

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

Der personenorientierte 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

Abkürzungsverzeichnis

I Einführung

1 Geriatrie ist Teamarbeit – interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem Multiprofessionellen Team

Friedhilde Bartels

- 1.1 Einleitung
- 1.2 Was ist ein Team?
- 1.3 Phasen der Teamentwicklung
 - 1.3.1 Einstiegs-Findungsphase (Kontakt)
 - 1.3.2 Auseinandersetzungs- und Streitphase (Konflikt)
 - 1.3.3 Regelungs- und Übereinkommensphase (Kontrakt)
 - 1.3.4 Arbeits- und Leistungsphase (Kooperation)
 - 1.3.5 Auflösungsphase
- 1.4 Eigenschaften und Grundhaltungen gut funktionierender Teams
- 1.5 Stolpersteine und Herausforderungen von Teamarbeit
- 1.6 Wert der Teamarbeit – erfolgreiche Teams in der Geriatrie
- 1.7 Gelingende Zusammenarbeit im MPT in der Geriatrie
- 1.8 Der geriatrische Patient im Multiprofessionellen Team von der Aufnahme bis zur Entlassung
 - 1.8.1 Tägliche und wöchentliche Teambesprechung
 - 1.8.2 Entlassung planen
- 1.9 Chancen und Probleme von Teamarbeit

1.10 Regelmäßige Gemeinsamkeiten zur Teamförderung gestalten
Literatur

2 Erfahrungswissen von erfahrenen Kollegen*innen erhalten

Friedhilde Bartels

Literatur

3 Generationenübergreifende Zusammenarbeit: gemeinsam die Zukunft gestalten

Michaela Kast

3.1 Das Wichtigste in Kürze

3.2 Schlüsselfaktoren für gelingende Zusammenarbeit

3.3 Generationsspezifische Unterschiede?

3.4 Die Zukunft gemeinsam gestalten

Literatur

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

Silke Pfeil

4.1 Einleitung

4.2 Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Demenz einordnen

4.2.1 Demenz und Aphasie – logopädische Diagnostik- und Abgrenzungskriterien

4.2.2 Sprachstörung (Kognitive Dysphasie) bei Demenz: Darstellungsebenen mit Beispielen aus der logopädischen Arbeit und pflegerischen Interaktion

4.3. Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Demenz: Therapie und Umgang

- 4.3.1 Nicht medikamentöse Behandlungsansätze bzw. »psychoziale Interventionen« (Romero 2014) im Rahmen eines Demenz-Managements
- 4.3.2 Umgang mit Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Demenz: einige Anregungen für Pflegekräfte

4.4. Zusammenfassung und Ausblick Literatur

5 Der Rollstuhl als Sprungbrett zu Mobilität und Teilhabe – ein Beitrag aus Sicht der Ergotherapie

Caren Wittmershaus

- 5.1 Mobilität sichert Selbstbestimmung
- 5.2 Ein Rollstuhl für den Start
- 5.3 Der passende Rollstuhl
- 5.4 Besonderheiten bei bereits vorhandenen Hilfsmitteln
 - 5.4.1 Patient*innen verwechseln Rollator und Rollstuhl
 - 5.4.2 Die Fußrasten auf die Beinlänge anpassen – Problem
 - 5.4.3 Kyphose und überstreckte Halswirbelsäule
- 5.5 Rollstuhl schieben
 - 5.5.1 Mobil im Rollstuhl
- 5.6 Zusammenfassung
Literatur

6 »Normales« Gehen und möglicher Hilfsmiteleinsetz zum Erhalt der Mobilität – ein Beitrag aus Sicht der Physiotherapie

Stefanie Kastner

- 6.1 »Normale« Bewegung und »normales« Gehen
 - 6.1.1 »Normale« Bewegung
 - 6.1.2 »Normales« Gehen
 - 6.1.3 Gangphasen
 - 6.1.4 Ganganalyse
 - 6.1.5 Hilfsmittelversorgung

6.1.6 Rollator – fahrbare Gehhilfe
Literatur

III Zusammenarbeit im Team (Pflege und Therapie) anhand eines Beispiels

7 Förderung/Erhaltung einer Lebensqualität auch bei Schluckstörungen

Kathrin Eulitz und Philipp Wiemann

- 7.1 Die Phasen des Schluckvorgangs
 - 7.1.1 Die orale Vorbereitungsphase
 - 7.1.2 Die orale Phase
 - 7.1.3 Die pharyngale Phase
 - 7.1.4 Die ösophageale Phase
- 7.2 Die Funktion der Schutzreflexe/Schluckreaktionen (als Voraussetzung für Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme)
- 7.3 Die Einteilung der Dysphagiestufen
- 7.4 Ursachen für Dysphagien
- 7.5 Woran erkenne ich als Pflegende Schluckstörungen?
- 7.6 Praxistipp: Informationssammlung
- 7.7 Exkurs: »Dysphagiekost«
 - 7.7.1 Anpassen der Konsistenzen und Portionsgrößen von Speisen und Getränken, um das Verschlucken zu vermeiden (praktische Beispiele)
 - 7.7.2 Aktivierend-therapeutische Pflege/Maßnahmen bei der Nahrungsdarreichung, -aufnahme und Nachbereitung bei zu pflegenden Personen mit Schluckstörungen
- 7.8 Fazit
Literatur

IV Drei Handlungs- und Pflegeschwerpunkte: 1 Aspekte der Beziehungsarbeit

8 Angehörige in der ATP-G: Störenfriede, Besserwisser oder Mitgestalter?

Friedhilde Bartels

- 8.1 Einleitung
 - 8.2 Professionell Pflegende
 - 8.3 Belastungen führen zu Überlastungen
 - 8.4 Pflegende befinden sich oft in einer herausfordernden »Sandwich-Funktion«
 - 8.5 Wie sind oder fühlen Angehörige?
 - 8.5.1 Der konstruktive Umgang mit schwierigen Angehörigen und ihren Beschwerden
 - 8.5.2 Drei »Persönlichkeitstypen« von Angehörigen
 - 8.5.3 Beschwerden als »positives Controlling« nutzen
 - 8.6 Informationen
 - 8.6.1 Praxisbeispiel: Allgemeines Stationsinfoblatt
 - 8.7 Beratungen und Anleitungen
 - 8.7.1 Die Familiäre Pflege
 - 8.7.2 Voraussetzung zur Konzeptumsetzung: Angehörige in der ATP-G als Mitgestalter einbeziehen
- Literatur

V Drei Handlungs- und Pflegeschwerpunkte: 2 Bewegung

9 Die Eigenaktivität der Patient*innen ist nur so gut, wie wir sie ihnen ermöglichen

Claudia Eckardt und Magdalena Bruss

- 9.1 Einleitung
- 9.2 Analysefelder
- 9.3 Wie erreichen wir mehr Eigenaktivität für Alltagshandlungen?
 - 9.3.1 Der Mensch bewegt sich, weil er ein Ziel hat!
 - 9.3.2 Was beeinflusst unsere Mobilität?
 - 9.3.3 Patientenbeispiel Frau J.

- 9.4 Räumliche Orientierung und die Bedeutung von Händen, Füßen und Augen
- Literatur

10 Lebensqualität durch stabilen Sitz im Bett

Sabine Himmler

- 10.1 Einleitung
- 10.2 Was sind mögliche Indikationen für eine Aktivierend-therapeutische Intervention im Bett?
- 10.3 Wie wird das Sitzen gewährleistet, wenn die Person gesundheitlich und/oder medizinisch noch nicht wiederhergestellt ist?
 - 10.3.1 Drei unterschiedliche Sitzpositionen
- 10.4 Evaluationskriterien
- 10.5 Ziel der Aktivierend-therapeutischen Position »stabiler Sitz im Bett«
- Literatur

VI Drei Handlungs- und Pflegeschwerpunkte: 3 Selbstversorgung

11 »Gesund« beginnt im Mund – Mund- und Zahnpflege unter ATP-G Gesichtspunkten

Daniela Lorenzen

- 11.1 Einleitung
- 11.2 Normale und veränderte Mundgesundheit im Alter
 - 11.2.1 Die »normale« und veränderte Alterung der Zähne und des Mundes
 - 11.2.2 Folgen unzureichender Mund- und Zahnpflege
- 11.3 Aktivierend-therapeutische Mund- und Zahnpflege bei dysphagischen Patient*innen mit einem Selbstversorgungsdefizit
 - 11.3.1 Anamnese
 - 11.3.2 Therapeutische Pflegeziele

- 11.3.3 Grundsätze der Maßnahmenplanung
- 11.3.4 Hilfsmittel zur Mundpflege
- 11.3.5 Evaluation
- 11.4 Nicht geeignete Hilfsmittel
- 11.5 Schlussfolgerung
- Literatur

12 Ausscheidung – Kontinenzprofile

Dagmar Nielsen

- 12.1 Kontinenzprofile – Selbsthilfefähigkeit beschreiben
 - 12.1.1 Dimensionen der Inkontinenz
 - 12.1.2 Beschreibung der Inkontinenz
 - 12.1.3 Beschreibung der Inkontinenzprofile
 - 12.1.4 Fallbeispiele für Kontinenzprofile
- 12.2 Fazit
- Literatur

VII Weitere Aspekte, die zu bedenken sind

13 Aktivierend-therapeutische Pflege bei Menschen mit Demenz

Sarah Eschmann

- 13.1 Einleitung
- 13.2 Das Körpergedächtnis – Chancen und Risiken
- 13.3 Körperpflege bei demenziell Erkrankten
- 13.4 Raumgestaltung
- 13.5 Gezielte Führung und Spürinformationen
- 13.6 Vertrauen als Basis des Handelns
 - 13.6.1 Kreative Ideensuche als »Türöffner« für eine gemeinsame Basis
- 13.7 Aktivierend-therapeutische Pflege bei hyperaktiven Patient*innen

13.8 Aktivierend-therapeutische Pflege bedeutet Ruhephasen zu ermöglichen

Literatur

14 ATP-G und freiheitsentziehende/freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Philipp Wiemann

14.1 Einleitung

14.2 Die rechtlichen Grundlagen der freiheitsentziehenden/freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

14.3 Die hausinternen Rahmenbedingungen einer Fixierung beispielhaft anhand einer Geriatrie im Bundesland Berlin

14.3.1 Die Vorbesprechung

14.3.2 Die Nachbesprechung im interdisziplinären Team

14.3.3 Sedierung

14.4 Die fachgerechte Positionierung innerhalb einer freiheitsentziehenden Maßnahme am Beispiel einer mechanischen Fixierung (4-Punkt-Fixierung vs. 4-Punkt-Akut-Fixierung)

14.5 Stellungnahmen von Pflegeempfänger*innen während einer Nachbesprechung

14.6 Nach der Situation ist vor der Situation

14.6.1 Die Vorbereitung eines neuen Fixierbettes

14.6.2 Die Vorbereitung von Fixiersystemtaschen (am Beispiel)

14.6.3 Die Aufbereitung der genutzten Fixiersysteme

14.7 Fazit

Literatur

VIII Anlagen und Verzeichnisse

Die Autorinnen und Autoren

**Anlage: Allgemeiner Behandlungspfad einer Geriatrischen
Klinik (► Kap. 1.8)**

Stichwortverzeichnis

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 Enzephalopathie |
| SET | Selbst-Erhaltungs-Therapie |

| | |
|-------|--|
| SGB V | Sozialgesetzbuch 5 (Gesetzliche Krankenversicherung) |
| SHT | Schädel-Hirn-Traumata |
| SPPB | Short Physical Performance Battery |
| SSW | Schwangerschaftswoche |
| TSH | Thyreidea 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 entsprechender 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 steuernd!
- 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*innen 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 Teambereufen 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 Teammitglieder 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 Berufsteammitglieder 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 auszumerzen. 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 immer von einzelnen Personen gemacht werden, dass sie aber immer auch Ausdruck des gesamten Systems sind. Wichtig ist auch die Bereitschaft, aus Fehlern zu lernen und sie nicht dazu zu benutzen, um andere schlechtzumachen (effektiver Umgang mit Konflikten).
- In einem Berufsgruppenteam kommt die kollektive Intelligenz zum Tragen. Alle Berufsgruppen lernen voneinander – *viele wissen viel!*
- Die Synergien, die entstehen, werden gebündelt, z. B. auch im Finden eines gemeinsamen Rehabilitationsziels mit dem*der Patienten*in.

Beispielhafte Teamregeln vereinbaren, z. B.:

- Ich bin okay, du bist okay – gemeinsam sind wir fantastisch!
- Jede*r tut sein*ihr Bestes!
- Killerphrasen sind tabu, z. B. Aussagen wie: »Das geht nicht!« gibt es nicht!
- Schweigen heißt Zustimmung.
- *Attack the problem, not the person!* Kritik nur an der Situation und am Verhalten – niemals an der Person!
- Hart an der Sache – weich zum Gegenüber
- Ich-Botschaften senden statt Schuldzuweisungen!
- Kontrolle ist gut, Vertrauen ist besser!
- Ergebniskontrolle statt Verhaltenskontrolle!
- Jede*r Teilnehmer*in im MPT ist auch eigenverantwortlich und hat eine »Hol- und Bringschuld«. Dies bedeutet, dass man sich dem Konflikt stellt, informiert und kompromissbereit ist.

Merke

Fehler sind Chancen zur Verbesserung!