

**Peer Abilgaard
Stefan Büchi
Sabine Claus
Cosima Locher**
(Hrsg.)

Gute Behandlung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Ein Wegweiser für den Berufseinstieg

4 Professionelle Identität im interprofessionellen Team

Felicitas Sigrist

4.1 Einleitung

Die bisherigen Ausführungen zu Werdegang und beruflicher Identität beziehen sich auf Ärzt:innen sowie psychologische Psychotherapeut:innen. Die Psychotherapieforschung untersucht die therapeutische Beziehung als Dyade (Abbildung 4-1). Das Mehrpersonen-Setting (Abbildung 4-2), beispielsweise eine Familientherapie, und die psychotherapeutische Arbeit mit inneren Anteilen (Abbildung 4-3) werden unter systemischer Perspektive untersucht (von Sydow, 2018). Auch hierbei wird hauptsächlich die Wechselwirkung von Behandler:in und Patient:in bzw. das Patientensystem reflektiert.

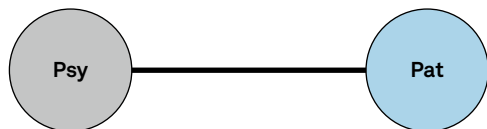


Abbildung 4-1: Einzelsetting.

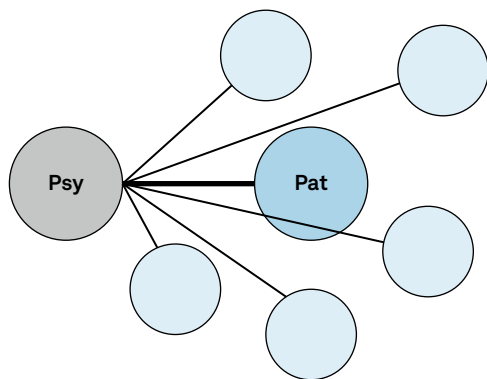


Abbildung 4-2: Mehrpersonen-Setting, z. B. Familientherapie.

Im Setting einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik findet eine sogenannte multimodale Behandlung statt. Die Versorgung durch unterschiedliche Berufsgruppen ist dabei eine klare Vorgabe. Es arbeiten nicht nur Ärzt:innen und psychologische Psychotherapeut:innen therapeutisch, sondern auch Pflegefachpersonen und Fachpersonen für non-verbal basierte Therapien, wie Kunst-, Musik- oder Bewegungstherapie, und für komplementärmedizinische Methoden. Auch diese Fachpersonen sind wesentlich am Behandlungsprozess einer Patientin oder eines Patienten beteiligt (Abbildung 4-4). Quantitativ verbringen sie mehr Zeit im Kontakt mit der Patientin oder dem Patient als die Ärzt:innen bzw. psychologischen Psychotherapeut:innen. Oft kommt es innerhalb dieser Begegnungen zu Erkenntnissen, die sich als Schlüsselmomente für den Therapieprozess entpuppen: Jeder Behandlungserfolg setzt sich stets aus therapeutischen Teilprozessen zusammen (Locher et al., 2020).

Diese Tatsache fordert das Selbstverständnis von Ärzt:innen und auch Psycholog:innen heraus; sie kann je nach Sozialisation gar als kränkend erlebt werden.

Die Rollenbilder der Akteure im Gesundheitswesen sind seit Jahrzehnten im Wandel

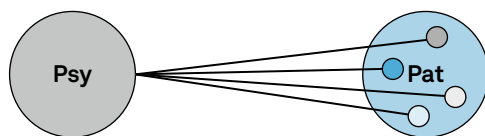


Abbildung 4-3: Psychotherapeutische Arbeit mit inneren Anteilen.

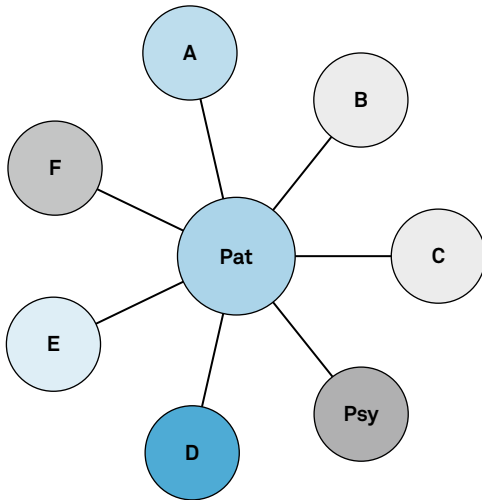


Abbildung 4-4: Stationäres Therapiesetting bestehend aus therapeutischen Teilprozessen mit mehreren Fachpersonen. Beispielsweise A: Pflege-rische Bezugsperson, B: Nachtpfleger:in, C: Soma-tische Ärzt:in, D: Sozialarbeiter:in, E: Bewegungs-therapeut:in, F: Gestaltungstherapeut:in.

(Xyrichs & Ream, 2008). Diversifizierung, Spezialisierung, Mobilität örtlich sowie in Berufslaufbahnen und nicht zuletzt Fachkräftemangel beschleunigen diese Veränderung. Es treten neue Berufsbilder auf, z. B. Case Manager, Clinical Care Nurse, oder andere therapeutische Zugänge werden vom Gesundheitswesen akkreditiert, z. B. Alternativmedizin.

Dennoch ist das hierarchische Rollenverständnis von Ärzt:in und Pflegefachpersonen bei Berufspersonen wie Patient:innen noch verwurzelt (Bauer et al., 2011). Auch mangelnde Wertschätzung, unzureichendes Wissen über Rolle und Fachwissen der jeweils anderen Professionen sowie Konkurrenz, inkongruente Rollenerwartungen und Stereotypen oder auch ein problematischer Umgang mit eigener Unsicherheit, Scham und möglicher Überforderung können sich hinderlich auf die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen auswirken.

Die Berücksichtigung des Themas Interprofessionalität in aktualisierten Aus-, Fort- und Weiterbildungsgängen ist daher sehr zu begrüßen. Zu wünschen ist auch eine adäquate Ver-

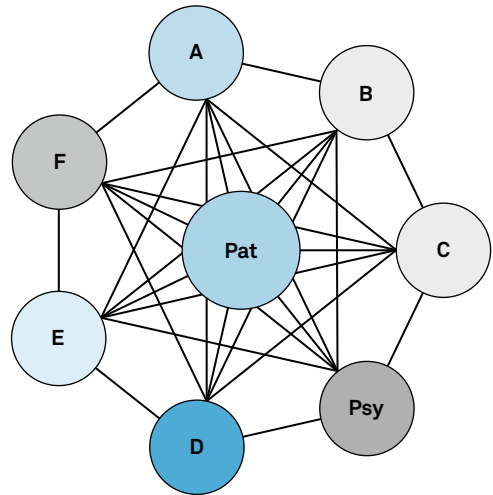


Abbildung 4-5: Das interprofessionelle Team bildet ein tragendes Beziehungsnetz. A-F: Therapeu-tische Mitarbeitende.

gütung des Aufwandes für interprofessionelle Kooperation (Mahler et al., 2014).

Während im ambulanten Setting meist eine fallführende Person Kontakte mit weiteren an der Behandlung beteiligten Personen aufrecht-erhält, bildet im stationären Setting ein ganzes Behandlungsteam ein Netzwerk für die Pati-ent:in – ein tragfähiges Beziehungsnetz (Abbil-dung 4-5).

Erwähnt sei in diesem Zusammenhang, dass für eine interprofessionelle Zusammenarbeit eine Entbindung von der Schweigepflicht der betroffenen Person gegenüber den Fachperso-nen vorliegen muss. Im stationären Behand-lungssetting gibt die Patient:in in der Regel mit Klinikeintritt die Erlaubnis, dass sich die Mitar-beitenden der Institution austauschen. Im am-bulanten Behandlungssetting hingegen muss jeder:r am Behandlungsprozess Beteiligte eine Schweigepflichtentbindung einholen.

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist mit-unter aufwendig. Sie erzeugt diagnostisch wie therapeutisch jedoch nachgewiesenermaßen einen deutlichen Mehrwert.

In der medizinischen und psychotherapeuti-schen Fachausbildung wird bisher nur marginal über die Methoden anderer Berufsgruppen in-

formiert. Daher begegnen Berufseinsteiger:innen insbesondere non-verbal basierten Behandlungsmöglichkeiten erst im praktischen Alltag. Wie auch die Patient:innen halten sie künstlerische Therapien manchmal für Beschäftigungstherapie und lernen erst allmählich, Synergien mit diesen Therapieformen zu schätzen und zu nutzen.

Um das Potenzial der interprofessionellen Zusammenarbeit aufzuzeigen, wird hier zunächst die Synergie verbaler und non-verbaler Therapien sowie Pflegefachpersonen skizziert und anschließend werden relevante Aspekte interprofessioneller Kommunikation thematisiert.

4.2 Synergien verbal und non-verbal basierter Therapien

Pflegefachpersonen sind als einzige Berufsgruppe rund um die Uhr präsent, gehen auf momentane Bedürfnisse ein, helfen, sich in der Klinik zu orientieren. Sie beobachten, ob jemand selbständig seinen Tag strukturieren kann, ob jemand in der Körperpflege selbständig ist, seine Dinge in Ordnung halten kann, ob jemand sein Anliegen adäquat äußern kann, wie er/sie mit Regeln umgehen oder sich auf Ungewohntes einzustellen vermag. Sie tragen Informationen zusammen, welche für die Therapieplanung wie auch zur Beurteilung von Partizipationsmöglichkeit und Arbeitsfähigkeit essenziell sind (Linden et al., 2015). Im Gesprächssetting können diese Informationen nur allmählich in Erfahrung gebracht werden und müssen durch Fremdanamnese ergänzt werden. Pflegefachpersonen tragen auch entscheidend zur Nachhaltigkeit therapeutischer Wirksamkeit bei, indem sie Patient:innen dabei unterstützen, therapeutische Einsichten zu integrieren und Kompetenzen aufzubauen.

Einige Alltagsfunktionen sowie Hinweise zu sozialen Kompetenzen (in Dyaden oder Gruppenfähigkeit) und zu Introspektionsfähigkeit („nach innen gerichtete Beobachtung“), der Fähigkeit, eigenes Erleben und Verhalten wahrzu-

nehmen, zu beschreiben (Verbalisieren) und zur Selbsterkenntnis zu nutzen (Mentalisieren), sind über die non-verbale Zugänge unmittelbarer erkennbar als in einer klassischen Gesprächssituation. Diese Therapien – unter dem Begriff „Spezialtherapien“ zusammengefasst – sind eine heterogene Gruppe anerkannter und auch zunehmend evidenzbasierter Behandlungsformen. Ihre Gemeinsamkeit ist, dass sie den Zugang zur Psyche nicht via Sprache, sondern durch Tun und Erleben finden („non-verbal“). Durch Anregung sinnlicher Erfahrung lösen sie Erleben aus, das je nach Person auf kognitiver, emotionaler und/oder körperlicher Ebene wahrgenommen wird. Derart kommen Aspekte der individuellen Vorerfahrung zum Ausdruck, welche dann im psychotherapeutischen Gespräch weiterbearbeitet werden können.

Fallvignette

Basisgruppe Kunsttherapie

Wie stark das Erleben von persönlichen Eigenschaften und Vorerfahrungen moduliert ist, lässt sich an den Rückmeldungen von Patient:innen erkennen, die mit derselben Einstiegsübung in die Kunsttherapie eingeführt wurden. Alle erhielten einen Klumpen angefeuchteten Lehm und die Aufforderung, daraus etwas zu gestalten. Die Rückmeldungen waren:

- „Wie schön weich das ist, ich habe die Augen geschlossen und mit den Händen das angenehme Material erfühlt.“
- „Es ist eine Frechheit, von mir als gestandener Akademikerin solchen Kinderkram zu verlangen!“
- „Ich dachte, es werde geprüft, was ich manuell kann. Daher habe ich eine kleine Schale geformt, wie ich es in einem Kurs bereits einmal gelernt hatte.“
- „Ich bin völlig untalentierte, habe nur linke Daumen. Ich wollte eine kleine Pferdestatue machen. Aber ich bin komplett unfähig, irgendetwas Brauchbares zu produzieren.“

Offensichtlich hat der Klumpen Lehm sehr begrenzt mit dem individuellen Erleben zu tun. Gerade die Alltagsferne der Einstiegsübung erleichtert diese Erkenntnis. Im nachfolgenden psychotherapeutischen Einzelgespräch ließen sich die jeweiligen Erlebnisse in einen Sinnzusammenhang mit prägenden Beziehungserfahrungen bringen und deren Auswirkung auf den

Umgang mit alltäglichen Anforderungen herausarbeiten.

Nur gut strukturierte Menschen mit ausreichender Mentalisierungsfähigkeit sind in der Lage, Erfahrungen aus unterschiedlichen therapeutischen Teilprozessen zu integrieren und verstehen. Dieser als postintegrativ bezeichnete Ansatz eignet sich für YAVIS-Personen (Kap. 2.4), überfordert jedoch viele Patient:innen. Diese benötigen Hilfe, ihr Erleben zu verknüpfen.

Da durch non-verbale Therapien unmittelbar implizites Wissen und neuronale Repräsentanzen erreicht werden, ist auch mit heftigen Reaktionen zu rechnen beispielsweise bei Menschen mit Traumatisierungen. Die Ausbildung und Erfahrung der Spezialtherapeut:innen befähigt diese, damit umzugehen. Im stationären Setting dürfen sie sich zudem darauf verlassen, dass die Pflegefachpersonen die Patient:innen aufzufangen wissen und in der Stabilisierung unterstützen.

Für eine nachhaltige Veränderung ist Einsicht bzw. Gewährwerden bloß ein erster Schritt. Nachhaltige Veränderung entsteht nur, wenn neue Erfahrungen gewonnen und eingeübt werden, damit sich andere neuronale Repräsentanzen festigen. Die Spezialtherapien stellen ein ideales Experimentierfeld dar, um Neues auszuprobieren. Verschüttete Ressourcen können reaktiviert werden und neue, funktionalere Verhaltensmuster erprobt. Schließlich darf die enorme Bedeutung von Pflegefachpersonen betont werden, welche Patient:innen zwischen den Therapiestunden stabilisieren und ermutigen im Prozess zu bleiben.

Fallvignette

Überwältigt von der Farbe der Badezimmerkacheln

Der 44-jährige Herr S. leidet an rezidivierenden depressiven Episoden und befand sich bereits in mehrjähriger ambulanter Gesprächstherapie. Die aktuelle Hospitalisation wurde jedoch erforderlich aufgrund von Angstsymptomatik, die nach dem Tod des Schwiegervaters einsetzte, dessen Funktion im Familienunternehmen Herrn S. zugeordnet war.

Als die Maltherapeutin eine Wahrnehmungsübung anleitete, reagierte Herr S. auf eine helle, braun-beige Farbkarte heftig mit Übelkeit und Zittern. Wegen akutem Harndrang verließ er den Raum. Diese Farbe rührte an Erinnerungen an die Badezimmerkacheln des Kinderhortes, in welchem er vor Jahrzehnten betreut worden war. Im Verlauf der Psychotherapie konnten Fragmente traumatischer Erinnerungen eruiert – und sogar fremdanamnestic bestätigt – werden: Herr S. war im Hort gezwungen worden, sein Erbrochenes zu essen, und als Bestrafung war sein Kopf immer wieder unter das kalte Wasser gehalten worden. Die Erfahrungen im Kinderhort waren dem Patienten nicht präsent gewesen und auch in den vorangehenden, bereits langjährigen Psychotherapien nie erwähnt worden. Das Triggern der traumatischen Erfahrungen durch die Farbe machte deren Bearbeitung möglich. Herr S. konnte seine Panikzustände bei Empfindungen von Ohnmacht sowie seine Verlustängste verstehen und einen Umgang mit den aufkommenden Ängsten finden – dank Maltherapie.

Fallvignette

Seidenmalen als Möglichkeit perfektionistische Kontrollansprüche zu relativieren

Die 62-jährige Kinderkrankenschwester geriet in eine depressive Krise in der Phase der Ablösung der einzigen Tochter, welche beabsichtigte, zu ihrem zukünftigen Mann nach Südamerika auszuwandern. Frau H.-N. erlebte

einen Gewichtsverlust unklarer Genese. Zudem bestanden Kniebeschmerzen, ebenfalls ohne klare Ursache. Frau H.-N. räumte ein, „offene Baustellen“ zu haben, sodass sie zur stationären psychosomatischen Behandlung überwiesen wurde. Diese Themen wurden in der Einzelpsychotherapie lösungsorientiert bearbeitet. Sie beinhalteten die Angst vor Beurteilung durch Drittpersonen, dadurch soziale Hemmung und Perfektionismus, sowie das Bedürfnis, an Strukturen festzuhalten, Veränderungen zu meiden.

Weil sie sich lieber klare Aufgaben vornimmt und sich freies Malen nicht zutraut, wählte Frau H.-N. in der Gestaltungstherapie das Seidenmalen. Nach einigen Stunden realisierte sie erstaunt, dass sie zunehmend den Farben freien Lauf lassen konnte, sich nicht mehr enervierte, wenn einzelne Farben aus den vorgesehenen Feldern herausflossen. Es wurde der Patientin bewusst, dass der Prozess in der Gestaltungstherapie parallel zur psychotherapeutischen Arbeit verlief – hin zu mehr Gewähren-lassen, Akzeptieren vom Fluss des Lebens bzw. der Farben. Frau H.-N. schilderte zur Verdeutlichung einige Episoden aus dem Klinikalltag, in denen sie neue Handlungs-/Kommunikationsmöglichkeiten erprobte, beispielsweise bei Unklarheiten nachfragte, einen Morgentreff leitete etc.

Die non-verbalen Zugänge tragen entscheidend dazu bei, dass die wesentlichen Themen zum Ausdruck kommen und psychotherapeutisch bearbeitet werden können. Sie können als Vertiefung des therapeutischen Prozesses wertvoll sein und sind zugleich ein Experimentierfeld, um andere Verhaltensweisen bzw. einen anderen Umgang mit Anforderungen im geschützten Rahmen zu erproben.

4.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit

4.3.1 Definition interprofessioneller Zusammenarbeit

Um alle therapeutischen Teilprozesse hinsichtlich der Genesung der Patient:in zu einem Behandlungskontinuum zusammenzuführen, ist eine koordinierte Zusammenarbeit aller am Prozess Beteiligten erforderlich: ein interprofessionelles Team. Von den unterschiedlichen Begrifflichkeiten für Zusammenarbeit in Gesundheitsberufen nimmt die folgende Definition die drei relevanten Aspekte auf:

- Patientenorientierung,
- Kompetenzbereiche,
- Berufsbilder.

„Interprofessionelle oder Berufsgruppen übergreifende Kooperation im Gesundheitswesen heißt, dass Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlichen Spezialisierungen, beruflichen Selbst- und Fremdbildern, Kompetenzbereichen, Tätigkeitsfeldern und unterschiedlichem Status im Sinne einer sich ergänzenden, qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung unmittelbar zusammenarbeiten, damit spezifische Kompetenzen jedes einzelnen Berufes für den Patienten nutzbar gemacht werden.“ (Kälble, 2004)

4.3.2 Was ist das Ziel einer guten interprofessionellen Zusammenarbeit?

Das Bedürfnis der Patient:innen an ein Behandlungsteam ist in ihrer Notlage zunächst Orientierung. Sie müssen einfach erkennen können, wer wofür Ansprechperson ist, wie Prozesse im Klinikalltag ablaufen. Sie brauchen verlässliche Strukturen und Beziehungen, um Vertrauen fassen zu können. Dazu gehört auch die Vergewisserung, dass ihre Autonomie und Menschenwürde gewahrt wird und dass alle Mitpatient:innen egalitär behandelt werden. Gleichzeitig möchten sie in ihrer Einzigar-

tigkeit erkannt werden und sich selbst auswählen, wem sie sich anvertrauen möchten. Bereits in diesem Bedürfnis besteht somit ein Widerspruch. Zudem wünschen sich Patient:innen einerseits, dass sie ihre Situation nicht stets von Neuem schildern müssen, andererseits ist es manchen unangenehm, wenn allzu Persönliches in die Akten geschrieben wird. Sie fühlen sich ungem als „gläserne Patient:innen“.

Die Mitarbeitenden einer Institution wünschen sich die Möglichkeit, ihre Kompetenzen sinnbringend einsetzen und sich beruflich entwickeln zu können. Je nach Persönlichkeit und Lebenssituation besteht auch bei den Mitarbeiter:innen ein eigenes Bedürfnis nach Anerkennung, Zugehörigkeit und manchmal auch nach privaten Kontakten. Ihre Arbeitszufriedenheit ist relevant für die personellen Ressourcen der Institution und deren Stabilität wiederum für den Behandlungserfolg.

Aus Perspektive einer therapeutischen Institution – oder gar des Gesundheitswesens – ist das Ziel der interprofessionellen Zusammenarbeit neben einer guten und wirksamen Patientenbehandlung auch die Patientensicherheit und ein verantwortungsbewusster Umgang mit Ressourcen, die „zweckmäßig, wirksam und wirtschaftlich“ eingesetzt werden sollen.

Interprofessionelle Zusammenarbeit soll also zugleich effektiv, effizient, zielführend für die Patient:innen sowie zwischenmenschlich angenehm sein – ein hohes Ziel.

4.3.3 Was macht gute interprofessionelle Zusammenarbeit aus?

Elemente gelingender Zusammenarbeit wurden vielfach untersucht. Folgende Komponenten wurden als relevant ermittelt (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010):

- a) Interprofessionelle Kommunikation
- b) Patientenorientierte Versorgung
- c) Rollenklarheit
- d) Arbeitsweise des Teams
- e) Teamorientierte Führung und Konfliktmanagement

Ein Behandlungsteam setzt sich aus denjenigen Fachpersonen zusammen, die an der Behandlung einer Person beteiligt sind und ist somit interprofessionell. Die Konstellation des jeweiligen Behandlungsteams ist also von begrenzter Dauer und konstituiert sich mit jeder Patient:in wieder neu. Das Behandlungsteam ist nicht deckungsgleich mit den organisatorischen Teams eines Fachbereichs, z.B. dem Pflorgeteam einer Station.

a) Interprofessionelle Kommunikation

Erfolgreiche Interprofessionelle Zusammenarbeit ist das Resultat eines kontinuierlichen Prozesses der Mitarbeitenden untereinander und mit der Klientel. Sie erfordert kontinuierliche Interaktion, offene Kommunikation, den Austausch von Wissen, das Verstehen der verschiedenen Rollen sowie gemeinsame Ziele.

Moderne Informationstechnologie – ein elektronisches Klinikinformationssystem – kann genutzt werden, damit sachliche Informationen in einem interprofessionellen Verlauf allen therapeutisch Mitarbeitenden schriftlich und zeitnah zugänglich sind. (Teilzeit-)Mitarbeitende haben die Aufgabe, sich über Verläufe und Veränderungen kundig zu machen und selbstverständlich die von ihnen erwarteten Informationen stets nachzuführen.

Kommunikation erfolgt zudem in formellen Austauschgefäßen wie Rapporten, Fallbesprechungen oder Intervisionen. Da sich die Teilnehmenden bereits über sachliche Informationen kundig gemacht haben, kann die zur Verfügung stehende Zeit genutzt werden, um Unklarheiten, Interpretationen, eigene Beobachtungen und Einschätzungen zu diskutieren und als Team einen Konsens zur weiteren Vorgehensweise zu finden. Dadurch können Doppelspurigkeiten reduziert und kann der Patient:in gegenüber eine gemeinsame Haltung eingenommen werden.

Selbstverständlich muss die Kommunikation professionell sein. Dazu zählen eine sachli-

che und wertschätzende Wortwahl, das Zurückstellen des eigenen Bedürfnisses nach privaten Gesprächen und nicht zuletzt Pünktlichkeit. Pünktlichkeit ist nicht nur ein Zeichen des Respekts, sondern auch von Kostenbewusstsein: Wenn eine Gruppe von sechs Personen zehn Minuten wartet, ist dies eine Verschwendung von einer Stunde personeller Ressourcen der Institution. Aus Sicht der Institution sind diese Austauschgefäße die kostenintensivsten Zeitfenster, da viele Mitarbeitende eingebunden sind und keine Arbeit direkt an der Patient:in geleistet wird. Persönlicher zwischenmenschlicher Austausch unter den Mitarbeitenden sind sowohl für ein gutes Teamgefühl wie auch für Arbeitszufriedenheit wichtig und berechtigt. Der informelle Austausch sollte jedoch außerhalb der patientenbezogenen Kommunikationsgefäße stattfinden.

Für eine optimale Patientenbehandlung ist die interprofessionelle Kommunikation nicht auf formelle und informelle Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden beschränkt. Für den Behandlungserfolg ausschlaggebend ist, wie sich die interprofessionelle Zusammenarbeit im klinischen Alltag manifestiert – besonders im Patientenkontakt in Abwesenheit von weiteren Teammitgliedern. So nimmt jede Patientin und jeder Patient die Art wahr, wie ihre oder seine Schilderungen von therapeutischen Begegnungen kommentiert, wie allfällige Beschwerden entgegengenommen werden, wie Mitarbeitende voneinander sprechen. Idealerweise verstärken die Mitarbeitenden unterschiedlicher Behandlungsmodalitäten ihre therapeutische Wirkung gegenseitig. So können Pflegefachpersonen in Krisen Patient:innen anleiten, Methoden aus den Spezialtherapien (z. B. Entspannungsmethoden) anzuwenden oder kann ein in der Psychotherapie aufkommendes Thema in der Kunsttherapie aufgenommen werden. Wesentlich für gute Zusammenarbeit ist daher, die jeweilige Tätigkeit der anderen Teammitglieder zu kennen und wertzuschätzen sowie kontinuierlich an einer gemeinsamen Fallkonzeption zu arbeiten.

Fallvignette

Die 61-jährige Direktionsassistentin wurde wegen Kreuzschmerzen und Kribbeln in wechselnden Körperregionen arbeitsunfähig, obwohl sie die Tätigkeit für den CEO eines Großunternehmens gerne ausübt und vom Vorgesetzten die Rückmeldung erhält, dass er ihr enormes Engagement schätzt und ihre Flexibilität, jederzeit spontan Aufgaben zu übernehmen. Die mit Disziplin durchgeführten Rücken-Kräftigungsübungen erbrachten keine Besserung. Zudem beanspruchten diese Übungen ihre spärliche Freizeit, die sie sonst gerne mit ihrem ersten Enkel verbracht hätte. Sie ist enttäuscht, dass bei unzähligen medizinischen Untersuchungen keine erklärenden Befunde erhoben wurden. Die Empfehlung, sich besser abzugrenzen und mehr auf ihre Bedürfnisse zu achten, nimmt sie mit Ambivalenz auf. Die Überweisung in eine Psychotherapie wegen depressiver Anpassungsstörung erlebt sie als Affront und begegnet allen Anregungen der Psychotherapeutin mit Skepsis. Bei einem spontanen Gespräch mit der Pflegefachperson lässt sie sich Aromatherapie zeigen. Beim nächsten Gespräch berichtet sie der Psychotherapeutin, dass die Aromatherapie ihr Linderung gebracht habe, sie nun stets ein Duftfläschchen bei sich trage für den Fall, dass Schmerzen zunehmen.

An dieser Stelle erkennt die Psychotherapeutin, dass sie Einfluss nehmen kann auf den Behandlungsprozess. Sie gibt ihrer persönlichen Skepsis gegenüber der Aromatherapie nicht Ausdruck, sondern unterstützt die Patientin, diesen Pfad weiterzuverfolgen. Die Patientin erkundet zusammen mit der Pflegefachperson die Wirkung unterschiedlichster Aromen. Dabei entsteht eine wichtige Beziehung zur Pflegefachperson. Die Patientin verbessert ihre Selbstwahrnehmung und Selbstfürsorge ohne dass dies explizit benannt wird. Da die Psychotherapeutin ernst nimmt, was ihr die Patientin als Lösungsansatz bringt, erlebt sich die Patientin weniger defizitär und es verbessert sich allmählich diese therapeuti-

sche Beziehung. Der Patientin fällt es in der Folge leichter, Anregungen der Psychotherapeutin zu anzunehmen.

b) Patientenorientierte Versorgung

Die Zielorientierung einer Behandlung ist besonders bei den zeitlich limitierten Behandlungen in stationären Institutionen wichtig (s. auch Kap. 17.2). Im Unterschied zur Zusammenarbeit von Fabrikarbeiter:innen oder einer Rudercrew ist das Ziel nicht fix vorgegeben. Die Zielfindung ist Teil der Aufgabe, kann sich im Verlauf der Behandlung wandeln und ist bei jeder Patientin und jedem Patienten von Neuem erforderlich.

Patientenorientierung bedeutet, das eigene Handeln aus der Perspektive der Patient:in zu reflektieren. Konsequente Patientenorientierung kann so weit gehen, dass Patient:innen bei der Fallbesprechung anwesend sind, den Gesprächen über sie zuhören und ihr Erleben und ihre Ansicht dazu direkt besprechen können. Die Erfahrung zeigt, dass bei Anwesenheit der Patient:in die Äußerungen der Teammitglieder differenzierter erfolgen und das gegenseitige Zuhören besser gelingt – ein relevanter Nebeneffekt.

c) Rollenklarheit

Klare Aufgabenverteilung unter den Mitarbeitenden eines Behandlungsteams gibt den Patient:innen Orientierung und damit Sicherheit. Für die Behandelnden bedeutet dies einerseits, dass sie die Arbeitsweise der jeweils anderen kennen, andererseits, dass sich Personen mit unterschiedlichen beruflichen Qualifikationen konsequent auf ihre Aufgabe im Team beschränken. Kompetenzen und Verantwortlichkeiten werden in einzelnen Institutionen innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen erarbeitet.

Jedes Teammitglied ist stetig gefordert, seine Rolle auszufüllen. In vielen Situationen bestehen mehrere Handlungsmöglichkeiten. Als Orientierung, situations- und rollengerecht kompetent zu handeln, eignen sich folgende Leitfragen (Macke, 2016):

- Kann ich aufgrund meiner Fähigkeiten und Fertigkeiten handeln?
- Darf ich in der aktuellen Situation handeln? Ist es meine Zuständigkeit?
- Soll ich handeln? Entspricht dies den ethischen Maßstäben, denen ich mich verpflichtet habe?

Für jede Rolle im Behandlungsteam sind spezifische Fertigkeiten und Fähigkeiten erforderlich und somit Voraussetzung für eine Anstellung als pflegerische, spezialtherapeutische oder ärztliche Fachperson. Die Frage „Kann ich handeln?“ ist damit jedoch noch nicht abgeschlossen. Sie darf auch zum Schluss führen, dass man bei Unsicherheit Unterstützung beansprucht, beispielsweise von Vorgesetzten oder in einer Supervision.

Die Bildungswege in Gesundheitsberufen sind teilweise überlappend, aber die Kompetenzen sind je nach Profession unterschiedlich. Die Verteilung der Verantwortlichkeiten in einer Institution wird nicht durch individuelle Kompetenzen geleitet, sondern auch durch rechtliche Gegebenheiten sowie praktische Aspekte wie Anwesenheit. Hier stellt sich die zweite Frage: „Darf ich handeln?“ Die Fähigkeiten von Fachpersonen können durchaus von ihren individuellen Zuständigkeiten und Kompetenzen abweichen. So hat vielleicht eine Pflegefachperson eine Ausbildung in Maltherapie absolviert und es reizt sie, diese Kompetenz einzubringen. Hier muss sie sich zugunsten der Rollenklarheit und der interprofessionellen Zusammenarbeit zurücknehmen – anders als wenn sie selbständig in einer Praxis arbeiten würde. Wem welche Aufgaben zugeteilt sind, kann von Institution zu Institution variieren. Eine Verschiebung von Zuständigkeiten von einer Profession zur anderen ist in Zukunft wahrscheinlich (Angerer &

Liberatore, 2018). Durch den sogenannten Skills-Grade-Mix können Aufgaben klinikintern anders verteilt werden, um personelle Ressourcen zu optimieren. Die Zuständigkeit ist üblicherweise in einer Stellenbeschreibung festgehalten, ebenso wie die für eine Anstellung erforderlichen Kompetenzen. Aufgrund der Zuständigkeit laufen vor allem überqualifizierte Mitarbeitende Gefahr, ihre Kompetenzen zu überschreiten. Die Motivation, Tätigkeiten auszuführen, die nicht ihrem Stellenprofil entsprechen – beispielsweise als Pflegefachperson psychotherapeutisch zu arbeiten oder als Psychotherapeut:in mit den Patientinnen Sport zu machen – kann groß sein und die Rücknahme erfordert mitunter Selbstbegrenzung.

Die letzte Frage: „Soll ich handeln?“ beinhaltet eine Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen und ethischen Normen. Grundsätzlich kann man in einer Institution nur arbeiten, wenn man deren ethische Maßstäbe in den Grundzügen teilt. Ein fortlaufender Diskurs zu ethischen Fragen zeichnet eine Institution aus und sollte bei alltäglichen Handlungen berücksichtigt werden.

d) Arbeitsweise im Team

Ein Team entsteht durch gemeinsames Bewältigen von Aufgaben – die gemeinsame Versorgung von Leidenden. Im stationär psychiatrischen Setting beginnt dies mit dem gemeinsamen Erfassen von Befunden und Informationen, der Erarbeitung des Problemverständnisses, von Zielen und der Koordination davon abgeleiteten Interventionen. Das setzt Flexibilität voraus, denn bei jeder Übernahme einer neuen Klient:in muss die Zusammenarbeit neu abgestimmt werden. Die Arbeitsteilung bleibt stets interaktiv: „Jeder ist in seine Arbeit vertieft, ist sich der anderen aber bewusst“ (Sennett, 2012). Anders als z. B. bei Bienen, die ihre spezialisierte Aufgabe gesondert ausführen, ohne den Gesamtplan des Bienenstocks zu kennen, ist für Menschen Arbeit dann befriedigend, wenn der

Sinn der eigenen Tätigkeit und der eigene Einfluss auf das Gesamtergebnis ersichtlich ist.

Teammitglieder bringen als Individuen eine Vielfalt an Lebenserfahrung, Vorlieben, Charakteristiken ein. Heterogenität der Teammitglieder ist ein Mehrwert für eine Institution. Mit gegenseitigem Wissensaustausch und dem Bemühen, andere Zugänge bzw. Arbeitsweisen zu verstehen, wächst Respekt vor Individualität, gegenseitige Wertschätzung und die optimale Integration unterschiedlicher Methoden.

Personen, die nach einer Erstausbildung in die Berufspraxis einsteigen, verfügen über eine andere – oft begrenzte – Lebens- und Berufserfahrung als die anderen Fachpersonen und können von diesen profitieren. Erfahrene Fachpersonen wissen die Vielfalt zu schätzen.

e) Teamorientierte Führung und Konfliktmanagement

Die Bezeichnung „Team“ besagt, dass alle Beteiligten gleichberechtigt sind. Die Führung des Behandlungsteams obliegt einer fallführenden Fachperson – einem *primus inter pares*. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens bringen es mit sich, dass die Fallverantwortung in der Regel bei der Ärzt:in liegt. Berufseinsteiger:innen finden sich daher manchmal in der Situation wieder, im Behandlungsteam die Person mit der geringsten Berufserfahrung und zugleich mit der höchsten Verantwortung zu sein.

Aufgabe der Fallführung ist es, die oben beschriebenen, parallel stattfindenden Behandlungsprozesse zugunsten der Behandlungsziele der Patient:in zu koordinieren. Vergleichbar mit der Funktion einer Orchester-Dirigentin ermöglicht die fallführende Person die Integration unterschiedlicher Stimmen, gibt Einzelnen Gestaltungsraum, weiß Dissonanzen hinsichtlich einer Weiterentwicklung zu lösen, ist aber auch befugt, in Akutsituationen klare Führung und entsprechende Verantwortung zu übernehmen. In Notfallsituationen muss auf verbindliche Strukturen

zurückgegriffen werden können, da ein quasi „basisdemokratischer“ Prozess zu träge wäre. Je besser ein Team bereits eingespielt ist, desto reibungsloser gelingt dieses Oszillieren zwischen hierarchischem Vorgehen und gleichberechtigter Zusammenarbeit aller Berufsgruppen.

Wie gut ein Team funktioniert, zeigt sich oft erst, wenn Störungen erkennbar werden. Je professioneller die Mitarbeitenden, desto länger kann es dauern, bis Störungen im Team Auswirkungen auf die Behandlungsqualität haben. Was aus Sicht der Patienten positiv ist, birgt jedoch aus Sicht der Mitarbeitenden die Gefahr, dass Unstimmigkeiten im Team nicht geklärt werden und weiter als sogenannte kalte Kon-

flikte schwelen. Werden sie ignoriert, bricht das Team zusammen mit der Folge von plötzlichem Personalausfall aufgrund von Krankheitsausfällen oder Kündigungswellen.

Die genannte Heterogenität von Teammitgliedern ist therapeutisch hilfreich. Sie korrespondiert zur Heterogenität der Klientel. Es ist üblich, dass Patient:innen je nach „Gegenüber“ andere Facetten von sich zeigen. Und die Mitarbeitenden schwingen mit unterschiedlichen Facetten bzw. inneren Anteilen ihrer Patient:innen mit – entsprechend ihrer eigenen biographischen Prägung und persönlichen Charakteristik (Abbildung 4-6).

Gelingt es nicht, eine Vielfalt an Reaktionen auf die Patientin oder den Patienten als Ausdruck von individuellen Persönlichkeiten zu verstehen, kann das zu Polarisierung im Team bis hin zu Frontenbildung und Spaltung des Teams führen (Abbildung 4-7).

In der Unterscheidung ihrer Klientel haben Fachpersonen im Laufe ihrer Ausbildung ausreichend Selbstreflexion erreicht – üblicherweise im Rahmen einer Lehrtherapie – um ihre Reaktionen nicht unreflektiert auszuagieren, sondern diese differenziert zu vergegenwärtigen und ausgewogen zu handeln. Zu den Aufgaben der Teamführung zählt es, solche Konflikte möglichst bereits bei der Entstehung zu erkennen, anzusprechen und aufzulösen.

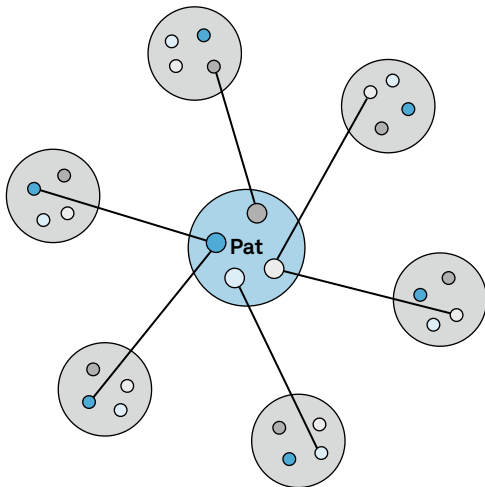


Abbildung 4-6: Innere Anteile der Mitarbeitenden sprechen auf unterschiedliche innere Anteile der Patient:innen an.

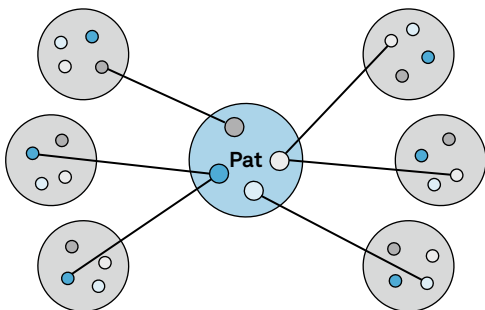


Abbildung 4-7: Spaltung eines Teams.

Zusammenfassung

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist nicht nur eine organisatorische Aufgabe, sondern erfordert anhaltendes Commitment der Beteiligten und die Entscheidung zu einer Rollenübernahme in einem Behandlungsteam. Zugängliche und laufend aktualisierte Informationen, sinnvoll angesetzte und professionell genutzte Austauschgefäße, klare Verantwortlichkeiten und Strukturen für Notfallszenarien sowie Kenntnisse der Aufgaben anderer Berufsgruppen und die gegenseitige Wertschätzung und Unterstützung sind Vor-

aussetzungen erfolgreicher interprofessioneller Zusammenarbeit. Sie ist ein kontinuierlicher sozialer Prozess, in den sich die Mitarbeitenden aller Berufsgruppen bewusst und reflektiert einbringen müssen. Es besteht dazu kein Patentrezept, denn die widersprüchlichen Bedürfnisse der Beteiligten müssen stets neu austariert werden:

- Gleichbehandlung aller Patient:innen und zugleich auf deren Einzigartigkeit eingehen,
- Bedürfnis der Mitarbeitenden nach Einbringen aller Kompetenzen und zugleich Beschränkung auf die eigene Rolle,
- Erreichen einer bestmöglichen Behandlung bei beschränkten Ressourcen,
- und für Fallführende die Herausforderung, zugleich Verantwortung zu tragen, aber nur mit Kooperation des Behandlungsteams erfolgreich sein zu können.

Bei gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit stellt die Interdependenz der Beteiligten kein Behandlungshindernis dar, sondern eine Ressource mit vielfältigen Synergien.

Fazit

Stefan Büchi

Woher kommen wir und – wer sind wir? Das aktuelle Spannungsfeld professioneller Identität in Psychiatrie und Psychotherapie bildet sich bereits in dessen historischer Entwicklung ab. Wurden psychische Störungen noch im Mittelalter als Ausdruck von Besessenheit oder Dissozialität verstanden, kann die Aufklärung Ende des 18. Jahrhunderts als Geburtsstätte dieses noch jungen Berufsfeldes verstanden werden. In der kurzen, erst etwas über 200-jährigen Geschichte der Psychiatrie zeigt sich eindrücklich, wie stark dieses Fachgebiet die jeweiligen Zeitströmungen und -tendenzen abbildet, wobei

psychische Störungen zwischen den Polen von „Gehirnkrankheit“ und „Geisteskrankheit“ eingeordnet wurden. Erst seit ca. 1980 hat sich mit dem sog. „bio-psycho-sozialen Modell“ ein allseits akzeptiertes, umfassendes Rahmenmodell etabliert, welches die verschiedenen Perspektiven ordnen und integrieren kann.

Die Entwicklung einer beruflichen Identität ist immer ein individueller und sehr persönlicher Prozess. Trotzdem zeigen sich folgende typische Unterschiede in den Entwicklungen zwischen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeut:innen:

- In der Chronologie zur Ausbildung zur Psychiater:in steht zuerst das Medizinstudium und damit die Identität als Ärzt:in. In der weiteren Ausbildung behandelt sie oder er später in psychiatrischen Kliniken während vieler Jahre psychiatrisch schwer Erkrankte und nutzt dabei auch sehr stark die biologisch-medikamentösen Therapiezugänge. Erst in einem nächsten Schritt folgt die intensive psychotherapeutische Schulung. Durch den Status der Ärztin oder des Arztes und einer vorgegebenen Rolle in psychiatrischen Kliniken ist der praktische Berufseinstieg im Vergleich zu den psychologischen Psychotherapeut:innen meist einfacher.
- Diese erleben den therapeutischen Berufseinstieg nach ihrem auf psychologischem Grundlagenwissen orientierten Studium weniger strukturiert und häufig anspruchsvoller. Die Auseinandersetzung mit Psychotherapie beginnt früher und ist für sie daher bedeutungsvoller. Die beruflichen Entwicklungen von ärztlichen und psychologischen Therapeut:innen gleichen sich über die langjährige berufliche Weiterentwicklung an: Die erfahrene Psychotherapeut:in ist weniger stark durch die berufliche Sozialisierung als Ärzt:in oder Psycholog:in, oder die Zugehörigkeit zu einer therapeutischen Schule, als vielmehr durch die persönliche Reife, den Erfahrungsschatz und den Wunsch, die Entwicklung der Patientin oder des Patienten zu fördern gekennzeichnet.

Die meisten Berufseinsteiger in Psychiatrie und Psychotherapie beginnen ihre Arbeitserfahrungen im stationären Kontext. Dort arbeiten sie in einem Behandlungsteam intensiv mit verschiedenen anderen therapeutischen Professionen wie Pflegefachpersonen, Fachpersonen für non-verbal basierte Therapien oder komplementärmedizinischen Methoden zusammen. Nur eine konstruktive interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht optimale Therapien für die Patient:innen. Damit dies gelingt, ist eine respektvolle, neugierig-offene und wertschätzende Haltung gegenüber allen therapeutischen Professionen eine notwendige Voraussetzung. Nur so kann die Integration von verbalen und non-verbalen Therapien unter Berücksichtigung der alltags- und milieuthérapeutischen Perspektive der Pflege zum Wohle der Patient:innen gelingen.

Literatur

- Angerer, A. & Liberatore, F. (2018). *Management im Gesundheitswesen: Die Schweiz*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Bauer, W., Allaz, A-F., Bader, C. Gassmann, B., Gyger, P., de Haller, J., Mahrer, R., Tschudi, P. & Wildhaber Isler, P. (2011). *Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis*. Basel: SAMV.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). *Die wichtigsten Komponenten für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit*. Vancouver BC: National Interprofessional Competence Framework.
- Kälble, K. (2004). Berufs- und fachübergreifende Zusammenarbeit – terminologische Klärungen. In L. Kaba-Schönstein & K. Kälble (Hrsg.), *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen* (S. 29–41). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Linden, M., Baron, S., Muschalla, B. & Ostholt-Corsen, M. (2015). *Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen*. Bern: Huber.
- Locher, C., Mansour, R., Koechlin, H. & Büchi, S. (2020). Patient-appraised beneficial moments during inpatient psychiatric treatment. *BMC Health Services Research*, 20, 734. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05617-4>
- Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S. & Joos, S. (2014). Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. *GMA Journal for Medical Education*, 31(4), Doc40.
- Macke, G., Hanke, U., Viehmann-Schweizer, P. & Rafter, W. (2016). *Kompetenzorientierte Hochschuldidaktik* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Sennett, R. (2012). *Zusammenarbeit. Was unsere Gesellschaft zusammenhält*. Berlin: Hanser.
- Von Sydow, K. & Borst, U. (Hrsg.). (2018). *Systemische Therapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Xyrichs, A. & Ream, E. (2008). Teamwork, a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (2), 232–241. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x>