

Wie kann's gelingen? Mediziner*innen im interdisziplinären Betreuungsansatz

Volek Constance, 1510406029

Bachelorarbeit 2

Eingereicht zur Erlangung des Grades
Bachelor of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Datum: 23.April.2018

Version: 1

Begutachter: FH – Prof. Mag. Dr. Johannes Pflegerl

Abstract

Diese Arbeit zeigt anhand von Wahrnehmungsforschung in mobilen Palliativteams, welche Bedingungen aus Sicht von Mediziner*innen zu einer gelingenden interdisziplinären Zusammenarbeit führen können. Die Datenerhebung fand nach Flick (2014) statt und wurde mit der Methode des offenen Kodieren nach Strauss/Corbin (1996) ausgewertet und interpretiert. Die Ergebnisse zeigen, dass Persönlichkeitsmerkmale, Normen und Werte im Team, sowie Teamkompetenzen, teaminterne Bedingungen und äußere Rahmenbedingungen gelingende Zusammenarbeit fördern. Wertschätzender Umgang, Ehrlichkeit, Kommunikationsregeln und Respekt tragen zu erfolgreich Arbeit bei. Klare Rollenverteilung, sowie Akzeptanz und Hilfe innerhalb eines Teams fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

The following study shows based on research of perception in „mobilen Palliativteams“ which terms in point of view of doctors can lead to successfull interdisciplinary collaboration. The data has been collected through the methods of Flick (2014) and has been encoded and interpreted with the method „offenes Kodieren“ of Strauss and Corbin (1996). The results demonstrate that personality traits, standards and values within the team, as well as team skills, team internal terms and sourrounding terms from outside support successful collaboration. Appreciation in contact, honesty, rules of communication and respect contribute successful work. Strict role allocation, as well as acceptance and aid within a team support interdisciplinaty collaboration.

Inhalt

1	Einleitung.....	5
1.1	Inhaltliche Aspekte in der Palliative Care	5
2	Forschungskontext	6
2.1	Forschungsinteresse	6
2.2	Forschungsfeld	7
2.3	Forschungsfrage.....	7
2.3.1	Unterfragen.....	7
2.4	Begriffsdefinitionen	8
2.4.1	Mediziner*innen.....	8
2.4.2	Interdisziplinarität.....	8
2.4.3	Mobiles Palliativteam - Team	9
2.5	Relevanz.....	9
2.6	Vorannahmen	10
2.6.1	Hierarchie innerhalb des Teams.....	10
2.6.2	Interdisziplinäre Zusammenarbeit verlangt nach Persönlichkeitsmerkmalen	10
2.6.3	Wahrnehmung der Mediziner*innen	11
2.6.4	Institutionelle Einbindung.....	11
3	Prozess der Forschung.....	11
3.1	Methodenwahl	11
3.2	Auswertung des Datenmaterials.....	12
4	Ergebnisdarstellung.....	12
4.1	Berufliche Vorerfahrungen.....	13
4.1.1	Positive Erfahrungen	13
4.1.2	Negative Erfahrungen.....	13
4.2	Persönlichkeitsmerkmale.....	13
4.2.1	Teamfähigkeit	14
4.2.2	Interesse	14
4.2.3	Haltung	15
4.3	Normen und Werte im Team	15
4.3.1	Wertschätzung.....	16
4.3.2	Kommunikation	16
4.3.3	Vertrauen, Ehrlichkeit und Respekt.....	17
4.4	Teamkompetenzen	18
4.4.1	Keine Hierarchie	18
4.4.2	Rollenverteilung.....	19
4.4.3	Akzeptanz und Hilfe.....	20
4.5	Rahmenbedingungen	21
4.5.1	Ressourcen.....	21
4.5.2	Dokumentation	22
4.5.3	Kompetenzverteilung.....	23
4.5.4	Landesvorgaben	24
5	Resümee und Ausblick	25

5.1	These.....	25
5.2	Ausblick	26
6	Literatur.....	28
7	Daten	29
8	Anhang.....	30
8.1	Interviewleitfaden.....	30
9	Eidesstaatliche Erklärung.....	31

1 Einleitung

„Unser Leben als denkende, erlebende und handelnde Wesen ist zerbrechlich und stets gefährdet – von außen und von innen. Die Lebensform der Würde ist der Versuch, diese Gefährdung in Schach zu halten [...]“ (Neuschwander 2015: 11)

Chronische, degenerative und nichtheilbare Krankheiten nehmen zu. Während die Medizin der Moderne darauf ausgerichtet ist Krankheiten zu vermeiden, zu behandeln und den Tod zu verhindern entsteht der wachsende Bedarf an Palliative Care. (vgl. Neuschwander 2015: 11 – 13) Die Entwicklung einer Krankheit ist ein schleichendes Geschehen. Patient*innen, deren Angehörige und Pflegepersonen sind mit zahlreichen Verlusterlebnissen, sowie der Anpassungen an die neue Situation konfrontiert. (vgl. Regnard / Dean 2010: 11)

Der Wunsch nach der bestmöglichen Lebensqualität, auch mit einer nicht kurierbaren Krankheit wird laut. (vgl. Neuschwander 2015: 11 - 13)

1.1 Inhaltliche Aspekte in der Palliative Care

Kann eine Krankheit nicht mehr auf kurative Weise behandelt werden, kommt die Palliative Care zum Einsatz. Hierbei handelt es sich um einen interdisziplinären Ansatz, welcher nicht nur die Patient*innen, sondern auch deren Familien, sowie das Umfeld umfasst. (vgl. Steffen - Bürgi 2007: 36)

Seine Expertise liegt in der Behandlung, Linderung und Einschätzung von Schmerzen, sowie in der Prävention und Betreuung bei psychischen, psychosozialen und spirituellen Problemen. Nach der WHO Definition von 2002 ist die Palliative Care ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patient*innen und deren Angehörigen, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind.

Um die hohen Anforderungen dieses Ansatzes gewährleisten zu können, bedarf es einem Team, bestehend aus Mitgliedern unterschiedlicher Professionen, welches den Unterstützungsbedarf in verschiedenen Bereichen abdeckt. Diese erstrecken sich beispielsweise von Trauerbegleitung hinzu medizinischer Versorgung oder psychosozialer Begleitung. Das Team arbeitet im Kontext der Interdisziplinarität und setzt sich daher aus verschiedenen Expert*innen unterschiedlicher Professionen zusammen. (vgl. Steffen - Bürgi 2007: 33)

Das Ziel der bestmöglichen Lebensqualität für Patient*innen soll durch den Palliativen Ansatz erreicht werden. Daher bedarf es, wie bereits erwähnt, einer interdisziplinären Zusammenarbeit. Die Klärung eines gemeinsamen Verständnisses von Palliative Care, sowie die Entwicklung einer Grundhaltung in einem interdisziplinären Team ist von großer Bedeutung. (vgl. Steffen - Bürgi 2007: 36) Der Umfang der Betreuung erfordert von den verschiedenen Disziplinen nicht nur kollegialen Austausch, sondern auch eine Zurücknahme und Relativierung der einzelnen Mitglieder. Jede Profession produziert, laut Heller/Knipping (2007: 44) innerhalb eines Teams seine eigene Blindheit. Durch den interdisziplinären Austausch wird die Gefahr einer Setzung von einzelnen absoluten Behandlungsmethoden, Sichtweisen und Begleitungsvorschlägen gemindert.

2 Forschungskontext

Im folgenden Kapitel werden die essentiellen Elemente den Forschungskontext betreffend, wie das Forschungsinteresse, Forschungsfrage und Unterfragen, Begriffsdefinitionen, Relevanz und Vorannahmen behandelt.

2.1 Forschungsinteresse

Ich habe aus beruflichem und privatem Interesse das Thema „Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Palliative Care“ gewählt. Durch Erfahrungen in meinem Privatleben konnte ich bereits zu Beginn meines Studiums feststellen, dass mich der Bereich der Sozialgeriatrie, sowie in weiterem die Hospizarbeit nicht nur fasziniert, sondern auch vor persönliche Herausforderungen stellt. Das spannende an diesem Bereich ist für mich die aus Beobachtungen erfahrene intensive Reflexion, beispielsweise in Bezug auf Ethik in den Betreuungsverläufen.

Als angehende Sozialarbeiterin sehe ich meine zukünftigen Aufgabenbereiche nicht nur in Auseinandersetzungen mit konkreten Fragestellungen der Hilfe und des Empowerments in sozialen Angelegenheiten, sondern auch in Fragen der Zusammenarbeit, dem Austausch und der Neu – sowie Weiterentwicklung von verschiedenen Methoden mit Teammitgliedern anderer Professionen und Disziplinen. Für mich ist ein Team mit Ressourcen verbunden. Durch den interdisziplinären Ansatz gestaltet sich eine Erweiterung der Möglichkeiten einer Betreuung und Begleitung. Ich sehe diese Zusammenarbeit als eine Chance, sich und

seine Expertise zu vertreten, neues Wissen aus anderen Bereichen zu erlangen und sich persönlich weiterzubilden. Das spannende an diesem Ansatz ist für mich besonders der Umgang der einzelnen Mitglieder innerhalb eines Teams, sowie der Umgang mit den Anforderungen, welche auf ein solches treffen können.

Ich habe mich für die Sichtweise der Mediziner*innen entschieden aufgrund meiner eigenen Vorannahmen. (vgl. Kapitel 2.6.) Ebenso fiel meine Entscheidung den medizinischen Bereich des Teams zu behandeln aufgrund von Interesse an Behandlungs – und Umgangsweisen, sowie der Grundhaltung von Mediziner*innen gegenüber der Palliative Care. Mein Augenmerk liegt auf den Aufgaben, Rollen, Haltungen und Empfindungen der Teammitglieder des Bereichs Medizin. Ebenso soll das Thema interdisziplinärer Austausch und Zusammenarbeit in mobilen Palliativteams von den Interviewpartner*innen erläutert werden.

2.2 Forschungsfeld

Von Palliative Care betroffen sind Personen, welche sich in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium, mit starken Schmerzen und/oder psychischen Beschwerden, befinden. Die Forschung findet in der abgestuften Hospizarbeit statt. (vgl. ÖBIG o.J.:1) Das abgestufte System ermöglicht es dem Anspruch einer optimalen Versorgung von Betroffenen zu entsprechen. Hierbei wird der Fokus auf den Bereich der Betreuung mittels eines mobilen Palliativteams gelegt. (vgl. 2.4 Begriffsdefinitionen 2.4.4. Mobiles Palliativteam)

2.3 Forschungsfrage

In der Forschungsfrage sollen die Sichtweisen der Mediziner*innen innerhalb von mobilen Palliativteams erörtert werden. Das Forschungsinteresse und die Relevanz in diesem Bereich führen zu der Frage **„Welche Bedingungen sind aus Sicht von Mediziner*innen erforderlich, damit interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem mobilen Palliativteam gelingen kann?“**

2.3.1 Unterfragen

- Welche Aufgaben nehmen Mediziner*innen in einem mobilen Palliativteam wahr?
- Wie wird interdisziplinäre Zusammenarbeit von Mediziner*innen innerhalb eines mobilen Palliativteams erlebt?

- Wie wird Zusammenarbeit zwischen der eigenen Profession und den anderen Professionen im mobilen Palliativteam eingeschätzt?
- Welche speziellen Erfordernisse gibt es aus der Sicht von Mediziner*innen für gelingende Interdisziplinarität?

2.4 Begriffsdefinitionen

Im Folgenden werden die, in der Forschungsfrage relevanten Begriffe definiert und durch Klärung der Parameter operationalisiert. Dies dient zur klaren Schaffung eines Referenzrahmens der essentiellen Begrifflichkeiten und der Verdeutlichung des inhaltlichen Interesses dieser Fallstudie.

2.4.1 Mediziner*innen

Als Ärzt*in werden jene Personen bezeichnet, welche auf medizinisch – wissenschaftlich begründeten Erkenntnissen, Tätigkeiten ausüben, die unmittelbar oder mittelbar für Menschen ausgeführt werden. Hierbei müssen die Ärzt*innen verschieden allgemeine und besondere Erfordernisse erfüllen und erfüllt haben um eine Berechtigung zur Ausübung des Berufes zu erhalten. Diese erstrecken sich von einer akademischen Ausbildung hinzu praktischen Erfahrungssammlungen und Ausübung verschiedener Tätigkeiten unter Aufsicht und Anleitung. (vgl. bmgf 2017: 1)

In dieser Arbeit wird der Begriff der*s Mediziner*in als synonym für eine*n Ärzt*in verwendet. Es werden alle Personen als Mediziner*innen betrachtet und bezeichnet, welche laut Definition (vgl. bmgf 2017:1) als Ärzt*in gelten.

2.4.2 Interdisziplinarität

Der Ansatz der Palliative Care verlangt nach einem Team, welches sich aus verschiedenen Professionen zusammensetzt. (vgl. WHO 2002) Verschiedene Begriffe wie Interprofessionalität, Multiprofessionalität oder Interdisziplinarität werden verwendet. „Multi“ bedeutet mehr und kann daher erst angewandt werden, wenn sich mehr als zwei Personen in eine Teamkonstellation begeben. Es ist noch kein Austausch der Mitglieder vorhanden. Erst, wenn es zu Interdisziplinarität kommt wird eine Interaktion innerhalb des Teams vorausgesetzt. Disziplinarität wird als Begriff verwendet, wenn die verschiedenen Mitglieder aus einzelnen Disziplinen einer Fachrichtung, beispielsweise der Medizinischen zugehörig

sind. Die Bezeichnung der Interprofessionalität setzt einen Austausch der Teammitglieder, sowie Reflexions – und Kritikfähigkeit voraus. Die Mitglieder unterschiedlicher Professionen lernen von und übereinander, entwickeln ein gemeinsames Berufsverständnis und sind bereit ihr Wissen zu teilen. (vgl. Wasner 2014: 161)

In dieser Arbeit wird der Begriff der Interdisziplinarität verwendet, da von einem gemeinsamen Basislehrgang der Teammitglieder ausgegangen wird. Es wird vorausgesetzt, dass die unterschiedlichen Professionen ein Grundwissen in der medizinischen Fachrichtung vorweisen können. Unter interdisziplinärer Zusammenarbeit wird der Austausch, die Reflexions – und Kritikfähigkeit, sowie ein gemeinsames Verständnis für den Beruf, Ziele und Probleme verstanden.

2.4.3 Mobiles Palliativteam - Team

Ein mobiles Palliativteam setzt sich, im Sinn der Interdisziplinarität und dem Leitbild der Palliative Care (vgl. WHO 2002), aus Personen verschiedener Professionen zusammen. Es agiert beratend, sowie anleitend und bietet eine Begleitung zu Hause durch Erfahrungen in der Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosozialer Begleitung an. Des Weiteren unterstützt das Team Personen bei einem Übergang von einem Aufenthalt im Krankenhaus in die häusliche Pflege. Das mobile Palliativteam kann sowohl von Betreuenden also auch von Patient*innen in Anspruch genommen werden. Ziel des Teams ist es eine ganzheitliche Betreuung von Patient*innen zu ermöglichen. Die Ressourcen des Umfelds werden vom mobilen Palliativteam aktiviert und unter Anleitung und Hilfestellung für Betreuende und Patient*innen nutzbar gemacht. (vgl. ÖBIG o.J.: 10 - 11)

Als mobiles Palliativteam wird in dieser Arbeit ein Team verstanden, welches nach der Definition des ÖBIG (o.J.) interdisziplinär arbeitet und seine Expertise mobil zur Verfügung stellt. Es definiert gemeinsame Aufgaben, Ziele und Regeln unter Berücksichtigung der Integration von unterschiedlichen beruflichen Ausbildungen und Fachwissen. (vgl. ÖBIG o.J.: 7)

2.5 Relevanz

In Hinblick auf eine Weiterentwicklung von Betreuungssystemen stellt die Sichtweise einer anderen Profession einen wichtigen Aspekt eines Teams dar. In der interdisziplinären Zusammenarbeit wird ein gemeinsames Grundverständnis, sowie eine patient*innenbezogene

Haltung entwickelt. Die Professionen lernen sich selbst zurückzunehmen und mit der eigenen beruflichen Blindheit umzugehen. (vgl. Steffen – Bürgi 2007: 33 – 36)

Die Lebensqualität von betroffenen Personen und deren Angehörigen zu verbessern ist eine der Hauptaufgaben der Palliative Care. Um mit den komplexen Situationen umzugehen ist es erforderlich Mitarbeiter*innen in fachlicher Expertise und Koordinationskompetenz zu qualifizieren. (vgl. ÖBIG o.J.: 1)

Aus der Forschung können gelingende Elemente der interdisziplinären Zusammenarbeit auf verschiedene Bereiche der Sozialen Arbeit, sowie weiteren der Gesundheit, umgelegt werden. Durch die Sichtweise einer anderen Profession können Blinde Flecken aufgedeckt werden und die fachliche Sichtweise erweitert werden.

2.6 Vorannahmen

2.6.1 Hierarchie innerhalb des Teams

Eine meiner Vorannahmen bezieht sich auf die Empfindung der Gleichstellung in einem interdisziplinären Team. Es wird angenommen, dass es eine Hierarchie in der interdisziplinären Zusammenarbeit gibt, wobei Mediziner*innen sich selbst als in der am höchsten gestellten Position betrachten. Diese könnte vor allem daher rühren, dass Mediziner*innen meist eine bessere Bezahlung erhalten, sowie eine längere Ausbildung absolvieren. Aus diesen Gründen genießt der Beruf in der Gesellschaft ein höheres Ansehen und einen höheren Status, als andere Professionen. Ebenso wird angenommen, dass die Hierarchie durch Fachsprache und spezifische Fachausdrücke der Mediziner*innen verstärkt wird.

2.6.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit verlangt nach Persönlichkeitsmerkmalen

In dieser Vorannahme wird davon ausgegangen, dass eine Zusammenarbeit auf interdisziplinärer Basis eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur, sowie Persönlichkeitsmerkmale von den einzelnen Teammitgliedern fordert. In Bezug auf diese sind vor allem ethische Vorstellungen, Haltungen und Teamfähigkeit gemeint, die als Voraussetzung für ein Gelingen von interdisziplinärer Zusammenarbeit als essentiell angesehen werden.

2.6.3 Wahrnehmung der Mediziner*innen

Die Vorannahme beschäftigt sich mit der Wahrnehmung von interdisziplinärer Zusammenarbeit die Mediziner*innen betreffend. Es wird angenommen, dass die Zusammenarbeit innerhalb des Teams teils als angenehm empfunden wird, jedoch nicht als zwingende Notwendigkeit. Ebenso könnte es sein, dass sich Mediziner*innen in ihrer Profession aus der Zusammenarbeit herausheben und sich eher in der Rolle der Leitung des Teams sehen.

2.6.4 Institutionelle Einbindung

Diese Vorannahme beschäftigt sich mit der institutionellen Einbindung aus der Sicht der Mediziner*innen, welche im mobilen Team tätig sind. Als mobiles Team betreut man Personen, welche sich nicht auf einer stationären Abteilung befinden. Es wird angenommen, dass die mobile Betreuung nur wenig in die institutionelle Struktur eingebunden ist, und das Team sich daher als komplett eigenständig betrachtet. Daraus kann gefolgert werden, dass ein mobiles Team eigenen, zum Teil selbst geschaffenen, Rahmenbedingungen folgt.

3 Prozess der Forschung

3.1 Methodenwahl

Die leitende Forschungsfrage wurde von mir mit einer qualitativen Forschung bearbeitet, da ich nach Flick (2014: 24), meine Untersuchungsteilnehmer*innen gezielt ausgewählt habe. Die Datenerhebung gestaltet sich ebenso anhand der Methoden nach Flick (2014: 24). Ziel der Erhebung der Daten ist es ein umfassendes Bild zu erhalten. Hierbei wurde neues Datenmaterial mittels Leitfaden Interviews generiert. Das thematisch relevante Spektrum wurde in diesen unter Vorbereitung spezifischer Fragen abgedeckt. (vgl. Flick 2014: 113)

Des Weiteren wurde, um Handlungs – und Prozessverläufe zu erörtern, eine Beobachtung einer interdisziplinären Teamsitzung durchgeführt. Diese gestaltete sich nach Flick (2014: 123) als eine nicht teilnehmende, systematische Fremdbeobachtung in einer für das Team natürlichen Situation.

3.2 Auswertung des Datenmaterials

Durch die geführten Interviews wurde neues Datenmaterial generiert, welches nach der „Grounded Theory – offenes Kodieren“, nach Strauss und Corbin (1996: 44) analysiert und aufbereitet wurde. Der Prozess des offenen Kodierens wird von den Autor*innen als jener Analyseteil beschrieben, welcher sich auf eine Benennungen und Kategorisierung von Phänomenen mittels eingehender Untersuchung des Datenmaterials, bezieht. Im Zuge dieser Bearbeitung werden die Daten in einzelne Teile aufgebrochen und auf ihre Unterschiede oder Ähnlichkeiten verglichen. Die zwei wesentlichen Verfahren innerhalb dieser Analyse sind, einerseits das Anstellen von Vergleichen und andererseits das Stellen von Fragen, welche essentiell für die Erforschung der eigenen und fremden Vorannahmen zu Phänomenen ist. Gleichzeitig wird hierbei die eigene Sicht in Frage gestellt, sowie neue Entdeckungen generiert. Um die Phänomene in Ähnlichkeiten und Unterschiede zu unterteilen, werden Konzepte erstellt, welche mittels den oben genannten Verfahren präzisiert und spezialisiert werden. (vgl. Strauss / Corbin 1996: 44 – 45)

Folgend werden die aus den Daten gewonnenen Konzepte, anhand der ihnen zugeordneten Phänomene, in Kategorien organisiert. Hierbei wird den Kategorien spezifische Namen erteilt, welche in abstrakter Form die enthaltenen Phänomene repräsentieren. (vgl. Strauss / Corbin 1996: 47)

In den verschiedenen Kategorien finden sich hinsichtlich der Konzepte nicht nur Phänomene und Ereignisse, sondern auch deren Eigenschaften (Charakteristika) und die Dimensionen (Anordnung im Kontinuum) dieser, wieder. (vgl. Strauss / Corbin 1996: 43, 50)

Das systematische Entwickeln von Eigenschaften und Dimensionen, sowie deren Verständnis bildet die Grundlage, um Beziehungen zwischen Kategorien und Subkategorien herausarbeiten zu können. Ebenso stellt dies einen notwendigen Schritt für das Erfassen der analytischen Verfahren dar. (vgl. Strauss / Corbin 1996: 51)

4 Ergebnisdarstellung

Im folgenden Kapitel werden die aus den generierten Daten gewonnen zentralen Ergebnisse und Erkenntnisse anhand der wichtigsten Themenkategorien, nach Strauss und Corbin (1996: 47) dargestellt, sowie durch interpretative Schlussfolgerungen erläutert. Die Interviews aus welchen die Ergebnisse gezogen wurden, wurden mit zwei weiblichen Medizinerinnen geführt. Daher wird in den Ergebniskapiteln von Medizinerinnen gesprochen.

4.1 Berufliche Vorerfahrungen

Die interviewten Medizinerinnen gingen im Laufe des Gesprächs auf ihre beruflichen Laufbahnen ein und die Umstände, welche sie dazu geführt haben eine Stelle in einem mobilen Palliativteam anzunehmen. (vgl. T12 Zeile 6 – 25 / T13 Zeile 25 – 28)

4.1.1 Positive Erfahrungen

Laut einer der Medizinerinnen führten positive Erfahrungen dazu, in den Bereich der mobilen Betreuung der Palliativ Care zu schnuppern. Hierbei wurden Arbeitsbereiche, wie die Onkologie angesprochen, in welchem es zu einer intensiven Auseinandersetzung mit unheilbarkranken Patient*innen kam. Weiters wurden bei der Medizinerin durch Berührungspunkte mit interdisziplinärer Zusammenarbeit auf einer Gynäkologie Station Neugier und Interesse an einer mehrperspektivischen Arbeitsweise geweckt. (vgl. T12 Zeile 22 – 25, 111 – 112)

4.1.2 Negative Erfahrungen

Die Medizinerin verdeutlichte im Interview, dass der Krankenhausalltag kaum Platz für Patient*innengespräche lässt. Des Weiteren wird von dieser auf die fehlenden Zeitressourcen bezügliche Angehörigenberatung eingegangen. Die Medizinerin erläutert „[...] als so belastend empfunden das ma eigentlich kaum Zeit hat für Gespräche mit den Patienten [...] mit den Angehörigen wenss darum geht dass ma ä h Dinge bespricht die noch entschieden werden sollten ja das san oft sehr grenzwertige Dinge aber oft wesentliche Dinge also da geht's um End of Life Discussion wie möchte ich versterben wo möchte ich versterben warum treffe ich meine Entscheidungen so [...]“ (T12 Zeile 42 – 46)

Es kann interpretiert werden, dass sowohl positive als auch negative berufliche Vorerfahrungen eine Rolle in der Berufswahl und der Wahl der mobilen Betreuung gespielt haben.

4.2 Persönlichkeitsmerkmale

Persönlich Voraussetzungen sind laut Medizinerinnen eine weitere Komponente der Arbeit im Bereich der Palliativen Care. Nicht nur die beruflichen Vorerfahrungen, sondern auch

persönliche Merkmale haben zu der Entscheidung mobil palliativ zu arbeiten beigetragen. (vgl. T12 Zeile 16 -17 / T13 Zeile 43 – 44)

Das Nutzen und Vernetzen von Ressourcen und Fähigkeiten fordert von den Teammitgliedern laut Neuschwander (2015: 312) fachliche, ethische und menschliche Kompetenz, die bereits in das Team als persönliche Voraussetzung mitgebracht werden sollte.

4.2.1 Teamfähigkeit

Der Teamgeist und die Voraussetzung der eigenen Teamfähigkeit wird von beiden Medizinerinnen als Merkmal für eine gelingende Arbeit im Bereich der Palliativen Care genannt. Angesprochen wird hierbei, dass der interdisziplinäre Charakter des Teams gelebt werden sollte. Daher ist die Fähigkeit im Team zu arbeiten von großer Bedeutung und für die Medizinerinnen unumgänglich. (vgl. T12 Zeile 120 – 121 / T13 Zeile 97)

Es kann demnach geschlussfolgert werden, dass mobile Palliative Betreuung, sowie die miteinander eingehende Interdisziplinarität nach „Teamplayer*innen“ verlangt. Die einzelnen Mitglieder des Teams sollten die Veranlagung zur Teamfähigkeit besitzen, um eine interdisziplinäre Arbeitsweise vertreten zu können.

4.2.2 Interesse

Das Interesse an der mobilen Betreuung und der Palliativen Care wird von den Medizinerinnen als eines der persönlichen Merkmale genannt. Neugier an dem Bereich, sowie die damalige Initiation der Interdisziplinarität in diesem, wurde angesprochen. Hierbei wird Interesse als Grundpfeiler für die Arbeit genannt nicht nur im Hinblick auf medizinische Belangen, sondern ebenso auf Ethik und Herausforderungen der Tätigkeit im Palliativbereich. Das Interesse an Fragenstellungen der End of Life Discussion, sowie Zusammenarbeit mit verschiedenen Professionen wird von den Medizinerinnen angesprochen. (vgl. T12 Zeile 20 -21, 26 – 28 / T13 Zeile 43 – 46)

Viele Entscheidungen, welche am Lebensende mit Patient*inenn und Personal getroffen werden, können nur mit ethischen Bezug erfolgen. (vgl. OPG 2018: 1)

Somit kann geschlussfolgert werden, dass ein Interesse an ethischen Fragenstellungen in der Palliativen Care von Bedeutung ist. Persönlich sollte man daher laut den Interviewpartnerinnen Motivation zur Auseinandersetzung mit diesen mit sich bringen. Ebenso kann interpretiert werden, dass die Medizinerinnen die Neugier und Herausforderung als positiv erleben und daher das Interesse an diesen von Wichtigkeit ist. Interdisziplinäre Zusammenarbeit war zu dem Zeitpunkt, als die Interviewpartnerinnen eine Stelle suchten, im Entstehen. Hieraus kann der

Schluss gezogen werden, dass die Neugier als Persönlichkeitsmerkmal eine wichtige Rolle gespielt hat. Der Reiz einer neuen Form der Arbeit entgegen zu blicken, sowie der Mut sich dazu zu entscheiden wird als Persönlichkeitsmerkmal der Medizinerinnen in den Interviews deutlich. (vgl. T12 Zeile 19 – 28 / T13 Zeile 26 - 28)

4.2.3 Haltung

Die Arbeit in der Palliativen Care stellt nicht nur für Patient*innen und Angehörige eine Belastung dar, sondern auch das betreuende Team vor Herausforderungen. (vgl. Heller 2007: 39) Die Medizinerin verdeutlicht im Interview, dass die Palliative Arbeit eine Herausforderung ist, sie jedoch diese als nicht belastend empfindet. Interpretiert kann hierbei werden, dass sich die Medizinerin mit dem Thema des Sterbens und der schmerzlindernden Begleitung intensiv auseinandergesetzt hat. Des Weiteren kann daraus geschlossen werden, dass Reflexion und Einstellung dem Thema Sterben gegenüber von Notwendigkeit sind. Das Empfinden von Belastbarkeit und die Selbstreflexion bezüglich der eigenen Grenzen wird von der Medizinerin aufgrund von beruflichen Vorerfahrung im Bereich der Onkologie (vgl. 4.1.1 Positive Erfahrungen) vorausgesetzt. (vgl. T12 Zeile 21 – 26)

Eine weitere Haltung auf welche die Medizinerinnen eingehen ist jene der Vereinbarkeit zwischen Beruf und Familie. Die Arbeit wird als spannend, herausfordernd und kreativ beschrieben, jedoch wird ebenso verdeutlicht, dass es wichtig ist diese mit der privaten Zeit und der Familie vereinbaren zu können. (vgl. T12 Zeile 35 – 39 / T13 Zeile 8 – 10)

4.3 Normen und Werte im Team

Die Medizinerin geht im Laufe des Interviews auf verschiedene Aspekte der Teamarbeit ein. Hierbei nennt sie einige Faktoren, die für eine gelingende Zusammenarbeit ihrem Empfinden nach notwendig sind.

„Team kann nur dann zu einem tragfähigen System werden, wenn jeder seinen Auftrag, seine Stärken und Schwächen kennt, aber auch weiß, wo er Entlastung und Hilfe bekommen kann.“

(Kern: 2002:141)

Mit diesem Zitat soll verdeutlicht werden, dass im Betreuungsansatz der Palliativen Care ein Team nur unter Berücksichtigung des kollegialen Einvernehmens und der Fachlichkeit funktionieren kann. Normen und Werte sind in jeder Teamkonstellation vorhanden. Grundprinzipien wie ein ehrlicher, wertschätzender und respektvoller Umgang, sowie Vertrauen spielen

wichtige Rollen. Gelingen kann eine tragfähige Teamkonstellation, wenn alle Mitglieder den Normen und Werten zustimmen, diese vertreten und lernen sich und ihre Profession zu relativieren. (vgl. Heller 2007: 44)

Wird interdisziplinär gearbeitet, so ist es laut den Medizinerinnen von Bedeutung ein Team zu haben, welches sich nach verschiedenen impliziten und expliziten Normen und Werten richtet. Es wird als Voraussetzung verstanden, dass sich jedes Teammitglied an diesen orientiert und diese ernst nimmt. (vgl. T12 Zeile 239 – 245)

4.3.1 Wertschätzung

Das Team wird als zerbrechliches Gefüge gesehen und verlangt laut der Interviewpartnerin nach einem wertschätzenden Umgang. Positive Aspekte und Stärken der Mitglieder werden durch die Wertschätzung hervorgehoben. Hierbei geht es vor allem auch darum die beste Betreuungssituation für Patient*innen ermöglichen zu können. Die Medizinerin verdeutlicht „[...]

weil wir sehr wertschätzend miteinander umgehen also wir begegnen uns sehr auf Augenhöhe ja also wir versuchen immer die Stärken des anderen auch zu fördern und einfach immer wieder Tage zu fördern und aus dem reichhaltigen Erfahrungsschatz eines jeden Teammitgliedes und das auch wirklich wertschätzend zu betrachten [...]“ (T12 Zeile 177 – 180)

In diesem Zitat wird deutlich, dass die Expertisen der verschiedenen Berufsgruppen gefördert werden. Ebenso wird die Begegnung auf Augenhöhe miteinbezogen. Es kann daher interpretiert werden, dass die Teamarbeit gelingen kann, wenn die Mitglieder untereinander als gleichgestellt gelten und sich mit Wertschätzung begegnet wird. Dem Zitat nach kann gefolgert werden, dass Stärken und Ressourcen durch einen wertschätzenden Umgang gefördert und zu Tage gebracht werden können. Nach Neuschwander (2015: 309) erfordern komplexe Situationen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. Hierbei sollten die Ressourcen der Fachpersonen innerhalb des Teams wertgeschätzt werden, um die Zusammenarbeit fruchtbar und hilfreich für Patient*innen gestalten zu können.

4.3.2 Kommunikation

Diskussion und Austausch gehört zum täglich Brot der Mitglieder eines mobilen Palliativteams. Die Kommunikation beginnt bereits mit einem gemeinsamen Verständnis der Ziele und Arbeit. Sie geht von der Findung des gemeinsamen Ziels über in die Entscheidungsphase und verpflichtet sich der gegenseitigen Information über den Stand der Dinge. (vgl. Neuschwander 2015: 337)

Die Medizinerin erklärt, dass jeder Tag mit einer morgentlichen interdisziplinären Teamsitzung startet. (vgl. B1) Hierbei werden sogenannte Fälle besprochen und im Team diskutiert. Bei diesen ist es laut der Interviewpartnerin nicht immer notwendig alle Professionen anwesend zu haben. Die Anwesenheit ist jedoch bei den wöchentlichen Teamsitzungen von Wichtigkeit. Kommunikation spielt bei diesen eine bedeutende Rolle, da komplexe Situationen erläutert werden. Die Medizinerin macht deutlich, dass ausreden lassen, nicht ins Wort fallen und klare Verständigung im Team unerlässlich sind. Ebenso soll innerhalb des Teams Platz für Diskussionen sein, sowie ein Austausch über Sorgen, Ängste und Befürchtungen stattfinden. (vgl. T12 Zeile 68, 107 – 110, 122, 255 -256)

Erstkontakte verlaufen immer im interdisziplinären Sinne mit zwei Teammitgliedern unterschiedlicher Professionen. Hierbei ist es laut der Medizinerin notwendig innerhalb des Teams je nach Situation der Patient*innen und Anforderungen gemeinsam zu entscheiden, welche Professionskonstellation am günstigsten wäre. Die Kommunikation im Team muss, so verdeutlicht die Medizinerin, klaren Regeln folgen. Unter diesen Voraussetzungen kann ihrer Meinung nach nachhaltig und ganzheitlich gearbeitet werden. (vgl. T12 Zeile 75 – 79)

Aus den genannten Aspekten der Kommunikation kann interpretiert werden, dass Kommunikation eine der wesentlichen Rollen innerhalb eines interdisziplinären Teams ist. Eine klare Regelung der Gesprächskultur scheint von Bedeutung zu sein, um Qualität in dem Konzept der Palliativen Care gewährleisten zu können. Des Weiteren lässt die Interpretation Kommunikation als Teil der Supervision und Psychohygiene des Teams zu. Ängste und Sorgen werden offen angesprochen und unter der Berücksichtigung der Gesprächsregeln besprochen. (vgl. B1) Diskussion ist ein Teil der täglichen Arbeit, besonders in Bezug auf schwerwiegende Entscheidungen. Ehrliche und offene Kommunikation in einer Diskussion wird demnach als notwendig erachtet. (vgl. T12 Zeile 256 – 259)

4.3.3 Vertrauen, Ehrlichkeit und Respekt

Neben der Kommunikation wurden Werte genannt, welche sich im Team mit der Zeit, laut Medizinerin, etabliert haben und nun vorausgesetzt werden. Um das funktionierende Teamgefüge aufrecht zu erhalten bedarf es, so erklärt die Interviewpartnerin, Grundprinzipien wie Vertrauen und Ehrlichkeit. „[...] Ehrlichkeit also des is a Grundprinzip im Team dass ma ehrlich ist zueinander dass keiner dienstliche Dinge in einer Form versucht vor anderen geheim zu halten oder versucht da irgendwie ein eigenes Süppchen zu kochen ja und d a zum Beispiel a über Kollegen a schimpft bei Patienten oder Angehörigen oder auch bei Kollegen ja also im Netzwerk [...]“ (T12 Zeile 270 – 273)

Die Medizinerin verdeutlicht hier, dass im Team ein ehrlicher Umgang von Bedeutung ist. Im Sinne der Interdisziplinarität sollen die Mitglieder kooperieren und Entscheidungen die Patient*innen betreffend nicht alleine treffen. Des Weiteren geht die Medizinerin darauf ein, dass der Verlust des Vertrauens und der Ehrlichkeit das Team spalten kann. (vgl. T12 Zeile 276) Respekt trägt ebenso zur Teamerhaltung bei. Dies spiegelt sich sowohl in der Kommunikation, als auch im wertschätzenden Umgang wieder. Respekt wird von den Medizinerinnen als wertvoll erachtet und allen Teammitgliedern auf professioneller und persönlicher Ebene entgegengebracht. (vgl. T12 Zeile 182 / T13 Zeile 39 – 41) Um Kooperation im Team aufrecht zu erhalten bedarf es gegenseitiger Wertschätzung, Vertrauen, Respekt und das zugestehen von Kompetenzen. Missverständnisse, Probleme und Sorgen gilt es anzusprechen und zu identifizieren um die Zusammenarbeit zu fördern. (vgl. Neuschwander 2015: 337)

4.4 Teamkompetenzen

Eine klare Verteilung der Kompetenzen ist in einem interprofessionellen Team laut der Medizinerin von Beginn an festzulegen. Im Team werden Aufgaben je nach Zuständigkeit und Expertise verteilt, wobei betont wird, dass es keine Hierarchie unter den Mitgliedern gibt. Dies, so verdeutlicht die Medizinerin, wurde am Anfang des Teambuildings von den Mitgliedern beschlossen.

4.4.1 Keine Hierarchie

Die verschiedenen Ausbildungen, sowie die Vorerfahrungen werden geschätzt und als Ressource gesehen. Jedes Mitglied wird auf die gleiche hierarchische Ebene gestellt, wobei die Rolle der Leitung der Koordinatorin unterliegt. (vgl. B1) Diese wird von der Medizinerin klar als Führungsperson bezeichnet, da ihr die Organisation von Kommunikation zur Heimleitung und Hospizverband kümmert. (vgl. T12 Zeile 134 – 141) Es kann interpretiert werden, dass es von Anfang an aufgrund einer klaren Strukturvorgabe der Koordinatorin, das Team und die Aufgaben betreffend, zu keiner Hierarchiebildung kam. Die Mitglieder sind alle der Koordination untergestellt und sehen sich daher als gleichwertig an. Ebenso kann geschlossen werden, dass die Gleichstellung der Mitglieder aufgrund der bereits erläuterten Normen und Werte im Team von Beginn der Gruppenfindung an eine wichtige Rolle im Umgang mit hierarchischen Verhalten gespielt haben. Die jeweilige Profession und Expertise wird wertgeschätzt und angenommen und der Umgang auf Augenhöhe angestrebt. Es kann angenommen werden, dass der Versuch sich höherwertig zu betrachten oder stellen das Teamgefüge stört. Daher könnte es

bei anstreben einer hierarchischen Position innerhalb des Teams zu einem Ausschluss aus diesem kommen.

Die Medizinerin macht deutlich, dass Hierarchie nicht zum Thema im Team werden soll. Kandidat*innen, für Langzeitpraktika oder offene Stellen werden jeweils von zwei Teammitgliedern und der Koordination ausgewählt und „angesehen“. Die Medizinerin erklärt „[...] wir schau uns die Kandidaten eh recht gut an weil wir eben um diese dieses Teamgefüge große Sorge haben also wir schau ah mittlerweile unsere Langzeitpraktikanten sehr genau an weil das schon etwas macht mit einem Team wann dann drei Monate jemand da is der mehr oder weniger das Alphas sein möchte ham ma ah leider Gottes scho erlebt ja a h und des mocht mit uns als Team dann schon des mocht uns einfach an Stress . . grundsätzlich erwarten wir und des sog ma von vorn herein dass ma uns einfach auf Augenhöhe und respektvoll begegnet [...]“ (T12 Zeile 239 – 245)

4.4.2 Rollenverteilung

Rollenverteilung im Team ist für die Zusammenarbeit laut Neuschwander (2015: 337 – 338) förderlich, wenn jedes Mitglied seine Rolle kennt und diese auch ausfüllen möchte. Die Rolle setzt sich hierbei aus jener der eigenen Profession, sowie aus der spezifischen Teamrolle zusammen. Jedes Team kann durch ein klares Rollenverständnis sowohl Eigenverantwortung als auch Verantwortung für gemeinsamen Teamentscheidungen und Ziele übernehmen.

Verschiedene Rollen werden von den Teammitgliedern je nach Anwesenheit angenommen. Die Vereinbarung von Terminen unterliegt den Krankenschwestern, aber auch den Medizinerinnen, der Sozialarbeiterin oder den Psychologen. So meint die Medizinerin „[...]Schwestern machen meistens die Termine also manches Mal auch wir das ist völlig unabhängig von der Berufsgruppe is a aufgrund der Anforderung telefoniert zerst da Arzt weil meistens is a Schmerzanforderung und dann fahn wir meistens gemeinsam also mit der Pflege fast immer wann es sich organisatorisch irgendwie ermöglichen lässt fahn wir zu zweit einfach um diesen interdisziplinären Charakter von vorne herein zu stärken [...]“ (T12 Zeile 75 – 79)

Der interdisziplinäre Charakter wird vom Team durch die Abgrenzung der eigenen Profession zu den anderen gleichzeitig jedoch durch verschiedene Rollenannahmen, sowie Absprache und Diskussion innerhalb des Teams, hervorgehoben. Die Aufgabenteilung, so wie die Abgrenzung durch die Profession erleichtern das Arbeiten und ermöglichen Entlastung der einzelnen Mitglieder. (vgl. T13 Zeile 18 – 22)

Gibt es in den Teamsitzungen oder Besprechungen Diskussionsgründe, so wird sich auf die eigene Profession berufen. Als angenehm wird hierbei beschrieben, dass Entscheidungsdruck aufgrund der Interdisziplinarität von den Medizinerinnen abfällt. Die Medizinerin betont „[...] net in Form einer Teilung dass die Ärzte jo die bestimmen mehr oder weniger ja . . wie . . wie der Hase läuft ja und des find ich sehr angenehm ja also des nimmt sehr sehr viel Druck des is was das wir Ärzte immer in uns tragen immer diese Entscheidungen alle Entscheidungen treffen zu müssen [...]“ (T12 155 – 158)

Hieraus kann geschlossen werden, dass die Interviewpartnerinnen die interdisziplinäre Arbeit schätzen. Hierarchien und Rivalitäten werden als störend betrachtet und sind von den Medizinerinnen als nicht förderlich für die Arbeit empfunden. Durch die klare Abgrenzung der eigenen Profession wird Druck in Entscheidungen genommen. Die Interdisziplinarität im Team macht es möglich Entscheidungsfindungen durch mehrere Blickwinkel zu sehen. Geschlussfolgert kann werden, dass die Rollenannahmen einen maßgeblichen Punkt darstellen. Durch diese wird Hierarchie entgegengewirkt und das Teamgefühl gestärkt. So werden auch schwerwiegende Entscheidungen oder Gespräche mit Angehörigen auf die unterschiedlichen Mitglieder verteilt. Im Interview erzählt die Medizinerin „[...] des moch ma uns dann meistens a so aus es gibt jetzt net jemanden der sozusagen den schwarzen Peter zieht und jetzt dann anruft sondern wir machens uns so aus den dens erwischt der wird des kommunizieren es ist ein Jeder informiert somit ist es einfach Glück oder Pech (B1 lacht) und des moch ma hald a manchmal so dass net irgendwer des Gefühl hat ja ich bin immer derjenige der hald diese komplizierten Sochen mochen muss [...]“ (T12 Zeile 416 – 420)

4.4.3 Akzeptanz und Hilfe

Palliativ am Lebensende mit Patient*innen zu arbeiten stellt die einzelnen Mitglieder oft vor große emotionale Belastungen. Nicht nur die Anliegen der Patient*innen, sondern auch die der Angehörigen, wie Sorgen und Ängste, werden vom Team getragen. Trotz Supervision gibt es in einem mobilen Team oft akute Herausforderungen im persönlichen Umgang mit Tod und Sterben. Die Akzeptanz in solchen Situationen ist im Team unerlässlich. Die Medizinerin erklärt, dass es von immenser Wichtigkeit für die Mitglieder ist, belastende Situationen anzusprechen. Hierbei wird die Möglichkeit betont sich jederzeit an ein anderes Teammitglied wenden zu können. Die Interdisziplinarität spielt hierbei eine entscheidende Rolle, da in einer solchen Situation ebenfalls verschiedene Sichtweisen und Lösungs – wie Bearbeitungsvorschläge im Team eingebracht werden. „[...] Na also es wird immer sofort besprochen also wir ham des von Anfang an so vereinbart also es wird nichts mit nach Hause genommen ja keiner geht nach Hause und hat so an Stein im Bauch oder am Herzen ah es muss immer die Möglichkeit geben irgendein Teammitglied anzurufen [...]“ des is in unsrem team

auf jeden Fall möglich dass ma uns kontaktiert egal wen auch immer und wann ma einfach nur des besprechen will [...] (T12 Zeile 338 – 341, 347 – 349)

Die Teammitglieder legen großen Wert darauf sich untereinander zu unterstützen. Hierbei werden Probleme, Sorgen und Ängste nicht nur vom betreffenden Mitglied angesprochen, sondern auf dieses aktiv zugegangen. Überforderungen werden offen dargelegt und im Team kommuniziert. (vgl. T13 Zeile 39)

Es wird versucht in die Tiefe zu gehen und eine persönliche Krise vor Ort zu lösen. Die Medizinerin macht deutlich, dass der Respekt vor der erbrachten Leistung und die Akzeptanz der persönlichen Empfindung zu dieser ein wichtiger Teil des Umgangs im Team ist. Interpretativ kann es so gesehen werden, dass die Hilfe untereinander eine wichtige Komponente für die gelingende Teamarbeit ist. Psychohygiene wird durcheinander und untereinander mittels Krisenintervention betrieben. Hierbei ist ein wichtiger Faktor, dass das persönliche Empfinden von einer „schlimmen Situation“ auch so von den anderen Teammitgliedern akzeptiert und aufgefasst wird. Die Medizinerin merkt dazu an „[...] also es gibt nie die Situation das irgendwer sagt naja so schlimm war des net ja also wann des für die betreffende Person jetzt schlimm wor ist es schlimm [...]“ (T12 Zeile 354 – 355)

4.5 Rahmenbedingungen

Um die Arbeit in der Palliativen Care im Sinne der Definition der WHO (2002) bewältigen zu können, bedarf es laut den Medizinerinnen Rahmenbedingungen, die ein Gelingen fördern. Eine wesentliche Rolle spielen hierbei nicht nur von Außen gegebene Bedingungen, sondern auch jene die innerhalb des Teams beschlossen wurden.

4.5.1 Ressourcen

Die Interviewpartnerinnen gingen beide im Laufe der Interviews auf das Thema Ressourcen ein. Herausgehoben wurden hierbei die Ressourcen einer interdisziplinären Arbeitsweise. Es wurden Expertise, Erfahrung, persönlicher Blickwinkel, Akzeptanz und Umgang mit Krisen genannt. Persönliche Ressourcen wie wertschätzendes Verhalten, Respekt, Ehrlichkeit und Kompetenz der Vermittlung von wichtigen Themen zu komplexen Fälle werden geschätzt. Die Ressourcen der Interdisziplinarität ermöglichen, laut den Medizinerinnen, eine ganzheitliche Betreuung für Patient*innen und deren Angehörigen. Hierbei kann sich von den Mitgliedern dank dem Austausch und der verschiedenen Expertise abgegrenzt werden. Durch die Möglichkeit der Abgrenzung wird Entlastung für die Teammitglieder geschaffen. Die Bürde der

alleinigen Entscheidung, sowie die Angst vor Fehlern wird durch das Team genommen und Stärken als auch Expertise gefördert. (vgl. T12 Zeile 179, 259 – 260 / T13 Zeile 63 – 65, 97)

Die Medizinerinnen gehen ebenso auf von außen gegebene Ressourcen ein. Hierbei ist jene der Zeit eine der Bedeutendsten. In mehreren Passagen der Interviews wird darauf eingegangen, dass Zeit in der Betreuung eine wesentliche Rolle spielt. Die Zeitressourcen werden im mobilen Team als flexibel und ausreichend angesehen, während der Krankenhausalltag von den Medizinerinnen als stressig beschrieben wird. Angeprangert wird hierbei die Zeit für tiefgreifende Gespräche über weitere Maßnahmen mit Patient*innen und Angehörigen. Laut der Medizinerin steht genug Raum für Fallbesprechungen, Visiten, Hausbesuche und Diskussion über ethische Themen, sowie allfälliges zur Verfügung. Ebenso lässt sich die Stelle als Medizinerin im mobilen Palliativteam durch gegebene zeitliche Ressourcen mit privatem und familiären Leben vereinbaren. (vgl. T12 Zeile 38 – 39, 72 – 74 / T13 Zeile 26 – 28)

4.5.2 Dokumentation

Ein weiterer gelingender Faktor der Teamarbeit stellt der Medizinerin nach die ausgereifte Dokumentation dar. Nachvollziehbarkeit in der Dokumentation, sowie eine schriftliche Kommunikation des Teams zu beispielsweise Hausärzt*innen wird als Bedingung für gelingende Arbeit in der Palliativen Care gesehen. Durch die Dokumentation wird die Kommunikation untereinander, sowie zu den Stellen außerhalb des Teams unterstützt und teilweise klar aufgezeigt. Vorwürfen kann durch Dokumentation entgegengekommen werden und so teilweise Erschwernissen für das Team ausgewichen werden. Hierbei geht es vor allem um Klagen von Angehörigen oder Fragen der Zuständigkeit des mobilen Teams. (vgl. B1) Strukturierte Dokumentation ermöglicht es sich in grenzwertigen Entscheidungen zu verteidigen und zu argumentieren. So erzählt die Medizinerin von einem Fall der sich bis vor Gericht gezogen hätte, wäre nicht ausführlich dokumentiert worden, wieso Entscheidungen dazu so im Team getroffen wurden. Hierbei handelt es sich besonders um nachhaltige Belege von mündlichen Besprechungen und Absprachen. Die Medizinerin erläutert dazu „[...] sehr ausführliche

Dokumentation a sehr strukturiert damit ma möglichst alles reinbringt was so besprochen worden is ja viele Dinge werden a nur mündlich besprochen viele Dinge mündlich vereinbart wann in der Zwischenzeit dann was passiert und man hat no kane Patientenverfügung was a immer no keine Unterschrift auf ane ah Vereinbarung dann muss das auch sollte das auch vor Gericht halten im blödesten Fall [...]“ (T12 Zeile 369 – 373)

Daraus kann gefolgert werden, dass die Dokumentation förderlich für die Absicherung des Teams ist. Des Weiteren fördert eine klar strukturierte Aufzeichnung der Kommunikation untereinander die Sicherheit im interdisziplinären Austausch. Durch genaue Dokumentation werden Vorgangsweisen ersichtlich und einzelnen Schritte klar aufgezeigt. Das Vertrauen der Mitglieder wird durch die Absicherung der Dokumentation gestärkt.

4.5.3 Kompetenzverteilung

Eine klare Verteilung der Kompetenz wird teils durch Ausbildungen, teils durch Absprache und Beschluss innerhalb des Teams festgelegt. Die Medizinerinnen grenzen sich mit ihrer Profession klar von denen der anderen ab. Hierbei werden auch die Mitglieder des Teams nicht namentlich genannt, sondern in ihre Professionen unterteilt. Unter anderem finden sich im Team neben den Medizinerinnen, Psychologen, eine Sozialarbeiterin und diplomiertes Krankenpflegepersonal. (vgl. T12 Zeile 70 – 71) Die Administration der einzelnen Visiten obliegt meist den Teammitgliedern, welche direkt vor Ort waren. Die Koordination der Visiten, sowie die zweimal im Monat stattfindenden Besprechungen mit dem stationären Bereich obliegen der Koordinatorin des Teams. Des Weiteren werden von dieser die Kommunikation nach außen wie zum Beispiel zu Heimleitungen oder dem Hospizverband übernommen. Auch die interdisziplinären Teamsitzungen, bei welchen möglichst jedes Mitglied teilnehmen sollte, werden von der Koordinatorin geleitet. Bei administrativen Fragen oder Situationen in denen sich das Team nicht sicher ist kann bei dieser Rückmeldung geholt werden. (vgl. T12 Zeile 166 – 168)

Das mobile Palliativteam hat neun Mitglieder, die zum Teil gleiche, zum Teil unterschiedliche Aufgaben übernehmen. So ist beispielsweise die Angehörigenbetreuung klar der Psychologin des Teams zugeteilt. Des Weiteren kümmert sich die Sozialarbeiterin in ihrer Kompetenz um Anforderungen des Sozialbereichs, sowie Aspekte sozialrechtlicher Art und Weise. Die Medizinerin ist für Schmerzanforderungen, sowie alle medizinischen Fragen zuständig. Das Team grenzt sich bewusst von äußeren Geschehnissen ab. Daher obliegt eine Weitergabe von öffentlichen Aspekten einem Pressesprecher. Die Medizinerin grenzt das Team klar vom stationären Bereich ab und sieht die Koordinatorin als Schnittstelle zwischen stationärem und mobilen Bereich, sowie zu Führungspersonen. Sie verdeutlicht „[...] die Koordination also de Su.

is dann natürlich diejenige die des dann an die Direktion oder wo immer kommunizieren muss [...]“ (T12 Zeile 375 – 377)

Es kann geschlussfolgert werden, dass die Medizinerin das Team als eigenständig betrachtet und sich klar von den anderen Abteilungen abgrenzen möchte. Die Koordinatorin wird als Verbindungselement zu leitenden Stellen, sowie in der Kommunikation nach außen betrachtet

und von den Mitgliedern bewusst als solche genutzt. Eventuell wird dies durch die Tatsache verstärkt, dass die Koordination die einzige Vollzeitstelle ist. Als förderlich für die Zusammenarbeit wird eine klare Verteilung der Kompetenzen gesehen. Der interdisziplinäre Charakter wird durch die eigene Expertise im Austausch mit den klar abgegrenzten anderen Expertisen vertreten.

4.5.4 Landesvorgaben

Neben den bereits erwähnten Bedingungen herrschen im Bereich der mobilen Palliativbetreuung Vorgaben, die nicht selbst vom Team festgesetzt wurden.

Eine dieser Vorgaben, ist das Bezugsgebiet des mobilen Palliativteams. Die Medizinerinnen sehen in der Erweiterung des Versorgungsraumes sowohl positive als auch negative Aspekte für die Arbeit. Hierbei wird angegeben, dass teilweise bis zu 50 Minuten Fahrt absolviert werden muss, um zu eine*r Patient*in zu gelangen. Dies ist laut den Interviewpartnerinnen aufgrund von fehlender Versorgungsstruktur vom Land so vorgegeben. Hierbei sehen die Medizinerinnen Aufholbedarf um eine effizientere Versorgung zu ermöglichen. Dennoch werden die Fahrten für den interdisziplinären Austausch von den Medizinerinnen als positiv erachtet. Der gegenseitige Austausch, sowie die Psychohygiene stehen bei diesem neben der Besprechung des „Falls“ im Vordergrund. (vgl. T12 Zeile 87 – 89 / T13 Zeile 81 – 87)

Kommt es zu Fortbildungsangeboten, so sieht die Medizinerin Aufholbedarf. Als förderlich und notwendig wird der interdisziplinäre Basislehrgang beschrieben, den jedes Team zu absolvieren hat. Die Finanzierung in diesem Bereich wird stetig mehr, da die Interdisziplinarität laut der Medizinerin in vielen Bereichen des Gesundheitswesens zunimmt und gefördert wird. Hierbei nennt sie einen Aufbaulehrgang und Expert*innenlehrgang im Bereich der Schmerztherapie. Ebenso spricht sie von einer Kollegin, die sich in ihrer eigenen Ordination ein interdisziplinäres Team aufgebaut hat. Sie verdeutlicht „[...] ich bin froh weil i ma denk des is auch sehr zukunftsreich in meinem Bereich ja also ich würde gerne ich würde jedem empfehlen jedem meiner Kollegen empfehlen schauts dass euch einfach ein Team aufbauts [...]“ (T12 Zeile 484 – 486)

Hieraus kann geschlossen werden, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit als zukunftsreich und gewinnbringend gesehen wird. Es kann interpretiert werden, dass nicht nur in persönlicher Hinsicht, sei es Austausch, voneinander lernen oder Psychohygiene, sondern auch im Betreuungsumfang durch Interdisziplinarität mehr erreicht werden kann. Die Finanzierung des Bereichs, besonders jene des Medizinischen, stellt kein Problem dar, wenn es zu Fortbildungen kommt. „[...] grundsätzlich grad in unserem Bereich is ma sehr großzügig weil a sehr

wenige Ärzte im PT – Bereich arbeiten muss i sagen sam ma gut finanziell abgesichert [...] (T12 Zeile 224 – 225)

Daher kann geschlossen werden, dass die Landesvorgaben zwei Seiten der Medaille sind. Zum einen werden sie als förderlich für die Interdisziplinarität gesehen, zum anderen wird durch diese die Arbeit teils erschwert.

5 Resümee und Ausblick

Dieses Kapitel behandelt eine zusammenfassende These der zentralen Ergebnisse für die Beantwortung der Forschungsfrage, sowie den Unterfragen. Des Weiteren wird ein Ausblick für die Soziale Arbeit gegeben.

5.1 These

Zusammenfassend wird die These erstellt, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit in mobilen Palliativteams nur dann gelingen kann, wenn verschiedene Bedingungen erfüllt sind. Hierbei werden Persönlichkeitsmerkmale der einzelnen Teammitglieder, wie Interesse, Teamfähigkeit und grundlegende Einstellungen zu Interdisziplinarität und mobiler palliativer Betreuung genannt. Ebenso tragen spezifische Normen und Werte im Team zu gelingender Arbeit bei. Hierbei werden Wertschätzung, Ehrlichkeit und Respekt, sowie das Respektieren der eigenen und fremden Grenzen als notwendige Grundpfeiler in der Teamarbeit gesehen.

„Gelingt jedoch die Zusammenarbeit, getragen von gegenseitigem Respekt, bereichert sie die Einzelnen mit einer Sensibilität im Zuhören, Verstehen und Erfassen von Zusammenhängen [...]“ (Neuschwander 2015: 312)

Die Kommunikation wird als wesentliche Rolle in der interdisziplinären Zusammenarbeit benannt. Des Weiteren wird eine klare, ehrliche Kommunikation untereinander als positiv gesehen, da die Professionalität und der Austausch im Bereich der mobilen palliativen Betreuung so gefördert wird. Als förderlich für Interdisziplinarität werden ebenso Rahmenbedingungen wie Ressourcenverteilung, Dokumentation und eine klare Kompetenzverteilung innerhalb des mobilen Palliativteams gesehen. Landesvorgaben wie Fortbildungen und Finanzierung werden sowohl als positiv als auch als negativ betrachtet.

Die Vorannahmen (vgl. 2.6 Vorannahmen) zu dieser Forschung haben sich nach Auswertung des generierten Datenmaterials nur zum Teil bestätigt. Es hat sich im Laufe des

Forschungsprojektes herausgestellt, dass im Team keine Hierarchie herrscht. (vgl. 2.6.1 Hierarchie innerhalb des Teams) Medizinerinnen sehen sich in der interdisziplinären Zusammenarbeit nicht als Führungspersonen, sondern sind im Gegenteil dazu erleichtert Entscheidungen mit den Teammitgliedern gemeinsam treffen zu können. Eine klare Abgrenzung, jedoch nicht in Form einer Hierarchie, findet aufgrund der verschiedenen Professionen und Ausbildungshintergründen statt. Ebenso hat sich die Vorannahme der Wahrnehmung der Mediziner*innen (vgl. 2.6.3) nur teilweise bestätigt. Interdisziplinäre Zusammenarbeit wird als angenehm empfunden. Die Leitung des Teams wird nicht von der medizinischen Profession übernommen, sondern die Aufteilung der Verantwortung als Erleichterung gesehen. Die verschiedenen Blickwinkel und Expertisen werden von den Teammitgliedern geschätzt. Gemeinsam ergeben die Professionen ein Team, welches für einen ganzheitlichen Betreuungsansatz steht. „[...] dass jeder so ein Mosaiksteinchen ist das des irgendwie dann vervollständigt das Bild [...]“ (T12 Zeile 189 – 190)

Die Vorannahme, dass Interdisziplinarität nach persönlichen Merkmalen verlangt hat sich bestätigt. (vgl. 2.6.2 Interdisziplinarität verlangt nach Persönlichkeitsmerkmalen) Um in einem interdisziplinären Team zu arbeiten, brauchen die einzelnen Personen Veranlagungen wie Teamfähigkeit und Interesse. Ebenso spielt die Haltung gegenüber den Mitgliedern des Teams, sowie der Materie der schmerzlindernden Behandlung und Begleitung der Patient*innen im letzten Lebensabschnitt eine Rolle. Teammitglieder sollen nicht nur persönliches Interesse mitbringen, sondern auch aufgeschlossen gegenüber anderen Sichtweisen und Professionen sein. Hierbei wird besonderer Wert auf wertschätzendes und respektvolles Verhalten gelegt. Ebenso hat sich die Vorannahme, welche sich mit der institutionellen Einbindung des Teams beschäftigt, bestätigt. Das mobile Team agiert unabhängig vom stationären Bereich. Die Schnittstelle zwischen stationärer und mobiler Betreuung wird von der Koordinatorin gestellt. Des Weiteren finden zweimal im Monat Teamsitzungen mit dem stationären Bereich statt. (vgl. B1)

5.2 Ausblick

Geleitet von den Ergebnissen der Forschung sollte bei interdisziplinärer Zusammenarbeit auf verschiedene Bedingungen eingegangen werden. Das Konzept der Zusammenarbeit mit mehreren Professionen innerhalb eines Teams verlangt nicht nur nach persönlicher Haltung und Einstellungen der Mitglieder, sondern auch nach klaren Regelungen und Strukturen der Gesprächs – und Umgangskultur innerhalb des Teams.

Um das Betreuungskonzept in andere Gesundheitsbereiche übernehmen zu können, bedarf es weiterer Forschung. In der Literatur finden sich bereits verschiedene essentielle Bedingungen für das Gelingen von interdisziplinärer Arbeit. Diese lassen sich mit den Forschungsergebnissen vergleichen, wie beispielsweise respektvoller Umgang im Team, sowie eine klare Modalität der Zusammenarbeit. Ebenso werden Kommunikation, Haltung und Landesvorgaben, wie Fortbildungen angeführt. (vgl. Neuschwander 2015: 363) Das theoretische Wissen könnte mittels „Versuchsteams“ in anderen Gesundheitsbereichen, sowie in Praxisbereiche Sozialer Arbeit, etabliert werden.

Die aus der Forschung gewonnenen Ergebnisse dieser Arbeit, könnten in Verbindung mit den jenen der gesamten Bachelorgruppe im Projekt, Aufschluss über Sichtweisen des Konzepts der interdisziplinären Zusammenarbeit geben. (vgl. 4 Ergebnisse) Hierbei kann es gelingen Erfolge aufzuzeigen und Empfehlungen für den Ausgleich von Defiziten zu geben.

Wünsche bezüglich der Verbesserung von interdisziplinärer Zusammenarbeit kommen in dieser Arbeit zum Ausdruck. Die Medizinerinnen verweisen hierbei vor allem auf äußere Vorgaben, beispielsweise mehr Fortbildungsangebote für das gesamte Team. (vgl. 4.5.4 Landesvorgaben)

Abschließend kann darauf hingewiesen werden, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit in mobilen Palliativteams aus Sicht von Medizinerinnen nach verschiedenen Bedingungen verlangt. Gelingende Arbeit verlangt nach Persönlichkeitsmerkmalen, Normen und Werten, sowie Teamkompetenzen und Rahmenbedingungen. Die Zusammenarbeit funktioniert bereits gut, jedoch werden Fortbildungsangebote als zu marginal betrachtet. (vgl. 4.5.4 Landesvorgaben) Palliative Care kann nur dann funktionieren, wenn ein gemeinsames Verständnis von dieser herrscht, sowie ein gemeinsames Ziel. (vgl. 4.4.2 Rollenverteilung)

„Palliative Care soll das Bemühen von uns allen sein, den letzten Lebensabschnitt des Patienten vorrausschauend und mit vereinten Kräften mitzugestalten, seine Autonomie zu stärken und die Würde des Menschen in seiner Vulnerabilität zu schützen.“ (Neuschwander 2015: 14)

6 Literatur

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (bmgf) (2017):
Gesundheit. Berufe. Ärztin, Arzt.

https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Berufe/Berufe_A-Z/Aerztin_Arzt_1 [21.03.2018]

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (bmgf) (2017):
Abgestufte Hospiz – und Palliativversorgung. Bericht.

https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/bericht_abgestufte_hospiz-_und_palliativversorgung.pdf [04.04.2018]

Flick, Uwe (2014): Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge.
Reinbek bei Hamburg: 24, 113, 123

Heller, Andreas (2007): Palliative Care – Haltungen und Orientierungen. In: Knipping, Cornelia (Hrsg) (2007): Lehrbuch Palliativ Care. Bern: Huber 39 - 45

Kern Martina (2002): Multiprofessionalität im Behandlungsteam. In: Aulbert, Eberhard / Klaskisch, Eberhard / Kettler, Dietrich (Hrsg) (2002): Palliativmedizin – Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung. Stuttgart: Schattauer 141

Neuschwander, Hans (2015): Handbuch Palliativmedizin. In: Cina, Christoph (Hrsg) (2015):
Huber: Bern: 11 – 13

ÖBIG (o.J.): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung. Broschüre. Pdf. Wien: 10 – 11

Österreichische PalliativGesellschaft OPG (2018): Ethik in Palliative Care. 1

<https://www.palliativ.at/die-opg/arbeitsgruppen/ethik-in-palliative-care.html> [03.04.2018]

Regnard, Claud / Dean, Mervyn (2010): Praktische Palliativmedizin. Leitfaden und Checklisten für die bedürfnisorientierte Behandlung. Huber: Bern: 11

Steffen – Bürgi, Barbara (2007): Reflexionen zu ausgewählten Definitionen der Palliativ Care. In: Knipping, Cornelia (Hrsg) (2007): Lehrbuch Palliativ Care. Bern: Huber 33 – 36

Strauss, Anselm / Corbin, Juliet (1996): Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Psychologie Verlags Union: Weinheim: 43 – 51

Wasner, Maria (2014): Interprofessionelle Teamarbeit. In: Wasner, Maria / Pankhofer, Sabine (Hrsg) (2014): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. W. Kohlhammer: Stuttgart: 161

World Health Organisation (2002): WHO Definition of Palliative Care 2002, deutsche Übersetzung. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf [21.03.2018]

7 Daten

Transkript 12_Volek_Medizin_mobil

Transkript 13_Wailzer_Medizin_mobil

B1_Strobl/ Wagner/ Wailzer_Palliativteam_mobil

8 Anhang

8.1 Interviewleitfaden

EINSTIEG

1. Wie lange sind Sie in dieser Einrichtung tätig?
2. Welche Aufgaben und Funktionen nehmen Sie in der Einrichtung wahr?

HAUPTTEIL

- 3. Ich bitte Sie, mir anhand eines Falles zu beschreiben, was Ihre Aufgaben im interdisziplinären Team sind.**

Wie erleben Sie Ihre eigene Arbeit im interdisziplinären Team?

Wie werden in Ihrem Team Entscheidungen getroffen?

(Wie werden die unterschiedlichen Professionen aus Ihrer Sicht von den KlientInnen wahrgenommen?)

- 4. Wie hat sich die Interdisziplinarität aus Ihrer Sicht in Ihrem Team entwickelt?**

Was verstehen Sie unter Interdisziplinarität?

Woran merken Sie, dass interdisziplinär gearbeitet wird?

Welche Umstände verhindern gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit?

- 5. Was braucht es Ihrer Meinung nach, damit interdisziplinäre Zusammenarbeit gelingen kann?**

Woran merken Sie, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einer Begleitung gelungen ist?

ABSCHLUSS

- 6. Wenn Sie sich im Bezug auf Ihre Zusammenarbeit mit den anderen Professionen etwas wünschen könnten, was wäre das?**

Welche Aspekte möchten Sie noch erwähnen, die bisher noch nicht thematisiert wurden?

9 Eidesstaatliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Constance Volek**, geboren am **25.02.1996** in **Wien**, erkläre,

1. dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Bisamberg, am 05.04.2018

A handwritten signature in blue ink that reads "Constance Volek". The signature is written in a cursive style with a large, looped 'V'.

Constance Volek