

Interprofessionelle Zusammenarbeit gestalten, Konflikte im Team reflektieren

Eine Lerneinheit des Projektes Interprofessionelles Lernen in Medizin, Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege (INTER-M-E-P-P)

Annerose Bohrer, Ronja Behrend, Peter Arends, Heidi Höppner, Ulrike Ott, Harm Peters

Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe ist insbesondere an Schnittstellen der Patientenversorgung von zentraler Bedeutung. In der Berufspraxis erleben Auszubildende / Studierende in Gesundheitsberufen nicht selten mangelhafte Zusammenarbeit bzw. Konflikte in interprofessionellen Teams. Das Projekt INTER-M-E-P-P verfolgte das Ziel, das Lernen von interprofessioneller Kooperation von Beginn an in die Ausbildung/das Studium zu integrieren. Eine der im Projekt INTER-M-E-P-P entwickelten interprofessionellen Lehrveranstaltungen ist eine Lerneinheit zum Thema "Konflikte im Team". Beispielhaft stellt dieser Beitrag die Lerneinheit vor, bei der das Verstehen und Bearbeiten von möglichen Konflikten im Team im Rahmen des Entlassungsmanagements im Mittelpunkt steht. An der Entwicklung und Umsetzung der interprofessionellen Lerneinheit waren Personen aus verschiedenen Professionen und Institutionen beteiligt. Wir bedanken uns bei all denjenigen, die zur Realisierung dieser Lerneinheit beigetragen haben. Ein besonderer Dank gilt der studentischen Arbeitsgruppe des Projektes: Franziska Behrenbeck, Judith Czakert und Bea Prempfer.

Interprofessionelle Zusammenarbeit – interprofessionelles Lernen

Die sektorale Organisation des deutschen Gesundheitswesens führt zu Schnittstellen in der Patientenbetreuung, die besondere Herausforderungen für die Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen darstellen. Insbesondere der Übergang vom stationären zum ambulanten Bereich ist hinsichtlich der reibungs- und nahtlosen Patientenversorgung kritisch. Entlassungsmanagement mit guter interdisziplinärer Abstimmung ist wesentlich, um Rückschläge im Krankheitsverlauf und Wiedereinweisungen von Patientinnen und Patienten zu verhindern (Wingefeld 2002).

Die Fähigkeit zur professionellen Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen ist daher von herausragender Bedeutung. Um die Kooperationsbereitschaft und die Kompetenzen zur gelungenen interprofessionellen Kooperation von Anfang an zu fördern, braucht es innovative Ausbildungsansätze. Experten empfehlen interprofessionelle Unterrichtsformate bereits in die primäre Ausbildung der Gesundheitsberufe zu implementieren (WR 2012, SVR 2007, Walkenhorst et al. 2015). Von interprofessioneller Ausbildung spricht man, wenn zwei oder mehr Berufe voneinander, miteinander und übereinander lernen, um die Zusammenarbeit und die Versorgungsqualität zu verbessern (CAIPE 2002).

Auf Grund der in Deutschland etablierten berufs- und professionsspezifischen Ausbildungs- und Studienstrukturen ist das gemeinsame Lernen Auszubildender / Studierender verschiedener Gesundheitsberufe durch strukturelle und gesetzliche Rahmenbedingungen erschwert. In Entwicklungsprojekten werden aktuell interprofessionelle Lehrveranstaltungen entwickelt und die Durchführung erprobt. Ein Beispiel ist das gemeinsame Projekt INTER-M-E-P-P – Interprofessionelles Lernen und Lehren in Medizin, Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege, das gemeinsam von der Charité – Universitätsmedizin

Berlin (Modellstudiengang Medizin), der Alice Salomon Hochschule Berlin (Bachelor Physio-/Ergotherapie) und der Evangelischen Hochschule Berlin (Bachelor of Nursing) durchgeführt wird. Das Projekt zielt auf die Entwicklung, Durchführung, Evaluation und curriculare Implementierung von interprofessionellen Lerneinheiten. Zudem sollen Kooperationen zwischen den Bildungseinrichtungen etabliert und Chancen und Hürden bei der Implementierung von interprofessioneller Lehre identifiziert werden.

Ausgehend von einer beruflichen Situation aus dem Kontext des Entlassungsmanagements nehmen die Lernenden die Sichtweisen der verschiedenen Professionen/Berufsgruppen auf die Situation wahr und nutzen diese. Zudem reflektieren die Lernenden verschiedene Konflikthintergründe sowie mögliche Verhaltensweisen in einem Konflikt und üben, sich sozial kompetent für eigene Interessen im Team einzusetzen. Im Idealfall findet die Lerneinheit daher in interprofessionell zusammengesetzten Kleingruppen statt, die einen intensiven Austausch ermöglichen (s. Abb. 1).

Die folgenden Seiten enthalten Unterrichtsmaterialien für die konkrete Umsetzung dieser Lerneinheit. Innerhalb des Projektes INTER-M-E-P-P fand die Lerneinheit für Studierende der Medizin, Physio- / Ergotherapie und Pflege in Kleingruppen mit jeweils acht Studierenden statt. Die Lernmaterialien wurden in diesem Beitrag für die Zielgruppe (Auszubildende in Gesundheitsberufen) geringfügig abgewandelt. Weitere individuelle Anpassungen der hier vorgeschlagenen Vorgehensweise sind selbstverständlich möglich. Eine interprofessionelle Durchführung mit zwei oder mehr Gesundheitsberufen erscheint vor dem Hintergrund der Kooperation der Gesundheitsberufe zudem besonders wertvoll.

Ziele der Lerneinheit „Konflikte im Team“	Inhalte	Lernformat	Zeit
<p>Die Lernenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> nehmen bei interprofessionellen Konflikten durch Perspektivwechsel die Situation und die Motive der Beteiligten wahr erfassen mögliche Hintergründe für Konflikte in interprofessionellen Teams und benennen diese unterscheiden Merkmale von sozial kompetenten, von unsicheren und von aggressiven Verhaltensweisen bei Interessenskonflikten in interprofessionellen Teams setzen sich für eigene berechnete Forderungen im interprofessionellen Team sozial kompetent ein 	<ul style="list-style-type: none"> Interdisziplinäre Sichtweisen an einem konkreten Patienten Beispiel in der Rehabilitation / Entlassungsmanagement → Ähnlichkeiten und Differenzen in der Wahrnehmung der Teammitglieder Phänomen Konflikt: Beispiele für Konflikte, Definition Entstehungszusammenhänge von Konflikten in der Teamarbeit Eigene Interessen in einem Konflikt und die Interessen der anderen Merkmale von Verhaltensweisen im Konflikt (Hinsch & Pflingsten 2002) 	Kleingruppen à 8 Lernende, aus verschiedenen Berufsgruppen	180 Min.

Abb. 1: Überblick zur Lerneinheit „Konflikte im Team“

Detaillierter Ablauf zur Lerneinheit „Konflikte im Team“

Hinweis → Vorgeschlagene Lerninhalte folgen einem straffen Zeitplan. Es obliegt dem Dozierenden, Schwerpunkte zu wählen und Inhalte bei Bedarf zu kürzen bzw. alternativ dieser Lerneinheit einen größeren Zeitrahmen zu geben.

Zeit (Min.)	Inhalte und Handlungsschritte	Methode/ Medien
30	<p>Einleitung, Vorstellung, Vorstellung der Lerneinheit</p> <p>Kennenlernen der Teilnehmenden</p> <p>Teilnehmende stellen sich in Partnerarbeit einander vor (ideal: verschiedene Gesundheitsberufe):</p> <ol style="list-style-type: none"> Mein Name ist ... Ich lerne (Ausbildungsberuf/Studiengang) Ich bin ... Jahre alt Hier bin ich am liebsten ... <p>+ Ich erwarte/ Folgendes möchte ich lernen...</p> <p>Vorstellung der Gesprächsinhalte im Plenum, dabei stellten sich die Studierenden/ Auszubildenden gegenseitig vor.</p> <p><u>Erläuterung zum WAS, WIE und WARUM der Lerneinheit</u> → Aufmerksamkeitslenkung auf interprofessionelle Zusammenarbeit in der Berufspraxis, hier am Beispiel einer Situation in der Rehabilitation/im Entlassungsmanagement</p> <p><u>Definition Interprofessionelle Ausbildung</u> (Interprofessional Education = IPE): Zwei oder mehr Berufe, die miteinander, voneinander und über einander lernen, um die Zusammenarbeit und die Versorgungsqualität zu verbessern. (CAIPE 2002)</p>	<p>Vortrag</p> <p>Partnerarbeit</p> <p>Plenum</p> <p>Vortrag</p>
40	<p>Film und Diskussion: Verschiedene Sichtweisen der Professionen in der Rehabilitation / im Entlassungsmanagement erfassen</p> <p>DVD: Herrgesell, S. (2005): Fallbeispiele in der Pflegeausbildung. Praxisorientierte Unterrichtsgestaltung mit Filmen. Urban & Fischer: München. (alternativ: Einbringen einer schriftlichen Fallsituation aus der Rehabilitation, siehe dazu die Inhaltsangabe der Filme auf den Seiten 10 und 11)</p> <p>Vorspielen der vier Filmsequenzen (<u>Auszüge</u> mit insgesamt ca. 20 min. Länge für alle vier Perspektiven):</p> <ul style="list-style-type: none"> Patientin mit Morbus Parkinson Kommentar der Pflegekraft Kommentar des Arztes Kommentar der Ergotherapeutin <p>Besprechung der Filmausschnitte in der Gruppe unter folgenden Leitfragen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Welchen Blickwinkel haben die Beteiligten? Welche Position vertreten sie? Auf welche Dinge legen sie Wert? Wie drücken sie sich aus? 	<p>Film und Diskussion</p> <p>Alternativ: schriftliches Fallbeispiel</p> <p>Ergebnisse an Tafel, auf Flipchart sammeln</p>

	<p>Der Dozent/die Dozentin schreibt die Leitfragen und Ergebnisse an die Tafel und moderiert den Prozess. Sie achtet darauf, dass die verschiedenen Sichtweisen/der Konflikt in der Fallsituation herausgearbeitet wird.</p> <p><u>Anschließend unter folgender Fragestellung diskutieren:</u> Wieso, wann, wie und auf welcher Grundlage können Konflikte im multiprofessionellen Team entstehen? (Gründe für Konflikte auf verschiedenen Ebenen: Struktur, Kommunikation, Hierarchien, Status)</p>	<p>Zurufabfrage</p> <p>Diskussion</p>
60	<p>Rollenspiel: "Eine interprofessionelle Fallbesprechung im Entlassungsmanagement durchführen" (mit Bezug zum Film bzw. Fallbeispiel) (4 Rollen)</p> <p><u>Hintergrund:</u> Frau K. mit Morbus Parkinson, 85 Jahre alt, lebt im häuslichen Umfeld zusammen mit ihrem 93jährigen Ehemann. Einweisung ins Krankenhaus erfolgte nach einem Sturz. Aktuell noch hoher Unterstützungsbedarf zum Beispiel beim Essen und in der Körperpflege. Das Stationsteam diskutiert kontrovers über eine mögliche Entlassung bzw. über die sinnvollste Weiterbehandlung.</p> <p>1) Vorbereitung des Rollenspiels Die Studierenden/Auszubildenen teilen sich in zwei Gruppen auf. Die „Spielenden“ und die „Beobachtenden“. Die „Spielenden“ bereiten sich einzeln auf die eigene Rolle im Rollenspiel vor (→ Arbeitsauftrag Rollenspiel) Die „Beobachtenden“ erarbeiten den Beobachtungsauftrag in der Gruppe unter Anleitung der dozierenden Person oder bereiten sich alternativ einzeln auf die Beobachtung vor (→ Arbeitsauftrag Beobachtung Rollenspiel). Stigmatisiert</p> <p>2) Durchführung des Rollenspiels</p> <p>3) Auswertung des Rollenspiels</p> <p><u>Auswertungsschritte:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zuerst berichten Protagonisten 2. dann die Beobachtenden 3. anschließend folgt die Reflexion auf Meta-Ebene <p>Feedback u. Reflexion auf Grundlage der Beobachtungen, z. B. mit Karten, die an die Tafel geheftet werden (was fiel auf in Bezug auf verbale Äußerungen, Nonverbales, Konfliktverhalten, ...)</p> <p><u>Mögliche Weiterarbeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Positionen vertraten die Personen/Professionen im Hinblick auf die Entlassung der Patientin? Kam es zu einer Lösung? • Welche Stereotype über die Berufe wurden im Rollenspiel deutlich? Wieso wurden die Berufe in dieser Form dargestellt? Entspricht dies der erlebten Realität? • Fließende Überleitung in den Theorieteil möglich → z. B. Tabelle nach Hinsch und Pflingsten an der Tafel entwickeln und überleitend im Theorieteil ergänzen. 	<p>Rollenspiel</p> <p>Arbeitsauftrag Rollenspiel. Rollen verteilen.</p> <p>Ergebnisse an Tafel oder Metaplanwand festhalten.</p>
40	<p>Theorieteil je nach Bedarf der Lerngruppe (→ Handout für Lernende)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetenztraining nach Hinsch u. Pflingsten (optional mit Übung, je nach Zeit) → Ziel: Merkmale von sozial kompetenten, von unsicheren und von aggressiven Verhaltensweisen bei Interessenkonflikten in Stationsteams benennen können • Gewaltfreie Kommunikation nach Rosenberg <p><i>Optional: Übung zur gewaltfreien Kommunikation:</i> <i>Zu zweit: anhand eines selbstgewählten Beispiels die vier Stufen durchgehen und selbst Sätze formulieren und ein Gespräch durchspielen.</i></p> <p>In Absprache mit der Gruppe und nach Einschätzung des Dozierenden sind alternative theoretische Wissensbestände denkbar (siehe z.B. Oetting-Roß 2008, in Forum Ausbildung "Konflikte im Berufsalltag", 2. Jg, Heft 1, 2008).</p>	<p>Tabelle ergänzen und ausführen.</p> <p>Ggf. ergänzt durch Übung</p>
10	<p>Feedback und Reflexion (Einzelarbeit und Plenum):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was hat Ihnen in dieser Lerneinheit besonders gut gefallen? • Was hätten Sie sich in der heutigen Lerneinheit anders gewünscht? • Wie haben Sie die interprofessionelle Zusammenarbeit in der heutigen Lerneinheit erlebt? • Was nehmen Sie für den Umgang mit zukünftigen Konflikten im Team mit? <p>Ggf. Abschlussrunde: Offene Fragerunde zum Sinn und Mehrwert von interprofessioneller Lehre.</p>	<p>Reflexionsbogen, „Blitzlicht“</p>
180	<p>Pausenzeiten sind flexibel in die Lerneinheit integrierbar.</p>	

Hintergrundinformationen: Inhaltsangabe Filmausschnitte zur Rehabilitation/zum Entlassungsmanagement einer Patientin mit Morbus Parkinson

Quelle DVD: Herrgesell, S. (2005): Fallbeispiele in der Pflegeausbildung. Praxisorientierte Unterrichtsgestaltung mit Filmen. Urban & Fischer: München.

Die Filmabschnitte können individuell für den eigenen Bedarf ausgewählt und ggf. gekürzt werden. Gesamtlänge ca. 20 Minuten.

Filmausschnitt 1: Patientin erzählt über ihre Situation

Vor etwa einer Woche ist Frau K. auf dem Weg zur Toilette gestürzt und kann sich ab diesem Zeitpunkt an nichts mehr erinnern. Sie ist mit einer Platzwunde am Kopf aufgewacht und hat nach ihrem Mann (93 Jahre alt, schwerhörig) gerufen. Ihr Ehemann holte den Sohn zur Hilfe, der in der Wohnung darunter lebt. Die Patientin klagte über Übelkeit und Schwindel, konnte sich an nichts mehr erinnern. Eine Ärztin wurde gerufen und versorgte eine Platzwunde, es erfolgte ein Transport ins Krankenhaus. Dort wurde per Röntgen ein Bruch ausgeschlossen.

Inzwischen fühlt sich Frau K. besser, möchte wieder nach Hause, wo ihr Ehemann auf sie wartet. Die Zeit im Krankenhaus, fast zwei Wochen, verging schnell. Zu ihrer Grunderkrankung Morbus Parkinson erzählt die Patientin: Vor 2-3 Jahren begann ihr rechter Arm zu zittern, neurologische Untersuchungen folgten, mit Medikamenten könne man dafür sorgen, dass es nicht schlimmer wird.

Das Zittern im Arm ist nicht immer gleich stark, jedoch behindert es die Patientin und sie entwickelt eigene Strategien im Umgang damit, z.B. hält die Patientin ein Glas nun mit zwei Händen fest, isst mehr mit dem Löffel und weniger mit der Gabel. Der Patientin ist das Zittern unangenehm und es stört sie besonders, wenn sie unruhig ist bzw. nachts, dann legt sie die Hand ganz flach auf das Bett.

Zur bisherigen Situation zu Hause berichtet Frau K., dass morgens die Pflege kommt, um Kompressionsstrümpfe anzuziehen und ihr die Beine zu waschen. Ihr Mann hilft ihr beim Rücken waschen und zieht ihr abends die Strümpfe aus, ansonsten erhält sie keine Pflege. Vor dem Sturz konnte sie auch ihr Nachthemd alleine anziehen, bis sie das jetzt nun wieder kann, müsse sie erst einmal wieder üben.

Solange es noch geht, möchte Frau K. so vieles wie möglich selber machen. Einmal pro Woche geht sie mit Unterstützung duschen, ihr Mann kann das noch alleine. Wenn sie wieder nach Hause geht, muss sie allerdings 17 Stufen nach oben in ihre Wohnung gehen, sie hofft, dass sie das wieder kann. Seit ihrem Sturz hat sie Angst vor dem plötzlichen Umfallen, z.B. auf der Treppe, weil sie vorher gar nichts bemerkt hatte.

Ihr Sohn oder ihre Enkelkinder gingen bisher mit, wenn sie die Treppe gegangen ist. Vormittags bleibt sie in der Wohnung, nachmittags geht sie mit ihrem Rollator, der unten steht, nach draußen.

Frau K. wünscht sich sehr, dass es so noch ein bisschen weiter geht.

Filmausschnitt 2: Pflegekraft

Die Pflegenden sieht bei Frau K. vor allem zwei Probleme: Zum einen ihren Sturz, von dem sie multiple Prellungen und eine Wunde am Kopf davon getragen hat, zum anderen ihre Vordiagnose Morbus Parkinson und daraus resultierende Einschränkungen.

Frau K. ist aktuell immobil, daher steht die Aktivierung und Mobilisierung im Vordergrund, sowie die Thromboseprophylaxe, da sie vorher schon einmal eine Lungenembolie hatte. Aufgrund der Prellungen und Hämatome bekommt die Patientin kein Marcumar mehr, weswegen die Mobilisierung besonders wichtig ist. In Bezug auf die Aktivierung verfügt die Patientin über einige Ressourcen: sie ist nicht komplett steif durch den Parkinson, sondern kann am Rollator laufen, sie kommt mit viel Hilfe aus dem Bett. Das Waschen und Anziehen, die Mobilität und Nahrungsaufnahme sind durch ihren Tremor eingeschränkt. Die Nahrung wird so von den Pflegenden vorbereitet, dass die Patientin alleine essen kann, richtiges Üben ist durch die Einschränkungen derzeit noch nicht möglich.

Frau K. selbst macht sich Sorgen, wie es zu Hause weiter gehen soll. Die häusliche Situation ist problematisch: Die Patientin wohnt mit ihrem Mann zusammen im Obergeschoss, die Angehörigen wohnen unten, so muss die Patientin die Treppe nach unten gehen. Sie hat nun Angst vor dem Treppengehen, davor, dass sich noch einmal stürzt.

Ziel der Pflege ist dahingehende Beratung, Frau K. soll wieder nach Hause zurückkehren können, ihre Lebensqualität dort gesichert werden. Im Moment ist es notwendig zu warten, bis Prellungen und Hämatome abgeklungen sind, dann kann die Beweglichkeit verbessert werden, vielleicht auch medikamentös.

Filmausschnitt 3: Arzt

Der Arzt stellt Frau K. vor: Bei der Patientin handelt es sich um eine 85jährige Frau, sie ist im Badezimmer gestützt, kann zur Ursache des Sturzes keine Angaben machen. Es besteht der Verdacht auf eine Synkope als Ursache für die Ohnmacht und den Gedächtnisverlust. Eine Reihe von diagnostischen Maßnahmen sind notwendig:

- das Herz muss untersucht werden, Langzeit Blutdruckmessung > kommt es zu Hypertonien die Sturzereignisse begünstigen?
- EKG, 24 Stunden Herzrhythmus > Rhythmusstörungen erkennen, denn Pausen, Stillstände usw. können eine Ohnmacht begünstigen
- Echokardiographie, Ultraschalluntersuchung des Herzens > Herzfunktion wird überprüft
- Sonographische Darstellung der hirnversorgenden Gefäße > um Engstellen auszuschließen
- Blutzuckertagesprofil > Diabetesausschluss

Neben den diagnostischen Maßnahmen wird die Grunderkrankung Morbus Parkinson therapiert: Man behandelt den eigentlichen Dopaminmangel, oder man gibt die Medikamente, die dopaminähnlich wirken. Die Patientin hat einen Intentions- und Ruhetremor, sie muss im Alltag durch ihren 92-jährigen Ehemann sehr stark unterstützt werden. Zudem liegt bei ihr eine Akinesie vor, eine motorische Antriebsstörung, dies führt zum Verharren und körperlicher Inaktivität. Das größte Problem für die Patientin ist derzeit ihre ausgeprägte Schmerzsymptomatik. Eine Operation ist aufgrund des Alters und den Chancen der Verbesserung nicht empfehlenswert, eine symptomatische Behandlung erfolgt daher krankengymnastisch und durch gute Schmerzmedikation. Die weitere Versorgung der Patientin in der häuslichen Situation ist sehr schwierig, eventuell ist eine Intensivierung von häuslicher Pflege möglich, eventuell eine Verlegung in ein Seniorenheim sinnvoll.

Filmausschnitt 4: Ergotherapeutin

Die Ergotherapeutin sieht es als bedeutsam, die Alltagskompetenz der Patientin zu überprüfen, insbesondere ihre Beweglichkeit beim Aufstehen, Waschen und Anziehen. Die Patientin zeigt eine hohe Motivation zur Selbstständigkeit. Um ihre Armbeweglichkeit zu verbessern, erfolgt ein Aufdehnen gegen erhöhten Muskeltonus > Schmerzreduktion, Alltagskompetenz erweitern. Aufgrund ihres Tremors rechts hat Frau K. Schwierigkeiten, z. B. bei Nahrungsaufnahme, Besteckführen, Schreiben. Hier ist ein Feinmotoriktraining wichtig, mit verschiedenen Materialien, um Bewegungen wieder zu erlernen. Weiterhin kommen verschiedene Hilfsmittel zum Einsatz: Griffverdickungen, um Besteck besser halten zu können und adaptierte Teller. Bisher lehnt die Patientin dies allerdings ab, weil sie nicht möchte, dass man ihr Problem sieht. Ein weiteres Ziel ist ein selbstständiger Transfer der Patientin, zur Toilette, ins Bett, all dies kann sie hier erlernen und wieder in ihr soziales Umfeld zurückkehren. Vor der Entlassung ist eine Beratung wichtig, bezogen auf die ambulante Therapie, Parkinsongymnastik, Hilfsmittel, Gespräch mit Familienangehörigen.

Erwartungshorizont zur Diskussion über den Film (Beispiele):

Welchen Blickwinkel haben die Beteiligten?	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin nimmt sehr stark ihre eigene Selbstständigkeit in den Blick, hofft, dass sie so lange wie möglich wie bisher zu Hause leben kann Die Pflegefachkraft sieht Probleme bei der häuslichen Versorgung, da die Patientin derzeit noch viel Unterstützung benötigt, z.B. bei der Nahrungsaufnahme, beim Waschen oder Treppen laufen; die Verbesserung der Mobilität ist daher ein wichtiger Schritt für die Patientin, um ihr Ziel zu erreichen Die Ergotherapeutin ist überzeugt davon, dass die Patientin die fehlenden Fertigkeiten in der Rehabilitation erlernen kann, um in ihr soziales Umfeld zurück zu kehren Der Arzt sieht die Versorgung im häuslichen Umfeld als schwierig, evtl. unter Intensivierung der ambulanten Pflege, alternativ Verlegung in ein Seniorenheim
Welche Position vertreten sie?	
Auf welche Dinge legen sie Wert?	<ul style="list-style-type: none"> Die Ergotherapeutin legt viel Wert auf die Überprüfung und Verbesserung der Alltagskompetenz, benennt dazu viele verschiedene Fertigkeiten, die sie mit der Patientin einübt, geht auf Hilfsmittel für den Alltag ein Der Arzt legt viel Wert auf eine sorgfältige Darstellung der bisher erfolgten Diagnostik und Therapie, geht dazu auch auf mögliche Differentialdiagnosen ein, welche über die Diagnostik ausgeschlossen werden müssen
Wie drücken sie sich aus?	<ul style="list-style-type: none"> Der Arzt spricht kompetent, sehr strukturiert an der Diagnostik und Therapie entlang, fachsprachlich, erläutert in Teilen auch Fachbegriffe, wirkt eher sachlich Die Patientin spricht eher gefühlsbetont, z.B. über ihre Einschränkungen und ihren Wunsch nach Hause zu wollen
Wieso, wann, wie und auf welcher Grundlage können Konflikte im multiprofessionellen Team entstehen?	<p>Ausgangspunkt kann der konkrete Konflikt im Fallbeispiel sein, der sich um unterschiedliche Einschätzungen der Professionellen dreht, inwieweit eine Entlassung in das häusliche Umfeld möglich ist.</p> <p>Mögliche Gründe für Konflikte allgemein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - unterschiedliche Sichtweisen der Professionellen - fehlende Kommunikation bzw. Verständigung über die Ziele in der Rehabilitation - keine festen Zeiten / Strukturen für interprofessionellen Austausch - Hierarchien zwischen den Berufsgruppen <p>→ in der Regel bringen die Lernenden dazu bereits vielfältige Erfahrungen aus der eigenen Berufspraxis mit</p>

Hintergrundinformationen zum Rollenspiel - Hinweise für Dozierende

Hintergrund: Frau K. mit Morbus Parkinson, 85 Jahre alt, lebt im häuslichen Umfeld zusammen mit ihrem 93-jährigen Ehemann. Einweisung ins Krankenhaus erfolgte nach einem Sturz. Aktuell noch hoher Unterstützungsbedarf zum Beispiel beim Essen und in der Körperpflege. Das Stationsteam diskutiert nun kontrovers über eine mögliche Entlassung bzw.

über die sinnvollste pflegerische und therapeutische Weiterversorgung. Leere Tabellen zum Ausfüllen für die Spielenden können im Vorfeld ausgeteilt werden.

Hinweis

Alle Punkte („Position“, „Rahmenbedingungen“, „Verhalten“, „mögliche Argumente“) dienen hier nur als Beispiele.

Die vier dargestellten Positionen

- 1) Entlassung ins Seniorenheim,
- 2) Entlassung ins häusliche Umfeld mit ambulanter Versorgung,
- 3) Entlassung in die stationäre Rehabilitationseinrichtung,
- 4) Verbleib im Krankenhaus

können den Lernenden vor dem Rollenspiel im Losverfahren zugeteilt werden. So werden Bestätigungen von Stereotypen minimiert. Die weiteren Punkte („Rahmenbedingungen“, „Verhalten“, „mögliche Argumente“) werden von den Lernenden selbstständig mit Inhalt gefüllt, um Rollenzuschreibungen von außen zu vermeiden.

Rolle	Arzt/ Ärztin
Position	schnellstmögliche Entlassung ins Seniorenheim
Rahmenbedingungen	- Kommt aus dem Nachtdienst, hat wenig geschlafen, Hunger - Oberarzt kündigt viele Neuaufnahmen aus der Rettungsstelle an, die verteilt werden sollen → Platz schaffen als Aufgabe des Tages - Wenig Interesse an langwierigen Diskussionen
Verhalten	- Laute Sprache - Lässt andere Personen nicht ausreden - Wildes Gestikulieren
Mögliche Argumente	- „Im Seniorenheim sind Möglichkeiten für die langfristige Versorgung der Patientin besser.“ - „Die Versorgungsmöglichkeiten hier im Akutkrankenhaus sind ausgeschöpft.“ - „Unsere Betten sind aktuell überbelegt. Wir brauchen den Platz.“ - „Aus medizinischer Sicht ist die Patientin austerapiert.“

Rolle	Pflegekraft
Position	Entlassung ins häusliche Umfeld mit Unterstützung eines ambulanten Dienstes
Rahmenbedingungen	- Kommt gerade von der Patientin, die weinend geschildert hat, wie sehr sie sich nach ihrem Zuhause und ihrem Mann sehnt - Pflegekraft ist emotional involviert - Pflegekraft weiß um den Unterstützungsbedarf der Patientin, sieht auch die Ressourcen
Verhalten	- Schüchtern, spricht leise ODER viel Erfahrungswissen, resolutes Auftreten
Mögliche Argumente	- „Die Patientin hat Zuhause eine höhere Lebensqualität als im Seniorenheim.“ - „Die Patientin hat ausreichend Ressourcen, um mit Unterstützung zu Hause zurechtzukommen.“ - „Sie wird zuhause gebraucht und es ist ihr Wunsch ins häusliche Umfeld zurückzukehren.“ - „Es kann ggf. eine höhere Pflegestufe beantragt werden => mehr Unterstützung durch ambulanten Dienst möglich“

Rolle	Physiotherapeut/ Physiotherapeutin
Position	Entlassung in einer stationäre Reha-Einrichtung für 2-3 Wochen, dann Entlassung ins häusliche Umfeld
Rahmenbedingungen	- Hat kürzlich eine Fortbildung im Bereich Rehabilitation gemacht und ist sehr überzeugt von den Möglichkeiten, die eine Reha für die Patientin haben kann. - Ist in Eile, denn andere Patienten warten, möchte schnell eine Lösung finden
Verhalten	- Spricht schnell, aber freundlich - Normale Lautstärke
Mögliche Argumente	- „In der Rehabilitation kann die Patientin optimal gefördert werden.“ - „Hier im Krankenhaus habe ich viel zu wenig Zeit. Das ist in der Reha anders.“ - „Wir müssen an das Wohl der Patientin denken.“

Rolle	Ergotherapeut/ Ergotherapeutin
Position	Patientin soll noch bis zum Wochenende im Krankenhaus bleiben
Rahmenbedingungen	- Hat Zeit und möchte in Ruhe mit den Kollegen den Fall diskutieren - Hat mit den Angehörigen gesprochen und kennt die Unterstützungsmöglichkeiten Zuhause - Ist auch an den Meinungen der Kollegen interessiert
Verhalten	- Lächelt - Wertschätzende Sprache, - Normales Sprechtempo und Lautstärke-
Mögliche Argumente	- „Die Patientin muss auf jeden Fall das Treppengehen schaffen, vorher können wir Sie nicht entlassen.“ - „Die Angehörigen können Zuhause mit ihr weiterüben.“ - „Vor der Entlassung müssen noch Hilfsmittel angepasst werden.“

Erfahrungen aus der Umsetzung der Lerneinheit aus Sicht einer Lehrenden

Nach gründlicher inhaltlicher und struktureller Planung fanden an zwei Terminen jeweils acht Gruppen parallel statt, zum einen an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und zum anderen an der Alice Salomon Hochschule bzw. Evangelischen Hochschule Berlin. Vor Beginn der Lehrveranstal-

tung saßen acht Studierende gemischt aus zwei Studiengängen recht wortkarg in ihren Gruppen und warteten auf den Anfang der Veranstaltung. Der Hälfte der Gruppe ist die Hochschule vertraut, für die Studierenden der Charité ist der Ort neu, weit weg von dem vorherigen Unterrichtsort. Bei der

Abfrage der Erwartungen stellten etliche Studierende die Frage, ob sich dieser Aufwand lohnen wird.

Die Filmausschnitte von Herrgesell (2005) mit einer Patientin mit Morbus Parkinson fordern heraus, die dort gezeigten "Bilder" der einzelnen Professionen mit den eigenen Erfahrungen und Stereotypen abzugleichen. Sind Pflegendе, Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten so? Ist der eigene Beruf in dem Interview überhaupt richtig dargestellt? Welche Vorstellungen haben die anderen vom eigenen Beruf? Es kommt zum ersten Mal zum wirklichen Kontakt unter den Teilnehmenden. Die Diskussion wird zunehmend lebhafter und das Interesse aneinander hält auch in der folgenden Pause an. Von besonderem Interesse sind die verschiedenen Institutionskulturen der jeweiligen Hochschulen und der Aufbau der Studiengänge.

Alle Studierenden wirken beim folgenden Rollenspiel motiviert mit, was in einer gerade neu zusammen getroffenen Gruppe nicht selbstverständlich ist. Es kommt eine „Teamdiskussion“ auf, die einer realen Situation durchaus nahe kommt. Dabei wird die Unsicherheit der Studierenden deutlich, wann sie ihren Standpunkt vertreten können und wann sie nachgeben sollen. Eine wirkliche Konfliktlösung kann im Spiel nicht gefunden werden, das Problem wurde auf die „folgende Teamsitzung“ vertagt. So werden in der Auswertung und im anschließenden Theorieteil bereitwillig mögliche weitere Vorgehensweisen erörtert. Zur Vertiefung wäre es hilfreich gewesen ein zweites Rollenspiel durchzuführen, in dem gewonnene Erfahrungen und Erkenntnisse hätten umgesetzt werden können.

Das Rollenspiel brachte das Problem mit sich, dass auf Berufsstereotype zurückgegriffen wurde. Es war sinnvoll, dies in der Auswertung zu thematisieren. Die Studierenden konnten aber gut damit umgehen und fanden, dass es z.B. nicht immer die Ärztin/der Arzt ist, die/der mit knappen zeitlichen Ressourcen ins Team kommt. Unterschiedliche zeitliche Kapazitäten der Berufsgruppen für eine Diskussion im Team, kannten jedoch alle. Aktuelle Konflikte in der Veranstaltung und Vorbehalte „den Anderen“ gegenüber wurden nicht thematisiert, obwohl sie aus der Lehrposition an manchen Stellen wahrnehmbar waren. Dafür fehlte wahrscheinlich gegenseitiges Vertrauen und auch die Zeit. Die Lerneinheit fordert auf, sich zu zeigen. Rollenspiele sind ein Angebot und im Zeitfenster von 3 UE nur bedingt umsetzbar. Es braucht ein „Einlassen“, was Vertrauen voraussetzt. Die Erfahrungen brauchen vor allem die Möglichkeit einer Reflexion, daher ist für das Reden über die Erfahrung unbedingt Zeit einzuplanen. Die 180 Minuten gemeinsamer Unterricht waren, so auch in der Rückmeldung der Studierenden, gut dafür sich besser kennenzulernen und einen präziseren Blick auf die Ausbildung und die späteren Aufgaben der anderen Berufsgruppe zu erhalten. Die Lerneinheit ist ein erster Anfang für den Erwerb interprofessioneller Kompetenz, jedoch braucht es in Bezug auf eine verbesserte Konfliktfähigkeit mehr Zeit.

Fazit

Das interprofessionelle Lehren und Lernen sollte in einer immer mehr auf Teamarbeit ausgerichteten Patientenversorgung ein integraler Bestandteil der Ausbildung bzw. des Studiums in den Gesundheitsberufen sein. Mehr als andere

Themen braucht dieses Handlungsfeld Zeit. Daher ist hier eine Ausweitung empfehlenswert, um wirklich an Stereotypen und einer konstruktiven Kommunikations- und Aushandlungskultur von Interessen und Perspektiven zu arbeiten. Es scheint, dass hier die tradierten und strukturellen Hürden der Zusammenarbeit in unmittelbarer Art und Weise bearbeitet werden können. Projekte, wie INTER-M-E-P-P und die hier vorgestellte Lerneinheit „Konflikte im Team“ zeigen im Kleinen auf, wie und mit welchem unmittelbaren Mehrwert interprofessionelles Lehren und Lernen verbunden sein kann. Schnittstellenthemen, wie das Entlassungsmanagement von Patientinnen/Patienten, scheinen didaktisch besonders gut für das Aufzeigen von Berufsstereotypen und Konfliktpotential sowie der konkreten Erarbeiten einer verbesserten interprofessionellen Zusammenarbeit geeignet zu sein. Weniger die curricular-inhaltliche als vielmehr die räumlich-organisatorisch vorhandene Trennung der Ausbildung/dem Studium in den Gesundheitsberufen stellt vielerorts die größte Hürde für die Realisierung von interprofessioneller Ausbildung in größerem Umfang da. Das Gesundheitssystem in Deutschland fordert zunehmend die Entwicklung von einer Individual- zur Teamkompetenz bei der Patientenbetreuung. Ein Mehr an gemeinsamem Unterricht in den Gesundheitsberufen kann grundlegend dazu beitragen, heute und wahrscheinlich noch weitreichender in der Zukunft die Patientenversorgung zu verbessern.

Literatur

- CAIPE** (Centre For The Advancement Of Interprofessional Education) (2002): Defining interprofessional Education. <http://www.caipe.org.uk/about-us/defining-ipe>. Zugriff am 30.3.2015
- Oetting-Roß, C.** (2008). Verhalten in Konflikten. Dem eigenen Konfliktstil auf der Spur. Forum Ausbildung. Schwerpunkttheft "Konflikte im Berufsalltag", 2(1), 4-9.
- Hinsch, R.; Pfingsten, U.** (2002): Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK: Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele. Auflage: 4., vollständig überarbeitete Aufl. Beltz: Weinheim.
- Rosenberg, M. B.** (2013): Gewaltfreie Kommunikation. 11. überarb. und erw. Auflage. Junfermann: Paderborn.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen/SVR** (2007): Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>. Zugriff am: 21.6.2015.
- Walkenhorst, U.; Mahler, C.; Aistleither, R. et al.** (2015): Positionspapier GMA-Ausschuss – „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“. GMS Z Med Ausbild 015;32(2):Doc22
- Wingenfeld, K.** (2002). Der Übergang des Krankenhauspatienten in die ambulante Pflege. In: Schaeffer, D.; Ewers, M. (Hrsg.) (2002). Ambulant vor stationär. Bern: Hans Huber, 336 – 364.
- Wissenschaftsrat** (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin: Wissenschaftsrat

Lernmaterial für das Rollenspiel

Rollenspielende

Hintergrund

Patientin mit Morbus Parkinson, 85 Jahre alt, lebt im häuslichen Umfeld zusammen mit ihrem 93-jährigen Ehemann. Einweisung ins Krankenhaus erfolgte nach einem Sturz. Aktuell noch hoher Unterstützungsbedarf zum Beispiel beim Essen und in der Körperpflege. Das Stationsteam diskutiert nun kontrovers über eine mögliche Entlassung bzw. über die sinnvollste Weiterbehandlung.

Bereiten Sie sich auf das Rollenspiel vor, indem Sie Ihre Rolle konkretisieren:

Welche Rolle nehmen Sie ein?	Medizin	Pflege	Physiotherapie	Ergotherapie
Welche Position vertreten Sie hinsichtlich der möglichen Entlassung?				
Unter welchen Rahmenbedingungen gehen Sie in das Teamgespräch?				
Wie verhalten Sie sich im Gespräch (verbal, nonverbal)?				
Welche Argumente bringen Sie vor, um Ihre Position im Team zu vertreten?				

Beobachtende

Hintergrund

Patientin mit Morbus Parkinson, 85 Jahre alt, lebt im häuslichen Umfeld zusammen mit ihrem 93-jährigen Ehemann. Einweisung ins Krankenhaus erfolgte nach einem Sturz. Aktuell noch hoher Unterstützungsbedarf zum Beispiel beim Essen und in der Körperpflege. Das Stationsteam diskutiert nun kontrovers über eine mögliche Entlassung bzw. über die sinnvollste Weiterbehandlung.

Bereiten Sie sich auf Ihre Beobachterrolle vor, indem Sie überlegen, auf welche Aspekte Sie besonders achten möchten. Die folgende Übersicht kann Ihnen Anregungen bieten.

Mögliche Beobachtungsaspekte	Beispiele
Die verbalen Äußerungen	<ul style="list-style-type: none"> • Argumente • Roter Faden • Klarheit der Aussagen • Fach-/oder Umgangssprache
Die nonverbale Sprache	<ul style="list-style-type: none"> • Mimik / Gestik • Blickkontakt • Körperhaltung • Empathie
Die Dynamik der Gruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Redeanteil der einzelnen Beteiligten • Bezugnahme aufeinander • Sitzen/Stehen/Anordnung der Gruppe
Das Konfliktverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Eingehen auf Argumente der anderen • Ausreden lassen oder Unterbrechen • Tonfall und Lautstärke • Formulierungen

Handout zum Theorieteil „Konflikte im Team“

→ Definition Interprofessionelle Ausbildung

„Zwei oder mehr Berufe, die miteinander, voneinander und über einander lernen, um die Zusammenarbeit und die Versorgungsqualität zu verbessern.“ (CAIPE 2002)

→ Merkmale von sozial kompetenten (sicheren), von unsicheren und von aggressiven Verhaltensweisen

Merkmal	sicher	unsicher	aggressiv
Stimme	laut, klar, deutlich	leise, zaghaft	brüllend, schreiend
Formulierung	eindeutig	unklar, vage	drohend, beleidigend
Inhalt	präzise Begründung, ausdrücken eigener Bedürfnisse, Benutzung von „ich“, Gefühle werden direkt ausgedrückt	überflüssige Erklärungen, Verleugnung eigener Bedürfnisse, Benutzung von „man“, Gefühle werden indirekt ausgedrückt	keine Erklärung und Begründung, Drohungen, Beleidigungen, Kompromisslosigkeit, Rechte anderer werden ignoriert
Gestik, Mimik	unterstreichend, lebhaft, entspannte Körperhaltung, Blickkontakt	kaum vorhanden oder verkrampt, kein Blickkontakt	unkontrolliert, drohend, wild gestikulierend, kein Blickkontakt oder „Anstarren“
Verhalten bei Konflikten	- ein gut funktionierendes, offenes, von Achtung und Respekt geprägtes Gesprächsklima - positive Grundhaltung durch Authentizität, Empathie und Wertschätzung	- Meiden von Konfliktsituationen - Unterordnung eigener Wünsche und Bedürfnisse - Bestimmung durch andere	- Durchsetzung des eigenen Willens auf Kosten anderer - erniedrigende, nötigende Art und Weise der Kommunikation

Abb.: Merkmale von Verhaltensweisen im Konflikt (Hinsch & Pflingsten 2002)

→ Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall G. Rosenberg

Gelungene Kommunikation ist der Schlüssel zu Konfliktlösungen. Hierfür hat Rosenberg das Modell der gewaltfreien Kommunikation entwickelt. Sie geschieht nach seinem Modell in vier Stufen:

1. **Beobachtungen:** Wir beobachten, was geschieht und beschreiben dies, ohne zu bewerten oder zu beurteilen.
2. **Gefühle:** Wir drücken aus, was wir fühlen, wenn wir dies beobachten.
3. **Bedürfnisse:** Wir sagen, welche Bedürfnisse hinter diesen Gefühlen stehen.
4. **Bitte:** Wir drücken das, was wir von anderen wollen und diese konkret tun können als Bitte aus.

Rosenberg unterscheidet zwischen „gewaltfreier“ (s.o.) und „lebensentfremdender“ Kommunikation, welche durch Urteile, Vergleiche, Forderungen und das Leugnen von Verantwortung gekennzeichnet ist, z.B. „*Du bist total unordentlich!*“ (Beobachtung und Bewertung werden vermischt). Im Gegensatz dazu dient die gewaltfreie Kommunikation (Beobachtung, Gefühl, Bedürfnis, Bitte) dem empathischen Zuhören. z.B. „*In der letzten Woche hast du dreimal, bevor du das Haus verlassen hast, die Kleidung auf dem Flurboden liegen gelassen. Ich habe sie dann wieder in den Schrank geräumt.*“ (konkrete Handlung, die wir beobachten und die unser Wohlbefinden beeinträchtigt).

Rosenberg empfiehlt bei seinem Gegenüber im Gespräch die vier Informationen (Beobachtung, Gefühl, Bedürfnis, Bitte) herauszufiltern und dann zu überprüfen, ob seine Deutung stimmt.

z.B. „*Fühlst du... weil dir .. wichtig ist?*“

Literatur:

CAIPE (Centre For The Advancement Of Interprofessional Education) (2002): Defining interprofessional Education. <http://www.caipe.org.uk/about-us/defining-ipe>. Zugriff am 30.3.2015

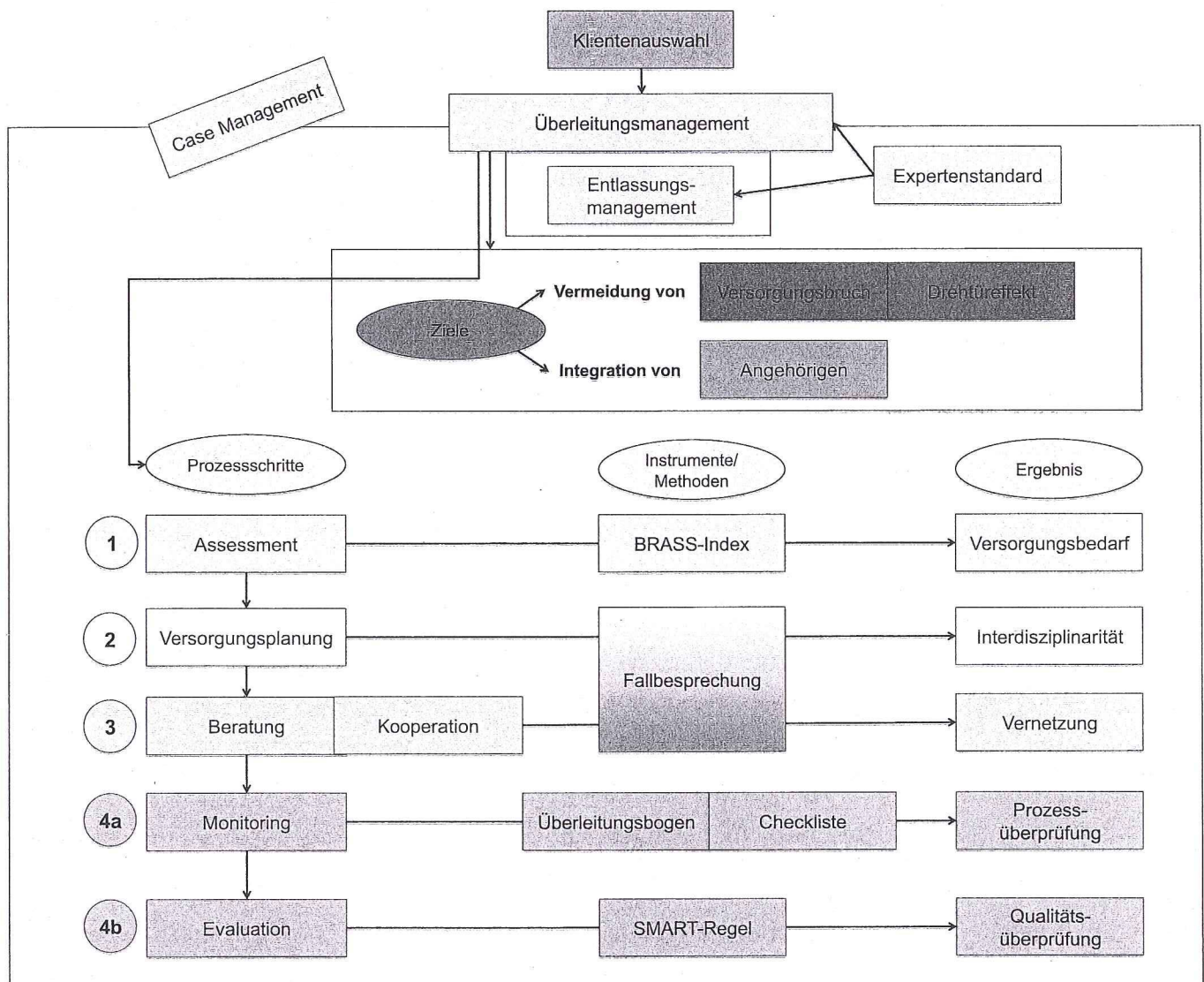
Hinsch, R.; Pflingsten U. (2002): Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK: Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele. Auflage: 4., vollständig überarbeitete Aufl. Beltz: Weinheim.



BIBLIOTHEK

Unterricht Pflege

4/2015



Entlassungsmanagement Überleitungsmanagement

Inhalt

Zum Schwerpunkt	Heidi Kuckeland, Kommentierung einer Lernsituation: „Entlassungs-/ Überleitungsmanagement prozessorientiert gestalten“	2
	Annerose Bohrer, Ronja Behrend, Peter Arends, Heidi Höppner, Ulrike Ott, Harm Peters Interprofessionelle Zusammenarbeit gestalten, Konflikte im Team reflektieren	7
	Horst Rüller Lernvoraussetzungen für eine Lernsituation zum Thema Überleitungsmanagements berücksichtigen	16
	Christine von Reibnitz Versorgungsqualität von Menschen mit Demenz in der häuslichen Umgebung gewährleisten	18
	Petra Janzen Lebensweltorientierung im Entlassungsmanagement	22
	Interview mit Wolfgang George Überleitung als Schlüssel zur Verbesserung der Versorgungsqualität Sterbender in den Krankenhäusern	26
	Axel Günther Persönliche Notfallmappe: Medium für den Dialog	28
	Heidi Kuckeland, Christine von Reibnitz Aufgaben und Lösungsvorschläge zum Thema Überleitungsmanagement	31
Magazin	Nachrichten und Meinungen	
	➤ DNQP: aktualisierter Expertinnenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“	43
	➤ Deutsche Diabetes Gesellschaft: Zuständigkeit für gesundheitlichen Verbraucherschutz gehört ins Gesundheitsministerium	43
	➤ Positionen zur generalistischen Pflegeausbildung	45
	Veranstaltungen, Infos	47
	Impressum, Autoren	48

für die nächste Ausgabe ist folgender **Schwerpunkt** geplant:

Sozialrechtliche Grundlagen pflegerischen Handelns

Impressum

Unterricht Pflege

ISSN 1615-1046

Herausgeber und Verlag:

Prodos Verlag
Norderfeld 26, 26919 Brake,
Tel.: 04401-71915, Fax: 72093
E-Mail: prodos@t-online.de
Internet: www.prodos-verlag.de

Redaktion:

Horst Rüller
Aneke Klein
Heidi Kuckeland

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. Ulla Walter, Direktorin am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover
Prof. Dr. Kordula Schneider, Fachhochschule Münster, Fachbereich Pflege und Gesundheit
Dr. Kirsten Sander, Technische Universität Dresden, Fakultät Erziehungswissenschaften

Erscheinungsweise:

März, Mai, Juli, Oktober, Dezember
Die Hefte „Grundlagen der Pflege“ werden bei bestehendem Abonnement gemeinsam mit den korrespondierenden Ausgaben der Zeitschrift Unterricht Pflege versendet.

Preise 2015:

Jahresabonnement

- 41,50 € - Privatpersonen
 - 57,50 € - Bibliotheken, Schulen und andere Institutionen
 - 36,30 € - Referendare, Studierende
- jeweils zuzüglich Versandkosten:
- 5,00 € innerhalb Deutschlands
 - 9,90 € in die EU und die Schweiz

Im Jahresabonnement sind enthalten:

- fünf Ausgaben „Unterricht Pflege“
- zwei Ausgaben „Grundlagen der Pflege“

Einzelausgabe (ohne Grundlagenheft)
12,50 € (inkl. Versand)

In den Preisen sind 7 % Mehrwertsteuer enthalten (außer Schweiz).

Alle Beiträge

sind urheberrechtlich geschützt.

Auch unverlangt eingesendete Manuskripte werden sorgfältig geprüft.

Autoren/innen dieses Heftes

Peter Ahrend

Charité Universitätsmedizin Berlin,

Ronja Behrend,

Jahrgang 1984

wissenschaftliche Mitarbeiterin Charité - Universitätsmedizin Berlin, Physiotherapeutin B.A., Management und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen M.Sc.

Prof. Dr. Annerose Bohrer,

Jahrgang 1974, Professorin für Pflege- und Gesundheitswissenschaft an der Evangelischen Hochschule Berlin, Krankenschwester, Studium der Pflegepädagogik.

Prof. Dr. Wolfgang George

Jahrgang 1957

Krankenpfleger und Diplompsychologe
Seit über 25 Jahren Forschung und Entwicklung zu Möglichkeiten und Verfahren der Patienten- und Angehörigenintegration in das Versorgungssystem. Wissenschaftlicher Leiter des TransMIT-Projektbereichs für Versorgungsforschung und Honorarprofessor an der THM Gießen.

Axel Günther

Jahrgang 1968

Axel Günther (*24.07.1968)

Krankenpfleger 1986, Rettungsassistent, Lehrer für Pflegeberufe, Pflegeberater. Berufliche Tätigkeit in diversen Kliniken in Hamburg (u. a. Notaufnahme), Bremen, Hildesheim und Projektmanagement in einer EDV-Firma, aktuell als Pflegefachkraft bei einer Pflegekasse tätig

Prof. Dr. Heidi Höppner

Jahrgang 1960

Professorin für Physiotherapie an der Alice Salomon Hochschule Berlin, Physiotherapeutin, Studium der Sozial- und Gesundheitswissenschaften

Dr. Petra Janzen

Jahrgang 1962

2009-2013 Promotion als Bildungswissenschaftlerin an der Leuphana Universität Lüneburg, 1999-2002 Diplom Pädagogik im Fachbereich Erziehungswissenschaften an der Universität Lüneburg, 1991-1996 Diplom Sozialar-

beit/Sozialpädagogik an der Fachhochschule Nordostniedersachsen Lüneburg 1980-1983 Ausbildung zur Krankenschwester in der Erwachsenenpflege 14 Jahre Berufserfahrung als Intensivschwester und 21 Jahre als Krankenhaussozialarbeiterin in der Psychosomatik und Psychiatrie. Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für angewandte Gesundheitswissenschaften, Koordinatorin des niedersächsischen Forschungsnetzwerk Gesundheits- und Pflegewissenschaften, als Lehrerin und Dozentin für Psychologie, Soziologie und Pädagogik in der Fort- und Weiterbildung tätig, Hypnotherapeutin

Ulrike Ott (M.A.)

Jahrgang 1953

Ergotherapeutin an der Wannseeschule, Lehrbeauftragte an der Alice Salomon Hochschule im Bachelorstudiengang Ergotherapie/Physiotherapie.

Prof. Dr. med. Harm Peters

Charité Universitätsmedizin Berlin, Dieter Scheffner Fachzentrum für medizinische Hochschullehre und evidenzbasierte Ausbildungsforschung

Heidi Kuckeland M.A.

Jahrgang 1977

Krankenpflegeexamen 2000, berufliche Tätigkeit im Bereich Kardiologie und Nephrologie, 2008 Abschluss als Dipl.-Berufspädagogin Fachrichtung Pflege, 2014 Abschluss M.A. Schulmanagement, Lehrkraft für besondere Aufgaben an der FH Münster, seit 2008 Redaktionsmitglied im Prodos Verlag

Dr. Christine von Reibnitz

Jahrgang 1961

Master of Public Health, Studium der Gesundheitswissenschaften. Mehrjährige Mitarbeit in der Arbeitsgruppe „Management im Gesundheitswesen“ an der Universität Bielefeld. Langjährige Tätigkeit in der Unternehmensberatung für Krankenhäuser, Pflegedienste und Rehabilitationseinrichtungen. Seit mehreren Jahren als Referentin Gesundheitspolitik und Krankenkassenmanagement in Unternehmen der Medizinprodukteindustrie sowie als Referentin der Johanniter-Schwesternschaft e.V. in Berlin tätig. Lehrbeauftragte an verschiedenen Hochschulen in den Studiengängen Pflegewissenschaften, Pflegepädagogik sowie Pflegemanagement
Zahlreiche Publikationen auf den Gebieten Gesundheitsökonomie, Case Management und Homecare