen die Probleme in der Patientenversorgung gemeinsam und auf Augenhöhe lösen können, müssen beispielsweise Visiten im Krankenhaus anders als bisher gestaltet werden.

Wertschätzung für die Arbeit der Kollegen. Teamarbeit ist auch eine Frage der inneren Haltung. Diese Haltung beinhaltet Vertrauen in die Kompetenzen der anderen Teammitglieder und lässt kein Konkurrenzdenken aufkommen. Das kann nur funktionieren, wenn die Teammitglieder ihre Einstellungen und Perspektiven reflektieren und untereinander kommunizieren. Selbstbewusstsein, Offenheit und Wertschätzung für die Arbeit der anderen sind weitere entscheidende Voraussetzungen. Ohne sie kann die Teamarbeit auch kontraproduktiv wirken, etwa, wenn einzelne Teammitglieder nicht „mit offenen Karten spielen“, und entgegen der gemeinsamen Ziele nur ihre professionsbezogenen oder persönlichen Interessen verfolgen. Teamarbeit muss auf der Einsicht gründen, dass gemeinsames, abgestimmtes Handeln einer besseren Versorgung der Patienten dient und zugleich die Mitarbeitenden zufriedener macht.

Pflegefachpersonen bemängeln dabei oft, dass ihre Leistungen nicht wertgeschätzt werden. Gemeint ist damit der Beitrag, den sie leisten, um für die Patienten gute Versorgungsergebnisse zu erzielen. Dieser Beitrag wird oft viel zu gering eingeschätzt: So stehen bei Organtransplantationen die Mediziner und ihre Leistungen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Dass eine Transplantation nur gelingt, weil Pflegefachpersonen dafür sorgen, dass die Patienten die postoperative Phase überhaupt überleben, wird weder gesehen noch anerkannt.

Barrieren abbauen

Im Rahmen des **Deutschen Pflorgetages 2018** wurde auch der Modellstudiengang „Evidenzbasierte Pflege“ an der Universitätsmedizin Halle vorgestellt (siehe Interview „Wir arbeiten konsequent wissenschaftlich“ auf Seite 7). Das bundesweit einmalige Angebot startete im Wintersemester 2016/2017 und wird durch die AOK Sachsen-Anhalt maßgeblich unterstützt. Die Absolventen erhalten neben dem Krankenpflegeexamen den Bachelor in Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Die Ausbildung erfolgt auf Hochschulniveau, zum Teil gemeinsam mit Medizinstudenten. Ziel ist, das Handlungsspektrum der Absolventen durch die besondere Qualifizierung zu erweitern. „Wir wollen Barrieren zwischen den Berufsgruppen abbauen“, so der Dekan der Medizinischen Fakultät, Prof. Dr. Michael Gekle. „Wir möchten mit der Akademisierung der Pflegeausbildung dazu beitragen, dass auch künftig die Patienten optimal und anhand neuester, wissenschaftlich fundierter Erkenntnisse versorgt werden können.“

Alle Versorgungsbereiche im Blick. Auch in der ambulanten Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege führt interdisziplinäre Teamarbeit zu einer umfassenderen und abgestimmten Versorgung. Ein Beispiel dafür ist die „Gesundheitsregion

» Zur Teamarbeit gehört Vertrauen in die Kompetenzen der anderen.«

Landkreis Leer“ in Ostfriesland. Dort findet eine regional koordinierte und gesteuerte Gesundheitsversorgung statt, die alle Versorgungsbereiche im Blick hat: ambulante und stationäre Versorgung, Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation. Ärzte und andere Gesundheitsfachberufe orientieren ihre Zusammenarbeit an den Bedürfnissen der Patienten.

Oft fehlen Kenntnisse. Insbesondere in der Langzeitpflege braucht es Netzwerke aus Ärzten und anderen Gesundheitsberufen, um die Anforderungen der Versorgung in einem abgestimmten Prozess zu bewältigen. Oft fehlen jedoch Informationen und Kenntnisse über Strukturen der Zusammenarbeit. Auch die Möglichkeiten, die E-Health für die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Langzeitpflege bietet, werden noch völlig unterschätzt.

Gemeinsam ausbilden. Um interdisziplinäre Teamarbeit im Arbeitsalltag praktizieren zu können, müssen die Teammitglieder über entsprechende Kompetenzen und Fähigkeiten verfügen. Diese müssen bereits in der Aus- und Fortbildung vermittelt werden. Dazu sind interdisziplinäre Lernzusammenhänge sinnvoll. Einige Hochschulen haben hierfür bereits entsprechende Strukturen geschaffen, wie beispielsweise die Hochschule für Gesundheit in Bochum, die Gesundheits- und Krankenpfleger, Hebammen, Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten unter einem Dach ausbildet. An den Universitäten Witten/Herdecke und Halle/Wittenberg wurde die Pflegewissenschaft in die medizinischen Fakultäten integriert. An der Universität Bielefeld ist die Pflegewissenschaft Bestandteil des Studiengangs Gesundheitswissenschaften/Public Health. Zudem gibt es Fortbildungen in verschiedenen Bereichen, die berufsgruppenübergreifend und interprofessionell konzipiert sind (siehe Beitrag „Koordination lässt sich lernen“ auf Seite 12).

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann einen entscheidenden Beitrag leisten, um die zukünftigen Herausforderungen bei der Gesundheitsversorgung zu bewältigen. Sie verbessert die Behandlungsergebnisse und erhöht die Mitarbeiterzufriedenheit. Um interdisziplinäre Teams aufzubauen, bedarf es jedoch des erklärten Willens aller beteiligten Akteure. Vor allem aber müssen die dafür erforderlichen Ressourcen bereitstehen. ■

Franz Wagner ist Präsident des Deutschen Pflorgetages e. V.



»Wir arbeiten konsequent wissenschaftlich«

Im Modellstudiengang „Evidenzbasierte Pflege“ erwerben Studierende neben pflegerischen auch heilkundliche Kompetenzen. Zugleich lernen die künftigen Absolventen, aktuelle Forschungsergebnisse in die tägliche Arbeit einzubeziehen, betont **Gabriele Meyer**.

Warum ist es nötig, dass Ärzte, Pflegende und Therapeuten künftig anders zusammenarbeiten als bisher?

Das Krankheitsspektrum in der Bevölkerung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten gewandelt. Chronische Erkrankungen haben deutlich zugenommen. Um sie bestmöglich therapieren zu können, sind komplexe Versorgungsprozesse nötig, bei denen die verschiedenen Professionen im Gesundheitswesen noch besser zusammenarbeiten müssen. Hinzu kommt, dass auch die Organisations- und Abstimmungsprozesse im Gesundheitssystem komplexer geworden sind. Eine Abgrenzung der Professionen voneinander macht unter diesen Bedingungen absolut keinen Sinn. Zudem haben die Akteure im Gesundheitssystem verstanden, dass die beste medizinische Behandlung nicht erfolgreich sein kann, wenn sie nicht mit der anschließenden Pflege, Physio-, Ergo- oder Logotherapie wie ein gut abgestimmtes Räderwerk ineinandergreift.

Seit kurzem gibt es an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg den Modellstudiengang „Evidenzbasierte Pflege“. Worum geht es dabei?

Der Bachelor-Studiengang führt zum Berufsabschluss als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in. Die Studierenden lernen bei uns nicht nur, pflegerische und pflegeorganisatorische Aufgaben zu übernehmen. Sie erwerben zusätzlich auch erweiterte heilkundliche Kompetenzen und werden darauf vorbereitet, Patienten mit Typ-2-Diabetes, chronischen Wunden und einem künstlichen Darmausgang zu versorgen. Die dafür nötigen heilkundlichen Kompetenzen und auch die ent-

sprechenden Prüfungen übernehmen übrigens Ärzte. Das macht unseren Studiengang in Deutschland einzigartig.

Der Studiengang betont die Evidenzbasierung. Was steckt dahinter?

Im Mittelpunkt evidenzbasierter Praxis steht immer die Frage: Was ist zu tun in einer konkreten Situation angesichts der vorliegenden Forschungserkenntnisse? Und was sollte man besser nicht tun? In der evidenzbasierten Pflege trifft das Pflegepersonal auf der Basis eigener Expertise klinische Entscheidungen, bei denen

»Es macht Sinn, dass Ärzte und Pflegende Teile des Studiums gemeinsam absolvieren.«

nicht nur die Wünsche und Vorlieben der Patientinnen und Patienten einbezogen werden, sondern eben auch das aktuellste Forschungswissen. Unser Studiengang heißt „Evidenzbasierte Pflege“, da wir uns konsequent am Lehrkonzept des Evidence-based Nursing, also EbN, orientieren. Unser Institut hat eine lange EbN-Tradition. Wir haben vor mehr als 20 Jahren das deutsche EbN-Zentrum gegründet und das erste und bislang auch einzige deutschsprachige Lehrbuch für EbN verfasst.

Welche Erfahrungen haben Sie bisher gemacht?

Wir haben gerade erst den zweiten Studienjahrgang immatrikuliert. Die Studierenden scheinen hier gut anzukommen

und werden in der Pflegepraxis von den Kollegen als reflektiert wahrgenommen. Wie bei allen Modellstudiengängen rückt es hier und da noch ein wenig. Studierende, Lehrende und Kollegen aus der Praxis sind gelegentlich unsicher, wohin die Reise eigentlich geht. Deshalb bemühen wir uns darum, ein exaktes Stellenprofil für den späteren alltäglichen Einsatz in der Praxis zu definieren. Unsere Absolventen sollen künftig am Universitätsklinikum Halle einer erweiterten Pflegepraxis nachgehen, aber natürlich auch an anderen Standorten ihre berufliche Rolle wirksam und sicher wahrnehmen können. Der Studiengang wird im Übrigen durch ein unabhängiges Institut evaluiert und von einem externen Expertengremium begleitet. In einem weiteren ratgebenden Gremium sitzen unter anderem Vertreter der AOK Sachsen-Anhalt, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Politik und der Pflegestandesvertretung.

In welchen Bereichen ist es sinnvoll, dass Pflegekräfte und Ärzte gemeinsam studieren?

Gleichberechtigt miteinander zu arbeiten kann nur gelingen, wenn Ärzte und akademische Pflegende ihre jeweiligen Kompetenzen anerkennen. Deswegen macht es Sinn, dass zumindest bestimmte Teile des Studiums gemeinsam absolviert werden. Zur gemeinsamen Lehre eignen sich vor allem praktische Übungen im sogenannten Skills Lab, wo die Studierenden unter krankenhausähnlichen Bedingungen praktische Fertigkeiten einüben. Aber auch gemeinsame Vorlesungen in medizinischen Grundlagen und sozialwissenschaftlichen Inhalten sind sinnvoll. ■



Operation Team

In einem Ausbildungsprojekt am Universitätsklinikum Heidelberg arbeiten angehende Ärzte und Pfleger als gleichberechtigtes Team zusammen. So lernen sie bereits früh die interprofessionelle Arbeit im Krankenhaus kennen. Von **Oliver Häußler**

Zustand nach Pankreaskarzinom. Vierter Tag Post-OP. Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme gut – so stellt die junge Frau im weißen Kittel den Patienten vor. Ihr Kollege steht daneben und hört aufmerksam zu. Nach der Vorstellung fragt er den Patienten: „Darf ich Ihnen auf den Bauch schauen?“ Er legt das Stethoskop an, klopft den Bauchraum des Patienten ab und sagt: „Es ist alles in Ordnung.“

Was aussieht wie eine ganz normale Visite, ist eigentlich auch eine ganz normale Visite. Der einzige Unterschied: Jana Hartmann, die junge Frau, macht eine Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegerin. Peter Truckenmüller, der Kollege, studiert Medizin und ist im Praktischen Jahr. Gemeinsam betreuen sie ein Dreibettzimmer in der Chirurgie am Uniklinikum Heidelberg. Jana und Peter arbeiten als Team: selbstständig und eigenverantwortlich, aber sie arbeiten nicht allein.

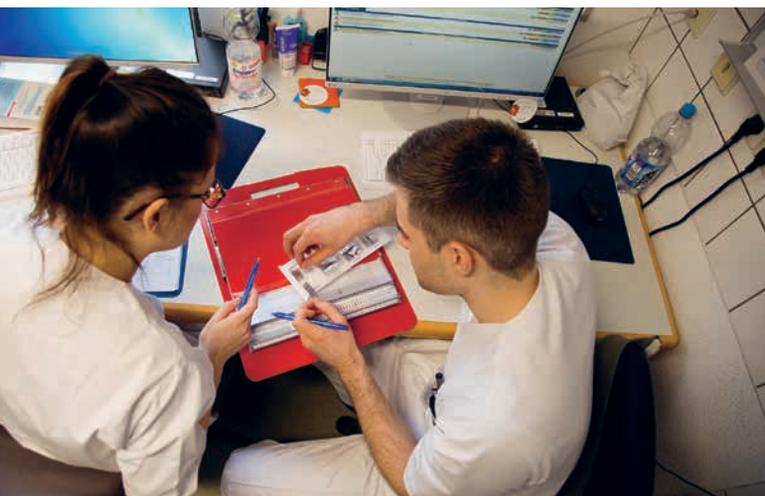
Erfahrungen sammeln. Während der Visite sitzt im Hintergrund André Mihaljevic, beobachtet die beiden und macht sich Notizen. Der Oberarzt leitet die „Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation“ (HIPSTA). Das Ziel des Ausbildungsprojekts: Angehende Ärzte und Pfleger arbeiten intensiv als

gleichberechtigtes Team zusammen. Sie sollen die Anforderungen und Rollen der jeweils anderen Berufsgruppe kennenlernen, um ein besseres Verständnis für die interprofessionelle Arbeit im Krankenhaus zu bekommen. „Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist eine zwingende Voraussetzung, um den vielen Herausforderungen der Patientenversorgung begegnen zu können“, sagt Irina Cichon, Senior Projektmanagerin Gesundheit bei der Robert Bosch Stiftung, die das Projekt fördert. „Die Teams sammeln hier wertvolle Erfahrungen, die sie als ausgebildete Fachkräfte bestens auf den Berufsalltag vorbereiten.“

Angesiedelt ist die interprofessionelle Ausbildung an einer normalen chirurgischen Station. Zwei Teams betreuen im Schichtbetrieb je ein Dreibettzimmer. HIPSTA bekommt nicht nur leichte Fälle zugewiesen. Die Pflegeschüler und Medizinstudenten betreuen auch schwerkranke Patienten eigenständig und eigenverantwortlich.

Fehler gehören dazu. Während Jana Hartmann und Peter Truckenmüller mit dem Patienten die weitere Therapie und die bevorstehende Entlassung besprechen, beobachtet auch Jochen Schmidt aufmerksam die Visite. Er ist Pflegepädagoge und Teambetreuer auf der HIPSTA-Station. Am zweiten Bett fängt Peter gleich mit der Vorstellung des nächsten Patienten an. Jana steht still daneben und hört zu. Beim dritten Patienten die gleiche Situation. Nach den ersten Sätzen hakt Jana aber ein und übernimmt die Vorstellung des Patienten. Peter merkt, dass er ungewollt in das Berufsfeld seiner Kollegin eingegriffen hatte, denn es wäre Janas Aufgabe gewesen, den Patienten vorzustellen. Auch wenn es André Mihaljevic und Jochen Schmidt auf der Zunge brennt, die beiden Betreuer lassen die beiden Auszubildenden ihre Fehler machen, ohne einzugreifen. Natürlich: Wenn es medizinisch heikel wird, sind die beiden sofort zur Stelle.

Tägliches Feedback. Nach der Visite geht es ins HIPSTA-Stationenzimmer zur Besprechung. Das tägliche Feedback ist ein Kernelement des Projektes. Mihaljevic bittet die Teams, die weitere Behandlung der Patienten zu planen. Als Erstes sagt Peter zu Jana: „Tut mir leid, dass ich dich bei der Visite übergangen habe. Morgen wird das besser.“ Für Jana kein Problem: „Wir üben das ja.“ Mihaljevic schmunzelt. „Gut, dass du das sagst.“



Auszubildende Jana Hartmann und Medizinstudent Peter Truckenmüller besprechen die Medikation eines frisch operierten Patienten.



Jochen Schmidt, Pflegepädagoge und HIPSTA-Teambetreuer Pflege, beantwortet Jana Hartmanns Fragen.

Jana Hartmann zieht dem Patienten den zentralen Venenkatheter. Peter Truckenmüller lernt beim Zusehen und Jochen Schmidt steht im Hintergrund zur Verfügung, falls es Probleme gibt.



Sonst hätte ich das angesprochen.“ Selbstkritik, Lernen durch Fehler, Reflexion der eigenen Rolle im Team: HIPSTA ist mehr als nur eigenständige und praktische Arbeit am Patienten.

Gemeinsam Lösungen finden. Nun stellt ein anderer Medizinstudent seine Planung vor: Dem Patienten geht es eigentlich gut, sodass man ihn entlassen könnte. Nur die Wunde verliert noch zu viel Flüssigkeit, die Drainage lässt sich deshalb noch nicht entfernen. Aber der Patient kann trotzdem nach Hause, denn die Drainage kann auch in der Ambulanz gezogen werden. Als der Student mit seiner Analyse fertig ist, will er gleich mit seinem zweiten Patienten weitermachen. Da unterbricht Mihaljevic: „Wir sind noch nicht fertig.“ Etwas ratlos schaut der Medizinstudent den Oberarzt an. Er hat doch alles medizinisch Wichtige über den Patienten gesagt. Doch was fehlt, ist die pflegerische Sicht auf den Patienten. Deshalb bittet Mihaljevic nun den Pfleger im Team, das weitere Vorgehen aus seiner Sicht zu beurteilen. Er berichtet, dass der über 80-Jährige schon mehrmals mit der Drainage hängengeblieben ist und sich die Flasche abgerissen hat. Also doch nicht nach Hause? Die interprofessionelle Lösung: Gemeinsam wird beschlossen, den Patienten im Umgang mit der Drainage zu trainieren, bis er damit so sicher ist, dass zu Hause nichts passieren kann.

Richtig fragen. Das Feedback der Visite mit Oberarzt André Mihaljevic und Pflegepädagogin Jochen Schmidt ist eine wahre Fundgrube für die angehenden Mediziner und Pflegefachkräfte. Sie lernen, in Patientengesprächen keine geschlossenen Fragen zu stellen. Schon gar keine Suggestivfragen wie „Sie haben doch keine Schmerzen mehr, oder?“ Aussagen wie „Sie bekommen dann Fresubin“ lassen den Patienten ratlos zurück. Besser wäre: „Sie bekommen ein Nahrungsergänzungsmittel, das Sie mit Fett, Kohlenhydraten und Eiweiß versorgt.“ Klare, verständliche und eindeutige Kommunikation sind für Mihaljevic und Schmidt essenzielle Kompetenzen im Krankenhaus. Sowohl im Team als auch gegenüber den Patienten. „Der Patient muss wissen, was los ist“, so der Oberarzt. Auch, wenn es darum geht,

ihm zu sagen, dass die Therapie nur noch die Schmerzen lindert, ihn aber nicht mehr heilt.

Deshalb besteht Jochen Schmidt auch darauf, dass Peter und Jana mit ihrem Patienten vor der Entlassung noch ein Sozialgespräch führen. Denn Schmidt hatte den Eindruck, dass dem Patienten nicht klar ist, dass seine Lebenserwartung nur noch ein paar Monate beträgt. „Ihr dürft euch nicht darauf verlassen, dass das der Chirurg, der Onkologe oder der Hausarzt macht“, sagt Mihaljevic. Als Aufgabe hierzu muss Peter das sogenannte SPIKES-Schema recherchieren und den anderen vorstellen. Das ist ein Leitfaden, wie man professionell schlechte Nachrichten überbringt. Jeden Tag bekommen die Teams solche situativen Rechercheaufgaben.

Für vier Wochen ein Team. Der Oberarzt ist begeistert, wie schnell die interprofessionellen Teams eigenständig arbeiten: „Als sie vor zwei Wochen angefangen haben, waren sie ganz schön nervös. Jetzt brauchen sie mich eigentlich gar nicht mehr.“ Vier Wochen lang sind Hartmann und Truckenmüller ein Team. „Mir gefällt das eigenverantwortliche Arbeiten“, sagt Jana, „da lerne ich am meisten. Viel besser, als wenn ich immer nur hinterherlaufe und gesagt bekomme, was ich machen soll.“ Selbstständigkeit und Eigenverantwortung sind auch für Peter zentrale Elemente für den Erfolg von HIPSTA. „Hier muss ich die Entscheidung treffen. Wenn ich etwas nicht weiß, muss ich die Lösung suchen. Ich kann nicht nur zusehen, sondern muss sagen, wo es langgeht.“ Durch die Zusammenarbeit mit Jana schätzt er auch die pflegerische Arbeit viel wichtiger ein als bisher.

Kommunizieren lernen. Schon ein kurzer Besuch beim HIPSTA-Team zeigt: Hier wird nicht nur interprofessionelles Arbeiten geübt. Hier verbessern die angehenden Mediziner und Pflegefachkräfte nicht nur ihre praktischen Fähigkeiten. Sie erwerben auch kommunikative Kompetenzen, die sie sicher ihr Leben lang nicht mehr vergessen werden. ■

Oliver Häußler ist freier Journalist im Bereich Wissenschaft und Gesellschaft.

Weniger ist oft mehr

Schädliche Nebenwirkungen von Medikamenten sind vor allem für pflegebedürftige ältere Menschen ein Risiko. Um sie zu schützen, nehmen im Projekt „Optimierte Arzneimittelversorgung“ multidisziplinäre Teams die Verordnungen regelmäßig kritisch unter die Lupe. Von **Silke Heller-Jung**

Jeder zweite über 65-Jährige in Deutschland nimmt regelmäßig mindestens fünf verschiedene Arzneimittel ein, bei älteren Menschen und Bewohnern von vollstationären Altenpflegeeinrichtungen sind es oft noch mehr. Doch mit der Anzahl unterschiedlicher Pillen und Tropfen steigt auch die Gefahr unerwünschter Begleiterscheinungen. „Als Faustregel gilt: Ab fünf Medikamenten lässt sich nicht mehr vorhersagen, wie die verschiedenen Substanzen interagieren“, sagt Prof. Ferdinand Gerlach, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt/Main.

Unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) beziehungsweise ihre Folgen zählen zu den häufigsten und kostspieligsten Krankheitskomplexen. Hinter dem sperrigen Begriff verbirgt sich oft erhebliches menschliches Leid: Laut einer Studie im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums kommt es in einer Altenpflegeeinrichtung mit durchschnittlich 100 Bewohnern jeden Monat zu etwa acht UAE. Auf ganz Deutschland hochgerechnet wären das rund 700.000 Fälle pro Jahr. Bis zu 30 Prozent aller Krankenhauseinweisungen älterer Menschen sind auf unerwünschte Nebeneffekte eigentlich hilfreich gedachter Medikamente zurückzuführen. Manche Arzneimittel oder Arzneimittelkombinationen können die Lebensqualität ganz erheblich beeinträchtigen und beispielsweise zu Schwindel, Schmerzen, Apathie, Verwirrtheit oder häufigeren Stürzen führen. Doch weil viele der unerwünschten Medikamentenwirkungen typischen Altersbeschwerden gleichen, werden sie schlimmstenfalls nicht als solche erkannt, sondern stattdessen mit weiteren, zusätzlichen Medikamenten behandelt – ein Teufelskreis.

In vier Bundesländern im Einsatz. Arzneimittelexperten gehen davon aus, dass bis zu zwei Drittel dieser UAE gänzlich zu vermeiden oder zumindest abzumildern wären. Hier setzt das Projekt „Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten (OAV)“ an, dessen Vorläufer die AOK Nordost gemeinsam mit der Gesellschaft für Geriatrische Pharmazie (Gero PharmCare) in mehreren Schritten in Berlin und Brandenburg erfolgreich getestet hat. Ab Frühjahr 2018

wird das Konzept nun in vier Bundesländern großflächig erprobt; der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses fördert dieses Projekt, das die AOK Nordost mit weiteren Partnern durchführt (VIActiv Krankenkasse, IKK Brandenburg und Berlin, Gero PharmCare, Apothekerkammer Nordrhein, Technische Universität Berlin, Universität Witten/Herdecke), für drei Jahre mit insgesamt rund 6,5 Millionen Euro.

Pflegekräfte schauen genau hin. Kern der „Optimierten Arzneimittelversorgung“ ist die Implementierung eines lernfähigen Risikomanagementsystems. Interdisziplinäre Teams aus Ärzten, Apothekern, geriatrischen Pharmazeuten und Pflegefachkräften begleiten die Patienten, tauschen sich in Fallkon-

ferenzen aus und überprüfen in regelmäßigen Abständen, ob die aktuelle Medikation geändert werden sollte. „Die Diagnose, die verordneten Medikamente und alles, was die Patienten vielleicht noch nebenher einnehmen, wird

erfasst und dokumentiert“, erläutert Jacqueline Fahrentholz, die das Projekt bei der AOK Nordost betreut. Auf dieser Grundlage erfolgt ein elektronisches Risikoscreening mithilfe eines klinisch evaluierten Systems. „In der Regel besteht bei etwa dreißig Prozent der Bewohner einer Einrichtung eine Auffälligkeit“, so die AOK-Expertin. „Der Apotheker schaut sich die arzneimittelbezogenen Risikoprofile genau an und macht Vorschläge für eine Therapieänderung. Auf dieser Basis entscheidet dann der Arzt, ob er seine Verordnung ändert.“

Eine wichtige Rolle spielen in diesem Konzept die Pflegefachkräfte, die dafür eigens geschult werden: Sie beobachten und schätzen ein, wie sich die Therapie auf den Patienten auswirkt, und geben ihre Erkenntnisse weiter. „Wenn es Alarmsignale gibt, erfährt der behandelnde Arzt davon und kann darauf reagieren“, fasst Jacqueline Fahrentholz die Vorteile dieser interdisziplinären Kooperation zusammen. Wichtig ist auch die Kompetenz der geriatrischen Pharmazeuten, die auf die Arzneimittelversorgung und Beratung älterer Menschen spezialisiert und darin geschult sind, arzneimittelbezogene Probleme zu erkennen, zu lösen oder zu verhindern.

» Warum nehmen Sie meiner Mutter die blauen Pillen weg? «

Die Gelben, die Blauen
und noch ein paar Weiße:
Mehr als fünf verschiedene
Medikamente lassen
sich oft nicht aufeinander
abstimmen.



Angehörige skeptisch. Die Ergebnisse aus dem Vorgängerprojekt der AOK Nordost sind ermutigend: Die Zahl der unerwünschten Arzneimittelereignisse ging deutlich zurück; bei knapp 70 Prozent der betroffenen Bewohner verbesserte sich der Gesundheitszustand. Die Zahl der vermeidbaren arzneimittelbedingten Stürze sank, und die Rate der Krankhauseinweisungen verringerte sich.

Auch die Zahl der verordneten Medikamente pro Bewohner nahm deutlich ab. Gerade in diesem Zusammenhang sei allerdings bei den Angehörigen der Pflegebedürftigen mitunter viel

Überzeugungsarbeit zu leisten, berichtet Jacqueline Fahrentholz: „Alles, was man den Pflegebedürftigen wegnimmt, wird erst einmal kritisch beäugt. Da fragen die Angehörigen dann: ‚Warum nehmen Sie meiner Mutter die blauen Pillen weg?‘ Die verschreibt der Hausarzt ihr doch schon seit Jahren.“ Dass weniger oft mehr ist, leuchtet nicht jedem sofort ein.

Fachkräfte besser einsetzen. Die Initiatoren des Projekts aber sind davon überzeugt, dass sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der „Optimierten Arzneimittelversorgung“ in mehrfacher Hinsicht auszahlt. Dr. Frank-Christian Hanke, der Geschäftsführer von Gero PharmCare, verdeutlicht das anhand eines Fallbeispiels: Ein ehemaliger Klinikarzt, an Demenz erkrankt und in einer vollstationären Pflegeeinrichtung untergebracht, wurde wegen aggressiven Verhaltens mit Neuroleptika behandelt. Weil er abends immer in fremde Zimmer ging und schlaflos war, bekam er ein weiteres Medikament. Daraufhin stellte sich eine so ausgeprägte Gangunsicherheit ein, dass der Patient wegen der hohen Sturzgefahr zeitweise im Bett fixiert wurde. All das schränkte seine Lebensqualität ein und ging gleichzeitig mit einem erhöhten Pflegeaufwand einher.

Eine ausführliche Anamnese durch das geriatrische Team ergab, dass der Mediziner früher abends regelmäßig zu einer bestimmten Uhrzeit seine Visite abgehalten hatte und deshalb ungefragt fremde Zimmer betrat. Nachdem sich die Pflegefachkräfte zur fraglichen Uhrzeit intensiv mit dem Patienten beschäftigten, konnten die Medikamente abgesetzt werden. Schlaflosigkeit und Sturzneigung und damit auch der erhöhte Pflegeaufwand gingen in der Folge zurück.

Das Fallbeispiel legt nahe, dass die arbeitsteilige Teamarbeit im Bereich der Arzneimittelversorgung unerwünschte Arzneimittelereignisse reduzieren, die Lebensqualität verbessern und darüber hinaus dazu beitragen kann, den Fachkräfteeinsatz zu optimieren. Jedes unerwünschte Arzneimittelereignis zieht im Schnitt rund 60 Stunden zusätzlichen Pflegeaufwand nach sich, weiß Frank-Christian Hanke – das entspricht in einer Einrichtung mit 100 Bewohnern zwei bis drei Vollzeitstellen. ■

Dr. Silke Heller-Jung hat in Köln ein Redaktionsbüro für Gesundheitsthemen.

Die Lebensqualität steigt

Schätzungen zufolge kommt es in deutschen Pflegeeinrichtungen jedes Jahr zu bis zu **700.000** sogenannten unerwünschten Arzneimittelereignissen (UAE) wie zum Beispiel Stürzen oder Magenblutungen. Von **100 Bewohnern** leiden **8** unter Problemen, die mit der Einnahme von Arzneimitteln zusammenhängen. Dem 2011 veröffentlichten Abschlussbericht des Projekts „Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen“ zufolge könnten bis zu **66 Prozent** aller UAE vermieden oder abgemildert werden. In der Testphase der „Optimierten Arzneimittelversorgung für stationäre Alteinrichtungen“, die unter Federführung der AOK Nordost in **4 Pflegeeinrichtungen** in Berlin durchgeführt wurde, sank die Rate vermeidbarer Nebenwirkungen um **80 bis 90 Prozent**. Die Zahl der Stürze ging zum Teil um etwa **60 Prozent** zurück, und die Zahl der Krankhauseinweisungen lag bei den teilnehmenden Bewohnern um rund **25 Prozent** niedriger.

Kooperation lässt sich lernen

In der pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Ausbildung spielt interprofessionelles Arbeiten bisher kaum eine Rolle. Deshalb stellt ein Fortbildungsangebot des Bundesverbandes Geriatrie e. V. genau diesen Aspekt in den Mittelpunkt. Von **Kristina Oheim**

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem therapeutischen Team stellt Beschäftigte in der Geriatrie vor besondere Anforderungen. Während der Ausbildung werden diese jedoch nicht immer vermittelt, stellte der Bundesverband Geriatrie fest. Er vertritt Einrichtungen, die sich der Behandlung geriatrischer Patienten widmen. Im Jahr 2005 begann der Verband, Fort- und Weiterbildungen eigens für die Geriatrie zu entwickeln. Ziel war ein alternatives Angebot, das alle notwendigen Grundlagen im Sinne des Teamansatzes vermittelt, sich aber zugleich auf Basiswissen beschränkt. Dieses Wissen sollte sich in der Folge durch fachspezifische Weiterbildungen für unterschiedliche Professionen vertiefen lassen.



Gemeinsam lernen: In professionsübergreifenden Fortbildungen lernen die Teilnehmer die Perspektive anderer Gesundheitsberufe kennen.

Zielgruppe Team. Der ZERCUR GERIATRIE-Basislehrgang bildet das Kernstück des so entstandenen Fort- und Weiterbildungskonzeptes. Seit seinem Start im Jahr 2006 ist das professionsübergreifende Angebot in allen Bundesländern ein fester Bestandteil geriatrischer Fortbildung geworden. Seine Zielgruppe sind sämtliche Mitglieder eines geriatrischen Teams, also alle dreijährig examinierten Pflegekräfte, Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Mitarbeiter des Krankenhaussozialdienstes, Diplom-Gerontologen, Sprachtherapeuten, Atem-, Sprech- und Stimmlehrer. In einem überschaubaren zeitlichen Umfang vermittelt der Lehrgang interdisziplinäre

Grundlagen zu wichtigen geriatrierelevanten Themen, darunter Ethik, Palliativmedizin, Medikation, Demenz, Inkontinenz und Mobilität. Im Mittelpunkt steht dabei immer der Teamgedanke. Die Teilnehmer werden für die Perspektiven der einzelnen Professionen sensibilisiert, was der Qualität von Behandlung und Pflege zugute kommt. Mit diesem konsequent interdisziplinären Teamansatz wird ZERCUR GERIATRIE den Anforderungen an geriatrisches Personal gerecht. Der Kurs besteht aus sechs Unterrichtsmodulen und einem Hospitationstag in einer geriatrischen Einrichtung. Damit bildet er die Grundlage für die darauf aufbauenden Fachweiterbildungen.

Vernetztes Arbeiten als Lernziel. Als Angebot für examinierte Pflegefachkräfte wurde darüber hinaus die ZERCUR GERIATRIE-Fachweiterbildung Pflege entwickelt. Ziel dieser Weiterbildung ist es, examinierte Pflegefachkräfte innerhalb von maximal fünf Jahren für die spezifischen Anforderungen in der Geriatrie zu qualifizieren, insbesondere im Hinblick auf die aktivierend-therapeutische Pflege. Die Weiterbildung gliedert sich in einen Pflicht- und einen Wahlbereich. Aus beiden Ausbildungsbereichen sind Module mit einem Umfang von mindestens 520 Stunden zu absolvieren.

Die ZERCUR GERIATRIE-Fachweiterbildung Therapeuten richtet sich an Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden. Bei diesem Angebot geht es nicht nur darum, geriatrispezifisches Fachwissen zu erwerben. Im Mittelpunkt stehen Aspekte des vernetzten Arbeitens für alle drei Therapiebereiche, insbesondere in geriatrischen Teams. Die Weiterbildung gliedert sich in einen Pflicht- und einen Wahlbereich. Sie beinhaltet Module mit einem Umfang von 400 Stunden. Die Weiterbildung ZERCUR GERIATRIE Pflegehelfer richtet sich an pflegerische Hilfskräfte, die in der Geriatrie tätig sind oder überwiegend mit geriatrischen Patienten arbeiten. Die fünftägige Weiterbildung stützt die pflegerische Arbeit durch theoretisches Grundwissen, kombiniert praktische Übungen mit Aspekten der Selbsterfahrung und fördert den gegenseitigen Erfahrungsaustausch.

Das rege Interesse zeigt, dass der Bundesverband Geriatrie mit seinem Angebot auf dem richtigen Weg ist: Pflegekräfte, Ärzte und Therapeuten wollen im Team arbeiten. ■

Kristina Oheim ist juristische Referentin beim Bundesverband Geriatrie e. V.



Das Wissen der anderen nutzen

Um ältere Patienten gut zu versorgen, braucht es die Kompetenzen und die Erfahrung unterschiedlicher Gesundheitsberufe. In geriatrischen Teams kann sich dieses Potenzial entfalten, wie das Beispiel des Evangelischen Geriatriezentrums Berlin zeigt. Von **Annegret Himrich**

Das Evangelische Geriatriezentrum Berlin (EGZB) liegt im Stadtteil Wedding. Zum Gebäudekomplex gehören unter anderem eine Akutklinik für Geriatrie, eine teilstationäre Tagesklinik und eine Tagespflege. Dr. Volkan Aykaç, 35, ist Oberarzt in der Akutklinik und Facharzt für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie. Geriatrie ist die Lehre von den Krankheiten des alternden Menschen. „Unser Blick auf die Patienten ist multidimensional“, sagt Aykaç. „Wir interessieren uns für die körperliche, geistige, psychische, neurologische und soziale Verfassung.“ Wir – das ist das geriatrische Team, in dem er arbeitet. Denn der typische Geriater ist ein Netzwerker zwischen den Disziplinen. Angesichts der komplexen Krankheitsbilder älterer Patienten sind die vielfältigen Aufgaben nur in einem multiprofessionellen Team zu bewältigen. Die Geriatrie gehört deshalb zu den medizinischen Fachrichtungen, die seit jeher interdisziplinär arbeiten. Zu einem geriatrischen Team gehören Ärzte und Pflegekräfte, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Neuropsychologen, Sozialarbeiter und oft auch Seelsorger. Sie alle haben ihren eigenen geschulten Blick auf die älteren Menschen.

Beraten, wie es weitergeht. Bevor Volkan Aykaç einen Patienten entlässt, berät das Team deshalb gemeinsam, wie es danach weitergeht. Die anschließende Teamempfehlung berücksichtigt zahlreiche Aspekte: Die weitere Medikation, eine mögliche Rehabilitation, Physio- oder Ergotherapie, um motorische Fähigkeiten zu erhalten oder zu verbessern, und Lo-

gopädie, wenn nach einem Schlaganfall Sprechen und Schlucken beeinträchtigt sind. Auch die Lebensverhältnisse interessieren das geriatrische Team. Lebt der Betroffene allein, kommt ein Pflegedienst, gibt es Angehörige? Und auch in der letzten Lebensphase gibt es Hilfsangebote, etwa für die Begleitung zu Hause oder in

Alle Professionen haben ihren eigenen, geschulten Blick auf die älteren Menschen.

einem Hospiz. Dann ergänzen Seelsorger und Ehrenamtliche das Team und stehen Betroffenen und Angehörigen zur Seite.

Wöchentliche Team-Time. Die geriatrischen Teams des EZGB treffen sich einmal pro Woche. Für Aykaç sind diese Runden sehr fruchtbar, denn ohne das Wissen, die Einschätzungen und die Informationen der anderen Professionen kann er nur schwer arbeiten. „Ich sehe den Patienten ja viel seltener und immer nur kurz. Der tägliche Kontakt, den vor allem die Pflegekräfte haben, ermöglicht ihnen einen ganz anderen Blick.“ Deshalb wird die wöchentliche Teamsitzung ergänzt durch eine tägliche 15-minütige Besprechung, die eine Pflegekraft leitet.

Der Teamgedanke steht auch im Mittelpunkt des interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsangebotes ZERCUR des Bundesverbandes Geriatrie (siehe Beitrag „Kooperation lässt sich lernen“ auf Seite 12).

Im Bundesland Berlin ist das EGZB die Ausbildungsstätte für das Programm, an dem viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter teilnehmen. In einem Basislehrgang lernen alle Professionen gemeinsam, darauf aufbauend gibt es Fachweiterbildungen für Pflegekräfte, Physio-, Ergotherapeuten und Logopäden.

Offen kommunizieren. Doch Fortbildungen und regelmäßige Treffen allein machen aus verschiedenen Berufsgruppen noch kein Team. Für Aykaç ist die Kommunikation entscheidend. Wertschätzend und auf Augenhöhe soll sie sein, so die Theorie. In der Praxis heißt das für ihn auch, dass er beispielsweise die Pflegekräfte um Rückmeldung bittet, was seitens der Ärzte bei der gemeinsamen Arbeit besser laufen kann. So ist es für die Abläufe auf der Station problematisch, wenn Ärzte die Visitenzeiten nicht einhalten. Ärztliche Anordnungen erreichen die Pflegekräfte oft sporadisch und vereinzelt statt gebündelt, manchmal widersprechen sich die Anordnungen auch oder sind unklar.

Damit diese offene Art der Kommunikation funktioniert, brauchen vor allem die Pflegekräfte einen Ansprechpartner. Tatsächlich, so Aykaç, seien sie jedoch im Klinikalltag zu oft auf sich allein gestellt. Die Ärzte sollten seiner Ansicht nach enger mit den Pflegenden zusammenrücken und sich stärker für ihre Belange einsetzen: „Im Gegensatz zu uns Medizinern hat die Pflege nur eine schwache Lobby. Wenn es um Fachkräftemangel und Arbeitsbedingungen geht, sollten wir Ärzte stärker an der Seite der Pflegekräfte stehen.“ ■



Jeder Einzelne zählt

Bei der Versorgung unheilbar kranker Menschen ist das Miteinander der Professionen besonders wichtig. Die Zusammenarbeit gelingt, wenn jeder Einzelne seine Wahrnehmungen und Fähigkeiten in das Team einbringen kann. Von **Annegret Himrich**

Die Entscheidung für einen Gesundheitsberuf beruht oft auf dem Wunsch, anderen zu helfen. Doch es gibt auch Menschen, die dort wirken wollen, wo Heilung nicht mehr möglich und der Tod unausweichlich ist. Ihr Wunsch ist es, schwerstkranke Menschen in der letzten Lebensphase zu begleiten und zu versorgen. Diese Motivation ist sicher die wichtigste Voraussetzung für die Arbeit in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Mediziner und Pflegekräfte, aber auch verschiedene therapeutische Berufe können sich durch Fortbildungen und Fallarbeit für die Arbeit in einem SAPV-Team qualifizieren.

Spüren, wenn Hilfe nötig ist. Eine Gruppe qualifizierter Palliativversorger bildet aber noch kein Team, weiß der Mediziner Dirk Harms aus Brandenburg an der Havel. Er ist seit neun Jahren ärztlicher Leiter eines SAPV-Teams, zu dem zwei Pflegedienste mit fünf und zehn auf Palliativpflege spezialisierten Mitarbeitern sowie drei Palliativmediziner gehören. Der konstante Kern eines SAPV-Teams besteht immer aus Palliativpflegenden und Palliativärzten, die sich gut kennen. Die nächste Konstante bilden Angehörige und Bekannte, von denen fast alle Patienten umgeben sind, und die ebenfalls zum Kernteam gehören. Denn die koordinierte Versorgung sterbender und schwerstkranker Menschen im häuslichen Umfeld setzt voraus, dass es jemanden gibt, der „einfach da ist“, der spürt, wenn Hilfe nötig ist und sich in einer Notsituation meldet. Dirk Harms hat Fälle erlebt, in denen selbst ein an Demenz erkrankter Ehepartner diese Schlüsselrolle gut ausfüllen konnte.

Guter Draht zur Apotheke. Ebenso muss es immer jemanden geben, der die körperbezogene Pflege wie Hilfe beim Waschen und beim Ankleiden in dem Maße leisten kann, wie sie bei fortschreitender Krankheit notwendig ist. Oft sind auch dies zunächst die Angehörigen, denn viele Patienten haben zu Beginn der SAPV noch keinen Pflegegrad. Später übernimmt diese Aufgabe dann ein Pflegedienst, mit dem das SAPV-Team eng zusammenarbeitet. Vorbeugung und Linderung von Leiden in der letzten Lebensphase hingegen stehen im Fokus von Palliativpflegern und Palliativärzten eines SAPV-Team. Weitere Gruppen, die nur bei Bedarf aktiv werden, sind ehrenamtliche

Hospizhelfer, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Psychotherapeuten und Seelsorger. Von großem praktischen Wert ist für Dirk Harms zudem die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der Team-Apotheke und den Hilfsmittelversorgern: „Sie machen es möglich, dass in einer Notsituation schnell das passende Medikament oder zum Beispiel ein Pflegebett verfügbar sind.“

Vom Nebeneinander zum Miteinander. Bei der Teamarbeit geht es seiner Ansicht nach darum, dass aus den vielen unterschiedlichen Wahrnehmungen und Fähigkeiten der Mitglieder eine einheitliche, zuverlässige Gesamtleistung entsteht. Dafür bedarf es einer gemeinsamen Haltung. „Sie entsteht in den Team-Sitzungen, die bei uns alle zwei Wochen stattfinden und in der Regel zwei Stunden dauern. Hier lernen alle Teilnehmer die anderen und sich selbst kennen und es entsteht so etwas wie Teamgeist oder eine Teamnorm“, erklärt der Mediziner. Diese

Teamstrukturen sind gesetzlich verankert

Im hochsensiblen Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) hat der Gesetzgeber die Kooperation sogar im Sozialgesetzbuch verankert: Die SAPV umfasst „ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination“ (§§ 73 b und 132 SGB V). Die weitere Zusammenarbeit der Leistungserbringer regelt die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur Verordnung der SAPV. Danach soll die Koordination der ärztlichen und pflegerischen Leistungen sicherstellen, dass eine aufeinander abgestimmte, bedarfsgerecht Versorgung stattfindet und dass dazu Kooperationsverträge geschlossen werden. Die an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringer sollen zeitnah alle notwendigen Informationen über die vorhergehende Behandlung austauschen. Die Versorgung soll als vernetztes Arbeiten innerhalb gewachsener Strukturen möglichst lückenlos stattfinden. Dazu sollen medizinische, pflegerische, physiotherapeutische, psychologische, psychosoziale und spirituelle Anforderungen über Sektorengrenzen hinweg gefördert und ausgebaut werden. ■

„Wir sind für Sie da“:
Zugang zu einem Patienten
zu finden, erfordert von
den Mitgliedern eines
Palliativteams besonderes
Fingerspitzengefühl.



Treffen moderiert in seinem Team eine Pflegekraft. Dadurch kommen die Pflegenden stärker zu Wort. „Ärzte“, so Harms, „haben oft eine stark analysierende und abstrahierende Sprache. Gerade in Teamsitzungen neigen sie dann dazu, das Gespräch an sich reißen.“

Auch Dissens kann weiterhelfen. Immer wieder kommt es vor, dass das Team einen Patienten bewertet und sich eine Meinung über ihn bildet. „Eine freundliche alte Dame etwa mögen alle, sie finden sie sympathisch und die Stimmung ist dann sehr

» Mal ist eine pflegende Hand gefragt, mal die richtige Opiatdosierung und dann wieder weiß ein Angehöriger am besten, was gut ist.«

positiv“, sagt Harms. Doch nicht immer helfe solche Einigkeit im Team weiter, vor allem nicht bei schwierigen Patienten. „Manch ein Betroffener ist vielleicht sehr herrisch und behandelt die Pflegekräfte wie Diensthelfer. Dennoch gibt es meistens eine Person im Team, die Zugang zu diesem Menschen findet.“ Dann sei es wichtig, das Besondere dieses Teammitglieds und seine Erfahrungen in die gemeinsame Arbeit einzubeziehen. Das könne für alle anderen sehr hilfreich sein. „Es interessiert sie, wie der Kollege das macht, und sie können vielleicht von seiner Haltung etwas übernehmen“, so Harms. „Das setzt aber voraus, dass ich mich in meinem Team wohlfühle und mich traue, eine andere Ansicht zu vertreten.“

Rund um die Uhr erreichbar. Natürlich spielen auch praktische Verständigungswege eine Rolle bei der Teamarbeit. Ohne Dienstplan, ohne Rufbereitschaftsnummer, die rund um die Uhr funktioniert, und ohne eine Patienten-Dokumentation, die alle Teammitglieder jederzeit einsehen können, gelingt keine SAPV. „Doch diese Kommunikationsmittel bleiben wirkungslos, wenn die zuvor beschriebenen Prozesse nicht gelingen“, sagt Dirk Harms.

Hierarchien hält er nicht per se für etwas Schlechtes: „Sie sind wichtig, etwa bei der Aufgabenverteilung und in Krisensituationen. Sie ermöglichen es, verpflichtende Regeln zu formulieren, auch wenn diese Regeln ständig in Arbeit sind.“ Der Kampf um hierarchische Positionen dagegen sei kein Gewinn für das Team, denn bei der Versorgung Sterbender seien situationsabhängig immer wieder andere fachliche Qualitäten entscheidend. „Mal ist eine pflegende Hand gefragt, mal die richtige Opiatdosierung, und bei anderer Gelegenheit weiß vielleicht ein Angehöriger am besten, was gut ist“, so Harms.

Oft sei es schwierig, das ärztliche Selbstverständnis als Bestimmender der Diagnose, der Prognose und der Therapie mit dem ideologischen Anspruch der vernetzten Arbeit auf Augenhöhe zu verbinden. Die Erwartung, dass eine gemeinsame Versorgung auf Augenhöhe gelingen kann, indem sie moralisch begründet und eingefordert wird, sei falsch.

Gerade der Forderung nach einem Miteinander auf Augenhöhe liegt seiner Ansicht nach oft eine vorausgegangene Kränkung zugrunde. Stehe eine solche Herabsetzung im Raum, gehe es um Machterhalt und nicht mehr um die gemeinsame Sache. „Wenn verschiedene Personen aber zusammengehören, haben sie auch gemeinsame Ziele und folgen dem Teammitglied, das in einer bestimmten Situation klar vernimmt, was zu tun ist. So bekommt immer wieder ein anderer im Team eine starke Stimme.“

Orchester statt Solisten. Ärzte, Pflegenden und Betroffene haben zuweilen unterschiedliche Überzeugungen, die nicht nur zu einem gesunden Konflikt, sondern auch zu Störungen der gemeinsamen Arbeit führen können. Ein Beispiel ist für Harms die überschätzte Bedeutung von Substanzen. Bei Problemen werde zu oft nach Medikamenten gegriffen. „Das verleiht den ärztlichen Teammitgliedern eine besondere Machtstellung und verleitet sie zu einem sehr begrenzten Verständnis ihrer Aufgabe.“ Hier sei noch viel Ausbildung und Forschung notwendig, um eine Teamvorstellung wachsen zu lassen, die sich weniger an einer Gruppe von Solisten als an einem Chor oder Orchester orientiere. ■



Prof. Dr. Andreas Büscher ist wissenschaftlicher Leiter des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) an der Hochschule Osnabrück.

»Es geht zu oft darum, wer etwas macht«

Die Bedürfnisse der Patienten sollten der Maßstab interprofessioneller Versorgung sein. Doch noch steht diesem Ziel die Frage nach Zuständigkeiten entgegen. Leitlinien und Standards können dazu beitragen, solche Blockaden aufzulösen, sagt **Andreas Büscher**.

Welche Standards sind für die interprofessionelle Pflege wichtig?

Interprofessionelles Arbeiten ist kein Selbstzweck, sondern nur sinnvoll, wenn es ein gemeinsames Ziel verfolgt. Über dieses Ziel sollten sich alle Beteiligten immer wieder verständigen und dann die Frage beantworten, wie die interdisziplinäre Arbeit am besten zu organisieren ist. Der Standard dafür sollte eine gute Patientenversorgung sein, die die unterschiedlichen Bedürfnisse des Patienten – medizinischer, pflegerischer, physiotherapeutischer und sozialer Art – berücksichtigt. Ein klassisches Beispiel ist die Versorgung chronisch kranker Menschen, die eben nicht mit Diagnose und Therapie allein versorgt sind, sondern die lang anhaltende Bedürfnisse haben, denen es zu entsprechen gilt.

Welche Bedeutung haben dabei Leitlinien und Expertenstandards?

Als Qualitätsinstrumente sind Leitlinien und Standards aus dem Berufsalltag kaum wegzudenken. Sie sind der Versuch, bestehende wissenschaftliche Evidenz mit Praxisanforderungen in Einklang zu bringen. In diesem Sinne dienen sie als Orientierung für unterschiedliche Praxisfelder wie Medizin und Pflege. Zugleich sind sie auch eine Herausforderung, Sie halten die Beteiligten dazu an, bestehende Vorgehensweisen oder Arbeitsabläufe zu überdenken, und können Hinweise darauf geben, dass die bestehende Praxis verändert werden muss. Sie können aber auch eine gute Bestätigung für das bisherige Tun sein. Die Leitlinien-Entwicklung beansprucht für sich immer, interdisziplinär zu sein. Das bezieht sich zunächst

auf unterschiedliche medizinische Disziplinen, aber es geht auch darum, andere Berufsgruppen ins Boot zu holen, etwa über die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Die Frage ist immer: Wie komme ich letztlich zu einer interdisziplinären Praxis? Die gemeinsame Entwicklung von Leitlinien und Standards ist sicher ein

» Interprofessionelles Arbeiten ist nur sinnvoll, wenn es ein gemeinsames Ziel verfolgt. «

Weg dorthin, aber kein Garant dafür. Bei den Expertenstandards, die wir als DNQP vertreten, betreiben wir eine monodisziplinäre Entwicklung, holen uns aber Fachexpertise dazu, etwa von Physiotherapeuten, Sportwissenschaftlern oder Ernährungsberatern. Denn wir haben festgestellt, dass es hilfreich ist, wenn jede Berufsgruppe zunächst für sich definiert, was ihr Beitrag zu einem Problem ist. Auf dieser Grundlage kann man dann versuchen, sich auf gemeinsame Prinzipien der Versorgungsgestaltung zu verständigen. Das hat den großen Vorteil, dass sämtliche Diskussionen darüber, wer zuständig ist, erst mal in den Hintergrund treten.

Wo steht Deutschland hier im Vergleich zu anderen Ländern?

Es fällt mir schwer, Deutschland im Sinne einer Rangfolge irgendwo zu platzieren. Der Grad interdisziplinärer Zusammenarbeit in einem Land ist nicht leicht zu bestimmen. Das hängt immer davon ab,

was genau in welchem Bereich verglichen werden soll. Geht es darum, wie stark Leitlinien und Standards genutzt werden, muss man unterscheiden zwischen Entwicklungsprozessen, Praxisprozessen und dem Grad der Implementierung. Ich glaube, dass niemand verlässlich beurteilen kann, wer bei welchem Aspekt besser oder schlechter abschnidet.

Welche Ansätze im Ausland gibt es, die wir übertragen sollten?

Das aus den USA stammende Chronic Care Model zur Versorgung chronisch kranker Menschen ist ein internationales Versorgungskonzept, das stark auf Interdisziplinarität setzt. Viele Länder wenden es an. Es richtet den kompletten Versorgungsprozess stark an den Bedürfnissen chronisch Kranker aus. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat darauf in einem Sondergutachten hingewiesen.

Worin besteht aus Ihrer Sicht die größte Herausforderung?

Häufig überlagert die Frage nach Macht und Zuständigkeiten die Frage der Zielsetzung. In Deutschland geht es zu oft darum, wer etwas macht, und zu selten um das Wie. Darin sehe ich tatsächlich eine Herausforderung. Zum Beispiel beim Entlassmanagement: Als das Thema politisch aufkam, stand als Erstes wieder die Frage im Raum: Wer macht es? Die Patienten, denen das Ganze doch nutzen soll, interessiert das aber kaum. Wenn es in der Praxis einigermaßen funktioniert, ist es für sie zweitrangig, ob da ein Arzt, eine Pflegekraft oder ein Sozialarbeiter vor ihnen steht. ■