

Friedhilde Bartels (Hrsg.)

Aktivierend- therapeutische Pflege in der Geriatrie

Band 5:

Pflege und Therapie im interdisziplinären
Team

Kohlhammer

Die Herausgeberin



Friedhilde Bartels, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Pflegedienstleiterin, ehem. Vorstandsmitglied des Bundesverbands der Geriatrie (BVG) und ehem. Präsidentin der Deutschen Fachgesellschaft für Aktivierend-therapeutische Pflege (DGATP) e. V., Autorin und Dozentin für ATP-G und ATP-P.

Friedhilde Bartels (Hrsg.)

Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie

Band 5: Pflege und Therapie im
interdisziplinären Team

Auf Initiative der Deutschen Fachgesellschaft für
Aktivierend-therapeutische Pflege e. V.



Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2022

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-039604-3

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-039605-0

epub: ISBN 978-3-17-039606-7

Vorwort

Es ist zu begrüßen, dass wieder ein Band zum Pflegekonzept der Aktivierend-therapeutischen Pflege erschienen ist. Diese Ausführlichkeit der Darstellung des Pflegekonzepts der Aktivierend-therapeutischen Pflege trägt der zunehmenden Bedeutung ressourcenorientierter pflegerischer Ansätze Rechnung.

Pflege findet allerdings nicht ohne die Kooperation mit anderen Berufsgruppen statt. Der aktuelle Band fokussiert sich deshalb nicht nur auf pflegerische Anforderungen, sondern auch auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit Pflegenden mit anderen Berufsgruppen.

Aktivierend-therapeutische Pflege entfaltet ihre Wirkung am besten als abgestimmter Lern- und Entwicklungsprozess. Dafür tragen therapeutische und medizinische Berufsgruppen zusammen mit Pflegenden ihre Behandlungsmöglichkeiten zusammen und entwickeln einen Behandlungsplan. In diesen vereinen sich die verschiedenen Perspektiven, die eine komplexe geriatrische Rehabilitation umfassend gestalten, ohne die Sicht der betroffenen Personen aus dem Blick zu verlieren. Interdisziplinäre Absprachen unterstreichen eine personensorientierte Vorgehensweise, die in individuelle Behandlungen münden. Die betroffenen Personen bekommen so ein Gefühl von Wichtigkeit, das sie durch den nicht immer einfachen Lern- und Entwicklungsprozess einer Rehabilitation trägt.

Die Vermeidung einer Engführung auf Pflege hilft dabei, die komplexe Lebens- und Problemlage betroffener Personen besser auf-

zunehmen und schneller in individuell gewünschte Bahnen zu lenken. Verschiedene professionelle Zugänge helfen, unterschiedliche Ressourcen zu fördern. Genau darauf sind die betroffenen Personen angewiesen.

Der personensorientierte professionelle Austausch findet stets statt, um die beste Lösung für ein oder mehrere Probleme der Betroffenen zu finden. Nicht selten findet die interprofessionelle Kommunikation als Ringen um die beste und mögliche Behandlung statt. Dies kann die Qualität positiv beeinflussen und spiegelt die Wertschätzung gegenüber den betroffenen Personen.

Abgestimmtes interdisziplinäres Vorgehen vermittelt den betroffenen Personen Orientierung und Sicherheit. Beides benötigen sie für die Bewältigung von einschneidenden Lebensereignissen, gesundheitlichen Einschränkungen und für die Wiedererlangung von Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe. Sicherheit und Orientierung kann als Erfolgsfaktor für einen gelungenen Lern- und Entwicklungsprozess in der geriatrischen Rehabilitation angesehen werden.

Dem vorliegenden Buch sind viele neugierige Leser*innen zu wünschen. Diese können gerne auch aus therapeutischen und medizinischen Berufsgruppen kommen. Es ist eine Einladung an sämtliche Akteur*innen im Gesundheitswesen, denen die Unterstützung älterer, behinderter oder kranker Menschen ein Anliegen ist.

Susette Schumann Florstadt, im Mai 2021

Inhalt

Vorwort	5
Abkürzungsverzeichnis	13
I Einführung	
1 Geriatrie ist Teamarbeit – interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem Multiprofessionellen Team.....	17
<i>Friedhilde Bartels</i>	
1.1 Einleitung	17
1.2 Was ist ein Team?	18
1.3 Phasen der Teamentwicklung	19
1.3.1 Einstiegs-Findungsphase (Kontakt)	19
1.3.2 Auseinandersetzungs- und Streitphase (Konflikt)	19
1.3.3 Regelungs- und Übereinkommensphase (Kontrakt)	19
1.3.4 Arbeits- und Leistungsphase (Kooperation)	20
1.3.5 Auflösungsphase	20
1.4 Eigenschaften und Grundhaltungen gut funktionierender Teams.....	20
1.5 Stolpersteine und Herausforderungen von Teamarbeit	23
1.6 Wert der Teamarbeit – erfolgreiche Teams in der Geriatrie	23
1.7 Gelingende Zusammenarbeit im MPT in der Geriatrie	27
1.8 Der geriatrische Patient im Multiprofessionellen Team von der Aufnahme bis zur Entlassung	30
1.8.1 Tägliche und wöchentliche Teambesprechung	31
1.8.2 Entlassung planen.....	32
1.9 Chancen und Probleme von Teamarbeit	34
1.10 Regelmäßige Gemeinsamkeiten zur Teamförderung gestalten	35
Literatur	36
2 Erfahrungswissen von erfahrenen Kolleg*innen erhalten.....	38
<i>Friedhilde Bartels</i>	
Literatur	39

3	Generationenübergreifende Zusammenarbeit: gemeinsam die Zukunft gestalten	40
	<i>Michaela Kast</i>	
3.1	Das Wichtigste in Kürze	40
3.2	Schlüsselfaktoren für gelingende Zusammenarbeit.....	40
3.3	Generationspezifische Unterschiede?	41
3.4	Die Zukunft gemeinsam gestalten.....	43
	Literatur	44
II	Beiträge von Therapeutinnen des Multiprofessionellen Teams	
4	Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Menschen mit Demenz. Erkennen und Umgang: Was Pflegekräfte anwenden können – ein Beitrag aus Sicht der Logopädie	47
	<i>Silke Pfeil</i>	
4.1	Einleitung	47
4.2	Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Demenz einordnen	48
4.2.1	Demenz und Aphasie – logopädische Diagnostik- und Abgrenzungskriterien	48
4.2.2	Sprachstörung (Kognitive Dysphasie) bei Demenz: Darstellungsebenen mit Beispielen aus der logopädischen Arbeit und pflegerischen Interaktion	51
4.3	Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Demenz: Therapie und Umgang	53
4.3.1	Nicht medikamentöse Behandlungsansätze bzw. »psychosoziale Interventionen« (Romero 2014) im Rahmen eines Demenz-Managements	54
4.3.2	Umgang mit Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Demenz: einige Anregungen für Pflegekräfte.....	56
4.4	Zusammenfassung und Ausblick.....	60
	Literatur	61
5	Der Rollstuhl als Sprungbrett zu Mobilität und Teilhabe – ein Beitrag aus Sicht der Ergotherapie	63
	<i>Caren Wittmersbaus</i>	
5.1	Mobilität sichert Selbstbestimmung	63
5.2	Ein Rollstuhl für den Start.....	64
5.3	Der passende Rollstuhl	66
5.4	Besonderheiten bei bereits vorhandenen Hilfsmitteln	68
5.4.1	Patient*innen verwechseln Rollator und Rollstuhl.....	68
5.4.2	Die Fußrasten auf die Beinlänge anpassen – Problem.....	68
5.4.3	Kyphose und überstreckte Halswirbelsäule.....	68
5.5	Rollstuhl schieben.....	68
5.5.1	Mobil im Rollstuhl	69

5.6	Zusammenfassung.....	70
	Literatur	71
6	»Normales« Gehen und möglicher Hilfsmiteleinsetz zum Erhalt der Mobilität – ein Beitrag aus Sicht der Physiotherapie.....	72
	<i>Stefanie Kastner</i>	
6.1	»Normale« Bewegung und »normales« Gehen.....	72
6.1.1	»Normale« Bewegung	72
6.1.2	»Normales« Gehen	72
6.1.3	Gangphasen	75
6.1.4	Ganganalyse.....	76
6.1.5	Hilfsmittelversorgung.....	78
6.1.6	Rollator – fahrbare Gehhilfe	79
	Literatur	81
III	Zusammenarbeit im Team (Pflege und Therapie) anhand eines Beispiels	
7	Förderung/Erhaltung einer Lebensqualität auch bei Schluckstörungen....	85
	<i>Kathrin Eulitz und Philipp Wiemann</i>	
7.1	Die Phasen des Schluckvorgangs.....	85
7.1.1	Die orale Vorbereitungsphase	85
7.1.2	Die orale Phase.....	86
7.1.3	Die pharyngale Phase.....	86
7.1.4	Die ösophageale Phase	87
7.2	Die Funktion der Schutzreflexe/Schluckreaktionen (als Voraussetzung für Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme).....	87
7.3	Die Einteilung der Dysphagiestufen.....	88
7.4	Ursachen für Dysphagien	88
7.5	Woran erkenne ich als Pflegende Schluckstörungen?	89
7.6	Praxistipp: Informationssammlung.....	90
7.7	Exkurs: »Dysphagiekost«.....	91
7.7.1	Anpassen der Konsistenzen und Portionsgrößen von Speisen und Getränken, um das Verschlucken zu vermeiden (praktische Beispiele)	91
7.7.2	Aktivierend-therapeutische Pflege/Maßnahmen bei der Nahrungsdarreichung, -aufnahme und Nachbereitung bei zu pflegenden Personen mit Schluckstörungen.....	92
7.8	Fazit.....	96
	Literatur	96

IV	Drei Handlungs- und Pflegeschwerpunkte: 1. Aspekte der Beziehungsarbeit	
8	Angehörige in der ATP-G: Störenfriede, Besserwisser oder Mitgestalter?...	101
	<i>Friedhilde Bartels</i>	
8.1	Einleitung	101
8.2	Professionell Pflegende	102
8.3	Belastungen führen zu Überlastungen	103
8.4	Pflegende befinden sich oft in einer herausfordernden »Sandwich-Funktion«.....	103
8.5	Wie sind oder fühlen Angehörige?	104
	8.5.1 Der konstruktive Umgang mit schwierigen Angehörigen und ihren Beschwerden.....	107
	8.5.2 Drei »Persönlichkeitstypen« von Angehörigen	109
	8.5.3 Beschwerden als »positives Controlling« nutzen.....	113
8.6	Informationen	114
	8.6.1 Praxisbeispiel: Allgemeines Stationsinfoblatt	114
8.7	Beratungen und Anleitungen.....	118
	8.7.1 Die Familiäre Pflege	118
	8.7.2 Voraussetzung zur Konzeptumsetzung: Angehörige in der ATP-G als Mitgestalter einbeziehen	119
	Literatur	119
V	Drei Handlungs- und Pflegeschwerpunkte: 2. Bewegung	
9	Die Eigenaktivität der Patient*innen ist nur so gut, wie wir sie ihnen ermöglichen.....	123
	<i>Claudia Eckardt und Magdalena Bruss</i>	
9.1	Einleitung	123
9.2	Analysefelder.....	124
9.3	Wie erreichen wir mehr Eigenaktivität für Alltagshandlungen?.....	125
	9.3.1 Was beeinflusst unsere Mobilität?.....	125
	9.3.2 Der Mensch bewegt sich, weil er ein Ziel hat!	125
	9.3.3 Patientenbeispiel Frau J.	126
9.4	Räumliche Orientierung und die Bedeutung von Händen, Füßen und Augen.....	142
	Literatur	143
10	Lebensqualität durch stabilen Sitz im Bett	144
	<i>Sabine Himmler</i>	
10.1	Einleitung	144
10.2	Was sind mögliche Indikationen für eine Aktivierend-therapeutische Intervention im Bett?.....	146
10.3	Wie wird das Sitzen gewährleistet, wenn die Person gesundheitlich und/oder medizinisch noch nicht wiederhergestellt ist?.....	147

10.3.1	Drei unterschiedliche Sitzpositionen	147
10.4	Evaluationskriterien	150
10.5	Ziel der Aktivierend-therapeutischen Position »stabiler Sitz im Bett«... Literatur	151 151
VI	Drei Handlungs- und Pflegeschwerpunkte: 3. Selbstversorgung	
11	»Gesund« beginnt im Mund – Mund- und Zahnpflege unter ATP-G Gesichtspunkten	155
	<i>Daniela Lorenzen</i>	
11.1	Einleitung	155
11.2	Normale und veränderte Mundgesundheit im Alter.....	156
11.2.1	Die »normale« und veränderte Alterung der Zähne und des Mundes.....	157
11.2.2	Folgen unzureichender Mund- und Zahnpflege.....	158
11.3	Aktivierend-therapeutische Mund- und Zahnpflege bei dysphagischen Patient*innen mit einem Selbstversorgungsdefizit.....	158
11.3.1	Anamnese	159
11.3.2	Therapeutische Pflegeziele	160
11.3.3	Grundsätze der Maßnahmenplanung.....	160
11.3.4	Hilfsmittel zur Mundpflege.....	162
11.3.5	Evaluation.....	168
11.4	Nicht geeignete Hilfsmittel.....	168
11.5	Schlussfolgerung..... Literatur	169 169
12	Ausscheidung – Kontinenzprofile	171
	<i>Dagmar Nielsen</i>	
12.1	Kontinenzprofile – Selbsthilfefähigkeit beschreiben.....	171
12.1.1	Dimensionen der Inkontinenz	172
12.1.2	Beschreibung der Inkontinenz	173
12.1.3	Beschreibung der sechs (In-)Kontinenzprofile.....	173
12.1.4	Fallbeispiele für Kontinenzprofile.....	174
12.2	Fazit..... Literatur	175 176
VII	Weitere Aspekte, die zu bedenken sind	
13	Aktivierend-therapeutische Pflege bei Menschen mit Demenz.....	179
	<i>Sarah Eschmann</i>	
13.1	Einleitung	179
13.2	Das Körpergedächtnis – Chancen und Risiken.....	180
13.3	Körperpflege bei demenziell Erkrankten.....	182
13.4	Raumgestaltung	182
13.5	Gezielte Führung und Spürinformationen	183

13.6	Vertrauen als Basis des Handelns.....	183
13.6.1	Kreative Ideensuche als »Türöffner« für eine gemeinsame Basis...	184
13.7	Aktivierend-therapeutische Pflege bei hyperaktiven Patient*innen	185
13.8	Aktivierend-therapeutische Pflege bedeutet Ruhephasen zu ermöglichen.....	188
	Literatur	190
14	ATP-G und freiheitsentziehende/freiheitsbeschränkende Maßnahmen	191
	<i>Philipp Wiemann</i>	
14.1	Einleitung	191
14.2	Die rechtlichen Grundlagen der freiheitsentziehenden/freiheitsbeschränkenden Maßnahmen	192
14.3	Die hausinternen Rahmenbedingungen einer Fixierung beispielhaft anhand einer Geriatrie im Bundesland Berlin	193
14.3.1	Die Vorberechnung	193
14.3.2	Die Nachbesprechung im interdisziplinären Team.....	195
14.3.3	Sedierung.....	196
14.4	Die fachgerechte Positionierung innerhalb einer freiheitsentziehenden Maßnahme am Beispiel einer mechanischen Fixierung (4-Punkt-Fixierung vs. 4-Punkt-Akut-Fixierung).....	197
14.5	Stellungnahmen von Pflegeempfänger*innen während einer Nachbesprechung.....	200
14.6	Nach der Situation ist vor der Situation	200
14.6.1	Die Vorbereitung eines neuen Fixierbettes	200
14.6.2	Die Vorbereitung von Fixiersystemtaschen (am Beispiel).....	201
14.6.3	Die Aufbereitung der genutzten Fixiersysteme	201
14.7	Fazit.....	202
	Literatur	202
VIII	Anlagen und Verzeichnisse	
	Die Autorinnen und Autoren	205
	Anlage: Allgemeiner Behandlungspfad einer Geriatriischen Klinik (► Kap. 1.8) ...	209
	Stichwortverzeichnis	213

Abkürzungsverzeichnis

AAT	Aachener Aphasie Test
ACL	Aphasie Check Liste
ADLs	Aktivitäten des Lebens (Activity of Daily Living)
AG	Arbeitsgemeinschaft
ALS	amyotrophe Lateralsklerose
AO	ärztliche Anordnung
ASTRAIN	Alzheimer-Sprachtraining
ATP	Aktivierend-therapeutische Pflege
ATP-G	Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie
AVO	Arztverordnung
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BKL	Bundesverband Klinische Linguistik e. V.
BMI	Body-Mass-Index
BVG	Bundesverband Geriatrie e. V.
CH	Schweiz
DAT	Demenz des Alzheimer Typs
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V.
DGG	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V.
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V.
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut e. V.
DMS	Durchblutung-Motorik-Sensibilität
DPS	Demenz bei Parkinsonsyndromen
DRG	German Diagnosis Related Groups
DSTG	Dysphagie Screening Tool Geriatrie
F.O.T.T. [®]	Facio-Orale-Trakt-Therapie
ft3	freies Trijodthyronin
ft4	freies Thyroxin
GBS	Guillain-Barré-Syndrom
GUSS	Gugging Swallow Screen
HOT	Handlungsorientierte Therapie
HWS	Halswirbelsäule
ICD 10	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
KAS	Kognitiv ausgerichtete Sprachtherapie
KODEM	Kommunikationsfähigkeit bei Demenz
KODOP	Kommunikation – Dokumentation – Präsentation
LBD	Lewy-Body-Demenz

M.	Morbus
MA	Mitarbeiter*innen
MmD	Menschen mit Demenz
MMST	Mini Mental State
MOCA	Montreal Cognitive Assessment
MPT	Multiprofessionelles Team
MS	Multiple Sklerose
NOD	neurogene oropharyngeale Dysphagie
NRS	Nutritional Risk Screening (NRS 2002)
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PDL	Pflegedienstleitung
PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie
PEJ	perkutane endoskopische Jejunostomie
PPA	Primär Progressive Aphasie
Para	paravenöse Infusion
Psych.KG	Psychisch-Kranken-Gesetze
ROT	Realitätsorientierungs-Training
SAE	subkortikale arteriosklerotische Encephalopathie
SET	Selbst-Erhaltungs-Therapie
SGB V	Sozialgesetzbuch 5 (Gesetzliche Krankenversicherung)
SHT	Schädel-Hirn-Traumata
SPPB	Short Physical Performance Battery
SSW	Schwangerschaftswoche
TSH	Thyreoidea stimulierendes Hormon
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)
ZNS	Zentrales Nervensystem

I Einführung

1 Geriatrie ist Teamarbeit – interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem Multiprofessionellen Team

Friedhilde Bartels

1.1 Einleitung

»Ein Multiprofessionelles Team (MPT) ist primär für den gesamten pflegerischen und klinischen Versorgungsprozess eines Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung zuständig!« (Aschenbrenner 2016, o. S.)

Teams – A Never Ending Story, oder? In der OPS 8-550 ist bis 2019 vom »geriatrischen« Team die Rede. Dabei sind wir, die dort arbeiten, doch noch nicht geriatrisch... Es wird viel von allen beteiligten Berufsgruppen an Fachwissen der eigenen und aller anderen Berufsgruppen erwartet. Pflegende als »24-Stunden-am-Bett-Konzept« haben eine einheitliche Fachsprache mit den Beteiligten des Teams zu sprechen und zu dokumentieren. Dies kann allerdings nur gelingen, wenn alle Berufsgruppen des Teams nach den gleichen Vorgaben qualifiziert und erfahren sind oder werden. Das bedeutet, dass ein Konzept für die OPS gestaltet werden muss – entweder nach der Grundlage der ATP und den therapeutischen Interventionen (alle Berufsgruppen des MPT arbeiten nach denselben Grundlagen des Bobath-Konzepts) oder nach entsprechender Klärung/Definition der Schnittstellen (alle Berufsgruppen arbeiten nach unterschiedlichen Konzepten) zwischen den Berufsgruppen.

Jedenfalls können diese Aussagen nicht Gegenstand einer Zusammenarbeit im Multiprofessionellen Team sein:

»T= Toll,
E= ein
A= anderer
M= macht's

oder

Teamarbeit ist, wenn alle das Gleiche wollen *wie ich!*

Mein Team kann tun und lassen, *was ich will!*« (Eckardt 2014)

Leider hören wir bei gegebenen Fortbildungen in ganz Deutschland mehrfach die Aussage, dass ein Verständnis für Teamarbeit hauptsächlich berufsintern gedacht und mancherorts auch gelebt wird. Mittlerweile ist die Behandlung und Pflege von geriatrischen Patient*innen¹ so umfangreich, komplex und zeitmangelnd geworden, dass vielerorts auch die Augen vor dem tatsächlichen Bedarf an Zeit zugedrückt oder sogar verschlossen werden. Hinzu kommt, dass es oftmals keine differenzierte Dokumentation zwischen Aktivierend-therapeutischer Pflege und passiv-übernehmender Pflege oder entspre-

1 In diesem Herausgeberband wird hinsichtlich der Pluralformen der »Gender-Stern« oder die neutrale Form genutzt, um alle Geschlechter anzusprechen. Wenn bei bestimmten Begriffen, die sich auf Personengruppen beziehen, nur die männliche Form gewählt wurde, so ist dies nicht geschlechtsspezifisch gemeint, sondern geschah ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit.

chender Therapie gibt. Um dies deutlich werden zu lassen, ist ein geriatrisches Konzept unabdingbar, damit es unverkennbar im MPT gelebt wird. Und machen wir uns bewusst, dass ein Beruf alleine kein qualifiziertes Ergebnis für eine schwerstbetroffene Person erbringen kann.

ATP ist u. a. davon abhängig, ihre pflegerische Befundung, die therapeutischen Pflegeziele sowie die gesamten pflegerischen Interventionen mit allen Berufsgruppen im MPT abzustimmen. Dazu werden qualifizierte Kenntnisse der Handlings benötigt.

1.2 Was ist ein Team?

»Team ist ein Zusammenschluss von mehreren Personen zur Lösung einer bestimmten Aufgabe bzw. zur Erreichung eines bestimmten Zieles.« (Feichtner 2008, o. S.)

Ein Team ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Gruppe von mehreren Personen (gewöhnlich wird zwischen dem »kleinen Team« – zwischen 5 und 10 Personen – und dem »Großteam« – zwischen 10 und 30 Personen – unterschieden). In dem MPT der Geriatrie sind es in der direkten Zusammenarbeit meistens wenige, in den Teambesprechungen dagegen mehrere bis viele.
- Innerhalb derselben Organisation tätig, in der Geriatrie meistens stationsbezogen
- Teams haben die gleichen Gesamtziele der Geriatrie.
- Teambesprechungen finden kontinuierlich statt (einmal wöchentlich).
- Innerhalb vorgegebener Grenzen sich selbst steuern!
- Berufsgruppen müssen kooperieren (müssen?!).
- Teamarbeit benötigt ein Ziel. Dies kann ein zusätzliches zum Gesamtziel sein.

Ein Team entwickelt sich. Innerhalb der Geriatrie sind die meisten »Teams« schon lange etabliert, weil sie von der OPS gefordert sind. Indes wechseln die Teilnehmer*in-

nen täglich durch den Schichtwechsel der Pflegenden, durch freie Tage, Nachtdienste, Urlaube und Krankheit durch alle Berufsgruppen usw. Es arbeiten Pflegende zusammen oder auch Pflegende mit Therapeut*innen, bei der Visite sind der Arzt*die Ärztin und mindestens eine Pflegekraft und/oder ein*eine Therapeut*in anwesend. Dabei sind in den Teamsitzungen durchaus alle Beteiligten gemeinsam anwesend. Dies kann nur favorisiert werden, damit alle das subjektive Rehabilitationsziel der betroffenen Person kennen. Dies ist für jede Berufsgruppe bindend, abgeleitet werden die personenbezogenen Therapieziele und therapeutischen Pflegeziele für die beteiligten Berufsgruppen.

Durch gemeinsame Ziele entsteht ein Team

Ohne Ziele »läuft« jedes Teammitglied in seine eigene Richtung. Wir erleben es im Berufsalltag immer wieder, dass Aufgaben angeordnet werden oder geschehen, ohne dass der Sinn für Mitarbeiter*innen definiert oder erkennbar ist oder vorhanden zu sein scheint. Gemeinsame Zielfindungen sind wichtig, um in einem Team oder einer Gruppe an oder zum richtigen Ziel hinzuarbeiten.

1.3 Phasen der Teamentwicklung

1.3.1 Einstiegs-Findungsphase (Kontakt)

Die Einstiegs- und Findungsphase ist durch Unsicherheiten gekennzeichnet, da die Teammitglieder sich kennenlernen müssen. Auch wenn in einem bestehenden Team ein »neues Berufsteammitglied« beginnt, können die Merkmale der Unsicherheit, wie z. B. *Hemmungen sich zu beteiligen, Unentschlossenheit, Scheu, Minderwertigkeitskomplexe, Unbehagen, Beklommenheit, Skepsis, Zweifel, Dinge hinterfragen* usw., erneut auftreten. Bei den MPT in der Geriatrie ist die »Fluktuation der Teilnahme an der Teamförderung« höher, weil sich die Zusammenarbeit täglich durch eine andere Zusammensetzung verändert. Neue Teammitglieder orientieren sich an ihren Berufskolleg*innen, suchen nach Gemeinsamkeiten und wählen ihre Einstiegsthemen bzw. Kommentare vorrangig nach unverfänglichen und sachbezogenen Aussagen. Ebenso werden die ersten Kontakte innerhalb der eigenen Berufsgruppe gesucht.

Eine Art Checkliste oder Einführungsmappe für neue Mitarbeiter*innen mit einem fachbezogenen Willkommensgruß und -geschenk innerhalb der Fallbesprechung kann das Eingewöhnen sichtlich erleichtern. Der Chefarzt oder der zuständige Geriater als Leiter des Teams kann Orientierungsgespräche ausschließlich zum MPT führen. Ein Unterstellungsverhältnis mit Weisungsbefugnis gegenüber den anderen Teamberufen trifft für ihn nicht zu. Der Geriater hat ein Anordnungsrecht. In einigen Kliniken sind die Therapeut*innen dem Geriater unterstellt. Die Zusammenarbeit im Team wird durch regelmäßige, zeitlich festgelegte Besprechungen der Berufsleitungen sehr positiv gestaltet. Im Austausch stehen hier das gemeinsame Geriatriekonzept, die Patientenbelegung und Projekte. Falls Konflikte auftreten, die im

alltäglichen Team nicht zu lösen sind, gibt es hier die Möglichkeit, gemeinsam das MPT einer Station zu unterstützen.

1.3.2 Auseinandersetzungs- und Streitphase (Konflikt)

Das Vertrauen der neuen Teammitglieder ist gewachsen. Mitarbeiter*innen fühlen sich sicherer. Die eigenen Meinungen werden deutlich geäußert, Unmut und unterschiedliche Erfahrungen und Kenntnisse werden klarer ausgedrückt. Es kann zu Unstimmigkeiten kommen, da die Teammitglieder die unterschiedlichen Sichtweisen einbringen. Machtkämpfe einzelner Personen oder Berufe begrenzen die Arbeitsfähigkeit!

In den MPT in der Geriatrie gibt es noch kaum bewährte Regeln, wie mit Unterschieden der Berufsteammitglieder und mit Konflikten umgegangen werden kann. In dieser Phase kann es zum Aussteigen neuer Mitarbeiter*innen kommen, wenn die Konflikte nicht diskutiert und beigelegt werden. Dies bedeutet, dass alle Teammitglieder aufeinander hören und achten. Toleranz ist gefragt: sich einem Austausch stellen, Differenzierung, Meinungs- und Entscheidungsunterschiede zulassen und sie ausdiskutieren bzw. sie wertschätzend auf das gemeinsame Ziel hin zu bearbeiten.

1.3.3 Regelungs- und Übereinkommensphase (Kontrakt)

Das gemeinsame Ziel – die Alltagskompetenzen der kranken Person zu erhalten und/oder wiederherzustellen – ist zwar der kleinste Nenner, aber der wichtigste! Man beginnt, sich mit den Eigenheiten einzelner Teammit-

glieder zu arrangieren. Verteilung bzw. die Abstimmung von Aufgaben, die gemeinsam als Therapie und Pflege auf das Ziel ausgerichtet sind, gestalten sich mit Wertschätzung und dem Bemühen, voneinander zu lernen, einfacher. Das Interesse für ökonomisches, gemeinsames Arbeiten wird erkannt und umgesetzt. Vorgesetzte tun gut daran, die Selbstverantwortung der Mitglieder zu stärken. Die Möglichkeit sollte genutzt werden – falls es bislang nicht möglich war –, um Teamregeln zu erarbeiten.

Merke

Die Rollen der Berufsteammmitglieder entwickeln sich, Regeln werden diskutiert, die Akzeptanz steigt. Die gestellten Aufgaben mit dem gemeinsamen Ziel rücken in den Mittelpunkt.

1.3.4 Arbeits- und Leistungsphase (Kooperation)

Das Team hat sich »gefunden«. Die Zusammenarbeit einzelner Berufsmitarbeiter*innen klappt und die Aufgaben sind gut aufeinander abgestimmt. Jeder hat seinen Platz gefunden –

auch im Besprechungsteam, das sich ständig neu zusammensetzt.

Eine gute Zusammenarbeit mit einer hohen Leistungsfähigkeit ist eingetreten. Teamregeln können flexibel gehandhabt werden, flexibles, ideenreiches Handeln an der betroffenen, kranken Person ist gegeben. Eine Wertschätzung der Einzelpersönlichkeit ist vorhanden. Und es wachsen die gemeinsamen Überzeugungen und Werthaltungen.

Der*die Leiter*in des MPT beteiligt die Gruppe möglichst an Entscheidungen. In dieser Phase ist darauf zu achten, dass sich kein »Schlendrian« einschleicht. Es ist von allen Teammitgliedern auf Qualität zu achten und Fehlerquellen sind schnellstmöglich auszumergen. Die Zusammenarbeit und die Aufgabenbearbeitung gestalten sich erfolgreicher, da das Team geschlossener handelt. Die Teammitglieder kennen ihre Rollen und begegnen sich dauerhaft mit Anerkennung und Wertschätzung.

1.3.5 Auflösungsphase

Diese Phase bezieht sich auf Gruppen, die sich nach Abschluss einer Aufgabe/eines Projektes wieder trennen. Geriatrie ist eine Daueraufgabe und beschäftigt sich nicht mit Auflösungen.

1.4 Eigenschaften und Grundhaltungen gut funktionierender Teams

Wie bereits in den Phasen beschrieben, hier nochmal die Nennung der Kernkompetenzen:

- Es wird immer wieder von Teamfähigkeit gesprochen und diese wird auch erwartet. Von einer guten Teamfähigkeit wird gesprochen, wenn sich Teilnehmer*innen in einem MDT der Geriatrie angemessen, respektvoll,

situationsbezogen und lösungsorientiert verhalten. Es soll mit Kollegen*innen aller Berufsgruppen so kommuniziert werden, dass die optimale Wirkkraft im Team und für die kranke Person erreicht wird.

»Mitte [d]er 1960er-Jahre fanden Psychologen heraus, dass effektive Teams aus Personen

bestehen, die psychisch auf Distanz bleiben und sich nur auf die Aufgabe konzentrieren. Teamfähig ist also, wer gemeinsam mit seinen Kollegen gegen Probleme kämpft, nicht gegen Menschen. Teamfähig ist, wer ein Problem selbst dann mit anderen optimal löst, obwohl er die anderen überhaupt nicht leiden kann.« (Behrens 2012, S. 107 f.)

- Als Teammitglied *akzeptiere ich alle anderen Gruppenteilnehmer*innen in ihrer Vielfalt*, nehme sie an, erkenne und akzeptiere den Wert der Andersartigkeit, willige in einen fachlichen, pflegerischen und/oder therapeutischen Austausch ein, prüfe und/oder billige die Antworten, auch wenn ich anderer Meinung bin. Ich achte darauf, den gemeinsamen *Nenner* oder das Ziel (realistisch, überprüfbar und erreichbar) nicht aus den Augen zu verlieren, ich akzeptiere und toleriere und unterstütze ggf. die Aussagen und Handlungen meiner Kollegen*innen.
- Entscheidend sind vor allem *Wertschätzung und ehrliches Interesse* an den anderen und deren Arbeit. Wertschätzung bezieht sich auf die Personen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und auf ihre Arbeit. Sie ist vor allem dann gefordert, wenn es um Unterschiede geht. *Beachte: Jeder möchte auch als Einzelner in einer Gruppe gesehen werden!* Was benötigt der*die Einzelne im Berufsteam, um seine*ihre Aufgabe erfüllen zu können (Informationen, Fort- und Weiterbildungen, Hilfsmittel, Voraussetzungen etc.)?
- »Als Grundsatz kann gelten, eine ausgewogene Balance zwischen persönlicher Verantwortungsübernahme und Teamverantwortung zu erreichen: So viel Einzelverantwortung wie möglich, so viel Teamverantwortung wie nötig!« (Stratmeyer 2008, S. 7). Dazu kann in der Zusammenarbeit im Team ergänzt werden, dass eine ausgewogene Balance zwischen Berufsverantwortung und Teamverantwortung zu erreichen ist: so viel »Berufsverantwortung« wie möglich, so viel Teamverantwortung wie nötig!
- »Die wichtigste Ressource im Team sind regelmäßige Besprechungen. [...] Gute Kommunikation ist charakterisiert durch Offenheit, Ehrlichkeit (verbunden mit Taktgefühl), Sensibilität für die Bedürfnisse anderer sowie gegenseitiges Vertrauen, das befähigt, sowohl Verletzlichkeit als auch Stärke miteinander zu teilen.« (Behrens 2012, S. 109)
- Offen sein für neue Aufgaben, für die anderen Berufsteammitglieder und für ungewöhnliche Ideen. Mutig sein und mit einem gewissen Vertrauensvorschuss agieren. Oft fehlen besonders zu Beginn einer Teamarbeit bestimmte Erfahrungswerte. Es ist alles neu und man will kein Risiko eingehen. Es wird sich mit Skepsis begegnet. Offenheit kann die Kommunikation im Allgemeinen fördern, weil der Gegenüber ein Interesse der offenen Person wahrnimmt. Verbunden mit Aufmerksamkeit ist Offenheit eine wichtige Persönlichkeitseigenschaft für die ständige persönliche Weiterentwicklung.
- Aus der gegenseitigen Wertschätzung, aber auch durch eine Wertschätzung der Vorgesetzten ergibt sich das Interesse. Mitarbeiter*innen sind motivierter, wenn sie wohlwollendes und ehrliches Interesse spüren. Und zusammen macht es mehr Spaß!
- Selbstreflexion beinhaltet eine *Reflexionsfähigkeit* als Voraussetzung für eine *therapeutische* Haltung betreffender kranker Personen gegenüber. Selbstreflexion ist eine Grundhaltung und somit eine Kernkompetenz, sich selber im Geschehen, im Team zu reflektieren, um einen Konsens zu finden.
- *Flexibilität* beschreibt Menschen – hier Teammitglieder –, die in der Lage sind, sich auf neue Anforderungen ihrer Umwelt (Team und Patient*innen) einzustellen und sich entsprechend anzupassen.
- Entscheidend ist auch eine angemessene »Fehler-Kultur«. Sie basiert auf der Überzeugung, dass Fehler Einzelner zwar im-