

Günter Meyer

Die Schaffung verbindlicher, klientenbezogener Strukturen im Rahmen gerontopsychiatrischer Verbundsysteme

Angesichts der Zunahme und Ausweitung gerontopsychiatrisch-geriatrischer Verbundsysteme wird häufig die Frage gestellt, ob und inwieweit diese Verbundsysteme in der Lage sind, verbindliche Strukturen für eine klientenbezogene Zusammenarbeit zu schaffen. Im Folgenden möchte ich diese Frage speziell aus Sicht der gerontopsychiatrischen Pflege beantworten, die im ambulanten Bereich fast immer in einem interdisziplinären Kontext durchgeführt wird. Das heißt, die Klientin bzw. der Klient erhält neben der pflegerischen Versorgung in der Regel eine medizinische Behandlung, steht unter gesetzlicher Betreuung, besucht wohlmöglich eine Tagesstätte und hat einen Vorgang beim sozialpsychiatrischen Dienst. Somit sind zumeist gleich mehrere Akteure/innen aus unterschiedlichen Bereichen für das Wohlergehen und die Gesundheit eines Klienten zuständig. Um die Pflege in solchen multidisziplinären Teams effektiv durchführen zu können, ist die Sicherstellung bestimmter Grundvoraussetzungen notwendig.

Über die Pflege im multidisziplinären Team schreibt Christoph Abderhalden:

“Die Teamarbeit muss gestaltet und organisiert werden. Organisation meint im Wesentlichen zweierlei: a) eine Gesamtaufgabe muss in abgegrenzte Einzellelemente zerlegt werden; b) die Einzelteile müssen zusammengefügt und koordiniert werden. Soll Teamarbeit effektiv sein, müssen die Elemente der Gesamtaufgabe und die Beiträge und Rollen der verschiedenen Teammitglieder möglichst klar definiert und aufgeteilt werden.“

Den Anspruch, den Christoph Abderhalden hier formuliert, müssen wir auch an ein gerontopsychiatrisch-geriatrisches Verbundsystem stellen. Dabei geht es im Wesentlichen darum, die verschiedenen Behandlungsprozesse, wenn sie parallel laufen, aufeinander abzustimmen bzw., wenn sie nacheinander erfolgen, sinnvoll überzuleiten.

Sobald wir innerhalb eines Teams arbeiten, stellt sich zwangsläufig die Frage, welches Teammitglied welche Aufgaben übernimmt. Wir müssen uns deshalb sowohl die Aufgaben-

teilung als auch die Aufträge der verschiedenen Teammitglieder auf den unterschiedlichen Ebenen ansehen: einerseits auf einer allgemeinen Ebene, wo der Auftrag und die Spezialität der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen generell umschrieben werden; andererseits auf der Ebene der einzelnen Teamkonstellationen.

Auf der allgemeinen Ebene wird der Auftrag der Pflege und der der anderen Disziplinen durch die jeweiligen Berufsgruppen selbst definiert. Maßgebend hierfür ist die Berufsentwicklung und die durch die jeweilige Wissenschaft idealtypisch definierten Inhalte. So definiert sich die Pflege über die Pflegewissenschaften, die Sozialarbeit über die Sozialwissenschaften, die ärztliche Behandlung über die medizinische Forschung. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass ein Dialog der verschiedenen Wissenschaften untereinander hier nur in sehr geringem Umfang stattfindet und daher eine Bewertung der Prozesse oft ausschließlich auf Grundlage der eigenen Ausbildungsgenese erfolgt und der andere Bewertungsprozess gar nicht nachvollzogen werden möchte, geschweige denn nachvollzogen werden kann.

In den USA hat z.B. der fehlende Dialog zwischen Pflegewissenschaft und Sozialarbeit dazu geführt, dass beide Berufszweige jeweils eigene Konzepte des Case Management entwickelt und aufgebaut haben, die nur noch in Konkurrenz zu einander stehen und nicht miteinander funktionieren.

Abstimmung und Verteilung der Aufgaben im multidisziplinären Team

Was die Beschreibung und Bewertung von Prozessen innerhalb eines Teams betrifft, wird – wie bereits erwähnt – jede Berufsgruppe per Definition zunächst als eigene, von den anderen Berufsgruppen abgegrenzte Einheit gefasst. Auf der Ebene einer Teamkonstellation werden diese beruflichen Definitionen allerdings durch eine Vielzahl nicht direkt berufsbezogener Faktoren modifiziert. Dabei sind alle beteiligten Berufsgruppen mit Gesundheitsfragen befasst und beschäftigen sich aus jeweils unterschiedlicher Perspektive mit ähnlichen Sachverhalten, die es innerhalb eines Verbundsystems zusammenzuführen und aufeinander abzustimmen gilt.

Oft zeigt sich dabei, dass die Grenzen der einzelnen Disziplinen nicht exakt beschrieben werden können und sich die Zuständigkeitsbereiche häufig überlappen. An dieser Stelle wird

deutlich, wo effektive Teamarbeit hinführen muss: Die Kernbereiche der einzelnen Berufsgruppen müssen aufeinander abgestimmt, die Aufgabenverteilung innerhalb der sich überschneidenden Randgebiete im Team neu abgesprochen und die Aufgaben neu verteilt werden.

In diesem Prozess wird man feststellen, dass die Beschreibung von Aufgaben aufgrund der jeweiligen Berufszugehörigkeit und die Aufgabenstellung innerhalb einer bestimmten Teamkonstellation sehr unterschiedlich ausfallen können. Die Aufteilung bzw. Zuordnung von Aufgaben in einem bestimmten Team wird nämlich nicht allein von der Berufszugehörigkeit bestimmt, sondern auch von einer Vielzahl gesellschaftlicher, institutioneller, situativer sowie team- und personenbezogener Faktoren beeinflusst. Als Beispiel sei hier die Fallkonferenz genannt, in deren Rahmen gemeinsam Lösungsstrategien erarbeitet und anschließend umgesetzt werden. Diese Lösungsansätze stellen nicht ausschließlich berufsbezogene Strategien dar, sondern basieren auf einem ganzheitlichen Ansatz.

Aufbau und Ineinanderwirken der verschiedenen Ebenen eines Verbundsystems

In der gerontopsychiatrischen Betreuung und Pflege ist Teamarbeit auf sehr verschiedenen Ebenen notwendig. Betrachten wir z.B. die Zielsetzung des Gerontopsychiatrischen Verbunds Charlottenburg, so lassen sich verschiedene Ebenen benennen, wo eine verbindliche Zusammenarbeit geleistet werden sollte. Solche verschiedenen Ebenen sind - modifiziert und teilweise abgespeckt - auch in den anderen Verbundsystemen wiederzufinden.

Im Entwurf des Gerontopsychiatrischen Verbunds Charlottenburg wird zunächst die konzeptionelle Ebene genannt, wo eine Überprüfung und Angleichung der einzelnen Versorgungskonzepte entsprechend modernen Standards und neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen forciert werden sollte. Darauf folgt die Case-Management-Ebene, worunter auch die Fallkonferenzen subsumiert werden. Ziel ist hier, eine trägerübergreifende Behandlungskontinuität sicherzustellen sowie eine anwaltschaftliche Funktion für die Klientinnen und Klienten aufzubauen. Es folgt die Ebene der Qualitätsbestimmung und Qualitätssicherung, z.B. durch Qualitätszirkel und die Entwicklung von Qualitätsstandards. Da die Grundlage qualitativ hochwertiger Arbeit ein gut ausgebildetes Personal ist, folgt hierauf die Ebene der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Als weitere Zielsetzung wird die Angleichung der Dokumen-

tationsweisen genannt, um die Informationsweitergabe und Überleitung des Klienten auf der Ebene der Dokumentation zu erleichtern. Um rechtzeitig auf Versorgungsprobleme reagieren zu können, sollte auch die Ebene einer einheitlichen Koordinierungs- und Leitungsfunktion geschaffen werden.

Damit eine Verbindlichkeit der Absprachen gewährleistet werden kann, wurde die Ebene der verbindenden Kooperationsverträge eingerichtet. Darüber hinaus wurde - um in der verbindlichen Zusammenarbeit gemeinsam nach außen auftreten zu können - eine Ebene der gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit geschaffen, sodass die Anliegen gerontopsychiatrischer Klientinnen und Klienten auch gegenüber politisch Verantwortlichen vertreten werden können.

Sehr beliebt ist in meiner Pflegestation die Ebene der gemeinsamen Personalrotation durch Hospitationen, da unter den Trägern hierdurch ein Erfahrungsaustausch möglich wird.

Konzeption und Aufbau solcher Strukturebenen sollten natürlich wissenschaftlich begleitet werden, sodass hier als weitere Ebene die Forschungsebene zu nennen ist.

Wenn wir uns den Kooperationsvertrag des Gerontopsychiatrisch-geriatrischen Verbunds von Treptow-Köpenick anschauen, finden sich dort viele der genannten Elemente wieder, auch wenn sie nicht aus einem Bundesmodellprojekt hervorgegangen sind. Die Aufgabenstellungen sind hier sogar noch konkreter beschrieben. So sollen z.B. Konflikte und Problembereiche in der klientenbezogenen Zusammenarbeit der einzelnen Träger benannt und entsprechende Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden. Darüber hinaus soll Transparenz in Bezug auf die bezirkliche Versorgungsstruktur hergestellt werden, indem die im Bezirk Treptow-Köpenick tätigen Einrichtungen ihr jeweiliges Leistungsprofil in einem Versorgerhandbuch darstellen – ein Schritt, der in Charlottenburg sowie in vielen anderen Bezirken Berlins bereits vollzogen wurde.

Um eine Integration in die bezirkliche Planungs- und Gremienkultur zu sichern, ist es wichtig, dass der Verbund als fester Bestandteil in die bezirkliche Psychiatrie- und Altenplanung aufgenommen wird.

Wichtige Synergien ergeben sich auch durch Kooperation in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Eines der Ziele ist hier, die Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten der im Verbund

organisierten Partner kostenfrei zur Verfügung zu stellen (wie etwa in Charlottenburg), indem die Träger ihre interne Weiterbildung für Verbundmitglieder öffnen. Qualitätssicherung, wie bereits für Charlottenburg beschrieben, sowie Begleitforschung sind auch in Treptow-Köpenick fest etabliert.

An dieser Stelle sind nur zwei unterschiedliche Verbünde dargestellt; wenn man sich jedoch die Vereinbarungen in den anderen Berliner Bezirken ansieht, sind überall vergleichbare Zielsetzungen zu finden.

Möglichkeiten und Grenzen von Netzwerkarbeit

Dass vernetztes Arbeiten gelernt sein will und nach bestimmten Regeln erfolgen muss, zeigt die folgende Aussage von Ursula Wohlfahrt in ihrem Beitrag über Vorschläge für eine gesundheitsfördernde Netzwerkarbeit:

„Netzwerkarbeit kann Spaß machen, kann bereichern, kann beflügeln, kann Energien freisetzen. Sie kann also das psychische und physische Wohlbefinden der Beteiligten fördern. Aber sie kann auch das Gegenteil bewirken. Endlose Diskussionen, Konkurrenzgehebe, unfruchtbare Streitigkeiten. Hoher Arbeitseinsatz ohne den gewünschten Erfolg kann zu Stress und Ärger führen, auf den Magen schlagen, Unlustgefühle hervorrufen, Aggressionen schüren – also das psychische und physische Wohlbefinden erheblich beeinträchtigen.“

Wir stellen in der Regel sehr hohe Ansprüche an Netzwerke, sind aber - was Kommunikationsprozesse betrifft - meist ungeübt und kaum ausgebildet. Um vernetztes Arbeiten zu ermöglichen, müssen wir, so Ursula Wohlfahrt, bestimmte Fähigkeiten entwickeln, wie zuhören können, Differenzen zulassen können, Berührungängste überwinden können, Geduld und Standfestigkeit aufbringen können.

Einen anderen Ansatz formuliert Jochen Schweizer in seinem Buch „Gelingende Kooperation“. Darin schreibt er, dass kooperatives Verhalten zwischen zwei Interaktionspartnern nur begonnen und aufrechterhalten wird, wenn es sich für beide lohnt.

Doch ab wann ist es für einen Kooperationspartner lohnend, sich in einem Verbund zu engagieren. Auf einer Sitzung des in Pankow angesiedelten Netzwerks im Alter wurde ich von Mitarbeitern einer anderen Berliner Pflegestation gefragt, warum ich bei dem Projekt überhaupt mitmache. Sie sähen für sich inzwischen keinen Sinn mehr in einer Mitarbeit, da sie bislang noch keinen einzigen Klienten vermittelt bekommen hätten. An dieser Stelle wird deutlich, wie wichtig es ist, die Zielsetzung eines Verbundsystems klar zu formulieren, um Enttäuschungen vorzubeugen.

Enttäuschungen werden auch hervorgerufen, wenn teure Arbeitszeit durch überflüssige Gremienarbeit verschwendet wird. Es ist daher unbedingt notwendig, dass die Verbände untereinander Kontakt aufnehmen und Synergien herstellen. Der Gerontopsychiatrische Verbund Charlottenburg hat z.B. in ausgiebiger Gremienarbeit einen eigenen Überleitungsbogen entwickelt. Nur zwei Jahre später wurde vom Netzwerk im Alter im Berliner Bezirk Pankow ebenfalls ein eigener Überleitungsbogen erarbeitet. Verständlich ist da die Frage, warum es hier nicht möglich war, über den bezirklichen Tellerrand zu schauen. Es ist wirklich nicht notwendig, dass jedes Verbundsystem das Rad neu erfindet.

An dieser Stelle sei noch einmal auf Ursula Wohlfahrt hingewiesen, die verschiedene Störquellen anführt, die den Arbeitsprozess in Netzwerken behindern, ihn schwerfällig machen und/oder konfliktreich werden lassen können. Zu diesen Störquellen zählen z.B. der fehlende Wille, auf Kompromisse einzugehen; das beharrliche Pochen auf Eigeninteressen; die Versuche einzelner Akteure/innen, ihre Interessen zu instrumentalisieren; sowie das versteckte Austragen von Konkurrenzkämpfen auf der Ebene inhaltlicher Diskussion.

Doch was ist zu tun, wenn die Netzwerkarbeit aufgrund noch unzureichend entwickelter kommunikativer Fähigkeiten einzelner Akteure und strukturell angelegter Störquellen zur Qual wird? In meiner berufspolitischen Arbeit habe ich die Erfahrung gemacht, dass in solchen schwierigen Situationen externe Moderationen es den beteiligten Teilnehmerinnen und Teilnehmern erleichtern, Konflikte zu thematisieren und gemeinsame Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Wichtig ist hier, sich zuzugestehen, in bestimmten Situationen professionelle Moderation in Anspruch nehmen zu dürfen. Weiterhin ist es wichtig, eine Koordinierung zwischen den Verbänden zu schaffen, um die Ergebnisse und Erfahrungen der jeweils Anderen nutzen zu können.

Künftige Herausforderungen für Verbundsysteme

Ist die Grundlage für eine effektive Zusammenarbeit geschaffen, stellt sich die Frage, welche Aufgaben Verbundsysteme künftig in der sich schnell wandelnden Gesundheitsszene übernehmen können. Sabine Jungk schreibt in einem Beitrag über Kooperation und Vernetzung:

“Und es ist zweitens die Tatsache, dass komplexe, innovative Aufgabenstellungen – und um solche handelt es sich in der Regel in den von uns gemeinten Fällen – effektiver in gleichberechtigt vernetzten Arbeitszusammenhängen bewältigt werden können, auch wenn die größere Anfälligkeit für Missverständnisse eine eigene Herausforderung darstellt. Boos und andere fügen dem das Argument hinzu, dass in interinstitutionellen Netzwerken leichter Neues entstehen könne, da sie flexibler auf neue Anforderungen reagieren könnten. Denn Netzwerke erlaubten ein organisatorisches Probehandeln, wo Institutionen den Instanzenweg benötigen.“

Ein solches Forum des organisatorischen Probehandelns würde ich mir in allen Verbundsystemen wünschen.

In Pankow haben wir, eingebettet in ein Bundesmodellprojekt, ein Kooperationsnetz von sechs verschiedenen Pflegestationen geschaffen - unter ihnen sowohl gemeinnützige als auch privatrechtlich organisierte Träger -, deren Ziel ganz konkret darin besteht, auf dem Gelände der Stiftung Schönholzer Heide ein gemeinsames Versorgungsnetz aufzubauen.

Konsequenterweise schließt sich hier die Frage an, warum Projekte dieser Art nicht auch in einem Verbundsystem entwickelt und realisiert werden können. Es ist nicht immer eine Frage des Geldes; im Gegenteil, denn durch die Zusammenarbeit lässt sich das Risiko streuen und auf mehrere Schultern verteilen.

Eine weitere Herausforderung für Verbundsysteme könnte die integrierte Versorgung werden, da hier die Möglichkeit bestünde, ganz aktiv Konzepte zu entwickeln und innerhalb der Verbundsysteme zu realisieren.

Genauso wichtig ist die Beantwortung der Frage, welchen Einfluss die Einführung der DRGs im ambulanten und komplementären Bereich haben werden. Eine Umsetzung wäre z.B. in

Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus denkbar, wobei das Handeln der Akteure und Akteurinnen im Verbundsystem als organisatorisches Probehandeln genutzt werden könnte.

Eine interessante Plattform, gerade auch um Synergien zu schaffen, könnte die Einführung eines trägerübergreifenden Qualitätsmanagements sein. Immer mehr Träger gehen beispielsweise dazu über, sich nach ISO 9000 zertifizieren zu lassen. Qualitätsmanagement wird geprägt durch interne und externe Interessenpartner einer Organisation. Ziel hierbei ist, die Erwartungen aller interessierten Parteien in gleichen Maßen zu erfüllen. Dies bedeutet, dass die internen Interessen ebenso berücksichtigt werden müssen wie die Erwartungen der externen Interessenpartner (Angehörige, Partner, Gesellschaft etc.).

Der Bereich der Partner nimmt gerade in der Altenhilfe eine wichtige Rolle ein. So können Kostenträger, Medizinischer Dienst, Sozialpsychiatrische Dienste, Ärzte/innen, Tagesstätten sowie alle Kooperationspartner, die zur Sicherstellung einer ganzheitlichen Pflege beitragen, als interessierte Parteien einer Organisation bezeichnet werden.

Die Einführung eines umfangreichen Qualitätsmanagement-Systems ist sehr zeitaufwendig. Hier könnten durch trägerübergreifende Qualitätszirkel Synergien geschaffen und durch effektive Zusammenarbeit viel Zeit und Geld in der eigenen Einrichtung gespart werden - ähnlich wie man von einer gemeinsamen Fortbildungskoordination profitieren würde.

Damit solche Visionen verbindlich realisiert werden können, bedarf es der Umsetzung folgender 10 Punkte, die Silvia Hahn, Werner Ludwig und Herbert Rijntjes in einem Beitrag über Netzwerk Vorbeugung im Rheinisch-Bergisch Kreis angeführt haben:

1. Netzwerkarbeit muss einen ständigen Informationsfluss haben, um den fachlichen Standard auf gleicher Qualitätsstufe zu halten und um einen aktuellen Informationsstand zu garantieren.
2. Netzwerker müssen sich in Zirkeln finden, deren Anliegen zielgerichtet, effizient und qualitätsfördernd bearbeitet werden.
3. Moderation und Präsentationsfähigkeit müssen als Kompetenz entwickelt werden.
4. Lebendige Vernetzung bedarf der ständigen Aktivierung und des kontinuierlichen Dialoges, wie z.B. durch jour fixe oder durch ein Informationsmedium.
5. Jahresberichte, Projektberichte und Selbstevaluation sind wichtig, um immer wieder zu reflektieren, welche Ziele erreicht wurden und welche neu formuliert werden müssen.

6. Mit der Auswertung der Zielerfüllung lässt sich ein Fortbildungskonzept ableiten.
7. Mit einer gemeinsamen Außendarstellung kann man ein Netzwerk stabilisieren.
8. Wichtig sind realistisch formulierte Transferleistungen hinsichtlich der Umsetzung der erarbeiteten Standards in der eigenen Organisation.
9. Bedeutsam ist eine professionelle Präsentation, die sich ausdrückt in Angeboten und Aktionen, in Konzepten und Programmen, in PR-Arbeit und Serviceleistungen.
10. Zur erfolgreichen Präventionsarbeit und ihrer Steuerung gehört schließlich und endlich eine fundierte Qualitätssicherung, die als Entwicklungskontrolle verstanden wird.

Durch die steigende Zahl alter Menschen an der Gesamtbevölkerung werden gerontopsychiatrisch-geriatrische Verbundsysteme einen immer höheren gesellschaftlichen Stellenwert erhalten. Gemeinsam haben wir die Möglichkeit, mit Kreativität, Mut und Offenheit dieser großen Herausforderung zu begegnen.