



«Alle Berufe sind offener für die Interprofessionalität geworden»

Eva Mell

Managing Editor der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Wenn Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, Hebammen, Case Managende und andere Fachkräfte aus dem Gesundheitsbereich eng zusammenarbeiten, profitieren sie selbst und auch die Patientinnen und Patienten davon. Aber wie gut funktioniert die interprofessionelle Zusammenarbeit tatsächlich? Wir haben nachgefragt.

Als Madlene Michel am Luzerner Kantonsspital die Abteilung Austrittsmanagement aufgebaut hat, haben sie und die übrigen neu eingestellten Case Managenden zunächst Widerstand aus der Belegschaft des Spitals erfahren. Ihre Aufgabe ist es, das Behandlungsteam dabei zu unterstützen, den Austritt der Patientinnen und Patienten nach dem Spitalaufenthalt optimal zu organisieren. Doch Pflegende, Ärztinnen und Ärzte hatten zunächst Sorge, die Neuen würden Teile ihres jeweiligen Kernbusiness übernehmen. Mittlerweile, so erzählt es Madlene Michel auf Seite 1672, werden sie und ihr Team als Bereicherung empfunden. Die interprofessionelle Zusammenarbeit funktioniert und ein Austausch auf Augenhöhe sei möglich.

Wenn Personen aus den verschiedenen Gesundheitsberufen eng zusammenarbeiten und sich Zeit dafür nehmen, einander kennen- und schätzen zu lernen, dann sparen sie am Ende sogar wertvolle Zeit, und die Patientinnen und Patienten profitieren von einer besonders guten Behandlung. Alle für diesen Beitrag Befragten sind sich einig, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit wichtig ist und oft schon gut funktioniert. Doch viele berichten auch von Schwierigkeiten: In manchen Fällen stehen Personen aus verschiedenen Gesundheitsberufen geradezu in Konkurrenz zueinander – und nicht in allen Berufen kann die interprofessionelle Zusammenarbeit abgerechnet werden.



«Die Vergütung ist ein ungelöstes Problem»

Ich bin in der ambulanten Versorgung in einem Spital tätig und arbeite dort als Physiotherapeutin mit dem Schwerpunkt Beckenbodenrehabilitation. Mit meiner Arbeit kann ich einen Teil dazu beitragen, dass es Menschen auch mit chronischen Beschwerden wieder besser geht. Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist in meinem Arbeitsfeld

sehr wichtig. Manche Patientinnen oder Patienten benötigen zusätzlich psychologische Unterstützung, auch eine Ernährungsberatung oder die Zusammenarbeit mit einer Sexologin kann sinnvoll sein. In einem interprofessionellen Board besprechen wir die verschiedenen Fälle regelmässig. Dort haben wir einen Austausch auf Augenhöhe, es wird diskutiert und gemeinsam ein Beschluss gefasst. Unsere Beschlüsse haben Handlungen zur Folge, das klappt in der Regel sehr gut.

Diese Art der Zusammenarbeit ist mir sehr wichtig, doch die Vergütung der interprofessionellen Leistungen ist bisher ein

ungelöstes Problem. Als Physiotherapeutin kann ich nur Leistungen in Anwesenheit meiner Patientinnen und Patienten abrechnen. Nicht einmal der Schlussbericht an den Arzt oder die Ärztin wird vergütet. Für meine Berufskolleginnen und -kollegen, die ausserhalb eines Spitals arbeiten, ist dieser wirtschaftliche Aspekt ein grosser Stolperstein für die interprofessionelle Arbeit. Wir brauchen dringend ein neues Tarifsystem. In anderen Gesundheitsberufen gibt es ja ebenfalls Probleme mit Tarifverhandlungen. Auch hier sollten wir interprofessionell zusammenhalten, denn so können wir am meisten bewirken.

Ich bin froh, dass bei uns im Spital die Wege kurz sind und es unkomplizierte Möglichkeiten gibt, sich auszutauschen. Gerne würde ich künftig die Patientinnen und Patienten stärker in den interprofessionellen Austausch einbinden, damit wir nicht über sie sprechen, sondern mit ihnen.

Mirjam Stauffer (52), Verbandspräsidentin von Physioswiss und Physiotherapeutin am Universitätsspital Zürich



«Wir müssen uns immer wieder in Erinnerung rufen»

Meist benachrichtigen mich die Pflegefachpersonen, dass ich mit einer Patientin oder einem Patienten sprechen kann. Am Anfang meiner Arbeit steht also im Normalfall ein interprofessioneller Kontakt. Die Pflegenden sind den Patientinnen und Patienten nah und bemerken, wenn jemand Kummer hat, einsam ist oder mit etwas hadert. Sie schlagen

ihnen dann vor, dass jemand aus dem Seelsorge-Team vorbeikommen könnte. Damit das funktioniert, müssen die Pflegenden natürlich an uns denken. Sie müssen uns kennen und wissen, wen sie empfehlen. Das setzt voraus, dass sie ein vertrauensvolles Verhältnis zu uns haben. Deshalb ist für jede Station eine bestimmte Seelsorgerin oder ein Seelsorger verantwortlich.

Bevor wir unsere Gespräche führen, melden wir uns immer im Stationsbüro und sagen, zu wem wir gehen werden. Nach dem Gespräch melden wir uns bei den Pflegenden wieder ab. So haben wir einen ständigen Kontakt. Ausserdem geben wir regelmässig Fortbildungen auf verschiedenen Stationen, um auf unsere Arbeit aufmerksam zu machen. Wir müssen uns

immer wieder in Erinnerung rufen, auch aufgrund von Personalwechsellern.

Da die Gespräche einem strengen Berufsgeheimnis unterliegen, besprechen wir die Inhalte nur dann mit den Ärztinnen, Ärzten oder Pflegenden, wenn die Patientinnen und Patienten uns darum bitten. Aber wir hinterlassen im System die Rückmeldung, bei welchem Patienten oder welcher Patientin wir waren, ob wir beispielsweise ein Ritual oder eine ethische Beratung durchgeführt haben und ob die Begleitung abgeschlossen ist. Für die Pflegenden ist das wichtig zu wissen. Ich verstehe uns Seelsorgende als Teil des erweiterten Behandlungsteams. Wir erstellen zwar keine Diagnosen oder verordnen Therapien, aber wir sind doch auch Teil der Betreuung. Für das Pflorgeteam sind wir oft eine Entlastung, zum Beispiel, wenn Angehörige aufgrund einer belasteten Situation einen hohen Gesprächsbedarf haben.

Ich schätze es sehr, dass wir direkt beim Inselspital angestellt sind. Es gibt andernorts Seelsorgende, die von einer Kirchgemeinde entsandt werden und nur bei Bedarf von aussen ins Spital kommen. Wir aber sind Teil des Systems, man kennt uns, nimmt uns wahr und schätzt unsere Arbeit.

Hubert Kössler (59), Seelsorger am Inselspital Bern



«Es ist oft nicht im Interesse eines Arztes, die Frau an die Hebamme weiterzuleiten»

Ich bin seit 1979 Hebamme. Mit den Jahrzehnten hat sich die interprofessionelle Zusammenarbeit wirklich verbessert. Vor allem mit den jungen Gynäkologinnen, die jetzt neue Praxen eröffnen und in ihrer Ausbildung schon mit Hebammen interprofessionell gearbeitet haben, ist die Zusammenarbeit sehr gut.

Ein Stolperstein bei diesem Thema ist aber immer wieder, dass wir Hebammen und die Gynäkologinnen und Gynäkologen praktisch dasselbe Arbeitsgebiet haben. Eine junge, gesunde, schwangere Frau muss im Normalfall kaum zur Ärztin oder zum Arzt. Sie geht dort ökonomisch aber als Patientin verloren, wenn sie zu mir kommt.

Es gibt klare Kriterien, nach denen eine Hebamme die Frau in die Arztpraxis schickt, zum Beispiel bei Risikoschwangerschaften oder bei bestimmten Auffälligkeiten. Daran halten wir Hebammen uns natürlich und das ist ja auch sinnvoll. Aber es ist oft nicht im Interesse eines Arztes oder einer Ärztin, die Frau an die

Hebamme weiterzuleiten. Je mehr der Generationenwechsel in den Arztpraxen stattfindet, desto stärker glaube ich daran, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit wirklich auf gutem Wege ist. Und es ist ja auch heute schon vieles im Wandel. Wenn ich einer Frau empfehle, sie könnte die zuständige Ärztin oder den Arzt um eine Überweisung zum Beispiel zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie bitten, dann klappt das im Normalfall auch. Zum Teil kenne ich die Ärztinnen und Ärzte, dann bespreche ich die Fälle selbst am Telefon und das läuft wirklich gut. Ich bin zudem Beleghebamme im Bethesda-Spital in Basel. Oft bespreche ich kompliziertere Fälle mit der zuständigen Belegärztin oder dem Belegarzt. Auch mit Pädiaterinnen und Pädiatern spreche ich zum Teil vor der Geburt, wenn es bestimmte Auffälligkeiten beim Kind gibt. Dabei funktioniert die Zusammenarbeit besonders gut, denn Hebammen und Kinderärztinnen und -ärzte haben nicht dasselbe Arbeitsfeld.

Lucia Mikeler (63), frei praktizierende Hebamme und Beleghebamme am Bethesda-Spital in Basel



«Anfangs haben wir Widerstand erfahren»

Am Kantonsspital in Luzern gibt es seit 2017 Case Managende im Austrittsmanagement. Wir sorgen dafür, dass der Austritt nach dem Spitalaufenthalt optimal organisiert ist. Wir sprechen bereits an Tag eins – oder wenn möglich sogar schon vor dem Aufenthalt – mit unseren Patientinnen und Patienten über die Zeit nach dem Spitalaufenthalt. So können wir die Anschlussbehandlung und alles weitere, was mit dem Austritt zusammenhängt, frühzeitig organisieren. Diese Planung ist notwendig, weil die Spitalaufenthalte immer kürzer werden. Im Schnitt bleiben die Patientinnen und Patienten 4,5 Tage bei uns.

Der Fokus des Behandlungsteams liegt natürlich in erster Linie auf der medizinischen Versorgung. Wenn man aber erst über den Austritt nachdenkt, wenn der Patient oder die Patientin schon stabil ist, wird es schwierig. Oft muss noch etwas organisiert werden: eine Rehabilitation, die Pflege zu Hause oder ein Platz in einem Pflegeheim. Wir vernetzen die Menschen darüber hinaus mit Fachstellen wie etwa der Krebsliga oder Pro Senectute. Unsere Mitarbeitenden sind Sozialarbeitende oder Case Managende, die mehrjährige Berufserfahrung in der Pflege und Zusatzausbildungen im Case Management haben. Anhand der medizinischen und sozialen Situation können sie

schnell erfassen, von welcher Unterstützung jemand profitieren kann. Dabei handeln wir vom Austrittsmanagement immer in Absprache mit dem Behandlungsteam.

Anfangs bei der Reorganisation haben wir Widerstand erfahren. Verschiedene Berufsgruppen hatten Sorge, dass wir Teile ihres Kernbusiness übernehmen. Für uns war es aber immer wichtig, niemandem etwas wegzunehmen, im Gegenteil möchten wir das Behandlungsteam entlasten und unterstützen, so dass es sich auf sein Kernbusiness fokussieren kann. Wir unterstützen, beraten und geben Empfehlungen zur Nachsorge wie zu sozialen Themen ab. Mittlerweile werden wir als Entlastung und Bereicherung empfunden. Aufgrund unserer Arbeit bleiben Patientinnen und Patienten nicht länger als medizinisch notwendig im Spital, und durch die Planung der passenden Nachsorge können Wiedereintritte aufgrund der sozialen Situation grösstenteils vermieden werden. Die Zusammenarbeit mit dem Behandlungsteam, im Speziellen mit Ärztinnen, Ärzten sowie Pflegenden, funktioniert sehr gut. In den vergangenen Jahren sind alle Berufsgruppen offener für die interprofessionelle Arbeit geworden, und es ist möglich, auch mit Chefärzten auf Augenhöhe über das richtige Vorgehen zu sprechen.

Madlene Michel (38), Leiterin Austrittsmanagement am Luzerner Kantonsspital



«Die Attitüde eines Halbgottes in Weiss ist nicht erstrebenswert»

Ich bin als Arzt in einer Praxis für Onkologie angestellt, die ihre Räumlichkeiten in einem Spital hat. Ich betreue meine Patienten sowohl ambulant als auch stationär in der Funktion eines Assistenzarztes. Während meiner Arbeit bin ich in einem ständigen Austausch mit Personen aus unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen und Gesundheitsberufen: mit Hausärzten, Pneumologen, Seelsorgenden, Psychoonkologinnen, Pflege, der Spitex, Ernährungsberatung, Physiotherapie, dem Case Management und Sozialdienst und so weiter. Bei der Arbeit im Spital profitiere ich sehr stark vom Austausch mit dem Pflegepersonal. Ohne die Inputs des Pflegeteams könnte ich meine Arbeit gar nicht vernünftig machen. Ich lege Wert auf interprofessionelle Zusammenarbeit, aber ich glaube nicht, dass man jede Entscheidung basisdemokratisch fällen muss. Gewisse Entscheide obliegen mir als Arzt, auch weil ich später die Verantwortung trage. Aber ich kenne meine Grenzen, und deshalb fällt es mir leicht, zum Beispiel auf die

Ernährungsberatung zu hören und deren Ratschläge zu befolgen. Davon habe ich wenig Ahnung, und meine Kapazitäten reichen auch nicht dafür, mich stark in solche Fragestellungen einzuarbeiten. Ich bin beschäftigt genug damit, mich in meinem Fachgebiet weiterzubilden. Ein interprofessioneller Austausch ist meiner Meinung nach sehr sinnvoll und spart auch Zeit, solange er sich in einem vernünftigen Rahmen abspielt.

Für mich als jungen Arzt ist die interprofessionelle Zusammenarbeit eine Selbstverständlichkeit. Im Vergleich zu früher hat sich sicher einiges verändert. Das hat damit zu tun, dass die Pflegeberufe enorm aufgewertet worden und die unterschiedlichen Fachkräfte heute sehr gut ausgebildet sind. Zum anderen legt meine Ärztegeneration sicher auch eine gewisse Demut an den Tag. Die Attitüde eines Halbgottes in Weiss ist nicht erstrebenswert und zum Glück auch nicht mehr aktuell.

Dr. med. Manuel Schaub (34), in Facharztausbildung Onkologie bei Prolindo am Lindenhofspital in Bern



«Damit das Verständnis füreinander wächst, muss man sich Zeit für den Austausch nehmen»

Ich bin Clinical Nurse Specialist, kurz CNS, in einem Spital in der Romandie. Ich arbeite im Departement Chirurgie und bin durch mein Masterstudium auch dafür ausgebildet, Pflegemodelle weiterzuentwickeln. Um die Herausforderungen im Gesundheitswesen zu meistern, ist eine funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit entscheidend. Davon bin ich überzeugt.

In der Pflege arbeite ich seit 13 Jahren. Seitdem hat sich viel verändert. Manche der heutigen Ausbildungswege gab es damals noch gar nicht. Und hier sind wir schon bei einem wichtigen Punkt: Damit die Zusammenarbeit funktioniert, muss jede beteiligte Person wissen, welche Aufgaben die anderen eigentlich haben. Damit das Verständnis füreinander wächst, muss man sich bewusst Zeit für den Austausch mit anderen Berufsgruppen nehmen. Alle Beteiligten müssen dafür Energie aufbringen. Wenn ein Chirurg keine Zeit hat, mit mir zu reden, weil er eine Operation durchführen muss, dann verstehe ich das. Aber

dann müssen allen Beteiligten die Konsequenzen einer fehlenden oder mangelhaften Kommunikation bewusst sein, und alle Beteiligten müssen diesen Mangel anders kompensieren.

Eine Herausforderung bei der interprofessionellen Zusammenarbeit ist sicher, dass jede Profession ihre Aufgabe für besonders wichtig hält. Mir ist es aber ein Anliegen, Mauern abzubauen. Denn noch wichtiger als die spezifischen Aufgaben jedes Einzelnen ist ja die Antwort auf diese Frage: Warum tun wir alle unsere Arbeit? Damit der Patient oder die Patientin versteht, welches therapeutische Ziel wir vorschlagen, damit er oder sie sein Einverständnis geben kann und damit das Resultat zufriedenstellend wird. Um das zu erreichen, müssen alle Beteiligten wissen, was Personen aus anderen Gesundheitsberufen vorher getan haben und nachher tun werden. Mir ist wichtig, dass wir einander vertrauen, uns besser kennenlernen und wirklich gemeinsam am Patienten oder an der Patientin arbeiten. Wir müssen nah beieinander stehen, sonst kann uns ein kleiner Windstoss umhauen.

Claudia Lecoultre (41), Präsidentin von swissANP (swiss Advanced Nursing Practice)

Bildnachweis

Einstiegsbild: Eva Mell
Alle Porträtfotos zur Verfügung gestellt von den Gesprächspartnerinnen und -partnern