

Biografieorientiertes, kultursensibles  
Überleitungsmanagement



Impulse für Arbeit, Bildung, Gesundheit, Lebensqualität

6,- Euro | ISSN 2198-9273 4 | 2014

# transfær

Patientenorientierte Versorgung durch  
professionsübergreifende Zusammenarbeit



## Biografieorientiertes, kultursensibles Überleitungsmanagement Patientenorientierte Versorgung durch professionsübergreifende Zusammenarbeit



# transfær

- 4 **„Es kommt ganz entscheidend auf ein reibungsloses Zusammenwirken der Kräfte an.“**  
Barbara Steffens
- 6 **Das Projekt „Biografieorientierte, kultursensible Überleitung“**  
*Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Implementierung der Projektergebnisse im Pflegealltag*  
Christiane Weiling
- 8 **Biografieorientierte Überleitung – der professionsübergreifende Dialog bringt Vorteile für alle Beteiligten**  
Kurt-Georg Ciesinger im Interview mit Martina Bosse, Anja Wordel und Rainer Thurn
- 10 **Sensibilisierungsstrategien für Pflege- und Betreuungskräfte**  
*Die ersten Ansätze aus dem Projekt*  
Corinna Augustiniak
- 12 **Moderne Medien in der Pflege – Wo bleibt der Datenschutz?**  
Gerhard Weiling, Alexander Freynik
- 14 **Grundsätzliche Erwägungen zum Einsatz neuer Technologien im Kontext sozialer Dienstleistungen**  
Frank-Peter Oltmann
- 16 **Sektorenübergreifendes Überleitungsmanagement**  
*Warum sollten sich alle Beteiligten um eine Kommunikation auf Augenhöhe bemühen?*  
Christiane Weiling, Volker Schrage, Matthias Wittland
- 18 **„Professionsübergreifende Zusammenarbeit für ein besseres Gesundheitssystem“**  
Münsterländer Memorandum
- 20 **Verhaltensänderung durch Impulslernen – ein geeignetes Modell für die Pflege?**  
Bernd Benikowski, Pia Rauball
- 22 **Biografieorientierte Überleitung – Eine Chance zur Steigerung der Pflegequalität**  
Christiane Weiling, Benjamin Freitag
- 24 **Gewohnheiten, Selbstbestimmung und Kontrolle**  
*Biografieorientierte Überleitung zum Wohle der Patientinnen und Patienten*  
Claudia Bessin
- 26 **Netzwerke als Voraussetzung für gutes Überleitungsmanagement**  
*Erfahrungen aus dem Kreis Unna*  
Hans Zakel
- 28 **Das „Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg/Herscheid“**  
Vera Gerling, Anja Giesecking
- 30 **Die Landesseniorenvertretung**  
*Lobby und Sprachrohr der älteren Menschen in Nordrhein-Westfalen*  
Hilde Jaekel
- 32 **Gendersensible Patientenversorgung – das Projekt ampaq**  
Bo Bäckström, Andreas Schulte Hemming
- 34 **Bedarfsgerechte Unterstützung für von Gewalt betroffene oder traumatisierte ältere bis hochaltrige Frauen**  
Martina Böhmer

### Impressum

#### Koordination der Dokumentation:

Kurt-Georg Ciesinger, gaus gmbh – medien bildung politikberatung, Märkische Str. 86-88, 44141 Dortmund, 0231-477379-30, ciesinger@gaus.de



#### Korrektorat: Sabine Schollas

Layout: Q3 design GbR, Dortmund

Fotos: Porträts: MGEPA NRW Franklin Berger (S. 5, Steffens); Dagmar Siebecke (S. 7, Weiling); Margarete Anna Buscher, Atelier à la Carte (S. 15, Oltmann); Greta Schüttemeyer (S. 17, Schrage), Claus Hens (S. 17, Wittland); Goggi Strauss (S. 21, Rauball); Christiane Weiling (S. 23, Freitag), KK Images Dortmund (S. 28, Gerling), bild.schön! Georgsmarienhütte (S. 28, Giesecking); Manuel Grund (S. 33, Bäckström); Marie Brenner (S. 35, Böhmer); Fotolia: Monkey Business (S. 1, 2, 36), Kzenon (S. 1), upixa (S. 1), Robert Kneschke (S. 1, 6, 23, 27, 32, 36); vege (S. 2, 15), Ingo Bartussek (S. 2), Igor Mojzes (S. 2); kasto (S. 3); goodluz (S. 6, 24, 36); Picture-Factory (S. 11); Rob Bowman (S. 12); pressmaster (S. 16); shock (S. 21, 22); drubig-photo (S. 22, 36); apops (S. 28); Photographee.eu (S. 34); Syda Productions (S. 36).

Diese Ausgabe der Zeitschrift **transfær** basiert auf Ergebnissen folgender Projekte:

- ae „Entwicklung und Etablierung eines biografieorientierten, kultursensiblen Überleitungsmanagements im Kreis Unna“ (FKZ 005-GW03-092 A-C)
- ae „Gender-Med-AC – Arbeit, Familie und Karriere in innovativen Unternehmen der Gesundheitsregion Aachen“ (FKZ 005-GW02-014 B)
- ae „Bedarfsgerechte Unterstützung für von Gewalt betroffene oder traumatisierte ältere bis hochaltrige Frauen in Form von Konzeptentwicklung für traumasensible Begleitung, Beratung, Pflege und Therapie“ (FKZ GW03-031)
- ae „ampaq – Aktion, Mitarbeiterzufriedenheit, Patientenzufriedenheit und Qualität im deutschen Gesundheitswesen“ (FKZ GW02-016 A-E)
- ae „Teilhabe am Leben“ – Integration von demenziell erkrankten Menschen in das dörfliche Leben in Legden (FKZ GW03-116)
- ae „Gesund älter werden“ – Aufbau eines regionalen Kompetenznetzwerkes Demenz und Entwicklung von Leitlinien zur Demenzfrüherkennung“ (FKZ 1230.1.1)
- ae „Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum – Innovative Strategien durch Vernetzung“ (StrateGIN) (FKZ 01HH11026)

Die Projekte „Biografieorientierte Überleitung“, Teilhabe am Leben“, „Bedarfsgerechte Unterstützung für ältere Frauen“, „ampaq“ und „Gender-Med-AC“ werden gefördert durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW und die Europäische Union, Europäischer Fonds für regionale Entwicklung. Das Projekt „Gesund älter werden“ wird gefördert durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW.



Das Projekt StrateGIN wird gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und die Europäische Union (Europäischer Sozialfonds).



## „Es kommt ganz entscheidend auf ein reibungsloses Zusammenwirken der Kräfte an.“

Teamarbeit ist in vielen Bereichen unseres Lebens ein Schlüssel zum Erfolg: in der Familie etwa, auf dem Sportplatz oder im Verein. Im Gesundheitswesen ist es nicht anders. Auch hier kommt es ganz entscheidend auf ein reibungsloses Zusammenwirken der Kräfte an. Ein Zusammenwirken, von dem die Versorgung insgesamt profitiert, ebenso wie die einzelnen Akteurinnen und Akteure. Damit dies gelingt, ist zuallererst eine grundsätzlich andere Sichtweise erforderlich. Wir müssen Gesundheit und Krankheit viel stärker ganzheitlich betrachten. Unser derzeit noch viel zu stark gegliedertes System von Gesundheitsleistungen, Pflege und Rehabilitation muss künftig an den individuellen Bedarfen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet werden. Die besondere Herausforderung besteht in der dafür notwendigen interdisziplinären und professionsübergreifenden Zusammenarbeit aller Beteiligten. Die medizinischen und pflegerischen Versorgungssysteme sind in ihrer heutigen Ausprägung dazu kaum in der Lage, denn sie fördern viel zu oft Einzelinteressen statt Zusammenarbeit – was nicht selten zulasten des jeweils anderen Leistungssystems und damit zulasten der Patientinnen und Patienten geht.

Wir brauchen dringend eine wirklich patientinnen- und patientenorientierte Versorgung. Was heißt das konkret?

Im Hinblick auf die verschiedenen Bedarfe unserer älter werdenden Gesellschaft brauchen wir den Erfahrungsreichtum der unterschiedlichen Wissensgebiete. Aber jede Spezialisierung ist für die einzelne Patientin, den einzelnen Patienten nur sinnvoll, wenn sie zu einer tatsächlichen Verbesserung der eigenen Gesundheit beiträgt. Wir sind stolz auf unseren NRW-Spitzenplatz in der Gesundheitsforschung und der Hightech-Medizin. Doch wer mit einer schweren Erkrankung im Krankenhaus liegt, braucht auch verständliche Erklärungen über den nächsten Therapieschritt, Motivation, um eigene Selbst-

heilungskräfte zu aktivieren, konkrete Hilfe z. B. bei Anträgen oder einfach Trost. Dafür müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wissen, was im Einzelfall für die Patientin oder den Patienten hilfreich ist. Sie müssen biografische, kulturelle, individuelle Besonderheiten kennen, damit Therapie und Pflege nicht zusätzliche Belastungen zur eigentlichen Behandlung auslösen. Denn wirksam kann eine Behandlung nur sein, wenn die Patientin oder der Patient währenddessen Vertrauen haben kann.

Wir werden zukünftig nicht weniger, sondern mehr „sprechende Medizin“ benötigen. Denn wir werden nicht nur älter, es wird auch mehr Menschen mit altersbedingten Mehrfacherkrankungen und Pflegebedarf geben. Der Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen wird sich für verschiedene Krankheitsgruppen unterschiedlich entwickeln. Es wird deutliche Anstiege der Fallzahlen chronischer Krankheiten, wie z. B. Demenz, Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs oder COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung) geben. Mehrere Studien zeigen, dass in NRW die Zahl der Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Unterstützungsbedarfen bis 2050 wahrscheinlich auf ca. 920.000 Personen ansteigen wird. Hierauf sind wir mit unserem heutigen Gesundheits- und Pflegesystem nicht ausreichend vorbereitet.

Gerade für die steigende Zahl der Menschen mit Demenz fehlt es an einer baulichen wie sozialen Infrastruktur, die es ihnen und ihren Angehörigen mit einem Netz an Unterstützungsangeboten ermöglicht, ihr Leben nach ihren Vorstellungen in ihrem gewohnten Lebensumfeld weiterzuführen. Auch unser Gesundheitswesen ist noch nicht eingestellt auf die größere Zahl von Menschen, die neben der akuten Diagnose einen pflegerischen oder behinderungsbedingten Mehraufwand haben. Die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen wird sich in NRW in den nächsten Jahren voraussichtlich verdoppeln – von heute 300.000 auf 600.000

im Jahr 2050. Demenzielle Erkrankungen sind mit einer vielschichtigen Symptomatik verbunden. Sie müssen in die medizinisch-pflegerische Versorgung eingeplant, durchgeführt und evaluiert werden. Darüber hinaus gilt auch hier, die persönliche Lebenswelt der Menschen zu beachten, z. B. dadurch, dass der eigene Tagesrhythmus oder das eigene Essverhalten gelebt werden können, durch Bewegungsfreiheit, organisatorische Veränderungen, deutliche Orientierungshilfen und die Einbeziehung vertrauter Bezugspersonen.

Mit einem funktionierenden Überleitungsmanagement können wir die großen Aufgaben in der Beseitigung von Bruchstellen zwischen einzelnen Leistungs- oder Fachbereichen auf der praktischen Ebene sehr konkret angehen. Die notwendige sektorenübergreifende Versorgung gelingt mit Hilfe eines aussagefähigen Überleitungsbogens besser. Das konnten wir für NRW zeigen. Bei einer Aufnahme z. B. von Menschen mit Demenz ins Krankenhaus oder bei der Entlassung können Komplikationen und Versorgungsunterbrechungen vermieden werden, weil dem weiterbehandelnden Versorgungsteam mit dem Überleitungsbogen frühzeitig alle relevanten Informationen direkt zur Verfügung stehen und eine passgenaue Behandlung und Betreuung umgehend erfolgen können.

Vorausgegangen war diesem Projekt eine intensive Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen des NRW-Gesundheitswesens. Beim Überleitungsmanagement sowie in der Verbesserung der medizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen haben wir erste Erfolge erzielt.

Die Akteurinnen und Akteure, die sich landesweit zusammengeschlossen haben, wollen vor allem regionale Pilot- und Modellprojekte (unter Einbeziehung der Krankenkassen) fördern. Ziel ist es, neue Versorgungsansätze auszuprobieren und – bei Erfolg – möglichst bald in die Regelversorgung zu überführen. Die Bündelung, Ver-



**Barbara Steffens**  
Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

zählung und Koordination von Leistungen und Angeboten spielen dabei eine entscheidende Rolle. Mit mehr Kooperation, Transparenz und einer besseren Kommunikation zwischen allen am jeweiligen Behandlungsprozess Beteiligten lassen sich Strukturen und Abläufe professionalisieren – zugunsten einer besseren Ergebnisqualität der Behandlung und einer größeren Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.

Nicht zuletzt fordert uns die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention auf, Inklusion auch im Gesundheitswesen zu realisieren. Für Menschen mit Behinderungen muss der Zugang zu einer fachlich fundierten, ihren individuellen Bedarfslagen und Bedürfnissen entsprechenden Gesundheitsversorgung möglich sein. Charakteristisch für ihre Versorgung ist häufig die Komplexität von Bedarfslagen: Akute Gesundheitsprobleme und dauerhafte körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen beeinflussen sich wechselseitig. Hier müssen nicht nur spezifische fachliche Anforderungen beachtet werden, sondern auch das Behandlungsetting muss variabel sein. Nicht zuletzt wird es hier in Zukunft viel mehr aufsuchende Behandlungsmöglichkeiten geben müssen, z. B. mobile Arzt-/Zahnarztpraxen, und eine viel engere Kooperation der verschiedenen Gesundheitsprofessionen. Das gilt im Übrigen in besonderer Weise für die Sicherstellung der frühzeitig beginnenden Rehabilitation. Sie muss zukünftig auch in ambulanten Formen vorgehalten und in die Lebenswelt der Menschen vor Ort integriert werden.

Das klingt anspruchsvoll? Das ist anspruchsvoll! Diesen neuen Anforderungen können wir nur mit einer ausreichenden Zahl von bestens ausgebildetem Fachpersonal gerecht werden. Prognosen gehen heute davon aus, dass das Erwerbspersonenpotenzial in Nordrhein-Westfalen um ca. ein Viertel von derzeit rd. 8,7 Millionen auf 6,6 Millionen im Jahr 2050 sinkt. Das heißt: Immer weniger Menschen stehen für die

Versorgung von immer mehr Patientinnen und Patienten bzw. Personen mit Pflegebedarf zur Verfügung. Wir werden es also auf allen Ebenen mit einer durchweg veränderten Bedarfsstruktur zu tun haben. Das bedeutet: Wir müssen beim beginnenden Wettbewerb um den fehlenden Nachwuchs ein interessantes Tätigkeitsfeld und attraktive Arbeitsbedingungen anbieten können. Und wir müssen den Menschen, die im Gesundheitsbereich arbeiten, mehr Zeit für ihre eigentlich wichtige Arbeit, die Versorgung der Patientinnen und Patienten, einräumen. Wir müssen Abläufe vereinfachen, Bürokratie abbauen, Möglichkeiten der Delegation (Stichwort: EVA) schaffen. Zu den verbesserten Rahmenbedingungen zähle ich neben dem finanziellen Aspekt vordringlich die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

Um die genannten Punkte zu verwirklichen, brauchen wir das Engagement und die Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure. Hemmende Sektorengrenzen kosten Geld, sie kosten Zeit und sie binden Personal, vor allem aber gefährden sie die Heilung der Patientinnen und Patienten. Wenn wir unsere qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung dauerhaft erhalten wollen, müssen wir neue Wege probieren.

Nordrhein-Westfalen zeigt, dass dies gemeinsam mit allen Beteiligten und in vielen kleinen Schritten möglich ist. Aber: Wir sind noch nicht am Ziel, wir sind am Anfang.

Barbara Steffens  
Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Ministerium für Gesundheit,  
Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen



## Das Projekt „Biografieorientierte, kultursensible Überleitung“

### Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Implementierung der Projektergebnisse im Pflegealltag

Christiane Weiling

Jeder Mensch hat Wünsche und Bedürfnisse, die aus seinen ganz individuellen Lebenserfahrungen, seiner Biografie und seinen kulturellen Wurzeln resultieren. In der Altenpflege und der Behindertenhilfe werden solche biografischen Daten erhoben und in der Pflegeplanung bzw. im Tagesablauf berücksichtigt. Wechselt ein Mensch seinen Aufenthaltsort, zum Beispiel aufgrund eines Unfalls oder einer Erkrankung, werden solche biografieorientierten Informationen im Regelfall nicht an den Weiterversorger übermittelt. Kann der Patient sich in dieser Situation nicht umfassend äußern, können seine biografischen Besonderheiten, seine Vorlieben und Abneigungen, dementsprechend nicht umfassend bei der Versorgung berücksichtigt werden.

Diese Problematik war der Ausgangspunkt für das Projekt „Biografieorientierte, kultursensible Überleitung“. Im Rahmen des Projektes wurden ergänzend zu den klassischen Überleitungsbögen biografieorientierte Zusatzbögen entwickelt, auf denen die wichtigsten biografischen Informationen handschriftlich oder mit Hilfe unterschiedlicher EDV-Systeme übersichtlich erfasst werden. Diese Bögen werden dann mittels gesicherter EDV-Systeme oder in Papierform zum Weiterversorger geleitet und können dort für die weitere Versorgung gezielt genutzt werden. Dabei hat die Einhaltung aller Datenschutzbestimmungen höchste Priorität.

Vor der Konzeption entsprechender Überleitungsinstrumente war es allerdings wichtig zu klären, warum bestimmte Informationen in der Praxis nicht weitergegeben bzw. vom Weiterversorger nicht berücksichtigt werden.

#### Deutlich wurden folgende Hemmnisse:

- æ Das Ausfüllen von Überleitungsbögen wird von Pflegekräften häufig als unnötiger administrativer Aufwand empfunden.
- æ Überleitungsbögen kommen vielfach nicht bei den verantwortlichen Pflegekräften des Weiterversorgers an.
- æ Die Überleitungsbögen enthalten teilweise unzureichende oder veraltete Informationen.
- æ Andere Überleitungsbögen und weitergehende Informationen (z. B. gerontopsychiatrische Anamnesebögen) sind so umfangreich, dass sie vom Weiterversorger nicht auf einen Blick erfasst werden können. Das führt unter Zeitdruck oft dazu, dass diese Informationen in der praktischen Arbeit nicht beachtet werden.



Verständnis  
Transparenz  
Praxisnahe

In einer Arbeitsgruppe, zu der alle interessierten Einrichtungen aus dem Kreis Unna eingeladen waren, wurden basierend auf diesen Analyseergebnissen über mehrere Monate hinweg konkrete Instrumente zur biografieorientierten Überleitung entwickelt. Aus dieser Arbeitsgruppe kristallisierten sich dann sechs Einrichtungen (ambulante, teilstationäre und stationäre Altenpflege, Behindertenerbeit und Krankenhaus) heraus, mit denen die neuen Instrumente modellhaft erprobt wurden.

In der Arbeitsgruppe ergaben sich fünf Anforderungen, die ein Konzept zur biografieorientierten Überleitung in jedem Fall erfüllen muss, damit es in der praktischen Arbeit akzeptiert wird:

#### 1. Der Nutzen für alle Beteiligten muss deutlich formuliert und kommuniziert werden.

Das Ausfüllen eines biografieorientierten Überleitungsbogens bedeutet für die Pflegekräfte zunächst zusätzliche Arbeit. Sie werden das Instrument nur dann gewissenhaft ausfüllen, wenn das Ganze für sie mit einem konkreten Nutzen verbunden ist. Ein solcher Nutzen für die Pflegekräfte, die Krankenhäuser sowie die Pflegebedürftigen (u. a. patientenorientierte Versorgung, Reduzierung von Konflikten, Steigerung der Versorgungsqualität) wurde mit den Partnern erarbeitet.

#### 2. Es muss ein Verständnis für die Arbeitsweisen und Bedürfnissen der unterschiedlichen Akteure vorhanden sein.

Eine funktionierende Überleitung ist verbunden mit der Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Diese ist innerhalb des Pflegesektors häufig nur rudi-

mentär vorhanden. Es existieren viele Vorbehalte und Missverständnisse zwischen den unterschiedlichen Versorgern. Insbesondere zwischen der Altenhilfe und den Krankenhäusern wurden im Projektverlauf auf der Ebene der Nicht-Leitungskräfte immer wieder Differenzen deutlich. Um das Verständnis der Partner untereinander zu verbessern, wurden alle Instrumente in einer interdisziplinären, einrichtungsübergreifenden Arbeitsgruppe entwickelt. Dabei wurde Wert darauf gelegt, dass in dieser Arbeitsgruppe nicht nur Leitungskräfte, sondern auch Mitarbeiter „von der Basis“ vertreten waren.

#### 3. Der zusätzliche Aufwand für die Einrichtungen sollte möglichst gering sein.

Der Anteil administrativer Aufgaben ist in den letzten Jahren immer weiter gestiegen. Diese Entwicklung wird von vielen Pflegekräften als Belastung empfunden. Darüber hinaus ist die Arbeit in der Pflege durch hohe Arbeitsverdichtung gekennzeichnet. Zusatzaufgaben bedeuten aufgrund fehlender Zeitfenster psychische Belastungen für die Beschäftigten. Aus diesem Grund wird in den Anleitungen zum Ausfüllen des biografieorientierten Bogens immer wieder betont, dass nur die wichtigsten Aspekte dargestellt werden sollen. Die Erfassung und Darstellung der Informationen erfolgt in übersichtlichen Formularen, strukturiert nach den üblichen Arbeitsabläufen in der Pflege (grundätzliche Informationen zum Umgang mit dem Patienten, Informationen zu Ernährung, Bewegung und Lagerung etc.). Leitfragen sollen die Pflege- und Betreuungskräfte bei der Zusammenstellung der relevanten Informationen unterstützen.

#### 4. Es muss eine Anknüpfung an bestehende Instrumente und vorhandene Technik gewährleistet werden.

In der Pflege bestehen häufig Hemmschwellen und Unsicherheiten im Umgang mit neuen Technologien. Daher war es im Modellprojekt wichtig, die Technik einzig und allein als Hilfsmittel zur besseren Überleitung zu betrachten. Um den Pflege- und Betreuungskräften Sicherheit im Umgang mit der Technik zu geben, wurden die

EDV-basierten Instrumente auf die vorhandene Technik in den jeweiligen Einrichtungen abgestimmt. Das Beiratsmitglied Prof. Frank-Peter Oltmann von der Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe formuliert es so: „Der Vorteil des Projektes liegt darin, dass die Einrichtungen dort abgeholt werden, wo sie gerade stehen.“ Wer die Arbeit mit Word-Dokumenten gewohnt ist, kann die biografieorientierten Überleitungsdaten in ein Word-Formular eingeben; wer den Umgang mit Online-Masken bevorzugt, gibt seine Daten in ein webbasiertes System ein; wer die Daten lieber handschriftlich erfasst, kann ein Datenerfassungstablett mit Texterkennungsoftware nutzen.

#### 5. Die Vermittlung der erforderlichen Kompetenzen bei allen Beteiligten soll möglichst arbeitsplatznah und praxisorientiert erfolgen.

Präsenzschulungen stellen Pflegeeinrichtungen häufig vor große Probleme. Es kommt zu Überstunden oder zusätzlicher Arbeitsbelastung bei den anderen Teammitgliedern. Im vorliegenden Projekt werden die Schulungsinhalte daher im Rahmen von Selbstlerneinheiten und kurzen Coachings arbeitsbegleitend und mit minimalem Zeitaufwand durchgeführt. Es geht bei den Lerneinheiten in erster Linie darum, zu sensibilisieren, das eigene Verhalten zu reflektieren und bei Bedarf eine Verhaltensänderung herbeizuführen. Erfahrungen aus anderen Projekten zeigen, dass durch solche Lernimpulse bei den Lernenden oft eine große Wirkung erzielt wird, da das Gelernte direkt im Arbeitsalltag umgesetzt werden kann.

Gespräche mit Unternehmensleitungen sowie Pflege- und Betreuungskräften haben gezeigt, dass die Berücksichtigung dieser fünf Punkte die Bereitschaft zur Erprobung des biografieorientierten Überleitungskonzeptes wesentlich erhöht hat. Anfängliche Vorbehalte und Berührungsängste konnten auf allen Seiten abgebaut werden und es entstand die Bereitschaft, sich auf das neue Konzept einzulassen. Eine nachhaltige Verankerung wird dann gelingen, wenn sich in der praktischen Arbeit erste konkrete Erfolgserlebnisse einstellen.

#### Die Autorin

Christiane Weiling ist Bereichsleiterin Gesundheits- und Seniorenwirtschaft bei der gaus gmbh – medien bildung politikberatung und Gesamtkoordinatorin des Projektes „Biografieorientierte, kultursensible Überleitung“. weiling@gaus.de



Biografieorientiertes, kultursensibles Überleitungsmanagement



## Biografieorientierte Überleitung – der professionsübergreifende Dialog bringt Vorteile für alle Beteiligten

Kurt-Georg Ciesinger im Interview mit Martina Bosse, Anja Wordel und Rainer Thurn

Im Kreis Unna tauschen Akteure aus der Altenpflege, der Behindertenarbeit und den Krankenhäusern mit Hilfe biografieorientierter Überleitungsbögen Zusatzinformationen zu Vorlieben, Wünschen und Abneigungen der zu versorgenden Menschen aus.



transfær-Redakteur Kurt-Georg Ciesinger sprach mit Martina Bosse, der pädagogischen Leitung der Lebensarche Königsborn in Unna, Anja Wordel, der stellvertretenden Pflegedirektorin des Ev. Krankenhauses in Unna, und Rainer Thurn, dem Geschäftsführer des auf die Versorgung demenziell erkrankter Menschen spezialisierten ambulanten Pflegedienstes pflege zuhause unna GmbH, über diese weitgehende und nicht alltägliche Kommunikation im Rahmen eines vom Gesundheitsministerium NRW und der EU geförderten Projektes.

**Wie kam es denn überhaupt dazu, dass Sie sich am Projekt „Kultursensible, biografieorientierte Überleitung“ aktiv beteiligen?**

**Bosse:** In viele Projekte im Pflegebereich werden wir als Behinderteneinrichtungen nicht eingebunden. Das Projekt zur biografieorientierten Überleitung richtete sich explizit an alle Gruppen von Menschen, die ihre Bedürfnisse in einer Pflegesituation nicht adäquat äußern können. Das trifft auf unsere Bewohner in allen Fällen zu. Deshalb haben wir in diesem Projekt eine Chance gesehen, durch einen überschaubaren Aufwand zu einer besseren Versorgung unserer Bewohner im Krankenhaus beizutragen.

**Thurn:** Wir sind ein Pflegedienst in Unna, der sich speziell um demenziell erkrankte Menschen kümmert. Gerade für diese Zielgruppe ist der Wechsel der gewohnten Umgebung immer mit massiver Verunsicherung verbunden. Da hilft

es ungemein, wenn im Krankenhaus oder in der Kurzzeitpflege vertraute Rituale eingehalten werden oder gewohnte Gegenstände im Bett liegen bzw. auf dem Nachttisch stehen. Wenn wir durch die Weitergabe ergänzender Informationen dazu beitragen können, entspricht das unserem Anspruch nach einer qualitativ hochwertigen und patientenorientierten Versorgung.

**Wordel:** Wir stellen im Krankenhausalltag fest, dass immer mehr Menschen bei uns behandelt werden, bei denen es in der Versorgung zu Missverständnissen oder Konflikten kommt, weil uns entsprechende Hintergrundinformationen fehlen. Das bedeutet in der täglichen Arbeit einen zeitlichen Mehraufwand und führt zu Stress für die Pflegekräfte. Aber auch für die Patienten sind solche Situationen alles andere als angenehm. Wenn man da vorbeugen kann, ist das doch eine gute Sache.

*Anja Wordel, Rainer Thurn, Martina Bosse und Kurt-Georg Ciesinger (v.l.n.r.)*

**Wenn Sie das so darstellen, klingt es nach einem einfachen und plausiblen Konzept, das bei allen Einrichtungen gut ankommen müsste.**

**Bosse:** Die Grundidee finden die meisten Einrichtungen im Prinzip schon plausibel. Aber in der praktischen Umsetzung ist damit natürlich ein Mehraufwand für uns als Einrichtung verbunden. Jeder Mitarbeiter bzw. die Bezugstreuer müssen für die Bewohner die entsprechenden Rituale, Vorlieben und Abneigungen schriftlich festhalten. Das bedeutet für die Führungskräfte, dass sie den Mitarbeitern dafür zeitliche Ressourcen zur Verfügung stellen müssen. Je öfter man das gemacht hat, desto leichter und schneller wird es aber gehen.

**Thurn:** Es ist gerade zu Beginn eine Herausforderung zu entscheiden, welche Zusatzinformationen ich grundsätzlich erfasse und weitergebe. Wenn ich die ganze Sache ernst nehme, muss ich mir für jeden Kunden genau überlegen, welche Dinge wirklich wichtig sind und an den Weiterversorger übermittelt werden müssen. Es geht ja nicht darum, sich gegen-

seitig mit Informationen zu erschlagen, sondern sich auf das Wesentliche zu konzentrieren und das dann möglichst prägnant zu formulieren. Dafür brauchen die Mitarbeiter das entsprechende Schulungs- und Sensibilisierungsangebot und auch das kostet wieder Zeit. Aus unserer Sicht rechnet sich das Ganze aber, sonst wären wir nicht dabei ... (lacht)

**Wordel:** Es kam im Projekt auch immer wieder das Argument, dass entsprechende Informationen ja auch im persönlichen Gespräch weitergegeben werden können. Das ist im Prinzip richtig, aber im Regelfall telefonieren wir als Krankenhaus erst mit der Pflegeeinrichtung oder dem Pflegedienst, wenn „das Kind schon in den Brunnen gefallen ist“. Man ruft ja nicht im Vorfeld bei jedem Pflegedienst an und fragt, ob es bestimmte Rituale gibt, die wir als Krankenhaus einhalten sollen. Normalerweise erfolgt ein solches Telefonat erst dann, wenn ein Patient eine ganze Weile partout nichts essen oder trinken will, wenn er auffallend unruhig oder aggressiv ist. Dann ist es aber eigentlich schon zu spät ...

**Was sind für Sie rückblickend die wichtigsten Voraussetzungen, dass das biografieorientierte Überleitungskonzept gelingen konnte?**

**Wordel:** Die wichtigste Erkenntnis liegt aus meiner Sicht darin, dass wir uns darüber einig sind, dass wir nur gemeinsam eine gute Versorgung hinbekommen können. Es nützt ja nichts, darüber zu schimpfen, dass die Überleitungsbögen, die wir aus den Pflegeeinrichtungen bekommen, unvollständig oder veraltet sind. Wir müssen uns an einen Tisch setzen und gemeinsam überlegen, wie das ganze System funktionieren kann.

**Thurn:** Das stimmt. Auch wir als ambulanter Pflegedienst haben uns schon häufiger darüber geärgert, dass Informationen, die wir ans Krankenhaus gegeben haben, in der Versorgung einfach nicht beachtet wurden. Das passiert im Arbeitsalltag immer wieder und ist ja auch in gewisser Weise menschlich. Die Situation wird sich aber nur dann verbessern, wenn wir miteinander reden, uns besser kennenlernen und

verstehen, warum es manchmal an der einen oder anderen Stelle hakt. Nur dann können wir alle aus Fehlern lernen ...

**Bosse:** Deshalb war es auch so wichtig, dass in die Arbeitsgruppe zur Entwicklung des Bogens Vertreter aus den unterschiedlichen Einrichtungen eingebunden waren. Wir machen in der praktischen Arbeit immer wieder die Erfahrung, dass wir uns viel Zeit für die Übergabe eines Bewohners an die weiterversorgende Einrichtung nehmen, dass die Informationen in der Versorgung dann aber doch nicht berücksichtigt werden. Deshalb ist es so wichtig, miteinander zu sprechen und sich gegenseitig besser kennenzulernen.

**Thurn:** Das ist richtig. In der Praxis ist es zwischen den Pflegekräften im Krankenhaus und den Kolleginnen und Kollegen in der Alten- und Krankenpflege oder Behindertenbetreuung oft mehr ein „Aneinander vorbei“ als ein Miteinander. Das ist in vielen Fällen bestimmt dem Arbeitsdruck in allen Bereichen geschuldet, hilft uns aber bei einer patientenorientierten Versorgung überhaupt nicht weiter. Davon müssen wir gemeinsam wegkommen und da bietet das Projekt zur „Biografieorientierten Überleitung“ eine erste Chance.

**Wie sieht der Prozess der „Biografieorientierten Überleitung“ denn konkret aus?**

**Thurn:** Wir haben im Kreis Unna biografieorientierte Zusatzbögen entwickelt, die den klassischen Überleitungsbogen ergänzen. Das war uns ganz wichtig. Wir wollten den normalen Überleitungsbogen nicht ersetzen, sondern nur die Informationen hinzufügen, die aus unserer Sicht die Versorgungsqualität bestimmter Gruppen erhöhen können.

**Wordel:** Das betrifft alle möglichen Gruppen von Patienten. Bestimmte Rituale und Gewohnheiten, die uns wichtig sind, hat ja jeder von uns. So lange ich die äußern kann, ist auch alles in Ordnung. Wenn das aber nicht funktioniert, egal ob aufgrund einer Behinderung, einer demenziellen Erkrankung, sprachlicher Barrieren oder einer Situation, in der ich psychisch oder physisch extrem angeschlagen bin, kommt es

dazu, dass ich mich unwohl fühle. Und das dann auch noch im Krankenhaus oder in einer Pflegeeinrichtung, wo ich mich sowieso tendenziell eher hilflos fühle. Da hilft es dann ungemein, wenn das Pflegepersonal bestimmte Dinge beachtet, die mein Wohlbefinden erhöhen und nicht noch zusätzlich zu Schamgefühlen oder unangenehmen Situationen führen.

**Bosse:** Genau solche Informationen werden auf den biografieorientierten Zusatzbögen schriftlich festgehalten und in übersichtlicher Form an den Weiterversorger übermittelt. Der Bogen gliedert die Informationen in fünf Kategorien: grundlegende Informationen zur Kommunikation, die für alle Pflegepersonen wichtig sind. Darüber hinaus Informationen zu Ernährung, zu Bewegung und Lagerung, zu Körperpflege und Ausscheidung sowie zur medikamentösen Versorgung, Wundbehandlung und medizinischen Versorgung. Diese Strukturierung macht die Menge der Informationen überschaubarer und erhöht die Chance, dass die Informationen auch gelesen und beachtet werden.

**Thurn:** Und darum geht es ja, dass die Informationen auch genutzt werden ...

**Wordel:** Wir sind noch nicht so weit, dass wir behaupten können, alles läuft bestens, aber wir haben uns schon ein ganzes Stück aufeinander zubewegt. Wir reden miteinander und haben verstanden, wie wichtig es ist, Informationen auszutauschen und die vorhandenen Informationen in der Versorgung zu nutzen. Ich denke, wenn es die ersten Erfolge in der praktischen Erprobung gibt, wächst auch die Bereitschaft anderer Einrichtungen, das Überleitungskonzept im Kreis Unna zu nutzen und die Vorteile dieser umfassenden Informationsweitergabe zu erkennen.

**Bosse:** Wobei wir betonen möchten, dass es natürlich trotzdem noch des persönlichen Gesprächs miteinander bedarf. Der Überleitungsbogen unterstützt das Ganze nur und hilft, den einen oder anderen Konflikt zukünftig zu vermeiden.

**Vielen Dank Ihnen allen für den Einblick in die laufende Projektarbeit.**

# Sensibilisierungsstrategien für Pflege- und Betreuungskräfte

## Die ersten Ansätze aus dem Projekt

Corinna Augustiniak

Die Überzeugung und das Engagement der Beschäftigten aller beteiligten Pflege- und Betreuungseinrichtungen hat eine zentrale Bedeutung für den Erfolg des Projektes. Durch eine Sensibilisierung für das Projektziel – also ein Überleitungsmanagement, das kultursensible und biografische Daten berücksichtigt – wird eine Akzeptanz für die Abläufe und die Etablierung der im Projekt neu konzipierten Überleitungsinstrumente geschaffen. Dies ist die Grundlage für eine erfolgreiche Erprobungsphase.

Dabei ist allen Projektakteuren bewusst, dass die Dokumentation von Daten bereits einen großen Teil innerhalb der Arbeitsabläufe von Pflege- und Betreuungskräften einnimmt und oftmals eine ungeliebte und sehr zeitaufwändige Aufgabe ist. Deswegen war es von Anfang an wichtig, den Nutzen für die zu versorgenden Menschen und die teilnehmenden Einrichtungen aufzuzeigen. Die Entwicklung und Durchführung entsprechender Schulungs- und Sensibilisierungsangebote für die Einrichtungen und deren Beschäftigte war daher die Schwerpunktaufgabe der ESTA-Bildungswerk gGmbH im Projekt „Biografieorientiertes, kultursensibles Überleitungsmanagement“.

Bereits in den ersten Gesprächen mit Multiplikatoren, Arbeitsgruppen-Teilnehmenden und möglichen Modelleinrichtungen wurden dazu zwei wichtige Punkte deutlich.

**1. Es ist unabdingbar, sich dem Thema mit konkreten Beispielen aus der alltäglichen Berufspraxis zu nähern und jeden Beteiligten mit seinen Erfahrungen einzubeziehen.**

Zunächst stellte sich heraus, dass viele Menschen Beispiele nennen können, in denen die Kenntnis über biografieorientierte und kultursensible Daten geholfen hätte, einen Konflikt während einer Pflege- oder Betreuungssituation zu vermeiden. Dies nutzen wir als Anknüpfungspunkt, um das *Sensibilisierungsmodul „Bedeutung von biografieorientiertem, kultursensiblen Arbeiten in der Pflege und Betreuung“* zu entwickeln. Dieses Modul besteht aus kurzen Lerneinheiten zur Steigerung der Kultursensibilität, zur Erhebung und Nutzung biografieorientierter Daten und abschließend zu einem biografieorientierten, kultursensiblen Überleitungsmana-

gement. Dabei liegt der Schwerpunkt nicht auf der Vermittlung von möglichst viel Wissen, sondern in der Weitergabe von kurzen, inhaltlich relevanten Informationen, die als Denkanstöße dienen sollen. Anschließend folgen eine Reflexion der Teilnehmenden und eine interne Diskussion im Team.

Dazu zwei Beispiele: Für die Steigerung der Kultursensibilität sollen sich die teilnehmenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bewusst machen, dass sich eine kultursensible Pflege und Betreuung nicht ausschließlich auf die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund bezieht. Außerdem sollen sie erkennen, dass die Berücksichtigung biografieorientierter Daten in der Pflege und Betreuung nicht nur für bestimmte Gruppen, wie zum Beispiel Menschen mit einer Demenzerkrankung oder Behinderung, wichtig ist. Vielmehr zeigen alle Menschen individuelle, kulturelle und biografische Unterschiede zu ihren Mitmenschen, die in Pflege- und Betreuungssituationen berücksichtigt werden sollten.

In den ersten Lerneinheiten wird also direkt nach Beispielen aus der eigenen Erfahrung der teilnehmenden Pflege- und Betreuungskräfte gefragt, um den Reflexionsprozess daran anzuknüpfen. In einem zweiten Schritt werden die Teilnehmenden gebeten, ihre Beispiele unter einem besonderen Gesichtspunkt erneut zu reflektieren und im Team zu diskutieren. Dieser Ablauf hat mehrere wichtige Ziele: Zunächst sollen die teilnehmenden Pflege- und Betreuungskräfte ihr eigenes Handeln in Bezug auf eine biografieorientierte, kultursensible Versorgung reflektieren und evtl. anpassen. Weiterhin sollen möglichst viele unterschiedliche Beispiele gesammelt werden, in denen die Bedeutung ei-

ner biografieorientierten, kultursensiblen Versorgung verdeutlicht wird. Diese dienen als Grundlage, um die mögliche Verbesserung der Pflege- und Betreuungssituation für den zu versorgenden Menschen herauszuarbeiten, die Steigerung der Qualität des eigenen Handelns in diesen Situationen aufzuzeigen und im letzten Schritt mehr Akzeptanz für die Notwendigkeit der Weitergabe relevanter biografischer und kultureller Informationen an andere Versorger zu schaffen.

Die ersten Erfolge zeigen sich bereits jetzt in der Auswertung der Beispiele in den Modellbetrieben, in denen das Sensibilisierungsmodul durchgeführt wird. Hier wurde von den teilnehmenden Pflege- und Betreuungskräften eine große Bandbreite an hervorragenden Beispielen dafür eingereicht, wie wichtig die Berücksichtigung biografischer und kultursensibler Daten bei der Versorgung von Menschen ist. Dabei hat sich auch immer wieder gezeigt, wie viel gute Biografiearbeit bereits von den Fachkräften geleistet wird und welche Strategien bereits genutzt werden, um auf kulturelle Unterschiede einzugehen.

Die Bewusstmachung der bereits geleisteten Biografiearbeit und deren immense Bedeutung für den zu versorgenden Menschen bei den Pflege- und Betreuungskräften verdeutlicht die Wichtigkeit der richtigen Überleitung dieser Informationen für das Wohlbefinden der zu versorgenden Menschen.

**2. Die Kommunikation zwischen allen Beteiligten, die an den unterschiedlichen Stellen in die Pflege und Betreuung involviert sind, ist ein wichtiger Baustein zum Erfolg.**

Der zweite Punkt, der uns von Beginn an in den Gesprächen mit Multiplikatoren, Arbeitsgruppen-Teilnehmenden und möglichen Modelleinrichtungen auffiel, ist der Wunsch nach mehr Kommunikation zwischen den einzelnen stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe sowie den Krankenhäusern. Die Einsatzbereiche, Arbeitsschwerpunkte und Arbeitsaufträge der Fachkräfte in den verschiedenen Einrichtungen und Betrieben können sehr unterschiedlich sein.



Für die einzelnen Fachkräfte ist es oftmals schwierig, die internen Arbeitsabläufe der anderen Versorger zu verstehen, da ihnen der Einblick fehlt. Hier wurde mehrfach der Wunsch nach einem Austausch geäußert, um eine Verständnisgrundlage für die Arbeitsabläufe und Informationswege zu schaffen. Klare und verständliche Informationswege und ein funktionierender Datenaustausch sind für die Zielsetzung des Projekts und eine erfolgreiche Zusammenarbeit zugunsten der zu versorgenden Menschen ein wichtiges Kriterium. Zudem zeigt sich der Nutzen eines biografieorientierten, kultursensiblen Überleitungsmanagements deutlich, wenn für alle Beteiligten ersichtlich ist, wo und wie die biografischen Daten erhoben, weitergeleitet und genutzt werden. Aus diesem Grund soll im weiteren Projektverlauf der professionsübergreifende Austausch durch gemeinsame Veranstaltungen und Transferaktivitäten gefördert werden.

Werden diese beiden Punkte bei der Konzeption von Sensibilisierungsangeboten im Projekt berücksichtigt, ist ein wichtiger Schritt zur nachhaltigen Nutzung der geschulten Inhalte im Pflege- und Betreuungsalltag gemacht.

### Die Autorin

Dipl.-Päd. Corinna Augustiniak ist pädagogische Mitarbeiterin der ESTA-Bildungswerk gGmbH. Im Projekt „Biografieorientiertes, kultursensibles Überleitungsmanagement im Kreis Unna“ entwickelt sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin die Schulungsprogramme und coacht die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Modellbetriebe im Umgang mit dem Überleitungsbogen und der individuellen Anwendung für die unterschiedlichen Betriebe und Einrichtungen. Die Sensibilisierung aller Beteiligten unter der Prämisse der bestmöglichen Versorgung des Menschen und des geringsten Aufwandes für die Pflegekräfte steht hierbei im Fokus ihrer Arbeit.



**ESTA**  
BILDUNGSWERK  
*der Erfolg zählt!*



Biografieorientiertes, kultursensibles  
Überleitungsmanagement

Erfahrungen.  
Kommunikation

# Sicherheit mit System



Gerhard Weiling, Alexander Freynik

## Moderne Medien in der Pflege – Wo bleibt der Datenschutz?

Gerhard Weiling, Alexander Freynik

In den letzten Jahren halten neue Medien verstärkt Einzug in den Pflegealltag. Statt der herkömmlichen handschriftlichen Datenerfassung mit Papier und Bleistift kommen vermehrt mobile Datenerfassungsgeräte zum Einsatz. Nicht zuletzt aufgrund des allgemein vorhandenen Hypes um Smartphones und Tablets sind dies zurzeit die bevorzugten Endgeräte am Bett des Patienten.

Zeitersparnis, sofortige Verfügbarkeit und die problemlose gemeinsame Nutzung sind die unbestrittenen Argumente für diese Technologien. Hierbei wird jedoch oftmals vergessen, dass die erfassten Daten, die das BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) als „besondere personenbezogene Daten“ einstuft, eines erhöhten Schutzes bedürfen. Dabei muss klargestellt werden, dass das BDSG nicht die Daten schützt, sondern die betroffenen Personen und deren Interessen.

Im Projekt „Biografieorientierte Überleitung“ musste genau diese Problematik aufgelöst werden. Zu den oben skizzierten, oftmals im Widerspruch zueinander stehenden Interessen kommt noch die Anforderung aus der Praxis, eine möglichst breite Palette an Ein- und Aus-

gabeschnittstellen anzubieten. Um eine möglichst hohe Akzeptanz für das neue Überleitungskonzept zu schaffen, sollen die Beschäftigten bezüglich technischer Kompetenzen dort abgeholt werden, wo sie stehen.

Datenschutz von digitalen Inhalten ist heutzutage eigentlich kein prinzipielles Problem mehr. Die zur Anwendung kommenden Verschlüsselungsalgorithmen sind ausreichend sicher und die notwendigen Schutzmechanismen allseits bekannt und etabliert. Zudem richten sich die wenigsten Angriffe gegen die Verschlüsselungsverfahren; hier ist der Aufwand immens und die Aussichten sind gering. Allerdings sind solche „sicheren“ Daten unkomfortabel in der Handhabung: Der Anwender muss sich authen-

tifizieren, die Daten entschlüsseln und weitere organisatorische Hürden überwinden, um die Daten zu nutzen. Das alles ist im Pflegealltag äußerst unpopulär, weil aufwändig und zeitraubend. Schließlich will die Pflegekraft mit Menschen arbeiten und nicht mit der neuesten Verschlüsselungs- und Authentifizierungstechnik kämpfen. Die bisher verwendeten Papierakten konnte man in einem Safe unterbringen und den Schlüssel einigermaßen sicher aufbewahren, um im Sinne des BDSG zu handeln. Dies war einfach zu handhaben und bedeutete wenig Arbeitsaufwand.

Die heutigen Techniken bieten jedoch viele Angriffspunkte, die in der Entwicklung und Nutzung einer entsprechenden Softwarelösung berücksichtigt werden müssen:

- ⌘ Ausspähen von Passwörtern und Zugangsdaten,
- ⌘ Abgriff eines Mobilgerätes durch zufälligen Fund oder gezielten Diebstahl,
- ⌘ Mitlesen des Datenstroms bei der Datenübertragung zum Server,
- ⌘ Einbruch in den zentralen Datenspeicher,
- ⌘ Angriff gegen eine schlecht programmierte Software.

Dabei reicht es oftmals schon aus, eine Hürde zu überwinden, um dann nicht nur an eine Patientenakte zu gelangen, sondern sofort auf alle Patientendaten eines Unternehmens zuzugreifen zu können. Für Angreifer mit ausreichender krimineller Energie ein lukratives Aufwands-Ertrags-Szenario.

Aus den genannten Angriffspunkten ergibt sich eine Liste von Basisanforderungen, die an jede sichere IT-Lösung zu stellen sind:

- ⌘ komplette Ende-zu-Ende Verschlüsselung beim Übertragen der Daten,
- ⌘ verschlüsselte Speicherung der Daten auf Servern und den Endgeräten unter Einsatz anerkannter öffentlicher Verschlüsselungsverfahren,
- ⌘ Verwendung von Zertifikaten und Prüfsummen für Anwendungen und Geräte,
- ⌘ Authentifizierung von Benutzern über mehrere Kanäle und Verfahren (Besitz, Wissen, biometrisches Merkmal, Einmalpasswort-Systeme, Second-Channel Kommunikation),
- ⌘ Verbot der Nutzung eigener Hard- und Software (BYOD = bring your own device), um Unterwanderung durch andere Softwareprodukte auszuschließen
- ⌘ Beschränkung von Nutzerrechten auf den Geräten (so viel wie nötig – so wenig wie möglich),
- ⌘ Analyse der eingesetzten Software auf Sicherheitslücken zur Minimierung von Schwachstellen,
- ⌘ Hosting der Daten auf deutschen oder europäischen Servern, um den Anforderungen

des BDSG zu entsprechen und die Angriffsfläche zu minimieren.

Wenn diese Anforderungen erfüllt werden, ist von einer sicheren Datenverarbeitung auszugehen, die vom Benutzer zu überspringenden Hürden sind dann jedoch oft so hoch, dass die Softwarelösung im Arbeitsalltag nicht verwendet wird. Die einmalige Eingabe einer vierstelligen PIN wird sicherlich akzeptiert, die Abfrage eines komplexen zwölfstelligen Kennworts bei jedem neuen Erfassungsvorgang ist der sichere Tod jeder Anwendung.

Ein Kompromiss zwischen der Datensicherheit und der Bedienerfreundlichkeit lässt oft eine Seite deutlich zu kurz kommen. Daher sind neue, intelligente Lösungen gefragt, die bei hohem Bedienkomfort die Datensicherheit nur geringfügig oder gar nicht reduzieren. Davon sollen zwei interessante Varianten vorgestellt und bewertet werden.

Einsatz von Smartphones mit Fingerabdrucksensoren: Dafür sprechen die komfortable Handhabung sowie die einfache Integration in die Software. Problematisch wird es bei Arbeiten, die mit verschmutzten oder durch Handschuhe geschützten Fingern durchgeführt werden. Dazu kommt, dass mit dieser Variante der Anwender ein eigenes biometrisches Merkmal einem Gerät, den dort installierten Anwendungen und den dahinter stehenden Unternehmen anvertrauen muss. Das führt die erreichte Sicherheitsstufe eigentlich ad absurdum.

Eine Alternative ist der Einsatz von NFC-Chips bei Pflegekraft und Patient. Diese Variante wird auch im Projekt zur biografieorientierten Überleitung genutzt, weil sie gegenüber der biometrischen Authentifizierung einige Vorteile bietet: Die Chips sind günstig (ca. zehn Cent), robust und in vielen Formen (Aufkleber, vergossener Plastikchip, ...) verfügbar. Die praktische Anwendung ist unkompliziert: Ein kurzes Berühren von NFC-Tag und Gerät reicht, um die In-

formationen zu verarbeiten. Auf dem NFC-Tag kann neben einer ID zur Identifizierung auch ein Schlüssel zur Autorisierung gespeichert werden. Bei Verlust oder Missbrauchsverdacht kann ein Chip vom System abgemeldet werden und ein neuer Rohling kann von einem berechtigten Benutzer oder im Vier-Augen-Prinzip mit einem neuen Schlüssel beschrieben werden.

Datenschutz und Datensicherheit sind nicht zum Nulltarif zu haben. Unternehmen, die die relativ hohen Investitionskosten nicht scheuen und vor der Speicherung ihrer Biometriedaten nicht zurückschrecken, können auf Geräte mit Fingerabdrucksensor zurückgreifen. Für alle anderen bieten mit NFC-Tags gesicherte Anwendungen ebenfalls optimalen Schutz. Mitarbeiter, die das immer noch für zu aufwändig erachten, kann man nach wie vor auch mit Papier und Bleistift ausstatten. Aber allen Beteiligten sollte man vor Augen halten, was ihnen anvertraut wird: sehr persönliche und intime Daten ihrer Patienten.

### Die Autoren

Gerhard Weiling ist Geschäftsführer der solvecon gmbh. Er beschäftigt sich intensiv mit den Themen Datenbankentwicklung und Datenschutz. [weiling@solvecon.de](mailto:weiling@solvecon.de)  
Alexander Freynik ist Mitarbeiter der solvecon gmbh. Sein Arbeitsschwerpunkt ist die Entwicklung kundenorientierter Softwaresysteme. [freynik@solvecon.de](mailto:freynik@solvecon.de)

**solvecon**  
Gesellschaft für Beratung  
und Entwicklung mbH

Biografieorientiertes, kultursensibles  
Überleitungsmanagement

# Grundsätzliche Erwägungen zum Einsatz neuer Technologien im Kontext sozialer Dienstleistungen

Frank-Peter Oltmann

Informations- und Kommunikationstechnologien (IuK) begleiten mittlerweile fast alle Bereiche unseres Lebens, sei es privat oder beruflich. So haben beispielsweise Smartphones, Tablet-PCs oder Navigationsgeräte unser (Zusammen-)Leben in den letzten zwei Jahrzehnten gleichsam revolutioniert. Während wir uns im Bereich der Freizeitgestaltung diesen Technologien nach Wunsch zu- oder abwenden können, liegt es in beruflichen Zusammenhängen – vereinfacht formuliert – im Ermessen des Arbeitgebers bzw. den ihn treffenden Sachzwängen, wie und in welchem Maße wir mit entsprechenden Geräten oder Verfahren umgehen.

Unabhängig davon, in welchen Branchen oder beruflichen Kontexten IuK zum Einsatz kommen, gilt die Regel, dass sich komplexe Technologien „nicht neutral im Sinne eines reinen Werkzeuges, also etwa eines Schreibgerätes wie Bleistift oder Schreibmaschine“ verhalten (Kreidenweis 2012, S. 24). Schon während der Entwicklungs- und Implementierungsphase beeinflussen sie immer und in erheblichem Maß das soziale System, in dem sie eingesetzt werden. Somit erscheint es nicht trivial, sich bereits in der Frühphase eines Projektes oder einer Innovation mit den möglichen Folgen außerhalb des eigentlich bearbeiteten Problems oder Phänomens zu beschäftigen.

Dies gilt umso mehr, wenn es sich um ein Einsatzfeld im Kontext sozialer, also per se persönlicher, Dienstleistungen handelt. Beziehen wir dies nun konkret auf das Berufsfeld der Pflege, so bedarf es zunächst einer Definition der zentralen Begrifflichkeiten, von denen ein sowohl fachlich als auch sozial-ethisch gelingender Technikeinsatz abhängt.

Werfen wir also zuerst einen Blick auf das Selbstverständnis der Pflege als Profession. „Pflegearbeit“, so Böhle et al. (1997, S. 19) „ist hochgradig situations- und kontextgebundene Beziehungsarbeit, die ihre fachliche Begründung in der komplexen, z.B. auch sinnlich mehrschichtigen Wahrnehmung von Gesamtsituationen findet.“ Die Autoren betonen hier also besonders die Erbringungszusammenhänge als konstituierend, auf denen dann die fachlich-pflegerische Aktivität aufsetzt. Hülsken-Giesler (2008) umschreibt diese Implikation als „doppelte Handlungslogik“, welche sich aus allgemeingültigem Regelwissen und hermeneutischem Fallverstehen ableitet.

Versuchen wir nun, dieser hybriden Konstruktion pflegerischer Profession eine adäquate Definition von Technik gegenüber zu stellen, muss zunächst betont werden, dass ein Technikbegriff, der allein auf die Funktionstüchtigkeit eines Artefaktes abstellt, einer kritischen Reflexion nicht gerecht wird.<sup>1</sup> Deshalb bemühe ich an dieser Stelle eine Definition von Grunwald (2002, S. 41), die sowohl die Dynamik als auch die kritische Selbstreflexion eines emanzipierten Technikverständnisses widerspiegelt. „In der Möglichkeit des ‚Immer-wieder‘ steckt der semantische Kern des Technikbegriffs. In der Verwendung des Technikbegriffs wird darauf reflektiert, inwiefern dieses ‚Immer-wieder‘ sich durchhalten lässt und inwiefern die nahe gelegte Regelmäßigkeit umgesetzt werden kann. Kurz gesagt: In der Rede über Technisches reflektieren wir die Möglichkeiten und Grenzen der Konstruktion von Situationsinvarianzen.“

Auf der Grundlage dieser beiden Definitionen ist es dann auch möglich, die Bedingungen für einen gelingenden Einsatz von IuK in der Pflege zu entwerfen, ist es uns doch grundsätzlich gelungen, den augenscheinlichen Antagonismus zwischen empathischer Zuwendung auf der einen und kalter Technik auf der anderen Ebene aufzulösen. Voraussetzung ist allerdings, dass Grundbedingungen dafür geschaffen werden müssen, damit beide Ebenen sich nicht dem Zugriff von verantwortlich handelnden Menschen entziehen bzw. verweigern können.

Um diese Grundlage sicherzustellen, bedarf es dann einer Profession, deren Bezugslinien aus a) der Frage der technischen Machbarkeit, b) des sozial-politisch Gewünschten und c) anwaltschaftlichen Funktionen für die vom Einsatz tangierten Personengruppen (Klienten und Professionelle) sich gleichberechtigt kreuzen und

die diese regelmäßig in Bezug zueinander setzen. Gemeint ist die noch recht junge Profession der Pflegeinformatik, die sich nach meiner Einschätzung in weiten Teilen auf die Grundimplikationen der Sozialinformatik berufen kann. Diese Grundimplikationen beschreibt Wendt (2000, S. 20) wie folgt: „Die Sozialinformatik hat Informations- und Kommunikationssysteme in der Sozialwirtschaft und in der sozialen Arbeit zum Gegenstand. Sie befasst sich mit der systematischen Verarbeitung von Informationen im Sozialwesen in ihrer technischen Konzipierung, Ausführung und Evaluation, und sie geht damit verbunden den Bedingungen, Wirkungen und sozialen Begleiterscheinungen des Technologieeinsatzes nach. Kurz: Die Sozialinformatik nimmt fachliche Verantwortung für den Produktionsfaktor Information im System sozialer Dienstleistungen und ihrem Umfeld wahr.“

Lassen Sie mich nun die notwendigen Bedingungen für einen gelingenden Einsatz von IuK in der Pflege kurz skizzieren. Dies ist am anschaulichsten an der Linie tatsächlicher und potenzieller Kritikpunkte zu bewerkstelligen. Die wohl wichtigsten Bedenken und Widerstände kreisen immer wieder um folgende Themenstellungen. Zuvorderst befürchten Pflegende, der Einsatz von IuK könnte die Beziehungsarbeit zwischen Pflegenden und Patienten gefährden bzw. beeinträchtigen. Als ein Grund hierfür wird die Vernachlässigung der situations- und kontextabhängigen Variablen des einzelnen Falles als Folge von Standardisierungsprozessen gesehen. Gleichzeitig befürchten Pflegende, dass durch die Bedienung neuer Technik die ohnehin knapp bemessene Zeit mit den Patientinnen und Patienten weiter beschnitten werden könnte. Dies führe dann wiederum zu einer tendenziellen Vernachlässigung der körperlichen Aspekte pflegerischer Tätigkeiten. Das gesamte,

hier sehr verkürzt dargestellte Kritikbündel findet seinen Kulminationspunkt in der Befürchtung einer potenziellen Deprofessionalisierung der Pflege zugunsten von standardisierten und technikzentrierten Entscheidungsstrukturen. Auf Grundlage dieser durchweg nachvollziehbaren und in vielen Einrichtungen und Diensten genau in der befürchteten Form beobachtbaren Gefahren lassen sich folgende Handlungsempfehlungen ableiten.

1. Einsatz und Anwendung neuer Technologien müssen sich an den Besonderheiten der Zielgruppen und Professionellen orientieren und nicht umgekehrt. Also gilt es, beide Adressatengruppen von Beginn an in die Planung und Entwicklung einzubeziehen.
2. Die entwickelten Tools müssen leicht erlernbar und anwendbar sein und der Nutzenwert für jeden einzelnen Mitarbeiter muss deutlich sichtbar gemacht werden.
3. Bei aller Standardisierung (z.B. Möglichkeiten der institutions- und disziplinübergreifenden Übermittlung und Auswertung) müssen die situations- und kontextuellen Determinanten jedes Falles darstellbar und verwertbar sein.
4. Schon in der Pflegeausbildung müssen grundlegende Kompetenzen zur Technikakzeptanz (z.B. Transparenz hinsichtlich der Wirkungen) und zur Technikanwendung vermittelt werden.

Gelingt es, diese Handlungsempfehlungen umzusetzen, entsteht eine tragfähige Basis für die Einführung technischer Innovationen in der stationären und ambulanten Pflege bzw., wie bei dem Projekt „Biografieorientiertes, kultursensibles Überleitungsmanagement“, an deren Schnittstelle.



## Der Autor

Prof. Dr. Frank-Peter Oltmann vertritt die Lehrgebiete Sozialmanagement und Sozialverwaltung an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum. [oltmann@efh-bochum.de](mailto:oltmann@efh-bochum.de)

## Literatur

- Böhle, F., Brater, M. & Maurus, A. (1997). *Pflegearbeit als situatives Handeln. Ein realistisches Konzept zur Sicherung von Qualität und Effizienz der Altenpflege*. Pflege, 10, 18-22.
- Grunwald, A. (2002). *Das Technische und das Nicht-Technische. Eine grundlegende Unterscheidung und ihre kulturelle Bedeutung*. In: G. Banse, B. Meier & H. Wolffgramm (Hrsg.), *Technikbilder und Technikkonzepte im Wandel – eine technikphilosophische und allgemeintechnische Analyse*, 37-48. Karlsruhe: Forschungszentrum Karlsruhe.
- Hülsken-Giesler, M. (2008). *Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik*. Osnabrück: V & R Unipress.
- Kreidenweis, H. (2012). *Lehrbuch Sozialinformatik*. Stuttgart: UTB.
- Wendt, W.R. (2000). *Sozialinformatik: Stand und Perspektiven*. Baden-Baden: Nomos.

<sup>1</sup> Ich betone dies deshalb, weil gerade diese einseitige Betrachtungsweise als Grundlage für eine Vielzahl von technik-kritischen Theorien seit der Zeit der Maschinenstürme in den 1830er Jahren dient(e) und dazu geeignet ist, emotionalisierte Diskussionen anzukurbeln, statt einen sachbezogenen Diskurs zu führen.

Anwendbarkeit  
Akzeptanz

# Sektorenübergreifendes Überleitungsmanagement

## Warum sollten sich alle Beteiligten um eine Kommunikation auf Augenhöhe bemühen?

Christiane Weiling, Volker Schrage, Matthias Wittland

Patienten bewegen sich im deutschen Gesundheits- und Pflegewesen in ganz unterschiedlichen Versorgungssystemen. Diese sind heute vielfach weitgehend voneinander abgekoppelt, ein umfassender Informationsfluss ist – wegen inkompatibler EDV-Systeme, aufgrund unterschiedlicher Denkweisen und Versorgungsaufträge und schlicht aufgrund mangelnder Kommunikation – im Regelfall nicht gegeben. Das führt in der Praxis zu teils massiven Qualitätseinbußen in der Versorgung.



### Ein Beispiel aus der Praxis mag dies verdeutlichen:

Wegen einer akut aufgetretenen Beschwerdesymptomatik im Bauchbereich musste eine palliativ versorgte Bewohnerin eines Altenheims stationär eingewiesen werden. Für diese Einweisung nahm der behandelnde Hausarzt Kontakt zur Inneren Abteilung des Krankenhauses auf. Mit dem Oberarzt wurde die Situation genau besprochen und die mit den palliativen Maßnahmen verbundene Schmerzmedikation abgestimmt. Die Situation schien somit klar geregelt. Leider wurde die Patientin nicht wie geplant auf der inneren Abteilung, sondern auf der chirurgischen Abteilung aufgenommen. Hier lagen die entsprechenden hausärztlichen Informationen nicht vor. Daher wurde eine Behandlung der Patientin mit hochdosierten Schmerz- und Beruhigungsmitteln eingeleitet, die nach ihrer Rückkehr ins Altenheim zu Unruhe- und Angstzuständen führte und in einem mehrwöchigen Prozess langsam rückumgestellt werden musste. Eine Rücksprache mit dem chirurgisch zuständigen Kollegen konnte nicht erfolgen. Bei einem erneuten Telefonat mit dem internistischen Oberarzt wollte dieser hausintern Rücksprache zu halten. Ein Ergebnis dieser Rücksprache liegt bis zum heutigen Tag nicht vor.

### Ältere Patienten sind im Nachteil

Im Vorteil sind in unserem derzeitigen Gesundheitssystem die mündigen Patientinnen und Patienten, die selbst dafür sorgen, dass alle relevanten Informationen beim Weiterversorger ankommen, die nachfragen und umfassende Aufklärung einfordern. Die wachsende Zahl älterer, multimorbider Patientinnen und Patienten bekommt in einem solchen System

allerdings Probleme, wenn die am Versorgungsprozess beteiligten Experten nicht selbst aktiv für die Weitergabe von Informationen sorgen und intensiv miteinander sprechen.

Eine solche Selbstverpflichtung zur Informationsweitergabe sollte aus dem Selbstverständnis von Pflegekräften und Mediziner, aber auch anderer Professionen im Gesundheitswesen erwachsen. Dabei geht es nicht darum, einem Weiterversorger die Arbeit zu erleichtern, sondern vielmehr darum, dafür zu sorgen, dass ein Patient adäquat und seinen Bedürfnissen entsprechend versorgt werden kann. Das erfordert aber ein Zusammenspiel unterschiedlicher Professionen – und es gibt leider nur wenige Beispiele, wo das gut funktioniert.

Dies liegt vor allem daran, dass die unterschiedlichen Professionen relativ isoliert und unabhängig voneinander agieren. Ärzte, Pflegekräfte und Physiotherapeuten arbeiten in vielen Fällen nebeneinander her und nicht im Team. Es gibt keine klaren Regelungen zur Zusammenarbeit zwischen den Professionen. Jede Berufsgruppe hat eigene Vorgesetzte, keiner ist dem Anderen gegenüber weisungsbefugt. Erkannt ist dieses Manko schon lange. Gefordert werden dann aber meist von der Politik oder den Verbänden veränderte Ausbildungsinhalte oder Neuerungen im Gesundheitssystem. Warum aber sollte man nicht in der täglichen Arbeit einfach einmal damit anfangen, kollegial zusammenzuarbeiten?

### Erfolgreiche Initiativen professionsübergreifender Zusammenarbeit

Dass man auch selbst aktiv werden und Veränderungen anstoßen kann, zeigen Initiativen im Kreis Unna und im westlichen Münsterland. Hier wurden keine Forderungen in Richtung Politik und Krankenkassen formuliert, sondern die Beteiligten entwickelten konkrete Lösungen, wie eine patientenorientierte gemeinsame Versorgung innerhalb der bestehenden Rahmenbedingungen aussehen kann.

Im Kreis Unna haben sich bereits 2006 Vertreter des ambulanten und stationären Bereiches an einen Tisch gesetzt und überlegt, wie die Informationsweitergabe für pflegebedürftige Menschen verbessert werden kann. Entwickelt wurde

ein kreisweit einheitlicher Überleitungsbogen, der nun von ambulanten Pflegediensten, stationären und teilstationären Altenhilfeeinrichtungen und Krankenhäusern genutzt wird. In einem laufenden Modellprojekt (siehe verschiedene Artikel in diesem Heft) wurde dieser Bogen dann um biografieorientierte Informationen ergänzt. Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung in der Praxis war, dass dieser Bogen gemeinsam mit Vertretern unterschiedlicher Professionen entwickelt wurde, dass unterschiedliche Sichtweisen offen und ehrlich diskutiert wurden und dass am Ende ein Instrument entstand, das die Kommunikation und Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure unterstützt und fördert.

Im westlichen Münsterland haben sich niedergelassene Ärzte, Vertreter aus Krankenhäusern und Altenhilfe sowie Physiotherapeuten zu einem Versorgungsnetzwerk zusammengeschlossen, das sich die bessere Versorgung demenziell Erkrankter sowie die Förderung von Demenzprävention und -früherkennung zum Ziel gemacht hat. Um den Informationsfluss zwischen allen Beteiligten – ob ambulant oder stationär, ob Mediziner, Pflegekraft oder Physiotherapeut – zu verbessern, wird mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und dem Landesgesundheitsministerium NRW ein Modellversuch diskutiert, in dem der gemeinsame Zugriff auf den elektronische Arztbrief und eine intensive IT-Kommunikation entwickelt und erprobt werden sollen.

In der Diskussion wurde für alle Beteiligten darüber hinaus schnell deutlich, dass eine Kommunikation auf Augenhöhe die Grundvoraussetzung für eine zukunftsorientierte Patientenversorgung ist. Die Erkenntnis der Beteiligten: „Was uns alle eint, ist das Ziel, für den Patienten die bestmögliche Versorgung zu organisieren. Und das geht eindeutig besser, wenn man sich austauscht und eng zusammenarbeitet. So kann man dann auch Ständesdünkel und Professionseitelkeiten überwinden.“



Christiane Weiling, Volker Schrage, Matthias Wittland

### Die Autorin, die Autoren

Christiane Weiling ist Bereichsleiterin Gesundheits- und Seniorenwirtschaft bei der gaus gmbh und Gesamtkoordinatorin des Projektes „Biografieorientierte, kultursensible Überleitung“. Dr. med. Volker Schrage ist Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin und Leiter des Projektes „Gesund älter werden“. Matthias Wittland ist Geschäftsereichsleiter beim Caritasverband für die Dekanate Ahaus-Vreden und verantwortet in dieser Funktion das Projekt „Teilhabe am Leben“.

### Das Münsterländer Memorandum

Dass die Beteiligten es mit ihrer Zusammenarbeit ernst meinen und diese auch leben, dokumentieren sie durch das so genannte Münsterländer Memorandum (siehe Folgeseite). Hier wurden verbindliche Regeln zur Zusammenarbeit und zum Miteinander der Professionen entwickelt. Die Initiatoren des Memorandums verpflichten sich, diese Grundregeln der Zusammenarbeit in der eigenen täglichen Arbeit einzuhalten und in ihrem Arbeitsumfeld die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Kolleginnen und Kollegen sich entsprechend verhalten. Darüber hinaus ist es das Ziel der Initiative, die breite Umsetzung des Verhaltenskodex zur professionsübergreifenden Zusammenarbeit auch bei Kolleginnen und Kollegen in anderen Regionen zu forcieren.

Die Initiative in Unna und im Münsterland ist vorangegangen und tut das, was von der Gesellschaft schon lange gefordert wird: Die verschiedenen Professionen des Gesundheitssystems arbeiten auf Augenhöhe und zum Wohle des Patienten zusammen.

**Wir, die Initiatoren des Münsterländer Memorandums, rufen alle Akteure des Gesundheitswesens auf, mitzumachen. Unterschreiben Sie das Münsterländer Memorandum, setzen Sie die Ziele in Ihrem eigenen Wirkungskreis um und setzen Sie ein Zeichen für ein Gesundheitssystem der Zukunft!**

Die Unterschrift ist möglich im Kreishaus Unna, dem Gesundheitszentrum Legden, bei der Caritas Ahaus und der gaus gmbh in Dortmund. Sie können die Unterlagen auch per Mail anfordern unter [office@gaus.de](mailto:office@gaus.de).



# Zusammenarbeiten

## „Professionsübergreifende Zusammenarbeit für ein besseres Gesundheitssystem“

Münsterländer Memorandum

„Nur mit einem Gesundheitssystem, bei dem der Mensch mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt steht, werden wir in Zukunft eine gute Versorgung sicherstellen können. Wir benötigen eine verstärkte sektorübergreifende Zusammenarbeit und multiprofessionelle Teams aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit unterschiedlichen Qualifikationen.“

NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens am 24. September 2013 in einer Rede an der Hochschule für Gesundheit in Bochum

Interdisziplinarität, Multiprofessionalität, sektorübergreifende Zusammenarbeit: Diese Themen stehen in vielen Branchen mit Recht ganz oben auf der Agenda. Das Gesundheitssystem zeigt hier allerdings Nachholbedarf.

Denn es gibt wohl kaum eine Branche, die ähnlich starre und ab- wie ausgrenzende Professionsstrukturen vorweist wie die Gesundheitsbranche. Berufe sind in einer strengen Hierarchie geordnet, teils auf rechtlicher Basis, teils durch faktische Machtausübung. Die gegenseitige Wertschätzung zwischen diesen Hierarchieebenen ist ebenso gering wie die zwischen Berufen „auf gleicher Ebene“. Und selbst die Anerkennung der jeweiligen Fachkompetenzen und des beruflichen Erfahrungsschatzes der anderen Disziplinen ist kein Merkmal der Berufskulturen.

All diese Vorbehalte und Grenzziehungen führen zu einer Abschottung der Disziplinen voneinander und einer gestörten Kommunikation untereinander. Manchmal scheint es, dass der Patient der einzige Akteur im Gesundheitswesen ist, der mit allen involvierten Professionen spricht – und oft genug ist er die Kommunikationsbrücke zwischen den

ärztlichen, therapeutischen und pflegenden „Dienstleistern“. Statt die Zusammenarbeit zwischen den Fachdisziplinen zu verbessern und zu intensivieren wird zunehmend den betroffenen Patientinnen und Patienten oder den Angehörigen die aktive Verantwortung für das effiziente Zusammenwirken aller Leistungserbringer aufgebürdet.

Dies ist eine für uns alle nicht mehr länger hinzunehmende Situation!

Die Unterzeichnerinnen und Unterzeichner dieses Memorandums fordern einen gemeinsam von allen Akteurinnen und Akteuren getragenen neuen Verhaltenskodex innerhalb des deutschen Gesundheitssystems, der die partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Professionen unter Berücksichtigung der fachlichen Kompetenz auf Augenhöhe zum Wohl der Patientinnen und Patienten zum Ziel hat.

Diese Zusammenarbeit muss sich auf gegenseitigen Respekt und gegenseitige Wertschätzung aller Akteurinnen und Akteure des deutschen Gesundheitswesens gründen.

Eine Initiative der Projekte



Biografieorientiertes, kultursensibles Überleitungsmanagement



## Verhaltenskodex zur professionsübergreifenden Zusammenarbeit

### Präambel

Die unterschiedlichen Professionen im deutschen Gesundheitssystem haben je eigene, originäre und nicht substituierbare Aufgaben bei der Förderung und dem Erhalt der Gesundheit in Deutschland. Die gemeinsame Verpflichtung aller Berufsgruppen ist das Wohl der Patientinnen und Patienten.

Die Sicherung, Verbesserung und Wiederherstellung der Gesundheit aller Menschen in Deutschland erfordern daher die intensive Zusammenarbeit aller Dienstleisterinnen und Dienstleister über Professions- und Hierarchiegrenzen hinweg.

### Grundregeln der professionsübergreifenden Zusammenarbeit

1. Die aktive Verantwortung für die bewusste, intensive und transparente Zusammenarbeit liegt bei den beteiligten Dienstleisterinnen und Dienstleistern selbst.
2. Die Akteurinnen und Akteure sind sich über ihre Rolle im Diagnose- und Behandlungsprozess bewusst und füllen diese zum Wohle der Patientinnen und Patienten aus.
3. Alle Beteiligten erkennen die Fachkompetenz anderer Berufsgruppen an und gehen wertschätzend miteinander um.
4. Die Kommunikation zwischen den Beteiligten erfolgt direkt und nicht-hierarchisch.
5. Die Beteiligten suchen aktiv die Abstimmung mit den jeweils anderen Professionen.

6. Entscheidungen werden unter Einbezug aller notwendigen Expertise der Beteiligten getroffen.
7. Multiprofessionelle Teams arbeiten auf Augenhöhe zusammen. Die Leitung ergibt sich aus sachlichen und rechtlichen Aspekten.
8. Informationen werden im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben direkt ausgetauscht und rückgekoppelt.
9. Kritik wird direkt konstruktiv geäußert und offen entgegengenommen.
10. Alle Beteiligten arbeiten kontinuierlich und gemeinsam an der Verbesserung der Zusammenarbeit und der Leistungsqualität.

Die Unterzeichnerinnen und Unterzeichner dieses Memorandums verpflichten sich, diese Grundregeln der Zusammenarbeit

- in der eigenen täglichen Arbeit einzuhalten,
- hierfür in ihrem Wirkungskreis die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen und
- sich im Rahmen einer öffentlichen Diskussion für die breite Umsetzung des Verhaltenskodex zur professionsübergreifenden Zusammenarbeit einzusetzen.

Die Unterzeichner fordern zugleich von der Politik, nach Wegen und Möglichkeiten zu suchen, wie die professionsübergreifende Zusammenarbeit qualitativ ausgestaltet und systematisch unterstützt werden kann.

Eine Initiative der Projekte



Biografieorientiertes, kultursensibles Überleitungsmanagement



# Verhaltensänderung durch Impulslernen – ein geeignetes Modell für die Pflege?

Bernd Benikowski, Pia Rauball

Die Berücksichtigung biografischer und kultursensibler Daten bedeutet für Pflege- und Betreuungskräfte eine Veränderung ihrer bisherigen Arbeitsweise. Die Datenerhebung, -weiterleitung und -nutzung wird ausgeweitet und bedarf der Anwendung neuer Strategien. Das will zunächst einmal gelernt werden.

Nun ist es das Dilemma, dass Lernen und Veränderung Zeit- und Arbeitseinsatz erfordern. In einer Branche, die durch hohe Arbeitsverdichtung gekennzeichnet ist, können Zusatzaufgaben schnell zur psychischen Belastung werden und damit eher schaden als nutzen. Deshalb ist es das A und O, die erforderlichen Kompetenzen der Beschäftigten so effektiv und effizient wie möglich zu vermitteln.

Diese Anforderung erfüllt das didaktische Design des Impulslernens, das Lern- und Arbeitszeit wirtschaftlich und wirkungsvoll miteinander verknüpft, indem die folgenden methodischen Bausteine sinnvoll zu einer didaktischen Prozesskette kombiniert werden:

## 1. Mikroerleinheiten

Die Lernenden bekommen während des Arbeitsprozesses sogenannte Mikroerleinheiten zur Verfügung gestellt, die den nötigen Input zur Bewältigung einer konkreten Aufgabe liefern. Sie werden bewusst kurz gehalten, sodass gezielt nur wenige wichtige Informationen vermittelt werden. Auf diese Weise kann ein größerer Anteil der Informationen gespeichert und verarbeitet werden und muss nicht durch Selektionsmechanismen reduziert werden. Die Bearbeitung dieser Mikroerleinheiten dauert durchschnittlich eine halbe Stunde, sodass sie sich zeitlich gut in den Arbeitsprozess integrieren lassen. Die Arbeit kann unterbrochen werden, um sich für ca. 15 bis 30 Minuten einem Lernthema zu widmen, und anschließend wieder fortgesetzt werden.

Es gibt zwei Formen von Mikroerleinheiten: Lernbriefe und Lernfilme (inklusive Instruktionstext). Für die Filmwiedergabe wird den Lernenden ein Tablet-PC zur Verfügung gestellt,

sodass die Teilnehmenden sich mit den mobilen Geräten jederzeit zurückziehen und tatsächlich zu jeder Zeit und an jedem Ort lernen können. Um die Lernarbeit motivierend und wertschätzend zu gestalten, wird auf eine attraktive Gestaltung Wert gelegt. Die Lernmaterialien werden anschaulich und professionell produziert und es wird möglichst hochwertige Technik verwendet.

## 2. Transferaufgaben

Der zweite methodische Baustein umfasst Impulse für den Transfer in den Arbeitsalltag. Denn das primäre Ziel dieser Lernarchitektur ist nicht, möglichst viel theoretisches Wissen zu vermitteln, sondern die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu ermutigen, dieses Wissen praktisch anzuwenden! Lernen entfaltet dann seine größte Wirkung, wenn es handlungsorientiert ist und die Lernenden anregt, eine komplexe Aufgabe zu bewältigen. Die Teilnehmenden werden deshalb durch klare Handlungsschritte angeleitet, die Inhalte der Mikroerleinheit in einer realen beruflichen Situation umzusetzen. Durch den geringen Informationsverlust innerhalb der kurzen Zeit zwischen Input und Handlung wird die Bewältigung einer konkreten Aufgabe erleichtert. Das führt zu direkten Erfolgserlebnissen und macht den Nutzen der Lernarbeit erfahrbar, wie das folgende Beispiel veranschaulicht.

### Beispielhafte Lernsituation:

Die Teilnehmer haben eine Mikro-Lerneinheit zum Thema „proaktives Verhalten“ am Arbeitsplatz in Form eines Lernbriefes durchgearbeitet. In den folgenden Tagen sollten die Teilnehmer sich dafür sensibilisieren, welche Aufgaben es möglicherweise in ihrem Unternehmen zu erledigen gäbe, ohne eine explizite Aufforderung zu erhalten. Eine Pflegekraft beschrieb ihre Um-

setzung folgendermaßen: „Seit längerer Zeit störte mich die Unordnung in unserem Medikamentenschrank. Als ich an einem Morgen etwas Zeit hatte, räumte ich ihn kurzerhand auf. Meine Arbeitskollegen waren ganz überrascht und haben sich gefreut, dass sie nun viel schneller fündig wurden.“

## 3. Selbstreflexionsaufgaben

Im dritten methodischen Baustein geht es darum, die Umsetzung des Lerninhaltes anhand von gezielten Fragen zu reflektieren. Die Selbstreflexionsfragen werden von den Teilnehmenden schriftlich beantwortet, was die kognitive Vertiefung und Einordnung der gemachten Erfahrungen fördert. Ziel ist es, das abstrakte theoretische Wissen (Mikro-Lerneinheit) über die Handlung langfristig in neue abrufbare Verhaltensmuster zu überführen.

### Beispielhafte Lernsituation:

Die Teilnehmer haben eine Mikro-Lerneinheit zum Thema „Umgang mit Stress“ in Form eines Lernbriefes durchgearbeitet. In den folgenden Tagen sollten die Teilnehmer bewusst versuchen, belastende berufliche Situationen anders zu gestalten. Nach der Umsetzung schickte eine Pflegekraft folgende Selbstreflexion an den Coach: „In einer schwierigen Situation mit dem aufgebrauchten Mann einer Patientin habe ich auf meine Körperhaltung und meinen Gesichtsausdruck geachtet. Ich habe den Angehörigen mit einem Lächeln angesehen, eine gerade Körperhaltung eingenommen und leise bis drei gezählt. Ich habe sofort gemerkt, dass der Mann seine Angriffe etwas zurückgefahren hat. Dadurch ist bei mir der Stresspegel auch sofort runtergefahren. Das fand ich total klasse.“



# Gemeinsam lernen

## 4. Feedback

Der vierte methodische Baustein umfasst das Trainerfeedback. Die Teilnehmenden erhalten auf ihren Selbstreflexionsbogen eine persönliche, ebenfalls schriftliche Rückmeldung von einem Coach, der einzelne Aspekte zurückspiegelt oder Anmerkungen gibt. Das Feedback des Coaches ergänzt den Lernprozess um eine notwendige externe Perspektive und unterstützt die Teilnehmenden dabei, den Lerneffekt zu erkennen sowie den möglichen Nutzen für die praktische Arbeit richtig zu bewerten.

### Beispielhafte Lernsituation:

Thema der Mikro-Lerneinheit war die typische Belastung von Pflegekräften, auf mehrere Anfragen von Patienten und Angehörigen gleichzeitig reagieren zu müssen. Aufgabe war es, die wartenden Patienten/Angehörigen anzuspre-

chen und verbindlich zu signalisieren, wann man sich um das Anliegen kümmern wird. Von ihrem Coach erhielt die Teilnehmerin auf ihre Selbstreflexion das Feedback, noch stärker auf Blickkontakt zu achten und die Reaktion (Verständnis) des Patienten abzuwarten.

### Sozialer Rahmen

Da isoliertes selbstgesteuertes Lernen nur den wenigsten Beschäftigten gut gelingt, werden die Selbstlernphasen, bestehend aus den vier beschriebenen Bausteinen, in einen sozialen Rahmen eingebunden. Das Lernprogramm beginnt mit einer Auftaktveranstaltung, in der die Teilnehmenden eine ausführliche Einführung bekommen, die Materialien erhalten und vor allem ihren Coach und die anderen Teilnehmenden kennenlernen. Außerdem finden regelmäßig 60- bis 90-minütige Vor-Ort-Coachings



### Die Autorin, der Autor

Dr. Bernd Benikowski ist Bildungswissenschaftler und Geschäftsführer, Pia Rauball, M.A., wissenschaftliche Mitarbeiterin der gaus gmbh – medien bildung politikberatung, Dortmund. Die gaus gmbh entwickelt und implementiert seit Jahren im Rahmen verschiedener Aufträge und Projekte u.a. für das Bundesministerium (QUASIE, upgrade, Bildungsseismograph) innovative und arbeitsplatznahe Lernarchitekturen in unterschiedlichen Branchen und konzipiert passgenaue Programme für Unternehmen und Organisationen.

gaus | medien bildung politikberatung

# Biografieorientierte Überleitung – Eine Chance zur Steigerung der Pflegequalität

Christiane Weiling, Benjamin Freitag

Jeder Mensch hat Wünsche und Bedürfnisse, die aus seinen ganz individuellen Lebenserfahrungen bzw. seiner Biografie resultieren.

Diese Prägung des Individuums erfolgt durch Faktoren wie

- æ unser Elternhaus,
- æ unsere Freunde,
- æ die Gesellschaft, in der wir uns bewegen,
- æ unseren Beruf,
- æ die Region, in der wir aufwachsen und leben, aber auch durch
- æ religiöse Erfahrungen oder
- æ einschneidende Ereignisse im Leben.

Das bedeutet, dass es eine Vielzahl von Einflussfaktoren gibt, die uns zu dem machen, was wir sind, und die bestimmte Rituale, Bedürfnisse, Vorlieben und Abneigungen hervorrufen. In der Altenpflege wie in der Behindertenbetreuung werden solche die persönliche Biografie betreffenden Daten gesammelt und in der Pflegeplanung sowie im Tagesablauf berücksichtigt. Im Krankenhaus fehlen entsprechend strukturierte Informationen zu Vorlieben, Gewohnheiten, Ängsten etc. der Patientinnen und Patienten. Wenn diese sich nicht entsprechend äußern können, werden biografische Besonderheiten nicht berücksichtigt. Aber auch wenn neue Pflegekräfte zu einem Pflegebedürftigen kommen, gibt es aus Unwissenheit immer wieder Missverständnisse, die sich vermeiden ließen, wenn bestimmte Informationen vorliegen würden. Eine Folge daraus ist, dass der pflegebedürftige

Mensch sich unwohl fühlt. Es kommt zu Konflikten und der Genesungs- bzw. Versorgungsprozess verläuft nicht optimal.

Teilweise beklagen Altenpflege und Behindertenhilfe bei der Rückkehr eines Patienten eine „unzureichende“ Versorgung im Krankenhaus, die in vielen Fällen aus Unwissenheit oder unzureichenden Informationen resultiert. Einen Lösungsansatz zur Vermeidung eines solchen Informationsdefizits bietet das in unserem Projekt entwickelte biografieorientierte Überleitungskonzept.

Eine biografieorientierte Versorgung versucht, die individuellen Wünsche, Gewohnheiten und Bedürfnisse eines Menschen zu berücksichtigen, soweit dies innerhalb der vorgegebenen Abläufe einer Einrichtung möglich ist. Dabei ist es nicht

wichtig, worin die Ursachen für bestimmte Vorlieben oder Abneigungen liegen (das lässt sich oft auch nicht eindeutig zuordnen), sondern dass diese Vorlieben und Abneigungen in die Versorgung des Menschen einbezogen werden. Ziel ist es, relevante Informationen, die im gewohnten Umfeld eines Menschen im Laufe der Zeit gesammelt worden sind und die bei der täglichen Versorgung berücksichtigt werden sollten, möglichst strukturiert und in übersichtlicher Form an einen Weiterversorger zu übermitteln. Dieser sollte aufgrund der vorliegenden Informationen anschließend in der Lage sein, einen Pflegebedürftigen bedarfsgerechter und damit auch konfliktfreier zu versorgen.

Ähnliche Zielsetzungen finden sich auch in der aktuellen Diskussion um eine Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Erfasst werden soll zukünftig nicht mehr der für die Versorgung erforderliche Zeitaufwand, sondern der Grad der Selbstständigkeit eines Menschen bei Aktivitäten in pflegerelevanten Lebensbereichen wie beispielsweise „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“, der „Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen“ oder die „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ (BMG 2013, S. 21). Dadurch kann der besondere Hilfe- und Betreuungsbedarf von Menschen mit kognitiven oder psychischen Einschränkungen besser berücksichtigt werden. Nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff hat der Mensch Recht auf eine qualifizierte, an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, fä-

higkeitsfördernde und menschenwürdige Versorgung (a.a.O., S. 11). Eine solche pflegerische Unterstützung und Versorgung soll bis zum Lebensende ermöglicht werden.

Ein Beispiel möge verdeutlichen, wie hier das Projekt „Biografieorientiertes, kultursensibles Überleitungsmanagement“ einen wichtigen Beitrag leisten kann:

*Frau M. hat in ihrem Leben alle Speisen immer mit viel Zucker versetzt. Als Frau M. in eine stationäre Pflegeeinrichtung kam, wurde dies durch die Biografiearbeit ermittelt und bei der täglichen Nahrungsaufnahme berücksichtigt. Nach einer Einweisung ins Krankenhaus kam es bei Frau M. zu Problemen bei der Nahrungsaufnahme. Frau M. aß nichts mehr und es wurde überlegt, auf eine Ernährung mittels einer Magensonde umzustellen. Eine Pflegekraft informierte sich bei der stationären Pflegeeinrichtung von Frau M. über ihr Essverhalten. Dabei wurde der Hang zum starken Süßen aller Speisen aufgedeckt. Nachdem Frau M. im Krankenhaus alle Mahlzeiten mit viel Zucker gereicht wurden, normalisierte sich ihr Essverhalten und es waren keine weiteren Maßnahmen erforderlich.*

Hätte die Pflege im Krankenhaus von dieser Besonderheit im Essverhalten gewusst, wären viele Diskussionen um die Nahrungsaufnahme und damit verbundene Stresssituationen für Patientin und Pflegepersonal vermeidbar gewesen.

Ein Überleitungsbogen mit bedürfnisorientierten strukturierten Informationen kann solche Fälle nicht zu 100% verhindern. Er kann diese Probleme aber verringern und durch die Reduzierung von Konflikt- und Stresssituationen mehr Zeit für eine patientenorientierte Arbeit schaffen.

Fehlende Zeit ist einer der Hauptgründe für die Unzufriedenheit von Pflegepersonal. Studien über Jobverhalten, Motivation, Arbeitszufriedenheit (Bauxel 2011) und den Pflegealltag (DBfK 2009) zeigen, dass die Kerneigenschaft des Berufes für viele Befragte „der Kontakt zu den Patienten“ ist. Der Wunsch der Pflege nach einer patientenorientierten Versorgung wird



aber zunehmend durch knappe Zeitvorgaben in der Arbeit erschwert. Aus diesem Grund sind viele Pflegekräfte Instrumenten gegenüber aufgeschlossen, die unnötige und zeitraubende Konflikte vermeiden helfen.

Ein weiteres Beispiel zeigt, wie biografieorientierte Informationen im Überleitungsbogen die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte reduzieren können:

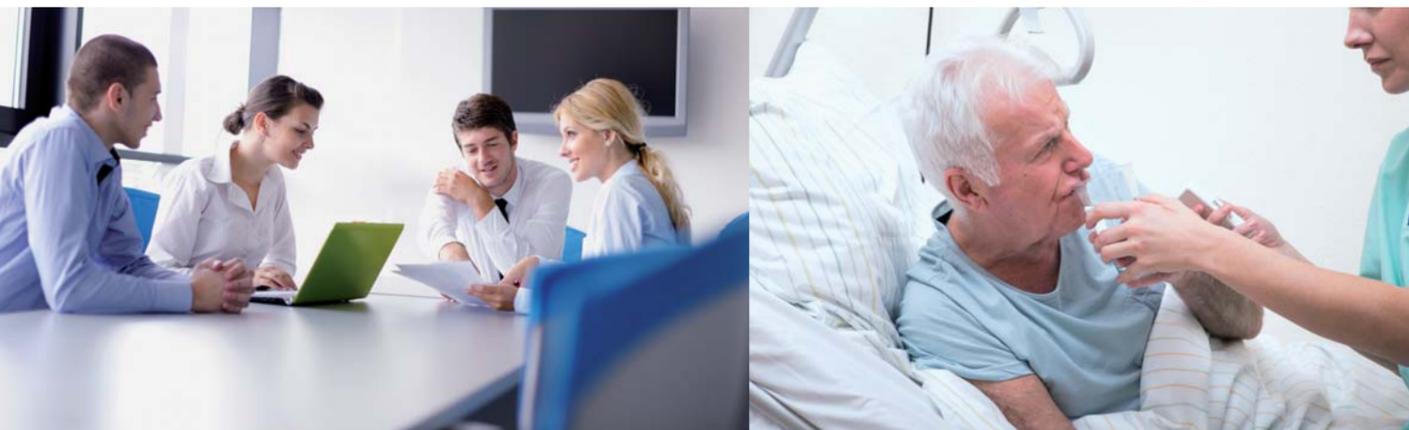
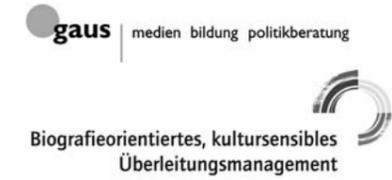
*Eine ältere Dame, die regelmäßig durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt wird, wird ins Krankenhaus eingeliefert. Bei der täglichen pflegerischen Versorgung setzten ihr die Pflegekräfte die Vollzahnprothese vor dem Frühstück ein. Die Frau weigert sich zunehmend, morgens zu essen, und reagiert aggressiv auf das Eintreten des Pflegepersonals ins Zimmer. Nachdem der Konflikt von Tag zu Tag weiter eskaliert, fragen die Pflegekräfte beim Pflegedienst nach und erfahren, dass die Dame morgens eine starke Abneigung gegen das Einsetzen der Zahnprothese hat bzw. diese morgens nur schlecht toleriert. Sie müsse zunächst eine Tasse Kaffee trinken, dann hätte sie keinen Würgeiz beim Einsetzen der Prothese. Das Krankenhaus übernimmt diesen Ablauf in die morgendliche Pflegetätigkeit und der Konflikt ist gelöst.*

Eine biografieorientierte Überleitung ermöglicht also effektivere Abläufe, reduziert Stresssituationen im Pflegealltag und steigert damit die Pflegequalität. Pflegenden und Pflegebedürftigen

können gleichermaßen profitieren: Die einen können patientenorientierter pflegen, die anderen werden entsprechend ihrer Bedürfnisse und Wünsche betreut.

**Literatur**  
 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg., 2013). Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: BMG.  
 Bauxel, H. (2011). Studienbericht Jobverhalten, Motivation und Arbeitsplatzzufriedenheit von Pflegepersonal und Auszubildenden in Pflegeberufen. Ergebnis dreier empirischer Untersuchungen und Implikationen für das Personalmanagement und marketing von Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen. Münster: Fachhochschule Münster.  
 DBfK-Bundesverband (Hrsg., 2009). Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? – Fakten zum Pflegekollaps. Ausgewählte Ergebnisse der DBfK-Meinungsumfrage 2008/09. Berlin: DBfK.

**Die Autorin, der Autor**  
 Christiane Weiling ist Bereichsleiterin Gesundheits- und Seniorenwirtschaft bei der gaus gmbh – medien bildung politikberatung und Gesamtkoordinatorin des Projektes „Biografieorientierte, kultursensible Überleitung“. weiling@gaus.de  
 Benjamin Freitag, B.A. Sozialwissenschaft, ist Projektassistent der gaus gmbh und betreut Projekte im Bereich der Gesundheitswirtschaft.



Biografie  
 Pflege  
 Qualität

„In der Gewohnheit liegt das einzige Behagen des Menschen.“ *Johann Wolfgang von Goethe*

## Gewohnheiten, Selbstbestimmung und Kontrolle

### Biografieorientierte Überleitung zum Wohle der Patientinnen und Patienten

Claudia Bessin

Waren Sie schon mal im Krankenhaus? Wie war es? – Mögliche Antworten könnten sein, dass das Essen überraschend gut oder eher schlecht war. Oder vielleicht haben Sie nicht so gut geschlafen, da es lauter, heller, dunkler, wärmer, kälter oder schlichtweg unruhiger war als zu Hause.



Für ältere Patientinnen und Patienten ist ein Aufenthalt im Krankenhaus in der Regel mit Stress verbunden, da es ein Bruch mit der gewohnten Routine ist. Wenn sie zusätzlich nicht mehr gut hören, verstehen sie die Menschen um sich herum vielleicht nur schlecht, vor allem, wenn schnell, undeutlich oder durcheinander gesprochen wird, was weiter verunsichern kann. Der (höhere) Lärmpegel stört die Schlaf- oder Ruhephasen. Und wenn sie sich nicht mehr so gut mitteilen können, haben sie nur wenige Möglichkeiten, Einfluss auf diese unangenehme Situation zu nehmen.

Wie fühlen Sie sich aus dieser Perspektive bei der Vorstellung, ins Krankenhaus zu müssen? Ängstlich? Überfordert? Hilfloß? Ausgeliefert? Was könnte helfen?

#### Überleitungsmanagement gestern und heute

(Pflege-)Überleitung ist im Gesundheitswesen bereits länger ein Thema, das aufgrund der unterschiedlichen Änderungen im System (wie beispielsweise die Einführung der DRGs) und deren Folgen (wie kürzere Verweildauern in Krankenhäusern) stetig an Wichtigkeit gewinnt. Das Institut Arbeit und Technik (IAT) schrieb 2012 in einer Pressemitteilung zur Vorstellung der Ergebnisse des Innovationspanels: „Die Ergebnisse des Innovationspanels zeigen, dass eine strukturierte Patientenüberleitung als Schlüssel für mehr Versorgungskontinuität eine bedeutende Zukunftsaufgabe der Krankenhäuser in NRW ist“ (IAT 2012). Um eine optimale Versorgung zu gewährleisten, müssen immer mehr Informationen über komplexere Krankheitsbilder in kürzerer Zeit zwischen unterschiedlichen Versorgungsstellen ausgetauscht werden.

In der Literatur wird häufig über die Schnittstelle zwischen Krankenhäusern und der ambulanten Betreuung oder den Übergang von häuslicher Pflege in eine stationäre Pflegeeinrichtung geschrieben. Während der Fokus bisher aber eher auf formalen Aspekten der Überleitung liegt, setzt das Projekt „Biografieorientiertes, kultursensibles Überleitungsmanagement“ den Schwerpunkt auf die Bewohnerinnen und Bewohner und deren Gewohnheiten und Rituale.

#### Gewohnheiten, Selbstbestimmung und Kontrolle

Mögliche Antworten auf die zu Beginn gestellte Frage, was helfen könnte, um Gefühle von Angst, Stress, Hilflosigkeit und Ähnlichem zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren, sind Kontrolle und Beteiligung.

Psychologisch betrachtet hilft uns ein Gefühl von Kontrolle, negative Gefühle und das persönliche Belastungsempfinden zu reduzieren (vgl. Anforderungs-Kontroll-Modell, Karasek 1979). Wenn wir Einfluss nehmen können, wenn wir beteiligt werden, befriedigt dies das Grundbedürfnis nach Autonomie und Selbstbestimmung, was wiederum das persönliche Wohlbefinden steigert (vgl. Selbstbestimmungstheorie der Motivation, Deci & Ryan 1985). Diese Aspekte sind allerdings gerade in einer akuten Notsituation – dies ist eine häufige Ursache, weshalb Bewohner einer stationären Altenpflegeeinrichtung in ein Krankenhaus übergeleitet werden – schwer umsetzbar. Je nach Pflegestufe oder Krankheitsbild (z. B. Demenz) wird dies zusätzlich erschwert.

Mit Hilfe eines biografieorientierten Überleitungsmanagements, welches Pflegekräfte über wichtige Gewohnheiten oder Eigenheiten der Patientinnen und Patienten informiert, kann das Bedürfnis nach Autonomie und Selbstbestimmung gestärkt werden. Wenn ich ins Krankenhaus komme und die Pflegekräfte wissen, dass ich zum Beispiel nur reagiere, wenn ich mit Dokortitel vor meinem Namen angesprochen werde, und grundsätzlich nicht im Bett und nur mit lauwarmen Wasser gewaschen werden möchte, fühle ich mich weniger hilflos und fremdbestimmt, sondern respektiert und insofern beteiligt, als dass auf meine unausgesprochenen Wünsche und Routinen Rücksicht genommen wird. Ewald Heup, Hausleitung zweier Seniorenzentren in der Katholischen Stiftung Marienhospital Aachen, bestätigt: „Je mehr Gewohnheiten beibehalten werden können, desto stressfreier ist ein Krankenhausaufenthalt für den Bewohner.“

In Anbetracht des Zeitdrucks sowie des Arbeitspensums, das Pflegekräfte täglich bewältigen, erscheint diese Form der Überleitung jedoch



# Autonomie

schnell als Zeitfresser. Es könnte auch in Frage gestellt werden, ob es notwendig ist, dass Gewohnheiten berücksichtigt werden, „lediglich“ damit sich die Patientin oder der Patient besser fühlt.

#### Biografieorientierte Überleitung – Kosten und Nutzen

Grundsätzlich kann die Ergänzung der Patientenbiografie für alle Beteiligten Vorteile haben. Vor allem für die Patientinnen und Patienten beinhaltet diese Orientierung nicht allein eine Steigerung des Wohlbefindens, sondern auch eine Qualitätssteigerung bei der Versorgung. Gerade bei älteren Patientinnen und Patienten ist es für viele Krankenhäuser schwierig, den teils sehr komplexen Versorgungs- und Hilfebedarfen gerecht zu werden. An dieser Schnittstelle kann die Biografieorientierung es Pflegenden ermöglichen, in kurzer Zeit alle relevanten Informationen und Hinweise zum Umgang mit der Patientin oder dem Patienten zu erhalten, sodass das Krankenhaus von den Erfahrungen der Pflegeeinrichtung profitieren kann.

Ergänzend können kleine Hinweise zu Aspekten wie Blick- und Körperkontakt, der Ansprache und Ähnlichem den täglichen Pflegeprozess wesentlich erleichtern und selbst verkürzen. Zum Beispiel, wenn eine Patientin oder ein Patient nur selbst isst, wenn ein bestimmtes Fernsehprogramm läuft. Und von einem reibungsloseren Ablauf der Pflege profitieren auch Pflegekräfte täglich!

Pflegende der stationären Altenpflege stellen die Vorteile einer Biografieorientierung zwar nicht in Frage, doch für sie ergibt sich ein wesentlicher Nachteil. Sie müssen die Daten erheben und dokumentieren, die im Fall der Überleitung weitergegeben werden. Da der Dokumentationsaufwand in der Pflege im Allgemeinen hoch ist, entstehen an dieser Stelle schnell Widerstände bei dem Gedanken „noch etwas dazubekommen“. Dies kann dadurch verstärkt werden, dass viele der relevanten Informationen unter Umständen bereits erfasst sind, zum Beispiel im Rahmen der Pflegeplanung. Da diese in der Regel jedoch mehrere Seiten umfasst, macht es wenig Sinn, sie der Überleitung in dem Umfang hinzuzufügen.

Hier stellt sich die Frage, welche technischen Möglichkeiten es gibt, relevante Informationen aus der bestehenden Dokumentation zu filtern oder wichtige Sätze direkt beim Erfassen so zu markieren, dass sie nicht nur in der Pflegeplanung, sondern auch im Überleitungsbogen zu sehen sind.

Zusammengefasst kann eine biografieorientierte Überleitung das (Arbeits-)Leben der Pflegenden sowie der Patientinnen und Patienten erleichtern und einen Krankenhausaufenthalt angenehmer machen. Damit dies langfristig genutzt wird, sind drei Aspekte wesentlich: Die Präsentation der Informationen muss so kompakt und benutzerfreundlich wie möglich gestaltet werden, der Mehraufwand für die Erfassung muss so gering wie möglich sein und die Beteiligten, welche damit arbeiten, brauchen schnelle Erfolgserlebnisse, damit der Mehrwert dieses Vorgehens sichtbar wird.

#### Literatur

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.  
IAT (2012). *Klinikwirtschaft NRW: Vielfalt, Verlässlichkeit und Bedarfsorientierung*. IAT stellt Ergebnisse des Innovationspanels beim Gesundheitskongress des Westens vor. Verfügbar unter: [http://www.iat.eu/index.php?article\\_id=1101&stamp;clang=0](http://www.iat.eu/index.php?article_id=1101&stamp;clang=0) [16.07.14].  
Karasek, R.A. (1979). *Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign*. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285–308.

#### Die Autorin

Claudia Bessin (M.Sc. A&T Psychologie) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der MA&T Sell & Partner GmbH, Aachen. Ihre Tätigkeits-schwerpunkte liegen in der Forschung, Beratung und Qualifizierung zu Fragen der Personal- und Organisationsentwicklung von Industrie- und Dienstleistungsunternehmen.



# Netzwerke als Voraussetzung für gutes Überleitungsmanagement

## Erfahrungen aus dem Kreis Unna

Hans Zakel

Den vielen erfolgreichen Strategien zur Bewältigung des noch andauernden Strukturwandels zum Trotz gehört der Kreis Unna mit seinen zehn Kommunen seit vielen Jahren nicht gerade zu den reicheren Regionen in NRW. Möglicherweise hat sich gerade aus dieser Situation heraus ein guter Nährboden für Zusammenarbeit, für Kooperationen und jahrzehntelang funktionierende Netzwerke gebildet. Gute Beispiele finden sich in den verschiedensten Themenfeldern von Kultur, Mobilität, Wohnen, Stadtplanung, Natur und Umwelt, Migrationsarbeit, Soziales bis Gesundheit und Pflege.

Im Rahmen des „Zukunftsdialoges“, einer Initiative des Landrates zum demografischen Wandel, arbeiten wesentliche Institutionen und Verwaltungen aus der Region zusammen. Derzeit ist der Kreis Unna dank einer bundesweiten Förderung mit der „Nachhaltigkeitsstrategie“ aktiv. Die Geschäftsführer der Träger der Freien Wohlfahrtspflege tauschen sich in ihrer AG regelmäßig mit Politik und Verwaltung aus. 1987 wurde die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft gegründet – der Kreis Unna koordiniert und unterstützt seitdem rund 500 Fachleute und Multiplikatoren aus dem Themenspektrum Behinderte, Psychiatrie, Sucht, Pflege, Senioren. Das 1989 gegründete „Netzwerk Altenarbeit“ verzeichnet laufend mindestens zehn aktive Fachgruppen und Gremien wie die Kreispflegekonferenz oder die Kreissenorenkonferenz. Das Bündnis für Familie feierte 2014 mit seinen verschiedenen Handlungsfeldern und Akteuren das zehnjährige Jubiläum.

Funktionierende Netzwerke sind ihrerseits ein guter Nährboden für einen effizienten finanziellen und personellen Ressourceneinsatz, für die gemeinsame effektive Arbeit zur Bewältigung der Schwierigkeiten, die Bedürfnisse der Bevölkerung und eine bedarfsgerechte Infrastrukturentwicklung sicherzustellen. Sie können synergetische Effekte generieren – und mehr erreichen als ein einzelner Betrieb, ein einzelner Fachbereich einer Verwaltung oder eine einzelne Kommune. Vor diesem Hintergrund betrachtet ist es keineswegs verwunderlich, dass der Kreis Unna Träger oder Kooperationspartner von vielen unterschiedlichen Modellprojekten des Bundes, Landes oder verschiedener Kostenträger wurde, oft im Einklang mit Förderprogrammen der EU. Die Einführung neuer Angebote und Strukturen auf der Basis erfolgter Sozialplanung kann schließlich bei vorhandenen, etablierten

Netzwerken rascher erfolgen und wahrscheinlicher gelingen. Im Themenfeld „Senioren und Pflege“ wurden im Kreis Unna beispielsweise die Einführung örtlicher Pflegekonferenzen, die Integration älterer Zuwanderer, die Erprobung des persönlichen Pflegebudgets in der Pflege oder die Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zu „Modellprojekten“.

Als ein besonders wichtiges Thema kristallisierte sich immer wieder die Überleitung von Pflegebedürftigen heraus. Auch in der Kreispflegekonferenz und den Fachgruppen im Netzwerk der Altenarbeit wurde immer wieder betont, dass sich diese „Pflegeüberleitung“ trotz des erheblichen Engagements der beteiligten Betriebe insgesamt noch qualitativ verbessern sollte. Dies bezieht sich auf die Überleitung von Pflegebedürftigen innerhalb der verschiedenen Pflegeangebote, aber auch auf die Beziehungen zwischen Pflegeanbieter und Krankenhaus. Es ergeben sich immer wieder Kommunikationsmängel, die für die Betroffenen höchst unangenehm sein können und für die beteiligten Akteure der Pflege- und Gesundheitsbetriebe zu zeitaufwändigen Recherchen führen. Der „menschliche Faktor“ macht sich bei finanziellen Engpässen, Personalmangel und Arbeitsverdichtungen als Fehlerquelle bemerkbar, selbst bei dezidierten Strukturplanungen für die Überleitung. Ein Zustand, der in der Fachliteratur und Fachgremien, aber auch seitens der Betroffenenorganisationen wie der Landessenorenvertretung NRW als grundsätzliches Problem dargestellt wird.

Gemeinsam mit der gaus gmbh und unter Beteiligung sämtlicher Gesundheits- und Pflegebetriebe entwickelte der Kreis Unna im Zuge eines Modellprojektes einen kreisweit einheitlichen Überleitungsbogen. Eine breit aufgestell-

te Arbeitsgruppe einigte sich schließlich auf den komprimierten kreiseinheitlichen Bogen. Die bisherige Fülle unterschiedlichster Überleitungsbögen wurde dadurch immerhin erheblich reduziert. Dieser 2005 erschienene Überleitungsbogen wurde 2012 aktualisiert.

Deutlich wurde bei all diesen Erörterungen, dass es a) noch immer erhebliche EDV-technische Probleme gibt und es b) oft nicht gelingt, wichtige individuelle Informationen aus der Biografie und Psyche des Patienten/Klienten schnell und klar zu vermitteln. Der Kreis Unna hat sich entsprechend sehr gefreut, dass das Land NRW 2013 aus zahlreichen Projektanträgen das hier vorgestellte Projekt zur Entwicklung, Erprobung und Etablierung eines praxistauglichen biografieorientierten und kultursensiblen Überleitungsmanagements bewilligte. Dabei soll kein zusätzlicher Überleitungsbogen für den Übergang vom Krankenhaus in die Pflegeeinrichtung und umgekehrt entwickelt werden. Vielmehr sollen die bestehenden Überleitungsinstrumente durch Hinweise auf individuelle Bedarfslagen und wesentliche Gewohnheiten der Patienten oder Bewohner ergänzt werden. Strukturierte Zusatzinformationen sollen kurz und übersichtlich für alle Zielgruppen die aus der Biografie resultierenden besonderen Bedarfe darstellen.

Die Fachleute im Kreis Unna aus den Bereichen Gesundheit, Pflege, Gerontopsychiatrie, Behinderte, Senioren, Zuwanderer und Beratung, denen das Projekt in insgesamt sieben verschiedenen Arbeitsgruppen/Gremien auch persönlich vorgestellt wurde, bestätigten die Bedarfslage. Oft sind es kleine Maßnahmen oder Rücksichtnahmen, die aus Unkenntnis fehlen. Mit dem Beispiel eines Demenzkranken, der alleine durch das übliche frühe Wecken im Krankenhaus Aggressionen entwickelte, die dann vier Pflege-



kräfte beschäftigten, wurde deutlich, dass es keineswegs um zusätzliche kostenträchtige Investitionen geht. Im Gegenteil: Hinweise auf religiöse, kulturelle oder biografiebedingte Bedarfe und auf vorliegende Handicaps sind Voraussetzung, um Ressourcen effizient einzusetzen und die Zufriedenheit von Personal und Betroffenen zu steigern. Die Experten machten allerdings auch deutlich, dass es angesichts der strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen schwierig werde, solche Zusatzinformationen zu dokumentieren und allgemeine Akzeptanz beim gesamten Personal zu erreichen.

Ob die in der jetzt angelaufenen Praxiserprobung vorgeschlagenen inhaltlichen Lösungsansätze und die sehr nutzerfreundliche EDV-Technik auch skeptische Pflegeheime oder Krankenhäuser überzeugen wird? Die Fortschritte des Projektes werden natürlich nicht nur landesweit, sondern auch in den Netzwerken des Kreises Unna kommuniziert, so auch

in der unabhängig vom Projekt neu gegründeten AG der neutralen Pflegeberatung und Krankenhaussozialdienste. Aus Sicht der Projektverantwortlichen und des Kooperationspartners besteht die Überzeugung, dass sowohl Krankenhäuser als auch Pflegebetriebe von dieser biografieorientierten Überleitung mit den angebotenen EDV-Lösungen profitieren werden, weil dies ihrer eigenen Kundschaft und den Angehörigen spürbare Entlastung bietet und den Zeitaufwand des Personals reduziert, zumal die EDV-Kommunikation auch für die bisherigen Überleitungsinstrumente und weitere Informationsübertragungen nutzbar ist.

Es macht sogar für jeden Menschen Sinn, diese für Genesung und Aufenthalt in Einrichtungen wichtigen individuellen biografischen Hinweise bereits zu Hause vorzubereiten, ähnlich wie Patientenverfügungen oder Betreuungsvollmachten.



Biografieorientiertes, kultursensibles Überleitungsmanagement



# Das „Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg/Herscheid“

Vera Gerling, Anja Giesecking

Der demografische Wandel fordert insbesondere ländliche Regionen in besonderer Weise. So sinken z. B. die Einwohnerzahlen, viele jüngere Fachkräfte wandern in attraktivere Ballungsgebiete ab, die Anzahl der älteren und pflegebedürftigen Menschen nimmt zu, Versorgungsbedarfe steigen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte haben Probleme, eine Nachfolge für ihre Praxis zu finden, und viele Pflegeeinrichtungen leiden bereits heute unter dem Fachkräftemangel, der sich zukünftig noch verstärken wird.



Vor diesem Hintergrund ist das „Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg/Herscheid“ gegründet worden. Es wird von Vertreterinnen und Vertretern des Märkischen Kreises und den beiden Kommunen getragen und wissenschaftlich begleitet vom BMBF-Projekt „Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum – Innovative Strategien durch Vernetzung“ (StrateGIN). Das Projekt StrateGIN wird von der Sozialforschungsstelle und dem Institut für Gerontologie an der TU Dortmund in enger Kooperation mit der Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V. durchgeführt. An dem Projekt beteiligt sind alle fünf zu Südwestfalen gehörenden Kreise.

Im Rahmen des Projekts StrateGIN wurde vom Institut für Gerontologie ein sogenannter Risikoindex entwickelt, der für Südwestfalen, für die 59 Städte und Gemeinden in den fünf Kreisen dieser Region sowie – aus Vergleichsgründen – für das Land Nordrhein-Westfalen für die Jahre 2020 und 2030 berechnet worden ist. Als zentrale Indikatoren fungieren dabei der Anteil der Bevölkerungsgruppe ab 80 Jahren, der Anteil der Frauen im Alter ab 80 Jahren, der Anteil der Bevölkerungsgruppe im Alter zwischen 25 und 67 Jahren, der Frauenanteil im Alter zwischen 25 und 67 Jahren sowie die Bevölkerungsdichte.

Die Gemeinde Herscheid im Märkischen Kreis zählt zu den insgesamt zehn Kommunen in Südwestfalen, die über einen stark bis sehr stark erhöhten demografisch induzierten Risikoindex verfügen. Der Risikoindex der benachbarten Stadt Plettenberg, mit der es schon verschiedene Kooperationen gab, liegt im Durchschnitt. Zwar ist ein hoher Risikoindex nicht zwangsläufig gleichbedeutend mit der Erwartung von Versorgungsdefiziten, er weist aber darauf hin, dass es in der betreffenden Stadt oder Gemeinde besonders dringlich ist, sich mit der Frage der Anpassung der Versorgungsstrukturen an einen demografisch bedingt steigenden Bedarf zu befassen.

Neben diesen analytischen Aktivitäten haben zeitgleich Entwicklungen im Märkischen Kreis stattgefunden, die darauf abzielten, älteren und pflegebedürftigen Menschen einen möglichst langen und selbstbestimmten Verbleib in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Hierzu gehörten z. B. die Weiterentwicklung der Pflegeberatung, die Stärkung ambulanter Angebote sowie der Aufbau eines lokalen Gesundheits- und Pflegenetzwerks.

## Versorgung Strategien

Nachdem diese beiden Entwicklungsstränge über den Steuerkreis des Projekts StrateGIN verknüpft worden waren, hat der Märkische Kreis die beiden Bürgermeister der Kommunen Plettenberg und Herscheid gefragt, ob ein Interesse an dem Aufbau eines Gesundheits- und Pflegenetzwerks Plettenberg/Herscheid bestehe. Beide Bürgermeister waren und sind sich der Auswirkungen des demografischen Wandels sehr bewusst und vertreten die Auffassung, dass Kooperation und Vernetzung die Gebote der Stunde sind, und stimmten der Beteiligung zu. Mit diesen Partnern sowie den Wissenschaftlerinnen der beteiligten Institute, der lokalen Seniorenvertretung, weiteren Personen aus den kommunalen Verwaltungen und aus dem Bereich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wurde im Sommer 2012 eine Steuerungs- bzw. Dialoggruppe gebildet, die einen Projektfahrplan für das Netzwerk erstellt hat und regelmäßig zusammenkommt, um die Arbeitsergebnisse zu besprechen.

Mit dem Instrument der interkommunalen Zusammenarbeit zielt das Netzwerk darauf ab, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in den beiden Orten mittel- und langfristig sicherzustellen. Dabei sind drei Themenfelder identifiziert worden, die für Plettenberg/Herscheid besonders wichtig sind, nämlich (1) Vermeidung von Einsamkeit und Isolation im Alter, (2) Angebote zur Demenzversorgung und (3) Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

Nach einer erfolgreichen und sehr gut besuchten Auftaktveranstaltung Anfang Oktober 2013 haben sich zu den Themen drei Runden Tische gebildet, die in vier bis sechs Sitzungen konkrete Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen entwickeln, wie die Versorgung optimiert werden kann. Die Runden Tische zielen des Weiteren auf die Vernetzung und den Erfahrungsaustausch der örtlichen Anbieter und ehrenamtlichen Organisationen sowie auf die Identifizierung fehlender Angebote. Damit soll nicht nur die Lebensqualität insbesondere älterer Menschen, sondern auch die Attraktivität der beiden Kommunen insgesamt erhöht werden, um Arbeitskräfte zu halten und zu gewinnen.

An den Runden Tischen arbeiten jeweils zwischen 20 und 30 Personen, zum Teil in doppelter oder dreifacher Funktion. Vertreten sind dort sowohl ehrenamtlich Tätige und kommunale Vertreter/-innen als auch professionelle Anbieter aus allen relevanten Bereichen: Selbsthilfe, Seniorenvertretung, Wohlfahrtsverbände, ambulante und stationäre Pflegeanbieter, (Fach-)Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Krankenhaus, Kirche, Vereine, Wohnungswirtschaft, Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegekassen und Vertreter/-innen der Kommunalpolitik. Durch die Beteiligung eines türkischen Moscheevereins werden auch interkulturelle Aspekte berücksichtigt.

Das Verhältnis hauptamtlicher gegenüber ehrenamtlichen Vertreter/-innen beträgt in etwa 70 zu 30. Ältere Menschen nehmen sowohl als Vertreter/-innen von Selbsthilfegruppen, wie bspw. der Deutschen Herzstiftung, als auch der kommunalen Seniorenvertretung an dem Netzwerk teil.

Aktuell haben die drei Runden Tische insgesamt sieben Projektgruppen gebildet, die zu folgenden Themen arbeiten: ehrenamtliche Seniorenbegleitung, Ausbau ambulanter Angebote für demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen, Aufklärung/Öffentlichkeitsarbeit Demenz, therapeutische Möglichkeiten, Diabetes, Projektgruppe Pharmazie, Überleitungsmanagement Krankenhaus, Telematik und Wegweiser. Nach Abschluss ihrer Arbeit speisen die Projektgruppen ihre Ergebnisse in die Runden Tische ein. Die Moderation der Runden Tische erfolgt durch ein Tandem aus Vertreterinnen und Vertretern des Märkischen Kreises, der beiden Gemeinden sowie dem Institut für Gerontologie.

Auf Basis der Ergebnisse der Runden Tische soll für die nächsten Jahre eine Roadmap entwickelt werden, die aufzeigt, welche Handlungsstränge in welcher Verantwortung von welchen Akteuren umgesetzt werden sollen.

Schon jetzt steht fest, dass ein Ergebnis der Runden Tische die Entwicklung eines sogenannten Wegweisers für Seniorinnen und Senioren sein wird, der nicht nur alle bestehenden An-



Vera Gerling, Anja Giesecking

gebote auflistet, sondern auch praktische Checklisten enthält (z. B. „Was mache ich, wenn ein Angehöriger pflegebedürftig wird?“). Auf der kommunalen Ebene hat das Gesundheits- und Pflegenetzwerk durch die Arbeit der Runden Tische bereits einen hohen Bekanntheitsgrad erreicht. Mittlerweile ist auch ein eigenes Logo entwickelt worden.

Das Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg/Herscheid ist insofern einzigartig, als dass es eine der nicht so häufigen interkommunalen Kooperationen darstellt, von einem sehr hohen Engagement aller Beteiligten inklusive der beiden Bürgermeister gekennzeichnet ist. Es dient zudem als Modellprojekt und soll in andere Kreise Südwestfalens übertragen werden.

### Die Autorinnen

*Dr. Vera Gerling ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gerontologie an der TU Dortmund und Geschäftsführerin der GER-ON Consult & Research UG (haftungsbeschränkt). Ihre z.T. auch internationalen Arbeitsschwerpunkte umfassen u.a. Gesundheitswirtschaft, gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Menschen, Altern in der Migration, Demografischer Wandel, Wirtschaftskraft Alter sowie Wohnen und Technik im Alter.*

*Anja Giesecking ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gerontologie an der TU Dortmund. Ihre Arbeitsschwerpunkte umfassen alternative Wohnmodelle im Alter sowie die gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Menschen.*



**FFG** Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.

**StrateGIN**  
Strategien für die Gesundheitsversorgung in Südwestfalen

# Die Landessenorenvertretung

## Lobby und Sprachrohr der älteren Menschen in Nordrhein-Westfalen

Hilde Jaekel

Die Gesellschaftsstruktur hat sich bereits erheblich verändert. Der Anteil der älteren Menschen gegenüber den jüngeren Menschen wird höher. Dieser Gesellschaftswandel muss gestaltet werden. Der Blick auf die Lebensphase Alter zeigt heute ein verändertes Bild. Die älteren Menschen wollen ihr Leben individuell, aktiv und selbstbestimmt gestalten. Sie wollen am gesellschaftlichen Leben teilhaben und ihr Erfahrungswissen einbringen können.

Die Landessenorenvertretung Nordrhein-Westfalen (LSV NRW) ist der Dachverband von inzwischen 164 kommunalen Seniorenvertretungen. Sie ist konfessionell ungebunden, verbandsunabhängig und parteipolitisch neutral. Der Vorstand, bestehend aus neun Mitgliedern, arbeitet ehrenamtlich und wird wissenschaftlich beraten und von der Geschäftsstelle unterstützt.

Seniorenvertretungen bieten Möglichkeiten der Mitgestaltung. Gemeinsam mit den kommunalen Verwaltungen wollen sie die demografische Entwicklung für alle Generationen lebenswert gestalten.

Die Landessenorenvertretung NRW fördert die aktive Teilhabe älterer Menschen an der Gesellschaft und deren Gestaltung, setzt sich für die Integration alter Menschen in allen Lebenslagen ein und wendet sich gegen alle Formen der Ausgrenzung oder Abwertung älterer Menschen. Sie fördert die Initiativen und Aktivitäten Älterer durch „Hilfe zur Selbsthilfe“ und unterstützt ein aktives Zusammenleben sowie den Dialog und die Solidarität zwischen den Generationen.

Auf der Landesebene ist die LSV NRW in vielen Gremien vertreten. Es bestehen Kooperationen mit allen maßgeblichen Akteuren der Altenpolitik. Auch auf Bundesebene besteht eine enge Zusammenarbeit, z.B. in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Landessenorenvertretungen

(BAG LSV), der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) und der Bundesvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderungen (BIVA).

Eine Teilhabe aller älteren Menschen schließt auch die pflegebedürftigen und behinderten älteren Menschen mit ein. Im Jahre 2004 wurde die LSV NRW Projektträgerin der Landesstelle Pflegende Angehörige. Diese Anlaufstelle trägt erheblich zur Unterstützung und Erleichterung von Betroffenen in diesem schwierigen und sensiblen Bereich bei.

Im Umgang und in der Betreuung von älteren Menschen mit Einschränkungen sollte wertschätzend und behutsam darauf geachtet werden, dass deren Wünsche, Eigenarten und Gewohnheiten berücksichtigt werden. So können Unsicherheiten und Ängste, etwa bei einem Ortswechsel, vermieden werden. Hier besteht noch großer Bedarf, insbesondere in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern.

Das Projekt „Biografieorientierte Überleitung“ verspricht mit seinen neuen Möglichkeiten, wenn sie denn optimal genutzt werden, eine erhebliche Verbesserung und Erleichterung. Als Mitglied im Beirat des Projektes wird die Landessenorenvertretung NRW die Projektarbeit beobachten und konstruktiv mitarbeiten.

### Die Autorin

Hilde Jaekel ist Schriftführerin in der Landessenorenvertretung NRW. Als Diplom-Sozialarbeiterin arbeitete sie langjährig in der Abteilung Familienhilfe des Jugendamtes, in der Betreuung Erwachsener und als Frauenreferentin im Ev. Kirchenkreis Recklinghausen. Sie ist Mitglied des Expertenbeirates im Projekt „Biografieorientiertes Überleitungsmanagement“.

„Aus der Sicht von Seniorinnen und Senioren und aus der Sicht der Landessenorenvertretung finde ich dieses Projekt sehr sinnvoll. Die Menschen werden immer älter, damit auch selbstbewusster, und sie sollen vor allem auch selber bestimmen können, wie sie alt werden. Von daher, denke ich, ist dieses Projekt sehr hilfreich, die Würde, die Menschlichkeit vor allen Dingen, beizubehalten oder auch zu vergrößern. Da hakt es heute manchmal noch.“

Hilde Jaekel

„Ich denke, das Projekt greift mit dem Überleitungsmanagement ein ganz zentrales Thema auf, was heute gerade Pflegeeinrichtungen umtreibt. Denn häufig gibt man eine Bewohnerin, einen Bewohner ab an die Klinik – und was passiert dann? Sie kommen zurück, sind verwirrt oder reden plötzlich nicht mehr. Wenn sich das Pflegepersonal die Mühe macht, im Rahmen der Überleitung zusätzlich biografieorientierte Informationen zu dokumentieren, so entsteht durchaus ein großer Nutzen für die Pflegeeinrichtung selbst. Ich finde hier besonders wichtig, dass dies in die reguläre Dokumentation eingebaut wird, um Aufwand zu minimieren und den Nutzen für die Pflegeeinrichtungen sichtbar zu machen.“

Monika Goldmann, Sozialforschungsstelle Dortmund, Beiratsmitglied



„Überleitungsmanagement hat auf der einen Seite mit Menschen zu tun – mit Menschen, die in diesem Segment arbeiten, und natürlich auch mit Patientinnen und Patienten. Auf der anderen Seite ist die Thematik aber auch ganz stark mit Technologie verbunden. Ich denke, dass das Modellprojekt die Möglichkeit bietet, hier zwei Dinge zusammenzubringen: nämlich Pflege und die Arbeit mit Menschen und moderne Technologie, die sich auch auf Menschen einstellen kann. Deswegen ist ein Modellprojekt wie dieses mit großem Mehrwert auch für andere Regionen nutzbar.“

Prof. Dr. Frank-Peter Oltmann, Lehrgebiet Sozialmanagement mit dem Schwerpunkt Sozialverwaltung an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Beiratsmitglied



„Ich finde das Projekt wichtig, insbesondere wenn man bedenkt, dass das Altwerden und der Aspekt, dass man seinen Lebensabend in einem Heim verbringt, mit negativen Stereotypen besetzt sind. Gerade ein individuelles, biografieorientiertes Überleitungsmanagement könnte helfen, da ein bisschen mehr „Heimat“ zu schaffen – in Situationen, in denen wir uns nicht so wohl fühlen, in denen wir sehr angreifbar sind, in denen wir verletzbar sind. Daher kann das Projekt dort sehr helfen – nicht nur den Bewohnern, sondern auch den Pflegekräften.“

Claudia Bessin, MA&T Sell & Partner GmbH, Würselen, Beiratsmitglied



# Stimmen aus dem Beirat

# Gendersensible Patientenversorgung – das Projekt ampaq

Bo Bäckström, Andreas Schulte Hemming

Im Projekt „ampaq – Aktion, Mitarbeiterzufriedenheit, Patientenzufriedenheit und Qualität im deutschen Gesundheitswesen“ wurde von fünf Projektpartnern untersucht, ob Aktivitäten im Bereich Gender in schwedischen Gesundheitseinrichtungen eine positive Wirkung auf Qualität, Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit haben.

Bei den Besuchen in Schweden wurde diese Frage auch mit Blick auf die eingesetzten Methoden mit Führungspersonal in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Forschungsinstituten, Beratungsunternehmen, Gewerkschaften und politischen Gremien diskutiert – hauptsächlich mit Gender-Expertinnen und -Experten – und konnte eindeutig mit *Ja* beantwortet werden. Wissenschaftliche Recherchen begleiteten diese Diskussionsprozesse.

Prof. Dr. med. Katarina Hamberg, Professorin am schwedischen Universitätskrankenhaus Umeå, weist auf Ergebnisse der medizinischen Forschung in den letzten 20 Jahren hin, die belegen, dass die Behandlung von Patientinnen und Patienten in den Kliniken und Krankenhäusern von einem Gender Bias beeinflusst wird. Gender Bias bedeutet hier, dass Frauen und Männer unterschiedlich betrachtet und behandelt werden, auch wenn es dafür keine objektive Begründung gibt. Gender Bias bedeutet ebenso, dass Frauen

und Männer gleich behandelt werden, obwohl es z.B. physiologische Unterschiede gibt. Die Ursachen dieser unbewussten Fehleinschätzungen und „Fehlbehandlungen“ sind in traditionellen Normen, Haltungen und Einstellungen der beteiligten Personen zu finden.

Wie verbessern Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen die Behandlungen der Patientinnen und Patienten unter qualitativen Gesichtspunkten? Wie gelingt es ihnen, den Gender Bias zu vermeiden? Es gilt, ein differenzierteres Bild von seinen Patientinnen und Patienten zu gewinnen, das nicht von unpräzisen Voraussetzungen ausgeht, sondern Unterschiede dort wahrnimmt, wo sie bestehen, um eine individuelle und angemessene, das heißt begründbare, Behandlung und Betreuung zu ermöglichen.

Auf dieser Grundlage wurden an schwedischen Universitäten und Instituten Methoden entwickelt, mit deren Hilfe Gender Biases aufge-

deckt und produktiv für Einrichtungen bearbeitet werden können, um herauszufinden, ob die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten optimal ist. In Schweden wird dieser Ansatz „Att vända stenar“ (Steine umdrehen) genannt; dabei handelt es sich letztlich um einen Qualitäts-Check-up. Der Ansatz ist praxisnah, mitarbeiterorientiert und auch ohne externe Unterstützung umsetzbar. Vier Methoden dieses Ansatzes sollen hier kurz vorgestellt werden:

## Geschlechtsspezifische Statistiken

Durch die Auswertung messbarer Einheiten (Minuten, Stunden, Zentimeter, Gramm usw.) kann das Thema Gender in der Einrichtung sichtbar gemacht werden. Ausgangspunkt der statistischen Auswertungen sind in der Regel die schon vorhandenen Daten in der jeweiligen Organisation. Es wird mit messbaren Einheiten gearbeitet, z.B. Wartezeit, Dosierung, Textlänge, Besuchszeit, Materialverbrauch. In Tabellen und Diagrammen sollen die Angaben zu Frauen und Männern deutlich zu sehen sein.

## Reflexionssitzungen

Die Reflexionssitzung ist ein Mittel, die Macht der Gewohnheit zu mindern. In Kliniken kann der Alltag oft stressig und überfüllt mit Aktivitäten sein und Arbeitsroutinen sind oft seit Jah-

# Reflexion Analyse

ren festgelegt und dadurch „selbstverständlich“ geworden. Diese zu reflektieren und infrage zu stellen, ist daher nicht einfach und teilweise auch nicht erwünscht. Die Kombination beider Faktoren – stressiger Alltag und „festgezurte Arbeitsroutinen“ – erschwert es, Neuerungen zu diskutieren und diese auszuprobieren. Die Reflexionssitzung kann diese „Blockade“ brechen, indem sie versteckte Verbesserungsmöglichkeiten sichtbar macht.

## Textanalyse

Zwei Typen von Textanalysen werden unterschieden: quantitative und qualitative. Im ersten Fall wird festgestellt, ob Texte, etwa Patientenunterlagen, die über Männer geschrieben wurden, kürzer oder länger sind als die Texte über Frauen. Ebenso nimmt man in den Blick, ob Texte, die von Männern geschrieben wurden, sich von jenen unterscheiden, die von Frauen geschrieben wurden, wobei auch zu berücksichtigen ist, ob über Frauen oder Männer geschrieben wurde.

Bei der qualitativen Analyse geht es um die im Text verwendeten Ausdrucksweisen. Werden sie den Patientinnen und Patienten gerecht oder sind sie – wenn auch nur unterschwellig – von Voreingenommenheit geprägt? In der quantitativen Analyse können Wörter, Sätze und Seitenanzahl gezählt und in einem Auswertungsraster notiert werden. Bei der qualitativen Auswertung werden Unterschiede und Auffälligkeiten notiert. Für eine Analyse geeignet sind personenbezogene Daten wie z.B. die Pflegedokumentation oder Fallbeschreibungen.

## Interviews und Beobachtungen

Interviews ermöglichen einen Zugang zu den Gedanken und Haltungen einer Person: Wie denkt, agiert und argumentiert diese Personen, und warum? So können versteckte Werte der befragten Personen aufgedeckt werden. Hier muss aber berücksichtigt werden, wer fragt und wer antwortet: Frau befragt Frau, Frau befragt Mann, Mann befragt Frau, Mann befragt Mann. Situationsbedingt werden Interviews mit vorgefertigten Fragebögen oder mit offenen Fragen durchgeführt, einzeln oder mit der Gruppe. Die Methode bietet hier mehrere Möglichkeiten: Kolleginnen oder Kollegen befragen sich ge-

genseitig, Krankenschwestern und -pfleger befragen Patientinnen und Patienten sowie Angehörige, getrennt oder zusammen. Der Unterschied zwischen Interviews und Beobachtungen ist der zwischen *sagen* und *tun*. Eine Kombination der beiden Instrumente ist manchmal hilfreich, um mehr Informationen zu erhalten.

## Warum sind einige Wäschekörbe voller als andere?

Ein Beispiel aus Danderyds Krankenhaus in Stockholm zeigt, was diese Methoden in der Praxis bedeuten.

In einer *Reflexionssitzung* des Personals einer Hautklinik des Danderyds Krankenhauses in Stockholm wurde gefragt, ob jemand Unterschiede in der Behandlung von Frauen und Männern kenne oder diesbezüglich etwas Auffälliges beobachtet habe. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben zunächst an, dass sie solche Unterschiede nicht kennen. Nach einer gewissen Zeit meldete sich eine Teilnehmerin zögerlich zu Wort: „Ich glaube nicht, dass es eine Bedeutung hat, habe aber oft gemerkt, dass die Wäschekörbe in den Zimmern mit männlichen Patienten viel voller sind als die in den Zimmern von Frauen.“ Andere bestätigten diese Beobachtung, sodass beschlossen wurde, eine Untersuchung durchzuführen. Es zeigte sich, dass sich die Behandlungen von Männern und Frauen deutlich unterschieden, obwohl die Krankheitsbilder gleich verteilt waren. Die deutlichsten Unterschiede waren:

Männer wurden häufiger stationär behandelt als Frauen, Männer erhielten modernere und teurere Salben und Cremes, bekamen öfter und intensivere Lichttherapien, wurden vom Pflegepersonal intensiver gepflegt als Frauen und nach der Creme-Behandlung mit Handtüchern abgetrocknet. Ein Ergebnis war die „Überbehandlung“ der Männer, während die Frauen zu wenig Behandlung erhielten. Würden Männer dieselbe Behandlung wie Frauen erhalten, wäre mit einer Kostenersparnis von 21% zu rechnen.

Alle Beteiligten waren von diesem Ergebnis überrascht. Die Folge war eine angemessene Behandlung für Männer und Frauen mit kostensparendem Effekt. Die Untersuchung, die



Bo Bäckström, Andreas Schulte Hemming

mithilfe von Statistiken und Interviews von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen durchgeführt wurde, stieß weitere Untersuchungen in anderen Bereichen an.

Wie sieht es in Deutschland aus? Ist das Phänomen des Gender Bias in Einrichtungen des Gesundheitswesens präsent? Besteht ein Bedarf bezüglich der Verbreitung von Methoden, welche die Identifikation von blinden Flecken hinsichtlich des Themas Gender ermöglichen? Im Projekt ampaq wird versucht, die Frage „Können diese Methoden auch in NRW erfolgreich angewandt werden?“ zu beantworten. Dazu werden sie mittels Erprobungsphasen in ausgewählten Einrichtungen getestet.

## Die Autoren

Dipl.-Kfm. Bo Bäckström ist gebürtiger Schwede und Geschäftsführer der Beratungsgesellschaft Albatross 78. Seine Wirkungsfelder sind Organisationserneuerung, Innovationsmanagement, Personalentwicklung und Gender.

Andreas Schulte Hemming ist Mitglied des Vorstands und Wissenschaftlicher Mitarbeiter bei HeurekaNet – Freies Institut für Bildung, Forschung und Innovation e.V. und Senior Consultant bei Kommasystem Unternehmensberatung GbR.

Informationen zum Projekt: [www.ampaq.de](http://www.ampaq.de)



## Bedarfsgerechte Unterstützung für von Gewalt betroffene oder traumatisierte ältere bis hochaltrige Frauen

Martina Böhmer

Frauen waren und sind auch heute noch in unserer Gesellschaft in hohem Ausmaß von geschlechtsspezifischer Gewalt bedroht. Aktuelle repräsentative Studien dazu (vgl. BMFSFJ 2004) schließen ältere Frauen explizit nicht mit ein. Es ist aber davon auszugehen, dass Frauen, die heute 60 Jahre und älter sind, im Laufe ihres Lebens gleichermaßen sexualisierter sowie körperlicher, psychischer und sozialer Gewalt ausgesetzt waren wie heute jüngere Frauen. Hinzu kommen oftmals Langzeitbelastungen durch traumatische Kriegserlebnisse (wie z. B. Bombardierungen, Vergewaltigungen, Flucht und Vertreibung, erzwungene Migration) sowie aktuelle häusliche Gewalt und Gewalt im Kontext von Pflegebedürftigkeit und geringer Mobilität.



Bei Frauen ab 60 Jahren können durch alters-typische Belastungen, Erkrankungen, Pflegebe-dürftigkeit und Verluste von körperlicher und kognitiver Selbstständigkeit Gefühle von Hilflosigkeit, Kontrollverlust und dadurch verstärkte Erinnerungen an frühere Ohnmachtserfahrungen wachgerufen werden. Die betroffenen Frauen sind durch die – für sie oft unerklärlichen – Symptome in hohem Maße verunsichert und verängstigt.

Viele Themen rund um Gewalt und Traumatisierung sind auch gesellschaftlich stark tabuisiert. Die heute älteren Frauen – mit ihrer ganzen Vielfalt an kulturellen, religiösen und sozialen Hintergründen – hatten und haben bisher kaum die Möglichkeit, über schmerzliche Gewalter-fahrungen zu sprechen und entsprechende Un-

terstützungsangebote zu erhalten. Auch ältere Migrantinnen und Frauen, die an einer Demenz erkrankt sind, bekommen mit ihren Gewalterlebnissen und Folgestörungen in der Altenarbeit erfahrungsgemäß keine besondere Aufmerksamkeit.

Wie neuere Forschungsergebnisse und Veröf-fentlichungen von Fachexpertinnen und -exper-ten belegen (siehe hierzu die Forschungsar-beiten und Veröffentlichungen von u.a. Eichhorn & Kuwert, 2011 und Böhmer, 2011), treten die psychisch und physisch extrem belastenden Folgen von traumatischen Erfahrungen – wie z. B. Alpträume, Gedächtnisverlust, Verwirrtheit, Apathie, Herzrasen, Panik, Übererregbarkeit und somatische Symptome – häufig erst im Alter massiv auf. Insbesondere in der Pflege und in

der medizinischen Versorgung wird dies oft nicht als mögliche Traumafolgeerkrankung erkannt. Gesundheitsfachkräfte und auch (pflegende) Angehörige stehen dieser besonderen Vulnera-bilität meist hilflos gegenüber.

Frauen, die nun hilfe- und pflegebedürftig ge-worden sind, können ihre individuellen Überle-bensstrategien, die ihnen geholfen haben, ihr Leben nach traumatischen Erfahrungen zu be-wältigen, oft nicht mehr aufrechterhalten. Eine alte Frau ist in ihrer Pflegebedürftigkeit in der Regel in einer Situation, in der sie viel Kontrolle abgeben muss, auf andere angewiesen ist, meist nicht mehr selbstbestimmt leben kann und viel-lem ohnmächtig gegenübersteht.

Durch die notwendige Pflege wird zudem in ih-ren persönlichen Schutzraum eingegriffen. So kommt es sehr häufig zu Situationen, die trau-maaktivierend sind. Das Erkennen des Zusam-menhangs zwischen früheren Gewalterfahrun-gen und Verhaltensänderungen einer alten Frau ist in der Altenarbeit häufig mehr oder weniger zufällig. Das Ergreifen entsprechender Maßnah-men bleibt oft darauf beschränkt, dass die Pflege z. B. dann nur von weiblichem Personal durch-geführt wird und dies auch nur, wenn die Per-sonalbesetzung dies zulässt.

Traumatisierungen können Ursachen aller For-men psychischer Störungen sein, z. B. bei Wahr-nehmungsstörungen, Apathie, Depression, Angst- und Panikzuständen, regressivem Ver-halten, Aggressivität, Zwangshandlungen und auch bei Halluzinationen. Im somatischen Be-reich kann es zu chronischen Schmerzen, Schlafstörungen, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Ess-störungen, Atemstörungen, extremen Schwan-kungen aller Vitalwerte u.v.a.m. kommen.

*Dazu ein Beispiel einer gelungenen Intervention aufgrund von Berücksichtigung möglicher Zu-sammenhänge zwischen Verhaltensweisen/ Symptomen und Erlebtem:*

Während meiner Zeit als Altenpflegerin in einem Krankenhaus erlebte ich eine alte Frau, die eines Abends völlig panisch über das nächtliche Er-scheinen von Tieren in ihrem Bett erzählte. Diese Halluzinationen wiederholten sich an den fol-genden Abenden. Ihr wurde von der Stations-ärztin als einzige Maßnahme ein Psychophar-makon, nämlich Haloperidol, verordnet. Die Frau fühlte sich nicht ernst genommen. Bei Gesprä-chen mit ihr, die während der Pflege stattfanden, erfuhr ich von ihr, dass sie 1945 von ame-rikanischen Soldaten vergewaltigt worden war. Mir fiel auf, dass die Mitpatientin in ihrem Zim-mer täglich Besuch von ihrem Ehemann erhielt, der Amerikaner war und der mit seiner Frau englisch sprach. Das Hören dieser Sprache ließ ganz offensichtlich alte Erinnerungen und Ängste aufkommen. Die alte Frau wurde in ein anderes Zimmer verlegt, sodass sie keinen Kon-takt mehr mit dem amerikanischen Mann und der englischen Sprache hatte. Nach wenigen Tagen und nach intensiven Gesprächen hatte sie keine Halluzinationen und Angstzustände mehr, sodass das (völlig unnötige) Psychophar-makon abgesetzt werden konnte. Diese Zufalls-diagnose bewahrte diese alte Frau vor einer langfristigen oder gar lebenslangen Einnahme von Psychopharmaka.

Somatische, psychische und psychiatrische Symptome alter Frauen werden leider häufig als Alterserkrankung, wie z. B. Demenz, HOPS (hirnorganisches Psychosyndrom) oder Alters-depression, diagnostiziert und entsprechend medikamentös behandelt. Alte Frauen erhalten so meist nur eine Symptombehandlung mit oft einer Vielzahl von Medikamenten.

Zu der Gefahr der Traumaaktivierung kommt die der neuen Traumatisierung durch – gewollte und ungewollte – Gewalt in der Pflege. Auch medizinische Diagnosen und Behandlungen, besonders invasive (eindringende) Methoden wie z. B. das Legen eines Katheters, aber auch die Körperpflege an sich, können einen trau-matisierenden Charakter haben. Aber es kann eben-

so sein, dass eine bestimmte Musik oder eine bestimmte Dekoration in einer Altenhilfeein-richtung an ein altes Trauma erinnern lassen.

### Zielsetzung

Eine traumasensible Beratung, Begleitung und Therapie, die die Erlebnisse der heute alten Frauen mit einbezieht, entlastet nicht nur die betroffenen Frauen, sondern auch deren Ange-hörige, die Mitarbeitenden in den Gesundheits- und Altenpflegeberufen und die gesamten Strukturen des Gesundheits- und Versorgungssystems mit grundsätzlich positiven wirtschaftli-chen Auswirkungen.

Um den betroffenen Frauen ein möglichst selbstbestimmtes, aktives und würdevolles Le-ben im Alter zu ermöglichen, werden von Paula e.V. im Rahmen eines durch das MGEPA NRW und die EU geförderten Projektes Fort-, Aus-, und Weiterbildungskonzepte für professionell in der Pflege tätige Fachkräfte unterschiedlich-ter Professionen entwickelt, um im Pflege- und Gesundheitssektor bedarfsgerechte Unterstüt-zungsangebote für von Gewalt betroffene oder traumatisierte ältere bis hochaltrige Frauen vor-halten zu können.

Die älteren/alten Frauen sollen dazu befähigt werden, so lange wie möglich ein eigenständiges und würdevolles Leben im Alter führen zu können. Krankenhausaufenthalte und Arztbe-handlungen sollen minimiert, die Lebensquali-tät durch adäquate trauma- und kultursensible Unterstützungsangebote gesteigert oder erst wieder hergestellt werden. Und auch wenn ein Krankenhausaufenthalt oder eine Pflege not-wendig wird, soll durch die Fortbildung und Aufklärung von Fachkräften in der Altenhilfe/-pflege und/oder Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen die Behandlung der alten Frauen verbessert werden.

**Literatur**  
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland*. Berlin: BMFSFJ.  
Böhmer, M. (2011). *Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit*, Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.  
Eichhorn, S. & Kuwert, P. (2011). *Das Geheimnis unserer Großmütter. Eine empirische Studie über sexualisierte Kriegsgewalt um 1945*. Gießen: Psychosozial-Verlag.



**Die Autorin**  
Martina Böhmer ist Mitgründerin und Geschäftsführerin von Paula e.V., Köln und Leiterin des Projektes „Bedarfsgerechte Unter-stützung für von Gewalt betroffene oder traumatisierte ältere bis hochaltrige Frauen“.

Begleitung  
bedarfsgerechte  
Unterstützung





transfær

