



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Interdisziplinarität im Krankenhaus

Realität oder Fiktion am Beispiel der Zusammenarbeit zwischen
Pflegepersonen und Physiotherapeuten in der Geriatrie

Verfasserin

Daniela Essbüchl

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, November 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuer:

Univ.-Doz. Dr. Vlastimil KOZON PhD

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die Arbeit selbständig angefertigt, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und alle aus ungedruckten Quellen, gedruckter Literatur oder aus dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte gemäß den Richtlinien wissenschaftlicher Arbeiten zitiert, durch Fußnoten gekennzeichnet bzw. mit genauer Quellenangabe kenntlich gemacht habe.

Wien, am 12. November 2009

Daniela Essbüchl

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	4
Abstract.....	5
Vorwort	6
1. Einleitung.....	7
1.1. Problemendarstellung und Motivation	7
1.2. Forschungsfragen.....	8
1.3. Ziel der Arbeit	8
<u>THEORETISCHER TEIL</u>	
2. Interdisziplinäre Kooperation	9
2.1. Definitionen	9
2.2. Merkmale von effektiver Kooperation	10
2.2.1. Einstellungen	11
2.2.2. Ziele.....	12
2.2.3. Kommunikation.....	13
2.2.4. Vertrauen und Empathie.....	15
2.3. Kooperation im organisatorischen Rahmen	16
2.3.1. Definition: Organisation.....	16
2.3.2. Bedingungen der Organisationsgestaltung.....	16
2.3.3. Der zwischenmenschliche Kontakt in Organisationen.....	17
3. Geriatrie – ein interdisziplinäres Arbeitsfeld?	19
3.1. Definitionen	19
3.2. Interdisziplinäres Team in der Geriatrie	20
3.2.1. Ärzte	22
3.2.2. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen.....	23
3.2.3. Physiotherapeuten	23
3.2.4. Ergotherapeuten	24
3.2.5. Logotherapeuten.....	24
3.2.6. Sozialarbeiter / Sozialpädagogen	24
3.2.7. Angehörige	25
4. Aufgabenbereiche der Gesundheits- und Krankenpflege in der Geriatrie	26
4.1. Rechtliche Grundlagen	26
4.1.1. Gesundheits- und Krankenpflegeberufe.....	26
4.1.2. Berufsbild – Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege.....	27
4.1.3. Berufsbild – Pflegehilfe	27
4.1.4. Allgemeine Berufspflichten – Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	28
4.1.5. Tätigkeitsbereich – Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege....	29
4.1.6. Tätigkeitsbereich – Pflegehilfe.....	31

4.2.	Pflege in der Geriatrie.....	32
4.2.1.	Die Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess	33
4.2.2.	Pflegerische Maßnahmen	36
5.	Aufgabenbereiche der Physiotherapie in der Geriatrie	40
5.1.	Rechtliche Grundlagen	40
5.1.1.	MTD-Berufe.....	40
5.1.2.	Berufsbild – physiotherapeutischer Dienst	40
5.1.3.	Allgemeine Berufspflichten – physiotherapeutischer Dienst.....	41
5.1.4.	Tätigkeitsbereich – physiotherapeutischer Dienst.....	42
5.2.	Physiotherapie in der Geriatrie	42
5.2.1.	Der geriatrische Befund	43
5.2.2.	Physiotherapeutische Maßnahmen	45
5.2.3.	Einzeltherapie in der Geriatrie	48
5.2.4.	Gruppentherapie in der Geriatrie.....	48
6.	Interdisziplinäre Aufgabenfelder zwischen Pflege und Physiotherapie in der Geriatrie	50
6.1.	Prophylaxen	50
6.2.	Physikalische Behandlungsmaßnahmen	61
7.	Konflikte und Konfliktmanagement im Gesundheitswesen	63
7.1.	Definition – Was ist ein sozialer Konflikt?	63
7.2.	Konfliktformen	63
7.2.1.	Offene Konflikte	63
7.2.2.	Verdeckte Konflikte	64
7.2.3.	Intrapersonelle Konflikte (intrapsychische Konflikte).....	64
7.2.4.	Interpersonelle Konflikte (interpsychische Konflikte).....	65
7.2.5.	Gruppenkonflikte	65
7.2.6.	Zeitkonflikte	65
7.2.7.	Kulturkonflikte	66
7.3.	Der typische Konfliktverlauf	66
7.4.	Konfliktregelung.....	67

EMPIRISCHER TEIL

8.	Methodisches Vorgehen.....	70
8.1.	Methode der Datenerhebung	70
8.2.	Vorgangsweise der Datenerhebung	71
8.3.	Methode der Datenauswertung.....	72
9.	Ergebnisse und Interpretation.....	73
9.1.	Sozialdemografische Daten	73
9.2.	Angaben zum Tätigkeitsbereich der Pflege.....	77
9.3.	Angaben zum Tätigkeitsbereich der Physiotherapie in der Geriatrie.....	83

9.4.	Angaben zu Tätigkeiten mit Zusammenarbeit.....	89
9.5.	Angaben zu Konfliktbereichen	92
9.6.	Angaben zu Lösungsmöglichkeiten.....	95
9.7.	Angaben zur Zufriedenheit	99
9.8.	Anmerkungen, Vorschläge, Notizen	101
10.	Diskussion und Schlussfolgerungen	104
10.1.	Kritik und Grenzen der Untersuchung	109
10.2.	Ausblick	110
11.	Literaturverzeichnis	112
12.	Abbildungsverzeichnis.....	117
13.	Tabellenverzeichnis.....	119
14.	Anhang.....	120
14.1.	Begleitbrief	I
14.2.	Fragebogen.....	II
14.3.	Dateninformationsblatt SPSS.....	VI
14.4.	Curriculum Vitae	X

Zusammenfassung

Gerade im Bereich der Geriatrie sind die Aufgabenbereiche von Pflegepersonen und Physiotherapeuten in vielen Situationen nicht eindeutig abzugrenzen.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher mit dem Thema der Interdisziplinarität in der Geriatrie. Es werden die rechtlichen Grundlagen der Berufsgruppen erörtert, Aufgabengebiete von Pflegekräften und Physiotherapeuten sowie interdisziplinäre Tätigkeitsbereiche beschrieben. Weiters beschäftigt sich die Arbeit mit den Grundlagen des Konfliktmanagements.

Zusätzlich führe ich eine Untersuchung des Ist-Zustandes über Tätigkeitsbereiche, die Zusammenarbeit, Konflikte und Lösungsmöglichkeiten von Pflegepersonen und Physiotherapeuten in geriatrischen Einrichtungen in Wien durch. Als Methode dient die schriftliche Befragung.

Ziel meiner Arbeit ist es, Konfliktbereiche zwischen Pflegepersonal und Physiotherapeuten zu evaluieren und Möglichkeiten zur Lösung häufig genannter Probleme zu finden.

Meine Untersuchung ergab, dass die jeweiligen Aufgabengebiete größtenteils bekannt sind und zwischen Pflegepersonen und Physiotherapeuten viel interdisziplinäre Zusammenarbeit stattfindet. Trotzdem gibt es zwischen den beiden Berufsgruppen eine Vielzahl an Konfliktbereichen, die unterschiedlich wahrgenommen werden. Verbesserte Kommunikation, die Klärung der einzelnen Kompetenzbereiche, gegenseitige Fortbildungen und festgelegte Therapiezeiten können jedoch die Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonen und Physiotherapeuten erleichtern und so Konflikten präventiv entgegenwirken.

Abstract

Especially in the geriatric sector the fields of duty of nursing staff and physiotherapists are not clearly marked out in many situations.

So the subject of this work is interdisciplinarity in geriatrics. The legal bases for suretyship of these two professional groups are being discussed, assignments of nursing staff and physiotherapists as well as areas of interdisciplinary activities are being described. Furthermore this work deals with the basic topics of conflict management.

Besides I conduct a survey about the status quo of areas of activity, teamwork, conflicts and possibilities of solutions between nursing staff and physiotherapists in Viennese geriatric institutions. The conduction method was paper-and-pencil interview.

The aim of my work is the evaluation of conflict areas between nursing staff and physiotherapists as well as finding solutions to frequently mentioned problems.

My conduction pointed out that the particular fields of duty are mainly familiar and that there already is much interdisciplinary teamwork between nursing staff and physiotherapists. Nevertheless there is a variety of differently perceived conflict areas between these two professional groups. However improved communication, definition of the particular areas of competence, mutual further education and determined time of therapy are all ways to simplify cooperation between nursing staff and physiotherapists and thus possibilities to prevent conflicts.

Vorwort

Mein besonderer Dank gilt Herrn Univ.-Doz. Dr. Vlastimil KOZON PhD, der mich von Anfang an in meiner Diplomarbeitsidee gestärkt hat und mir immer mit vielen Tipps zur Seite gestanden ist. Nur durch seine gute Leitung ist es mir gelungen, meine Arbeit selbständig aufzubauen und sie mit Stolz als meine Abschlussarbeit zu sehen.

Weiters möchte ich mich bei meinen Eltern, Robert und Evelyn Essbüchl bedanken. Sie ermöglichten es mir, zwei Ausbildungen gleichzeitig zu bewältigen und standen mir in jeder Krisenzeit bei. Sie haben mir vorgelebt, dass man durch harte Arbeit viel erreichen kann und mich immer wieder neu motiviert meinen von mir gewählten Weg zu gehen. Durch sie wurde ich zu dem Menschen, der ich heute bin.

Außerdem möchte ich allen Menschen danken, die an der Bewilligung meines Fragebogens beteiligt waren, insbesondere Herrn Dir. Dr. Roland Paukner, Frau Oberin Christa Winter, Frau Prim. Dr. Katharina Pils, Frau Oberschwester Andrea Goldemund, Herrn Oberpfleger Michael Mark-Traisenthal und Frau Erika Heilmann, leitende Stationsassistentin.

Desweiteren gebührt mein Dank allen KAV- Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, die sich die Zeit genommen haben meinen Fragebogen auszufüllen.

In der folgenden Arbeit wurde auf geschlechtsspezifische Bezeichnungen verzichtet und die gebräuchlichere maskuline Form gewählt, welche für Personen beiderlei Geschlechts gleichermaßen gilt.

1. Einleitung

1.1. Problemdarstellung und Motivation

Als ich vor fünf Jahren mit dem individuellen Studium „Pflegerwissenschaft“ begann, war mein Interesse für dieses neue Forschungsfeld noch breit gefächert. Ein Jahr später begann ich parallel zum Studium meine Ausbildung zur Physiotherapeutin in Wien, die ich letztes Jahr erfolgreich abschließen konnte. Im Zuge dieser dreijährigen Physiotherapieausbildung habe ich 80 Stunden in Form eines Pflegepraktikums bzw. Praktikum der allgemeinen Krankenpflege sowie ca. 1500 Stunden berufsspezifische Praktika absolviert. Ich durfte viele verschiedene Stationen mit unterschiedlicher Intensität der interdisziplinären Zusammenarbeit kennenlernen, in die Arbeit anderer Berufsgruppen schnuppern und das Wichtigste – sehr viel Erfahrung im Umgang mit Patienten sammeln.

In dieser Zeit habe ich im Stationsalltag sowohl positive als auch negative Erfahrungen - in Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen - gemacht. Im Austausch mit anderen Physiotherapiestudenten, Pflegerwissenschaftsstudenten, Pflegepersonen wie auch Pflegeschülern habe ich bemerkt, dass auch andere von sehr unterschiedlichen Erfahrungen berichteten. Es zeigte sich, dass Interdisziplinarität auf Stationen teilweise konfliktbehaftet ist und ich erkannte einen aktuellen Forschungsbedarf dieser Thematik.

Gerade im Bereich der Geriatrie sind die Aufgabenbereiche von Pflegepersonen und Physiotherapeuten in vielen Situationen nicht eindeutig abzugrenzen. Das physiotherapeutische Therapieangebot beschränkt sich bei vielen geriatrischen Patienten auf Maßnahmen wie Gangschulung, Transfertraining, Lagerung, Mobilisation und diverse Prophylaxen (Dekubitus-, Thrombose- Pneumonie-, Inkontinenzprophylaxen). Doch auch das Pflegepersonal hat die Aufgabe, Patienten mit Einschränkungen beim Aufstehen und Gehen behilflich zu sein, sowie sehr geschwächte Patienten passiv vom Bett in den Rollstuhl oder Lehnstuhl zu mobilisieren. Bettlägrige werden von ihnen regelmäßig umgelagert, um Wundliegen zu verhindern. Anhand dieser Beispiele ist schon ersichtlich, dass pflegerische und physiotherapeutischen Tätigkeiten sich oft überschneiden. Dies erfordert ein hohes Maß an interdisziplinären Absprachen und professioneller Wertschätzung für eine von beiden Seiten als positiv empfundene Zusammenarbeit.

In der Praxis konnte ich feststellen, dass auch Pflegehelfer eine wesentliche Rolle in der Stationsarbeit spielen und möchte sie daher in meine Befragung mit einbeziehen. Aus diesem Grund bezieht sich der in meiner Diplomarbeit verwendete Begriff „Pflegepersonen“ sowohl auf Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als auch auf Pflegehelfer.

Gute Zusammenarbeit kann durch Aufklärung, Rücksichtnahme und Kooperation den Stationsalltag sowohl für das Pflegepersonal, als auch für die Physiotherapeuten wesentlich erleichtern. Ganz nach der bedeutsamen Inschrift über dem Portal des alten Wiener Allgemeinen Krankenhauses: „Saluti et solatio aegrorum“ – „Zur Heilung und zum Trost der Kranken“ kann sich ein harmonisches Arbeitsklima zwischen den Berufsgruppen auf die Patienten positiv auswirken.

1.2. Forschungsfragen

Aus der Literaturrecherche haben sich für meine Arbeit folgende Fragestellungen ergeben:

1. Wie realitätsnah ist der Wissensstand des Pflegepersonals über pflegerische und physiotherapeutische Aufgabengebiete?
2. Wie realitätsnah ist der Wissensstand der Physiotherapeuten über pflegerische und physiotherapeutische Aufgabengebiete?
3. Welche Aufgaben werden im Stationsalltag von Pflegepersonen bzw. Physiotherapeuten tatsächlich durchgeführt?
4. Welche Konfliktbereiche ergeben sich im Stationsalltag zwischen den beiden Berufsgruppen?
5. Welche Lösungsmöglichkeiten gibt es für diese Probleme?

1.3. Ziel der Arbeit

Ziel meiner Arbeit ist es, Konfliktbereiche zwischen Pflegepersonal und Physiotherapeuten zu evaluieren und Möglichkeiten zur Lösung häufig genannter Probleme zu finden. Ich hoffe, damit einen Beitrag für eine reibungslosere und dadurch produktivere Zusammenarbeit der genannten Berufsgruppen leisten zu können.

THEORETISCHER TEIL

2. Interdisziplinäre Kooperation

2.1. Definitionen

Um über interdisziplinäres Arbeiten schreiben zu können, bedarf es erst der Definition verschiedener Fachausdrücke, die in diesem Zusammenhang unumgänglich sind. Im Folgenden möchte ich auf die Ausdrücke „Interdisziplinarität“, „Multidisziplinarität“, „Kooperation“ und „Team“ genauer eingehen.

„Interdisziplinarität“:

[lat. inter = zwischen; disciplina = Lehrmethode]

Fach- oder abteilungsübergreifend (Anderson, 2004, S. 523).

Interdisziplinarität beschreibt die Zusammenarbeit mehrerer Fachgebiete.

„Multidisziplinarität“:

[lat. multi = viel; disciplina = Lehrmethode (ebenda, S. 703)]

Multidisziplinarität im Krankenhaus bedeutet, dass mehrere Fachgruppen (Disziplinen) am selben Ziel arbeiten.

„Kooperation“:

[lat. cooperatio = Mitwirkung (Drosdowsky, 1996, S. 880)]

Kooperation ist der Fachausdruck für Zusammenarbeit bzw. für ein Zusammenwirken mehrerer Personen oder Fachrichtungen.

„Team“:

[engl. team = Nachkommenschaft, Familie, Gespann (ebenda, S. 1520)]

Ein Team ist eine Gruppe von Menschen die zusammenarbeiten, wobei die Aufgabenorientierung überwiegt (vgl. Hudelist, 2006, S. 12).

Ich habe mich für diese Definitionen entschieden bzw. diese Begriffe für meine Arbeit so definiert, da ich sie gerade in diesem Zusammenhang treffend finde. Viele Autoren verwenden solch Ausdrücke, ohne sie vorher zu definieren. Für mich stellt sich dabei die Frage, ob der Leser unter „Kooperation“, oder „Interdisziplinarität“ dasselbe versteht wie der Autor. Um solche Missverständnisse zu umgehen beginne ich meine Diplomarbeit mit der Definition dieser wichtigen Begriffe. Sie werden im Laufe der Arbeit immer wieder verwendet.

2.2. Merkmale von effektiver Kooperation

Kooperation allgemein besagt, dass verschiedene Menschen bzw. verschiedene Fachrichtungen zusammenarbeiten – wie vorhin definiert. Es sagt jedoch nichts über die Qualität dieser Zusammenarbeit aus. Wichtig für ein erfolgreiches Ergebnis ist jedoch eine besonders effektive Kooperation, die man von der ineffektiven Kooperation unterscheidet (vgl. Spieß, 2003, S. 13).

Spieß (vgl. ebenda) beschreibt effektive Kooperation mittels folgender Punkte:

- Absprachen und Regeln, an die sich alle Partner halten,
- gute Stimmung,
- hohe Arbeitszufriedenheit,
- effektive Kommunikation und Vertrauen,
- Empathie, also die Fähigkeit, sich in eine andere Person hineinzudenken und –fühlen sowie
- Erfolge in der Arbeit.

Im Gegensatz dazu ist für Spieß (ebenda) ineffektive Kooperation „...gekennzeichnet durch ständige Beschwerden, unangenehme Reibereien, zunehmende Konflikte, schlechte Stimmung, wenig bis gar keine Kommunikation, schwindendes Vertrauen und schließlich auch durch wenig Erfolg“. Außerdem zählen schlechte Motivation der Mitarbeiter, fehlendes Teamverständnis, eingefahrene Denkweisen und gegenseitige Schuldzuweisungen zu effizienzhemmenden Merkmalen (vgl. Eiff, 2000, S. 29).

Im weiteren Verlauf möchte ich kurz auf einige Merkmale effektiver Kooperation näher eingehen.

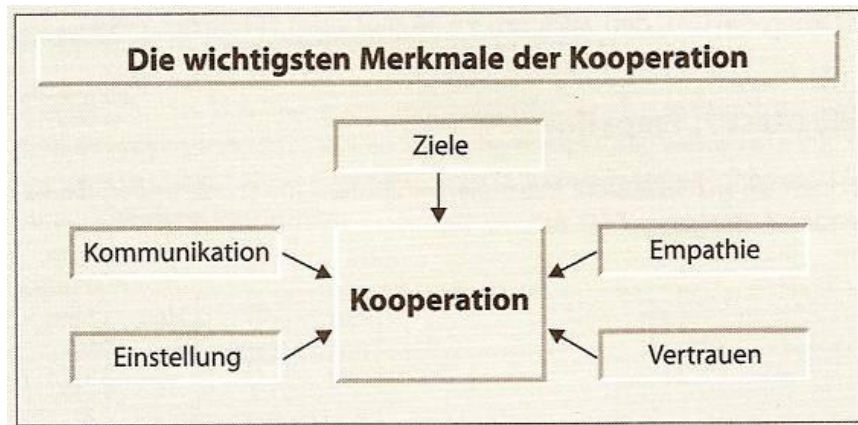


Abbildung 1: Wichtigste Merkmale von Kooperation (Spieß, 2003, S. 38)

2.2.1. Einstellungen

Jeder von uns besitzt ein bestimmtes Repertoire an Einstellungen gegenüber konkreten Dingen, wie auch gegenüber abstrakten Ideen. Diese Einstellungen enthalten meist Bewertungen, welche wiederum auf Erfahrungen basieren, die jeder Einzelne im Laufe seines Lebens macht. Es spielen jedoch auch die Erziehung und das Umfeld eine große Rolle (vgl. Spieß, 2003, S. 21).

Laut Spieß (vgl. ebenda) können im Hinblick auf Einstellungen drei Komponenten unterschieden werden:

- Kognition (z.B.: Welche objektiven Eigenschaften sehe ich?)
- Affekt/ Gefühle (z.B.: Welche Erfahrungen habe ich schon gemacht?) und
- Verhalten (z.B.: Wie verändert sich mein Verhalten aufgrund der Einstellung?)

Einstellungen sind laut Spieß (ebenda) „... Ausdruck eigener Werte und damit tief in der Persönlichkeit und in der Lebensgeschichte verankert. Entsprechend lassen sich Einstellungen nur sehr schwer verändern.“

Bohner (2007, S. 266) hingegen definiert Einstellungen als ein Produkt von Erwartungen und Bewertungen: „Die Einstellung zu einem Gegenstand ergibt sich aus der Erwartung, dass

dieser Gegenstand ein bestimmtes Merkmal besitzt, und der Bewertung dieses Merkmals.“ Spontane und affektive Entschlüsse fallen dabei weg.

2.2.2. Ziele

Wichtig für eine effektive Zusammenarbeit ist das vorherige Abstimmen der Ziele. Dazu ist es notwendig, erst über die eigenen Ziele im Klaren zu sein, um diese dann mit den individuellen Zielen des Partners abzustimmen. Dabei kann die Frage helfen: Welche Ziele verfolge ich und „welche Ziele verfolgt dieser [Anmerkung: mein Partner] mit der angestrebten gemeinsamen Zusammenarbeit?“ (Spieß, 2003, S. 18)

Durch eine solche Offenlegung kann der zukünftige Partner besser kennengelernt und eingeschätzt werden, Diskussionen bringen beide Parteien dann zusammen oder es werden unüberwindbare Differenzen rechtzeitig erkannt. Wichtig ist zu erkennen, dass Ziele verhandelbar sind, was sie vom bloßen Befehl unterscheidet. Schlussendlich sollte sich nach dem Aushandlungsprozess mit dem Kooperationspartner jeder mit den festgelegten Zielen identifizieren können, denn nur wenn bestimmte Ziele für jemanden relevant sind und er sich an sie gebunden fühlt, ist er bereit, sich für die Umsetzung zu engagieren (S.16 ff.).

Auf die Praxis bezogen kann dies Folgendes heißen: In der wöchentlichen stationären Teambesprechung wird für Patient X ein bestimmtes Ziel festgelegt, das er in dieser Woche erreichen soll. Daraus resultierend sollte dann jede Berufsgruppe genau an diesem Ziel arbeiten. Wenn das Ziel eines Patienten zehn Meter gehen lautet, weil er in seinem Haus zehn Meter von der Küche bis zum Badezimmer zurücklegen muss, so müssen Ärzte auf die richtige Medikation achten, Pflegekräfte und Physiotherapeuten auf die zeitliche Koordination (Wann kann die Körperpflege durchgeführt werden? Kann sich der Patient vor der Therapie noch ausruhen? Wann hat der Physiotherapeut Zeit für Patient X?) und auch Physiotherapeuten, welche Hilfsmittel dieser Patient (noch) braucht um die Gehstrecke von zehn Metern zurücklegen zu können.

Natürlich ist es immer wichtig nicht nur das Endziel im Auge zu behalten, sondern sich auch Zwischenziele zu stecken (vgl. Härter / Öttl, 2003, S. 79).

2.2.3. Kommunikation

Der Kommunikationswissenschaftler und Soziologe Paul Watzlawick (2000, S. 53) beschreibt in seiner Kommunikationstheorie, dass Menschen kommunizieren, sobald sie sich wahrnehmen – von ihm stammt der berühmte Satz: „*Man kann nicht nicht kommunizieren*“. [Herv. d. P.W.]

Kommunikation findet also statt, sobald sich zwei Personen im selben Raum befinden – auf verbale wie auch auf nonverbale Art und Weise. Eine Person nimmt die Rolle des Senders ein und schickt seine Nachricht verschlüsselt an den Empfänger. Dieser entschlüsselt die Nachricht. Jeder Sender und auch jeder Empfänger hat jedoch „...ein bestimmtes Wertsystem, Vorurteile, gefühlsmäßige Abneigungen, die ihn bei der Kommunikation beeinflussen. [...] Kein Mensch erfaßt [sic!] und empfindet als „Empfänger“ den Inhalt einer Nachricht genau so, wie dies der „Sender“ beabsichtigte, auch wenn sich dieser klar und deutlich ausgedrückt hat.“ (Wegenberger, 1999, S. 75)

Friedemann Schulz von Thun beschäftigt sich in seinen Werken mit verschiedenen Modellen zwischenmenschlicher Kommunikation. Das sogenannte Kommunikationsquadrat beschreibt, wie jede Nachricht vier Dimensionen beinhaltet:

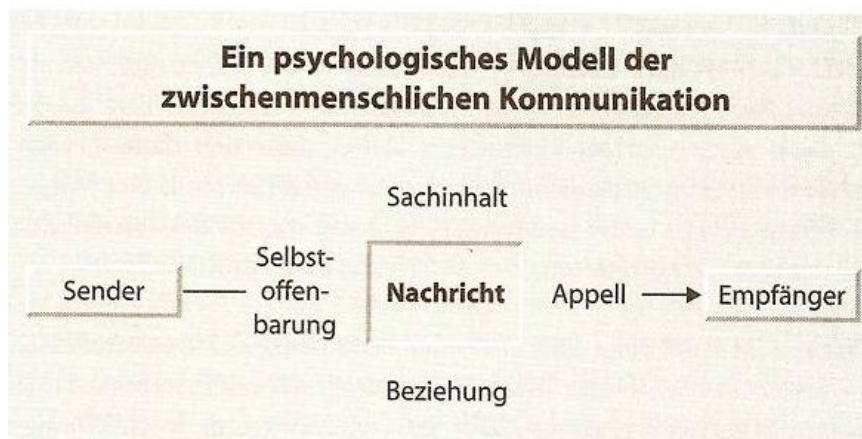


Abbildung 2: Das Kommunikationsquadrat (Schulz von Thun F. zit. nach Spieß, 2003, S. 29)

- Auf der Sachebene wird der Sachinhalt der Nachricht wörtlich aufgenommen.
- Die Beziehungsebene vermittelt etwas über die Beziehung zwischen Sender und Empfänger. „Der andere kann sich aufgrund Ihrer [Anm.: meiner] Aussagen verstanden, akzeptiert, wertgeschätzt, aber auch erniedrigt, gedemütigt und verletzt fühlen.“ (Wegenberger, 1999, S. 77)
- Beim Appellaspekt einer Nachricht erwartet der Sender, dass der Empfänger den Appell in sein Handeln integriert.
- Auf der Ebene der Selbstoffenbarung gibt der Sender ein Stück von sich selbst preis (vgl. Spieß, 2003, S. 30).

Bei jeder Interaktion mit anderen – sei es zwischen dem Vorgesetzten und seinem Mitarbeiter oder zwischen Kollegen sollten also diese vier Ebenen immer im Hinterkopf behalten werden, denn „... wenn der Empfänger eine Nachricht vom Sender falsch interpretiert, ist immer der Sender schuld!“ (Wegenberger, 1999, S. 75)

Im Folgenden möchte ich noch kurz auf typische Kommunikationsmuster eingehen.

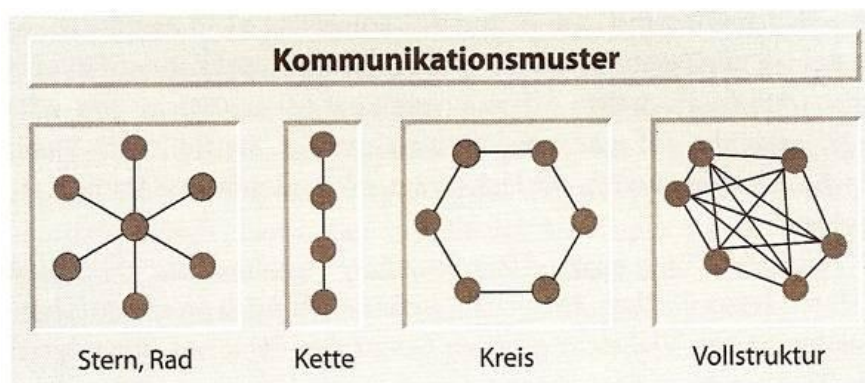


Abbildung 3: Kommunikationsmuster (Spieß, 2003, S. 32)

Stern- oder Radstruktur: Nur eine einzige Person verfügt über die zentrale Information, alle anderen Gruppenmitglieder müssen sich die Information einzeln von diesem Mitglied holen. Müssen Aufgaben schnell gelöst werden oder handelt es sich um einfache Aufgaben, ist dieses Kommunikationsmuster besonders effektiv.

Vollstruktur: Bei diesem Muster sind alle Kommunikationspartner gleichberechtigt und können miteinander kommunizieren, was einer idealen kooperativen Situation entspricht. Sehr komplexe Aufgabenstellungen können so am besten gelöst werden (vgl. Spieß, 2003, S. 32f.). Die Kette und der Kreis sind vor allem im Spitalalltag sehr ineffizient und nicht zielführend. Daher wurden sie nur der Vollständigkeit halber aufgezählt.

Nur bei erfolgreicher Kommunikation zwischen den Mitarbeitern / Kollegen kann auch die Kooperation effektiv sein (vgl. ebenda, S. 28).

2.2.4. Vertrauen und Empathie

„Vertrauen ist die Erwartung, dass man sich auf das Wort des anderen verlassen kann. Vertrauensvolles Verhalten enthält stets die Risikobereitschaft, dass dieses Vertrauen nicht erwidert, sondern vielmehr ausgenutzt wird.“ (ebenda, S. 32)

Vertrauen zwischen den Partnern ist in jeder Beziehung sehr wichtig, so auch zwischen Kooperationspartnern. Sollen mehrere Personen an einem bestimmten gemeinsamen Ziel arbeiten, so ist jeder auf die Leistung bzw. positive Arbeitseinstellung des Anderen angewiesen. Kann man sich auf seinen Partner verlassen, so ist dies ein wichtiger Schritt in Richtung effektive Kooperation.

Neben Vertrauen ist auch Empathie ein wichtiges Merkmal.

Empathie heißt „sich in die Rolle des anderen Menschen hineinzusetzen und dessen Perspektive zu übernehmen. [...] Sie besteht aus dem Verstehen und der Kommunikation des Verstandenen.“ (ebenda. S. 37) Dies bedeutet, dass man durch empathisches Zuhören herausfinden kann, ob beispielsweise Kommunikation als stimmig erlebt wird oder ob sich jemand ausgeschlossen fühlt, oder auch ob das Gesagte vom Gegenüber verstanden wurde. „Empathische Zeichen“ können dabei sowohl verbale als auch non-verbale Reaktionen sein.

2.3. Kooperation im organisatorischen Rahmen

2.3.1. Definition: Organisation

Was ist eine Organisation? Wodurch zeichnet sie sich aus?

Lutz von Rosenstiel beschäftigte sich mit diesem Thema und kam zu folgenden Merkmalen:

„Eine Organisation ist definiert als ein gegenüber ihrer Umwelt offenes System, das zeitlich überdauernd existiert, spezifische Ziele verfolgt, sich aus Individuen beziehungsweise Gruppen zusammensetzt, also ein soziales Gebilde ist, und eine bestimmte Struktur aufweist, die meist durch Arbeitsteilung und eine Hierarchie von Verantwortung gekennzeichnet ist.“ (Rosenstiel, 2003, S. 252)

Dies ist eine relativ weit gefasste Definition, die ich jetzt noch auf die Organisation „Krankenhaus“ spezifizieren will. Ein Krankenhaus ist eine Organisation, in der verschiedenste Berufsgruppen zusammenarbeiten, die teils gemeinsame Ziele verfolgen. Die Führung plant bewusst und gezielt, allerdings treten auch immer wieder unvorhersehbare und ungeplante Ereignisse ein. Wichtig sind Struktur und spezifische Regeln des Hauses. (vgl. Eiff, 2000, S. 6)

2.3.2. Bedingungen der Organisationsgestaltung

Um kooperatives Arbeiten an gemeinsamen Zielen in Organisationen zu ermöglichen, sollte die Organisation bestimmte Grundbedingungen für seine Mitarbeiter schaffen. Lutz von Rosenstiel (2003, S. 371) nennt dies den „organisationalen Rahmen“ und beschreibt einige wichtige Faktoren:

- „räumliche Nähe derer, die Zusammenarbeiten;
- Möglichkeiten zur unmittelbaren Kommunikation [...];
- Formalisieren von Kommunikationsmöglichkeiten (Arbeits- oder Abteilungsbesprechungen);
- Bewahren der Möglichkeit der direkten Kommunikation [...];

- Schaffen kleiner Arbeitseinheiten, damit die Möglichkeit bestehen bleibt, dass jeder mit jedem unmittelbar Kontakt aufnimmt;
- Strukturieren der Arbeitsinhalte in einer Weise, dass ein Miteinander der Arbeit im Sinne echter Teamarbeit einen Arbeitsfortschritt konstituiert;
- Zusammensetzen der Mitglieder einer Arbeitseinheit in der Form, dass sie sich nicht nur fachlich ergänzen, sondern einander als ähnlich erleben und Sympathie füreinander empfinden.“

Im Stationsalltag lassen sich die meisten Punkte, die von Rosenstiel aufzählt, wiederfinden. Der organisationale Rahmen für gute Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen scheint also gegeben zu sein.

2.3.3. Der zwischenmenschliche Kontakt in Organisationen

Je nachdem welche Aufgaben in einer Organisation erfüllt werden sollen, kann sich die arbeitsbedingte Nähe grundlegend unterscheiden.

Mitarbeiter können nebeneinander, miteinander oder auch gegeneinander arbeiten.

Oft sieht man in Organisationen, dass Menschen zwar dasselbe Ziel verfolgen, dabei ist jedoch koordinierte Kommunikation nicht unbedingt notwendig (vgl. ebenda, S. 374).

Als Beispiel kann die Arbeit auf einer physikalischen Ambulanz genannt werden (Elektrotherapie, Massage, Packungen etc.). Auf der Verordnungskarte des Patienten stehen die Anweisungen des Arztes, der Mitarbeiter führt diese am Patienten aus.

Diese Art der Zusammenarbeit nennt man „Nebeneinander“.

Oft sind Zielsetzungen von Organisationen so komplex, dass Mitarbeiter unterschiedlicher oder sogar gegensätzlicher Sichtweisen zusammenarbeiten müssen. Aus diesen Differenzen der Standpunkte sollen interdisziplinäre Ziele und innovative Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden (vgl. ebenda, S. 376). Als „Gegeneinander“ bezeichnet von Rosenstiel diese Kontaktform. Auch sie kann sehr produktiv sein.

Beim „Miteinander“ steht die Kommunikation zwischen den Mitarbeitern im Vordergrund. Ohne Absprachen kann das übergeordnete Ziel nicht erreicht werden. Außerdem ist das

Wissen zur Problemlösung bzw. Zielerreichung auf mehrere Gruppenmitglieder verteilt – Kommunikation ist also unerlässlich (vgl. ebenda).

Ein gutes Miteinander wäre im Krankenhaus natürlich am wünschenswertesten – sowohl für die Mitarbeiter, als auch für die Patienten.

3. Geriatrie – ein interdisziplinäres Arbeitsfeld?

3.1. Definitionen

„Alter“:

Das am Jahrgang eines Menschen ablesbare Alter sagt oft wenig über seine Fähigkeiten aus und kann nicht als einziges Maß verwendet werden. Durch unterschiedliche Lebensläufe zeigen sich mit steigendem Lebensalter neben physischen und psychischen auch oft Persönlichkeitsveränderungen (vgl. Steidl / Nigg, 2008, S. 14).

Doch wann gilt jemand als alt und wann noch als jung? Die WHO schlägt folgende Einteilung vor (vgl. ebenda):

- 60-75 Jahre: ältere Menschen
- 75-90 Jahre: Alte
- Über 90 Jahre: Hochbetagte
- Über 100 Jahre: Langlebige

Allgemein gelten das Ausscheiden aus dem Berufsleben, das kalendarische Alter, der biologische Abbau und die neue Bewertung von Leistung als Kriterien für den Beginn des Alterns (vgl. ebenda, S. 13).

„Geriatrie“:

[gr. geron = das Alter, gr. iatros = der Arzt (ebenda, S. 14)]

Die Geriatrie ist ein Teilbereich der Medizin, der sich mit den physiologischen Erscheinungen des Alterungsprozesses sowie der Diagnose und Behandlung von Krankheiten befasst, unter denen ältere Menschen leiden (vgl. Anderson, 2004, S. 400).

„Gerontologie“:

[gr. geron = das Alter, gr. logos = die Lehre (Steidl / Nigg, 2008, S. 15)]

Die Gerontologie beschreibt das „Studium aller Aspekte des Alterungsprozesses, einschließlich der klinischen, psychologischen, ökonomischen und soziologischen Fragen, die im Zusammenhang mit älteren Menschen stehen, sowie ihre Konsequenzen sowohl für den Einzelnen als auch für die Gesellschaft.“ (Anderson, 2004, S. 400)

„Gerontopsychiatrie“:

[gr. geron = das Alter, gr. psyche = die Seele, gr. iatros = der Arzt]

Die Gerontopsychiatrie „beschäftigt sich mit der Beschreibung, Diagnostik, Therapie und Prävention von psychischen Erkrankungen, die insbesondere im Alter auftreten. Patienten [...] sind psychisch krank gewordene Alte und alt gewordene psychisch Kranke“. (Steidl / Nigg, 2008, S. 17)

„Altenpflege“:

Die Altenpflege ist eine „Profession im Gesundheitswesen mit sozialpflegerischen und pflegerischen Aufgaben, Begleitung, Beratung und Versorgung von gesunden und kranken alten Menschen unter Berücksichtigung und Einbeziehung der körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse des Einzelnen.“ (Anderson, 2004, S. 42)

Handlungsfelder der Altenpflege sind die stationäre, die teilstationäre, die ambulante und die offene Altenpflege.

„geriatrisches Assessment“:

[engl.: Abschätzung]

Ein Assessment ist das Zusammentragen von Informationen anhand standardisierter Schemata, um das Ausmaß vorhandener bzw. verlorener Fähigkeiten einschätzen zu können; z.B.: bei seniler Demenz, nach wiederholten Stürzen oder zur Beurteilung der Selbstständigkeit älterer Menschen, der Pflegebedürftigkeit bzw. Notwendigkeit einer Heimunterbringung (vgl. Pschyrembel, 2007. S. 152).

3.2. Interdisziplinäres Team in der Geriatrie

Das interdisziplinäre Arbeiten stellt neben dem Rehabilitationspotential des Patienten die Grundlage für eine erfolgreiche Rehabilitation dar. Wichtig ist die Wertschätzung für die einzelnen Berufsgruppen im Rehabilitationsteam und eine gute Kommunikation, um Ziele definieren, sowie Ergebnisse der Interventionen evaluieren zu können.

Immer wieder fällt der Begriff des geriatrisch – therapeutischen Teams, das meist unter ärztlicher Leitung steht. In der Regel wird die Leitung des Teams von einem Internisten,

seltener von einem Allgemeinmediziner oder Neurologen mit der Weiterbildung für klinische Geriatrie wahrgenommen (vgl. Stier-Jarmer / Piebtko / Stucki, 2002, S. 193).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der klinisch-geriatrischen Einrichtungen empfiehlt für die Zusammensetzung eines multiprofessionellen, ärztlich geleiteten therapeutischen Teams als Verhältnis zwischen diversen Berufsgruppen und Patienten (vgl. ebenda):

Das therapeutische Team in der vollstationären Geriatrie	
Ärzte	1:10–1:12
Pflegekräfte	1:1,4–1:1,8
Physiotherapie	1:8–1:12
Ergotherapie	1:10–1:12
Massage- und Badeabteilung	1:20–1:30
Logopädie	1:30–1:40
Neuropsychologie	1:40
Sozialarbeit	1:40–1:50
Seelsorge	1:100
Diätassistenten	1:100
Konsiliardienste für alle angrenzenden Fächer Musiktherapie (optional)	

Tabelle 1: Das therapeutische Team (Stier-Jarmer / Piebtko / Stucki, 2002, S. 193)

Dies bedeutet, dass auf einen Arzt zehn bis zwölf Patienten kommen, auf eine Pflegekraft 1,4 bis 1,8 Patienten etc.

Das Ziel dieses multiprofessionellen Teams ist es, „... ältere Patienten nach akuter Erkrankung oder bei drohender Unselbständigkeit wieder auf den Weg zur Selbständigkeit zu bringen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Für das Erreichen dieser Ziele ist das koordinierte Zusammenwirken von Spezialisten aus unterschiedlichen medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen unerlässlich.“ (ebenda)



Abbildung 4: Der geriatrische Patient im interdisziplinären Team (Gatterer, 2003, Titelbild)

Im Folgenden möchte ich auf die einzelnen zusammenwirkenden Berufsgruppen sowie die Angehörigen, die ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Erreichung der Therapieziele spielen, näher eingehen.

3.2.1. Ärzte

Die grundlegenden ärztlichen Aufgaben in der Geriatrie sind die Feststellung einer Anamnese, die Untersuchung des Patienten, Diagnosestellung und Überwachung sowohl des Gesundheitszustandes als auch der gesundheitlichen Entwicklung, die fortlaufende medizinische Behandlung (vgl. Berting-Hüneke / Langner/ Lüttje / Postina, 2002, S. 24), die Koordination von pflegerischen, therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen und gegebenenfalls das Feststellen des Todes eines Patienten (vgl. Greiner, 2006, S. 69).

In den meisten stationären Altenpflegeeinrichtungen herrscht das Wahlarztprinzip. Die Vorteile bestehen dabei in der meist langjährigen Beziehung zwischen Patient und Wahlhausarzt und der Erhalt der Individualität. Da gerade ältere Menschen unter

verschiedenen Erkrankungen und altersbedingten Veränderungen leiden, werden regelmäßig Fachärzte hinzugezogen. Meist spielen Internisten hier eine besonders große Rolle, da sie die internistischen Erkrankungen des Patienten abklären und durch die Behandlung sowohl das Wohlbefinden als auch die Belastbarkeit steigern (vgl. Pils, 2006, S. 149ff.).

3.2.2. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen

In der Geriatrie spielt die Gesundheits- und Krankenpflege eine wesentliche Rolle. Ein großer Teil der pflegerischen Tätigkeiten sind die Verabreichung von Medikamenten, die Behandlung und Pflege von Wunden, die Durchführung prophylaktischer Maßnahmen und die Hilfe bei der Körperpflege (vgl. Berting-Hüneke / Langner/ Lüttje / Postina, 2002, S. 25). Kneafsey und Long (2002, S. 24) beschreiben in ihrem Artikel die vielseitige Schlüsselrolle der Pflege im multidisziplinären Team: „Being a coordinator, creating a supportive atmosphere and environment in which rehabilitation can take place, being an ‘understudy‘ to other therapists [...] and providing general or specialist nursing care over a 24-hour period.”

Die Aufgabengebiete der Gesundheits- und Krankenpflege in der Geriatrie werden genau in Kapitel vier besprochen.

3.2.3. Physiotherapeuten

Physiotherapeuten sollen in der Geriatrie die selbständige Bewegung der Patienten erhalten, fördern bzw. wiederherstellen und Krankheiten, Schmerzen und Einschränkungen am Bewegungsapparat vorbeugen oder lindern, gegebenenfalls durch den Einsatz von Hilfsmitteln (vgl. Greiner, 2006, S. 71).

Die Aufgabengebiete der Physiotherapeuten in der Geriatrie werden genau in Kapitel fünf besprochen.

3.2.4. Ergotherapeuten

Ergotherapeuten sollen körperliche, geistige, psychische und soziale Fähigkeiten der Patienten im Alltag erhalten oder verbessern und die Selbständigkeit fördern (vgl. Greiner, 2006, S. 72). Unterschieden wird die funktionelle von der psychosozialen Ergotherapie. Die funktionelle Ergotherapie beinhaltet die „Hilfe zur Selbsthilfe“ in Alltagssituationen wie Waschen, Kochen oder Anziehen, Training der Fein- und Grobmotorik und die Anfertigung bzw. die Anleitung im Umgang mit Hilfsmitteln. Die psychosoziale Ergotherapie fördert eine positive Lebenseinstellung und das Selbstvertrauen, die Konzentration und das Planen und Durchführen bestimmter Freizeitangebote (vgl. Berting-Hüneke / Langner/ Lüttje / Postina, 2002, S. 28).

3.2.5. Logotherapeuten

Logopädische Aufgaben in der Geriatrie sind die Diagnose und Therapie von Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen sowie die Verbesserung des Sprachverständnisses und der Gesichtsmotorik, um dem Patienten ein möglichst normales Leben im sozialen Umfeld zu ermöglichen.

Hierfür üben sie mit den Patienten die Mundmotorik, bestimmte Atemtechniken, und das Einbeziehen von Körpersprache in die tägliche Kommunikation (vgl. Greiner, 2006, S. 73).

3.2.6. Sozialarbeiter / Sozialpädagogen

Sie gestalten in stationären Einrichtungen die Betreuungsangebote, helfen und beraten bei verschiedensten Problemen, erkennen Krisensituationen und begleiten die Patienten durch die schwierige Zeit (vgl. ebenda, S. 71).

Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen die sich auf die Betreuung alter Menschen spezialisiert haben, wissen besonders gut darüber Bescheid, an wen sich der Patient bei spezifischen altersbedingten psychosozialen Schwierigkeiten wenden kann (vgl. Berting-Hüneke / Langner/ Lüttje / Postina, 2002, S. 29).

3.2.7. Angehörige

Angehörige sind keine Berufsgruppe, spielen aber in der Rehabilitation und oft auch Betreuung alter Menschen eine wesentliche Rolle. Daher möchte ich sie hier als Mitglied des interdisziplinären Rehabilitationsteams beschreiben.

Angehörige sind meist jene Personen, zu denen der alte Mensch die engste Beziehung hat, die ihn am besten kennen und bei Krankheit oder Problemen unterstützen. Sind keine Verwandten in der Nähe, so hat diese Rolle oft der Nachbar inne. Diese Personen beurteilen die Behandlungsbedürftigkeit des Verwandten / Freundes und übernehmen häufig die häusliche Pflege (vgl. Gatterer, 2003, S. 15f.).

Abschließend möchte ich Hall und Weaver (2001, S. 867) zitieren: „Interdisciplinary health care teams with members from many professions [...] are working together, collaborating and communicating closely to optimize patient care.”

4. Aufgabenbereiche der Gesundheits- und Krankenpflege in der Geriatrie

Nachdem nun klar definiert wurde, was „Geriatrie“ bedeutet, möchte ich nun auf die Aufgabenbereiche des Pflegepersonals eingehen.

Laut Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflege (GuKG) §1 gehören zu den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen sowohl der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, als auch die Pflegehilfe.

Da ich außerdem in der Praxis feststellen konnte, dass neben Gesundheits- und Krankenschwestern / -pflegern ebenfalls Pflegehelfern eine wesentliche Rolle in der Stationsarbeit spielen, möchte sie später von meiner Befragung – die einen wesentlichen Teil meiner Arbeit darstellt – nicht ausschließen. Aus diesem Grund bezieht sich der in meiner Diplomarbeit verwendete Begriff „Pflegepersonen“ sowohl auf Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als auch auf Pflegehelfer.

Im folgenden Teil meiner Arbeit, habe ich mich mit dem Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflege (BGBl I 108/1997 idgF BGBl I 95/1998, BGBl I 65/2002, BGBl I 6/2004, BGBl I 69/2005 und BGBl I 90/2006 und BGBl I 57/2008) näher beschäftigt.

4.1. Rechtliche Grundlagen

4.1.1. Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

„§ 1. Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind:

1. der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und ²⁾
2. die Pflegehilfe.³⁾

[...]

²⁾ Die Bezeichnung gehobener Dienst zeigt die Pflege als eigenständigen, eigenverantwortlichen Beruf auf. Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege heißt, dass Personen des Krankenpflegefachdienstes auch verpflichtet sind, die Aufgaben der

Gesundheitspflege wahrzunehmen, denn diese ist ein ursprünglicher Bestandteil der Pflege überhaupt.

³⁾ Durch die enge Zusammenarbeit mit dem Krankenpflegefachdienst, nunmehr gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, wurde in diesem Gesetz die Pflegehilfe ebenfalls neu geregelt.“ (GuKG, 2008, §1, www.ogkv.at)

4.1.2. Berufsbild – Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

„§ 11. (1) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist der pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten.

(2) Er umfasst die Pflege und Betreuung von Menschen aller Altersstufen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen, die Pflege und Betreuung behinderter Menschen, Schwerkranker und Sterbender sowie die pflegerische Mitwirkung an der Rehabilitation, der primären Gesundheitsversorgung, der Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten im intra- und extramuralen Bereich.

(3) Die in Abs. 2 angeführten Tätigkeiten beinhalten auch die Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen auf ärztliche Anordnung.“ (GuKG, 2008, §11, www.ogkv.at)

4.1.3. Berufsbild – Pflegehilfe

„§ 82. Die Pflegehilfe ¹⁾ umfasst die Betreuung pflegebedürftiger Menschen zur Unterstützung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie von Ärzten.

¹⁾ Das Berufsbild der Pflegehilfe soll deutlich zum Ausdruck bringen, dass es sich hierbei um einen qualifizierten Beruf zur Unterstützung und Hilfe anderer Gesundheitsberufe,

insbesondere des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen handelt.

Die Pflegehelferin/der Pflegehelfer werden bei ihrer Tätigkeit von diplomiertem Pflegepersonal angeleitet.“ (GuKG, 2008, §82, www.ogkv.at)

4.1.4. Allgemeine Berufspflichten – Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

„§ 4. (1) Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben ihren Beruf ohne Unterschied der Person gewissenhaft auszuüben. Sie haben das Wohl und die Gesundheit der Patienten, Klienten und pflegebedürftigen Menschen unter Einhaltung der hierfür geltenden Vorschriften und nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren. Jede eigenmächtige Heilbehandlung ist zu unterlassen.

(2) Sie haben sich über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der medizinischen und anderer berufsrelevanter Wissenschaften regelmäßig fortzubilden.

(3) Sie dürfen im Falle drohender Gefahr des Todes oder einer beträchtlichen Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung eines Menschen ihre fachkundige Hilfe nicht verweigern.“ (ebenda, §4)

Dokumentationspflicht (§5), Verschwiegenheitspflicht (§6), Auskunftspflicht (§9)

Alle gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen sind zu dokumentieren. Die Möglichkeit zur Einsicht in die Dokumentation, welche die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen enthalten muss, haben (auf Verlangen) sowohl der Patient als auch sein gesetzlicher Vertreter.

Ebenso wie Angehörige des medizinisch-technischen Dienstes sind auch Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung Ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet. Es gibt jedoch Ausnahmen von dieser Regelung.

Im Zuge der Auskunftspflicht müssen die erforderlichen Informationen zu den gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen dem Patienten, seinem gesetzlichen Vertreter oder anderen Angehörigen behandelnder oder pflegender Berufsgruppen, erteilt werden (vgl. ebenda, §5, §6, §9).

Weiters gibt es noch die Anzeigepflicht (§7), Meldepflicht (§8) und den Berufsausweis (§10). Diese möchte ich hier jedoch nur der Vollständigkeit halber erwähnen.

4.1.5. Tätigkeitsbereich – Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

„§ 13. (1) Die Tätigkeitsbereiche des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen

1. eigenverantwortliche,
2. mitverantwortliche und
3. interdisziplinäre Tätigkeiten.“ (ebenda, §13)

Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich

„§ 14. (1) Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege.

(2) Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

1. Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen (Pflegeanamnese),
2. Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose),
3. Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidung über zu treffende pflegerische Maßnahmen (Pflegeplanung),
4. Durchführung der Pflegemaßnahmen,
5. Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation),

6. Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen,
7. psychosoziale Betreuung,
8. Dokumentation des Pflegeprozesses,
9. Organisation der Pflege,
10. Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals, sowie Anleitung, Unterweisung und begleitende Kontrolle von Personen gemäß §§ 3 b und 3 c
11. Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung und
12. Mitwirkung an der Pflegeforschung.“ (ebenda, §14)

Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich

„§ 16. (1) Der interdisziplinäre ¹⁾ Tätigkeitsbereich umfasst jene Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch andere Berufe des Gesundheitswesens betreffen.

(2) Im interdisziplinären Tätigkeitsbereich haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht. Sie tragen die Durchführungsverantwortung für alle von ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahmen.

(3) Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

1. Mitwirkung bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit,
2. Vorbereitung der Patienten oder pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen auf die Entlassung aus einer Krankenanstalt oder Einrichtung, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dient, und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung,
3. Gesundheitsberatung und
4. Beratung und Sorge für die Betreuung während und nach einer physischen oder psychischen Erkrankung.

¹⁾ Der Begriff "interdisziplinär" bedeutet das Zusammenwirken verschiedener Gesundheitsberufe, nämlich

- gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (intra- und extramurale Bereiche),
- Pflegehilfe - Sanitätsunteroffiziere,
- Ärzte,
- Psychologen,
- Soziologen,
- Hebammen,
- gehobener medizinisch-technischer Dienst.“ (ebenda, §16)

Neben den beiden eben beschriebenen Tätigkeitsbereichen wird im GuKG auch der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich (§15) beschrieben. In diesem Zusammenhang soll jedoch nicht näher darauf eingegangen werden.

4.1.6. Tätigkeitsbereich – Pflegehilfe

„§ 84. (1) Der Tätigkeitsbereich der Pflegehilfe umfasst

1. die Durchführung von pflegerischen Maßnahmen gemäß Abs. 2 und 3 und
2. die Mitarbeit bei therapeutischen und diagnostischen Verrichtungen gemäß Abs. 4 einschließlich der sozialen Betreuung der Patienten oder Klienten und der Durchführung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten.

(2) Die Durchführung von pflegerischen Maßnahmen darf nur nach Anordnung und unter Aufsicht von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgen. [...]

(3) Die Durchführung von pflegerischen Maßnahmen umfasst insbesondere:

1. Durchführung von Grundtechniken der Pflege,
2. Durchführung von Grundtechniken der Mobilisation,
3. Körperpflege und Ernährung,

4. Krankenbeobachtung,
5. prophylaktische Pflegemaßnahmen,
6. Dokumentation der durchgeführten Pflegemaßnahmen und
7. Pflege, Reinigung und Desinfektion von Behelfen.

(4) Im Rahmen der Mitarbeit bei therapeutischen und diagnostischen Verrichtungen dürfen im Einzelfall nach schriftlicher ärztlicher Anordnung und unter Aufsicht von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder von Ärzten folgende Tätigkeiten durchgeführt werden:

1. Verabreichung von Arzneimitteln,
2. Anlegen von Bandagen und Verbänden,
3. Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln einschließlich Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens,
4. Durchführung von Sondenernährung bei liegenden Magensonden,
5. Maßnahmen der Krankenbeobachtung aus medizinischer Indikation, wie Messen von Blutdruck, Puls, Temperatur, Gewicht und Ausscheidungen sowie Beobachtung der Bewusstseinslage und der Atmung und
6. einfache Wärme- und Lichtanwendungen.

Nach Maßgabe des § 15 Abs. 6 Z 1 kann die Anordnung auch durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgen. Einer Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung ist zulässig, sofern die Dokumentation gewährleistet ist.“ (ebenda, §84)

4.2. Pflege in der Geriatrie

In diesem Abschnitt möchte ich einen Überblick über pflegerische Tätigkeiten in der Geriatrie geben. Dabei soll betont werden, dass dies keine vollständige Aufzählung aller möglichen pflegerischen Tätigkeiten darstellt, sondern jene Tätigkeiten, die ich speziell in der geriatrisch-pflegerischen Literatur gefunden habe, repräsentiert.

4.2.1. Die Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess

Der Pflegeprozess beschreibt die Entwicklung der patientenorientierten Pflege. Im Mittelpunkt steht der Patient mit all seinen Ressourcen (vgl. Henke, 2006, S. 14). Booney und Rothberg haben 1963 ein erstes systematisches Vorgehen für die geplante Ausführung der Pflege beschrieben. Weitere Autoren konkretisierten dieses Grundgerüst. Inzwischen gibt es verschiedene Modelle der Pflegeplanung mit unterschiedlich vielen Schritten. Manche Modelle teilen die Pflegeplanung in lediglich vier Schritte (Modell nach Yura und Walsh, 1967), andere in sechs (Modell nach Fiechter und Maier, 1981) – die Inhalte der unterschiedlichen Modelle entsprechen einander jedoch in grundlegenden Ansätzen (vgl. Rappold / Rottenhofer, 2009, S. 8f.). Im GuKG (1997) wird der Pflegeprozess in fünf Phasen abgebildet (siehe Abbildung 5).

PP nach Yura & Walsh (1967)	PP nach Fiechter und Maier (1981)	PP nach Gordon (1994)		GuKG (1997)
Assessment	Informationssammlung	Problem- identifikation	Assessment	Pflegeanamnese
	Erkennen von Proble- men und Ressourcen		Diagnose	Pflegdiagnose
Planung	Festlegen der Pflegeziele	Problemlösung	Pflegezielbestimmung	Planung der Pflege
	Planen der Pflegemaßnahmen		Interventionen	
Implementieren	Durchführen der Pflegemaßnahmen			Durchführen der Pflege- maßnahmen
Evaluierung/ Feedback	Beurteilung der Pflege		Ergebnisbewertung	Pflegeevaluation

Abbildung 5: Phasenmodelle des Pflegeprozesses (PP) und Abbildung im GuKG (Rappold / Rottenhofer, 2009, S. 9)

Schritt drei und vier des Modells nach Fiechter und Maier wurden im GuKG zu einem Punkt (Planung der Pflege) zusammengefasst. Da das sechststufige Modell nach Fiechter und Maier aus dem Jahre 1981 in Österreich sehr verbreitet ist und auch die „erste deutschsprachige Publikation zur Pflegeplanung in Österreich“ (Rappold / Rottenhofer, 2009, S. 8) darstellt, möchte ich in meiner Diplomarbeit dieses Modell vorstellen.

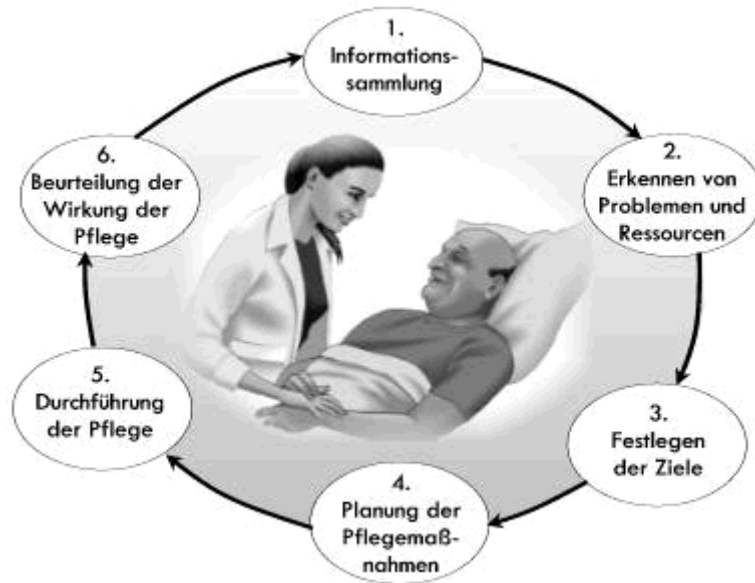


Abbildung 6: Die sechs Schritte des Pflegeprozesses (www.altenheim-neviges.de)

1. Informationssammlung

Mit dem zu Pflegenden wird ein sogenanntes Erstgespräch geführt (Pflegeanamnese), um einerseits Informationen über die Pflegebedürftigkeit zu sammeln und andererseits eine erste Beziehung zwischen dem Patienten und dem Pflegepersonal aufzubauen. Vertrauen ist in dieser Beziehung besonders wichtig. Für die leichtere Einschätzung des Patienten stehen der Pflegekraft verschiedene sogenannte Pflegeassessments zur Verfügung (zum Beispiel Checklisten oder Anamnesebögen) (vgl. ebenda, S. 71ff).

2. Erkennen von Problemen und Ressourcen

Wie schon der Titel dieses zweiten Punktes sagt, werden die individuellen Probleme oder Einschränkungen des Patienten erkannt und Ressourcen bzw. vorhandene Fähigkeiten erfasst. (vgl. ebenda, S. 173)

3. Pflegeziele planen

„Ein Pflegeziel muss konkret, realistisch, erreichbar und überprüfbar sein.“ (ebenda, S. 95)
Wie auch bei der Physiotherapie werden Fernziele und Nah- bzw. Teilziele formuliert (vgl. ebenda, S. 97).

4.2.2. Pflegerische Maßnahmen

Prophylaxen

Prophylaxen dienen der Vorbeugung bzw. Verhütung von Krankheit. Grundsätzlich sollten Prophylaxen rechtzeitig, kontinuierlich, ressourcenorientiert und in den Tagesablauf einbezogen, durchgeführt werden. In Lehrbüchern für Gesundheits- und Krankenpflege finden sich viele Prophylaxen, die in der Altenpflege durchgeführt werden sollten. Ich möchte jene, die ausschließlich in der Pflegeliteratur beschrieben sind, hier kurz vorstellen. Jene Prophylaxen, die auch in der Physiotherapie Anwendung finden, erläutere ich in Kapitel sechs (Interdisziplinäre Aufgabenfelder zwischen Pflege und Physiotherapie in der Geriatrie).

Hospitalismusprophylaxe

Hospitalismus bezeichnet alle körperlichen und psychischen Schäden, die durch oder während eines Aufenthaltes in einem Krankenhaus, Sanatorium, Heim usw. entstehen (vgl. Reuter, 2004, S. 949).

Ziel dieser Prophylaxe ist es, die Zufriedenheit und das subjektive Wohlbefinden des Patienten durch eine kontinuierliche Vertrauensbeziehung und soziale Integration zu steigern und die Patienten durch gewohnte Beschäftigung und Aufgaben zu motivieren (vgl. Schoppmeyer, 2006, S. 416). Kleine Ziele erhöhen dabei die Motivation und machen Erfolgserlebnisse schneller sichtbar.

Munderkrankungsprophylaxe

Munderkrankungen wie Soor oder Parotitis können als Folge einer nicht intakten Mundschleimhaut entstehen und sollen durch diese Prophylaxe verhindert werden. Munderkrankungen können aufgrund mangelnder Kautätigkeit, einer Immunabwehrschwäche, mangelnder Mundhygiene, Atemwegserkrankungen, Mundtrockenheit, schlecht sitzender Zahnprothesen oder bei Sterbenden auftreten. Pflegekräfte können durch gezielte Prophylaxe Munderkrankungen und Mundgeruch

verhindern, die Speichelsekretion anregen, das Wohlbefinden des Patienten steigern und bei intakter Mundschleimhaut diese erhalten (vgl. ebenda, S. 430f.).

Intertrigoprophylaxe

Intertrigo ist eine lokal begrenzte, rote, oft juckende Hautveränderung („Wundsein“), die meist an aneinander liegenden Hautstellen wie unter der weiblichen Brust, in Bauchfalten, in der Analfalte, in der Achselhöhle oder im Genitalbereich auftritt (vgl. Reuter, 2004, S. 1055). Ziele der prophylaktischen Maßnahmen sind die gefährdeten Körperstellen trocken zu halten, den physiologischen Säureschutzmantel der Haut aufzubauen bzw. die intakte Haut zu erhalten (vgl. Schoppmeyer, 2006, S. 431).

Harnwegsinfektoprophylaxe

Eine Harnwegsinfektion ist eine Entzündung der ableitenden Harnwege durch Bakterien. Durch sorgfältige Intim- und Katheterpflege, genügend Flüssigkeitszufuhr, täglichen Wäschewechsel und das Tragen von Unterhosen auch bei bettlägerigen Patienten, soll eine solche schmerzhaft und für den Patienten sehr unangenehme Infektion vermieden werden. (vgl. ebenda, S. 433).

Wundbehandlung

Hat ein Patient eine Wunde, muss diese vom Pflegepersonal täglich bzw. beim Verbandwechsel beobachtet, beurteilt und dokumentiert werden. Zu diesem Zweck darf die Pflegeperson die Wunde – mit Einverständnis des Patienten – auch fotografieren. Im Pflegebericht sollten Entzündungszeichen, Farbe, Beschaffenheit und Geruch des Wundsekretes sowie Durchmesser und die Tiefe der Wunde und der Heilungsverlauf dokumentiert werden (vgl. ebenda, S. 437).

Verbände

Ein Verband soll vor Infektionen schützen, überschüssiges Sekret und Blut aufnehmen, Schmerzen lindern und auch die jeweilige Wundheilungsphase unterstützen. Damit eine solche optimale Unterstützung möglich ist, muss für jede Wunde die richtige Verbandart ausgewählt werden.

Injektionen

Eine Injektion ist die Einspritzung von Flüssigkeiten in die Blutbahn oder in Gewebe. Je nach Ort in den injiziert wird, unterscheidet man intramuskulär (in den Muskel), subkutan (unter die Haut), intradermal (in die Haut) und intravenös (in eine Vene) (vgl. Reuter, 2004, S. 1039). Außerdem gibt es noch intraarterielle (in eine Arterie) und intraartikuläre (in ein Gelenk) Injektionen, sie kommen aber in der Altenpflege selten vor (vgl. Schoppmeyer, 2006, S. 444).

Injektionen müssen in jedem Fall schriftlich vom Arzt verordnet, nur subkutane und intramuskuläre Injektionen dürfen an das Pflegepersonal – mit dessen Einwilligung – delegiert werden.

Infusionen

Eine Infusion ist eine Flüssigkeitszufuhr über eine Vene (intravenös), eine Arterie (intraarteriell), das Unterhautfettgewebe (subkutan) oder den Darm (rektal) (vgl. Reuter, 2004, S. 1038).

Meist wird dem Patienten für die Gabe von intravenösen Infusionen eine Verweilkanüle gelegt. Beim Setzen dieser Kanüle assistiert die Pflegeperson dem Arzt. Die Verordnung und Durchführung der intravenösen Infusion obliegt ebenfalls dem Arzt, für die Assistenz und Pflege ist die Pflegeperson zuständig. Subkutane Infusionen dürfen auf Anordnung des Arztes auch vom Pflegepersonal verabreicht werden (vgl. Schoppmeyer, 2006, S. 451f.).

Katheter

Die transurethrale Katheterisierung (Katheter durch die Harnröhre) der Blase kann sowohl beim Mann, als auch bei der Frau, nach ärztlicher Anordnung an eine Pflegekraft mit Fachkompetenz delegiert werden. Auch die Pflege, der Wechsel und die Entfernung des Katheters führt nach ärztlicher Absprache die Pflegeperson durch (vgl. ebenda, S. 455 ff.).

Sonden

Allgemein versteht man unter einer Sonde ein starres oder biegsames Instrument aus Metall oder Plastik zur Einführung in Gefäße, Hohlorgane oder Hohlräume (vgl. Reuter, 2004, S. 1992).

Die wichtigsten Sonden in der Altenpflege sind die Sauerstoffsonde zur Anreicherung der Einatemluft mit Sauerstoff, die Magensonde zur kurzfristigen Ernährungstherapie und die PEG-Sonde (perkutane endoskopische Gastrostomie), die ebenfalls der extraoralen Ernährung dient, jedoch in einer Operation durch die Bauchwand gestochen und fixiert wird.

Sauerstoffsonden werden nach ärztlicher Anordnung durch das Pflegepersonal verabreicht, Magensonden setzen normalerweise Ärzte, diese Tätigkeit kann jedoch auch an Pflegepersonen delegiert werden. Die Pflege aller drei Sonden obliegt immer den Pflegekräften (vgl. Schoppmeyer, 2006, S. 461ff.).

Stomapflege

Ein Stoma ist ein künstlich angelegter Ausgang und kann an verschiedenen Körperstellen operativ angelegt werden. Das Tracheostoma ist eine Öffnung der Luftröhre nach außen, Kolostoma und Ileostoma sind künstliche Darmausgänge und das sogenannte Urostoma ist eine künstliche Harnableitung. In Operationen werden diese künstlichen Ausgänge gelegt, für die Reinigung und Pflege ist das Pflegepersonal zuständig (vgl. ebenda, S. 467ff.).

Dies waren jene Pflege- und Arbeitstechniken, die in der Geriatrie ausschließlich von der Pflege übernommen werden. Im nächsten Kapitel möchte ich aufzeigen, welche Aufgaben nur die Physiotherapie übernimmt.

5. Aufgabenbereiche der Physiotherapie in der Geriatrie

„Physiotherapie ist, wenn wir die antiken Wurzeln außer Acht lassen, etwa 100 Jahre alt und somit ein relativ junger Teilbereich der Medizin. Die Physiotherapie ist eingebettet in die Grundlagenwissenschaften Medizin, Psychologie, Pädagogik, Soziologie und Philosophie mit deren Teilgebieten Anatomie, Physiologie, Biomechanik, Trainingslehre, Prävention, Rehabilitation, Berufsrecht, Ethik uvm.“ (www.physioaustria.at)

Die rechtliche Grundlage für die Physiotherapie bildet das sogenannte „Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste“ (MTD-Gesetz).

5.1. Rechtliche Grundlagen

5.1.1. MTD-Berufe

„§ 1. Die gehobenen medizinisch-technischen Dienste sind:

1. der physiotherapeutische Dienst;
2. der medizinisch-technische Laboratoriumsdienst;
3. der radiologisch-technische Dienst;
4. der Diätdienst und ernährungsmedizinische Beratungsdienst;
5. der ergotherapeutische Dienst,
6. der logopädisch-phoniatrisch-audiologische Dienst;
7. der orthoptische Dienst.“ (MTD-Gesetz, 2007, §1, www.physioaustria.at)

5.1.2. Berufsbild – physiotherapeutischer Dienst

„§ 2. (1) Der physiotherapeutische Dienst umfasst die eigenverantwortliche Anwendung aller physiotherapeutischen Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung im intra- und extramuralen Bereich, unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Zusammenhänge auf den Gebieten der Gesundheitserziehung, Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation. Hierzu gehören

insbesondere mechanotherapeutische Maßnahmen, wie alle Arten von Bewegungstherapie, Perzeption, manuelle Therapie der Gelenke, Atemtherapie, alle Arten von Heilmassagen, Reflexzonentherapien, Lymphdrainagen, Ultraschalltherapie, weiters alle elektro-, thermo-, photo-, hydro- und balneotherapeutischen Maßnahmen sowie berufsspezifische Befundungsverfahren und die Mitwirkung bei elektrodiagnostischen Untersuchungen. Weiters umfasst er ohne ärztliche Anordnung die Beratung und Erziehung Gesunder in den genannten Gebieten.“ (ebenda, §2)

5.1.3. Allgemeine Berufspflichten – physiotherapeutischer Dienst

„§ 11. (1) Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste haben ihren Beruf ohne Unterschied der Person gewissenhaft auszuüben. Sie haben das Wohl und die Gesundheit der Patienten und Klienten unter Einhaltung der hiefür geltenden Vorschriften und nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren.

(2) Sie haben sich über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse des jeweiligen gehobenen medizinisch-technischen Dienstes sowie der medizinischen Wissenschaft, soweit diese für den jeweiligen gehobenen medizinisch-technischen Dienst relevant ist, regelmäßig fortzubilden.

(3) Jede eigenmächtige Heilbehandlung ist zu unterlassen.“ (ebenda, §11)

Dokumentationspflicht (§11a), Verschwiegenheitspflicht (§11c), Auskunftspflicht (§11b)

Die Dokumentationspflicht, die Verschwiegenheitspflicht und die Auskunftspflicht, die im MTD-Gesetz verankert sind, gelten allgemein für alle Angehörigen des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes.

Die Dokumentation dient zu Informationszwecken dem Patienten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter wie auch anderen Berufsgruppen, die zur Einsicht berechtigt sind.

Der Physiotherapeut / die Physiotherapeutin hat auch die Pflicht, dem Patienten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter und anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe, die den Patienten pflegen oder behandeln, Auskünfte über die gesetzten Maßnahmen zu erteilen.

Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste sind im Allgemeinen zur Verschwiegenheit über alle, ihnen in der Ausübung ihres Berufes anvertrauten Geheimnisse verpflichtet, außer sie werden von der Geheimhaltung entbunden. (vgl. ebenda)

5.1.4. Tätigkeitsbereich – physiotherapeutischer Dienst

„Physiotherapie beinhaltet die Vermeidung von Funktionsstörungen des Bewegungssystems, die Erhaltung und Wiederherstellung der natürlichen Bewegungsabläufe und die Symptomverbesserung bzw. –begleitung. Der Physiotherapeut muss sowohl Fachkompetenz als auch soziale und pädagogische Fähigkeiten besitzen, um dem Patienten eine optimale individuelle Bewegungs- und Schmerzfreiheit, Selbständigkeit bzw. Lebensqualität zu ermöglichen. [...]

In vielen Therapiesituationen nimmt der Physiotherapeut die Rolle eines „Lehrers“ ein, da er Therapieschritte plant und erklärt, den Patienten immer wieder motiviert, berät und instruiert, um gemeinsam das gesetzte Ziel zu erreichen“. (www.physioaustria.at)

5.2. Physiotherapie in der Geriatrie

Physiotherapie, oft auch als Bewegungstherapie bezeichnet, kann nach verschiedenen Konzepten durchgeführt werden. Dabei ist zu beachten, welche Grunderkrankung der Patient hat, welche Funktionsdefizite er zeigt und wie belastbar er ist. Aufgrund eines Anfangsbefundes und den gemeinsamen (realistischen) Zielen wählt der Physiotherapeut geeignete Therapieformen aus (vgl. Pils, 2003, S. 152). Wichtig ist zu erwähnen, dass in der Geriatrie jene Behandlungsformen erlaubt sind, die dem Patienten helfen sein persönliches Ziel zu erreichen. Dies kann sich von Patient zu Patient sehr unterscheiden – die Erfahrung des Therapeuten hilft, die richtigen Methoden zu wählen und diese gegebenenfalls an die Ressourcen des Patienten zu adaptieren. Aspekte wie Lebenszufriedenheit, Lebensbewältigung, Restleistungsvermögen und sich mit seiner Erkrankung / seinen Erkrankungen arrangieren stehen im Vordergrund (vgl. Dickreiter, 1993, S. 21).

In der physiotherapeutisch-geriatriischen Literatur wird meist erst das Krankheitsbild beschrieben und danach auf die entsprechende Therapie eingegangen, da geriatriische Patienten interne, traumatische, neurologische, urologische, orthopädische etc. oder auch

mehrere Probleme gleichzeitig (Multimorbidität) aufweisen können. Alle in der Geriatrie anwendbaren physiotherapeutischen Maßnahmen hier zu erklären würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Daher habe ich mich dazu entschlossen, den geriatrischen Befund, besonders wichtige Maßnahmen und Techniken sowie die Einzel- und Gruppentherapie vorzustellen.

5.2.1. Der geriatrische Befund

„Der geriatrische Befund enthält alle wesentlichen Punkte des allgemeinen Befundes. Besondere Bedeutung kommt der Anamnese und dabei der sozialen Situation des Patienten, seinem sozialen Umfeld und seinen motorischen und kognitiven Leistungen vor dem Ereignis, das die Zuweisung zur Physiotherapie zur Folge hatte, zu.

Es ist wichtig, den Patienten in seiner Gesamtheit zu beurteilen und relevante Befunddaten nicht nur qualitativ sondern auch quantitativ zu erfassen. Dazu stehen auch in der Geriatrie verschiedene Tests und Messmethoden zur Verfügung.“ (Müllauer, 2005, S. 87) Die Ergebnisse dieser Tests lassen sich im Befund dokumentieren und so Veränderungen (Verbesserungen wie auch Verschlechterungen) festhalten.

Jede Einrichtung legt beim Befund auf andere Dinge besonderen Wert. Ich möchte hier einen typischen Befund vorstellen, der in der Geriatrie verwendet werden kann. Die Grundlage bildet hierfür bildet der physiotherapeutische Basisbefund.

~~~~~

## **PHYSIOTHERAPEUTISCHER BEFUND – AKUTGERIATRIE**

(vgl. Müllauer, 2005, S. 8ff. )

Name des/ der Therapeut/in:

Datum der Befundaufnahme:

### **Patientenanamnese**

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Aufnahmegrund:

Begleiterkrankungen, KH- Aufenthalte in den letzten Jahren, Operationen:

Medikamente:

Hilfsmittel:

### **Geriatrische Anamnese**

- Allgemeinzustand:
- Sehen:
- Hören:
- Ernährungszustand, passende Prothese, Schluckstörungen, Appetit, Trinkverhalten:
- Harn-, Stuhlkontrolle, Katheter:
- Medikamenteneinnahme:

Kognitive Fähigkeiten

- Orientierung (zeitlich, örtlich, zur Person, zur Situation):
- Gedächtnis:
- Konzentration und Aufmerksamkeit:

Psychische Situation

- Antrieb:
- Stimmungslage:
- Kooperationsbereitschaft:

Kommunikation

- aktive und passive Kontaktaufnahme:
- Dysarthrie, Aphasie, Sprachverständnis:
- Gestik, Mimik:

### **Soziale Situation**

- Wohnsituation:
- soziale Beziehungen:
- Zukunftsperspektiven:
- Pflegegeldstufe, Sachwalterschaft:

### **Sturzanamnese:**

#### **Schwindel:**

#### **Schmerzen:**

### **Kraft und Beweglichkeit der Oberen Extremität links und rechts**

- Muskeltonus:
- Tremor:
- Sensibilität:

### **Kraft und Beweglichkeit der Unteren Extremität links und rechts**

- Muskeltonus:
- Tremor:
- Sensibilität:

### **Geriatrisches Assessment**

- Esslinger-Transferskala:
- Tinetti-Test:
- Timed Up and Go:

### **Motorisch- Funktionelles Assessment**

#### **Funktionelles Hauptproblem:**

#### **Therapieziele**

Nahziel:

Fernziel:

#### **Physiotherapeutischer Plan und Maßnahmen:**

~~~~~

Relevante Daten, die von anderen Berufsgruppen erhoben werden, wie die Norton Skala (Pflege) oder der Mini Mental Test (Ergotherapie) können im physiotherapeutischen Befund ebenfalls vermerkt werden. Das Wissen um die Fähigkeiten des Patienten bei der Verrichtung des täglichen Lebens, dient dem gesamten Team zur Rehabilitation- und Entlassungsplanung. Im Prinzip kann der physiotherapeutische Befund bzw. das physiotherapeutische (Be-) Handeln mit den Schritten der Pflegeplanung verglichen werden. Es wird eine Anamnese erhoben (also Information gesammelt), die Probleme und Ressourcen des Patienten werden beschrieben und Ziele gemeinsam festgelegt. Es folgt die Planung der Therapiemaßnahmen und nach der Durchführung die Evaluation.

5.2.2. Physiotherapeutische Maßnahmen

Hier möchte ich kurz jene Maßnahmen und Techniken vorstellen, die in der physiotherapeutischen Betreuung geriatrischer Patienten Anwendung findet. Dies stellt keine vollständige Aufzählung dar. Jene Bereiche, die sowohl von Physiotherapeuten, als auch von Pflegepersonen durchgeführt werden, sind in Kapitel sechs beschrieben.

Atrophieprophylaxe

Dies beinhaltet sowohl konzentrische als auch exzentrische Muskularbeit in Muskelketten. Dafür können Thera-Bänder oder Bettfahrräder zum Einsatz kommen, es ist auch möglich

PNF-Pattern (propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation) anzuwenden (vgl. Ebel-Paprotny, 2008, S. 41).

funktionelles Training

Hierbei werden dem Patienten Tricks gelernt, wie er diverse Lagewechsel (Umdrehen im Bett, Aufstehen vom Bett, Transfer in den Rollstuhl, Gehen, etc.) möglichst selbständig oder mit möglichst wenig Hilfe durchführen kann (vgl. Suden-Weickmann, 1993, S. 101).

Gangschulung

Die Gangschulung kann mit dem jeweiligen bekannten bzw. neuen Hilfsmittel erfolgen. Es kann auch ein Gehbarren verwendet werden, um dem Patienten möglichst viel Halt und Sicherheit zu bieten. Gangschulung kann nach verschiedenen Konzepten wie PNF, Bobath oder FBL (funktionelle Bewegungslehre) durchgeführt werden (vgl. Ebel-Paprotny / Kiesewetter / Wenk, 2008, S. 64ff.).

Gleichgewichtstraining

Gleichgewicht und Gang- bzw. Standsicherheit sind im Alter etwas sehr Wichtiges. Daher ist es essentiell, mit dem Patienten ein Gleichgewichtstraining im Stehen und Gehen durchzuführen. Zum Einsatz können dabei weiche oder labile Unterlagen, Hindernisparcours, Pezzibälle usw. kommen (vgl. Müllauer, 2005, S. 72).

Atemtherapie

Durch therapeutische Atemreize soll einerseits eine Ventilationssteigerung erreicht werden, das Ziel kann aber auch die Sekretmobilisation sein. Oft werden gemeinsam mit den Atemübungen spezielle Rumpfbewegungen zur Thoraxmobilisation durchgeführt. Atemtherapie findet sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie Anwendung (vgl. Matheja, 1993, S. 287).

Gelenksmobilisation

Durch manualtherapeutische Maßnahmen können aktuelle Bewegungsumfänge getestet und wenn nötig verbessert werden (vgl. Suden-Weickmann, 1993, S. 100).

Ausdauertraining, Krafttraining, Herz-Kreislauftraining

Hier können verschiedene Geräte wie Ergometer, Therabänder, Pezzibälle etc. eingesetzt werden. Es wird jedoch immer erst im Befund erhoben, ob der Zustand des Patienten ein solches Training erlaubt und ob es zielführend ist (vgl. ebenda, S. 101).

Hilfsmittelversorgung

Die adäquate Hilfsmittelversorgung eines geriatrischen Patienten ist ein besonders wichtiger Aspekt der sogenannten „erhaltenden Therapie“. Die Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegepersonal, Ergotherapeuten, Rollstuhltechnikern und dem Patienten selbst ist hier besonders wichtig, um eine optimale, funktionsverbessernde Lösung zu finden (vgl. Müllauer, 2005, S. 50).

mögliche Hilfsmittel (vgl. ebenda, S. 50ff.):

- Lagerungsmaterial
- Funktionsschienen
- orthopädische Schuhe
- (Toilett-) Sitzerrhöhung
- Umsetzhilfen wie Rutschbretter oder Drehscheiben für den Transfer
- Steh- und Gehhilfen (Rollator, Gehbock, Gehstock etc.)
- Rollstuhlversorgung
- Bremshebelverlängerung für den Rollstuhl etc.

5.2.3. Einzeltherapie in der Geriatrie

In der physiotherapeutischen Einzeltherapie können prinzipiell alle Techniken zur Anwendung kommen. Der Schwerpunkt liegt auf einfachen Bewegungen, welche die Patienten gegebenenfalls auch selbständig als Hausübungsprogramm durchführen können. Außerdem ist es von Vorteil, alltagsnahe Ausgangsstellungen für die jeweiligen Übungen zu wählen (Sitzen, Stehen, Gehen) und die Übungen sollen den alltäglichen Anforderungen und bestehenden Defiziten angepasst sein. Aktive Techniken sind dabei den passiven vorzuziehen. Auch in der Geriatrie ist der Sport ein wichtiges Thema. Körperliche Bewegung und Sport können die Alterungsprozesse verzögern. Empfehlenswerte Sportarten sind beispielsweise Skilanglauf, Fahrradfahren, Schwimmen, Wandern etc. Weniger empfehlenswerte Sportarten sind Sportarten mit hohem Verletzungsrisiko wie z.B. alpines Skifahren oder Schlittschuhlaufen (vgl. Debray, 2008, S. 735f.).

5.2.4. Gruppentherapie in der Geriatrie



Abbildung 8: Physiotherapeutische Gruppentherapie (Stanjek, 2001, S. 106)

Die Vorteile der Gruppentherapie sind der Anreiz, Bewegung gemeinsam mit anderen zu machen, das Gruppengefühl und die Möglichkeit, Kontakte zu anderen zu knüpfen. Es muss

jedoch darauf geachtet werden, dass es durch den Gruppendruck nicht zur Überforderung einzelner Gruppenmitglieder kommt (vgl. ebenda, S. 736).

Bewegungsübungen in der Gruppe haben für geriatrische Patienten eine große Bedeutung. Die Funktionstüchtigkeit des Bewegungs- und Haltungsapparates wird verbessert, es kommt zu einer Verbesserung der Atmung und Anregung des Kreislaufes, einem Training der Geschicklichkeit, Gewinn von Selbstvertrauen und Förderung der Konzentration und Merkfähigkeit (vgl. Müllauer, 2005, S. 53).

In der Gruppentherapie können natürlich auch Übungsgeräte verwendet werden. Besonders geeignet sind leichte Geräte wie Seile oder Handtücher, Gummiringe und Igelbälle, Luftballons, Gymnastikbänder wie auch Geräte die Klänge erzeugen (Stäbe, Kochlöffel, mit Reis gefüllte Schachteln, Tamburin) und Übungsgeräte bei denen sich alle miteinander bewegen wie zum Beispiel einem Schwungtuch / Fallschirmtuch (vgl. Debray, 2008, S. 737). Generell gilt, die Übungsgeräte sollen leicht sein, gut sichtbar, gut spürbar und handlich (nicht zu groß und nicht zu klein) (vgl. Müllauer, 2005, S. 55).

Im nächsten Kapitel werden jene Aufgabengebiete beschrieben, die sowohl von der Pflege, als auch von der Physiotherapie interdisziplinär durchgeführt werden.

6. Interdisziplinäre Aufgabenfelder zwischen Pflege und Physiotherapie in der Geriatrie

Gerade im Bereich der Geriatrie sind die Aufgabenbereiche von Pflegepersonen und Physiotherapeuten in vielen Situationen nicht eindeutig abgrenzbar. Darum möchte ich in diesem Kapitel jene Aufgabenbereiche beschreiben, die ich sowohl in der Pflegeliteratur, als auch in der physiotherapeutischen Literatur gefunden habe.

6.1. Prophylaxen

Dekubitusprophylaxe

Definition von „Dekubitus“ nach Reuter (2004, S. 459): „... (meist superinfizierte) Nekrose- und Geschwürbildung bei längerer Bettlägrigkeit durch chronische Druckeinwirkung und die dadurch bedingte lokale Minderdurchblutung;“

Nicht-physiologische Druckeinwirkung auf das Gewebe über einen gewissen Zeitraum ist die Hauptursache für die Entstehung eines Dekubitus. Stoffwechselvorgänge in der Peripherie können dadurch völlig zum Erliegen kommen und führen zu Gewebsläsionen bzw. –nekrosen – sowohl in der Tiefe, als auch an der Oberfläche (vgl. Ebelt-Paprotny, 2008, S. 38f.).

Gesunde reagieren auf Druckbelastung mit spontaner Druckentlastung (sprich „Bewegung“). Dies ist bei Patienten auf einer Geriatrie oft nicht selbständig möglich.

Besonders dekubitusgefährdete Körperstellen (vgl. Schoppmeyer, 2006, S. 418) sind Hautstellen an wenig gepolsterten Knochenvorsprüngen:

in Rückenlage:

- Hinterhaupt
- Scapulae (Schulterblätter)
- Olecranon (Ellbogengelenk)
- Dornfortsätze der Wirbelsäule
- Os sacrum (Kreuzbein)
- Os coccygis (Steißbein)
- Calcaneus und äußerer Malleolus (Sprunggelenk)

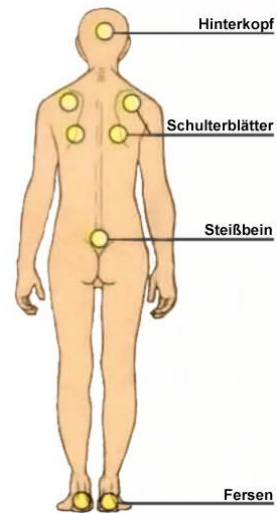


Abbildung 9: Dekubitusgefährdete Körperstellen (modifiziert übernommen von: www.modernealtenpflege.de)

in Seitenlage:

- Ohrmuschel
- Ellbogengelenk
- Trochanter major (Oberschenkelknochen)
- Fibulaköpfchen (Wadenbein)
- Calcaneus und Malleolus (Sprunggelenk)

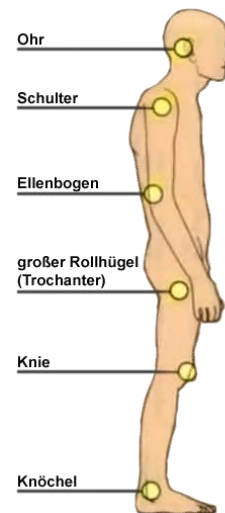


Abbildung 10: Dekubitusgefährdete Körperstellen (modifiziert übernommen von: www.modernealtenpflege.de)

im Sitzen:

- Hinterkopf
- Ellbogengelenk
- Dornfortsätze der Wirbelsäule
- Sitzbeinhöcker
- Ferse und Fußballen

Es gibt verschiedene Skalen, wie beispielsweise die „Norton-Skala“ oder die „Braden-Skala“, um das Dekubitusrisiko einzuschätzen. Die „Norton-Skala“ möchte ich im Folgenden beschreiben. Bei dieser werden neun Faktoren mit ein bis vier Punkten bewertet. Addiert

ergibt sich die aktuelle Dekubitusgefährdung. Bei jedem Patienten sollte zu Beginn des Aufenthaltes das Risiko eingeschätzt werden, danach einmal pro Woche (vgl. ebenda).

Norton-Skala zur Ermittlung der Dekubitusgefährdung				
Punkte	1	2	3	4
Körperlicher Zustand	Sehr schlecht	Schlecht	Leidlich	Gut
Inkontinenz	Urin und Stuhl	Meistens Urin	Manchmal	Keine
Aktivität	Bettlägerigkeit	Rollstuhlbedürftig	Geht mit Hilfe	Geht ohne Hilfe
Beweglichkeit	Voll eingeschränkt	Sehr eingeschränkt	Kaum eingeschränkt	Voll
Bewusstseinslage	Stuporös	Verwirrt	Apathisch, teilnahmslos	Klar
Kooperation, Motivation	Keine	Teilweise	Wenig	Voll
Alter (Jahre)	≥ 60	≤ 60	≤ 30	≤ 10
Hautzustand	Allergie, Risse	Feucht	Schuppig-trocken	Normal
Zusätzliche Erkrankungen	• Koma • Lähmung	• MS • Karzinom • Kachexie • Adipositas	• Fieber • Diabetes • Anämie	Keine
Mit Hilfe dieser standardisierten Skala kann tägl. neu die Gefährdung eines Pflegebedürftigen eingeschätzt werden. Jeder Kategorie wird eine Punktzahl zwischen 1 und 4 zugewiesen. Die Summe der Punkte gibt Auskunft über das Dekubitusrisiko. Eine Dekubitusgefahr liegt bei 25 und weniger Punkten vor, bei 14 und weniger Punkten ist sie hoch.				

Tabelle 2: Nortonskala (Mötzing / Wurlitzer, 2006, S. 419)

Die wirkungsvollste Maßnahme zur Dekubitusprophylaxe ist in der Akutphase die Druckentlastung durch Lagerung, Umlagerung und Weichlagerung, häufig unter Benutzung verschiedener Hilfsmittel (vgl. ebenda, S. 420).

Lagerungshilfen können weiche Kissen, Schaumstoff mit unterschiedlicher Oberfläche, Schaumstoffkeile oder -würfel, spezielle Schienen oder Gelkissen sein.

Allgemeine Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe sind auf pflegerischer Seite die richtige Hautpflege, ausreichende Flüssigkeitszufuhr, externe Druckeinwirkungen reduzieren (Gegenstände im Bett, Falten im Leintuch etc.) oder eiweißreiche Kost (vgl. ebenda, S. 419f.). Physiotherapeuten können mit dem Patienten druckentlastende Bewegungen einüben bzw. aktive und passive Übungen durchführen, den selbständigen Lagewechsel fördern oder den Stütz für die Druckentlastung im Sitzen erarbeiten (vgl. Ebel-Paprotny, 2008, S. 39).

Lagerung

Müssen Patienten vom Pflegepersonal bzw. von den Physiotherapeuten gelagert und umgelagert werden, empfiehlt sich ein sogenannter „Bewegungsplan“, der nach jedem Umlagern abgezeichnet wird. So weiß man genau, welche Lagerungsart als Nächste angestrebt werden sollte (vgl. Schoppmeyer, 2006, S. 420).

Lagerungsmöglichkeiten:

- Lagerung mit 5 Kissen in Rückenlage

mit dem Ziel der Druckentlastung des Steißbeins und der Fersen durch Druckumverteilung auf sonstige aufliegende Körperteile. Fünf Kissen werden quer zur Matratze gelegt, so dass alle gefährdeten Stellen druckentlastet liegen. Auch die Ellbogen sollen dabei so unterlagert werden, dass sie sich auf selber Höhe mit den Schultergelenken befinden (vgl. ebenda).

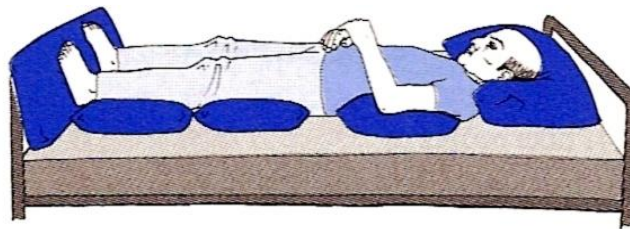


Abbildung 11: Lagerung mit fünf Kissen (Mötzing / Wurlitzer, 2006, S. 421)

- Lagerung in Seitenlage

mit dem Ziel, die freiliegende Körperseite zu entlasten. Das obere Bein und der obere Arm werden auf dem Hüft- bzw. Schultergelenksniveau auf Kissen gelagert, außerdem wird noch zusätzlich der Kopf unterlagert. Es muss besonders auf die „Auslagerung“ der untenliegenden Schulter geachtet werden, da es hier sonst leicht zu einer neuen Druckstelle kommen kann (vgl. Kiesewetter, 2008, S. 33).

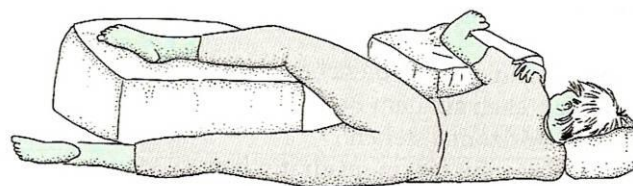


Abbildung 12: Lagerung in Seitenlage (Ebelt-Paprotny / Preis, 2008, S. 34)

- 30°-Schräglagerung:

Die rechte bzw. linke Körperhälfte wird entweder mit einer entsprechend gerollten Bettdecke über die ganze Körperlänge in einem Winkel von ca. 30° unterlagert, oder man unterlagert eine Körperseite mit drei Pölstern. Durch die Druckverteilung wird das Steißbein maximal entlastet (vgl. Schoppmeyer, 2006, S. 423).

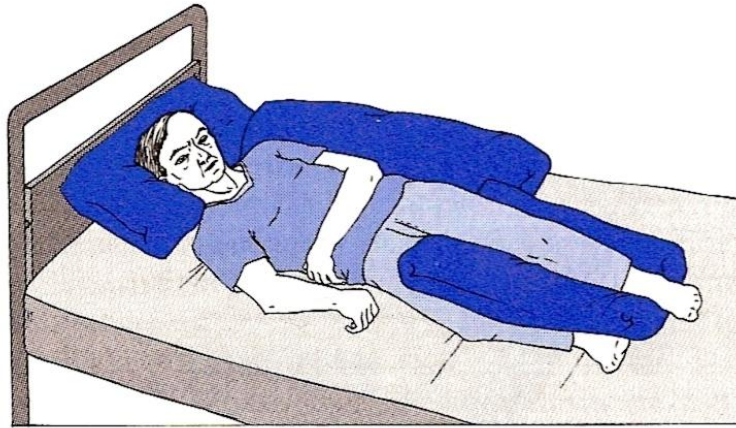


Abbildung 13: 30°-Schräglagerung (Mötzing / Wurlitzer, 2006, S. 422)

- Lagerung in Bauchlage:

Der gesamte Bauch bzw. Thoraxraum wird mit einem Polster unterlagert, um eine zu starke Extensionsstellung der Lendenwirbelsäule zu vermeiden, außerdem kommt ein Polster unter die Fußrücken und ein weiterer unter die Stirn. Die Arme können neben dem Kopf abgelegt werden (vgl. Kiesewetter, 2008, S. 33).



Abbildung 14: Lagerung in Bauchlage (Ebelt-Paprotny / Preis, 2008, S. 33)

- 135°-Lagerung:

Ziel ist eine maximale Druckentlastung der gesamten Rückseite (Steißbein, Fersenbein und Wirbelsäule).

Der Patient wird in Richtung Bauchlage gedreht, wobei er dabei auf zwei große Kissen gelagert wird. Das Bein wird angewinkelt, der Arm neben dem Kopf abgelegt (vgl. Schoppmeyer, 2006, S. 422f.).

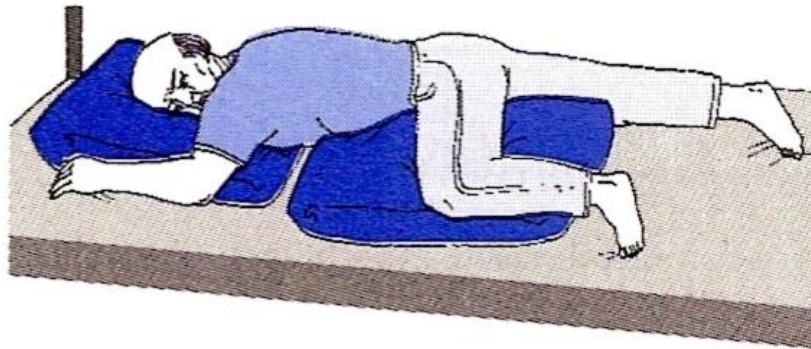


Abbildung 15: 135°-Lagerung (Mötzing / Wurlitzer, 2006, S. 423)

- A-Lagerung:

Diese Lagerungsart entlastet das Steißbein und erleichtert die Atmung.

Die Spitze des A, das aus zwei Kissen gebildet wird, liegt unter dem Kopf, die lateralen Thoraxhälften und Arme liegen auf den Kissen (vgl. Greiner, 2006, S. 374).

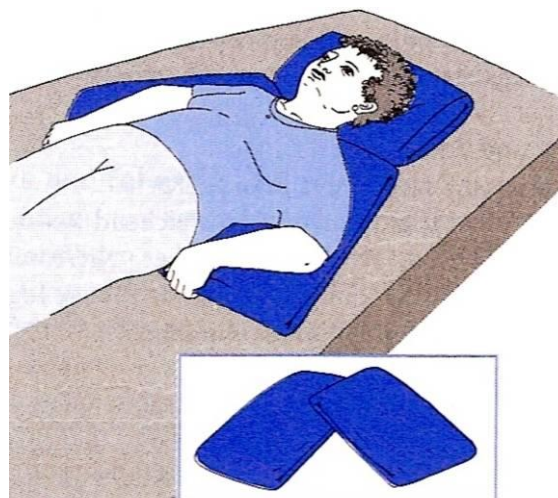


Abbildung 16: A-Lagerung (Mötzing / Wurlitzer, 2006, S. 374)

Die vorangegangenen Ausführungen stellen nur eine Auswahl an möglichen Lagerungsformen und keine vollständige Aufzählung dar.

Zusätzlich zu den verschiedenen Lagerungsformen gibt es noch verschiedene Spezialmatratzen und –betten, die das Wundliegen vermeiden helfen.

Das Ziel der Lagerung zur Dekubitusprophylaxe ist die Verringerung des Auflagedruckes, um die Stoffwechselvorgänge und den Gasaustausch im peripheren Gewebe aufrecht zu erhalten (vgl. Kieseewetter, 2008, S. 31).

Kontrakturprophylaxe

Eine Kontraktur ist eine „permanente Gelenkfehlstellung mit Einschränkung der Beweglichkeit“ (Reuter, 2004, S. 1175), die vor allem durch mangelnde Bewegung und durch längere Immobilisation entsteht (vgl. Ebelt-Paprotny, 2008, S. 40). Die in der Geriatrie am häufigsten vorkommende Kontraktur ist jene des Sprunggelenkes, der sogenannte „Spitzfuß“. Ziel der Kontrakturprophylaxe ist es, die Beweglichkeit der Gelenke zu erhalten oder zu verbessern und schmerzhaft Kontrakturen zu verhindern.

Von pflegerischer Seite sollte bei der täglichen Pflege auf die Stellung, Beweglichkeit und Schmerzhaftigkeit der einzelnen Gelenke besonders geachtet werden. Zusätzlich müssen bei der Lagerung die Gelenke abwechselnd in Streckung, Beugung und Mittelstellung positioniert werden (vgl. Schoppmeyer, 2006, S. 428f.). Physiotherapeuten sollen den Patienten möglichst früh mobilisieren, ihn zur Selbstmobilisation motivieren und sollte der Patient die Übungen selbst nicht durchführen können, die Gelenke passiv bzw. assistiv durchbewegen. Am effektivsten ist die Mobilisation in allen drei Raumrichtungen (z.B.: PNF-Diagonalen) (vgl. Ebelt-Paprotny, 2008, S. 40).

Pneumonieprophylaxe

Eine Pneumonie ist eine Entzündung des Lungengewebes mit Beteiligung der Alveolen (vgl. Reuter, 2004, S. 1722). Ziel der Prophylaxe ist es, die Lunge gut zu belüften, Sekret zu verflüssigen und zu entleeren und so einer Pneumonie vorzubeugen. Pflegerische prophylaktische Maßnahmen sind eine verbesserte Lungenbelüftung durch regelmäßiges

Umlagern bzw. atemunterstützende Lagerung, eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr und Befeuchtung der Atemluft und nach Anweisung des Arztes das Absaugen des gelösten Sekrets (vgl. Schoppmeyer, 2006, S. 423ff.). Physiotherapeuten können dem Patienten den Umgang mit bestimmten Atemtrainern und Hustentechniken lernen, tiefe Atmung forcieren (dient der Sekretmobilisation) und die Frühmobilisation nach einer Operation durchführen (vgl. Ebel-Paprotny, 2008, S. 41).

Thromboseprophylaxe

Eine Thrombose ist eine „... Blutpfropfbildung in Arterien oder Venen.“ (Reuter, 2004, S. 2117) Die Gefahr eines solchen Gefäßverschlusses besteht vor allem bei längerer Bettlägerigkeit und Immobilisation, Herzerkrankungen, Adipositas, Nikotinabusus und Operationen. Zur Prophylaxe wird Hochlagerung eines oder beider Beine angewandt, das Ausstreichen der Venen, Flüssigkeitszufuhr und das Anlegen bestimmter Kompressionsverbände (Antithrombosedrumpfe oder manuell angelegte Bandagen) (vgl. Schoppmeyer, 2006, S. 425ff.). Passive, assistive und aktive Mobilisation der unteren Extremität zur Anregung der Muskelpumpe, Frühmobilisation nach einer Operation (häufiges Aufstehen und Gehen mit Antithrombosedrumpfen) und bestimmte atemtherapeutische Maßnahmen können vom Physiotherapeuten zur Thromboseprophylaxe beigetragen werden. In der Regel werden allen Patienten bei längeren Krankenhausaufenthalten von den Ärzten blutgerinnungshemmende Medikamente verordnet (vgl. Ebel-Paprotny, 2008, S. 41).

Obstipationsprophylaxe

Obstipation ist der medizinische Fachausdruck für eine verzögerte bzw. verlangsamte Darmentleerung. Bei mangelnder Bewegung, mangelnder Flüssigkeitsaufnahme, Darmerkrankungen und neurogenen Störungen (z.B. Lähmungen), Abführmittelmissbrauch aber auch Kummer und Stress kann es zu diesem Symptom kommen. Durch Pflegemaßnahmen wie einer Stuhlausscheidungsanamnese oder dem Erstellen eines Trinkplans und viel Einfühlungsvermögen soll dem Patienten eine beschwerdefreie Ausscheidung ermöglicht werden (vgl. Schoppmeyer, 2006, S. 432f.). Von

physiotherapeutischer Seite zählen Atemtherapie, Bauchmassage und allgemein aktive Bewegungen zu den prophylaktischen Maßnahmen (vgl. Ebel-Paprotny, 2008, S. 41).

Sturzprophylaxe

Mit 115 400 Stürzen waren diese 2008 die häufigste Unfallart im Bereich Haus und Heim bei den über Sechzigjährigen (vgl. Kuratorium für Verkehrssicherheit, 2009, S. 34). 2007 waren es 111 100 Stürze bei den über Sechzigjährigen (vgl. Kuratorium für Verkehrssicherheit, 2008, S. 28). 664 Stürze führten zum Tod des Verunfallten (vgl. ebenda, S. 18).

Ein Sturz, das damit erschütterte Vertrauen in sich selbst, löst oft eine Art Teufelskreis aus. Durch den Sturz steigt die Angst wieder zu stürzen, dadurch werden unnötige Ortswechsel vermieden, der Mensch wird immer immobiler. Dies fördert eine labile Kreislagsituation was wiederum das Sturzrisiko erhöht (vgl. Schoppmeyer, 2006, S. 434).

Es gibt verschiedene Tests um das Sturzrisiko zu messen. Ein sehr verbreiteter Test ist der sogenannte „Tinetti-Test“.

Formular G8/1

Geriatrisches Assessment

PatientIn

Motilitätstest nach TINETTI

Teil 1 (Balancetest)

Teil 1 – Balancetest

Hilfsmittel

☐ nein ☐ ja wenn ja, welches:

Test		mögl. Punkte	Punkteanzahl
1. Gleichgewicht im Sitzen	unsicher sicher, stabil	0 1	
2. Aufstehen vom Stuhl Zeit: s	nicht möglich nur mit Hilfe diverse Versuche, rutscht nach vorn braucht Armlehen oder Halt (nur 1 Versuch) in einer fließenden Bewegung	0 1 2 3 4	
3. Balance in den ersten 5 Sekunden	unsicher sicher, mit Halt sicher, ohne Halt	0 1 2	
4. Stehsicherheit	unsicher sicher, aber ohne geschlossene Füße sicher, mit geschlossenen Füßen	0 1 2	
5. Balance mit geschlossenen Augen	unsicher sicher, ohne Halt	0 1	
6. Drehung 360° mit offenen Augen	unsicher, braucht Halt diskontinuierliche Bewegung, beide Füße am Boden vor dem nächsten Schritt kontinuierliche Bewegung, sicher	0 1 2	
7. Stoß gegen die Brust (3 x leicht)	fällt ohne Hilfe oder Halt muss Füße bewegen, behält Gleichgewicht gibt sicheren Widerstand	0 1 2	
8. Hinsetzen Zeit: s	lässt sich plumpsen, unzentriert, braucht Lehne flüssige Bewegung	0 1	
maximale Punkteanzahl: 15		Summe Balancetest:	

Formular G8/2

Geriatrisches Assessment

PatientIn

Motilitätstest nach TINETTI

Teil 2 (Gehprobe)

Teil 2 – Gehprobe

Hilfsmittel

☐

nein

☐

ja

wenn ja, welches:

Test		mögl. Punkte	Punkteanzahl
1. Schrittauslösung (PatientIn wird aufgefordert, zu gehen)	Gehen ohne fremde Hilfe nicht möglich zögert, mehrere Versuche, stockender Beginn	0 1	
2. Schritthöhe (von der Seite beobachten)	kein selbstständiges Gehen möglich Schlurfen, übertriebenes Hochziehen	0 1	
3. Schrittlänge (von Zehen des einen bis zur Ferse des anderen Fußes)	weniger als Fußlänge mindestens Fußlänge	0 1	
4. Schrittsymmetrie	Schrittlänge variiert Hinken Schrittlänge beidseitig gleich	0 1 2	
5. Gangkontinuität	kein selbstständiges Gehen möglich Phasen mit Beinen, am Boden, diskontinuierlich beim Absetzen des einen wird der andere Fuß gehoben, keine Pausen	0 1 2	
6. Wegabweichung	kein selbstständiges Gehen möglich Schwanken, einseitige Abweichung Füße werden entlang einer imaginären Linie abgesetzt	0 1 2	
7. Rumpfstabilität	Abweichen, Schwanken, Unsicherheit Rücken und Knie gestreckt, Arme werden nicht zur Stabilisierung gebraucht	0 1	
8. Schrittbreite	breitbeinig oder über Kreuz Füße berühren sich beinahe	0 1	
maximale Punkteanzahl: 11		Summe Gehprobe:	
		+ Summe Balancetest:	
		Gesamtpunkteanzahl:	

Abbildung 17: Mobilitätstest nach Tinetti (Steidl / Nigg, 2008, S. 140f.)

Bei diesem Test werden verschiedenen Funktionen der Mobilität analysiert und mittels eines Scores bewertet. Es gibt eine Gleichgewichts- und eine Gang-Evaluation, wobei der am höchsten erreichbare Wert bei 28 Punkten liegt. Der Patient darf ein gewünschtes Hilfsmittel verwenden, dies muss dann jedoch dokumentiert werden.

Auswertung:

- > 20 Punkte: Mobilität kaum eingeschränkt
- 15 – 20 Punkte: Mobilität leicht eingeschränkt, Sturzrisiko gering
- 10 – 15 Punkte: Mobilität mäßig eingeschränkt, Sturzrisiko mäßig
- > 10 Punkte: Mobilität deutlich eingeschränkt, deutliches Sturzrisiko, Hilfsmittel nötig

Allgemein sollten in der Wohnung Stolperfallen wie Teppiche oder Türschwellen beseitigt werden, Haltegriffe in Badzimmer und Toilette geben beim Lagewechsel Halt und eine ausreichende Beleuchtung – auch in der Nacht – vermindert das Sturzrisiko (vgl. Debray, 2008, S. 733).

Das Pflegepersonal achtet auf richtiges Schuhwerk, gebundene Schuhriemen, geputzte Brillen, funktionierende Hörgeräte und dass die Patienten auch das ihnen anvertraute Hilfsmittel richtig verwenden. Besondere Vorsicht ist bei bestimmten Medikamenten wie Schlafmittel geboten, da sich bei einem Sturz die Gefahr eines Schenkelhalsbruchs erhöht (vgl. Schoppmeyer, 2006, S. 436).

Der Physiotherapeut sollte als erstes auf die richtige Hilfsmittelversorgung achten und den Gebrauch des Hilfsmittels schulen. Bewegungsübergänge müssen genauso geübt werden wie Gleichgewicht, Koordination und Ausdauer. Außerdem kann es hilfreich sein, die Angstsituation – die „hilflose“ Lage auf dem Boden – in der Therapie durchzuspielen und dem Patienten zu zeigen, wie er sich aus dieser Position wieder befreien kann. Regelmäßiges Training ist Voraussetzung für eine gute Sturzprophylaxe (vgl. Debray, 2008, S. 733f.).

6.2. Physikalische Behandlungsmaßnahmen

Unter physikalischen Behandlungsmaßnahmen versteht man die Anwendung von physikalischen Mitteln wie Wärme, Kälte oder Strahlung mit dem Ziel, den Allgemeinzustand und die Widerstandskraft zu verbessern (vgl. Schoppmeyer, 2006, S. 476). Da diese

Arbeitstechniken sowohl in der Pflege, als auch in der Physiotherapie Anwendung finden, möchte ich sie hier vorstellen.

Wärmebehandlung

Wärmeanwendungen führen zur Vasodilatation (Gefäßerweiterung) der Haut, erst in den oberflächlichen, später auch in den tiefen Gewebsschichten. Wärme kann dadurch den Muskeltonus und den Blutdruck senken, wirkt analgetisch und antiischämisch (vgl. Rohde, 2008, S. 326).

Wärmeanwendungen, die in der Altenpflege Anwendung finden und sowohl von Pflegepersonen als auch von Physiotherapeuten verwendet werden, sind beispielsweise Wärmeflaschen, Infrarotbestrahlungen (vgl. Schoppmeyer, 2006, S. 477f), heiße Rollen oder Fangopackungen (vgl. Rohde, 2008, S. 326f.).

Kältebehandlung

Die Kältetherapie ist in der Medizin ein sehr umstrittenes Thema, da sie zwar analgetisch wirkt, aber gleichzeitig nach Verletzungen die zur Heilung notwendigen Entzündungsprozesse hemmt. Außerdem erhöht Kälte den peripheren Gefäßwiderstand, führt zu einer Kältebradykardie und wirkt ischämisch (später reaktive Hyperämie), antiphlogistisch und antihämorrhagisch. Viele beschriebene Wirkungen sind aber nicht sicher nachgewiesen.

Kälte kann in Form von Eisstücken bzw. „Eis am Stiel“, Eiswasser, Cool-Pack, Kälte Dampf und Kältekammern angewandt werden. Außerdem unterscheidet man die lokale Kältetherapie von der Ganzkörperkältetherapie in der Kältekammer (vgl. ebenda, S. 328f.).

Nach ärztlicher Anordnung können auch kalte Wadenwickel zur Fiebersenkung verwendet werden. Wegen der hohen Kreislaufbelastung sind Abkühlungsbäder bei alten Menschen kontraindiziert (vgl. Schoppmeyer, 2006, S. 480).

7. Konflikte und Konfliktmanagement im Gesundheitswesen

7.1. Definition – Was ist ein sozialer Konflikt?

Soziale Konflikte sind Interessensgegensätze zwischen Personen oder Gruppen von Personen, aus denen sich Auseinandersetzungen ergeben (vgl. Stanjek, 2001, S. 210). Die beabsichtigten Handlungen der einen Gruppe können zur Blockierung, Behinderung, Bedrohung oder Verletzung der anderen Gruppe führen (vgl. Berkel, 2003, S. 398).

Soziale Konflikte sind in einem Team unvermeidbar und werden meist negativ bewertet, da sie die Harmonie stören. Sie können aber auch als Chance gesehen und zur Weiterentwicklung der Gruppe genutzt werden. Ursachen für Konflikte gibt es viele, der Soziologe Karl Stanjek teilte sie in verschiedene Gruppen: „Die beteiligten Konfliktparteien versuchen, durch den Einsatz von Macht und Einfluss bestimmte Ziele zu erreichen, vorhandene Güter zu verteidigen, einem Konfliktgegner eine Niederlage beizubringen und / oder das eigene Unterliegen zu verhindern.“ (Stanjek, 2001, S. 210) Bei diesem „Kampf“ gibt es Gegner, Sieger und Verlierer.

7.2. Konfliktformen

Es gibt verschieden Formen von Konflikten. Zuerst möchte ich den Unterschied zwischen offenen und verdeckten Konflikten beschreiben, um danach auf einige Formen einzugehen.

7.2.1. Offene Konflikte

Offen ausgetragene Konflikte können sehr unangenehm sein, dafür kann jedoch leichter eingeschätzt werden welche Motive und Ziele dahinterstecken und mit welchen Mitteln „gekämpft“ wird. Sie sind besser kalkulierbar und einfacher zu lösen (vgl. Nöllke, 2000, S. 28f.).

7.2.2. Verdeckte Konflikte

Verdeckte Konflikte hingegen sind wesentlich komplizierter, da nur einer Seite bewusst ist dass es ein Problem gibt. Sie bleiben lange versteckt, bauen sich oft erst unterschwellig auf und kommen dann zum Ausbruch. Sie sind nicht so leicht lösbar wie offene Konflikte (vgl. ebenda, S. 29).

7.2.3. Intrapersonelle Konflikte (intrapsychische Konflikte)

sind Konflikte durch Interessengegensätze in einer Person.

Zu den intrapersonellen Konflikten gehören Rollenkonflikte. Jeder Mensch erfüllt neben der Rolle im Beruf auch gleichzeitig viele andere Rollen. Daraus kann einerseits ein Intra-Rollenkonflikt, also ein Konflikt innerhalb einer einzelnen Rolle entstehen, aber auch ein sogenannter Inter-Rollenkonflikt, bei dem sich der Konflikt zwischen mehreren Rollen einer Person abspielt (vgl. Stanjek, 2001, S. 211).

Ich möchte dies mit einem kleinen Beispiel aus dem Leben der Gesundheits- und Krankenschwester (DGKS) Frau B. verdeutlichen. Am Arbeitsplatz von Frau B. – dem örtlichen Pflegeheim – erwarten die Heimbewohner, dass ihnen „ihre Schwester“ ihre volle Aufmerksamkeit schenkt, sich Zeit nimmt, sich ausgiebig um sie kümmert. Gleichzeitig verlangt die Pflegeleitung, dass Frau B. jene Aufgaben, für die sie als Gesundheits- und Krankenschwester eingestellt wurde, gewissenhaft und zügig erledigt, da an Personal eingespart werden musste. In beiden Situationen ist Frau B. die DGKS, die Erwartungen an diese Rolle sind aber unterschiedlich. Dies nennt man einen Intra-Rollenkonflikt. Frau B. ist aber nicht nur DGKS, sie ist verheiratet und hat einen Sohn, außerdem betreut sie in der Urlaubszeit die Katze der Nachbarn. In ihrer Rolle als Ehefrau erwartet ihr Mann, dass sie den Abend gemeinsam verbringen können, ihr Sohn möchte dass seine Mutter ihn jeden Abend ins Bett bringt, und die Nachbarin möchte ihre Katze nach dem Urlaub glücklich daheim antreffen. Muss Frau B. beispielsweise aufgrund eines Notfalles länger in der Arbeit bleiben, entsteht ein Inter-Rollenkonflikt, da sie gleichzeitig sowohl Krankenschwester als auch Ehefrau, Mutter und Nachbarin sein soll.

7.2.4. Interpersonelle Konflikte (interpsychische Konflikte)

sind Konflikte durch Interessensgegensätze zwischen mehreren Personen.

Hierzu gehören Wertekonflikte (unterschiedliche Teammitglieder haben unterschiedliche Wertvorstellungen), Zielkonflikte bzw. Ziel-Mittel-Konflikte (unterschiedliche Ziele innerhalb einer Gruppe bzw. unterschiedliche Vorstellungen über die Wahl der zielführenden Mittel) wie auch Konkurrenzkonflikte – verschiedene Gruppen oder Personen konkurrieren um ein seltenes Gut wie beispielsweise eine Sofortbildkamera, ein Stehbrett oder einen Patientenlifter. Der im Krankenhaus weit verbreitete Statuskonflikt fällt auch in diese Gruppe. Dabei stehen Personen unterschiedlichen Status im Konflikt wie zum Beispiel Arzt – Stationschwester (vgl. ebenda, S. 212).

7.2.5. Gruppenkonflikte

Gruppenkonflikte können innerhalb einer Gruppe oder auch zwischen Gruppen auftreten. Konflikte innerhalb einer Gruppe können offen oder verdeckt dargestellt werden. Meist entwickelt sich Unsicherheit bei den Gruppenmitgliedern, der Gruppendruck steigt und kaum jemand wagt es, abweichende Meinungen zu vertreten. Diese Konflikte können sogar zu einer Spaltung der Gruppe führen.

Zu Konflikten zwischen Gruppen kommt es im Spitalsalltag sehr oft. Die Gruppen können Patienten gegen Patienten, Patienten gegen Personal, Personal gegen Personal etc. sein. Eine typische Konfliktsituation kann beispielsweise entstehen, wenn es um die Verteilung knapper finanzieller Mittel geht (vgl. ebenda).

7.2.6. Zeitkonflikte

Eine gute Zeiteinteilung hilft bei der Tagesstrukturierung und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Bei unterschiedlicher Zeiteinteilung von Menschen, Gruppen oder Organisationen kann es zu Zeitkonflikten kommen (vgl. Stanjek, 2001, S. 213). Ein Beispiel wäre die Dienstplaneinteilung im Krankenhaus.

7.2.7. Kulturkonflikte

durch Interessensgegensätze zwischen den Geschlechtern, den Generationen oder Angehörigen unterschiedlicher Kulturkreise (vgl. Stanjek, 2001, S. 214). Das bedeutet, dass es Konflikte zwischen Männern und Frauen gibt, Konflikte zwischen alten Patienten und jungen Pflegenden, aber auch zwischen Pflegenden und Patienten / Mitarbeitern aus anderen Ländern (Sprachkonflikte). Oft spielen dabei Vorurteile eine große Rolle.

7.3. Der typische Konfliktverlauf

Kein Konflikt gleicht einem anderen exakt, trotzdem kann man Muster erkennen, die vielen Konflikten zugrunde liegen. Der typische Konflikt verläuft in drei Stufen wobei anzumerken ist, dass es natürlich besser ist möglichst früh gegenzusteuern und den Konflikt zu lösen.

Stufe 1:

Meist schläft ein Konflikt nicht ein und ist dann aus der Welt, wesentlich häufiger schaukelt er sich immer weiter auf. Dies kann einerseits dadurch passieren, dass jede Reaktion eine stärkere Gegenreaktion provoziert, die dann immer maßloser und destruktiver wird („Konfliktspirale“). Andererseits kann auch Ignoranz des Problems zu einer solchen Spirale führen, indem sich die Gegenseite nicht ernst genommen fühlt (vgl. Nöllke, 2000, S. 13f.).

Stufe 2:

Der Konflikt ist so weit fortgeschritten, dass die Gegenseite zum Gegner erklärt wird, der mit allen Mitteln geschlagen werden muss – die eigene Seite muss gewinnen. Ohne Hilfe von außen kann der Konflikt selten beseitigt werden, jedoch kommt es immer wieder zu einem Scheinfrieden. Dabei gibt eine Gruppe vor nachzugeben, überlegt sich aber in Wirklichkeit, wie der Gegner doch noch geschlagen werden kann (vgl. Nöllke, 2000, S. 17).

Stufe 3:

In Stufe drei rücken auch die eigenen Interessen in den Hintergrund, es zählt allein die maximale Schädigung / Niederlage der Gegenmannschaft. Die einzige Person, welche in dieser Phase noch eine friedliche Einigung erreichen kann, ist ein externer Vermittler (vgl. ebenda, S. 17f.).

7.4. Konfliktregelung

Bei der Konfliktregelung sollen Wege zur Konfliktbehebung gefunden werden. Dabei lassen sich grundsätzlich eine individualistische und eine kollektive Orientierung unterscheiden. Bei der individualistisch orientierten Konfliktregelung zählen nur die eigenen Ziele und Werte, Verluste der anderen Partei sind nicht relevant. Kollektive Orientierung hingegen heißt, dass das Ergebnis für alle Parteien zufriedenstellend ist und die meisten Parteien der Konfliktregelung zustimmen können. Ideale Regelungen für alle Konflikte gibt es jedoch nicht! (vgl. Stanjek, 2001, S. 215).

Modell der Konfliktregelung

Jeder Konfliktregelung liegt der Wunsch nach der Beendigung eines Konfliktes zugrunde. Das folgende Modell zeigt Möglichkeiten auf, Konflikte unterschiedlich, je nach individualistischer bzw. kollektiver Orientierung, zu lösen (vgl. ebenda).

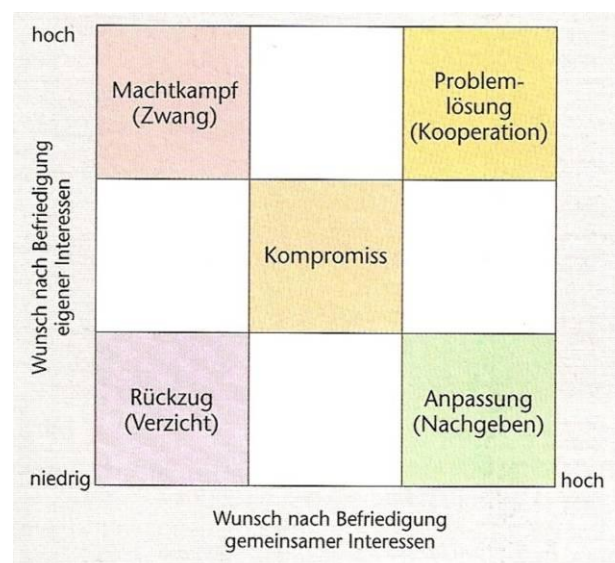


Abbildung 18: Modell der Konfliktregelung (Stanjek, 2001, S. 216)

Anpassung oder Rückzug sind dann Regelungsmodelle, wenn eine Konfliktpartei zurücksteckt und das Interesse an der Durchsetzung der eigenen Wünsche gering ist. Beispiel: Urlaubsplanung bei Mitarbeitern mit bzw. ohne schulpflichtigen Kindern.

Beim Kompromiss muss jede Partei auf gewisse Wünsche verzichten um etwas zu erreichen. Das Interesse an der Durchsetzung der eigenen Wünsche ist bei beiden Parteien gleich hoch bzw. gleich niedrig.

Will keine Partei nachgeben, so kommt es zum Machtkampf, bei dem es immer einen Sieger und einen Verlierer gibt, obwohl beide Parteien Ihre Wünsche durchsetzen wollen.

Die Kooperation stellt eine Alternative zum Machtkampf dar, bei der unter kollektiver Orientierung ein für alle Parteien zufriedenstellendes Ergebnis angestrebt wird. Durch Zusammenarbeit (Kooperation) sollen möglichst viele Interessen befriedigt werden, es gibt – anders als beim Machtkampf – keine Verlierer.

Natürlich können Konflikte auch mit Hilfe von außen gelöst werden (externe Konfliktregelung). Hierzu zählen beispielsweise das Gespräch, Hilfs- und Beratungsangebote, Regeln und Verfahren.

Das Gespräch ist die einfachste und kostenneutralste Möglichkeit, Konflikte zu lösen.

Beim informellen Gespräch besprechen die beiden Parteien – meist unter vier Augen – formlos den Konflikt. Es können auch Außenstehende (Freunde, Partner) hinzugezogen werden, da diese objektiver beurteilen. Oft reicht dieses informelle Gespräch aus, den Konflikt zu lösen. Zum formellen Gespräch wird von offizieller Seite geladen, so dass sich jeder darauf vorbereiten kann. Formelle Gespräche kommen meist erst bei latenten Konflikten zum Einsatz.

Zu Hilfs- und Beratungsangeboten zählen fachliche Beratung, Krisenintervention und Supervision. Oft ist es notwendig, die Hilfe externer Fachkräfte zu einem Problem hinzuzuziehen, da diese sowohl über Fachwissen, als auch über die nötige Distanz verfügen ein Problem objektiv zu beurteilen. Meist muss für diese Form der Hilfe ein Honorar bezahlt werden. Gerade im Spitalsalltag kann es nötig sein, diese externe Hilfe über längere Zeit in Anspruch zu nehmen.

Zusammenfassend kann gesagt werden: „Konflikte gehören zum Leben in und zwischen Gruppen, sie können nicht vermieden oder ausgeschaltet, sondern nur aufgegriffen und produktiv gelöst werden. Die Verbindung der verschiedenen seelischen Prozesse –

Wahrnehmung und Denken, Fühlen und Empfinden, Wollen und Handeln – emotionalisiert und personalisiert Konflikte.“ (Berkel, 2003, S. 413) Innere Ängste vor einer aktiven Konfrontation mit Konflikten müssen überwunden werden um nicht in einen „destruktiven Teufelskreis“ zu gelangen (vgl. ebenda).

EMPIRISCHER TEIL

8. Methodisches Vorgehen

8.1. Methode der Datenerhebung

Für die Bearbeitung meiner Forschungsfragen entschied ich mich für den quantitativen Forschungsansatz, denn das „... Ziel der quantitativen Forschung ist es, allgemeine Aussagen zu machen und davon Gesetzmäßigkeiten abzuleiten.“ (Mayer, 2002, S. 70) Für meine Querschnittstudie entwickelte ich einen formalisierten Fragebogen, welchen ich in Wiener Geriatriezentren verteilte. Die Befragten wurden dann von den Stationsschwestern bzw. leitenden Physiotherapeuten ausgewählt, je nachdem wer am jeweiligen Tag Dienst hatte (Gelegenheitsstichprobe (vgl. Mayer, 2002, S. 189)). Außerdem war das Ausfüllen der Fragebögen freiwillig. Ich habe mich für die schriftliche Befragung entschieden, um den Zielpersonen eine Möglichkeit zu geben, durch Wahrung ihrer Anonymität, meine Fragen möglichst objektiv beantworten zu können.

Quelldaten

Der Erstellung meines Fragebogens ging eine intensive Literaturrecherche und Auseinandersetzung mit dem Themenkomplex „Zusammenarbeit Pflege – Physiotherapie, interdisziplinäre Kooperation, Aufgabenbereiche von Pflege und Physiotherapie in der Geriatrie und Konfliktmanagement“ voraus.

Struktur des Begleitbriefes und Fragebogens

Der Aufbau von Begleitbrief und Fragebogen erscheinen hier nur kurz umrissen, der gesamte Begleitbrief mit Fragebogen findet sich im Anhang.

Jedem verteilten Fragebogen lag ein Begleitbrief bei, der mich vorstellte und kurz in die Thematik einführte. Er beinhaltete außerdem eine Anleitung zur Bearbeitung des

Fragebogens, Kontaktdaten und den Hinweis auf Anonymität und beschrieb den Rückgabemodus.

Der Fragebogen selbst gliederte sich in einen demografischen Teil und 11 Fragen zu verschiedenen Kategorien:

- Sozialdemografische Angaben: Alter, Geschlecht, Tätigkeit, Berufserfahrung
- Angaben zum Tätigkeitsbereich der Pflege in der Geriatrie
- Angaben zum Tätigkeitsbereich der Physiotherapie in der Geriatrie
- Angaben zu Tätigkeiten mit Zusammenarbeit
- Angaben zu Konfliktbereichen
- Angaben zu Lösungsmöglichkeiten
- Angaben zur Zufriedenheit über die Zusammenarbeit
- Anmerkungen, Vorschläge, Notizen

Ich verwendete in meinem Fragebogen sowohl offene Fragen mit Rangordnung, als auch geschlossene Fragen mit ungeordneten Mehrfachantworten, Mehrfachvorgaben mit Rangordnung und Hybridfragen (vgl. Mayer, 2002, S. 115ff.).

8.2. Vorgangsweise der Datenerhebung

Im Zeitraum zwischen April und Juni 2009 arbeitete ich an der Erstellung meines Fragebogens. Nach dem Pretest wurde er ein weiteres Mal überarbeitet und verbessert. Am 14.07.2009 konnte ich meinen Forschungsantrag mit dem fertigen Fragebogen zur Bewilligung an Herrn Direktor Dr. Peter Paukner (Direktion der Teilunternehmung Pflegeheime der Stadt Wien – TU4) schicken. Ein Forschungsantrag war notwendig, da ich KAV-Mitarbeiter (Pflegepersonen und Physiotherapeuten) befragen wollte. Innerhalb einer Woche wurde die Bewilligung sowohl telefonisch, als auch per Mail erteilt. Danach wandte ich mich an die einzelnen Geriatriezentren der Stadt Wien. Durch den telefonischen Kontakt mit vielen Pflegedienstleitern und Leitern der physikalisch-medizinischen Abteilungen entschied ich mich schließlich für das Geriatriezentrum am Wienerwald und das Sozialmedizinische Zentrum Sophienspital – Geriatriezentrum, um meine Befragung

durchzuführen. Mir wurden mögliche Abteilungen genannt und ich traf mich nach Terminvereinbarung mit den zuständigen Stationsschwestern / -pflegern bzw. leitenden Physiotherapeuten. Ich ging mit ihnen den Fragebogen durch und übergab auch jeweils eine Box. Um die Anonymität bestmöglich zu gewähren, warfen die Befragten die Fragebögen in einem verschlossenen Kuvert in eine zugeklebte und im Schwesternzimmer aufgestellte Box. Diese Boxen holte ich jeweils zwei Wochen nach dem Austeilen der Fragebögen wieder ab. Insgesamt verteilte ich 235 Fragebögen in beiden Geriatriezentren, 137 Fragebögen erhielt ich zurück, davon waren 130 Fragebögen gültig. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 58%. An dieser Stelle möchte ich noch anmerken, dass ich leider von einigen Geriatriezentren, wie dem Sozialmedizinischen Zentrum Süd – Geriatriezentrum Favoriten, dem Sozialmedizinischen Zentrum Floridsdorf – Geriatriezentrum und dem Geriatriezentrum Baumgarten, den Fragebogen betreffend, trotz der Zustimmung des KAV Absagen erhalten habe.

8.3. Methode der Datenauswertung

Anfang September konnte ich mit dem Erstellen einer SPSS-Datei beginnen. Zuerst definierte ich alle Variablen die auch im Fragebogen erfragt wurden. Es folgte das Codieren der Fragebögen und Bearbeiten der Datenmatrix. Schlussendlich erfolgte die Kategorisierung und statistische Auswertung der gesammelten Daten mit den Statistikprogrammen SPSS und Microsoft Excel. Alle Tabellen und Abbildungen wurden im SPSS-, Excel- und Word-Programm erarbeitet.

9. Ergebnisse und Interpretation

9.1. Sozialdemografische Daten

Tätigkeitsbereich – Verhältnis Pflegepersonen zu Physiotherapeuten

71,5% der Befragten (absolute Häufigkeit: 93) kommen aus dem Bereich der Pflege, 28,5% kommen aus der Physiotherapie (absolute Häufigkeit: 37). Das ergibt ein Verhältnis von ca. 7:3.

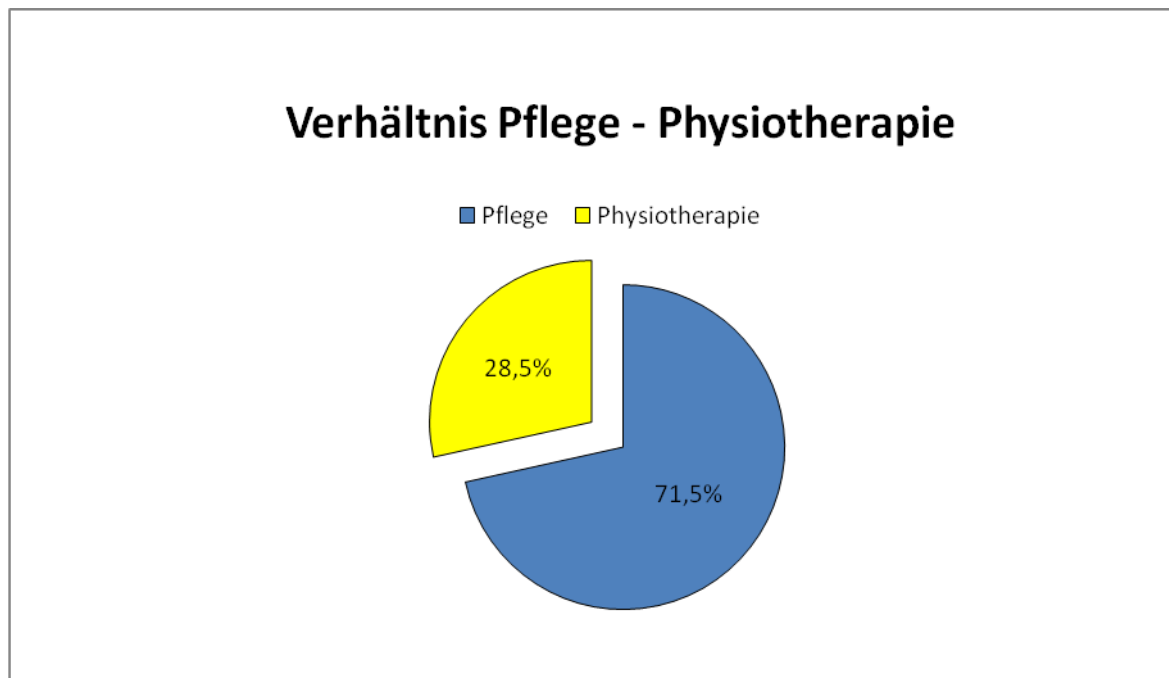


Abbildung 19: Verhältnis Pflege – Physiotherapie

Geschlecht

Insgesamt sind 26,2 % aller Befragten männlich. Diese Zahl setzt sich aus 23,7% männlichem Pflegepersonal und 32,4% Physiotherapeuten zusammen.

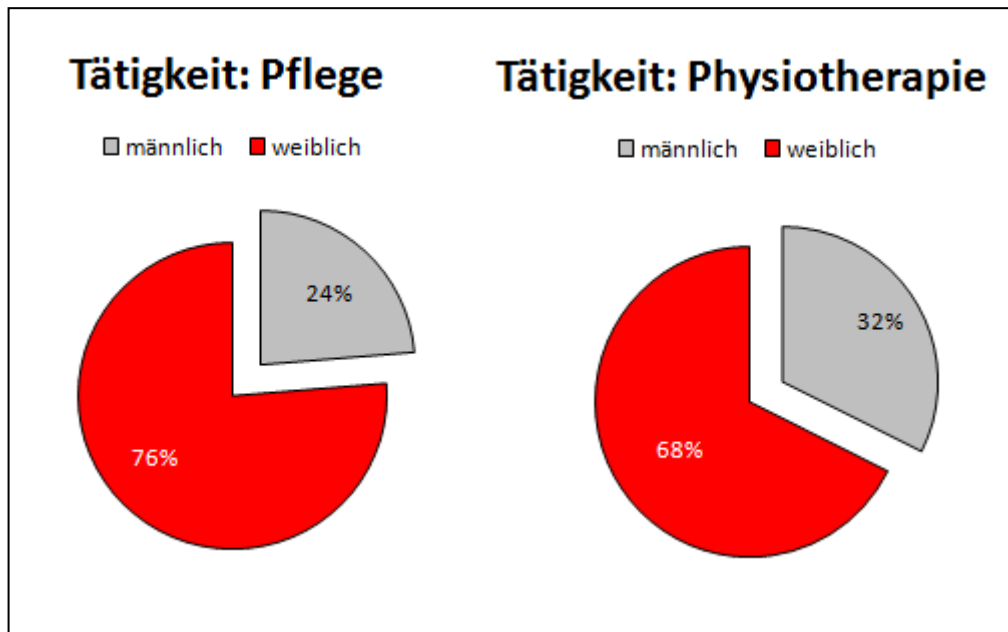


Abbildung 20: Geschlechterverhältnis

Alter

Der Altersdurchschnitt aller 130 Befragten liegt bei 41,54 Jahren. Werden Pflegepersonen und Physiotherapeuten getrennt bewertet, so ergibt sich für die Pflege ein Altersdurchschnitt von 43,94 Jahren, wobei die jüngste Pflegeperson 19 Jahre, die älteste 59 Jahre alt ist (Spannweite ist 40 Jahre). Physiotherapeuten haben einen Altersdurchschnitt von 35,51 Jahren mit einer Spannweite von 30 Jahren (Minimum ist 23 Jahre, Maximum ist 53 Jahre).

Für die Auswertung wurde das Alter der Befragten umcodiert bzw. kategorisiert:

Kategorien:	1 = 19a – 24a	5 = 40a – 44a
	2 = 25a – 29a	6 = 45a – 49a
	3 = 30a – 34a	7 = 50a – 55a
	4 = 35a – 39a	8 = 56a – 59a

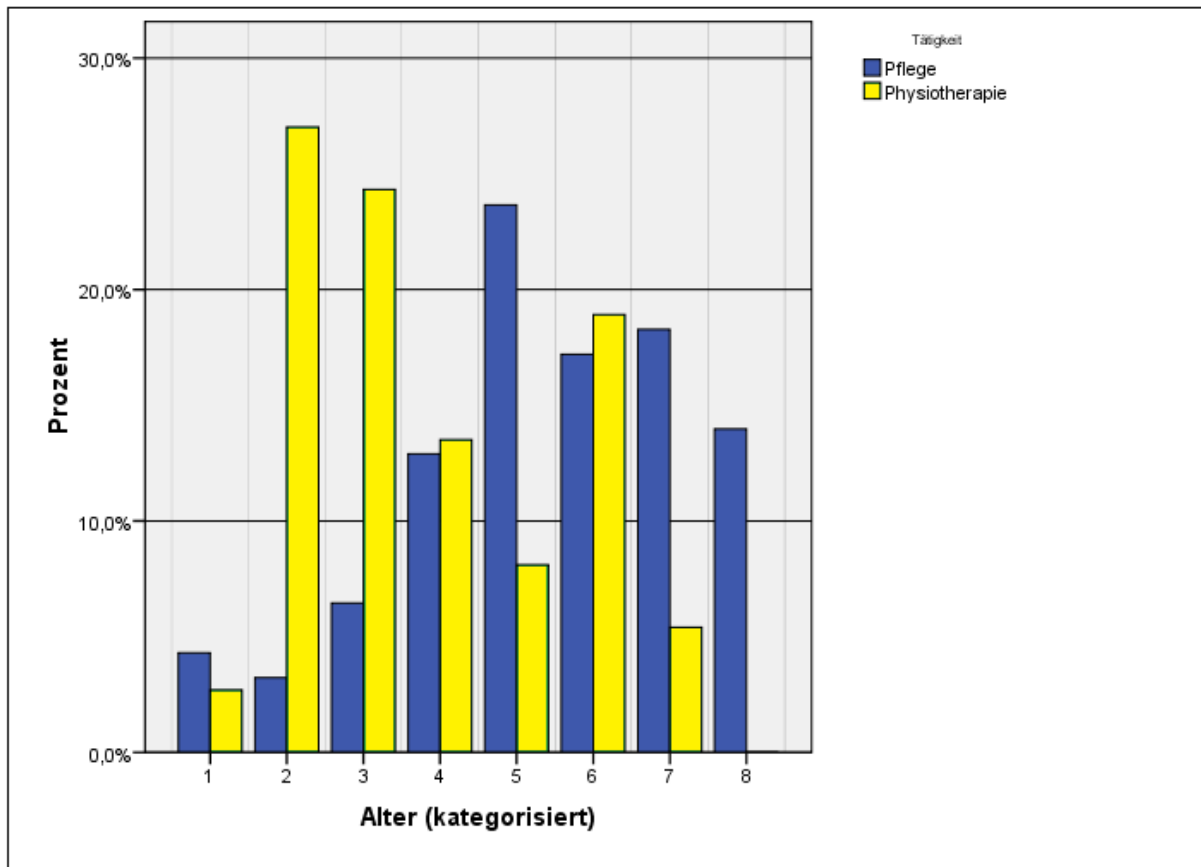


Abbildung 21: Altersverteilung

Vergleicht man die Altersverteilung der beiden Berufsgruppen, so fällt auf, dass vor allem in den Kategorien zwei und drei (Alter: 25 – 34 Jahre) mit 51,4% – im Vergleich zu Pflegepersonen derselben Alterskategorien (9,7%) – viele Physiotherapeuten in der Geriatrie arbeiten. Umgekehrt verhält es sich mit den Kategorien sieben und acht (Verhältnis Pflegepersonen zu Physiotherapeuten = 32,3% zu 5,4%). Im Alter zwischen 50 und 59 Jahren arbeiten relativ gesehen fast sechsmal so viele Pflegepersonen in der Geriatrie als Physiotherapeuten.

Daraus schließe ich, dass die Geriatrie ein beliebtes Einstieggebiet für Physiotherapeuten ist, jedoch ein unbeliebtes Fach für junge Pflegepersonen. Außerdem veranschaulicht die obige Grafik deutlich, dass Zusammenarbeit oft zwischen Menschen verschiedener Alterskategorien und damit Generationen stattfindet.

Im Vergleich Pflege – Physiotherapie fällt auf, dass mehr als 50% aller befragten Physiotherapeuten zwischen ein und fünf Jahre Berufserfahrung angeben (Kategorie 1). Die Berufserfahrung der Pflegepersonen erscheint im Gegensatz dazu mit einer Spannweite von 5% bis 25% verteilt über alle Kategorien konstanter.

Da mehr als die Hälfte der Physiotherapeuten nur ein bis fünf Jahre Berufserfahrung hat und diese Berufsgruppe frühestens mit 21 Jahren die Ausbildung abgeschlossen haben kann, passen diese Werte gemeinsam mit dem kategorisierten Alter zu der These, dass die Geriatrie ein beliebtes Einstiegsgebiet ist. Dass es nur wenige Physiotherapeuten mit vielen Jahren Berufserfahrung gibt, beschreibt die „Abwanderung“ in andere Fachrichtungen. Bei der Pflege zeigt die Grafik den größten Wert in Kategorie vier (16-20a Berufserfahrung). Zusammen mit dem kategorisierten Alter schließe ich daraus, dass Pflegekräfte, welche in der Geriatrie beginnen zu arbeiten, auch dort bleiben. Daher gibt es ältere Mitarbeiter, die schon viel Berufserfahrung vorweisen können.

9.2. Angaben zum Tätigkeitsbereich der Pflege

Da die befragten Personen Ihre Antworten selbst erstellen und in eine Reihung bringen sollten (1. war das Wichtigste), erfolgte vor der statistischen Auswertung eine lineare Gewichtung im Intervall 1 bis 4,5. Allen Antworten in Zeile 8 wurde die Gewichtung „1“, allen Antworten in Zeile 7 die Gewichtung „1,5“ zugeteilt, usw.. Wäre eine lineare Gewichtung im Intervall 1-8 gewählt worden, hätten die Antworten in Zeile 8 – aufgrund des großen Gewichtungsintervalls und der geringen Fallzahlen – nur marginalen Einfluss auf das Ergebnis.

Die Auswertung sowie die Diagrammerstellung der offenen Fragen erfolgten mit Microsoft Excel.

Reihung der pflegerischen Tätigkeiten von Pflegepersonen

Tätigkeit gewichtet				
	% Pflege	Rang Pflege	% Physio	Rang Physio
Grundpflege	15,89%	1	18,86%	1
Dekubitusprophylaxe	4,29%	2	5,44%	3
Patientenbetreuung	3,66%	3	3,19%	10
Dokumentation	3,27%	4	1,97%	15
Animation	3,23%	5	2,53%	13
Wundbehandlung	3,08%	6	4,32%	7
Prophylaxen	3,03%	7	3,56%	8
Kommunikation	2,74%	8	0,84%	23
Mobilisation	2,70%	9	6,57%	2
ADL-Training	2,55%	10	1,59%	17

Tabelle 3: Reihung der pflegerischen Tätigkeiten

Grundpflege liegt sowohl bei der Pflege als auch bei den Physiotherapeuten an erster Stelle der pflegerischen Tätigkeiten. Auf Platz zwei bzw. Platz drei wurde die Dekubitusprophylaxe gereiht.

In der Tabelle wurden jene Ränge rot markiert, bei denen es zu unterschiedlicher Reihung kam. Diese sollen im Folgenden besprochen werden.

Patientenbetreuung liegt bei Pflegepersonen auf Rang drei, bei Physiotherapeuten jedoch erst auf Rang zehn. Auch die Dokumentation (Rang vier) und die Animation/Beschäftigung für Patienten (Rang fünf) sind für Pflegepersonen wichtiger als für Physiotherapeuten (Rang 15 bzw. Rang 13). Rang acht belegt bei der Pflege die Kommunikation, Physiotherapeuten reihen die Kommunikation für Pflegepersonen auf Rang 23. Das ADL- Training (ADL = Aktivitäten des täglichen Lebens) erreicht Platz zehn bei der Pflege, jedoch nur Platz 17 bei der Physiotherapie.

Viele der Befragten gaben nicht bestimmte Einzelaufgaben an, sondern fassten alle prophylaktischen Maßnahmen unter dem allgemeinen Begriff „Prophylaxen“ zusammen. Prophylaxen werden von beiden Berufsgruppen mit den Plätzen sieben und acht nahezu gleich wichtig eingestuft.

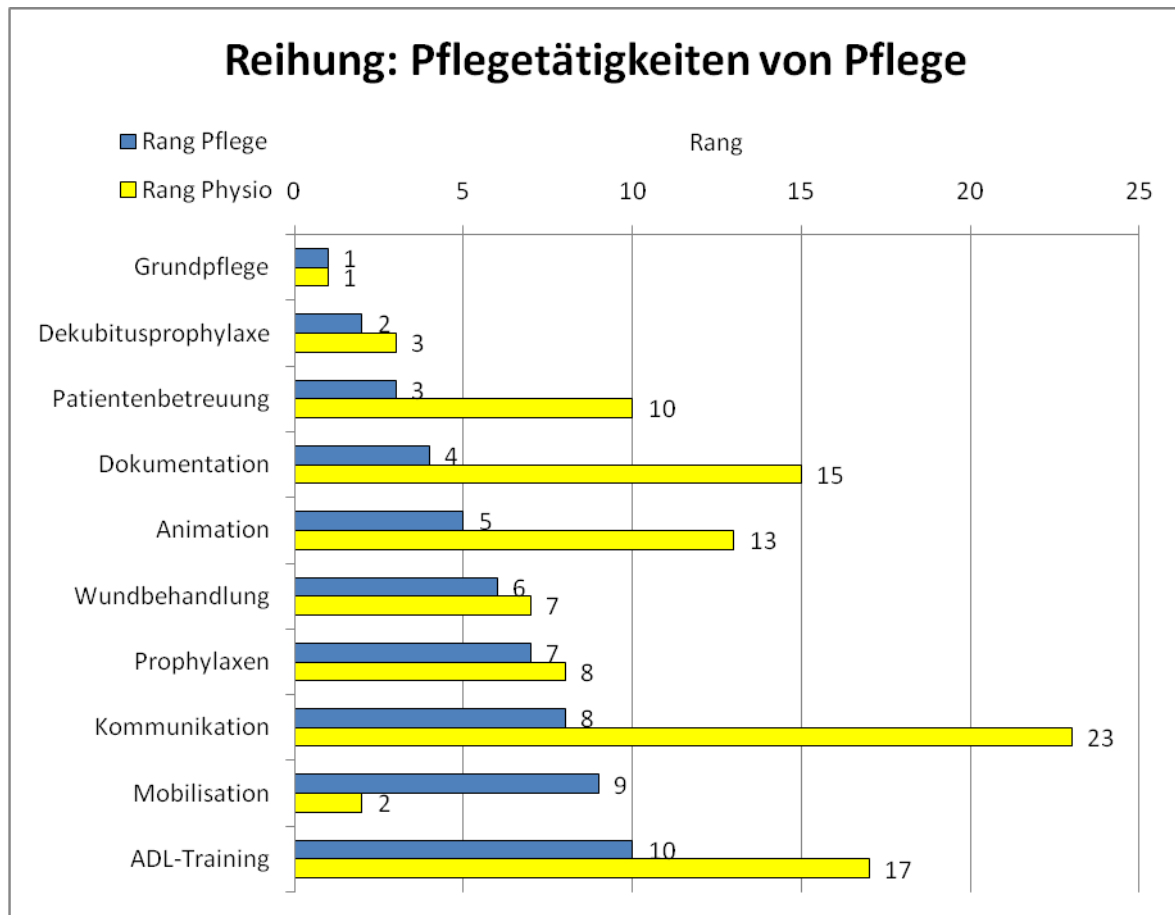


Abbildung 23: Reihung der pflegerischen Tätigkeiten

Reihung der pflegerischen Tätigkeiten von Physiotherapeuten

Tätigkeit gewichtet				
	% Pflege	Rang Pflege	% Physio	Rang Physio
Grundpflege	15,89%	1	18,86%	1
Mobilisation	2,70%	9	6,57%	2
Dekubitusprophylaxe	4,29%	2	5,44%	3
medizinische Betreuung	2,50%	12	5,35%	4
Lagerung	2,26%	13	4,78%	5
Nahrung eingeben	1,83%	15	4,50%	6
Wundbehandlung	3,08%	6	4,32%	7
Prophylaxen	3,03%	7	3,56%	8
Patientenbetreuung	3,66%	3	3,19%	9
Bandagieren	0,00%	-	2,81%	10

Tabelle 4: Reihung der pflegerischen Tätigkeiten

Auf Platz zwei der pflegerischen Tätigkeit sieht die Physiotherapie die Mobilisation von Patienten. Pflegepersonen sehen die Mobilisation nur als neuntwichtigste Tätigkeit. Die Plätze vier bis sechs belegen für die Physiotherapie die Aufgaben „medizinische Betreuung“ (Medikamente und Infusionen vorbereiten, Medikamente geben etc.), Lagerung und Nahrung eingeben (in diese Kategorie fällt sowohl Nahrung, als auch Flüssigkeit). Diese Tätigkeiten liegen bei der Pflege auf den Plätzen 12, 13 und 15. Weiters fällt das Bandagieren der Beine in der Tabelle auf – auf Platz zehn in der Physiotherapie, von Pflegepersonen nicht einmal genannt (0%).

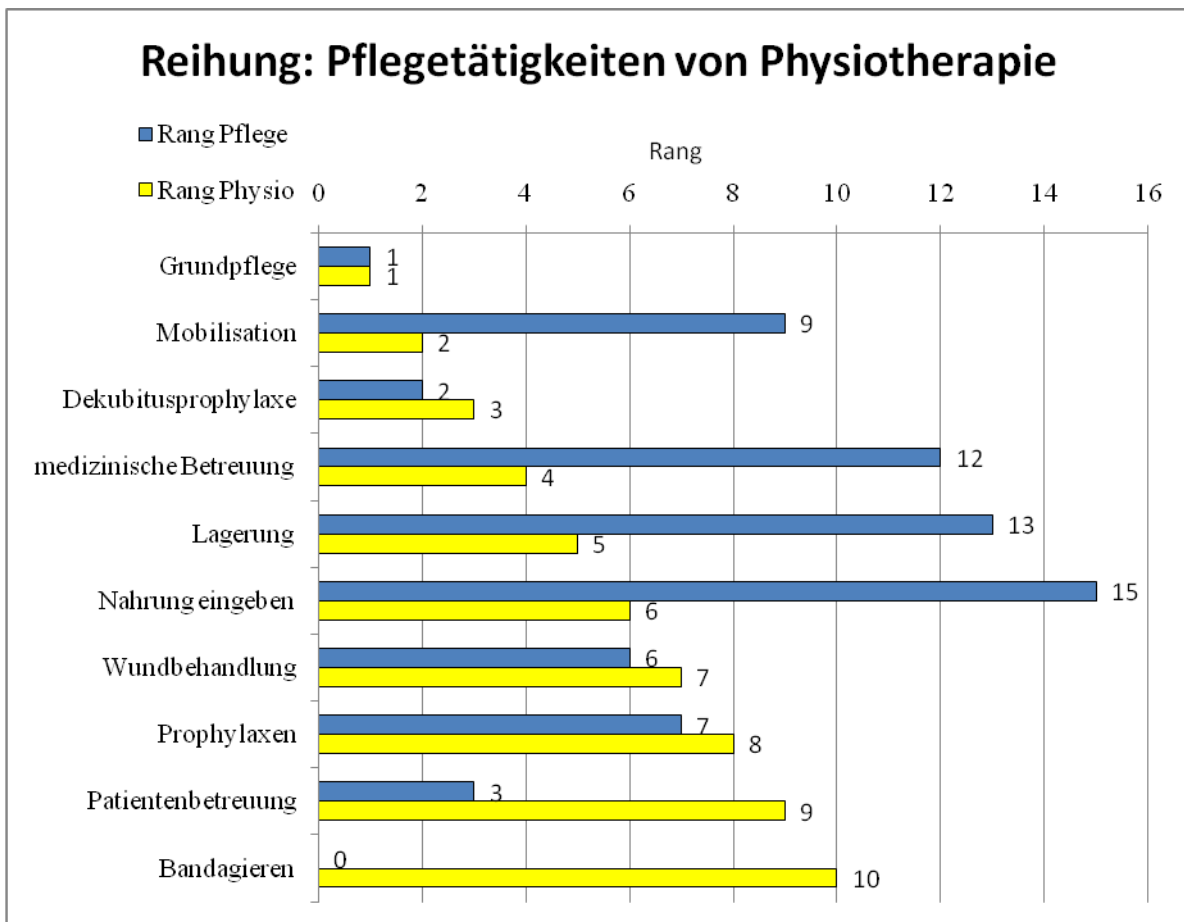


Abbildung 24: Reihung der pflegerischen Tätigkeiten

Auf die Frage, welche Aufgaben Pflegepersonen erfüllen sollen, antworteten Pflegepersonen und Physiotherapeuten teilweise sehr unterschiedlich. Da es in der Literatur keine „Reihung der pflegerischen Tätigkeit nach der Wichtigkeit“ gibt, kann ich nur die Antworten der beiden Berufsgruppen miteinander vergleichen. Einen Grund für die unterschiedlichen Antworten vermute ich erstens in einer unterschiedlichen Definition von Begriffen wie „Patientenbetreuung“ oder „Mobilisation“ und darin, dass pflegerische Tätigkeiten über den Tag verteilt – oft sogar in der Nacht – erledigt werden. Da erfahrungsgemäß viele

Physiotherapeuten halbtags arbeiten, bekommen sie viele Tätigkeiten wie beispielsweise die Dokumentation kaum mit.

Tatsächlich durchgeführte pflegerische Tätigkeiten

Dies war eine Multiple-Choice-Frage, daher konnte jeder Befragte mehrere Antwortmöglichkeiten auswählen.

Die Antworten zeigen, welche Aufgaben Pflegepersonen im geriatrischen Stationsalltag tatsächlich erledigen – sowohl aus pflegerischer als auch aus physiotherapeutischer Sicht.

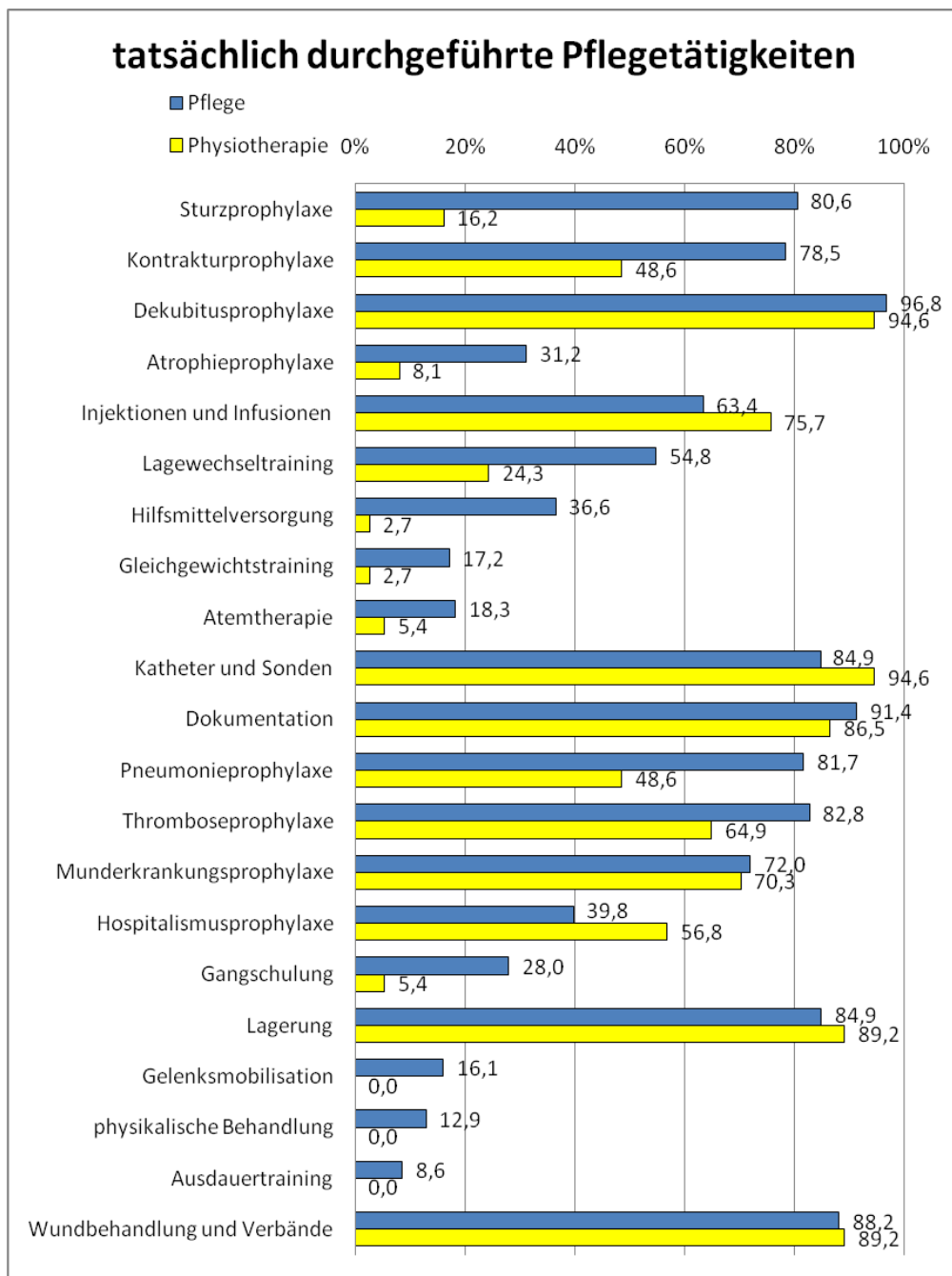


Abbildung 25: tatsächlich durchgeführte pflegerische Tätigkeiten

Auffällig ist, dass 80,6% der Pflegepersonen angeben „Sturzprophylaxe“ durchzuführen, jedoch nur 16,2 % der Physiotherapeuten diesen Punkt ankreuzten. Ähnlich verhält es sich bei der „Kontrakturprophylaxe“ mit 78,5% zu 48,6%. Auch bei der „Atrophieprophylaxe“ (Pflege: 31,2%, Physiotherapie: 8,1%), dem „Lagewechseltraining“ mit 54,8% zu 24,3%, der „Hilfsmittelversorgung“ oder der „Gangschulung“ unterscheiden sich die Antworten von Pflegepersonen und Physiotherapeuten.

Relativ übereinstimmend sind die Antworten bei den Tätigkeiten „Dekubitusprophylaxe“, „Injektionen und Infusionen“, „Katheter und Sonden“, „Dokumentation“, „Munderkrankungsprophylaxe“, „Lagerung“ und „Wundbehandlung und Verbände“.

Die Grafik veranschaulicht außerdem, dass bei allen Kategorien – ausgenommen fünf – immer mehr Pflegepersonen die jeweilige Tätigkeit angekreuzt haben. Insgesamt gab es 1414 Antworten, 1087 von Pflegepersonen und 327 von Physiotherapeuten. Dies ergibt im Durchschnitt 11,7 Kreuze pro Pflegeperson und 8,8 pro Physiotherapeuten.

Außer den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten gab es noch unter der Kategorie „Sonstige“ die Möglichkeit, eigene Antworten zu geben. Neun Pflegepersonen nutzten dies und ergänzten die Antwortmöglichkeiten um folgende Tätigkeiten: Aktivitätsgruppen (1x), Animation (1x), Begleitung (1x), Gespräche (1x), Grundpflege (1x), Informationsgespräche (1x), Medikamente vorbereiten (2x) und Mobilisation (1x). Auch fünf Physiotherapeuten nannten weitere Aufgaben: Bandagieren (1x), Entlassungsmanagement (1x), Grundpflege (1x), Mobilisation (1x) und psychische Betreuung (1x).

Vergleicht man die tatsächlich durchgeführten Aufgaben mit jenen, die Pflegepersonen durchführen sollen, so fallen einige Unterschiede auf. Bei dieser Frage habe ich die Antwortmöglichkeit „Grundpflege“, welche bei Frage eins bei beiden Berufsgruppen auf Rang eins liegt, bewusst nicht ausgewählt. Grundpflege ist keine pflegerische Tätigkeit, die speziell in der Geriatrie gemacht wird. Patienten wird wenn nötig auf jeder Station bei der Grundpflege geholfen.

Vergleicht man jene Tätigkeiten, die laut Literatur nur das Pflegepersonal bzw. nur Physiotherapeuten machen, so zeigen die Antworten, dass in der Praxis viele rein physiotherapeutischen Tätigkeiten von Pflegepersonen durchgeführt werden. Dazu gehören laut Literatur die Hilfsmittelversorgung, die Atemtherapie, Gleichgewichtstraining, Gangschulung, Gelenksmobilisation und Ausdauertraining. Bei all diesen Tätigkeiten haben Pflegepersonen angegeben diese durchzuführen, Physiotherapeuten stimmten dem nur mit 0% bis 8,1 % zu. Bei – laut Literatur – rein pflegerischen Tätigkeiten wie Infusionen und

Injektionen vorbereiten bzw. nach ärztlicher Anordnung verabreichen oder der Wundbehandlung, sind sich beide Berufsgruppen darüber einig, dass dies die Pflege durchführt.

Vergleicht man weiters die Antworten auf die Fragen nach den wünschenswerten und den tatsächlich durchgeführten pflegerischen Aufgabengebieten zeigt sich, dass die meisten gewünschten Tätigkeiten auch tatsächlich durchgeführt werden. Allerdings ist an dieser Stelle anzumerken wie unterschiedlich die freien Antworten und die vorgegebenen Antwortkategorien sind. Von den Antworten auf den insgesamt 20 Rängen (Rang 1-10 bei pflegerischen Tätigkeiten von Pflege und Physiotherapie) finden sich lediglich acht Kategorien in den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wieder. Um dies zu erklären muss man sich die genannten pflegerischen Tätigkeiten genau ansehen. Zum einen wurden Überbegriffe wie „Grundpflege“, „Patientenbetreuung“ oder „Kommunikation“ genannt, zum anderen waren die Antworten auch teilweise sehr spezifisch (Beispiel: „ADL-Training“).

9.3. Angaben zum Tätigkeitsbereich der Physiotherapie in der Geriatrie

Reihung der physiotherapeutischen Tätigkeiten von Pflegepersonen

Tätigkeit gewichtet				
	% Pflege	Rang Pflege	% Physio	Rang Physio
Gangschulung	14,51%	1	9,89%	2
physikalische Behandlungen	10,98%	2	2,11%	15
Mobilisation	9,31%	3	11,02%	1
Gleichgewichtstraining	7,60%	4	6,32%	5
Gelenkmobilisation	7,16%	5	2,84%	14
Kontrakturprophylaxe	5,74%	6	5,83%	6
Hilfsmittelversorgung	5,69%	7	8,59%	3
Ausdauertraining	4,90%	8	5,11%	7
Atemtherapie	4,85%	9	5,11%	8
Lagewechseltraining	2,99%	10	3,89%	10

Tabelle 5: Reihung der physiotherapeutischen Tätigkeiten

Auch die physiotherapeutischen Tätigkeiten in der Geriatrie wurden von den Befragten nach ihrer Wichtigkeit gereiht. Für beide Berufsgruppen gehören sowohl die Gangschulung (Platz

eins bzw. Platz zwei) als auch die Mobilisation der Patienten (Platz drei bzw. Platz eins) zu den wichtigsten Aufgaben der Physiotherapie. Am zweitwichtigsten halten Pflegepersonen physikalische Behandlungen. Diese Aufgabe liegt bei Physiotherapeuten nur an 15. Stelle. Ähnlich verhält es sich bei der Gelenkmobilisation: Platz fünf bei der Pflege, Platz 14 bei den Physiotherapeuten. Andere Tätigkeiten wie Gleichgewichtstraining, Kontrakturprophylaxe, Ausdauertraining, Atemtherapie und Lagewechseltraining wurden gleich oder ähnlich wichtig bewertet (siehe obige Tabelle).

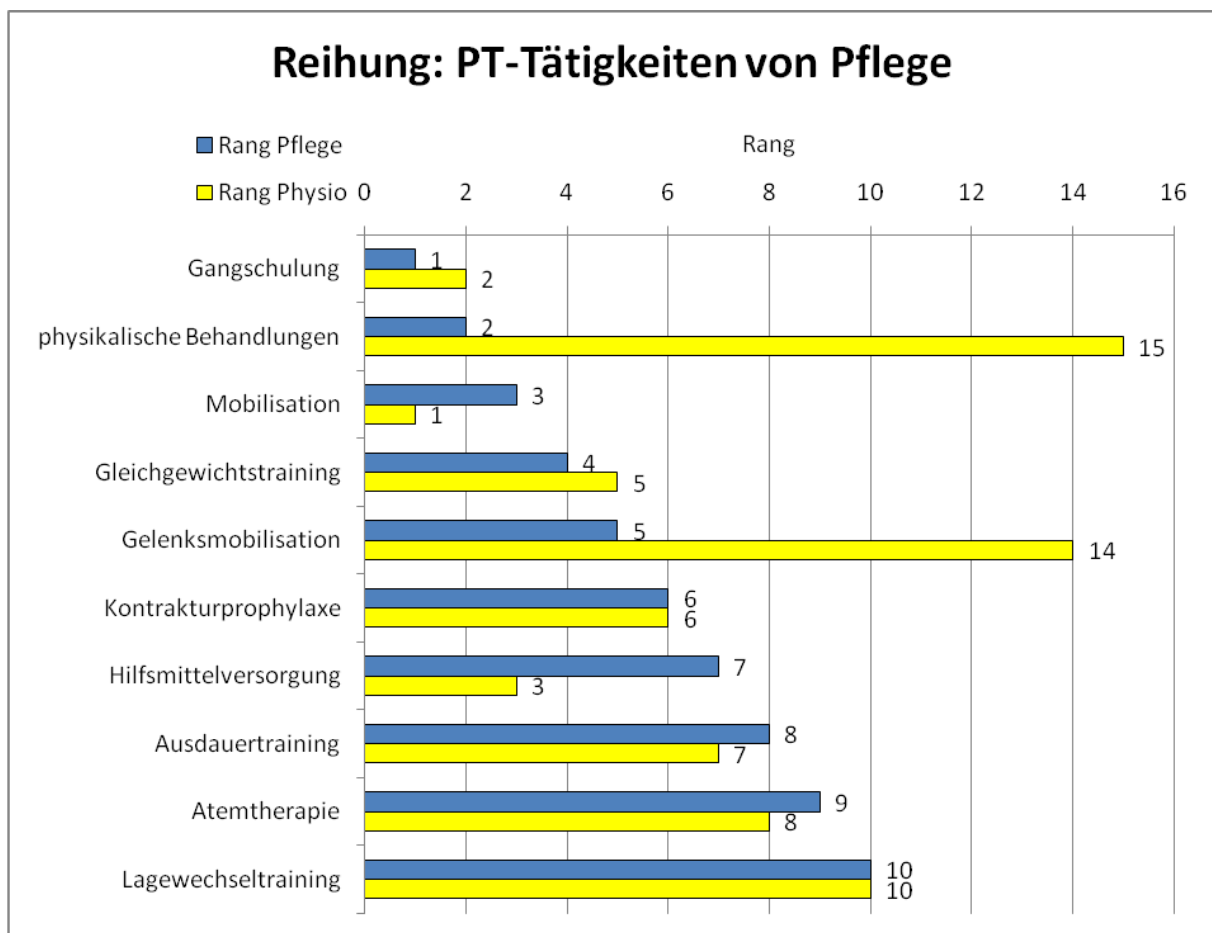


Abbildung 26: Reihung der physiotherapeutischen Tätigkeiten

Reihung der physiotherapeutischen Tätigkeiten von Physiotherapeuten

Tätigkeit gewichtet				
	% Pflege	Rang Pflege	% Physio	Rang Physio
Mobilisation	9,31%	3	11,02%	1
Gangschulung	14,51%	1	9,89%	2
Hilfsmittelversorgung	5,69%	7	8,59%	3
Sturzprophylaxe	2,55%	11	6,89%	4
Gleichgewichtstraining	7,60%	4	6,32%	5
Kontrakturprophylaxe	5,74%	6	5,83%	6
Ausdauertraining	4,90%	8	5,11%	7
Atemtherapie	4,85%	9	5,11%	7
Lagerung	2,50%	12	3,97%	9
Lagewechseltraining	2,99%	10	3,89%	10

Tabelle 6: Reihung der physiotherapeutischen Tätigkeiten

Bei der Reihung durch Physiotherapeuten liegt die Tätigkeit der Hilfsmittelversorgung auf dritter Position, bei der Pflege hat diese Aufgabe Platz sieben. An vierter Stelle liegt bei den Therapeuten die Sturzprophylaxe, welche bei der Pflege erst an 11. Stelle steht. Die restlichen Aufgaben verteilen sich bei beiden Berufsgruppen wieder ähnlich (siehe obige Tabelle).

Der Tätigkeitsbereich der Physiotherapeuten wurde somit von beiden Berufsgruppen wesentlich weniger unterschiedlich bewertet, als der Tätigkeitsbereich der Pflege. Sowohl Physiotherapeuten, als auch Pflegepersonen scheinen die Aufgabengebiete der Therapeuten in der Geriatrie zu kennen.

Vergleicht man die Antworten mit jenen in der Literatur beschriebenen physiotherapeutischen wie auch interdisziplinären Aufgabengebieten, so fällt zwar auf, dass alle – sich auf den ersten 10 Rängen befindlichen – Tätigkeiten aus diesen Aufgabengebieten stammen, von den insgesamt 20 Plätzen jedoch nur fünf von interdisziplinären Aufgaben belegt werden.

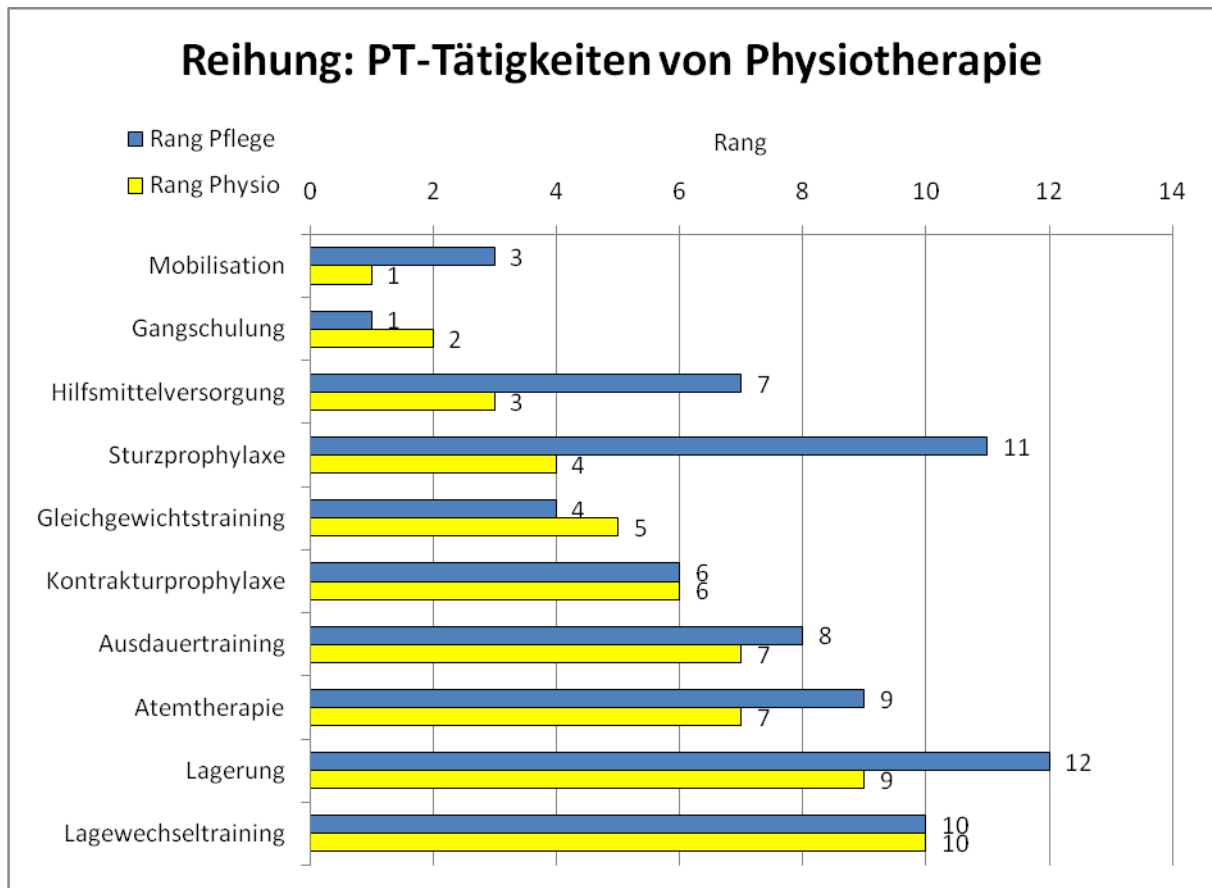


Abbildung 27: Reihung der physiotherapeutischen Tätigkeiten

Tatsächlich durchgeführte physiotherapeutische Tätigkeiten

Diese Mehrfachantworten zeigen, welche Aufgaben Physiotherapeuten im geriatrischen Stationsalltag tatsächlich erledigen – sowohl aus pflegerischer als auch aus physiotherapeutischer Sicht.

Was die Antworthäufigkeit betrifft, so gab es bei allen (ausgenommen drei) Kategorien relativ gesehen mehr angekreuzte Antworten von Physiotherapeuten. Insgesamt wurden 1131 Antworten angekreuzt – 721 von Pflegepersonen und 410 von Physiotherapeuten. Dies entspricht einer Antworthäufigkeit von 7,6 pro Pflegeperson und 11,1 pro Physiotherapeut auf diese Frage.

Bei der Frage nach den tatsächlich durchgeführten pflegerischen Tätigkeiten war die relative Antworthäufigkeit auf die beiden Berufsgruppen genau umgekehrt verteilt.

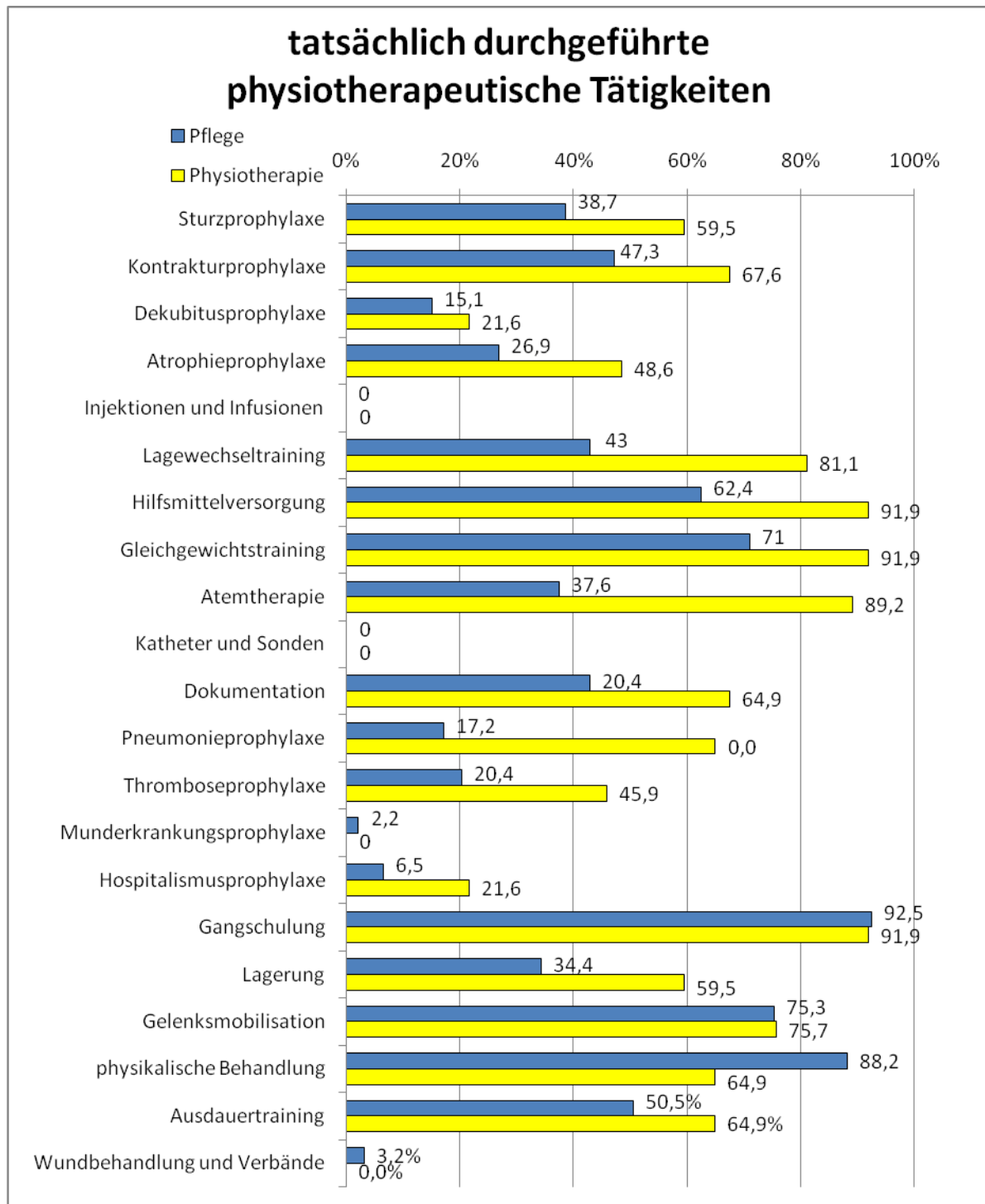


Abbildung 28: tatsächlich durchgeführte physiotherapeutische Tätigkeiten

Eine fast exakte Übereinstimmung gab es bei den Kategorien „Gangschulung“ (~92%) und „Gelenkmobilisation“ (~75%) sowie den beiden Kategorien „Injektionen und Infusionen“ und „Katheter und Sonden“ mit jeweils 0% der Stimmen. Große Unterschiede (über 30%) in den Antworthäufigkeiten zeigen sich hingegen bei den Kategorien „Lagewechseltraining“, „Atemtherapie“, „Dokumentation“ und „Pneumonieprophylaxe“. Diese Tätigkeiten werden

laut Therapeuten sehr oft durchgeführt (64,9 % - 89,2%), wenn es nach dem Pflegepersonal geht wesentlich seltener (17,2% - 43%).

Auch bei dieser Frage gab es die Möglichkeit, unter dem Punkt „Sonstige“ eigene – fehlende – Tätigkeiten anzuführen. Zwei Pflegepersonen nützten dies und ergänzten die Antwortmöglichkeiten um „Gespräche“ und „Mobilisation“. Bei allen befragten Physiotherapeuten blieb das Feld „Sonstige“ leer.

Bei dieser Frage waren die Antwortmöglichkeiten von mir vorgegeben. An dieser Stelle möchte ich erläutern, warum ich die Kategorie „Mobilisation“ nicht vorgegeben habe. Oft steht auf Überweisungen für die Physiotherapie auf geriatrischen Stationen „Mobilisation“ als ärztliche Anordnung – einfach zum Ankreuzen. Der Physiotherapeut handelt eigenverantwortlich und wählt die für den jeweiligen Patienten geeigneten physiotherapeutischen Maßnahmen aus. Dies kann eine Bewegungstherapie, aktives Durchbewegen, Gelenkmobilisation, Stehversuche, Krafttraining an den Stiegen oder auch eine Hilfsmittelversorgung und –schulung sein. Dies zeigt, dass unter „Mobilisation“ schon Physiotherapeuten Unterschiedliches verstehen. So ist es zwischen verschiedenen Berufsgruppen noch schwieriger vom selben Thema zu sprechen.

Vergleicht man nun die in der Literatur beschriebenen Aufgabengebiete mit den tatsächlich durchgeführten, so zeigt sich ein weiteres Mal, dass die Tätigkeitsfelder der Physiotherapeuten bei beiden Berufsgruppen sehr übereinstimmend ausgewählt wurden.

Vergleicht man weiters die Antworten auf die Fragen nach den wünschenswerten und den tatsächlich durchgeführten physiotherapeutischen Aufgabengebieten ergibt sich folgendes Bild: Die meisten wichtig gereihten Tätigkeiten wie Gangschulung, Gleichgewichtstraining oder Hilfsmittelversorgung werden in der Praxis auch tatsächlich durchgeführt. Andere Aufgaben wie beispielsweise die Atemtherapie, wird von beiden Berufsgruppen als wichtig erachtet. Es gibt jedoch nur die Physiotherapie an, Atemtherapie im Stationsalltag oft (89%) durchzuführen. Auch das Ausdauertraining stellt eine wichtige – in der Praxis anscheinend zu wenig durchgeführte – Aufgabe dar.

9.4. Angaben zu Tätigkeiten mit Zusammenarbeit

Auf die Frage, ob es auf der Station Zusammenarbeit zwischen Pflege und Physiotherapie gibt, antworteten 75,3% (70 Personen) der Pflegekräfte und 91,9% (34 Personen) der Physiotherapeuten mit „ja“. Dies wiederum bedeutet auch, dass fast ein Viertel der befragten Pflegepersonen angibt, es gäbe keine Zusammenarbeit mit den Physiotherapeuten.

Zusammenarbeit aus Sicht der Pflege

Tätigkeit gewichtet				
	% Pflege	Rang Pflege	% Physiotherapie	Rang Physio
Gangschulung	18,46%	1	4,12%	7
Mobilisation	17,57%	2	16,13%	2
Lagerung	9,54%	3	21,05%	1
Hilfsmittelversorgung	8,99%	4	6,98%	6
Gleichgewichtstraining	5,42%	5	0,00%	-
Gelenksmobilisation	5,08%	6	0,00%	-
Kontrakturprophylaxe	4,67%	7	7,78%	5
Transfers	4,53%	8	8,81%	3
Sturzprophylaxe	3,77%	9	1,49%	13
Lagewechseltraining	2,75%	10	8,81%	3

Tabelle 7: Zusammenarbeit

Auch bei dieser offenen Frage sollten die Befragten eine Reihung vornehmen, wobei eins für die intensivste Zusammenarbeit mit der anderen Berufsgruppe stand.

An erster Stelle steht für die Pflegekräfte die „Gangschulung“ die bei den Physiotherapeuten erst an siebenter Stelle kommt. „Mobilisation“, „Lagerung“ und die „Hilfsmittelversorgung“ steht bei beiden Berufsgruppen an ähnlichen Stellen (siehe obige Tabelle). An fünfte und sechste Stelle rückten bei den Pflegekräften das „Gleichgewichtstraining“ und die „Gelenksmobilisation“ – diese beiden Tätigkeiten wurden von keinem Physiotherapeuten genannt (jeweils 0%). Die Sturzprophylaxe an Stelle neun kommt bei den Therapeuten erst am 13. Rang.

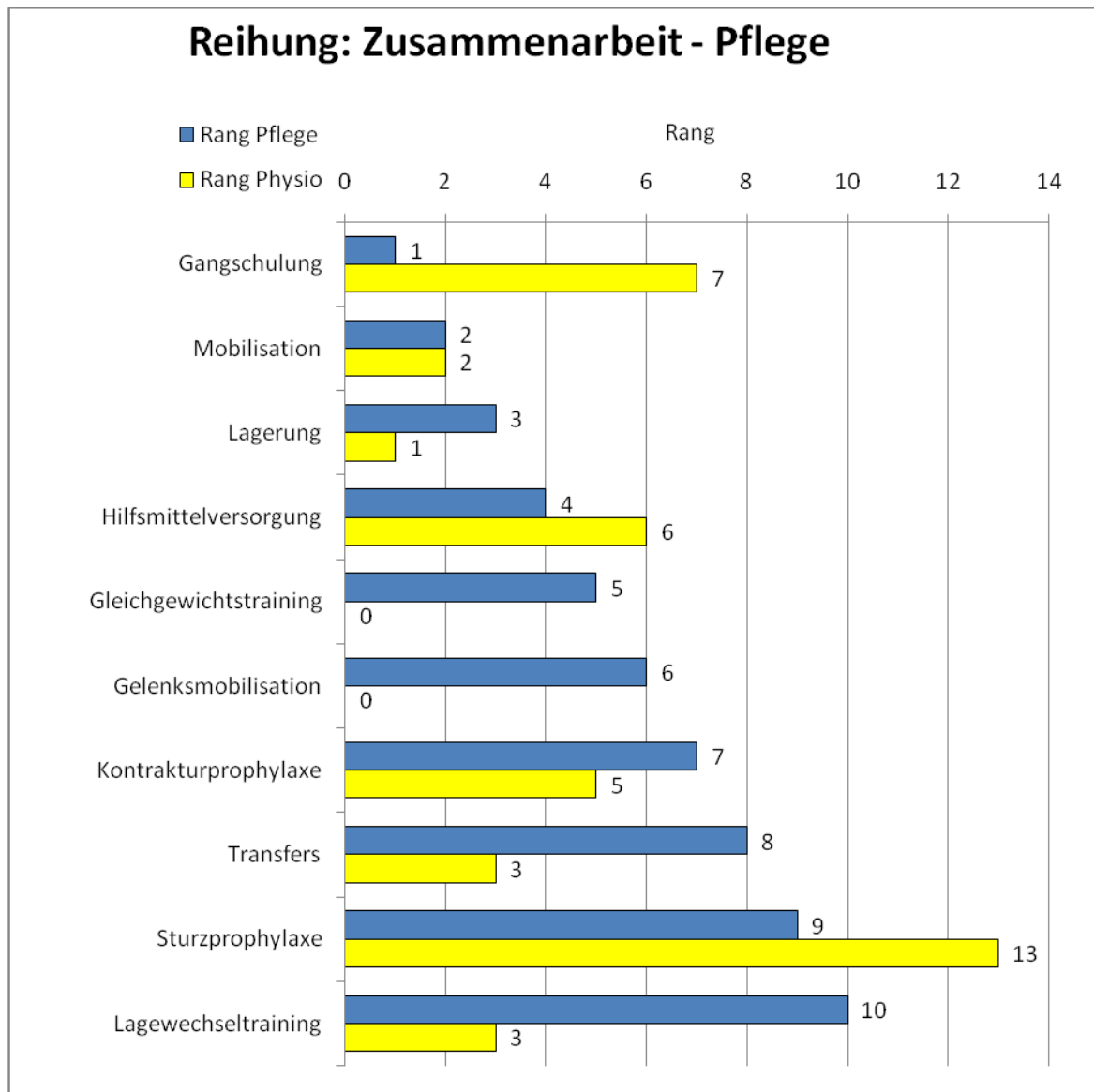


Abbildung 29: Zusammenarbeit

Zusammenarbeit aus Sicht der Physiotherapie

Tätigkeit gewichtet				
	% Pflege	Rang Pflege	% Physiotherapie	Rang Physio
Lagerung	9,54%	3	21,05%	1
Mobilisation	17,57%	2	16,13%	2
Transfers	4,53%	8	8,81%	3
Lagewechseltraining	2,75%	10	8,81%	3
Kontrakturprophylaxe	4,67%	7	7,78%	5
Hilfsmittelversorgung	8,99%	4	6,98%	6
Gangschulung	18,46%	1	4,12%	7
Prophylaxen	1,85%	14	3,09%	8
Transfertraining	0,00%	-	2,86%	9
Pneumonieprophylaxe	0,41%	28	2,40%	10

Tabelle 8: Zusammenarbeit

„Lagerung“ und „Mobilisation“ sind auch bei den Physiotherapeuten die Tätigkeiten mit der meisten Zusammenarbeit. Den dritten Platz teilen sich „Transfers“ und „Lagewechseltraining“, welche bei der Pflege erst Rang acht bzw. Rang zehn belegen. Weiters unterscheiden sich die Plätze acht bis zehn mit den Tätigkeiten „Prophylaxen“, „Transfertraining“ und „Pneumonieprophylaxe“. „Prophylaxen“ allgemein erreichen bei der Pflege Platz 14, die „Pneumonieprophylaxe“ lediglich Rang 28 und ein „Transfertraining“ wurde von Pflegepersonen gar nicht genannt.

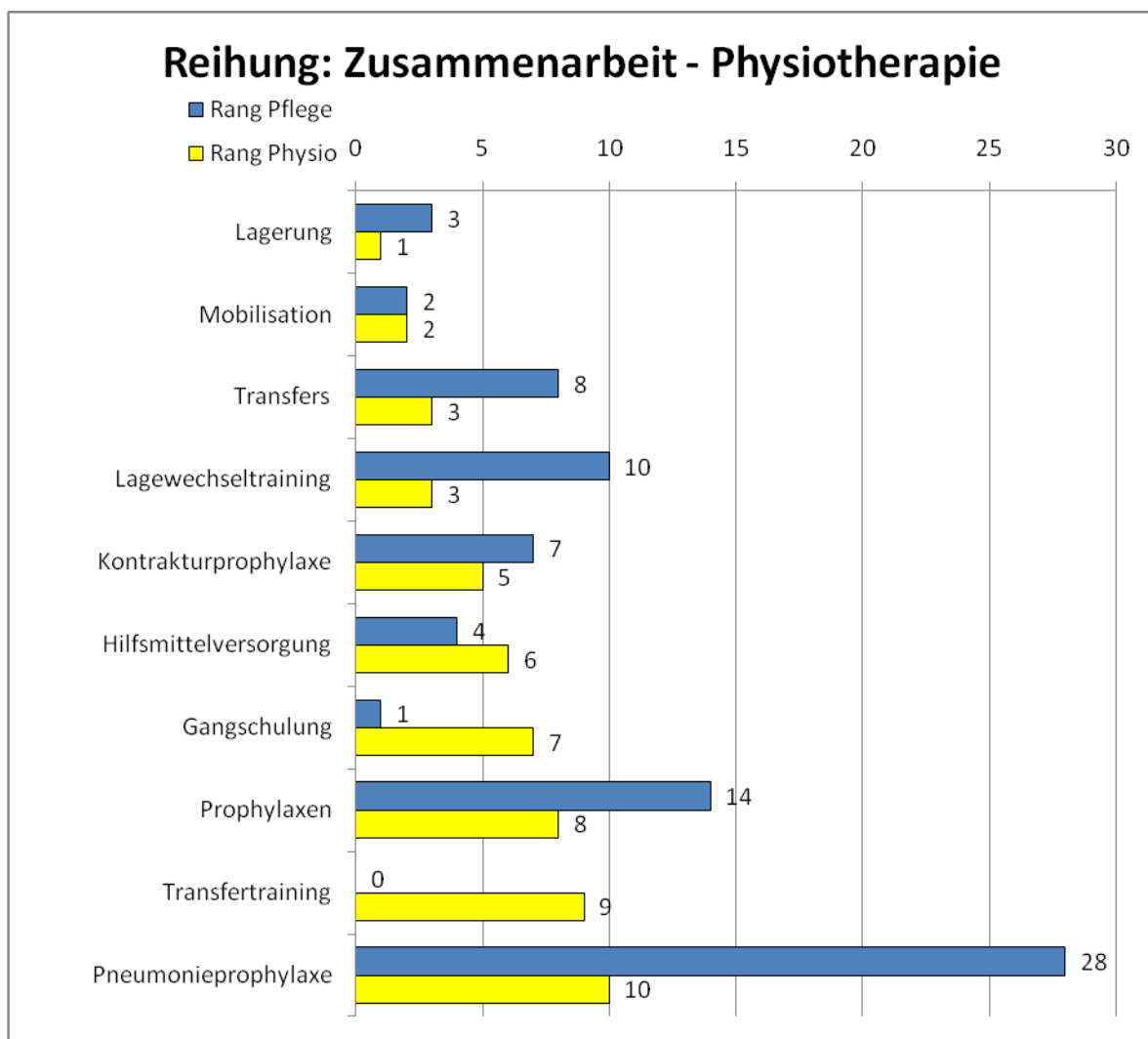


Abbildung 30: Zusammenarbeit

Es scheint also, als würde viel Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen stattfinden. Die höhere Zahl bei den Physiotherapeuten erkläre ich mir dadurch, dass Physiotherapeuten oft alleine für eine Station zuständig sind, manchmal für die Behandlung eines Patienten aber noch zusätzlich eine Hilfsperson nötig ist, die eventuell den Patienten sichert, einen Rollstuhl nachschiebt oder beim Transfer die zweite Seite übernimmt. Gibt es keinen Praktikanten, so

wird meist eine Pflegeperson um Hilfe gebeten. Was die unterschiedliche Reihung der Tätigkeitsbereiche betrifft, so wäre zu hinterfragen ob Pflegekräfte mit den Begriffen „Gleichgewichtstraining“, „Gelenksmobilisation“ oder „Transfertraining“ dieselben Tätigkeiten assoziieren wie Physiotherapeuten, da genau diese Kategorien bei der anderen Berufsgruppe nicht einmal erwähnt wurden.

9.5. Angaben zu Konfliktbereichen

Von den Pflegekräften gaben 68,8% an, keine Konflikte mit dem Physiotherapeuten zu haben (31,2% Konflikte). Fast genau umgekehrt verhält es sich bei den Physiotherapeuten. Von ihnen hatten lediglich 35,1% keine Konflikte mit dem Pflegepersonal (64,9% Konflikte). Insgesamt nannten alle Befragten 45 unterschiedliche – in der Praxis vorkommende – Konflikte. Für die Auswertung wurden die Antworten wieder nach demselben Schema gewichtet.

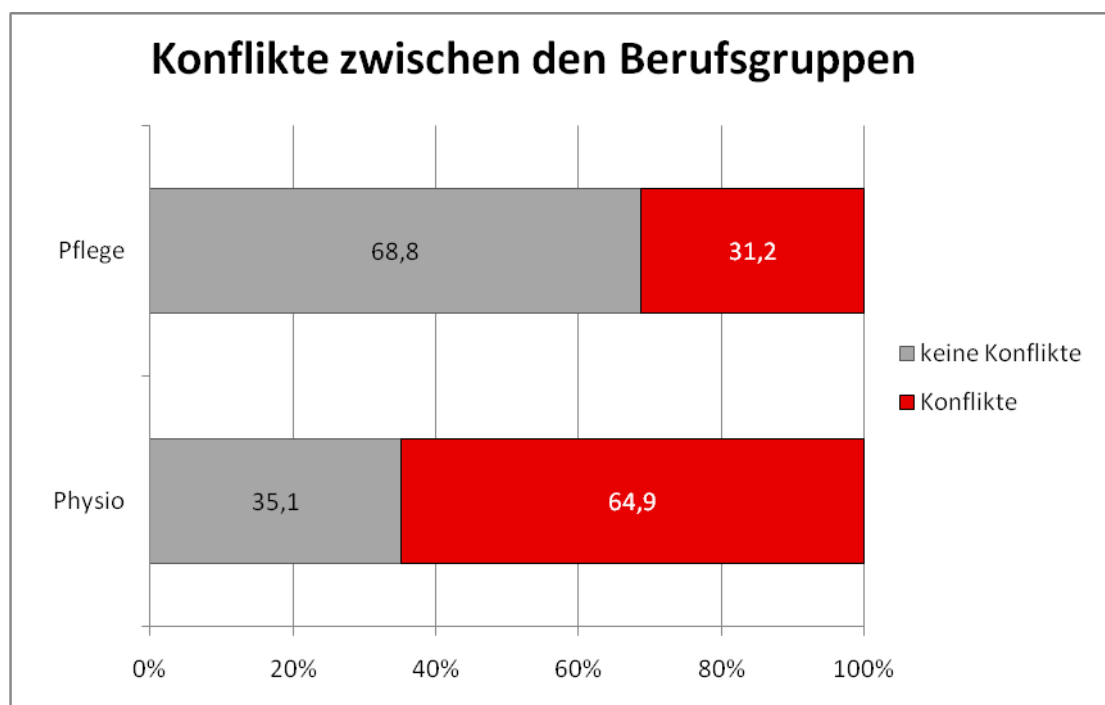


Abbildung 31: Konflikte

Konfliktbereiche aus Sicht der Pflege

Antworten gewichtet				
	% Pflege	Rang Pflege	% Physiotherapie	Rang Physio
Therapiezeiten	16,49%	1	6,56%	4
Kommunikation	8,90%	2	6,30%	6
Gangschulung	6,54%	3	0,00%	-
Motivation	5,76%	4	0,00%	-
Mobilisation	4,71%	5	18,37%	1
Hilfsmittelversorgung	4,45%	6	1,84%	19
Informationsweitergabe	4,19%	7	2,36%	11
keine Zeit für Zusammenarbeit	4,19%	7	0,00%	-
Durchbewegen	3,14%	9	0,00%	-
kaum Therapeuten anwesend	2,36%	10	0,00%	-

Tabelle 9: Konfliktbereiche der Pflege

Bei der Auswertung dieser Kategorie fällt auf, dass von den zehn wichtigsten Konfliktbereichen die von der Pflege genannt wurden, lediglich fünf bei den Physiotherapeuten vorkommen. Das größte Problem für die Pflege sind die Therapiezeiten, also Terminkollisionen zwischen pflegerischen und physiotherapeutischen Tätigkeiten (bei Physiotherapie erst Rang vier). An zweiter Stelle steht die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen (bei Physiotherapeuten Platz sechs). Die Kategorien „Gangschulung“ (3), „Motivation“, (4), „keine Zeit für Zusammenarbeit“ (7), „Durchbewegen“ (9) und „kaum Therapeuten anwesend“ (10) wurden von den Therapeuten nicht als Konflikte genannt. Auch die „Hilfsmittelversorgung“ und „Informationsweitergabe“ mit den Plätzen sechs und sieben scheinen für das Pflegepersonal ein größeres Problem darzustellen als für Physiotherapeuten, da diese Kategorien bei ihnen die Ränge 19 und 11 belegen.

Konfliktbereiche aus Sicht der Physiotherapie

Antworten gewichtet				
	% Pflege	Rang Pflege	% Physiotherapie	Rang Physio
Mobilisation	4,71%	5	18,37%	1
Mobilisation zurück ins Bett	0,00%	-	9,45%	2
fehlende Kenntnis über Aufgabengebiete	0,00%	-	6,82%	3
Therapiezeiten	16,49%	1	6,56%	4
Transfers	0,00%	-	6,56%	4
Kommunikation	8,90%	2	6,30%	6
Lagerung	0,00%	-	6,30%	6
Lagewechseltraining	0,00%	-	4,46%	8
Pflege nimmt Tipps für Patientenmobilisation nicht an	0,00%	-	3,94%	9
falsche Vorstellungen / Erwartungen an die Physiotherapie	0,00%	-	2,89%	10

Tabelle 10: Konfliktbereiche der Physiotherapie

Auch bei dieser Tabelle fällt auf, dass es große Unterschiede bei den Konfliktbereichen gibt. Sieben der physiotherapeutischen Konflikte wurden von Pflegepersonen nicht als Konflikte genannt. Die Mobilisation – Rang eins bei den Therapeuten – landet bei der Pflege erst auf Rang fünf, die Mobilisation der Patienten zurück ins Bett (zwei) wird genauso wie die „fehlende Kenntnis über Aufgabengebiete“ (drei) nicht als Problem angesehen. Ebenso verhält es sich mit den Bereichen „Transfers“, „Lagerung“, „Lagewechseltraining“, „nicht angenommene physiotherapeutische Tipps“ und „falsche Erwartungen an die Physiotherapie“. Auch diese Bereiche wurden von der Pflege nicht genannt.

Da es große Unterschiede bei den Nennungen der Konfliktbereiche gibt, scheint es so, als würden Konfliktsituationen von den Berufsgruppen unterschiedlich erlebt und auch unterschiedlich bewertet werden. Die Mobilisation, die Therapiezeiten und die Kommunikation sind die einzigen gemeinsamen Konfliktbereiche (von den jeweils 10 ersten Rängen). Wenn man bedenkt, dass es insgesamt 45 unterschiedliche Konfliktbereichsnennungen gibt, so lässt dies darauf schließen, dass es zwar viele Konflikte mit der jeweils anderen Berufsgruppe gibt, diese aber sehr vielfältig sind und unterschiedlich wahrgenommen werden.

Eine Erklärung hierfür wäre die Zusammenarbeit von Menschen verschiedenen Alters, verschiedenen Bildungsstandes und unterschiedlicher kultureller Herkunft. Zeitdruck und Personalmangel (auch diese Probleme wurden oft unter „Anmerkungen“ am Ende des Fragebogens genannt) machen die Situation dann noch komplizierter.

Da es kein „Patentrezept“ für die Lösung dieser verschiedenen Probleme gibt, wurde als nächstes nach praktisch umsetzbaren, vorgegebenen Lösungsmöglichkeiten und der Erfahrung mit Lösungsmöglichkeiten gefragt.

9.6. Angaben zu Lösungsmöglichkeiten

64,5% der Pflegekräfte und 24,3% der Physiotherapeuten haben bis jetzt noch keine Erfahrungen mit Lösungsmöglichkeiten gemacht.

Jene 35,5% Pflegepersonen und 75,7% Therapeuten, welche schon Lösungsmöglichkeiten erprobt hatten, nannten folgende Methoden:

Erfahrung mit Lösungsmöglichkeiten aus Sicht der Pflege

	% Pflege	Rang Pflege	% Physiotherapie	Rang Physio
Kommunikation	52,94%	1	42,86%	1
festgelegte Therapiezeiten	11,76%	2	10,20%	2
Teambesprechungen	5,88%	3	4,08%	4
Kompetenzbereiche klären	5,88%	3	4,08%	4
Supervision	5,88%	3	0,00%	-
Dinge offen an- / aussprechen	3,92%	6	2,04%	7
Toilettengang als Physiotherapie	1,96%	7	2,04%	8
interdisziplinäre Besprechungen	1,96%	7	0,00%	-
Pflege mobilisiert immobile Patienten, PTs mobile	1,96%	7	0,00%	-
physiotherapeutische Tipps für Pflege	1,96%	7	0,00%	-

Tabelle 11: Lösungsmöglichkeiten

Bei beiden Berufsgruppen ähneln sich die ersten Plätze. Kommunikation und festgelegte Therapiezeiten belegen die Plätze eins und zwei, gefolgt von Teambesprechungen und der Klärung der Kompetenzbereiche (jeweils drei/vier). Mit Supervision haben bis jetzt nur Pflegepersonen Erfahrungen gesammelt. Ebenso verhält es sich bei den interdisziplinären Besprechungen, physiotherapeutischen Tipps für Pflegepersonen und mit einer Lösungsmöglichkeit für das Mobilisationsproblem – die Pflege mobilisiert immobile Patienten, Physiotherapeuten mobilisieren mobile Patienten. Da diese Lösungsmöglichkeit Pflegekräfte genannt haben und die Mobilisation erst auf Rang Nummer fünf bei den Konflikten aus Sicht der Pflege liegt (Physiotherapeuten: Rang eins), scheint diese Lösungsmöglichkeit gut zu funktionieren. Die zuletzt genannten Punkte wurden nur von Pflegepersonen vorgeschlagen.

Der Toilettengang als Physiotherapie landete auf Platz sieben bzw. acht (PT). Normalerweise ist die Pflege für Toilettengänge zuständig. In der Praxis kommt es aber oft vor, dass ein Patient während der Therapie auf die Toilette gehen muss. Durch Bewegungsübungen und Mobilisation wird die Darmtätigkeit aktiviert. Den Weg zur und dann wieder von der Toilette zurück zum Therapieraum kann der Therapeut für die Gangschulung nutzen. So kommt er nicht in Zeitverzug und die Pflegeperson muss nicht extra für den Toilettengang des Patienten zu Hilfe geholt werden.

Erfahrung mit Lösungsmöglichkeiten - Physiotherapie

	% Pflege	Rang Pflege	% Physiotherapie	Rang Physio
Kommunikation	52,94%	1	42,86%	1
festgelegte Therapiezeiten	11,76%	2	10,20%	2
gegenseitige Fortbildungen	0,00%	-	8,16%	3
Teambesprechungen	5,88%	3	4,08%	4
Kompetenzbereiche klären	5,88%	4	4,08%	4
Absprachen	0,00%	-	4,08%	4
Dinge offen an- / aussprechen	3,92%	6	2,04%	7
Toilettengang als Physiotherapie	1,96%	7	2,04%	7
Arbeitsteilung beim Bandagieren	0,00%	-	2,04%	7
gegenseitige Hilfestellungen	0,00%	-	2,04%	7

Tabelle 12: Lösungsmöglichkeiten

Die befragten Physiotherapeuten haben mit ähnlichen Lösungsmöglichkeiten Erfahrungen gesammelt wie die Pflegepersonen. Neu sind jedoch gegenseitige Schulungen (Rang drei) und Absprachen zwischen Pflege und Therapie, wann welcher Patient zur Therapie kommen kann (Rang vier). Außerdem gaben Therapeuten an, sich beim Bandagieren abzuwechseln und sich gegenseitige Hilfestellungen zu geben (Rang sieben).

Praktisch umsetzbare Lösungsmöglichkeiten

Bei dieser Frage waren wieder Mehrfachantworten erlaubt. Es waren 11 Lösungsmöglichkeiten vorgegeben, die Befragten sollten jene Antworten auswählen, die ihrer Meinung nach sinnvoll sind und praktisch umgesetzt werden können.

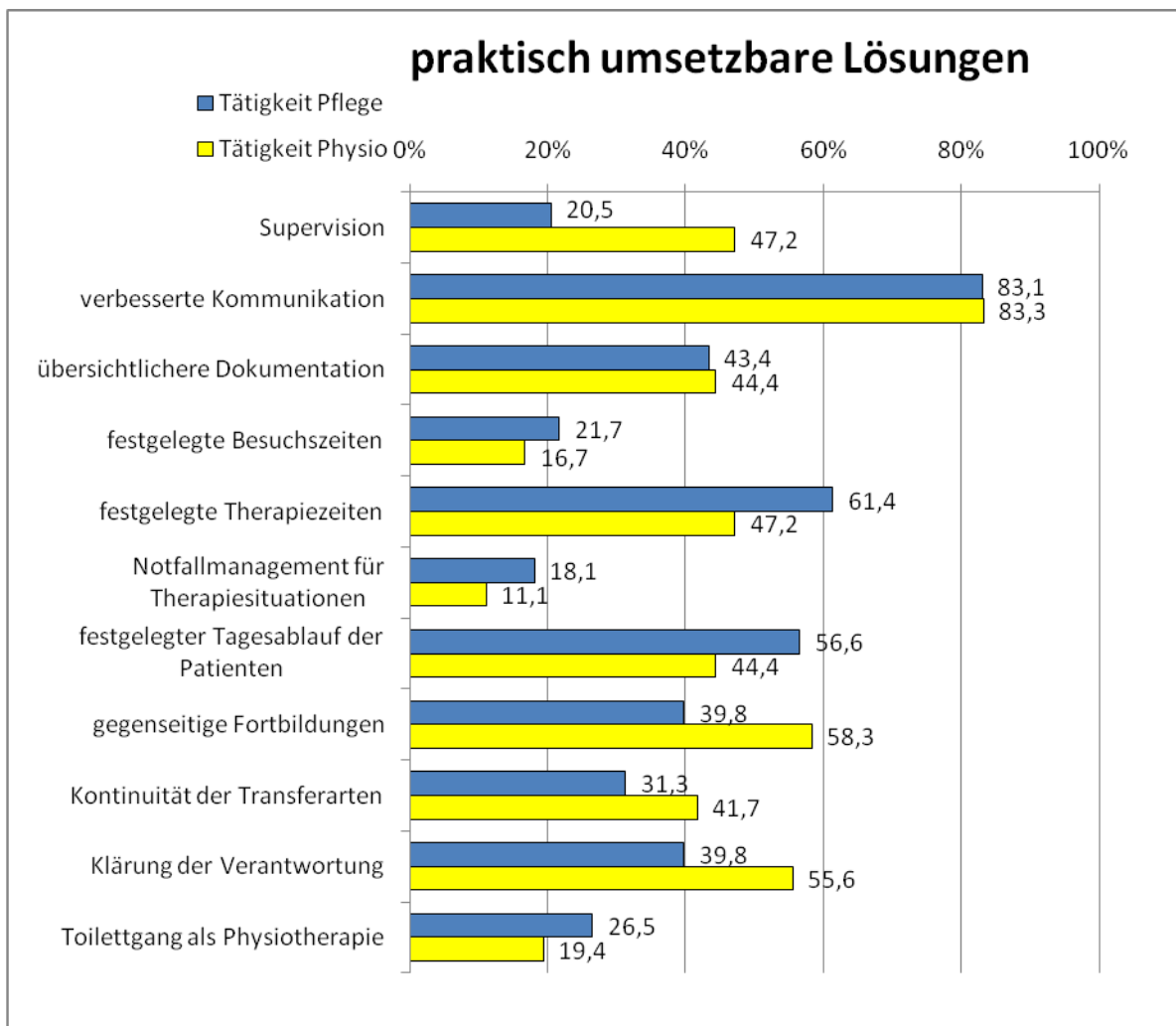


Abbildung 32: Lösungsmöglichkeiten

Dass es auf den Stationen eine verbesserte Kommunikation geben sollte, darüber sind sich sowohl die Pflege, als auch die Physiotherapie mit ca. 83% Zustimmung einig. Auch für eine übersichtlichere Dokumentation sprachen sich ca. 44% der Befragten aus. Dies könnte beispielsweise so aussehen, dass Physiotherapeuten in einer bestimmten Farbe im Patientenkartex (individuelle Dokumentationsmappe jedes Patienten) ihre Behandlungseinheiten und Fortschritte dokumentieren. So wüssten die Pflegepersonen, welche Patienten Physiotherapie erhalten, welche Therapieziele verfolgt werden oder welche Mobilisationsfortschritte der Patient beim Therapeuten macht. Weiters wünschen sich 61% der Pflegepersonen und 47% der Physiotherapeuten festgelegte Therapiezeiten. Dies hätte für beide Berufsgruppen Vorteile. Das Pflegepersonal wüsste, wann der Patient mit der Pflege fertig sein soll und die Physiotherapeuten könnten damit rechnen, dass der Patient zur vereinbarten Uhrzeit bereit für die Therapie ist. Im Spitalsalltag sieht die Situation leider oft so aus, dass Pflegepersonen bis zur Visite (die meist am Vormittag stattfindet) mit der Grundpflege aller Patienten fertig sein sollten. Dazwischen fragen die Therapeuten ob dieser bestimmte Patient schon gewaschen ist und wann das sein wird, gehen ins nächste Zimmer und fragen nach dem nächsten Patienten. Dazu kommen noch tägliche Untersuchungen, andere Therapeuten (Ergotherapeuten, Logopäden etc.) oder Angehörige. Daher wäre – laut Statistik – ein generell festgelegter Tagesablauf der Patienten (Zeit für Pflege, Zeit für Therapien, Zeit für Untersuchungen, Zeit für Angehörige etc.) mit Zustimmung 56% der Pflege bzw. 44% der Physiotherapie zu empfehlen.

Geteilte Meinungen gibt es zur Supervision. Während sich 47% der Physiotherapeuten dafür aussprachen, waren dies bei der Pflege nur 20%. Verbindet man dies mit den Angaben der letzten Frage (kein einziger Physiotherapeut hat Erfahrungen mit Supervision, bei der Pflege landete diese Lösungsmöglichkeit auf Platz drei), so kann man daraus schließen, dass sich die Physiotherapie Supervision wünscht, die Pflege mit Supervision jedoch negative Erfahrungen gemacht hat. Auch den Punkt „gegenseitige Fortbildungen“ hielten 58% der Physiotherapeuten für umsetzbar, jedoch nur 39% der Pflegepersonen. Diese höhere Zahl bei den Physiotherapeuten passt auch zu den Angaben der letzten Frage. Dort gaben Physiotherapeuten an schon Erfahrungen mit gegenseitigen Schulungen gemacht zu haben (Rang drei bei Erfahrungen mit Lösungsmöglichkeiten). Von den Pflegepersonen gab niemand an mit gegenseitigen Schulungen Erfahrungen gesammelt zu haben. Ich persönlich würde in gegenseitigen Fortbildungen einen guten Ansatz sehen. So können wichtige Aufgaben, die viel Zusammenarbeit erfordern (siehe Punkt 9.1.4.), wie Lagerung, Mobilisation, Transfers etc. gegenseitig erklärt und Problematiken vermieden werden. Eine

Kontinuität der Transferarten (Pflege: 31%, Physiotherapie: 41%) könnte durch eine solche gegenseitige Fortbildung leichter erreicht werden. Auch zum Thema „Verantwortung“ könnte es kurze gegenseitige Fortbildungen geben. Wann ist der Physiotherapeut für den Patienten verantwortlich, wann die Pflegeperson? Darf ein Patient selbstständig mit einem Hilfsmittel auf die Toilette gehen oder ist eine Begleitperson notwendig? Wer ist verantwortlich wenn der Patient stürzt? 55% der Physiotherapeuten und 40% der Pflegepersonen wünschen sich eine Klärung der Verantwortungsverhältnisse.

Schwer umsetzbar fanden die Befragten festgelegte Besuchszeiten und ein Notfallmanagement für Therapiesituationen.

9.7. Angaben zur Zufriedenheit

Allgemeine Zufriedenheit

Von den befragten Pflegepersonen gaben 91,4% an, zufrieden oder sehr zufrieden auf der Station zu sein, von den Physiotherapeuten waren 86,5% dieser Meinung.

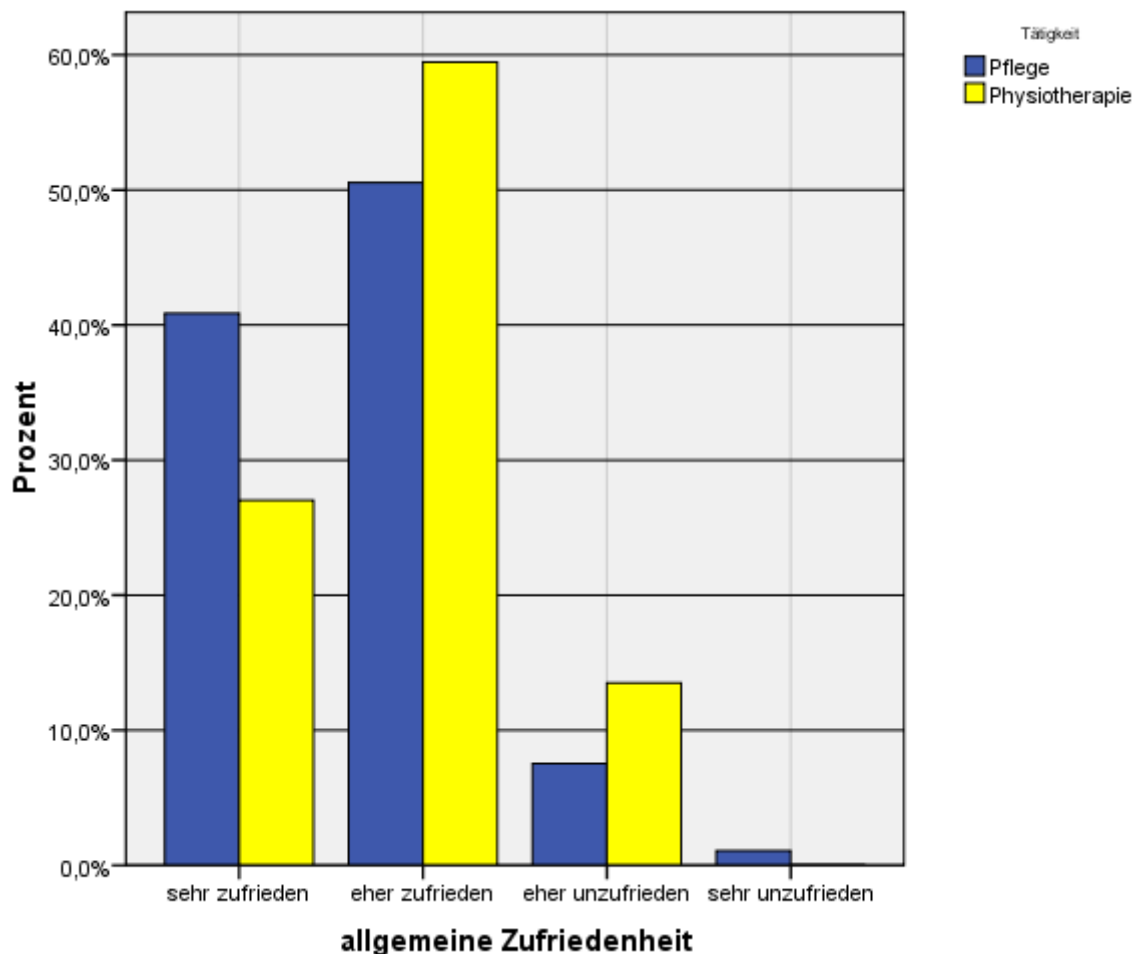


Abbildung 33: allgemeine Zufriedenheit

Zufriedenheit mit der Pflege/ mit dem Physiotherapeuten

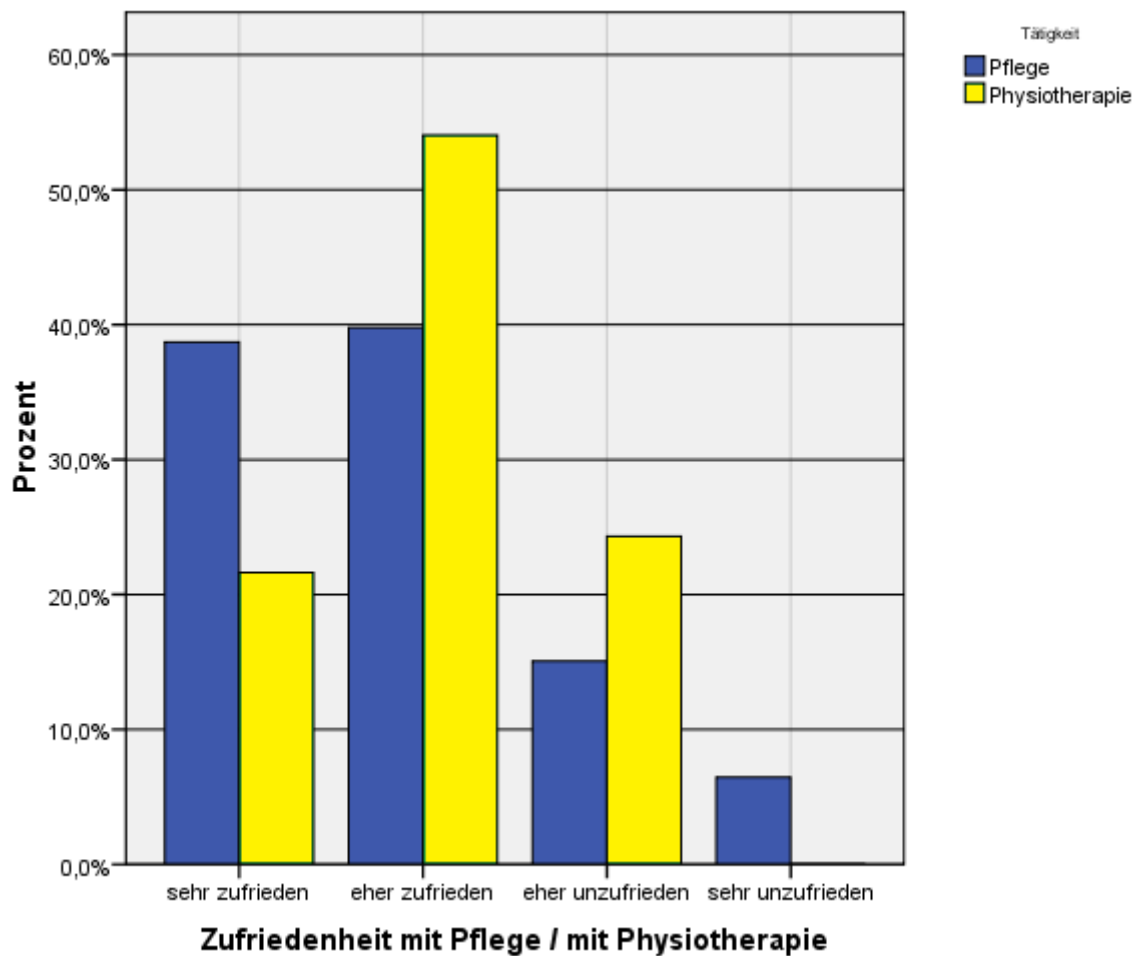


Abbildung 34: Zufriedenheit mit Pflege / mit Physiotherapie

Was die allgemeine Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit betrifft, so sind Physiotherapeuten unzufriedener als Pflegekräfte. Mit der allgemeinen Situation war die allgemeine Zusammenarbeit auf der Station gemeint, also die Zusammenarbeit zwischen den Kollegen, bzw. zwischen dem gesamten geriatrischen Team. Nur 8,6 % der Pflegekräfte und 13,5% der Physiotherapeuten gaben an (eher) unzufrieden zu sein. Gefragt nach der direkten Zusammenarbeit zwischen Pflege und Physiotherapie änderten sich die Antworten in Richtung Unzufriedenheit. 21,5% der Pflegekräfte sind mit der Zusammenarbeit mit dem Therapeuten (eher) unzufrieden, davon 6,5% sogar sehr unzufrieden. Aber auch 24,3% der Physiotherapeuten sind mit der Zusammenarbeit Pflege-Physiotherapie eher unzufrieden. Das sind immerhin ca. 1/5 der Pflegepersonen und 1/4 der Physiotherapeuten.

9.8. Anmerkungen, Vorschläge, Notizen

Bei diesem Punkt hatten die Befragten die Möglichkeit, zusätzlich Vorschläge oder sonstige Anmerkungen mitzuteilen. Viele nutzten die Chance und beschrieben, warum es mit der anderen oder auch eigenen Berufsgruppe nicht so funktioniert, wie es funktionieren sollte.

Ich unterteilte die offenen Antworten dieser letzten Frage bei der Ergebnisauswertung nach der Berufsgruppe und zusätzlich in verschiedene Kategorien.

Bei den Pflegekräften kristallisierten sich die Kategorien „Kommunikation“, „Kritik an den Physiotherapeuten“ und „allgemeine Anmerkungen“ heraus.

Kommunikation

Aufgrund der schlechten Kommunikation zwischen Pflege und Physiotherapie ist die Zusammenarbeit oft wenig ausgeprägt. Es besteht der Wunsch nach mehr Kommunikation, vor allem nach mehr interdisziplinären Gesprächen, die dann auch sinnvoll genutzt werden. Oft kann ein Patient beim Therapeuten gehen, bei der Pflege gibt sich der Patient immobil. Durch sinnvolle Zwischengespräche könnten solche Probleme entschärft werden.

Kritik an der Physiotherapie

Einige befragte Pflegekräfte merkten den Personalmangel an. Nicht nur die Pflege sondern auch die Physiotherapie ist (vor allem im Langzeitbereich) unterbesetzt. Dadurch kann nicht jeder Patient jeden Tag Therapie erhalten, was aber von der Pflege gewünscht wäre. Physiotherapeuten sind nie / kaum auf den Stationen oder verbringen – laut Pflege – zu wenig Zeit mit den einzelnen Patienten. Immobiler Patienten werden von der Physiotherapie nur unzureichend oder gar nicht mobilisiert. Erst wenn der Patient durch die Pflege soweit mobil ist, dass er nur noch wenig Hilfe braucht, ist der Physiotherapeut bereit mit dem Patienten zu arbeiten. Ein Vorschlag war, die Physiotherapie auch am Nachmittag anzubieten. Generell wird mehr Einsatzbereitschaft, Patientenorientiertheit und Bereitschaft zu Zusammenarbeit von den Physiotherapeuten erwartet. Der Physiotherapeut sollte mit dem Patienten an derselben Zielsetzung wie die Pflege arbeiten. Der Erfolg gebührt dann beiden Berufsgruppen und die Physiotherapie müsste sich nicht „in den Mittelpunkt drängen“. Außerdem wurde von

der Pflege angemerkt, dass ältere Physiotherapeuten oft schon ausgebrannt und nicht mehr offen für neue Techniken oder Therapiemethoden wären.

Allgemeine Anmerkungen

Allgemein besteht der Wunsch nach mehr gegenseitiger Wertschätzung. Der Begriff „Pflege“ sollte nicht nur im Gesetz, sondern auch in der Praxis, definiert sein. Ein gemeinsames Konzept von Medizin – Pflege – Therapie (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, etc.) würde die tägliche Arbeit erleichtern. Ein Befragter kritisierte die Unterschiede in der Ausbildung (Matura als Voraussetzung für die Ausbildung zum Physiotherapeuten). Ideal wäre für ihn dieselbe Grundausbildung von Pflege und Therapeuten, und dann erst die Spezialisierung auf die jeweilige Berufsgruppe.

Die Antworten jener Physiotherapeuten, welche diese offene Frage beantworteten, trennte ich in die Kategorien „Kommunikation“, „Personal“ und „allgemeine Anmerkungen“.

Kommunikation

Die Kommunikation auf der Station stellt sich als sehr schwierig dar, weil die Pflegepersonen täglich wechseln, der Physiotherapeut jedoch immer derselbe bleibt. Abgesehen davon wird zu wenig Information von der Station an die Therapeuten weitergegeben.

Personal

Allgemein gibt es zu wenig Personal in der Geriatrie – sowohl im Pflege- als auch im Therapeutenbereich. Durch zu wenig Personal kommt es auch zu Zeitmangel.

Ein großes Problem in der Praxis sind Mobilisationen und Transfers von Patienten, da die Pflege „die Arbeit auf die Therapeuten abschieben will“. Eine Lösung hierfür wäre eine Arbeitsteilung – passive Transfers führt die Pflege durch, assistive Transfers die Physiotherapeuten. Laut befragten Physiotherapeuten verwechseln Pflegekräfte den

Therapeuten oft mit einem „Transportkran“. Probleme gibt es jedoch meist nicht mit der Pflege allgemein sondern mit einzelnen Pflegepersonen.

Allgemeine Anmerkungen

Lösungen sind in der Geriatrie sehr individuell und müssen immer angepasst werden. Nur wenn die festgefahrenen Strukturen überwunden werden, kann sich die Zusammenarbeit bessern. Dies erfordert von allen Seiten viel Geduld.

An dieser Stelle möchte ich selbst noch anmerken, dass dies alles Aussagen der befragten Pflegepersonen und Physiotherapeuten sind und nicht meine eigene Meinung darstellen.

10. Diskussion und Schlussfolgerungen

Durch die zeitaufwendige Auswertung der Fragebögen konnte ich meine Forschungsfragen beantworten. Diese möchte ich hier diskutieren.

1. Wie realitätsnah ist der Wissensstand des Pflegepersonals über pflegerische und physiotherapeutische Aufgabengebiete?

Bei diesem Punkt wollte ich herausfinden, ob die Berufsbilder von Gesundheits- und Krankenpflegeberufen sowie der Physiotherapie dem Pflegepersonal bekannt sind.

Da ich für die Beantwortung dieser Frage im Fragebogen offene Antwortmöglichkeiten gewählt habe, kann ich die genannten Tätigkeiten nicht einfach mit jenen aus der Literatur vergleichen.

Die Pflegepersonen haben jene Tätigkeiten beschrieben, die sie für wichtig halten. Dabei stützten sie sich auf ihre Erfahrung. Insgesamt wurden von der Pflege 97 Tätigkeiten genannt, die bei der Pflege geriatrischer Patienten wichtig sind. Natürlich stehen diese 97 Aufgabengebiete so in keinem Buch und keinem Artikel. Es wurden sehr grundlegende Tätigkeiten wie die Grundpflege, Wundbehandlung oder die Dekubitusprophylaxe genannt, aber auch sehr spezifische. Hierbei denke ich an Validation (Rang 14), die Pflege als Bindeglied zwischen Patient und Angehörigen (Rang 36) oder dem Patienten Rückzugsmöglichkeiten geben (Rang 81). Also habe ich eruiert, ob alle Tätigkeiten, die ich in der Literatur beschrieben gefunden habe, auch von der Pflege als pflegerische Aufgaben genannt wurden. Die Intertrigoprophyllaxe und die Stomapflege wurden bei den pflegerischen Aufgaben nicht erwähnt, bei den interdisziplinären Aufgaben fehlten die Thromboseprophylaxe und die physikalischen Behandlungen. An die interdisziplinären Aufgaben scheinen die Befragten wohl einfach nicht gedacht zu haben, da sie laut Pflege doch tatsächlich durchgeführt werden (Thromboseprophylaxe: ~83%, physikalische Behandlungen: ~13%).

Rein physiotherapeutische Aufgaben betreffend, wurden von der Pflege 42 Tätigkeiten genannt. Funktionelles Training und Krafttraining wurden nicht bedacht, sonst fand ich alle in der Literatur beschriebenen Aufgaben wieder.

Außerdem möchte ich hier anmerken, dass insgesamt vier Pflegekräfte in meinem Fragebogen vermerkt haben, dass ihnen das Tätigkeitsbild der Physiotherapie nicht genau bekannt ist und sie die Frage nach den physiotherapeutischen Aufgaben darum leider nicht beantworten können. Da ich selbst bald an einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege unterrichtend tätig sein werde und daher den Lehrplan kenne, weiß ich, dass inzwischen viel Wert darauf gelegt wird, dass sowohl Gesundheits- und Krankenpfleger als auch Pflegehelfer die Aufgabengebiete der Physiotherapie kennenlernen.

2. Wie realitätsnah ist der Wissensstand der Physiotherapeuten über pflegerische und physiotherapeutische Aufgabengebiete?

Physiotherapeuten nannten 53 pflegerische Tätigkeiten. Bis auf die Intertrigoprophylaxe, die Stomapflege und physikalische Behandlungen (diese Tätigkeiten zählten auch Pflegepersonen nicht auf) nannten sie alle pflegerischen eigen- und mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiche, die auch in der Theorie beschrieben wurden. Was die physiotherapeutischen Aufgaben betrifft, so wurden von den Therapeuten insgesamt 37 Aufgabengebiete aufgezählt. Bis auf die Dekubitusprophylaxe fand ich alle theoretisch beschriebenen Aufgaben bei den erhobenen Antworten wieder. Bei den tatsächlich durchgeführten Maßnahmen entschieden sich ~22% der Befragten diese Antwortmöglichkeit anzukreuzen. Darum nehme ich auch hier an, dass die Therapeuten einfach darauf vergessen haben.

Im Gegensatz zu den Pflegepersonen sagte kein einziger Therapeut, das Tätigkeitsbild einer Pflegeperson wäre ihm nicht bekannt. Als ich 2005 meine Ausbildung zur Physiotherapeutin im „Akademie-System“ begonnen habe, war ein Berufspraktikum der Gesundheits- und Krankenpflege noch Pflicht. Außerdem mussten wir zuvor einen Vorbereitungskurs absolvieren, in dem uns die grundlegendsten pflegerischen Tätigkeiten wie beispielsweise Zahnpflege, Patienten waschen oder Blutdruck messen angelernt wurden. In diesem Berufspraktikum lernten wir den Spitalsalltag von der pflegerischen Seite kennen.

Seit Oktober 2007 gibt es in Wien die Ausbildung zum Physiotherapeuten nur noch im „Bachelor-System“ an der FH Campus Wien. Bei dieser neuen Form der Ausbildung gibt es kein Berufspraktikum im Bereich der Pflege. Es wird das Berufsbild der Pflegepersonen – mit denen Physiotherapeuten nicht nur in der Geriatrie eng zusammenarbeiten – auch in keiner

anderen Form näher gebracht. Die Zukunft wird zeigen, wie sich dies auf die ohnehin schon angespannte Zusammenarbeit zwischen Pflege und Physiotherapie auswirken wird.

Zusammenfassend möchte ich zu meinen ersten beiden Forschungsfragen sagen, dass sich sowohl Pflegepersonen als auch Physiotherapeuten allgemein bei pflegerischen und physiotherapeutischen Aufgabengebieten in der Geriatrie gut auskennen. Die Aufgaben wurden größtenteils richtig genannt. Es gibt jedoch Unterschiede in der Gewichtung. Beide Berufsgruppen sehen die einzelnen pflegerischen Tätigkeiten als unterschiedlich wichtig an. Bei den physiotherapeutischen Aufgaben ist dieser Unterschied nicht so groß.

3. Welche Aufgaben werden im Stationsalltag von Pflegepersonen bzw. Physiotherapeuten tatsächlich durchgeführt?

An dieser Stelle möchte ich davon absehen einzelne Tätigkeiten von Pflegepersonen und Physiotherapeuten aufzuzählen, denn bei manchen Tätigkeiten sind sich beide Berufsgruppen sehr einig dass sie von der Pflege bzw. Physiotherapie tatsächlich durchgeführt werden, bei anderen nicht. Vor allem bei den tatsächlich durchgeführten Tätigkeiten der Physiotherapeuten gibt es große Unterschiede in der Sichtweise.

Viel interessanter finde ich den Aspekt, dass alle wichtigsten zehn pflegerischen Tätigkeiten – sowohl von der Pflege als auch von der Physiotherapie gereiht – auch tatsächlich auf der Station durchgeführt werden. Berücksichtigen konnte ich hier natürlich nur jene Tätigkeiten, die bei Frage eins selbst genannt wurden und mit einer Antwortmöglichkeit von Frage zwei übereinstimmten. Dasselbe gilt auch für die tatsächlich durchgeführten physiotherapeutischen Aufgaben.

Nimmt man eine Reihung der tatsächlich durchgeführten Aufgaben nach ihrer Häufigkeit vor, so sind die tatsächlich durchgeführten Aufgaben nicht übereinstimmend mit den von den Befragten selbst genannten wichtigsten Aufgaben. Dies gilt für die Tätigkeiten beider Berufsgruppen.

Bei vielen der tatsächlich durchgeführten Tätigkeiten findet Zusammenarbeit statt. Dass so viele der Befragten angaben, Zusammenarbeit würde stattfinden (75% Pflege bzw. 92% Physiotherapie), sehe ich persönlich als sehr positiv an.

Ich hatte als übereinstimmende Antworten vor allem Aufgaben wie diverse Prophylaxen erwartet, die diese in den interdisziplinären Aufgabenbereich fallen und sie – zumindest in der Theorie – von beiden Berufsgruppen durchgeführt werden. Daher dachte ich, Zusammenarbeit würde vor allem in diesem Bereich Sinn machen. Die intensivste Zusammenarbeit gab es jedoch bei der Gangschulung, Mobilisation, Lagerung und bei Transfers. Viele geriatrische Patienten brauchen mehr als eine Hilfsperson für Transfers oder es wird jemand zweiter für die Gangschulung benötigt, der einen Rollstuhl hinter dem Patienten schiebt. Da es seit der Umstellung der Physiotherapieausbildung nur noch wenige Praktikanten gibt, hat sich aus meiner Sicht zu Zusammenarbeit zwischen Pflege und Physiotherapie in diesen Bereichen verstärkt.

4. Welche Konfliktbereiche ergeben sich im Stationsalltag zwischen den beiden Berufsgruppen?

Diese Frage bzw. die Antworten darauf fand ich besonders interessant. Überall wo viele Menschen zusammenarbeiten gibt es Konflikte und gerade im Bereich der Patientenbetreuung, indem verschiedene Berufsgruppen, Menschen verschiedenen Alters und Herkunft direkt am Menschen zusammenarbeiten, kommt es besonders oft zu Meinungsverschiedenheiten.

Ich war sehr überrascht 45 verschiedene Konfliktpunkte genannt zu bekommen. Noch überraschter war ich, als nach der Trennung nach Berufsgruppen und Gewichtung der Antworten feststand, welche zehn Konflikte jeweils am häufigsten genannt wurden. Zwischen Pflegepersonen und Therapeuten gibt es kaum Übereinstimmungen. Wenn doch beide Berufsgruppen denselben Konflikt genannt haben, dann wurde er anders gereiht. Daraus schließe ich, wie unterschiedlich Pflegepersonen und Physiotherapeuten Konfliktsituationen wahrnehmen und diese dann bewerten.

5. Welche Lösungsmöglichkeiten gibt es für diese Probleme?

Da es zwischen den Berufsgruppen nicht nur einen oder zwei Konflikte gibt, sondern Pflegepersonen und Physiotherapeuten sehr unterschiedliche Situationen oder Tätigkeiten als Konflikte betrachten, kann es für die Lösung kein allgemein gültiges Patentrezept geben.

Viele haben jedoch schon Erfahrungen mit verschiedenen Lösungsansätzen gemacht. Eine verbesserte Kommunikation bzw. Gespräche, interdisziplinäre Besprechungen, Teambesprechungen etc. wurden von beiden Berufsgruppen am öftesten ausprobiert. Kommunikation stellt auch für mich einen sehr guten Ansatz dar, da viele Situationen erst durch Konfusion zu Problemen werden.

An zweiter Stelle landeten festgelegte Therapiezeiten. Hierin liegt der Vorteil, dass sich sowohl die Pflege als auch die Therapeuten und Patienten auf einen Termin einigen und einstellen können. Jede Seite sollte diesen Termin jedoch auch Einhalten oder bei Ausfall die anderen informieren (wenn beispielsweise der Therapeut krank ist oder der Patient zur vereinbarten Zeit eine Untersuchung hat).

An dritter Stelle stehen Teambesprechungen (kann man auch zu Kommunikation zählen) und die Klärung der Kompetenzbereiche. Das bedeutet, es sollten beide Berufsgruppen darüber informiert sein, wer wann für den Patienten verantwortlich ist und wo der jeweilige Zuständigkeitsbereich beginnt bzw. endet.

Nur Pflegepersonen nannten die Möglichkeit der Supervision. Damit hätte ich persönlich nicht gerechnet, da Supervision in letzter Zeit sehr „modern“ wurde. Für oder gegen eine Supervision sollte sich auf jeden Fall das ganze Team entscheiden, wobei festgelegt sein sollte, wer zu diesem Team gehört – nur diplomierte Pflegepersonen, alle Pflegenden, eine ganze Station mit den Therapeuten etc. Der Supervisor sollte von außerhalb des Arbeitsplatzes kommen und vorher mit den Teilnehmern die Zielsetzung und die Art der Supervision (Fallsupervision, Teamsupervision etc.) abklären. Ich habe nach meiner Ausbildung zur Physiotherapeutin viermal Supervision in Anspruch genommen und es als sehr positiv und befreiend empfunden und würde es bei meinem jetzigen Arbeitsplatz auch begrüßen.

Als weitere Lösungsmöglichkeit wurden - nur von Physiotherapeuten - gegenseitige Fortbildungen genannt. Auch dies stellt für mich eine gute Möglichkeit dar, Konflikte zu beseitigen oder gar nicht erst entstehen zu lassen. Wichtige Aufgaben, die viel Zusammenarbeit erfordern wie Lagerung, Mobilisation, Transfers etc. können so gemeinsam erarbeitet und Probleme umgangen werden.

Bis auf die Lösungsmöglichkeit der „Supervision“ sind sich beide Berufsgruppen bei den verschiedenen vorgegebenen Lösungsmöglichkeiten relativ einig was die Umsetzbarkeit betrifft. Allen bisher genannten Lösungsmöglichkeiten stimmten die Befragten mit 40% -

60% zu, einer verbesserten Kommunikation sogar über mit über 80%. Im Notfallmanagement für Therapiesituationen sehen die meisten jedoch keine Umsetzbarkeit für die Praxis.

10.1. Kritik und Grenzen der Untersuchung

Jede Arbeit ist nicht nur dazu da Erkenntnisse zu gewinnen, sondern auch seine eigenen Fehler zu erkennen und aus ihnen für die Zukunft zu lernen. Auch bei meiner jetzigen Arbeit sehe ich – im Nachhinein – einige Verbesserungsmöglichkeiten.

Mit jedem Fragebogendesign macht man sich von anderen Menschen sehr abhängig. Erst musste ich abwarten, ob mein Fragebogen vom KAV bewilligt wird. Danach musste ich auf die Bewilligung der einzelnen Spitäler bzw. Geriatriezentren hoffen. Von drei Einrichtungen habe ich sofort Absagen erhalten. Der nächste Punkt war die Frage, ob ich in jenen Geriatriezentren, die meine Fragebogenaktion bewilligt haben, genügend Mitarbeiter finde, die meinen Fragebogen trotz Arbeitsüberschusses und Zeitmangel – für mich verwertbar – ausfüllen. Oft gibt es pro Station nur einen einzigen Physiotherapeuten aber doch 20 Pflegepersonen. Diese Punkte spielten zusammen, dass sich meine physiotherapeutischen Auswertungen auf die Antworten von lediglich 37 Physiotherapeuten beziehen.

Auch was den Fragebogen selbst betrifft, gäbe es im Nachhinein einige Verbesserungsvorschläge. Mein erster Fragebogen Entwurf beinhaltete nur geschlossene Fragen, ich habe mich mit meinem Betreuer dann aber auf einen Mix aus offenen und geschlossenen Fragen geeinigt. Beim Abholen der Fragebögen erhielt ich dann von der zuständigen, sehr engagierten Mitarbeiterin des Geriatriezentrums am Wienerwald die Rückmeldung, dass die zu befragenden Mitarbeiter den Fragebogen trotz mehrmaliger Bitte aufgrund der vielen offenen Fragen nicht ausgefüllt hatten. Hinzu kommt – nach Aussage der Pflegedienstleitung eines KAV – Geriatriezentrums – eine Flut an Meinungsforschungen und Befragungen in den letzten Monaten. Die Mitarbeiter sind dadurch nicht mehr gewillt, Zeit und Arbeit in Fragebögen zu investieren.

Einen weiteren Grund für ein mögliches Nicht-Ausfüllen vermute ich in der Thematik. Immerhin geht es im Fragebogen nicht nur um die Zusammenarbeit sondern auch um Konflikte. Dies ist doch noch als Tabuthema zu sehen, da Konflikte oft mit Beschuldigungen und Kritik einhergehen.

Zuletzt möchte ich noch kurz auf die Stichprobengröße eingehen. Die Rücklaufquote von 58% sehe ich als sehr positiv an, auch wenn eine höhere Rücklaufquote wünschenswert gewesen wäre. Für meine Studienzwecke war die Stichprobengröße allerdings ausreichend.

Es ist also ersichtlich, dass ich auch durch diese Arbeit wieder viel für kommende Befragungen gelernt habe.

10.2. Ausblick

Am Ende meiner Diplomarbeit möchte ich einen Bogen zum Anfang spannen. Der Titel dieser Arbeit lautet: Interdisziplinarität im Krankenhaus – Realität oder Fiktion am Beispiel der Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonen und PhysiotherapeutInnen in der Geriatrie.

Ich habe mich in den letzten Monaten intensiv mit der Literatur zu diesem Thema beschäftigt, habe mich mit den Gesetzestexten vertraut gemacht und einen eigenen Fragebogen zu dem Thema erstellt, verteilt und ausgewertet. Auf jeden Fall kam ich mit dieser Arbeit zu der Erkenntnis, dass es auf den untersuchten geriatrischen Stationen viel interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonen und Physiotherapeuten gibt. So hat sich mir die Realität präsentiert. Fiktion wäre es jedoch zu glauben, dass diese Zusammenarbeit ohne Konflikte funktioniert. Im Gegenteil – es gibt sehr viele unterschiedliche Konflikte bei dieser fächerübergreifenden Zusammenarbeit. Eine perfekte Lösung dafür zu finden ist unmöglich. Damit eine weitgehend problemreduzierte Zusammenarbeit Realität werden kann, muss jeder einzelne Mitarbeiter an sich selbst und seiner Rolle im interdisziplinären Team arbeiten. Verbesserte Kommunikation, die Klärung der einzelnen Kompetenzbereiche, gegenseitige Fortbildungen und festgelegte Therapiezeiten können die Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonen und Physiotherapeuten erleichtern und so Konflikten präventiv entgegenwirken.

Ganz nach dem Leitsatz des Geriatriezentrums am Wienerwald: „Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist die Grundlage jeden Erfolges.“ (www.wienkav.at/kav/gzw)

Illustration zum Thema:

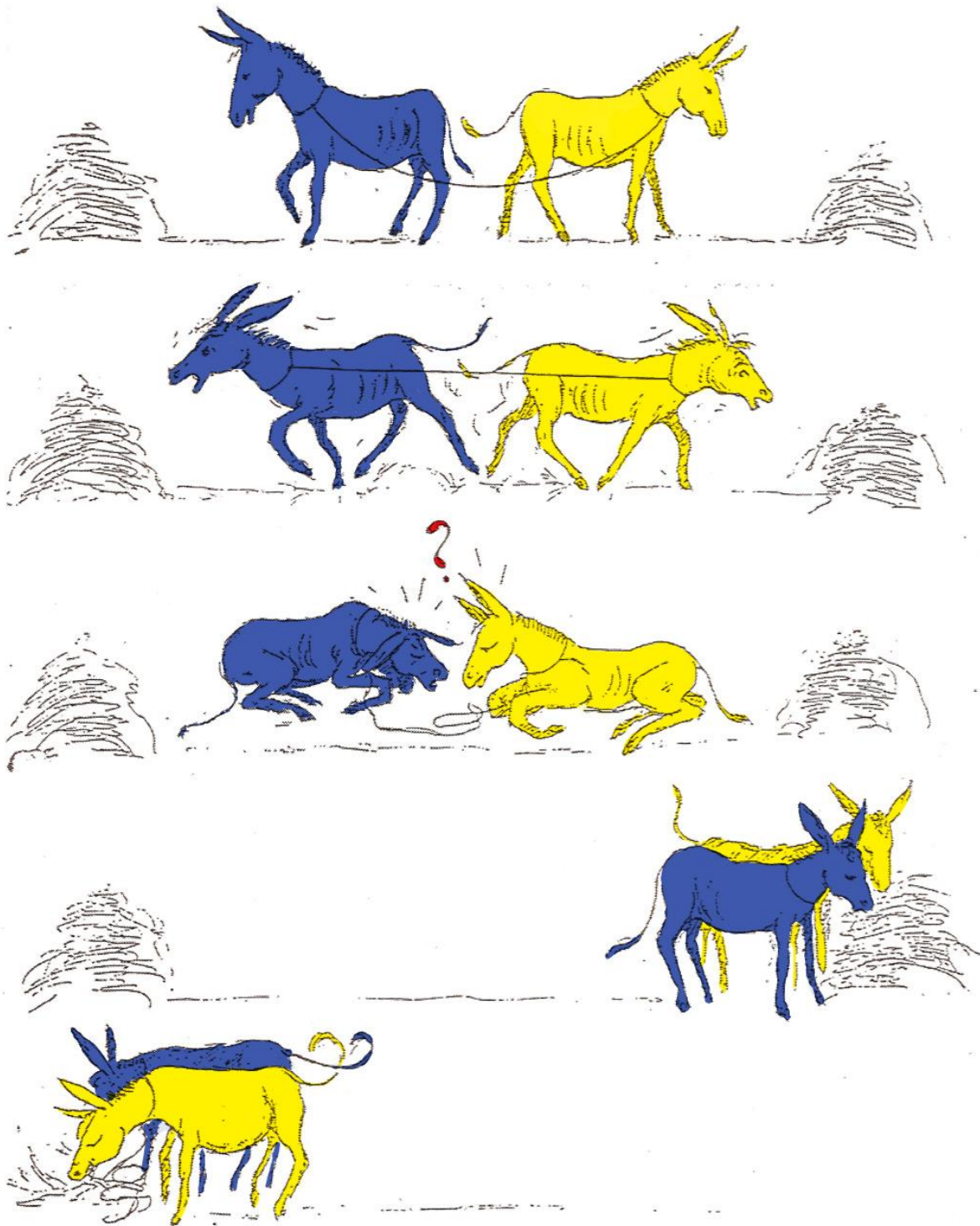


Abbildung 35: Zusammenarbeit (modifiziert übernommen aus: Henke, 2006, S. 171)

11. Literaturverzeichnis

Anderson K. A. (Hrsg.) (2004): Springer-Lexikon Pflege. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.

Berkel K. (2003): Konflikte in und zwischen Gruppen. In: Rosenstiel L. von, Regnet E., Domsch M. (Hrsg.): Führung von Mitarbeitern. Schäffer – Poeschel Verlag, Stuttgart, 397 – 414.

Berting-Hüneke C., Langner D., Lüttje D., Postina E. (2002): Selbständigkeit im Alter erhalten – Eine Einführung in die geriatrische Rehabilitation. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.

Bohner G. (2007): Einstellungen. In: Stroebe W., Jonas K., Hewstone M. (Hrsg.): Sozialpsychologie: Eine Einführung. Springer Verlag, Berlin, 265 – 318.

Brosius F. (2008): SPSS 16 für Dummies. WILEY-VCH Verlag, Weinheim.

Debray A. (2008): Geriatrie. In: Ebelt-Paprotny G., Preis R. (Hrsg.): Leitfaden Physiotherapie. Urban & Fischer Verlag, München, Jena, 725 – 737.

Dickreiter B. (1993): Wandel der Erkrankungen und der therapeutischen Vorstellungen beim älteren Menschen. In: Suden-Weickmann A. (Hrsg.): Physiotherapie in der Geriatrie: Grundlagen und Praxis. Pflaum Verlag, München, 16 – 22.

Drosdowsky G., Müller W. Scholze-Stubenrecht W., Wermke M. (1996): Duden Deutsches Universalwörterbuch. Dudenverlag, Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich.

Ebelt-Paprotny G. (2008): Prophylaxen. In: Ebelt-Paprotny G., Preis R. (Hrsg.): Leitfaden Physiotherapie. Urban & Fischer Verlag, München, Jena, 38 – 41.

Ebelt-Paprotny G., Kiesewetter C., Wenk W. (2008): Gangschulung. In: Ebelt-Paprotny G., Preis R. (Hrsg.): Leitfaden Physiotherapie. Urban & Fischer Verlag, München, Jena, 64 – 70.

Eiff W. (2000): Führung und Motivation in Krankenhäusern – Perspektiven und Empfehlungen für Personalmanagement und Organisation. Kohlhammer. Stuttgart, Bern, Köln.

Gatterer G. (Hrsg.) (2003): Multiprofessionelle Altenbetreuung – Ein praxisbezogenes Handbuch. Springer Verlag, Wien.

Gatterer G. (2003): Der alte Mensch im System der Altenbetreuung. In: Gatterer G. (Hrsg.): Multiprofessionelle Altenbetreuung – Ein praxisbezogenes Handbuch. Springer Verlag, Wien, 3 – 16.

Greiner G. (2006): Atmen. In: Mötzing G., Wurlitzer G. (Hrsg.): Leitfaden Altenpflege. Urban und Fischer Verlag, München, 366 – 396.

Greiner G. (2006): Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. In: Mötzing G., Wurlitzer G. (Hrsg.): Leitfaden Altenpflege. Urban und Fischer Verlag, München, 69 – 73.

Hall P., Weaver L. (2001): Interdisciplinary education and teamwork, a long and winding road. Medical Education 35, 867 – 875.

Härter G., Öttl C. (2003): Unschlagbar durch gutes Teamwork – Praktische Tipps für den Erfolg in der Gruppe. Bildung und Wissen Verlag, Nürnberg.

Henke F. (2006): Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess: Individuell – prägnant – praktikabel. Kohlhammer. Stuttgart, Bern, Köln.

Hudelist E. (2006): Eigenverantwortliches Mitgestalten – Die Rolle der Pflege im interdisziplinären Team. PROCARE 1 – 2, 12 – 14.

Kiesewetter C. (2008): Basistechniken. In: Ebelt-Paprotny G., Preis R. (Hrsg.): Leitfaden Physiotherapie. Urban & Fischer Verlag, München, Jena, 26 – 38.

Kneafsey R., Long F. (2002): Multidisciplinary rehabilitation teams: the nurse's role. British Journal of Therapy and Rehabilitation 9, 24 – 29.

Kuratorium für Verkehrssicherheit (2008): Freizeitunfallstatistik 2007, Wien.

Kuratorium für Verkehrssicherheit (2009): Freizeitunfallstatistik 2008, Wien.

Matheja M. (1993): Krankengymnastik in der Geriatrischen Tagesklinik. In: Suden-Weickmann A. (Hrsg.): Physiotherapie in der Geriatrie: Grundlagen und Praxis. Pflaum Verlag, München, 276 – 293.

Mötzing G., Wurlitzer G. (Hrsg.) (2006): Leitfaden Altenpflege. Urban und Fischer Verlag, München.

Müllauer E. (2006): Physiotherapie in der Geriatrie. Skriptum PT-Geriatrie für den Jahrgang 2005 / 2008.

Nöllke M. (2000): Konflikte mit Kollegen und Chefs. WRS Verlag, Planegg.

Pils K. (2003): Rehabilitation. In: Gatterer G. (Hrsg.): Multiprofessionelle Altenbetreuung – Ein praxisbezogenes Handbuch. Springer Verlag, Wien, 405 – 426.

Pschyrembel W. (2007): Pschyrembel – Klinisches Wörterbuch. Walter de Gruyter, Berlin, New York.

Rappold E., Rottenhofer I. (2009): Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation. Gesundheit Österreich GmbH, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Wien.

Reuter P. (2004): Springer Lexikon Medizin. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.

Rohde J. (2008): Thermotherapie. In: Ebelt-Paprotny G., Preis R. (Hrsg.): Leitfaden Physiotherapie. Urban & Fischer Verlag, München, Jena, 325 – 331.

Rosenstiel L. von (2003): Grundlagen der Organisationspsychologie. Schäffer – Poeschel Verlag, Stuttgart.

Rosenstiel L. von (2003): Die Arbeitsgruppe. In: Rosenstiel L. von, Regnet E., Domsch M. (Hrsg.): Führung von Mitarbeitern. Schäffer – Poeschel Verlag, Stuttgart, 367 – 386.

Rosenstiel L. von, Regnet E., Domsch M. (Hrsg.) (2003): Führung von Mitarbeitern. Schäffer – Poeschel Verlag, Stuttgart.

Schoppmeyer M.: Pflege- und Arbeitstechniken. In: Mötzing G., Wurlitzer G. (Hrsg.) (2006): Leitfaden Altenpflege. Urban und Fischer Verlag, München, 415 – 480.

Spieß E. (2003): Effektiv kooperieren – Wie aus lauter Solisten ein erfolgreiches Orchester wird. Beltz Verlag, Weinheim, Basel, Berlin.

Stanjek K. (Hrsg.) (2001): Altenpflege konkret. Sozialwissenschaften. Urban und Fischer Verlag, München, Jena.

Stanjek K. (2001): Soziologie – In sozialen Beziehungen leben. In: Stanjek K. (Hrsg.): Altenpflege konkret. Sozialwissenschaften. Urban und Fischer Verlag, München, Jena, 125 – 230.

Steidl S., Nigg B. (2008): Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie – Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Facultas Universitätsverlag, Wien.

Stier-Jarmer M., Piebtko L., Stucki G. (2002): Frührehabilitation in der Geriatrie. Phys Med Rehab Kuror 12, 190 – 202.

Stroebe W., Jonas K., Hewstone M. (Hrsg.) (2007): Sozialpsychologie: Eine Einführung. Springer Verlag, Berlin.

Suden-Weickmann A. (Hrsg.) (1993): Physiotherapie in der Geriatrie: Grundlagen und Praxis. Pflaum Verlag, München.

Suden-Weickmann A. (1993): Zur Krankengymnastik. In: Suden-Weickmann A. (Hrsg.): Physiotherapie in der Geriatrie: Grundlagen und Praxis. Pflaum Verlag, München, 87 – 103.

Watzlawick P., Beavin J., Jackson D. (2007): Menschliche Kommunikation – Formen, Störungen, Paradoxien. Hans Huber Verlag, Bern.

Wegenberger J. (1999): Gute Gespräche fördern Mitarbeiter. WEKA-Verlag, Wien.

www.altenheim-neviges.de; Die sechs Schritte des Pflegeprozesses, 20.10.2009.

www.modernealtenpflege.de; Dekubitusgefährdete Körperstellen, 26.10.2009.

www.physioaustria.at; Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) 2007, 26.10.2009.

www.ögkv.at; Gesundheits- und Krankenpflege-Gesetz 2008 (BGBl I Nr.57/2008), 26.10.2009.

www.wienkav.at/kav/gzw; Leitsatz des Geriatriezentrums am Wienerwald, 18.10.2009.

12. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wichtigste Merkmale von Kooperation (Spieß, 2003, S. 38).....	11
Abbildung 2: Das Kommunikationsquadrat (Schulz von Thun F. zit. n. Spieß, 2003, S. 29) .	13
Abbildung 3: Kommunikationsmuster (Spieß, 2003, S. 32)	14
Abbildung 4: Der geriatrische Patient im interdisziplinären Team (Gatterer, 2003, Titelbild)	22
Abbildung 5: Phasenmodelle des Pflegeprozesses (PP) und Abbildung im GuKG (Rappold / Rottenhofer, 2009, S. 9)	33
Abbildung 6: Die sechs Schritte des Pflegeprozesses (www.altenheim-neviges.de).....	34
Abbildung 7: Muster einer Pflegeplanung – Wilhelminenspital der Stadt Wien.....	35
Abbildung 8: Physiotherapeutische Gruppentherapie (Stanjek, 2001, S. 106)	48
Abbildung 9: Dekubitusgefährdete Körperstellen (modifiziert übernommen von: www.modernealtenpflege.de)	51
Abbildung 10: Dekubitusgefährdete Körperstellen (modifiziert übernommen von: www.modernealtenpflege.de)	51
Abbildung 11: Lagerung mit fünf Kissen (Mötzing / Wurlitzer, 2006, S. 421).....	53
Abbildung 12: Lagerung in Seitenlage (Ebelt-Paprotny / Preis, 2008, S. 34)	53
Abbildung 13: 30°-Schräglagerung (Mötzing / Wurlitzer, 2006, S. 422).....	54
Abbildung 14: Lagerung in Bauchlage (Ebelt-Paprotny / Preis, 2008, S. 33)	54
Abbildung 15: 135°-Lagerung (Mötzing / Wurlitzer, 2006, S. 423).....	55
Abbildung 16: A-Lagerung (Mötzing / Wurlitzer, 2006, S. 374)	55
Abbildung 17: Mobilitätstest nach Tinetti (Steidl / Nigg, 2008, S. 140f.).....	60
Abbildung 18: Modell der Konfliktregelung (Stanjek, 2001, S. 216).....	67
Abbildung 19: Verhältnis Pflege – Physiotherapie	73
Abbildung 20: Geschlechterverhältnis	74
Abbildung 21: Altersverteilung.....	75
Abbildung 22: Berufserfahrung	76
Abbildung 23: Reihung der pflegerischen Tätigkeiten	79
Abbildung 24: Reihung der pflegerischen Tätigkeiten	80
Abbildung 25: tatsächlich durchgeführte pflegerische Tätigkeiten	81
Abbildung 26: Reihung der physiotherapeutischen Tätigkeiten	84
Abbildung 27: Reihung der physiotherapeutischen Tätigkeiten	86
Abbildung 28: tatsächlich durchgeführte physiotherapeutische Tätigkeiten	87
Abbildung 29: Zusammenarbeit	90

Abbildung 30: Zusammenarbeit	91
Abbildung 31: Konflikte	92
Abbildung 32: Lösungsmöglichkeiten	97
Abbildung 33: allgemeine Zufriedenheit	99
Abbildung 34: Zufriedenheit mit Pflege / mit Physiotherapie	100
Abbildung 35: Zusammenarbeit (modifiziert übernommen aus: Henke, 2006, S. 171)	111

13. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Das therapeutische Team (Stier-Jarmer / Piebtko / Stucki, 2002, S. 193)	21
Tabelle 2: Nortonskala (Mötzing / Wurlitzer, 2006, S. 419)	52
Tabelle 3: Reihung der pflegerischen Tätigkeiten	78
Tabelle 4: Reihung der pflegerischen Tätigkeiten	79
Tabelle 5: Reihung der physiotherapeutischen Tätigkeiten	83
Tabelle 6: Reihung der physiotherapeutischen Tätigkeiten	85
Tabelle 7: Zusammenarbeit	89
Tabelle 8: Zusammenarbeit	90
Tabelle 9: Konfliktbereiche der Pflege	93
Tabelle 10: Konfliktbereiche der Physiotherapie	94
Tabelle 11: Lösungsmöglichkeiten	95
Tabelle 12: Lösungsmöglichkeiten	96

14. Anhang

- 14.1. Begleitbrief
- 14.2. Fragebogen
- 14.3. Dateninformationsblatt SPSS
- 14.4. Curriculum Vitae

Liebe Pflegeperson/ Lieber Physiotherapeut!

Mein Name ist Daniela Essbüchl und ich studiere an der Universität Wien „Pflegerwissenschaft“.

In meiner Diplomarbeit geht es um „**Interdisziplinarität in der Geriatrie – Realität oder Fiktion**“. Dies möchte ich am Beispiel der Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonen und PhysiotherapeutInnen bearbeiten, denn gerade im Bereich der Geriatrie sind die Aufgabenbereiche von Pflegepersonen und PhysiotherapeutInnen erfahrungsgemäß in vielen Situationen nicht eindeutig abzugrenzen.



Ziel meiner Arbeit ist es, Konfliktbereiche zwischen Pflegepersonal und PhysiotherapeutInnen zu evaluieren und Möglichkeiten zur Lösung häufig genannter Probleme zu erarbeiten.

Um dieses Thema erfolgreich bearbeiten zu können bitte ich Sie um Ihre Hilfe. Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen aus, und geben Sie ihn in das beigelegte Kuvert. Das Ausfüllen dauert nur 5 bis 10 Minuten.

Das verschlossene Kuvert werfen Sie bitte in die von mir aufgestellte Box im Schwesternzimmer.

Sollten Unklarheiten beim Ausfüllen des Fragebogens bestehen, können Sie mich über folgende Wege erreichen:

e-mail: d_essbuechl@gmx.at

Handy: 0676/5974089

Ich danke Ihnen vielmals für Ihre Zeit und Ihre Mithilfe an meiner Diplomarbeit!

Besten Dank,



Daniela Essbüchl

Die erhobenen Daten werden von mir streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

FRAGEBOGEN

1. Welche Aufgaben **sollen** Ihrer Meinung nach **Pflegepersonen** im Bereich der Geriatrie erfüllen? (1. = die wichtigste Aufgabe)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

2. Welche Aufgaben können Ihrer Meinung nach **Pflegepersonen** im Bereich der Geriatrie **tatsächlich** erfüllen (aus personellen, zeitlichen etc. Gründen)? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| ☐ Sturzprophylaxe | ☐ Pneumonieprophylaxe |
| ☐ Kontrakturprophylaxe | ☐ Thromboseprophylaxe |
| ☐ Dekubitusprophylaxe | ☐ Munderkrankungsprophylaxe |
| ☐ Atrophieprophylaxe | ☐ Hospitalismusprophylaxe |
| ☐ Injektionen und Infusionen | ☐ Gangschulung |
| ☐ Training von Lagewechseln | ☐ Lagerung |
| ☐ Hilfsmittelversorgung und -schulung | ☐ Gelenksmobilisation |
| ☐ Gleichgewichtstraining | ☐ physikalische Behandlung |
| ☐ Atemtherapie | ☐ Ausdauertraining |
| ☐ Katheter- und Sondenpflege | ☐ Wundbehandlung und Verbände |
| ☐ Dokumentation | ☐ sonstige: _____ |

3. Welche Aufgaben **sollen** Ihrer Meinung nach **PhysiotherapeutInnen** im Bereich der Geriatrie erfüllen? (1. = die wichtigste Aufgabe)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

4. Welche Aufgaben können Ihrer Meinung nach **PhysiotherapeutInnen** im Bereich der Geriatrie **tatsächlich** erfüllen (aus personellen, zeitlichen etc. Gründen)? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| ☐ Sturzprophylaxe | ☐ Pneumonieprophylaxe |
| ☐ Kontrakturprophylaxe | ☐ Thromboseprophylaxe |
| ☐ Dekubitusprophylaxe | ☐ Munderkrankungsprophylaxe |
| ☐ Atrophieprophylaxe | ☐ Hospitalismusprophylaxe |
| ☐ Injektionen und Infusionen | ☐ Gangschulung |
| ☐ Training von Lagewechseln | ☐ Lagerung |
| ☐ Hilfsmittelversorgung und -schulung | ☐ Gelenksmobilisation |
| ☐ Gleichgewichtstraining | ☐ physikalische Behandlung |
| ☐ Atemtherapie | ☐ Ausdauertraining |
| ☐ Katheter- und Sondenpflege | ☐ Wundbehandlung und Verbände |
| ☐ Dokumentation | ☐ sonstige: _____ |

5. Bei welchen Tätigkeiten findet **Zusammenarbeit** zwischen Pflege und Physiotherapie statt? Bitte nehmen Sie eine **Reihung** vor! (1. = die intensivste Zusammenarbeit)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

6. Gibt es auf Ihrer Station Konfliktbereiche **zwischen** dem Pflegepersonal und dem/ der PhysiotherapeutIn?

☐ nein

☐ ja, folgende Bereiche sind betroffen (1. = der am meisten betroffene Bereich):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

7. Mit welchen **Lösungsmöglichkeiten** haben Sie im Krankenhausalltag schon **Erfahrungen** gemacht?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

☐ keine

8. Welche der angeführten **Lösungsmöglichkeiten** sind Ihrer Meinung nach im Spitalsalltag praktisch umsetzbar? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Supervision
- ☐ verbesserte Kommunikation
- ☐ übersichtlichere Dokumentation
- ☐ festgelegte Besuchszeiten
- ☐ festgelegte Therapiezeiten
- ☐ Notfallmanagement für Therapiesituation
- ☐ festgelegter Tagesablauf der Patienten
- ☐ gegenseitige Fortbildungen (Pflege / Physiotherapie)
- ☐ Kontinuität der Transferarten
- ☐ Klärung der Verantwortung
- ☐ Toilettengang als Physiotherapie

9. Wie zufrieden sind Sie mit der **Zusammenarbeit** auf Ihrer Station im **Allgemeinen**?

☐ sehr zufrieden ☐ eher zufrieden ☐ eher unzufrieden ☐ sehr unzufrieden

10. Wie zufrieden sind Sie mit der **Zusammenarbeit** auf Ihrer Station zwischen **Pflege und Physiotherapie**?

☐ sehr zufrieden ☐ eher zufrieden ☐ eher unzufrieden ☐ sehr unzufrieden

11. Anmerkungen, Vorschläge, Notizen:

Allgemeine Daten:

Alter: ____ Jahre

Tätigkeit: ☐ Pflege ☐ Physiotherapie

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Jahre in der Geriatrie tätig: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Dateninformationsblatt SPSS

Variablenbeschreibung			
Position	Variable	Wert	Label
1	Laufnummer		
2	Alter		
3	Tätigkeit	1	Pflege
		2	Physiotherapie
4	Geschlecht	1	männlich
		2	weiblich
5	Jahre in Geriatrie		
6	Tätigkeit_PF_1	0	keine Angabe
7	Tätigkeit_PF_2	0	keine Angabe
8	Tätigkeit_PF_3	0	keine Angabe
9	Tätigkeit_PF_4	0	keine Angabe
10	Tätigkeit_PF_5	0	keine Angabe
11	Tätigkeit_PF_6	0	keine Angabe
12	Tätigkeit_PF_7	0	keine Angabe
13	Tätigkeit_PF_8	0	keine Angabe
14	PF_tatsächlich_Sturzprophylaxe	1	genannt
		2	nicht genannt
15	PF_tatsächlich_Kontrakturprophylaxe	1	genannt
		2	nicht genannt
16	PF_tatsächlich_Dekubitusprophylaxe	1	genannt
		2	nicht genannt
17	PF_tatsächlich_Atrophieprophylaxe	1	genannt
		2	nicht genannt
18	PF_tatsächlich_Injektionen_und_Infusionen	1	genannt
		2	nicht genannt
19	PF_tatsächlich_Lagewechseltraining	1	genannt
		2	nicht genannt
20	PF_tatsächlich_Hilfsmittel	1	genannt
		2	nicht genannt
21	PF_tatsächlich_Gleichgewichtstraining	1	genannt
		2	nicht genannt
22	PF_tatsächlich_Atemtherapie	1	genannt
		2	nicht genannt
23	PF_tatsächlich_Katheter_und_Sonden	1	genannt
		2	nicht genannt
24	PF_tatsächlich_Dokumentation	1	genannt
		2	nicht genannt
25	PF_tatsächlich_Pneumonieprophylaxe	1	genannt
		2	nicht genannt
26	PF_tatsächlich_Thromboseprophylaxe	1	genannt
		2	nicht genannt
27	PF_tatsächlich_Munderkrankungsprophylaxe	1	genannt
		2	nicht genannt

28	PF_tatsächlich_Hospitalismusprophylaxe	1	genannt
		2	nicht genannt
29	PF_tatsächlich_Gangschulung	1	genannt
		2	nicht genannt
30	PF_tatsächlich_Lagerung	1	genannt
		2	nicht genannt
31	PF_tatsächlich_Gelenksmobilisation	1	genannt
		2	nicht genannt
32	PF_tatsächlich_physikalische_Behandlung	1	genannt
		2	nicht genannt
33	PF_tatsächlich_Ausdauertraining	1	genannt
		2	nicht genannt
34	PF_tatsächlich_Wundbehandlung_und_Verbände	1	genannt
		2	nicht genannt
35	PF_tatsächlich_sonstige	2	nicht genannt
36	Tätigkeit_PT_1	0	keine Angabe
37	Tätigkeit_PT_2	0	keine Angabe
38	Tätigkeit_PT_3	0	keine Angabe
39	Tätigkeit_PT_4	0	keine Angabe
40	Tätigkeit_PT_5	0	keine Angabe
41	Tätigkeit_PT_6	0	keine Angabe
42	Tätigkeit_PT_7	0	keine Angabe
43	Tätigkeit_PT_8	0	keine Angabe
44	PT_tatsächlich_Sturzprophylaxe	1	genannt
		2	nicht genannt
45	PT_tatsächlich_Kontrakturprophylaxe	1	genannt
		2	nicht genannt
46	PT_tatsächlich_Dekubitusprophylaxe	1	genannt
		2	nicht genannt
47	PT_tatsächlich_Atrophieprophylaxe	1	genannt
		2	nicht genannt
48	PT_tatsächlich_Injektionen_und_Infusionen	1	genannt
		2	nicht genannt
49	PT_tatsächlich_Lagewechseltraining	1	genannt
		2	nicht genannt
50	PT_tatsächlich_Hilfsmittel	1	genannt
		2	nicht genannt
51	PT_tatsächlich_Gleichgewichtstraining	1	genannt
		2	nicht genannt
52	PT_tatsächlich_Atemtherapie	1	genannt
		2	nicht genannt
53	PT_tatsächlich_Katheter_und_Sonden	1	genannt
		2	nicht genannt
54	PT_tatsächlich_Dokumentation	1	genannt
		2	nicht genannt
55	PT_tatsächlich_Pneumonieprophylaxe	1	genannt

56	PT_tatsächlich_Thromboseprophylaxe	2	nicht genannt
		1	genannt
57	PT_tatsächlich_Munderkrankungsprophylaxe	2	nicht genannt
		1	genannt
58	PT_tatsächlich_Hospitalismusprophylaxe	2	nicht genannt
		1	genannt
59	PT_tatsächlich_Gangschulung	2	nicht genannt
		1	genannt
60	PT_tatsächlich_Lagerung	2	nicht genannt
		1	genannt
61	PT_tatsächlich_Gelenksmobilisation	2	nicht genannt
		1	genannt
62	PT_tatsächlich_physikalische_Behandlung	2	nicht genannt
		1	genannt
63	PT_tatsächlich_Ausdauertraining	2	nicht genannt
		1	genannt
64	PT_tatsächlich_Wundbehandlung_und_Verbände	2	nicht genannt
		1	genannt
65	PT_tatsächlich_sonstige	2	nicht genannt
66	Zusammenarbeit	1	keine Zusammenarbeit
		2	Zusammenarbeit
67	Zusammenarbeit_1	0	keine Angabe
68	Zusammenarbeit_2	0	keine Angabe
69	Zusammenarbeit_3	0	keine Angabe
70	Zusammenarbeit_4	0	keine Angabe
71	Zusammenarbeit_5	0	keine Angabe
72	Zusammenarbeit_6	0	keine Angabe
73	Zusammenarbeit_7	0	keine Angabe
74	Zusammenarbeit_8	0	keine Angabe
75	Konfliktbereiche	1	nein
		2	ja
76	Konfliktbereiche_1	0	keine Angabe
77	Konfliktbereiche_2	0	keine Angabe
78	Konfliktbereiche_3	0	keine Angabe
79	Konfliktbereiche_4	0	keine Angabe
80	Konfliktbereiche_5	0	keine Angabe
81	Lösungsmöglichkeiten	1	keine
		2	folgende
82	Lösungsmöglichkeiten_1	0	keine Angabe
83	Lösungsmöglichkeiten_2	0	keine Angabe
84	Lösungsmöglichkeiten_3	0	keine Angabe
85	Lösungsmöglichkeiten_4	0	keine Angabe
86	Lösungsmöglichkeiten_5	0	keine Angabe
87	Lösung_Supervision	1	genannt
		2	nicht genannt

88	Lösung_Kommunikation	1	genannt
		2	nicht genannt
89	Lösung_Dokumentation	1	genannt
		2	nicht genannt
90	Lösung_Besuchszeiten	1	genannt
		2	nicht genannt
91	Lösung_Therapiezeiten	1	genannt
		2	nicht genannt
92	Lösung_Notfallmanagement	1	genannt
		2	nicht genannt
93	Lösung_Tagesablauf	1	genannt
		2	nicht genannt
94	Lösung_Fortbildungen	1	genannt
		2	nicht genannt
95	Lösung_Transferarten	1	genannt
		2	nicht genannt
96	Lösung_Verantwortungskklärung	1	genannt
		2	nicht genannt
97	Lösung_Toilettgang	1	genannt
		2	nicht genannt
98	Zufriedenheit_allgemein	1	sehr zufrieden
		2	zufrieden
		3	eher unzufrieden
		4	sehr unzufrieden
99	Zufriedenheit_PF_PT	1	sehr zufrieden
		2	zufrieden
		3	eher unzufrieden
		4	sehr unzufrieden
100	Anmerkungen	0	keine Angabe

Curriculum Vitae

Persönliche Daten:

Name: Daniela Essbüchl
Geburtsdatum: 04. Februar 1984
Geburtsort: St. Pölten
Staatsbürgerschaft: Österreich
Muttersprache: Deutsch
Familienstand: ledig



Ausbildung:

09/1990 – 06/1992	Volksschule Waidhofen an der Ybbs, 3340 Waidhofen/ Ybbs
09/1992 – 06/1994	Volksschule Hinterbrühl, 2371 Hinterbrühl
09/1994 – 06/2002	BRG Franz Keimgasse, 2340 Mödling
18.06.2002	Ablegung der Reifeprüfung
10/2002 – 09/2004	Studium der Humanmedizin, Medizinische Universität Wien
seit 10/2004	IDS Pflegewissenschaft, Universität Wien
10/2005 – 09/2008	Akademie für den physiotherapeutischen Dienst
	Wilhelminenspital, 1160 Wien
2.10.2008	Diplomierung

Praktika:

10/2002	medizinisches Berufspraktikum: Innere Medizin
02/2003	medizinisches Berufspraktikum: HNO
07/2005 – 08/2005	Arbeitsmedizinische Assistentin in der betriebsmedizinischen Abteilung bei Fa. Siemens
02/2006	Praktikum der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege
08/2006 – 08/2008	diverse physiotherapeutische Praktika in den Fachrichtungen physikalische Medizin, Gynäkologie, Innere Medizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Neurologie, Pädiatrie, Orthopädie und Psychiatrie im Ausmaß von 1500 Stunden

Anstellungen:

seit 05/2009	Physiotherapeutin im Wilhelminenspital, Innere Medizin
ab 01/2010	zusätzlich lehrende Tätigkeit an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Sozialmedizinischen Zentrum Ost

