

Vier Berufsgruppen und eine Patientin

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflege (Spitex und Spitin), Ergo- und Physiotherapie war Thema an der Irchel-Tagung 2003. Koordinieren und sich abgrenzen, optimal zusammenarbeiten und sich dabei teilweise konkurrenzieren sind komplexe Anforderungen, welche an die vier Berufsgruppen gestellt werden. Bei all dem soll der Patient im Mittelpunkt stehen.

Die «Irchel-Tagung» der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) an der Universität Zürich vom 14. Oktober 2003 stand unter dem Titel «Vier Berufsgruppen – ein/e Patient/in; Spitin- und Spitex-Pflege, Physiotherapie und Ergotherapie zwischen Zusammenarbeit, Aufgabenteilung und Konkurrenz». Sie versuchte eine Übersicht zu geben über die Probleme, Grenzen und Chancen der fächerübergreifenden Zusammenarbeit.

«Der Patient steht im Zentrum, und dort stört er.» Mit diesem kernigen Bonmot lancierte Gesprächsleiterin Elsbeth Wandeler, Leiterin Abteilung Berufspolitik SBK Schweiz, die Diskussion im Workshop «Aufgabenteilung in der Praxis». Der heute oft gut informierte Patient «stört» unter anderem, weil er weiss, was er will, weil er das Angebot kennt, Vorschläge auch hinterfragt – und nicht zuletzt, weil er erwartet, dass die verschiedenen Leistungserbringer zu seinem Wohl zusammenarbeiten. Im Workshop berichteten ProtagonistInnen der vier Berufsgruppen von ihren alltäglichen Erfahrungen mit interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Spitex ist eine Branche

Der diplomierte Krankenpfleger Jan H. Kerssies ist in der gemeindepsychiatrischen Pflege der Spitex Köniz-



TeilnehmerInnen des Workshops «Aufgabenteilung in der Praxis». Von links nach rechts: Rebekka Wechner (Ergotherapeutin), Margrit Vogt-König (Lymphdrainage-Therapeutin und Pflegefachfrau), Annemarie Leuenberger (Pflegefachfrau), Elsbeth Wandeler (Workshop-Leiterin), Sandra Signer Thöne (Physiotherapeutin) und Jan H. Kerssies (Psychiatriepfleger Spitex).

Oberbalm beschäftigt. Für Kerssies sind die bereits bestehenden Spitex-Strukturen hervorragend geeignet für interdisziplinäre Kollaborationen: «Wir arbeiten mit PhysiotherapeutIn-

«Der Patient muss also, wie die einzelnen Berufsgruppen auch, seine Rolle definieren.»

nen und auch regelmässig mit einer freiberuflichen Ergotherapeutin zusammen. Letztere wird bei Bedarf von unserem Team kontaktiert und anschliessend in die Besprechungen der konkreten Fälle mit einbezogen. Manchmal rufe ich auch erst den Arzt an – für die Ergotherapie braucht es ja eine ärztliche Verordnung.»

Den speziellen Status der Spitex betonte in der Abschlussdiskussion auch die Präsidentin des Spitex-Ver-

bands Schweiz, Stéphanie Mörkifer-Zwez. Die Spitex sei prädestiniert für Koordinationsaufgaben, denn sie sei nicht eine Berufsgruppe, sondern eher eine Branche, sie vereinige Personal mit den verschiedensten Ausbildungen und funktioniere ähnlich wie ein Spital. Dabei gehöre die interdisziplinäre Zusammenarbeit, etwa zwischen Hauswirtschaft und Pflege, ganz selbstverständlich zum beruflichen Alltag.

Der aktiv lernende Patient

«Wie stellen fünf Berufsgruppen eine Anamnese, ohne sich in die Quere zu kommen?» Diese Frage bildete den Ausgangspunkt für die Organisation der interdisziplinären Zusammenarbeit in einer kleinen Rehabilitationsabteilung am Bürgerspital Solothurn, welche die Physiotherapeutin Sandra Signer Thöne vorstellte. In einem Prozess über mehrere Jahre hinweg definierten ÄrztInnen, Pflegenden, Ergo- und PhysiotherapeutInnen

nen und LogopädInnen Schritte des Anamneseablaufs, einigten sich auf eine gemeinsame Sprache und gemeinsame Ziele, sie diskutierten und definierten Schnittstellen, eliminierten Doppelspurigkeiten und formulierten eine gemeinsame Hausphilosophie. Neben optimierten Behandlungsketten und mehr Effizienz geht es im Modell aber auch darum, was die im Zentrum stehende Person tun kann. Signer Thöne: «Zentral an diesem Konzept

«Zusammenarbeit und Abgrenzung sind zwei Seiten derselben Medaille.»

ist der aktiv lernende Patient. Er hat einen festen Platz im Behandlungsteam, mit seinen Visionen und Zielen für den Aufenthalt, oder konkreter mit Etappenzielen, die er formuliert, wobei er von uns unterstützt wird.» Der Patient muss also, wie die einzelnen Berufsgruppen auch, seine Rolle definieren. Es zeige sich, dass gerade diese Definitionsarbeit nicht ganz einfach ist, so Signer Thöne, wohl auch, weil es für die PatientInnen neu sei, eine aktive Rolle zu spielen.

Ganz wichtig in diesem Netzwerk ist auch eine gemeinsame Sprache: «Wir versuchen uns an der ICF¹ zu orientieren, damit wir uns intern verstehen, und übersetzen für den Patienten.» Die gemeinsamen Ziele seien nicht immer einfach so zu formulieren, dass sie für den Patienten einsichtig – oder in zwei Wochen erreichbar – seien. «Da lernen wir tagtäglich dazu», so Signer Thöne. Wichtig sei, dass das interdisziplinäre Modell kein übergeordnetes Therapiekonzept beinhalte, die einzelnen Teammitglieder seien selbstständig bei ihrer Umsetzung der Ziele in Therapie und Pflege.

1 ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health. Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dient als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache, welche den funktionalen Gesundheitszustand, die Behinderung, die soziale Beeinträchtigung und die relevanten Umgebungsfaktoren einer Person beschreibt.

2 Unterarmbruch

Kompetenzvermischung bei Lymphdrainagen

Die Gesundheitsschwester Annemarie Leuenberger arbeitet zusammen mit drei PhysiotherapeutInnen und einem Arzt in einer Praxis für physikalische Medizin und Rehabilitation in Biel: «Ich mache dort vor allem manuelle Lymphdrainagen, dazu Verbandswechsel und weitere typische Pflegearbeiten, ferner organisiere ich das Team und koordiniere das Patientengut.» Im Normalfall ist die Lymphdrainage eine Domäne der Physiotherapie, im konkreten Fall gibt es allerdings kein Kompetenzerangel, im Gegenteil: «Die PhysiotherapeutInnen sind froh, dass ich die Ausbildung und das Know-how habe, um die Drainagen zu machen, weil sie dadurch mehr Zeit und Freiraum für ihre aktiven Therapien haben. Und ich bin froh, dass ich sie machen darf.» Leuenberger betont die sehr enge Zusammenarbeit, die interdisziplinären Absprachen zwischen ihr als Pfleger, Arzt und PhysiotherapeutInnen, wobei auch der Patient einbezogen wird. Abgerechnet wird ebenfalls einfach: «Abrechnen kann ich die Lymphdrainagen über die Konkordatsnummer des Arztes, und zwar nach den Physiotherapietarifen.»

Auch für Margrit Vogt-König gehört die Lymphdrainage zum beruflichen Alltag: Sie leitet die Schule für manuelle Lymphdrainage in Bern und hält dort unter anderem Weiterbildungskurse ab: «Da sind jeweils Physio- und ErgotherapeutInnen, Masseurinnen und Pflegenden vertreten – dabei gibt es kaum Probleme mit den verschiedenen Berufsgruppen, wir arbeiten gut zusammen und haben stets das Wohl des Patienten im Auge.»

In Abgrenzungsfragen aktiv werden!

Zusammenarbeit und Abgrenzung sind zwei Seiten derselben Medaille: An der Irchel-Tagung wurde von verschiedenen ReferentInnen postuliert, dass die Profile der einzelnen Berufsgruppen mit ihren jeweiligen Spezialitäten klarer herausgearbeitet werden sollten, um sinnvolle Kollaborationen zu erreichen. Abgrenzung also, um Doppelspurigkeiten zu vermeiden. Die Ergotherapeutin Rebekka Wechner aus Arth wies anhand von vier Thesen auf einige der

zentralen Probleme der Abgrenzung innerhalb der Berufsgruppen hin:

1. Die Abgrenzung in der ambulanten Arbeit wird nicht von den Gesundheitsberufen, sondern vom Arzt und vom Kostenträger bestimmt.

Mit seiner Verordnung bestimmt also der Arzt, an welche Berufsgruppe er einen Patienten – etwa mit einer Radiusfraktur² – überweist. Seine Entscheidung wird beeinflusst von seiner persönlichen Erfahrung, dem Wissen um das Können der jeweiligen Berufsgruppe, und natürlich von der Qualität und dem Service der Therapiestelle. Dies führt unter den TherapeutInnen zu Konkurrenzsituationen, welche durchaus Ansporn sein können, aber auch die Zusammenarbeit behindern. Wechner: «Wenn ich bei einem Patienten das Gefühl habe, es wäre sinnvoll, wenn er zusätzlich noch eine Physiotherapie verordnet kriegen würde, überlege ich mir zweimal, ob ich das tun soll, weil sich der Arzt sonst vielleicht

«Von fundamentaler Bedeutung ist eine gemeinsame Sprache und Terminologie.»

denkt, dass er einen solchen Fall nächstes Mal gleich der Konkurrenz überweisen könnte.» Ausserdem handeln die Krankenkassen die Tarifstruktur mit jeder Berufsgruppe separat aus: «Wir haben erlebt, dass ein Kostenträger meinte, Physio- sei billiger als Ergotherapie. Was die spezifischen Qualitäten und Kompetenzen der Ergotherapie, beispielsweise im Bereich Handtherapie, betraf, hatte er keine Ahnung.»

2. Die Abgrenzung in der ambulanten Praxis funktioniert nur über persönliche Beziehungen.

Anders als im stationären Bereich, wo Konzepte und Rapporte existieren, wo Schnittstellen und Abgrenzungen diskutiert und vereinbart werden und anhand der ICF jeder Berufsgruppe ihr eigener Bereich zugeordnet wird, gibt es im ambulanten Bereich oft nicht einmal eine gemeinsame Sprache. «Wenn wir ErgotherapeutInnen von «Aktivitäten des täglichen Lebens» reden, dann mei-

nen wir damit etwas anderes als die Pflegenden», so Wechner.

Die Gefahr bestehe, dass die Berufsgruppen wegen fehlenden Austauschs und ökonomischer Konkurrenz in gegenseitigen Klischeebildern verharren und es deshalb nicht zur Zusammenarbeit kommt. Diese gelingt in Einzelfällen aber gut, normalerweise da, wo eine gemeinsame Sprache gefunden wird, wo auf der Basis von Sympathie und persönlichen Beziehungen eine gute Arbeitsbeziehung entstehen kann.

3. Die Abgrenzung bei komplexen Problemstellungen ist «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» (wie das KVG vorgibt) und muss daher für alle Berufsgruppen verrechenbar sein.

Die Handlungsfähigkeit von PatientInnen erfassen und schrittweise erweitern – aus dieser Kernkompetenz der Ergotherapie leiten sich unmittelbar Schnittstellen zu vielen Berufsgruppen ab: zur Physio- und

«Die Netzwerke gilt es als Raum zu definieren, innerhalb dessen unsere Zusammenarbeit selbstverständlich verrechnet werden kann.»

Psychotherapie, zu Pflegefachleuten, Logopäden, Neuropsychologinnen, Berufsabklärern und Betreuerinnen. Der Ergotherapie-Tarifvertrag, der es erlaubt, die Abgrenzungs- und Auftragsklärungsarbeiten abzurechnen, sei den Kostenträgern ein Dorn im Auge, berichtete Wechner von ihren Erfahrungen: «Doch diese Abklärungen interdisziplinärer Zusammenarbeit sind ein Muss, eine optimierte Behandlung ohne Leerläufe senkt schliesslich die Kosten!»

4. Die Netzwerkdiskussion ist ein guter Anlass, Abgrenzungsfragen unter den Berufsgruppen zu besprechen.

Im Zusammenhang mit der neuen KVG-Revision ist viel von «Netzwerken» die Rede, aber es ist noch überhaupt nicht klar, was genau damit gemeint ist. Dies sieht Wechner als Chance: «Die an dieser Tagung

vertretenen Berufsgruppen müssen sich austauschen, wir sollten unter uns klären, wo wir Schnittstellen, wo wir Abgrenzungsfragen sehen – die Netzwerke gilt es als Raum zu definieren, innerhalb dessen unsere Zusammenarbeit selbstverständlich verrechnet werden kann.»

Schlussfolgerungen

In der anschliessenden Diskussion mit dem Publikum kristallisierten sich die wichtigsten Aspekte einer Zusammenarbeit der Berufsgruppen deutlicher heraus:

- Es gibt bestehende «Netzwerke» oder zumindest netzwerkartige interdisziplinäre Kollaborationen, vor allem im stationären Bereich, die sehr gut funktionieren.
- Die Diskussion über Abgrenzungen ist wichtig und dient auch der klareren Positionierung der einzelnen Berufsgruppen: Wer ist wofür zuständig?
- Von fundamentaler Bedeutung ist eine gemeinsame Sprache und Terminologie.
- Während die Zusammenarbeit in konkreten interdisziplinären Teams oft gut ist, wird von vielen Berufsleuten ein engeres Zusammengehen der entsprechenden Berufsverbände vermisst. Nicht zuletzt im Hinblick auf die 2. KVG-Revision wären solche strategischen Bündnisse auf Verbandsebene sinnvoll, um bei der Ausgestaltung der Netzwerke mitreden zu können.
- Der Aufwand, der sich aus Absprachen der verschiedenen an einer interdisziplinären Zusammenarbeit

Beteiligten ergibt, ist ein administrativer Zusatzaufwand, der abgegolten werden muss. Er wirkt sich letztlich eher kostensenkend aus, indem Behandlungen optimiert und Leerläufe vermieden werden.

Wer im Gesundheitswesen arbeitet, wird in Zukunft wohl noch verstärkt Ansprüchen genügen müssen, die nur schwer unter einen Hut zu bringen sind: Hier die Forderung einer optimalen Behandlung des Patienten

«Hier die Forderung einer optimalen Behandlung des Patienten im interdisziplinären Team, dort der Spardruck, der nach immer mehr Effizienz mit weniger Mitteln verlangt.»

im interdisziplinären Team, dort der Spardruck, der nach immer mehr Effizienz mit weniger Mitteln verlangt. Vielleicht dachte Workshop-Leiterin Wandeler auch daran, als sie dem eingangs erwähnten Zitat noch ein abgewandeltes beifügte: «Der Patient steht im Zentrum, und dort kostet er.» ■

Bericht:

JÜRGEN ODERMATT
JOURNALIST
HERRENACKER 19
8200 SCHAFFHAUSEN
E-MAIL: ODI@GMX.CH

VERANSTALTUNGSHINWEIS

Die nächste Irchel-Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) findet am 8. März 2004 in Zürich statt. Sie widmet sich dem Thema «Wie pflegen wir in Zukunft die Betagten? – Sozial- und gesundheitspolitische Herausforderungen für die Zukunft». Weiterführende Informationen unter: www.sggp.ch