

# **Multiprofessionelle Teamarbeit in der Altenbetreuung und -pflege**

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“  
an der Ferdinand Porsche FernFH

Preßl Bettina

51807114

Name der Begutachterin: MMag.<sup>a</sup> Adamcik Tanja

Waasen, Februar 2020

## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Bettina' followed by a stylized flourish.

01.02.2020

Unterschrift

## **Abstract**

Die vorliegende Bachelorarbeit widmet sich dem Thema „Multiprofessionelle Teamarbeit in der Altenbetreuung und -pflege“. Auf Grund des demografischen Wandels und des Anstiegs der älteren Bevölkerung stehen die Gesellschaft und Bereiche wie zum Beispiel der Sozial- und Gesundheitsbereich vor großen Herausforderungen. Die individuellen Bedürfnisse älterer Menschen beeinflussen die Zusammensetzung der betreuenden Personen in Betreuungs- und Pflegeorganisationen. Qualifiziertes Personal ist darauf bedacht, durch gezielte Maßnahmen die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner zu fördern. Dies kann mittels multiprofessioneller Teamarbeit gewährleistet werden.

Ein multiprofessionelles Team weist in der Altenbetreuung und -pflege Teammitglieder aus den Bereichen Medizin, Pflege, (Sozial)Pädagogik etc. auf, die gemeinsam klar definierte Ziele (z. B. bedürfnisorientierte Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner) verfolgen. Für die multiprofessionelle Zusammenarbeit ist ein vertrauensvolles Miteinander bedeutend. Hierbei wirken Faktoren wie beispielsweise offene Kommunikation und klare Aufgabenverteilungen förderlich, wogegen Konflikte, Lästerei etc. die Teamarbeit hemmen. Ein multiprofessionelles Team kann sich hinsichtlich der Kompetenz- und Aufgabenvielfalt bestmöglich derzeitigen und künftigen Herausforderungen im Betreuungs- und Pflegebereich (z. B. Personalmangel, Kostenerhöhung) stellen.

Schlüsselbegriffe: Demografischer Wandel, Altenbetreuung, Altenpflege, Professionen, Team, multiprofessionelle Teamarbeit

## **Abstract**

This bachelor thesis is dedicated to the topic "Multiprofessional teamwork in elderly care". Due to the demographic change and the rise of the elderly population, society and sectors such as the social and health sectors are facing major challenges. The individual needs of elderly people influence the orientation of the organisations regarding the selection of employees. Qualified personnel is needed to care for elderly people who live in old care facilities. Special treatments and individual measures can be guaranteed by multiprofessional teamwork. A multiprofessional care and nursing team has team members from the fields of medicine, nursing care, (social) pedagogy, etc. Together they pursue clearly defined goals, for example, individual care for elderly people who live in a care facility. Trust and cooperation are important for multiprofessional teamwork. An open communication and clear allocation of tasks are conducive, whereas conflicts and nasty comments are obstructive. A multiprofessional team can face current and future challenges for care and nursing care facilities (e.g. lack of personnel, cost increases) due to its variety of skills and tasks.

Keywords: Demographic change, elderly, multiprofessional teamwork, elderly care, professions, team

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>5</b>
1.1	Problemstellung und Forschungsstand.....	5
1.2	Forschungsfrage und Zielsetzung.....	6
1.3	Methode und Aufbau der Arbeit.....	7
<b>2</b>	<b>Begriffsdefinitionen.....</b>	<b>8</b>
2.1	Gesundheitswesen.....	8
2.2	Altenbetreuung und -pflege .....	9
2.3	Multiprofessionalität im Gesundheitswesen .....	10
2.4	Team und Teamarbeit im Gesundheitswesen .....	11
<b>3</b>	<b>Multiprofessionelles Team in der Altenbetreuung und -pflege .....</b>	<b>12</b>
3.1	Bedeutung und Mehrwert der Multiprofessionalität in der Altenbetreuung und -pflege .....	13
3.2	Teamentwicklung – von der Gruppe zum Team .....	13
3.3	Teammitglieder und deren Aufgaben.....	16
3.3.1	Medizin .....	16
3.3.2	Pflege.....	17
3.3.3	(Sozial)Pädagogik.....	18
3.3.4	Psychologie.....	18
3.3.5	Physiotherapie .....	19
3.3.6	Ergotherapie .....	19
3.3.7	Logopädie .....	20
3.3.8	Sozialarbeit .....	21
3.3.9	Diätologie.....	21
3.3.10	Weitere Professionen und ehrenamtliche Dienste.....	21
3.4	Herausforderungen im Rahmen einer multiprofessionellen Teamarbeit.....	22
3.4.1	Fördernde Faktoren .....	23
3.4.2	Hemmende Faktoren .....	26
<b>4</b>	<b>Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage.....</b>	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung und Ausblick.....</b>	<b>32</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>34</b>
	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>37</b>

# 1 Einleitung

## 1.1 Problemstellung und Forschungsstand

Der demografische Wandel und eine damit verbundene ältere Gesellschaft stellen eine Herausforderung für das Gesundheitsversorgungssystem dar. Speziell die Bedürfnisse der heterogenen Altersgruppe älterer Menschen erfordern in der Altenbetreuung und -pflege vermehrt den Einsatz multiprofessioneller Teamarbeit (Gatterer, 2007f, S. XI).

Ziel einer gegenwärtigen und zukünftigen Altenbetreuung und -pflege ist eine individuelle und bedürfnisorientierte Betreuung und Pflege älterer Menschen sicherzustellen (Caritas Österreich, 2004, S. 8). Dieses primäre Ziel wird im Arbeitsalltag durch Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, Pädagoginnen und Pädagogen, Therapeutinnen und Therapeuten usw. verfolgt, doch sind dabei die Methoden der Altenbetreuung und -pflege der Berufsgruppen differenziert und einheitliche Richtlinien zur Erleichterung der interdisziplinären Zusammenarbeit gibt es häufig nicht (Zirker & Krings, 2016, S. 16). Die Multiprofessionalität wird von den Beteiligten nicht immer als ausgeglichen wahrgenommen (Leichsenring, Schulmann & Gasior, 2015, S. 46–47).

Unter Multiprofessionalität wird allgemein verstanden, dass eine Person nicht über alle Fähigkeiten im Betreuungs- und Pflegebereich verfügt, es geht vielmehr um die Zusammenarbeit differenzierter Berufsgruppen (Zirker & Krings, 2016, S. 16). In der Geriatrie ist verstärkt eine multidisziplinäre Teamarbeit erkennbar, denn ältere Menschen, welche auf Pflege und Betreuung angewiesen sind, benötigen nicht nur ärztliche Versorgung, sondern auch spezielle Betreuung, Pflege und Therapien (Vogel, 2017, S. 9). Professionelle Teamarbeit im Betreuungs- und Pflegebereich zeichnet sich durch entscheidende Erfolgsfaktoren wie beispielsweise Verantwortungsbewusstsein, Motivation, Kreativität, Kooperation aus. In der Praxis zeigen sich auch sogenannte Pseudo-Teams, die sich zwar als Team darstellen, jedoch nicht als solches operieren (Gruner, 2015).

Zirker und Krings (2016, S. 16) beschäftigen sich mit dem Prozess, wie aus einer Gruppe ein Team wird und nennen hierbei fördernde (z. B. klare Zielsetzungen, Verbindlichkeit und Wertschätzung) und hemmende Faktoren (z. B. Rivalitäten, persönliche Barrieren). Es zeigt sich die Bedeutung, Probleme beispielsweise aus dem sozialen Bereich zu bewältigen, um als Team erfolgreich agieren zu können (Gruner, 2015). Hierbei ist das Teamentwicklungsmodell vom amerikanischen Psychologen Bruce W. Tuckman (1938–2016), mit den vier (und späteren fünf) Phasen – Forming-Phase, Storming-Phase, Norming-Phase, Performing-Phase, Adjourning-Phase – zu beachten (Tuckman, 1965).

In der Gerontologie beschränken sich die unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen (z. B. Pflegewissenschaft, Pädagogik) auf ein „Nebeneinander“, eine Gerontologisierung einzelner Disziplinen ist jedoch anzustreben (Künemund & Schroeter, 2015). Brandenburg (2015, S. 220–222) verwendet den Begriff der Interdisziplinarität und verweist auf eine oft ungerechtfertigte Verwendung dieses Begriffes in der Gerontologie. Auf der einen Seite werden große Annahmen und Möglichkeiten mit Interdisziplinarität verbunden, auf der anderen Seite gibt es Herausforderungen (z. B. fehlende Teamarbeit, Kommunikation, Dokumentation), die Interdisziplinarität erschweren.

Aus Sicht der einzelnen Berufsgruppen und deren Praxen im Bereich der Teamarbeit werden Einblicke in den Arbeitsalltag eines multiprofessionellen Teams in Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen für die Bewältigung der derzeitigen und zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitsversorgungssystem immer wichtiger. Eine bewusste disziplinübergreifende Auseinandersetzung der multiprofessionellen Teamarbeit in der Altenbetreuung und -pflege mit Fokus auf den Arbeitsalltag der Berufsgruppen und deren Schnittstellen, Teamarbeit, Kommunikation und Dokumentation wird auf Grund des derzeitigen geringen Forschungsstandes in der vorliegenden Arbeit theoretisch verfolgt.

## **1.2 Forschungsfrage und Zielsetzung**

Die Forschungsfrage lautet daher:

*Was zeichnet ein multiprofessionelles Team in der Altenbetreuung und -pflege aus und welche fördernden und hemmenden Faktoren zeigen sich im Rahmen der Teamarbeit?*

Mit der Beantwortung der Forschungsfrage und der dahingehenden theoretischen Aufarbeitung wird der Versuch unternommen, eine bewusste Auseinandersetzung mit den Herausforderungen einer multiprofessionellen Teamarbeit in österreichischen Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen sicherzustellen. Im Rahmen der theoretischen Ausführungen wird einerseits der Fokus auf den Teamentwicklungsprozess (Wie wird aus einer Gruppe ein Team?) gelegt, andererseits fördernde und hemmende Faktoren in der Teamarbeit erläutert. Es soll die Frage geklärt werden, warum Teamarbeit im Bereich der Altenbetreuung und -pflege eine große Bedeutung hat, wie die Zusammensetzung eines Teams erfolgt und welche einzelnen Disziplinen wichtig sind.

### **1.3 Methode und Aufbau der Arbeit**

Das methodische Vorgehen zur Beantwortung der Forschungsfrage stellt eine Literaturanalyse dar. Im Zuge der Literaturrecherche wurde Fachliteratur mittels Begriffen – Multiprofessionalität AND Geriatrie, Altenpflege, Teambuilding, Teamentwicklung, multiprofessional teamwork etc. – in Datenbanken (z. B. SpringerLink, u:search, Suchmaschine FH Campus Wien) und in der Fachzeitschrift „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“ gesucht.

Im ersten Kapitel wird das Thema der wissenschaftlichen Arbeit, die Problemstellung, die Forschungsfrage und Zielsetzung erläutert. Im zweiten Kapitel werden die wichtigsten Begriffe wie beispielsweise Gesundheitswesen, Multiprofessionalität, Team definiert. Das dritte Kapitel beschäftigt sich konkreter mit dem multiprofessionellen Team in der Altenbetreuung und -pflege, den einzelnen Professionen, den Teammitgliedern und der Teamentwicklung. Des Weiteren werden fördernde und hemmende Faktoren betreffend Multiprofessionalität vorgestellt. Das vierte Kapitel beinhaltet die Diskussion und die Beantwortung der Forschungsfrage. Im fünften Kapitel werden die wesentlichsten Aussagen aus den Kapiteln drei und vier zusammengefasst und die Bachelorarbeit endet mit einem Ausblick zu den künftigen Herausforderungen im Gesundheitsleistungssystem.

## 2 Begriffsdefinitionen

### 2.1 Gesundheitswesen

Das Älter werden der Menschen zählt zu den stärksten medizinischen und pflegerischen Herausforderungen der Gegenwart. Der demografische Wandel hat und wird auch zukünftig die österreichische Gesellschaft stark verändern (Steidl & Nigg, 2014, S. 9). Es ist darauf zu achten, dass soziale Sicherheitssysteme durch die demografische Entwicklung wenig belastet werden. Daher sind Reformen und Reformdebatten im Sozialgefüge erforderlich, um eine qualitative Versorgung (z. B. sozial, medizinisch) zu gewährleisten (Kramer, 2009, S. 26–27). Das Gesundheitsversorgungssystem steht vor der Aufgabe, sich den unterschiedlichen gesundheitlichen Bedürfnissen älterer Menschen, wie beispielsweise Multimorbidität, zu stellen (Naegele, 2009, S. 432). Das Gesundheitswesen ist gefordert, sich an die neuen Entwicklungen (z. B. erhöhter Pflegeaufwand hochbetagter Personen) anzupassen, individuelle Pflege- und Hilfsmaßnahmen anzubieten, um sich den Anforderungen bestmöglich stellen zu können (Steidl & Nigg, 2014, S. 21).

In Österreich gibt es für ältere Menschen folgende Versorgungsstrukturen (Gatterer, 2007a, S. 33):

- Extramurale (ambulante) Betreuung
- Teilstationäre Betreuung
- Stationäre Betreuung

Extramurale (ambulante) Strukturen (z. B. Betreuung durch Angehörige, Nachbarn, Hauskrankenpflege) haben das Ziel, ältere Menschen in ihrem zu Hause zu unterstützen, Defizite auszugleichen und Ressourcen zu nutzen. Gerade in Österreich hegen ältere Menschen den Wunsch, lange in ihrem Eigenheim verbleiben zu können (Gatterer, 2007e, S. 35). Teilstationäre Strukturen (z. B. Tageszentren, Tageskliniken, Kurzzeitpflegeplätze) fungieren als Nahtstelle zwischen ambulanten und vollstationären Bereichen. Ältere Menschen verbringen ihr Leben weiterhin zu Hause, erhalten aber die Möglichkeit, tagsüber eine Tagesstrukturierung zu erfahren oder in der Nacht Unterstützung zu erhalten. Intramurale (stationäre) Strukturen (z. B. Alten- und Pflegeheim, betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften) widmen sich der Betreuung von körperlich und/oder geistig beeinträchtigten Menschen, welche einen erhöhten Pflege- und Betreuungsaufwand aufweisen. Wegen des langfristigen Aufenthalts in der Betreuungs- und Pflegeeinrichtung ist die Aufrechterhaltung der Sicherheit, Lebensqualität, individuelle Angebote für die Bewohnerinnen und Bewohner von Bedeutung. Dies erfordert die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen (Gatterer, 2007a, S. 36–38). In diesem Zusammenhang stellt eine der größten Herausforderungen für das Gesundheitssystem die Versorgung älterer Menschen im Bereich der Altenbetreuung und -pflege dar, welche von einem Team aus unterschiedlichen Professionen garantiert wird (Vogel, 2017, S. 130).

## 2.2 Altenbetreuung und -pflege

Altern stellt einen multifaktoriellen Prozess dar, welcher organische (z. B. körperliche Veränderungen), soziale (z. B. soziale Beziehungen), ökologische (z. B. finanzielle Möglichkeiten, Wohnsituation) und psychische (z. B. kognitive Leistungsfähigkeit, Persönlichkeit) Faktoren beinhaltet. Im Laufe des Lebens beeinflussen unterschiedliche Schicksale und Verläufe das Leben eines Menschen, was wiederum physische und psychische Veränderungen und Unterschiede in der Persönlichkeit und dem Charakter des Menschen nach sich ziehen, sodass es sich beim Altern um keinen einheitlichen Prozess handelt (Steidl & Nigg, 2014, S. 14). Das Altern wird nicht nur auf das Alter in Jahren (dem kalendarischen Alter), sondern auch auf differenzierte Faktoren im Rahmen des Alterungsprozesses beschränkt (Gatterer, 2007b, S. 4).

Die Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachdisziplinen wie beispielsweise Medizin, Pflege, Psychologie ist notwendig, um alte Menschen gemäß ihren individuellen Bedürfnissen zu unterstützen (Gatterer, 2007b, S. 3). Altenpflege in Österreich umfasst differenzierte Betreuungsstrukturen, Betreuungsangebote und gezielte Maßnahmen für Bewohnerinnen und Bewohner, um eine hohe Lebensqualität und Lebenszufriedenheit älterer Menschen zu gewährleisten, unter Einbeziehung der Fähigkeiten und Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner (Staudinger, Rosenberger-Spitzky & Gatterer, 2007, S. 31).

In der Altenbetreuung sind qualitätssichernde Maßnahmen (z. B. strukturelle, personelle, rechtliche Rahmenbedingungen), ein schnelles Reagieren auf Veränderungen und das Miteinbeziehen der Bewohnerinnen und Bewohner wichtig (Gatterer, 2007e, S. 81).

Früher lag der Fokus bei der Betreuung älterer Menschen auf Behandlung und Versorgung, aber „Altern ist [...] ein sehr komplexes Geschehen auf organischer (Altern des Körpers), psychologischer (subjektive Altern), sozialer (Altern in der Gesellschaft) und kontextueller (Versorgungsstrukturen, Hilfen, ...) Ebene“ (Gatterer, 2007e, S. 87). Des Weiteren sind individuelle spezifische Veränderungen wie Zunahme von körperlichen Gebrechen, Multimorbidität, psychischen Erkrankungen feststellbar, die qualitätsorientierte Strukturen im Bereich der Altenbetreuung erfordern, um den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner entgegenzukommen (Gatterer, 2007e, S. 87). Dies macht eine multiprofessionelle Betreuung von älteren Menschen erforderlich, um beispielsweise die richtige Langzeitpflegeabteilung zu finden oder eine optimale Lebensqualität für die betroffenen Personen zu erreichen (Gatterer, 2007b, S. 13). Die gesundheitlichen Aspekte einer geriatrischen Bewohnerin bzw. eines geriatrischen Bewohners bedürfen somit einer mehrdimensionalen Erfassung. Körperliche, psychische, personelle, materielle Faktoren und ihre Wechselwirkungen werden bei Diagnose und Interventionen berücksichtigt (Runge & Rehfeld, 2001, S. 5). In der Altenbetreuung und -pflege ist die

ganzheitliche Betrachtung älterer Menschen erforderlich, da sich Altern nicht nur auf den Körper, wie beispielsweise Organe und Funktionen bezieht, sondern bei jeder Person individuell erfolgt (Steidl & Nigg, 2014, S. 15).

## **2.3 Multiprofessionalität im Gesundheitswesen**

Ein älterer Mensch kann durch multiple Erkrankungen und Behinderungen in seinem alltäglichen Leben eingeschränkt sein. Gerade deswegen ist es entscheidend, die Situation des Menschen multidimensional zu erfassen (Runge & Rehfeld, 1995, S. 5). Multiprofessionalität im Gesundheitswesen kennzeichnet sich durch die Zusammenarbeit von Personen mit differenzierten Ausbildungen, Qualifikationen und Erfahrungen, wodurch Wissen untereinander weitergegeben und angeeignet werden kann. Die Teammitglieder erfahren durch den Austausch Wertschätzung, was wiederum die Identifikation der Personen mit ihrem eigenen Beruf fördert (Vogel, 2017, S. 9). Multiprofessionalität kann im Gesundheitswesen durch fehlende Anerkennung bzw. einem negativen Ansehen einzelner Disziplinen erschwert werden (Künemund & Schroeter, 2015, S. 218). Gesundheitspolitik und Gesundheitsprofessionen sind in der Verantwortung, eine qualitative, auf die Person zugeschnittene erforderliche Betreuung zu gewährleisten (Naegle, 2009, S. 434).

Die Gerontologie widmet sich differenzierten wissenschaftlichen Disziplinen (z. B. Human-, Sozial-, Kultur- und Geisteswissenschaften), welche sich mit dem Alter auseinandersetzen. Dadurch werden theoretische und methodische Aspekte behandelt, Fragestellungen und Forschungsprogramme aus unterschiedlichen Richtungen integriert (Künemund & Schroeter, 2015, S. 216). Erkenntnisse beispielsweise aus der Medizin und Pflege werden mit natur-, geistes-, sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Disziplinen vernetzt, wobei der ältere Mensch im Mittelpunkt steht (Steidl & Nigg, 2014, S. 15). Das Alter und das Altern sind Aspekte, die beinahe in allen gesellschaftlichen Bereichen zu finden sind und daher von nahezu allen Disziplinen bearbeitet werden (Künemund & Schroeter, 2015, S. 216). Multidisziplinarität bedeutet, dass die „einzelnen Fachdisziplinen nebeneinandergestellt sind und ihre Forschungsergebnisse gewissermaßen addiert werden“ (Künemund & Schroeter, 2015, S. 218). Jede einzelne Disziplin leistet bei der Behandlung eines Schwerpunktes ihren Beitrag, um den Alterungsprozess des Menschen und seine Auswirkungen auf den körperlichen, psychischen und sozialen Bereich und das Wohlbefinden positiv zu beeinflussen (Steidl & Nigg, 2014, S. 15).

Für die Beantwortung wissenschaftlicher Fragen in Bezug zum Alter ist die Kooperation und der Austausch mehrerer Disziplinen erforderlich, doch dies ist oftmals eine große Herausforderung (Brandenburg, 2015, S. 220). Für die unterschiedlichen Disziplinen ist es wesentlich, die Bereiche der eigenen Disziplin (z. B. Methode, Erkenntnisse, Wissen) zu erklären und gegebenenfalls zu rechtfertigen und gleichzeitig offen zu sein für andere Disziplinen. Für eine

positive Zusammenarbeit ist es notwendig, sich fördernder oder hemmender Faktoren (siehe Abschnitt 3.4) zu widmen (Brandenburg, 2015, S. 220).

## **2.4 Team und Teamarbeit im Gesundheitswesen**

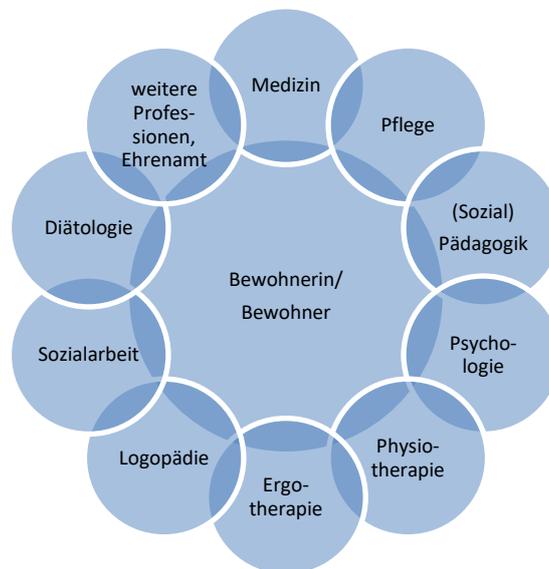
Unter Team wird eine spezielle Form der Gruppe verstanden, die aus mehreren Personen besteht und miteinander an der Erreichung eines Ziels oder Lösung einer Aufgabe arbeitet. Jedes einzelne Teammitglied trägt hinsichtlich ihrer bzw. seiner jeweiligen Fähigkeiten zur Zielerreichung bei (Möller, 2010, S. 4). Zu den Merkmalen eines Teams zählen die Kommunikation und Interaktion der Teammitglieder untereinander, persönliche Motivation, klare Aufgaben und Aktivitäten, ein positives Gefühl der Teammitglieder zueinander, eine gefestigte Zugehörigkeit zum Team, gegenseitige Akzeptanz und gemeinsame Ziele (Möller, 2010, S. 5). Für ein erfolgreiches effektives und effizientes Team sind klare Abgrenzungen von Verantwortlichkeiten und Entscheidungen notwendig (Runge & Rehfeld, 2001, S. 153).

Teamarbeit ist eine Arbeitsorganisation zwischen mehreren Personen, die über einen gewissen Zeitraum, unter Einhaltung von Regeln und Normen, eine zielorientierte Aufgabe gemeinsam bearbeiten (Möller, 2010, S. 6–7). Förderlich für ein gutes Team sind gemeinsame Ziele, Werte und Teamregeln, bei denen das Wir-Gefühl im Vordergrund steht (Scholz, 2017, S. 45). Multiprofessionelle Teamarbeit ist aus dem Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken. Doch was macht ein gutes Team aus und was kann jedes einzelne Teammitglied dazu beitragen? Entscheidend für einen positiven Ablauf innerhalb des Teams sind die eigene Haltung und die Einstellung zum alltäglichen Tun. Für eine gute Zusammenarbeit im Team sind fachliche Kompetenzen und soziale Fähigkeiten essentiell (Möller, 2010, S. 2–3). Darüber hinaus erfordern gesundheitliche Störungen, Ressourcen und Lösungsansätze eine multidimensionale Betrachtungsweise (Runge & Rehfeld, 2001, S. 154).

### 3 Multiprofessionelles Team in der Altenbetreuung und -pflege

In der Altenbetreuung und -pflege ist Multidisziplinarität im Fokus, da ältere Bewohnerinnen und Bewohner infolge spezieller alters- oder krankheitsbedingter Beeinträchtigungen individuelle Betreuung, Pflege, Therapie benötigen, um ihren Alltag selbstbestimmt verbringen zu können. Dies kann von einem qualifizierten Team, bestehend aus Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten etc. (siehe Abbildung 1), unter Einhaltung von bestimmten Maßnahmen (z. B. gute Planung, klare Ziele, zeitliche und räumliche Rahmenbedingungen, Wertschätzung, förderliche Teamkultur) durchgeführt werden (Vogel, 2017, S. 9). Demzufolge ist ein Anstieg an differenzierten Arbeitsfeldern in der Altenbetreuung festzustellen, in welchen einzelne Professionen spezifische Dienste, Angebote anbieten (Hirsch, 2002, S. 13). Es ist zu beachten, dass die Fachbereiche eigene Ziele, Sichtweisen und Maßnahmen verfolgen, teilweise sogar in entgegengesetzte Richtungen, sodass sich der alte Mensch in einem Spannungsfeld befindet. Das eigentliche Ziel, nämlich die Orientierung an der Bewohnerin bzw. dem Bewohner, rückt bei dieser Vorgehensweise und ohne Förderung des Kooperationsgedankens, in den Hintergrund (Gatterer, 2007b, S. 3).

**Abbildung 1: Multiprofessionalität in der Altenbetreuung und -pflege**



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Vogel (2017, S. 54)

Gerade im Bereich der Altenbetreuung und -pflege, welcher von Multidisziplinarität geprägt ist, wäre es nicht förderlich, wenn eine Berufsgruppe für sich alleine die Macht beansprucht (Beikirch & Klie, 2007, S. 148). Der Erfolg in der Geriatrie hängt vorrangig von der Einheitlichkeit betreffend Konzept, Sprache, Ziele, Methoden und Kenntnisstand innerhalb des Teams ab (Runge & Rehfeld, 2001, S. 155).

### **3.1 Bedeutung und Mehrwert der Multiprofessionalität in der Altenbetreuung und -pflege**

In der Altenbetreuung und -pflege werden Menschen betreut, welche chronische Krankheiten, körperliche und/oder geistige Einschränkungen oder akute Krankheiten aufweisen. Je schneller Krankheiten diagnostiziert werden, desto rascher ist eine individuelle und bedürfnisorientierte Betreuung und Behandlung möglich. Es werden sowohl die Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner, als auch die aktuellen Fähigkeiten ermittelt, um eine bestmögliche Betreuung und Behandlung zu garantieren. Ein Austausch unterschiedlicher Professionen steigert die Qualität der Altenbetreuung und -pflege. Hierbei wird ein Prozess in Gang gesetzt, der alle Teammitglieder mit ihren Kompetenzen inkludiert, um bei Bewohnerinnen und Bewohnern positive Aspekte zu fördern (z. B. körperliches und seelisches Wohlbefinden) und negative Aspekte wie sozialer Rückzug oder Verlust der Selbständigkeit zu verringern bzw. zu vermeiden (Vogel, 2017, S. 17). Durch die gegenseitige Wertschätzung, Kooperation, Kommunikation und Aufmerksamkeit im Alltag kommt es bei den Teammitgliedern zu einer Steigerung der persönlichen und beruflichen Zufriedenheit (Vogel, 2017, S. 99).

### **3.2 Teamentwicklung – von der Gruppe zum Team**

Eine Gruppe kennzeichnet sich durch mehrere Personen, die miteinander in direkter Interaktion stehen und durch gemeinsame Normen, Werte und ein Wir-Gefühl verbunden sind (Möller, 2010, S. 6). Erst nachdem eine Teamentwicklung stattgefunden hat, wird von einem Team gesprochen. Teambildung und Teamentwicklung sind charakterisiert durch komplexe Prozesse, bei denen Teamkontext, Teamvision, Kompetenzen der Teammitglieder, Kommunikation, Wertschätzung zu beachten sind. Durch die Teamentwicklungsarbeit werden gemeinsame Strategien verbessert, neue Sichtweisen und individuelle Handlungsmuster erschlossen. Die Teamarbeit kennzeichnet sich durch einen gemeinsamen Auftrag mit einem Ziel, welches erreicht werden soll, aus. Doch dies stellt gerade im Gesundheitsbereich ein Problem dar (Scholz, 2018, S. 17–19).

Zu einer positiven Teamentwicklung trägt die Teamfähigkeit bei. Teamfähigkeit beschreibt die Bereitswilligkeit und Fähigkeit, mit anderen Teammitgliedern in produktiver und konstruktiver Weise umzugehen, um miteinander die festgesetzten Ziele zu erreichen. Die Wahrnehmung

und Erkennung von gruppendynamischen Prozessen sind genauso wichtig, wie die Anerkennung der Rollen, Unterschiede, Gemeinsamkeiten und Demokratie innerhalb der Gruppe. Teamfähigkeit bedeutet nicht die Unterordnung einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzw. die Verleugnung der eigenen Identität oder Ziele. Teamfähigkeit kann mit dem Begriff der Sozialkompetenz umschrieben werden. Zur Sozialkompetenz zählen die Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit, Bereitschaft zum Austausch mit anderen Personen, Empathie, Rücksichtnahme, Zielorientierung, Konfliktfähigkeit und Reflexion (Masemann & Messer, 2010, S. 69).

Teams können mit Organismen verglichen werden, welche sich genauso wie ein Team entwickeln. Im Teamentwicklungsprozess sind einzelne Entwicklungsstufen ersichtlich und es ist von Bedeutung, sich dieser Phasen bewusst zu sein. Der Entwicklungsprozess findet auf der Sachebene (z. B. sachliche Bewältigung der Arbeitsaufgaben, Arbeitsorganisation) und der Beziehungsebene, wie beispielsweise Wertschätzung innerhalb des Teams, Rollenverhältnisse im Team, statt. Der amerikanische Psychologe Bruce W. Tuckman stellte 1965 ein Teamentwicklungsmodell vor, welches mit Hilfe von 4 Phasen den Idealverlauf von Teams darstellt (Masemann & Messer, 2010, S. 17). Tuckman hat dieses Phasenmodell (siehe Abbildung 2) um eine fünfte Phase erweitert. Zu den einzelnen Phasen zählen Forming-Phase (Formierungsphase), Storming-Phase (Konfliktphase), Norming-Phase (Normierungsphase), Performing-Phase (Arbeitsphase), Adjourning-Phase (Auflösungsphase) (Scholz, 2018, S. 64).

**Abbildung 2: Teamentwicklungsmodell nach Tuckman**



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Windolph (2016)

Die **Forming-Phase (1.)** bildet die Einstiegs- und Findungsphase, welche durch Unsicherheit gekennzeichnet ist. Während des Kennenlernens und der Teamfindung stehen die Definition der ersten Ziele, Regeln und Aufgaben im Vordergrund und die Teambeziehungen sind noch nicht klar ersichtlich (Scholz, 2018, S. 62). Die Teammitglieder sind auf der Suche nach ihrem Platz im Team und orientieren sich gerne an der Leitung, um von dieser Struktur und Sicherheit zu erhalten (Möller, 2010, S. 51). In dieser Phase ist es bedeutend, die Kontaktherstellung zu unterstützen, den regelmäßigen Austausch zu pflegen, Regeln für die Teamfindung festzulegen, damit eine Teamentwicklung stattfindet und die Zielfindung eingeleitet werden kann (Scholz, 2018, S. 65).

In der **Storming-Phase (2.)**, der Konfliktphase, kommt es wegen unterschiedlicher Prioritäten, Ziele, Machtkämpfe etc. oft zu Auseinandersetzungen und Streitereien innerhalb des Teams. Spannungen sind für das Team und die Aufgabenerfüllung nicht förderlich. Zur Steigerung der Leistungsfähigkeit ist es erforderlich, die Arbeitsorganisation abzustimmen (Scholz, 2018, S. 63). Eine Ablehnung bestimmter Normen, Ziele, der Teamleitung ist in dieser Phase der Teamentwicklung normal und soll die Teamleitung nicht an ihre bzw. seine eigenen Fähigkeiten zweifeln lassen (Möller, 2010, S. 61). Zu den Interventionen in der Konfliktphase zählen eine kontinuierliche Selbstreflexion, die Anwendung von Fragetechniken, ein regelmäßiger Informationsaustausch und die gemeinsame Zielplanung (Scholz, 2018, S. 66).

In der **Norming-Phase (3.)**, der Regelungs- und Übereinkommensphase, werden Normen und Regeln erörtert oder hingenommen und somit eingehalten. Nach der Rollenfindung der Teammitglieder erfolgt eine vermehrte Kooperation, da sich die Teammitglieder akzeptieren und sich den eigentlichen Aufgaben widmen können (Scholz, 2018, S. 63). Diese Phase wird von der Teamleitung als angenehm wahrgenommen, da sich in der Gruppe das Wir-Gefühl bereits entwickelt hat (Möller, 2010, S. 52). Für eine erfolgreiche Bewältigung der Regelphase ist die Förderung der eigenen Motivation, das Setzen von Entwicklungsimpulsen, regelmäßiges Reflektieren und die Dokumentation von Regeln und Aufgaben erforderlich (Scholz, 2018, S. 67).

Die **Performing-Phase (4.)** stellt die Arbeits- und Leistungsphase dar. Das Team folgt gemeinsam einem oder mehreren Zielen und die Teammitglieder arbeiten erfolgreich zusammen. Es ist eine Offenheit, Wertschätzung und Akzeptanz untereinander ersichtlich, die sich positiv auf die Aufgabenbearbeitung auswirkt (Scholz, 2018, S. 63). Jedes einzelne Teammitglied kann wichtige Informationen weiterleiten und ihre bzw. seine individuellen Ressourcen dem Team zur Verfügung stellen (Möller, 2010, S. 52). Zu den Interventionen in dieser Phase gehören die Förderung der Motivation, die kontinuierliche Weiterarbeit an den Zielen, die Anerkennung der Leistung und die Inanspruchnahme von Beratung und Coaching (Scholz, 2018, S. 68).

Die **Adjourning-Phase (5.)**, die Auflösungsphase, wurde von Tuckman nachträglich hinzugefügt. Diese Phase bezieht sich vor allem auf jene Gruppen, die für einen bestimmten Auftrag längerfristig zusammenarbeiten und nach Erfüllung der Aufgabe wieder getrennte Wege gehen. Bei den Teammitgliedern können sich Emotionen wie Trauer und Sorge über die Zeit nach der Teamarbeit zeigen (Scholz, 2018, S. 64). In der Adjourning-Phase geht das Team auseinander (Möller, 2010, S. 52). Es kann vorkommen, dass ein Teammitglied das Team verlässt und sich somit die Gruppenzusammensetzung ändert. Dadurch kann das Team in eine frühere Phase, wie beispielsweise die Storming-Phase, zurückfallen. Fällt ein Teammitglied weg, sind Rollen- und Statusbehauptungen möglich und Gefühle wie Neid und Rivalität können das Gruppenklima negativ beeinflussen. Es ist die Aufgabe der Teamleitung, diese Anzeichen genau zu beobachten und gegebenenfalls einzugreifen, um die Weiterentwicklung bzw. die Auflösung des Teams nicht zu gefährden (Möller, 2010, S. 58).

Tuckman verweist bei seinem Modell auf den sogenannten Automatismus und darauf, dass nicht jedes Team alle Phasen durchläuft, da eine Phase übersprungen werden kann. Teams können aber auch in einer Phase stecken bleiben. Gründe für die variable Verweildauer sind neue Aufgaben, Gruppenmitglieder, vermehrtes Diskutieren. Die Ausprägung der Verweildauer in einzelnen Phasen ist von Gruppe zu Gruppe unterschiedlich. Es bleibt festzuhalten, dass in jeder einzelnen Phase Besonderheiten ersichtlich sind, mit denen sich die einzelnen Teammitglieder auseinandersetzen sollten (Möller, 2010, S. 52–53).

### **3.3 Teammitglieder und deren Aufgaben**

In Anbetracht der Mehrdimensionalität der gesundheitlichen Herausforderungen, Ressourcen und Lösungsansätze ist ein multiprofessionelles Team in der Altenbetreuung und -pflege sinnvoll, welches sich beispielsweise aus den Bereichen der Medizin, Pflege, (Sozial)Pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sozialarbeit, Diätologie zusammensetzt (Runge & Rehfeld, 2001, S. 154–155).

#### **3.3.1 Medizin**

Ärztinnen und Ärzte sind dafür verantwortlich, Krankheiten zu erkennen, zu diagnostizieren, Folgen einer Krankheit einzuschätzen, medizinische Behandlungen und Therapien festzulegen. Weiters wird eine Anamnese durchgeführt, um die Vorgeschichte zu erheben. Teil der Untersuchung können vertiefende Fragen, Betrachten (Inspektion), Tasten (Palpation), Abklopfen (Perkussion), Abhören (Auskultation) und technische Untersuchungen wie Elektrokardiografie und Röntgen sein. Die physikalisch-therapeutischen, medikamentösen, operativen Therapien können mit Hilfe spezieller Technik vom Fachpersonal erbracht werden. Diese praktischen Vorgehensweisen nehmen viel Zeit in Anspruch und gerade im Bereich der Altenbe-

treuung und -pflege dürfen spezifischen Besonderheiten älterer Menschen (z. B. Multimorbidität, chronische Symptome, kognitive oder dementielle Defizite) nicht außer Acht gelassen werden (Vogel, 2017, S. 20–21). Das Wissen der Ärztinnen und Ärzte hilft anderen Professionen beim Verstehen der Alterskrankheiten, wodurch beispielsweise die pflegerische Kompetenz im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung unterstützt wird (Steidl & Nigg, 2014, S. 24). Eine Zusammenarbeit mit anderen Teammitgliedern kann die Diagnostik erleichtern und lebensbedrohliche Folgen vermeiden, da Personen aus anderen Professionen die Ärztin bzw. den Arzt beim Erkennen nicht genannter Symptome unterstützen können (Vogel, 2017, S. 20–21). Die geriatrische Bewohnerin bzw. der geriatrische Bewohner benötigt eine integrative Version der Allgemeinmedizin (Runge & Rehfeld, 2001, S. 159).

### **3.3.2 Pflege**

„Pflege ist Diagnose, Planung, Förderung oder Übernahme der Tätigkeiten, die jemand zur Erhaltung seiner Gesundheit ausüben würde, wenn er dazu genügend Kraft, Wissen und Willen hätte“ (Runge & Rehfeld, 2001, S. 156).

In Österreich regelt das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz<sup>1</sup> (letzte Novelle 2016) die Rechte und Pflichten von Pflegepersonen. Im Paragraph 1 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes finden sich die Berufsgruppen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe wieder: gehobener Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz. Gerade in der Altenbetreuung und -pflege verfügen Pflegekräfte über fachpflegerische Qualifikationen und Zusatzausbildungen wie beispielsweise Intensivbehandlung und medizinische Versorgung. Vor allem im geriatrischen Bereich benötigen die Bewohnerinnen und Bewohner einen erhöhten Zeit- und Betreuungsbedarf. Dadurch ergibt sich 24-stündige Präsenz der Pflegepersonen in den Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen. Zur Förderung einer qualitativen Betreuung sind regelmäßige Aus- und Weiterbildungen des Personals von Nöten (Vogel, 2017, S. 22). Die Pflegekräfte sind in ein multidisziplinäres Team eingebunden, in dem die Zusammenarbeit mit anderen Professionen zum Wohle der betreuten Bewohnerinnen und Bewohner im Vordergrund steht. Zur Umsetzung der Ziele für die Bewohnerinnen und Bewohner bedarf es einer erhöhten sozialen und kommunikativen Kompetenz seitens der Pflegekräfte (Vogel, 2017, S. 22). Pflegepersonen führen die Betreuung und Pflege personensorientiert aus, unter Einbindung der Wünsche der Bewohnerin bzw. des Bewohners, denn die Grundaufgabe der Pflegepersonen besteht darin, die Lebensweise der Bewohnerinnen und Bewohner so zu arrangieren, dass gesundheitlicher Schaden reduziert bzw. verhindert wird (Runge & Rehfeld, 1995, S. 176).

---

<sup>1</sup> Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG) BGBl I 108/1997 idF 105/2019.

### **3.3.3 (Sozial)Pädagogik**

In der Pädagogik finden sich Entwicklungs- und Lernmodelle für die Betreuung älterer Menschen wieder (Böhnisch, 2012, S. 296). „Angebote der sozialen Betreuung haben das Ziel, zur Befriedigung der geistigen, seelischen, sozialen und körperlichen Bedürfnisse beizutragen“ (Falkenroth, 2009, S. 348).

Ein bedeutendes Instrument der (Sozial)Pädagogik stellt die Sozialanamnese dar. Diese ist zur Datenerhebung betreffend des Potenzial- und Bedarfsniveaus eines Menschen bzgl. der psychosozialen Situation erforderlich. Die Sozialanamnese wird beispielsweise mittels Direktbefragung durchgeführt, sodass Informationen eingeholt und Vertrauen zu den Bewohnerinnen und Bewohnern aufgebaut werden kann. Ist die Datenerhebung hinsichtlich einer Erkrankung der Bewohnerin bzw. des Bewohners nicht möglich, wird auf eine Vertrauensperson oder eine Vertretungsperson zurückgegriffen (Trilhof & Borchelt, 2009, S. 131–132).

Die beruflichen Tätigkeiten der (Sozial)Pädagogin bzw. des (Sozial)pädagogen orientieren sich stark am Arbeitsfeld Altenbetreuung. In diesem Arbeitsfeld steht die Erreichung folgender Ziele im Vordergrund: Erhaltung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung, Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, Integration in die Gesellschaft (Mötzing, 2009, S. 25). Die Pädagogik ist darauf bedacht, Aktivierungsangebote und Rückzugsmöglichkeiten anzubieten (Böhnisch, 2012, S. 298). (Sozial)pädagoginnen und (Sozial)pädagogen sind für die Organisation, Planung und Durchführung von individuellen und gemeinschaftlichen Angeboten, Angehörigenarbeit, Förderung der Kommunikation, Unterstützung der sozialen Integration, Organisation und Leitung von therapeutischen Gruppen verantwortlich (Mötzing, 2009, S. 26).

Der ältere Mensch steht mit all seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt und kann je nach Wunsch an Einzel- oder Gruppenangeboten teilnehmen, denn das Setting und die Methode, die für die Angebote benötigt werden, sind individuell an die Ziele anzupassen (Mötzing, 2009, S. 43).

### **3.3.4 Psychologie**

Die Psychologie widmet sich dem Erforschen und Verstehen geistig-seelischer Prozesse. Vor allem die Schwerpunkte Klinische Neuropsychologie und Psychologische Psychotherapie sind im medizinischen Bereich und in der Altenbetreuung und -pflege vorzufinden. Die Hauptaufgabe der Neuropsychologie liegt in der Differenzierung und Quantifizierung von Störungen der Hirnfunktionen, die sich auf die Wahrnehmung, das Gedächtnis, die Sprache auswirken. Psychologinnen und Psychologen nutzen eigene Assessmentinstrumente und können somit therapeutische Trainingsmaßnahmen initiieren und überwachen. Die Psychologische Psychotherapie widmet sich der klinisch-geriatrischen Versorgung, die beispielsweise bei der Diagnose und Schweregradbeurteilung von Demenz, Depression, Aggression herangezogen wird (Vogel, 2017, S. 26). In der Betreuung älterer Personen binden Psychologinnen und Psychologen beim Angebot der Psychotherapie die Biografie und zeitgeschichtliche Zusammenhänge mit

ein, um beispielsweise auf Angststörungen, Depressionen effizient zu reagieren (Vogel, 2017, S. 27). Zu den Tätigkeitsbereichen der Psychologinnen und Psychologen zählen die Diagnose (z. B. Kognition, Persönlichkeit), Behandlung (z. B. kognitive Trainingsprogramme, Funktionstraining), Psychotherapie (z. B. Gesprächs- und Verhaltenstherapie), Zusammenarbeit mit Angehörigen und dem interdisziplinären Team, Forschung etc. (Gatterer, 2007d, S. 197). Bei der Betreuung werden die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner berücksichtigt (Gatterer, 2007d, S. 230).

### **3.3.5 Physiotherapie**

Die Physiotherapie gliedert sich in die funktionelle Physiotherapie (z. B. Verbesserung der motorischen und kognitiven Funktionen) und die aktivierende Physiotherapie wie etwa Beschäftigung und Freizeitprogramm (Gatterer, 2007d, S. 228). Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten berücksichtigen bei der Behandlung älterer Bewohnerinnen und Bewohner Aspekte des normalen Alterns (z. B. Knorpelregeneration, Abnahme der Nervenleitgeschwindigkeit) und das Auftreten mehrerer Krankheiten wie Multimorbidität, Beeinträchtigung der Sinnesorgane, des Bewegungsapparates und des Kreislaufsystems. Aktives Mobilitätstraining ist notwendig, um Degeneration entgegenzuwirken. Bewegung ist Teil des Lebens, ist nicht nur nützlich und eine Notwendigkeit, sondern kann auch Freude bereiten (Vogel, 2017, S. 23). Bei geriatrischen Bewohnerinnen und Bewohnern sind funktionelle Einschränkungen festzustellen, die eine selbständige körperliche Entspannung erschwert. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten ermöglichen durch aktive und passive Behandlungsmaßnahmen die Steigerung des Wohlbefindens. Der enge Kontakt zwischen Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut fördert die Motivation, die Stimmung und hilft gegen Depressionen (Runge & Rehfeld, 2001, S. 208). Anhand physiotherapeutischer Maßnahmen werden Mobilität, Eigenkompetenz und Selbständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner gestärkt, was sich wiederum positiv auf die Gestaltung des Alltags und das Erleben von Interaktion und sozialen Kontakten auswirkt (Gatterer, 2007d, S. 228).

### **3.3.6 Ergotherapie**

Im Bereich der Altenbetreuung und -pflege behandeln Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ältere Menschen, die Einschränkungen im Bereich der Motorik, Sinnesorgane und/oder geistigen und psychischen Fähigkeiten aufweisen (Mötzing, 2009, S. 25). Für die Ausführung von Handlungen, Tätigkeiten, Arbeiten sind komplexe höhere Hirnleistungen erforderlich, die gerade bei älteren Menschen infolge von Krankheiten beeinträchtigt sein können. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten beschäftigen sich mit diesen Defiziten und versuchen mittels kompensatorischer Strategien die Funktionsdefizite zu mindern. Ziel ist die Förderung der Lebensqualität, Lebensfreude und Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen (Vogel, 2017, S. 24).

Ergotherapeutische Maßnahmen sind sowohl in der funktionellen, als auch in der aktivierenden Ergotherapie wiederzufinden und beinhalten Übungen zur Verbesserung der Motorik, Kognition und unterstützen die Anschaffung von Hilfsmitteln und die Gestaltung der Wohnsituation. Aktivierende Maßnahmen sind vor allem im Bereich der Beschäftigungen und Freizeitgestaltung ersichtlich (Gatterer, 2007d, S. 228). Gerade im Bereich der Ergotherapie ist eine enge Beziehung der Motorik zu Alltagsaktivitäten und Wahrnehmungsprozessen ersichtlich. Bewohnerinnen und Bewohner erfahren bei der Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens Unterstützung seitens Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (z. B. körperliche Selbstversorgung, Anziehungstraining, Körperhygiene, Esstraining) und trainieren den Umgang mit Hilfsmitteln, die für das Leben im Wohnumfeld erforderlich sind. Die Bewohnerinnen und Bewohner lernen neue Erlebnisbereiche kennen und erfahren, dass ihre Tagesstruktur an ihre individuellen Bedürfnisse angepasst werden können (Runge & Rehfeld, 2001, S. 210–212.). Zielgerichtetes Planen und Handeln, das Erleben von Wahrnehmungserfahrungen, Wiederlernen von Fähigkeiten stellen wichtige Aspekte im Bereich der Ergotherapie dar. Für eine erfolgreiche Therapie bedarf es Einsicht, Hoffnung und Interesse seitens der Bewohnerinnen und Bewohner (Vogel, 2017, S. 24). Die therapeutischen Maßnahmen werden in Einzel- oder Gruppenarbeit angeboten (Mötzing, 2009, S. 25).

### **3.3.7 Logopädie**

Bei älteren multimorbiden Bewohnerinnen und Bewohnern können wegen Krankheiten (z. B. neurologische Erkrankung), akuten Vorfällen (z. B. Schlaganfall) Sprach-, Sprech-, Kau- und Schluckstörungen auftreten (Vogel, 2017, S. 24–25). Diese Störungen sind in differenzierter Ausprägung vorhanden und gerade deswegen bedarf es einer genauen Diagnose, Therapie und individueller Zuwendung seitens einer Logopädin bzw. eines Logopäden. Anhand einer qualifizierten Erkennung und Benennung der Problematik kann die Störung effizient behandelt werden, damit die Alltagsbewältigung, das logische Denken, das Sprechen, das Schreiben, die Nahrungsaufnahme erleichtert werden und es gleichzeitig zu einer Vermeidung von Aspirationsgefahr, Rückzug aus dem Sozialleben kommen kann (Vogel, 2017, S. 25). Die Behandlung erfolgt in Einzelkontakt zwischen der Logopädin bzw. dem Logopäden und der Bewohnerin bzw. dem Bewohner. Logopädinnen und Logopäden sind intensiv in die Krankheitsbearbeitung und Krankheitsbewältigung eingebunden und fungieren als Bindeglied, Sprecherin bzw. Sprecher, Dolmetscherin bzw. Dolmetscher der Bewohnerin bzw. des Bewohners mit ihrem bzw. seinem Umfeld. Die Logopädie verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, der über die bloße Rehabilitation der Sprache und des Sprechens hinausgeht. Es darf nicht außer Acht gelassen werden, dass der Verlust oder die Einschränkung der Sprache die soziale Stellung, das Durchsetzungsvermögen, das Kontaktvermögen beeinflussen kann und die Bewohnerin bzw. der Bewohner, welche bzw. welcher unter einer Einschränkung leidet, ihre bzw. seine

Position in der Familie, Gesellschaft oder ihr bzw. sein Selbstbild neu erschaffen muss. In dieser Hinsicht kommt der Logopädin bzw. dem Logopäden eine bedeutende Aufgabe zu, wie beispielsweise die psychosoziale Diagnose und Therapie und demzufolge die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Runge & Rehfeld, 2001, S. 212–216).

### **3.3.8 Sozialarbeit**

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter erfassen und überprüfen systematisch sozialanamnestisch erhobene Assessment-Daten, um etwaige Entlassungen oder eine Weiterversorgung für ältere Personen zu veranlassen (Vogel, 2017, S. 28). Ältere Personen können an Krankheiten leiden, verfügen über wenige soziale und finanzielle Ressourcen, aber anhand einer kompetenten Betreuung seitens der Sozialarbeiterin bzw. des Sozialarbeiters wird dafür gesorgt, dass individuelle Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner, wie adaptierte alters- oder behindertengerechte Wohnraumanpassung, professionelle Unterstützung, Hilfsmittelversorgung, umgesetzt werden (Vogel, 2017, S. 27). Aufklärungsgespräche geben sowohl den Bewohnerinnen und Bewohnern, als auch deren Angehörigen Informationen bzgl. Handhabung künftiger Aufgaben, Verantwortlichkeiten, Finanzierungsmöglichkeiten, gesetzliche Ansprüche etc. Dieser Austausch kann von Emotionen wie Angst, Verunsicherung und Abwehr begleitet werden. Deswegen ist eine qualifizierte Ausbildung der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter bedeutend, um in emotionalen Situationen bei Beratungsgesprächen fachlich kompetent zu handeln (Vogel, 2017, S. 28).

### **3.3.9 Diätologie**

Genauso wie bei jüngeren Menschen ist auch bei älteren Menschen eine Ernährungsberatung zu empfehlen, um Fehl- oder Unterernährung, Übergewicht, Muskelabbau, Sarkopenie, Gebrechlichkeit zu vermeiden. Nach einer langen Krankheit ist der Austausch mit Diätologinnen bzw. Diätologen sinnvoll, um mehr Kenntnisse über eine qualitative Versorgung zu erhalten. Diätologinnen und Diätologen können bei der Ernährungsberatung individuell auf die Bedürfnisse älterer Menschen eingehen, Mangelernährung feststellen und diese Informationen an die Köchinnen und Köche weiterleiten. Auf diese Weise wird bedürfnisorientiert für das leibliche Wohl der Bewohnerinnen und Bewohner gesorgt (Vogel, 2017, S. 30).

### **3.3.10 Weitere Professionen und ehrenamtliche Dienste**

Zu den weiteren Professionen zählen beispielsweise Kunst- und Musiktherapeutinnen bzw. Kunst- und Musiktherapeuten und Demenzcoaches. Wegen fehlender finanzieller Ressourcen der Betreuungseinrichtungen handelt es sich hierbei oft um zeitlich gebundene Projekte, die im Bereich der Altenbetreuung ehrenamtlich angeboten oder mittels Spendengelder finanziert werden (Vogel, 2017, S. 30). Beim differenzierten Therapieangebot steht der therapeutische

Aspekt im Vordergrund. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden in die unterschiedlichen Aktivitäten eingebunden und sollen vor allem eines erfahren, Spaß und Freude. In dieser Hinsicht ist auf eine freiwillige Teilnahme an Aktivitäten zu verweisen. Die Bewohnerin bzw. der Bewohner erhält die Möglichkeit, zwischen Angeboten zu wählen und so lange wie gewünscht an diesen teilzunehmen. Es ist darauf zu achten, die Bewohnerin bzw. den Bewohner bei der Auswahl und bei der Teilnahme nicht zu überfordern (Neubauer & Gatterer, 2007, S. 313).

Gerade im Bereich der Altenbetreuung und -pflege sind die Themen Vergänglichkeit, Sterben und Tod relevant. Seelsorgerinnen und Seelsorger helfen den Bewohnerinnen und Bewohnern sich unterschiedlichen Gefühlen zu stellen, wie beispielsweise Angst, Hoffnung, Verlust, Leid. Der Austausch der Seelsorgerinnen und Seelsorger mit Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern, Teammitgliedern kann für eine positive Atmosphäre in der Betreuungseinrichtung oder im Team sorgen (Vogel, 2017, S. 29). Seelsorge ermöglicht eine spirituelle Betrachtung des Lebens, bietet Begleitung und Beistand (Runge & Rehfeld, 2001, S. 162).

Ehrenamtliche Dienste wie Besuchsdienste stellen eine Bereicherung für den Alltag der Bewohnerinnen und Bewohner dar. Die Besuchsdienste führen gemeinsam mit den Bewohnerinnen und Bewohnern Erledigungen, Aktivitäten unter der Woche oder am Wochenende durch (Vogel, 2017, S. 30).

### **3.4 Herausforderungen im Rahmen einer multiprofessionellen Teamarbeit**

Zu den Herausforderungen im Rahmen einer multiprofessionellen Teamarbeit zählt die Zugehörigkeit der einzelnen Professionistinnen und Professionisten zu ihren Fachdisziplinen. Die Interessen beziehen sich betreffend Forschung, Kompetenzerwerb, Methode und Fachsprache vorzugsweise auf die eigene Disziplin. Gemäß der Theorie der sozialen Identität ist eine Aufwertung der eigenen Berufsgruppe und eine Abwertung der anderen Berufsgruppen ersichtlich (Brandenburg, 2015, S. 221). Jede Person hat hinsichtlich der Zusammenarbeit unterschiedliche Ansichten und Erwartungen, die mit Erfahrungen zusammenhängen, welche die Person in der Vergangenheit bereits sammeln konnte. Kann eine Person positive Erfahrungen in einem Team sammeln, dann können diese beim Austausch mit einem anderen Team, bei der Bearbeitung neuer Projekte, hilfreich sein (Möller, 2010, S. 71).

Die Gerontologie verweist darauf, dass Altersprozesse aus unterschiedlichen disziplinären Blickwinkeln, mit differenzierten fachspezifischen Schwerpunktsetzungen betrachtet werden. Die Gerontologie stellt somit keine eigene Disziplin mit zugehörigen Theorien und Methoden dar. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler beschäftigen sich mit gerontologischen Aspekten, sprechen sich für Multidisziplinarität aus, betrachten die einzelnen Fachdisziplinen nebeneinander und in Summe die Forschungsergebnisse (Künemund & Schroeter, 2015, S. 215–218).

Eine weitere Herausforderung ist die Schnittstellenproblematik. Gerade an den Übertragungsstellen kommt es zu Informationsverlusten, Verzögerungen, differenzierten Zielen, welche zu gesundheitlichen Schädigungen oder Lebensgefahr der Bewohnerinnen und Bewohner führen können. Die Ablauforganisation soll daher so ausgerichtet sein, dass eine bestmögliche Vernetzung an den Schnittstellen, geprägt von Kontinuität bei der Maßnahmendurchführung, unterstützt wird (Runge & Rehfeld, 2001, S. 503).

Für den Bereich der Altenbetreuung und -pflege sind Leitlinien betreffend Multimorbidität notwendig, die sich auf ältere Menschen und ihre Krankheitsbilder beziehen. Multiprofessionell erarbeitete Leitlinien sind sinnvoll, da diese nicht nur die subjektive Gesundheit erhalten, sondern auch Lebensqualität und Autonomie sicherstellen (Naegele, 2009, S. 434).

Bei der Zusammenstellung eines Teams ist auf die Anforderungen zu achten, die einzelne Teammitglieder zu erbringen haben. Das Anforderungsprofil und die Stellenbeschreibung sind hierfür ausschlaggebend. Die Auswahl der Teammitglieder erfolgt nach fachlicher Qualitätsmerkmale bezogen auf Ausbildung, Berufserfahrung, Fachkenntnisse und Personenmerkmale wie soziale Kompetenz und emotionale Stabilität (Möller, 2010, S. 36). Im multiprofessionellen Team entfalten sich die Arbeitskraft, individuelle Kenntnisse und spezifische Fähigkeiten, wenn Erwartungen, Ziele und Forderungen für die Aufgabenbewältigung (siehe Abschnitt 3.2) klar formuliert sind (Möller, 2010, S. 5).

### **3.4.1 Fördernde Faktoren**

Multiprofessionalität in der Altenbetreuung und -pflege wird durch fördernde Faktoren wie beispielsweise Teamprozess, gemeinsame Ziele und Visionen, Kommunikation unterstützt.

Ein förderlicher Faktor ist der **Teamprozess**. Durch die Zusammenarbeit findet eine gemeinschaftliche Entwicklung statt, welche sich durch gemeinsames Beobachten, Wahrnehmen, Vergleichen, Austauschen kennzeichnet. Es wird zur Vor- und Nachahmung angeregt, um Visionen und Ziele zu erreichen. Das Erleben von Fortschritten gehört genauso zum Entwicklungsprozess wie das Lernen von Rückschritten und Defiziten. Das Erleben von Toleranz und Kompetenz sind bedeutend, ebenso eine förderliche Haltung gegenüber anderen Bewohnerinnen bzw. Bewohnern und Teammitgliedern (Vogel, 2017, S. 13). Es ist erforderlich, differenzierte Ansichten unterschiedlicher Disziplinen in Einklang zu bringen. Dies ist anhand von grundsätzlichen Begriffen, Konzepten, Methoden, Referenzpunkten möglich, sodass die einzelnen Disziplinen gemeinsame Entscheidungen treffen können, die für die jeweils andere Disziplin bedeutend sind (Brandenburg, 2015, S. 223). Für eine erfolgreiche Teamarbeit ist die Übernahme von Verantwortung seitens jedem einzelnen Teammitglied entscheidend. Für den Gesamterfolg können sich alle verantwortlich fühlen (Scholz, 2018, S. 55).

Das Fundament für eine förderliche Teamarbeit ist das Vorhandensein von konkreten **Visionen und Zielen**. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollten sich mit den Zielen identifizieren (Scholz, 2018, S. 54). Durch das Festlegen von konkreten Zielen fällt es dem Team leichter, erforderliche Handlungen festzulegen (Scholz, 2018, S. 49). Unterstützung liefert eine gute **Organisation**, damit das Team die gesetzten klar formulierten Ziele erreichen und die erforderlichen Methoden und Maßnahmen festlegen kann (Scholz, 2018, S. 55).

In der Altenbetreuung und -pflege wird durch die Betreuungspersonen der Versuch unternommen, individuell auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohnern einzugehen, um festgesetzte Therapieziele zu erreichen. Jede Profession verfügt hierbei über einen gewissen Entscheidungsspielraum. Eine **klare Aufgabenaufteilung (Rollenverständnis)** der zuständigen Professionen erleichtert die Zielerreichung und die Einhaltung von Behandlungsschwerpunkten und Zeitplänen. Herausforderungen entstehen immer dann, wenn Personalwechsel und Vertretungen hinzukommen, Zuständigkeiten offenbleiben oder Informationen fehlerhaft weitergeleitet werden. Einheitliche Standards können in Zeiten von Vertretung und Delegation eine Erleichterung für das multiprofessionelle Team darstellen. Gerade bei länger andauernden Vertretungen ist es sinnvoll, an vertretende Kolleginnen und Kollegen fachliche und persönliche Aspekte zu den Bewohnerinnen und Bewohnern vorab weiterzuleiten. Diesbezügliche Erleichterung verschaffen Standards, welche in Bereichen wie Medizin, Pflege und Therapie zum Einsatz kommen (Vogel, 2017, S. 111–113). Im Zuge der sozialen Tätigkeiten ist es wichtig, Grenzen zu setzen, ein Rollenbewusstsein zu entwickeln, sich von anderen Berufsgruppen abzugrenzen. Dies ist ein Schutzmechanismus, um sich vor Tätigkeiten zu schützen, die nicht im eigenen Verantwortungsbereich liegen. Bedeutend ist die klare Abgrenzung von Tätigkeiten und Merkmalen differenzierter Berufsgruppen (Scholz, 2018, S. 20). Letztlich führt eine sinnvolle Rollenverteilung innerhalb des Teams zu einem positiven Effekt, nämlich die bestmögliche Erfüllung der übertragenen Aufgaben der einzelnen Teammitglieder (Scholz, 2018, S. 55).

Ein bedeutender Faktor für eine erfolgreiche Zusammenarbeit stellt die (verbale und nonverbale) **Kommunikation** dar. Die verbale Sprache teilt nicht nur Sachinformationen, sondern auch Emotionen mit, die meist von mimischen und gestischen Äußerungen oder Haltung begleitet werden. Es wird von einem ungestörten Kommunikationsfluss gesprochen, wenn die verbale Information mit den nonverbalen Signalen übereinstimmt und dadurch neue Ideen und eine förderliche Kommunikation zwischen Senderin bzw. Sender und Empfängerin bzw. Empfänger entsteht. Ärger und Irritationen stellen sich ein, falls es zu keinem Idealzustand der Kommunikation zwischen Senderin bzw. Sender und Empfängerin bzw. Empfänger kommt (Vogel, 2017, S. 68–69). Miteinander im Team zu sprechen anstatt über Teammitglieder zu

lästern trägt zu einer gelungenen Kommunikation im Team bei und unterstützt die Beziehungsarbeit der Teammitglieder untereinander. Ein respektvoller Umgang im Team und das Erkennen von Grenzen von sich selbst oder anderen Personen ist hilfreich. Der gemeinsame Austausch ist zu befürworten, da Unterdrücktes zu Konflikten und Problemen führen kann (Vogel, 2017, S. 121). Eine gute Teamarbeit ist lernbar, benötigt jedoch Geduld, klare Strukturen und eindeutige Ziele. Ein fachübergreifender Austausch bietet die Gelegenheit, wesentliche Informationen weiterzuleiten und lässt bei Einhaltung von Regeln genügend Raum für Kreativität und Humor (Vogel, 2017, S. 78).

**Teamkonferenzen** wie etwa morgendliche Kurzabsprachen zwecks Tagesplanung, wöchentliche Teamkonferenz sind für einen strukturierten Austausch untereinander förderlich. Teamkonferenzen werden jeweils von einer Moderatorin bzw. einem Moderator wie beispielsweise Stationsleitung, Abteilungsärztin bzw. Abteilungsarzt geleitet. In diesem strukturierten Rahmen können die Teammitglieder ihre relevanten Beobachtungen, Erfahrungen bzgl. der Bewohnerinnen und Bewohnern mitteilen und alle Professionen werden über die wichtigsten Aspekte informiert (Vogel, 2017, S. 78). Eine positive fachübergreifende Umsetzung von Aufgaben wird durch den Austausch mit Bewohnerinnen bzw. Bewohnern und den Betreuungspersonen erreicht. Auf diese Weise kommt es zu einer Abstimmung der Einzelziele und des Gesamtziels, was wiederum die Entwicklung eines realistischen Arbeitsprogramms erleichtert (Vogel, 2017, S. 66–67). Beim gemeinsamen Austausch bzgl. der Belange der Bewohnerinnen und Bewohner ist eine sachliche Auseinandersetzung sinnvoll. Ist der Weg vom Dissens zum Konsens gegeben, sind Partikularinteressen minimiert und das gemeinsame Ziel kann leichter erreicht werden (Vogel, 2017, S. 73).

Die Mitglieder der verschiedenen Professionen verfügen über ein Basiswissen hinsichtlich ihrer Ausbildung bzw. ihres Studiums. Im Bereich der Altenbetreuung und -pflege sind lebenslange **Fort- und Weiterbildungen** erforderlich, da sich in den Bereichen Pflege, Medizin, Therapie stets Neuerungen ergeben. Veränderungen beeinflussen die Altenbetreuung und -pflege und bedürfen dementsprechende Ausbildungsangebote (Vogel, 2017, S. 84–85). Eine eigene Weiterbildung ist seitens der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters anzustreben, um sich Inhalte und Denkansätze anzueignen und das bereits vorhandene Fachwissen im Bereich der Geriatrie zu adaptieren (Runge & Rehfeld, 2001, S. 509–510).

Die Konfliktenstehung wird durch differenzierte Zielvorstellungen herbeigeführt. Bei rechtzeitiger Erkennung, Analyse und Rückmeldung können Konflikte konstruktiv gelöst werden und zur Klarheit beitragen (Scholz, 2018, S. 57). **Konflikte** stellen nicht nur Herausforderungen für ein Team dar, sondern können als Chance verstanden werden, denn die Konfliktlösung wird im Team gemeinsam angestrebt und jedes einzelne Teammitglied kann eine wertvolle Unterstützung bei der Konfliktlösung sein (Scholz, 2018, S. 55).

**Werte und Kultur** stellen zentrale Grundlagen für ein Team dar. Motivation, Identifikation mit dem Team, eine genaue Beschreibung hinsichtlich der gemeinsamen Zusammenarbeit und Verständnis sind für eine förderliche Teamkultur bedeutend (Scholz, 2018, S. 56). Verhaltensrichtlinien, Akzeptanz, Toleranz, Vertrauen, Respekt, Optimismus, Humor und Freude bilden das Fundament für eine wertschätzende Teamkultur (Möller, 2010, S. 65).

Eine gute **Arbeitsatmosphäre** innerhalb des Teams ist durch gegenseitigen Respekt, Akzeptanz, das Einbringen der eigenen Bedürfnisse ersichtlich und stellt die Grundlage für eine funktionierende Teamarbeit dar. Entscheidungen werden im Team gemeinsam getroffen, wodurch Transparenz unterstützt wird und Alleingänge vermieden werden (Scholz, 2018, S. 55). Positives Denken und Gefühle unterstützen die Ausweitung des Wahrnehmungshorizonts und eine angenehme Teamatmosphäre (Möller, 2010, S. 35).

Neben den förderlichen Faktoren gibt es eine Vielzahl von Gründen, warum die Zusammenarbeit im Team erschwert wird bzw. nicht funktioniert. Zu diesen zählen unterschiedliche Fertigkeiten, Fähigkeiten, Persönlichkeiten, differenziertes Fachwissen (Möller, 2010, S. 75).

### 3.4.2 Hemmende Faktoren

Multiprofessionalität in der Altenbetreuung und -pflege wird durch hemmende Faktoren wie beispielsweise Markt- und Dienstleistungsorientierung oder Personalkosten beeinflusst.

In der Altenbetreuung und -pflege ist eine **Markt- und Dienstleistungsorientierung** festzustellen, wodurch neue Aufgaben, Leitlinien entstehen, die das Reagieren der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfordert. Daraus ergibt sich eine erhöhte Dienstleistungsorientierung, denn die Leistungserbringung dient der wirtschaftlichen und qualitativen Sicherung. Diese Entwicklung ist beispielsweise bei der Profession Pflege ersichtlich, die sich neuen Anforderungen stellen darf, wie Mitwirkung in multiprofessionellen Teams und Durchführung von Beratungsgesprächen bzgl. Pflegeplanung und Pflegedokumentation (Kühnert, 1999, S. 250).

Ein hemmender Faktor ist das **Fehlen personeller Ressourcen** in einem multiprofessionellen Team (z. B. das Fehlen einer Logopädin bzw. eines Logopäden für einen längeren Zeitraum) wegen hoher Personalkosten. Dies kann sich negativ auf die Betreuung und Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner auswirken (Vogel, 2017, S. 82). Personalintensive Leistungen sind teuer und Altenbetreuung und -pflegeeinrichtungen müssen sich stets gegenüber den Kostenträgern rechtfertigen (Vogel, 2017, S. 130).

Eine Herausforderung innerhalb des Teams stellt die **differenzierte Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft** einzelner Teammitglieder dar, was jedoch mittels klarer Aufgabenteilungen umgangen werden kann (Vogel, 2017, S. 110–111). Es wäre günstig, eine Unter-

oder Überforderung der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters zu vermeiden, individuelle Anerkennung zu fördern, vor allem wenn berufsspezifische Aufgaben, Dokumentation korrekt erfüllt worden sind (Vogel, 2017, S. 111).

Überall dort, wo Menschen leben oder zusammenarbeiten, können **Konflikte** entstehen – so auch in einem Team. Zu den häufigsten Konfliktursachen zählen eine unzureichende Kommunikation, Unklarheiten bei den Verantwortlichkeiten, Misstrauen, Machtkämpfe, Wettbewerb, knappe Ressourcen (Masemann & Messer, 2010, S. 51). Konkurrenzdenken, Hierarchie, Überheblichkeit sind zu vermeiden, da diese negativen Haltungen gegenüber anderen Teammitgliedern und Bewohnerinnen und Bewohnern unvorteilhaft sind (Vogel, 2017, S. 13). Für eine förderliche Teamarbeit ist es wesentlich, Konflikte zu erkennen und Konfliktlösungsstrategien zu entwickeln, die zur Konfliktlösung beitragen (Masemann & Messer, 2010, S. 51). Es darf nicht vergessen werden, dass Konflikte zum Teamalltag gehören und aus Sachproblemen schnell Beziehungsprobleme entstehen können (Möller, 2010, S. 102).

Speziell im Bereich des Dokumentationswesens gibt es beim alltäglich zu verfassenden Pflegebericht Aufholbedarf (**fehlende Dokumentation**). Der Pflegebericht dient dazu, Wissen abzulegen, wiederzufinden und zu verarbeiten. Es kommt vor, dass im Berichtswesen wesentliche Informationen im Text unzureichend erläutert werden (Abt-Zegelin & Schnell, 2006, S. 11). Eine vollständige und zusammenhängende Dokumentation bedarf Angaben betreffend Beobachtungen, Einschätzungen, Herausforderungen und Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner, damit sich Handlungskonsequenzen für die Bewohnerin bzw. den Bewohner ableiten lassen (Brünner & Oesterlen, 2006, S. 54). Die Dokumentation ist für die Zusammenarbeit und Kommunikation innerhalb eines Teams erforderlich. Eine einheitliche Dokumentation bildet das Fundament für die Kommunikation im Team, unterstützt die Qualitätssicherung und Beurteilung von Prozess- und Ergebnisqualität (Runge & Rehfeld, 2001, S. 521).

Die Verwendung der **Fachsprache** einzelner Disziplinen kann beim Austausch im Team zu Missverständnissen führen, da diese von den einzelnen Teammitgliedern unterschiedlich verstanden wird (Vogel, 2017, S. 109). Die Fachsprache bezogen auf die Mutterdisziplin stellt den Grundbaustein für einzelwissenschaftliche Denk- und Forschungsstrategien dar. Hemmnisse sind vorzufinden, wenn der eigenen Disziplin eine höhere Bedeutung eingeräumt wird und andere Disziplinen eine Abwertung erfahren (Brandenburg, 2015, S. 221).

**Lästerei** zählt zu einer Form der verbalen Aggression und ist eine Kommunikationsstörung. Durch das Lästern wird die Zusammenarbeit im Team belastet und negative Energien werden freigesetzt. Die lästernde Person versucht durch ihr Verhalten sich entweder selbst besser zu positionieren oder die andere Person abzuwerten. Lästerei wirkt sich zum einen destruktiv auf die Teamarbeit und zum anderen auf einzelne Bereiche aus (Möller, 2010, S. 66–67).

Es bleibt festzuhalten, dass die zuvor beschriebenen fördernde und hemmende Faktoren Herausforderungen im Alltag eines multiprofessionellen Teams darstellen. Ungeachtet dessen ist multiprofessionelle Teamarbeit in der Altenbetreuung und -pflege unverzichtbar (Vogel, 2017). Jedes einzelne Teammitglied ist wichtig und trägt dazu bei, dass Teamarbeit gelingt (Möller, 2010, S. 3).

## 4 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage

Die heutige Zeit ist geprägt von Veränderungen in der Altersstruktur, die beispielsweise durch die Langlebigkeit der Menschen ersichtlich ist. Die damit verbundenen Herausforderungen benötigen neue Strukturen in der Betreuung pflegebedürftiger Personen (Gatterer, 2007c, S. 483). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, was Altern überhaupt ist und welche Aspekte für ein positives Altern wichtig sind (Brandenburg, 2015, S. 223).

Für ein positives Altern ist eine multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Altenbetreuung und -pflege erforderlich.

Das Thema „Multiprofessionelle Teamarbeit“ in der Altenbetreuung und -pflege wurde mittels der Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit – *Was zeichnet ein multiprofessionelles Team in der Altenbetreuung und -pflege aus und welche fördernden und hemmenden Faktoren zeigen sich im Rahmen der Teamarbeit?* – untersucht.

In der Altenbetreuung und -pflege zeichnet sich ein gutes multiprofessionelles Team durch eine offene Atmosphäre, Freundlichkeit unter den Teammitgliedern, klare Ziele und akzeptierte Aufgaben aus. Es ist ein gemeinsames Verantwortungsbewusstsein ersichtlich, genauso wie eine offene und direkte Kommunikation, in welcher Kritik sachlich diskutiert wird (Möller, 2010, S. 69).

Jedes Teammitglied soll im Rahmen ihrer bzw. seiner Kompetenz eigenverantwortlich tätig sein können und einen Austausch und Absprachen mit ihren bzw. seinen Teammitgliedern anstreben (Vogel, 2017, S. 53). Die Teammitglieder eines multiprofessionellen Teams stammen aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern sowie Berufsgruppen und sorgen für eine allgemeine Förderung der Lebensqualität, Prävention, Behandlung und Rehabilitation zum Wohle ihrer Bewohnerinnen und Bewohner. Bei der Zusammenarbeit kann ein Spannungsfeld zwischen einzelnen Professionen entstehen, welches einerseits positiv, als auch negativ betrachtet werden kann, vor allem wenn starre Beziehungsmuster und Macht-Ohnmachts-Gefühle ersichtlich sind (Hirsch, 2002, S. 286).

Sinnvoll ist die Verfolgung eines gemeinsamen Ziels, damit nicht eine Berufsgruppe die alleinige Führung des gesamten Teams übernimmt (Zimmermann, 2015, S. 226). Durch multiprofessionelle Zusammenarbeit werden Grenzen der einzelnen Disziplinen überschritten, wodurch sich neue Chancen und Freiheiten für den Bereich der Altenbetreuung und -pflege ergeben (Zimmermann, 2015, S. 225).

Bewohnerinnen und Bewohner mit mehrfachen und differenzierten gesundheitlichen Einschränkungen benötigen eine multiprofessionelle Betreuung und Behandlung aus dem medizinischen, sozialen und pflegerischen Bereich (Naegele, 2009, S. 436).

Für eine erfolgreiche multiprofessionelle Zusammenarbeit ist das Kennen von fördernden und hemmenden Faktoren bedeutend. Für eine positive Multiprofessionalität sind Vertrauen, Offenheit, eine faire Kooperation, die Einhaltung von Regeln und Verfahren aller Teammitglieder und die Bereitschaft zur Diskussion wichtig (Brandenburg, 2015, S. 221–223). Förderlich ist nicht nur die Kraft des Einzelnen, sondern des gesamten Teams. Durch eine gemeinsame Nutzung der Ressourcen, einer koordinierten Teamarbeit und regelmäßigen Besprechungen, können individuelle Herausforderungen betreffend Bewohnerinnen und Bewohner leichter gelöst werden (Vogel, 2017, S. 14). Wesentlich ist eine positive Kommunikationskultur, denn die offene Kommunikation mit Bewohnerinnen und Bewohnern, Kolleginnen und Kollegen unterstützt eine gute Arbeitsatmosphäre. Die Teamarbeit weist sowohl Potential, als auch Grenzen auf. Die Teamentwicklung benötigt Zeit, was wiederum häufig nicht gegeben ist, genauso wenig wie die Möglichkeit, Arbeitsfortschritt zu überprüfen (Scholz, 2017, S. 46).

Herausforderungen wie Spannungen und Konflikte, die beispielsweise durch Stress, Hektik, Kosten- und Zeitdruck, Personalmangel entstehen, können sich negativ auf den Teamalltag auswirken. Für einen konstruktiven Umgang mit Herausforderungen ist es hilfreich, hemmende Faktoren frühzeitig zu erkennen, um rechtzeitig auf diese reagieren zu können. Offene Gespräche, konstruktiver Austausch, ein wertschätzender Umgang sind bedeutend, um Störungen und Missverständnisse zu vermeiden. Jede Person kann durch Reflexion des eigenen Verhaltens, vorurteilsfreies Agieren und konstruktive Konfliktlösung ihren Beitrag zu einer guten Teamarbeit leisten. Authentizität, Engagement, Selbstverantwortung und eine klare Kommunikation bilden die Basis für eine erfolgreiche Teamentwicklung und Teamarbeit (Möller, 2010, S. 103).

Günstig für ein Team sind eine gute Personalauswahl, unterschiedliche Arbeitsstile, Fachkompetenz und positives Leistungsverhalten. Zu den Faktoren, welche für eine positive Zusammenarbeit verantwortlich sind, zählen gute Arbeitsbedingungen, gleichmäßige Arbeitsverteilung, gezielter Einsatz der Fähigkeiten der einzelnen Teammitglieder, partnerschaftliches und offenes Miteinander (Möller, 2010, S. 73). Von Vorteil sind Synergien durch die Gruppe, welche bei der multiprofessionellen Zusammenarbeit freigesetzt werden und die Erreichung gemeinsamer Ziele unterstützen. Teams kennzeichnen sich durch Innovation und schnelle Reaktion bei der Schaffung von Ideen und Lösungen in einem definierten Handlungsspielraum (Scholz, 2017, S. 46).

In einem multidisziplinären Arbeitsfeld, welches von Dynamik geprägt ist, ist es unzureichend, sich auf die Selbstverständlichkeit der Akzeptanz der eigenständigen Arbeit einer spezialisierten Berufsgruppe zu beziehen. Hilfreich kann die Schaffung von Klarheit, bezogen auf das Profil, die einzelnen Rollen, die berufliche Identität und Perspektiven sein (Aner, 2018, S. 425).

Gerade im Bereich der Altenbetreuung und -pflege und für die gesundheitliche und soziale Versorgung spielen Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung eine große Rolle. Die zunehmende Bedeutung hängt nicht nur mit dem demografischen Wandel, sondern auch mit dem Aspekt immer knapper werdender Ressourcen und öffentlicher Mittel zusammen. Des Weiteren hat sich der Wissensstand bzgl. Altenbetreuung und -pflege im Laufe der Zeit gesteigert (Beikirch & Klie, 2007, S. 148).

## 5 Zusammenfassung und Ausblick

In Anbetracht des demografischen Wandels und der immer älter werdenden Gesellschaft ist es erforderlich, dass die Gesundheitspolitik älteren Menschen eine individuelle und bedarfsorientierte Betreuung und Pflege gewährleistet. Zu den Herausforderungen des Gesundheitssystems zählen die zunehmend hohen Kosten im Bereich der Altenbetreuung und -pflege und die Forderungen nach qualitativer Betreuung und Pflege in diesem Bereich.

Für die Bewohnerinnen und Bewohner ist die Förderung der Lebensqualität entscheidend und demnach eine ganzheitliche Betrachtungsweise, herbeigeführt durch ein multiprofessionelles Team. Zu den Teammitgliedern zählen Ärztinnen bzw. Ärzte, Pflegepersonen, (Sozial)pädagoginnen bzw. (Sozial)pädagogen, Psychologinnen bzw. Psychologen etc.

Multidisziplinarität ist für die Altenbetreuung und -pflege förderlich und wertvoll. Das Gelingen erfolgreicher Multiprofessionalität ist dann garantiert, wenn eine andauernde Kooperation unterschiedlicher Disziplinen angestrebt wird. Eine enge Zusammenarbeit unterstützt eine multidimensionale und multiprofessionelle Betreuung, bei welcher alle Fachdisziplinen einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen und über die eigenen Grenzen der Disziplin hinausblicken. Hilfreich ist ein positiver Teamprozess, der sich durch Offenheit, Wertschätzung, konstruktive Kritik und ein freundliches Wort gegenüber den Teammitgliedern auszeichnet. Hierbei ist auf den Teamentwicklungsprozess nach Tuckman (1965) mit seinen fünf Phasen zu verweisen, wobei jede Phase unterschiedliche Besonderheiten aufweist (wie beispielsweise in der Storming-Phase, in der Konflikte von sich aus auftreten können).

Jede einzelne Profession kann einen wichtigen Beitrag zur Diagnose und Behandlung der Bewohnerinnen und Bewohner liefern, was wiederum für eine qualitative multiprofessionelle Betreuung und Pflege älterer Personen essentiell ist. Multiprofessionalität kann als Chance gesehen werden, um bestmöglich auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner einzugehen. Dennoch ist erforderlich, auf mögliche Risiken zu achten und sich dieser bewusst zu sein, wenn man langfristig eine qualitative Teamarbeit wünscht. Eine heterogene Zusammensetzung des Teams ist von Vorteil, um komplexe Aufgabenstellungen im Team bestmöglich lösen zu können.

Gerade im Bereich der Altenbetreuung und -pflege sind flexible und kompetente Teams gefragt, die sich rasch auf verschiedene Menschen und Situationen einstellen. Unterschiede innerhalb des Teams können belebend und ergänzend wirken, wodurch Synergieeffekte gefördert werden, denn sowohl Unterschiede, als auch Gemeinsamkeiten sind als förderlich zu werten. Alle Mitglieder mit ihren differenzierten Professionen, Fähigkeiten und Fertigkeiten leisten einen bedeutenden Beitrag zur Erreichung der Ziele. Halten sich die Teammitglieder an festgelegte Normen, Regeln, Vereinbarungen, dann ist dies unterstützend für die Zusammenarbeit und zwischenmenschliche Beziehungen. Die Bewohnerin bzw. der Bewohner steht im Mittelpunkt. Intensive Arbeit am und mit älteren Menschen, die Förderung ihrer Fähigkeiten und die

Erhaltung ihrer Ressourcen ermöglichen den Bewohnerinnen und Bewohnern ein selbstbestimmtes und selbständiges Leben.

Im Laufe weiterer Forschungsarbeiten sollte die Zusammensetzung multiprofessioneller Teams in österreichischen Altenbetreuungseinrichtungen und -pflegeeinrichtungen untersucht werden, um konkrete Einblicke bezogen auf die jeweiligen Rollenverständnisse einzelner Disziplinen zu erhalten. Darüber hinaus wäre es hilfreich, die in dieser Arbeit vorgestellten fördernden und hemmenden Faktoren betreffend multiprofessionelle Teamarbeit in der Altenbetreuung und -pflege empirisch zu erforschen.

## Literaturverzeichnis

- Abt-Zegelin, A. & Schnell, M.W. (2006). Einführung in das interdisziplinäre Problemfeld: Die Sprachen der Pflege. In A. Abt-Zegelin & M.W. Schnell (Hrsg.), *Die Sprachen der Pflege. Interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie* (Pflegebibliothek: Wittener Schriften, S. 9–14). Hannover: Schlütersche.
- Aner, K. (2018). Theorien Sozialer Arbeit und Geriatrie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51(4), 425–429. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1276-5>
- Beikirch, E. & Klie, T. (2007). Nationale Qualitätsniveaus - Multidisziplinäre Strategien zur Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40(3), 147–157. <https://doi.org/10.1007/s00391-007-0461-3>
- Böhnisch, L. (2012). *Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung* (Grundlagentexte Pädagogik, 6., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Brandenburg, H. (2015). Interdisziplinarität in der Gerontologie: Theoretische Probleme und praktische Herausforderungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48(3), 220–224. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-0873-4>
- Brünner, G. & Oesterlen, L. (2006). Die Pflege und die Sprachen der Dokumentation und Klassifikation. In A. Abt-Zegelin & M.W. Schnell (Hrsg.), *Die Sprachen der Pflege. Interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie* (Pflegebibliothek: Wittener Schriften, S. 45–55). Hannover: Schlütersche.
- Caritas Österreich (Hrsg.). (2004). *Betreuung und Pflege alter Menschen. Positionspapier der Caritas*. Wien. Zugriff am 01.12.2019. Verfügbar unter [https://www.caritas.at/fileadmin/storage/global/document/Positionspapiere/positionspapier\\_pflege.pdf](https://www.caritas.at/fileadmin/storage/global/document/Positionspapiere/positionspapier_pflege.pdf)
- Falkenroth, A. (2009). Soziale Arbeit in stationären Pflegeeinrichtungen - von der Versorgungseinrichtung zum Lebens- und Wohnort. In C. Zippel & S. Kraus (Hrsg.), *Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis* (S. 347–359). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Gatterer, G. (2007a). A. Strukturen der Altenbetreuung in Österreich. In G. Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 33–44). Wien: Springer.
- Gatterer, G. (2007b). Der alte Mensch im System der Altenbetreuung. In G. Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 3–16). Wien: Springer.
- Gatterer, G. (2007c). Die Rolle des älteren Menschen in der Zukunft: Herausforderung oder Resignation? In G. Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 483–486). Wien: Springer.

- Gatterer, G. (2007d). Psychologie im Alter - ein Überblick. In G. Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 197–238). Wien: Springer.
- Gatterer, G. (2007e). Qualitätssicherung in der Altenbetreuung. In G. Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 81–94). Wien: Springer.
- Gatterer, G. (Hrsg.). (2007f). *Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage). Wien: Springer.
- Gruner, H. (2015). *Erfolgreiche Pflegeteams bilden, entwickeln und stärken*. Zugriff am 01.12.2019. Verfügbar unter <https://pflege-professionell.at/erfolgreiche-pflegeteams-bilden-entwickeln-und-staerken>
- Hirsch, R.D. (2002). *Supervision, Teambberatung, Balintgruppe. Professionalisierung in der Altenarbeit* (Reinhardts gerontologische Reihe, Bd. 7, 2., überarb. Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Kramer, D. (2009). Demografische Grundlagen: Die Entjüngung des Wohlfahrtsstaats. In C. Zippel & S. Kraus (Hrsg.), *Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis* (S. 18–46). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Kühnert, S. (1999). Strategien zur Qualifizierung und Qualitätssicherung in der Altenpflege. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 249–261). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Künemund, H. & Schroeter, K.R. (2015). Gerontologie - Multi-, Inter- und Transdisziplinarität in Theorie und Praxis? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48(3), 215–219. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-0875-2>
- Leichsenring, K., Schulmann, K. & Gasior, K. (2015). *Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten. Bedingungen, Ziele und Perspektiven der Qualitätssicherung in der Langzeitpflege*. Wien. Zugriff am 01.12.2019. Verfügbar unter [https://www.arbeiterkammer.at/in-fopool/wien/Gute\\_Pflege\\_August\\_2015.pdf](https://www.arbeiterkammer.at/in-fopool/wien/Gute_Pflege_August_2015.pdf)
- Masemann, S. & Messer, B. (2010). *100 Tipps für Ihr Pflegeteam* (Brigitte Kunz Verlag - Pflege Leicht, 1. Aufl.). Hannover: Schlütersche.
- Möller, S. (2010). *Einfach ein gutes Team. Teambildung und -führung in Gesundheitsberufen*. Berlin: Springer.
- Mötzing, G. (2009). *Beschäftigung und Aktivitäten mit alten Menschen* (PflegeHeute.de, 2. Aufl.). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Naegele, G. (2009). Perspektiven einer fachlich angemessenen, bedarfs- und bedürfnisgerechten gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42(6), 432–440. <https://doi.org/10.1007/s00391-009-0070-4>

- Neubauer, G. & Gatterer, G. (2007). Pflegende Angehörige in stationären Einrichtungen. In G. Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 295–318). Wien: Springer.
- Runge, M. & Rehfeld, G. (2001). *Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team* (Flexibles Taschenbuch, 2., unveränd. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Scholz, D. (2018). *Keiner kann so viel wie alle. Teamarbeit und Teamentwicklung im Sozial- und Gesundheitswesen*. Wien: Facultas.
- Staudinger, C., Rosenberger-Spitzky, A. & Gatterer, G. (2007). Organisationsstrukturen der Altenbetreuung im Wandel. In G. Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 17–32). Wien: Springer.
- Steidl, S. & Nigg, B. (2014). *Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Ein Lehrbuch für Gesundheits- und Pflegeberufe* (4., überarbeitete Auflage). Wien: Facultas.
- Trilhof, G. & Borchelt, M. (2009). Soziales Assessment und systemische Leistungserfassung Sozialer Arbeit in der Geriatrie unter DRG-Bedingungen. In C. Zippel & S. Kraus (Hrsg.), *Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis* (S. 130–149). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Tuckman, B.W. (1965). Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*, 6(63), 384–399. Zugriff am 01.12.2019. Verfügbar unter <https://pdfs.semanticscholar.org/cd78/c763010e6eb856250b939e4eec438e14ef8f.pdf>
- Vogel, W. (2017). *Das Geriatrische Team. Wie interprofessionelles Arbeiten gelingt* (Altersmedizin in der Praxis, 1. Auflage). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Windolph, A. (2016). *Die Phasen der Teamentwicklung: Wie produktiv ist dein Team?* Zugriff am 01.12.2019. Verfügbar unter <https://projekte-leicht-gemacht.de/blog/pm-methoden-erklart/die-phasen-der-teamentwicklung-wie-produktiv-ist-dein-team/>
- Zimmermann, H.-P. (2015). Anders altern: Transdisziplinäre Perspektive. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48(3), 225–230. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-0880-5>
- Zirker, C. & Krings, S. (2016). Stolpersteine gemeinsam aus dem Weg räumen. *nds Die Zeitschrift der Bildungsgewerkschaft*, (8), 16–17. Zugriff am 01.12.2019. Verfügbar unter <http://www.nds-zeitschrift.de/nds-8-2016/stolpersteine-gemeinsam-aus-dem-weg-raeu-men>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Multiprofessionalität in der Altenbetreuung und -pflege.....	12
Abbildung 2: Teamentwicklungsmodell nach Tuckman.....	14