

Gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit im stationären Hospiz aus der Sicht von MedizinerInnen

Svenja Keuwel

Matr. Nr.: 1510406332

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 19.04.2018

Version: 1

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

Abstract, Deutsch

Vorliegende Forschungsarbeit beschäftigt sich mit den förderlichen Faktoren für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im stationären Hospiz aus Sicht von MedizinerInnen. Die qualitative Erhebungsmethode der Leitfadeninterviews und die anschließende Datenauswertung durch die Methoden der Kodierung und der Systemanalyse, unterstützten die Umsetzung des Forschungsvorhabens. Die Ergebnisse legen dar, dass die fachliche Kompetenz sowie außerfachliche Kompetenzen der einzelnen Teammitglieder eine interdisziplinäre Zusammenarbeit beeinflussen. Neben diesen Kompetenzen wirken institutionelle Rahmenbedingungen auf die Gestaltung einer interdisziplinären Zusammenarbeit ein.

Abstract, Englisch

The following research explores the conducive characteristics for interdisciplinary cooperation in inpatient hospice work from the perspective of doctors. The qualitative research method by guide supported interviews and the analysis by coding and system analysis supports the research project. The results show that professional and personal skills, as well as social and communicative skills of every team member, are conducive for interdisciplinary team work. Moreover institutional conditions have an influence on forming interdisciplinary cooperation.

Inhalt

1	Einleitung	3
2	Vom Erkenntnisinteresse zur Forschungsfrage	4
2.1	Forschungsinteresse	4
2.2	Vorannahmen	4
2.3	Forschungsfrage und Detailfragen	5
3	Forschungsfeld	5
3.1	Beschreibung des Forschungsfeldes	6
3.2	Stand der Forschung	7
4	Begriffsdefinitionen	8
4.1	Palliative Care und Palliativmedizin	8
4.2	Stationäres Hospiz	9
4.3	Symptomkontrolle	10
4.4	PalliativpatientInnen	10
4.5	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	11
4.6	Lebensqualität	11
4.7	Kompetenz	12
5	Beschreibung des Forschungsprozesses	12
5.1	Methode der Datenerhebung	12
5.2	Methoden der Datenauswertung	13
6	Ergebnisdarstellung	13
6.1	Fachliche Kompetenz der Teammitglieder	14
6.1.1	Vorwissen durch die Berufsausbildungen	14
6.1.2	MedizinerInnen und das Arbeitsverständnis im stationären Hospiz	16
6.2	Die berufliche Rolle und das Hierarchiedenken	17
6.3	Außerfachliche Kompetenzen der Teammitglieder	20
6.3.1	Personale Kompetenz der Teammitglieder	20
6.3.2	Sozial-kommunikative Kompetenzen der Teammitglieder	21
6.4	Kommunikationssettings	25
6.5	Sachliche Rahmenbedingungen	26
7	Resümee	29
8	Rück- und Ausblick	31
	Literatur	32
	Daten	35
	Abbildungen	35
	Anhang	36
	Eidesstaatliche Erklärung	37

1 Einleitung

Die letzte Lebensphase eines Menschen wird fortlaufend mehr als Teil des Lebens wahrgenommen. In dieser Zeit wünschen sich Menschen mit einer unheilbaren Erkrankung eine höchstmögliche Lebensqualität und den Erhalt der Autonomie. Um den Bedürfnissen von PalliativpatientInnen entsprechen zu können, setzt das Konzept der Palliative Care auf ein ganzheitliches Betreuungskonzept im Sinne einer interdisziplinären Zusammenarbeit. Der Erfolg einer palliativmedizinischen Betreuung ist abhängig von der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Disziplinen und Berufsgruppen. Neben Pflegekräften, SeelsorgerInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen, gehören MedizinerInnen dem Palliativteam an. (vgl. Hirsmüller / Schröder 2012: 9).

Im Gesundheitswesen scheinen MedizinerInnen die Taktgeber zu sein. So zeigt eine Untersuchung von Leipzig et. al (vgl. 2002: 1141ff), dass 73% der befragten MedizinstudentInnen die primäre Aufgabe des Teams darin sehen, den MedizinerInnen zu assistieren, um Behandlungsziele bei PatientInnen erreichen zu können. 80% der befragten MedizinstudentInnen sehen eine Änderung der im Team festgelegten Behandlungspläne ohne Rücksprache mit anderen Professionen für belanglos an. Aus dem Blickwinkel der Autorin lassen sich die Sichtweisen von MedizinstudentInnen und die Vorgehensweise innerhalb einer interdisziplinären Zusammenarbeit in der Palliative Care nicht vereinen.

Diese Forschungsarbeit verfolgt das Ziel, Erkenntnisse über eine am Wohl der PatientInnen orientierte gelingende, interdisziplinäre Zusammenarbeit im stationären Hospiz praxisnah zu definieren. Diese Forschungsarbeit soll den derzeitigen Entwicklungsstand der interdisziplinären Zusammenarbeit, aus Sicht von MedizinerInnen, aufzeigen.

In dem zweiten Kapitel dieser Arbeit werden das Forschungsinteresse und die daraus abgeleitete Forschungsfrage beschrieben. Darauf folgend wird im dritten Kapitel das stationäre Hospiz als Forschungsfeld dargestellt. Im anschließenden Kapitel vier werden für diese Arbeit relevante Begrifflichkeiten definiert. Das Kapitel fünf erläutert das methodische Vorgehen der Forschungsarbeit. Den Hauptteil dieser Arbeit umfasst Kapitel sechs, die Darstellung der Forschungsergebnisse anhand der formulierten

Fragestellung. Kapitel sieben fasst die Ergebnisse der Forschung bündig zusammen. Abschließend werden in Kapitel acht ein Rückblick auf die Forschung und ein Ausblick auf weitere, mögliche Forschungen beschrieben.

2 Vom Erkenntnisinteresse zur Forschungsfrage

In diesem Kapitel wird der Weg vom Forschungsinteresse zu der leitenden Forschungsfrage veranschaulicht. Hierbei werden subjektive Vorannahmen der Autorin einbezogen.

2.1 Forschungsinteresse

Diese Forschungsarbeit soll Erkenntnisse dazu hervorbringen, wie im stationären Hospiz tätige MedizinerInnen das am Wohl der PatientInnen orientierte Gelingen einer interdisziplinären Zusammenarbeit einerseits definieren und andererseits mitgestalten. Die Relevanz des Themas der interdisziplinären Zusammenarbeit scheint durch den demografischen Wandel und der Zunahme von multifaktoriell verursachten chronisch-zellverändernde Erkrankungen mit langen PatientInnenkarrieren in allen Gesundheitsbereichen mehr an Bedeutung zu gewinnen (vgl. Kaba-Schönstein 2004: 13). Diese Forschungsarbeit zeigt zunächst den derzeitigen Entwicklungsstand der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Praxis der Palliative Care auf. Dezidiert werden in dieser Arbeit förderliche Faktoren für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im stationären Hospiz formuliert. Diese Forschungsarbeit soll zur Etablierung von Standards für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit im weiterführenden Gesundheitswesen inspirieren.

2.2 Vorannahmen

Folgende Vorannahmen lassen sich aus Sicht der Forscherin benennen:

1. Institutionelle Rahmenbedingungen können hinderlich für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit sein. Diese Rahmenbedingungen sind beispielsweise durch ein wirtschaftsorientiertes Denken bedingt.
2. Interdisziplinarität wird auch als Einschnitt in das eigene Fachwissen gesehen und kann als Kompetenzminderung wahrgenommen werden.

3. Gelingende Interdisziplinarität wirkt sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit aus und ist als Teil von beruflicher Gesundheitsprävention zu verstehen.

2.3 Forschungsfrage und Detailfragen

Diese qualitative Forschungsarbeit verfolgt das Ziel, Faktoren für das Gelingen von interdisziplinärer Zusammenarbeit im stationären Hospiz aus der Sicht von MedizinerInnen aufzuzeigen. Die konkrete Fragestellung dieser Forschung lautet:

Unter welchen Bedingungen kann aus Sicht von MedizinerInnen interdisziplinäre Zusammenarbeit im stationären Hospiz gelingen?

Als Detailfragen lassen sich nennen:

- Welche Aufgaben haben MedizinerInnen in der interdisziplinären Zusammenarbeit im stationären Hospiz?
- Wie erleben MedizinerInnen die interdisziplinäre Zusammenarbeit im stationären Hospiz?
- Was ist aus Sicht von MedizinerInnen im stationären Hospiz förderlich/hinderlich für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit?

3 Forschungsfeld

In dieser Forschungsarbeit werden die Sichtweisen zweier Medizinerinnen auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit im stationären Hospiz erforscht. Der Fokus dieses Forschungsvorhabens wird auf die Profession der MedizinerInnen und den weiteren im interdisziplinären Team tätigen Professionen gelegt. Der Zugang zum Feld erfolgte seitens der Autorin durch die Kontaktaufnahme zu stationären Hospizen in Österreich. Zwei MedizinerInnen wurden hinsichtlich des Forschungsvorhabens interviewt.

Die folgende Beschreibung des Forschungsfeldes stellt Informationen über feldspezifische Merkmale dar und verweist anschließend auf den Fokus der Forschung. Um die durchgeführte Forschung in den bestehenden Lebensweltkontext integrieren zu können, folgt anschließend eine Zusammenfassung des derzeitigen Standes der Forschung im Bereich der Palliative Care im stationären Hospiz.

3.1 Beschreibung des Forschungsfeldes

Diese Forschungsarbeit liegt im Handlungsfeld „Gesundheit“ (vgl. Österreichischer Verbund der Sozialarbeit 2004). Das stationäre Hospiz gilt als ein Leistungsangebot der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Dabei versteht sich die Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich als Ergänzung zu den Einrichtungen und DienstleisterInnen des Gesundheits- und Sozialwesens. Palliativstationen, stationäre Hospize, Tageshospize, Palliativkonsiliardienste, mobile Palliativteams und Hospizteams bilden das Angebot der Hospiz- und Palliativversorgung. Die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung unterteilt sich zwischen unterstützenden und betreuenden Angeboten (vgl. Gesundheit Österreich 2014: 8). Die folgende Abbildung zeigt die Leistungsangebote der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich.

	Grundversorgung	Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		
	Einrichtung / Dienstleister	Unterstützende Angebote		Betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativkonsiliardienste	Palliativstationen
Langzeitbereich	Alten-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen		Mobile Palliativteams	Stationäre Hospize
Familienbereich, Zuhause	Niedergelassene (Fach)-Ärztenschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/Therapeuten			Tageshospize

Abb. 1: Übersicht der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich

Zielgruppe dieser Leistungsangebote sind unheilbar kranke und sterbende Menschen in einem fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung. Sowohl Symptome wie Schmerzen und Übelkeit, als auch weitere psychosoziale Probleme mindern die Lebensqualität dieser Menschen. Betreut werden zudem auch die An- und Zugehörigen der erkrankten Menschen (vgl. Gesundheit Österreich 2014: 8).

Im Jahr 2005 wurde im Rahmen einer Vereinbarung gemäß Artikel 15a des Bundesverfassungsgesetzes eine österreichweit gleichwertige, flächendeckende, niederschwellige, abgestufte Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich erzielt. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit verankert die Grundlagen des Versorgungskonzeptes zur Umsetzung im Gesundheits- und Sozialwesen (vgl.

Gesundheit Österreich 2014: 8). Die Verpflichtung zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit in der Palliative Care ist den Richtlinien der Palliative Care zu entnehmen (vgl. Radbruch / Payne 2011: 219).

3.2 Stand der Forschung

Laut dem Dachverband Hospiz Österreich (vgl. 2017: 7) gab es Ende 2016 insgesamt 322 Einrichtungen der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Von den 322 Einrichtungen waren 10 stationäre Hospize, davon sieben in Niederösterreich und jeweils eins in Oberösterreich, Salzburg und der Steiermark (vgl. Dachverband Hospiz Österreich 2017: 10ff). 89% der in stationären Hospizen betreuten PalliativpatientInnen waren an einem bösartigen Tumor erkrankt. Rund 83% der betreuten PalliativpatientInnen verstarben im Betreuungsverlauf der stationären Hospize (vgl. Dachverband Hospiz Österreich 2017: 13f). Der weitere Ausbau der Versorgung von PalliativpatientInnen in stationären Hospizen ist vom Dachverband Hospiz als notwendig zu betrachten, um dem Versorgungsbedarf bis 2020 gerecht werden zu können (vgl. Dachverband Hospiz Österreich 2014: 2).

Neben einer nicht näher zu differenzierenden Anzahl an ehrenamtlichen MitarbeiterInnen, waren zum Zeitpunkt der Erhebung 231 hauptamtliche MitarbeiterInnen mit einem Vollzeitäquivalent von 137,55 in den stationären Hospizen tätig. Die Verteilung der Berufsgruppen lag zu der Zeit bei 67% Pflegekräfte, 5% MedizinerInnen, 0,5% PsychotherapeutInnen, 1,5% PhysiotherapeutInnen, 1% SozialarbeiterInnen, 1% SeelsorgerInnen und 24% sonstigem, in der Erhebung nicht weiter differenziertem, Personal (vgl. Dachverband Hospiz Österreich 2017: 17ff).

Abgesehen von den beruflichen Zusatzqualifikationen, wie dem interprofessionellen Palliativ-Basislehrgang, wurden für die hauptamtlichen Berufsgruppen der Pflegekräfte, SozialarbeiterInnen und KoordinatorInnen spezielle Standards für die Arbeit im spezialisierten Angebot der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich definiert (vgl. Gesundheit Österreich 2014: 12). Diese Standards dienen der Spezialisierung der einzelnen Berufsgruppen. Am Beispiel der Standards der Pflegekräfte, werden hier neben den beruflichen Qualifikationen persönliche Voraussetzungen formuliert. Zu den persönlichen Voraussetzungen zählen laut den Standards des Dachverbands Hospiz Österreich (vgl. 2002: 1) unter anderem die Bereitschaft zur Kommunikation mit PatientInnen, Angehörigen und dem Team, sowie die Bereitschaft zur Teamarbeit und

der Übernahme von Verantwortung. Formulierten Standards für die Berufsgruppe der MedizinerInnen in der Hospiz- und Palliativversorgung sind bisweilen ausständig (vgl. Dachverband Hospiz Österreich o.A.).

4 Begriffsdefinitionen

In diesem Kapitel werden zentrale Begriffe dieser Forschungsarbeit definiert. Es erfolgt eine konkrete Eingrenzung der Begriffe, beziehend auf die formulierte Forschungsfrage und der gewonnenen Ergebnisse dieser Arbeit.

4.1 Palliative Care und Palliativmedizin

Der Begriff „Palliative Care“ ist ein international verwendeter Begriff, welcher aus zwei zusammengesetzten Termini besteht. Der Begriff „Palliative“ leitet sich von dem lateinischen „pallium“ ab und entspricht der Übersetzung „mantelartiger Überwurf“. Der Terminus „Care“ stammt aus dem Englischen und bedeutet übersetzt „Fürsorge / Pflege in einem umfassenden Sinne“ (vgl. Steffen-Bürgi 2007: 30f).

Palliative Care gilt als Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung. Das Vorbeugen und Lindern von Leiden durch das frühzeitige Erkennen, dem Einschätzen und der Behandlung von Schmerzen und anderen Belastungssymptomen auf körperlicher, psychosozialer oder spiritueller Art, sind Merkmale der Palliative Care. Die Unterstützung von PatientInnen gilt zudem für deren An- und Zugehörige. Neben der Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Beschwerden, bejaht Palliative Care das Leben und betrachtet das Sterben als normalen Prozess. Der Tod wird weder beschleunigt, noch verzögert. Die Erhaltung der Autonomie der PatientInnen steht im Mittelpunkt der Arbeit von Palliative Care. Um den vielfältigen Bedürfnissen der PatientInnen und Angehörigen gerecht zu werden, arbeitet ein Team aus unterschiedlichen Professionen und Disziplinen interdisziplinär zusammen (vgl. World Health Organisation 2002).

Der Begriff Palliativmedizin bezeichnet die medizinische Komponente des Gesamtkonzeptes der Palliative Care und ist als lindernde Medizin zu verstehen (vgl. Österreichische Palliativgesellschaft 2018). Die Palliativmedizin beschäftigt sich mit der

Kontrolle von Schmerzen und weiteren sozialen, psychologischen und spirituellen Problemen (vgl. Radbruch et al. 2007: 2).

4.2 Stationäres Hospiz

Der Begriff stationäres Hospiz bezeichnet eine Betreuungsform von PalliativpatientInnen in einer spezialisierten Einrichtung der Palliative Care. Das stationäre Hospiz gilt als bedeutendster Gegenstand der geschichtlichen Entwicklung der Palliative Care. Die Arbeit stationärer Hospize lehnt sich an das Londoner St. Christophers Hospice, dem ersten modernen Hospiz von Cicely Sanders, an (vgl. Kränzle 2010: 3).

Die PalliativpatientInnen weisen eine komplexe pflegerische, psychosoziale und medizinische Symptomatik auf. Eine Behandlung im Krankenhaus oder auf einer Palliativstation ist nicht erforderlich, die Betreuung im häuslichen Umfeld nicht möglich. Im Gegensatz zur Betreuung auf Palliativstationen in Krankenhäusern, welche die Stabilisierung des Zustandes und der Entlassung von PalliativpatientInnen auszeichnet, werden im stationären Hospiz erwachsene PalliativpatientInnen jeden Alters während des späteren Krankheitsverlaufes bis zum Tod betreut. Ein Merkmal der stationären Hospizarbeit ist die längerfristige Betreuung von PalliativpatientInnen und deren An- und Zugehörigen. Jede erkrankte Person muss einer Aufnahme im stationären Hospiz zustimmen. Ziel der Arbeit eines stationären Hospizes ist die Erreichung der bestmöglichen Lebensqualität für PalliativpatientInnen. Stationäre Hospize handeln in Bezug auf Aufnahme, Behandlung und Entlassung autonom. Die ganzheitliche Betreuung der PalliativpatientInnen wird durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit eines Stammteams von MedizinerInnen, Pflegekräften, SozialarbeiterInnen und KoordinatorInnen von Ehrenamtlichen ermöglicht. Zudem wird die Betreuung durch die Arbeit von ehrenamtlichen Hospizbegleitenden, SeelsorgerInnen, SozialpädagogInnen, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, LogopädInnen, DiätologInnen und ErgotherapeutInnen ergänzt. Räumlich ausgestattet sind stationäre Hospize mit behindertengerechten PatientInnenbereichen, Ein- bis Zweibettzimmern mit Nasszelle, Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige, einem Stationsbad, einer (Wohn-) Küche, einem Verabschiedungs- und Meditationsraum, sowie Räumlichkeiten für soziale und therapeutische Aktivitäten. Die Kostenbeiträge für die Betreuung in stationären Hospizen unterscheiden sich je nach Trägerschaft und Bundesland. Der Anschluss eines stationären Hospizes an ein Pflegeheim ist möglich (vgl. Gesundheit Österreich 2014: 17f).

4.3 Symptomkontrolle

Die Linderung von Symptomen stellt den Mittelpunkt der Palliativmedizin dar und grenzt sich dadurch von der kurativen, sprich heilenden Medizin ab (vgl. Clemens et al. 2005). Die Symptomkontrolle wird definiert als Konzept zur Förderung und Verbesserung des Wohlbefindens und der Lebensqualität eines Menschen. Das Konzept umfasst die gezielte Vermeidung, Erfassung und folgend die medikamentöse oder nicht-medikamentöse Behandlung körperlicher Beschwerden sowie psychischer, sozialer und spiritueller Belastungen. Körperliche Beschwerden von PalliativpatientInnen sind unter anderem Schmerzen, Mundtrockenheit, Appetitlosigkeit, ausgeprägte körperliche Schwäche, Stuhlverstopfung des Darms, erschwerte Atmung, Übelkeit, Schlaflosigkeit, Schwitzen und Schluckbeschwerden. Die gesetzten Interventionen zur Förderung und Verbesserung des Wohlbefindens werden regelmäßig evaluiert (vgl. Steffen-Bürgi 2007: 33).

4.4 PalliativpatientInnen

Als PalliativpatientInnen werden sterbende Menschen bezeichnet, welche sich über ihre Sterblichkeit hinaus als krank empfinden und die Krankheit als Leidensdruck durch vorhandene Symptome artikulieren. Diese Menschen bedürfen einer Behandlung und Begleitung durch die Palliative Care und Palliativmedizin (vgl. Schnell / Schulz 2012: 22). Die Bezeichnung „PalliativpatientInnen“ ist geprägt durch die medizinische Sichtweise auf die Menschen, welche in der Palliative Care versorgt werden. Die Eindeutschung des lateinischen Begriffes „Patient“, übersetzt mit „leidend“, „erleidend“, „erdulden“, impliziert laut der Autorin eine Reduktion der komplexen Situation von palliativ erkrankten Menschen auf ihre Erkrankung. Heller und Knipping (2007: 43) beschreiben weitere Etikettierungen, wie „NutzerInnen“, „Gäste“, „KonsumentInnen“ oder „KundInnen“. All diese Begriffe implizieren eine unterschiedliche Wertung der komplexen Situationen von palliativ erkrankten Menschen.

In dieser Forschungsarbeit wird der Begriff „PalliativpatientInnen“ für die Gruppe von palliativ erkrankten Menschen verwendet. Dieses Vorgehen wird damit begründet, dass die für diese Forschungsarbeit interviewten Expertinnen den Begriff der „PatientInnen“ in ihren Äußerungen gebrauchen.

4.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit eines Teams ist ein wichtiger Bestandteil der Palliative Care (vgl. Radbruch / Payne 2011: 219). Menschen aus unterschiedlichen Disziplinen und Professionen bearbeiten hierbei ein Problem aus der jeweils eigenen Perspektive, welche nicht ident mit den Perspektiven anderen Personen ist. Als Beschreibung dieser individuell geprägten Zusammenarbeit lässt sich folgende Parabel heranziehen:

„Fünf Blinde hatten den Auftrag, einen Elefanten zu beschreiben. Der erste ergriff den Rüssel und sagte: ‚Ein Elefant ist ein langer Arm!‘. Der zweite fasste ein Ohr und sagte: ‚Ein Elefant ist ein großer Fächer.‘. Der dritte umarmte ein Bein und sagte: ‚Ein Elefant ist eine feste Säule.‘. Der vierte ertastete den Bauch und meinte: ‚Ein Elefant ist eine dicke Kugel.‘. Der fünfte nahm den Schwanz des Elefanten und sagte: ‚Ein Elefant ist eine dünne Schnur mit einem Büschel Haare am Ende.‘“ (Indische Parabel, Verfasser unbekannt)

Unterschiedliche Disziplinen und Professionen betrachten das Sterben von Menschen auf verschiedenartige Weise. In Bezugnahme auf das Ziel, eine bestmögliche Lebensqualität für Schwerstkranke, Sterbende und ihre Angehörigen zu schaffen, sind VertreterInnen verschiedener Professionen und Disziplinen dazu aufgefordert innerhalb eines Teams ihre Arbeit aufeinander abzustimmen. Die VertreterInnen ergänzen sich in ihrer Arbeit. Das Wissen über das eigene Fachgebiet hinaus wird erweitert (vgl. Erben 2001: 37). Andere Fachexpertisen werden in das eigene Behandlungskonzept mit einbezogen, um die PalliativpatientInnen ganzheitlich entlang ihrer Bedürfnisse betreuen und versorgen zu können (vgl. Müller / Kern 2007: 81).

4.6 Lebensqualität

Die Definition von Lebensqualität unterliegt den subjektiven Wahrnehmungen der Position jeder einzelnen Person im Leben, im Kontext von Kultur und Wertesystem, in dem die Person lebt. Diese Position wird im Verhältnis zu den eigenen Zielen, Erwartungen, Wertmaßstäben und Sorgen einer Person gesetzt. Es ergibt folgend die Bewertung des individuellen Wohlbefindens eines Menschen (vgl. World Health Organisation Quality Of Life - Group 1997). Eine differenzierter Beschreibung des Begriffes Lebensqualität ist unter diesem Aspekt nicht möglich (vgl. Neudert 2007: 44). Lebensqualität ist als ein individuelles, subjektives und veränderbares Konzept zu verstehen. Dieses fordert von dem MitarbeiterInnenteam, mit den PalliativpatientInnen in einen wiederholenden Austausch über die Qualität ihrer Leben zu treten.

PalliativpatientInnen werden in diesem Zusammenhang als ExpertInnen für das Gesehen, was ihrem Leben Qualität verleiht (vgl. Steffen-Bürgi 2007: 32).

4.7 Kompetenz

Der Begriff Kompetenz bezeichnet die erlernbare Fähigkeit, situationsangemessen zu handeln. Kompetenz charakterisiert das Verhältnis zwischen den an eine Person, eine Gruppe oder selbst gesetzte Anforderungen und den Fähigkeiten, diesen Anforderungen zu entsprechen. Der Ablauf des Einsatzes von persönlichen Ressourcen für die erfolgreiche Bewältigung von anspruchsvollen und komplexen Situationen, beruht auf der Mobilisierung von Wissen, kognitiven und praktischen Fähigkeiten. Zudem sind soziale Aspekte und Verhaltenskomponenten wie Haltungen, Gefühle und Werte zur erfolgreichen Bewältigung der Situation bedeutend (vgl. North et al. 2013: 43). In dieser Forschungsarbeit wird der Begriff der Kompetenz unterteilt in fachliche Kompetenz und außerfachliche Kompetenz. Außerfachliche Kompetenzen umfassen die personale Kompetenz und die sozial-kommunikativen Kompetenzen.

Die fachliche Kompetenz bezeichnet spezifische Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, welche zur Bewältigung einer beruflichen Aufgabe gefordert sind. Die personale Kompetenz beschreibt persönlichkeitsbezogene Dispositionen, welche sich durch die Einstellungen, Werte und Bedürfnisse einer Person äußern. Unter dem Begriff sozial-kommunikative Kompetenz werden kommunikative und kooperative Verhaltensweisen und Fähigkeiten bezeichnet, die das Erreichen der Ziele in sozialen Interaktionssituationen fördern (vgl. Kiesenbauer 2018: 111).

5 Beschreibung des Forschungsprozesses

5.1 Methode der Datenerhebung

Um das Forschungsvorhaben umsetzen zu können, folgt zunächst eine vertiefte Auseinandersetzung mit bestehender Literatur in den Themenfeldern Interdisziplinarität, Palliativmedizin und Palliativ Care. Diese Vorgehensweise dient dazu, die wichtigsten Begriffe für das Forschungsvorhaben zu definieren (vgl. Flick 2009: 63). Zudem findet eine Auseinandersetzung mit Umfeldthemen statt, um relevantes Wissen und bestehende Zusammenhänge fachspezifisch verstehen zu können.

Die Beleuchtung von Lebenswelten von innen ist das Ziel qualitativer Forschungen. Dieses ermöglicht es, Lebenswelten anderer Personen für Außenstehende transparent zu machen. Soziale Wirklichkeiten werden dadurch für Unbeteiligte greifbar, sowie für Betroffene bewusst gemacht. Die Beachtung unterschiedlicher Sichtweisen der ForschungspartnerInnen ist von hohem Stellenwert in der qualitativen Erhebung (vgl. Gläser / Laudel 2004: 23). Die erhobenen Daten zweier Leitfadeninterviews veranschaulichen die Interdisziplinarität in stationären Hospizen aus Sicht von MedizinerInnen (vgl. Flick 2009: 114).

5.2 Methoden der Datenauswertung

Die Auswertung der erhobenen, zur Verfügung stehenden Daten erfolgt zunächst durch die Kodierung des qualitativen Datenmaterials nach Kelle / Kluge (vgl. 1999:54ff). In diesem Schritt werden Textsegmente Kategorien zugeordnet. Die Leitfadenthemen gelten hier als Ausgangskategorien. Zusammenhänge zwischen den gebildeten Kategorien werden hergestellt. Anschließend folgt die Datenauswertung durch die Systemanalyse nach Froschauer und Lueger. In dieser Analyse werden komplexe soziale Felder, unter Einbezug von prozessdynamischen Aspekten, erschlossen. Hierbei erhalten strukturierende Merkmale des fokussierten Feldes objektive Gültigkeit (vgl. Froschauer / Lueger 2003:142ff).

6 Ergebnisdarstellung

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse, welche aus den Daten gewonnen wurden, hinsichtlich der Forschungsfrage dargestellt. Angeführt werden Faktoren für eine gelingende, interdisziplinäre Zusammenarbeit im stationären Hospiz aus Sicht von MedizinerInnen. Diese Erkenntnisse wurden folgend in vier Unterkapitel gegliedert. Kapitel 6.1 beschäftigt sich mit der fachlichen Kompetenz der Teammitglieder. Kapitel 6.2 beschreibt das Rollenverständnis und das Hierarchiedenken in einem interdisziplinären Team. Kapitel 6.3 umfasst die außerfachlichen Kompetenzen der Teammitglieder, welche bedeutsam für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit sind. In Kapitel 6.4 wird auf unterschiedliche Kommunikationssettings eingegangen, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unterstützen. Die Förderung

einer interdisziplinären Zusammenarbeit durch sachliche Rahmenbedingungen wird in Kapitel 6.5 erläutert.

6.1 Fachliche Kompetenz der Teammitglieder

In diesem Kapitel wird auf das berufliche Verständnis bezüglich der interdisziplinären Arbeit von MedizinerInnen im stationären Hospiz eingegangen. Das Kapitel 6.1.1 stellt zunächst dar, welches Wissen bereits vor Beschäftigungsbeginn im stationären Hospiz förderlich für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist. In Kapitel 6.1.2 wird das Arbeitsverständnis von MedizinerInnen im stationären Hospiz genauer ausgeführt.

6.1.1 Vorwissen durch die Berufsausbildungen

Palliative Care stellt einen anderen Arbeitszugang als in der Primärversorgung dar. Im Gegensatz zu der Tätigkeit von MedizinerInnen in der Primärversorgung und den Krankenhäusern, handelt es sich im stationären Hospiz um keine kurative, somit nicht heilende Tätigkeit von MedizinerInnen. Das Medizinstudium beschäftigt sich laut den Medizinerinnen jedoch größtenteils mit der kurativen Tätigkeit von MedizinerInnen (vgl. T4: Z. 307-311, Medizinerin 1; T5: Z. 16-20, Medizinerin 2). So erklärt die Medizinerin 1:

„In meinem Studium also ich war noch im alten Studienplan äh war das eigentlich kein Thema. Alles was palliativmedizinisch war waren bestenfalls solche Wahlfächer die man hat besuchen können oder freiwillig es in irgendeine Vorlesungsreihe setzten aber im Studienplan war sowas eigentlich de facto sowas eigentlich überhaupt nicht enthalten.“ (T4: Z. 299-302, Medizinerin 1)

Die Medizinerinnen berichten in den Interviewausschnitten, dass das Gebiet der Palliative Care in ihrem Medizinstudium keine verpflichtende Lehrveranstaltung im Curriculum gewesen sei. Diese Sichtweise ist Grund für die Interpretation der Autorin, dass MedizinerInnen die Arbeitsweise in der Palliative Care durch ihre Ausbildung nicht bekannt ist. Die Integration des Fachgebietes der Palliative Care in das Medizinstudium, ist nach Analyse des Datenmaterials für die Autorin förderlich für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Neben dem Wissen über die spezifischen Aufgaben jeder Profession in der Arbeit im stationären Hospiz, ist das Wissen über andere Professionen und deren Aufgabengebiet unerlässlich für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. In der Studie „Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen“ wurde erforscht, dass in der Berufsausbildung die

eigene Profession vermittelt wird, jedoch das Zusammenwirken mit anderen Professionen innerhalb des Gesundheitsgebietes kaum thematisiert wird (vgl. Kaba-Schönstein 2004: 15). Die Approbationsordnung für MedizinerInnen verpflichtet diese zur Kooperation mit anderen MedizinerInnen und Angehörigen anderer Berufsgruppen. Trainings zu Kommunikationstechniken, Ursachenwissen zu Kommunikationsproblemen und das Wissen über Strategien der Kooperationsförderung sind jedoch nicht im Lehrplan verankert. Ähnlich sind die Bedingungen in der Pflegeausbildung, wenn auch hier die Einführung in soziale Prozesse und Phänomene formuliert ist (vgl. Garms-Homolová 1998: 31). Die Autorin stellt an dieser Stelle die Behauptung auf, dass die Berührungspunkte mit dem Fachgebiet der Palliative Care in anderen Ausbildungsbereichen, welche eine mögliche Beschäftigung im Bereich des stationären Hospizes ermöglichen, ebenso ausbaufähig sind.

Nach der Grundannahme der Palliative Care, arbeiten Menschen unterschiedlicher Professionen und Berufsgruppen in einem interdisziplinären Team zusammen, um PalliativpatientInnen ganzheitlich versorgen und betreuen zu können (vgl. Radbruch / Payne 2011: 223). In den zuvor beschriebenen Fällen wird die Ganzheitlichkeit der Betreuung unter Zusammenwirken von anderen Professionen und Berufsgruppen nach Einschätzung der Autorin unzureichend behandelt. Daraus folgend ist laut der Autorin eine zu Beginn erschwerte Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Professionen und Disziplinen. Das Wissen über die Aufgabenbereiche anderer Professionen bleibt gänzlich oberflächlich und erschwert die Nutzung aller zur Verfügung stehender fachlichen Ressourcen. Diese werden für eine ganzheitliche Betreuung von PalliativpatientInnen einerseits als notwendig erachtet, andererseits in den Richtlinien der Palliative Care vorausgesetzt (vgl. Radbruch / Payne 2011: 223).

Neben der Grundausbildung im Medizinstudium, ist die Teilnahme an einem interprofessionellen Palliativ-Basislehrgang für MedizinerInnen, als auch für alle anderen hauptberuflichen Teammitglieder im stationären Hospiz verpflichtend (vgl. Dachverband Hospiz Österreich 2014: 17). Der Einschätzung der Autorin nach ist dieser Lehrgang ein wichtiger Bestandteil dafür, um auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit im stationären Hospiz vorbereitet zu werden.

Bei der Auswertung aller Daten wurde deutlich, dass einerseits die Wissensvermittlung in der Ausbildung von MedizinerInnen und Pflegekräften über die Arbeitsweise der eigenen Professionen in stationären Hospizen einen geringen Stellenwert einnimmt. Andererseits werden neben der Vermittlung der Arbeitsweisen auch die

Kooperationsformen mit anderen Professionen und Disziplinen nur unzulänglich für die praktische Arbeit behandelt. Förderlich für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit ist laut Autorin die Wissensvermittlung der Spezifika im Kontext des stationären Hospizes bereits in der Berufsausbildung. Die Absolvierung des interprofessionellen Palliativ-Basislehrganges stellt eine Voraussetzung für die Arbeit in der Palliative Care dar und ist als wichtiger Bestandteil einer interdisziplinären Arbeitsweise in stationären Hospizen zu werten.

6.1.2 MedizinerInnen und das Arbeitsverständnis im stationären Hospiz

Als ein Einflussfaktor für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit lässt sich aus Sicht Medizinerin 1 zunächst das Wissen über den eigenen Arbeitsschwerpunkt nennen. MedizinerInnen sind während der Aufenthaltsdauer der PatientInnen im stationären Hospiz für die Diagnosestellung und die Therapie der Erkrankung verantwortlich (vgl. Steffen-Bürgi 2007: 33; T4: Z. 16-19, Medizinerin 1). Neben dem Aufnahmegespräch und der Aufnahmeuntersuchung zu Beginn der Betreuung im stationären Hospiz, nimmt die Symptomkontrolle im Verlauf der Begleitung einen hohen Stellenwert ein. Die medikamentöse Symptomkontrolle, auch Schmerztherapie genannt, soll PatientInnen eine bestmögliche Lebensqualität ermöglichen. Medizinerin 1 beschreibt folgend:

*„Natürlich die letzte n d l i c h e Entscheidung über die Medikation liegt natürlich an mir .
a b e r natürlich in in . engem Kontakt und und . a h m mit Rücksprache mit der Pflege
. weil ja die Pflege immer hin längere Zeit beim Patienten am Bett verbringt als i.“ (T4:
Z. 80-82, Medizinerin 1)*

Die Medizinerin 1 verdeutlicht damit den Bereich der Entscheidungsfindung über die zu verabreichende Medikation. Die Ausführung der Medikation lässt erschließen, dass die medikamentöse Symptomkontrolle in der Entscheidungskraft der MedizinerInnen liegt. In dem Prozess der Entscheidungsfindung bezieht die Medizinerin 1 die Profession der Pflege mit ein. Die Interpretation dieser Aussage hat ergeben, dass MedizinerInnen in Kooperation mit Pflegekräften für die PalliativpatientInnen zusammen arbeiten. Begründet wird dieses Vorgehen mit der erhöhten Präsenz des Pflegepersonals *am Bett* der PatientInnen.

Die Verabreichung der ärztlicherseits angeordneten medikamentösen Therapie ist der Profession der Pflege vorbehalten. Durch den regelmäßigen Kontakt der Pflegefachkräfte zu den PalliativpatientInnen, können Pflegefachkräfte den

MedizinerInnen spezifische Rückmeldungen über mögliche Nebenwirkungen der Medikamente geben (vgl. T4: Z. 140-143, Medizinerin 1). Zudem sollen Pflegekräfte durch MedizinerInnen über die Verabreichungsform, Indikation und Nebenwirkung von Medikamenten informiert werden (vgl. Hirschmüller / Schröder 2012: 11). Um eine ganzheitliche Versorgung der PalliativpatientInnen im stationären Hospiz gewährleisten zu können, sind MedizinerInnen für die Informationsweitergabe bezüglich Diagnosestellung und Behandlungsplan an ihre Teammitglieder verantwortlich. Diese Informationen ermöglichen anderen Teammitgliedern, derselben oder einer anderen Profession, eine fachlich basierte Betreuung und Behandlung der PalliativpatientInnen im stationären Hospiz (vgl. T5: Z. 136-138, Medizinerin 2).

Aus der Analyse der Daten lässt sich explizieren, dass die Kooperationsbereitschaft der MedizinerInnen und der Pflegekräfte Auswirkungen auf den Arbeitsprozess beider genannten Professionen hat. So lässt sich der Zweck der Kooperation dahingehend beschreiben, dass die Zusammenarbeit mit anderen Professionen die ganzheitliche Arbeitsweise in dem eigenen Arbeitsschwerpunkt überhaupt gelingen lässt. Nach Einschätzung der Autorin ist dieses Phänomen auf die Kooperationsbereitschaft zwischen anderen Berufsgruppen und Disziplinen im stationären Hospiz übertragbar. Weitere Beispiele zur Form der Zusammenarbeit mit anderen Professionen wurden in den Interviews nicht thematisiert. Die Autorin geht an dieser Stelle davon aus, dass die Artverwandtheit in der praktischen Arbeit der Berufsgruppen MedizinerInnen und Pflegekräften ausschlaggebend für den Bezug der interviewten MedizinerInnen auf die Zusammenarbeit mit dem Pflegekräften darstellt.

6.2 Die berufliche Rolle und das Hierarchiedenken

Die Auseinandersetzung mit der eigenen beruflichen Rolle beeinflusst jedes Teammitglied in der Zusammenarbeit mit anderen Menschen. Neben den Persönlichkeitsmerkmalen einer Person, bildet sich das berufliche Selbstverständnis durch das soziale System, in dem die Person fachspezifisch ausgebildet wird. Rollenerwartungen und Rollenzuschreibungen können in diesem Fall zu Missverständnissen und Konflikten innerhalb des Teams führen. Nicht wahrgenommene Rollenerwartungen der Gegenseite oder die Verweigerung erwarteter Rollenbeziehungen zu akzeptieren, können zu Konflikten innerhalb eines Teams führen (vgl. Müller / Kern 2007: 85ff).

In einem Team existieren zwischen den Teammitgliedern unterschiedliche Beziehungsformen. Die Autorin unterscheidet an dieser Stelle zwischen symmetrischen und komplementären Beziehungsformen. Die komplementäre Beziehungsform zeichnet sich durch ein Über- und Unterordnungsverhältnis aus (vgl. Müller / Kern 2007: 85ff). Wird den Erwartungen der sozial definierten Rolle nicht entsprochen, folgen Über- und Unterordnungsverhältnisse innerhalb eines Teams. So beschreibt Medizinerin 1:

„[...] wo es schon so Stationen gegeben hat oder Pflegepersonal und auch Ärztekollegen wo irgendwie so der Eindruck war, man muss der anderen Berufsgruppe was beweisen oder „Ja denen werden wir es schon zeigen“ und so . bis zu einfach Lächerlichkeiten.“ (T4: Z. 388-391, Medizinerin 1)

Aus dem vorangegangenen Zitat lässt sich explizieren, dass in verschiedenen Arbeitskontexten und Teamkonstellationen unterschiedlich stark ausgeprägte Rollenkonflikte auftreten können. Die Erläuterung der Medizinerin 1 bezieht sich nach Interpretation der Autorin unter anderem darauf, dass Berufsgruppen ein untereinander starkes Abgrenzungsverhalten zeigen können. Dieses Verhalten kann als Verweigerung der erwarteten Rollenbeziehung der Gegenseite und als Anhebung des eigenen beruflichen Stellenwertes verstanden werden. Das in der Palliative Care erforderliche Miteinander wird zu einem Gegeneinander in der Zusammenarbeit von unterschiedlichen Professionen. Aus den Daten (vgl. T5: Z.91-94, Medizinerin 2) lässt sich interpretieren, dass komplementäre Beziehungsformen zwischen den Berufsgruppen MedizinerInnen und Pflegekräften vermehrt in Krankenhäusern, zeitweise auch in stationären Hospizen ein Phänomen darstellen.

Nach Einschätzung der Autorin ist die Gestaltung von symmetrischen Beziehungsformen bedeutend für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit im stationären Hospiz. Symmetrische Beziehungsformen zeichnen sich darin aus, dass sich deren PartnerInnen als gleichwertig und gleichrangig erleben (vgl. Müller / Kern 2007: 87). Medizinerin 1 führt aus:

„[...] also ich empfinds zumindest so [...], dass alle auf gleicher Ebene da mitreden . und es is auch so, dass a h . Pflegehelfer . irgendwie a Visite planen und das des müssen nicht die diplomierten sein, also für mi san da eigentlich olle . . ahm . gleichberechtigt oder auf einer Ebene.“ (T4: Z.124-127, Medizinerin 1)

Das Bewusstsein für Gleichwertigkeit und Gleichrangigkeit aller Teammitglieder im stationären Hospiz ist als Einflussfaktor für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu nennen. Über die Grenzen des interdisziplinären Teams hinaus, wird von Medizinerin 1 die Wichtigkeit einer flachen hierarchischen Struktur betont. Eine Kommunikation auf

Augenhöhe wird seitens der Medizinerin 1 für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit auch von Seiten der Pflegedienstleitung oder ärztlichen Leitung erwartet. Folgend beschreibt Medizinerin 1:

„[...] also unsere (Anmerk. Autorin: im stationäres Hospiz) interdisziplinäre Zusammenarbeit finde ich funktioniert gut äh was uns dann immer wieder drein pfuscht also das sich dann unsere Cheffitäten also unsere Pflegedienstleitung sich da nicht ganz . da einfügen so zu sagen und das dann da zwischen gefunkt wird und da zum Beispiel unsere Pflegedienstleitung mit Angehörigen da ganz andere Dinge bespricht als wir oder viel mehr verspricht als wir dann halten können also . des wär halt s c h ö n wenn sie sich da irgendwie auch a bisserl mehr in das Team einfügt und nicht da eigenmächtig da irgendwelche Aussagen und Versprechungen macht dies uns dann irrsinnig schwer machen.“ (T4: Z. 245-252, Medizinerin 1)

Das Zitat der Medizinerin 1 eröffnet die Interpretation der Autorin, dass komplementäre Beziehungsformen zwischen dem interdisziplinär arbeitendem Team im stationären Hospiz und der Pflegedienstleitung bestehen. Die Pflegedienstleitung wird in diesem Fall nicht als Teil des zusammenarbeitenden Teams wahrgenommen. Das eigenmächtige Handeln der Pflegedienstleitung, bewirken laut Einschätzung der Autorin, dass das patientInnenorientierte Arbeiten des Teams wiederholend einem deutlichen Druck unterliegt. Medizinerin 1 bezeichnet diesen Umstand wertend mit *irrsinnig schwer*. Die Autorin kommt diesbezüglich zu zwei Ergebnissen. Erstens stellt die Autorin zur Diskussion, dass der Begriff „Team“ unterschiedlich konstruiert und verwendet werden kann. In der Palliative Care ist davon auszugehen, dass in einem interdisziplinären Team MedizinerInnen, Pflegekräfte, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, PhysiotherapeutInnen und SeelsorgerInnen zusammen arbeiten, so sollte sich diese Beschreibung des Teams auf den gesamten Kontext der Einrichtung beziehen. Zweitens wertet die Autorin die Zugehörigkeit der Pflegedienstleitungen und der ärztlichen Leitungen zum interdisziplinären Team als gewinnbringend. Diese Sichtweise ermöglicht eine fächer- und aufgabenübergreifende Zusammenarbeit zwischen einzelnen Personen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Gestaltung symmetrischer Beziehungsformen förderlich für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im stationären Hospiz ist. Flache hierarchische Strukturen werden als dienlich für die Zusammenarbeit zwischen dem interprofessionellen Team und Vorgesetzten bewertet. Der Einbezug von Pflegedienstleitungen und ärztlichen Leitungen in die interdisziplinäre Vorgehensweise des Teams, ist nach Einschätzung der Autorin förderlich für das Gelingen einer interdisziplinären Zusammenarbeit. Für die Gestaltung von symmetrischen Beziehungsformen und flachen hierarchischen Strukturen, sind außerfachliche Kompetenzen der einzelnen Teammitglieder von Bedeutung.

6.3 Außerfachliche Kompetenzen der Teammitglieder

Neben der fachlichen Kompetenz und den Erfahrungswerten der Teammitglieder, protegieren außerfachliche Kompetenzen jedes Teammitgliedes die Zusammenarbeit innerhalb eines Teams. Die personale Kompetenz sowie die sozial-kommunikativen Kompetenzen werden als außerfachliche Kompetenzen verstanden, die sich auf die Persönlichkeitsstruktur jedes Teammitgliedes zurückführen lassen. Diese Kompetenzen werden durch das Verhalten einer Person in der Interaktion erkennbar (vgl. North / Reinhardt 2013: 48).

6.3.1 Personale Kompetenz der Teammitglieder

Teammitglieder des stationären Hospizes müssen sich fortlaufend mit sich selbst, ihren eigenen Erfahrungen und Empfindungen auseinandersetzen (vgl. Hirsmüller / Schröer 2012: 17). Nach Müller und Kern (vgl. 2007: 84) ist eine reife Persönlichkeitsstruktur jedes Teammitgliedes als förderlicher Faktor für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu werten. Eine reife Persönlichkeitsstruktur zeichnet sich durch Reflexionsfähigkeit, Selbstverständnis und Selbstbewusstsein aus. Jedes Teammitglied nimmt sich selbst als handelndes und autonomes Wesen wahr, welches sich seines eigenen Wertes bewusst ist (vgl. Müller / Kern 2007: 84). Die Medizinerin 2 bezieht sich in ihrer Einschätzung folgend darauf:

„Wenn etwas schlecht läuft und jemand kritisiert mich oder das was ich getan hab, dann darf ich das nicht persönlich nehmen . Da geht's immer um den Patienten für den es nicht gut gelaufen ist und der vielleicht gelitten hat.“ (T5: Z. 189-191, Medizinerin 2)

Die Interpretation der Autorin ergibt, dass jedes Teammitglied in der stationären Hospizarbeit Verantwortung für sein Handeln übernehmen und dieses an äußere Bedingungen anpassen muss. Eine Anpassung der Handlungsstrategie an die vorherrschende Situation soll als Chance zur Weiterentwicklung der eigenen Arbeitsweisen und Fähigkeiten, nicht aber als Kritik an der Person wahrgenommen werden. Dieses Anpassungsverhalten wird durch die Kommunikation zwischen den Teammitgliedern begünstigt. Unterstützend für diese Form der Zusammenarbeit ist das Wissen über den eigenen Wert einer Person. Dieser Wert lässt sich als das eigene Wissen über Kompetenzen und Fertigkeiten im Arbeitskontext beschreiben. Ergänzt wird dieses Wissen durch das Bewusstsein, dass niemand unfehlbar ist. Die Medizinerin 2 bezeichnet diese Form des Bewusstseins und der Achtsamkeit als Demut (vgl. T5: Z. 194-196, Medizinerin 2). Um diesen individuellen Prozess durchlaufen zu können, wird

der selbstreflexiven Fähigkeit ein hoher Stellenwert zugewiesen. Das Selbstverständnis jedes Teammitgliedes sollte die PatientInnenorientierung im Mittelpunkt der Arbeit verstehen (vgl. T5: Z. 190-192, Medizinerin 2). Teammitglieder eines interdisziplinären Teams müssen sich als Teil eines Ganzen verstehen, welches die Betreuung der PalliativpatientInnen im Fokus hat.

Die Analyse des Datenmaterials ergab, dass eine gut ausgebildete personale Kompetenz jedes Teammitgliedes als förderlicher Faktor für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im stationären Hospiz bezeichnet werden kann. So führt die Eigenwahrnehmung jedes Teammitgliedes, sich selbst als autonomes und handelndes Wesen zu sehen, zu einem höheren Selbstverständnis. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion ermöglicht die Auseinandersetzung mit den eigenen Werten, Vorstellungen und Wünschen. Teammitglieder nehmen sich als Teil des Ganzen wahr, indem sie ihr eigenes Handeln selbstkritisch reflektieren. Um interdisziplinär arbeiten zu können, sind zudem soziale Kompetenzen der Teammitglieder förderlich. Diese setzen das selbstkritische Betrachten des eigenen Handelns, in Verbindung mit dem Handeln anderer Teammitglieder, voraus. Somit werden anschließend förderliche soziale Kompetenzen der Teammitglieder für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit näher beleuchtet.

6.3.2 Sozial-kommunikative Kompetenzen der Teammitglieder

Die ganzheitliche Betreuung von PalliativpatientInnen durch ein interdisziplinäres Team erfolgt unter anderem durch die Interaktion der beteiligten Personen. Wie mit PatientInnen kommuniziert wird, muss auch zwischen Teammitgliedern als Grundbedingung gelten (vgl. Müller / Kern 2007: 83ff). Sozial-kommunikative Kompetenzen werden in der Interaktion zwischen mindestens zwei Personen erkennbar. Als sozial-kommunikative Kompetenzen lassen sich Empathiefähigkeit, Teamfähigkeit, Verlässlichkeit, Kritikfähigkeit und Verhandlungsfähigkeit nennen (vgl. Schuler / Barthelme 1995: 87). Der Umgang mit sich selbst und anderen Personen wird über die Kommunikation ausgedrückt. Die Form der Kommunikation bezieht sich in diesem Fall auf die Inhalts- und Beziehungsebene zwischen den an der Kommunikation beteiligten AkteurInnen. Kommunikation wird auch als Ausdruck innerer Haltung bezeichnet. Merkmale dieser Haltung sind Empathie, Wertschätzung, Vertrauen, Respekt und Ehrlichkeit (vgl. Hirsmüller / Schröer 2012: 16).

Um Entscheidungen in einem interdisziplinären Team gemeinschaftlich treffen zu können, bedarf es einer transparenten Kommunikation innerhalb eines Teams. Die Transparenz in der Kommunikation bezieht sich in diesem Fall auf das Teilen der persönlichen Wahrnehmungen, Gefühle und Werte mit den anderen Teammitgliedern. Die Medizinerin 1 beschreibt das Begründen der eigenen Sichtweise als bedeutend, um anderen Teammitgliedern ihre Entscheidung nachvollziehbar machen zu können (vgl. T4: Z. 482-485, Medizinerin 1). Ihrer Einschätzung nach nutzt die Medizinerin 1 die Fachkompetenzen anderer Teammitglieder dahingehend, dass sie ihr in ihrer Entscheidungsfindung Orientierung geben. So erklärt die Medizinerin 1 folgend:

„Vielleicht hat je jemand vom Pflegepersonal zu irgendeinem Thema bessere Idee als ich und . und dann passt das ja auch also . . weil sicher manchmal, weil die Letztverantwortung dann doch bei mir liegt bei den Medikamenten oder so, muss ich natürlich manchmal sagen „Hörts das können wir nicht machen. Diese Medikation des geht nicht weil dieses und jenes der . kontraindiziert ist. Aber . denk das ist meine Aufgabe . . mit meinem Wissen . irgendwie soll es ja so sein, dass jeder sein Wissen einbringt und das Optimale bei rauskommt (T4: Z. 402-408, Medizinerin 1).

Trotz der Hauptverantwortung der MedizinerInnen über die Medikation und den Therapieverlauf der PalliativpatientInnen, sind Erfahrungswissen und Interventionsideen nicht nur MedizinerInnen vorbehalten. Nach Interpretation der Autorin orientiert sich das auf das Wohl der PalliativpatientInnen ausgerichtete Arbeiten eines Teams an dem Einbezug aller Ressourcen, Wissensstände und Erfahrungen des Teams sowie seiner Mitglieder. Bestätigt wird diese Annahme zudem durch die Aussage der Medizinerin 1, dass Pflegekräfte mit langjähriger Berufserfahrung fachspezifischeres Wissen aufweisen, welches MedizinerInnen zu Beginn ihrer Tätigkeit im stationären Hospiz oftmals nur begrenzt besitzen (vgl. T4: Z. 399-400, Medizinerin 1). Daraus schließt die Autorin dieser Arbeit, dass über den Zugang einer symmetrischen Beziehungsebene (siehe hierzu Kapitel 6.2) eine Form der Kommunikation etabliert werden kann, welche den eigenen Arbeitsprozess durch das Wissen anderer Teammitglieder zu Gunsten der PalliativpatientInnen gestaltet. Der verbale Austausch über Vorstellungen, Ideen, Wahrnehmungen und Werten ermöglicht, dass das Vertrauen in und die Wertschätzung der anderen Teammitglieder stärker ausgeprägt wird.

Eine wertschätzende und empathische Haltung gegenüber den anderen Teammitgliedern, unterstützt nach Ansicht der Autorin eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die eigenen Vorstellungen über ein patientInnenorientiertes Arbeiten spiegeln sich in den Handlungen jedes Teammitgliedes wieder. Dabei können eigene Arbeitsweisen different zu Arbeitsweisen anderer Teammitglieder sein. Dieses Phänomen impliziert für die Medizinerin 2 eine fehlende Einigkeit im Team (vgl. T5: Z.

200-207, Medizinerin 2). Müller und Kern (vgl. 2007:91) sprechen an dieser Stelle von der Notwendigkeit einer wertschätzenden Haltung gegenüber Teammitgliedern, auch wenn dessen Handlungen nicht den eigenen Vorgehensweisen in der Arbeit entsprechen. Zwar trifft für die Autorin die Wichtigkeit der gleichen Zielsetzung im Team zu, dennoch bleibt die Annahme der Autorin bestehen, dass das Erreichen der Betreuungsziele von PatientInnen auf unterschiedliche Weise, durch die eigene *Handschrift* (T5: Z. 228, Medizinerin 2) von jedem Teammitglied erreicht werden können. Die Unterschiedlichkeiten der einzelnen Teammitglieder wertzuschätzen, begünstigt die ganzheitliche Ausrichtung eines Teams. Diese spiegelt nach Interpretation der Autorin die Einigkeit des Teams wieder.

Ehrlichkeit gegenüber anderen Teammitgliedern kann sich innerhalb der sozial-kommunikativen Kompetenz dahingehend zeigen, dass Kritik gegenüber Teammitgliedern und deren Handlungsweisen geäußert wird. Wie in Kapitel 6.3.1 beschrieben, ist eine reife Persönlichkeitsstruktur der einzelnen Teammitglieder hierfür bedeutsam, damit Kritik nicht als Erniedrigung der Person aufgefasst wird. Kritik sollte nach Ansicht der Medizinerin 1 wie folgt geäußert werden:

„Ich formulier das auch sicher nie so zu jemanden „Hörst das war falsch, das würd ich so nie machen“ weil ich natürlich weiß das in der Nacht ist das Pflegepersonal auf sich alleine gestellt und dann müssen sie einfach Entscheidungen treffen und dann äh . . mag ich das auf keinen Fall jetzt kritisieren oder oder des . . also ich würd ich würd niemals sagen wollen „des und des, des war a Blödsinn“ ahm dann versuch ich eher zu erklären warum ich halt glaub warum es anders besser wäre.“ (T4: Z. 489-494, Medizinerin 1)

Medizinerin 1 beschreibt an dieser Stelle den Zusammenhang zwischen dem Äußern von Kritik und der währenddessen gleichbleibenden wertschätzenden Haltung gegenüber dem Pflegepersonal. Kritik wird hier im Anlassfall und handlungsbezogen geübt. Entgegen dem äußert die Medizinerin 2, dass in ihrem Team entstandene Konflikte nicht zur Genüge besprochen und bearbeitet werden können (vgl. T5: Z. 324, Medizinerin 2). Sie begründet ihre Aussage dadurch, dass nicht jedes ihrer Teammitglieder Kritik konstruktiv äußern und annehmen kann. Daraus schließt die Autorin, dass Kritikfähigkeit einen wesentlichen Faktor dafür darstellt, dass ein Team seine Arbeitsweise optimieren kann und so im Sinne der Palliative Care ihre Handlungen entlang der Bedürfnisse der PalliativpatientInnen ausrichten kann. Die Art und Weise der Äußerung ist wertschätzend und ehrlich zu gestalten, um förderlich für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu sein. In Abhängigkeit vom Konfliktfall und des Entwicklungsstandes des Teams, scheint es ratsam zu sein, Konflikte und kritische Äußerungen im Rahmen einer Supervision zu thematisieren (vgl. Seeger 2008: 185).

Die Äußerung der Medizinerin 2 über die Einigkeit im Team (vgl. T5: Z. 200-207, Medizinerin 2) interpretiert die Autorin dahingehend, dass das Vertrauen der Medizinerin 2 gegenüber den Teammitgliedern unterschiedlich ausgeprägt ist. Medizinerin 2 beschreibt im Interview folgend:

„Ich kenn manche Pfleger die gut bewandert sind in Aromatherapie und da weiß ich das die Patienten alle betüdeln werden nach Strich und Faden und denen gehts super. Und dann gibts halt andere die haben damit nichts am Hut und ahm . wo ich mir denk „Ich bin schon froh wenn ja der Patient nicht viel braucht und gut über den Tag kommt.“ (T5: Z. 229-232, Medizinerin 2).

Daraus schließt die Autorin, dass die persönlichen Vorstellungen von einer gelingenden Teamarbeit und das Vertrauen gegenüber den Teammitgliedern in Zusammenhang stehen. Zudem verdeutlicht es laut Autorin die Ambivalenz zwischen Abhängigkeit und Autonomie in der Arbeit im stationären Hospiz.

Das Ausbalancieren der Ambivalenz zwischen Abhängigkeit und Autonomie unter den Professionen und Disziplinen, ist laut Medizinerin 1 ein wesentlicher Bestandteil einer interdisziplinären Zusammenarbeit. So beschreibt die Medizinerin 1, dass sich Pflegekräfte in den Teambesprechungen *genauso einbringen [...] dürfen können sollen* (T4: Z. 139-140, Medizinerin 1). Die Worte *dürfen* und *können* interpretiert die Autorin dahingehend, dass die Arbeit im stationären Hospiz, im Gegensatz zu anderen Bereichen im Gesundheitswesen, das Wissen aller Berufsgruppen miteinbezieht. Mit der Ergänzung des Wortes *sollen* impliziert die Autorin, dass eine Abhängigkeit zwischen den Professionen seitens Medizinerin 1 gefordert wird, um ganzheitlich arbeiten zu können.

In Zusammenhang von Abhängigkeit der Professionen und der Empathiefähigkeit der Teammitglieder, ist aus Sicht der Autorin auch die Teamfähigkeit der einzelnen Teammitglieder zu nennen. Um zielgerichtet in einem Team arbeiten zu können beschreibt Medizinerin 1 das Vorgehen, bei einer wahrgenommenen erhöhten Arbeitsbelastung eines Teammitgliedes diesem Unterstützung anzubieten (vgl. T4: Z. 235-240, Medizinerin 1). Daraus folgt die Interpretation der Autorin, dass jedes Teammitglied sich als Teil des Teams wahrnehmen muss. Die Arbeit eines jeden Teammitgliedes orientiert sich hierbei an den gemeinsam definierten Zielen der Arbeit. Um diese Zielsetzung zu erreichen, muss das gesamte Team die individuelle Situation jedes Teammitgliedes wahrnehmen können und gegebenenfalls Unterstützung bei der Aufgabenbewältigung bieten.

Förderlich für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist nach Einschätzung der Autorin, dass eine Person, welche einen Beruf ausübt, ganzheitlich wahrgenommen wird. Personen müssen individuell mit ihren Fähigkeiten und Wertvorstellungen betrachtet werden. Eine Distanzierung von den Rollenzuschreibungen durch die Profession ist an dieser Stelle bedeutungsvoll. Diese Distanzierung lässt sich nach Interpretation der Autorin als Durchlässigkeit zwischen Professionen bezeichnen. So berichtet die Medizinerin 2 im Interview von der Wichtigkeit der Loslösung von der beruflichen Rolle, hin zu einem Austausch im Hier und Jetzt zwischen mindestens zwei Teammitgliedern (vgl. T5: Z. 288-209, Medizinerin 2). Die Medizinerin 2 bezieht sich an dieser Stelle auf den Austausch von individuellen Bedürfnissen und Wertvorstellungen jedes Teammitgliedes. Darauf folgt nach Interpretation der Autorin, dass soziale Kompetenzen unterstützend für die Balance der Durchsetzungsfähigkeit der eigenen Vorstellungen und der Anpassung an divergierenden Vorstellungen anderer Teammitglieder sind. Eine Zusammenarbeit bewegt sich in der Ambivalenz zwischen Abhängigkeit von anderen Personen und Autonomie jeder einzelnen Person. Die Kompetenzen der Verhandlungsfähigkeit und der Teamfähigkeit lassen sich als Bedingungen für das zielgerichtete Arbeiten eines interdisziplinären Teams nennen.

Die Autorin kommt resümierend zu dem Schluss, dass die Ausprägung der sozial-kommunikativen Kompetenzen der einzelnen Teammitglieder für die Art und Weise der Teamarbeit ausschlaggebend ist. So wertet die Autorin, dass das Eingehen auf die einzelnen Teammitglieder und ihren individuellen Wahrnehmungen, Vorstellungen und Werten, eine Ebene der Kommunikation ermöglicht, die für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig ist. Die Auseinandersetzungen mit den individuellen Persönlichkeiten der Teammitglieder fordert Empathiefähigkeit, Ehrlichkeit, Vertrauen, Kritikfähigkeit und Teamfähigkeit jedes Mitglied.

6.4 Kommunikationssettings

Neben Supervisionen, nannten die interviewten Medizinerinnen unterschiedliche Kommunikationssettings des Teams (vgl. T4: Z. 36-43, Medizinerin 1; T5: Z. 120, Medizinerin 2). Diese Kommunikationssettings dienen dem Informationsaustausch zwischen mindestens zwei Teammitgliedern. Tägliche Visiten mit den Pflegekräften, regelmäßige interdisziplinäre Teambesprechungen, sowie Tür- und Angelgespräche zwischen den diensthabenden Teammitgliedern sind nach Ansicht der interviewten Medizinerinnen als förderliche Faktoren für eine interdisziplinäre Teamarbeit zu

bezeichnen. Unterscheiden lassen sich an dieser Stelle formale Besprechungen, wie die Teambesprechung und die Visite, von informellen Gesprächen, wie die Tür- und Angelgespräche. Informelle Gesprächssettings unterstützen den raschen Informationsaustausch zwischen den diensthabenden Teammitgliedern (vgl. T4: Z. 353-360, Medizinerin 1). Das zeitnahe Reagieren auf Veränderungen in der Betreuungssituation der PalliativpatientInnen, ist der Grund für die Interpretation der Autorin, dass informellen Gesprächssettings in der interdisziplinären Zusammenarbeit eine große Bedeutung zukommt. Innerhalb der interdisziplinären Zusammenarbeit begegnen sich die Teammitglieder in unterschiedlichen Konstellationen in ihren Diensten und arbeiten zusammen. Neben der Meinung in der Literatur, dass Teambesprechungen ein wichtiges Merkmal für interdisziplinäre Zusammenarbeit sind (vgl. Hirmüller / Schröder 2012: 15), geht die Autorin davon aus, dass die direkte Zusammenarbeit im Hospizalltag ein förderlicher Faktor ist, der in der fachspezifischen Literatur bisweilen nur wenig Beachtung gefunden hat. So interpretiert die Autorin aus den Daten, dass das Durchleben gemeinsamer, intensiver Arbeitssituationen während der Dienstzeit mehr Vertrauen, Empathie und Wertschätzung zwischen den Teammitgliedern entstehen lässt, als es in Teambesprechungen möglich ist (vgl. T5: Z. 276-279, Medizinerin 2).

Um patientInnenorientiert zusammenarbeiten zu können, müssen die Teammitglieder in einem wechselseitigen Austausch stehen. Dieser Austausch wird einerseits durch formelle und informelle Gesprächssettings gefördert. Andererseits sind für den gezielten Austausch die Transparenz der inneren Haltung und die Konfliktfähigkeit jedes Teammitgliedes bedeutsam, um Entscheidungen in einem Team treffen zu können. Entgegen der Sichtweisen der Literatur, schätzt die Autorin den Stellenwert der gemeinsamen Erlebnisse im Arbeitsalltag für die Förderung einer gelingenden interdisziplinären Zusammenarbeit höher ein, als den Stellenwert der interdisziplinären Teambesprechungen.

6.5 Sachliche Rahmenbedingungen

Neben den menschlichen Voraussetzungen aus Kapitel 6.1 bis Kapitel 6.3, sind sachliche Rahmenbedingungen für das Gelingen einer interdisziplinären Zusammenarbeit in stationären Hospizen bedeutend. Unter dem Begriff sachliche Rahmensetzungen versteht die Autorin vorgegebene Strukturen der Zusammenarbeit durch die Institutionen, in denen interdisziplinäre Teams arbeiten. Institutionell

vorgegebene, sachliche Rahmenbedingungen sind nach Interpretation der Aussagen der interviewten MedizinerInnen vielschichtig und wirken sich auf unterschiedliche Art und Weise auf die interdisziplinäre Teamarbeit aus.

Als eine vorgegebene, sachliche Rahmenbedingung lässt sich die Kommunikationsform der täglichen interdisziplinären Besprechungen innerhalb des stationären Hospizes nennen. Medizinerin 1 schätzt die Rahmenvorgabe zur Durchführung der täglichen interdisziplinären Besprechungen teils als förderlich, teils als erschwerend für die interdisziplinäre Zusammenarbeit eines Teams ein. Medizinerin 1 äußert, dass die täglichen, interdisziplinären Besprechungen unterstützend für den fallbezogenen Informationsaustausch zwischen den Teammitgliedern sind. Weiterführend erleichtern gemeinsame Besprechungszeiten die weitere Interventionsplanung des Teams (vgl. T4: Z. 67-70, Medizinerin 1). Daraus schließt die Autorin, dass eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit einen regelmäßigen face-to-face Kontakt zwischen den Teammitgliedern bedarf. Die Arbeitsweisen der einzelnen Teammitglieder können durch den Austausch im Team aufeinander abgestimmt werden, welches eine ganzheitliche Versorgung von PalliativpatientInnen begünstigt. Die Autorin stellt an dieser Stelle die Behauptung auf, dass das Einbeziehen der Wahrnehmungen aller Teammitglieder nicht nur für die Interventionsplanung von Bedeutung ist, sondern auch als Wertschätzung gegenüber den Teammitgliedern zu bezeichnen ist. Eine gegenseitige wertschätzende Haltung unter den Teammitgliedern fördert das Zugehörigkeitsgefühl zum Team.

Der zeitliche Rahmen und das Intervall der interdisziplinären Besprechungen werden nach Vergleich der Aussagen der Medizinerinnen 1 und 2 institutionsspezifisch organisiert und unterschiedlich bewertet. So äußert Medizinerin 1 einerseits, dass die tägliche Besprechungszeit von fünfzehn bis fünfundzwanzig Minuten nicht ausreicht, um die Wahrnehmungen aller Teammitglieder gleichwertig zu berücksichtigen (vgl. T4: Z. 153-155, Medizinerin 1). Andererseits bezeichnet die Medizinerin 1 den interdisziplinären Austausch als zusätzlichen Arbeitsaufwand, der neben den regulären Tätigkeitsaufgaben als Medizinerin im stationären Hospiz anfallen würde (vgl. T4: Z. 150-152, Medizinerin 1). Unbesetzte ärztliche Stellen erhöhen die Arbeitsbelastung und Aufgabenbewältigung der Medizinerin (vgl. T4: Z. 159-160, Medizinerin 1).

Entgegen der Sichtweise von Medizinerin 1, setzt Medizinerin 2 die täglichen interdisziplinären Besprechungen nicht in Bezug zu einem dadurch entstehenden erhöhten Arbeitsaufkommen. Medizinerin 2 formuliert, dass der zeitliche

Besprechungsrahmen von einer Stunde eine formale Angabe ist, welche nicht zwangsläufig eingehalten wird. So kann nach Einschätzung des interdisziplinären Teams der zeitliche Rahmen der Besprechung weiter ausgedehnt werden (vgl. T5: Z. 361-367, Medizinerin 2). Die Autorin wertet an dieser Stelle, dass die Möglichkeiten zum interdisziplinären Austausch im Team durch die Besonderheit der Institution gestaltet sind. Die Bedeutung von interdisziplinären Besprechungen für Medizinerinnen innerhalb des stationären Hospizes ist nach Einschätzung der Autorin von weiteren Rahmenbedingungen, wie der personellen Besetzung abhängig. So werden von den Medizinerinnen tägliche interdisziplinäre Besprechungen grundlegend als Unterstützung für die Zusammenarbeit wahrgenommen, soweit sich das seitens der Institution erwartete Arbeitspensum jedes Teammitgliedes damit vereinbaren lässt.

Eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit benötigt Zeit zur Entwicklung des Teams. Medizinerin 2 erläutert in dem Interview, dass interdisziplinäres Zusammenarbeiten erlernt werden muss und eine gezielte Auseinandersetzung eines jeden Teammitgliedes bedarf (vgl. T5 Z. 264-266, Medizinerin 2). Ein fortlaufender Wechsel unter den Teammitgliedern ist nach Meinung der Medizinerin 2 erschwerend für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die Autorin leitet daraus ab, dass unter Einbezug von gruppendynamischen Effekten der Personalwechsel innerhalb des Teams eine erneut bewusste Ausrichtung der interdisziplinären Zusammenarbeit benötigt. Ein Mitgliederwechsel innerhalb des Teams fordert jedes Teammitglied dazu auf, sich mit seinen Kompetenzen auf fachlicher, personaler, sozialer und kommunikativer Ebene erneut auseinanderzusetzen und diese in die Zusammenarbeit im stationären Hospiz einfließen zu lassen.

Die Auswertung der Daten ergibt, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im stationären Hospiz durch sachliche Rahmenbedingungen gefördert werden kann. Um interdisziplinär arbeiten zu können, ist die Etablierung von interdisziplinären Besprechungen für das Team von Bedeutung. Für diese Besprechungen ist seitens der Institution ein zeitlicher Rahmen zur Verfügung zu stellen, der die Zusammenarbeit zwischen den Professionen und Disziplinen fördert. Zudem sollten interdisziplinäre Besprechungen seitens der Institution als Bestandteil des regulären Arbeitsalltags gesehen werden. Nach Einschätzung der Autorin scheint es sinnvoll, die Arbeitsbelastung jedes Teammitgliedes derartig zu gestalten, dass interdisziplinäre Besprechungen nicht als zusätzlicher Arbeitsauftrag verstanden werden, sondern als Arbeitsentlastung der Teammitglieder wahrgenommen werden. Eine interdisziplinäre

Zusammenarbeit eines Teams ist als Prozess zu bezeichnen, welcher regelmäßig evaluiert und angepasst werden muss.

7 Resümee

Die Autorin hat diese Arbeit mit der Fragestellung begonnen, welche Faktoren aus Sicht von MedizinerInnen förderlich für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im stationären Hospiz sind.

Resümierend kommt die Autorin zu dem Schluss, dass die **Wissensvermittlung** der Spezifika im Kontext des stationären Hospizes bereits in der Berufsausbildung förderlich für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit ist.

Eine gut ausgebildete **personale Kompetenz** jedes Teammitgliedes ist als förderlicher Faktor für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu bezeichnen. Die Eigenwahrnehmung jedes Teammitgliedes, sich selbst als autonomes und handelndes Wesen zu empfinden, führt zu einem höheren Selbstverständnis. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion ermöglicht die Auseinandersetzung mit den eigenen Werten, Vorstellungen und Wünschen. Teammitglieder nehmen sich als Teil des Ganzen wahr, indem sie ihr eigenes Handeln selbstkritisch reflektieren. Dieses Ergebnis bestärkt die Vorannahme, dass bei einer fehlenden Ausprägung der personalen Kompetenz eine interdisziplinäre Zusammenarbeit als Kompetenzminderung und Einschnitt in das Fachwissen eines Teammitgliedes empfunden werden kann.

Um interdisziplinär arbeiten zu können, sind **sozial-kommunikative Kompetenzen** der Teammitglieder förderlich. Diese setzen das selbstkritische Betrachten des eigenen Handelns in Verbindung mit dem Handeln anderer Teammitglieder. Um Entscheidungen in einem Team treffen zu können, ist die Transparenz der inneren Haltung jedes Teammitgliedes gegenüber den anderen Teammitgliedern bedeutsam. Die Auseinandersetzungen mit den individuellen Persönlichkeiten der Teammitglieder erfordert Empathiefähigkeit, Ehrlichkeit, Vertrauen, Kritikfähigkeit und Teamfähigkeit jedes Teammitgliedes, um in weiterer Folge die Teamarbeit wertschätzend und ausverhandelnd gestalten zu können.

Flache hierarchische Strukturen gelten als **symmetrische Beziehungsformen**, welche als förderlich für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu werten sind. Der Einbezug

von Pflegedienstleitungen und ärztlicher Leitungen in die Arbeitsweise des Teams, ist als gewinnbringend für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im stationären Hospiz zu bezeichnen.

Der Informationsaustausch zwischen den Teammitgliedern erfolgt in **formellen und informellen Gesprächssettings**. Entgegen der Sichtweisen der Literatur, schätzt die Autorin den Stellenwert des Durchlebens intensiver, zwischenmenschlicher Situationen im Arbeitsalltag für die Förderung einer gelingenden interdisziplinären Zusammenarbeit höher ein, als den Stellenwert der interdisziplinären Teambesprechungen.

Sachliche, institutionelle Rahmenbedingungen können förderlich oder hinderlich auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit einwirken. Die Etablierung von interdisziplinären Besprechungen für das MitarbeiterInnenteam ist von Bedeutung für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit. Für diese Besprechungen ist seitens der Institution ein zeitlicher Rahmen vorzugeben, der die Zusammenarbeit zwischen den Professionen und Disziplinen fördert. Zudem sollten interdisziplinäre Besprechungen seitens der Institution als Bestandteil des regulären Arbeitsalltags gesehen werden. Dafür ist seitens der Institution die Arbeitsbelastung jedes Teammitgliedes so zu gestalten, dass interdisziplinäre Besprechungen nicht als zusätzliche, zu bewältigende Arbeitsaufgabe, sondern als Arbeitsentlastung jedes Teammitgliedes wahrgenommen werden. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist als Prozess zu verstehen. Dieser Prozess ist bei Veränderungen des Systems zu evaluieren und gegebenenfalls neu auszurichten.

Zwei der formulierten Vorannahmen lassen sich durch diese Forschungsarbeit weder bekräftigen noch entkräften. Festgehalten werden kann an dieser Stelle, dass eine fehlende Bereitschaft einer Institution, die Zusammenarbeit zwischen den Professionen zu fördern, hinderlich für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit sein kann. Welches Motiv der Institution hinter der fehlenden Bereitschaft zur Förderung von Interdisziplinarität ausschlaggebend ist, kann nach Einschätzung der Autorin facettenreich sein. Eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit kann nach Vermutung der Autorin die Arbeitszufriedenheit aller Teammitglieder erhöhen und als Teil einer Gesundheitsprävention verstanden werden. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist nach Einschätzung der Autorin nicht als einziger Indikation zur Messung von Arbeitszufriedenheit und Gesundheitsprävention zu bezeichnen.

8 Rück- und Ausblick

Rückblickend betrachtet wurden in dieser Forschungsarbeit Faktoren für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit im stationären Hospiz aufgezeigt. Die Ergebnisse stützen laut Autorin die Annahme, dass die interdisziplinäre Form der Zusammenarbeit einen Bestandteil in der Arbeit in stationären Hospizen einnimmt und den Teammitgliedern begrifflich bekannt ist. Die Art und Weise der Ausführung des formulierten Standards der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Palliative Care ist durch komplexe Wechselwirkungen und Systemeigenschaften des jeweiligen Arbeitsumfeldes vielfältig. Dadurch kommt die Autorin zu dem Schluss, dass nicht von der, sondern von einer interdisziplinären Zusammenarbeit zu sprechen ist, welche aufgrund unterschiedlicher Systemzusammensetzungen in ihren Ausformungen verschiedenartig und individuell gestaltet ist. Die Autorin hält es für förderlich, österreichweit weitere Forschungen zum Thema interdisziplinärer Zusammenarbeit im stationären Hospiz durchzuführen, um gesamtheitlich betrachtet unterschiedliche Ausformungen von interdisziplinärer Zusammenarbeit hervorzuheben.

Ein weiteres Forschungsvorhaben stellt laut Autorin die Definition von förderlichen Faktoren zur Erhaltung der Gesundheit von Teammitgliedern in der Palliative Care dar. Die Relevanz dieser Forschungsideen sieht die Autorin darin begründet, dass fortwährend mehr Menschen altern werden und eine Vernetzung der Fachbereiche im Gesundheitswesen wesentlich zur ganzheitlichen Versorgung der Gesellschaft sind (vgl. Kaba-Schönstein 2004: 13). Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unterstützt eine ganzheitliche Versorgung von KundInnen des Gesundheitswesens. Dieses wiederum bedingt laut Autorin ein hohes Maß an Arbeitszufriedenheit der Teammitglieder, um überhaupt interdisziplinär zusammenarbeiten zu können. Die Autorin sieht die Notwendigkeit zu erforschen, welche förderlichen Faktoren einer gelingenden interdisziplinären Zusammenarbeit eine präventive Wirkung auf die Gesundheit der Teammitglieder haben. Ohne den Einbezug der Arbeitszufriedenheit und der Gesundheitsprävention der einzelnen Teammitglieder, ist aus Sicht der Autorin die herausfordernde Aufgabe der Vernetzung der Fachbereiche im Gesundheitswesen, zur ganzheitlichen Versorgung der Gesellschaft, nur bedingt zu bewältigen.

Literatur

Clemens, Elina / Ostgathe, Christoph / Klaschnik, Eberhard (2005): Palliativmedizin und Interdisziplinarität. Auftrag und Wirklichkeit. In: Der Klinikarzt (2005), Ausgabe 34 (01/02), Stuttgart: Karl Demeter Verlag im Georg Thieme Verlag, S. 11–14.

Dachverband Hospiz Österreich (o.A.): Berufsstandards. <https://www.hospiz.at/fachwelt/qualitaetsmanagement/> [Zugriff am 26.03.2018]

Dachverband Hospiz Österreich (2002): Standards für Pflegepersonen in der stationären Hospiz-/ Palliativversorgung. http://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/03/Standard_PAL_DGKS_stat_Beschluss_DV_11.11.02_Logo_neu.pdf [Zugriff am 26.03.2018]

Dachverband Hospiz Österreich (2014): Hospiz und Palliative Care in Österreich – Facts & Figures. http://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2016/03/Hospiz_und_Palliative_Care_in_Oesterreich_Facts_Figures.pdf [Zugriff am 10.03.2018]

Dachverband Hospiz Österreich (2017): Hospiz- und Palliative Care in Österreich 2016, Datenbericht der spezialisierten Hospiz- und Palliativeinrichtungen sowie der Bildungsarbeit. https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/09/HOSPIZ_datenbericht_web_barr.pdf [Zugriff am 10.03.2018]

Erben, Christina (2001): Sterbekultur im Krankenhaus und Krebs. Handlungsmöglichkeiten und Grenzen Sozialer Arbeit., Edition Neuer Diskurs, Band 5, Oldenburg: Dialogische Erziehung.

Flick, Uwe (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen, Ein Überblick für die BA Studiengänge, 2.Auflage, Hamburg: Rowolth.

Froschauer, Ulrike/ Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme, Wien: UTB, S. 142-158.

Garms-Homolová, Vjenka (1998): Kooperation von Medizin und Pflege. Realisierbare Notwendigkeit oder unrealisierter Anspruch. In: Garms-Homolová, Vjenka / Schaeffer, Doris (1998) (Hrsg.innen): Medizin und Pflege: Kooperation in der ambulanten Versorgung, Wiesbaden: Ullstein Medical , S.7-40.

Gesundheit Österreich (2014): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene. Stationäres Hospiz.
https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/br_0schuere_hospiz- und_palliativversorgung_1_12_2014.pdf [Zugriff am 09.03.2018]

Gläser, Jochen / Laudel, Grit (2004): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Wiesbaden: Springer.

Heller, Andreas / Knipping, Cornelia (2007): Palliative Care – Haltungen und Orientierungen. In: Knipping, Cornelia (2008) (Hrsg.in): Lehrbuch Palliative Care, 2. Auflage, Bern: Huber, S. 39-47.

Hirmüller, Susanne / Schröer, Margit (2012): Interprofessionelle Teamarbeit als Ausgangspunkt für Palliativmedizin. In: Schnell, Martin / Schulz, Christian (2012) (Hrsg.): Basiswissen Palliativmedizin, Heidelberg: Springer, S. 9-18.

Kaba-Schönstein, Lotte (2004): Das Forschungs- und Entwicklungsprojekt MESOP. In: Kaba-Schönstein, Lotte / Kälble, Karl (Hrsg.Innen) (2004): Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Frankfurt: Mabuse S. 12-28.

Kelle, Udo / Kluge Susann (1999): Vom Einzelfall zum Typus. In: Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4. Auflage. Weinheim: Springer, S.56-112.

Kiesenbauer, Juliane (2018): Kompetenzmanagement für die Unternehmenskommunikation, Grundlagen der Professionalisierung und Personalentwicklung im Kommunikationsmanagement. Wiesbaden: Springer VS.

Kränzle, Susanne (2010): Geschichte und Wesen von Palliative Care, Historische Entwicklung. In: Kränzle, Susanne / Schmid, Ulrike / Seeger, Christa (2010) (Hrsg.innen): Palliative Care, Handbuch für die Pflege und Begleitung. 3. Auflage, Heidelberg: Springer, S.1-6.

Leipzig, Rosanne / Hyer, Kathryn / Wallsteiner, Sylvan / Vezina, Maria / Fairchild, Susan / Cassel, Christine / Howe, Judith (2002): Attitudes toward working on interdisciplinarity healthcare teams. A comparison by discipline. Journal of the American Geriatrics Society, Ausgabe 50, S. 1141-1148.

Müller, Monika / Kern, Martina (2007): Kommunikation im Team, Teamarbeit in der Palliativmedizin. In: Aulbert, Eberhard / Nauck, Friedemann / Radbruch, Lukas (Hrsg.) (2007): Lehrbuch der Palliativmedizin, 2. Auflage, Stuttgart: Schattauer, S.81-107.

Neudert, Christian (2007): Evaluation von Lebensqualität, Definition von Lebensqualität und deren Erfassung. In: Aulbert, Eberhard / Nauck, Friedemann / Radbruch, Lukas (Hrsg.) (2007): Lehrbuch der Palliativmedizin, 2. Auflage, Stuttgart: Schattauer, S.36-45.

North, Klaus / Reinhardt, Kai / Sieber-Suter, Barbara (2013): Kompetenzmanagement in der Praxis - Mitarbeiterkompetenzen systematisch identifizieren, nutzen und entwickeln. Mit vielen Fallbeispielen, 2. Auflage, Wiesbaden: Springer Gabler.

Österreichische Palliativgesellschaft (2018): Palliative Care, Palliativmedizin. <https://www.palliativ.at/palliative-care/palliativmedizin.html> [Zugriff am 09.03.2018]

Österreichischer Verbund der Sozialarbeit (2004): Handlungsfelder der Sozialarbeit. <http://www.sozialarbeit.at/files/handlungsfelder.pdf> [Zugriff am 14.02.2018]

Radbruch, Lukas / Nauck, Friedemann / Aulbert, Eberhard (2007): Grundlagen der Palliativmedizin, Definition, Entwicklung und Ziele. In: Aulbert, Eberhard / Nauck, Friedemann / Radbruch, Lukas (2007) (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin, 2. Auflage, Stuttgart: Schattauer, S.1-14.

Radbruch, Lukas / Payne, Sheila (2011): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa, Teil 1. In: Zeitschrift für Palliativmedizin (2011), Ausgabe 12 (06), S. 212-227.

Schnell, Martin / Schulz, Christian (2012): Der Mensch als sterbliches Wesen und die Diversität am Lebensende, Krankheit und Palliativmedizin. In: Schnell, Martin / Schulz,

Christian (2012) (Hrsg.): Basiswissen Palliativmedizin, Heidelberg: Springer, S. 19-27.

Schuler, Heinz / Barthelme, Dorothea (1995): Soziale Kompetenz als berufliche Anforderung. In: Seyfried, Brigitte (1995) (Hrsg.In): "Stolperstein" Sozialkompetenz. Bielefeld: Bertelsmann, S. 77-116.

Seeger, Christa (2008): Multidisziplinäres Arbeiten im Team – Grundlagen für die Vernetzung von Palliative Care. In: Knipping, Cornelia (2008) (Hrsg.in): Lehrbuch Palliative Care, 2. Auflage, Bern: Huber, S. 183-196.

Steffen-Bürgi, Barbara (2007): Reflexionen zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care. In: Knipping, Cornelia (2008) (Hrsg.in): Lehrbuch Palliative Care, 2. Auflage, Bern: Huber, S. 30-38.

World Health Organisation (2002): WHO Definition of Palliative Care 2002, deutsche Übersetzung.

[https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO Definition 2002 Palliative Care englisch-deutsch.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf) [Zugriff am 09.03.2018]

World Health Organisation Quality Of Life - Group (1997): WHOQOL Measuring Quality of Life. http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf [Zugriff am 09.03.2018]

Daten

T4, Transkript Interview Medizinerin 1, erstellt von Svenja Keuwel, Januar 2018, Zeilen durchgehend nummeriert. T4: 1-542

T5, Transkript Interview Medizinerin 2, erstellt von Svenja Keuwel, März 2018, Zeilen durchgehend nummeriert. T5: 1- 372

Abbildungen

Abb. 1: Übersicht der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich, <https://www.hospiz.at/fachwelt/spezialisierte-hospiz-und-palliativversorgung/> [16.03.2018]

Anhang

Interviewleitfaden zum Interview mit MedizinerInnen im stationären Hospiz

Vorab:

- persönliche Vorstellung
- Forschungsziel
- Datenschutz
- Einwilligung Aufnahme

EINSTIEG

1. Wie lange sind Sie in dieser Einrichtung tätig?
2. Welche Aufgaben und Funktionen nehmen Sie als Arzt/Ärztin in der Einrichtung wahr?
3. Was motiviert Sie dazu in der Palliative Care zu arbeiten?

HAUPTTEIL

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

Wie erleben Sie Ihre eigene Arbeit im interdisziplinären Team?

Wie werden in Ihrem Team Entscheidungen getroffen?

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

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

Was verstehen Sie unter Interdisziplinarität?

Woran merken Sie, dass interdisziplinär gearbeitet wird?

Welche Umstände verhindern gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit?

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

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

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

- 7. Welche Aspekte möchten Sie noch erwähnen, die bisher noch nicht thematisiert wurden?**

Eidesstaatliche Erklärung

Ich, Svenja Keuwel, geboren am 22.06.1988 in Nienburg/Weser, erkläre,

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

Wien, am 19.04.2018



Unterschrift