

Ulrike Höhmann

Expertenstandards in der Praxis:

Überlegungen zu zentralen Umsetzungsbedingungen – am Beispiel des Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz“¹

Nursing Expert-Standards in Practice: Consideration of main predispositions for Implementation - recurring on Examples of the Expert-Standard on „Promoting Urinal Continence“

Due to the development of nursing expert-standards prerequisites for successful implementation have to be considered. By recurring on examples from the nursing expert- standard on Urinal Continence, four central prerequisites are discussed which are already named in the preamble of the expert-standard: 1. interprofessional cooperation, 2. the meaning of professional acting, 3. the procedures demanded, 4. the necessity of adopting new knowledge and the obligation of the management to facilitate these activities.

Keywords

Nursing Expert-Standards, organisational prerequisites, nursing innovations, nursing professional prerequisites, urinal continence, nursing quality improvement, interprofessional cooperation

Die Entwicklung von Expertenstandards in der Pflege ist begleitet von der Frage nach den erforderlichen Umsetzungsbedingungen in der Praxis. Ausgehend vom Beispiel des Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ werden auf der Grundlage der dortigen Aussagen in der Präambel zu vier übergeordneten Grundvoraussetzungen zentrale Aspekte beleuchtet: 1. Zur interprofessionellen Zusammenarbeit, 2. Zum unterliegenden professionellen Handeln, 3. Zu den geforderten Verfahrensanweisungen, 4. Zur Pflicht der Wissensaneignung der Pflegenden und der Verpflichtung des Managements dafür geeignete Bedingungen zu schaffen.

Schlüsselwörter

Expertenstandard, Innovationsbedingungen, Harnkontinenz, pflegerische Qualitätsentwicklung, Pflegepraxis, interprofessionelle Zusammenarbeit, Verfahrensanweisung

Problemaufriss und thematische Eingrenzung

Veränderungen einer bestehenden Praxis und die Einführung von Innovationen geschehen nicht auf Zuruf oder gar von selbst. Das ist gut so: Zuweilen gibt es schützende Beharrungstendenzen in der Praxis, die davor bewahren, dass „jeder Unsinn“ unabhän-

¹ Dieser Text basiert auf einem Vortrag bei der Abschlusstagung „Herausforderung Kontinenz im Alter“ des von der Robert Bosch Stiftung geförderten KIPS-Projektes: „Kontinenzberatung im Pflege- und Seniorenheim“, am 13.7.2007 im Bethanien Krankenhaus Heidelberg.

gig von Möglichkeiten und erwartbaren Konsequenzen mitgemacht wird. Zuweilen verweisen Innovationen aber auch auf regelhafte Schwachpunkte in der Praxis und stellen Optionen zur Verbesserung dar. Expertenstandards wollen einen Beitrag zum Letzteren leisten – auch wenn der endgültige empirische Beleg für die Wirksamkeit und die Erfordernisse aller Einzelheiten ausstehen. Sie gründen jedoch auf dem aktuell best verfügbaren Wissen aus der Literatur und auf Expertenkonsens. Was sie darüber hinaus verdeutlichen: die Bereitschaft und das Erfordernis einer aktiven, fachlich kompetenten und verantwortlichen Rolle der professionellen Pflege.

Engelhardt und Herrmann klassifizieren unter heuristischer Perspektive vier unterschiedliche Verlaufsformen von Innovationen: 1. „eine von Vorneherein blockierte Innovation“, 2. „einen Innovationsschub – mit folgender Stagnation – und anschließender Rückentwicklung“, 3. „einen Innovationsschub – mit folgender Konsolidierungsphase – und anschließender Weiterentwicklung“ und 4. „einen Innovationsschub – mit darauffolgender Stagnation – und einem erneuten Innovationsschub“ (vgl. v. Engelhardt, Herrmann 1999, S. 84ff). Noch liegen keine systematischen Untersuchungen darüber vor, ob und wie die Einführung und eine dauerhafte Umsetzung des Expertenstandards in Gesundheitseinrichtungen regelhaft gelungen ist, oder ob und wie innovative Strohfeuer mit Enttäuschungen wechseln. Vor diesem Hintergrund müssen nun vorerst Konzepte der Arbeits- und Organisationswissenschaften erhalten, um im Wechselspiel mit ersten Umsetzungserfahrungen, nach möglichen regelhaften Erfolgsbedingungen für eine erfolgreiche Implementation zu suchen. Rogers (2003) weist in diesem Zusammenhang auf zentrale Dimensionen hin, die für den Erfolg einer Innovation hohe Bedeutung haben: der wahrgenommene Nutzen auf verschiedenen Ebenen, die Nachweisbarkeit des Erfolgs, die Anschlussfähigkeit der neuen Normen an die bestehende Praxis sowie die Komplexität von Umstellungserfordernissen.

All diese Elemente gälte es im Hinblick auf die Expertenstandards zu diskutieren.

Ich begrenze mich hier allerdings auf ausgewählte Aspekte zur Frage der Anschlussfähigkeit an bestehende Arbeitsmuster und diskutiere vorrangig solche förderlichen Implementationsvoraussetzungen, die von der Pflege selbst aktiv gestaltet werden können. Inhaltlicher Ausgangspunkt dafür sind die im letzten Abschnitt der Präambel angesprochenen Bedingungen. Dort heißt es: „Die Einführung und Umsetzung des Expertenstandards erfordert ein interdisziplinäres Vorgehen. Besonders bei der Einschätzung der Harninkontinenz müssen professionell Pflegende und Ärzte und Ärztinnen eng zusammenarbeiten. Bei bestimmten Problemlagen gilt das auch für die Auswahl erforderlicher Interventionen. Der vorliegende Expertenstandard orientiert sich an der Logik professionellen Handelns, er kann jedoch nicht vorschreiben, wie dieses Handeln in jedem Fall und unter spezifischen institutionellen Bedingungen umgesetzt wird. Hier kommt dem jeweiligen Management die Aufgabe zu, für eindeutige und effektive Verfahrensregelungen Sorge zu tragen. Zusätzlich ist es erforderlich, dass einerseits professionell Pflegende die Pflicht haben, sich Wissen zu dem multidimensionalen Themenbereich Harnkontinenz und Kontinenzförderung anzueignen und dass andererseits das Management hierfür geeignete Bedingungen schafft.“ (DNQP 2007, S. 22f)

Im Methodenpapier des DNQP (www.DNQP.de) werden formale Verfahren zur Anpassung und Implementierung des Standards beschrieben. Diese bedürfen einer gesonderten Betrachtung. Inhaltlich müssen sie jedoch die, für die folgenden Ausschnitte der Präambel diskutierten Aspekte in Rechnung stellen:

1. Die Zusammenarbeit von Pflege und Medizin bei der Einschätzung der Harnkontinenz und bei der Auswahl der erforderlichen Interventionen.
2. Die Logik professionellen Handelns unter je unterschiedlichen institutionellen Bedingungen.
3. Die Schaffung effektiver Verfahrensanweisungen.
4. Die Pflicht zur Wissensaneignung der Pflege und Verpflichtung des Managements hierfür geeignete Bedingungen zu schaffen.

Ich beleuchte diese vier ausgewählten Themen schlaglichtartig am Beispiel des Expertenstandards zur Kontinenzförderung. In den übrigen DNQP Standards tauchen diese vier Punkte in modifizierter Form ebenfalls in der Präambel auf, spiegeln aber die gleichen Grundsätze.

1. Zusammenarbeit von Pflege und Medizin bei der Einschätzung der Harnkontinenz und bei der Auswahl erforderlicher Interventionen

Wann funktioniert professionelle Zusammenarbeit, jenseits ihrer Verunglimpfung als „strategischer Kampfbegriff“? In Anlehnung an Schweitzer (1998, S. 30ff) verweise ich auf zwei zentrale Einflussgrößen:

- a. Die Arbeit muss sich auf ein gemeinsames Ziel richten, das durch Kooperation besser als alleine erreicht werden kann.
- b. Jeder Partner muss bereit sein, die Interessen und Sichtweisen der anderen anzuerkennen und gleichzeitig die eigenen Interessen und Sichtweisen durchzusetzen, so wie dies die Sozialpsychologie als zentrale Vorbedingung des aktiven Vertrauens lehrt.

Was bedeuten diese beiden Anforderungen für die Umsetzung des Expertenstandards „Kontinenzförderung“? Zunächst einmal ist damit gemeint, dass sich Kooperation hier vorrangig unter Verschiedenen lohnt, wenn sich also unterschiedliche Kompetenzen zur Verbesserung der Problemlösung ergänzen. Sinnvollerweise richten sich die verschiedenen Aufgaben und Fähigkeiten der Berufsgruppen auf das Wohlergehen des Patienten als gemeinsamem Ziel und bleiben nicht in den jeweiligen Teilinteressen und Einzelsichten stecken. Konkret bedeutet dies, mit differenten, aber anschlussfähigen Perspektiven und Interventionen das Leiden des Patienten zu mindern, ihm Würde und soziale Partizipationschancen (zurück) zu geben, drohende Inkompetenzkaskaden und Probleme zweiter Ordnung frühzeitig zu erkennen, gegenzusteuern und so auch unnötige Gesundheitskosten zu vermeiden. Selbst wenn darüber leicht oberflächlicher Konsens herzustellen ist, so bleiben im Detail die Problemdefinitionen, Problemerkennungen und Maßnahmen jeder Berufsgruppe oft unverbunden neben

einander stehen. Die folgende Fallsituation, deren Prinzipien in unterschiedlichen Varianten häufiger sichtbar werden (vgl. Höhmann, Müller-Mundt, Schulz 1998), soll dies illustrieren:

„Eine bislang zuhause allein lebende 79jährige Patientin erholte sich in der Akutklinik nach ihrem leichten Schlaganfall gut und kommt fix in die Rehabilitationseinrichtung – allerdings mit Blasenkatheeter und rezidivierenden Blaseninfektionen! Im Aufnahmegespräch zeigte sie sich hochmotiviert für das Rehabprogramm, sie wollte schnell wieder in ihre alte Selbstständigkeit zurück. Das Mobilitätstraining am ersten Tag mit einer jungen Physiotherapeutin klappte blendend. Als die jedoch nicht mehr kommt und es statt dessen von zwei sehr eifrigen jungen Physiotherapeuten fortgesetzt wird, möchte sie zunehmend lieber im Bett bleiben.

In der Fallbesprechung beschwerten sich die beiden, sie halten die Patienten schlicht für faul.

Der junge Stationsarzt will unterstützen, er hat die Lösung, setzt das Antibiotikum ab, mit dem die Dame aus der Akutklinik kam, denn er hält dies für einen systemisch schwächenden Faktor. Er ordnete statt dessen Blasenspülungen mit Aqua dest und viel Trinken an. Er bittet um Information über Fieber und Schmerzen der Patientin und empfiehlt, wenn die Patientin fieberfrei bleibt, das Mobilitätstraining einfach mit sanftem Zwang zu intensivieren, um die Dame aus ihrer Passivität herauszuholen.

Die Pflege hält die Patientin für verschlossen und abwehrend – motivational keinesfalls geeignet dafür – wie eine Schülerin wagte vorzuschlagen, den Katheter probeweise zu ziehen und ein Blasenstraining zu absolvieren.

Auf der Station waren sich schnell alle einig, dass es mit „dieser Patientin nicht klappt“, dabei hatte jeder eine eigene Problemwahrnehmung. Eine systematische Problemerkennung untereinander oder gar mit der Patientin fand – über Vorwürfe hinausgehend – nicht statt; niemand sprach freiwillig über die unvermeidlichen Kontakte hinausgehend mit der Dame. Im Namen des Teams wurde das gemeinsame Urteil „Non Compliant“ gefällt und als nach vier Wochen die Rehatortour weitgehend erfolglos abgebrochen wurde, flammten die Blaseninfektion auf und ab – das Laufen und Greifen klappte kaum besser als zu Beginn. Team und Patientin waren am Ende, wertvolle Ressourcen verschleudert.

Offensichtlich ist es hier keinem der Beteiligten gelungen, die eigenen Problemdeutungen und Handlungsrountinen zu durchbrechen und hinter die Kulissen der Patientin zu gucken: Sie war einfach voller Scham, sich mit den, wie sie sagte „Schläuchen an den Beinen“ außerhalb ihres Bettes und Zimmers zu zeigen – schon gar nicht bei den „netten jungen Männern, die immer mit ihr trainieren wollten“.

Was will diese Fallgeschichte sagen?

Sofern wir unsere Entscheidungen und Handlungen nicht vorrangig an betriebswirtschaftlichen Kalkülen orientieren, sondern an einer professionellen Fachlichkeit, zeigt uns der Expertenstandard Möglichkeiten auf zur Vermeidung von technisch-instrumentellen Diagnostik- und Behandlungsfehlern. Der Einsatz der dort vorgeschlage-

nen Diagnose und Interventionsformen ist jedoch höchst voraussetzungsreich. Denn jede technisch-instrumentelle Kooperation kann nur wirksam werden, wenn sie in einer hinreichend gemeinsamen Wirklichkeitsdeutung gründet. Dies ist im Beispiel nicht gelungen – nicht untereinander und schon gar nicht mit der Patientin.

Zu überwinden ist dieses Problem vor allem durch eine aktiv „dialogisch aushandelnde Kommunikation“ (Schmerfeld/Schmerfeld 2000), in deren Verlauf die jeweiligen fachlichen Einschätzungen in der Alltagspraxis zu einem abgestimmten problem-lösenden Handlungswissen und darauf bezogenen neuen Arbeitsabläufen gerinnen (z.B. Gigerenzer 2007). Solche Verständigungsprozesse im Arbeitsalltag bilden den langfristigen „Vertrauens Kitt“ in Teams und übernehmen zentrale Steuerungsfunktion für den Umgang mit explizitem Fachwissen und für erfolgreiche Problemlösungen. Auch die Lufthansa orientiert sich an solchen Prinzipien im Rahmen ihres Risikomanagements, die unserer Fallpatientin auch gut getan hätten (Müller 2004).

Im Gesundheitseinrichtungen besteht enormer Entwicklungsbedarf, der allerdings gleich viele Hürden bearbeiten muss: berufsrechtliche und Statusprobleme, Wissens- und Artikulationsprobleme, Machtinteressen und Routineabläufe, berufliche Leitvorstellungen und Kostenprobleme, Unsicherheiten im Umgang mit Patienten usw. Hürden, die sich kaum durch „Anordnung“ und technische Umstrukturierung nehmen lassen, sondern langfristige Aufgaben der Vertrauensentwicklung in einer Einrichtung darstellen.

Gute Erfahrungen haben wir im KIPS Projekt mit dem Vorschlag stützender Anhaltspunkte für ein grundlegendes Screening bei der Anamnese und bei Interventionsempfehlungen gemacht. Danach geben interprofessionelle Teams und die Patienten ihre je spezifischen Einschätzungen zu den Grunddimensionen des Trajektmodells an: Bewältigungserfordernisse der Patienten im Bereich der körperlichen Krankheits-/Pflegesymptome, im Bereich des Alltags, der psychosozialen und biographischen Anpassungserfordernisse, des Selbstmanagements und der Koordination von Unterstützung und Hilfe. Thematisiert werden die bestehenden und die verlaufsbezogen zu erwartenden Wechselwirkungen zwischen den genannten Bereichen sowie deren Bedeutung im Lebenskontext der Person. Anhand eines solchen „Leitfadens“ können die Professionellen sowohl die Patientenperspektive versuchen zu verstehen als auch die eigenen Unterstützungsangebote systematisch und mosaikartig zusammenstellen. Sie können schließlich auf dieser Grundlage die Ergebnisse ihrer spezifischen Assessments und Interventionen interpretieren (vgl. Höhmann 2007).

Um in diesem Teamgespräch nun weiterhin sicherzustellen, dass jede Berufsgruppe mit ihrer Sicht, ihren Wissensbeständen und Kompetenzen zu Wort kommt, hat es sich bewährt, anfangs in Fallbesprechungen, mehrere strukturierte Beurteilungsrunden zu machen und dabei zumindest zu Beginn gezielte Gesprächsregeln einzuhalten. Diese sollen sicherstellen, dass auch die Beiträge von Mitgliedern mit geringer Definitionsmacht und/oder Artikulationskompetenz gebührend einbezogen werden (z.B. Janis-Regeln). Zu vermeiden ist damit die vielleicht bekannte Extremvariante, dass aufgrund der Einwürfe z.B. eines artikulationsstarken Mitgliedes der Arbeitsgruppe, im Namen

des Gesamtteams eine Entscheidung gefällt und mit der Legitimation einer dahinterliegenden „Fallkonferenz“ über den Kopf des Patienten hinweg ausgeführt wird.

Ohne den Rahmen eines in gleiche Richtung weisenden Kulturentwicklungsprozesses der Gesamteinrichtung bleibt der Versuch, solche dialogischen Kooperationsformen zu etablieren, jedoch Makulatur. Die Bewältigung der aufgezeigten konzeptionellen Schnittstellen zwischen den Berufsgruppen, aber auch mit den Patienten, bedarf langwieriger, leider nicht zertifizierungsfähiger und wenig spektakulärer Prozesse der Vertrauensbildung eher als der unzähligen formalen Qualitätsaktivitäten, die sich auf den Erwerb von Gütesiegeln richten.

2. Logik professionellen Handelns unter je unterschlichen institutionellen Bedingungen

Welche Voraussetzungen sind erforderlich, um die im Standard unterlegte Logik professionellen Handelns zu ermöglichen?

Zuerst: Was kann „Logik professionellen Handelns“ bedeuten? Auf der rein technisch-instrumentellen Ebene kann damit z.B. die Verinnerlichung der Handlungssystematik des sogenannten „Pflegeprozesses“ gemeint sein. Er orientiert sich an der allgemeinen Systematik zielgerichteten instrumentellen Handelns. Ein Blick in die Arbeitswissenschaften zeigt, dass eben diese Systematik erst „vollständige Arbeitsabläufe“ konstituiert, also: Planung, Ausführung und Bewertung – im Gegensatz zur fragmentierten Fließbandarbeit. Das bedeutet, die Ausführenden benötigen Wissen und Kompetenz für alle Einzelschritte eines vollständigen Arbeitsablaufs. Erst dann kann Verantwortung für das „Produkt“ übernommen werden und eine fachliche, aber auch soziale Identifikation damit erfolgen, weil ersichtliche Entscheidungs- und Handlungsspielräume zu gestalten sind.

Die Pflege empfindet diese allgemeine Systematik jedoch auf Grund einer zuweilen künstlichen und dilettantischen Einführungspraxis sowie stumpfsinnigen Umsetzungen in Dokumentationssystemen oft als unpraktikabel. Die Gründe dafür mögen vielschichtig sein: vielleicht fordern Institutionen diese vollständigen Arbeitsabläufe und die damit verbundene Verantwortung von Pflegenden nur selten ab – oder blockieren regelhafte Umsetzungschancen. Oder honorieren sie zu selten differenzierte Qualifikationen der Pflegenden und vermitteln eher das Bild: Pflege ist jederzeit für all das zuständig, was von anderen nicht erledigt wird? Oder sind Pflegenden per se selbst so wenig an ihren „Arbeitsgegenständen“ interessiert, dass sie ihre Arbeit gern als Fließbandarbeit zerstückeln, oder lassen ihnen überschneidungsfreie Schichtdienste, in denen Übergaben unmöglich sind, Arbeitsteilung und Personalmangel keine Alternative, so dass die kontinuierliche Dokumentation auf einmal die personale Kenntnis der Patienten ersetzt?

Aber weiter: Zur „Logik professioneller“ Arbeit zählt mehr, als die genannte Verfahrenssystematik. Dazu gehört elementar das, was Sennett (2000) mit dem antiquierten, aber treffenden Begriff der „Berufsehre“ umschreibt. In seinem Argument kann solche

Berufsehre erst entstehen, wenn ein Aufgabenrahmen dem Handelnden Autonomie und Vertrauen in seine Zuständigkeiten und Kompetenzen ebenso zusichert, wie die Würde und Anerkennung seiner Handlungskompetenzen. Erst auf dieser Grundlage ist ein inhaltlicher Abgleich von Interessen und Normen der beteiligten Kooperationspartner möglich. Erst dann kann fachliche Identifikation, Verantwortungsübernahme und Gütebestreben im Hinblick auf die eigene Arbeit regelhaft erwartet werden – also Teile dessen, die wir mit „Qualität“ verbinden: Erst dann können neue Arbeitsabläufe als sinnhafte Innovationen entwickelt und „mitdenkend“ gelebt werden.

Die Spannungen zwischen fachlichem Qualitätsethos und betriebswirtschaftlich gewinnmaximierendem Denken in den Einrichtungen werden im Alltag z.B. in Zuteilungskonflikten, impliziten Rationierungen von z.B. Material zur Inkontinenzversorgung oder Zeitkorridoren für ein Toilettentraining sichtbar. Die Aushandlung solcher Konflikte ist zuweilen schwierig und bedarf einer eigenen Betrachtung. Oft hilft es jedoch, Folgewirkungen zu antizipieren: Ein aus Kostengründen zu sparsamer Einsatz von Kontinenzeinlagen im Heim oder in der Klinik kann zum paradoxen Effekt der erheblichen Mehrarbeit und u.U. Mehrkosten durch Wechsel von eingenässter Kleidung und Bettwäsche führen.

Wenn wir uns rückbesinnen auf das Fallbeispiel, so wird schnell die Bedeutung der zuvor genannten Umsetzungsbedingungen sichtbar:

Hätten die Berufsgruppen auf einen systematischen Abgleich ihrer Problemebeobachtungen untereinander und mit der Patientin zurückgreifen können und wären dann die Interventionen im Rahmen vollständiger Arbeitsabläufe im genannten Sinne ausgeführt worden und wechselseitig sowie mit der Patientin überprüft worden – dann wäre die Barriere der Scham aller Wahrscheinlichkeit nach sichtbar geworden. So hat aber die vermeintlich „unaufwendigere“, fragmentierte Routineorientierung der Alltagsarbeit sowohl zu Arbeitsunzufriedenheit der Professionellen, als auch zu unnötiger Leidverlängerung der Patientin, aber auch zu vergeudeten volkswirtschaftlichen Mitteln geführt. Zudem wurde das aufkeimende Berufsethos der Schülerin im Keim erstickt. Einzig die Einrichtung mag an der Fallpauschale ihren Gewinn gemacht haben.

3. Die Schaffung effektiver Verfahrensanweisungen

Angesprochen ist mit dieser Voraussetzung wiederum die hohe Kunst der Gradwanderung. Verfahrensanweisungen sind insoweit sinnvoll als sie institutionelle Handlungssicherheit über Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und grundsätzliche Abläufe bei der Arbeitsteilung z.B. in Diagnostik und Therapie herstellen. In ihnen muss sich das Management zur gewollten Aufgabendifferenzierung zwischen den Berufsgruppen und Hierarchieebenen in der Einrichtung inhaltlich verbindlich äußern. Erforderlich sind „straff-lockere“ Festlegungen, wie wir sie aus der Diskussion um Institutionen mit Spitzenleistungen (z.B. Peters/Waterman 1982) kennen. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass bei klarer Zielrichtung von Korridoren immer noch situativer Adaptionsspielraum für die Beteiligten bleibt. Diese Festlegungen bedürfen personeller, qualifikatori-

scher und organisatorischer Entsprechungen und müssen transparent kommuniziert werden. Rechtliche, ökonomische und fachliche Abwägungen gehen in solche Festlegungen ein, sie sind Ausdruck und Stabilisator der jeweiligen Einrichtungskultur.

Verfahrensweisungen dürfen nicht das Vertrauensgefüge in Teams und Abteilungen auf den Kopf stellen, gleichwohl sie tiefgreifende Veränderungen mit sich bringen können: Wie zum Beispiel neue Formen des Abrufens von Spezialwissen, das Verlagern von Prioritäten z.B. für das Schaffen von Zeitkorridoren für ein regelmäßiges Kontinenztraining, usw. Fragen der personellen Besetzung sind zu klären, evtl. neue Dienstplanmodelle zu entwickeln und der Patientenperspektive ein regelhaft zentraler Stellenwert zu geben.

Verfahrensweisungen nützen wahrscheinlich am ehesten, wenn sie umgesetzt werden. Bei dem dazu erforderlichen Umbau von Arbeitsroutinen und der Entwicklung von Nachjustierungen müssen Teams jedoch systematisch unterstützt werden. Das einfache Wegdelegieren der Umsetzung auf die Ebene der Stationen oder Wohnbereiche ist wenig erfolgversprechend. Denn aus vielerlei Gründen sind die Stations- und Wohnbereichsleitungen damit oft überfordert. Planvolle, Eigenkompetenz fördernde kurzfristige und/oder intermittierende Praxisbegleitung auf Stations-/Wohnbereichsebene ist bei der Einführung der meisten Expertenstandards sinnvollerweise gleich mit zu konzipieren.

Doch auch bei diesen scheinbar so trivialen Ausführungen, liegen die Dinge nicht ganz so einfach.

Nicht selten wird nämlich die berechtigte Forderung nach inhaltlicher Verfahrenssicherheit in starren verfahrenstechnischen Anweisungen aufgelöst. Komplizierte klinische Pfade werden konstruiert, in denen mangels eines übergreifenden inhaltlichen Qualitätskonsenses (Görres 1999) entweder die gängige Praxis, betriebswirtschaftliche Erfolge oder auch zum Teil abenteuerlich ermittelte Kundenzufriedenheit als Stellgrößen genutzt werden. Solche Verfahrensabläufe gerinnen dann leicht zu leeren, organisational verordneten Techniken, die entweder unterlaufen werden, oder Patientenprobleme nur zufällig dann lösen, wenn die unterschiedlichen unausgesprochenen „Erwartungs- und Zielfahrpläne“ der Beteiligten zusammenpassen.

Die Arbeitssoziologie verweist für viele solcher Verfahrens- und Qualitätsregulationen auf systematisch spürbare Kollisionen zwischen den dort formulierten Ansprüchen und dem fachlichen Arbeitsethos der Professionellen. Begünstigt werden so paradoxe Effekte für die Leistungsmotivation, Verantwortungsbereitschaft und Identifikation der Berufsgruppen. Denn ein rigider verfahrenstechnischer Vorschriftenwald unterwirft die angesehenen inhaltlichen Kompetenzen engen formalisierten Abläufen und droht so, den Professionellen ihre soziale Ehre und ihr professionelles Zugehörigkeitsgefühl zu nehmen (Sennett 2000). Diese beginnen, sich von ihrer Arbeit innerlich zu distanzieren, verringern ihre „Ich-Leistungen“ und Kreativität, verengen ihre Problemwahrnehmung, entwickeln schützende Dissonanzreduktionen und lösen ihre Rollenkonflikte schließlich durch Zynismus, Burn Out, Rollenaufblähung oder innere

Gleichgültigkeit (Dreitzel 1980). Solchen Krisen begegnen die Organisationen typischerweise mit krisenverschärfenden Mechanismen: Sie verstärken die Formalisierungen und Kontrollen der Arbeit ihrer professionellen Fachleute. In diesem durchaus alltäglichen Setting des Qualitätsmanagements weist wiederum Sennett (2005, S. 52ff) auf die Begünstigung von drei wichtigen Problemen hin:

1. Erstens verringern die Angestellten ihre Loyalität gegenüber der Organisation. Sie reagieren mit „Gegenflexibilisierung“ ihrer Arbeit, z.B. im Hinblick auf die Befolgung von Normen oder ihrem Zeitmanagement, „igeln“ sich ein, machen Dienst nach Vorschrift, entziehen sich den Kontrollen, so dass für Fehler kaum mehr Verantwortliche auszumachen sind.
2. Zweitens droht durch unkalkulierbare Verantwortungsverschiebungen und neue Interessenkonstellationen die Schwächung des informellen Vertrauens der Beschäftigten untereinander, als dem zentralen Kitt einer reibungslosen und kreativ problemlösenden Zusammenarbeit in der Organisation.
3. Drittens verringert sich durch eine mit solchen Prozessen einhergehende höhere Personalfuktuation und stärker hierarchisierte Entscheidungsprozesse das spezifische institutionelle Wissen von Mitarbeitern, das für ein reibungsloses Funktionieren von Arbeitsabläufen und das schnelle unbürokratische Ausgleichen „normaler“ Defizite und Entscheidungsfehler unabdingbar ist.

In der Folge wird ein Mangel an Mitdenken, Verantwortungs- und Leistungsbereitschaft der Professionellen verzeichnet – es klappt einfach „alles nicht mehr so richtig“. Als Reaktion werden daraufhin neue, schärfere Verfahrensanweisungen entwickelt, die endlich alles klar stellen sollen und noch engmaschigere Kontrollen etablieren, um die Verantwortlichen für die Qualitätsdefizite zu ermitteln. Allerdings wird so das ganze Problem nur perpetuiert, paradoxe Aufschaukeleffekte nehmen ihren Lauf und werden immer schwieriger zu durchbrechen.

Welche Konsequenz ergibt sich daraus für die Verfahrensanweisungen im Rahmen des Expertenstandards? Sie müssen eine Gradwanderung bestehen: hinreichende Klarheit, rechtliche Absicherungen, inhaltliche Ziel- und Kooperationsabsprachen, Verpflichtung zur Einbeziehung der Patientenperspektive usw. Sie müssen gleichzeitig aber auf professionelle Handlungs-/Entscheidungsspielräume setzen, in denen fachliche Kompetenz, Ethos, Ehrgefühl und damit Identifikation mit der Arbeit erst zum Tragen kommen können. Diese Entscheidungsspielräume sind unter einer Qualitätsperspektive jedoch nur verantwortbar, wenn sie mit hinreichender Fach- und Fallkompetenz gefüllt werden.

4. Pflicht zur Wissensaneignung der Pflege und Verpflichtung des Managements hierfür geeignete Bedingungen zu schaffen

Angesprochen wird die Tatsache, dass viele Pflegende (es sei denn, sie kommen frisch aus Ausbildung oder Studium) nicht in vollem Umfang mit den technischen, fachlich

inhaltlichen Anforderungen des Expertenstandards vertraut sind. Ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme und Fortbildung – nicht nur innerhalb der Arbeitszeiten – gehört zu einem professionellen Berufsverständnis. Die exemplarische Implementation des Standards zur Überprüfung der Machbarkeit (DNQP 2007) verweist deutlich auf vorrangige Schulungserfordernisse: Kontinenzassessment, Kriterien und Methoden der Erfolgskontrolle, Beratung, Anleitung und Schulung der Patienten – oft in einer schwierigen persönlichen Tabuzone – sowie Wissen und Kompetenzerwerb zur Umsetzung des Gelernten im Team. Allein schon dieser vorrangig technisch-fachliche Wissenserwerb bietet der Pflege eine Chance zur inhaltlichen Kompetenzentwicklung, zu fallangemessenem Handeln, zu erforderlichen Verantwortlichkeitsdifferenzierungen im Pflegealltag und nicht zuletzt zu dringend benötigten Wirksamkeitsnachweisen pflegerischen Handelns.

Weniger thematisierte und eher vernachlässigte Aufgaben liegen jedoch für das Einrichtungsmanagement gerade dort, wo die Hoffnungen der nun fachlich fortgebildeten Mitarbeiter, ihr erlerntes Wissen in eine neue Stationspraxis umzusetzen, enttäuscht werden. Hier verbergen sich unterschiedliche Hürden: Oftmals werden nur einzelne Mitarbeiter pro Station geschult, ohne sie bei der Verbreitung ihres frisch erworbenen Wissens im Alltagsbetrieb der Stationen zu unterstützen oder strukturelle Möglichkeiten dafür vorzusehen. Oder es werden gerade beim wenig „statusträchtigen“ Thema „Kontinenz“ vorrangig die Mitarbeiter der Station geschult, die als „Arbeitskräfte am ehesten zu entbehren sind“, weniger die „tonangebenden“, die zur Aufrechterhaltung der Arbeit auf den Stationen möglichst nicht fehlen dürfen. Auch Stationsleitungen oder Wohnbereichsleitungen verfügen nicht qua Amt über die erforderlichen Strukturierungs- und Moderationskompetenzen, um eine flächendeckende Umsetzung neuer Praktiken zu ermöglichen. Auch eingespielte Teamkulturen erweisen sich zuweilen als Hürden, ebenso wie wenig kooperationsbereite Mitglieder zu beteiligender Berufsgruppen. So droht viel hochmotivierter Wissenserwerb Einzelner im Sande zu versickern, ohne den Bewohnern/Patienten zugute zu kommen. Zuweilen fehlt auch einfach die Gelegenheit, ein systematisches Zeitfenster im Arbeitsalltag für solche „Wissensweitergabe“. Die dazu geeigneten Übergabezeiten werden in einigen Einrichtungen gerade als „ineffektive Arbeitszeiten mit Mehrfachbesetzung“ minimiert oder abgeschafft.

Schließlich bleibt die Frage nach messbaren Erfolgen oft mühsam etablierter Neoroutinen mit Unsicherheiten behaftet. Vermehrter Wissenserwerb hilft da nur bedingt. So gelten verbesserte Skalenwerte oder Kontinenzprofile schnell als unbestrittene Erfolgsindikatoren. Doch was, wenn die Punktwerte trotz vieler Bemühungen nicht steigen – die Betroffenen aber evtl. lernen, ihre Kontinenzprobleme zu ertragen und in ihren Alltag zu integrieren? Ist das Erfolg? Wir können ihn benennen, aber nicht mit einem eindeutigen Meßwerkzeug quantifizieren. Aus solchen offenen Fragen nach der Wirksamkeit und Erfolgsbeschreibung kontinenzfördernder Interventionen ergeben sich Forderungen nach der Einbindung eines rein fachlich-technischen Wissenserwerbs in berufsethische Konzepte und vor allem in Wertkonzepte der Einrichtungen.

Wenn Wissen Handlungssicherheit vermitteln soll, dann ist in den Einrichtungen ein solcher Diskurs zwingend zu führen.

So tun hier vor allem langfristig wirksame, innovationsgeeignete und wertbezogene Fortbildungen Not und weniger der schnell und billig versprochene Wissenserwerb. Erforderlich sind besonders solche Konzepte, mit denen das Management deutlich macht, „uns ist an dieser Umsetzung gelegen“. Das ist teurer, erfordert Planung, professionelle Umsetzungsbegleitung und Erfolgsüberprüfung vor Ort – Kosten die zu Zeiten knapper Kassen ungern investiert werden, allerdings um den Preis, dass die heute oft halbherzig investierten Fortbildungskosten, zuweilen eher dazu taugen, die formalen Qualitätsverpflichtungen der Pflegekassen und Heimaufsicht zu befriedigen, als dem Bewohner/Patienten zu Gute zu kommen.

Kurz: Pflegende müssen bereit sein durch aktiven Wissenserwerb ihren Anspruch auf Professionalität unter Beweis zu stellen, und das Management muss die Bedingung der Möglichkeit dafür herstellen, dass aus Wissen sichtbare professionelle Kompetenz wird. Das wird nur gelingen, wenn Personal- und Organisationsentwicklung inhaltlich und wertemäßig in den Einrichtungskulturen aufeinander bezogen werden.

Fazit

Voraussetzungen für eine realistische Standardumsetzung – für eine dauerhafte Innovation – gehen ans Eingemachte der Organisationen und können nicht als einfaches Problem, das „die Pflegenden auf Station mal unter sich regeln sollen“, wegdelegiert werden. Auch die ureigensten Hausaufgaben der Pflege werden nur gelingen, wenn dafür Platz und Unterstützung in den Organisationen konsistent hergestellt wird.

Literatur

- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege)(2007): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Osnabrück: DNQP
- Dreitzel, P. (1980): Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft. Stuttgart: Enke
- Engelhardt, v.M.; Herrmann, C. (1999): Humanisierung im Krankenhaus. Weinheim, München:Juventa
- Gigerenzer, G. (2007): Bauchentscheidungen. 2. Aufl..München: Bertelsmann
- Görres, S. (1999)Qualitätssicherung in Pflege und Medizin. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle; Verlag Hans Huber
- Höhmann, U.; Müller-Mundt, G.; Schulz, B. (1998): Qualität durch Kooperation. Frankfurt: Mabuse
- Höhmann, U. (2007): Zur Praxisbedeutsamkeit eines pflegewissenschaftlichen Modells. In: Miethe, I.; Fischer, W.; Giebeler, C.; Goblirsch, M.; Riemann, G.(Hrsg.) (2007) Rekonstruktion und Intervention. Interdisziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozialarbeitsforschung. Leverkusen: Barbara Budrich, S. 135-148
- Müller, M. (2004): Risiko und Risikomanagement im Luftverkehr. Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung, Heft 7, S. 559-566
- Rogers, E. (2003): Diffusion Of Innovations, 5.th Ed. New York: Simon& Schuster International
- Schmerfeld, J.; Schmerfeld, K: (2000): Interprofessionelle Kooperation im Krankenhaus. In: Jahrbuch für kritische Medizin, 33, S. 94-109

- Sennett, R. (2000): Wie Arbeit die soziale Zugehörigkeit zerstört. In: Engelmann, J.; Wiedemeyer, M. (Hrsg.) Kursbuch Arbeit. Stuttgart: DVA Verlag, S.124-132
- Sennett, R. (2005): Die Kultur des Neuen Kapitalismus. Berlin: Berlin Verlag
- Schweitzer, J. (1998): Gelingende Kooperation. Weinheim, München: Juventa

Prof. Dr. Ulrike Höhmann

Ev. Fachhochschule Darmstadt, Zweifalltorweg 12, 64293 Darmstadt
hoehmann@efh-darmstadt.de

René Reinshagen

Antonovsky – Theorie und Praxis der Salutogenese

Antonovsky – Construction of theory and practical consequences

A detailed systematic reconstruction of Antonovskys Salutogenic Model of Health will generate an analytical conception, to recognize the problems in organizations of public health systems. Moreover the theory produces a lot of ideas for salutogenic micro-politics. Not repairing, not preventive but to act promoting health, is the strategy of the salutogenic model: to develop and to encourage staff member, team and organization holistically.

If Antonovskys theoretical starting points were systematically traced, a model will be found, that features a lot of practical benefit for a new human resource management. Therefore Antonovskys theory will be carefully examined. Discussed are: the consequences of change of salutogenic paradigm shift, the logic of the „Sense of Coherence“ (SoC), the differentiation of the dimensions of SoC (comprehensibility, manageability, meaningfulness), coping strategies of strong and weak SoC, the dangerousness of the rigid SoC, the progressive and regressive momentums of SoC-types.

Examples show the benefit of salutogenic integration for teams in public health organizations. On the basis of the systematic reconstruction of Antonovskys theory empirical researches and innovative projects will be possible to create work and profession in a salutogenic way.

Keywords

Antonovsky; Salutogenic Model; Sense of Coherence; strong, weak, rigid, SoC; Empowerment; workplace health promotion, micro-politics, holistic, concept of health; strengthen of identity; organizations of public, health systems

Eine genaue, systematische Rekonstruktion von Antonovskys Theorie der Salutogenese liefert eine analytische Begrifflichkeit, um den Problemen in Organisationen des Gesundheits-