

Bezug	Pflegeorganisation „Bezugspflege“	<u>Kommentar</u>	
<p>Die sog. Bezugspflege bildet den Gegensatz zu der noch häufig anzutreffenden Funktionspflege. Während Pflegepersonen bei letzterer primär für die ordnungsgemäße Erfüllung einzelner Funktionen zuständig sind, fühlen sie sich bei der Bezugspflege in erster Linie dem pflegebedürftigen Menschen gegenüber verantwortlich. Bezugspflege bedeutet, dass jedem pflegebedürftigen Bewohner eine Pflegeperson als primäre Bezugsperson (BP) zugeteilt wird, die ihn möglichst vom Einzug ins Heim bis zur Verabschiedung begleitet. Sie sollte Vertrauensperson und Fürsprecher sein und den Bewohner in allen Angelegenheiten unterstützen, in denen er der Hilfe bedarf.</p>			
<p><b>ZIEL: Der Bewohner soll einen festen Ansprechpartner haben, an den er sich in persönlichen Angelegenheiten und Fragen, voller Vertrauen wenden kann.</b></p>			
<p><b>PRINZIPIEN: Organisation und Zuständigkeit</b></p> <p><b>1. Gewährleistung dieser Organisationsform:</b></p> <p>1.1 Es ist Aufgabe der Wohnbereichsleitung, dafür zu sorgen, dass jedem Bewohner ein Mitarbeiter als Bezugsperson - für die ersten Wochen (bei selbständigen Bew.) oder solange Pflegebedürftigkeit besteht- zugeordnet wird. Die Auswahl eines Mitarbeiters (Bezugsperson), sollte möglichst im Team erfolgen und sich an der Situation des Bewohners orientieren.</p> <p>1.2 Bei Pflegebedürftigen der Stufe II und III sollte möglichst eine Pflegefachkraft zugeteilt werden. Sofern nicht examinierte Pflegemitarbeiter die primäre Bezugsrolle bei Pflegebedürftigen übernehmen, ist zur Sicherstellung einer angemessenen Pflege zusätzlich eine Pflegefachkraft zu benennen.</p> <p>1.3 Der Name der Bezugsperson wird in die Bewohnerdokumentation eingetragen.</p> <p>1.4 Für Zeiten, in denen die primäre Bezugsperson dienstfrei oder Urlaub hat oder krank ist, ist jeweils ein anderer Mitarbeiter mit der Pflege/Betreuung des betreffenden Bewohners zu beauftragen. Dies sollte möglichst in Absprache mit der primären Bezugsperson erfolgen, so dass diese den Kollegen über alle Besonderheiten rechtzeitig informieren kann.</p> <p>1.5 Bei der Dienstplangestaltung ist auch die Mitarbeiterkonstellation im Sinne der Bezugspflege zu beachten. Es sollte in jedem Team ein Mitarbeiter sein, der den Bewohner gut kennt und die Kontinuität der Pflege gewährleisten kann.</p> <p>1.6 Bei Schwierigkeiten zwischen Bezugsperson und Bewohner, die sich in Unzufriedenheit auf beiden Seiten äußern, sollte im Rahmen einer Teambesprechung eine Lösung angestrebt werden. (z.B. Wechsel der Bezugsperson)</p>	<p><b>Pflegeinhalte und Pflegeverantwortung:</b></p> <p><b>2. Pflegeplanung:</b> Die primäre Bezugsperson ermittelt den Pflegebedarf ihres Bewohners und erstellt, möglichst mit dem Bewohner und evtl. den stellv. Bezugspersonen zusammen, einen individuellen Pflegeplan. Angehörige sind dabei je nach Erfordernis und Situation einzubeziehen (s. <i>Pflegeplanung</i> und <i>Pflegestandards</i>, die jeweils nach den Gesichtspunkten der Bezugspflege konzipiert sind).</p> <p><b>3. Qualitätssicherung:</b> Der von der/ den Bezugspersonen aufgestellte Pflegeplan bzw. die anzuwendenden Pflegestandards sind für alle übrigen Pflegepersonen verbindlich. Abweichungen müssen berichtet und begründet werden. Die jeweilige Bezugsperson schreibt bei Dienstende den Pflegebericht und bekundet damit, dass sie in dieser Zeit die verantwortliche Pflegeperson war und die Pflege wie geplant und berichtet verlaufen ist.</p> <p><b>4. Zusammenarbeit mit Angehörigen oder dem Betreuer:</b> In allen Belangen oder Entscheidungen, in die Angehörige oder ggf. Betreuer einbezogen werden sollen/müssen, ist die Bezugsperson der erste Ansprechpartner oder Initiator.</p> <p><b>5. Zusammenarbeit mit den Ärzten:</b> In allen Belangen des Bewohners ist die Bezugsperson Ansprechpartner für den behandelnden Arzt. Sie geht mit zur Visite und berät sich in problematischen Situationen mit dem Arzt über therapeutisch und pflegerisch hilfreiche Maßnahmen. Dabei vertritt sie grundsätzlich die Interessen des Bewohners.</p>		
© A.v.Stösser	erstellt 7/96, geprüft 8/05	freigegeben: ..... am: .....	Dokument: Bezug

## Kommentar zum Standard Bezugspflege

### Warum dieser Standard?

Die Frage müsste eigentlich lauten: Warum Bezugspflege statt Funktionspflege?, denn es handelt sich hierbei um zwei grundverschiedene Organisationsformen, hinter denen sich ein ebenso unterschiedliches Pflegeverständnis verbirgt. Bei der Funktionspflege steht im wahrsten Sinne des Wortes das Funktionieren der Pflege im Vordergrund und die ordnungsgemäße Erfüllung der Funktionen hat einen höheren Stellenwert als die Bedürfnisse der Patienten/Bewohner. Hingegen steht bei der Bezugspflege der Pflegebedürftige im Mittelpunkt. Die gesamte Pflege bezieht sich auf ihn als Person. Es wird versucht, möglichst zu jedem Bewohner eine persönliche Beziehung aufzubauen und auf diesem Wege dessen Situation zu erfassen. Das ist die Voraussetzung, um überhaupt individuelle Pflege leisten zu können - von "ganzheitlicher" Pflege ganz zu schweigen. Überdies spricht die höhere Motivation der Pflegenden eindeutig für diese Organisationsform: Pflegepersonen, die ihren persönlichen Anspruch an den Pflegeberuf verwirklichen können und ihre Leistung nicht nur durch das Gehalt, sondern auch durch nachvollziehbare Erfolge belohnt sehen, identifizieren sich sehr viel stärker mit ihrer Arbeit.

### Qualitätssicherung:

Wenn man die tieferen Bedürfnisse eines Menschen, seine Sorgen und Probleme nicht kennt, kann man ihm auch nicht helfen, diese zu bewältigen. Mitarbeiter, die sich hauptsächlich an funktionalen Gesichtspunkten orientieren, agieren trotz aller ihrer Bemühungen zumeist unbemerkt an den eigentlichen Problemen ihrer Patienten/Bewohner vorbei. Folglich können bei dieser Organisationsform kaum Hilfen zur tatsächlichen Problembewältigung angeboten werden, sondern es gelingt lediglich einige Symptome auszuschalten oder zu kompensieren. Bei der Funktionspflege lässt sich zwar die Ausführung einzelner Pflegemaßnahmen qualitativ nachvollziehen, eine individuelle und der Bewohnersituation angemessene Betreuung findet jedoch nicht statt, da sie im Widerspruch zur funktionalen Denk- und Arbeitsweise steht.

In Altenpflegeeinrichtungen bilden sich normalerweise im Laufe der Zeit gute oder weniger gute Beziehungen zwischen einzelnen Bewohnern und Mitarbeitern aus. Dabei haben "nette" und kommunikative Bewohner natürlich die meisten Mitarbeiter auf ihrer Seite. Der schweigsame, verschlossene, mürrische und insgesamt schwierige Bewohner findet hingegen oft niemanden, der sich für seine Belange voll einsetzt. Zwar unternehmen einzelne Mitarbeiter hier und da einen Versuch, an den Betreffenden heranzukommen, aber wenn dieser fehlschlägt, ist man schnell geneigt,

einen solchen Bewohner in die Kategorie "Hoffnungslos" einzustufen. Dabei braucht gerade dieser Mensch mehr als alle anderen einen festen Ansprechpartner; einen Mitarbeiter, der sich regelmäßig und ernsthaft um ihn als Person bemüht und der es als seinen ganz persönlichen Auftrag ansieht, diesem Menschen in besonderer Weise zu helfen. Da dies auf unorganisierter Basis meist nicht funktioniert, müsste man die Zuordnung konsequent planen. Voraussetzungen für die durchgängige Umsetzung des Bezugspflegeprinzips sind demnach: 1. Das gesamte Team muss dahinter stehen! 2. Eine klare Regel- und Rollenbeschreibung. Wer achtet z.B. darauf, dass der Mitarbeiter zum Bewohner passt? Dass nicht einer zu viele schwierige Bewohner zu betreuen hat oder mit der Betreuung überfordert ist? Wie soll verfahren werden, wenn die Hauptbezugsperson nicht im Dienst ist? usw.

### Ökonomische Aspekte:

Um Bezugspflege zu praktizieren, brauchen Sie nicht mehr Personal oder ausschließlich Pflegefachkräfte. Denn alle Arbeiten, die Ihre Mitarbeiter bislang im funktionalen Sinne erledigt haben, lassen sich bewohnerbezogen oft sogar viel ökonomischer durchführen. Gerade in der Langzeitpflege können Hilfskräfte besonders effektiv eingesetzt werden, indem sie nach sorgfältiger Anleitung mit der relativ selbstständigen Betreuung/Pflege einzelner Bewohner betraut werden.

### Einführungsvoraussetzungen:

Vielerorts versucht man, sich über den Weg der kleinen Schritte allmählich in diese Richtung zu bewegen. Der große Nachteil hierbei ist jedoch, dass die erhofften Erfolge zunächst ausbleiben und stattdessen hauptsächlich die Widerstände erlebt werden (zwei Schritte vor, einen zurück, und das über Jahre). Die besten Erfahrungen habe ich bei relativ radikalen Umstellungen erlebt, sofern die Pflegepersonen zuvor mental bzw. theoretisch genügend auf die neue Situation vorbereitet waren. Bei einer guten Personalkonstellation, gezielter Vorbereitung und kompetenter Begleitung während des Umstellungsprozesses lässt sich dieser Standard durchaus in einem Zeitraum von 3 - 6 Monaten erreichen. Stationen mit Erfahrungen in der Zimmer- oder Bereichspflege, haben grundsätzlich bessere Startbedingungen. Allerdings sind diese oftmals bereits so zufrieden mit dem Erreichten, dass für weitere Schritte viel Überzeugungskraft notwendig ist.

### Literaturempfehlung:

Schlettig, H.-J. von der Heide, U. (1993) Bezugspflege. Springer Verlag, Heidelberg.  
Stösser, A. v. (1994), Pflegestandards. Springer Verlag, Heidelberg, S. 101 ff u. S. 211 ff.

Stösser, A. v. (1993) Umfassende und geplante Pflege. In: Lehrbuch für Krankenpflege, de Gruyter Verlag, S. 59 ff. (Darstellung am Beispiel einer konkreten Pflegesituation)