

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

FAKULTÄT SOZIALE ARBEIT & PFLEGE
Departement Pflege und Management

Pflegeorganisationsform Bezugspflege

-

Ein Konzept für das Hospiz Nordheide

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 17.04.2007

Vorgelegt von: Andrea Stange
Matrikelnummer 1716299
Birkenstraße 8
71088 Holzgerlingen

Erstgutachterin: Prof. Petra Weber

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Susanne Busch

Danksagung

An erster Stelle möchte ich meinem Lebenspartner Florian Wunder und meiner Mutter Karola Stange-Schütz danken. Zu jeder Zeit meines vier jährigen Studiums ward ihr für mich da, habt mir den Rücken gestärkt, mir Kraft gegeben und an mich geglaubt. Ihr ward Motivatoren, Zuhörer und vieles mehr. Für eure Besonnenheit und eure Beständigkeit möchte ich mich daher bei dir Flo und dir Mum von ganzem Herzen bedanken. Danke!

Ein weiterer Dank gilt ausdrücklich meinem Schwiegervater Kurt Wunder. Danke für dein stets offenes Ohr, deine analytischen Betrachtungsweisen, von denen ich viel lernen konnte, deinen Anreizen und deiner regen Anteilnahme an meinem Studium.

Und einen familiären Dank möchte ich vornehmlich für die regelmäßige Hundebetreuung in den letzten Semestern aussprechen. Danke!

Danken möchte ich auch dem Geschäftsführer der Hospiz Nordheide gGmbH Peter Johannsen, insbesondere der Pflegedienstleitung Birte Rantze für die Kooperation bzgl. meiner Diplomarbeit. Es erfüllt mich mit Freude, dass ihr mir die Gelegenheit gegeben habt, ein Konzept für die Praxis zu erarbeiten. Danke!

Birte Rantze, als Freundin, gilt zusätzlich ein ganz besonderer Dank. War sie es doch, die mich zu diesem Studium inspirierte, als sie vor fünf Jahren ihr Praxissemester in der Einrichtung absolvierte, in der ich damals als Krankenschwester arbeitete. Seitdem war sie mir eine gute ZuhörerIn und Beraterin, vor allem in Studienangelegenheiten. Danke!

Dank aussprechen möchte ich außerdem meinen Kommilitoninnen und Freundinnen Britta March, Ulrike Böther, Carolin Goedeke, Anke Döll und Nicole Cröplin. Wir wurden Weggefährtinnen, die viel und hart zusammen gearbeitet haben. Wir haben es uns aber auch darüber hinaus gut gehen lassen. Unendlich dankbar bin ich dafür, dass wir uns in diesem Studium fanden und uns seither stützen. An jede von euch ein von Herzen kommendes: Danke!

Die letzte Danksagung gilt meinem Vater Rolf Stange, meiner Großmutter Margarethe Schütz und Paul. Denn die Erinnerungen an sie und ihre bedingungslose Liebe gaben mir fortdauernd Kraft und Halt auf meinem Weg zur „Diplom Pflégewirtin“. Danke!

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	4
1 Einleitung	5
2 Grundgedanken der Hospizarbeit.....	7
2.1 Hospizidee	7
2.2 Grundelemente der Fürsorge	8
2.3 Hospizangebote	11
3 Stationäre Hospize.....	13
3.1 Leitlinien.....	14
3.2 Aufgaben	16
3.3 Leistungsangebot.....	17
3.3.1 Palliativ-pflegerische Versorgung.....	17
3.3.2 Palliativ-medizinische Versorgung	18
3.3.3 Psychosoziale Begleitung.....	19
3.3.4 Spiritueller Beistand	20
3.3.5 Sterbebegleitung.....	21
3.3.6 Trauerbegleitung.....	21
3.4 Multiprofessionelles Team	22
3.5 Aufnahmekriterien.....	23
4 Pflegeorganisationsform Bezugspflege	24
4.1 Prinzipien.....	25
4.2 Ziele	27
4.3 Pflegeverständnis und Menschenbild	28
4.4 Bedeutung von Beziehung.....	30
4.5 Bedeutung von Verantwortung.....	31
4.6 Voraussetzungen.....	32
4.6.1 Qualifikation der Pflegenden.....	32
4.6.2 Arbeitszeiten und Dienstplangestaltung	34
4.6.3 Pflegedokumentation	36
4.6.4 Übergabe.....	37
4.6.5 Teambesprechung.....	37
4.7 Nutzen.....	38
4.8 Risiken.....	39

5	Bezugspflege in stationären Hospizen.....	41
6	Das Hospiz Nordheide.....	43
6.1	Einrichtung	43
6.2	Pflegedienst	45
6.2.1	Pflegeverständnis und Menschenbild	45
6.2.2	Stellen	46
6.2.3	Arbeitszeiten und Dienstplangestaltung	48
6.2.4	Pflegedokumentation	49
6.2.5	Übergaben.....	50
6.2.6	Teambesprechungen	51
6.2.7	Supervision	52
6.2.8	Fort- und Weiterbildung	52
6.2.9	Pflegeabläufe	53
6.3	Weitere Berufsgruppen.....	54
7	Das Bezugspflegekonzept für das Hospiz Nordheide	55
7.1	Aufbauorganisation des Pflegedienstes	55
7.2	Ablauforganisation des Pflegedienstes	57
7.3	Pflegedienstleitung	58
7.4	Pflegekräfte.....	61
7.4.1	Bezugspflegekraft.....	61
7.4.2	Nicht-Bezugspflegekraft.....	63
7.4.3	Begleitpflegekraft.....	63
7.5	Arbeitszeiten und Dienstplangestaltung	64
7.6	Pflegedokumentation	65
7.7	Übergaben.....	65
7.8	Teambesprechungen	67
7.9	Supervision	67
8	Schlussbetrachtung	67
	Literaturverzeichnis	70
	Eidesstattliche Erklärung	79

Vorwort

Mein Arbeitsschwerpunkt liegt seit fünf Jahren in der palliativen Pflege (Palliative Care¹). Vier Jahre davon arbeitete ich in der stationären Hospizarbeit. Ich bin weitergebildete Palliative Care Fachkraft und mein Bestreben lag seit Beginn meines Studiums darin, mich für die Hospizarbeit in Deutschland, insbesondere für die palliativ-pflegerische Weiterentwicklung einzusetzen.

Diese Arbeit entstand aus dem persönlichen Eindruck heraus, dass der Pflegedienst in stationären Hospizen konsequenter strukturiert und definiert werden müsste. Zu oft stieß ich z. B. auf unklare Zuständigkeiten, die Verzögerungen verursachten, Unklarheiten sowie Missverständnisse provozierten und reibungslose Prozesse hemmten. Die Pflegeorganisationsform Bezugspflege ist in der Hospizarbeit nicht neu, aber es existieren keine nachvollziehbaren Konzepte, die wertvolle und notwendige Orientierung geben könnten. So war es meine Idee, Bezugspflege inhaltlich zu präzisieren und gezielt für den Hospizalltag zu formulieren.

¹ „... meint die aktive, ganzheitliche Behandlung, medizinisch-pflegerische Versorgung und Begleitung von Menschen, die dann notwendig wird, wenn keine kurative (das heißt auf Heilung ausgerichtete) Behandlung und Pflege mehr möglich sind. („Palliative“, von lateinisch „Pallium“ = Mantel, steht für symptomlindernd; das englische Wort „Care“ für die ganzheitliche Sorge und Pflege des Menschen.)“ [Lamp (2001b), S. 28]

*„Wege entstehen dadurch,
daß man sie geht.“*

Franz Kafka

1 Einleitung

Seit Beginn der 80er Jahre hat auch in Deutschland die Hospizidee Einzug in das Gesundheitssystem gehalten. Die ambulante und stationäre Hospizarbeit sind seither zu unverzichtbaren und stetig wachsenden² Versorgungsbereichen geworden.

Der Eindruck, Pflegekräfte in der hospizlichen Pflege hätten nur mangelndes Bewusstsein für und keine ausreichende Kenntnis über die Notwendigkeit einer geeigneten Arbeitsorganisationsform³, motivierte zu dieser Arbeit.

Trotz formeller Bezugspflege waren die arbeitsorganisierenden Elemente informell immer wieder ‚zusammenhängende‘ Zimmer oder Flurabschnitte. Die kontinuierliche Versorgung eines Patienten⁴ bzw. einer Patientengruppe durch eine Bezugspflegekraft stand nicht wie verlangt im Vordergrund. Dabei spielt in der Pflege „die Pflegeorganisationsform eine wichtige Rolle, weil sie die Grundlage für eine Patientenorientierung schafft.“⁵

Um die Pflege und Betreuung sterbender Menschen also würdig und nach deren Wünschen zu ermöglichen, gehört zu den Erfolgsfaktoren nicht nur die gesetzlich festgelegte Rahmenvereinbarung (RV) nach § 39a Satz 4 SGB V⁶, sondern auch eine angemessene Organisation des Pflegedienstes. Die Mitarbeiter des Pflegedienstes bilden durch ihre 24-Stunden-Präsenz und ihre Nähe zum Gast, sowie zu dessen Angehörigen, die tragende Säule der Leistungserbringung in einem stationären Hospiz.

Ein übergeordnetes Ziel dieser Ausarbeitung besteht darin, einen Beitrag zur Professionalisierung des Pflegedienstes in stationären Hospizen leisten zu wollen.

² Im Jahr 2006 „haben in Deutschland rund 20.750 Menschen von insgesamt rund 830.000 Sterbenden in ihrer letzten Lebensphase eine umfassende professionelle ... [vornehmlich hauptamtliche] ... Sterbebegleitung erfahren. Damit ist die sogenannte Palliative-Care-Versorgung im Vergleich zu 2005 um 0,1 Prozentpunkte von 2,4 Prozent auf 2,5 Prozent gestiegen.“[Deutsche Hospiz Stiftung (2007)]

³ Arbeitsorganisation lässt sich definieren als, „daß mit ihr die Art und Weise verstanden wird, wie die anfallenden Arbeiten aufgeteilt und auf das zur Verfügung stehende Personal verteilt werden.“[Elkeles (1993), S. 59]

⁴ Auf eine sprachliche Differenzierung zwischen der weiblichen und männlichen Form, wann immer diese gebräuchlich wäre, wird im gesamten Verlauf der Arbeit verzichtet.

⁵ Bleses et al. (1998b), S. 185

⁶ ... über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, in der Fassung vom 09.02.1999

Daran schließt sich der Wunsch an, Hospizgästen durch eine geeignete Pflegeorganisationsform eine individuelle, zufriedenstellende Versorgung anzubieten. Bezugspflege wird in ihren Grundzügen vorgestellt und es soll transparent werden, dass gerade diese zur Erfüllung der Hospizleitsätze in stationären Hospizen beitragen kann. Konkret soll die Arbeit dem ‚Hospiz Nordheide‘ als Arbeitsgrundlage für die Ausgestaltung seines Pflegedienstes dienen: Sie soll neuen Mitarbeiter eine Orientierung bzgl. der angewandten Pflegeorganisationsform geben, soll für das Pflege- und Betreuungsteam handlungsleitend sein und die Realisierung der Bezugspflege vorantreiben helfen.

Aus diesem Anliegen heraus ergeben sich folgende Bearbeitungsschritte: Als Einstieg in das Thema werden zuerst die Leitgedanken der Hospizarbeit vorgestellt, so wie sie in der heutigen Zeit in Deutschland verstanden und gelebt werden. Diesen Darstellungen schließen sich die Grundaussagen zu stationären Hospizen an. Es folgen Ausführungen zum zweiten Themenschwerpunkt dieser Arbeit, der Betrachtung der Pflegeorganisationsform Bezugspflege aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. In einem weiteren Schritt wird schließlich eine Begründung dafür erarbeitet, weshalb es perspektivisch sinnvoll erscheint, die Arbeitsorganisationsform ‚Bezugspflege‘ in der Organisation ‚stationäres Hospiz‘ umzusetzen.

Nachdem dies theoretisch betrachtet wurde, schließt sich das Praxisbeispiel, in Form eines möglichen Bezugspflegekonzeptes an. Das ‚Hospiz Nordheide‘ wird vorgestellt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Beschreibung des Pflegedienstes. Darauf aufbauend erfolgt die Darstellung des unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten eigens erarbeiteten Bezugspflegekonzeptes. Den Abschluss der Arbeit bilden eine kritische Betrachtung der dargelegten theoretischen Inhalte sowie eine Einschätzung der Realisierbarkeit des Konzeptes.

Es wird hier darauf verzichtet, Bezugspflege mit anderen Organisationsformen zu vergleichen sowie ihre unterschiedlichen Strukturen und Prozesse zu beschreiben, da diese bereits vielfältig in der bestehenden Pflegeliteratur vorzufinden sind.⁷

⁷ z. B. in Elkeles (1993), Schlettig et al. (1995), Andraschko (1996), Büssing (1997), Grond (2000), Josuks (2003), BMGS et al. (2004), Stuhl (2006)

2 Grundgedanken der Hospizarbeit

Im Mittelpunkt der Hospizarbeit stehen sterbende Menschen und deren Angehörige⁸ mit ihren Bedürfnissen und Rechten⁹. Ihr zugrunde liegt eine lebensbejahende Grundidee, die aktive Sterbehilfe¹⁰ ausschließt.

Weitere Axiome der Hospizarbeit werden in den folgenden drei Abschnitten dargelegt, bevor im dritten Kapitel speziell auf die Attribute stationärer Hospize eingegangen wird.

2.1 Hospizidee

Die Hospizidee ist eine Vision, die einen gesellschaftlichen Wertewandel verfolgt und den Umgang mit sowie die Haltung gegenüber kranken, behinderten, alten, sterbenden und trauernden Menschen verändern möchte. Der Ursprung dieser Idee und der dahinter stehenden Bewegung liegt in „England, dem Mutterland der Hospizbewegung“¹¹. Die Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin Ciceley Saunders setzte mit ihrem Engagement und ihrem weltweit ersten neuzeitlichen Hospiz 1967 in London einen Meilenstein.¹² Im Mittelalter waren Hospize Herbergen, die von Nonnen und Mönchen geleitet wurden und Pilger auf dem Weg ins Heilige Land aufnahmen.¹³ Ebenso waren die Veröffentlichungen der Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross, die sich in Amerika mit den Themen Tod und Sterben auseinandersetzte, zur selben Zeit bahnbrechend.¹⁴ In Deutschland hielt die Hospizidee erst in den 80er Jahren Einzug.¹⁵

Aber was impliziert die Hospizidee? „Inhaltlich (...) stellt die Hospizidee ein noch relativ offenes Konzept dar, das zwar mit vielen Stichworten belegt werden kann, aber nicht ohne weiteres klar zu definieren ist.“¹⁶ Lamp beschreibt sie in drei Sätzen: Hospiz steht für „die

⁸ nahestehende Menschen, wie z. B. Familienmitglieder, Partner, Freunde u. a.

⁹ „Die 6 Rechte der Kranken und Sterbenden: 1. Das Recht auf Freiheit (Annahme oder Ablehnung einer medizinischen Behandlung). 2. Das Recht auf persönliche Würde und Integrität (Diskretion). 3. Das Recht auf Information (Diagnose, Therapie, Prognose). 4. Das Recht auf angemessene Behandlung (auch in der menschlichen Betreuung). 5. Das Recht, nicht leiden zu müssen. 6. Das Recht, nicht allein sterben zu müssen.“ [Husebø (2000b), S. 323]

¹⁰ „Aktive Sterbehilfe – Euthanasie ist das aktive, bewusste ärztliche Eingreifen zur Beendigung des Lebens auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten. Ziel der Handlung ist es, den schnellen Tod des Patienten herbeizuführen – zu töten.“ [Husebø (2000a), S. 70]

¹¹ Student (1999b), S.43

¹² vgl. Klaschik (2000), S. 2

¹³ vgl. Davy et al. (2003), S. 15

¹⁴ vgl. Lamp (2001a), S. 9 ff., Klaschick (2000), S. 2

¹⁵ vgl. Student (1999b), S. 43, Lamp (2001a), S. 14 f.

¹⁶ Graf et al. (2006), S. 21

große, den Globus umspannende Idee, dass wir Menschen einander im Sterben nicht allein lassen sollten. Hospiz, das ist in erster Linie eine Haltung Sterbenden und ihren Angehörigen gegenüber. Hospiz, das ist ein Verständnis von Leben, zu dem Krankheit, Leiden und Sterben, der Tod und die Trauer dazugehören.“¹⁷ Das Zitat von der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Hospiz vollendet die Darstellung von Lamp um eine weitere zentrale Aussage. „Das Grundanliegen der Hospizidee ... [besteht darin,] ... schwerstkranke sterbende Menschen palliativ zu versorgen und sie gleichzeitig in ihren seelischen Nöten spirituell und psychosozial zu begleiten (...).“¹⁸

Im Zentrum der Idee stehen zwei Maxime. Erstens: ein gesellschaftliches Bewusstmachen und Sensibilisieren auf die in der heutigen Zeit tabuisierten Themen Tod und Sterben. Zweitens: Erzielen eines würdevollen, nach den Bedürfnissen und Wünschen orientierten, ganzheitlichen¹⁹ Umgangs mit schwerstkranken, sterbenden Menschen und deren Angehörigen.

Student weist in ‚Das Hospiz-Buch‘ in der Einführung darauf hin, das „Hospiz‘ (..) inzwischen für ein innovatives Konzept der ganzheitlichen Fürsorge für sterbende Menschen und ihre Angehörigen (im weitesten Sinne) ... [steht] ...“²⁰

Was sich hinter dem Begriff ‚Fürsorge‘ im Kontext der Hospizarbeit verbirgt, darüber soll der nachstehende Abschnitt Aufschluss bringen.

2.2 Grundelemente der Fürsorge

Student stellt fünf Grundelemente der Fürsorge dar, welche darüber hinaus simultan als „die führenden Qualitätsmerkmale der Hospizarbeit“²¹ verstanden werden.

Das erste Merkmal lautet: „*Der sterbende Mensch und seine Angehörigen (im weitesten Sinne) sind gemeinsame Adressaten des Hospizes.*“²² In der Hospizarbeit generell steht also nicht wie im üblichen Sinne alleinig der erkrankte Mensch im Fokus aller

¹⁷ Lamp (2001a), S. 9

¹⁸ BAG Hospiz e.V. et al. (2004), S. 10

¹⁹ Ganzheitlichkeit meint in der Hospizarbeit immer die Sicht auf ein Individuum unter Einbezug der vier Dimensionen der menschlichen Existenz (der physischen, psychischen, geistig-seelischen und sozialen)

²⁰ Student (1999), S. 11

²¹ Student (1999a), S. 24

²² Student (1999a), S. 24

Bemühungen. Der Versorgungs- und Betreuungsanspruch, die Begleitung, wird ausdrücklich den Angehörigen der schwerstkranken Person gleichermaßen zugestanden. Ausschlaggebend für die Ausrichtung der Begleitung beider Empfänger sind dabei ihre Bedürfnisse und Bedarfe.²³

Das zweite Grundelement, „*Die Betroffenen werden durch ein interdisziplinär arbeitendes Team von Fachleuten unterstützt.*“²⁴, bezieht sich auf die Zusammensetzung des professionellen Helferkreises. Er besteht mindestens aus Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern und Seelsorgern. Mittels gezielter kollegialer Zusammenarbeit und sich ergänzenden Kompetenzen, kann den vielfältigen, professionsübergreifenden Bedarfen und Wünschen der Leidtragenden erfüllend begegnet werden.²⁵ Das Team übernimmt darüber hinaus für sich selbst, seine eigenen Mitglieder, eine stützende Funktion. Denn die Arbeit mit Sterbenden und ihren Angehörigen kann emotional belastend sein und erfordert Verständnis, Aussprache- und Rückzugmöglichkeiten in den eigenen Reihen.²⁶ Büssing et al. sprechen davon, dass „(...) eine sich wechselseitig unterstützende interdisziplinäre Zusammenarbeit als eine wichtige Ressource gegen Streß, Burnout und Überlastung betrachtet werden ... [kann] ...“²⁷

„*Freiwillige Helferinnen und Helfer werden in die Arbeit des Hospizes einbezogen.*“²⁸, so das dritte Grundelement. Ehrenamtlich arbeitende Menschen werden nicht nur einbezogen, sondern sie sind ein fester, unentbehrlicher Bestandteil der Hospizarbeit. Das multidisziplinäre Team mit seinen Fachkompetenzen wird um die Alltagskompetenz freiwilliger Helfer ergänzt.²⁹ „Normalität und Lebensalltag, die Ehrenamtliche in die Krankensituation hineinbringen können, sind durch keine Profession zu ersetzen.“³⁰ Die Arbeit ehrenamtlicher Mitarbeiter kann so als eine Art ‚nachbarschaftliche Hilfe‘ verstanden werden. Sie sind mit der Aufgabe betraut, ‚Normalität‘ durch Alltägliches, wie z. B. Blumen gießen, Kochen, gemeinsames Fernsehen, Beisammensitzen und Gespräche führen, in das Leben der Sterbenden und ihrer Bezugspersonen zu bringen und Entlastung zu schaffen.³¹

²³ vgl. Student (1999a), S. 24

²⁴ Student (1999a), S. 24

²⁵ siehe auch Kapitelabschnitt 3.4

²⁶ vgl. Student (1999a), S. 24 f.

²⁷ Büssing et al. (1997), S. 164 f.

²⁸ Student (1999a), S. 25

²⁹ vgl. Schneider (2001a), S. 65 ff.

³⁰ Schneider (2001a), S. 67

³¹ vgl. Student (1999a), S. 25

Das vierte Merkmal „*Das Hospiz-Team verfügt über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der lindernden (palliativen) Therapie.*“³² trägt dazu bei, dass sich der Ruf von Hospizen als ‚Sterbekliniken‘ zu renommierten Versorgungseinrichtungen verändert hat. Die Pflegekräfte, die durch ihre 24-Stunden-Präsenz im Hospiz eine tragende Säule darstellen, sollten nach Möglichkeit eine Fachweiterbildung von 160 Std. in Palliative Care absolviert haben. Gefordert wird diese nach der RV nach § 39a Satz 4 SGB V in § 4 Absatz a) für die verantwortliche Krankenpflegefachkraft und die stellvertretende Leitung³³. „Das Personal³⁴ (...) hat sich in regelmäßigen Abständen (jährlich) durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungslehrgängen auf den neusten Stand der Erkenntnisse seines Arbeitsgebietes zu halten.“³⁵

Das fünfte und letzte Qualitätsmerkmal, „*Hospize gewährleisten Kontinuität der Betreuung.*“³⁶, bezieht sich zum einen auf die Gewährleistung, rund um die Uhr Begleitung durch einen fachkundigen Mitarbeiter erfahren zu können. Zum anderen bezieht sich die Kontinuität darauf, dass die Angehörigen auch nach dem Tod des nahestehenden Menschen weitere Unterstützung vom Hospiz-Team in Form von Trauerbegleitung erfahren, wenn sie es wünschen.³⁷

Zum Abschluss sei ein weiteres Bild hospizlicher Fürsorge aufgezeigt, bevor im nächsten Kapitelabschnitt ein kurzgefasster Überblick über das gesamte Hospizangebot gegeben wird.

„Den Patienten nicht allein zu lassen, nicht im Stich zu lassen, wenn ‚nichts mehr gemacht werden kann‘ und wenn der letzte Weg bevorsteht, sich nicht wieder dazu verleiten zu lassen, doch noch etwas zu machen, sondern sich hinzusetzen und die gemeinsame Ohnmacht zuzulassen, sind Merkmale hospizlicher Fürsorge.“³⁸

³² Student (1999a), S. 25

³³ Pflegedienstleitung (PDL) und stellvertretende PDL

³⁴ PDL, stellvertretende PDL, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Psychologen

³⁵ RV nach § 39a Satz 4 SGB V, §4 Absatz a)

³⁶ Student (1999a), S. 25

³⁷ vgl. Student (1999a), S. 25 f.

³⁸ Husebø (2000b), S. 319

2.3 Hospizangebote

Es werden hauptsächlich zwei Formen der Hospizarbeit unterschieden: die ambulante und die stationäre. Diesen beiden Grundarbeitsformen lassen sich in weitere Hospizangebote aufgliedern.

Die BAG Hospiz hat in Zusammenarbeit mit den Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) Definitionen ambulanter Hospizarbeit erarbeitet. Diese inhaltliche Auseinandersetzung hat vier Formen ambulanter Hospizarbeit hervorgebracht:

„1. Definition: *ambulante Hospizinitiative und Hospizgruppe*

- Aufgaben:
 - Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit
 - und/oder psycho-soziale Begleitung durch geschulte ehrenamtliche HospizhelferInnen
 - und/oder Trauerbegleitung

2. Definition: *ambulanter Hospizdienst (AHD)*

- Aufgaben (zusätzlich zu 1):
 - Psycho-soziale Beratung
 - Sterbebegleitung, Trauerbegleitung, Angehörigenbegleitung
 - Durchführung, bzw. Vermittlung von HospizhelferInnenschulung
 - Öffentlichkeitsarbeit

(...)

3. Definition: *Ambulanter Hospiz- und Palliativ- Beratungsdienst (AHPB)*

- Aufgaben (zusätzlich zu 1 und 2):
 - Beratung bezüglich palliativ-pflegerischer Maßnahmen in Abstimmung mit behandelnden ÄrztInnen und beteiligten Pflegediensten
 - Vermittlung weitergehender Hilfen

(...)

4. *Ambulanter Hospiz- und Palliativ- Pflegedienst (AHPP)*

- Aufgaben (zusätzlich zu 1, 2 und 3):
 - palliativ-pflegerische Versorgung in enger Abstimmung mit behandelnden Ärzten
 - Grundpflege bei Bedarf
 - Gegebenenfalls Anleitung von Angehörigen bei palliativ-pflegerischen Maßnahmen

(...)³⁹

³⁹ BAG Hospiz et al. (1998/2007)

Die stationäre Hospizarbeit zeigt sich in zwei unterschiedlichen Formen: als Palliativstationen und als stationäre Hospize. *Palliativstationen*: Sie „existieren (...) als Sonderstationen von Akutkrankenhäusern“⁴⁰. Die Behandlung der schwerstkranken Patienten wird in erster Linie von Pflegekräften und Ärzten übernommen. Ihr Auftrag besteht in der medizinischen Krisenintervention, d. h. akute, zu Hause nicht mehr beherrschbare Schmerzzustände und andere massive, die Erkrankung begleitende Symptome, werden mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität, zum Zentrum der pflegerischen und medizinischen Versorgung.⁴¹ Die Leistungen der Palliativstationen werden um das Angebot einer psychosozialen Begleitung ergänzt. Die Tagesgestaltung orientiert sich in der Regel an den Bedürfnissen der Patienten.⁴² „Die Entlassung von der Palliativstation muß dann erfolgen, wenn keine Krankenhausbehandlung im Sinne des SGB V mehr erforderlich ist.“⁴³

Stationäre Hospize: Es werden zwei Arten unterschieden. Zum einen gibt es *Tageshospize* als teilstationäre Einrichtungen. Deren Entwicklung steckt in Deutschland noch in den Anfängen.⁴⁴ „Tageshospize sollen (...) die ambulanten Pflegeangebote ergänzen und unterstützen, getreu dem Hospizprinzip, so lange wie möglich die Pflege zu Hause zu ermöglichen.“⁴⁵ „Sie bieten eine Art von Tages-Treffpunkt für Menschen an, die die Krankheit aus ihren sozialen Bezügen und Aktivitäten geworfen hat und die hier ähnlich Betroffene finden.“⁴⁶ Fachkundige Beratung und konkrete Hilfen bzgl. der Erkrankung sind integraler Bestandteil des Leistungsangebotes. Zum anderen gibt es in der stationären Hospizarbeit die *vollstationären Hospize*⁴⁷. Sie sind unabhängige Häuser, Pflegeeinrichtungen mit acht bis maximal sechzehn Betten. Im Gegensatz zu ‚weißen Wänden‘ in Pflegeheimen und Krankenhäusern, sind die Wände in Hospizen farblich gestaltet. Durch bewusste Gestaltung der Räumlichkeiten soll eine familiäre, wohnliche Atmosphäre ermöglicht werden.⁴⁸ Aufgenommene Patienten, die in Hospizen ‚Gäste‘ heißen, „können im Hospiz bleiben, bis die Beschwerden so weit reduziert sind, dass sie wieder nach Hause können, oder bis der Tod den Kranken von seinen Beschwerden

⁴⁰ Student (1999b), S. 47

⁴¹ vgl. Student (1999b), S. 48; Lamp (2001b), S. 36

⁴² vgl. Lamp (2001b), S. 37

⁴³ Student (1999b), S. 49

⁴⁴ vgl. Student (1999b), S. 49

⁴⁵ Lamp (2001b), S. 31

⁴⁶ Student (1999b), S. 49; vgl. Lamp (2001b), S. 31 ff.

⁴⁷ Im weiteren Verlauf des Textes wird stationär und vollstationär synonym verwendet.

⁴⁸ vgl. Student (1999b), S. 47 f.; Lamp (2001b), S. 33 f.

erlöst.“⁴⁹ Dass Hospizgäste nach Hause entlassen werden, geschieht in der Praxis selten. Z. B. zeigt die Belegungsstatistik des Hospiz Nordheide, dass seit dem eineinhalb jährigen Bestehen von 124 Aufnahmen nur zwei Personen wieder nach Hause, bzw. in eine stationäre Alteneinrichtung entlassen wurden.

Lamp berücksichtigt in ihrer Darstellung der Hospizangebote noch eine weitere Form der Hospizarbeit. Es handelt sich dabei um Angebote für schwerstkranke Kinder und ihre Familien, wie Kinderhospizvereine, -dienste und -hospize.⁵⁰ Die von der BAG Hospiz erfassten Hospizeinrichtungen in Deutschland schließen diese spezialisierten Dienste für Kinder mit ein. Die Erhebung vom Februar 2007 zeigt:

Ambulante Hospizdienste	≈ 1.450
Stationäre Hospize	151
Palliativ Stationen	139

Quelle: BAG Hospiz e.V. (2007)

Im nächsten Kapitel werden Charakteristika stationärer Hospize aufgezeigt. Es soll ein Einblick bzgl. des umfassenden Auftrages dieser Einrichtungen gegeben, Transparenz in Hinblick auf das Leistungsangebot geschaffen, der Begriff ‚Multiprofessionelles Team‘ entmystifiziert und zur Klärung der Aufnahmekriterien beigetragen werden.

3 Stationäre Hospize

„Hospize sind die jüngste Institution im System der sozialen Sicherung der Bundesrepublik Deutschland.“⁵¹ Sie „machen es sich zur Aufgabe, Menschen in der letzten Phase einer unheilbaren Erkrankung zu unterstützen und zu pflegen, damit sie in dieser Zeit so bewußt und zufrieden wie möglich leben können.“⁵²

Zu Beginn der angekündigten Ausführungen werden die sechs Leitlinien vorgestellt, die als gemeinsame Position der BAG Hospiz e.V., dem Deutschen Caritasverband e.V. und dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. gelten und auf der Grundlage ihrer jeweiligen Leitbilder entstanden sind.

⁴⁹ Lamp (2001b), S. 35

⁵⁰ vgl. Lamp (2001b), S. 37 f.

⁵¹ Allert (2004), S. 7

⁵² Klaschik (2000), S. 21

3.1 Leitlinien

Die Leitlinien werden als „essenzielle Grundlagen der Arbeit stationärer Hospize“⁵³ und als „gemeinsamer Maßstab für die Ausrichtung der Arbeit“⁵⁴ gesehen. Sie wurden als Grundlagentext für das Qualitätshandbuch ‚Sorgsam‘ für stationäre Hospize verwandt und werden hier als vollständiges Zitat wiedergegeben.

„1. Orientierung am Menschen

Der sterbende Mensch mit seinen Bedürfnissen und Wünschen sowie seine Angehörige stehen im Mittelpunkt allen beruflichen und ehrenamtlichen Handelns. Die stationären Hospize wollen als kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter den Menschen ermöglichen, während der Zeit des Aufenthaltes die eigenen Lebensgewohnheiten möglichst beibehalten zu können.

2. Mitarbeiterorientierung

Die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter/-innen zeichnen sich durch fachliche und persönliche Kompetenz aus. Belastungen durch die tägliche Konfrontation mit existenziellen Fragen und eine große Verantwortung prägen den Arbeitsalltag. Deshalb sind neben der Förderung und Beteiligung der Mitarbeiter/-innen an Entscheidungsprozessen auch die Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse und Interessen als Betroffene in der täglichen Arbeit bedeutsam. Dies trägt maßgeblich zum Gelingen der Qualität in der Sterbebegleitung bei.

3. Behandlungsteam

Die besondere Form der gegenseitigen Akzeptanz der verschiedenen Aufgaben und die Integration der unterschiedlichen Wahrnehmungen in ein palliatives Konzept für den Patienten kennzeichnet alle Beteiligten als multidisziplinäres Behandlungsteam, das die Interessen des Patienten wahrt. Das multidisziplinäre Behandlungsteam verfügt über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der Betreuung und Begleitung sterbender Menschen. Ein wesentlicher Bestandteil der Sterbebegleitung ist die Trauerbegleitung. Kontinuierliche Verbesserung und die Orientierung an dem aktuellen medizin-pflegerischen-psychozialen-spirituellen Wissen gewährleistet die bestmögliche Begleitung.

⁵³ BAG Hospiz e.V. et al. (2004), S. 13

⁵⁴ BAG Hospiz e.V. et al. (2004), S. 13

4. Vernetzung

Im Blick auf die Sorge um den sterbenden Menschen und seine Angehörigen wird ein funktionsfähiges Netzwerk aufgebaut, in dem die verschiedenen Dienste und Einrichtungen im Gesundheitssystem als Hauptamtliche und Ehrenamtliche kontinuierlich kooperieren. Stationäre Hospize entbinden die Träger anderer Dienste und Einrichtungen nicht, sterbende Menschen nach besten Möglichkeiten zu begleiten.

5. Ethische Orientierung

Stationäre Hospize sehen es als ihre Aufgabe, dem Menschen in Würde zu begegnen. Das Leiden eines Menschen kann ihm seine Würde nicht nehmen. Sterben ist Leben – Leben vor dem Tod. Schwerstkranke Menschen erhalten im Hospiz ein Begleitungsangebot, um diese schwierige Situation gestalten zu können. Das Angebot, einfach da zu sein und notwendige Hilfe zu geben (,Solidarität' und ,Subsidiarität'), gilt in besonderer Weise den Menschen, die für sich angesichts ihrer fortgeschrittenen Erkrankung und der damit verbundenen Beeinträchtigung keine Kraft mehr verspüren, die Zeit bis zum Ende auszuhalten. Diese lebensbejahende Grundidee, solche Erfahrungen als zum Leben gehörend zu betrachten und als Herausforderung zum gemeinsamen Bestehen anzunehmen, schließt aktive Sterbehilfe aus.

6. Gesellschaftliche Wirkung

Die hauptberuflichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter/-innen im Hospiz leisten einen unverzichtbaren gesellschaftlichen Beitrag. Ihr Wirken zeigt beispielhaft, dass diese Kultur des Sterbens zu einer neuen Kultur des Lebens ermutigt. Sie machen durch Kommunikation mit dem gesellschaftlichen Umfeld Sterben und Tod als zum Mensch gehörend erlebbar und aufeinander Verwiesensein der Menschen deutlich.⁵⁵

Im Anschluss an die zitierten Leitlinien stationärer Hospize muss aufgezeigt werden, dass Hospize einen umfassenderen Auftrag, als den grundsätzlich kommunizierten haben. Die kommenden Ausführungen werden dem nachgehen.

⁵⁵ BAG Hospiz e.V. et al. (2004), S. 7 f.

3.2 Aufgaben

Neben der palliativ-medizinischen/-pflegerischen Versorgung sind vor allem psychosoziale und spirituelle Begleitung der schwerkranken Menschen und ihrer Angehörigen Schwerpunkt der Hospizarbeit. Verfolgtes Ziel dieser vier Säulen ist die Verbesserung der Lebensqualität⁵⁶. Der nächste Kapitelabschnitt 3.3 wird sich intensiver mit diesen Kernleistungen befassen.

Weitere drei, von Student identifizierte, Aufgaben bestimmen den Arbeitsauftrag von Hospizen: Beratung, Bildungsarbeit und Forschung.⁵⁷ Hospize sollen sich „in der Beratung von Betroffenen, Familien, Trauernden sowie Institutionen (wie Krankenhäusern und Pflegeheimen) engagieren.“⁵⁸ Dahinter steht der Gedanke, das erworbene Wissen und die Erfahrungen nicht für sich zu behalten, sondern es an andere weiterzutragen, die dieser Erkenntnisse und Kompetenzen bedürfen. Dieses Verständnis impliziert Bildungsarbeit. Gemeint ist die konkrete Wissensvermittlung in Form von Aus- und Weiterbildungen. Sie sollen haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter im Hospizbereich gleichermaßen erreichen.⁵⁹ „Hospizarbeit heißt also auch zu teilen, etwas von dem im Hospizbereich erworbenen Reichtum weiterzugeben.“⁶⁰ Forschung als vierte Aufgabe eines Hospizes zielt auf die Darstellung von Erkenntnissen aus der praktischen Arbeit ab. „Dies kann zu systematischen Beschreibungen führen aber durchaus auch in Zusammenarbeit mit Forschungseinrichtungen wie Hochschulen zu einer vertieften Kenntnis über das führen, was das Leben von Sterbenden angenehmer gestaltet und das Leben der Helfenden bereichert.“⁶¹ Die Praxis hätte von dieser Art des Forschens, die in ihrem Selbstverständnis gerade hier ethische Aspekte nie aus den Augen verliert, einen unmittelbaren Nutzen. Daraus entstehen folglich anschauliche Materialien für Beratungsaufgaben und Lehre.

Um die Eingangs benannten Versorgungsaufgaben zu verdeutlichen, wird im anschließenden Kapitelabschnitt mit dem Leistungsangebot fortgefahren.

⁵⁶ „Dazu was Lebensqualität ist, kann zunächst nur derjenige etwas bestimmen, um dessen Lebensqualität es geht, es gibt keine allgemeingültige Definition dafür bzw. es sollte keine geben. (...) Gesundheit auf der Grundlage des systemischen Gleichgewichts bedeutet höchste Lebensqualität. Dazu gehört die Abwesenheit von Angst, körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden, und möglicherweise auch Autonomie, Wohlstand, Frieden, Freiheit oder eine intakte Natur.“[Rumbke (2004), S. 29]

⁵⁷ vgl. Student (1999b), S. 50 f.

⁵⁸ Student (1999b), S. 50

⁵⁹ vgl. Student (1999b), S. 50

⁶⁰ Student (1999b), S. 50 f.

⁶¹ Student (1999b), S. 51

3.3 Leistungsangebot

„Im Rahmen der Versorgung werden im stationären Hospiz neben der Unterkunft und Verpflegung palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale und geistig-seelische Leistungen sowie Sterbe- und Trauerbegleitung ganztägig (vollstationär) (...) erbracht.“⁶² Das Leistungsangebot ist ganzheitlich ausgerichtet, d.h. die Inhalte und der Umfang von Pflege und Betreuung orientieren sich an den physischen, psychischen, sozialen und geistig-seelischen Bedürfnissen der Hospizgäste. Die Angehörigen der Sterbenden werden nach Möglichkeit in die Pflege und Begleitung mit einbezogen.⁶³ Aufgrund der sich schnell verändernden Situationen ist eine flexible Planung gefordert, die eine tägliche Reflexion und Tagesplanung verlangt.⁶⁴

3.3.1 Palliativ-pflegerische Versorgung

Der Schwerpunkt palliativer Pflege liegt in der Überwachung, Behandlung und Linderung von Schmerzen und die Krankheit begleitenden Symptome (medizinische Behandlungspflege).⁶⁵ Zu den pflegerischen Leistungen gehören grundsätzlich die Sicherstellung von Körperpflege, Ernährung und Mobilität.⁶⁶ Sie werden in der Regel um komplementäre Methoden, wie z. B. Basale Stimulation, Massagen und Aromatherapie ergänzt. Zum Leistungsumfang gehört ferner die Beschaffung und Verabreichung von Medikamenten, eine fachgerechte Wundversorgung sowie die kontinuierliche Beobachtung des Gesamtbefindens des Hospizgastes. Erforderliche prophylaktische Maßnahmen zur Verhütung von Begleiterkrankungen und Komplikationen finden im Sinne einer patientenorientierten Pflege ebenfalls ihre Berücksichtigung. Die Sicherung notwendiger Arztbesuche ist zudem Aufgabe von Pflegekräften. In das Aufgabengebiet palliativer Pflege eingeschlossen sind außerdem Aspekte psychosozialer und seelsorgerischer Begleitung des Gastes und seiner Bezugspersonen. Ggf. kann es auch zur Trauerbegleitung der Hinterbliebenen kommen.

Ein weiterer pflegerischer Auftrag erstreckt sich über den Tod des Patienten hinaus. Es ist „die rechtlich gebotene und wunschgemäße Versorgung des Verstorbenen.“⁶⁷

⁶² RV nach § 39a Satz 4 SGB V, § 3 Absatz 1

⁶³ vgl. RV nach § 39a Satz 4 SGB V, § 3 Absatz 3

⁶⁴ vgl. BAG Hospiz e.V. et al. (2004), S. 19

⁶⁵ vgl. RV nach § 39a Satz 4 SGB V, § 3 Absatz 2

⁶⁶ vgl. RV nach § 39a Satz 4 SGB V, § 3 Absatz 7

⁶⁷ BAG Hospiz e.V. et al. (2004), S. 15

Weissenberger-Leduc sieht das Ziel der palliativen Pflege darin, „den Menschen mit all seinen physischen, psychischen, sozialen und geistigen Bedürfnissen, Befindlichkeiten, Möglichkeiten und Ressourcen (...) so zu unterstützen, daß er in seiner aktuellen Situation ein Höchstmaß an Lebensqualität, Wohlbefinden, Symptomkontrolle, erfahren kann. Weiters soll der Patient Autonomie und Selbstbestimmung erhalten.“⁶⁸ Benner ergänzt den Blickwinkel und schreibt den palliativ Pflegenden „den Trost des sterbenden Menschen“⁶⁹ als Aufgabe zu. Die pflegerischen Ziele werden insgesamt in kollegialer Zusammenarbeit von Pflegefachkräften (siehe Kapitelabschnitt 3.4), insbesondere mit der Ärzteschaft verfolgt.

3.3.2 Palliativ-medizinische Versorgung

„Aus der Hospizbewegung hat sich eine medizinische Fachrichtung, die Palliativmedizin, entwickelt, deren Ziel die Linderung von Symptomen, die ganzheitliche Betreuung und damit die Verbesserung der Lebensqualität in der letzten Lebensphase ist.“⁷⁰ Das Augenmerk der Palliativmedizin liegt gänzlich auf der Schaffung und dem Erhalt von Lebensqualität und ist nicht mehr auf die Verlängerung des Lebens ausgerichtet.⁷¹ Der Arbeitsschwerpunkt ist „neben der Behandlung der körperlichen Beschwerden (Schmerztherapie, Symptomkontrolle) die Linderung der mit dem Krankheitsprozess verbundenen psychischen Leiden unter Berücksichtigung sozialer und ethischer Gesichtspunkte.“⁷² Klaschik nennt die Kommunikation mit dem schwerkranken, sterbenden Patienten und seinen Angehörigen als eine weitere wichtige Aufgabe. Die Art, in der der Arzt dem Schwerstkranken begegnet, ist neben der Kommunikation von großer Bedeutung. Denn „auch die wirkungsvollsten Behandlungsmethoden stellen keine ausreichende Hilfe für den kranken Menschen dar, wenn der Kranke nicht auch als Person ernst genommen wird.“⁷³ Palliativ-medizinische Versorgung impliziert folglich für den Arzt, sich dem Bedürftigen in seiner ganzen Person zuzuwenden. In stationären Hospizen wird die notwendige medizinisch-palliative Behandlung und Versorgung von kooperierenden, ortsansässigen Hausärzten (mit und ohne palliativ-medizinischer Weiterbildung) und Schmerztherapeuten wahrgenommen.

⁶⁸ Weissenberger-Leduc (2002), S. 63; vgl. Benner et al. (1997), S. 335

⁶⁹ Benner et al. (1997), S. 335

⁷⁰ Bausewein (2001), S.14; vgl. Klaschik (2000), S. 2 f.

⁷¹ vgl. Klaschik (2000), S. 3

⁷² vgl. RV nach § 39a Satz 4 SGB V, § 3 Absatz 2

⁷³ von Lutterotti (1999), S. 119

3.3.3 Psychosoziale Begleitung

In der RV nach § 39a Satz 4 SGB V heißt es im § 3 Absatz 5: „Im Rahmen der psychosozialen Begleitung stehen im Vordergrund Hilfen beim Verarbeitungsprozess in der Konfrontation mit dem Sterben, Krisenintervention und Unterstützung bei der Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten. Der Patient benötigt unter Umständen auch Hilfestellung bei der örtlichen und zeitlichen Orientierung. (...)“⁷⁴

Die psychosoziale Begleitung ist hauptverantwortlich den Sozialarbeitern zugeschrieben.⁷⁵ Aber, wie in den vorangegangenen Abschnitten aufgeführt, ist die psychosoziale Begleitung auch Teilaufgabe von Pflegekräften und Ärzten. Der Seelsorger und die ehrenamtlichen Mitarbeiter, wenn sie vom Hospizgast gewünscht sind, tragen ebenso zur psychosozialen Begleitung bei.

Busche et al. identifizierten zwei Hauptaufgaben der sozialarbeiterischen Tätigkeit. Sie benennen erstens die ‚Hilfestellung zur Bewältigung des Alltags‘ und zweitens die ‚Hilfestellung in Krisen‘.⁷⁶ Zu ‚Hilfestellung zur Bewältigung des Alltags‘ leistet Sozialarbeit in der Sterbebegleitung einen Beitrag, indem sie die Fähigkeiten der Betroffenen aufspürt, festigt und unterstützt, um ihnen weiterhin ein autarkes Leben im Sterben zu ermöglichen.⁷⁷ ‚Hilfestellung in Krisen‘ bedeutet einen Beratungs- und Begleitungsauftrag im Bezug auf Verlusterlebnisse wahrzunehmen, z. B. der Verlust der gewohnten Familienstruktur oder der Verlust von motorischen Fähigkeiten. Diese sind zumeist mit Trauer verbunden.⁷⁸ Sozialarbeit bietet in diesem Falle „Unterstützung bei der Entwicklung von Lebens-, Verhaltens- und Bewältigungsstrategien.“⁷⁹

Folgende Auflistung gibt einen Auszug konkreter Hilfen für Sterbende und ihre Angehörigen wieder, die Sozialarbeiter anbieten:

- Gespräche verschiedenster Art mit allen Beteiligten,
- Verständigungshilfen, z. B. zwischen Sterbenden und Angehörigen oder auch zwischen Angehörigen und Ärzten,
- materielle Hilfen, z. B. bei der Hospizkostenfinanzierung,

⁷⁴ RV § 39a Satz 4 SGB V, § 3 Absatz 5

⁷⁵ Busche et al. (1999), S. 129 ff.

⁷⁶ vgl. Busche et al. (1999), S. 131

⁷⁷ vgl. Busche et al. (1999), S. 131

⁷⁸ vgl. Busche et al. (1999), S. 132 f.

⁷⁹ vgl. RV nach § 39a Satz 4 SGB V, § 3 Absatz 7 letzter Abschnitt Aufzählungspunkt h)

- Vermittlung besonderer Dienste, z. B. Selbsthilfegruppen für Angehörige und
- nachgehende Hilfe, d. h. Trauerbegleitung.⁸⁰

3.3.4 Spiritueller Beistand

In Ergänzung zu den bereits ausgeführten Leistungsangeboten, wünschen sich viele Hospizgäste und auch deren Angehörige seelsorgerischen-religiösen (spirituellen⁸¹) Beistand.⁸² „Im Kontext der Arbeit im Hospiz bezieht sich Spiritualität auf das innere Wachsen von Menschen, auf Reifungsprozesse, auf die Suche des Menschen nach dem existentiellen Sinn seines Lebens, Leidens und Sterbens, auf die Quellen und das Ziel seines Daseins.“⁸³ Der Beistand öffnet sich dem Bedürfnis der Sterbenden, Sinnfragen von Leben, Tod, Sterben und dem ‚Danach‘ zu stellen. Ebenso bietet er Hilfe bei der Suche nach Antworten, auf die zuvor gestellten Sinn- und ggf. auch Glaubensfragen.⁸⁴ Seelsorgerische Begleitung kann in vielerlei Formen stattfinden. Sie kann von allen Mitarbeitern des Hospizes gewährt, sowie bei Bedarf und Wunsch durch hauptamtliche Seelsorger (z. B. Theologen) ergänzt werden.⁸⁵ Es können regelmäßige Gespräche sein, auf Verlangen auch Gebete, Andachten und Sakramente oder das ‚Einfach-nur-da-sein‘, was den spirituellen Beistand in Angst, Hoffnung, Verzweiflung und Trauer ausmacht. Husebø äußert zudem: „Menschliche Zuwendung zum Kranken ist auch ‚Seelsorge‘.“⁸⁶ „Seelsorgerischer Trost, Sterbegebete, Gespräche über Gott, den Menschen und die Welt vermitteln dem, der dafür offen ist, innere Ruhe und ein Gefühl von Geborgenheit und Frieden, von Aufgehobensein in einer höheren Ordnung.“⁸⁷ Piper sieht in dem Kontakt zu einem Seelsorger die Möglichkeit der Entlastung.⁸⁸

⁸⁰ vgl. Busche et al. (1999), S. 134-138

⁸¹ Spiritualität kann mit Religiosität gleichgesetzt werden, muss es aber nicht. Denn auch ein Atheist kann ein spirituelles Bedürfnis haben. [vgl. Lamp (2001c), S. 120 f.]

⁸² vgl. Husebø (2000b), S. 315

⁸³ Lamp (2001c), S. 119

⁸⁴ vgl. RV nach § 39a Satz 4 SGB V, § 3 Absatz 5

⁸⁵ vgl. Lamp (2001c), S. 124; vgl. Piper (1999), S. 142

⁸⁶ Husebø (2000b), S. 318

⁸⁷ Husebø (2000b), S. 315

⁸⁸ vgl. Piper (1999), S. 142

3.3.5 Sterbebegleitung

Sterbebegleitung wird von Lutterotti als „Gesamtfürsorge oder ganzheitliche (..) Fürsorge für den kranken und sterbenden Menschen“⁸⁹ vorgestellt. Er orientiert sich dabei an dem Begriff ‚total care‘, welchen Cicely Saunders prägte. Die Gesamtfürsorge setzt sich aus den in den vorherigen Kapitelabschnitten erläuterten Leistungsangeboten zusammen. Eine gute Grundpflege, palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung, psychosoziale und spirituelle Begleitung alleine sind jedoch nicht ausreichend. Es ist die Einstellung und die Haltung⁹⁰, wie Benner sagt die ‚Sorge‘, die dem schwerstkranken, sterbendem Menschen entgegengebracht wird, welche die Sterbebegleitung „zu einer wohlthuenden Gesamtfürsorge für den Kranken werden lässt“⁹¹. Denn der Begriff ‚Sorge‘ „impliziert, daß wir Personen, Ereignissen, Projekten und Dingen zugewandt sind, sie in ihrer Besonderheit ernstnehmen und sie mit sorgender Zuwendung bedenken.“⁹² Die sorgende Haltung kann es Sterbebegleitern, egal welcher Profession, ermöglichen, in der Begleitung situativ Probleme zu identifizieren, mögliche Lösungen zu erfassen und aus diesen Erkenntnissen nützliche Interventionen abzuleiten.⁹³ Diese Anteilnehmende Zuwendung bezieht die Angehörigen in die Sterbebegleitung gleichermaßen ein.

3.3.6 Trauerbegleitung

„Bei einer ernsten (inkurablen) Erkrankung treten Verlust und Trauer lange vor dem Tod auf. Ausgelöst werden sie durch Verlust einer Körperfunktion oder Auftreten von Abhängigkeit von anderen. Scheinbar ‚kleine Verluste‘ können schwere Trauerreaktionen hervorrufen (...).“⁹⁴ Trauerbegleitung bzw. der Trauer einen Raum zu geben, ist eine Aufgabe für alle, die diese Patienten betreuen und in ihrer krisenhaften Situation begleiten. Die Profession spielt dabei keine Rolle. Die Trauerbegleitung ist zudem eine Offerte für die Hinterbliebenen. Dies gilt für die Situation des unmittelbaren Todes sowie für die darauf folgende Zeit. Die Aufgabe der Hospizmitarbeiter besteht generell darin, Beistand zu leisten, präsent zu sein, als Ansprech- und Gesprächspartner zu fungieren sowie ggf. die akute Situation zu moderieren.⁹⁵ Meurer verdeutlicht, dass die Begleitung darüber hinaus

⁸⁹ von Lutterotti (1999), S. 114

⁹⁰ vgl. von Lutterotti (1999), S. 114 f.

⁹¹ von Lutterotti (1999), S. 115

⁹² Benner et al. (1997), S. 21

⁹³ vgl. Benner et al. (1997), S. 24 f.

⁹⁴ Husebø (2000b), S. 279

⁹⁵ vgl. Meurer (2001), S. 127 ff.

auch beinhalten kann „die Schwere des Augenblicks, die tiefe Traurigkeit über den unabänderlichen Abschied“⁹⁶ zu bestätigen. Denn der Trauerweg kann durch das Realisieren dieser schwierigen Situation seinen Beginn finden.⁹⁷ Die weitestreichende Form der Wegbegleitung im Sinne der Trauerbegleitung ist das Angebot eines Gesprächskontaktes z. B. für die Zeit nach der Beerdigung, nach den ersten vergangenen Wochen, Monaten und abschließend zum ersten Jahrestag.⁹⁸

3.4 Multiprofessionelles Team

Die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse des erkrankten Menschen werden als Versorgungsbedarf wahrgenommen und verstanden. Sie spiegeln sich im zuvor beschriebenen Leistungsangebot. Den vielseitigen Fragen und Problemen, die sich in der hospizlichen Begleitung zeigen, kann weder eine einzelne Person, noch eine Berufsgruppe gebührend begegnen. Es bedarf daher einer Versorgung im multiprofessionellen Team. Schneider sagt dazu, dass „das Gelingen aller Bemühungen um das Wohl der Begleiteten (..) wesentlich (..) von der Vernetzung und Verzahnung der verschiedenen Helfer und ihrer Aufgaben ... [abhängt] In der Zusammenarbeit im Hospizteam (...) gilt es, die jeweiligen Aufgaben und Rollen als aufeinander bezogen und voneinander abhängig zu verstehen.“⁹⁹ Das disziplinübergreifende Team setzt sich generell aus Pflegefachkräften, Ärzten, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Psychologen und verschiedenen Therapeuten (z. B. Physio-, Ergo-, Musik- oder Kunsttherapeuten) zusammen. Ehrenamtliche Mitarbeiter sind in das multiprofessionelle Team eingebunden.¹⁰⁰ Merkmal der interdisziplinären Zusammenarbeit ist die ‚Gleichwertigkeit‘. Sie wird durch reziproke Anerkennung und Wertschätzung der jeweiligen Leistungen deutlich.¹⁰¹

Wer Anspruch auf die Leistungen eines Hospizes und somit auf die Versorgung durch das eben beschriebene multiprofessionelle Team hat, wurde im Jahre 1998 in Form der RV nach § 39a Satz 4 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der

⁹⁶ Meurer (2001), S. 129

⁹⁷ vgl. Meurer (2001), S. 131

⁹⁸ vgl. Meurer (2001), S. 135

⁹⁹ Schneider (2001b), S. 83

¹⁰⁰ vgl. Bausewein (2001), S. 12 f.

¹⁰¹ vgl. Schneider (2001b), S. 83

BAG Hospiz sowie einigen karitativen Organisationen¹⁰² festgelegt.¹⁰³ Die sich daraus für stationäre Hospizeinrichtungen in Deutschland ergebenden Aufnahmekriterien folgen unmittelbar.

3.5 Aufnahmekriterien

Aus den vorangegangenen Kapiteln geht hervor, dass schwerstkranke und sterbende Menschen mit einer inkurablen, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung in Hospizen betreut werden. Eine stationäre Behandlung im Krankenhaus ist bei diesen Patienten bzw. Gästen nicht erforderlich, eine ambulante Betreuung nicht möglich. In der RV nach § 39a Satz 4 SGB V wurden die Kriterien für eine Hospizbewilligung in § 2 *Anspruchsberechtigte Versicherte* detaillierter formuliert: „(1) Grundvoraussetzung für die Aufnahme in eine stationäre Hospizeinrichtung ist, dass der Patient an einer Erkrankung leidet,

- a) die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
- b) bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder vom Patienten erwünscht ist und
- c) die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt und solange eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist.

In der Regel kommt eine palliativ-medizinische Behandlung in einem stationären Hospiz nur bei einem der folgenden Krankheitsbilder in Betracht:

- Fortgeschrittene Krebserkrankung,
- Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
- Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen,
- Endzustand einer chronischen Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.

Eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie reicht nicht aus, weil der

¹⁰² dazu zählten das Deutsche Rote Kreuz, der Arbeiterwohlfahrtsverband, der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband und das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland

¹⁰³ vgl. Klaschik (2000), S 22

palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgungsbedarf, der aus dieser Erkrankung resultiert, in seiner Art und von seinem Umfang her die Möglichkeiten von Laienhelfern (Angehörige, Ehrenamtliche) und (familien-) ergänzenden ambulanten Versorgungsformen (vertragsärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, ambulante Hospizbetreuung etc.) sowie die Finalpflege und Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig übersteigt.“¹⁰⁴

Student ergänzt diese Prüfsteine um ein weiteres, für die Praxis sehr bedeutendes Moment. Er setzt für eine Aufnahme in ein stationäres Hospiz voraus, dass „der Betroffene, seine Familie und möglichst auch der zuletzt behandelnde Arzt (...) das vom Hospiz vertretende Prinzip der lindernden Pflege und Therapie ... [kennt und billigt] Sie wünschen also keine eingreifenden Untersuchungen oder Therapieversuche mehr, sondern sind damit einverstanden, dass sich die weitere Behandlung auf eine Linderung der Beschwerden konzentriert. Dies bedeutet insbesondere, dass keine forcierte Ernährung, keine künstliche Beatmung und keine kontinuierliche Infusionstherapie mehr durchgeführt wird.“¹⁰⁵

Soweit die allgemeinen Ausführungen zu der Idee und der Institution Hospiz. Im nun folgenden Kapitel wird die Pflegeorganisationsform Bezugspflege vorgestellt, bevor anschließend erwähnte Institution und Organisationsform Bezug aufeinander finden.

4 Pflegeorganisationsform Bezugspflege

Die Ausführungen zur Pflegeorganisationsform Bezugspflege sind zum Großteil der Publikation ‚Bezugspflege‘ von Hans-Joachim Schlettig und Ursula von der Heide aus dem Jahr 1995 entnommen.

Dieses Kapitel stellt das Verständnis über die Pflegeorganisationsform Bezugspflege vor. Es werden die Prinzipien, Ziele, zwei Grundelemente dieser Arbeitsorganisation sowie strukturelle Voraussetzungen und die mit der Anwendung der Organisationsform einhergehenden Nutzen und Risiken angesprochen.

¹⁰⁴ RV nach § 39a Satz 4 SGB V, § 2 Absatz 1

¹⁰⁵ Student (1999a), S. 28

4.1 Prinzipien

Die Arbeitsorganisationsform Bezugspflege entstand in Deutschland in Anlehnung an das amerikanische Pflegesystem Primary Nursing (PN) nach Marie Manthey.¹⁰⁶ Durch die Konzeption wird das Vorgehen von Arbeitsabläufen geregelt und Verantwortlichkeiten festgelegt.¹⁰⁷ Bezugspflege ist eine patientenorientierte Organisationsform.¹⁰⁸ Das arbeitsorganisierende Element ist der Patient.¹⁰⁹ Jedem ist eine zuständige Pflegekraft, die sogenannte Bezugspflegekraft, zugeordnet. Diese ist dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den anderen an der Versorgung des Patienten beteiligten Personen namentlich bekannt und muss ihnen gegenüber für die geplante Pflege einstehen. In der Regel schafft eine aufgestellte Plantafel öffentliche Transparenz hinsichtlich der personalen Zuständigkeit.

Diese beginnt für die Bezugspflegekraft bei der Aufnahme des Patienten und endet mit seiner Entlassung, ggf. mit seiner Verlegung oder seinem Tod.¹¹⁰ Diese kontinuierliche Patientenbetreuung wird als eine elementare Grundvoraussetzung angesehen¹¹¹, da sie Vertrauen schafft, „ohne die eine pflegerische Beziehung nicht möglich ist.“¹¹² Die Bezugspflegekraft ist für den Pflegeverlauf des Patienten während seines gesamten Aufenthaltes persönlich verantwortlich: für die geplante Pflege, die Durchführung von Pflegemaßnahmen und die Dokumentation der Pflege sowie die Evaluation und Anpassung von Pflegehandlungen.¹¹³

Es folgt eine differenzierte Übersicht der *Prinzipien der Bezugspflege*:

- Bezugspflegekräfte können und dürfen nur berufserfahrene und qualifizierte (drei-jährig-examinierte) Pflegende sein.
- Bei der Aufnahme wird jedem Patienten eine für ihn zuständige und verantwortliche (Bezugs-)Pflegekraft zugewiesen,
- Die Bezugspflegekraft erstellt eine Anamnese anhand des von ihr geführten Aufnahmegesprächs, verfasst daraufhin, wenn möglich mit dem Patienten gemeinsam, einen Pflegeplan, in welchem neben den Pflegeproblemen,

¹⁰⁶ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 86

¹⁰⁷ vgl. Josuks, (2003), S. 17

¹⁰⁸ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 81

¹⁰⁹ vgl. Manthey (2005), S. 12

¹¹⁰ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 10; vgl. Manthey (2005), S. 12

¹¹¹ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 81; vgl. Manthey (2005), S. 12

¹¹² BMGS et al. (2004), S. 31

¹¹³ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 82 und S. 10

Ressourcen und Pflegezielen, die geplanten Pflegeinterventionen festgehalten werden.

- Im Verlauf der Pflege überprüft die Bezugspflegekraft die Pflegeplanung und passt sie ggf. an die veränderte Situation und/oder die Patientenbedürfnisse an.
- Die Verantwortung für die geplante Pflege des Bezugspatienten trägt sie ‚rund-um-die-Uhr‘ und muss diese dem Patienten, seinen Angehörigen, ihren Kollegen, den Ärzten und anderen an der Versorgung Beteiligten gegenüber vertreten.
- Die Bezugspflegekraft übernimmt bei Anwesenheit immer selbst die Pflege ihres Patienten.
- Bei Abwesenheit der Bezugspflegekraft übernimmt eine andere Pflegekraft die Versorgung des Patienten ‚in Vertretung‘ und führt die Pflege anhand des ihr vorliegenden Pflegeplanes durch. Nur in Notfällen darf von diesem Plan abgewichen werden.
- Die korrekte, lückenlose Dokumentation der durchgeführten Pflegeinterventionen liegt ebenfalls im Verantwortungsbereich der Bezugspflegekraft. So ist sie z. B. verpflichtet, die Dokumentation, welche während ihrer Abwesenheit von der Vertretungspflegekraft vorgenommen wurde, auf ihre Richtig- und Vollständigkeit zu prüfen.
- Zu den Aufgaben der Bezugspflegekraft gehört zudem die Begleitung der Arztvisite hinsichtlich ihrer Patienten
- Ebenso bespricht die Bezugspflegekraft den Tagesablauf mit ihrem Patienten und stimmt ggf. anliegende Aktivitäten (wie z. B. Krankengymnastik, Atemtherapie) mit ihm ab.
- Der Pflegeverlauf wird bei der Entlassung oder Verlegung des Patienten abschließend in Augenschein genommen. Diese Auswertung der Pflege wird von der Bezugspflegekraft gemeinsam mit ihrem Patienten oder ggf. den nächsten Angehörigen vorgenommen.¹¹⁴

Bezugspflege wird von Schlettig und von der Heide aber nicht nur als eine Organisationsform angesehen, sondern sie setzt vielmehr eine Haltung und Bereitschaft

¹¹⁴ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 86-89

voraus, ohne die eine Umsetzung in die Praxis nicht möglich wäre.¹¹⁵ Konkret sind damit die Beziehungs- und Verantwortungsbereitschaft von den Pflegenden, speziell den Bezugspflegenden gemeint, auf deren Bedeutung im Verlauf dieses Kapitels näher eingegangen wird. Nachstehend wird erläutert, welche Ziele Bezugspflege verfolgt.

4.2 Ziele

Nach Andraschko liegt das Hauptziel der Bezugspflege darin, „dass alle Patienten eine folgerichtige, kompetente, ihnen individuell angepasste Pflege erhalten, an der sie – soweit wie möglich – aktiv mitentscheiden und mitgestalten“¹¹⁶. Damit verbunden ist das Bestreben nach der Zufriedenheit des Patienten sowie seiner Angehörigen.¹¹⁷ Bezugspflege möchte mit der kontinuierlichen Zuständigkeit einer Pflegekraft dazu beitragen, dass „für den Patienten die Anonymität der Pflegenden überwunden (...)“¹¹⁸ wird. Der Patient soll durch die klare Arbeitsorganisation Vertrauen zu seiner Bezugspflegekraft und den Vertretungspflegekräften entwickeln. Dieses dient als Grundgerüst für eine pflegerische, professionelle Beziehung.¹¹⁹ Zu den Zielen gehören ebenfalls die Berufs- und Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte.¹²⁰ Sie sind „erreichbar durch die Übernahme von Verantwortung für die eigene Tätigkeit“¹²¹. Josuks führt ein in diesem Zusammenhang stehendes, indirektes Ziel der Bezugspflege auf: die Dezimierung der Fluktuation der Pflegedienstmitarbeiter.¹²² Andraschko bezeichnet drei weitere Ziele von Bezugspflege: ein „gut funktionierendes Team, in dem die Ressourcen der Einzelnen genutzt werden, wertschätzende Zusammenarbeit und Entwicklung des Berufsstandes.“¹²³ Stuhl benennt ein letztes: die Minimierung von Informationsverlusten und die damit verbundene Verbesserung der Versorgungsqualität. Diese wird durch direkte Kommunikation angestrebt.¹²⁴

¹¹⁵ vgl. Schlettig et al. (1995), S. VI

¹¹⁶ Andraschko (1996) S. 7

¹¹⁷ vgl. Josuks (2003), S. 19; vgl. Stuhl (2006), S. 21; vgl. Andraschko (1996) S. 7

¹¹⁸ Schlettig et al. (1995), S. 10

¹¹⁹ vgl. Josuks (2003), S. 19

¹²⁰ vgl. Andraschko (1996), S. 7

¹²¹ Josuks (2003), S. 19; vgl. Stuhl (2006), S. 21

¹²² vgl. Josuks (2003), S. 19; vgl. Andraschko (1996), S. 7

¹²³ Andraschko (1996), S. 7

¹²⁴ vgl. Stuhl (2006), S. 21

Um die hier vorgestellten Ziele erreichen zu können, bedarf es eines dem Handeln zugrunde liegenden Verständnisses. Dieses Pflegeverständnis und die Betrachtungsart auf den Menschen als Subjekt, sind Gegenstand des anschließenden Kapitelabschnittes.

4.3 Pflegeverständnis und Menschenbild

Grundlegend für das Handeln eines jeden Menschen ist seine Einstellung oder Haltung. In der Pflege sind es, neben z. B. Fachkenntnissen und Erfahrungen, das Pflegeverständnis und das Menschenbild, die das Handeln von Pflegekräften prägen. Schlettig und von der Heide legen für die Umsetzung der Bezugspflege folgendes Pflegeverständnis und Menschenbild zugrunde: Zum einen wird der Patient ‚ganzheitlich‘, als Einheit von Körper, Geist und Seele betrachtet.¹²⁵ Zum anderen wird er mit der Situation, in der er sich befindet, immer im Kontext zu seiner Umwelt und seinen Lebenserfahrungen gesehen. Nationale, kulturelle und religiöse Einflüsse dürfen in diesem Zusammenhang nicht außer Acht gelassen werden.¹²⁶

„Unter Seele verstehen (...) ... [die Verfasser] ... die Gefühlswelt des Menschen, wie sie in seinen Äußerungen von ... [Emotionen wie] ... Freude und Ärger, Lust und Unlust, usw. deutlich wird.“¹²⁷ „Unter Geist verstehen (...) ... [sie] ... den Teil des Menschen, der seine Individualität ausmacht und der mit Ich bezeichnet werden kann.“¹²⁸ Individualität und Entwicklungsfähigkeit werden als die Merkmale des Geistes genannt und in Beziehung zur Biographie gesetzt.¹²⁹

Laut der Aussagen von Schlettig und von der Heide beruht die Möglichkeit der Entwicklung des Menschen auf dem Prinzip der Freiheit. Damit ist gemeint, der Mensch hat im Leben die Wahl zwischen ‚Richtig‘ oder ‚Falsch‘ und mit der Wahl einer dieser beiden Optionen bestimmt er sein eigenes Schicksal. Die Freiheit entsteht jedoch allein durch die Wahlmöglichkeit.¹³⁰ Übertragen auf den Begriff ‚Patientenorientierung‘ würde das bedeuten, dem Patienten als Pflegekraft seine Wahlmöglichkeiten in Bezug auf die Pflege aufzuzeigen, ihm aber seine (Entscheidungs-)Freiheiten zu lassen, diese mitzutragen und schließlich in der Konsequenz zu begleiten.

¹²⁵ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 92; vgl. Andraschko (1996), S. 6

¹²⁶ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 5; vgl. Andraschko (1996), S. 6

¹²⁷ Schlettig et al. (1995), S. 92

¹²⁸ Schlettig et al. (1995), S. 92

¹²⁹ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 92 f.

¹³⁰ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 93

Ganzheitliche Pflege bezieht sich außerdem auf das Arbeitsverständnis. Die pflegerischen Tätigkeiten sollen nicht wie in der Funktionspflege in einzelne zergliedert werden, sondern systematisch als Ganzes bzw. vollständig erbracht werden. Sie sollen somit nicht aus einem Sinnzusammenhang gerissen werden. Der ganzheitlichen Systematik folgend wird neben der Patienten- auch die ‚Mitarbeiterorientierung‘ gedacht.¹³¹ Damit ist gemeint, „daß die Belange der Pflegenden wie auch der anderen Mitarbeiter(innen) ... [bei den Handlungen] ... berücksichtigt werden.“¹³² „Ganzheitliche Pflege lässt sich also (...) mit Blick auf die arbeitende Pflegekraft, d. h., im Sinne einer gesundheits- und persönlichkeitsgerechten Gestaltung der Arbeit definieren.“¹³³

Das Pflegeverständnis gibt darüber hinaus Auskunft zur Rolle der Pflegenden. Ihnen wird eine begleitende, vermittelnde, beratende, unterstützende oder versorgende Funktion zugewiesen. Diese variieren je nach Patientenbedarf.¹³⁴ Zu den generellen Aufgaben von Pflegekräften zählen laut Schlettig und von der Heide:

- „(...) Voraussetzungen (...) schaffen, die dem kranken Menschen helfen, sich mit seiner Erkrankung auseinanderzusetzen.
- (...) die Umgebung des Patienten so gestalten, daß er sie als wohltuend, anregend oder ordnend erlebt (...)
- (...) den Alltag für den Patienten so gestalten, daß (..) ein zeitlicher Rahmen geschaffen wird. Eine rhythmische Abfolge von Handlungen und Ruhepausen sowie regelmäßig wiederkehrende Abfolgen derselben (...)¹³⁵
- Orientierung geben
- eine Vertrauensbasis schaffen.

Die Autoren bekräftigen: „Pflege ... [ist] ... maßgeblich von der pflegerischen Beziehung zum Patienten geprägt“¹³⁶. Antworten darauf, was für den Beziehungsaufbau förderlich ist und welchen Stellenwert die Beziehung Pflegekraft – Patient für die pflegerische Versorgung einnimmt, werden im nächsten Abschnitt gegeben.

¹³¹ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 6

¹³² Schlettig et al. (1995), S. 6

¹³³ Büssing et al. (1998), S. 25

¹³⁴ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 5

¹³⁵ Schlettig et al. (1995), S. 4

¹³⁶ Schlettig et al. (1995), S. 5

4.4 Bedeutung von Beziehung

Laut Schlettig und von der Heide ist ‚die Beziehung‘ das erste Grundelement, das die Bezugspflege ausmacht.¹³⁷ Generell wird in der pflegewissenschaftlichen Literatur der Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten eine besondere und einzigartige Bedeutung zugemessen.¹³⁸ Von einer Beziehung ist nach dem Verständnis von Schlettig und von der Heide zuzusprechen, „wenn eine Verbindung zweier Menschen zustande kommt, die aktiv in ein Verhältnis zueinander treten.“¹³⁹ Mit dem Beziehungsbegriff im Kontext zur Bezugspflege meinen sie eine professionelle pflegerische Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft.¹⁴⁰ Diese setzt von der Patientenseite ausgehend Vertrauen oder zumindest einen Vertrauensvorschuss voraus. Zutrauen kann dadurch erzielt werden, in dem die Persönlichkeit des anderen Menschen respektiert, seine individuelle Freiheit geachtet und die Selbständigkeit des zu Pflegenden gefördert wird.¹⁴¹ Geht man umgekehrt von der Seite der Pflegenden aus, impliziert die Beziehung einen bewussten Umgang mit der zu pflegenden Person und gründet sich auf folgende Aspekte:

- „das richtige Maß von Nähe und Distanz,
- fachliches Wissen (medizinisch und pflegerisch) sowie Pflegefertigkeiten und -fähigkeiten,
- Beziehungsfähigkeit (Interesse und Zuwendung für den Patienten),
- die Akzeptanz des Patienten als mündiger Partner,
- Verantwortungsfähigkeit, -bereitschaft und -übernahme,
- Einbeziehung des Patienten und seines sozialen Umfeldes in den Pflegeablauf.“¹⁴²

Den Ausführungen von Pohlmann zufolge spielt das Mitgefühl¹⁴³ der Pflegekräfte ihren Patienten gegenüber eine wichtige Rolle. Er schreibt: „Mitgefühl (...) kann sich positiv auf die weitere Beziehungsgestaltung auswirken, weil durch das Mitfühlen das Verantwortungsgefühl und somit die Motivation der Pflegenden gesteigert wird.“¹⁴⁴

¹³⁷ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 10

¹³⁸ z. B. vgl. Peplau (1995), Bauer (1997), Pohlmann (2006), S. 156

¹³⁹ Schlettig et al. (1995), S. 11

¹⁴⁰ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 13

¹⁴¹ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 5

¹⁴² Schlettig et al. (1995), S. 19

¹⁴³ Mitgefühl ist nicht mit Mitleid zu verwechseln, sondern es kommt eher dem Sorge Begriff von Patricia Benner (vgl. Benner et al (1997)) nahe.

¹⁴⁴ Pohlmann (2006), S. 159

Nach diesen Ausführungen kann man subsumieren, dass die Qualität der Beziehung immer durch die an ihr beteiligten Personen bestimmt wird. Im Fall einer pflegerischen Beziehung sind es Pflegekraft und Patient, im weiteren Sinn auch Pflegekraft und Angehörige, die diese Qualität beeinflussen.

Um die Bedeutung der professionellen Beziehung im Zusammenhang mit dem aus dem Pflegeverständnis abgeleiteten Handeln für das Gelingen von Pflege in wenigen Worten abschließend darzulegen, sei die Aussage von Sowinski zitiert: „Eine gute Beziehung und fördernde Haltung sind (...) unabdingbare Voraussetzungen für einen möglichst hohen Outcome einer Pflegeintervention.“¹⁴⁵

4.5 Bedeutung von Verantwortung

Bezogen auf die Bezugspflege bildet ‚die Verantwortung‘ das zweite Grundelement.¹⁴⁶ Gemeint ist die pflegerische Verantwortung von Pflegekräften für ihr berufliches Tun. Die Verantwortung der Bezugspflegekraft ist im Besonderen eine Planungs-, Entscheidungs-, Durchführungs- und Kontrollverantwortung für die Pflege der ihr anvertrauten Patienten. Es wird von ‚Gesamtverantwortung‘ gesprochen.¹⁴⁷ Diese Verantwortung erstreckt sich über den gesamten Aufenthalt des jeweiligen Patienten, von der Aufnahme bis zur Entlassung, 24 Stunden am Tag, sieben Tage in der Woche.¹⁴⁸

Die Entscheidungsverantwortung bezieht sich auf „die eindeutige Übernahme (...) für das Treffen von Entscheidungen in Bezug auf die Pflege des Patienten“¹⁴⁹. Die Bezugspflegekraft entscheidet darüber, wie ihr Patient pflegerisch versorgt wird, bestimmt also, welche Pflegemaßnahmen zu welcher Zeit, mit welchem Ziel durchgeführt werden. Sie übernimmt darüber hinaus die Planungsverantwortung, denn sie plant die zu erbringende Pflege und verantwortet diese. Für die Richtigkeit der selbsterbrachten pflegerischen Verrichtungen am Patienten trägt die Bezugspflegekraft, sowie alle Pflegenden, die Durchführungsverantwortung. Mit Kontrollverantwortung wiederum ist zum einen die Pflicht zur Evaluation, Überprüfung der Pflegeinterventionen hinsichtlich des anvisierten Pflege-Erfolges oder -Zieles gemeint. Die Bezugspflegekraft ist zum anderen für die korrekte, vollständige und umfassende Dokumentation verantwortlich.

¹⁴⁵ Sowinski (2006), S.792

¹⁴⁶ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 10

¹⁴⁷ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 82

¹⁴⁸ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 86 ff.; vgl. Manthey (2005), S. 62 f.

¹⁴⁹ Manthey (2005), S. 62

Diese Verantwortung fordert gleichzeitig die Kontrolle der Einträge der Vertretungspflegekräfte während ihrer Abwesenheit zu übernehmen.

Die Vertretungspflegekräfte, welche grundsätzlich verpflichtet sind, sich an die vorgegebene geplante Pflege der Bezugspflegekraft zu halten, tragen diesbezüglich eine Ausführungsverantwortung. An diese knüpft die generelle Handlungsverantwortung an.

Schlettig und von der Heide verstehen ‚Verantwortung‘ darüber hinaus folgendermaßen: „Verantwortung impliziert, daß auf Fragen geantwortet werden kann. Antworten kann jedoch nur geben, wer kompetent ist und das entsprechende Wissen zur Verfügung hat. In diesem Sinne verstehen wir die Verantwortung der Pflegenden als Antwort auf ausgesprochene und unausgesprochene Fragen des Patienten, seiner Angehörigen und der anderen, die am Patienten arbeiten.“¹⁵⁰ Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) interpretiert diese Form der Verantwortung so, dass dem Patienten durch sie Sicherheit vermittelt und Vertrauen geschaffen werden soll.¹⁵¹

Allgemein gilt, dass Verantwortung ein wichtiges Merkmal eines jeden Berufes ist, welches die Berufsangehörigen dazu veranlassen sollte innerhalb ihres Kompetenzbereichs verantwortlich zu arbeiten. „Erst indem die *Verantwortung* für die eigenen Entscheidungen und die daraus resultierenden Handlungen übernommen wird, kann ein Beruf autonom sein.“¹⁵²

4.6 Voraussetzungen

In den folgenden fünf Gliederungsabschnitten geht es um notwendige Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung von der bisher beschriebenen Bezugspflege. Sie sind aufbauorganisatorischer Natur und beschränken sich auf die wesentlichen Kernaspekte.

4.6.1 Qualifikation der Pflegenden

Schlettig und von der Heide zählen Voraussetzungen und Fähigkeiten für die in der Bezugspflege Tätigen auf (siehe Tbl. 1, S.34).¹⁵³ Es sind für sie äußerliche

¹⁵⁰ Schlettig et al. (1995), S. 54

¹⁵¹ vgl. BMGS et al. (2004), S. 31

¹⁵² Schlettig et al. (1995), S. 9

¹⁵³ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 154

Mindestanforderungen, wie Berufs- und Lebenserfahrung. Daneben erachten sie die innere Bereitschaft zur Bezugspflege als genauso wichtig.¹⁵⁴ Diese ist letztlich der Schlüssel zur Beziehungsaufnahme mit dem Patienten und ermöglicht es im Pflegeprozess Verantwortung zu übernehmen. Grond sieht Verantwortlichkeit und Beziehungsfähigkeit als Voraussetzungen der Bezugspersonen an. Die von ihm aufgezeigte Fach- und Sozialkompetenz versteht er als „Denken in sozialen Rollen und Systemen, aktuelles Pflegewissen, Pflegefertigkeiten, Berufserfahrung und die Fähigkeit zu planen, zu organisieren und zu koordinieren“¹⁵⁵. Sie sind denen von Schlettig und von der Heide gleich (siehe Tbl. 1, umseitig). Grond erachtet sie als Voraussetzungen, „um Verantwortung für ganzheitliche Bezugspflege übernehmen, sie mit Überzeugung vertreten und Veränderungen gegen Widerstände ... [der Kollegen] ... durchhalten zu können“. Auch Büssing sieht die Notwendigkeit einiger qualifikatorischer Voraussetzungen, um vollständige, ganzheitliche Pflege, wie sie Bezugspflege anstrebt, umsetzen zu können. Denn Bezugspflege „führt zu intensiveren Kontakten mit den PatientInnen, ihren Wünschen, Bedürfnissen, Ansprüchen, ihren psychischen und sozialen Problemen sowie ihren körperlichen Erkrankungen.“¹⁵⁶ Büssing erachtet daher soziale und kommunikative Kompetenzen als unabdingbar.¹⁵⁷

In einer Stellenbeschreibung für eine Primary Nurse (einer Bezugspflegekraft) die in der ambulanten Pflege tätig ist, wurden drei fachliche Voraussetzungen beschrieben:

- „1. Mind. 3 Jahre Berufserfahrung nach der staatlichen Anerkennung
2. Mind. 2 Jahre Berufserfahrung in der ambulanten Pflege ... [also in dem zurzeit tätigen Arbeitsbereich] ...
3. Nachweis über Fortbildung im Kommunikations- oder Managementbereich oder Verpflichtung zur Teilnahme“¹⁵⁸

Auch hier sind es erneut die Berufserfahrung und Management- bzw. organisatorische Kompetenzen, die als entscheidende Kriterien genannt werden. Diese werden um kommunikative Kompetenz ergänzt.

¹⁵⁴ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 157

¹⁵⁵ Grond (2000), S. 34

¹⁵⁶ Büssing et al. (1998), S. 32

¹⁵⁷ vgl. Büssing et al. (1998), S. 32

¹⁵⁸ Josuks (2003), S. 40

Von Pflegekräften wird darüber hinaus erwartet, „daß sie einen gesteuerten Umgang mit Nähe und Distanz im Beziehungsprozeß praktizieren können.“¹⁵⁹

Abschließend sei auf den arbeitszeitlichen Umfang hingewiesen, den es bedarf, um als Bezugspflegekraft eingesetzt werden zu können. Die im Stellenplan geführten Pflegefachkräfte müssen „mehr als 70% einer 38,5-Stunden-Woche arbeiten“¹⁶⁰. Dies entspricht aufgerundet einer Wochenarbeitszeit von 30 Stunden.¹⁶¹

<p>Theoretische und praktische Ausbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegewissen • medizinisches Wissen • manuelle Fertigkeiten • Berufserfahrung <p>Organisatorische Fähigkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planungsfähigkeit • Organisationsgeschick • Koordinationsvermögen <p>Persönliche Fähigkeiten und Einstellung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verantwortungsübernahme • Beziehungsfähigkeit • soziale Kompetenz

Tbl. 1: Voraussetzungen und Fähigkeiten für die in der Bezugspflege Tätigen

(Quelle: Schlettig et al. (1995), S. 154)

4.6.2 Arbeitszeiten und Dienstplangestaltung

Den Erfahrungen von Schlettig und von der Heide zur Folge bedarf es bei der Pflegeorganisationsform Bezugspflege keiner veränderten Arbeitszeiten, als der in der

¹⁵⁹ Schlettig et al. (1995), S. 18

¹⁶⁰ BMGS et al. (2004), S. 35; Grond (2000), S. 14

¹⁶¹ 70% entsprechen genau 26,95;

im PN-System ist von mindestens 30 Wochenstunden die Rede [vgl. Josuks (2003), S. 40]

Pflege üblichen. Es ist von einem Drei-Schicht-System auszugehen mit Früh-, Spät- und Nachtdiensten. Diese generellen Angaben führen die Autoren nicht weiter aus.

„In den patientenorientierten Pflegesystemen bestimmen die organisatorischen Rahmenbedingungen, ob kontinuierliche Patientenbetreuung möglich ist oder ob sie sich auf die Dauer von Schichten beschränkt.“¹⁶² Die erfolgreiche Dienstplangestaltung ist ‚ein‘ Instrument, um Kontinuität in der Patientenversorgung zu sichern.¹⁶³ „Es liegt auf der Hand, dass, wenn die Kontinuität der Versorgung zu einem wichtigen Kriterium der Dienstplangestaltung wird, das Kriterium *Mitarbeiterwünsche* eine andere Gewichtung erhält und dass es mit anderen Kriterien wie den *Patientenerfordernissen* (...), der Zusammensetzung des Arbeiterteams (erfahrene oder weniger MitarbeiterInnen, (...)) konkurriert.“¹⁶⁴ Zusätzlich wird die Kontinuität durch das Tauschen von Diensten, durch unregelmäßigen Einsatz von Teilzeitkräften und durch Ausfall bei Krankheit erschwert. Die Dienstplangestaltung ist unter Berücksichtigung der Erfordernisse, die Bezugspflege stellt, anspruchsvoll. Ein Lösungsansatz oder Prinzipien zur Herangehensweise lassen sich bisher in der pflegewissenschaftlichen Literatur nicht finden.

Eines ist sicher und sollte bei der Planung nicht außer Acht gelassen werden: dass „jede Pflegende ihre Bezugspatienten immer betreut, wenn sie im Dienst ist; gleichwohl ob sie Früh- oder Spätdienst macht, (...).“¹⁶⁵ Wenn eine Pflegekraft 16 Patienten und mehr zu betreuen hat, kann von Bezugspflege nicht mehr die Rede sein.¹⁶⁶ Dieser Fall trifft meist in den Nachtdiensten ein und wird arbeitsorganisatorisch nicht als bedenklich angesehen.

Bei der Dienstplangestaltung sind grundsätzlich die gesetzlichen Regelungen des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG). Dieses setzt, wie andere Arbeitnehmerschutzgesetze, staatliche Rahmenvorschriften als vorgeschriebene Mindeststandards. Die Vorschriften enthalten Regelungen über Höchstgrenzen für die tägliche Arbeitszeit (§ 3 ArbZG), Mindestruhezeiten während der Arbeit (§ 4 ArbZG) und Mindestruhezeiten nach Beendigung der Arbeit (§ 5 ArbZG).

¹⁶² Schlettig et al. (1995), S. 83

¹⁶³ vgl. Manthey (2005), S. 12

¹⁶⁴ Manthey (2005), S. 12 f.

¹⁶⁵ Schlettig et al. (1995), S. 165

¹⁶⁶ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 167

4.6.3 Pflegedokumentation

Seit etwa 20 Jahren ist die Pflegedokumentation in Deutschland in der Praxis eingeführt.¹⁶⁷ „Im Rahmen gesetzlicher Vorgaben und Qualitätsvorschriften wird sie ausdrücklich gefordert und immer wieder geprüft.“¹⁶⁸ Aber nicht nur aufgrund gesetzlicher Vorgaben nimmt die Pflegedokumentation einen bedeutenden Stellenwert im pflegerischen Berufsalltag ein. „Da aufgrund arbeitsorganisatorischer Aspekte wie Schichtarbeit, (..), flexible Personaleinsatzplanung, u.a.m. pflegerische Bezugspersonen wechseln, stellt die Pflegedokumentation eine notwendige Voraussetzung für eine an den Bedürfnissen der PatientInnen orientierte, kontinuierliche, zielgerichtete, gesicherte und nachvollziehbare Pflege dar.“¹⁶⁹

Laut Schlettig und von der Heide ist die Pflegedokumentation „die Garantie dafür, daß die wesentlichen Informationen über die mündliche Übergabe hinaus jederzeit zur Verfügung stehen.“¹⁷⁰ Auch Haug sieht in der „Dokumentation aller pflegerischen Arbeitsvollzüge (..) eine Voraussetzung für den reibungslosen Ablauf der ganzheitlichen Pflege.“¹⁷¹ Die Pflegedokumentation dient den Mitarbeitern des Pflegedienstes als zentrales Arbeitsmittel: als Informationsinstrument für das gesamte Pflegeteam, als Prozessdokumentation für die verantwortliche Bezugspflegekraft und die Vertretungspflegekräfte sowie als Evaluationsinstrument alleinig für die dafür zuständige Bezugspflegekraft. Schlettig und von der Heiden sehen durch die Dokumentation der Pflege die Möglichkeit einer kontinuierlichen und verlässlichen Pflege des Patienten gegeben.¹⁷² Aussagen über Art und Umfang der notwendigen Dokumentation werden nicht getroffen.

Forschungsergebnisse decken „den ... [generell] ...schlechten Zustand der Pflegedokumentation“¹⁷³ auf. Aus professioneller Sicht werden sie als unzulänglich, wenig aussagekräftig oder ähnlich beschrieben.¹⁷⁴ Zudem steht immer wieder die Frage im Raum, was eigentlich dokumentiert werden soll. Von Experten wird gefordert, dass die Pflegedokumentation „inhaltlich vollständig sein und damit ein umfassendes Patientenbild

¹⁶⁷ vgl. Abt-Zegelin (2005), S. 111

¹⁶⁸ Abt-Zegelin (2005), S. 111

¹⁶⁹ Bleses et al. (1998a), S. 169

¹⁷⁰ Schlettig et al. (1995), S. 168

¹⁷¹ Haug (1997), S. 72

¹⁷² vgl. Schlettig et al. (1995), S. 168

¹⁷³ Abt-Zegelin (2005), S. 117

¹⁷⁴ vgl. Abt-Zegelin (2005), S. 111 ff.

darstellen ... [soll] ..., einen handlungsweisenden, konkreten Informationsgehalt, sowie eine konsistente, systematische Verlaufsbeschreibung des Pflegeprozesses aufweisen ... [soll]¹⁷⁵ Speziell im Pflegebericht, der nur einen Teil der Pflegedokumentation darstellt¹⁷⁶, „sollen Wirkung und Verlauf der Pflege, Abweichungen, Besonderheiten und die Befindlichkeit des Patienten reportiert werden“¹⁷⁷.

4.6.4 Übergabe

„Übergaben sind ein wichtiger Bestandteil der Pflege und dienen - neben einer lückenlosen Dokumentation - als zusätzliches Informationsinstrument zur Sicherung der Pflegequalität.“¹⁷⁸ Übergaben werden genutzt um Informationen und Beobachtungen bzgl. der Patienten von der gehenden Schichtbesetzung zur ablösenden Schichtbesetzung auszutauschen. Ebenso werden pflegerisches Vorgehen sowie die Beurteilung von Interventionen individuell besprochen.¹⁷⁹ Schlettig und von der Heide sehen keinen Bedarf, die Übergabe im ‚großen Rahmen‘ durchzuführen, d. h. das alle Pflegekräfte der jeweiligen Schichten (z. B. der Früh- und Spätschicht) gemeinsam der Übergabe beiwohnen. Sie sprechen davon, dass „eine direkte Übergabe zwischen den beiden jeweils zuständigen Pflegenden stattfinden“¹⁸⁰ kann. Manthey beschreibt es für PN identisch.¹⁸¹

4.6.5 Teambesprechung

Teambesprechungen sind verpflichtende dienstliche Besprechungen. In der Praxis werden sie oft als Dienstbesprechungen betitelt. Sie können unterschiedliche Themengebiete beinhalten. Typisch sind z. B. Inhalte wie die Weitergabe von Fachinformationen, Berichte über Probleme in der Pflege, Informationen über neu aufgenommene zu Pflegende.¹⁸² Ferner sind in der Praxis Fallbesprechungen als festangesetzte Themen zu finden. Sie sind „ein zentrales Instrument der professionellen Zusammenarbeit im Team und der

¹⁷⁵ Höhman et al. (1997), S. 159

¹⁷⁶ Der andere Teil der Pflegedokumentation besteht in der Regel aus einem Stammdatenblatt, einem Anamnesebogen, einer Pflegeplanung mit dokumentierten Pflegeproblemen, -ressourcen, -maßnahmen und -zielen, einem Vitalzeichenblatt, u. a..

¹⁷⁷ Abt-Zegelin (2005), S. 118

¹⁷⁸ Bleses et al. (1998a), S. 165 f.

¹⁷⁹ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 79

¹⁸⁰ Schlettig et al. (1995), S. 81

¹⁸¹ vgl. Manthey (2005), S. 67

¹⁸² vgl. Rogall (2005), S 196

Qualitätssicherung“¹⁸³. Die Bezugspflegekräfte erhalten durch Fallbesprechungen, bei denen ‚ihr‘ Bezugspatient und dessen Pflegesituation im Zentrum stehen, die Möglichkeit, für sich empfundene „problematische und auch emotionsgeladene Situationen zu entwirren und den Blick für eine professionelle Sichtweise frei zu machen.“¹⁸⁴ Fallbesprechungen dienen dem kollegialen Austausch, indem Fragen und Erfahrungen Raum finden und gemeinsam Lösungsstrategien entwickelt werden. Dies soll der (Selbst-)Reflexion und dem Lernen dienen.¹⁸⁵ Somit können Dienstbesprechungen dazu beitragen Ziele von Bezugspflege, wie eine wertschätzende Zusammenarbeit und die Entwicklung des Berufsstandes, zu fördern.

4.7 Nutzen

Bezugspflege ermöglicht durch seine Arbeitsorganisation eine individuelle, patientenorientierte¹⁸⁶ Pflege.¹⁸⁷ Der Patient steht im Mittelpunkt. Durch die gegebene Kontinuität der Patientenversorgung erhält die Bezugspflegekraft einen Überblick über bestehende pflegerische Probleme und Ressourcen. Sie kann sich direkt am Geschehen, das sie begleitet, orientieren.¹⁸⁸ Es eröffnet ihr die Möglichkeit, den Patienten mit seinen Bedürfnissen, Vorlieben und Gewohnheiten kennen zu lernen. Die erforderliche Pflege kann durch diese Erkenntnisgewinne und in Absprache mit dem Patienten spezifisch gestaltet werden.

Bezugspflege „ermöglicht den Aufbau einer besseren Pflegeperson-Patienten-Beziehung“¹⁸⁹ und lässt „Kontinuität in der Durchführung pflegerischer Tätigkeiten und das bewusste Wahrnehmen von Erfolgen in der Pflege“¹⁹⁰ am Patienten zu. ‚Gute‘ Gewohnheiten, die sich aus einem kontinuierlichen Patientenkontakt heraus entwickeln können, „helfen dem Patienten, Vertrauen¹⁹¹ aufzubauen, und der Pflegenden, ihre Arbeit sicherer, ... [gezielter] ... und (...) kraftsparender auszuführen“¹⁹².

¹⁸³ Rogall (2005), S 205

¹⁸⁴ Rogall (2005), S 205

¹⁸⁵ vgl. Rogall (2005), S 205 f.

¹⁸⁶ d. h., dass die Arbeitsprozesse am Versorgungsbedarf des Patienten und zudem an seinen Bedürfnissen ausgerichtet werden

¹⁸⁷ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 68; vgl. BMGS et al. (2004), S. 37

¹⁸⁸ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 3

¹⁸⁹ Stuhl (2006), S. 19

¹⁹⁰ Josuks (2003), S. 19

¹⁹¹ „Vertrauen empfinden wird beschrieben als ein warmes, tragendes Gefühl des Sich-aufgehoben-, Sich-geborgen-, Beschützt- und Umsorgt-Fühlens.“[Schlettig et al. (1995), S. 28] Dieses Sicherheitsempfinden kann förderlich für den Genesungsprozess sein und ist der Patientenzufriedenheit zuträglich.

¹⁹² Schlettig et al. (1995), S. 26

„Der Mitarbeiter fühlt sich kompetent und in seiner Arbeit aufgewertet. Das KDA konnte beobachten, dass diese Form der Pflegeorganisation bei allen Beteiligten zu größerer Wertschätzung und Sympathie untereinander führt.“¹⁹³ Bezugspflege bietet jeder einzelnen Bezugspflegekraft und auch ihren Vertreterinnen „den Freiraum für die eigene berufliche Entwicklung“¹⁹⁴. Die Pflegekräfte haben die Möglichkeit sich untereinander fachlich zu beraten, Pflegesituationen gemeinsam zu reflektieren und von den individuellen Erfahrungen und Kompetenzen der Kolleginnen neue Erkenntnisse für das eigene Handeln zu erzielen (siehe dazu Kapitelabschnitte 4.6.4 f.).¹⁹⁵

Da die Bezugspflegekraft der zentrale Ansprechpartner für alle an der Versorgung ihres Bezugspatienten beteiligten Berufsgruppen ist und die Pflege verantwortet, kann die Pflegekraft in ihrer Fachkompetenz wahrgenommen sowie beachtet werden. Dies kann z. B. zu der vom KDA beschriebenen größeren Wertschätzung und Anerkennung führen und professionsübergreifendes (interdisziplinäres) Arbeiten fördern¹⁹⁶, besonders hinsichtlich der Ärzteschaft.¹⁹⁷

Bezugspflege kann ebenso einen Beitrag hinsichtlich der systematischen Einarbeitung und Anleitung neuer Mitarbeiter und Auszubildender leisten. Dieses Mentoring wird von der Pflegeorganisationsform begünstigt, indem die neuen Kollegen in die erfolgenden Evaluationen der Pflege direkt mit eingebunden werden können.¹⁹⁸

Generell betrachtet, soll Bezugspflege ermöglichen, „kranken und hilfsbedürftigen Menschen beizustehen und ihnen in der Ausübung der Pflege zu begegnen, um sie während ihres Krankseins auf ihrem Lebens- und Entwicklungsweg begleiten zu können“¹⁹⁹.

4.8 Risiken

Neben den zuvor dargelegten Nutzen, bringt Bezugspflege auch Risiken mit sich. Vier in der pflegewissenschaftlichen Literatur beschriebene seien beispielhaft genannt.

¹⁹³ BMGS et al. (2004), S. 13

¹⁹⁴ Schlettig et al. (1995), S. 37

¹⁹⁵ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 37

¹⁹⁶ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 48 ff.

¹⁹⁷ vgl. Schlettig et al. (1995), S. 42 ff.

¹⁹⁸ vgl. Josuks (2003), S. 19

¹⁹⁹ Schlettig et al. (1995), S. 170

„Die Konzentration aller pflegerischen Belange auf eine Person kann sich als problematisch auswirken, da die Qualität der Pflege von der jeweiligen Kompetenz der Pflegekraft abhängt.“²⁰⁰ Dies bezieht sich auf die Pflegeplanung und die Ausführung von Pflegemaßnahmen, wie z. B. Wundversorgung oder Lagerung bzw. Umbettung von Patienten zur Dekubitusprophylaxe, gleichermaßen. Als Lösung wird ein regelmäßiger Austausch zwischen den Bezugspflegekräften und den anderen Pflegenden bzgl. der geplanten Pflege und der konkreten Patientenversorgung gesehen, so wie er für Übergaben und Teambesprechungen (ggf. in Form von Fallbesprechungen) vorgesehen ist.²⁰¹

Elkeles gibt zu bedenken, dass „die Erweiterung des Tätigkeitsspektrums bei ganzheitlicher Pflege neue Belastungen hervorrufen kann, vor allem durch erhöhte Anforderungen an die Sozialkompetenzen (...).“²⁰² Ggf. kann hier neben generellen fachlichen Gesprächen im Team, Supervision zur Reflexion erfahrener, belastender Pflegesituationen dienlich sein (vgl. Kapitelabschnitt 7.9). Personalentwicklungsmaßnahmen wären als Gegenmaßnahme ebenso in Betracht zu ziehen.

Die Pflege-Patienten-Beziehung kann ein weiterer Problemfaktor in der Bezugspflege sein. Das richtige Maß an Nähe und Distanz generell in einer pflegerischen Beziehung zu finden, wird von Pflegenden teilweise als Gradwanderung erlebt, wie eine phänomenologische Untersuchung der Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus zeigt.²⁰³ Mit der in der Bezugspflege stark gekoppelten Verantwortlichkeit für ‚seinen‘ Patienten, können diese Grenzen bzw. kann die erforderliche ‚professionelle‘ Abgrenzung erst recht für den Pflegenden konfliktreich sein. Grond bringt es auf den Punkt: „Zu enge Beziehung und einseitig gefühlsbetonte Bedürfnisbefriedigung der Kranken im Sinne bemutternder Pflege macht den/die Kranke/n abhängig und hilflos, verwöhnt ihn/sie und fördert damit die Regression, überfordert die Pflegenden und begünstigt Eifersucht der Kolleg(inn)en.“²⁰⁴

Ein letztes Risiko geht mit eingetretener Personalknappheit einher. Sie kann z. B. durch einen hohen Krankenstand entstehen. Auch der Personalausfall bedingt durch Urlaub und

²⁰⁰ BMGS et al. (2004), S. 38

²⁰¹ vgl. BMGS et al. (2004), S. 13

²⁰² Elkeles (1997), S. 60

²⁰³ vgl. Pohlmann (2006), 801

²⁰⁴ Grond (2000), S. 16

Fortbildungen kann bereits zu Qualitätseinbußen führen. Diese sind hinsichtlich der individualisierten Pflege, die durch Bezugspflege gewährleistet werden soll, zu verstehen. Denn in Anbetracht von Personalknappheit droht Diskontinuität in der pflegerischen Versorgung.²⁰⁵

Nachdem die Bezugspflege anhand grundlegender Aspekte vorgestellt wurde und zu Beginn der Arbeit eine umfangreiche Darstellung der Hospizarbeit generell sowie der stationären Hospizarbeit speziell erfolgte, werden folgend die Inhalte zusammen betrachtet. Es wird ein Erklärungsversuch vorgenommen, der Antwort auf die Frage geben soll, weshalb Bezugspflege eine geeignete Arbeitsorganisationsform für die Belange stationärer Hospize ist.

5 Bezugspflege in stationären Hospizen

Wenn man die Ziele der Bezugspflege sowie das zugrundeliegende Pflegeverständnis und Menschenbild betrachtet, ist festzustellen, dass sie im Wesentlichen deckungsgleich mit den Grundgedanken der Hospizarbeit sind. Bezugspflege kann demzufolge eine passende Pflegeorganisationsform für die Belange stationärer Hospize darstellen. Deutliche Argumentationsbeispiele werden nachstehend beschrieben.

Generell lässt sich festhalten, dass die Patienten und deren Angehörige sowohl im Bezugspflegesystem, als auch in stationären Hospizen im Mittelpunkt stehen. Verfolgt wird jeweils das Erlangen eines Zufriedenheitsgefühls der Patienten/der Gäste, wie auch der Angehörigen, indem sie stets informiert und integriert werden.

Die Bezugspflege wird in der Literatur beschrieben als „Versuch, ganzheitliche Pflege in die Praxis umzusetzen“²⁰⁶. Die Hospizidee fordert genau diese. Zentral ist für beide, den Menschen bzw. den Patienten/den Gast als ein Individuum mit physischen, psychischen, geistigen und sozialen Bedürfnissen zu betrachten und anzuerkennen.

„Das Erhalten von Autonomie und Würde Schwerstkranker und Sterbender“²⁰⁷, was ein Element der Hospizidee ist, kann durch die Pflegeorganisationsform Bezugspflege erreicht

²⁰⁵ vgl. Stuhl (2006), S. 19

²⁰⁶ Andraschko (1996), S. 6

²⁰⁷ Klaschik (2000), S. 2

werden. Denn Bezugspflege verfolgt ebenso die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der hilfebedürftigen Patienten. So werden diese an der Planung ihrer Pflege durch die Bezugspflegekraft aktiv beteiligt. Sollte dies nicht möglich sein, würden ggf. nahestehende Bezugspersonen in die Planung und Gestaltung der Pflege involviert. Die Patientenwünsche und -bedürfnisse sind letztlich maßgeblich. Ihre Pflege wird individuell, d. h. auf ihre Belange hin, abgestimmt. Eine Bezugspflegekraft, welche die Möglichkeit erhält ‚ihren‘ Gast beständig zu begleiten und somit die Gelegenheit hat, ihn (und mit ihm seine Gewohnheiten) besser kennen zu lernen, kann dessen pflegerische Versorgung im akuten Sterbeprozess eher nach seinem bisherigen ‚Sein‘ planen und ausführen. Sie würde die Pflege in seinem Sinne (anwaltschaftlich) gegenüber dem Hospizteam vertreten und gewissermaßen anordnen.

„Die Zeit, die die Hospizgäste und ihre Familien im Hospiz verbringen, ist nicht sehr lang. Aber es ist eine sehr intensive Zeit, in der, bedingt durch die Grenz- und Extremsituationen am Lebensende, schnell Nähe und ein Kennen lernen geschieht und von allen Seiten gesucht wird.“²⁰⁸ Diesbezüglich ist es als zuträglich anzusehen, jedem Hospizgast und somit auch seinen Angehörigen, eine Bezugspflegekraft, wie es das Bezugspflegesystem vorsieht, an die Seite zu stellen. Eine Bezugspflegekraft würde eine Konstante in der Begleitung darstellen, ggf. Vertrauen und Sicherheit suggerieren und dadurch die Patient-Pflege-Beziehung fördern können. Im Idealfall könnte sich der Gast somit neben körperlichen Hilfestellungen und Symptomlinderungen, auch eher für emotionale Unterstützungsangebote öffnen. Ebenso besteht die Möglichkeit, dass sich Angehörige mit ihren Ängsten und Nöten vertrauensvoll an die Bezugspflegekraft wenden. Sterbende und deren Angehörige sollten in dieser schweren Zeit ohnehin nicht mit mehr neuen Personenkontakten konfrontiert werden, als unbedingt nötig. Sie benötigen ihre persönlichen Ressourcen eher dafür, sich mit der gegebenen, unabänderbaren Situation des ‚Abschiednehmen-Müssens‘ auseinander zu setzen.

In der Bezugspflege erfolgt professionsübergreifendes Arbeiten. Die Bezugspflegekraft übernimmt die Gesamtverantwortung für die pflegerische Versorgung und fungiert als Kommunikations- und Informationszentrale für alle an der Versorgung eines Patienten beteiligten Personen. Zudem koordiniert sie dessen Tagesablauf. In der stationären

²⁰⁸ Rumbke (2004), S. 30

Hospizarbeit ist multidisziplinäres Arbeiten Standard und die Implementierung der Funktion einer Bezugspflegkraft kann als Hilfe angesehen werden. Die Zuständigkeiten für Absprachen (z. B. Terminabsprachen) und Informationsweitergaben (mündlich wie schriftlich) sowie Planung und Koordinierung wären somit während des gesamten Gastaufenthaltes fest an eine Person gebunden, welche sich ferner dafür verantwortlich fühlte und ein reibungsloseres Miteinander dadurch ermöglichte.

6 Das Hospiz Nordheide

Das vollstationäre Hospiz Nordheide nahm am 01.11.2005 seinen Versorgungsauftrag unter den in Kapitel 3 benannten Rahmenbedingungen auf.

„Entstanden aus einem Initiativkreis, der es sich zur Aufgabe gemacht hatte, Hospizarbeit im Landkreis Harburg zu fördern, wurde im November 2003 die Bürgerstiftung Hospiz Nordheide²⁰⁹ gegründet. Viele Menschen im Landkreis Harburg und darüber hinaus haben durch ihre Spendenbereitschaft den Bau eines Hospizes in Buchholz ermöglicht ... [– das Hospiz Nordheide] ...“²¹⁰

6.1 Einrichtung

Das Hospiz Nordheide hält für bis zu zwölf Gäste „geräumige, wohnliche, barrierefreie Einzelzimmer (...) mit einer Größe von 20-30 qm mit eigenem Duschbad“²¹¹ bereit. Ein Besucherzimmer als Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige, ein Wintergarten inklusive Wohnküche, ein Pflegebad und ein Raum der Stille können zudem genutzt werden. Das Hospiz verfügt des Weiteren über drei Büros, eine Stationsküche und Wirtschaftsräume sowie einen Personalumkleidungs- und Sanitärraum.

Das Hospiz befindet sich auf dem Gelände des Krankenhauses Buchholz. Räumlich ist es vom Krankenhausgebäude durch einen separaten Eingang getrennt. „Das zum Hospiz gehörige Grundstück ist ca. 2000 qm groß und direkt am Stadtpark gelegen. Die Gartenanlage verfügt über eine 50 m² große Terrasse. Insgesamt sieben Zimmer verfügen

²⁰⁹ Die Stiftung sammelt Geld und fördert damit die stationäre und ambulante Hospizarbeit sowie die Palliativmedizin im Landkreis Harburg (Niedersachsen). Vordringliches Ziel ist die Förderung des stationären Hospizes.

²¹⁰ Hospiz Nordheide gGmbH (2005), S. 4

²¹¹ Hospiz Nordheide gGmbH (2005), S. 4

über eine eigene Terrasse. Alle Terrassen sind mit Rollstuhl und Bett befahrbar.²¹² Träger des Hospizes ist die Hospiz Nordheide gGmbH. Die Gesellschafter sind der Herbergsverein, Altenheim und Diakoniestation zu Tostedt e.V., der Kirchenkreis Hittfeld, das Deutsche Rote Kreuz und der Oekumenische Hospizdienst Buchholz e.V.. Die Geschäftsführung hat der Herbergsverein, Altenheim und Diakoniestation zu Tostedt e.V. übernommen. Der Stelle²¹³ der Geschäftsführung ist unterstützend die Stabstelle der Qualitätsbeauftragten zugeordnet. Für die Angestellten der Verwaltung und das Leitungsteam, bestehend aus der PDL, der stellvertretenden PDL und der Sozialpädagogin, ist der Geschäftsführer direkter Vorgesetzter. Dem Leitungsteam sind direkt die Mitarbeiter der Hauswirtschaft und des Pflegedienstes unterstellt. Die Pflegefachkräfte haben wiederum Weisungsbefugnis den Hauswirtschaftskräften gegenüber. Die sich aus dieser Beschreibung ergebende Aufbauorganisation für das Hospiz Nordheide lässt sich folgendermaßen darstellen:

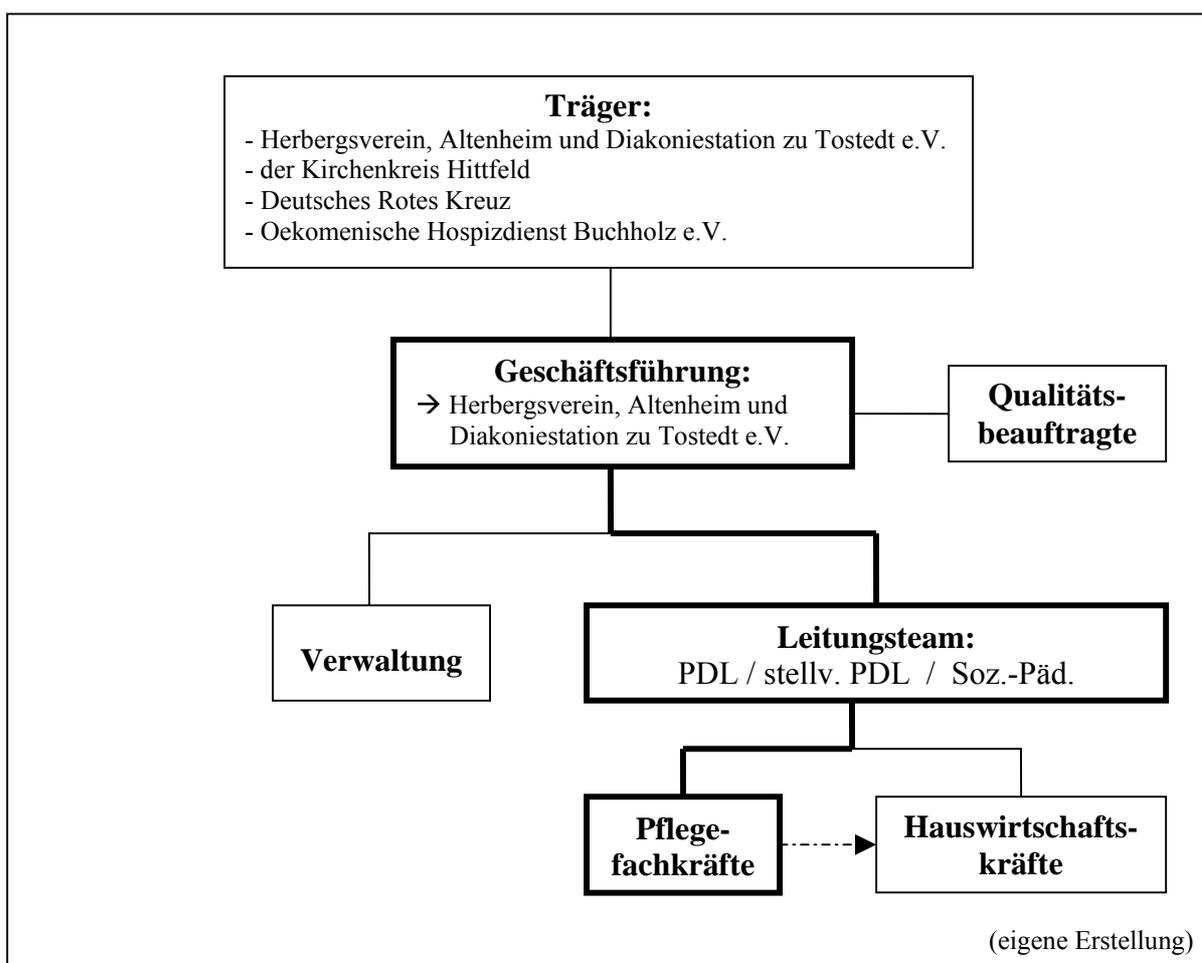


Abb. 1: Organigramm des Hospiz Nordheide

²¹² Hospiz Nordheide gGmbH (2005a), S. 3

²¹³ „Die Stelle ist (...) das Grundelement der Aufbauorganisation. Sie stellt die Zusammenfassung von Teilaufgaben zum Arbeitsbereich und Aufgabenbereich einer Person dar.“ [Wöhe (2000), S. 178]

Der im Organigramm erkennbare dickere Pfad, zeigt die Linien-Organisation²¹⁴ des Pflegedienstes auf. Dieser ist im weiteren Verlauf alleinig von Bedeutung.

6.2 Pflegedienst

Die Mitarbeiter des Pflegedienstes sind für die vom Hospiz zu erbringenden Leistungen der Pflege und Betreuung²¹⁵ zuständig (siehe Kapitel 3.3). Wie vorangehend beschrieben, ist den Pflegefachkräften das Leitungsteam vorgesetzt. Die PDL und stellvertretende PDL haben demnach Weisungsbefugnis den Pflegedienstmitarbeitern gegenüber. Die Sozialpädagogin hingegen besitzt keine in einer Stellenbeschreibung festgehaltene formale Weisungsbefugnis, aber eine informelle Weisungskompetenz.

Die für den Pflegedienst des Hospizes grundlegenden Rahmenbedingungen werden in den sich anschließenden Kapitelabschnitten aufgezeigt.

6.2.1 Pflegeverständnis und Menschenbild

Das Pflegeverständnis sowie das Menschenbild orientieren sich an den Grundgedanken der Hospizarbeit, wie sie in dieser Arbeit wiedergegeben wurden.

Im Konzept des Hospiz Nordheide heißt es: „Die Pflege und Betreuung ist ganzheitlich ausgerichtet, d. h. die erforderliche Pflege wird sach- und fachkundig umfassend geplant, ausgeführt und orientiert sich an den körperlichen, psychischen, sozialen und geistig-seelischen Bedürfnissen der Hospizgäste.“²¹⁶

Das Handeln der Pflegefachkräfte wird zudem durch die individuelle Lebensgeschichte und die Selbstbestimmung der Gäste bestimmt. Die Mitarbeiter wenden sich den Hospizgästen und ihren Angehörigen in Fürsorge zu und bieten ihnen die notwendige Unterstützung an, um das Leben vor dem Tod erlebbar und gestaltbar zu machen.

²¹⁴ Die Linienorganisation ist „die straffste Form der organisatorischen Gliederung eines Betriebes (...). Danach darf eine Instanz nur von einer übergeordneten Anweisungen erhalten. Folglich sind sämtliche Abteilungen in einen einheitlichen Instanzenweg (Dienstweg) eingegliedert, es besteht von der Betriebsleitung bis zur untersten Stelle eine eindeutige Linie der Weisungsbefugnis und Verantwortung, (...)“ [Wöhe (2000), S. 183].

²¹⁵ Der Versorgungsumfang ist in der RV nach § 39a Satz 4 SGB V im § 3 geregelt.

²¹⁶ Hospiz Nordheide gGmbH (2005), S. 9

Es wird als eine Aufgabe angesehen, den Menschen in Würde²¹⁷ zu begegnen.²¹⁸ „Im Mittelpunkt steht der sterbende Mensch in seiner Einzigartigkeit, mit seinen Stärken und Schwächen, und die Verbesserung seiner Lebensqualität.“²¹⁹ Grundhaltung in der Arbeit des Hospizes ist das christliche Menschenbild. Leitend sind: Nächstenliebe, Respekt vor der Würde des Menschen.²²⁰

6.2.2 Stellen

Die personelle Ausstattung im Pflegedienst, inklusive der fachlichen Leitungsstellen, ist hinsichtlich der Anzahl und Qualifikationen nach den Angaben der PDL vom 01.01.2007. folgende:

- *PDL* (eine Vollzeitstelle)
Diplom Pflegewirtin, Examinierte Krankenschwester mit Palliative-Care-Weiterbildung (von der RV nach § 39 a SGB V gefordert)
- *Stellvertretende PDL* (eine Vollzeitstelle)
Examinierte Krankenschwester mit Palliative-Care-Weiterbildung (von der RV nach § 39 a SGB V gefordert)
- *Pflegefachkräfte* (elf Vollzeitstellen)
Examinierte/r Krankenschwester/-pfleger

Insgesamt stehen dem Hospiz zwölf Vollzeitstellen für die Erbringung des pflegerischen Leistungsangebotes zur Verfügung (inkl. der Stelle der stellvertretenden PDL). Diese Stellen sind auf insgesamt 17 Mitarbeiter verteilt (siehe Tbl. 2, umseitig). Das Kreisdiagramm in Abb. 2 (umseitig) zeigt die prozentuale Verteilung. Die Weiterbildung zur Palliativ Care Fachkraft gemäß der RV nach § 39a SGB V hat von den Pflegefachkräften zurzeit eine Stelleninhaberin (mit einem wöchentlichen Arbeitsumfang von 33 Std.) abgeschlossen. Zwei weitere Mitarbeiterinnen (mit einem wöchentlichen

²¹⁷ „Würde tritt als ein entscheidendes Merkmal des häufig angemeldeten Anspruchs der ‚Patientenorientierung‘ bzw. ‚Personorientierung‘ auf, die zugleich eine Orientierung am geschichtlichen Kontext (Biografie, Kohortenzugehörigkeit) und am soziokulturellen Kontext bedeutet.“ [Schwerdt (2002), S. 81]

²¹⁸ vgl. Hospiz Nordheide gGmbH (2007)

²¹⁹ Hospiz Nordheide gGmbH (2007)

²²⁰ vgl. Hospiz Nordheide gGmbH (2007)

Arbeitsumfang von 38,5 und 30 Std.) schließen sie noch in diesem Jahr ab. Eine weitere Pflegefachkraft (mit einem wöchentlichen Arbeitsumfang von 35 Std.) bringt zweieinhalb Jahre Berufserfahrung im Versorgungsbereich Palliativ Care mit.

Wochenarbeitsstunden	Mitarbeiterzahl
38,5	2
35	4
33	1
30	3
25	2
19,25	1
18	1
15	2
12	1

Tbl. 2: Verteilung der 12 Vollzeitstellen

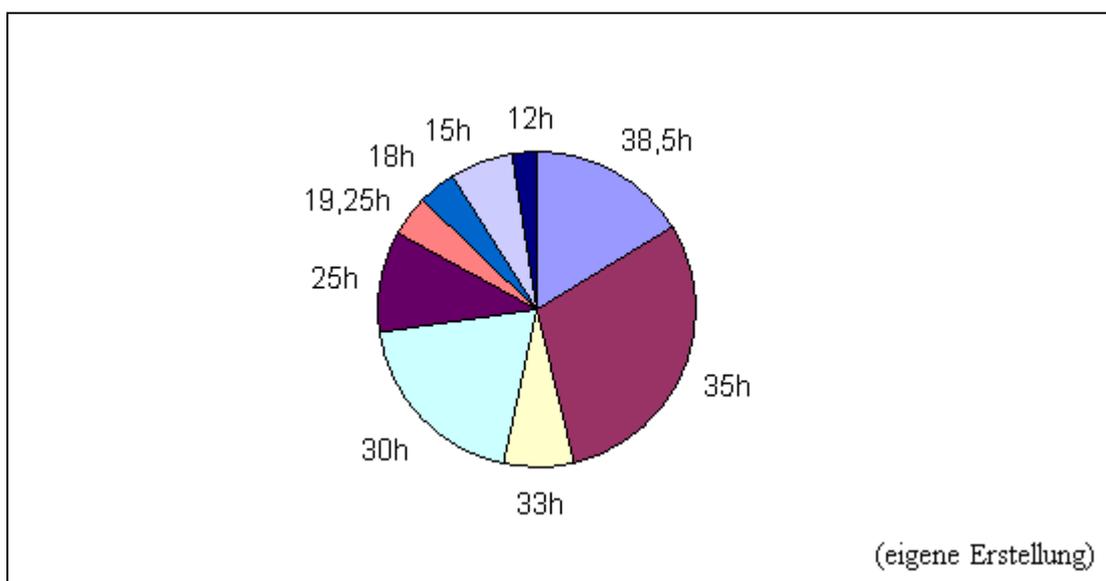


Abb. 2: Prozentuale Verteilung der Stellenbesetzungen in Wochenarbeitsstunden

6.2.3 Arbeitszeiten und Dienstplangestaltung

Die Mitarbeiter des Pflegedienstes sichern eine 24 Std.-Versorgung der Hospizgäste. Für ihre Arbeitszeiten ergeben sich daraus drei Schichten: Früh-, Spät- und Nachtdienst (F/S/N). Jede Pflegefachkraft, egal mit welchem Stellenumfang, muss diesen drei Hauptschichten nachgehen. Der Frühdienst ist, um den häufig wechselnden Bedarfen gerecht werden und die Stundenverteilung individuell handhaben zu können, in vier verschiedene Zeitfenster aufgeteilt. Es ergeben sich daraus die Dienste F1, F2, F3, F5²²¹ (siehe Tbl. 3). In der Regel arbeiten in der Frühschicht drei Pflegefachkräfte (ggf. vier). Zwei von ihnen beginnen mit ihrem Dienst um 6:30 Uhr und eine arbeitet in der Regel von 8.00 bis 15.30 Uhr. Besteht weiterer Bedarf, werden kurzfristig Anpassungen vorgenommen oder ein zusätzlicher Dienst eingeplant. Für die Spätschicht gilt grundsätzlich der S1-Dienst (siehe Tbl. 3). Ihm sind zwei Pflegefachkräfte zugeordnet. Aus Gründen eines erhöhten Arbeitsanfalles in den Abendstunden bzw. einer starken Arbeitsbelastung kann von dem S2-Dienst (siehe Tbl. 3) Gebrauch gemacht werden. Dieser wird von der PDL oder ihrer Stellvertretung bei Bedarf kurzfristig nachbesetzt. Für die Nachtschicht ist eine feste Arbeitszeit von zehn Stunden vorgesehen (siehe Tbl. 3). Sie wird von einer Pflegefachkraft allein wahrgenommen.

Dienste	Arbeitszeiten	Arbeitsstunden
F1	6:30 – 14:15	7,25
F2	8:00 – 15:30	7,0
F3	8:00 – 13:00	4,5
F5	8:00 – 14:00	5,5
S1	13:35 – 21.20	7,25
S2	18:00 – 22:00	4,0
N1	20:55 – 6:55	10,0

Tbl. 3: Arbeitszeitendarstellung

„Im Rahmen der Dienstplanung wird der Personaleinsatz von professionellen und ehrenamtlichen Mitarbeitern entsprechend der tatsächlichen Belegung so aufeinander abgestimmt, dass die Versorgung der Hospizgäste tagsüber, nachts, wochentags wie auch

²²¹ Der F4 Dienst wurde im ersten Jahr des Bestehens ersatzlos gestrichen und die Zählung nicht angepasst.

an Wochenenden und Feiertagen sichergestellt ist.²²² Die Dienstpläne werden von der PDL oder der stellvertretenden PDL EDV-gestützt geschrieben. In der Regel wird er zu Beginn des Vormonats festgelegt oder spätestens zwei Wochen vor Ablauf des gültigen. „Die Dienstplangestaltung (...) geschieht auf der Grundlage einer Fünf-Tage-Woche mit einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 38,5 Std. und durchläuft einen Monatsrhythmus.“²²³ Orientiert wird sich zudem an den arbeitsrechtlichen Vorgaben des ArbZG sowie an den Mitarbeiterwünschen. Eine Balance von Be- und Entlastung der Mitarbeiter steht ebenso im Fokus der Berücksichtigung.

6.2.4 Pflegedokumentation

„Im Sinne einer kontinuierlichen Leistungserbringung und zur Legitimation gegenüber Dritten gestaltet das Hospiz sein Dokumentationssystem nach praktischen Arbeitserfordernissen.“²²⁴ Die Pflegedokumentation, welche die Grundlage der gästebezogenen Informationen bildet, erfolgt EDV-gestützt und zu einem geringen Anteil in Papierform.²²⁵

Die elektronische Dokumentation enthält folgende Formblätter:

- Stammblatt
- Anamnesebogen (nach den AEDLs von Krohwinkel)
- Biographischer Anamnesebogen
- Nachweis pflegerischer Tätigkeiten/Leistungspaket pro Schicht
- Pflegebericht
- Risikobewertung ‚Wunden‘ (Bradenskala)
- Wundbericht
- Bilanzierungsblatt
- Lagerungsblatt/Bewegungsplan
- Pflegeplanung (nach den AEDLs von Krohwinkel)
- Medikamentenblatt/Verlaufsnachweis der verordneten Medikamente

²²² Hospiz Nordheide gGmbH (2005), S. 6

²²³ Hospiz Nordheide gGmbH (2005), S. 6

²²⁴ BAG Hospiz e.V. et al. (2004), S. 62

²²⁵ vgl. Hospiz Nordheide gGmbH (2005), S. 7

Die gästebezogene Handakte umfasst:

- Ausdruck des aktuellen Medikamentenblattes (in Form einer Stellliste)
- Nachweis über die Verabreichung der Bedarfsmedikation
- Nachweis über die Verabreichung von regelmäßigen Betäubungsmitteln
- Allgemeines Anordnungsblatt des betreuenden Arztes
- Anordnungsblatt des Arztes speziell über Bedarfsmedikamente
- Formular ‚Fragen an den Arzt‘
- vom Gast mitgebrachte Schriftstücke, wie z. B. Überleitungsbogen, Arztbriefe, schriftliche Befunde

„Die Dokumentation der Betäubungsmittel erfolgt gemäß Betäubungsmittelverordnung (BtMV) in vorgeschriebener Form (...).“²²⁶ Die Pflegefachkräfte fixieren den Bestand der gastbezogenen BtM nach § 13 und 14 BtMV sowie die Zu- und Abgänge dieser in einem dafür vorgesehenen BtM-Buch.²²⁷

6.2.5 Übergaben

„Kommunikations- und Informationsstrukturen gewährleisten die Kontinuität der Pflege und Betreuung, die Sicherung der Gäste und den erforderlichen Informationsfluss bzgl. der Arbeitsorganisation und der Verläufe.“²²⁸ Die täglich stattfindenden Schichtübergaben sind Teil der organisatorischen Regelungen zur Kommunikation. Alle pflege- und betreuungsrelevanten Informationen über die Hospizgäste werden dort weitergeleitet und die jeweilige Tagesplanung besprochen. Die Mittagsübergabe versteht sich durch die Zusammensetzung der teilnehmenden Mitarbeiter als eine multiprofessionelle. Die festgelegten Übergabezeiten, deren Dauer und die daran teilnehmenden Mitarbeiter der Einrichtung sind der Tbl. 4 (umseitig) zu entnehmen.

²²⁶ BAG Hospiz e.V. et al. (2004), S. 62

²²⁷ vgl. BAG Hospiz e.V. et al. (2004), S. 25

²²⁸ Hospiz Nordheide gGmbH (2005), S. 7

Übergabezeiten	Dauer/Minuten	Teilnehmer
6:30 – 6:55	25 Min.	Pflegedienst Mitarbeiter (N1 + F1)
8:00 – 8:10	10 Min.	Pflegedienst Mitarbeiter (F1 + F2/3/5) + PDL(ggf. stellv. PDL), Soz.-Päd.
ggf. 13:00 – 13.10	10 Min.	Pflegedienst Mitarbeiter (F3 + F1 od. F2 od. F3)
13:35 – 14:15	40 Min.	Pflegedienst Mitarbeiter (F1/2/5 + S1) + PDL(ggf. stellv. PDL), Soz.-Päd, eine Mitarbeiterin der Hauswirtschaft + 1x monatlich Seelsorger
ggf. 18:00 – 18:10	10 Min.	Pflegedienst Mitarbeiter (S1 + S2)
20:55 – 21:20	25 Min.	Pflegedienst Mitarbeiter (S1/2 + N1)

Tbl. 4: Schichtübergabendarstellung

6.2.6 Teambesprechungen

Die Teambesprechungen (Dienstbesprechungen) finden dienstags 14-täglich in der Zeit von 14:00-16:00 Uhr in den Räumlichkeiten des Hospizes statt. Neben den Mitarbeitern des Pflegedienstes nimmt grundsätzlich das vollständige Leitungsteam teil. Sporadisch sind die Qualitätsbeauftragte und der Geschäftsführer anwesend. Inhalte der Dienstbesprechung sind ‚Aktuelles & Organisatorisches‘, Kurzberichte von Mitarbeitern über ihre Fortbildungen und deren Inhalte, weitere Fortbildungsplanungen, Brandschutzinformationen, Geräteeinweisungen, die Weiterentwicklung des gemeinsamen Leitbildes und ein Mal im Jahr die Urlaubsplanung. Die Dienstbesprechung „dient der Optimierung

der Arbeitsabläufe, den Fallbesprechungen, des Informationsaustausches, sowie der internen Fortbildung.²²⁹

6.2.7 Supervision

„Supervision als berufsbezogene Beratung und Reflexion ist integraler Bestandteil der Hospizarbeit, (...).“²³⁰ Da in Hospizen intensive Beziehungen zu Gästen und Angehörigen entstehen, was sich durch die besondere Situation, der Grenzsituation zwischen Leben und Tod erklären lässt²³¹, in der sich alle Beteiligten befinden, bedarf es explizierter Aufarbeitungsmöglichkeiten. Dieser soll durch Supervision Rechnung getragen werden. Die Supervision im Hospiz Nordheide findet dienstags 14-täglich im Wechsel zur Dienstbesprechung statt. Die Leitung übernimmt ein Seelsorger mit einer Psychologie- und Supervisionsausbildung. Der zeitliche Umfang beträgt 90 Minuten, ohne Pause. Alle Mitglieder des Hospizteams sind zur Teilnahme verpflichtet. Entgegen der ‚eigentlichen Definition‘, welche Supervision für Mitarbeiter ohne deren Vorgesetzte vorsieht, findet jede zweite Zusammenkunft mit dem Leitungsteam des Hospizes statt. Dies geschieht aus zweierlei Gründen. Zum einen werden die Leitungskräfte auch als Teil des Hospizteams verstanden und zum anderen soll eine offene und konstruktive Kommunikation gefördert werden.

„Erreicht werden soll ... [durch die Supervision] ... (..) eine Verbesserung der Zusammenarbeit im Team, also der Teamentwicklung, der Steigerung der Arbeitszufriedenheit und der Abgrenzung. Fallsupervisionen dienen der Reflexion von Erfahrungen und Erlebtem und beugen einer persönlichen Verausgabung vor.“²³² Welche Themen während einer Sitzung in welcher Form bearbeitet werden, wird gemeinschaftlich zwischen Teammitgliedern und Supervisor entschieden.

6.2.8 Fort- und Weiterbildung

Die Pflege und Begleitung von Sterbenden erfordert von den Mitarbeitern eine hohe fachliche und persönliche Qualifikation. Es ist Engagement für die Anliegen der Hospizarbeit gefordert und Freiräume sind für die persönliche Auseinandersetzung mit den

²²⁹ Hospiz Nordheide gGmbH (2005), S. 7

²³⁰ BAG Hospiz e.V. (2004), S.92

²³¹ vgl. Pohlmann (2006), S. 801

²³² Hospiz Nordheide gGmbH (2005), S. 7

Themen Sterben, Tod und Trauer notwendig. Die zuvor benannte Supervision mit ihrem Anliegen der beruflichen und persönlichen Reflexion kann diese Erfordernisse flankierend unterstützen. Verfolgtes Ziel ist der sukzessive Erwerb der Palliativ-Care-Zusatzqualifikation für alle Mitarbeiter des Pflegedienstes.²³³ „Interne/externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Qualitätszirkel sowie das Vorhalten aktueller Fachliteratur sind fester Bestandteil zur fachlichen und persönlichen Weiterentwicklung der Mitarbeiter.“²³⁴

6.2.9 Pflegeabläufe

Die Pflegeabläufe in der Hospizarbeit orientieren sich grundsätzlich am Versorgungsbedarf und an den Wünschen des Patienten. D. h. dass anhand der Bedürfnisse die Versorgungsziele und -interventionen, welche sich nicht nur auf die Pflege beziehen müssen, gemeinsam mit dem Gast und/oder seinen Angehörigen definiert werden. Daraufhin richtet sich die Tagesgestaltung individuell nach den Möglichkeiten des Gastes aus.²³⁵ Die Pflegekräfte, sowie alle anderen Mitarbeiter des Hospizes auch, sind stets bestrebt, die Arbeitsabläufe auf den sich täglich ändernden Bedarf der Patienten auszurichten. Dies erfordert eine überaus flexible Planung, die ein tägliches Betrachten der Patientensituation und eine Tagesplanung (in Form von erneuerten Leistungspaketen in der EDV-Dokumentation) vorsieht.²³⁶

Als ‚Standard‘ für die pflegerischen Arbeitsprozesse kann daraus gefolgert werden, dass die Beachtung der Individualität des Gastes und seiner Bedürfnisse (Patienten-/Bedürfnisorientierung) in Verbindung mit ‚situativem Handeln‘ die bestimmenden Faktoren der pflegerischen Handlungen sind. Die pflegerische Arbeitsweise orientiert sich außerdem an dem Pflegemodell von Krohwinkel. Um die geleistete Pflege zu strukturieren, zu dokumentieren und geplant umzusetzen, wird das Pflegeprozessmodell genutzt. Der Pflegebedarf, der sich nach den ersten vier Wochen nach Aufnahme des Gastes ergibt, wird schließlich mit Hilfe des Modells der ‚Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens‘ (AEDL) festgelegt. Es bietet Kriterien der Einschätzung, Diagnose und

²³³ vgl. ²³³ Hospiz Nordheide gGmbH (2005), S. 7

²³⁴ Hospiz Nordheide gGmbH (2005), S. 7

²³⁵ vgl. BAG Hospiz e.V. et al. (2004), S. 19

²³⁶ vgl. Hospiz Nordheide gGmbH (2005), S. 9

Intervention sowie Evaluationskriterien. Die Umsetzung der Pflege wird weiterhin in einem Aushandlungsprozess primär an den Wünschen des Gastes festgemacht.

Bezüglich des Pflegemodells wird von Seiten der PDL eine Änderung angestrebt. Sie verfolgt die Arbeit einer Arbeitsgruppe der Sektion Pflege der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, die sich mit der Findung eines für die stationäre Hospizarbeit geeigneten Pflegemodells beschäftigt.

Für den Wechsel wird ein personenzentriertes Modelle bzw. Konzepte favorisiert.

Genauer kann noch nicht gesagt werden, da sich die Verantwortlichen gedanklich noch in der Auseinandersetzungs- und Findungsphase befinden.

6.3 Weitere Berufsgruppen

Für die Erbringung der geforderten Leistungen des Hospizes bedarf es weiterer Stellen, als die, der bisher beschriebenen Pflegefachkräfte. Zur personellen Ausstattung gehören ferner die Sozialpädagogin mit einer halben Stelle und die Hauswirtschaftskräfte (für den Bereich Küche, Wäsche und Reinigung) mit 2,4 Stellen.²³⁷ Des Weiteren gehören externe Mitarbeiter wie z. B. niedergelassene Hausärzte des Landkreises Harburgs und der Stadt Buchholz, ein Schmerztherapeut, Seelsorger verschiedener Gemeinden und Physio-, Ergo- und Musiktherapeuten zu den mitwirkenden Berufsgruppen. Daneben existiert ein Kooperationsvertrag mit einer ortsansässigen Apotheke sowie die Zusammenarbeit mit Sanitätshäusern, Wundtherapeuten, dem zuständigen Amtsgericht, Berufsbetreuern etc. Ebenso dazugehörig sind die ehrenamtlichen Mitarbeiter der verschiedenen ambulanten Hospizdienste der Region, auch wenn sie keine Berufsgruppe im eigentlichen Sinne darstellen. „Ehrenamtliche sind eine wichtige Säule in der Hospizarbeit. Sie sind daher selbstverständlich in die Arbeit des Hospizes eingebunden, denn die Hospizbewegung ist durch sozialbürgerliches Engagement entstanden, wird durch ehrenamtliche Initiative getragen und soll auch im Hospiz Nordheide integriert sein.“²³⁸ Sie stehen der Einrichtung hinsichtlich der Begleitung von Hospizgästen, im Bereich der Hauswirtschaft und der Öffentlichkeitsarbeit zu Verfügung. „Darüber hinaus stehen dem Hospiz für unterstützende Leistungen weitere Kräfte (Zivildienstleistende, Praktikanten, Schüler) zur Verfügung.“²³⁹

²³⁷ vgl. Hospiz Nordheide gGmbH (2005a), S. 10; vgl. Hospiz Nordheide gGmbH (2005), S. 5

²³⁸ Hospiz Nordheide gGmbH (2005), S. 5

²³⁹ Hospiz Nordheide gGmbH (2005a), S. 10

Nachdem das Hospiz Nordheide allgemein und speziell hinsichtlich seiner strukturellen Vorgaben des Pflegedienstes vorgestellt wurde, schließt sich nun eine konzeptionelle Ausarbeitung, nämlich die der angekündigten Pflegeorganisationsform Bezugspflege an. Zunächst wird es grundsätzliche Ausführungen zur Aufbau- und Ablauforganisation unter den Bedingungen des angewandten Bezugspflegekonzeptes geben. Ihnen werden Beschreibungen weiterführender Rahmenbedingungen folgen, wie z. B. der Aufgabenbereich der PDL und der Pflegefachkräfte. Ausführungen der Informations- und Kommunikationsstrukturen, wie z.B. Teambesprechung und Supervision bilden den Abschluss des Kapitels.

7 Das Bezugspflegekonzept für das Hospiz Nordheide

Die Grundsätze der Bezugspflege (vgl. Kapitel 4) sind als Fundament der Pflegeorganisation im Hospiz Nordheide zu verwenden. Die generellen Ziele (vgl. Kapitelabschnitt 4.2), die durch diese Arbeitsorganisation verfolgt werden, entsprechen der Zielsetzung der Einrichtung sowie dem prinzipiellen Bestreben stationärer Hospize (vgl. Kapitel 3 & 5).

Die Aufbau- und Ablauforganisation des Pflegedienstes des Hospiz Nordheide gestaltet sich daraufhin, wie folgt:

7.1 Aufbauorganisation des Pflegedienstes

Den Pflegedienstmitarbeitern ist das Leitungsteam vorgesetzt (siehe Abb. 1, vgl. Kapitelabschnitt 6.2). Wie sich die darunter anfallende fallbezogene Hierarchie²⁴⁰ beschreiben lässt, wird nachstehend beschrieben und in Abb. 3 (umseitig) visualisiert. Die primäre Bezugspflegekraft ist ihren Kolleginnen aus dem Pflorgeteam gegenüber, welche die Rolle der Vertretungspflegekräfte²⁴¹ übernehmen, fachlich weisungsbefugt. D. h. sie sind grundlegend an die fachlichen Weisungen der primären Bezugspflegekraft, bezogen auf die pflegerische Versorgung ‚ihrer‘ Patienten, gebunden. Die fachlichen Anweisungen erfolgen in Form dokumentierter Leistungskomplexe für den jeweiligen Bezugsgast oder ggf. über die nach vier Wochen erstellte Pflegeplanung. Der

²⁴⁰ meint die notwendige Hierarchiestruktur, die sich durch die Zuteilung einer Bezugspflegekraft zu einem Gast ergibt

²⁴¹ meint konkret die sekundäre Bezugspflegekraft und die Begleitpflegekräfte

Bezugspflegekraft obliegt neben der Weisungskompetenz, die Entscheidungskompetenz. Diese bezieht sich auf die Planung und die Durchführung der herkömmlichen pflegerischen Versorgung ‚ihres‘ Gastes²⁴² und impliziert eine ‚End-Entscheidung‘ bei gastbezogenen Problemlösungen, die einer Teamverständigung bedarf.²⁴³ Hier gilt es das Diktum der spezifischen Hospizkultur zu beachten: „dass die Entscheidungsfindung im Rahmen diskursiver Prozesse verfolgt wird, die alle Beteiligten einbezieht und die Erzielung konsensualekommunikativer Lösungen anstrebt.“²⁴⁴ Der Begleitpflegekraft ist die Ausführungsverantwortung zugeschrieben, sowie für alle Pflegekräfte zutreffend, die direkte Handlungsverantwortung. Die mit der Betreuung der Gäste beauftragten Ärzte (Palliativmediziner/Hausärzte, ggf. Schmerztherapeuten, Notärzte und weitere Spezialisten) sind der Bezugspflegekraft im Rahmen der Delegation von behandlungspflegerischen Tätigkeiten weisungsbefugt. Die Funktion eines Vorgesetzten für das gesamte Pflgeteam haben sie zu keiner Zeit.

245

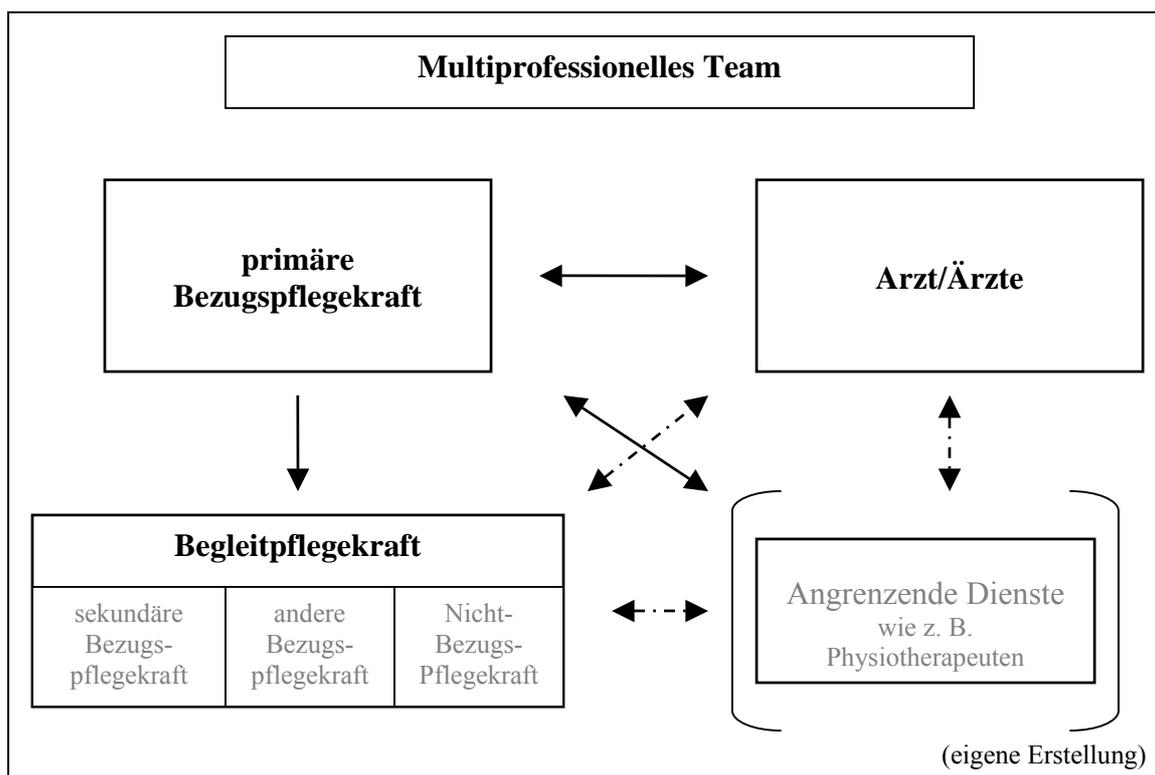


Abb. 3: Aufbauorganisation von Bezugspflege²⁴⁶

²⁴² Es sei an dieser Stelle in Erinnerung zu rufen, dass die Pflege (Planung, wie auch Durchführung) mit dem Gast oder ggf. mit der privaten Bezugsperson in Abstimmung zu erfolgen hat und nicht eigenmächtig.

²⁴³ wie z.B. bei der Frage bzw. Entscheidung ab welchem Zeitpunkt ein Gast nicht mehr ‚alleine‘ in seinem Zimmer rauchen darf

²⁴⁴ BAG Hospiz e.V. et al. (2004), S. 13

²⁴⁵ Die Ausführungen zu diesem Kapitelabschnitt sind in Anlehnung an Josuks (2003), S. 20 f. entstanden.

²⁴⁶ in Anlehnung an Andraschko (1996), S. 5; Josuks (2003), S. 20

Nach der Darstellung der Aufbauorganisation, die sich hier alleinig mit der Aufbaustruktur beschäftigt und keine Aussagen zu der Aufgabenausübung der ihr innewohnenden Stellen macht²⁴⁷, erfolgen Ausführungen zur Ablauforganisation des Pflegedienstes. Es wird eine Kurzübersicht über die wesentlichen Ablaufaspekte der Bezugspflege gegeben und die zugrundeliegende Ablaufstruktur in Abb. 4 (umseitig) aufgezeigt.

7.2 Ablauforganisation des Pflegedienstes

Einleitend sei erinnernd auf die prinzipielle Ausrichtung und Umsetzung der in Kapitelabschnitt 6.2.9 beschriebenen Pflegeabläufe hingewiesen. Unter dem Gesichtspunkt der Bezugspflege lassen sie sich um folgende Aspekte ergänzen:

Das Multiprofessionelle Team setzt sich, wie aus der Aufbauorganisation vorangehend abzulesen ist, aus den Bezugspflegekräften, den Begleitpflegekräften, den Ärzten und angrenzenden Diensten (siehe Kapitelabschnitt 6.3) zusammen. Sie arbeiten in diesem Team auf kollegialer Ebene, interdisziplinär zusammen (vgl. Kapitelabschnitt 3.4).

In der tatsächlichen Versorgung und Betreuung übernehmen zwei Pflegekräfte bei dem ihnen zugeteilten Gast die Funktion der Bezugspflegekraft, die primäre und sekundäre Bezugspflegekraft. Diese doppelte Zuweisung wird aus Gründen der Erfüllbarkeit bzw. Erhöhung der Versorgungskontinuität des Gastes vorgenommen.

Grundsätzlich gilt, dass jede einem Gast zugewiesene Bezugspflegekraft parallel für andere Gäste als Begleitpflegekraft in Vertretung zuständig sein kann.

Die Begleitpflegekräfte übernehmen in Abwesenheit der primären Bezugspflegekraft die Versorgung ‚ihrer‘ Gäste. Sie müssen sich dabei an die geplanten Pflegeleistungen, welche von der primären Bezugspflegekraft nach Aufnahme des Gastes festgelegt wurden und fortlaufend an die neuen Bedarfe angepasst werden, halten. Nur in Notfällen und bei einer veränderten Bedarfs- bzw. Bedürfnislage darf von der Planung situativ abgewichen werden. Diese Abweichungen müssen dokumentiert werden und die primäre Bezugspflegekraft, sowie das übrige Pflgeteam darüber in Kenntnis gesetzt werden. Die Bezugspflegekraft ist dann für die erneute Anpassung bzw. Veränderung der Leistungskomplexe oder der Pflegeplanung zuständig. Generell ist die primäre Bezugspflegekraft Ansprechpartner, Informationsgeber und Koordinator für alle Belange, die ihren Bezugsgast betreffen. In ihren Diensten übernimmt sie immer die direkte Pflege ‚ihrer‘ Bezugsgäste.

²⁴⁷ diese sind gesondert in den Kapitelabschnitten 7.3 & 7.4 nachzulesen

Die sekundäre Bezugspflegekraft entspricht den Anforderungen einer primären Bezugspflegekraft (vgl. Kapitelabschnitt 7.4.1). Sie trägt jedoch nicht die Gesamtverantwortung einer Bezugspflegekraft, sondern übernimmt die Rolle einer Vertretungskraft im Sinne einer Begleitpflegekraft (vgl. Kapitelabschnitt 7.4.3). Diese unterscheidet sich darin, dass sie als ‚erste‘ Vertretungskraft bei Abwesenheit der primären Bezugspflegekraft in Frage kommt, sofern sie sich im Dienst befindet. Sollten beide Bezugspflegekräfte nicht im Dienst sein, übernimmt, wie bereits beschrieben, eine Begleitpflegekraft die Vertretung. Im Falle längerer Abwesenheit der primären Bezugspflegekraft, beispielsweise durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung, ist der sekundären Bezugspflegekraft der primäre Part gänzlich zu übertragen.

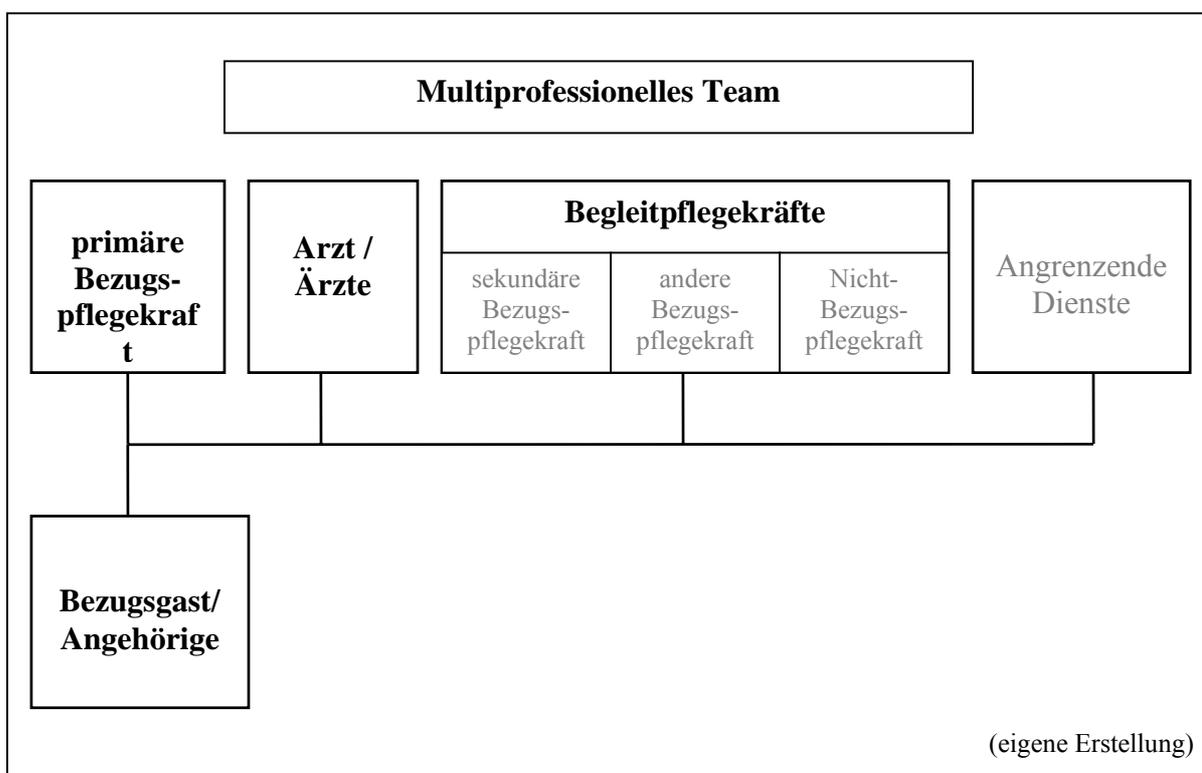


Abb. 4: Ablaufstruktur von Bezugspflege²⁴⁸

Nachstehend findet die Beschreibung der Aufgaben der PDL im Bezugspflegesystem statt.

7.3 Pflegedienstleitung

Die gewählte Arbeitsorganisationsform Bezugspflege sieht für die PDL keine Ausübung der direkten Pflege vor. Sie soll vielmehr die Pflegekräfte im Pflegeprozess beraten, sie

²⁴⁸ in Anlehnung an Andraschko (1996), S. 5; Josuks (2003), S. 21

koordinieren und unterstützen. Sie setzt die Pflegeorganisationsform um und managt sie, in dem sie z. B. für die Dienstplangestaltung zuständig ist und ihn den Erfordernissen der Bezugspflege versucht anzupassen.²⁴⁹ Weiterhin ist sie im Rahmen der 14-täglichen stattfindenden Dienstbesprechungen zuständig für die Durchführung und Moderierung von Fallbesprechungen. Die Ernennung einer Pflegefachkraft zu einer Bezugspflegekraft anhand aufgestellter Kriterien (vgl. Kapitelabschnitt 7.4.1) erfolgt ebenfalls durch die PDL. In diesem Zusammenhang obliegen ihr die Bedarfsfeststellung und -planung von Personalentwicklungsmaßnahmen für ihre Mitarbeiter.

In Hinblick auf ihre Koordinierungsfunktion ist sie dafür zuständig, den Bezugspflegekräften neue Gäste zuzuweisen. Entscheidend für die Wahl sollten u. a. folgende Kriterien sein:

Im ersten Schritt sollten die Fragen geklärt werden:

- Welche potenziellen Bezugspflegekräfte sind am Tag der Gastaufnahme im Dienst? Und wer von ihnen ist in den darauf folgenden Tagen kontinuierlich im Dienst?
- Wie sieht die bisherige Zuteilung aus? Welche Bezugspflegekraft hat noch Kapazitäten?

Im zweiten Schritt sollte sich an den möglicherweise schon im Vorfeld bekannten Pflegebedarfen und Versorgungswünschen orientiert werden:

- Sind spezielle Kompetenzen erforderlich, z. B. bei tracheostomierten Patienten? Welche Bezugspflegekraft weist diese vor?
- Welche Bezugspflegekraft ist ggf. prädestiniert für den Umgang mit z. B. depressiven oder sehr ängstlichen Gästen?
- Wurde ggf. gewünscht, dass die Versorgung nicht von einem männlichen Pfleger übernommen werden soll?

Nach diesen Prüfkriterien könnte eine vorläufige Bezugs-Zuweisung erfolgen. Diese ist nach einer Erprobungsphase von etwa drei Tagen zu evaluieren, denn „positive wie problematische Auswirkungen der kontinuierlichen Betreuung“²⁵⁰ zeigen sich erst im Verlauf. So werden Sympathien und ggf. Antipathien zwischen Bezugspflegekraft und Bezugsgast erst nach einiger Zeit deutlich. Es kann sich auch herausstellen, dass sich die

²⁴⁹ vgl. Grond (2000), S. 33

²⁵⁰ BMGS et al. (2004), S. 63

ausgewählte Bezugspflegekraft mit der Pflege ‚ihres‘ Patienten überfordert fühlt.²⁵¹ Bei entsprechendem Bedarf sollte eine neue Bezugs-Zuweisung gemeinsam mit dem Team und in Absprache mit dem Gast und/oder seinen Angehörigen vorgenommen werden.

„Um eine bessere Übersicht zu erhalten, ist es sinnvoll, die Zuordnung der Klienten zu Pflegekräften auf einer Plantafel festzuhalten. Diese Plantafel sollte auch für Angehörige sichtbar sein. (...) Die Plantafel unterstreicht das Bezugspflegeprinzip und vermeidet, dass sich Außenstehende aus Unkenntnis immer nur an die (...) ... [gerade ‚fassbare‘ Pflegekraft] ... wenden.“ Aus Gründen des Datenschutzes wäre es zuträglich, diese öffentliche Plantafel (siehe Abb. 5) statt mit Gästenamen, ausschließlich mit Zimmernummern zu versehen.

Zimmer	grundsätzliche ²⁵² Bezugspflegekraft	Zuständige Pflegekraft im Dienst
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

(eigene Erstellung)

Abb. 5: Beispiel einer öffentlichen Plantafel

Die Plantafel für die Mitarbeiter des Hospizes sollte anstelle der Spalte ‚grundsätzliche Bezugspflegekraft‘ eine Spalte für die Zuweisung der primären und der sekundären Bezugspflegekraft beinhalten. Ebenso kann die Auflistung um eine Spalte des zuständigen

²⁵¹ vgl. BMGS et al. (2004), S. 63

²⁵² steht aus Gründen der Verständlichkeit für ‚primäre‘ Bezugspflegekraft

Hausarztes und ggf. um die der ehrenamtlichen Begleitenden ergänzt werden. So wären die verschiedensten Bezugspersonen übersichtlich und auf einen Blick erfassbar.

7.4 Pflegekräfte

„Um alle pflegerischen Tätigkeiten von jeder Pflegekraft im Team ausführen zu lassen, bedarf es einer tiefen Qualifikationsstruktur mit möglichst vielen allseitig einsetzbaren, also examinierten Pflegekräften.“²⁵³ Dieses Zitat lässt sich deutlich auf die Bedingungen des stationären Hospizes übertragen, da hier eine Fachkraftquote von mindestens 80-100%²⁵⁴ für die kontinuierliche Rund-um-die-Uhr-Versorgung der Gäste durch den Pflegedienst unablässlich ist. Alle Pflegedienstmitarbeiter im Hospiz Nordheide sind entsprechend examinierte Kranken- oder Altenpflegekräfte.

In den folgenden drei Abschnitten werden die Fragen beantwortet, wer aus Sicht der Qualifikation und des Stellenumfangs Bezugspflegekraft sein kann, welches Aufgabenfeld dieser zukommt, wer zu den Nicht-Bezugspflegekräften gezählt wird und welche Funktion die Begleitpflegekräfte übernehmen.

7.4.1 Bezugspflegekraft

Eine Pflegefachkraft muss einige Anforderungen erfüllen, um als Bezugspflegekraft eingesetzt werden zu können. Zum einen muss sie einen gewissen Stellenumfang abdecken (vgl. Kapitelabschnitt 4.6.1), d. h. ihre wöchentliche Arbeitszeit ist ausschlaggebend. Wie für die Bezugspflege generell üblich, liegt sie bei mindestens 30 Wochenarbeitsstunden.²⁵⁵ Zusätzlich sind es bestimmte Anforderungen an die Qualifikation (vgl. Kapitelabschnitt 4.6.1) der sich aus der Stellenplananalyse ergebenden potenziellen Bezugspflegekräfte. Die notwendigen Anforderungen umfassen gute allgemeine und spezielle Fachkompetenz, ausgeprägte Sozialkompetenz sowie gute kommunikative und organisatorische Fähigkeiten. Diese zu bewerten obliegt dem Leitungsteam, nach einem eigenst aufgestellten Prüfungsverfahren und -katalog. Zur Vorauswahl kann sich an folgenden Fragen orientiert werden:

²⁵³ Haug (1997), S. 69

²⁵⁴ vgl. Hospiz Nordheide gGmbH (2005a), S.10

²⁵⁵ Für das Hospiz Nordheide würde es nach der Stellenbesetzung mit dem Stand vom 01.01.2007 (vgl. Kapitelabschnitt 6.2.2) bedeuten, dass es zehn potenzielle Bezugspflegekräfte von insgesamt siebzehn Pflegekräften des Pflgeteams gäbe.

- Liegt eine mehrjährige Berufserfahrung nach der staatlichen Anerkennung vor?
- Weist der Mitarbeiter bereits Berufserfahrung im Versorgungsbereich Palliative Care auf?²⁵⁶
- Welche Fort- und Weiterbildungen wurden in den letzten zwei Jahren absolviert? Und vor allem, liegt ggf. eine abgeschlossene Palliative Care-Weiterbildung²⁵⁷ vor? Oder ist sie zeitnah geplant?

Wenn das Qualifikationsprofil vom Leitungsteam aufgestellt und ausgewertet wurde, gilt es noch einen letzten Schritt vorzunehmen. Es muss die innere Bereitschaft der Bezugspflegekandidaten zur Übernahme der Funktion und der damit verbundenen Gesamtverantwortung im Rahmen eines Mitarbeitergespräches erfragt werden. Nach Schlettig und von der Heide ist diese Haltung mit ausschlaggebend für das Gelingen der Umsetzung der Pflegeorganisationsform. Erst dann sollte eine offizielle Ernennung durch die PDL vorgenommen werden.

Um das Anforderungsprofil einer Bezugspflegekraft abzuschließen, bedarf es der Darstellung der dazugehörigen Aufgabenfelder.

Die primäre Bezugspflegekraft übernimmt die Aufnahme des Gastes und erhebt die pflegerische Anamnese. Sie erstellt die Pflegeplanung bzw. zunächst die vorgesehenen Leistungskomplexe via EDV. Ihre geplante Pflege, welche sie in Absprache mit dem Gast oder bei Bedarf mit seinen Angehörigen erstellt hat, führt sie in Anwesenheit stets selbst durch und evaluiert sie. Die primäre Bezugspflegekraft hat den Überblick über alle den Gast betreffenden Interventionen. Für die mit dem Hospizgast vereinbarte Ausgestaltung der Versorgung bzw. für seine Interessen tritt sie gegenüber Dritten ein. Sie ist die Schlüsselperson für die gastbezogene Kommunikation und Kooperation aller an der Pflege und Behandlung beteiligten Berufsgruppen. Sie nimmt maßgeblich Kontakte mit den Angehörigen sowie ggf. mit gerichtlich eingesetzten Betreuern wahr.²⁵⁸

²⁵⁶ sie sollte zwischen sechs bis zwölf Monaten liegen

²⁵⁷ „Diese Zusatzqualifikation (...) vermittelt einerseits spezielle Fachkenntnisse im Umgang mit Schmerzpatienten, andererseits wird an der Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen gearbeitet, auf die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen geachtet und es werden Haltungen des Miteinanders reflektiert. Bei der Palliativ Care-Ausbildung geht es außerdem darum, neben den körperlichen Beschwerden von Kranken auch die psychosozialen, geistigen und religiösen Faktoren ihrer Schmerzen in den Blick zu bekommen, um den Kreislauf von Angst, Schmerz, Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Depression und sozialer Isolation und Verstärkung des Schmerzes zu durchbrechen.“[Lamp (2001b), S. 28]

²⁵⁸ vgl. Stuhl (2006), S. 22

Zu beachten ist die Notwendigkeit, dass die primäre Bezugspflegekraft dem Gast sowie möglichen privaten Bezugspersonen und allen anderen Mitarbeitern des Hospizes namentlich bekannt sein muss. Ebenso sei wiederholt darauf hingewiesen, dass mit der Übernahme eines Bezugsgastes die primäre Bezugspflegekraft die volle Verantwortung für den gesamten Pflegeverlauf mit der Pflegeplanung, Durchführung der Pflegemaßnahmen und Pflegedokumentation trägt.

7.4.2 Nicht-Bezugspflegekraft

Zu den Nicht-Bezugspflegekräften zählen generell all die Pflegemitarbeiter, dessen Stellenumfang weniger als 30 Wochenarbeitsstunden beträgt. Der Grund für diese Grenze liegt in der sich aus diesem geringen zeitlichen Arbeitsumfang ergebenden Diskontinuität. Diese würde sich direkt auf die pflegerische Versorgung des ihr ansonsten zugewiesenen Bezugsgastes auswirken. Selbst eine gut qualifizierte, weitergebildete Teilzeitkraft kann daher nicht als Bezugspflegekraft eingesetzt werden, sondern bleibt ausschließlich in der Funktion einer Begleitpflegekraft (vgl. Kapitelabschnitt 7.4.3). Ferner kann auch eine potenzielle Bezugspflegekraft, die diese verantwortungsvolle Position nicht übernehmen möchte, eine Nicht-Bezugspflegekraft sein. Ebenso gilt dies für Berufseinsteiger sowie für neue Hospizmitarbeiter. Diese sollten zunächst durch Bezugspflegekräfte eingearbeitet werden, um das Aufgabengebiet kennen zu lernen und ihre Kompetenzen den Erfordernissen nach erweitern zu können.

7.4.3 Begleitpflegekraft

Die Funktion der Begleitpflegekraft übernehmen an erster Stelle die sekundären Bezugspflegekräfte (vgl. Kapitelabschnitt 7.2), die anderen Bezugspflegekräfte sowie die Nicht-Bezugspflegekräfte. Begleitpflegekräfte²⁵⁹ sind per Definition, die Vertretungspflegekräfte für die primären Bezugspflegekräfte. Sie führen an Stelle derer und nach Anweisung ihrer schriftlich fixierten Leistungskomplexe, die direkte Pflege am Gast aus.²⁶⁰ Dadurch stellen sie die Kontinuität der Pflege sicher. Weiterhin unterstützen die Begleitpflegekräfte die primäre Bezugspflegekraft und bringen ihr Wissen und ihre

²⁵⁹ Da Begleitpflegekräfte die Pflege des Gastes selbst nicht bestimmen, kann im weiteren Sinne davon gesprochen werden, dass sie diese Pflege ‚begleiten‘. Die Namensgebung ‚Begleitpflegekraft‘ findet darin ihren Ursprung.

²⁶⁰ Dies geschieht immer unter Beachtung der situativen Bedürfnis- und Bedarfslage des Gastes!

Erfahrungen bei der Lösung von Problemen in die Praxis ein. Sie achten auf die Qualität der Pflege, indem sie die Arbeit der primären Bezugspflegekraft kontrollieren und nötigenfalls deren Entscheidung in Frage stellen.²⁶¹ Dieses Vorgehen wird als intrakollegiale Beurteilung bezeichnet und ist von zentraler Bedeutung in der Konzeption der Bezugspflege.

7.5 Arbeitszeiten und Dienstplangestaltung

Den Erkenntnissen des Literaturstudiums folgend (vgl. Kapitelabschnitt 4.6.2) bedarf es keiner grundsätzlichen Veränderungen der Arbeitszeiten. Sie können demnach wie in Kapitelabschnitt 6.2.3 für das Hospiz Nordheide bestehen bleiben.

Für die Dienstplangestaltung gilt weiterhin die von der PDL praktizierte, übliche Herangehensweise (vgl. Kapitelabschnitt 6.2.3). Generell sollte darauf geachtet werden, dass die Bezugspflegekräfte zusammenhängende Dienste zugeteilt bekommen. Diese sollten nach Möglichkeit schichtkonstant sein, z. B. fünf Früh- oder fünf Spätdienste, anstelle von ‚zwei Früh, ein Spät, zwei Nacht‘. Darüber hinaus ist verstärkt auf die Zusammenstellung des Schichtteams im Früh- und Spätdienst zu achten. Es sollten im Frühdienst immer zwei Bezugspflegekräfte, mindestens aber eine, eingesetzt sein. Ebenso verhält es sich für den Spätdienst. Diese Dienstplangestaltung ist wochentags von größerer Bedeutung als am Wochenende, da Arztvisiten und andere zu koordinierende Außenkontakte oder ggf. Medikamentenbestellungen eher in diesem Zeitfenster von den Bezugspflegekräften wahrzunehmen sind.

Überdenken könnte man jedoch eine gänzlich neue Dienstplangestaltung. So könnte z. B. für einen Zeitraum von sechs Wochen ein Dienstplan festgelegt werden, welcher fortlaufend seine Gültigkeit behält. Die Pflegekräfte hätten durch diesen ‚Sechs-Wochen-Plan‘ die Möglichkeit ihre grundsätzlichen freien Tage und Wochenenden im Voraus zu planen. Ebenso könnten sie für sich über Wochen hinaus Freizeittermine beschließen. Dem ‚Tauschen-Müssen‘ von Diensten könnte somit entgegengewirkt werden und Teilzeitkräfte (< 18 Std. Wochenarbeitszeit) zweckmäßiger in die Planung integriert werden. Für die PDL würde es bedeuten, dass sie strategisch planen müsste. Ihren Fokus würde sie auf die geplanten Urlaubszeiten von Mitarbeitern sowie auf die geplanten Fehltage, hervorgerufen durch z. B. Fortbildungen, richten müssen, um schließlich ein

²⁶¹ vgl. Stuhl (2006), S. 23

Höchstmaß an Kontinuität sicherzustellen. Auf krankheitsbedingte Ausfälle kann von je her nur situativ reagiert werden.

7.6 Pflegedokumentation

Die Bedeutung dieses Kapitelabschnittes ergibt sich grundsätzlich aus den Aussagen des Abschnittes 4.6.3 und speziell aus dem Abschnitt 6.2.4 dieser Arbeit.

Welche Pflegekraft für welche Dokumentation generell zuständig ist und wer grundsätzliche Veränderungen in welchem Dokument vornehmen oder ggf. ergänzen darf, ist aus der Tbl. 6 (umseitig) abzulesen:

Abschließend sei wiederholend darauf hingewiesen, dass die primäre Bezugspflegekraft generell für die gesamte Pflegedokumentation ‚ihres‘ Bezugsgastes verantwortlich ist. Daraus ergibt sich für sie eine Kontrollbefugnis dieser Dokumentation. Sie ist vielmehr dazu verpflichtet, die Einträge der Kollegen auf Aussagekraft, Genauigkeit und Korrektheit zu prüfen und ggf. für Nachträge, Verbesserungen o. ä. zu sorgen.

7.7 Übergaben

Der Ansicht von Schlettig und von der Heide eine direkte Übergabe alleinig zwischen der jeweils zuständigen Pflegekraft der abgehenden und der beginnenden Schicht vorzunehmen (vgl. Kapitelabschnitt 4.6.4), ist hinsichtlich der Mittagsübergabe nicht nachzugehen. Im Hospiz Nordheide herrscht während dieser ein multiprofessioneller Informationsaustausch, wenngleich der Schwerpunkt bei der Pflege liegt und durch die jeweils zuständige, abgebende Pflegekraft moderiert wird (vgl. Kapitelabschnitt 6.2.5). In diesem Fall spielt selbst die Funktion der Pflegekraft keine Rolle, d. h. es ist unerheblich ob sie Bezugspflegekraft oder Begleitpflegekraft ist. Zudem bietet die ‚große Mittagsübergabe‘ Raum für gemeinsame Entscheidungsfindungen, die im Rahmen diskursiver Prozesse erfolgen und als „Ausdruck der spezifischen Hospizkultur“²⁶² gelten. Die Übergabe sollte als Medium diesbezüglich verstanden werden und der zeitliche Rahmen von bisher 40 Minuten aus Gründen der Bedeutsamkeit der Funktion überdacht und ggf. erweitert werden.

²⁶² BAG Hospiz e.V. et al. (2004), S. 13

Legende: primäre Bezugspflegekraft = **p BPK**, Begleitpflegekräfte = **PK**

Formblatt	generelle Zuständigkeit	alleinige Veränderungsbefugnis	Ergänzungs- befugnis
Stammblatt	p BPK	/	PK
Anamnesebogen	p BPK	/	PK
Leistungspaket	p BPK	p BPK	(Vorschlagsrecht) PK
Pflegebericht	p BPK + PK	/	/
Bradenskala	p BPK	p BPK	/
Wundbericht	p BPK + PK	/	/
Bilanzierungsblatt	p BPK + PK	/	/
Bewegungsplan	p BPK + PK	/	/
Pflegeplanung	p BPK	p BPK	(Vorschlagsrecht) PK
Medikamentenblatt	p BPK	p BPK	PK, wenn neue Anordnung des Arztes in Abwesenheit der p BPK erfolgt + Vermerk im Pflegebericht für die p BPK
Nachweis über Verabreichung der Bedarfsmedikation	p BPK + PK	/	/
Nachweis über Verabreichung der regelmäßigen BtM	p BPK + PK	/	/
Anordnungsblätter des Arztes	p BPK	p BPK	PK, wenn neue Anordnung des Arztes in Abwesenheit der p BPK erfolgt + Vermerk im Pflegebericht für die p BPK
Formular ‚Fragen an den Arzt‘	p BPK	p BPK	/

Tbl. 6: Pflegedokumentationsbefugnisse

7.8 Teambesprechungen

Wie in den Kapitelabschnitten 4.6.5 und 6.2.6 beschrieben, stellt die Teambesprechung ein relevantes Kommunikations- und Informationsinstrument dar. Besondere Aufmerksamkeit ist der integrierten Fallbesprechung zu schenken. Sie ist im Rahmen der Bezugspflege für die primär Verantwortlichen unentbehrlich. Sie dient der inneren Klärung und bietet die Möglichkeit, Pflegesituationen und -probleme im Teamverbund außerhalb des Dienstes, d. h. weder im Anschluss, noch vor Beginn, zu reflektieren. Fallbesprechungen können der Bewusstseins-schärfung hinsichtlich des leitenden Pflegeverständnisses zuträglich sein. Um diese Nutzen für die Mitarbeiter zu ermöglichen, sollte jeder Dienstbesprechung ein Zeitfenster von mindestens 30 Minuten für eine Fallbesprechung eingeräumt werden.

7.9 Supervision

Im Kapitelabschnitt 6.2.7 wurde bereits ausführlich über den Nutzen und die Funktion von Supervision in der Hospizarbeit berichtet. Ebenso wurde dargelegt, dass Fallsupervisionen, die mit Fallbesprechungen gleichzusetzen sind, integraler Bestandteil dieser sind. Da diese im wöchentlichen Wechsel zu den zuvor benannten Dienstbesprechungen stattfinden, lässt sich eine ausreichende fallbezogene Verständigung im Hospizteam vermuten, sowie sie Bezugspflege bedarf. Und dennoch sollte das Leitungsteam aus Fürsorge für seine Mitarbeiter, stets ein wachsames Auge und ein offenes Ohr für Belastungs- und Überforderungsanzeichen haben.

Zum Schluss des Konzeptentwurfes sei noch angemerkt: Bezugspflege muss immer prozesshaft verstanden werden. Sie ist nie ein stabiler, erreichter Endzustand. Konkret würde dies für die Mitarbeiter des Hospiz Nordheide bedeuten, Bezugspflege täglich neu, bewusst zu leben, d. h. ihre Arbeitsabläufe an der Arbeitsorganisation auszurichten.

8 Schlussbetrachtung

Ein Ziel meiner Arbeit bestand darin, deutlich zu machen, dass sich die Pflegeorganisationsform Bezugspflege dafür eignet, die Anforderungen, die an ein vollstationäres Hospiz gestellt werden, zu erfüllen. Die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema bestätigt meine vorausgehende Annahme, dass Bezugspflege eine

zufriedenstellende, bedürfnisorientierte, ‚ganzheitliche‘ Pflege und Betreuung der Hospizgäste ermöglicht.

Ebenso kann diese Arbeit als Handreichung für die Pflegedienstmitarbeiter des ‚Hospiz Nordheide‘ fungieren. Sie gibt Auskunft über die wesentlichen Aspekte der Bezugspflege und wie diese ihre Anwendung bzw. Umsetzung finden kann. Sie schafft Transparenz hinsichtlich der Auswahlkriterien zur Ernennung ‚primäre Bezugspflegekraft‘ und bzgl. der Verantwortungsbereiche. Die Arbeit zeigt zudem auf, dass die Funktion der Begleitpflegekräfte eine wichtige ist. Schließlich sind sie durch ihren Einsatz in der Lage, das Bestreben nach Kontinuität in der Pflege entscheidend zu verwirklichen. Zugleich ist ihre Funktion zur intrakollegialen Beurteilung für die Qualitätssicherung unerlässlich. Das Pflegeteam erfährt durch die Arbeitsorganisation Bezugspflege klare Strukturen, die das tägliche Arbeiten erleichtern und ein wertschätzendes Miteinander im multiprofessionellen Team fördern können.

Meiner Einschätzung nach trägt die angewandte Bezugspflege durch ihre konsequente Systematisierung zur Professionalisierung des Pflegedienstes bei. Generell sehe ich in der Umsetzung der Bezugspflege sowohl für die Mitarbeiter als auch organisatorisch eine große Herausforderung, die es sich aber lohnte anzunehmen.

Ich gebe ergänzend zu bedenken, dass unterschiedliche pflertheoretische Wissensstände der Mitarbeiter des Pflegedienstes bestehen können. Es wäre angezeigt, diesen zu prüfen und ggf. eine qualifizierte inner- und /oder außerbetriebliche Fortbildung anzusetzen.²⁶³ Ferner wäre das gesamte Hospizteam über Sinn und Zweck sowie über die Ausgestaltung der Bezugspflege zu informieren. Organisationsgestaltung ist immer auch Systemgestaltung. Denn: „Wenn an einer Systemkomponente Modifikationen vorgenommen werden, dann führt dies nicht nur zu Veränderungen in diesem isolierten Bereich, ... [was hier der Pflegedienst wäre] ..., sondern hat vielmehr einen Einfluß auf das gesamte Gefüge.“²⁶⁴

In der Literatur wird davon gesprochen, dass zum Gelingen der Bezugspflege ein erweitertes Pflegeverständnis hin zu einer ganzheitlichen, individuellen Pflege unbedingt erforderlich ist (vgl. Kapitelabschnitt 4.3). Dem schließe ich mich an. Mitarbeiter eines stationären Hospizes, die sich wissentlich für Palliative Care entschieden haben, müssen meines Erachtens dieses Pflegeverständnis bzw. die Haltung die da hinter steht ohnehin grundlegend und selbstverständlich einnehmen.

²⁶³ vgl. Morgendorf (1997), S. 105

²⁶⁴ Büssing et al. (1997), S. 164

Das Erarbeiten der Inhalte für diese Arbeit gestaltete sich außerordentlich mühsam. Das wesentliche Problem stellte die Literaturlage dar. Durch intensives Studium der relevanten Texte konnte ich folgende Defizite identifizieren: Vermeintlich zentrale Texte zeigten sich oberflächlich, lieferten keine tiefer gehenden Aussagen zu z. B. Dienstplangestaltung und Qualifikation der Bezugspflegekräfte. Außerdem muss ich deren Aussagekraft relativieren. Erstens sind viele Quellen veraltet (älter als zehn Jahre), zweitens sind die Inhalte meistens aus dem Amerikanischen übersetzt und nicht eins zu eins auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar und drittens sind Fachtermini nicht einheitlich definiert. Diese Defizite provozieren Unklarheiten. Daraus formuliere ich den Appell an Praxis und Forschung: Es wird Zeit, klare Worte zu sprechen und aktuelle Konzepte für die hiesige Pflegelandschaft zu entwickeln.

Trotz aller Unwägbarkeiten haben sich die Mühen gelohnt. Mein Zitat aufnehmend, bin ich einen neuen Weg gegangen und hoffe nun, dass andere diese Fußspuren aufnehmen.

Literaturverzeichnis

Abt-Zegelin et al. (2005)

Abt-Zegelin, Angelika; Schnell, Martin W. (Hrsg.): Sprache und Pflege, 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Bern u. a. 2005

Abt-Zegelin (2005)

Abt-Zegelin, Angelika: Sprache und Pflegedokumentation, in: Abt-Zegelin, Angelika; Schnell, Martin W. (Hrsg.): Sprache und Pflege, 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Bern u. a. 2005, S. 111-130

Allert (2004)

Allert, Rochus: Ausgewählte Erfolgsfaktoren der stationären Hospizarbeit, in: Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Hospiz e.V. (Hrsg.): Stationäre Hospizarbeit – Grundlagentexte und Forschungsergebnisse zur Hospiz- und Palliativarbeit – Teil 2, Wuppertal 2004, S. 7-13

Andraschko (1996)

Andraschko, Heinz-Gerd: Das System der Bezugspflege, in: Pflege – Dokumentation – Hintergrundinformationen für Unterricht und Praxis, 49. Jahrg., Dezember 1996

Arbeitszeitgesetz (ArbZG), in der Fassung vom 6.Juni 1994

Online im Internet: <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/arbzg/gesamt.pdf>, Stand 03.04.2007

BAG Hospiz e.V. (2004)

BAG Hospiz e.V. (Hrsg.): Stationäre Hospizarbeit – Grundlagentexte und Forschungsergebnisse zur Hospiz- und Palliativarbeit – Teil 2, Wuppertal 2004

BAG Hospiz e.V. (2007):

BAG Hospiz e.V.: Online im Internet: <http://www.hospiz.net/bag/index.html>, Stand 29.03.2007

BAG Hospiz e.V. et al. (1998/2007)

BAG Hospiz e.V.; Landesarbeitsgemeinschaft (LAG): Online im Internet:
<http://www.hospiz.net/themen/archiv/definitionen.html>, Stand 29.03.2007

BAG Hospiz e.V. et al. (2004)

BAG Hospiz e.V.; Deutscher Caritasverband e.V.; Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (Hrsg.): Sorgsam – Qualitätshandbuch für stationäre Hospize, Wuppertal 2004

Bauer (1997)

Bauer, Rüdiger: Beziehungspflege, Berlin u.a. 1997

Bausewein (2001)

Bausewein, Claudia: Aufgaben und Möglichkeiten der Palliativmedizin im Rahmen der Onkologie, in: die Schwester / Der Pfleger, 40.Jahrg. 1/01, S. 10-14

Benner et al. (1997)

Benner, Patricia; Wrubel, Judith: Pflege, Streß und Bewältigung – Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit, Bern u. a. 1997

Bleses et al. (1998a)

Bleses, Helma; Heuvelmann, Maria; Morgendorf, Jörg: Formalisierte Grundlagen als Instrumente des Qualitätsmanagement, in: Prognos GmbH (Hrsg.): Patientenorientierung - eine Utopie? – Modellerfahrungen im Pflegedienst des St. Elisabeth-Krankenhauses Mayen GmbH, Stuttgart u. a. 1998, S. 143-180

Bleses et al. (1998b)

Bleses, Helma; Lampmann, Peter (1998b): Gestaltungsfelder für eine patientenorientierte Pflegeorganisation, in: Prognos GmbH (Hrsg.): Patientenorientierung - eine Utopie? – Modellerfahrungen im Pflegedienst des St. Elisabeth-Krankenhauses Mayen GmbH, Stuttgart u. a. 1998, S. 181-227

BMGS et al. (2004)

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (Hrsg);
Kuratorium Deutsche Altershilfe: Bezugs(personen)pflege – Personenzentrierte
Pflege auch in ‚traditionellen‘ Pflegeeinrichtungen, Band 13, Köln 2004

Busche et al. (1999)

Busche, Anne; Strege, Maria-Anna: Die Rolle der Sozialarbeiterin, in: Student,
Johann-Christoph (Hrsg.): Das Hospiz-Buch, 4., erw. Auflage, Freiburg im
Breisgau 1999, S. 129-139

Büssing (1997)

Büssing, André (Hrsg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege –
Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus, Göttingen 1997

Büssing et al. (1997)

Büssing, André; Barkhausen, Matthias: Interdisziplinäre Zusammenarbeit und
ganzheitliche Pflege – Eine systemorientierte Schnittstellenanalyse, in: Büssing,
André (Hrsg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege – Reorganisation
von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus, Göttingen 1997, S. 163-192

Büssing et al. (1998)

Büssing, André; Glaser, Jürgen: Was ist ganzheitliche Pflege? –
Eine Begriffserklärung, in: Prognos GmbH (Hrsg.): Patientenorientierung - eine
Utopie? – Modellerfahrungen im Pflegedienst des St. Elisabeth-Krankenhauses
Mayen GmbH, Stuttgart u. a. 1998, S. 17-32

Davy et al. (2003)

Davy, John; Ellis, Susan: Palliativ pflegen – Sterbende verstehen, beraten und
begleiten, Bern u. a. 2003

Deutsche Hospiz Stiftung (2007)

Deutsche Hospiz Stiftung: Hospizstatistik Stand Januar 2007, Online im Internet:
<http://www.hospize.de/index.php?go=083>, Stand 26.02.2007

Elkeles (1993)

Elkeles, Thomas: Arbeitsorganisation in der Krankenpflege – Zur Kritik der Funktionspflege, 4. Auflage, Frankfurt/Main 1993

Elkeles (1997)

Elkeles, Thomas: Kritik an der Funktionspflege, in: Büssing, André (Hrsg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege – Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus, Göttingen 1997, S. 49-63

Graf et al. (2006)

Graf, Gerda; Höver, Gerhard: Hospiz als Versprechen – Zur ethischen Grundlegung der Hospizidee, Schriftenreihe der BAG Hospiz e.V. (Hrsg.), Band IX, Wuppertal 2006

Grond (2000)

Grond, Erich: Altenpflege als Beziehungs- oder Bezugspersonenpflege – Ein interaktionelles Pflegekonzept, 2., überarbeitete Auflage, Hagen 2000

Haug (1997)

Haug, Karin: Strukturen in der Pflege – Das Beispiel Deutschland und England, in: Büssing, André (Hrsg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege – Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus, Göttingen 1997, S. 65-87

Höhmann et al. (1997)

Höhmann, U.; Weinrich, H.; Gätschenberger, G.: Neues Dokumentationssystem zur Vereinfachten patientenbezogenen Umsetzung des Pflegeprozesses in ambulanter und stationärer Langzeitpflege, in: Pflege – Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, 9. Jahrg., März 1997, S. 157-163

Hospiz Nordheide gGmbH (2005)

Hospiz Nordheide gGmbH: Konzept für das Hospiz Nordheide gGmbH (in der Fassung von August 2005-1)

Hospiz Nordheide gGmbH (2005a)

Hospiz Nordheide gGmbH: Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) für ein stationäres Hospiz mit Versorgungsvertrag nach §39 a SGB V in Verbindung mit §72 SGB XI (analog §80 a SGB XI) (in der Fassung vom 01.11.2005)

Hospiz Nordheide gGmbH (2007)

Hospiz Nordheide gGmbH: Leitbildentwurf für das Hospiz Nordheide gGmbH (in der Fassung vom 13.03.2007)

Husebø et al. (2000)

Husebø, Stein; Klaschik, Eberhard: Palliativmedizin – Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation, 2., überarbeitete Auflage, Berlin u. a. 2000

Husebø (2000a)

Husebø, Stein: Ethik, in: Husebø, Stein; Klaschik, Eberhard: Palliativmedizin – Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation, 2., überarbeitete Auflage, Berlin u. a. 2000, S. 35-105

Husebø (2000b)

Husebø, Stein: Psychosoziale Fragen, in: Husebø, Stein; Klaschik, Eberhard: Palliativmedizin – Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation, 2., überarbeitete Auflage, Berlin u. a. 2000, S. 263-333

Josuks (2003)

Josuks, Hannelore: Primary Nursing: Ein Konzept für die ambulante Pflege – Ein Leitfaden zur Implementierung eines neuen Pflegesystems, Hannover 2003

Klaschik (2000)

Klaschik, Eberhard: Palliativmedizin, in: Husebø, Stein; Klaschik, Eberhard: Palliativmedizin – Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation, 2., überarbeitete Auflage, Berlin u. a. 2000, S. 1-33

Lamp (2001)

Lamp, Ida (Hrsg.): Hospizarbeit konkret – Grundlagen – Praxis – Erfahrungen, Gütersloh 2001

Lamp (2001a)

Lamp, Ida: Hospiz – zur Geschichte einer Idee, in: Lamp, Ida (Hrsg.): Hospizarbeit konkret – Grundlagen – Praxis – Erfahrungen, Gütersloh 2001, S. 9-16

Lamp (2001b)

Lamp, Ida: Hospizarbeit in Deutschland, in: Lamp, Ida (Hrsg.): Hospizarbeit konkret – Grundlagen – Praxis – Erfahrungen, Gütersloh 2001, S. 17-38

Lamp (2001c)

Lamp, Ida: Spirituelle Begleitung, in: Lamp, Ida (Hrsg.): Hospizarbeit konkret – Grundlagen – Praxis – Erfahrungen, Gütersloh 2001, S. 119-126

Lutterotti (1999)

Lutterotti von, Markus: Sterbebegleitung als Aufgabe des Arztes, in: Student, Johann-Christoph (Hrsg.): Das Hospiz-Buch, 4., erw. Auflage, Freiburg im Breisgau 1999, S. 114-123

Manthey (2005)

Manthey, Marie: Primary Nursing – Ein personenbezogenes Pflegesystem, 2., unveränderte Auflage, Bern u. a. 2005

Meurer (2001)

Meurer, Thomas: Den Abschied moderieren, den Trauerweg eröffnen, in: Lamp, Ida (Hrsg.): Hospizarbeit konkret – Grundlagen – Praxis – Erfahrungen, Gütersloh 2001, S. 127-136

Morgendorf (1997)

Morgendorf, Jörg: Gesundheitsstrukturgesetz versus ganzheitliche Pflege?, in: Büssing, André (Hrsg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege – Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus, Göttingen 1997, S. 91-110

Peplau (1995)

Peplau, Hildegard E.: Interpersonale Beziehungen in der Pflege – Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege, Basel u. a. 1995

Piper (1999)

Piper, Hans-Christoph: Der Seelsorger als Betreuer des sterbenden Mitmenschen und seiner Familie, in: Student, Johann-Christoph (Hrsg.): Das Hospiz-Buch, 4., erw. Auflage, Freiburg im Breisgau 1999, S. 140-147

Pohlmann (2006)

Pohlmann, Martin: Die Pflegende-Patienten-Beziehung – Ergebnisse einer Untersuchung zur Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus, in: Pflege – Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, 19. Jahrg., Juni 2006, S. 156-162

Prognos (1998)

Prognos GmbH (Hrsg.): Patientenorientierung - eine Utopie? – Modellerfahrungen im Pflegedienst des St. Elisabeth-Krankenhauses Mayen GmbH, Stuttgart u. a. 1998

Rogall (2005)

Rogall, Renate : Die Kommunikation im Pflorgeteam, in: Rogall, Renate; Josuks, Hannelore; Adam, Gottfried; Schleinitz, Gottfried: Professionelle Kommunikation in Pflege und Management – Ein praxisnaher Leitfaden, Hannover 2005, S. 175-210

Rogall et al. (2005)

Rogall, Renate; Josuks, Hannelore; Adam, Gottfried; Schleinitz, Gottfried:
Professionelle Kommunikation in Pflege und Management – Ein praxisnaher
Leitfaden, Hannover 2005

Rumbke (2004)

Rumbke, Carsten: Pflege in stationären Hospizen – Aufgaben und Ziele, in: BAG
Hospiz e.V. (Hrsg.): Stationäre Hospizarbeit – Grundlagentexte und
Forschungsergebnisse zur Hospiz- und Palliativarbeit – Teil 2, Wuppertal 2004,
S. 15-55

RV nach § 39a Satz 4 SGB V

Rahmenvereinbarung nach § 39a Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur
Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03. 1998, in der
Fassung vom 09.02.1999, Online im Internet:
http://www.hospize.de/docs/rahmenv_stat_hospize.pdf, Stand 19.3.2007

Schlettig et al. (1995)

Schlettig, Hans-Joachim; von der Heide, Ursula: Bezugspflege, 2., korrigierte
Auflage, Berlin u. a. 1995

Schneider (2001a)

Schneider, Catrina E. (2001a): Hospizarbeit und Ehrenamtlichkeit, in: Lamp, Ida
(Hrsg.): Hospizarbeit konkret – Grundlagen – Praxis – Erfahrungen, Gütersloh
2001, S. 59-71

Schneider (2001b)

Schneider, Catrina E.: Ehrenamtliche Hospizarbeit konkret, in: Lamp, Ida (Hrsg.):
Hospizarbeit konkret – Grundlagen – Praxis – Erfahrungen, Gütersloh 2001,
S. 72-89

Schwerdt (2002)

Schwerdt, Ruth: Ethisch-moralische Kompetenzentwicklung als Indikator für Professionalisierung – Das Modellprojekt ‚Implementierung ethischen Denkens in den beruflichen Alltag Pflegender‘, 2., korrigierte Auflage, Regensburg 2002

Sowinski (2006)

Sowinski, Christine: Beziehungspflege – warum sie so schwierig und doch so wichtig ist, in: Die Schwester / Der Pfleger, 45. Jahrg. 10/06, S. 792-796

Student (1999)

Student, Johann-Christoph (Hrsg.): Das Hospiz-Buch, 4., erw. Auflage, Freiburg im Breisgau 1999

Student (1999a)

Student, Johann-Christoph: Was ist ein Hospiz?, in: Student, Johann-Christoph (Hrsg.): Das Hospiz-Buch, 4., erw. Auflage, Freiburg im Breisgau 1999, S. 21-34

Student (1999b)

Student, Johann-Christoph: Entwicklung und Perspektiven der Hospizbewegung in Deutschland, in: Student, Johann-Christoph (Hrsg.): Das Hospiz-Buch, 4., erw. Auflage, Freiburg im Breisgau 1999, S. 43-57

Stuhl (2006)

Stuhl, Tanja : Primary Nursing in der stationären Altenpflege, Hannover 2006

Weissenberger-Leduc (2002)

Weissenberger-Leduc, Monique: Handbuch der Palliativpflege, 3., vollständig überarbeitete Auflage, Wien 2002

Wöhe (2000)

Wöhe, Günter: Einführung in die allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 20., neubearbeitete Auflage, München 2000

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Holzgerlingen, den 17.04.2007

Andrea Stange