
Platzhirsch trifft Jammerlappen-

Über das Wesen der interprofessionellen Versorgung

Jürgen Osterbrink

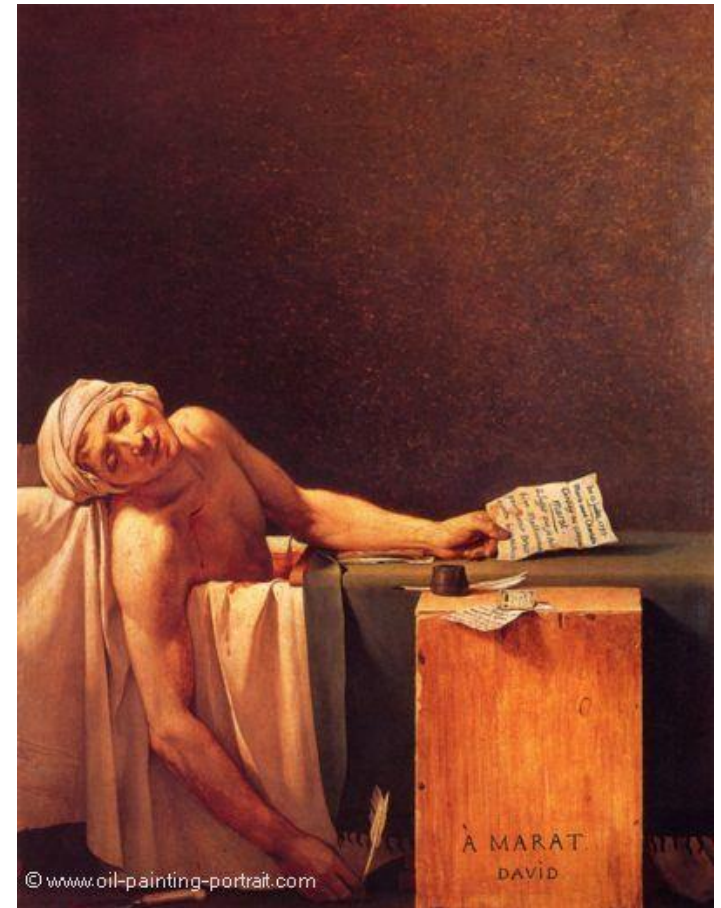
Institut für Pflegewissenschaft und -praxis
Vorstand

Inhalt

- Grundüberlegungen
- Spannungsgeladener Status quo
- Welche Bildungswege haben/hätten Auswirkung auf die Versorgung?
- Kernforderungen

„Wir sind alle der Gnade
eines herabfallenden
Dachziegels ausgeliefert.“

(Thornton Wilder: Die Iden des März)



Der „fragmentierte“ Patient



„...Der Patient erlebt heute als Hilfesuchender, dass der Arzt den Blick allzu schnell auf ein Organ, eine veränderte Leistungsfähigkeit, ein charakteristisches Symptommuster und einen labortechnisch erhobenen Datenspiegel richtet... Als Konsequenz spürt sich der Betroffene nur noch in Teilaspekten, bruchstückhaft, eben als „fragmentierter Patient“ wahrgenommen....“

*(Böker W. Der fragmentierte Patient.
Dtsch Arztebl 2003; 100: A 24–27)*

Patientensicht:

*„Es wurde viel für mich getan, ich wurde aber nicht gemeint.“
(Patientenäußerung zum Krankenhausaufenthalt)*

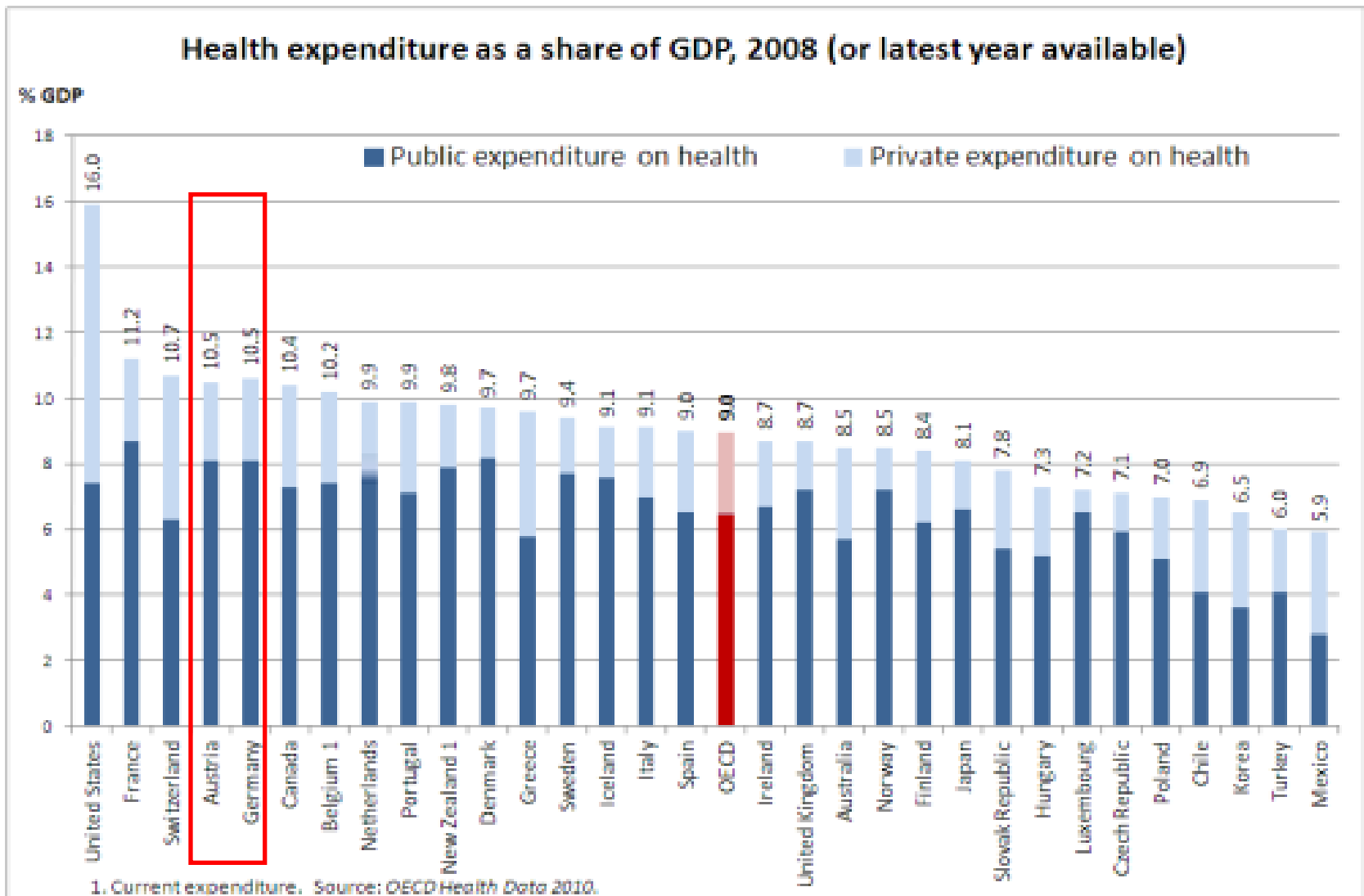
Entwicklung der Gesundheitsausgaben, 2014

- Wäre das Gesundheitssystem ein Unternehmen, hätte man es längst liquidiert und seine Führungspersonen unter Kuratel gestellt
- Der Riss zwischen der Wertewelt der Heilberufe und der Wertewelt des Ökonomischen ist nur durch einen breiten moralischen Diskurs über die Pflicht zur Verantwortung zu kitten
- Die sogenannten Gesundheitsexperten sind Finanzierungsexperten haben keinen Kontakt zur Realität der Versorgung
- Ethik und Monethik sind toxische Geschwister

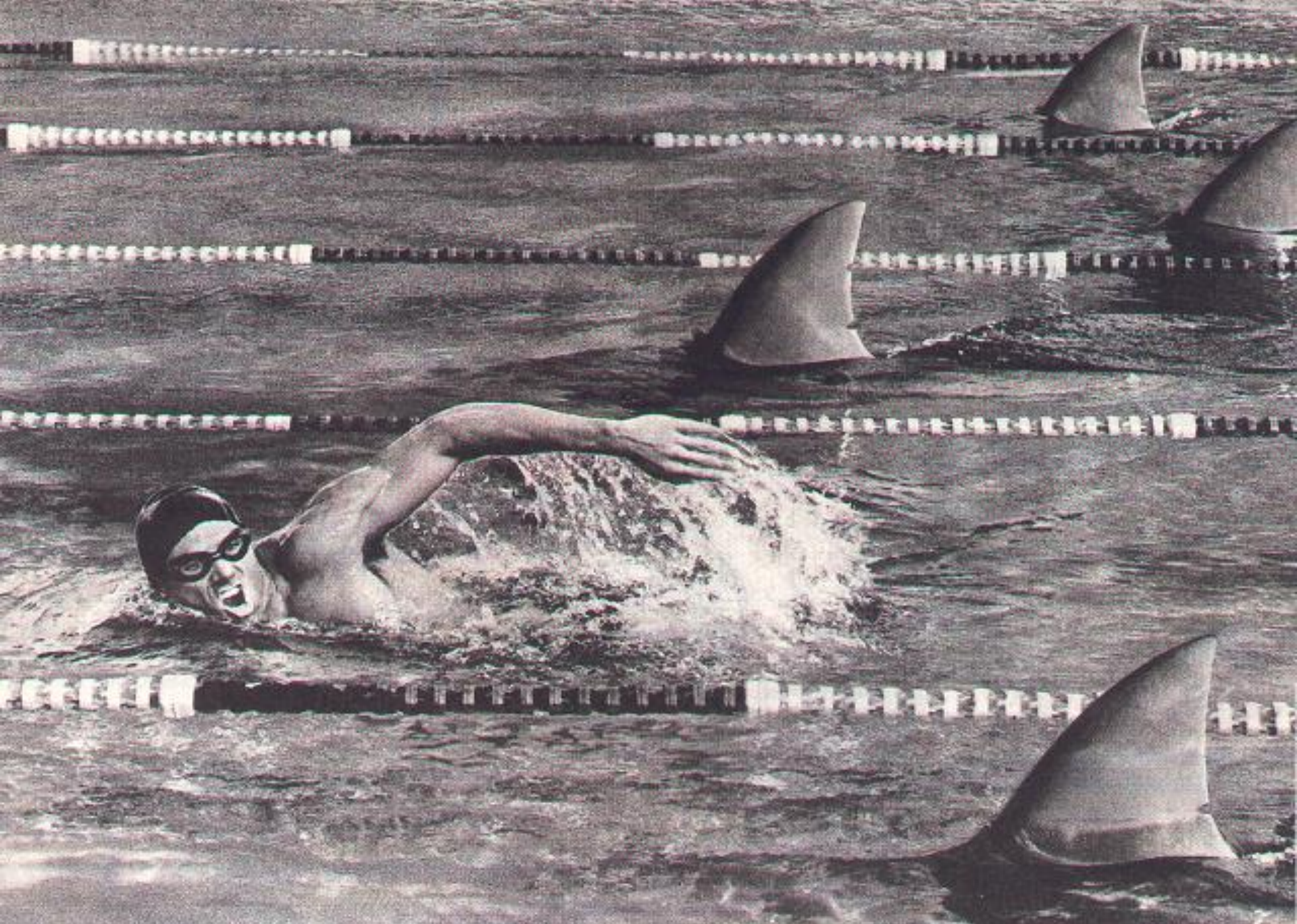
Veränderungen in den Struktur- bedingungen der Gesundheitsversorgung

1. Technologisierung der Versorgung und ihre Folgen
2. Erweiterung der medizinischen und pflegerischen Erkenntnis- und Handlungsmöglichkeiten
3. Veränderungen im Selbstverständnis der Medizin und Pflege und in der Struktur des entsprechenden Handelns
4. Der Wandel im öffentlichen Wertbewußtsein
5. Moralisierung und Verrechtlichung als Ersatzstrategien

Gesundheitsausgaben und BIP – International—

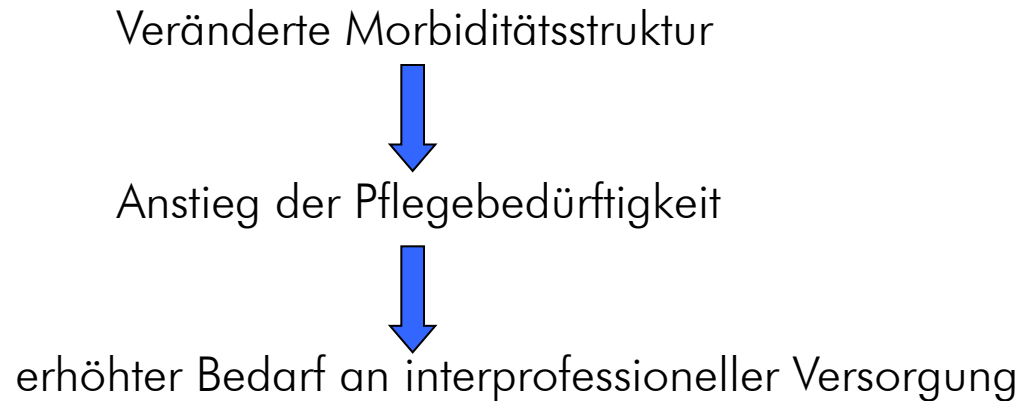


Quelle: OECD Health Care Data 2010



Veränderungen der Bevölkerungsstruktur

Veränderungsnotwendigkeiten im Versorgungsprozess



Insgesamt wird die absehbare demographische Entwicklung tiefgreifende Auswirkungen auf das Gesundheits- und Sozialsystem haben und diese vor neue Anforderungen stellen. **Im Mittelpunkt stehen werden dabei die Bereiche**

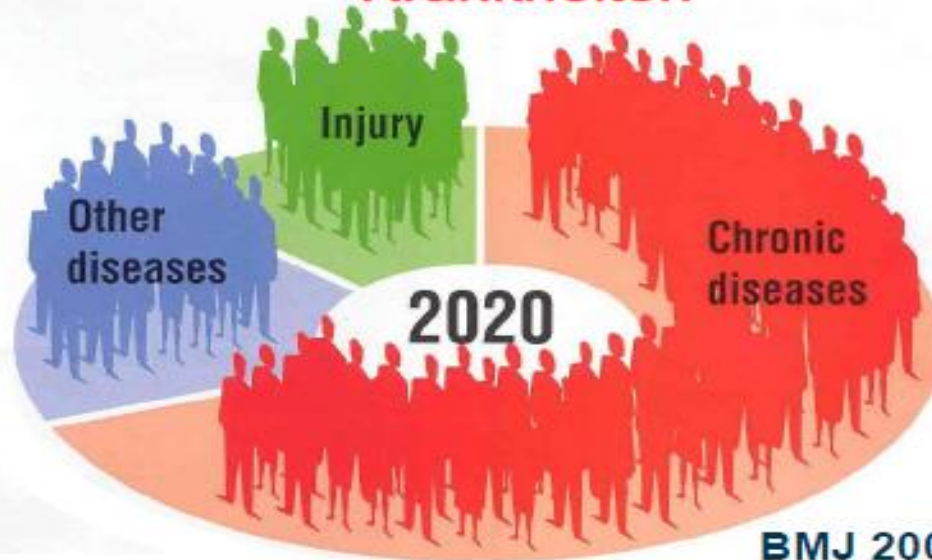
PRÄVENTION

REHABILITATION

PFLEGE

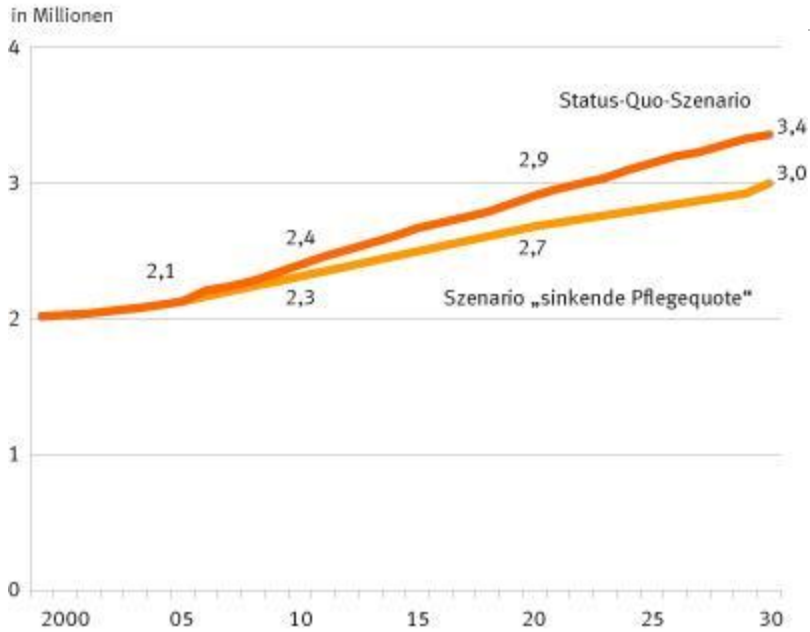


Steigende globale Krankheitslast infolge von chronischen Krankheiten



BMJ 2002;325(7370) Einband

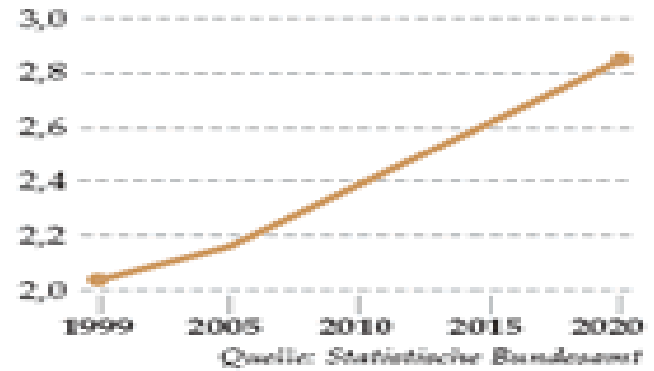
Pflegebedürftige in Deutschland 1999 bis 2030 – Vergleich Status-Quo-Szenario und Szenario „sinkende Pflegequoten“



© Statistische Ämter des Bundes und der Länder.

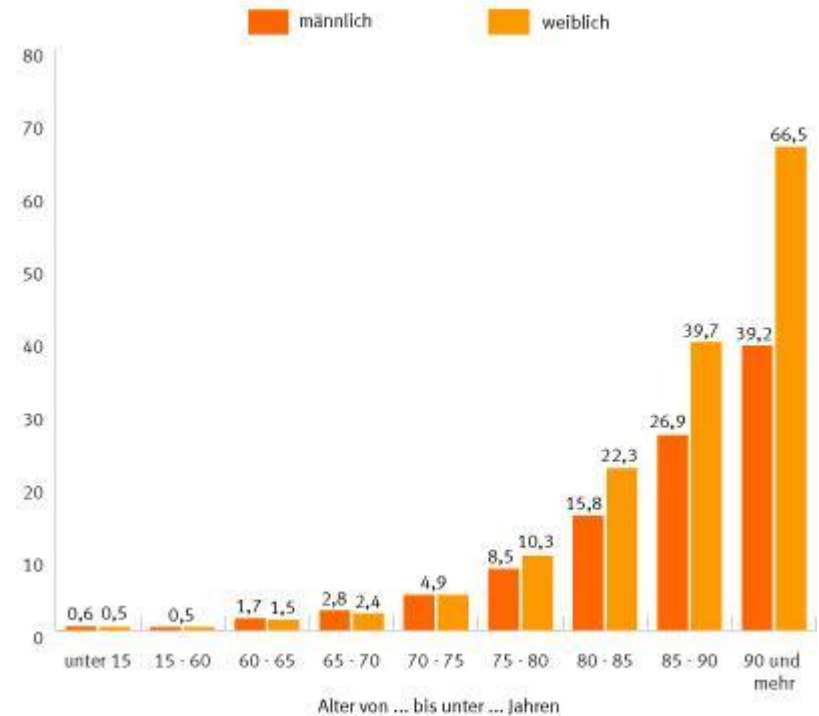
PFLEGEBEDÜRFTIGE MENSCHEN

in Mio. Personen



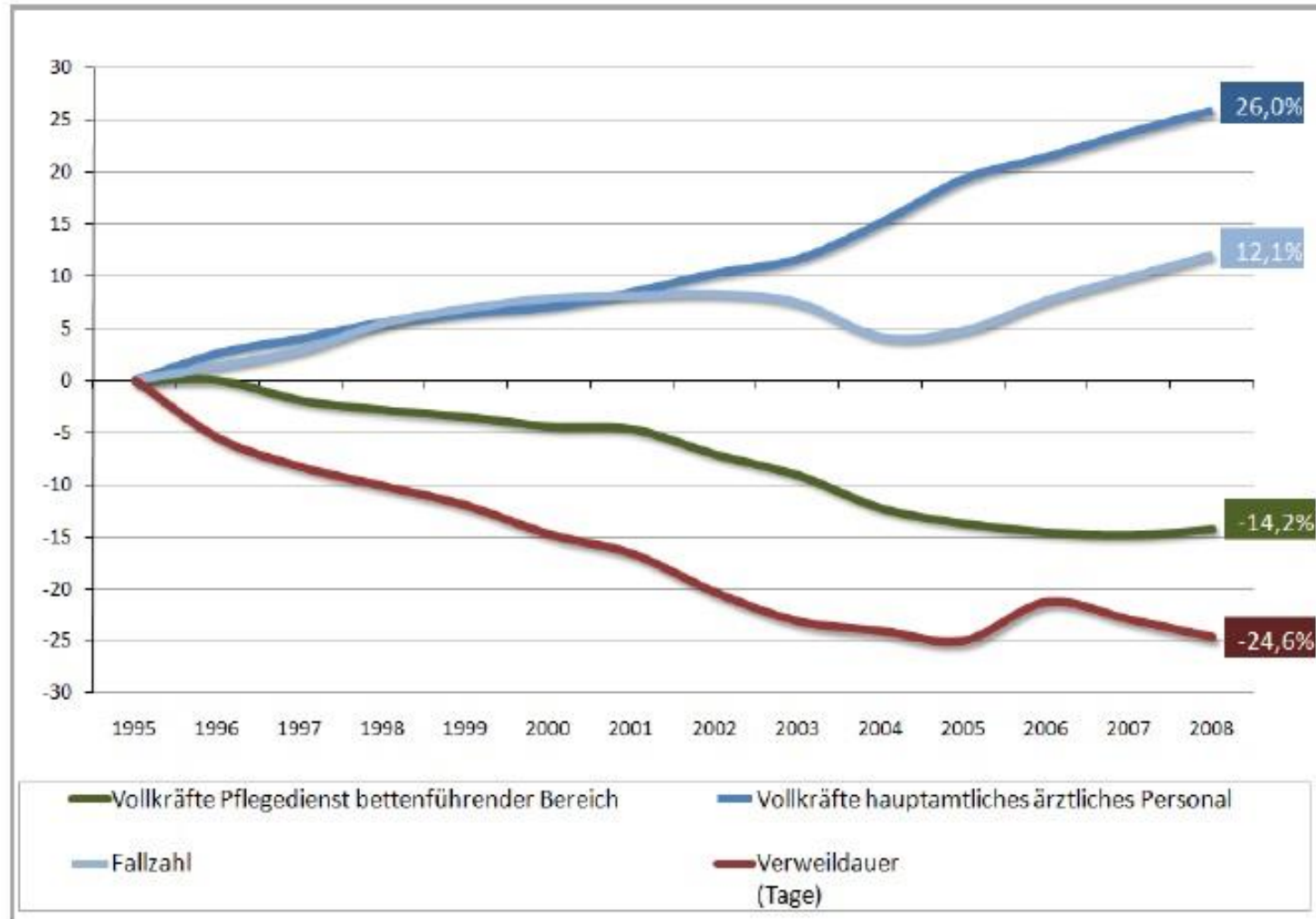
Pflegequoten 2005 nach Alter und Geschlecht

in %



© Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Kennzahlenentwicklung in deutschen Krankenhäusern



Prozentuale Kennzahlenentwicklung in allgemeinen Krankenhäusern © dip 2010

Kritik von Patienten: es fehlt an ...

- Erreichbarkeit von Pflegekräften und Ärzten
- klaren Zuständigkeiten
- Erklärungen für diagnostische, therapeutische oder operative Maßnahmen
- Gesprächen über Ängste und Befürchtungen
- Zeitmanagement beim Warten auf Untersuchungen und Behandlungen
- verständlicher Erklärung des Zwecks von Arzneimitteln
- Schmerzmanagement
- Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegekräften
- Shared Decision Making
- Unterstützung an der Schnittstelle stationär/nachstationär
- Vertrauen in Personen, Institutionen und ihre Handlungen

Multiprofessionalität im Alltag

THEMEN DER ZEIT

ARTIKEL

Ärztliche und pflegerische Verantwortung

Partnerschaftlicher Dialog ist gefordert

Ärztliches und pflegerisches Handeln dienen dem gleichen Zweck – der Gesundheit des Patienten. Doch gibt es Kommunikationsdefizite, deren Ursachen erörtert werden müssen.

Irmgard Hofmann

Bei der Betreuung, Behandlung und Pflege von kranken, alten und behinderten Menschen ist die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter:innen unerlässlich. Dies gilt – mit unterschiedlicher Intensität – sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich.

Die beiden Berufsgruppen haben viel gemeinsam: Sie verfügen über eine jeweils spezifische Ausbildung und erbringen beide gesellschaftlich gewünschte Dienstleistungen im Interesse und zum Wohl von kranken, behinderten und alten Menschen. Gemeinsam ist ihnen der ethische Grundsatz, dem Patienten nicht zu schaden. Gemeinsam ist ihnen auch, daß die eine Berufsgruppe ohne die andere Berufsgruppe ihren Auftrag nicht wirklich erfüllen kann.

Unter diesen Voraussetzungen sollte man annehmen, daß es einen regelmäßigen Austausch über Patientenbelange und über divergierende oder gemeinsame ethische Vorstellungen zwischen den beiden Berufsgruppen gibt. Blickt man in die Praxis, scheint dies eher die Ausnahme zu sein. Vielmehr wirkt der Arbeitsalltag geprägt von einem relativ unverbundenen Nebeneinander, lediglich verknüpft durch Weisungsbefugnis und Weisungsgebundenheit. Die Pflegekräfte haben den Ärzten gegenüber eine Informationspflicht bezüglich des Gesundheitszustandes der Patienten, umgekehrt gilt dies jedoch nicht. Einer Umfrage zufolge wünscht sich die Mehrzahl der Pflegenden häufigere Gespräche mit dem Stationsarzt, wohingegen nur etwa ein Viertel der Ärzte Kritik an der

Zusammenarbeit äußert. Beide Berufsgruppen mit ihren unterschiedlichen Zugangs- und Sichtweisen müßten eigentlich viel voneinander lernen können. Bei einer verbesserten Kommunikation bestünde zudem die Möglichkeit, sich der komplexen Patientenwirklichkeit mehr zu nähern.

Kommunikationsdefizite haben Folgen: bei der Arbeit mit Menschen, die durch ihr Leiden beeinträchtigt und von Hilfeleistungen abhängig sind, kann dies besonders gravierende Auswirkungen haben. Mangelhafte

Der Auftrag des Arztes ist ziemlich eindeutig umrissen: Er ist zuständig für die Anordnung und Durchführung aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, deren es bedarf, um einem kranken Menschen zur Heilung und/oder Linderung seiner Leiden zu verhelfen. Dafür sind ihm hohe Entscheidungsrechte wie -pflichten eingeräumt, die ihre Grenze im wesentlichen an der Patienten-Autonomie finden.

Der pflegerische Auftrag ist wesentlich unschärfer gefaßt. Nach dem Krankenpflegegesetz sind die Krankenschwestern zum einen eigenverantwortlich zuständig für die „sach- und fachkundige, umfassende, geplante Pflege des Patienten“. Zu ihren Aufgaben gehört aber auch die Mitarbeit an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auf ärztliche Weisung. Sie haben also ein im Berufsbild angelegtes Doppelmandat und bewegen sich im Spagat zwischen ärztlicher Assistenz und eigenständiger Pflege, was zu einem unklaren Entscheidungsraum führt. Seit den sechziger Jahren werden für diese beiden Aufgabenbereiche die

Begriffe Grund- und Behandlungspflege eingesetzt. Sie fanden über ein Standardwerk in der Folge weite Verbreitung und wurden im Gesundheits-Reformgesetz von 1988 festgeschrieben. Diese unreflektierte, nur scheinbar klare Trennung zwischen eigenständiger Pflegearbeit und abhängiger Arztassistenz führte in der Praxis immer wieder zu erheblichen Abgrenzungsschwierigkeiten. Die Trennung zog auch eine unterschiedliche Bewertung der Tätigkeitsbereiche nach sich. Behandlungspflege wird vielfach



Schmerzbekämpfung, längere Liegedauer, Verunsicherung der Patienten, Ernährung wider Willen, unnötige Verlegungen zwischen Pflegeheim und Krankenhaus (Drehtür-Effekt) sind oft auch Resultat eines unzureichenden Dialogs zwischen Ärzten und Krankenschwestern/-pflegern. Was sind die Gründe dafür, daß ein interdisziplinärer Dialog, eine gleichberechtigte Kommunikation zwischen pflegerischem und ärztlichem Kollegium manchmal gar nicht und häufig nur mit viel Mühe möglich ist?

Dt. Ärzteblatt, 1999

Multiprofessionalität im Alltag



aerzteblatt.de

Für Autoren | English Edition | Service | Anzeigen

Home Archiv News | Foren | Blogs | DÄ plus | Förderpreise | Dossiers |

Recherche | DÄ-Titel | PP-Titel | PRAXIS | Reisemagazin | Kommentare | CD-ROM | Merkliste

67 Artikel im Heft, Seite 63 von 67

« < 60 61 62 63 64 65 66 > » Seite

STATUS

Ärzte und Pflegekräfte: Platzhirsch trifft Jammerlappen

Dtsch Arztebl 2011; 108(21): A-1191 / B-991 / C-991

Hibbeler Birgit

Obwohl Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus eng zusammenarbeiten, gibt es immer wieder Konflikte. Oft geht es um die Aufgabenverteilung und Hierarchien.

Da treffen Welten aufeinander: Auf der einen Seite die arroganten Ärzte, die sich – manchmal gerade frisch von der Uni – allesamt für Chefärzte halten und

Deutsches Ärzteblatt, 2011

Multiprofessionalität im Alltag

Ärzte Zeitung 

Home Politik & Gesellschaft Medizin Praxis & Wirtschaft Panorama K

Kongresse Themen kompakt

Sie befinden sich hier: Home » Kongresse » Kongresse2012

Ärzte Zeitung, 30.09.2012  

Kommentieren (0) ★★★★★

Ärzte Zeitung,
2012

Lösung gesucht

Dauerkonflikt zwischen Ärzten und Pflegenden

HAMBURG (an). Ärzte und Pflegende im Krankenhaus schotten sich gegeneinander ab, Dauerkonflikte zwischen beiden Berufsgruppen belasten den Arbeitsalltag. Lösungsvorschläge gibt es beim 10. Gesundheitspflege-Kongress, ausgerichtet von Springer Medizin.



Das Thema Dauerkonflikt ist ein Ergebnis der Forschungsarbeiten von Professor Karin Rausch, Supervisorin in Hannover. Was die Zusammenarbeit fördert und was sie behindert - darüber wird die Psychologin, die an der Fachhochschule Osnabrück den Studiengang Wirtschaftspsychologie eingerichtet hat, beim 10. Gesundheitspflege-Kongress referieren. Der Kongress wird von Springer Medizin ausgerichtet und findet am 26. und 27. Oktober in Hamburg statt.

"Die Hierarchien zwischen beiden Berufsgruppen passen nicht zueinander, die Anweisungsstruktur ist zu komplex und oft unregelmäßig, so dass es immer wieder zu Missverständnissen und Fehlern kommt", so Rausch.

Die Psychologin spricht außerdem von zwei unterschiedlichen "Berufsgruppenkulturen": "Pflegekräfte sind beziehungsorientierter, während die Mediziner eher analytisch geschult

Wo liegt das Problem?

- Vorliegen unterschiedlicher Professionalisierungskonzepte
- Aufrechterhaltung asymmetrischer Beziehungen

- *Rollenkonflikte durch mangelnde Absprachen*
- *Zuständigkeiten an den Schnittstellen sind häufig nicht eindeutig definiert*

Zeit- und Ressourcenmängel
→ hohe Belastungssituation

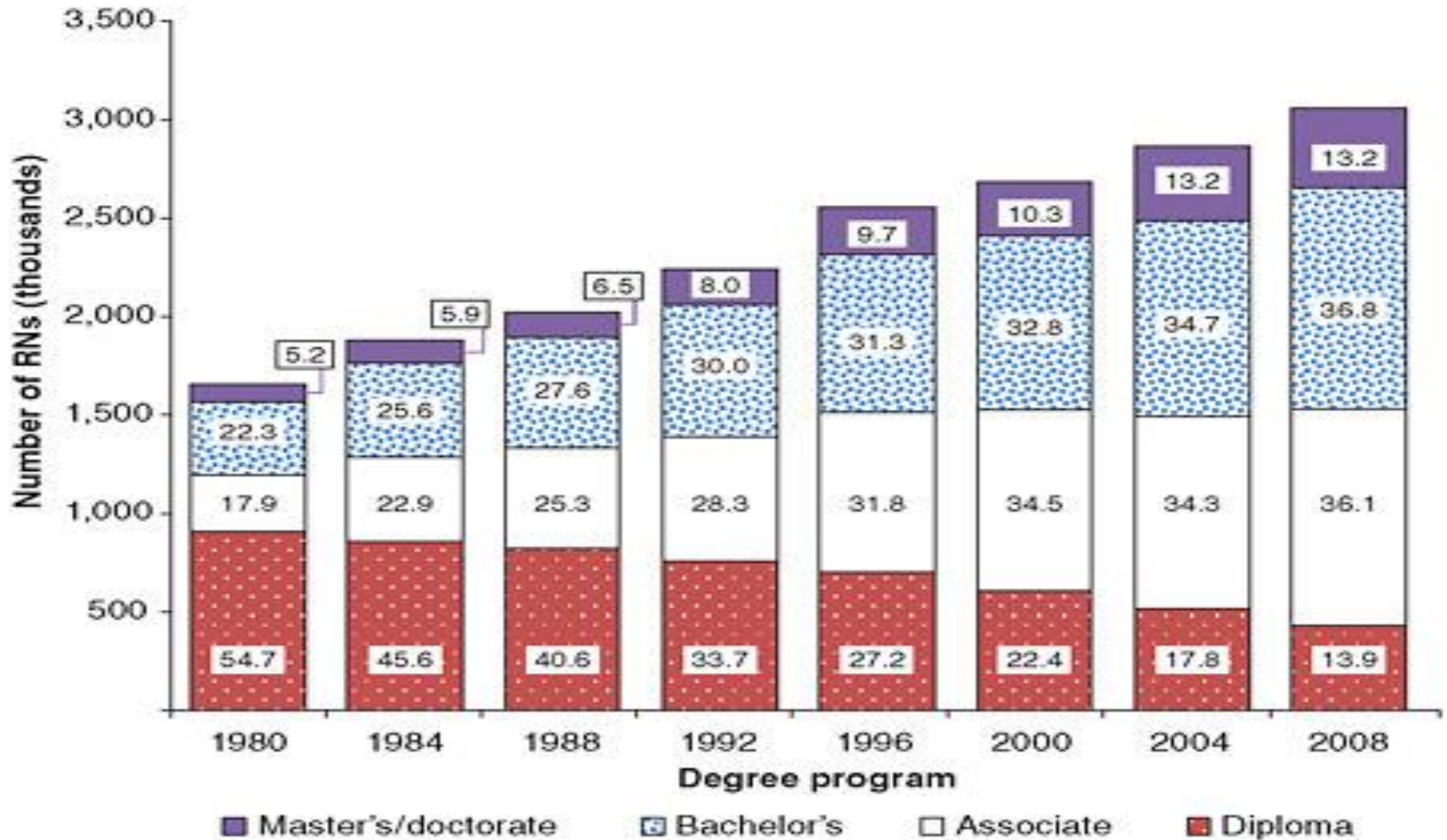
.....Vor dem Hintergrund der üblichen Größe multidisziplinärer Teams hält es der Wissenschaftsrat für sinnvoll, 10 bis 20 % eines Ausbildungsjahrgangs in den hier betrachteten Gesundheitsfachberufen akademisch zu qualifizieren.....(S.7)

.....die erforderlichen Studienplätze sollten stärker als bisher an staatlichen Hochschulen und auch an Universitäten eingerichtet werden...(S.9)

.....sind auch der Auf- und Ausbau genuiner Forschung sowie die Schaffung wissenschaftlicher Karrierewege erforderlich....(S.9)

.....Die Entwicklung eigenständiger Forschungsprogrammatiken sollte in enger Interaktion mit der Universitätsmedizin und anderen relevanten, an Universitäten angesiedelten Fächern vorangetrieben werden.....(S.9).....

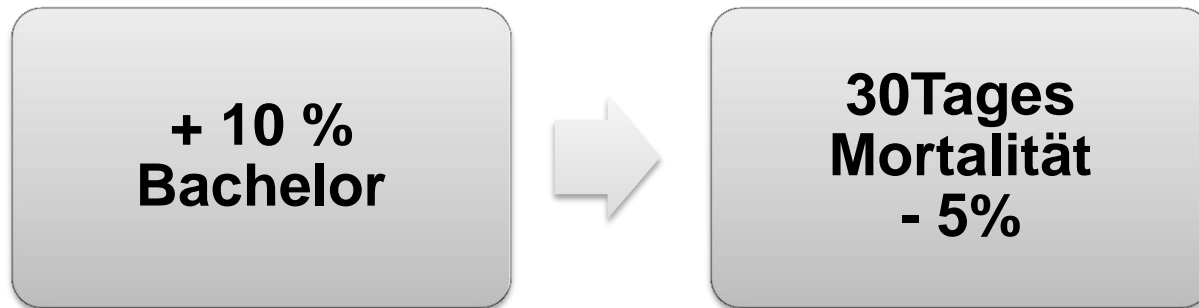
US-amerikanische Ausbildung 1980-2008



Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality

(Aiken et al., 2013)

- 232.342 PatientInnen
- 168 Krankenhäuser in Pennsylvania



- **20 % BScN vs. 60 % BScN:**

„30 day mortality and failure to rescue would be 19 % lower in hospitals with 60 % of the nurses had BSNs or higher degrees than in hospitals where only 20 % of nurses did.“ (Aiken et al., 2013, S. 1620)

Umsetzung an der Paracelsus Universität

Die 3 Säulen medizinischer und pflegewissenschaftlicher Leistung



Lehre

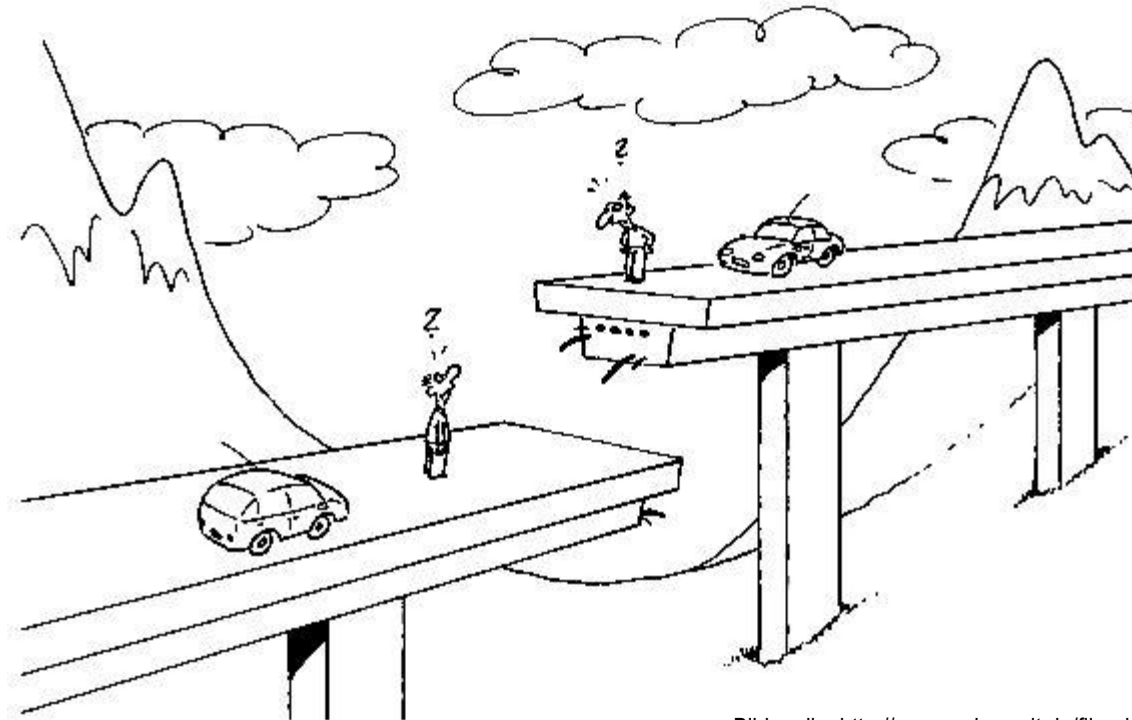


**Patienten-
Versorgung**



Forschung

Brückenschlag?



Bildquelle: <http://www.redenwelt.de/fileadmin/bilder/brueckenschlag.jpg>

Medizinstudium in Salzburg (ein Auszug) -Gemeinsamkeiten

- *Erstes Jahr:*
Medizinische **Ethik**, Computer und medizinische Informatik, **Biostatistik** und Dokumentation, **Einführung in die Patientenbetreuung**,
- *Zweites Jahr:*
Einführung in die Patientenabklärung, Wachstum und Entwicklung, Organsysteme im Sinne einer klinischen Physiologie, Allergologie, Immunologie, Topographischer Präparierkurs, Zellbiologie und Pathologie, Sexualmedizin.
- *Drittes Jahr:*
Pharmakologie, Mikrobiologie, Untersuchungstechniken, Allgemein- und Familienmedizin, Klinische Pathophysiologie der Organsysteme.

Medizinstudium in Salzburg (ein Auszug) -Gemeinsamkeiten

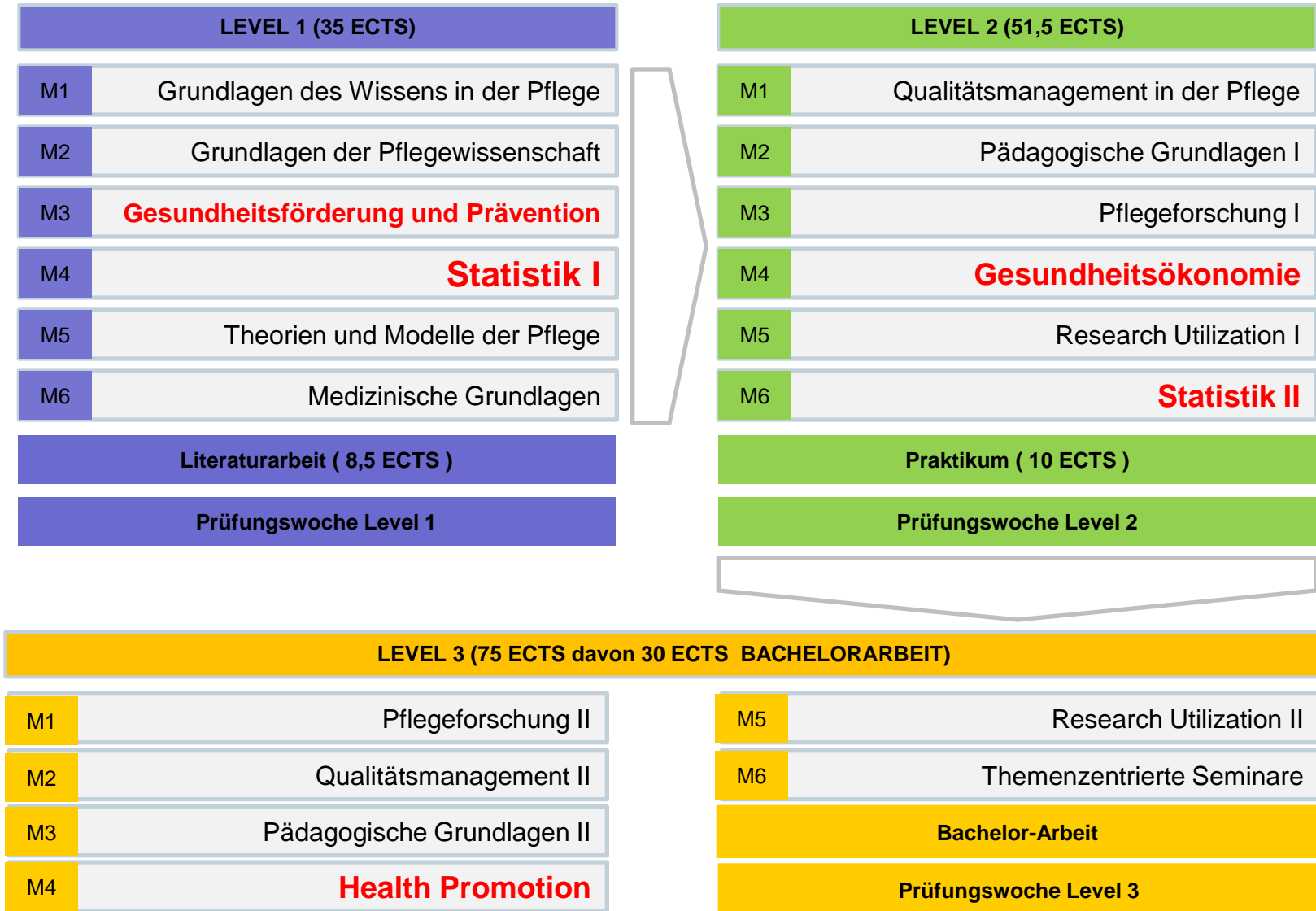
- *Viertes Jahr:*

Forschungstrimester, Notfall-, Intensiv- und Transfusionsmedizin, klinische Epidemiologie, medizinische Ökonomie, **Palliativmedizin**, Ernährung, **Aging und Geriatrie**, klinische Genetik, **Professionalität in der Medizin**.

- *Fünftes Jahr:*

Abschlussseminar mit Pharmakologie, **Palliativmedizin**, Bioethik mit besonderer Berücksichtigung der Reproduktionsmedizin und Transplantationsmedizin, First Love Ambulanz, **Präventivmedizin**, rechtliche Aspekte der Medizin und **Public Health**.

Studieninhalte des ONLINE-BScN





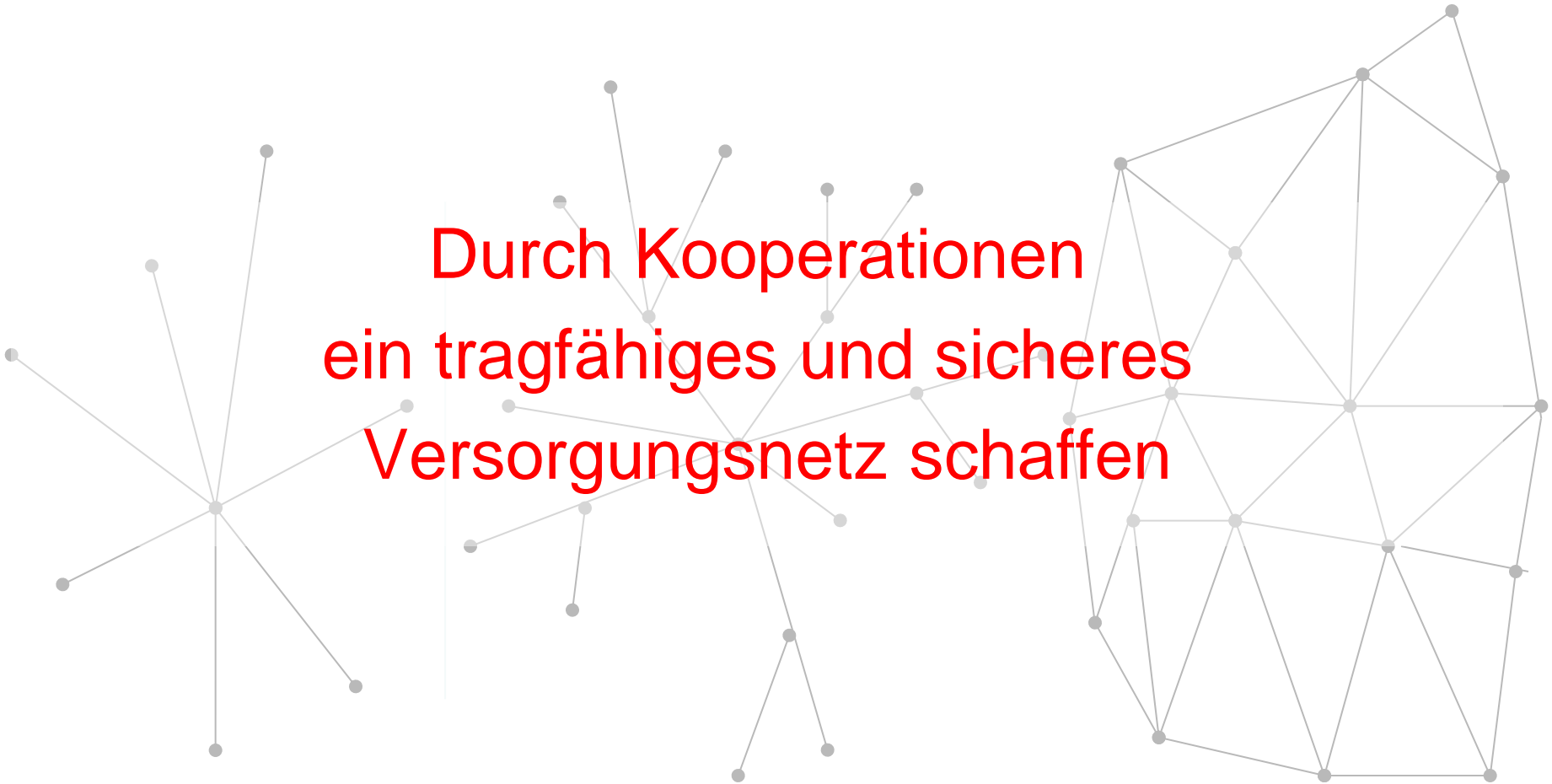
v.l.n.r.: Mag.^a Sabine Revers, Competence Center eLearning
Dr. Andre Ewers, Studiengangsleitung
Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink, Institutsvorstand



Salzburger Wissenschaftspreis 2013

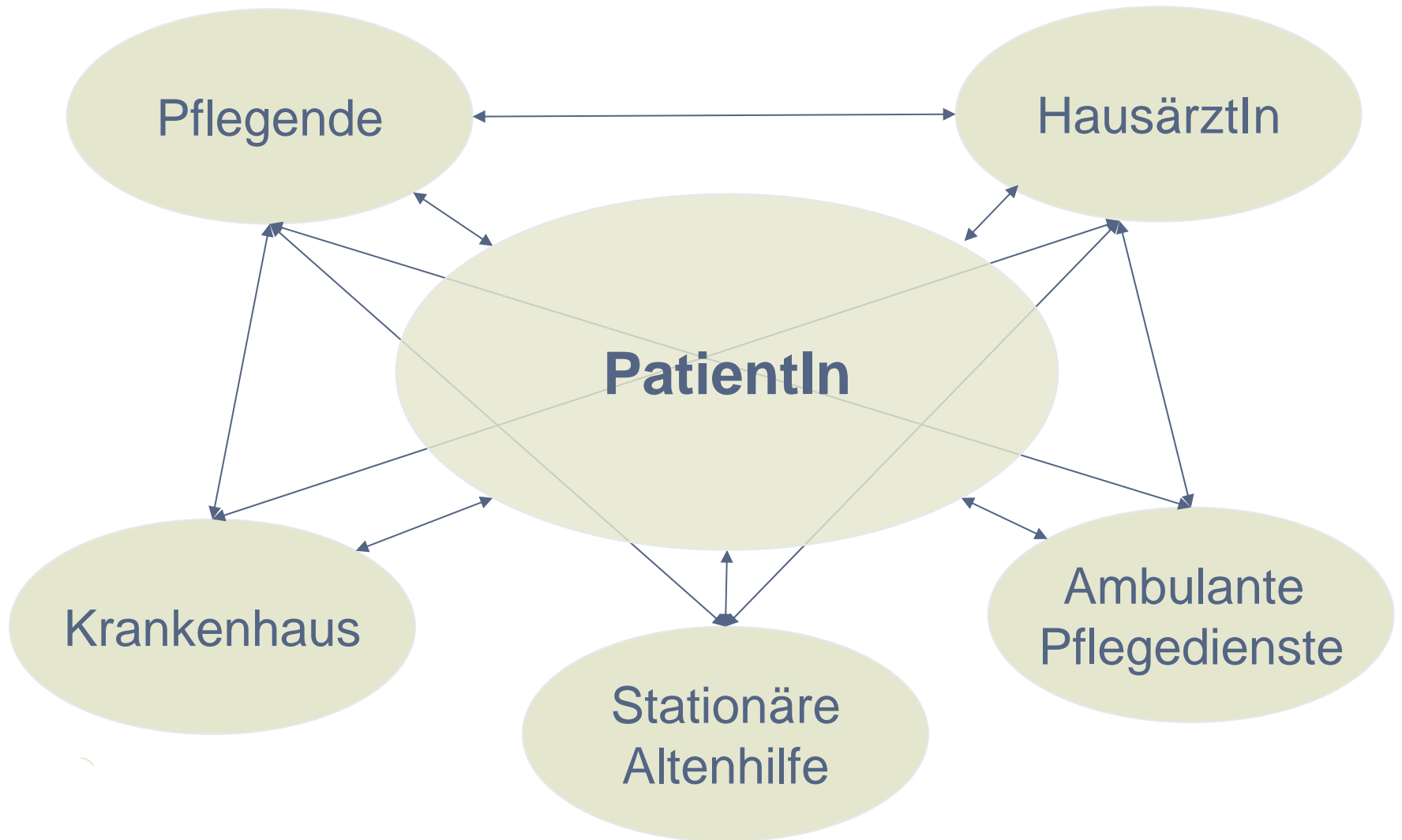
Versorgungsnetz

Durch Kooperationen
ein tragfähiges und sicheres
Versorgungsnetz schaffen



P. Baran „On Distributed Communications“

Vernetzung



Erfolgsfaktor: **N**etzwerkarbeit

Netzwerkarbeit ist eine kooperativ ausgelegte Methode zur Steuerung der Zusammenarbeit und Ressourcenauslastung verschiedener Akteure mit gemeinsamer Zielsetzung.

Warum Netzwerkarbeit?

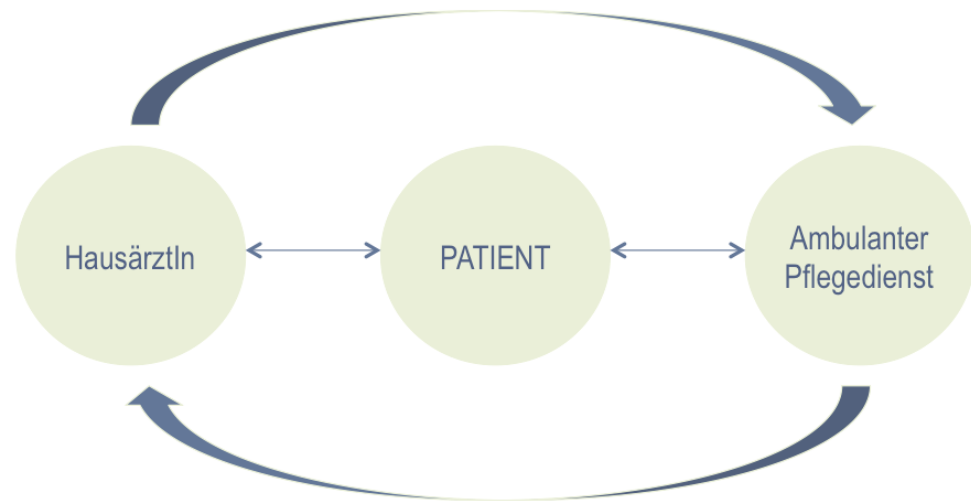
- » Stärkung der gegenseitigen Akzeptanz durch Wissen um die unterschiedlichen Aufgabenbereiche und Anforderungen
- » Ausbau eines fachübergreifenden Austausches zur Überwindung von Schnittstellenproblematiken



Kooperative Zusammenarbeit im Idealfall

Elemente einer gelungenen Kooperation in der ambulanten Versorgung :

- Anerkennung gegenseitiger Kompetenzen (§ 63,3c)
- Kommunikation als Basis für ein kooperatives Zusammenwirken
- Festgelegte und gelebte Zuständigkeitsbereiche
- Patientenzentrierter Behandlungsansatz



Kernforderungen

1. **Stärkung von Fachwissen** → Wir benötigen eine Stärkung der teilweisen gemeinsamen Aus- Weiter- und Fortbildung aller an der Versorgung Beteiligten
2. **Strukturoptimierung** → Wir benötigen eine bessere Vernetzung aller an der Versorgung beteiligter Akteure.
3. **Prozessoptimierung** → Es bedarf einer klaren Zuordnung von Verantwortlichkeiten in der Versorgung
4. Regelmäßige Evaluation der **Ergebnisqualität** mittels Ermittlung klinischer Parameter



**A possibility of achieving a better outcome
through changing your approach**

**If we keep doing the same things, we will keep
achieving the same outcome and results**

