

Burtchen

Gesundheitsberufliche Verfahren im Vergleich

Studienheft Nr. 236

4. korrigierte Auflage 01/2023

VerfasserInnen

Prof. Dr. Irene Burtchen

Professorin im Fachbereich Gesundheitswissenschaften an der DIPLOMA Hochschule

Überarbeitung 2. Auflage

Josef Galert jr. M.Sc.

Dozent im Studiengang Medizinalfachberufe an der DIPLOMA Hochschule

Überarbeitung 3. + 4. Auflage

Dr. med. Astrid Blindow (Ärztin)

Leseprobe

© by DIPLOMA Private Hochschulgesellschaft mbH

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung und des Nachdrucks, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

DIPLOMA Hochschule

University of Applied Sciences

Am Hegeberg 2

37242 Bad Sooden-Allendorf

Tel. +49 (0) 56 52 58 77 70, Fax +49 (0) 56 52 58 77 729

Hinweise zur Arbeit mit diesem Studienheft

Der **Inhalt** dieses Studienheftes unterscheidet sich von einem Lehrbuch, da er **speziell für das Selbststudium aufgearbeitet** ist.

In der Regel beginnt die Bearbeitung mit einer Information über den Inhalt des Lehrstoffes. Diese Auskunft gibt Ihnen das **Inhaltsverzeichnis**.

Beim Erschließen neuer Inhalte finden Sie meist Begriffe, die Ihnen bisher unbekannt sind. Die **wichtigsten Fachbegriffe** werden Ihnen übersichtlich in einem dem Inhaltsverzeichnis nachgestellten **Glossar** erläutert.

Den einzelnen Kapiteln sind **Lernziele** vorangestellt. Sie dienen als Orientierungshilfe und ermöglichen Ihnen die Überprüfung Ihrer Lernerfolge. Setzen Sie sich **aktiv** mit dem Text auseinander, indem Sie sich Wichtiges mit farbigen Stiften kennzeichnen. Betrachten Sie dieses Studienheft nicht als "schönes Buch", das nicht verändert werden darf. Es ist ein **Arbeitsheft**, **mit** und **in** dem Sie arbeiten sollen.

Zur **besseren Orientierung** haben wir Merksätze bzw. besonders wichtige Aussagen durch Fettdruck und/oder Einzug hervorgehoben.

Lassen Sie sich nicht beunruhigen, wenn Sie Sachverhalte finden, die zunächst noch unverständlich für Sie sind. Diese Probleme sind bei der ersten Begegnung mit neuem Stoff ganz normal.

Nach jedem größeren Lernabschnitt haben wir Übungsaufgaben eingearbeitet, die mit „**SK = Selbstkontrolle**“ gekennzeichnet sind. Sie sollen der Vertiefung und Festigung der Lerninhalte dienen. Versuchen Sie, die ersten Aufgaben zu lösen und die Fragen zu beantworten. Dabei werden Sie teilweise feststellen, dass das dazu erforderliche Wissen nach dem ersten Durcharbeiten des Lehrstoffes noch nicht vorhanden ist. Gehen Sie diesen Inhalten noch einmal nach, d. h. durchsuchen Sie die Seiten gezielt nach den erforderlichen Informationen.

Bereits während der Bearbeitung einer Frage sollten Sie die eigene Antwort schriftlich festhalten. Erst nach der vollständigen Beantwortung **vergleichen Sie Ihre Lösung mit dem** am Ende des Studienheftes **angegebenen Lösungsangebot**.

Stellen Sie dabei fest, dass Ihre eigene Antwort unvollständig oder falsch ist, müssen Sie sich nochmals um die Aufgabe bemühen. Versuchen Sie, jedes behandelte Thema vollständig zu verstehen. **Es bringt nichts, Wissenslücken durch Umblättern zu beseitigen.** In vielen Studienfächern baut der spätere Stoff auf vorhergehendem auf. Kleine Lücken in den Grundlagen verursachen deshalb große Lücken in den Anwendungen.

Zudem enthält jedes Studienheft **Literaturhinweise**. Sie sollten diese Hinweise als ergänzende und vertiefende Literatur bei Bedarf zur Auseinandersetzung mit der jeweiligen Thematik

Gesundheitsberufliche Verfahren im Vergleich

betrachten. Finden Sie auch nach intensivem Durcharbeiten keine zufriedenstellenden Antworten auf Ihre Fragen, **geben Sie nicht auf. Wenden Sie sich** in diesen Fällen schriftlich oder fernmündlich **an uns**. Wir stehen Ihnen mit Ratschlägen und fachlicher Anleitung gern zur Seite.

Wenn Sie **ohne Zeitdruck** studieren, sind Ihre Erfolge größer. Lassen Sie sich also nicht unter Zeitdruck setzen. **Pausen** sind wichtig für Ihren Lernfortschritt. Kein Mensch ist in der Lage, stundenlang ohne Pause konzentriert zu arbeiten. Machen Sie also Pausen: Es kann eine kurze Pause mit einer Tasse Kaffee sein, eventuell aber auch ein Spaziergang an der frischen Luft, sodass Sie wieder etwas Abstand zu den Studienthemen gewinnen können.

Abschließend noch ein formaler Hinweis: Sofern in diesem Studienheft bei Professionsbezeichnungen und/oder Adressierungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form Verwendung findet (z. B. „Rezipienten“), sind dennoch alle sozialen Geschlechter, wenn kontextuell nicht anders gekennzeichnet, gemeint.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Bearbeitung dieses Studienheftes.

Ihre

DIPLOMA
Private Hochschulgesellschaft mbH

Inhaltsverzeichnis	Seite
Glossar	6
1. Einführung	8
2. Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Gesundheitsberufe	9
2.1 Die Rolle der Gesundheitsberufe im deutschen Gesundheitssystem	9
2.2 Das Spektrum gesundheitsberuflicher Aufgabenbereiche	11
2.3 Der Spagat zwischen Kooperation und Abgrenzung	12
3. Grundlegende Anforderungen an gesundheitsberufliche Verfahren und ihren Einsatz	16
3.1 Formale Anforderungen	18
3.2 Inhaltliche Anforderungen	18
3.3 Strukturelle Anforderungen	19
4. Derzeitiger Forschungsstand zu den Verfahren im Vergleich	21
4.1 Die internationale Forschungslage	21
4.2 Die Forschungssituation in Deutschland	26
4.3 Reflexion der bislang vorliegenden Forschungsergebnisse	30
5. Die künftige Bedeutung von Verfahren zur Optimierung von Behandlungsprozessen	33
5.1 Zum Zusammenhang zwischen Verfahrenstechniken und den sie anwendenden Personen	33
5.2 Zur Überlegenheit integrativer Verfahrensweisen	36
5.3 Zur Problematik der Effektivitäts- und Effizienzmessung	40
Lösungen der Übungsaufgaben	45
Literaturhinweise und Quellenangaben	48

Gesundheitsberufliche Verfahren im Vergleich

Glossar

ADHS	Abkürzung für Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung; psychische Störung mit den Leitsymptomen Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität
autokratisch	hier: allein bestimmend
amortisieren	Anschaffungskosten durch Ertrag wieder einbringen
Burn-out-Symptome	Zustand emotionaler Erschöpfung mit psychosomatischen Beschwerden, Depression oder Aggressivität; erhöhte Suchtgefahr
karitativ	mildtätig
Chiropraktiker	Fachmann, der verschobene Wirbelkörper und Bandscheiben manuell wieder einrenkt
Compliance	kooperatives Patientenverhalten in der Therapie
Delegationssystem	Regelung, Leistungen an andere zu übertragen
Design	hier: Untersuchungsentwurf
Direct Access	Zugang zu Heilmitteln ohne ärztliche Verordnung
Effizienz	Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit
Entität	gegebene Einheit
evaluieren	bewerten, beurteilen
exorzistisch	(Geister) austreibend
fatal	verhängnisvoll, folgenschwer
Generika	Arzneimittel, die einem bereits auf dem Markt befindlichen, als Markenzeichen eingetragenen Präparat in der Zusammensetzung gleichen, aber billiger angeboten werden und als Namen die chemische Kurzbezeichnung tragen
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health; von der WHO 2001 herausgegebene Einteilung zur Beschreibung von Gesundheits-, Behinderungs- und (sozialem) Beeinträchtigungszustand
Implikation	Einbeziehung einer Sache in eine andere
interaktional	aufeinander wechselseitig reagierend
Komorbidität	Vorkommen von zwei oder mehr diagnostisch unterscheidbaren Krankheiten nebeneinander bei einem Patienten, ohne dass eine

Gesundheitsberufliche Verfahren im Vergleich

	ursächliche Beziehung zwischen diesen bestehen muss
Konsens	Übereinstimmung der Meinungen
Kryotherapie	lokale Kälteerzeugung durch Eis, tiefgekühlte Silikatmasse o. Ä. zur Hemmung entzündlicher Prozesse oder Hämatombildung bei rheumatischen Erkrankungen in einer Kältekammer
Melatonin	neurosekretorisches Hormon, das an der Steuerung des Schlaf-wach-Rhythmus beteiligt ist
o. S.	ohne Seitenzahlangabe
Parameter	kennzeichnende Größe
paternalistisch	bevormundend
Plastizität, neuronale	lebenslange Formbarkeit neuronaler Verschaltungen im Gehirn
Podologie	Fußheilkunde
Prämisse	Voraussetzung
p-Werte	Zahlen, die die statistische Signifikanz eines Ergebnisses angeben
randomisiert	durch Zufallsauswahl zugeordnet
Review	hier: Überblick über Fachartikel zu einer bestimmten Fragestellung
segregativ	absondernd, aufspaltend
Setting	Umgebung
Variable	veränderliche Größe, Element aus einer vorgegebenen Menge
verblindet	Untersuchungsteilnehmer wissen nicht, ob sie zur Test- oder zur Kontrollgruppe gehören
Vulnerabilität	Verletzlichkeit

1. Einführung

Im Rahmen des Bachelor-Studiums für die Gesundheitsberufe sollen sich die Studierenden unter anderem auch mit gesundheitspolitischen Fragestellungen befassen. Dazu gehören nicht nur Kenntnisse über Gesundheitssysteme und Versorgungsformen sowie gesundheitsfördernde Ansätze, sondern auch das Wissen um gesundheitsberufliche Verfahren und die kritische Reflexion unterschiedlicher gesundheitsberuflicher Vorgehensweisen. Erst wenn der Wert und die Effektivität solcher Instrumente sachgerecht eingeschätzt werden kann, lassen sich Ansatzpunkte für ggf. notwendige Veränderungen im System formulieren und Forderungen begründen, die zum Wohle aller Beteiligten dann durch entsprechende Lobbyarbeit kanalisiert und im besten Fall auch längerfristig durch- und umgesetzt werden können.

Das Studienheft „Gesundheitsberufliche Verfahren im Vergleich“ widmet sich daher den folgenden Fragen:

- Welche Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Alleinstellungsmerkmale kennzeichnen die Gesundheitsberufe im Vergleich, sodass sie einerseits grundlegende Aufgaben miteinander teilen, aber andererseits ihre fachliche Eigenständigkeit bewahren und vertreten können?
- Welche Anforderungen werden an gesundheitsberufliche Verfahren gestellt und wie sind diese Verfahren in Theorien, Modelle oder Konzepte eingeordnet?
- Wie lässt sich der derzeitige Forschungsstand auf dem Gebiet der gesundheitsberuflichen Verfahren im Vergleich kennzeichnen? Welche Ergebnisse liegen diesbezüglich bereits vor; worin besteht noch weiterer Forschungsbedarf?
- Welche Bedeutung werden gesundheitsberufliche Verfahrenstechniken zukünftig haben und worin sollte der Schwerpunkt möglicher Änderungsprozesse liegen?

Während es bei den Veranstaltungen zum Clinical-Reasoning unter anderem um diagnostische Verfahren und bei den Vorlesungen zur Sozialforschung vorwiegend um Evaluierungsverfahren ging, beschäftigt sich dieses Studienheft mit Behandlungsverfahren, d. h. es soll ein vertieftes Verständnis dafür entwickelt werden, welche Behandlungsanforderungen an die Gesundheitsfachkräfte gemeinsam gestellt werden und welche Aspekte dabei zu berücksichtigen sind.

Das leitende Vermittlungsinteresse liegt darin, ein **interdisziplinäres, wissenschaftlich fundiertes Reflexionsvermögen** zu schulen, das Ihnen bei der Beurteilung von Veröffentlichungen zu bestimmten Behandlungsverfahren und deren Einsatz in der Praxis hilfreich sein kann.

Nach dem Durcharbeiten des Studienhefts und der Vertiefung der darin enthaltenen Gedanken im Austausch mit Ihren Kommilitonen sollten Sie dann auch in der Lage sein, aus dem Spektrum der Fragestellungen ein geeignetes Thema für Ihre wissenschaftliche **Hausarbeit** abzuleiten und in Abstimmung mit Ihrem Betreuer den Titel für eine solche Arbeit festzulegen.

Vielleicht erwächst aus der differenzierteren Auseinandersetzung mit den vielfältigen Problemen gesundheitsbezogener Fragestellungen ja sogar der Wunsch, Ihre spätere Bachelor-Thesis einer entsprechenden Thematik widmen zu wollen. Ihr Vorteil als Studierender im Bereich der Gesundheitsberufe in Deutschland besteht bis auf Weiteres vor allem darin, dass es bisher mehr

Forschungslücken als schlüssig beantwortete Fragen gibt. In diesem Sinne wünschen wir Ihnen bei der Bearbeitung dieses Studienhefts und der Wahl eines für Sie interessanten Forschungsgebiets den bestmöglichen Erfolg.

In diesem Studienheft befinden sich (wie bereits gewohnt) am Ende jedes Kapitels verschiedene Fragen und Übungsaufgaben, zu denen im letzten Kapitel des Studienhefts Antworten und Lösungsvorschläge angeboten werden. Die abschließenden Literaturhinweise dienen unter anderem zu einem weiterführenden Quellenstudium.

2. Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Gesundheitsberufe

Lernziele: Wenn Sie die folgenden Unterkapitel durchgearbeitet haben, sollten Sie sowohl die Aufgaben der Gesundheitsberufe insgesamt als auch die Schwerpunkte der verschiedenen Einzelberufe kennzeichnen können. Zudem sollten Sie in der Lage sein, Ihre eigene Profession gegenüber anderen Gesundheitsberufen abzugrenzen und Möglichkeiten einer sachgerechten Zusammenarbeit darzustellen.

2.1 Die Rolle der Gesundheitsberufe im deutschen Gesundheitssystem

Um den gesellschaftlichen Stellenwert Ihrer Berufsgruppe insgesamt nachvollziehen zu können, ist es wichtig, zunächst etwas über die deutschen Bildungstraditionen zu wissen. Trotz vielfacher Bemühungen, das dreigliedrige allgemeinbildende Schulsystem bundesweit zu modifizieren, ist es nämlich bisher nicht gelungen, die damit verbundenen Wertvorstellungen nachhaltig zu beeinflussen. Der höchste allgemeinbildende Schulabschluss ist nach wie vor das **Abitur**, die „Allgemeine Hochschulreife“. Hiermit wird grundsätzlich die Erwartung verbunden, dass anschließend eine Akademiker-Laufbahn eingeschlagen wird. Die so genannte **Mittlere Reife** ist hingegen für diejenigen vorgesehen, die sich weniger wissenschaftlich orientieren wollen, sondern eher einen Fachberuf anstreben, der auf die Anwendung wissenschaftlicher Grundlagen aufgebaut ist. **Hauptschulabsolventinnen und -absolventen** schließlich sollen ihre berufliche Position in Anlernberufen finden, in denen die Ausführung praktischer Tätigkeiten im Mittelpunkt steht. Wenngleich diese starren Regelungen heutzutage nicht mehr ganz der Realität entsprechen, herrscht das Denken in entsprechenden Wertungskategorien dennoch in vielen Köpfen vor und schlägt sich auch in den verschiedenen gesellschaftspolitischen Entscheidungen nieder.

In dieses Denkschema fällt beispielsweise auch der Begriff „Heilhilfsberufe“, der mit der Erwartung verbunden ist, dass in diesen Berufen zwar Aufgaben übernommen werden, die der Heilung dienen, aber lediglich als Helfende von akademischen Berufsgruppen (in diesem Fall der Ärzteschaft). Dies drückt sich in den Zusatzbezeichnungen dieser Berufe, wie „Assistent/-in“, „Pfleger/-in“ oder „Helfer/-in“, aus und wird in gesetzlichen Vorgaben festgeschrieben, die in Deutschland zu einer Einschränkung der Handlungsautonomie der Betroffenen beitragen (nämlich der Abhängigkeit von ärztlichen Auftraggebern), während in anderen Ländern der direkte Zugang zu Therapeuten (**Direct Access / First Contact Practitioner**) ohne ärztliche Verordnung nicht nur möglich ist, sondern auch staatlich abgesichert wird. Die Vermeidung des so genannten **Delegationssystems** in den verschiedenen Ländern (Niederlande, Norwegen, Schweden, Großbritannien, Australien, Kanada und den USA) hat im Übrigen zu einer Kostensenkung im Gesundheitswesen und zur Effizienzsteigerung von Behandlungserfolgen beigetragen. In der deutschen Gesundheitspolitik konnten hierfür bisher noch keine durchgehenden Mehrheiten gefunden werden. Ein erster **Modellversuch** nach § 63 Abs. 3b SGB V läuft jedoch seit 2011

Gesundheitsberufliche Verfahren im Vergleich

in Kooperation mit der Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit und dem *Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten - IFK e. V.* Im ersten Zwischenbericht zeigt sich bereits eine positive Tendenz für den direkten Zugang im Hinblick auf die Kriterien **Schmerzreduktion** und höhere **gesundheitsbezogene Lebensqualität** (Repschläger, 2013).

Bei der Festschreibung von **Zugangsvoraussetzungen** für die Gesundheitsberufe zeigen sich zwar immer wieder Schwankungen, die je nach der wirtschaftlichen Gesamtsituation zur Herauf- oder Herabsetzung der Eingangsbedingungen für verschiedene Berufe geführt haben, aber das Grundkonzept der eingeschränkten Heilkundenausübung für Nicht-Mediziner wurde bislang weitgehend beibehalten. Dadurch kommt es zu einer wertenden Einordnung der Gesundheitsberufe in das Gesundheitssystem, die auch mit entsprechenden finanziellen Folgen für die Betroffenen verbunden ist, aber den heutigen Anforderungen an diese Berufsgruppen nicht mehr gerecht wird.

Vom Bildungsniveau her bringt die Mehrzahl der Fachschülerinnen und Fachschüler heute bereits zumindest das Fachabitur in die Ausbildung ein. Während die Ärzteschaft und die Pharmaindustrie jedoch über einen starken berufsständischen Einfluss auf die Gesundheitspolitik verfügen, haben die Gesundheitsberufe bei Weitem weniger Mitwirkungsmöglichkeiten bei gesetzgebenden Entscheidungen oder sind in Berufsvertretungen organisiert, in denen ihre Interessen oft nur partiell wahrgenommen werden. Die Bereitschaft, an die Fachausbildung noch ein Studium anzuschließen, bleibt somit dem individuellen Engagement Einzelner überlassen (wofür Sie ja ein gutes Beispiel sind). Es bleibt allerdings zu hoffen, dass die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe zunehmend in die Richtung geht, dass eine akademisch fundierte Ausbildung zum künftigen Standard werden wird.

Mit der Akademisierung der Ausbildung allein werden jedoch bestehende Vorurteile und Erwartungen noch nicht überwunden. Erst wenn eine inhaltliche und tarifliche Neuordnung der Gesundheitsberufe erreicht werden kann, werden sie als autonome Vertreter eines Berufsstandes gelten, der von Selbstständigkeit und Professionalität geprägt ist.

Durch die alten Bildungstraditionen (auch der Begriff „Berufsstand“ stammt ja aus dem Mittelalter, wo die ständische Ordnung das Gesellschaftsleben regelte) vollziehen sich Umstrukturierungen aber stets ziemlich langsam oder nur durch entsprechenden Druck, sodass zunächst einmal ein Bewusstsein und ein Zusammenschluss von Betroffenen geschaffen werden muss, die zu gemeinsamen Anstrengungen und zu einer gleichen Stoßrichtung führen können. Solange es Berufsvertreter gibt, die sich in den bestehenden Verhältnissen eingerichtet haben und vielleicht auch fürchten, unter Umständen aus ihrer eigenen Position verdrängt zu werden, sind Veränderungen erschwert oder können blockiert werden. Hier bedarf es zum Teil jedoch auch mehr Aufklärungsarbeit, um ein einheitliches berufsübergreifendes Ziel zu erkennen und zu verwirklichen.

Merke: Die Einordnung der Gesundheitsberufe in das deutsche Gesundheitssystem entspricht einem überkommenen Stände-Denken, das auf alten Bildungstraditionen beruht. Eine Anpassung der Berufsordnungen an den internationalen Standard ist dringend erforderlich, lässt sich jedoch kaum ohne konzertierte Aktionen der betroffenen Berufe verwirklichen.

2.2 Das Spektrum gesundheitsberuflicher Aufgabenbereiche

So breit die Fächerung der Gesundheitsberufe auch angelegt ist, haben sie dennoch alle eine Grundstruktur, auf die ihre Tätigkeiten ausgerichtet sein sollen: Sie werden auf ärztliche Anordnung hin tätig und dienen zumeist als Bindeglied zwischen ärztlichem Handeln und den Hilfe suchenden Patienten. Etwas weiter gefasst könnte man auch sagen: Sie stehen zwischen der Medizintechnik und den damit in Verbindung kommenden Menschen.

Auch wenn sie im Auftrag einer Instanz oder mehrerer weisungsbefugter Personen tätig werden, müssen sie die Verantwortung für ihre beruflichen Leistungen übernehmen und haften für mögliche eigene Fehler. Gerade im Umgang mit Patienten, als in der Regel medizinische Laien, aber auch mit anderen medizinischen Professionen werden hohe Anforderungen an die fachlichen und menschlichen Kompetenzen gestellt, die in anderen Dienstleistungsberufen nicht so folgenschwere Auswirkungen haben können. Eine haftungsrechtliche Versicherung kann sie nicht bei ethischen Entscheidungen schützen, die sie im Problemfall treffen müssen. Somit unterliegen sie insgesamt einem Stressrisiko, das bei einer Extrembeanspruchung zur eigenen körperlichen und psychischen Überlastung führen kann (vgl. Weinert 2004, Voelker und Richter 2010). Neben der Professionalisierung auf fachlicher Ebene ist deshalb auch die Beachtung einer individuellen Psychohygiene nötig, die vor übermäßigem psychischen Verschleiß und Burn-out-Symptomen schützt.

Natürlich unterscheiden sich die Belastungen in den verschiedenen Gesundheitsberufen nicht nur von den einzelnen fachinhaltlichen Anforderungen, sondern es kommt auch auf den jeweiligen Arbeitsplatz an. Auf einer Intensivstation oder in einer Rettungsambulanz geht es zumeist hektischer zu als in einem Labor oder einer Langzeitpflegeeinrichtung. Ebenso kann die Konfrontation mit dem Sterbeprozess je nach situativer Einbettung unterschiedlich ausfallen. Auch macht es einen Unterschied, ob man in einem hierarchisch organisierten System oder als Inhaber einer Praxis tätig wird sowie ob das Betriebsklima eher angenehm oder von Konkurrenz- und Neidgefühlen geprägt ist.

Selbst wenn man sich bewusst für einen bestimmten Aufgabenbereich entschieden hat, lassen sich die konkreten Arbeitsbedingungen nicht unbedingt vorhersagen oder beeinflussen. Je nach Klientel (jung/alt, arm/reich oder bunt gemischt) können sich die Anforderungen an die unterschiedlichen Fachberufe ähneln oder unterscheiden. Gemeinsam ist ihnen allerdings der Umgang mit Menschen, die sich in einer besonderen Situation befinden, die sich vom „Normalzustand“ abhebt. Dabei müssen Ängste, Verlustempfindungen und sonstige negative Erfahrungen berücksichtigt werden, die das Verhalten der Betroffenen mitbestimmen.

Zusammengefasst lassen sich die Anforderungen an die Gesundheitsberufe wie folgt kennzeichnen:

- Gesundheitsfachliche Auftragstätigkeit
- Verbindungsfunktion zwischen Medizintechnik und Menschen
- Relativ hohe Stressbelastung
- Umgang mit Menschen in besonderen Situationen.

Neben diesen gemeinsamen Merkmalen weist jeder Gesundheitsfachberuf seine spezifischen Aufgabenschwerpunkte auf. Zurzeit studierten an der Fachhochschule Nordhessen bislang Fachkräfte aus folgenden Bereichen (in alphabetischer Reihenfolge):

- Altenpflege
- Arzthilfe

Gesundheitsberufliche Verfahren im Vergleich

- Diät-Assistenz
- Ergotherapie
- Heilerziehungspflege
- Krankenpflege
- Logopädie
- Medizinalverwaltung
- Medizinisch-technische Assistenz
- Physiotherapie
- Podologie
- Rettungsassistent

Weitere Gesundheitsberufe können je nach Bedarf und Interesse hinzukommen. Da die Verteilung der verschiedenen Berufsgruppen in den einzelnen Studienzentren sehr unterschiedlich ausfällt, würde es den Rahmen dieses Studienhefts übersteigen, auf jede einzelne Berufsgruppe näher einzugehen. Sinnvoller erscheint es, dass sich die jeweiligen Berufsvertreterinnen und -vertreter in ihrer Studiengruppe selbst vorstellen und ihr Arbeitsgebiet den anderen Gruppenmitgliedern gegenüber verdeutlichen. Zu Ähnlichkeiten, Unterschieden und möglichen Überschneidungen von Tätigkeitsfeldern sollen in den folgenden Kapiteln an den entsprechenden Stellen jedoch einzelne Beispiele angeführt werden.

Des Weiteren geht mit dem neuen Pflegeberufegesetz von 2017 und der Umsetzung im Jahr 2020, ein Wandel der Berufsbezeichnung einher. Jene Ausbildungsgänge, wie die der Kranken- und Altenpflege, werden langsam „aussterben“ und durch die Berufsbezeichnung Pflegefachmann bzw. Pflegefachfrau ersetzt (Pflegeberufegesetz - PflBG, https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/_1.html)

Merke: Alle Gesundheitsberufe haben einen vergleichbaren Arbeitsauftrag. Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den einzelnen Berufen ergeben sich nicht nur im Hinblick auf Fachbereiche oder -gebiete und eine spezifische Situationseinbettung der jeweiligen Aufgaben, sondern auch in Bezug auf organisationsbezogene Variablen.

2.3 Der Spagat zwischen Kooperation und Abgrenzung

Während einige gesundheitsberuflichen Berufsgruppen mit großer Wahrscheinlichkeit im Arbeitsalltag kaum miteinander direkt in Berührung kommen, gibt es bei anderen wiederum engere Kontakte, was zur Kooperation, aber auch zu Abgrenzungsproblemen führen kann, da Überschneidungen in den Handlungsfeldern auftreten mögen. Dies hat unter anderem in der Realisierung des **biopsychosozialen Gesundheitsmodells** seinen Ursprung, wobei jede Berufsgruppe nunmehr daran interessiert ist, ihren Beitrag zu einer ganzheitlichen Behandlung von Patientinnen und Patienten zu leisten.

So können sich beispielsweise die Arbeitsgebiete der Ergotherapie und der Physiotherapie oder beider Berufsgruppen mit denen der Pflegekräfte überschneiden. Damit dies nicht zu kurios anmutenden Interpretationen führt (Zitat aus der Praxis: „Die Ergotherapie ist für die oberen Extremitäten und die Physiotherapie für die unteren Extremitäten zuständig“) oder es gar zu wechselseitigen Abwertungen kommt („Die Therapeuten spazieren mit den Patienten durch die Gegend, während die Pflege die Dreckarbeit macht“), sollte in der interdisziplinären Zusammenarbeit stets die gemeinsame Zielsetzung

Gesundheitsberufliche Verfahren im Vergleich

im Mittelpunkt stehen, nämlich dem Wohlbefinden aller Betroffenen zu dienen. Gleichzeitig kann aber auch eine sinnvolle Aufgabenteilung angestrebt werden, bei der jede Berufsgruppe – je nach Behandlungsschwerpunkt auf die biologische, psychologische oder soziale Komponente – gleichberechtigt zum Genesungsprozess der Patienten beiträgt.

So kann am **biopsychosozialen Gesundheitsmodell** beispielhaft eine Unterscheidung der primären beziehungsweise überwiegenden Aufgaben der einzelnen Gesundheitsberufe vorgenommen werden: Welche Gesundheitsberufe agieren eher auf der **biologisch-somatischen** Ebene der Patienten, also bei Schmerz und bei der Körperfunktion, welche auf der **psychologischen**, wie bei der Stärkung der Widerstandskräfte und Verbesserung von Ressourcen bei hoher Vulnerabilität, und welche auf der **sozialen Ebene**, etwa bei der Einbindung in soziale Strukturen? Die Schwerpunkte, Überschneidungen und Abgrenzungen können zur Verdeutlichung der eigenen Möglichkeiten in der interdisziplinären Gruppe diskutiert werden.

Die manualtherapeutisch ausgerichtete Physiotherapeutin wird einen anderen Arbeitsschwerpunkt haben als der psychomotorisch oder sensorisch-integrativ tätige Ergotherapeut; die Pflegerin in der ambulanten Pflege eine andere Sicht als die Case-Managerin in der Universitätsklinik.

In einem weiteren Schritt ist es interessant, die unterschiedlichen Einflussmöglichkeiten der Gesundheitsberufe anhand der ICF-Klassifikationen (International Classification of Functioning, Disability and Health) zu betrachten:

- Körperfunktionen und -strukturen
- (Mögliche) Aktivitäten
- Partizipation (Teilhabe am sozialen Leben)
- Umweltfaktoren (Hilfsmittel, -Dienstleistungen u. Ä.)
- Personbezogene Faktoren (Fitness, Lebensstil, Bewältigungsstrategien etc.)

Auch hier werden die Unterschiede der einzelnen Aufgaben der Gesundheitsberufe deutlich, auch wenn sich viele sinnvolle Kooperationen herstellen lassen.

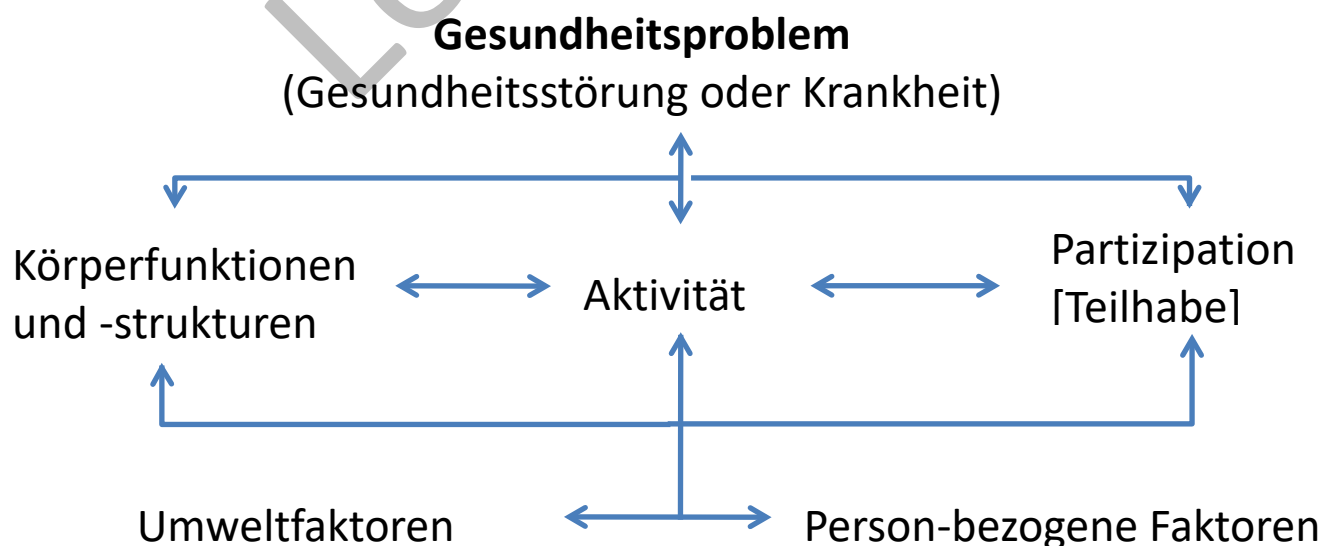


Abb. 1: ICF-Klassifikation WHO 2001

Gesundheitsberufliche Verfahren im Vergleich

Auf der anderen Seite ist es ebenso wichtig, die **Alleinstellungsmerkmale** der unterschiedlichen Gesundheitsberufe herauszustellen: „Wo gibt es fachliche Überschneidungen bei gemeinsamen Patienten, ab wann frage ich bei wem um Rat, wo beginnt mein Fachgebiet, wann endet meine Kompetenz und wann wird die Rücküberweisung zum Arzt nötig?“

Dieselbe Kooperations- und Abgrenzungsfähigkeit muss zudem von allen Gesundheitsberufen gleichermaßen gegenüber den Patienten selbst aufgebracht werden. Als Behandelnde geben wir nicht die Zielsetzung für einen Behandlungserfolg autokratisch vor, sondern es bedarf der gemeinsamen Zielfindung mit dem Patienten zusammen. Statt einer **paternalistischen Vorgabe** („Ich weiß, was für Dich gut ist“) wird eine **interaktionale Vorgehensweise** bevorzugt („Du teilst mir Deine Wünsche und Bedürfnisse mit, und ich vermittele Dir aus meiner fachlichen Sicht, wie sie sich realistisch befriedigen lassen könnten“). Denn nur, wenn der Patient aktiv an der Behandlung beteiligt ist und eine gemeinsame Zielfindung erreicht werden kann, lassen sich tatsächliche Fortschritte verzeichnen.

Die Behandelnden gehen also weder ausschließlich nach dem **karitativen Modell** vor („Ich möchte Dir helfen, weil ich weiß, was Du brauchst“) noch verfolgen sie überwiegend **rehabilitative Ziele** („Das muss man jetzt reparieren“) oder wenden gar **exorzistische Maßnahmen** an („Das musst Du aber auch sein lassen und Dir abgewöhnen, weil es stört“). Sicherlich ist es nicht immer einfach, einen wirklichen Konsens zu erreichen, aber das ehrliche Bemühen um den bestmöglichen Weg lohnt sich, selbst wenn dabei Fehler auftreten können, weil wir als Menschen eben nicht vollkommen sind.

Zum fachkompetenten Handeln gehört jedoch nicht nur die erwähnte Kooperationsbereitschaft, sondern auch ein ausreichendes Maß an Abgrenzungswillen bzw. -fähigkeit. Der jeweils Behandelnde setzt in der Zusammenarbeit mit dem Patienten zwar seine spezifischen Kompetenzen möglichst sinnvoll ein, ist allerdings nur bedingt für den Behandlungserfolg zuständig. Der Patient darf seine Eigenverantwortlichkeit nicht mit dem Eintritt in die Behandlung vollständig abgeben, sodass er dann mit einem etwaigen Erfolg oder Misserfolg von Behandlungsmaßnahmen nichts mehr zu tun hat. Dieses Denken herrscht zwar häufig (zumeist unbewusst) vor, trägt aber nicht zu einem nachhaltigen Wohlbefinden bei. Unter der Prämisse, dass jeder Mensch sich letztlich wohler fühlt, wenn er selbstständig und eigenverantwortlich handeln kann, lässt sich auch weniger einsichtigen Personen vermitteln, dass es wichtig ist, an einem gemeinsam gesetzten Ziel aktiv mitzuarbeiten.

Das Gleiche gilt für den Umgang mit Fachkolleginnen und -kollegen. Jeder übernimmt im Rahmen seiner Möglichkeiten die Aufgaben, die er am besten bewältigen kann. Dieser Satz mag sehr vereinfachend oder sogar unrealistisch anmuten, seine Aussage hat sich aber in der Anwendung tatsächlich bewährt. Statt Kompetenzgerangel oder Abschiebung von Selbstverantwortung tragen konstruktive und gleichzeitig autonome Handlungsweisen nachweislich zu einer positiven Problemlösung bei (vgl. Watzlawick et al. 2009).

Merke: Sowohl im Umgang der Gesundheitsberufe miteinander als auch mit Patientinnen und Patienten sind neben fachspezifischen Kompetenzen vor allem Kooperations- und Abgrenzungsfähigkeiten zielfördernd.

1. Mit welchen Implikationen ist der Begriff „Heilhilfsberufe“ verbunden?
2. Was sind die wesentlichen Nachteile eines Delegationssystems?
3. Kennzeichnen Sie drei Behandlungsmodelle, die einer interaktionalen Zielsetzung entgegenstehen können.

Leseprobe

5. Die künftige Bedeutung von Verfahren zur Optimierung von Behandlungsprozessen

Lernziele: In den folgenden Unterkapiteln wird zunächst die **Bedeutung der Personen**, die mit gesundheitsberuflichen Verfahren umgehen, in den Mittelpunkt der Betrachtungen gestellt. Außerdem werden **integrative Behandlungskonzepte** auf ihre Überlegenheit gegenüber der Anwendung von Einzelverfahren noch näher betrachtet. Die damit verbundene **Problematik der Effizienzmessung** von Behandlungserfolgen soll dann abschließend vor dem Hintergrund der Komplexität menschlicher Denk- und Handlungsweisen ebenfalls noch einmal etwas ausführlicher diskutiert werden. Nach dem Durcharbeiten dieser Kapitel sollten Sie die jeweiligen Erkenntnisse auf Ihre berufliche Tätigkeit beziehen können und die eigene Position zu den angesprochenen Grundsatzfragen nicht nur formulieren, sondern auch gegenüber anderen Fachvertretern begründen können.

Gesundheitsberufliche Verfahren bilden das Handwerkszeug für die Ausübung Ihres jeweiligen Berufs. Welche Auswahl Sie für welchen Patienten treffen und wie kompetent Sie mit vorhandenen Verfahren umgehen, trägt wesentlich zu Ihren Behandlungserfolgen bei. Von den einzelnen Verfahren wird wiederum erwartet, dass sie bei richtiger Anwendung unabhängig von den behandelnden Personen selbst zu den gewünschten Erfolgen führen.

Diese Sichtweise ist jedoch in einem neueren Fachartikel zielstrebig infrage gestellt worden. Die Rehabilitationswissenschaftlerin Emma Stack postulierte, **dass es auf die Person des Behandelnden viel stärker ankomme als auf die angewendeten Behandlungstechniken** (Stack 2006). Ihre Thesen sollen im folgenden Unterkapitel genauer dargestellt werden.

5.1 Zum Zusammenhang zwischen Verfahrenstechniken und den sie anwendenden Personen

Entgegen der üblichen Sichtweise, dass verschiedene Behandlungsverfahren zu mehr oder weniger erfolgreichen Ergebnissen führen, geht Stack (a. a. O.) von folgenden Thesen aus:

Wenn ein Mensch sich umsorgt fühlt; wenn ihm Aufmerksamkeit und Zuwendung entgegengebracht wird; wenn sein Körper angenehme Berührungen erfährt; wenn ihm Hoffnung vermittelt wird und wenn man ihn ermutigt, dann geht es ihm besser, als wenn ihm eine solche Behandlung nicht zuteil wird. Diese Aspekte hat die Wirksamkeitsforschung bislang vernachlässigt. Jeder Erfolgsnachweis einer Behandlung kann aber nicht unabhängig von solchen Variablen betrachtet werden.

Jeder, dem es einmal nicht gut gegangen ist und der von einer Gesundheitsfachkraft umsorgt und behandelt wurde, ist in der Lage, die unterschiedlichen Behandler nach den genannten Kriterien einzuschätzen, und er tut das auch. Ein Patient schätzt diese Umgangsweisen wesentlich stärker ein als das jeweilige fachliche Wissen und Können von Therapie- und Pflegekräften.

Die **mitmenschlichen Fähigkeiten** spielen also eine wesentlich entscheidendere Rolle bei einer Behandlung als rein **technische Verfahrensweisen**. Man stelle sich beispielsweise einen Patienten vor, der im Krankenhaus liegt und mobilisiert werden soll. Wenn er Schmerzen und Ängste hat, vermittelt ihm das Gefühl, in „guten Händen“ zu sein, eine Sicherheit, sodass er eher bereit ist, sich an seiner

Gesundheitsberufliche Verfahren im Vergleich

Mobilisation aktiv zu beteiligen. Ein gut ausgearbeiteter und ihm verständlich vermittelter Behandlungsplan führt dann zu der Überzeugung, dass die behandelnde Fachkraft kompetent ist. Sie kann ihn dazu bringen, dass er die Behandlung als in seinem Interesse liegend ansieht, trotz seiner Schmerzen und Ängste.

Auf der anderen Seite wird ein Patient, der sich gedrängt oder gar gezwungen fühlt, irgendetwas tun zu müssen, was er nicht einsieht, bei ihm aber Schmerzen und Ängste verstärkt oder sogar zusätzlich hervorruft, lieber untätig im Bett liegen bleiben wollen, als sich weiteren Qualen auszusetzen. Unsensible Fachkräfte verursachen dann ungewollt auch zusätzliche Kosten, weil sie die Patienten nicht zu einer aktiven Mitarbeit bringen können, sondern eher einem Vermeidungsverhalten Vorschub leisten.

Der seit einigen Jahren aufkommende Begriff der **Compliance**, also des kooperativen Patientenverhaltens an seinem eigenen Genesungsprozess, muss auch aus diesem Winkel betrachtet werden: Welche Motivation geht von der Therapeuten-Patienten-Interaktion aus?

Wenn man Patienten später nach dem Erfolg ihrer Behandlung befragt, werden sie ihre Einschätzung nicht wegen des jeweils angewandten Behandlungsverfahrens treffen, sondern nach der Art und Weise, wie mit ihm als Mensch umgegangen wurde. Wir sollten uns deshalb von der Sichtweise trennen, dass diese oder jene Behandlungstechnik, die wir einmal gelernt haben, von sich aus gut funktioniert und erfolgreich ist (insbesondere, wenn sie einen berühmten Namen hat). Vielmehr sollten wir uns verstärkt den **zwischenmenschlichen Aspekten** zuwenden, die bei jeder Behandlung zum Tragen kommen und die so wichtig sind. Das heißt aber nicht, dass nun ausgebildete Fachkräfte durch billigere Alternativen ersetzt werden sollten, weil ja Mitmenschlichkeit viele aufbringen könnten. Dies soll stattdessen bedeuten, dass zusätzlich zum jeweiligen fachlichen Können und Wissen eben noch mehr gehört, um eine Behandlung erfolgreich durchführen zu können.

Soweit die Kurzfassung des zitierten Artikels.

Welche Schlussfolgerungen lassen sich nun daraus ableiten? Wie kann man das Verhältnis zwischen der Bedeutung von verschiedenen Verfahrenstechniken und der Bedeutung des „Faktors Mensch“ angemessen gewichten? Hierzu liegen aus dem Bereich der Medizin noch keine empirischen Studien vor. Es gibt aber eine Reihe von Forschungsergebnissen aus den Bereichen der Pädagogik und der Psychologie, die zumindest als Denkanstoß herangezogen werden können, da sie sich auf eben diese Fragestellung (wenngleich in anderen Zusammenhängen) beziehen.

Bei der Anwendung von Verfahrenstechniken auf dem Gebiet der Lehrstoffvermittlung in Schulen gab es beispielsweise immer wieder Auseinandersetzungen zu der Frage, welche Lehrmethode zu besseren Erfolgen führt. Zumeist standen zwei unterschiedliche Ansätze zur Debatte, wobei sich beide „Schulmeinungen“ zunächst erbitterte Kämpfe über die Vorteile ihrer eigenen Methoden lieferten. So gab es den Gegensatz zwischen **analytischer** und **ganzheitlicher Methode** des Lesenlernens, des Erlernens musikalischer Grundkenntnisse oder des Erlernens bestimmter Techniken des Rechnens (Stichwort Mengenlehre).

Aufgrund der Kontroversen wurden zahlreiche wissenschaftliche Überprüfungsstudien durchgeführt. Die Ergebnisse waren jeweils übereinstimmend: Beide Alternativmethoden zeitigten entweder hohe oder geringe Erfolge, und zwar abhängig von denjenigen, die sie jeweils anwandten. Wer überzeugt von einer Methode war, erzielte gute Ergebnisse; wer jedoch weniger überzeugt war oder die jeweilige

Gesundheitsberufliche Verfahren im Vergleich

Methode innerlich sogar ablehnte, erzielte schlechte Ergebnisse. Das heißt: **Das Engagement der Anwender war entscheidender für den Erfolg als die Methode selbst.**

Ähnliche Ergebnisse waren bei Studien zu der Frage gefunden worden, ob Mütter als Hausfrauen oder als berufstätige Frauen die Entwicklung ihrer Kinder eher fördern können oder nicht. Auch hier gab es zwei Lager: Die Verfechter der These, eine Mutter müsse zumindest in den ersten Lebensjahren des Kindes zu Hause bleiben, und die Verfechter der Position, dass mütterliche Berufstätigkeit nicht schädlich, sondern eher förderlich für das Wohl des Kindes sei. Bei den entsprechenden wissenschaftlichen Untersuchungen stellte sich heraus, dass nicht der Faktor „Berufstätigkeit“ der entscheidende war, sondern die Zufriedenheit der Mutter mit ihrer jeweiligen Situation. Auf die Kindesentwicklung bezogen ergab sich folgende Rangreihe: Am schlechtesten schnitten die Kinder unzufriedener Hausfrauen ab. Danach folgten die Kinder von unzufriedenen berufstätigen Müttern und dann die der zufriedenen berufstätigen Mütter. Am besten verlief die Entwicklung bei den Kindern der zufriedenen Hausfrauen.

Ohne auf die weiteren Implikationen dieser Befunde näher einzugehen, weil dies von unserer Fragestellung zu weit wegführen würde, lässt sich Folgendes festhalten: Bei der Interaktion zwischen Menschen kommen offensichtlich Faktoren zum Tragen, die über reine Technik- und Methoden- bzw. Verfahrensfragen hinausreichen. Dies sollte nicht nur auf dem Gebiet der Pädagogik und Entwicklungspsychologie, sondern auch im Bereich der Medizin bedacht werden.

Für Sie als Vertreter der Gesundheitsberufe bedeutet dies, Ihr Augenmerk verstärkt auf **die Art und Weise** zu richten, wie Sie die in Ihrem Arbeitsfeld vorzufindenden Verfahrenstechniken für Ihre individuellen Patientinnen und Patienten auswählen und anwenden. Die beste Methode wird zum Scheitern verurteilt sein, wenn man nicht selbst von ihrem Erfolg überzeugt ist. Wiederum werden sich auch bei weniger populären Verfahren positive Effekte erzielen lassen, wenn die Anwendung beim Patienten von echtem Engagement und mitmenschlichen Handlungsweisen geprägt ist. Dies mag vielleicht auch ein wenig den Druck entschärfen, das jeweils „beste“ Verfahren aus der Fülle des Angebots herausfinden zu sollen. Das entbindet Sie jedoch nicht davon, sich der Verantwortung zu stellen, Ihren Patienten die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen, die Ihnen jeweils zur Verfügung steht.

Für die wissenschaftliche Erforschung gesundheitsberuflicher Verfahren bedeutet dies aber auch die ungeheure **Erschwernis der Effektivitätsnachweisbarkeit**. Denn um mit randomisierten, kontrollierten, doppelt-verblindeten Studien (RCTs: Randomised Controlled Trials) den wissenschaftlich höchsten Standard klinischer Studien gerecht zu werden, bedarf es der totalen Ausschaltung zwischenmenschlicher Interaktion (siehe mehr im Kapitel 5.3).

Merke: Den Gesundheitsfachkräften kommt als Vermittler zwischen Medizintechnik und Patienten eine Schlüsselfunktion zu, die über die Anwendung spezifischer Verfahrensweisen weit hinausreicht. Zwischenmenschlich positive Interaktionen tragen zum Behandlungserfolg wesentlich stärker bei als eine rein mechanische Durchführung von methodischen Handgriffen

5.2 Zur Überlegenheit integrativer Verfahrensweisen

In den vorherigen Kapiteln wurde bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass einzelne Verfahren jeweils ihre Vor- und Nachteile aufweisen können; bei einem Vergleich der Effektivität unterschiedlicher Behandlungsstrategien jedoch jene Vorgehensweisen die besten Erfolge erzielen, die mehrere Maßnahmen miteinander kombinieren. Es kommt also weniger auf das Für und Wider spezifischer Einzelverfahren an als vielmehr auf die **sinnvolle Einbettung in ein Gesamtkonzept**. Ein solches Konzept berücksichtigt die verschiedensten Aspekte, die im Behandlungsprozess wesentlich sein können.

Dazu gehören unter anderem folgende Variablen:

- Die integrative Einbeziehung aller physischen und psychischen Komponenten, die beim betreffenden Patienten zum jeweiligen Störungsbild gehören bzw. beitragen.
- Die Sinnhaftigkeit und Nachvollziehbarkeit der Behandlungsmaßnahmen aus Sicht des betroffenen Patienten.
- Die „Chemie“ zwischen den Behandelnden und dem Patienten sowie zwischen den Behandlern untereinander.

Dies bedeutet, dass nicht nur eine Kombination verschiedener Methoden aus einem einzigen Gesundheitsberuf erfolgreicher ist als die Anwendung eines Verfahrens allein, sondern auch das integrative Vorgehen der Fachberufe miteinander. Die Gesamtbehandlung eines Patienten oder einer Patientin sollte also nicht in verschiedene (mehr oder weniger voneinander unabhängige) Teilbereiche aufgesplittet, sondern möglichst von einem **multiprofessionellen Team** gemeinsam durchgeführt werden. Jeder bringt zwar seine speziellen Kenntnisse und Fähigkeiten mit in diesen Prozess ein, wird jedoch nicht isoliert von anderen Fachkräften aus den Nachbardisziplinen tätig. Vielmehr arbeiten alle im Rahmen eines vom Team gemeinsam abgesteckten Plans mit vernetzter Zielsetzung zusammen.

Dies hat sich bei der Versorgung von Patienten mit geistigen und psychischen Behinderungen bereits bewährt (vgl. Dosen 2007), wo Ärzte, Psychologen, Pädagogen, Therapeuten, Sozialarbeiter und Pflegekräfte – möglichst unter Einbeziehung der Bezugspersonen der Patienten – sinnvoll zusammenwirken. Auch bei der Behandlung von Suchtpatienten hat sich gezeigt, dass die Vernetzung von medizinischen und sozialpsychiatrischen Konzepten und Fachkräften von großer Bedeutung ist. Hintz und Mann (2006) weisen allerdings in ihrem Überblick über die Versorgungsstrategien für Suchterkrankte in Deutschland darauf hin, dass immer noch viel zu sehr nach segregativen Modellen vorgegangen wird, wo nicht nur zwischen den einzelnen Bereichen der Betreuung, sondern auch zwischen stationären und ambulanten Angeboten für die Patienten zu wenig Interaktion und Kooperation auf Seiten des Fachpersonals herrscht.

Da der Mensch in seinen biologischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen nicht auseinander dividiert werden kann, sondern eine integrative komplexe Einheit bildet, müssen sich sämtliche Behandlungsstrategien auf diese individuelle Entität ausrichten und nicht nur auf die einzelnen Teilgebiete. Dies gilt sowohl für psychiatrische als auch für alle anderen Erkrankungen. Die Überlegenheit eines integrativen Behandlungskonzepts hat sich z. B. ebenso bei chronischen Lungenerkrankungen (Hofer 2007), Multipler Sklerose (Launso und Skovgaard 2008) und bei Krebserkrankungen (Block et al. 2009) bewährt, und das Konzept kann grundsätzlich auf sämtliche

weitere Krankheitsbilder übertragen werden.

Bei unterschiedlichen Störungen ist auch ein jeweils **differenziertes Setting** zu berücksichtigen, in das die Behandlung eingebettet wird. So sollten beispielsweise Patienten mit Demenz, die wegen einer akuten Allgemeinerkrankung stationär behandelt werden müssen, nicht auf eine übliche Station eines Krankenhauses verlegt werden. Sie sollten stattdessen in einer speziellen Station für Menschen mit besonderen Bedürfnissen untergebracht werden, wo bereits durch eine anheimelnde Einrichtung (Möblierung, familiäres Ambiente) Geborgenheit und Vertrauen vermittelt werden kann. Diesbezügliche Studien haben gezeigt, dass dadurch weder die Kosten für die Behandlung steigen noch die Pflegekräfte dadurch überfordert werden würden (vgl. Zieschang et al. 2008). Eine solche Spezialstation wurde unter anderem im Bethanien-Krankenhaus des Geriatrischen Zentrums an der Universität Heidelberg eingerichtet und das Fachpersonal entsprechend geschult. Es wird empfohlen, solche Angebote bundesweit einzuführen.

Ein weiteres Beispiel ist aus der Logopädie zu nennen. Hier hat sich herausgestellt, dass Kinder und Jugendliche, die an Problemen des Stotterns leiden, statt in einer Einzeltherapie besser in einem Gruppensetting zu fördern sind. Dabei können neben sprachlichen Übungen und der Vermittlung von Selbstinstruktionstechniken auch die nötigen Informationen über das Störungsbild gegeben und durch den Austausch mit Gleichbetroffenen die Gefahr von Vermeidungs- und Fluchtverhalten verringert werden. Ein Modellprojekt, in das auch die Angehörigen einbezogen wurden, führte zu verblüffend guten Ergebnissen (vgl. Laiho und Klippi 2007). Durch die integrative Vorgehensweise verbesserte sich bei mehr als zwei Dritteln der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen nicht nur die Sprachflüssigkeit, zudem verringerte sich auch das Vermeidungs- und Fluchtverhalten entsprechend signifikant.

Im Bereich der Altenpflege hat sich gleichfalls gezeigt, dass die ganzheitliche, integrative Versorgung bei Kooperation und Supervision des Fachkräfteteams insbesondere für die Begleitung des Sterbeprozesses, aber auch bei Familienkonflikten der Betroffenen als sehr hilfreich empfunden wurde, und zwar sowohl von den Fachkräften selbst als auch von den Patienten und ihren Angehörigen (vgl. Kelsey und Laditka 2009).

Erfolgreiche multidisziplinäre und integrative Behandlungsprogramme wurden bei Patienten mit chronischen Depressionen bereits mehrfach ausführlich evaluiert (vgl. Murray et al. 2010). Die Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung im Bereich der Psychiatrie wurde auch bei drei Modellprojekten in Bonn schon erprobt und als zukunftsweisend weiterempfohlen (Banger 2008). Ebenso hat sich die Beachtung von Komorbiditäten bei chronischen Schmerzpatienten in der mehrdimensionalen interdisziplinären Kooperation als erfolgreicher herausgestellt als eine Behandlung durch einzelne Fachdisziplinen, die nicht miteinander im Team zusammenarbeiteten (vgl. Kirsh 2010).

Sämtliche der genannten neueren Studien verdeutlichen, wie wichtig die Einbeziehung aller physischen und psychosozialen Komponenten für das Wohlbefinden und die Lebensqualität der betroffenen Patienten und auch für die Zufriedenheit des Fachpersonals ist, woraus dann die bestmöglichen Behandlungserfolge resultieren können.

Die zweite der eingangs aufgelisteten Variablen betrifft die **Sinnhaftigkeit und Nachvollziehbarkeit** von Behandlungsmaßnahmen aus der Sicht der Patienten. Während früher das gesundheitsberufliche „Herrschaftswissen“ durch Patienten eher generell akzeptiert wurde, möchten heute die meisten lieber wissen und selbst verstehen, was warum an und mit ihnen geschieht bzw. durchgeführt wird. Vor allem durch die Möglichkeiten, die das Internet bereitstellt, informieren sich viele Patienten zunehmend über ihre Gesundheitsprobleme und Behandlungsmöglichkeiten und entwickeln sich so zum „**mündigen**“

Gesundheitsberufliche Verfahren im Vergleich

Patienten. Auch wenn sich Patienten heute in der Regel immer noch mehr oder weniger klaglos den Anweisungen des Fachpersonals fügen und die jeweiligen Maßnahmen zu akzeptieren scheinen, fühlen sie sich tatsächlich wohler, wenn sie nachvollziehen können, worum es sich bei den Vorgehensweisen konkret handelt und welchem Zweck sie im Einzelnen dienen sollen. Davon hängt nicht nur die Beurteilung der Behandlung und der behandelnden Personen ab, sondern in nicht unbeträchtlichem Maße auch der Behandlungserfolg selbst (vgl. Kap. 5.1).

In der Praxis lässt die Information der Patienten durch das medizinische Fachpersonal allerdings oft noch zu wünschen übrig. Dies liegt weniger an dem häufig beklagten Zeitmangel als vielmehr an dem einerseits **mangelnden Bewusstsein der Fachkräfte** über das, was ein Patient wirklich wissen möchte, und andererseits aber auch an mangelnden Fähigkeiten, jeweils die „richtigen Worte“ zu finden. Die zeitliche und inhaltliche Kommunikation mit Patienten müsste wesentlich stärker schon im Ausbildungsprozess der Gesundheitsfachkräfte geübt werden. Oft wird den Behandlern aber erst bewusst, was erforderlich ist und gewünscht wird, wenn sie selbst einmal in die Patientenrolle geraten.

Mit einem gesundheitsberuflichen Grundwissen kann man sich als Patient jedoch ganz anders artikulieren, als wenn man über ein solches Wissen kaum oder gar nicht verfügt. Damit haben Gesundheitsfachkräfte als Patienten im Vergleich zur übrigen Bevölkerung einen gewissen Vorteil. Trotzdem berichten sie über ihre eigenen Erfahrungen mit anderen Behandelnden häufig, wie hilflos sie sich „auf der anderen Seite“ im Behandlungsprozess gefühlt haben. Es sind Empfindungen des Ausgeliefertseins, die durch gute Informationsvermittlung und Erklärung von Behandlungsabfolgen wesentlich gemindert werden können.

Ferner mögen es Patienten auch weniger, wenn sie quasi wie ein unmündiges Kind behandelt werden. Der Kommunikationsprozess gestaltet sich dann wie in der Schule: Es werden Fragen beantwortet, die von den Betroffenen gar nicht gestellt wurden. Wiederum bleiben oft brennende Fragen unbeantwortet, weil die Fachkräfte nicht auf die Idee kommen, sich in die Abhängigen (Schüler, Patienten) ohne Weiteres wirklich hineinzusetzen.

Viele der Betroffenen trauen sich allerdings nicht, diesen Mangel direkt anzusprechen; sie äußern sich dazu dann erst in ihrem privaten Umfeld oder bei gezielten Studien, die zu dieser Problematik durchgeführt werden.

So ergab beispielsweise eine Nachbefragung bei insbesondere älteren Krankenhauspatienten, dass **mehr als die Hälfte** aus der stationären Behandlung entlassen worden waren, ohne irgendwelche Hinweise oder Informationen erhalten zu haben, worauf sie nach ihrer Entlassung achten sollten, welche weiteren Hilfen sie in Anspruch nehmen könnten und wie Angehörige im weiteren Alltag zur Reintegration des Patienten in sein soziales Umfeld beitragen können (vgl. Flacke et al. 2007).

44 Prozent der Befragten wurden zwar beraten, indem sie vorwiegend mündliche Informationen bekamen. Rund 10 Prozent erhielten schriftliche Hinweise, und jeder Fünfte bekam sowohl mündliche als auch schriftliche Instruktionen. Obwohl dies ein partiell gutes Ergebnis ist, gibt die Tatsache doch zu denken, dass der überwiegenden Mehrzahl der Patienten keinerlei Hilfen an die Hand gegeben wurde, wie ihr Heilungsprozess nach einer Klinikentlassung nachhaltig gefördert werden kann und sollte.

Lurie et al. (2002) haben dafür die Management-Strukturen in Krankenhäusern und ähnlichen Einrichtungen verantwortlich gemacht. Sie weisen anhand ihrer Studien darauf hin, dass

Gesundheitsberufliche Verfahren im Vergleich

Behandlungsprozesse von allen **multidisziplinären Team-Mitgliedern** regelmäßig im Computer festgehalten werden sollten, und zwar knapp, aber übersichtlich, sodass daraus Empfehlungen für die Weiter- und Nachversorgung abgeleitet werden können. Diese lassen sich schließlich auch für Patienten verständlich und hilfreich auf einem entsprechenden Bogen ausdrucken, der ihnen spätestens bei der Entlassung ausgehändigt werden sollte. Dafür sei es jedoch erforderlich, dass das Team sich auf ein geeignetes Vorgehen einigt und dass alle Beteiligten vorher entsprechend geschult werden, wie die Eintragungen sachgerecht im PC vorzunehmen sind. Fehlt ein solches Management, können die Eintragungen lückenhaft, unübersichtlich oder gar irrelevant ausfallen und zu einem „Datenfriedhof“ führen, der letztlich keinem wirklich nutzt. Becker (2007) verweist vor allem auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Erstellung von Entlassungsmanagement-Standards und -Dokumenten.

Die Zufriedenheit von Patienten mit ihrer Behandlung ist nach Kim et al. (2009) aber nicht nur von den Informationen allein abhängig, sondern vor allem von deren **Verständlichkeit**. Je verständlicher die einzelnen Befragten die ihnen gegebenen Auskünfte fanden, desto zufriedener äußerten sie sich. Dies traf besonders auf Patienten mit einem höheren Sozialstatus zu. Solche aus niedrigeren sozialen Schichten beklagten dagegen eher die mangelnden Zugangsmöglichkeiten zu geeigneten Hilfsangeboten. Ihnen war es nicht so wichtig, genaue Auskünfte zu bekommen, wenn sie diese mangels Umsetzbarkeit gar nicht nutzen konnten.

Des Weiteren wurde in einer Metastudie aus 2016 erfasst, dass die individuelle Betreuung durch die Ärzte, die Freundlichkeit der Ärzte, die Sauberkeit, die Organisation von Voruntersuchungen und die Wahrung der Privatsphäre, alles relevante Aspekte sind, die signifikanten Einfluss auf Patienten haben (Stein, et. al., 2016, <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1007/s00347-016-0422-6>)

Die dritte der oben genannten Variablen könnte man schließlich fast als Grundvoraussetzung für das Wirksamwerden der Überlegenheit integrativer Verfahrensweisen bezeichnen. Wenn das **„Klima“ im Team sowie zwischen den Team-Mitgliedern und den Patienten** „stimmt“, lassen sich alle Maßnahmen leichter umsetzen, als wenn es Kompetenzgerangel, Rivalitäten oder Kooperationsmängel gibt. Die besten Pläne bleiben auf der Strecke, wenn die Umsetzung wegen (unnötiger) Kommunikationsprobleme scheitert. Offene und verdeckte Hierarchiestrukturen können dazu beitragen, dass sich manche Berufsgruppen oder einzelne Berufsvertreter benachteiligt fühlen und ihre „Ohnmacht“ dann auf andere Art und Weise zu kompensieren versuchen. Hierzu haben Sie in Ihrem Arbeitsalltag sicherlich einige Beispiele selbst erlebt, sodass weitere Ausführungen an dieser Stelle überflüssig erscheinen. Sie könnten aber anhand selbst erlebter Situationen einmal in Ihrer Studiengruppe diskutieren, wie solche Konflikte vermeidbar wären bzw. welche konkreten Möglichkeiten es geben könnte, um zu einer Verbesserung dahingehend zu kommen, dass integrative ganzheitliche Behandlungsformen in der täglichen Praxis noch besser umgesetzt werden können.

Merke: Integrative Verfahrensweisen wurden in zahlreichen wissenschaftlichen Studien als effektiv und effizient bestätigt. Die Umsetzung in den Praxisalltag hat sich allerdings noch nicht flächendeckend umsetzen lassen. Mögliche Hindernisse können in mangelnden Kenntnissen, der Vernachlässigung von Patienteninteressen oder in überkommenen Hierarchiesystemen begründet sein. Eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsberufe liegt daher zukünftig auch darin, diesen Hindernissen aktiv und konstruktiv entgegenzuwirken.

5.3 Zur Problematik der Effektivitäts- und Effizienzmessung

Bevor auf die vielschichtigen Probleme der Messung von Behandlungserfolgen im Einzelnen eingegangen werden soll, gilt es, noch einmal die in Kapitel 3.1 genannten Anforderungen an die gesundheitsberuflichen Verfahren zu vergegenwärtigen. Bereits bei den Aspekten der **Objektivität**, **Reliabilität** und **Validität** gibt es große Unterschiede zwischen den verschiedenen Verfahrensformen, je nach Differenzierungsgrad der Konzepte.

Während bei den **medizintechnischen Verfahren** eindeutige Standards der Vorgehensweise überprüft werden können, wird dies bei integrativen Ansätzen zunehmend schwieriger. Und Konzepte, die von ganz allgemeinen Behandlungsgrundsätzen ausgehen, lassen sich häufig erst nach einer genaueren Operationalisierung überhaupt in überprüfbare Anteile aufschlüsseln.

Das Kriterium der **Objektivität** fordert einen Behandlungserfolg unabhängig von der jeweils das Verfahren durchführenden Person. Dies kann bei technischen Verfahren gewährleistet werden, wenn die Durchführenden entsprechend geschult und mit der Vorgehensweise genau vertraut sind. Als Beispiele können hier sowohl Rettungs- als auch Operationstechniken sowie das Wund- und Prophylaxe- Management und die Gabe von Arzneimitteln angeführt werden. Wendet ein Behandelnder die vorgeschriebenen Durchführungsanweisungen sachgerecht, persönlich neutral und ohne interaktives Auftreten an, können die Erfolge jeweils mithilfe standardisierter Testverfahren auch objektiv überprüft werden. Dies geschieht insbesondere bei der Überprüfung von Medikamenten in **randomisierten kontrollierten Studien** (Randomized Controlled Trials = **RCTs**), wo durch verblindete Zuordnung der Probanden zu einer Test- oder Kontrollgruppe festgestellt werden kann, inwieweit die Wirksamkeit eines Arzneimittels bzw. einer Behandlungstechnik unter Berücksichtigung von Placeboeffekten nachzuweisen ist. Bei pflegerischen, ergo-, logo- und physiotherapeutischen Maßnahmen wird die Doppeltverblindung deshalb paradox, weil die durchführende Person sozusagen nicht wissen darf, ob sie die „Placebobehandlung“ oder die „vermeintlich wirksame“ (Be)handlung durchführt.

Selbstverständlich sind hier jedoch auch ethische Grundsätze zu berücksichtigen, wonach keinem Patienten eine bestmögliche Behandlung verweigert werden darf. Aber die Person des Behandelnden spielt dabei keine besondere Rolle. Auch die **Reliabilität** (Genauigkeit der Durchführung) kann in der Regel gesichert werden.

Hingegen kann es hinsichtlich der **Validität** (ob der gewünschte Erfolg tatsächlich durch die gewählten Maßnahmen zu erzielen ist) bereits bei einer Medikation zu Schwierigkeiten kommen, wenn aus den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nicht die optimale ausgesucht wird. Dies wurde schon in Kapitel 4.1 bei der Behandlung von Rückenschmerzen erwähnt, wo in diesbezüglichen Studien nachgewiesen werden konnte, dass in vielen Fällen anstelle des Einsatzes von klassischen Schmerzmitteln häufig immunsupprimierende Entzündungshemmer oder gar Opioide herangezogen wurden. Auch zeigte sich in neueren Studien, dass insbesondere bei älteren Menschen häufig Übermedikationen vorgenommen werden, die im Endeffekt statt zu einer Verbesserung des Zustands zu einer Verschlimmerung bei den betroffenen Patienten beitragen.

So ergab sich bei Altenheimbewohnern eine **Fehlmedikationsrate** bis zu 40 %, da eine Reihe von Medikamenten bei gleichzeitiger Einnahme anderer Arzneimittel zu Wechselwirkungserscheinungen führen, die bei der Verordnung nicht berücksichtigt worden waren (vgl. Thürmann 2010).

In diesem Zusammenhang sei zudem angemerkt, dass in vielen Einrichtungen, die bestimmte Geräte angeschafft haben, diese sich auch amortisieren sollen, sodass sie wesentlich häufiger eingesetzt

Zu Kapitel 2:

1. *Mit welchen Implikationen ist der Begriff „Heilhilfsberufe“ verbunden?*

Dies sind: Auftragstätigkeit, Abhängigkeit von ärztlichen Verordnungen, keine eigenständige Medikation, mittlere Vergütungsebene.

2. *Was sind wesentliche Nachteile eines Delegationssystems?*

Es sind die doppelte Diagnostik, längere Wege für Patienten und die höheren Kosten im Vergleich zum Direktzugang.

3. *Kennzeichnen Sie drei Behandlungsmodelle, die einer interaktionalen Zielsetzung entgegenstehen können.*

Das karitative Modell (Hilfeleistung vor dem Hintergrund fachlicher Überlegenheit), das rehabilitative Modell (Reparaturleistungen zur reinen Wiederherstellung der Funktionalität) und das exorzistische Modell (bloßes Abtrainieren von störenden Faktoren).

Zu Kapitel 3:

1. *Was ist der Unterschied zwischen einem Konzept und einer Theorie?*

Ein Konzept besteht aus allgemeinen Vorstellungen zu einem Sachverhalt, während eine Theorie logisch aufeinander bezogene Lehrsätze umfasst, die hierarchisch geordnet sind.

2. *Wie unterscheiden sich die Begriffe „Methoden“ und „Konzept“?*

Ein Konzept bildet die Grundlage für die Ableitung von Methoden, wie das Konzept dann praktisch gehandhabt werden soll.

3. *Welche Behandlungsverfahren erfüllen die formalen Anforderungen für das wissenschaftliche Kriterium der Reliabilität am besten?*

Die Reliabilität ist bei denjenigen Verfahren am ehesten gewährleistet, zu denen entsprechende Messungen anhand geeigneter normierter Testverfahren vorgenommen werden können.

Literaturhinweise und Quellenangaben

Banger, M.: Integrative Ansätze im psychiatrischen Krankenhaus verbessern dauerhaft ambulante lokale Behandlungsstrukturen. Versicherungsmedizin 2008, 60 (3), 122-127.

Basmajian, J.V. et al.: Stroke treatment: comparison of integrated behavioral-physical therapy versus traditional physical therapy programs. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 1987, 68 (5), 267-272.

Bauder, H. et al.: Behandlung motorischer Störungen nach Schlaganfall - Die Taub'sche Bewegungsinduktionstherapie. Hogrefe, Göttingen 2001.

Becker, V.: Konzept zur Implementierung des Expertenstandards Entlassungsmanagement. Diplomica Verlag Hamburg 2007, 6, 46f, 75f.

Block, K.I. et al.: Survival impact of integrative cancer care in advanced metastatic breast cancer. The Breast Journal 2009, 15 (4), 357-366.

Borenstein, D.: Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation, and treatment of low back pain. Current Opinion in Rheumatology 1992, 4 (2), 226-232.

Boudewijn, J.K. et al.: The Effectiveness of the Bobath Concept in Stroke Rehabilitation: What is the Evidence? Stroke 2009, 40, e89-e97.

Burtchen, I.: Verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit - eine Herausforderung für die Ergotherapie. Ergotherapie - Zeitschrift für angewandte Wissenschaft 2008, 1, 3-10.

Cherkin, D.C. et al.: A comparison of physical therapy, chiropractic manipulation, and provision of an educational booklet for the treatment of patients with low back pain. APTA PT Magazine 2006, 14 (5), 27-61.

Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR): Leitlinien zur motorischen Rehabilitation der oberen Extremität nach Schlaganfall. Unter: www.dgnr.de, 2009.

Dickstein, R. et al.: Stroke rehabilitation. Three exercise therapy approaches. Physical Therapy 1986, 66 (8), 1233-1238.

Dosen, A.: Integrative treatment in persons with intellectual disability and mental health problems. Journal of Intellectual Disability Research 2007, 51 (1), 66-74.

Eich, H.J. et al.: Aerobic treadmill plus Bobath walking training improves walking in subacute stroke: a randomized controlled trial. Clinical Rehabilitation 2004, 18 (6), 640-651.

Eyigor, C. et al.: Are intra-articular corticosteroid injections better than conventional TENS in treatment of rotator cuff tendinitis in the short run? A randomized study. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 2010, o. S.

Flacke, J. et al.: Hospital discharge information and older patients: do they get what they need?

DIPLOMA

Private staatlich anerkannte Hochschule
University of Applied Sciences

DIPLOMA Hochschule

Studienservice

Herminenstraße 17f
31675 Bückeburg

Tel.: +49 (0)40 228 988 240
meinstudium@diploma.de
diploma.de



Leseprobe



Du möchtest mehr erfahren?

Unser aktuelles Studienangebot und weitere Informationen sowie unsere Angebote zur Studienberatung findest Du auf **www.diploma.de**