

transferplus

..... Multiprofessionelle Zusammenarbeit -

..... Die Kultur des Miteinanders



..... Herausgeber

..... G-Plus - Zentrum im internationalen Gesundheitswesen

Inhalt

Dr. Almut Satrapa-Schill	
Grußwort	3
Ute Schöniger	
Einführung: Multiprofessionelle Zusammenarbeit – Die Kultur des Miteinanders	5
Dr. Gesine Marquardt	
Landkarten im Kopf – Integration von Architekten in die Versorgung von Menschen mit Demenz	7
Sibylle Bernstein	
Multiprofessionelle Zusammenarbeit – Ein Besuch in der Emilia Romagna. Was bringt Case Management für die Versorgung von Menschen mit Demenz?	13
Rüdiger Jezewski	
Bedürfnisorientierte Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Wohngruppen und Pflegeoasen – Erfahrungsbericht einer multiprofessionellen Hospitation in der Schweiz	18
Heidi Stecher, Birgit Achhammer	
Zusammenarbeit von Pflege und Hauswirtschaft bei der Betreuung von Menschen mit Demenz	23
Dr. Elke Donath	
Belastungsfaktoren für Pflegenden in der Zusammenarbeit im Krankenhaus	28
Katja Baldauf	
Die Rolle der Hebamme im multidisziplinären Team in Australien	33
Prof. Dr. Christa Olbrich	
Was bedarf es, um Verantwortung zu übernehmen?	37
André Doherr	
Kompetenzermittlung in der Pflege als Grundlage zur optimalen Implementierung der pflegerischen Prozessverantwortung	42
Literatur / Allgemeine Hinweise	47
Impressum	47

..... Grußwort

Die mit den zahlreichen Veränderungen im Gesundheitswesen einhergehenden Aufgaben und Probleme stellen die Angehörigen von Gesundheitsberufen vor große Herausforderungen, zu deren Bewältigung der Blick vor allem in jene Länder lohnt, in denen es bereits Lösungsansätze und wertvolle Erkenntnisse gibt. Damit Fachkräfte aus dem Pflege- und Gesundheitssektor unmittelbar von den Erfahrungen ausländischer Kolleginnen und Kollegen profitieren und durch den „Blick über den Tellerrand“ Impulse für neue Wege in der Praxis gewinnen können, schreibt die Robert Bosch Stiftung seit 2001 das „Internationale Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit“ aus.

Mit dem Programm wird neben der Stärkung der eigenen persönlichen, fachlichen und interkulturellen Kompetenz der Teilnehmer der fachliche Austausch mit Kollegen im Ausland unterstützt, der Aufbau von internationalen Partnerschaften und Netzwerken in Deutschland und die Mobilität im Gesundheitswesen gefördert und somit auch ein Beitrag zur Steigerung der Attraktivität und Akzeptanz der Pflege- und der Gesundheitsberufe in Deutschland geleistet. Um dem Umbruch und den Veränderungen im gewachsenen Berufssystem durch mehr Interdisziplinarität und Interprofessionalität Rechnung zu tragen, wurde 2006 das Programm neben der Pflege für weitere Fachkräfte im Gesundheitswesen geöffnet.

Da insbesondere die Versorgung dementiell Erkrankter spezielle Qualifikationen und Fähigkeiten erfordert und es in Deutschland sowohl an qualifiziertem Personal als auch an fundierten Qualifizierungsangeboten mangelt, hat sich die Robert Bosch Stiftung 2005 entschlossen, das „Internationale Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz“ auszuschreiben, das Berufsgruppen, die mit Demenzkranken arbeiten, einschlägige Hospitationen sowie Studien im Ausland ermöglicht.

Beide Programme tragen dem verstärkten Bedarf nach multiprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitssektor Rechnung, in dem die Vor- und Nachbereitungstreffen der Hospitanten sowie themenzentrierte Fachveranstaltungen die verschiedenen Berufsgruppen zusammenbringen. Den Teilnehmern wird die Möglichkeit eröffnet, sich fachübergreifend über ihre Erfahrungen in der konkreten Umsetzung und über die Chancen und Grenzen multidisziplinärer Zusammenarbeit auszutauschen. G-plus – Zentrum im internationalen Gesundheitswesen, das mit der Steuerung und inhaltlichen Umsetzung von der Robert Bosch Stiftung beauftragt ist, ist es gelungen, beide Programme auf dem Markt zu etablieren und zu festigen und ein Teilnehmernetzwerk von mittlerweile 100 Teilnehmern aufzubauen.

Beide Programme stellen im Gesundheitssektor ein einzigartiges Angebot dar. Sie sind für die angesprochenen Berufsgruppen – nach wie vor – die einzigen Programme, die die Möglichkeit der persönlichen und fachlichen Weiterbildung im Ausland bieten und einen praxis- und lösungsorientierten Austausch mit anderen Teilnehmern ermöglichen. Die stetig steigenden Bewerberzahlen beider Programme zeigen, dass die Chancen, die die Programme bieten, wahrgenommen werden.

Dr. Almut Satrapa-Schill
Bereichsleiterin
Gesundheit und Humanitäre Hilfe
Robert Bosch Stiftung GmbH

..... Einführung

..... Multiprofessionelle Zusammenarbeit - Die Kultur des Miteinanders

..... *Ute Schöniger, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften,
Fachhochschule Osnabrück*

Eines der Zauberworte erfolgreicher Interventionen und gelingender Innovationen im Gesundheitswesen ist das der „Zusammenarbeit“. In Zeiten der zunehmenden Diversifikation und damit Spezialisierung in allen Sektoren unserer Gesellschaft ist hier natürlich eine „multiprofessionelle Zusammenarbeit“ gemeint; sie gilt unumstritten als einer der zentralen Erfolgsfaktoren im Gesundheitswesen. Nur – gelingt die multiprofessionelle Zusammenarbeit jenseits von Absichtserklärungen spürbar in der täglichen Praxis der Versorgung von Menschen mit Hilfebedarf oder ist sie nur ein frommer Wunsch?

Wie aktuell das Thema ist, zeigte das Symposium „Multiprofessionelle Zusammenarbeit – Die Kultur des Miteinanders“, das das Institut G-plus am 5. Juni 2009 in Dresden mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung durchführte. Mehr als 60 Experten diskutierten über Chancen und Grenzen multidisziplinärer Zusammenarbeit und über Erfahrungen in der konkreten Umsetzung. Alle Methoden mit denen aktuell versucht wird die Qualität der Versorgung zu optimieren, z.B. Qualitätszirkel oder Behandlungspfade, setzen auf spürbare Synergieeffekte, die nur durch eine gemeinsame Problembewältigung entstehen können. Die daran beteiligten Gesundheitsfachpersonen sind überzeugt davon, dass es einen Weg gibt, welcher den fachlichen, sozialen und auch kommerziellen Ansprüchen gerecht wird.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit allein wird zwar nicht alle Probleme lösen, sie ist aber eine zwingende Voraussetzung, um heutigen Anforderungen genügen zu können. Dazu zählt Prioritäten in der Gesundheitsversorgung festzulegen, dem Betroffenen und seinem Umfeld einen höheren Stellenwert zuzugestehen, transparente Resultate zu schaffen und neue Informationstechnologien systematisch anzuwenden. Die über das unmittelbar Fachliche hinausgehenden, unverzichtbaren Bausteine einer gelingenden multiprofessionellen Zusammenarbeit sind zu definieren und die damit verbundenen zentralen Fragen zu klären: Wer ist beteiligt? Wie verstehen die Beteiligten den Auftrag? Welche(s) Ziel(e) verfolgen die Beteiligten? Wer hat welchen Auftrag zu erledigen?

Eine monoprofessionelle Herangehensweise stellt jedoch im deutschen Gesundheitssystem leider immer noch den Normalfall dar, eine interagierende Versorgungskette von gut informierten Professionellen ist die Ausnahme. Aber diese Ausnahmen gibt es, wie

die im Folgenden vorgestellten Projekte und referierten Erfahrungen zeigen. Modelle multiprofessionell vernetzter Versorgungsstrukturen mit optimierten Kooperationen der beteiligten Instanzen wurden von den Hospitanten im Ausland kennen gelernt.

- Frau Dr. Marquardt stellt unter dem Titel „Landkarten im Kopf - Integration von Architekten in die Versorgung von Menschen mit Demenz“ ein Forschungsprojekt vor, das eine Instanz für ein gelingendes Angebot in den Blick nimmt, die eher nicht in Kooperationsvereinbarungen im Sinne dieser spezifischen Zielgruppe einbezogen wird.
- Die Gruppe um Frau Bernstein untersuchte die multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Emilia Romagna mit der Frage: Was bringt Case Management für die Versorgung von Menschen mit Demenz?
- Die Gruppe um Herrn Jezewski hat neue Einsichten gewonnen, als sie die „Bedürfnisorientierte Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Wohngruppen und Pflegeoasen“ in der Schweiz kennen lernten.
- Frau Achhammer und Frau Stecher reflektieren in ihrem Aufsatz zur „Zusammenarbeit von Pflege und Hauswirtschaft bei der Betreuung von Menschen mit Demenz“ den nur gemeinsam zu erzielenden Erfolg.
- Um sich im multidisziplinären Team positionieren zu können bedarf es Verantwortung: Frau Prof. Christa Olbrich fragt „Was bedarf es, um Verantwortung zu übernehmen?“ und Herr André Doherr beschreibt „Kompetenzermittlung in der Pflege als Grundlage zur optimalen Implementierung der pflegerischen Prozessverantwortung.“
- Frau Dr. Donath belegt mit ihrer Studie zur Kultur des Miteinanders im Krankenhaus, dass beim Aushandeln von Problemdefinitionen und dem konkreten Umgang mit Problemsituationen immer noch Fragen der Hierarchie und der Bedeutung der einzelnen an der Kooperation beteiligten Fachleute eine Rolle spielen. Frau Baldauf unterstützt diese Ergebnisse in ihrem Aufsatz zu der Rolle der Hebamme im multidisziplinären Team in Australien.

Die im Aufsatzband dargestellten, von den Hospitanten kennen und schätzen gelernten Konzepte und Verfahren sollen im deutschen Gesundheitswesen im Rahmen sehr unterschiedlicher Institutionen und Projekte umgesetzt werden. Vor dem Hintergrund hoher Heterogenität, tiefer Versorgungslücken und ausgeprägter Hierarchien sei die Anfrage erlaubt: Sind die vorgestellten Projekte nicht zu idealistisch? Nützen sie sich mit der Zeit nicht ab, oder gehen ihnen im deutschen Gesundheitswesen bald die Luft aus?

Als die an den Hospitationsprogrammen der Robert Bosch Stiftung beteiligten Fachleute und Forschende wünschen wir uns, dass die hier vorgestellten Projekte die nötige Unterstützung finden, um sich zu entwickeln. Das vertiefende Themenheft zur multiprofessionellen Zusammenarbeit, herausgegeben vom Institut G-plus, zeigt dazu eindrücklich neue Wege auf.



:::: Landkarten im Kopf

:::: Integration von Architekten in die Versorgung von Menschen mit Demenz

:::: *Dr. Gesine Marquardt, Lehrstuhl für Sozial- und Gesundheitsbauten, TU Dresden*

Die Störung des Orientierungsvermögens von Menschen mit Demenz ist eines der frühzeitig manifestierenden Symptome. Dieser Aspekt muss in den baulichen Strukturen der Pflegeeinrichtungen berücksichtigt werden. Deren optimalen Gestaltungsmerkmale wurden in der dargestellten Studie untersucht.

Gestaltung des räumlichen Umfelds von Menschen mit Demenz

Der Umgang mit den spezifischen Anforderungen an die Betreuung und Pflege demenziell veränderter Menschen ist zu einer zentralen Aufgabe vieler Altenpflegeeinrichtungen geworden, da diese dort bereits weit über die Hälfte der Bewohnerschaft darstellen (Jakob et al. 2002). Die Architektur der Pflegeeinrichtungen muss eine qualitätvolle und effiziente Pflege ermöglichen und gleichzeitig alle Bewohner bei einer möglichst selbständigen Lebensführung unterstützen. So besagt die Environmental Dociility-Hypothese (Umweltgefügigkeitshypothese, Lawton et al. 1968), dass Menschen, die u. a. Einschränkungen ihrer Gesundheit und ihrer kognitiven Fähigkeiten unterliegen, nicht immer ihre Umwelt an die eigenen Ansprüche und Bedürfnisse anpassen können. Demenzerkrankte Menschen verfügen also über verminderte Kapazitäten zur Regulierung von Umwelteinflüssen, sodass diese so gestaltet werden muss, dass sie von den Betroffenen keine Anpassungsleistung erfordert.

Untersuchungen zu Bedürfnissen älterer sowie demenzkranker Menschen zeigen, dass die Aufrechterhaltung von Selbständigkeit und Normalität von sehr hoher Wichtigkeit für sie sind (Wahl et al. 1997, Zeisel 2001). In einer Pflegeeinrichtung muss es ihnen also möglich sein, sich selbständig und zielgerichtet zu bewegen und bestimmte Orte aufsuchen zu können. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, sich räumlich orientieren zu können. Empfehlungen zu entsprechenden Gestaltungsmaßnahmen sind auf Grundlage umfangreicher Praxiserfahrungen, qualitativer Untersuchungen und einiger empirischer Forschungsergebnisse in der Literatur verfügbar (vgl. u. a. BMFSFJ 2004, BMGS 2004, Brawley 1997, Heeg et al. 2006, Sloane et al. 1998, Zeisel et al. 2003). Die Ausformung der Grundrissstrukturen zur Unterstützung der räumlichen Orientierung wurde jedoch nur in wenigen empirischen Studien betrachtet (Elmstahl et al. 1997,

Netten 1989, Passini et al. 2000). Entsprechen widmet sich die vorliegende Studie der Frage, welche baulichen Parameter auf die räumliche Orientierung eine fördernde bzw. hemmende Wirkung haben. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen in der Versorgungspraxis, d.h. beim Neubau oder bei der Umgestaltung bestehender Pflegeeinrichtungen, anwendbar gemacht werden.

Methodische Vorgehensweise

Die Auswirkung der baulichen Struktur von Altenpflegeeinrichtungen auf das Orientierungsvermögen der jeweiligen Bewohner kann an den von ihnen selbstständig zurückgelegten Wegen gemessen werden. Um miteinander vergleichbare Ergebnisse zu erhalten, wurden Wege definiert, die in allen Einrichtungen vorhanden sind. Weiterhin müssen diese zurückzulegenden Wege zur Wahrung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Bewohner wesentlich beitragen. Nur so können die „Lebensaktivitäten und Existenziellen Erfahrungen des Lebens“ (Krohwinkel 1993) aufrechterhalten werden. Aus den insgesamt dreizehn AEDL-Bereichen wurden diejenigen ausgewählt, die das Aufsuchen bestimmter Orte oder Räume beinhalten können und damit eine bauliche Relevanz haben.

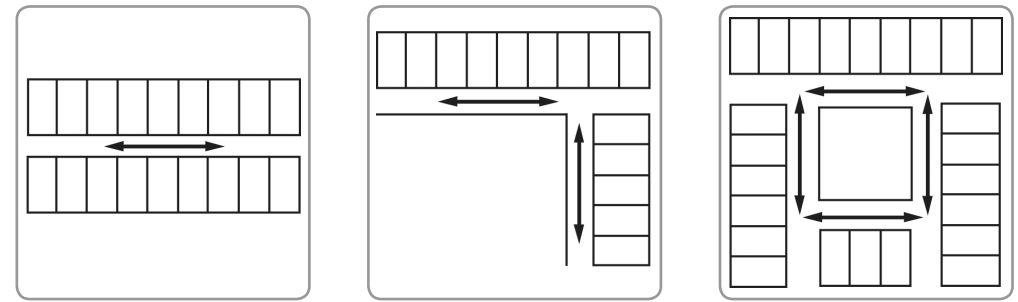
Aus diesen Vorgaben wurden die folgenden zu bewertenden Wege abgeleitet:

- (1) vom eigenen Bewohnerzimmer zum Ess- und Aufenthaltsort gehen,
- (2) das eigene Zimmer identifizieren und aufsuchen können,
- (3) die Toilette aufsuchen,
- (4) in den Freibereich (Balkon oder Garten) gehen,
- (5) weitere Aufenthaltsbereiche (z.B. Wohnzimmer) aufsuchen.

Ob, bzw. in welchem Maß die einzelnen Bewohner diese Wege bewältigen, wurde von den Pflegekräften des jeweiligen Wohnbereichs eingeschätzt. Es wurden die folgenden Punktzahlen vergeben:

- | | |
|----------|---|
| 0 Punkte | der Bewohner bewältigt den Weg nicht, |
| 1 Punkt | der Bewohner bewältigt den Weg mit Unterstützung
(z.B. Erinnern an das Ziel, Weisen der Richtung), |
| 2 Punkte | der Bewohner bewältigt den Weg selbständig. |

Die Erhebungen wurden in 30 stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt und es wurden insgesamt 450 Bewohner einbezogen. Davon waren 91 an einer leichten Demenz, 183 an einer mittelschweren Demenz und 176 an einer schweren Demenz erkrankt.



Ergebnisse

Als das wesentliche Ergebnis der Datenauswertungen zu den baulichen Merkmalen der Grundrisse zeigte sich, dass die Erschließungstypologie, d.h. die Form des Flures im Wohnbereich, maßgeblich das Orientierungsvermögen der Bewohner in den Einrichtungen bestimmt. In geradlinigen Typologien (z.B. Mittelflurerschließungen) werden bessere Orientierungswerte erzielt, als in Formen, die einen Richtungswechsel beinhalten (z.B. L-förmige Flure). Eine Vielzahl an Richtungswechseln (z.B. in Rund- bzw. Endlosfluren) schränkt das Orientierungsvermögen sogar noch weiter ein (siehe Abb. oben). Ein Überblick über den gesamten Erschließungsflur unterstützt hingegen die Orientierung.

In allen untersuchten Wohnbereichen gab es mindestens einen Ort, an dem gemeinsam die Mahlzeiten eingenommen werden. Für die Bewohner hat dieser Ess- und Aufenthaltsort einen sehr hohen Stellenwert als räumlicher Ankerpunkt: Die Orientierungswerte für dessen Auffinden erzielen in allen Einrichtungen die höchste Punktzahl gegenüber den anderen vier untersuchten Wegen. Grundlegend wird auch das Auffinden des Ess- und Aufenthaltsortes durch die Erschließungstypologie beeinflusst: In geradlinigen Strukturen wird dieser besser aufgefunden. Ein weiteres wesentlich unterstützendes Merkmal ist, wenn nur ein Ess- und Aufenthaltsort vorhanden ist: Sowohl dessen Auffinden als auch die Orientierung im gesamten Wohnbereich erhöht sich. Das selbständige Auffinden des eigenen Bewohnerzimmers ist stark vom Demenzgrad der Bewohner abhängig. Auch hier besteht in der Erschließungstypologie der Haupteinflussfaktor auf die Orientierung. Diese Aussage gilt auch für das Auffinden der Toiletten, die sich in den Bädern der Bewohnerzimmer befinden. Das Vorhalten eines zusätzlichen, neutralen WCs beeinflusst die Orientierungswerte für das Auffinden einer Toilette nicht. Es werden deshalb hier weitere, jedoch nicht-bauliche Einflussfaktoren, wie z.B. Toilettentraining und geeignete Türmarkierungen vermutet.

Das selbständige Aufsuchen des Freibereichs, d.h. des Gartens oder des Balkons, verringert sich mit einer ansteigenden Bewohnerzahl im Wohnbereich. Hier sind jedoch neben den baulichen wesentliche organisatorische Faktoren zu vermuten. Möglicherweise hindern die Pflegekräfte die Bewohner (auch unbewusst) am selbständigen Auf-

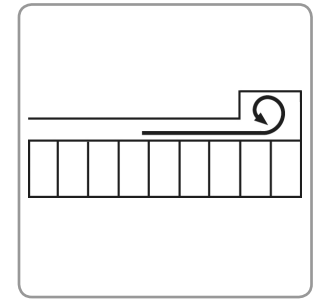
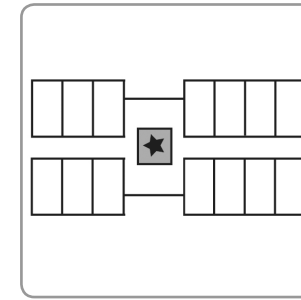
*links / Mittelflur-
erschließung
mitte / L-förmiger Flur
rechts / Rundweg um
ein Atrium*

suchen des Freibereichs, wenn sie diesen schlecht einsehen können bzw. die Bewohner sich unbeaufsichtigt zu weit entfernen könnten. Den Pflegekräften wäre es in diesem Fall nicht möglich, ihrer Verantwortung für die Sicherheit der Bewohner vollständig nachzukommen. Eine Sitzgruppe für mehrere Personen im Freien, in unmittelbarer Nähe zum Wohnbereichsausgang gelegen, fördert jedoch die selbständige Nutzung des Freibereichs. Damit wird dem Bedürfnis der Pflegekräfte, die Bewohner vom Wohnbereich aus sehen zu können, entsprochen. Für die Bewohner ist ein Aufenthaltsort im Freien nahe des Zugangs zum Wohnbereich ebenso wichtig. Es ist ihnen so möglich, sich draußen aufzuhalten, sich aber dabei nur in einem selbst steuerbaren Maß von der Gruppe zu entfernen - ohne die visuelle oder akustische Anbindung zu verlieren.

Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Dass sich das räumliche Orientierungsvermögen mit fortschreitender Demenz insgesamt mindert, ist auf die im Krankheitsverlauf sinkenden kognitiven Fähigkeiten und auf Veränderungen in der Form der räumlichen Orientierung der Erkrankten zurückzuführen. Es ist anzunehmen, dass anfangs mental noch eine kognitive Karte der eigenen Umgebung erzeugt werden kann. In späteren Krankheitsstadien weist diese Karte vermehrte Brüche auf und wird immer stärker verformt, sodass die Orientierung zunehmend schlechter wird. Arbeiten der Arbeitsgruppe Alter/Neural Imaging der Medizinischen Fakultät der TU Dresden zeigten, dass diese Veränderungen auf Stoffwechsellinderungen im Gehirn, insbesondere im Bereich des mind's eye (Precuneus), das für die innere Vorstellung von Dingen oder auch Wegen verantwortlich ist, zurückzuführen sind. Demzufolge können sich Betroffene die Orte des Wohnbereichs, die sich nicht in ihrem unmittelbaren Sichtbereich befinden, nur noch eingeschränkt vorstellen. Damit wird deren Auffinden erschwert.

Hier besteht in der Verwendung anderer Orientierungsformen eine Kompensationsmöglichkeit. Die Betroffenen orientieren sich dann allozentrisch, d.h. anhand bestimmter Merkmale sequenziell von einem Orientierungspunkt zum nächsten. Diese Orientierungsform kann in geradlinigen Strukturen effizient eingesetzt werden, da dort nur einfache Richtungsvektoren, die zwischen Ausgangspunkt und Ziel aufgespannt werden können, erforderlich sind. Zur Navigation von Richtungswechseln im Flur werden hingegen mehrere Zwischenschritte, die aus aufeinander folgenden Vektoren bestehen, benötigt. Dies erfordert nicht nur eine höhere kognitive Leistung, sondern es kann aufgrund der verminderten Gedächtnisleistung Demenzerkrankter dabei die Erinnerung an das eigentlich aufzusuchende Ziel verloren gehen. Durch eine geringe Zahl an räumlichen Ankerpunkten (wie z.B. nur einem Ess- und Aufenthaltsort) entsteht eine weniger detaillierte und damit einfacher zu erzeugende, aufrechtzuerhaltende und zu verwendende kognitive Karte. Weiterhin werden keine Unterscheidungen zwischen ähnlichen Elementen notwendig - eine Leistung, die mit fortschreitender Demenz zunehmend schwerer möglich wird.



Architektonische Umsetzungsempfehlungen

Die in den statistischen Datenauswertungen gewonnenen Erkenntnisse können nicht alle direkt in Entwurfsrichtlinien umgesetzt werden. Obwohl die Aufrechterhaltung der eigenen räumlichen Orientierung für die Betroffenen als sehr bedeutend eingeschätzt wird (Wahl et al. 1997, Zeisel 2001), müssen unbedingt noch weitere Faktoren, die das Wohlbefinden der Bewohner beeinflussen, berücksichtigt werden. Dies sind z.B. die Ermöglichung von Sinnesanregungen und die Förderung von Gemeinschaft und Kommunikation. Zur Zusammenführung dieser mit den Ergebnissen aus der hier vorgestellten Studie wurde ein Kriterienkatalog demenzfreundlicher Architektur entwickelt (Marquardt 2007).

Bezüglich der Grundrissgestaltung der Wohnbereiche sind aus dieser Studie neue Erkenntnisse entstanden und die folgenden Punkte sollten in zukünftigen Planungen berücksichtigt werden:

Eine geringere Bewohnerzahl im Wohnbereich führt zu einer guten Orientierung. Wesentlich bei allen weiteren Planungsmaßnahmen ist, dass an mittelschwerer und schwerer Demenz erkrankte Menschen eindeutige und geometrisch einfache, möglichst vollständig überschaubare Strukturen benötigen, um sich gut orientieren zu können. Leitelemente, wie z.B. eine den Wohnbereich durchlaufende geradlinige Wand oder auch Möblierungen, unterstützen sie dabei.

Ein „Zwischenelement“ mit bewohnerrelevanter Bedeutung oder Funktion kann lange Flure in Abschnitte unterteilen, ohne die Orientierung zu behindern (siehe Abb. oben). Deutlich sichtbare Anfangs- und Endpunkte von Fluren fördern ebenso eine gute Orientierung. Die Ausformung dieser Punkte zu Umlenkstellen muss jedoch intensiv geplant werden: Es dürfen keine „Sackgassen“ entstehen und es sollten dort ausreichend Anregungen zu Betätigungen sowie Bewegungsraum gegeben werden.

Richtungswechsel in der Erschließungstypologie lassen sich nicht immer vermeiden. Sie können im Bestand vorhanden sein oder auch bei Neubaumaßnahmen aufgrund der örtlichen Gegebenheiten notwendig werden. An diesem Ort sind dann einprägsame Referenzpunkte wichtig, die die Bewohner bei einer allozentrischen Orientierung unterstützen. Diese können durch architektonische Elemente (z.B. den Ess- und Aufent-

links / „Zwischenelement“ zur Unterteilung
rechts / Umlenkpunkt
am Flurende

haltsort) oder auch Ausstattungselemente (z.B. Gegenstände mit biografischem Bezug) herausgebildet werden. Wichtig ist, dass sie für die Bewohner eine Bedeutung haben, um gut wahrgenommen und erinnert zu werden.

Räumliche Situationen sollten sich nicht wiederholen und insbesondere der Ess- und Aufenthaltsort sollte so gestaltet sein, dass er ein einmaliges und gut zu erinnerndes Element darstellt. Seine Funktion als räumlicher Ankerpunkt kann durch die Zuordnung weiterer Funktionen (z.B. Dienstzimmer, Freibereichszugang) gestärkt werden. In Wohnbereichen höherer Bewohnerzahl ist es aufgrund des Raumbedarfs und aus akustischen Gründen zwar notwendig, mehr als einen Ess- und Aufenthaltsort vorzusehen, diese sollten jedoch in unmittelbarer räumlicher Nähe, ggf. zusammen schaltbar, angeordnet werden. Weiterhin müssen Räume architektonisch ablesbar gestaltet werden und durch ihre Größe, Proportion, Materialität und Ausstattung dem Nutzer zeigen, welche Funktion sie besitzen. Es entstehen so deutlich voneinander abgegrenzte Orte, die gut erinnert werden können und die Orientierung wird dadurch gefördert.

Das Auffinden von Bewohnerzimmern und Toiletten wird grundlegend durch die Erschließungstypologie beeinflusst. In der Ausstattungsebene lassen sich durch Türmarkierungen, Beschilderungen etc. weitere Orientierungsmerkmale integrieren.

Die dargestellten orientierungsfördernden Parameter können auch gegenteilig eingesetzt werden. Damit besteht die Möglichkeit, bestimmte Orte, wie z.B. den Ausgang, der Wahrnehmung der Bewohner zu entziehen.

Schlussbetrachtung

In dieser empirischen Studie wurden Grundrissstrukturen, die die räumliche Orientierung Demenzerkrankter in Altenpflegeeinrichtungen fördern, identifiziert. Einige der vorgelegten Ergebnisse entsprachen dem bisherigen Erfahrungsstand und gaben diesem eine wissenschaftliche Grundlage, während insbesondere zur Ausformung der Erschließungstypologie neue und auch unerwartete Erkenntnisse erzielt wurden. Damit wird es deutlich, wie wichtig gerade auch in der Architektur wissenschaftliche Untersuchungen sind, um die Pflegequalität in stationären Einrichtungen zu beurteilen, zu sichern und weiterentwickeln zu können. Mit der in diesem Projekt entwickelten Methodik wurde eine Herangehensweise für eine evidenzbasierte Architektur gefunden, die auch auf weitere baurelevante Fragestellungen von Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens angewandt werden könnte.



.... Multiprofessionelle Zusammenarbeit – Ein Besuch in der Emilia Romagna

.... Was bringt Case Management für die Versorgung von Menschen mit Demenz?

.... *Sybille Bernstein, Trainerin und Case Management-Ausbilderin (DGCC), Darmstadt*

Die Emilia Romagna gilt in vielen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens als beispielhaft für gelungene Veränderungsprozesse, so auch im Case Management im Bereich der Altenhilfe. Eine kleine – multiprofessionelle – Gruppe aus Darmstadt hat sich dort zehn Tage intensiv umgesehen, Institutionen besucht und mit Vertretern aus Wissenschaft, Praxis und Verwaltung diskutiert um herauszufinden, welche Vorteile Case Management für die Versorgung von Menschen mit Demenz hat.

Warum Italien?

„Die Emilia Romagna ist nicht Italien!“ – das war einer der ersten Sätze, die wir bei unserer Hospitation in der Emilia Romagna hörten. Die Emilia Romagna ist eine der reichsten Regionen Italiens und zudem sozialistisch regiert; zwei Merkmale, die offensichtlich beste Voraussetzungen bieten für innovative Prozesse im Sozial- und Gesundheitswesen. Sie war 1993/94 die erste (und bisher einzige) Region in Italien, die Case Management per Gesetz als Bestandteil der Regelversorgung für ältere Menschen verankert hat. 1999 wurde das Gesetz fortgeschrieben und mit Projekten im Bereich der Versorgung von Menschen mit Demenz begonnen. Hauptziele dabei waren:

- Menschen mit Demenz können so lange wie möglich zu Hause leben
- die Diagnostik wird multidisziplinär durchgeführt
- die Lebensqualität der Betroffenen und deren „Caregiver“ ist verbessert
- Angebote sind auf die Familien der Betroffenen ausgerichtet
- alle, die mit Menschen mit Demenz arbeiten, werden dafür qualifiziert.

Unser Hintergrund und unsere Erwartungen

Wir sind sieben Kolleginnen und Kollegen aus unterschiedlichen Professionen und Positionen im Arbeitsfeld der Altenhilfe in Darmstadt und kooperieren seit vielen Jahren

miteinander, u.a. in der „Fachkonferenz Altenhilfe“, einer Trägerkonferenz innerhalb der Altenhilfestrukturen der Stadt Darmstadt. Die Wissenschaftsstadt Darmstadt will in den nächsten zwei Jahren Case Management-Ansätze in der Beratung älterer Menschen etablieren. Anlass für uns, einen Blick „über den Tellerrand“ in Richtung Emilia Romagna zu werfen und die gewonnenen Erkenntnisse in den Aufbau einer Case Management-Struktur im Altenhilfenetzwerk der Stadt Darmstadt einfließen zu lassen. Für diese Umsetzung erhofften wir uns Ideen vor allem im Hinblick auf:

- die Reduzierung von Schnittstellenproblematiken zwischen den verschiedenen Einrichtungen und den darin Tätigen
- die Steigerung von Effektivität und Effizienz in den Beratungs- und Begleitprozessen
- die Qualitätssteigerung der bisherigen Beratungspraxis und
- einen deutlich reduzierten Kostenaufwand für die Kostenträger.

Was waren unsere wichtigsten Eindrücke?

Strukturen und Haltungen unterscheiden sich erheblich

Unsere gastgebende Institution war die “Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena” des Servizio Sanitario Regionale in der Emilia Romagna.

Vergleicht man die Strukturen in der Emilia Romagna mit denen in Deutschland, so zeigt sich, dass nicht nur die gesetzlichen und strukturellen Bedingungen anders sind, sondern insbesondere die Haltung gegenüber Menschen mit Demenz, gegenüber den beteiligten Berufsgruppen und gegenüber Angehörigen und den Ehrenamtlichen.

Ein italienischer Kollege drückte es so aus: „Wir wissen, dass die Menschen mit Demenz im Verlauf der Krankheit fallen; unsere Aufgabe ist es, sie im Fall zu halten“.

Die individuelle Fallsteuerung wird multiprofessionell umgesetzt

Auch in der Emilia Romagna lebt eine große Anzahl von Menschen mit der Diagnose Demenz – für die zuständigen Sozial- und Gesundheitsdienste einer der Hauptgründe für die Entwicklung eines umfangreichen und differenzierten abgestuften Unterstützungs- und Dienstleistungsnetzwerks.

Jeder Einwohner hat einen Hausarzt, den er in seinem lokalen Zuständigkeitsbereich frei wählen kann: den „Familienarzt“ (medico di base), der im Auftrag der Kommune arbeitet. Im Unterschied zu Deutschland gibt es für die Familienärzte finanzielle Anreize zur Behandlung von Menschen mit Demenz im Rahmen des Case Managements: zu den 35 €, die ein Familienarzt pro Patient im Jahr erhält, kommt ein Zuschlag von 25 €. Alle Familienärzte werden geschult und können ein erstes Assessment bzgl. Demenzfrüherkennung durchführen. Je nach Ergebnis des Tests wird der Patient zur weiteren Diagnostik an einen Geriater überwiesen.

Liegt eine demenzielle Erkrankung vor, beschäftigt sich im weiteren Verlauf eine multi-

professionelle geriatrische Bewertungsinstanz (UVG – Unità di Valutazione Geriatrica), der ein Geriater, eine Krankenpflegefachkraft und ein Sozialarbeiter angehören, mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen. Je nach Schwerpunkt der Problemlage des Patienten – medizinisch, pflegerisch, sozial – wird die Rolle des Case Managers von der Krankenpflegekraft, der Sozialarbeiterin oder der Geriaterin übernommen. Die Case Managerin informiert und berät über weitere für die Situation passende Unterstützungen und vermittelt diese.

Die Unterstützungsangebote sind vielfältig:

- Informationen zum Verlauf der Erkrankung und den damit einhergehenden Veränderungen
- psychologische Beratung und Hilfe für die Betroffenen im Frühstadium und für ihre Bezugspersonen
- ambulante Pflege und Betreuung, Hilfsmittel, etc. (vergleichbar mit den Angeboten in Deutschland)
- Geldleistungen für häusliche Pflege (gestaffelt nach Einkommen)
- Tagespflegezentren – vor allem auch Versorgungsangebote für nachts, Wochenende und Feiertage
- stationärer Aufenthalt zur Kurzzeitpflege und auf Dauer
- umfangreiche Rehabilitationsangebote

Die Familienärztin wird in den Unterstützungsprozess einbezogen. Bei fortschreitender Erkrankung und verändertem Bedarf passt die geriatrische Bewertungsinstanz – gemeinsam mit der Familienärztin – die Behandlungs- und Unterstützungsangebote entsprechend an.

Die Demenzerkrankung wird nicht isoliert betrachtet

Demenz wird als eine Erkrankung wahrgenommen, die das System der Familie und des gesamten sozialen Umfelds unmittelbar betrifft. Alle beteiligten Professionen wirken darauf hin, familiäre und soziale Strukturen so zu unterstützen und zu begleiten, dass die Zeit zu Hause möglichst lange für alle Beteiligten hilfreich gestaltet werden kann. Für die Bezugspersonen werden psychologische Einzel- und Gruppenangebote bereitgestellt, um Stresssituationen zu reflektieren und Burnout-Syndrome zu verhindern. Wie in Deutschland gibt es auch in der Emilia Romagna Haushalts- und pflegerische Hilfen aus osteuropäischen Ländern. Diese sog. „Badante“ werden geschult und mit Broschüren ihrer jeweiligen Heimatsprache über spezielle Themen in der Versorgung von Menschen mit Demenz informiert. Allein in Modena arbeiten derzeit schätzungsweise 7000 Badante, davon sind ca. 3500 offiziell gemeldet.

Die Auswirkungen auf die Care-Struktur

Um ältere Menschen möglichst lange in den normalen Alltag einzubeziehen, setzen die Kommunen unterschiedliche Projekte um, von denen einige besonders auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz ausgerichtet sind.

So gibt es beispielsweise in Modena

- ein Gartenprojekt (10 Gärten mit insgesamt 1000 „Anteilseignern“, mit eigener Kultivierung)
- Gedächtnisprogramme
- Tagesprogramme – mit Anregungen für zu Hause
- ein Memory- und Bewegungsprogramm
- das Café „Alzheimer“
- „Gärten der Erinnerung“ (in zwei Parks angelegt)
- 10 Ambulanzen im Stadtbereich, die beim regionalen Sozialdienst angesiedelt sind und in denen pensionierte Krankenschwestern kleine medizinische Verordnungen ausführen

Auf diese Weise wird der Kontakt zu allein lebenden älteren Menschen verstärkt und erste Anzeichen von Demenz werden frühzeitig wahrgenommen. Für solche präventiv orientierten Angebote stellt die Stadt Modena jährlich 100.000.- € zur Verfügung. Teilstationäre und stationäre Versorgungsangebote von Menschen mit Demenz werden kommunal geplant und gesteuert: Kurzzeitpflege, beschützende gerontopsychiatrische Rehabilitation, Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen, die auch am Wochenende und an Feiertagen öffnen – und gerade dann besonders gefragt sind. Altenpflegeheime sind in der Emilia Romagna das „letzte Glied“ in der Versorgungskette. Sie sind auf die verschiedenen Anforderungen bei Pflegebedürftigkeit ausgerichtet und in ihrer ursprünglichen Konzipierung nicht auf das dauerhafte Leben in dieser Einrichtung eingestellt – die Realität sieht jedoch auch hier anders aus.

Welche Erkenntnisse nehmen wir mit nach Hause und wie setzen wir sie um?

Neben der Fülle an Eindrücken waren es die immer wiederkehrenden Themen, die wir für einen Transfer nach Darmstadt als bedeutsam ansehen:

- Case Management ist als grundlegendes Konzept in der Versorgung älterer Menschen im dortigen Sozial- und Gesundheitswesen nicht nur strukturell verankert, sondern kommt in der gemeinsamen Haltung aller Beteiligten zum Ausdruck.
- Bei der Versorgung von Menschen mit Demenz gilt Bedarfsorientierung und langfristige Planung
- Die Abläufe sind klar strukturiert und verhindern damit Zufälligkeiten
- Prävention und Rehabilitation haben einen hohen Stellenwert
- Die konsequente Prämisse „ambulant vor stationär“ ermöglicht Einspareffekte.
- Ein multiprofessioneller Ansatz führt zu einer Kultur des Miteinanders über die Berufsgrenzen hinaus und wird mit klarer Aufgabenteilung umgesetzt.

Wir haben daraus zwei Ziele entwickelt, die zur Implementierung von Case Management in Darmstadt beitragen können:

Auf der Ebene der Fallsteuerung soll die soziale und gesundheitliche Situation von Menschen mit Demenz und deren Bezugspersonen verbessert werden. Dazu müssen Zugangskriterien für das Case Management für Menschen mit Demenz entwickelt und die individuelle Fallsteuerung konzipiert und gestaltet werden.

Auf der Ebene der Care-Struktur soll das Versorgungsangebot in Darmstadt an die Bedarfe von Menschen mit Demenz und deren Bezugspersonen angepasst werden. Als erster Schritt wurde die „AG Demenz“ als Arbeitsgruppe der Fachkonferenz Altenhilfe gegründet, ein multiprofessionelles Gremium, das die Umsetzung der o.g. Ziele mitgestalten und begleiten wird.

Um Menschen mit Demenz möglichst früh angemessen unterstützen zu können, sind sowohl eine fundierte Diagnostik als auch multiprofessionelle Begleitung unerlässlich. Ein weiterer Schritt bei der Umsetzung der Ziele wird daher sein, Hausärzte davon zu überzeugen, standardisierte Früherkennungstests für Demenz anzuwenden. Den Aufbau einer geriatrischen Institutsambulanz bestehend aus Medizin, Pflege, Sozialarbeit, die neben dem multiprofessionellen Assessment auch das Case Management übernimmt, halten wir für sinnvoll und wichtig für eine bedarfsgerechte Care-Struktur. Fingerspitzengefühl und ein langer Atem werden dafür nötig sein.

Die AG Demenz regt derzeit beim Sozialdezernenten in Darmstadt eine Kooperation im Bereich der Altenhilfe an zwischen den Städten Modena und Darmstadt. Unterstützt wird dies von Kollegen in der Emilia Romagna mit dem Ziel, einen regelmäßigen Austausch bezogen auf Inhalte und Prozesse zu erleichtern.

Das stärkt unsere Hoffnung, dass Case Management auch in Darmstadt den Weg findet zu interdisziplinärer Selbstverständlichkeit.

TeilnehmerInnen der Hospitation: Jürgen Frohnert (DRK Darmstadt), Dr. Gabriele Kleiner (Ev. Fachhochschule Darmstadt), Wolfgang Linck (Wissenschaftsstadt Darmstadt), Dorothee Munz-Sundhaus (DemenzForumDarmstadt e.V.), Maria Schmelter (Hess. Amt für Versorgung und Soziales), Ina Wesp (Hess. Amt für Versorgung und Soziales), Sibylle Bernstein (selbstständig)



:::: Bedürfnisorientierte Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Wohngruppen und Pflegeoasen

:::: Erfahrungsbericht einer multiprofessionellen Hospitation in der Schweiz

:::: Rüdiger Jezewski, Pflegedienstleiter, Seniorenzentrum Solingen - Haus Eiche, Diakonisches Werk Bethanien e.V.

Im Rahmen einer multiprofessionellen Gruppenhospitation in der Sonnweid AG, Schweiz, konnten wichtige Erkenntnisse zum Konzept der bedürfnisorientierten Pflege von Menschen mit Demenz sowie zur Umsetzung einer Pflegeoase gewonnen werden. Diese fließen wesentlich in die Konzeption eines Neubaus zur Betreuung von Menschen mit Demenz sowie in die erste Pflegeoase in Nordrhein-Westfalen im Seniorenzentrum Bethanien in Solingen ein.

Ausgangssituation

2010 wird auf dem Gelände des Diakonischen Werkes e.V. in Solingen das „Haus Eiche“ eröffnet, ein segregatives Haus für die Betreuung von Menschen mit allen Stadien der Demenz. Der Neubau wird vier Wohngruppen und die Pflegeoase-Bethanien© – die erste ihrer Art in NRW – umfassen. In allen Betreuungsbereichen soll nach dem Konzept der bedürfnisorientierten Pflege gepflegt werden, das den betreuten Mensch und dessen besondere Bedürfnisse immer in den Mittelpunkt stellt.

Die gesamte inhaltliche und pflegerische Konzeption von „Haus Eiche“ wurde von einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe entwickelt, der Mitarbeiter aller Arbeitsbereiche angehören. Um sicher zu gehen, dass die konzeptionellen Inhalte und Ideen für den Neubau auch tatsächlich umsetzbar sind, entschlossen wir uns, eine Einrichtung zu besuchen, die bereits seit vielen Jahren Experten in der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz sind und Erfahrungen mit den von uns gewählten Pflegekonzepten hatten: die Sonnweid AG in der Schweiz. Hier ist nicht nur die innovative Idee der Pflegeoasen entstanden. An der Sonnweid AG wird zudem seit mehr als 10 Jahren die bedürfnisorientierte Pflege praktiziert, wodurch sie im deutschsprachigen Raum die meiste Erfahrung mit dieser Pflegeform aufweist.

Da sich die mit der Konzeption und Umsetzung des neuen Hauses betreute Arbeits-

gruppe aus unterschiedlichen Professionen und Hierarchien zusammensetzt, sollte auch die Hospitation im multiprofessionellen Team durchgeführt werden. Insgesamt wurden vier Mitglieder in die Schweiz entsandt: Pflegedienstleitung (Rüdiger Jezewski), technische Leitung (Frank Niedernhöfer), Wohngruppenleitung (Angelika Schäfer-Pöchmann und Hannelore Ihle).

Die Hospitation in der Sonnweid AG

Zwar hatten wir für unsere Hospitation nur eine Woche Zeit, doch die Erfahrungen und Erlebnisse, die wir auf allen Ebenen der Mitarbeiterschaft, besonders aber in den Begegnungen mit den Heimbewohnern erleben durften, waren sehr intensiv und nachhaltig.

In der Sonnweid AG wurden wir sehr herzlich begrüßt und direkt unterschiedlichen Wohngruppen zugeteilt. Diesen Beginn der Hospitation empfand ich im Nachhinein als sehr entscheidend: Hier wird nicht viel über die Betreuung von Menschen mit Demenz geredet, sondern nach dem Grundsatz gelebt: „Wenn Du etwas über die Betreuung von Menschen mit Demenz lernen möchtest, dann fange in der Praxis an.“

Die beiden Wohngruppenleiterinnen Angelika Schäfer-Pöchmann und Hannelore Ihle hospitierten im Verlauf der Woche in einer Wohngemeinschaft und anschließend in einer Pflegeoase. Auch Frank Niedernhöfer, Dipl.-Ingenieur und als Abteilungsleiter Technik u. a. für die Betreuung des Neubauvorhabens zuständig, hospitierte nicht nur in der dortigen Haustechnik, sondern auch in einer Wohngruppe.

Auch ich als Pflegedienstleiter war nicht nur beim Management des Hauses, sondern ebenfalls direkt bei der Betreuung der Bewohner in einer Wohngruppe und einer Pflegeoase eingesetzt. Hier wurde klar, dass auch den leitenden Mitarbeitern bewusst werden muss, wo das Konzept der Bedürfnisorientierung beginnt und endet: beim Bewohner. Alle, die in die Betreuung von Menschen mit Demenz involviert sind, sind nur Akteure, um den Bewohnern Orientierung, Wertschätzung und Sicherheit zu geben.

Die Mitarbeit in der Pflegeoase habe ich als wertvollstes Element der Hospitation empfunden. Ich habe sie als einen Ort der Vitalität, der Selbstbestimmung und der Lebensbejahung erlebt. Dass Isolation, Deprivation und existenzielle Lebensängste von Menschen mit Demenz in einer Pflegeoase gemindert werden können, steht für mich seit dieser Hospitation außer Frage. Dass die Pflege und Betreuung von mehreren Menschen mit teilweise starker Demenz in einem einzigen Raum gelingt, hängt in erster Linie von den Mitarbeitenden ab, von denen eine hohe persönliche, fachliche und soziale Kompetenz verlangt wird. Aber auch der Einrichtungsträger sollte bereit sein, seine Rahmenbedingungen an die Bedürfnisse der Bewohner der Pflegeoase anzupassen. Im Laufe der Woche hatten wir mehrmals ausführlich Gelegenheit, das Erlebte mit

Pflegeoasen bezeichnen ein Betreuungs- und Wohnkonzept für Menschen mit schwerer Demenz und starken Einschränkungen der Mobilität. Innerhalb einer Pflegeoase leben 6 – 8 Personen in einem Raum, allerdings mit Rückzugsmöglichkeiten durch Stellwände. Die Idee basiert auf der Annahme, dass das Bedürfnis nach Privatheit im fortgeschrittenen Stadium der Demenz zugunsten eines verstärkten Bedürfnisses nach Bindung und Kontakt in den Hintergrund tritt. Das Pflege- und Wohnkonzept ist nicht unumstritten und wird derzeit bundesweit in ersten Pilotstudien hinsichtlich ihrer Effektivität bzgl. Wohlbefinden/Lebensqualität beforscht.

den Verantwortlichen zu besprechen und uns beraten zu lassen. Wesentliche Inhalte waren beispielsweise das Pflegeverständnis, aber auch Schulungskonzeption, Personalentwicklung, bauliche Anpassung und Gartengestaltung, Qualitätssicherung, Angehörigenarbeit, Finanzierung, Betreuungsmöglichkeiten, Hauswirtschaft und Küche, Öffentlichkeitsarbeit und Ethik.

Jeden Abend haben wir uns im multiprofessionellen Team über das Erlebte ausgetauscht, die unterschiedlichen professionellen Sichtweisen (Organisation, Pflege, Technik) besprochen und versucht, Brücken zu unserem eigenen Konzept zu schlagen. Ein zentrales Thema war dabei auch immer die Begeisterung über das uns ständig begegnende Pflegeverständnis: der selbstverständliche und sehr wertschätzende Umgang aller Mitarbeiter untereinander und mit den Bewohnern.

Ergebnisse der Hospitation

Neben den zahlreichen persönlichen und fachlichen Erkenntnissen haben wir insgesamt drei zentrale gemeinsame Ergebnisse aus der Hospitation benannt:

1. die Entwicklung einer gemeinsamen Vision, wie Menschen mit Demenz im Seniorenzentrum Solingen betreut werden können
2. das Erlebnis der Umsetzbarkeit der Bedürfnisorientierung
3. die Erkenntnis, dass das Konzept der Bedürfnisorientierung von allen Mitwirkenden (Mitarbeiter, Angehörige, Träger, Management, etc.) ein verändertes Pflegeverständnis erfordert

Darüber hinaus wurden im Team folgende weitere Ergebnisse und Erkenntnisse zusammengetragen (Auswahl):

Pflegeverständnis & Pflegekultur

- Alle Mitarbeiter in der Sonnweid AG tragen die gemeinsame Vision mit, Menschen mit Demenz Gutes zu tun.
- Das Pflegeverständnis ist von einer sehr hohen Wertschätzung geprägt, dessen Ziel es ist, den Moment für den Bewohner erlebbar zu machen. Grundsatz: ‚Den Menschen Mensch sein lassen. Nicht wenn Du es für den Menschen tust, tust Du ihm etwas Gutes, sondern wenn Du es mit ihm tust‘.
- Schon fünf Minuten reichen aus, um einem Menschen intensive, echte Zuwendung (Berührung) zu schenken und ihm zu zeigen, dass er nicht allein ist. Dieses „Zeit schenken“ wird von den Mitarbeitenden auch als Suche nach Ressourcen verstanden.

Konzept der Bedürfnisorientierung

- Das Konzept der Bedürfnisorientierung ist verständlich, eindeutig und nicht überfrachtet. Inhalte werden immer mit dem Bewohnerbedürfnissen begründet.

- Das Konzept der Bedürfnisorientierung hat fünf Schwerpunktthemen, die gleichzeitig als Schulungskonzept dienen: Validation©, Kinästhetik, basale Stimulation©, Ethik und Aktivierung. Alle Mitarbeiter werden in diesen Themen in unterschiedlichen Formen geschult. Zu jedem Thema gibt es Experten aus dem Management und aus jeder Wohngruppe.

Team- und Arbeitsverständnis / Problem „Zeitmangel“

- Der Faktor „Zeitmangel“ verändert sich, wenn ein Team anregen und begeistern kann.
- Auch bei knappen Personalressourcen ist der Bereich der Aktivierung noch erweiterbar, z.B. durch Häppchenteller, Singen, ein Spaziergang, eine Tasse Kaffee im Zimmer des Bewohners mit dessen Geschirr. Vorschlag: In Pläne und Protokolle sollte der Punkt „Bewohner 5 -10 Minuten Zeit schenken“ zugefügt werden, der genauso wichtig zu nehmen ist, wie die anderen Aktivitäten.
- Aufgrund anderer gesetzlicher Vorgaben z.B. an Dokumentation und Hygiene und eines geringeren Stellenplans lässt sich nicht alles auf deutsche Verhältnisse übertragen. Doch „kleine“ Dinge können durchaus transferiert werden: Die Mitarbeiter zur Ruhe auffordern und ermutigen, den begonnenen Weg der Validation weiter zu führen und auszubauen.
- Es wurde deutlich, wie wichtig die innere Ruhe einer Pflegeperson für die Betreuung von Menschen mit Demenz ist.

Personalmanagement & Strukturen

- Führungsverständnis: In der Sonnweid AG wird eine „flache Hierarchie“ gelebt.
- Der Personalstand ist nicht mit dem hiesigen vergleichbar.
- Es werden an die Bedürfnisse der Bewohner angepasste Dienstzeiten geplant. Die Mitarbeitenden tragen dieses flexible System selbstverständlich mit.
- Arbeitsstrukturen: Es wird darauf geachtet, was tatsächlich notwendig ist.
- Die Dokumentation ist auf das Notwendigste begrenzt.

Erkenntnistransfer & Ausblick

Wir sind begeistert von der Idee, Menschen mit Demenz so zu betreuen, dass nicht sie sich an uns anpassen müssen, sondern wir alles in unserer Kraft stehende tun, um uns an ihre Bedürfnisse anzupassen.

Die Konzeption für den Neubau und die Pflege in „Haus Eiche“ haben wir entsprechend der Erkenntnisse aus der Sonnweid AG modifiziert und erweitert. Gegenüber Mitarbeitern und Verantwortlichen haben wir zudem deutlich gemacht, dass sich für eine erlebbare Lebensqualität auch die Haltung zu Menschen mit Demenz ändern muss und dafür konsequentes Handeln notwendig ist.

Zum Abschluss möchte ich Hannelore Ihle zitieren, die wie folgt in die Zukunft blickt: „Wir müssen uns Zeit nehmen, unsere Mitarbeiter in den grundlegenden Bereichen, die für die Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz wichtig sind, zu schulen: Aktivierung, Validation, Kinästhetik, Basale Stimulation und Ethik. Mit unserem neuen Haus haben wir die räumlichen Voraussetzungen für einen neuen Weg geschaffen. Wir sind auf dem richtigen Weg, damit auch bei uns Menschen mit Demenz nach unserem Motto ‚Leben helfen‘ in Würde leben und sterben können.“

Zu diesem „richtigen Weg“ hat die Hospitation in der Schweiz einen wesentlichen Beitrag geleistet. Die Sonnweid AG ist uns mit ihrem Pflegekonzept und dem Konzept der Pflegeoase etwa 20 Jahre voraus. In Deutschland müssen wir hier noch einiges aufholen: Ein anderes Pflegeverständnis der Gesellschaft ist gefragt, bisherige Wertvorstellungen von Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz müssen sich verschieben und sollten diskutiert und angepasst werden. Denn zukünftig wird es eine immer höhere Anzahl von Mitmenschen geben, die eine Demenz haben und auf ihre Art ihr Leben mitbestimmen möchten.



:::: Zusammenarbeit von Pflege und Hauswirtschaft bei der Betreuung von Menschen mit Demenz

:::: *Heidi Stecher, stellvertretende Pflegedienstleitung, und Birgit Achhammer, Hauswirtschaftsleitung, Regensburg SeniorenStift*

Wie kann eine reibungslose und konfliktfreie schnittstellenübergreifende Zusammenarbeit von Pflege und Hauswirtschaft bei der Betreuung von Menschen mit Demenz erreicht werden? Eine Hospitation in Schottland hat dazu wertvolle Ansätze und Antworten geliefert.

Ausgangssituation

Im Regensburg SeniorenStift wird schon seit längerem an der Förderung der Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen gearbeitet mit dem Ziel, Informationsverluste zu verringern und eine kontinuierliche Versorgung der Bewohner sicherzustellen. Ein Fokus liegt dabei u. a. auf der Zusammenarbeit der Bereiche Hauswirtschaft und Pflege, da wir Hauswirtschaftler ausbilden und ein wesentlicher Bestandteil dieser Ausbildung die Betreuung von pflegebedürftigen Menschen ist. Um die Weitergabe der geforderten Lehrinhalte sicherstellen zu können, schien eine stärkere Einbindung dieser Berufsgruppe in die tägliche Versorgung der Menschen mit Demenz unabdingbar. Allerdings zeigte sich in der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen, insbesondere der Hauswirtschaft, eine teilweise unzureichende gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung. Auf der Suche nach Ansätzen, wie eine reibungslose und fachlich fundierte schnittstellenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern von Pflege und Hauswirtschaft verbessert werden kann, sind wir auf das Forth Valley Project und das Dementia Services Development Centre (DSDC) in Schottland aufmerksam geworden.

Forth Valley Project

Das Forth Valley Project wurde 2007 von der schottischen Regierung installiert, nachdem zunehmend Probleme bei der Versorgung von Menschen mit Demenz in den

öffentlichen Fokus gerückt waren. Ziel des Projektes war es, die Zusammenarbeit aller an der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz beteiligten Berufsgruppen zu analysieren und zu optimieren. Im Rahmen des Projektes wurde jeder Abschnitt der Versorgungskette dargelegt – vom Zeitpunkt der frühen Diagnostik im häuslichen Bereich, über die Probleme bei einer Zunahme der Auffälligkeiten durch eingeschränkte Orientierung und Verwirrheitszuständen, bis hin zu Krankenseinweisungen und dem Leben in Altenpflegeeinrichtungen. An dem Projekt sind unterschiedlichste Gruppen beteiligt: die Betroffenen selbst, deren Angehörige und Bekannte, Polizeibeamte, Sozialdienste, Ärzte, Pflegende und alle am Thema Demenz Interessierte.

Dementia Services Development Centre (DSDC), Iris Murdoch Building, University of Stirling.

Das DSDC bietet wissenschaftliche und praktische Unterstützung für Menschen mit Demenz und deren Betreuungspersonen an. Darüber hinaus bietet das DSDC spezielle Fortbildungen zum Thema Demenz für Mitarbeiter aus allen Bereichen an, u. a. der „Home Care Practice Licence“ (HCPL). Angehörige und andere Beteiligte ohne Basiswissen werden hierbei über die Krankheit Demenz und das Verhalten der Betroffenen informiert und können mit einem Zertifikat abschließen.

Unlängst wurden in Zusammenarbeit mit dem DSDC verschiedene Pflegeheime gestaltet und modernisiert, bei dem ein besonderer Fokus auf einer freundlichen Umgebung lag, in der sich Menschen mit Demenz gut orientieren können. Ein Aspekt der Hospitation lag daher auch auf der Wohnraumgestaltung für Menschen mit Demenz, auf die wir hier aber nicht weiter eingehen werden.

Durchführung der Hospitation

Im Rahmen der Hospitation besuchten wir nicht nur das Dementia Services Development Centre der University of Stirling, sondern auch viele Altenheime des Forth Valley Project – sowohl kommunale als auch private stationäre Einrichtungen – die sich auf die Betreuung von Menschen mit Demenz spezialisiert haben. Einer der Höhepunkte war der Besuch des East Ayrshire Community Hospitals. Das Haus bietet sowohl ambulante als auch stationäre Versorgung von Menschen mit Demenz und weist eine optimale Zusammenarbeit aller Berufsgruppen auf.

Um alle Antworten auf unsere Fragen zu strukturieren und zu dokumentieren, erarbeiteten wir einen Fragebogen für die Gespräche und Besichtigungen in den stationären Einrichtungen. So konnten wir unsere Besuche geplant durchführen und anschließend auswerten.

Die multiprofessionelle Zusammenarbeit in Schottland

Die schnittstellenübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen ist in den von uns besuchten Einrichtungen in Schottland im Prinzip problemlos und wird von allen Ebenen in den Einrichtungen gewünscht, gefördert und erwartet. Alle Mitarbeiter aus den unterschiedlichen Fachbereichen fühlen sich für einen reibungslosen Ablauf und ein gutes Betriebsklima verantwortlich.

Der Bewohner im Mittelpunkt

Die dortigen Bewohner können sicher sein, dass ihre Lebenserfahrung, ihre Bedürfnisse und ihre Biografie stets im interdisziplinären Team thematisiert werden. Alle an der Betreuung beteiligten Berufsgruppen gehen intensiv auf die Bewohner ein. Erfahrungen und Fachwissen aus allen Bereichen werden eingebracht, um ein Wohn- und Arbeitsumfeld zu schaffen in dem sich Bewohner und Mitarbeiter entfalten, weiterentwickeln und wohl fühlen können.

Interdisziplinäre Teamsitzungen / Transparente Kommunikation

Die Einbindung aller an der Betreuung der Bewohner beteiligten Mitarbeiter in Abläufe und Ziele ist ein elementarer Baustein, um Zufriedenheit und Identifikation zu steigern. Bei Übergaben und Teamgesprächen sind immer Mitarbeiter aus allen beteiligten Fachbereichen anwesend. Es wird Wert darauf gelegt, dass Veränderungen und Auffälligkeiten von Mitarbeitern aller Fachbereiche erkannt und in Übergaben und Teamgesprächen ausführlich besprochen und behandelt werden. Durch diesen interprofessionellen Austausch können Verhaltensweisen schnell und präzise erfasst und beurteilt werden. Für die individuelle Betreuung wichtige Informationen gehen nicht verloren und der Pflegeprozess wird ständig interdisziplinär überprüft und weiterentwickelt.

Die besondere Rolle der Hauswirtschafter

Es hat sich gezeigt, dass die Mitarbeiter der Hauswirtschaft häufig Gespräche mit Menschen mit Demenz führen und dabei wichtige biografische Einzelheiten erfahren, die den Pflegenden zum Teil so nicht mitgeteilt werden. Anscheinend ist die Hemmschwelle, intime Dinge zu erzählen, gegenüber hauswirtschaftlichen Mitarbeitern niedriger als gegenüber dem Pflegepersonal. Dieses Phänomen erklärt sich vermutlich durch die Wahrnehmung dieser Berufsgruppe, die von Menschen mit Demenz eher als „Hausfrauen“ wahrgenommen werden.

Interprofessionell ausgerichtete Standards

Standards zur Mitarbeiterförderung und Teamentwicklung sind in allen von uns besuchten stationären Einrichtungen ein wichtiges Führungsinstrument. Sie waren in annähernd jedem Haus implementiert. Diese Standards sind interdisziplinär entwickelt worden und richten sich fächerübergreifend an alle an der Versorgung beteiligten Mitarbeiter.

Wertschätzung

In Schottland scheint auf die gelebte Gleichbehandlung und Wertschätzung aller Berufsgruppen sehr großer Wert gelegt zu werden. Dies war am Umgang aller Mitarbeiter in jedem von uns besuchten Heim durch einen vertrauensvollen und offenen Umgang miteinander zu spüren.

Wissensvermittlung und Fortbildung

Grundlage gegenseitiger Wertschätzung und guter Zusammenarbeit auf Augenhöhe ist auch ein ausgewogenes Fortbildungswesen, das Mitarbeiter unterschiedlicher Fachbereiche zu gleichen Themen schult. Besonders begeistert hat uns hierbei das niederschwellige Fortbildungsangebot „Home Care Practice Licence“ (HCPL). Die Fortbildung vermittelt allen an der Betreuung von Menschen mit Demenz Beteiligten ein fundiertes Basiswissen und ermöglicht allen Teilnehmern mit dem im Rahmen der Fortbildung erworbenen Zertifikat eine gleichwertige Arbeitsgrundlage. Ziel der Fortbildung ist es u. a. das Verständnis für die Erkrankung Demenz und den Umgang mit Bewohner zu erleichtern. Teilnehmen können beispielsweise Pflegende, Mitarbeiter der Hauswirtschaft, Haustechnik, Wäscherei aber auch Schüler und Praktikanten der Hauswirtschaft.

Transfer der Erkenntnisse im Regensburg SeniorenStift

Die Übertragbarkeit der in Schottland gewonnenen Anregungen auf unsere Einrichtung ist ein langer, arbeitsreicher Weg. Doch allen Beteiligten ist klar: Nur mit der Integration aller Berufsgruppen und der Einbeziehung aller Mitarbeiter sind positive Veränderungen möglich.

Derzeit nehmen wir am Projekt „ServiceQualität Deutschland“ teil. In diesem Zusammenhang sind wir in verschiedene Qualitätszirkel eingebunden, in denen Mitarbeiter aus allen Fachbereichen an einer Verbesserung der Prozesse arbeiten. Eine große Hilfe sind hierbei auch die Erfahrungen aus Schottland, da Informationen aus der Hospitation in die Planung und Umsetzung einbezogen werden können.

Um sicherzustellen, dass alle beteiligten Berufsgruppen ein Basiswissen zu Demenz und den Umgang mit veränderten Verhaltensweise erhalten und um mögliche Überforderung zu vermeiden, erarbeiten wir derzeit zudem ein Fortbildungsangebot, das auf der Idee des „Home Care Practice Licence“ gründet.

Ein gemeinsam von Pflege und Hauswirtschaft umgesetztes Projekt waren erste Wohnraumanpassungen, die wir auf Grund unserer zweiten Fragestellung aus dem Dementia Services Development Centre mitgebracht hatten (siehe Abb. Seite 27 oben).

Ein Wermutstropfen ist jedoch eine politische Entwicklung, die die Umsetzung unseres Projektes nachhaltig zu beeinflussen droht. Zum Zeitpunkt unserer Hospitation trat das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in Kraft. Unter anderem ist darin geregelt, dass künftig für je 25 Heimbewohner mit besonderem Betreuungsbedarf die Kosten für eine zusätz-



*links / Flurgestaltung
mit farblicher Absetzung
der Handläufe
rechts / „Esszimmertür“
durch abgetönte Wände
hervorgehoben*

liche Betreuungskraft in Pflegeheimen von den Pflegekassen übernommen werden. Das hat zur Folge, dass u. a. die geforderten Inhalte in der Ausbildung zur Hauswirtschaftlerin im Bereich der Betreuung kaum mehr ausreichend weitergegeben werden können. Die Hauswirtschaftler werden wieder vermehrt in die Tätigkeitsfelder der Hauspflege eingesetzt und haben kaum noch Möglichkeiten ihre Ideen und Vorschläge adäquat in die Betreuung zu bringen, da diese Tätigkeitsbereiche durch das neue Berufsfeld der „Betreuungskräfte“ umfangreich abgedeckt werden. Die angestrebte „Gleichwertigkeit“ hat sich dadurch erschwert und die Anerkennung im Rahmen der Betreuungsleistungen kann kaum erreicht werden.

Dennoch ist die in Schottland erlebte Wertschätzung aller Mitarbeiter aus allen Fachbereichen und der gleichwertige Anerkennung aller Arbeiten für uns ein Ansporn, dies auch für unsere Mitarbeiter sichtbar zu machen. Die Integration aller Mitarbeiter und den kooperativen Führungsstil, der die Grundsätze der Kommunikation sehr hervorgehoben hat, werden wir auch bei uns an unterschiedlichen Stellen einsetzen können.

Ausblick

Die Hospitation in Schottland im Rahmen des Internationalen Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz war für uns beide ein unvergessliches Erlebnis.

In allen Einrichtungen haben wir eine unvergleichbare Herzlichkeit und Offenheit erfahren, die uns sehr begeisterte. Mit unseren Ansprechpartner vor Ort sind wir auch weiterhin in Kontakt. Erst im März 2009 haben wir erneut eine Veranstaltung in Stirling zu dem Thema „Forth Valley Project“ besucht, auf der die Zusammenarbeit aller an der Betreuung von Menschen mit Demenz Beteiligten anschaulich und eindrucksvoll dargestellt wurde.



Belastungsfaktoren für Pflegende in der Zusammenarbeit im Krankenhaus

Dr. Elke Donath, Mathias Hochschule Rheine und
Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke

Im Rahmen eines Forschungsprojekts des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke zum Thema „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ stand unter anderem die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten und deren Auswirkung auf die Belastung der Beschäftigten im Mittelpunkt. Im Ergebnis stellte sich heraus, dass gerade die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team ein hohes Belastungspotential in sich birgt.

Ausgangssituation

Die aktuelle Situation im deutschen Gesundheitswesen ist durch einschneidende Veränderungen in den strukturellen Rahmenbedingungen gekennzeichnet. Hintergrund dafür ist das von der Politik forcierte Ziel, die Qualität der Leistungen und die Versorgungsstrukturen zu verbessern, ohne dabei an Wirtschaftlichkeit einzubüßen.

In der stationären Versorgung beziehen sich die Veränderungen auf fast alle Bereiche:

- Erhöhung des Standardisierungsgrades der Versorgung,
- Finanzierungsbedingungen,
- Aufbau- und Ablauforganisation der stationären und außerstationären Institutionen,
- Aufgaben- und Verantwortungsverteilungen,
- Kompetenzprofile der an der Versorgungsleistung Beteiligten.

Die Tendenz dieser Veränderungen ist eindeutig: „Akutkrankenhäuser in Deutschland sind auf dem Wege zu spezialisierten, hoch technisierten, intensiven Versorgungsinstitutionen mit schnellster Patientenentlassung, verringerter Bettenzahl und den Anforderungen intensiverer Behandlung und Pflege“ (Bartholomeyczik, 2009).

In Anlehnung an die Systematik der australischen Diagnoses Related Groups wurde im Jahr 2004 auch in Deutschland das Entgeltsystem zur Finanzierung der Akutkrankenhäuser auf ein diagnosebezogenes Fallpauschalensystem (G-DRG) umgestellt (2. FPÄndG, 2004). Spätestens damit haben sich in den letzten Jahren auch für die Pflegenden die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus deutlich gewandelt.

Im Rahmen des neuen Kalkulationssystems für stationär erbrachte Leistungen kommt der Kostenstruktur eines Hauses – unter Berücksichtigung der eingeschränkten Erlös-

möglichkeiten – eine erheblich größere Bedeutung zu. Dieser zunehmende wirtschaftliche Druck auf die einzelnen Leistungserbringer im Krankenhaus hat erhebliche Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen. Beispiele dieser Auswirkungen sind u.a. die verkürzte stationäre Verweildauer von Patienten sowie eine allgemeine Bettenreduzierung.

Darüber hinaus haben viele Häuser zur Einsparung von Kosten Mitarbeiterzahlen reduziert – und dies bei gleichzeitigem strukturellem Anstieg des Arbeitsaufwandes in der stationären Versorgung (ISFORT et al., 2007, Simon, 2009). Insgesamt hat sich die Arbeit intensiviert und die psychosoziale Betreuung der Patienten verschlechtert, so dass eine steigende Arbeitsunzufriedenheit bei den Ärzten zu beobachten ist (Klinke, 2007). Dies gilt auch für die Pflege: „Der Stellenabbau hat zu einer chronischen Überlastung des Pflegepersonals in zahlreichen Krankenhäusern und Abteilungen geführt – wir haben einen Pflegenotstand in Krankenhäusern – allerdings nicht in allen!“ (Simon, 2009).

Die Veränderungen mit dem damit verbundenen Anpassungsdruck führen zu einem Anstieg der Belastung beim ärztlichen und pflegenden Personal bei gleichzeitig steigenden Versorgungsanforderungen durch ältere und multimorbide Patienten (Rieger, 2006).

Belastungsfaktoren

Der Begriff der Belastungen (d.h. die Gesamtheit der von außen einwirkenden Faktoren) wird in der Regel von Beanspruchungen (Auswirkungen der Belastungen auf den einzelnen Menschen in Abhängigkeit von seinen individuellen Voraussetzungen) unterschieden (Nübling et al., 2005). Neben den psychosozialen Belastungen ist die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, speziell mit den Ärzten ein wichtiger Faktor für die Arbeitszufriedenheit von Pflegenden. Diese Zusammenarbeit wird sowohl durch die Persönlichkeitsstruktur der Beteiligten als auch durch strukturelle Gegebenheiten beeinflusst.

Angesichts der eingangs beschriebenen Veränderungen im Gesundheitswesen erhält die multidisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus immer mehr Bedeutung – einerseits zur Bewältigung der gestiegenen Belastungen, andererseits um zusätzliche Reibungs- und Qualitätsverluste in der Versorgung der Patienten zu vermeiden.

Empirische Daten zur multidisziplinären Zusammenarbeit

Das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke hat im Jahr 2008 ein Forschungsprojekt zu Thema „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ (Bartholomeyczik et al., 2008) abgeschlossen. Die Ergebnisse des Projekts geben auch die Einschätzung

der Pflegenden zur Zusammenarbeit zwischen den Pflegenden und Ärzten wieder und skizzieren Veränderungspotentiale für eine konstruktive Zusammenarbeit, durch die auch die Qualität der Patientenversorgung gesteigert werden kann.

Ziel des Projektes war es – vor dem Hintergrund der oben dargestellten Veränderungen in deutschen Krankenhäusern und der daraus resultierenden Arbeitsverdichtung – auf insgesamt sechs Stationen in Krankenhäusern der Maximalversorgung einen Organisationsentwicklungsprozess zu initiieren, zu begleiten und zu evaluieren. Der Fokus lag dabei auf der Erfassung der Arbeitsbedingungen des pflegerischen und ärztlichen Personals und auf der Durchführung von Maßnahmen zu deren Verbesserung. Die Datenerhebung zur Situation beider Berufsgruppen erfolgte mittels standardisierter Fragebögen, die u. a. folgende Aspekte beinhalteten:

- Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen
- Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden auf der Station
- Änderungs-/Verbesserungsbedarf
- Ursachen für allgemeine Probleme im Arbeitsablauf

Der Fokus in der Ergebnisdarstellung liegt in diesem Artikel auf dem Aspekt der belastenden Faktoren in der Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden auf den Stationen. Diese lassen sich nach Krügers „Schichtenmodell des Wandels“ (Krüger, 1994) in drei unterschiedliche Kategorien zusammenfassen:

- Belastungsfaktoren auf der sachrationalen Ebene,
- Belastungsfaktoren auf der politisch-verhaltensorientierten Ebene und
- Belastungsfaktoren auf der wertmäßig-kulturellen Ebene.

Sachrationaler Ebene

Auf der sachrationalen Ebene zeigten sich in Bezug auf belastende Faktoren in der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin Defizite im Einsatz von Management und Führungsinstrumenten. Dieses zeigte sich nicht zuletzt in den von den Pflegenden und Medizinerinnen angemerkten Mängeln in der Organisation der Arbeitsabläufe.

Des Weiteren wurden fehlendes Wissen über Leistungen der jeweils anderen Berufsgruppe, ein unterschiedliches Verständnis von der Patientenversorgung, sowie ein ungleiches Teamverständnis der Berufsgruppen als Belastungsfaktoren identifiziert. Zudem fehlte Transparenz in Bezug auf die Anforderungen der modernen Organisationsentwicklungskonzepte, so dass hier ein Mangel an Wissen über diese angemerkt worden waren.

Politisch-verhaltensorientierte Ebene

Auf der Verhaltensebene der beteiligten Zielgruppen zeigten die Ergebnisse Aspekte, die in der Zusammenarbeit immer wieder zu Konflikten führen. Diese Konflikte gründen in einem historischen Entwicklungsprozess, in dem der Konflikt etabliert und „gelernt“ wurde. So werden die Dominanz der Karriereorientierung und das Bestreben der Sicherstellung der Definitionsmacht der Mediziner sowie das fehlende Engagement bei

Station A	Station B	Station C	Station D	Station E	Station F
Chirurgie	Chirurgie	Innere	Innere	Innere	Neonatal
Fehlende Verfügbarkeit der Ärzte auf Station	Präsenzzeit der Ärzte auf Station	Fehlende gemeinsame Visiten	Fehlende Verbindlichkeit von Absprachen	Fehlende Verbindlichkeit von Absprachen	Fehlende Abgrenzung der ärztlichen und pflegerischen Aufgaben
Kommunikationsprobleme zwischen den Berufsgruppen	Fehlende Abgrenzung pfleg. / ärztl. Aufgaben	Mängel im organisatorischen Ablauf auf Station	Fehlender flexibler Hol- und Bringendienst	Fehlende Verfügbarkeit von Ärzten auf Station	Mängel im organisatorischen Ablauf auf Station
Keine Teamidentifikation	Mangelndes Teamverständnis	Ungeplante Aufnahmen	Unzureichende Qualifikation der Mitarbeiter	Mängel im organisatorischen Ablauf auf Station	Kommunikationsprobleme

der Unterstützung von Veränderungsprozessen seitens des ärztlichen Teams von den Pflegenden als belastend empfunden. Hinzu kommt, dass im Team die Pflegenden eher Konflikten aus dem Weg gehen und Vermeidungsstrategien dem Konflikt vorziehen.

oben / Hauptfaktoren für Blockaden in der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin

Wertmäßig-kulturelle Ebene

Der durch die Veränderungen im Gesundheitssektor verstärkte Druck auf die Pflegenden und Ärzte lässt, so die Ergebnisse der Befragung, einige Belastungen besonders hervortreten, die sich der kulturellen Dimension zuordnen lassen. Diese zeigen sich in einer durch Blockaden gestörten Kommunikation sowie einer fehlenden Konfliktkultur sowohl innerhalb der Berufsgruppen als auch berufsgruppen-übergreifend. Die Kompetenzen der Einzelnen werden aufgrund der Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe zugeschrieben.

Ebenfalls der kulturellen Dimension zugehörig ist der Aspekt, dass sich die Intransparenz, die sich in vielen der Belastungsfaktoren widerspiegelt, als Kennzeichen des Gesundheitssektors darstellt.

Auf den Untersuchungsstationen äußerten sich die dargestellten Dimensionen in unterschiedlichster Weise. Die Hauptfaktoren, die zu einer Blockade in der Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege herausgearbeitet worden sind, zeigen sich in der obigen Abbildung.

Zusammenfassung und Lösungsansätze

Die Untersuchung macht deutlich, dass die Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal durch eine hohe Konflikthanfälligkeit geprägt zu sein scheint.

Belastungsfaktoren ließen sich in unterschiedlichen Dimensionen identifizieren. Die Pflege sieht einen großen Veränderungsbedarf in der Kooperation mit den Ärzten und im Bereich der gegenseitigen Wertschätzung. Aussagen von Pflegenden zeigen auch, dass sie sich häufig mit ihren Problemen allein gelassen fühlen (Schmidt et al., 2008). Im Rahmen des Forschungsprojektes „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ stellten sich auf den Projektstationen folgende zentrale Blockaden für die Zusammenarbeit zwischen der Berufsgruppe der Pflegenden und Medizinern heraus: die Kommunikationsformen, die Kommunikationsstrukturen und die Kommunikationsbereitschaft in der Zusammenarbeit beider Berufsgruppen.

Gelungene Kommunikation in Veränderungsprozessen bedingt die Anerkennung unterschiedlicher Deutungsmuster von Gesundheit und Krankheit. Eine gelungene Kommunikation bedeutet auch die Bereitschaft, polarisierende Perspektiven der jeweils anderen Berufsgruppe auf den Patienten verstehen zu wollen und setzt eine gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung der Leistung der beteiligten Berufsgruppen voraus.

Für eine erfolgreiche multiprofessionelle Zusammenarbeit sind Lösungsorientierung der Beteiligten und eine partizipative Zusammenarbeit von besonderer Bedeutung. Ein interprofessionelles Teamverständnis ist eine wichtige Bedingung, um erfolgreich im interdisziplinären Team arbeiten zu können. Weder blockierende Hierarchien noch passiver Widerstand in Veränderungsprozessen dienen der Zusammenarbeit und verhindern zudem notwendige Anpassungen an die veränderten strukturellen Rahmenbedingungen im Gesundheitssektor.

Die Basis einer konstruktiven Zusammenarbeit im multidisziplinären Team ist darüber hinaus auch eine von der Leitungsebene gewollte und gelebte produktive Fehlerkultur. Diese setzt jedoch aktuelles Wissen der einzelnen Professionen voraus, sowie die Kompetenz, fachliche Standpunkte mit gegenseitiger Wertschätzung zu vertreten.

Ziel einer erfolgreichen interdisziplinären Zusammenarbeit sollte sein, mit guter Kommunikation und Kooperation die eigenen Arbeitsbedingungen zu verbessern, die Arbeitszufriedenheit aller Beteiligten zu steigern und so für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten im Krankenhaus zu sorgen. Denn die Verbesserung der Zusammenarbeit von Pflegenden und Ärzten steigert nicht nur die Arbeitszufriedenheit, sondern trägt zudem zur Qualität der Versorgung der Patienten bei und reduziert gleichzeitig die Behandlungskosten.



..... Die Rolle der Hebamme im multidisziplinären Team in Australien

..... *Katja Baldauf, Hebamme, St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof*

Multidisziplinäre Teams sind in der Geburtshilfe in Australien selbstverständlich. Durch eine ebenbürtige Ausbildung von Ärzten, Pflegenden und Hebammen und klare Kommunikationsstrukturen findet die Zusammenarbeit stets in Augenhöhe statt.

Einleitung

In deutschen Krankenhäusern arbeiten Hebammen größtenteils in Kreißsälen und weniger auf Wochenstationen oder in anderen geburtshilflichen Bereichen. Sie leiten selbständig physiologische Geburten, bei denen Gynäkologen üblicherweise anwesend sind. Allerdings ist vor allem die Zusammenarbeit mit Ärzten oft durch Zeitdruck, aber auch durch hierarchische Strukturen geprägt. Aufgrund ihrer nicht-akademischen Ausbildung werden Hebammen dem mittleren medizinischen Personal zugeordnet und unterstehen damit in Krankenhäusern den Weisungsbefugnissen der ärztlichen Kollegen. Vor diesem Hintergrund kommt es vor allem zwischen Gynäkologen und Hebammen nicht selten zu Kompetenzgerangel.

Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegenden und Hebammen war eines der Themen einer vierwöchigen Hospitation im Royal Hospital for Women Randwick (RHW) in Australien. Das Haus gehört zur Technischen Universität New South Wales (NSW) in Sydney und bildet mit einer Geburtenzahl von 4200 Geburten pro Jahr das größte Perinatalzentrum in NSW. 1999 wurde das Royal Hospital for Women Randwick von der WHO/UNICEF als Babyfriendly Hospital (siehe S. 35) zertifiziert.

Im Verlauf der Hospitation wurden mir Einblicke in die gesamte Geburtshilfe gewährt. Mein hauptsächliches Einsatzgebiet waren die zwei Wochenstationen und das Breastfeeding Support Unit (ambulanter Nachsorgebereich), aber auch das Birth Centre und der intensivmedizinische Kreißsaal (Delivery Suit). Darüber hinaus wurde mir ermöglicht, an allen organisatorischen Arbeitsabläufen in den Kreißsälen teilzunehmen. Lediglich die Anwesenheit bei Geburten war nicht gestattet.

Die Rolle der Hebamme im Krankenhaus

Im Unterschied zu Deutschland arbeiten Hebammen in Australien in allen geburtshilflichen Bereichen. Sie betreuen die Frauen und Familien eigenverantwortlich und bilden die Schnittstelle zu weiteren medizinischen Berufsgruppen.

Kreißsaal

Im so genannten Birth Centre, dem hebammengeleiteten Kreißsaal, arbeiten immer zwei Hebammen pro Schicht. Frauen ohne oder mit niedrigem Risiko können dort interventionsarm und selbstbestimmt in einer entspannten, gemütlichen Atmosphäre entbinden. Eine kontinuierliche 1:1-Betreuung kann bei einer jährlichen Geburtenzahl von bis zu 600 Geburten gewährleistet werden. Die Begleitung physiologischer Geburten erfolgt autonom durch die dort angestellten Hebammen ohne Anwesenheit der Gynäkologen. Um eine gute Versorgung zu garantieren, haben die Hebammen eigene Standards in ihr Qualitätsmanagement integriert.

Bei pathologischen Auffälligkeiten erfolgt die Verlegung in einen der angrenzenden intensivmedizinischen Kreißsäle (Delivery Suit) mit Übergabe an den Gynäkologen und die weiterbetreuende Hebamme. In insgesamt zehn intensivmedizinischen Kreißsälen arbeiten sechs Hebammen pro Schicht. Dort entbinden so genannte high-risk Patientinnen, Frauen mit Periduralanästhesie (PDA) Wunsch oder Verlegungen aus dem Birth Centre. Die Frauen erhalten auch hier größtenteils eine 1:1 Betreuung. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit den Gynäkologen, Pädiatern und Anästhesisten, um den Risikopatientinnen bessere Geburtsergebnisse und -erlebnisse zu bereiten.

Wochenstationen

Die zwei Wochenstationen mit jeweils 25 Betten sind ausschließlich durch Hebammen besetzt, wobei eine Hebamme insgesamt fünf Familien betreut. Die Pflegenden arbeiten selbstständig und eigenverantwortlich. Aufgrund der klar definierten Aufgabenteilungen der beteiligten Berufsgruppen sind keine regulären Arztvisiten notwendig. Besonders interessant ist die Strukturierung der Besuchszeiten auf den Stationen: Die Türen der Stationen werden täglich von 13.00 bis 15.00 Uhr geschlossen und die Beleuchtung verringert. Die Frauen und Familien können in dieser Zeit Ruhe finden, stillen und sich aneinander gewöhnen, ohne durch Besuch oder Krankenhausangestellte gestört zu werden. Während dieser Stunden findet das Personal Zeit für die interne Dokumentation, das Verfassen der Abschlussberichte für weiterbehandelnde Berufsgruppen, tägliche interdisziplinäre Fallbesprechungen mit Gynäkologen, Pädiatern etc. sowie telefonische Absprachen für eine evtl. weitere ambulante Versorgung der Patientinnen.

Ambulanter Nachsorgebereich

Im ambulanten Nachsorgebereich (Breastfeeding Support Unit) des RHW arbeiten zwei Stillberater (International Board Certified Lactation Consultants), die mit den Wochen-

stationen bei Stillproblemen kooperieren. Sie bieten ambulante Stillsprechstunden für Frauen an und führen vor und nach der Geburt Edukationsprogramme durch. In ihr Aufgabengebiet fällt auch die Überprüfung und Entwicklung aller Standards, sowie die Erhebung statistischer Daten zur Erhaltung des Gütesiegel „Babyfriendly Hospital“.

In diesem Zusammenhang ist aufgefallen, dass am RHW sehr selbstverständlich mit dem Thema Stillen und Bindung (Bonding) umgegangen wird. Alle Berufsgruppen stehen hinter dem Konzept und fördern diesen natürlichen Prozess in ihrer täglichen Arbeit ohne den Eindruck zu erwecken, Richtlinien erfüllen zu müssen.

Um unterschiedliche Tätigkeitsfelder zu vertiefen und die praktische Erfahrung ausbauen zu können, besteht für die Hebammen die Möglichkeit der Rotation innerhalb der geburtshilflichen Stationen. Dies gilt sowohl für den stationären, als auch für den ambulanten Bereich.

Allerdings entspricht die ambulante Versorgung durch Hebammen in Australien nicht dem deutschen Niveau, da es kaum freiberufliche Hebammen für die Nachsorge gibt. Wenn Frauen eine Hebamme für die Nachsorge bekommen, müssen sie die Kosten dafür selbst aufbringen. Eine finanzierte Betreuung nach der Geburt durch eine Hebamme ist nur gegeben, wenn die Frau innerhalb von 48 Stunden das Krankenhaus verlässt. Dann hat sie Anspruch auf drei bis vier Hausbesuche durch den Home Midwifery Service der Klinik.

Zusammenarbeit im multidisziplinären Team

Der Versorgungsanspruch in Australien ist sehr hoch: Im Zentrum aller Betreuungsmaßnahmen stehen immer die Frauen und Familien.

Die australischen Personalstrukturen sind nicht mit denen in Deutschland vergleichbar. So ist die Rolle der Hebamme klar definiert und ihre Kompetenzen eindeutig: Sie betreut eigenständig und autonom physiologische Schwangerschaften, Geburten und Wochenbetten. Bei pathologischen Verläufen arbeitet sie mit Gynäkologen und anderem medizinischem Fachpersonal zusammen, wobei die Geburt und das Wochenbett zu den vorbehaltenen Tätigkeiten der Hebamme gehören.

Am RHW gab es so gut wie keine hierarchischen Strukturen in der Zusammenarbeit mit ärztlichem Personal. Der Umgang war meist unkompliziert, sehr respektvoll und freundlich. Dies ist weitestgehend auf die universitäre Ausbildung der Hebammen und der damit verbundenen eindeutigen Kompetenzzuschreibung zurückzuführen.

Multi- und interdisziplinäre Teams, die auf Augenhöhe zusammenarbeiten sind selbstverständlich. Die Kompetenzen sind klar verteilt, dokumentiert und werden nicht angezweifelt. Dies liegt nicht zuletzt an der Erarbeitung gemeinsamer Richtlinien.

„Babyfriendly Hospital“ ist ein Gütesiegel von UNICEF und der WHO und steht für kontrollierte Betreuungsqualität in Geburtshilfe und Kinderkliniken. Weltweit zeichnet die Initiative Geburtskliniken aus, die einen hohen Betreuungsstandard nachweisen. Ziel ist es, die erste Lebensphase eines Neugeborenen ganz besonders zu schützen und die Bindung zwischen Eltern und Kind sowie das Stillen zu fördern (www.babyfreundlich.org).

Darüber hinaus scheinen alle Beteiligten die hohe fachliche Qualität multidisziplinärer Diskussionen zu schätzen.

Da jede Profession ihren eigenen methodischen Ansätzen und Abläufen im Klinikalltag folgt, ist die Kooperation und Kommunikation mit ärztlichen Kollegen im RHW durch gegenseitiges Verständnis und klar dokumentierte Absprachen gekennzeichnet. Es gibt monatliche Fallbesprechungen aller Beteiligten und drei- bis sechsmonatige Supervision in den Teams (Hebammen und Ärzte). Wenn unterschiedliche Sichtweisen oder Unklarheiten in der Behandlung oder Betreuung bestehen, wird umgehend das persönliche Gespräch gesucht.

Ausblick

Die Hospitation in Australien war sehr ereignisreich und hat mir viel Enthusiasmus für meine tägliche Arbeit gegeben. Besonders beeindruckt hat mich der Einsatz von Hebammen in der gesamten Geburtshilfe und nicht nur im Kreißaal. Dies würde ich mir perspektivisch auch für Deutschland wünschen.

Im Hinblick auf die multiprofessionellen Teams im Kreißaal besteht in Deutschland noch viel Nachholbedarf. Wir müssen mehr daran arbeiten, die Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zu optimieren und alle beteiligten Berufsgruppen gleichermaßen einzubinden. Nur so kann eine Zusammenarbeit gelingen, in der sich alle Beteiligten gemäß ihrer Kompetenzbereiche berücksichtigt und wertgeschätzt fühlen. Im St. Josefs Krankenhaus Berlin wird nun an der Entwicklung einer besseren Kommunikations- und Kooperationsstruktur zwischen Ärzten und Hebammen unter Berücksichtigung der jeweiligen Kompetenzen gearbeitet. Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe wurde bereits gegründet, die im Zuge eines Umbaus im Jahr 2010 die Umstrukturierungsmaßnahmen des Kreißaals mitplant.



Was bedarf es, um Verantwortung zu übernehmen?

Prof. Dr. Christa Olbrich, Fachbereich Gesundheit und Pflege,
Katholische Fachhochschule Mainz

Verantwortung übernehmen heißt „Antwort geben“ in Situationen, die neu sind und in denen Pflegende nicht auf bewährte Routine zurückgreifen können. In meiner Studie zur Pflegekompetenz (1999) entwickelten sich die „Dimensionen des pflegerischen Handelns“ heraus, in denen sich spiegelt, wie diese Antworten übernommen gegeben werden.

Was heißt Verantwortung übernehmen

Verantwortung kann übernommen werden wenn die Aufgaben, die Kompetenz im Sinne von Recht und Befugnis und im Sinne von Wissen und Können übereinstimmen. In der Pflegepraxis zeigt sich oft, dass Entscheidungen getroffen werden müssen, die unerwartet sind und von Pflegenden großen Mut erfordern. Denn nicht immer sind die Formalien klar und Wissen und Können beruht auf persönlicher Stärke. Oftmals steht kein Team oder eine andere Berufsgruppe zur Unterstützung zur Verfügung. Ein Situationsbeispiel aus der Pflegepraxis verdeutlicht dies:

«Pat., ca. 70 Jahre mit Mesenterialinfarkt, Z. n. explorat. Laparatomie, kam «zum Sterben» auf unsere Station. Sie war nicht informiert seitens der Ärzte (Begründung: Pat. würde zunehmend eintrüben). Angehörige wurden vom Dr. informiert. Die Patientin war zur Zeit direkt nach der Operation noch völlig klar und fragte nach. Da eine Aufklärung von den Ärzten definitiv nicht zu erwarten war (prognostizierte Lebensdauer ca. 2-3 Std.), ging ich zur Patientin und sagte ihr, die Ärzte hätten ihr nicht helfen können. Sie müsse nun bald sterben. Ich bot der Patientin an, mit ihr zu beten, damit sie mit ihrem Leben abschließen könne. Die Patientin nahm das Gebet dankbar an, es bot ihr sichtbar Hilfe. Zunehmend eintrübend, starb sie ca. 1 1/2 bis 2 Std. später ohne physischen oder psychischen Schmerz in Anwesenheit ihrer bis dahin eingetroffenen Kinder.» (Olbrich 1999, S. 85)

Eine mutige Tat! Was veranlasste die Pflegeperson, dieser Patientin diese Information zu geben? «Sie fragte nach...» Es ist anzunehmen, dass diese Frau, da sie klar bei Bewusstsein war, auch eine klare, ernste Antwort erwartete. Dieses Beispiel soll an

dieser Stelle nicht weiter interpretiert werden. Es wird deutlich, was „Antwort geben“ auch bedeuten kann, die Pflegeperson positioniert sich, sie beweist Kompetenz in ihrer Person als Ganzes und übernimmt Verantwortung in einer unerwarteten Situation. Pflege findet immer in komplexen, oft nicht vorhersagbaren Situationen statt. Verantwortung übernehmen heißt auch entscheiden zu können. Aktuelle Ergebnisse aus der Neurowissenschaft weisen nach, dass bei Entscheidungsprozessen vor allem unbewusste Anteile im Menschen wirksam sind. So werden von früher Kindheit an alle Erfahrungen im Gehirn gespeichert und zwar immer in einer emotionalen Bewertung von gut, das heißt es ist mir dienlich oder schlecht, hier ist Vorsicht geboten. Damit haben Gefühle und Intuition eine hohe Bedeutung, wenn es darum geht, sich zu entscheiden. So kann man sagen, dass verantwortungsvolles pflegerisches Handeln immer auf die bereits gemachten Erfahrungen zurückgreift. Die Person ist kompetent im Zusammenwirken aller kognitiven und emotionalen Aspekte. Es ist letztlich die innere Sicherheit, die die Grundlage zur Übernahme von Verantwortung ermöglicht. Aufgrund meiner persönlichen Identität nehme ich ganz bestimmte Dinge in der Praxis wahr, ich bewerte diese, entscheide und bewirke damit mein Handeln. So kann Verantwortung in einer Wechselwirkung all dieser Faktoren gesehen werden.

Dimensionen des pflegerischen Handelns

In meiner Studie zur Pflegekompetenz konnte ich anhand von Pflegesituationen vier Dimensionen pflegerischen Handelns herausarbeiten. Diese werden nun kurz vorgestellt.

Regelgeleitetes Handeln

Pflegepersonen stellen in ihren Situationsbeschreibungen eine pflegerische Handlung in den Mittelpunkt. Es lässt sich leicht erkennen, dass zur Bewältigung dieser Situationen Wissen und Können erforderlich ist, das in diesem Umfang dem in einer dreijährigen Ausbildung vermittelten Wissen entspricht.

Dieses derart erworbene Sachwissen wird fundiert, systematisch und nach den Grundregeln der Pflege ausgeführt. Es umfasst medizinische und pflegerische Kenntnisse, die oft sehr komplex und spezifisch sind. Zu diesem Wissen gehören aber auch auf einer anderen Ebene die Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zur Anwendung des Wissens notwendig sind. Die Pflegepersonen wenden ihr Wissen und Können regelgeleitet an, das heißt sie verfügen über Prinzipien und wissen, was sie z. B. bei bestimmten Erkrankungen, angeordneten Maßnahmen oder Pflegeproblemen der Reihe nach alles zu tun haben. Dieses pflegerische Tun orientiert sich an allgemeinen und speziellen Grundsätzen, die gelernt wurden und in den Lehrbüchern nachzulesen sind. Vielfach kann auf dieser Ebene auch auf Standards zurückgegriffen werden.

In dieser Dimension sind auch Normen einbezogen, die in dieser Abteilung üblicherweise gültig sind. Das pflegerische Handeln wird an dem ausgerichtet, was die Kolle-

ginnen auch tun würden. Es ist routinemäßiges Handeln, das durch die Regeln der Anwendung gerechtfertigt ist und deshalb nicht gesondert reflektiert werden muss. Dieses Handeln, das sich am Regelwissen orientiert, beinhaltet selbstverständlich auch moralisch richtiges Tun; es wird allerdings nicht zu der individuellen Person in Beziehung gesetzt und in dieser Beziehung reflektiert. Am leichtesten kann diese Dimension des pflegerischen Handelns anhand der Organisationsform der Funktionspflege charakterisiert werden.

Situativ-beurteilendes Handeln

Unter den Beschreibungen der Pflegesituationen gibt es einen hohen Anteil von Aussagen, die sich auf die Situation selbst beziehen. Das ist verständlich, denn die Fragestellung lautete ja: «Bitte beschreiben Sie eine Situation, die für Sie oder den Patienten von Bedeutung war.» Trotzdem geht es hier nicht nur um eine Sachverhalte darstellende Beschreibung dessen, was alles getan wurde, sondern es lässt sich auch aus diesen Beschreibungen eine Kategorie herausarbeiten, die eine Dimension von Einschätzung und Beurteilung der Situation aufweist. Das pflegerische Handeln wird also auf dieser Ebene im Sinne einer Metaebene selbst aufgegriffen und reflektiert. Es werden über die ganz konkrete Situation hinausführende Fragen gestellt, wie «Was bedeutet diese ärztliche oder pflegerische Behandlung für den Patienten?» oder «Wie wirksam ist diese Methode?»

Aufgrund dieser situativen Beurteilung kann auch mit zukünftigen Ereignissen antizipatorisch umgegangen werden. Auf dieser Ebene haben jedoch die Zielvorgaben nicht wie auf der regelgeleiteten Ebene allgemeinen Charakter. Es wird nicht nur allgemein die Vorgehensweise in einer bestimmten Situation, z. B. was bei Asthma zu tun ist, geplant, sondern die Vorgehensweise wird konkret innerhalb dieser Handlungsmaßnahme bestimmt und vor allem individuell auf diesen Patienten ausgerichtet.

Reflektierendes Handeln

Das Reflektieren einer Situation kann noch eine andere Qualität erreichen, nämlich die der in die Situation eingebundenen Selbstreflexion. Die Pflegepersonen formulieren hier ihren Eigenbezug zu der Situation, z. B. was diese Pflege oder diese Aussage des Patienten ihnen bedeutet, wo sie selbst einen Sinn sehen oder auch wo sie keinen Sinn in einer Vorgehensweise sehen. Sie können die Gründe und Zusammenhänge ihrer Gefühle erkennen und artikulieren.

Das pflegerische Handeln wird nicht nur auf seine methodische Wirksamkeit hin eingeschätzt, sondern wird als solches bewusst wahrgenommen und auf dem Hintergrund des beruflichen und/oder persönlichen Menschenbildes reflektiert. In einigen Beispielen erfolgt das sehr explizit, in anderen nur in angedeuteter Weise. Oftmals ist die geäußerte Dankbarkeit des Patienten Anlass zum Nachdenken über die eigene berufliche Zufriedenheit.

In dieser Dimension des pflegerischen Handelns wird die Intersubjektivität erkennbar.

Die Pflegeperson bringt persönliche Anteilnahme in das Pflegegeschehen mit ein, sie fühlt, denkt und identifiziert sich mit dem Patienten als Menschen. In diesem Zusammenhang ist oft eine sehr hohe Fähigkeit zur Empathie zu beobachten.

Aktiv-ethisches Handeln

Pflege ist ein zutiefst ethisches Geschehen. Pflegerisches Handeln basiert immer auf Wertvorstellungen, die natürlich nicht immer reflektiert werden. In einigen der vorliegenden Situationsbeschreibungen werden menschliche Grundwerte explizit formuliert, ethische Dilemmata benannt, und es erfolgt auch eine aktive Auseinandersetzung damit. Ethisches Handeln wird dann notwendig, wenn Werte der Patienten oder der Pflegepersonen nicht beachtet oder verletzt werden, wenn z. B. der Wille eines Patienten nicht respektiert wird, wenn Patienten nicht ihr Recht bekommen oder wenn die Würde des Menschen verletzt wird.

Unter der Bedingung, dass Pflegepersonen diesbezüglich eine Wahrnehmungs- und Reflexionsfähigkeit besitzen, geschieht eine Auseinandersetzung mit ethischen Inhalten. Diese Auseinandersetzungen zeigen sich in einigen Beispielen als aktives Handeln, sei es in Form von Gesprächen oder von konkreten Maßnahmen. Diese bewusst reflektierten Aktivitäten führen bis zu Auseinandersetzungen mit großer emotionaler Beteiligung. Innerhalb dieses aktiv-ethischen Handelns entwickeln Pflegepersonen Kompetenzen zur Formulierung von Zielen, Vorstellungen oder Visionen für den Patienten. Zur Umsetzung dieser Zielvorstellungen entwickeln sie Strategien und Maßnahmen, setzen sich mit ihrer ganzen Person dafür ein und erleben Solidarität im Kollegenkreis oder kämpfen alleine, oft auch gegen das Unverständnis in der eigenen Berufsgruppe.

Aktiv-ethisches Handeln überschreitet die routinemäßig ausgeführte Pflege und befindet sich oft außerhalb der in den jeweiligen Abteilungen üblichen Normen.

Zusammenfassung

Pflegerisches Handeln, wie es von Pflegepersonen aus der Praxis heraus beschrieben wurde, konnte in vier Dimensionsbereichen ausdifferenziert werden.

1. Regelgeleitetes Handeln: Es beruht auf Fachwissen, Können und einer sachgerechten Anwendung dieses Wissens. Handeln vollzieht sich innerhalb der Routine und der vorgefundenen Normen.
2. Situativ-beurteilendes Handeln: Hier tritt die Wahrnehmung und Sensibilität, die auf eine spezifische Situation gerichtet ist, in den Vordergrund. Die Orientierung des Handelns erfolgt aufgrund der situativen Einschätzung und Beurteilung.
3. Reflektiertes Handeln: Innerhalb des reflektierten Handelns ist nicht nur der Patient Gegenstand der Reflexion, sondern die eigene Person wird als Subjekt

in das Geschehen mit einbezogen. Gefühle und Gedanken werden vom eigenen Erleben aus artikuliert.

4. Aktiv-ethisches Handeln: In dieser Dimension werden Pflegepersonen aktiv durch ihr Handeln, Kommunizieren oder Streiten auf der Basis von Werten. Damit erfolgt Hilfe für den Patienten in einer ethischen Dimension.

Zum Thema der Verantwortung kann man feststellen, dass Pflegepersonen in allen Dimensionen eine Kompetenz zur Übernahme von verantwortlichem Handeln nachweisen. Im regelgeleiteten Handeln vollzieht sich diese eher in begrenzten und vorgegebenen Rahmen. Es ist die Ausführungsverantwortung, die zum Tragen kommt. Situatives Handeln erfordert eine vertiefte Wahrnehmung und die Fähigkeit zu bewerten, erst damit kann Verantwortung im größeren Kontext ausgeführt werden. Ethisch Handeln ist nur möglich wenn eine Person reflektieren kann, auch indem sie sich selbst mit in das Geschehen einbezieht. Somit beruht Verantwortung immer auf dem Vermögen einer Person in ihrer Gesamtheit. Die Sicherheit in ihrer Identität ermöglicht ihr, sich zu artikulieren, sich zu entscheiden und damit Position zu beziehen. Dieses erfolgt oft, so in den Situationsbeschreibungen, in Bezug zu einer Aufgabe oder in der Verantwortung für einen pflegebedürftigen Menschen. Entscheidungsverantwortung wird auch aufgrund der eigenen Überzeugung in Übereinstimmung mit dem Pflege- und Berufsverständnis übernommen.



..... Kompetenzermittlung in der Pflege als Grundlage zur optimalen Implementierung der pflegerischen Prozessverantwortung

..... André Doherr, Abteilung Thoraxchirurgie, Universitätsklinikum Freiburg

Im Rahmen einer 6-wöchigen Hospitation in den USA wurde u.a. ein Verfahren zur Kompetenzermittlung von Mitarbeitern betrachtet. Die gewonnenen Erkenntnisse flossen in die Evaluation und Weiterentwicklung eines bereits am Universitätsklinikum Freiburg bestehenden Einschätzungsverfahrens für Pflegenden namens IEMKOS ein.

Einleitung

Besonders in Zeiten knapper Ressourcen im Gesundheitswesen und in Folge der Einführung des Krankenhausabrechnungssystems nach DRG (Diagnosis Related Groups) ist es unerlässlich, die Prozesse im Krankenhaus zu optimieren. In diesem Zusammenhang ist die Übernahme von Prozessverantwortung zu nennen, die in deutschen Krankenhäusern speziell im Pflegebereich zunehmend Einzug hält. Ziel ist einen möglichst reibungslosen Prozess des Patientenaufenthalts sicherzustellen. Jeder Patient erhält während des gesamten stationären Aufenthalts einen zuständigen Patientenbegleiter (pflegerischen Prozessverantwortlichen), der von der Aufnahme über die Pflegeplanung und Evaluation bis zur Entlassungsplanung für den Patienten verantwortlich ist. Bei ihm fließen alle Informationen zu dem Patienten zusammen.

Die Pflegenden, die in Zukunft diese Tätigkeiten übernehmen werden, sollten sich auf einer „hohen Kompetenzstufe“ befinden. Hierfür bedarf es eines möglichst objektiven, für alle Pflegenden gleichermaßen gerechten Verfahrens zur Ermittlung der Mitarbeiter-Kompetenzstufe.

Dieses gab den Anstoß zur Entwicklung und Implementierung des Einschätzungsinstrumentes IEMKOS (Instrument zur Einschätzung der Mitarbeiter-Kompetenzstufe) am Universitätsklinikum Freiburg. Mit Hilfe des Instruments können alle Pflegenden auf den Stationen eingeschätzt werden. Es kann dabei auch als Grundlage dienen, Entwicklungsbedarfe der Mitarbeiter zu definieren.

IEMKOS baut auf den Kompetenzstufen nach Benner (2001) und für die Pflege wesentlichen Schlüsselqualifikationen (kommunikative Kompetenz, etc.) auf. Pflegenden und Stationsleitungen wenden dieses Instrument gemeinsam an. Der eigentliche

Kommunikation mit dem Patienten und Angehörigen

Wie zeigt sich die Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten/Angehörigen?

1. Neuling	Alltagssituationen sind vorwiegend Gesprächsinhalt Allgemeines, bisher erlerntes Wissen wird übermittelt Bei speziellen Fragestellungen wird auf erfahrenere Mitarbeiter verwiesen
2. Fortgeschrittene/r Anfänger/in	Gespräche orientieren sich an Vorgaben und Regeln Erlerntes Wissen und Kenntnisse über Situationen, die gehäuft auftreten, werden in Gespräche integriert Bei nicht zu beantwortenden Fragen wird auf erfahrenere Mitarbeiter verwiesen
3. Kompetente/r Pflegenden/r	Bewusste und geplante Gesprächsführung Erlerntes Wissen und Erfahrungen werden in Gesprächen kombiniert Bei nicht zu beantwortenden Fragen wird auf entsprechende Personen verwiesen
4. Erfahrene/r Pflegenden/r	Bewusste, der Situation und Person stets angemessene Gesprächsführung Wissen und Erfahrungen werden stets in Zusammenhang gesetzt und Situationen werden komplex jedoch verständlich dargestellt Bei Fragen, die den pflegerischen Kompetenzbereich übersteigen, wird gezielt auf eine Person der entsprechenden Berufsgruppe verwiesen
5. Experte/in	Intuitive, anspruchsvolle, einfühlsame, der Situation und Person stets angemessene Gesprächsführung Gespräche basieren auf der Grundlage umfassenden Wissens und großer Erfahrung, das komplex jedoch verständlich dargestellt wird Bei Fragen, die den pflegerischen Kompetenzbereich weit übersteigen, wird direkt die richtige Person der entsprechenden Berufsgruppe verwiesen

Einschätzungsbogen beinhaltet 16 Kriterien (siehe Abb. oben). Zur Vereinfachung und zur Objektivierung des Einschätzungsinstrumentes existieren zu jedem der 16 Kriterien Abstufungsmöglichkeiten, die in einem Anforderungskatalog erläutert sind. Sowohl das Einschätzungsverfahren, als auch die Implementierung der pflegerischen Prozessverantwortung befinden sich bis heute in der Erprobungs- und Anpassungsphase.

oben / Auszug IEMKOS:
Anforderungen für
das Kriterium Nr. 10

Ziele der Hospitation

Um aus der mehrjährigen erfolgreichen Umsetzung der Prozessverantwortung sowie der objektiven Ermittlung von Kompetenzstufen zu lernen und die Erkenntnisse in die Weiterentwicklung der Prozessverantwortung und dem IEMKOS in Freiburg einfließen lassen zu können, wurde eine 6-wöchige Hospitation in den USA durchgeführt. Leitend war neben der Prozessverantwortung die Frage: Wie lassen sich die bestehenden Kompetenzstufen von Pflegenden möglichst objektiv ermitteln und fördern? auf deren Beantwortung im Rahmen dieses Artikels der Schwerpunkt liegt.

Gastgebende Einrichtungen

Die gastgebenden Institutionen waren die Universitätsklinik in San Francisco (UCSF Medical Center) einschließlich der School of Nursing, die Universitätsklinik in Sacramento (UCD Medical Center) und das General Hospital in San Francisco.

Das Universitätsklinikum Sacramento, eine Klinik mit Magnet-Status, praktiziert seit mehreren Jahren Primary Nursing. Ziel war es in dieser Institution neben der Implementierung und das Arbeiten mit der pflegerischen Prozessverantwortung (in Form von Primary Nursing) viel über die dafür relevanten Kompetenzermittlungen bei Pflegenden kennen zu lernen.

Darüber hinaus ist Patricia Benner an der University of California in San Francisco (UCSF) tätig. Die Gelegenheit, mit ihr in Kontakt zu treten und über Kompetenzeinschätzung zu sprechen, war ein weiteres wesentliches Entscheidungskriterium für Kalifornien. Zudem sollte die direkte Begleitung von Pflegenden auf den Stationen, Pflegemanagern und Pädagogen in San Francisco einen Einblick im Umgang mit Kompetenzeinschätzungen und die daraus folgenden Maßnahmen gewähren.

Ergebnisse

Generell besteht in den USA der Vorteil, dass alle Pflegenden registriert und in der American Nurses Association (ANA) organisiert sind. Demzufolge sind sie verpflichtet, die Lizenz alle zwei Jahre zu erneuern, um weiter als registrierte Pflegende (Registered Nurse - RN) arbeiten zu dürfen. Trotz dieser Kontrollinstanz bleibt eine kontinuierliche Überprüfung der Kompetenzen unumgänglich (Wright, 2006).

Unabhängig von den Qualifizierungen auf den Stationen werden die Kompetenzen aller Mitarbeiter kontinuierlich überprüft. Diese Beurteilungsverfahren werden nun am Beispiel der Universitätsklinik in Sacramento beschrieben.

Einschätzung der Kompetenzen

Wie auch in vielen deutschen Einrichtungen hat jede Pflegende einmal jährlich ein Mitarbeitergespräch mit der Stationsleitung (Nurse Manager). Hierbei werden Ziele und Verbesserungsanforderungen definiert, die die Pflegenden im weiteren Verlauf umzusetzen haben. Ihre erreichten Ziele werden überprüft und abgezeichnet.

Außerdem muss sich jede Pflegekraft einmal pro Jahr einer praktischen Überprüfung unterziehen. Hierzu wird die RN während der Arbeit am Patienten beobachtet – nicht nur einen Tag, sondern während des gesamten Aufenthalts eines Patienten. Da am UCD Medical Center in Sacramento Primary Nursing praktiziert wird, können alle Aspekte, die bei diesem Pflegesystem eine Rolle spielen von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten erfasst werden.

Darüber hinaus existieren sowohl in Sacramento als auch in San Francisco EDV-gestützte Kompetenztests, die in bestimmten Intervallen durchgeführt werden müssen. Zusätzlich werden andere Mitarbeiter aufgefordert, schriftliche Rückmeldungen über die Zusammenarbeit mit Kollegen zu geben.

Ein weiterer Gesichtspunkt stellt die Meinung der Patienten dar: Hierzu werden zum einen standardisierte Rückmeldungen verwendet, zum anderen werden regelmäßige Befragungen der Patienten von Seiten der Stationsleitung durchgeführt. Die erfassten Daten werden monatlich zusammengefasst und allen Stationen zur Verfügung gestellt. Dadurch wird ein Benchmarking zwischen den Stationen ermöglicht.

Die am Beispiel der beiden Kliniken beschriebenen Vorgehensweisen bilden nur einen Teil der Möglichkeiten zur Einschätzung Pflegenden ab. Jede Pflegeeinrichtung kann, ähnlich wie in Deutschland, ihre eigenen Verfahren verwenden.

Neben diesen klinikeigenen Vorgehen existiert eine nationale Kommission (JCAHO), die in regelmäßigen Abständen die Kliniken besucht, um die Arbeit und die Kompetenzen der Pflegenden zu überprüfen. Durch dieses Verfahren ist ein nationales Ranking der Pflegenden und Pflegeorganisationen möglich (JCAHO, 2007).

Festzustellen war, dass die Anforderungen und die gewünschten Kompetenzen, um beispielsweise die Tätigkeiten einer Primary Nurse zu übernehmen, trotz einheitlicher Einschätzungsverfahren auf den besuchten Stationen variierten. Hierbei kam es stark auf das Fachgebiet und den anfallenden Pflegeaufwand an. Außerdem spiegelten sich die unterschiedlichen Anforderungen der Pflegemanager (Stationsleitungen) in der direkten Einschätzung auf den Stationen wieder.

Wie einleitend beschrieben, bestand während der Hospitation die Möglichkeit, mit Patricia Benner, die sich seit vielen Jahren mit der Frage der Kompetenzgewinnung von Pflegenden basierend auf deren Erfahrung beschäftigt, ins Gespräch zu kommen. Der Fokus ihrer momentanen Forschungen liegt auf den Erfahrungen von Pflegenden, die sich aus Berichten (Narratives) ableiten lassen. Dahinter verbirgt sich der Ansatz, dass zur Einschätzung von Pflegenden explizit Beispiele aus dem Arbeitsalltag der entsprechenden Person mit hinzugezogen werden. Diese Fall- oder Situationsbeschreibungen müssen in einer Art Berichtform von den Pflegenden selbst verfasst werden. Die Berichte ermöglichen einen Einblick in die Erfahrungswelt Pflegenden und lassen sich mit denen anderer Pflegenden vergleichen.

Darüber hinaus lässt sich erkennen, wo die Prioritäten liegen und wie die Pflegenden an ihre Arbeit herangehen (Benner, 2007). Diese Form der schriftlichen Darlegung pflegerischer Arbeit könnten Stationsleitungen in ihre Urteilsbildung einbeziehen mit dem Ziel, ihr Bild des jeweiligen Mitarbeiters zu erweitern.

Patricia Benner untersuchte in einer groß angelegten Studie, auf der Basis des Dreyfus Modell, den Erwerb von Fähigkeiten in der Pflegepraxis. Die fünf Stufen der Pflegekompetenz reichen von Novice (Anfänger) zu Expert (Experte). 1984 veröffentlichte sie ihre Ergebnisse im Buch „From Novice to Expert“, das zehn Jahre später auch in deutscher Sprache erschien (Benner, 1994).

Magnetkrankenhäuser werden vom American Nurses Credentialing Center zertifiziert. Den Magnet Status erreichen nur jene Krankenhäuser, die sich zu pflegerischer Exzellenz verpflichten und ein entsprechendes Zertifizierungsverfahren durchlaufen.

Diskussion und Transfer

Zur Implementierung der Prozessverantwortung bedarf es kompetenter und gut geschulter Mitarbeiter, die diese Tätigkeiten übernehmen können. In den USA wurden zur kontinuierlichen Förderung der dafür nötigen Kompetenzen gezielte Entwicklungsprogramme angeboten. Auch in Freiburg gibt es mittlerweile spezielle, auf die Anforderungen der Prozessverantwortung zugeschnittene Fortbildungsprogramme. Um diese Programme gezielt einsetzen zu können bedarf es, wie beschrieben, einer möglichst objektiven Ermittlung der bestehenden Kompetenz.

Die Beobachtungen im Umgang mit Einschätzungsverfahren und die Gespräche mit Patricia Benner gaben Impulse zur weiteren Bearbeitung von IEMKOS. Dabei stand die Anpassung der Anforderungskriterien und der benutzerfreundlichen Anwendung für die Einschätzer (Stationsleitungen) im Vordergrund. Wie im vorherigen Kapitel bereits beschrieben, variierten die Anforderungen, die die Stationsleitungen in Sacramento und San Francisco an ihre Mitarbeiter stellten.

Die Unterschiede im Umgang mit Beurteilungen wurden auch in der Anwendung mit IEMKOS sichtbar. Diese Abweichungen waren nicht zufällig, sondern konnten vielfach ganz bestimmten Stationen zugeordnet werden, so dass Rückschlüsse auf die Einschätzungen der Stationsleitungen gezogen wurden. Dies gab Anlass für eine Studie zur Erklärung der Gründe für die unterschiedlichen Beurteilungen durch Stationsleitungen. Die Ergebnisse dieser Studie, für die Interviews mit Stationsleitungen durchgeführt wurden, lassen erkennen, wie Stationsleitungen beurteilen und was ihnen dabei wichtig erscheint. Es zeigte sich, welchen Einfluss die persönliche Herangehensweise aber auch die Einflüsse der Organisation auf die Einschätzungsergebnisse hatten. Die Bedeutung der Stationsleitungen in Bezug auf Kompetenzseinschätzungen wurde während der Hospitation sowie in den Ergebnissen der Studie deutlich. Aus diesem Grund werden sie zukünftig aktiv in die Erarbeitung und Anpassung von IEMKOS einbezogen.

Aufgrund der Gespräche mit Patricia Benner in San Francisco ist am Universitätsklinikum Freiburg ein studentisches Projekt geplant, bei dem Pflegende über bestimmte pflegerische Handlungen Erfahrungsberichte schreiben, anhand derer sich wichtige Anhaltspunkte über die Kompetenzen der entsprechenden Personen ableiten. Dieses könnte zukünftig für die Einschätzung Pflegender auf den Stationen nützlich sein.

Im Rahmen der Hospitation standen die erfolgreiche Implementierung neuer Konzepte und die dafür nötige Kompetenzermittlung beteiligter Pflegender im Mittelpunkt. Ziel war es zudem, die gewonnenen Erkenntnisse für die Anpassung des Einschätzungsinstrumentes IEMKOS am Universitätsklinikum Freiburg zu nutzen. Die Ergebnisse der Hospitation sowie die ersten Maßnahmen zeigen, dass die gesteckten Ziele erreicht wurden. Bereits kurz nach der Rückkehr nach Freiburg konnten erste Ergebnisse in die Praxis einfließen und die Grundsteine für weitere Maßnahmen gelegt werden.

Literatur / Allgemeine Hinweise

Literaturhinweise der einzelnen Beiträge finden Sie unter www.g-plus.org.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in der Regel die männliche Schreibweise verwendet. Wir weisen an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass sowohl die männliche als auch die weibliche Schreibweise für die entsprechenden Beiträge gemeint ist.

Impressum

Herausgeber

G-plus – Zentrum im internationalen Gesundheitswesen
Alfred-Herrhausen-Strasse 44
58455 Witten

Leitung: Dr. Elke Donath

G-plus ist ein Projekt der
UWH Forschungsgesellschaft mbH
Alfred-Herrhausen-Strasse 44
58455 Witten

Koordination des Bandes
Nina Kolbe

Redaktion
Nina Kolbe, Monika Hörr

Konzeption und Gestaltung
Axel Boesten, Essen
www.axel-boesten-plus-x.de

Bildnachweis
Abbildung Titel: ©iStockphoto.com/Ralph Howald

Druck
Offsetdruck Klaus Dieckhoff, Witten
www.dieckhoff-druck.de

Auflage
500 Exemplare

November 2009

Diese Publikation ist im Rahmen des von der Robert Bosch Stiftung geförderten Programms Internationales Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit entstanden.

