



„Eindeutig sind wir ...“

... als Kinder unserer Kultur in triviale Systeme vernarrt, und wann immer die Dinge nicht so funktionieren, wie man es erwartet, werden wir versuchen, sie zu trivialisieren.“

Heinz von Foerster, 1993

Die Qualität bin ich

Qualität neu betrachtet

Wir sind weit gekommen mit dem Qualitätsmanagement, das in den 1990er-Jahren im Sozial- und Gesundheitswesen eingeführt wurde. Nun müssen aber die nächsten Schritte folgen, die beim Menschen, seiner Verantwortung und Kompetenz ansetzen; nur dann wird aus Qualität auch Lebensqualität.

Richard Hennessey, Stefan Knobel

Was bisher geschah

Sonnen- und Schattenseiten. Traditionelle Qualitätsmanagement-Systeme (QM-Systeme) haben dazu beigetragen, dass auch in sozialen Organisationen interne Arbeitsprozesse und Organisationsstrukturen kritisch durchleuchtet wurden und auf diese Weise Effizienzgewinne realisiert werden konnten. Es erfolgte auch eine stärkere Mitarbeiter- und Kundenorientierung. Die erhöhte Einbindung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter steigerte die Identifikation mit dem Unternehmen und dessen Qualitätsentwicklung. Diese Systeme haben aber auch ihre Schattenseiten. Der Dokumentationsaufwand stieg und die Mitarbeiter haben dadurch weniger Zeit für ihre eigentlichen Aufgaben, was qualitätsmindernd wirken kann. Ein wesentlicher Nachteil dieser QM-Systeme ist, dass sie zu wenig auf das Verantwortungsgefühl

des Einzelnen für die Qualität der Produkte und Dienstleistungen abzielen. Diese Nachteile führen dazu, dass nicht das volle Potenzial der Organisationen in einem produktiven Sinne ausgeschöpft werden kann. Knobel (2013, S. 49) geht davon aus, dass mit den herkömmlichen Qualitätssystemen nur zwischen 30–50 % des Qualitätsgeschehens beeinflusst werden kann. Auf der Suche nach den „blinden Flecken“ in den traditionellen QM-Systemen finden wir sowohl einen inhaltlichen als auch einen methodischen Mangel.

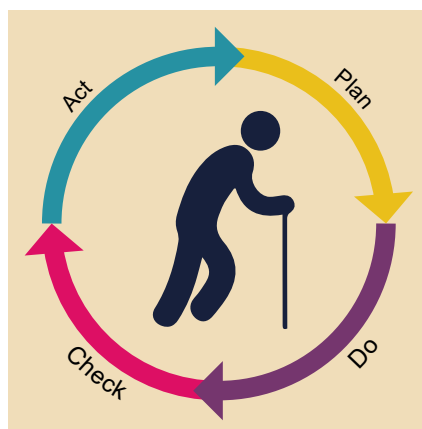
Was ist Qualität? Es mag unglaublich klingen, aber in den bisherigen QM-Systemen wurde das inhaltlich nie ausreichend bestimmt. Schauen wir uns stellvertretend dazu die ISO-Definition an: „Qualität ist ein Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“ (Norm EN ISO 9000:2000). Diese abstrakte Definition sagt nichts über den Inhalt von Qualität



aus. Zech (2015) geht davon aus, dass es bei ISO-Prozessen lediglich um eine Systematisierung und Verbesserung von Prozessen geht (S. 14). Matul und Meinhold (2011) halten fest, dass ein ISO-Zertifikat folglich auch nicht die Qualität der Produkte und Dienstleistungen belegen kann (S. 147). Karl Frey meint lakonisch dazu: „Einfach und praktisch ausgedrückt: das System besagt, dass der Betrieb das ISO-System korrekt unterhält. Es besagt nicht, dass der produzierte Joghurt oder die Dienstleistung des Hotels gut ist.“ (Frey, 1997, 20) Um diesen blinden Fleck zu beseitigen, müsste deshalb der Begriff „Qualität“ von allen Beteiligten inhaltlich bestimmt werden.

Passt die Methode? Etwas schwieriger ist es, den blinden Fleck in den Methoden zu finden, scheint es doch durch die Einführung des sogenannten Qualitätszyklus gelungen zu sein, die Qualität kontinu-

ierlich weiterzuentwickeln. In der Industrie hat es doch wunderbar funktioniert! Einen ähnliches Modell wie jenes des PDCA-Zyklus (Plan – Do – Check – Act) des legendären Edward Deming repräsentiert auch der Pflegeprozess. Manchmal wird sogar eins zu eins die Terminologie von Deming übernommen, wie die folgende Abbildung zeigt:



Der pflegebedürftige Mensch wird wie ein Gegenstand hinsichtlich seiner Defizite betrachtet. Die Pflegekraft schaut, ob dieser ein Problem, eine Ist-Soll-Abweichung hat (z.B. „Er hat Gangstörungen.“). Wenn ja, holt man Informationen ein, legt ein pflegerisches Soll fest und plant die dazu passenden Maßnahmen (Plan). Die geplanten Maßnahmen werden durchgeführt (Do). Der pflegebedürftige Mensch dient der Pflegekraft sozusagen als Sensor und gibt ihr Bescheid, ob und wie mit den Maßnahmen das Ziel (Ist-Soll-Übereinstimmung) erreicht wurde (Check). Falls nicht, werden die Ursachen des Misserfolgs über das Einholen von neuerlichen Informationen erforscht und erneut Maßnahmen gesetzt (Act). (vgl. Schrems 2003, 92) Auch wenn es scheint, dass der Pflegeprozess zirkulär ist und den ganzen Menschen erfasst, besteht bei solchen Methoden die Problematik, dass der Mensch trivialisiert und damit auf seine Defizite oder Pflegediagnosen



reduziert wird – Defizite und Pflegediagnosen, die letztlich mit bestimmten im voraus definierten Maßnahmen zu behandeln sind. Eng damit verbunden ist, dass das Verhalten der Pflegekraft selber nicht explizit Gegenstand des Pflegeprozesses ist. So ist z.B. die Unselbständigkeit des Patienten das Thema, ist aber auch das unselbständigkeitsfördernde Verhalten der Pflegekraft Gegenstand in diesem Regelkreis? Reflektieren Pflegekräfte gemeinsam mit den Patienten und Kolleginnen in diesem Zyklus ihr Verhalten? Spiegelt der Pflegeprozess den „Koproduktionscharakter“ sozialer Dienstleistungen adäquat wider?

Nun hat die Einführung dieses Regelkreises sicherlich seine Vorteile, indem er ein Bewusstsein schafft, dass Qualität nicht ein Zufall ist, sondern ein systematischer Prozess, der Verbesserungen schafft. Festzuhalten ist allerdings, dass dieser Zyklus eng an die Optimierung der industriellen Produktion angelehnt ist. Im kybernetischen Sinne geht es in industriellen Prozessen um die Produktion von „trivialen Systemen“. Und es stellt sich die Frage, ob diese Methoden aus der Industrie geeignet sind, in Situationen, in denen Menschen als „nicht-triviale Systeme“ im Spiel sind, das Qualitätsgeschehen zu managen.

Ja – aber nur zum Teil. In Pflegesituationen gibt es zwar durchaus einige triviale Situationen. So ist es z.B. bei der Vorbereitung von Infusionen enorm wichtig, dass die Hygienestandards eingehalten werden. Ein Infusionsbesteck ist möglichst keimfrei oder eben nicht. Und es gibt klare Standards und Regeln, die beim Handling mit diesen Medikamenten die Keimfreiheit sicherstellen. Die Einhaltung der Abfolge der einzelnen Schritte ist zwingend; sie begründet sich durch lineare Zusammenhänge von Ursache und Wirkung. Eine Nicht-Einhaltung kann fatale Folgen haben: Desinfektionsmittel muss vor der Injektion verwendet werden; nach der Injektion nützt es herzlich wenig. Aber grundsätzlich scheint hier ein beschreibbares Verhalten (gezielter Einsatz von Desinfektionsmitteln) zu einem be-

stimmten Resultat (Keimfreiheit) zu führen, banal formuliert: Wenn man das und das tut, dann passiert das und das.

Die traditionellen QM-Systeme wurden für solche Situationen mit klaren kausalen Zusammenhängen bzw. „Wenn-Dann-Beziehungen“ entwickelt. Was aber, wenn Prozesse nicht mehr kausal sind und sich gegenseitig so beeinflussen, dass sie nicht mehr in einfache „Wenn-Dann-Beziehungen“ aufgelöst werden können?

Viele Pflegesituationen sind komplex

„Ja, mach nur einen Plan / sei nur ein großes Licht / Und mach dann noch‘nen zweiten Plan / Gehn tun sie beide nicht.“ (Brecht 1988, S. 291)

Skepsis gegenüber QM-Systemen. In der Pflegepraxis kann ein gewisser Widerstand gegenüber QM-Systemen und linearen Lösungsansätzen beobachtet werden. Die Ursache könnte darin liegen, dass viele Qualitäts-Instrumente oder -Verfahren im Pflegeprozess dem Prinzip eines trivialen Systems folgen, aber meistens nicht-triviale Probleme vorliegen. Kompetente Pflegekräfte spüren intuitiv, dass hier etwas nicht zusammenpasst.

Triviale Situationen liegen dann vor, wenn die Reaktion auf einen bestimmten Input vorhersagbar ist. Wenn man z.B. einen Stein tritt, so ist dessen Bewegung physikalisch berechenbar. Hingegen weiß man nicht, was passiert, wenn man einen Hund tritt. Das Tier könnte jaulen, beißen oder wegrennen. Das Verhalten ist nicht prognostizierbar (EKA, 2012, S. 52). Diese Situation ist nicht trivial. Nicht-triviale Situationen sind komplex. Das bedeutet aber nicht, dass triviale Situationen einfach sind. Die können durchaus sehr kompliziert sein. Ein Beispiel für den Unterschied von komplex und kompliziert: Die Logistik einer Fußballmannschaft ist kompliziert, aber mit genügend Wissen über die Zusammenhänge lösbar. Die Durchführung

des Spiels selbst ist komplex (weil hochdynamisch) und mit theoretischem Wissen über das Fußballspiel eben nicht lösbar. Dafür muss man es können (Kompetenz). Übertragen auf das QM bedeutet das: Die Logistik einer Fußballmannschaft ist trivial und kompliziert. Sie lässt sich mit dem traditionellen QM bewältigen. Das Fußballspiel ist nicht-trivial, hochdynamisch und komplex. Für die Entwicklung eines guten Fußballspiels würde ein traditionelles QM nicht ausreichen. Das leuchtet jedem ein. Aber tut es das auch bei der Pflege?

Pflegesituationen sind wie Fußballspiele nicht trivial und komplex ... Es gibt zwar, wie bereits oben erwähnt, Pflege Themen, die linearen Prozessen folgen und so Merkmale einer „trivialen Situation“ zeigen. Die meisten Herausforderungen der Pflege unterliegen aber komplexen, zirkulären Zusammenhängen. Je komplexer das Zusammenspiel verschiedener Einflussfaktoren (z.B. Schmerzen, Desorientiertheit, Inkontinenz und Angst) in einer Pflegesituation wird, desto mehr Interpretationsmöglichkeiten bestehen und desto schwieriger wird es, von überschaubaren eindeutigen Kausalbeziehungen auszugehen.

Kybernetisch erklärt beruht das menschliche Verhalten auf internen Rückkopplungs-Prozessen, die durch das Zusammenspiel zwischen dem motorischen System, dem Wahrnehmungs- und dem Nervensystem das Verhalten fortlaufend und zirkulär neu „erfinden“. Dies ist besonders eindrücklich bei der Entwicklung der menschlichen Bewegungskompetenz zu beobachten. Sie ist ja keinesfalls eine fixe Größe, im Gegenteil: Sie entwickelt sich durch die Qualität des eigenen Bewegungsverhaltens und insbesondere durch die Interaktion mit anderen Menschen ständig neu. Das zeigt sich in Pflegesituationen: Wenn ein Mensch aus irgendeinem Grund z.B. nicht selbst vom Liegen ins Sitzen kommen kann, ist die Qualität der Unterstützung durch die helfenden Menschen dafür ausschlaggebend, in welche Richtung sich dieses Unvermögen entwickelt.

Wenn die helfenden Menschen die Klientin wie einen Gegenstand bewegen und ihr Gewicht heben, passt sie sich in den meisten Fällen so an, dass sie ihre Muskeln steif macht. Die Unfähigkeit, selbst aufzusitzen, wird durch die Qualität der Hilfe verstärkt. Mit anderen Worten: Die Pflegeintervention führt dazu, dass die Klientin in ihrem „Nicht-aufsitzen-Können“ noch bestärkt wird. Die Inkompetenz der Pflegekraft ist hier Teil des Problems.

Wenn die helfenden Menschen die Klientin nicht wie einen Gegenstand bewegen, sondern ihre Aufgabe darin sehen, ihr zu helfen, dass sie ihre eigene Bewegung finden kann, führt das dazu, dass die Klientin sich selbst durch die Qualität der Hilfe besser verstehen lernt. Sie setzt ihre eigene Bewegung differenzierter ein, so wie sie es auch ohne Hilfe tun würde. Die Hilfe der Pflegenden besteht darin, dass sie viabel handeln. Das bedeutet, dass sie im aktuellen Moment etwas Passendes tun, was einen Beitrag dazu leistet, dass die Klientin die selbstständige innere Steuerung der Aktivität wieder erlernen kann. Mit anderen Worten: Die Kompetenz der helfenden Person wird zum Teil der Lösung.

... und die Pflegearbeit als Gesamtes auch nicht. Nicht nur der Mensch, sondern auch viele soziale Situationen im Pflegealltag entziehen sich der Planbarkeit und der Standardisierung. Das soll mit einem fiktiven Beispiel illustriert werden: „Wenn eine Pflegekraft im Pflegeheim am Morgen die Schicht übernimmt, ist meistens die Arbeit, die zu erledigen ist, fein säuberlich geplant. Der Reihe nach ist zuerst Herr X zu waschen, anschließend bekommt Frau Y das Morgenessen serviert. Als nächster Schritt ist bei Frau Z der Blutzuckerspiegel zu bestimmen und ihr danach das Insulin zu verabreichen.“

So weit, so gut. Nun ist es aber so, dass die Pflegekraft zuerst ins Zimmer von Frau Z gerufen wird. Ihr ist ein Ausscheidungs-Missgeschick passiert, das dringend bereinigt werden will. In dem Moment, in dem die Pflegekraft mit dieser Arbeit be-

gint, öffnet eine offenbar verwirnte Frau der Nachbarstation die Zimmertür und sucht nach der Bushaltestelle. Sie möchte endlich nach Hause fahren. Noch bevor dieses Problem gelöst ist, betätigt Herr X die Glocke; er möchte vermutlich fragen, wann das allmorgendliche Waschprozedere beginnt. Für Außenstehende tönt das nach einem Horrorszenario. Für Pflegekräfte ist das der normale Alltag. Mit anderen Worten: Pflege ist eigentlich gar nicht von außen planbar.“ (Knobel 2013, S. 46f)

Die Sehnsucht nach Vereinfachung

„Eindeutig sind wir als Kinder unserer Kultur in triviale Systeme vernarrt, und wann immer die Dinge nicht so funktionieren, wie man es erwartet, werden wir versuchen, sie zu trivialisieren.“ (von Foerster 1993, S. 144)

Standardisierungen ... Das Zauberwort, das nicht nur in der Pflege, sondern auch in vielen anderen Bereichen angewendet wird, heißt „Standardisierung“ bzw. „Standards“. Meinhold und Matul (2011) beschreiben es folgendermaßen: „Man strebt an, dass gewisse Tätigkeiten unabhängig von der Person in der gleichen Weise erbracht werden können.“ (S. 150). Wenn Probleme auftreten, die lineare Zusammenhänge betreffen, sind solche Standards sehr gut. Auch bei Routinetätigkeiten sind sie hilfreich. In Krisenfällen wie z.B. bei Epidemien bieten Standards eine ausgezeichnete Möglichkeit, rasch und effektiv zu handeln. Diese „Krisenstandards“ sind vor allem dann sinnvoll, wenn sie nach jedem Ereignis aufgrund der aktuellen Erfahrungen überarbeitet werden und somit den Status von „Best Practice“ repräsentieren.

... und Trivialisierungen. In komplexen Situationen werden Standardisierungen oft selber zu einem Teil der Problematik. Schrems (2003) drückt das so aus: Statt „einer Diversifizierung, um dem Wesen des Menschen zu entsprechen, kommt es

zu einer Trivialisierung, um Komplexität zu reduzieren. Anstatt die Möglichkeiten zu vermehren ... werden die Möglichkeiten verringert und die Sicht aufs Ganze noch mehr verstellt.“ (S. 93)

Solche Bestrebungen der Trivialisierung lassen sich denn auch fachlich problemlos begründen. Ein Beispiel: In der Pflege von demenziell erkrankten Menschen hält sich hartnäckig die Idee, dass diese Menschen sich besser orientieren können, wenn z.B. der Transfer vom Bett in den Rollstuhl einem strengen Plan folgt. Man begründet mit dem Orientierungsdefizit dieses Menschen, dass er nur einem fixen Ablaufschema zu folgen in der Lage wäre. Bei genauerer Untersuchung zeigt es sich, dass das Gegenteil zutrifft. Standardisierte Bewegungsanleitungen können ein effektiver Beitrag zu zusätzlicher Desorientierung sein, dies insbesondere, wenn sie verhindern, dass sich die betroffene Person aktiv an der Aktivität beteiligen und diese mitgestalten kann, sich in sich selbst orientieren kann. In der Folge führt diese Trivialisierung dazu, dass sie immer mehr Bewegungsspielraum und Eigenaktivität verliert – bis hin zum Resultat, dass es tatsächlich nur noch diese eine Möglichkeit gibt, um der Person zu helfen, an den Bettrand zu sitzen.

Die Effizienzfalle

„Wer vom Ziel nicht weiss / kann den Weg nicht haben, / wird im selben Kreis / all sein Leben traben.“ (Christian Morgenstern, 1914, S. 40)

Ökonomisierung ist oft unökonomisch. Standards dienen auch dazu, soziale Einrichtungen zu ökonomisieren und damit effizienter zu gestalten. Man versucht in der Praxis, die Standards mit einem minimalen Aufwand an Geld umzusetzen. (Warzecha, 2010, S. 120) Es wird davon ausgegangen, dass die Standards Qualität repräsentieren und auf diese Weise einen geeigneten Bezugspunkt für Effizienzmaßnahmen bilden. Gegen dieses Vorhaben

ist per se nichts einzuwenden, denn auch soziale Organisationen agieren nicht in einer Schlaraffenland-Ökonomie und sollten daher mit ihren finanziellen Ressourcen sinnvoll haushalten.

Wenn aber nicht-triviale Situationen in Standards hineingepresst und diese Standards anschließend effizient umgesetzt werden, dann macht man mitunter die falschen Dinge richtig. Eine solche Situation ist besonders reformresistent, weil man ja vordergründig die Dinge richtig macht, aber leider die falschen. Die Effizienzfalle ist zugeschnappt und es ist sehr schwer bzw. oftmals mit großem Aufwand verbunden, aus ihr herauszukommen.

Ein Beispiel ... Dies lässt sich z.B. folgendermaßen bildlich illustrieren: Ich fliege mit einem Flugzeug und will nach New York. Der Start ist optimal, der Flug auch, und ich lege eine saubere Landung hin. Ich habe also die Dinge richtig gemacht. Pech ist, dass ich in die falsche Richtung geflogen und statt in New York in Moskau gelandet bin. Ich habe also die falschen Dinge (Moskau statt New York) richtig gemacht (fehlerfrei geflogen). Um nach New York zu gelangen, muss ich nochmals Treibstoff tanken und Zeit aufwenden. In diesem Szenario war ich nicht nur ineffektiv, sondern auch ineffizient. Poetisch ausgedrückt: „Als wir das Ziel aus den Augen verloren, verdoppelten wir unsere Anstrengungen.“ (Twain, 1984)

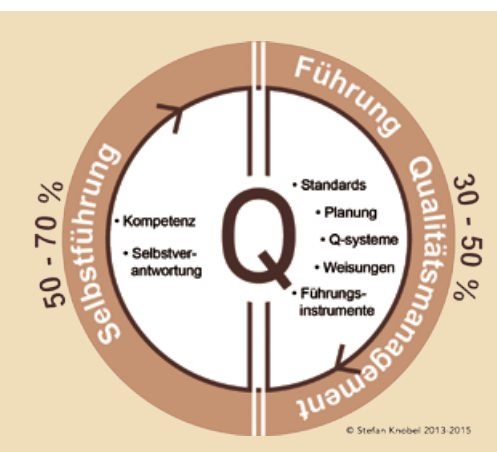
... und noch eines. Genauso verhält es sich in vielen Pflegesituationen. Aus zahlreichen Studien weiß man, wie ein Druckgeschwür die Lebensqualität von Menschen nachhaltig beeinflusst und erst noch enorme Kosten für das Gesundheitssystem verursacht. Deshalb schreibt der Standard auf vielen Intensivstationen vor, dass alle beatmeten Menschen in einem superweichen Luftmatratzenbett zu liegen haben.

Dieser Standard berücksichtigt nicht, dass ein Druckgeschwür keine Erkrankung, sondern nur ein Symptom ist, das auf die verminderte Bewegungsfähigkeit

bzw. auf die mangelnde Kompetenz der Pflege zurückzuführen ist. Die Superweichlagerung verhindert in der Folge zwar oft den Dekubitus – führt aber potenziell zu einer Verstärkung der Einschränkungen der Beweglichkeit der Patientin und dazu, dass die Pflegenden noch weniger mit ihr in Bewegungsinteraktionen kommen. Wenn die Pflegenden sich dessen nicht bewusst sind, können sich die Bewegungseinschränkung verstärken und insgesamt infolge der sich selbst aufschaukelnden Immobilität die Kosten noch weiter erhöhen. Man ist quasi auf dem falschen Flugplatz gelandet.

Die Qualität bin ich: Kompetenzorientierte Qualitätsprozesse

QM-Systeme vs. kompetenzorientierte Qualitätsprozesse. Die blinden Flecken der traditionellen QM-Systeme sollten nicht dazu verleiten, das Kind mit dem Bade auszuschütten und diese Systeme pauschal zu verwerfen. Das Erkennen ihrer Grenzen sollte als ein Anlass zum Lernen gesehen werden, um ein neues QM-System zu entwickeln, das die Vorteile seiner Vorgänger nutzt und deren Probleme produktiv löst. Das hier skizzierte Modell geht von einem synergetischen Nebeneinander von traditionellen QM-Systemen und den kompetenzorientierten Qualitätsprozessen (Selbstführung) aus.



Standards, wo Standards helfen. „Alles sollte so einfach wie möglich gemacht sein, aber nicht einfacher.“ (Albert Einstein) Es geht nicht darum, die QM-Maßnahmen abzuschaffen und durch etwas „Besseres“ zu ersetzen. Ein prominentes Beispiel dafür sind die bereits erwähnten Standards. Sie sind unter anderem sehr nützlich bei komplizierten Routineaufgaben, wie z.B. dem Handling anspruchsvoller Verbandswechsel. Es ist aber eine triviale Aufgabe in dem Sinn, dass es wichtig ist, dass die einzelnen Schritte in der richtigen Reihenfolge vollzogen werden. Für nicht-triviale Prozesse sind sie hingegen nicht geeignet. Eine Sonderklasse bilden wie schon erwähnt Krisen wie Epidemien, bei denen schnell gehandelt und man sich auf standardisierte „Best Practice“-Verhaltensformen verlassen muss.

Kompetenz und Selbstführung, wo immer es um den Menschen geht. Immer wenn es um die direkte Interaktion zwischen Menschen oder die Unterstützung ihrer alltäglichen Aktivitäten geht, handelt es sich um komplexe Situationen. Um solchen Situationen mit der notwendigen Qualität zu begegnen, hilft nur die Kompetenz, viabel handeln zu können (EKA, 2014, S. 33) Das heißt: im aktuellen Moment das Richtige zu tun. Dieses Handeln kann nicht vorausgeplant werden. Es entsteht in der aktuellen Interaktion und kann nur von den interagierenden Personen im Moment beurteilt und verändert werden. Deshalb unterliegen diese Qualitätsprozesse der Selbstführung, die sich durch individuelle Kompetenz und Selbstverantwortung auszeichnet. Im Zusammenhang mit komplexen, nicht-trivialen Situationen sind also kompetenzorientierte Qualitätsprozesse gefragt.

Von der Effizienz zur Effektivität. Wir müssen also zwischen Effizienz (dem Beitrag des Qualitätsmanagements) und Effektivität (dem Beitrag der Selbstführung) unterscheiden. Effizienz fordert, die Dinge richtig zu tun und Effektivität, die richtigen Dinge zu tun. Das ist nur möglich, wenn eine Institution den Rahmen schafft, in





dem sich die kompetenzorientierten Qualitätsprozesse der Selbstführung entwickeln können. Es braucht ein Klima der „wirkungsorientierten Arbeit“ und die Auseinandersetzung mit der Frage, ob man sich an den „richtigen“ oder besser passenden Wirkungen orientiert. Das wiederum hängt damit zusammen, auf welches Paradigma bzw. Menschenbild sich die Berufsgruppe stützt.

Nehmen wir das Beispiel Sturzprophylaxe.

Defizitäres Menschenbild: Wenn eine Organisation oder ein Team im Kontext der Pflege und Betreuung mit dem Thema der Sturzgefahr von Klienten konfrontiert ist und sich auf ein defizitorientiertes Paradigma stützt, geht es darum, Stürze auf jeden Fall zu vermeiden, weil sie offensichtlich zu Verletzungen führen können. Um das zu vermeiden, werden folgende Maßnahmen ergriffen: Es werden alle äußeren Faktoren, die zu Sturz führen können, beseitigt. Teppiche sind tabu, Schwellen werden entfernt – man könnte ja darüber stolpern. Die KlientInnen müssen rutschfeste Schuhe tragen. Bei besonders sturzgefährdeten Personen werden freiheitseinschränkende Maßnahmen ergriffen; denn sie könnten ja stürzen, wenn sie selbst vom Stuhl aufste-

hen und herumlaufen. Alle Ursachen, die zum Defizit des Stürzens führen können, werden beseitigt.

Kompetenzorientiertes Menschenbild: Wenn das Team sich auf ein Lern- und Entwicklungsparadigma stützt, sieht das Verhalten folgendermaßen aus: Man versteht Stürzen nicht als Unfall, den es zu verhindern gilt, sondern als einen Teil der alltäglichen Aktivitäten eines Menschen. Jeder Mensch ist, weil er ein lebendes System ist, ständig sturzgefährdet. Anstatt Stürze zu vermeiden, geht es darum, die notwendige Kompetenz zu erwerben, um negative Auswirkungen der unausweichlichen Fehler in der Kontrolle des eigenen Körpergewichts in der Schwerkraft zu minimieren. Dabei kann man als Pflegende die grundlegenden Kompetenzen der Person analysieren und versuchen, die Zusammenhänge zwischen Gehen, Positionswechseln und Stürzen erfahrbar zu machen. Die Beweglichkeit und Anpassungsfähigkeit werden in jeder Pflegeintervention gefördert. Je nach Situation wählt man Aktivitäten aus, in und durch welche eine Klientin ihre Kompetenz erweitern kann. Es kann sein, dass man mit ihr täglich mehrere Male die Positionswechsel vom Liegen ins Stehen gestaltet, damit sie die Möglichkeiten ihrer

Gewichtskontrolle erweitern kann. Eventuell werden an bestimmten Orten wieder Schwellen eingebaut, um Personen zu ermöglichen, wieder zu lernen, ihre Füße an gewissen Stellen zu heben und dadurch ihr Gewicht in der Schwerkraft besser zu kontrollieren.

Verantwortung übernehmen. Wenn ein Mensch sein Verhalten in nicht-trivialen Situationen anpassen will, liegt es nahe, sich vom trivialisierenden „Richtig-Falsch-Schema“ zu lösen. Die notwendige Kompetenz ermöglicht, im aktuellen Moment, während der Interaktion einen gang- oder machbaren Weg zu suchen. Dieses viable Handeln (vgl. oben) ist damit verbunden, dass der Mensch die Verantwortung für sein Handeln übernimmt. Im institutionellen Kontext bedingt das aber, dass eine Kultur gepflegt wird, die ermöglicht, dass nicht-triviale Situationen als solche behandelt werden können.

Peter F. Drucker (2011) hat diesen Kulturwechsel wie folgt beschrieben: „If I put a person into a job and he or she does not perform, I have made a mistake. I have no business blaming that person...“ (S. 120): „Wenn ich jemandem eine Aufgabe übertrage und er wird dieser nicht gerecht, dann habe ich einen Fehler gemacht. Ich habe keine Veranlassung, diesem Menschen die Schuld dafür zu geben.“ (Übers. der Autoren).

Drucker dreht hier die gängige Sicht von Verantwortung um, indem er an erster Stelle die Führungskräfte für die mangelnde Performanz der Mitarbeiter verantwortlich macht. Eine auf diese Weise verantwortungsvolle Führungskraft dient als ein Vorbild für die Mitarbeiter, selber Verantwortung zu übernehmen.

Aber es reicht nicht aus, nur ein gutes Vorbild zu sein.

Antwort geben durch das Erfahren der Basic Needs. Verantwortung kommt sprachlich von „Antwort geben“. Antworten umfasst

- antworten können (Kompetenz)
- antworten wollen (Sinn)
- antworten dürfen (Autonomie)
- die eigenen Antworten mit Klienten, Mitarbeitern und Vorgesetzten kritisch hinterfragen (Partizipation)

Diese vier Faktoren sind menschliche Grundbedürfnisse oder „Basic Needs“, die der Mensch zum Antworten braucht (Ryan/Deci, 2000, S. 227f.).

Umgebungsgestaltung ist Führungssache. Kompetenz, Sinn, Autonomie und Partizipation sind zentral, damit Verantwortung im Unternehmen gedeihen kann. Kompetenzen können nur dort entwickelt werden, wo es Sinn macht, wo es Freiräume (Autonomie) gibt und ein angstfreies, menschliches Miteinander herrscht, in dem auch Neues ausprobiert werden kann (Partizipation). Es sollte daher ein Umfeld gestaltet werden, welches die Übernahme von Verantwortung ermöglicht. Eine solche Umgebungsgestaltung ist Führungssache.

Die interaktive Kompetenzerfahrung. „Was immer du in die Welt hineingibst, kommt auf dich zurück.“ (von Foerster 2011) Eine besondere Dynamik wird entfacht, wenn Menschen in Organisationen erkennen, dass nicht nur sie selber auf eine Situation antworten wollen, können und dürfen, sondern gleichzeitig auch ihre Mitmenschen – die Mitarbeiter, die Kollegen, die Patienten.

Im Gegensatz zu industriellen Gütern werden Dienstleistungen mit den Patienten zusammen erstellt (Koproduktion). Gerade in dieser Situation sich selbst und den anderen mit seinen Basic Needs zu erkennen, ist unerlässlich für einen gelingenden und qualitätsschaffenden Kreislauf von Geben und Nehmen, in dem beide Seiten wachsen können: „Der Mensch wird am Du zum Ich.“ (Martin Buber)

In einem solchen Umfeld können die Pflegenden und Betreuenden ihre eigenen Kompetenzen nutzen und sie zugleich erfahren, wenn sie Menschen diese erfahrbar

machen bzw. ihnen eine höhere Selbstständigkeit ermöglichen. Im Zuge einer beiderseitigen Kompetenzerfahrung werden zugleich die anderen „Basic Needs“ – Autonomie, Partizipation und Sinn – wechselseitig erfahren. Das kann am Beispiel eines Kinaesthetics-Bildungsprojektes in zwei Kärntner Krankenhäusern eindrücklich belegt werden (Hennessey/Kreyer, 2014, S.537). Dort blieb man nicht bei der Qualität stehen, sondern entwickelte in der interaktiven Erfahrung der Basic Needs Lebensqualität sowohl für die Patienten als auch für die Pflegekräfte. ■

Literatur: Das Literaturverzeichnis ist in der Online-Version des Beitrags (www.schaffler-verlag.com) enthalten.

STEFAN KNOBEL



Pflegeexperte. Geschäftsführer der LaRete GmbH in Siebnen / Schweiz
Präsident der stiftung lebensqualität in Siebnen / Schweiz
stefan.knobel@stiftung-lq.com

DR. RICHARD HENNESSEY



Projektleiter bei Human Impact (Wien / Langenargen) und wissenschaftlicher Mitarbeiter der stiftung lebensqualität in Siebnen / Schweiz
hennessey@humanimpact.at