

Referenzmodelle

Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege –
Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts

5

Gefördert von:

Spitzenverbände
der Pflegekassen



Referenzmodelle

Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege –
Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts

5

Verfasser/-innen Teil A:

U. Korte-Pötters (IPW), K. Wingenfeld (IPW), D. Heitmann (IPW)

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

Verfasser/-innen Teil B:

B. Rehling (ISS), M. Menke (FFG)

unter Mitarbeit von R. Bernards (ISS), H. Heinrich (ISS), M. Krohn (ISS),

I. Kowalski (FFG), A. Kuhlmann (FFG), E. Schnabel (FFG), U. Vogelwiesche (FFG)

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Frankfurt a. M. (ISS)

Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (FFG)



Eine Vorbemerkung zum Sprachgebrauch:
Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im vorliegenden Handbuch überwiegend die männliche Form der Personenbezeichnung verwendet. Die weiblichen Beteiligten und Betroffenen werden um Verständnis gebeten.

Vorwort

Der Leitfaden „Referenzkonzept Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege“ fußt auf den Erfahrungen, die im Rahmen eines Modellprojektes von zwanzig „Referenzeinrichtungen“ unter Mitarbeit von Pflege- und Organisationswissenschaftlern entwickelt und erprobt wurden. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse, Methoden und Instrumente sind prinzipiell auch in anderen Pflegeheimen anwendbar.

Der Leitfaden soll für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Handreichung und Wegweiser für das Qualitätsmanagement in ihren Heimen sein.

Das dem Leitfaden zu Grunde liegende Referenzkonzept ist ein dynamisches. Dadurch ist es einerseits anschlussfähig, weil es auch bei unterschiedlichen Niveaus bisheriger Pflegequalität in Heimen jederzeit einen Einstieg in den Qualitätsverbesserungsprozess zulässt. Es ist darüber hinaus aber auch fortschreibungsfähig, weil die in ihm enthaltenen Rahmenkonzepte und Grundsätze später noch um weitere Konzeptbausteine ergänzt werden können. Dies gilt insbesondere für das noch in Vorbereitung befindliche Pflegebedarfsgruppenkonzept sowie für die spätere Integration eines Personalbedarf-Bemessungsverfahrens.

Dieser Leitfaden wäre ohne das Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der beteiligten Referenzeinrichtungen, ohne die Unterstützung der Mitglieder des Landespflegeausschusses sowie die Bereitschaft der Spitzenverbände der Pflegekassen und des Bundesministeriums für Gesundheit, sich neben dem Land Nordrhein-Westfalen finanziell an der Projektförderung zu beteiligen, nicht möglich gewesen. Ihnen allen gilt mein Dank ebenso wie dem Diakonischen Werk Westfalen-Lippe, das eine Vielzahl unverzichtbarer organisatorischer Aufgaben übernommen hat.

Meine besondere Anerkennung gilt darüber hinaus dem Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund, dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und dem Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Frankfurt a. M. Sie haben in enger Kooperation mit den zwanzig Modelleinrichtungen die Konzepte und Ideen entwickelt, verfeinert und in der Praxis erprobt. Sie sind hier, verbunden mit einer Vielzahl von Hinweisen und Hilfen für die praktische Übertragung in die tägliche Arbeit von Pflegeheimen, aufbereitet und dargestellt.

Ich würde mich freuen, wenn viele Pflegeheime diesen Leitfaden zur Grundlage ihrer Bemühungen um eine weitere Qualitätssteigerung machen würden – zum Vorteil der eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und in Verantwortung für die ihnen anvertrauten Pflegebedürftigen.



Karl-Josef Laumann
Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen





Danksagung

Das Projekt „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung 2004–2006“ zeichnet sich dadurch aus, dass die Entwicklung der Konzeptbausteine, ihre Umsetzung in die Versorgungspraxis und die Evaluation der Maßnahmen in enger Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis erfolgt ist. Die entwickelten Konzepte konnten direkt in den 20 Referenzeinrichtungen erprobt und hinsichtlich ihrer Eignung geprüft werden. Ein besonderer Dank gilt den Heim- und Pflegedienstleitungen sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der beteiligten Pflegeeinrichtungen, den wissenschaftlichen Instituten, der Organisationsberatung und den Expertinnen und Experten, deren gute Kooperation die Durchführung ermöglicht hat.

Während der Projektlaufzeit haben die Modellbeauftragten der Referenzeinrichtungen die Einführung und Erprobung vor Ort vorbereitet und kontinuierlich begleitet. Für ihre umfangreichen Arbeiten und gewinnbringenden Ideen in dem Projekt danken wir Ihnen sehr:

- Frau Regina Adler, Seniorenzentrum Waldstadt in Iserlohn
- Frau Iris Betken, Altenheim Reginenhaus in Hamm
- Frau Jutta Bily, Jochen-Klepper-Haus in Duisburg
- Frau Burke und Frau Stodt, Minna-Sattler-Seniorenzentrum in Dortmund
- Frau Barbara Bunkus, Stiftung St. Ludgeri in Essen
- Frau Angelika Dworaczek, AWO-Seniorenzentrum Uhlenbrock in Gelsenkirchen
- Herrn Bernd Fimmel, Altenzentrum „Matthias-Claudius-Haus“ in Steinhagen
- Frau Klaudia Grebenstein, „Matthias-Claudius-Haus“ in Bochum
- Herrn Michael Griefß, DRK-Seniorenhaus in Steinbach, Bonn
- Frau Annette Kaiser, St. Elisabeth-Stift in Sendenhorst
- Frau Silvia Keggenhoff, Ludgeristift Bockum in Hamm
- Frau Natalia Klippenstein, Seniorenzentrum Rosenhöhe in Bielefeld
- Frau Monika Kreft und Frau Bischoff Senioren-Pflegeheim Haus Monika in Köln
- Frau Christa Lagodny, Seniorenzentrum Saaler Mühle in Bergisch Gladbach
- Frau Astrid Müller, Seniorenzentrum Altenbeken in Altenbeken
- Herrn Werner Nickerl, AWO Seniorenzentrum Ernst-Gnoß-Haus in Düsseldorf
- Frau Sabine Schulze Dernebockholt, Ludgeristift Hövel in Hamm
- Frau Ursula Vollenbroich-Vogt, Alten- und Pflegeheime St. Josef GmbH, „Haus Waldenrath“ in Heinsberg
- Frau Simone Walter, Senioren Ruhesitz „Schloss Rahden“ in Rahden
- Herrn Heinz-Theo Wilhelmi, CBT Wohnhaus St. Monika in St. Augustin



Einleitung

Für gute Pflege sind verlässliche Rahmenbedingungen unverzichtbar. Dies gilt in besonderer Weise für die Pflege in Heimen. Dabei ist zu beachten, dass die Wahrnehmung, ob die Pflege gut ist oder nicht, wesentlich durch das Beziehungsgeflecht zwischen den Menschen, die pflegen und den Menschen, die gepflegt werden, bestimmt wird. Die Qualität dieser Beziehungen ist von entscheidender Bedeutung für das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen. Gute Pflege setzt deshalb immer am Beziehungsgeflecht zwischen Pflegebedürftigem und Pflegendem an. Voraussetzung dafür, dass die Balance in dieser zwischenmenschlichen Beziehung stimmt, ist wiederum, dass Einstellungen, Kompetenz, Zeitbudget etc. der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegeheimen und die Erwartungen an das Leben im Pflegeheim bei den Heimbewohnern zueinander passen.

Unter dem Begriff des Qualitätsmanagements lassen sich deshalb alle Initiativen und Maßnahmen zusammenfassen, die – auch bei sehr unterschiedlicher Befindlichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen – das Ziel verfolgen, die dortigen Lebensbedingungen und die Lebensqualität möglichst optimal zu gestalten. Die Akzeptanz von Instrumenten und Methoden des Qualitätsmanagements steigt in dem Maße, wie für die Bewohnerinnen und Bewohner ein spürbarer Gewinn an Lebensqualität festgestellt werden kann, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegeheimen in ihrem beruflichen Alltag gleichzeitig von bürokratischem Ballast befreit werden und die Verbesserung der organisatorischen Rahmenbedingungen als eine Unterstützung bei der Weiterentwicklung der pflegefachlichen Arbeit erleben.

Diese Diskussion wurde vom nordrhein-westfälischen Landespflegeausschuss aufgegriffen. Er sprach sich deshalb 2002 dafür aus, in Form eines Modellprojekts konkret und in projektbezogener Zusammenarbeit von Wissenschaft und einer aussagefähigen Zahl von Pflegeeinrichtungen Kriterien und Maßstäbe für eine definierte Qualität in der stationären Pflege zu entwickeln und deren Tauglichkeit praktisch zu erproben.

Daraus entstand von Pflegekassen, Bundesgesundheitsministerium und MAGS gemeinsam finanziert, ein dreijähriges Modellprojekt, in dem zwanzig sogenannte „Referenzeinrichtungen“ in Nordrhein-Westfalen in Zusammenarbeit mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld, dem Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund und dem Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Frankfurt am Main in einem Modellversuch, Strukturen und Arbeitsabläufe der Einrichtungen analysierten, hinsichtlich konkreter Aufgabenstellungen Leistungsbeschreibungen und Rahmenkonzepte entwickelten, diese schrittweise in den Einrichtungen umsetzten und ihre Praxistauglichkeit erprobten.

Dabei ging es um zweierlei: Zum einen sollten belastbare und erprobte Konzepte für die Gewährleistung qualitätsgesicherten Arbeiten in stationären Pflegeeinrichtungen mit Blick auf eine eventuelle Umsetzung als Grundlagen für die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI erarbeitet werden, deren besondere Referenz die bewiesene Tauglichkeit in der praktischen Erprobung sein sollte.

Zum zweiten aber sollte der Entwicklungs- und Erprobungsprozess in den zwanzig beteiligten Referenzeinrichtungen dokumentiert und analysiert werden, um als Grundlage für eine Handreichung zu dienen, mit der alle stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen – und gerne auch darüber hinaus – in die Lage versetzt werden sollten, ihre vorhandenen Arbeitsstrukturen und Arbeitsabläufe zu prüfen, zu bewerten, dabei ggf. vorhandene Defizite zu erkennen und in Nachvollzug der Erfahrungen der Referenzeinrichtungen Reform- und Umstrukturierungsprozesse mit Aussicht auf Erfolg umsetzen zu können.



Der nunmehr vorliegende Leitfaden „Referenzkonzept Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege“ knüpft an diese Vorstellungen an. Er fasst die Erfahrungen zusammen, die in der Zusammenarbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von zwanzig so genannten „Referenzeinrichtungen“ sowie Pflege- und Organisationswissenschaftlern bei der Entwicklung und modellartigen Erprobung von praxisorientierter Maßnahmen und Instrumenten der Qualitätssicherung gesammelt worden sind. Die Erkenntnisse, Methoden und Instrumente sind prinzipiell auch in anderen Pflegeheimen anwendbar.

Der Leitfaden kann Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern deshalb dabei helfen, das Qualitätsmanagement in ihren Heimen aufzubauen, weiter zu entwickeln sowie bereits erprobte Verfahren der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements zu verwerfen, zu bestätigen oder weiterzuentwickeln.

Das dem Leitfaden zu Grunde liegende Referenzkonzept ist ein dynamisches Konzept: Es ist einerseits anschlussfähig, weil es die Chance eröffnet, ausgehend von unterschiedlich entwickelten Niveaus der Qualität der Pflege, den Einstieg in den Qualitätssicherungsprozess zu finden. Es ist darüber hinaus fortschreibungsfähig, weil die in ihm enthaltenen Rahmenkonzepte, Grundsätze und weiteren Konzeptbausteine ergänzungsfähig sind. Dies gilt insbesondere für das noch in Vorbereitung befindliche Konzept zur Bestimmung von Pflegebedarfsgruppen sowie den Vorschlag für ein Personalbedarfsbemessungsverfahren.

Eine Klarstellung vorab: Diese Handreichung zeigt keinen verbindlichen Königsweg auf, auf dem ein Umsetzungskonzept – gewissermaßen Schritt für Schritt wie ein sogenanntes Ablaufdiagramm – abgearbeitet werden könnte. Ein solches allseits verwendbares Konzept kann es angesichts der Vielfalt der Einrichtungen in Größe, Entwicklungsstand, Verschiedenheit der Klientele, Einbindung in Trägerorganisationen und unterschiedlicher Ausrichtung und Selbstsicht der Träger überhaupt nicht geben.

Der Praxisleitfaden gibt vielmehr Orientierung in zwei Richtungen.

In seinem ersten Teil will er Überlegungen und Fakten vermitteln, beschreibt dazu u. a. Handlungsfelder und Aspekte durch Leistungsbeschreibungen und Rahmenkonzepte im Sinne einer „best practise“-Intention. Hier haben die Erkenntnisse und Ergebnisse Eingang gefunden, die in Zusammenarbeit von Praktikern und Wissenschaftlern entwickelt und durch Erprobung für gut befunden wurden. Hier geht es um die Aufzeigung der Inhalte.

Für den Erfolg einer angestrebten Umsetzung von gleichrangiger Bedeutung ist jedoch ein Weiteres: Nämlich die Kenntnis dessen, wie ein Umsetzungsprozess, um erfolgreich zu sein, gestaltet werden muss, was dabei grundsätzlich zu beachten ist, welche Schwierigkeiten sich womöglich überraschend auftun können, welche Aspekte besondere Beachtung verdienen, und, und, und ...

Die hier vorgelegte Darstellung zeigt deshalb auch die Summe der Erfahrungen aus den Prozessen der zwanzig Referenzeinrichtungen auf, entwickelt jedoch absichtsvoll nicht die Idee eines „durchschnittlichen“ Umsetzungsverlaufs. Sie zeigt vielmehr auf, was alles – bei völlig unterschiedlicher Gewichtung und Intensität bis hin zum Fehlen einzelner Aspekte – in Einrichtungen auftreten kann.

Die Umsetzung dieses Referenzkonzepts in weiteren Pflegeeinrichtungen unseres Landes ist an keiner Stelle ein sklavisches Abarbeiten einer Vorlage. Es ist vielmehr eine Aufgabe, die das Selbstdenken aller Beteiligten vor Ort – der Heimleitung, der Pflege-

dienstleitung, der Wohnbereichsleitungen, der Pflegekräfte und auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des hauswirtschaftlichen Bereichs etc. – zur Voraussetzung hat und erfordert. Die Lösung dieser Aufgabe verspricht jedoch lohnenswerten Gewinn.

Aber nicht nur das eigene Denken ist unerlässlich. Unerlässlich ist auch die Bereitschaft, das eigene bisherige Handeln einer objektiven Prüfung zu unterziehen und die Bereitschaft, sich auf Neues einzulassen, weil es zu besseren Ergebnissen führen kann.

Wir wissen aus den Referenzeinrichtungen, dass gerade der Prozess der Selbstprüfung von etlichen Mitarbeitern als das Schwierigste angesehen wurde, dass aber absolute Offenheit und Ehrlichkeit gegenüber sich selbst verbunden mit der Bereitschaft zur Arbeit für das gemeinsame Ziel entscheidende Faktoren sind, die über Erfolg oder Misserfolg des Reformprozesses entscheiden können.



Inhaltsübersicht

Teil A:

Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Verfasser: U. Korte-Pöppers, K. Wingenfeld, D. Heitmann
 Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

1. Einleitung	1
2. Grundsätze der Versorgung	
2.1 Berücksichtigung psychischer und sozialer Problemlagen und Bedürfnisse	1
2.2 Biografieorientiertes Arbeiten	2
2.3 Ressourcenförderung und Ressourcenerhalt	5
2.4 Präventiv orientiertes Handeln	7
Literatur	8
3. Pflegeprozesssteuerung und Versorgungskoordination	
Einführung	1
3.1 Aufgabenprofil der zuständigen Pflegefachkraft	3
3.2 Qualifikation und Benennung der zuständigen Pflegefachkraft	5
3.3 Vertretung	7
3.4 Bewohnerkreis	7
3.5 Entlastung von anderen Aufgaben	8
Literatur	10
4. Pflegerisches Assessment und Biografieerfassung	
4.1 Einführung	1
4.2 Kriterienkatalog: Pflegerisches Assessment	5
1. Organisatorische Rahmenbedingungen	5
2. Pflegerisches Assessment: Inhalte	6
3. Pflegerisches Assessment: Zeitpunkt der Erstellung/Aktualisierung	8
4.3 Kriterienkatalog: Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor Heimeinzug	10
1. Grundsätze	10
2. Erfassung und Dokumentation der Versorgung vor dem Heimeinzug	13
3. Erfassung und Dokumentation personenbezogener Aspekte	14
4. Erfassung und Dokumentation weiterer personenbezogener Aspekte	15
5. Erfassung und Dokumentation lebensgeschichtlicher Informationen	16
Literatur	17



5. Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen (Version 2.0)

5.1 Einführung zu den Leistungsbeschreibungen	1
5.1.1 Merkmale der Leistungsbeschreibungen	1
5.1.2 Aufbau und Nutzung der Leistungsbeschreibungen für unmittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen	6
5.1.3 Aufbau und Nutzung der Leistungsbeschreibungen für mittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen	14
5.2 Unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen	16
5.2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität	17
5.2.2 Unterstützung bei der Ernährung	27
5.2.3 Unterstützung im Bereich Ausscheidungen	31
5.2.4 Unterstützung im Bereich der Körperpflege	35
5.2.5 Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen	40
5.2.6 Spezielle Pflege	56
5.2.7 Besondere interventionsrelevante Faktoren	62
5.2.8 Übersicht zum präventiven/prophylaktischen Pflegehandeln	64
5.3 Mittelbar bewohnerbezogene Leistungen	66
Literatur	74

6. Rahmenkonzepte für besondere Aufgabenfelder (Version 2.0)

6.1 Einführung	1
6.2 Rahmenkonzept „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“	5
1. Grundsätze	6
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	7
3. Personelle Zuständigkeiten	7
4. Erstgespräch	8
5. Vorbereitung des Heimeinzugs	10
6. Einzugstag	11
7. Erste Phase des Aufenthaltes	12
6.3 Rahmenkonzept „Zusammenarbeit mit Angehörigen“	15
1. Grundsätze	17
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	19
3. Personelle Zuständigkeiten	19
4. Förderung des Kontaktes zwischen Bewohner und Angehörigen	20
5. Allgemeine Angebote	22
6. Individuelle Angehörigenarbeit	23
7. Verfahrensweisen in besonderen Situationen	26
8. Umgang mit Kritik, Anregungen und Beschwerden	27
6.4 Rahmenkonzept „Nächtliche Versorgung“	28
1. Grundsätze	31
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	32
3. Bedarfsgerechtes abendliches/nächtliches Versorgungsangebot	33
4. Rahmenbedingungen	35
5. Personelle Regelungen	37
6. Pflegerische Versorgung und Betreuung	38
7. Information, Dokumentation und Pflegeplanung	40
8. Förderung der Kommunikation zwischen den Mitarbeitern	41
9. Verfahrensweisen in besonderen Situationen	42
6.5 Rahmenkonzept „Sterbebegleitung in vollstationären Pflegeeinrichtungen“	44
1. Grundsätze	46
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	47
3. Personelle Zuständigkeiten	48

4. Begleitung des Sterbeprozesses	49
5. Maßnahmen im Todesfall	54
6. Reflexions- und Entlastungsangebote für Mitarbeiter	57
6.6 Rahmenkonzept „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“	58
1. Grundsätze	59
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	60
3. Personelle Zuständigkeiten	61
4. Kooperation mit Ärzten zur Verbesserung der Versorgung	62
5. Pflegeplanung und Dokumentation	64
6. Arztbesuche	66
7. Notfallsituationen	68
8. Qualifikation	69
6.7 Rahmenkonzept „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“	70
1. Grundsätze	72
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	73
3. Personelle Zuständigkeiten	74
4. Übergang in das Krankenhaus	75
5. Aufgaben während des Krankenhausaufenthalts	78
6. Rückkehr in die Pflegeeinrichtung	79
Literatur	81

7. Verbesserte Dokumentationsformen

7.1 Einführung	1
7.2 Grundsätze zur Ausgestaltung verbesserter Dokumentationsformen	4
1. Organisatorische Rahmenbedingungen und Voraussetzungen	5
2. Identifizierung vorrangiger Problemlagen	6
3. Formulierung von Pflegezielen	7
4. Tagesplan (Maßnahmenplanung)	7
5. Durchführungs-/Leistungsnachweise	11
Literatur	13



Teil B: Qualitäts- und Organisationsentwicklung – Hinweise für den Ergebnistransfer

Verfasser: B. Rehling (ISS), M. Menke (FFG)
unter Mitarbeit von R. Bernards (ISS), H. Heinrich (ISS), M. Krohn (ISS),
I. Kowalski (FFG), A. Kuhlmann (FFG), E. Schnabel (FFG), U. Vogelwiesche (FFG)
Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Frankfurt a. M. (ISS) und
Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (FFG)

1. Einleitung

1.1 Hinweise zum Umgang mit dem vorliegenden Leitfaden	1
1.2 Zentrale Ziele des Referenzkonzeptes	3
1.3 Umsetzung jenseits von Modellbedingungen	4

2. Voraussetzungen und Vorgehensweisen bei der Konzeptumsetzung (Projektmanagement)

2.1 Abstimmung mit dem Träger der Einrichtung	1
2.2 Kooperation mit internen Beteiligungsorganen und externen Prüfinstanzen	3
2.3 Anforderungen an die Leitungskräfte von Einrichtungen	4
2.3.1 Verbindlicher Umgang mit Vorgaben	4
2.3.2 Mitarbeiterbeteiligung	5
2.3.3 Entscheidungen plausibel begründen	5
2.3.4 Umgang mit Widerstand	6
2.4 Grundprinzipien des Projektmanagements	8
2.4.1 Notwendige Projektstrukturen	9
2.4.2 Anforderungen an die Projektleitung	10
2.4.3 Umsetzung der Konzepte	11
2.4.4 Bestandsaufnahme und Instrumente	12
2.4.5 Zielorientierte Handlungs- und Zeitplanung	14
2.4.6 Personaleinsatz und zeitlicher Aufwand	15
2.5 Reihenfolge der Umsetzung der Konzeptbausteine	16

3. Umsetzung des Referenzkonzeptes und Anforderungen an die Aufbau- und Ablauforganisation

3.1 Was heißt „Aufbau- und Ablauforganisation“	1
3.2 Grundprinzipien: Zielangemessenheit, Eindeutigkeit und Transparenz	2
3.3 Die „zuständige Pflegefachkraft“ als Ausgangspunkt für die Pflegeorganisation	3
3.3.1 Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation zur Umsetzung des ZPFK-Konzeptes	3
3.3.2 Probleme im Umsetzungsprozess – Bewältigungsstrategien	11
3.4 Verbesserte Zusammenarbeit der Berufsgruppen	12
3.4.1 Unzulängliche Kooperation zwischen Pflege und Sozialem Dienst als Hindernis	12
3.4.2 Optimierte Vernetzung zwischen Pflege und Sozialem Dienst	13

4. Qualitätsmanagement in der vollstationären Altenpflege

4.1	Einrichtungsinernes Qualitätsmanagement	2
4.2	Leistungsbeschreibungen: das Leistungsprofil der vollstationären Altenpflege	4
4.2.1	Bestandsaufnahme zu den unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungsbeschreibungen und Entwicklungsziele	4
4.2.2	Berufsbegleitende fachliche Qualifizierung	6
4.2.3	Bedarfsgerechte Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemen	8
4.2.4	Bedarfsgerechte Mobilitäts-erhaltung und -förderung	9
4.2.5	Verinnerlichung von Leitorientierungen	10
4.3	Pflegerisches Assessment und Biografieerfassung	11
4.3.1	Entwicklung von Instrumenten bzw. Formularen	11
4.3.2	Regelmäßige Aktualisierung des pflegerischen Assessments	12
4.3.3	Die Erfassung von Informationen	12
4.3.4	Auswahl und Schulung der Mitarbeiter	13
4.3.5	Biografieorientierung als Leitprinzip	14
4.4	Verbesserung von Dokumentationsformen	15
4.4.1	Schwierigkeiten für die zuständigen Mitarbeiter	16
4.4.2	Schulung der Mitarbeiter	17
4.5	Rahmenkonzepte als grundlegende Anforderungen für die Arbeit in stationären Pflegeeinrichtungen	18
4.5.1	Konzepterstellung	18
4.5.2	Vorgehensweisen bei der Mitarbeiterbeteiligung	19
4.5.3	Standardisierung von Arbeitsabläufen zur Qualitätssicherung	19
4.5.4	Verabschiedung der Konzepte und Schulung der Mitarbeiter	20
4.6	Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung	21
4.6.1	Soll-Ist-Analyse	21
4.6.2	Kooperation zwischen Pflege und Sozialem Dienst	21
4.6.3	Begleitung der Eingewöhnungsphase	21
4.6.4	Das Integrationsgespräch	23
4.6.5	Berücksichtigung neuer Bewohner in den Übergaben	23
4.6.6	Regelmäßige Überprüfung	23
4.7	Zusammenarbeit mit Angehörigen	24
4.7.1	Ermittlung des Unterstützungsbedarfs von Angehörigen	24
4.7.2	Entwicklung von Angeboten für Angehörige	24
4.7.3	Möglichkeiten und Grenzen bei Konflikten	25
4.7.4	Schulung der Mitarbeiter	25
4.8	Nächtliche Versorgung	26
4.8.1	Änderung von Dienstzeiten	26
4.8.2	Verantwortung der Leitungsebenen	27
4.8.3	Kooperation von Tag- und Nachtdienst	27
4.8.4	Entwicklung von Angeboten in den Abendstunden	27
4.8.5	Vermeidung von Lärm und Licht	28
4.9	Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen	29
4.9.1	Kontinuierliche Begleitung	29
4.9.2	Zusammenarbeit mit Hospizdiensten, freiwilligen Helfern, Angehörigen und Ärzten	29
4.9.3	Schulung der Mitarbeiter	30
4.10	Kooperation mit niedergelassenen Ärzten	31
4.10.1	Kontaktaufnahme und Kooperation	31
4.10.2	Vorbereitung von Arztbesuchen	32
4.10.3	Gegenseitige Erreichbarkeit	32
4.11	Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten	34
4.11.1	Kontaktaufnahme und Kooperation	34
4.11.2	Entlassung aus dem Krankenhaus	35



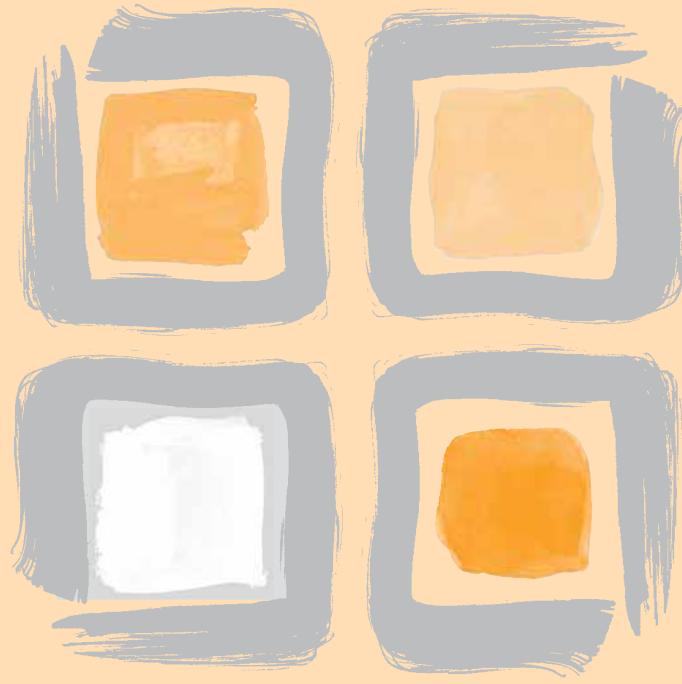
5. Qualitativer Personalbedarf und Personalentwicklung

5.1 Was unter Personalentwicklung zu verstehen ist	1
5.2 Personalauswahl	2
5.3 Einarbeitung neuer Mitarbeiter	3
5.4 Berufsbegleitende Qualifizierung	4
5.5 Interne Multiplikatoren und richtiger Einsatz vorhandener Fähigkeiten	5
5.6 Personalentwicklung durch Projektmanagement	6
5.7 Kooperation mit Ehrenamtlichen	7

6. Steuerungsaufgaben der Pflegeleistung und Mitarbeiterführung

6.1 Voraussetzungen	2
6.2 Verantwortung der Leitungskräfte	3
6.3 Regelmäßige und geregelte Überprüfung	4
6.4 Überprüfung der Steuerungsleistung der WBL	5
6.5 Wohnbereichsbezogene Audits und Hospitationen	8
6.6 Hospitation in den Wohnbereichen	9
6.7 Steuerungsmaßnahmen auf der Basis der Prüfergebnisse	9
6.8 Mitarbeiterführung	10
6.8.1 Mitarbeitergespräche	10
6.8.2 Zielvereinbarungsgespräche	11
6.8.3 Teamentwicklung	12
6.8.4 Umgang mit Leistungsmängeln und Wahrnehmung guter Leistung	14
Literatur	16

7. Stellungnahmen aus den an der Erprobung beteiligten Referenzeinrichtungen



Teil A:

Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Pflege- einrichtungen

Verfasser: U. Korte-Pötters, K. Wingenfeld, D. Heitmann
Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

Kapitel 1

Einleitung



Einleitung

Mit der steigenden Lebenserwartung in unserer Gesellschaft wächst die Zahl der Menschen, die im Alter von Krankheit und Pflegebedürftigkeit betroffen und auf professionelle Unterstützung angewiesen sind. Auch stationäre Pflegeeinrichtungen stehen vor der Herausforderung, sich auf diese Entwicklung einzustellen und ihre Bemühungen zur Sicherstellung von Lebens- und Versorgungsqualität zu verstärken. Über geeignete Wege der Qualitätsentwicklung in stationären Pflegeeinrichtungen wird vor diesem Hintergrund schon seit vielen Jahren intensiv diskutiert.

Mit dem vorliegenden Praxisleitfaden wird eine Qualitätsentwicklungsstrategie vorgestellt, die im Modellprojekt Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege unter Beteiligung von 20 Pflegeeinrichtungen erfolgreich erprobt wurde. Er richtet sich vorrangig an Qualitätsbeauftragte und Führungskräfte der Pflegeeinrichtungen sowie an die Einrichtungsträger bzw. Trägerverbände, die ihre Häuser bei der Sicherstellung und Weiterentwicklung von Qualität unterstützen wollen. Er greift nicht alle, aber doch die meisten Entwicklungsanforderungen auf, denen sich die Pflegeeinrichtungen heute und in Zukunft stellen müssen:

Die Konzepte zielen auf eine Weiterentwicklung des Leistungsspektrums der Einrichtungen, die den heute bestehenden fachlichen Anforderungen entspricht und eine Reduzierung der Pflege auf körperbezogene Hilfen vermeidet. Der Alltag in den Einrichtungen ist mehr und mehr durch die Problem- und Bedarfslagen alter Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen geprägt. Doch auch unabhängig davon darf sich die Pflege nicht allein auf körperliche Defizite beziehen. Die Förderung und der Erhalt von Selbständigkeit, soziale Teilhabe, Biografiearbeit, präventives Handeln und anderes mehr sind Grundsätze, an denen sich pflegerisches Handeln wie selbstverständlich ausrichten sollte.

Aus der Bewohnerperspektive gibt es bestimmte, besonders wichtige Fragen, Ereignisse oder Situationen, von denen die Lebens- und Versorgungsqualität sehr stark abhängt. Dazu gehört der Verlauf des Heimeinzugs, die Begleitung in der Sterbephase, die Einbeziehung von Angehörigen, die Krankenhausbehandlung, die nächtliche Versorgung und auch die ärztliche Behandlung. Sie stellen zugleich wichtige Handlungsfelder für die Mitarbeiter der Einrichtungen dar.

Qualität ist kein Zufallsprodukt, sondern Ergebnis eines planvollen und koordinierten Vorgehens der Mitarbeiter einer Pflegeeinrichtung. In dieser Hinsicht erweist sich die pflegerische Versorgung als optimierungsbedürftig. Oft fehlen wichtige Voraussetzungen für die bewusste, zielgerichtete, an Bedarf und Bedürfnissen orientierte Steuerung des Pflegeprozesses.

Die Konzepte zeigen Wege auf, die Lebens- und Versorgungsqualität in den Einrichtungen in diesen Bereichen zu verbessern. Jedes Konzept kann für sich genommen, also unabhängig von anderen verwendet werden und einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung leisten. Bei der Umsetzung ist es allerdings empfehlenswert, sie nicht isoliert voneinander zu betrachten. Man würde dann möglicherweise feststellen, dass an der einen oder anderen Stelle Voraussetzungen für die angestrebten Entwicklungsschritte fehlen. Die Bausteine bilden Bestandteile eines in sich stimmigen Ansatzes zur Sicherstellung bzw. Weiterentwicklung von Qualität.

Der Praxisleitfaden repräsentiert eine Qualitätsentwicklungsstrategie, die auf bestimmten Grundsätzen und Zielen beruht. Diese Grundsätze sind für das Verständnis der im Folgenden vorgestellten Rahmenkonzepte und Empfehlungen sehr wichtig. Sie sollen daher an dieser Stelle zusammenfassend dargelegt werden.



Praxistauglichkeit erfordert die Einbeziehung der Praxis in die Konzeptentwicklung

Rahmenkonzepte, die nachhaltige Veränderungen im Versorgungsalltag herbeiführen sollen, müssen nicht nur fachliche Kriterien, sondern auch die Arbeitsweise und die Arbeitsbedingungen in der Praxis berücksichtigen. Aus diesem Grunde erfolgte die Konzeptentwicklung in Zusammenarbeit mit Vertretern der insgesamt 20 Pflegeeinrichtungen, die am Modellprojekt beteiligt waren. Damit sollte sichergestellt werden, dass die Konzepte praxistauglich, d. h. ausreichend auf die Handlungsbedingungen und Probleme im Versorgungsalltag zugeschnitten sind.

Realistisches Qualitätsniveau

Konzepte zur Qualitätsverbesserung verfehlen ihre Wirkung, wenn sie die Grenzen der Praxis ignorieren. Realistische Konzepte müssen das berücksichtigen und eine Überforderung der Einrichtungen vermeiden. Mit der Qualitätsentwicklung kann im Interesse der Bewohner nicht darauf gewartet werden, dass sich grundlegend veränderte Rahmenbedingungen einstellen. Konzepte müssen deshalb einen sinnvollen Kompromiss finden. Setzen sie sich „optimale“ Qualität zum Ziel, werden sie unter den gegebenen Bedingungen rasch scheitern.

Nachhaltige Lösungen sind auf Transparenz und breite Akzeptanz angewiesen

Einbezogen in die Entwicklungsarbeiten bzw. in die darauf bezogenen Beratungen waren neben den Einrichtungen einzelne Fachexperten und ein Begleitausschuss, in dem u. a. Leistungsanbieter, Kostenträger, Medizinische Dienste der Krankenversicherung, Vertreter von Heimaufsichtsbehörden und die Landesseniorenvertretung mitwirkten. Alle Beteiligten hatten die Möglichkeit, ihre Erfahrungen und jeweilige Problemsicht einzubringen. Mit diesem Vorgehen sollte so früh wie möglich ein breiter Konsens über inhaltliche Fragen angestrebt werden, der auch von Trägerverbänden, Kostenträgern und anderen Stellen, die auf die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung Einfluss nehmen, mitgetragen wird. Die Konzepte beruhen somit nicht allein auf fachlichen Überlegungen eines pflegewissenschaftlichen Instituts, sondern stellen in vielen Punkten das Ergebnis umfangreicher, zum Teil kontroverser Beratungen dar, in die verschiedenste Erfahrungen und Blickwinkel eingeflossen sind.

Einfache, unbürokratische Lösungen entfalten meist die stärkste Wirkung

Die Entwicklung der Konzepte folgte dem Grundsatz, eine zügige und unbürokratische Umsetzung zu ermöglichen. Die notwendigen Schritte zur Umsetzung sollten unter den gegebenen Voraussetzungen innerhalb eines überschaubaren Zeitraums leistbar sein. So wurde beispielsweise kein neues Pflegedokumentationssystem entwickelt, sondern ein Anforderungskatalog, mit dem die Einrichtungen Dokumentationsverbesserungen und Vereinfachungen erzielen können, ohne die vorhandenen Dokumentationssysteme komplett umzustellen. Ein weiteres Beispiel stellen die Leistungsbeschreibungen dar. Sie bilden in übersichtlicher Form ein Angebotsprofil ab, das heute von den Einrichtungen vorgehalten werden sollte, und sind wesentlich einfacher aufgebaut als andere Klassifikationssysteme für pflegerische Leistungen.

Qualitätsentwicklung ist ohne Organisationsentwicklung nicht denkbar

Qualitätsverbesserungen in Versorgungseinrichtungen setzen immer organisatorische Veränderungen voraus. Es geht nicht allein um Veränderungen des Handelns der einzelnen Mitarbeiter, die eventuell mit Schulungsmaßnahmen erreicht werden könnten. Qualität kann sich nur in einer geeigneten Aufbau- und Ablauforganisation entfalten. Aus diesem Grund werden mit dem Praxisleitfaden nicht nur Konzepte, sondern auch empfehlenswerte Schritte der Organisationsentwicklung vorgestellt.

Im Anschluss an diese Einleitung erfolgt zunächst eine Darlegung der Versorgungsgrundsätze bzw. der allgemeinen fachlichen Handlungsorientierungen, auf denen die Konzepte beruhen. Sie dient nicht nur dazu, ein besseres Verständnis der Rahmenkonzepte zu vermitteln, sondern kann auch als Orientierungshilfe zur Prüfung der Frage genutzt werden, inwieweit in einer Einrichtung zentrale Voraussetzungen für die Qualitätsentwicklung vorhanden sind (z. B. Grundhaltung und Qualifikation der Mitarbeiter). Danach werden die Konzepte in folgender Reihenfolge aufgeführt:

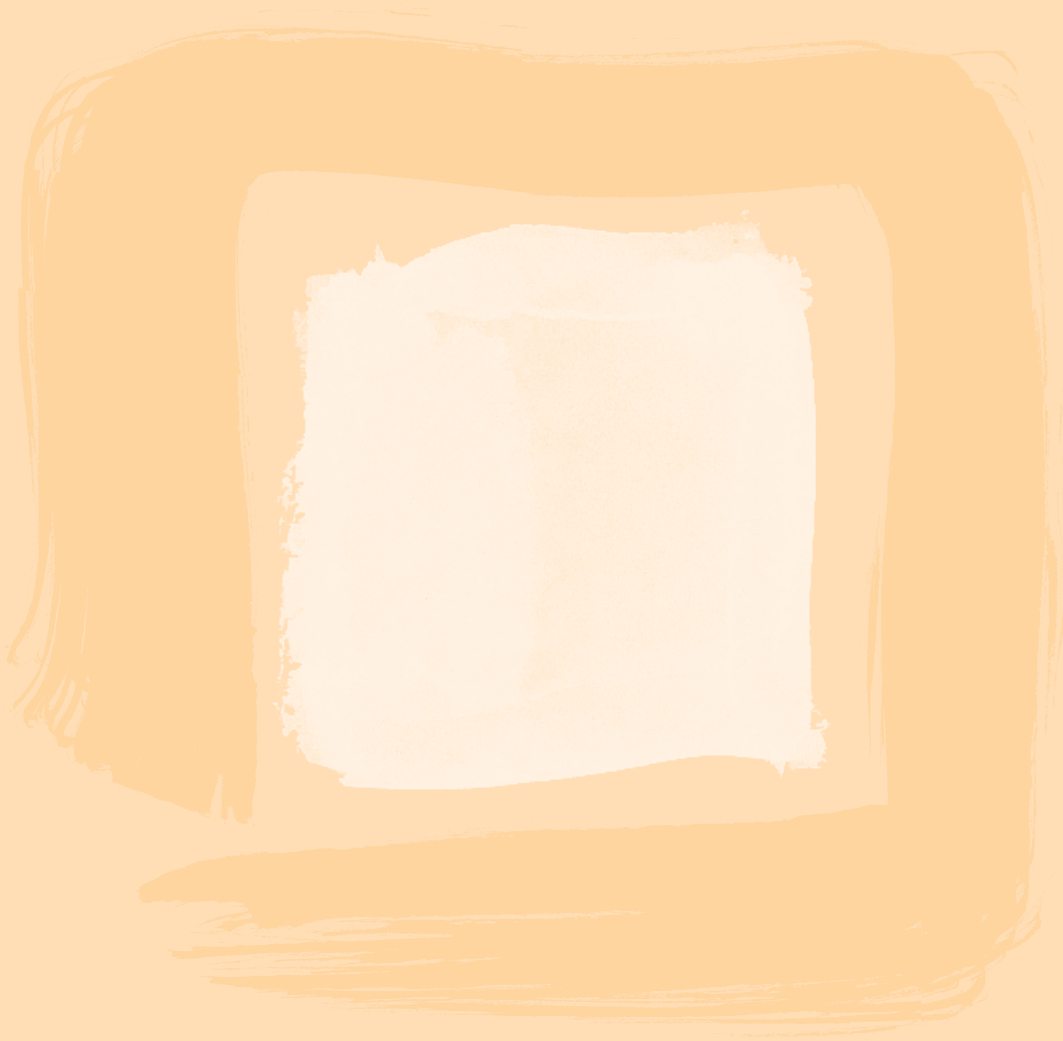
- Pflegeprozesssteuerung und Versorgungscoordination
- Pflegerisches Assessment und Erfassung biografischer Informationen
- Leistungsbeschreibungen (zur Weiterentwicklung und Qualifizierung des Leistungsprofils)
- Rahmenkonzepte für die Aufgabenfelder: Unterstützung beim Heimeinzug, Angehörigenarbeit, nächtliche Versorgung, Sterbebegleitung, Kooperation mit Ärzten und Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten
- Verbesserte Dokumentationsformen.

Neben diesen Konzepten wurde im Projekt „Referenzmodelle“ ein System zur Bedarfsklassifikation entwickelt, mit dem Aussagen zu Art und Umfang des Unterstützungsbedarfs des Bewohners im Zusammenhang mit der Personalbemessung getroffen werden können. Diese Bedarfsklassifikation ist allerdings nicht Gegenstand des vorliegenden Leitfadens.



Kapitel 2

Grundsätze der Versorgung



2. Grundsätze der Versorgung

2.1 Berücksichtigung psychischer und sozialer Problemlagen und Bedürfnisse	1
2.2 Biografieorientiertes Arbeiten	2
2.3 Ressourcenförderung und Ressourcenerhalt	5
2.4 Präventiv orientiertes Handeln	7
Literatur	8

Die Sicherstellung von Lebens- und Versorgungsqualität, Selbstbestimmung, eines menschenwürdigen Lebens und Sterbens sowie von sozialer Teilhabe sind zentrale Anforderungen an alle Einrichtungen und Mitarbeiter, die hilfebedürftige Menschen begleiten. Sie sind zugleich übergeordnete Ziele, an denen sich die im Folgenden vorgestellten Konzeptbausteine ausrichten.

Sämtliche Konzeptbausteine, die im Rahmen des Projekts Referenzmodelle erarbeitet wurden, beruhen außerdem auf einem bestimmten Pflegeverständnis und auf bestimmten fachlichen Grundsätzen. Es ist wichtig, diese Grundsätze zu kennen: Sie sind nicht nur Voraussetzung für das Verständnis der einzelnen Konzeptbausteine, sondern auch eine unverzichtbare Orientierungshilfe bei der praktischen Umsetzung.

2.1 Berücksichtigung psychischer und sozialer Problemlagen und Bedürfnisse

Pflege wird leider oftmals einseitig als Hilfestellung bei körperlichen Einschränkungen des Pflegebedürftigen verstanden. Fragen der Bewältigung psychischer Erkrankungen und ihrer Folgeprobleme, die den heutigen Lebensalltag in den stationären Pflegeeinrichtungen stark prägen, werden zwar nicht gänzlich vernachlässigt, aber auch nicht systematisch aufgegriffen (vgl. Wingefeld/Schnabel 2002). Manchen Mitarbeitern ist gar nicht bewusst, dass beispielsweise ein entlastendes Gespräch mit einem Bewohner, der unter starken Angstzuständen oder einer anderen Form von psychischem Druck leidet, eine *pflegerische Maßnahme* darstellt. Das Gespräch wird als etwas Alltägliches, eben als „Reden mit dem Bewohner“ gesehen, als selbstverständliche menschliche Zuwendung. Wenn jedoch nicht bewusst ist, dass eine Handlung den Charakter einer pflegerischen Hilfestellung besitzt, kann diese Handlung auch nicht zielgerichtet als pflegerische Hilfestellung eingesetzt werden.

Das Referenzkonzept zielt auf eine stärkere Gewichtung von Unterstützungsleistungen, die nicht auf körperliche Defizite, sondern auf psychische Problemlagen und Bedürfnisse ausgerichtet sind. Hierzu ist nicht nur ein entsprechendes Bewusstsein der Mitarbeiter erforderlich, sondern auch eine Berücksichtigung psychischer/sozialer Problemlagen und Bedürfnisse bei den verschiedenen Schritten des Pflegeprozesses. Man kann sich in einer Einrichtung rasch ein Bild davon machen, inwieweit dies im Alltag geschieht, z. B. indem man die Pflegedokumentation anhand folgender Fragen prüft: Werden bei der Informationssammlung (pflegerisches Assessment) kognitive Einbußen und Verhaltensweisen des Bewohners konkret und differenziert erfasst? Werden darauf aufbauend konkrete Pflegeziele formuliert und Maßnahmen geplant? Finden sich im Pflegebericht konkrete Beschreibungen von Problemverhalten des Bewohners, aus denen sich Rückschlüsse auf Anlass, Häufigkeit, Intensität des Verhaltens und eventuelle tiefere Ursachen ziehen lassen?

Eine stärkere Berücksichtigung psychischer und sozialer Problemlagen und Bedürfnisse sowie die Weiterentwicklung des pflegerischen Handlungspotenzials in diesem Bereich spielt in nahezu allen Konzeptbausteinen eine Rolle. Schritte zur Qualitätsverbesserung werden hier mit kontinuierlichen Bemühungen zur Stärkung des Problembewusstseins der Mitarbeiter einhergehen müssen.



2.2 Biografieorientiertes Arbeiten

Biografieorientiertes Arbeiten¹ stellt ebenfalls eine grundlegende Qualitätsanforderung dar, auf der die Konzeptbausteine aufbauen. Es verlangt von den Mitarbeitern einer Einrichtung eine Grundhaltung, die „Achtung vor der Lebensleistung“ (Friebe 2004: 5) und Interesse an der Lebensgeschichte der Bewohner beinhaltet. Eine solche Grundhaltung ermöglicht es, einen besseren Zugang zum Bewohner zu erhalten und „Verständnis für das ‚Gewordensein‘ des Gegenübers, seine Ressourcen, Defizite, Eigenheiten, Normen und Wertvorstellungen“ (Zank/Schacke 2004: 8) zu entwickeln.

Die Auseinandersetzung mit der Lebensgeschichte der Bewohner kann die Entwicklung einer biografieorientierten Grundhaltung fördern, da Mitarbeitern bewusst wird, dass Bewohner nicht immer alt und pflegebedürftig waren, sondern ihr Leben gemeistert haben – jeder auf seine ganz individuelle Art. Die Lebensgeschichte, ihre Verbindung zur Gegenwart und zur aktuellen Lebenssituation kann außerdem Hinweise auf derzeitige Bedürfnisse, Wünsche und Prioritäten des Bewohners geben und zeigen, dass auch im Alter Entwicklung stattfinden kann (Clarke 2000).

Hinter dem Begriff Biografiearbeit verbirgt sich häufig ein Sammelsurium unterschiedlichster Ansätze, vom Gruppenangebot bis zur Erfassung biografischer Informationen (Kricheldorf 2005, Müller/Schesny-Hartkorn 1998). Eine allgemeine, für den vorliegenden Zweck brauchbare Definition von „Biografiearbeit“ gibt Bischoff-Wanner: „Biographiearbeit ist die Arbeit mit den Erinnerungen alter Menschen“ (Bischoff-Wanner 2004: 5). Im Rahmen der pflegerischen Versorgung geht es überwiegend um Biografiearbeit im Sinne von Erinnerungsarbeit (Bischoff-Wanner 2004, Müller/Schesny-Hartkorn 1998)². Sie verfolgt die übergreifenden Ziele:

- „Lebenskontinuität zu wahren,
- Identitäts- und Selbstwertgefühle zu sichern,
- zur Versöhnung mit der eigenen Lebensgeschichte und
- zum subjektiven Wohlbefinden beizutragen“ (Erlemeier 2002: 242).

Biografiearbeit besitzt nicht nur, aber besonders bei der Versorgung demenziell erkrankter Bewohner eine große Bedeutung. Bei dieser Bewohnergruppe kommt der Berücksichtigung der Lebensgeschichte und des individuellen Erlebens bei der Ausgestaltung von Maßnahmen nicht zuletzt die Funktion der Stabilisierung und Erhaltung personaler Identität zu (Kitwood 2003). Biografiearbeit beinhaltet aber auch einen „Unterhaltungsaspekt“ (Weingandt 2001), da z. B. das Schwelgen in Erinnerungen oder die Beschäftigung mit alten, vertrauten Gegenständen meist positive Gefühle stimuliert. Findet Biografiearbeit in Gruppen statt, können zudem soziale Kontakte und Zugehörigkeitsgefühle gefördert werden.

Bei der Umsetzung des Referenzkonzeptes sollte darauf geachtet werden, dass sie nicht auf der Grundlage eines verkürzten Verständnisses des biografieorientierten Arbeitens erfolgt. Folgende Kernaussagen können hilfreich sein, die Mitarbeiter entsprechend zu schulen oder anzuleiten:

Biografieorientiertes Arbeiten ist mehr als Informationssammlung.

Die Erfassung biografischer Informationen kann nicht mit Biografiearbeit gleichgesetzt werden (vgl. u. a. Falk 2005). Dieses Missverständnis ist in der Pflege leider noch weit verbreitet. Entscheidend ist vielmehr, ob und wie Informationen in die indi-

¹ Die Begriffe „Biografiearbeit“ und „Biografieorientiertes Arbeiten“ werden im vorliegenden Praxisleitfaden synonym verwendet. Sie beziehen sich vorrangig auf die Berücksichtigung biografischer Kenntnisse bei der Planung und Durchführung von Alltagshandlungen, Einzel- und Gruppenaktivitäten.

² In der Literatur werden daneben zwei weitere Ansätze der Biografiearbeit unterschieden: Biografiearbeit kann danach im Rahmen einer therapeutischen Intervention oder als generationenübergreifender Ansatz (Weitergabe von Wissen an nachfolgende Generationen) eingesetzt werden. Diese beiden Ansätze werden bei den weiteren Ausführungen nicht weiter berücksichtigt.

viduelle Versorgung des Bewohners einfließen. Auf der Basis erfasster Informationen sollte also eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung geplant werden, welche die Biografie eines Bewohners bei Alltagshandlungen und in Einzel-/Gruppenaktivitäten berücksichtigt.

Biografieorientiertes Arbeiten im Rahmen von Alltagshandlungen

Frau A. hat immer großen Wert auf ihre äußere Erscheinung gelegt und sich stets sorgfältig gekleidet. Die Mitarbeiter nutzen diese Information im Rahmen von Gesprächen mit Frau A., bei der Unterstützung beim Ankleiden (indem sie ihr z. B. Schmuck/Halstuch anbieten), indem sie Frau A. einen Blick in den Spiegel ermöglichen etc.

Biografieorientiertes Arbeiten im Rahmen von Einzelaktivitäten

Frau A. ist früher gerne und viel durch Deutschland gereist. Die Mitarbeiter nutzen diese Information, indem sie gemeinsam mit Frau A. entsprechende Bildbände, Postkarten oder Fotos ansehen und über ihre Reiseerlebnisse bzw. Reisen allgemein sprechen.

Biografieorientiertes Arbeiten im Rahmen von Gruppenaktivitäten

Frau A. hat in letzter Zeit eine Vorliebe für das Hören von Schlagermusik entwickelt. Die Mitarbeiter laden Frau A. daher ein, an einem entsprechenden Gruppenangebot (Anhören von alten Schlagern, gemeinsames Singen) teilzunehmen.

Biografieorientiertes Arbeiten setzt aussagekräftige Informationen voraus.

Das Referenzkonzept stellt eine Kriterienliste zur Sammlung biografischer Informationen zur Verfügung (Kriterienkatalog „Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug“). Es ist allerdings entscheidend (und setzt gewisse Kenntnisse und Erfahrungen voraus), dass *aussagekräftige* Informationen erfasst und in geeigneter Form dokumentiert werden.

Für biografieorientiertes Arbeiten ist nicht allein die Abfolge von Lebenssituationen und Ereignissen, sondern vor allem das subjektive Erleben des Bewohners entscheidend.

Der Lebenslauf eines Menschen sagt noch nichts über sein Erleben aus. Zu wissen, dass eine Bewohnerin im Jahr 1944 geheiratet hat, ist ohne weitere Informationen wenig nützlich. Wie hat sie die Feier erlebt? War es ihr „schönster Tag“ im Leben? Wie änderte sich ihr Lebensgefühl? Diese und ähnliche Fragen sollten im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen. Die Biografie eines Menschen enthält die persönliche Lebensbeschreibung. „Wenn jemand den Lebenslauf aus seiner persönlichen Sicht schildert, bilden die objektiven Daten den äußeren Rahmen. Die persönlich bedeutsamen Stationen bilden die Biografie“ (Kerkhoff 2002: 831).

Biografie ist nicht statisch.

Subjektives Erleben und die damit verbundenen Wertigkeiten ändern sich im Verlauf des Lebens. Aus der Kenntnis, dass eine Bewohnerin hauswirtschaftliche Arbeiten früher gern erledigt hat, muss nicht unbedingt folgen, dass ein entsprechendes Beschäftigungsangebot für sie auch heute noch zufrieden stellend wäre.

Beispiel: Den Mitarbeitern ist bekannt, dass Frau A. immer für ihre Familie gesorgt hat und sich selbst gern als gute Hausfrau bezeichnet. Daher wird Frau A. regelmäßig in hauswirtschaftliche Tätigkeiten einbezogen. Allerdings beobachten die Mitarbeiter, dass Frau A. in der letzten Zeit diese Aufgaben anscheinend mit wenig Freude durchführt. Aufgrund von Äußerungen wird zudem deutlich, dass Frau A. lieber in Ruhe Musik hören würde (wozu sie als Hausfrau wenig Zeit hatte).



Den Pflegenden sollte also bewusst sein, dass Gewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen Wandlungen unterworfen sein können, so dass immer wieder achtsames Zuhören und Beobachten erforderlich sind, um Veränderungen und Neuerungen wahrzunehmen. Gegenwärtige Ereignisse nehmen Einfluss auf das aktuelle Erleben, und vergangene Ereignisse können im Rückblick eine andere Deutung erfahren als zuvor.

Biografie endet nicht mit dem Einzug in eine Pflegeeinrichtung.

Die Biografie eines Menschen reicht bis zum Lebensende. Selbstredend können sich auch nach dem Heimeinzug neue Entwicklungen oder Veränderungen in der Lebenssituation, im Erleben und in Bezug auf Gewohnheiten, Vorlieben, Abneigungen etc. ergeben.

Erinnern kann auch problematische Erlebnisse und Erfahrungen wachrufen.

Biografiearbeit kann auch unangenehme Erinnerungen beim Bewohner wecken. Es scheint zwar eher selten vorzukommen, dass im Rahmen der Biografiearbeit negativ geprägte Erinnerungen zu einer ernsten Krise führen (Weingandt 2001). Dennoch muss allen Beteiligten bewusst sein, dass Biografiearbeit in der Pflege keine therapeutische Intervention darstellt (Hirt 2003). Vor allem die Generationen, die heute in den Pflegeeinrichtungen leben, haben zum Teil schwerwiegende Krisen in ihrem früheren Leben durchgemacht (Kriegserlebnisse, Faschismus, Vertreibung etc.).

Biografieorientiertes Arbeiten setzt geeignete Rahmenbedingungen (Struktur- und Prozessqualität) voraus.

Die Verankerung biografieorientierten Arbeitens im Versorgungsalltag lässt sich nicht durch einen bloßen Willensakt oder eine Dienstanweisung erreichen. Sie ist das Ergebnis nachhaltiger Bemühungen um die Schaffung der hierzu notwendigen Voraussetzungen. Hierzu gehören insbesondere:

- Die Entwicklung einer biografieorientierten Grundhaltung wird bei den Mitarbeitern gefördert, z. B. im Rahmen von Schulungen, Fallbesprechungen.
- Die Mitarbeiter verfügen über ausreichende Kenntnisse und Fähigkeiten im Bereich Gesprächsführung, Ermittlung und Umgang mit biografischen Informationen (u. a. Dokumentation von Beobachtungen). Bei Bedarf sollten entsprechende Schulungen angeboten werden.
- Es existieren klare Zuständigkeiten für die Aufgaben, die im Rahmen des biografieorientierten Arbeitens zu berücksichtigen sind, insbesondere Regelungen zur Zusammenarbeit zwischen Pflege und Sozialen Diensten.
- Biografiearbeit muss bei der Erstellung der Pflegeplanung berücksichtigt werden. Die Einhaltung dieses Vorgehens sollte regelmäßig, z. B. im Rahmen von Fallbesprechungen oder Pflegevisiten, überprüft werden.

2.3 Ressourcenförderung und Ressourcenerhalt

Ressourcenförderung bzw. Ressourcenerhalt stellen einen unverzichtbaren Grundsatz für die Ausgestaltung der Versorgung dar. Sie sollte also nicht nur darauf ausgerichtet sein, einen Selbstständigkeitsverlust, der auf gesundheitlichen Problemen beruht, auszugleichen. Vielmehr sollte der Bewohner auch bewusst darin unterstützt werden, Selbständigkeit soweit wie möglich wiederzuerlangen oder zumindest zu erhalten. Dabei geht es nicht nur um körperliche Fähigkeiten, sondern auch um geistig-psychische und soziale Aspekte des Lebens³.

Deshalb sollte das Handeln aller Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen von einer *ressourcenorientierten Grundhaltung* geprägt sein. Ebenso wichtig ist eine *konkrete, planvolle Umsetzung* dieses Anspruchs im Rahmen der individuellen Pflegeplanung.

Allerdings setzt dies eine inhaltliche Klärung voraus. Denn so häufig die Begriffe „Ressourcen“ und „Ressourcenförderung“ in der Fachliteratur verwendet werden, so selten finden sich klare Aussagen dazu, was mit ihnen eigentlich gemeint ist. Charakteristisch sind vielmehr ein uneinheitliches Verständnis dieser Begriffe und eher diffuse Handlungsorientierungen (vgl. Reisach/Zegelin-Abt 1998). Möglichkeiten, Fähigkeiten, Talente, Wirkkräfte, Kraftquellen, Begabung, Potenziale, Kompetenzen – dies ist nur eine kleine Auswahl der Begriffe, mit denen in der Literatur versucht wird, Ressourcen zu definieren. Häufig wird auf sprachliche Bilder Bezug genommen oder auf andere Begriffe, die jedoch ihrerseits undefiniert bleiben. Eine systematische Auseinandersetzung mit der Thematik steht in Deutschland noch aus.

Die Konzeptbausteine der Referenzmodelle gehen von einem bestimmten Verständnis von Ressourcen bzw. Ressourcenförderung aus: Der Begriff „Ressourcen“ wird, vor allem in den Leistungsbeschreibungen (vgl. Kapitel 5), vorrangig unter Bezugnahme auf die *Person des Pflegebedürftigen* verwendet (Ressourcen der materiellen und sozialen Umgebung bleiben daher an dieser Stelle außer Betracht, was nicht heißen soll, dass sie für den Versorgungsalltag ohne Relevanz sind).

Ressourcen des Pflegebedürftigen in diesem Sinne sind personale Eigenschaften, die den Bewohner dazu befähigen, selbständig zu handeln, den eigenen Bedürfnissen nachzugehen und Anforderungen oder Probleme des Alltags zu bewältigen.

Ressourcen sind also nicht einfach gleichzusetzen mit der Fähigkeit, konkrete Handlungen durchzuführen. Die Fähigkeit, selbständig Nahrung zu sich zu nehmen oder sich einen Verband anzulegen, ist für sich genommen keine Ressource. Diese Fähigkeit ergibt sich vielmehr aus dem Zusammenspiel von Grob- und Feinmotorik, Handlungsmotivation, optischer und sensorischer Wahrnehmung, Körperkraft, Bewegungskoordination, Wissen, Erfahrung und ähnlichem mehr. Somit spricht der Begriff Ressourcen zwar auch Fähigkeiten an, doch handelt es sich dabei um *grundlegende körperliche Fähigkeiten*. Darüber hinaus verdeutlichen die Beispiele, dass Ressourcen auch *Wissen/Erfahrung, kognitive Fähigkeiten und psychische Strukturen* umfassen.

Ressourcenfördernde Pflege wird dementsprechend als Pflege verstanden, die sich zielgerichtet um den Erhalt, die Wiedererlangung oder Förderung dieser personalen Eigenschaften bemüht. Es geht mit anderen Worten darum, die grundlegenden Voraussetzungen für selbständiges Handeln zu stabilisieren bzw. herzustellen.

³ Die Erhaltung von Ressourcen spielt in der Pflege alter Menschen eine große Rolle. Schon die Stabilisierung des Ist-Zustandes und das Abwenden von Selbstständigkeitsverlust, gesundheitlichen Verschlechterungen und Komplikationen kann als Erfolg gewertet werden.



So gesehen lassen sich prinzipiell zwei Ansätze der Ressourcenförderung unterscheiden:

- *Direkte Ressourcenförderung* umfasst Maßnahmen, die sich unmittelbar auf Erhalt, Entwicklung oder Verbesserung einzelner Ressourcen ausrichten. Hierzu gehören beispielsweise Übungen zur Förderung von Muskelkraft, Gangsicherheit oder Feinmotorik, ebenso jedoch Gedächtnistraining oder zielgerichtete beratende Gespräche.
- Hiervon unterschieden werden kann eine *ressourcenfördernde Ausgestaltung von Maßnahmen*. Fast jede Unterstützung bei alltäglichen Handlungen kann in einer Form durchgeführt werden, mit der Pflegebedürftige zu eigenständigen Handlungen (etwa zur Übernahme von Teilhandlungen) motiviert werden. Hierdurch wiederum können Ressourcen angesprochen („aktiviert“) und, eine gewisse Stetigkeit vorausgesetzt, erhalten oder sogar verbessert werden.

Konsequente Ressourcenförderung ist unter den gegenwärtigen Bedingungen des Versorgungsalltags häufig schwer zu realisieren. Ressourcenförderung sollte auch nicht zum Selbstzweck und um jeden Preis durchgeführt werden, sondern sich an den Möglichkeiten und der Belastbarkeit des Bewohners ausrichten.

Die Kunst – diesen Begriff kann man hier zu Recht benutzen – besteht darin, *individuell geeignete Formen der Ressourcenförderung* zu entwickeln und Freiräume zur Realisierung herzustellen. So stellt sich die Frage, ob der Anspruch, nach Möglichkeit *jede* Maßnahme nach den Grundsätzen der Ressourcenförderung zu gestalten, tatsächlich zu nennenswerten Ergebnissen führt. In der Praxis bleiben solche globalen Handlungsorientierungen nur allzu häufig ohne Konsequenz. Bessere Chancen der Umsetzung bieten zielgerichtete, individuelle und in der Pflegeplanung fixierte Programme, die Art, Umfang, Rhythmus, Situationen und Zeitpunkte für ressourcenfördernde Maßnahmen klar definieren.

Die Bausteine des Referenzkonzepts enthalten größtenteils keine differenzierten Ausführungen zu den denkbaren Möglichkeiten und Formen der Ressourcenförderung. Sie beschränken sich in der Regel auf beispielhafte Hinweise oder auf die Benennung von Ansatzpunkten. Im Rahmen der Umsetzung ist es daher sehr wichtig, dass Einrichtungen konkrete Maßnahmen einleiten, mit denen der Grundsatz der Ressourcenförderung im Versorgungsalltag verankert werden kann. Eine entscheidende Rolle spielt dabei die Grundhaltung, das Wissen und die Kompetenz der Pflegefachkraft, die für die Steuerung des individuellen Pflegeprozesses verantwortlich ist (siehe Kapitel 3). Sie kann entscheidend dazu beitragen, dass Ressourcenförderung zum festen Bestandteil der Pflegeplanung und -durchführung wird.

2.4 Präventiv orientiertes Handeln

Der Grundsatz des präventiven Handelns bildet einen weiteren wichtigen Eckpfeiler, auf dem die Konzeptbausteine, insbesondere die Leistungsbeschreibungen aufbauen. Präventiv handeln heißt, dass das Pflegehandeln grundsätzlich auf die Abwehr von Gefährdungen, die Vermeidung von Risiken sowie die Erhaltung der Selbständigkeit und Gesundheit der Bewohner ausgerichtet ist. Liegen bereits Einschränkungen vor, zielt das präventiv orientierte Handeln auf die Vermeidung bzw. zumindest das zeitliche Hinauszögern einer weiteren Verschlechterung.

Lange Zeit standen körperliche Aspekte im Rahmen des präventiv orientierten Pflegehandelns im Vordergrund. Die „klassischen“ pflegerischen Prophylaxen wie z. B. Dekubitus-, Pneumonie-, Kontrakturenprophylaxe orientierten sich ausschließlich hieran. Präventives Handeln bezieht sich jedoch ebenso auch auf die psychische Gesundheit. Drohende soziale Isolation, Wanderungstendenzen und Neigung zu Angstzuständen sind nur einige Beispiele für Situationen, die präventives Handeln erforderlich machen können.

Präventives bzw. prophylaktisches Handeln ist nicht mit der Durchführung einer Einzelmaßnahme gleichzusetzen. Einzelne Maßnahmen können in der Regel nicht das gesamte Spektrum des prophylaktischen Handelns widerspiegeln. So erschöpft sich z. B. die Kontrakturenprophylaxe nicht in Bewegungsübungen und regelmäßigen Lagerungen, sondern findet auch durch Förderung von (Eigen-)Bewegungen beim Waschen, Ankleiden, Transfer oder bei der Inkontinenzversorgung statt. Auch wird ein Gespräch allein nicht ausreichen, um wirksam einer sozialen Isolation vorzubeugen. Zudem lassen Interventionen für sich genommen häufig keinen direkten Bezug auf die ermittelten Risikofaktoren erkennen: Die Anpassung einer Sehhilfe etwa kann eine Maßnahme zur Verringerung des Sturzrisikos darstellen, allerdings auch völlig unabhängig von diesem Risiko notwendig sein.

Präventives Handeln ist also ein prozesshaftes, komplexes Geschehen, das sich von der Beobachtung und Einschätzung von Gefährdungen über die individuelle Planung und Durchführung von Maßnahmen bis hin zur Überprüfung der Zielerreichung (Pflegeprozess) erstreckt.

Prävention als Leitlinie des Handelns bezieht sich allerdings nicht nur auf den unmittelbaren Kontakt zum Bewohner, sondern schließt z. B. auch die Verbesserung des Kenntnisstandes bzw. den Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter zu den verschiedenen Prophylaxen, die Bereitstellung geeigneter Hilfsmittel, eine angemessene Gestaltung der Umgebung (z. B. zur Sturzprophylaxe) oder die Ausgestaltung der Kooperation zwischen den Berufsgruppen ein. Der Versorgungsalltag sollte durch eine präventionsorientierte Grundhaltung der Mitarbeiter geprägt sein, d. h. Mitarbeiter bewerten präventiv orientiertes Handeln als sinnvoll, ungeachtet der jeweils beim Bewohner vorliegenden offensichtlichen Einschränkungen. Sie reflektieren ihr Handeln daraufhin, ob alle Möglichkeiten des präventiv orientierten Handelns in angemessener Form berücksichtigt werden.

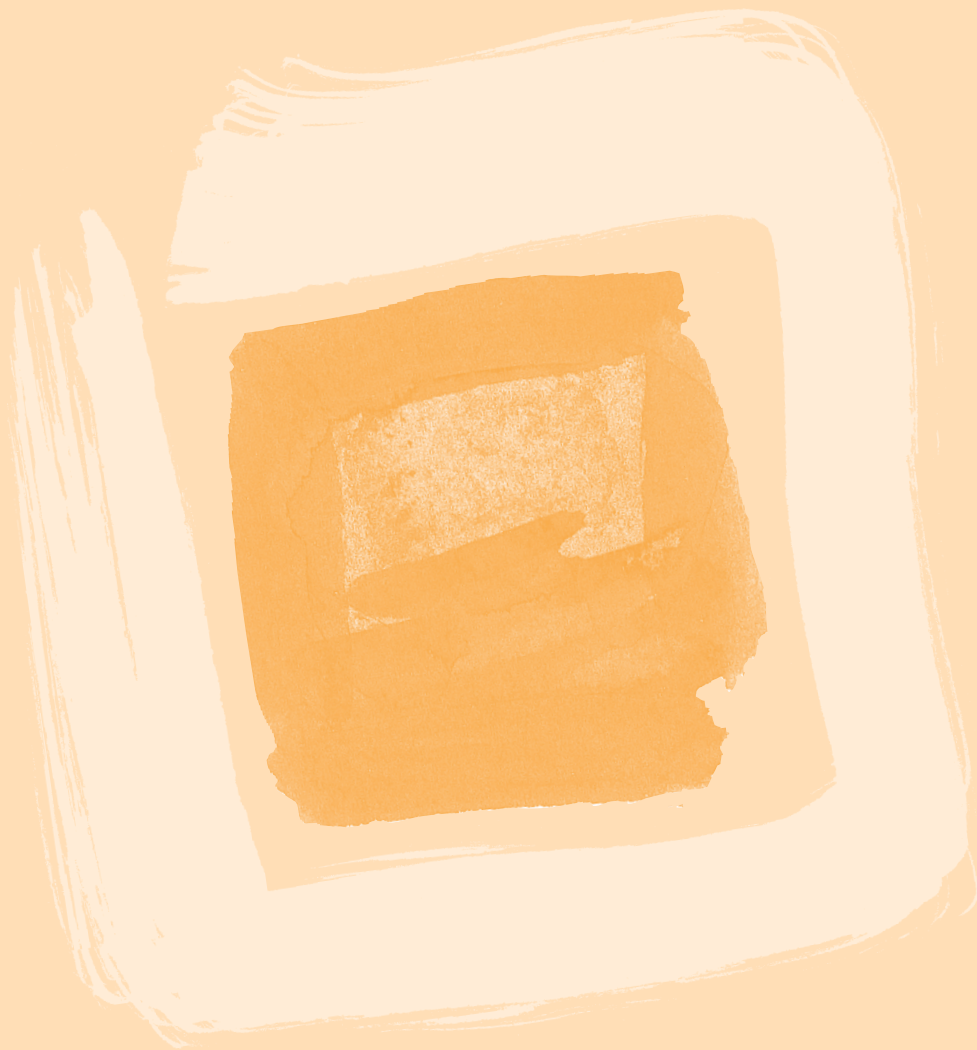


Literatur

- Bischoff-Wanner, C. (2004): Biographiearbeit. Studienbrief WK 02, Diplom-Fernstudiengang Pflege/Pflegemanagement. Jena: Fachhochschule
- Clarke, A. (2000): Using biography to enhance the nursing care of older people. *British Journal of Nursing* 9, Nr. 7, 429–433
- Erlemeier, N. (2002): Alternspsychologie. Grundlagen für Sozial- und Pflegeberufe. Münster: Waxmann Verlag
- Falk, J. (2005): Biografiearbeit in Ausbildung und Praxis. Ein Seminarkonzept für Lehrende. *Pflegemagazin* 6, Nr. 4, 52–58
- Friebe, J. (2004): Der biografische Ansatz in der Pflege. *Pflege & Gesellschaft* 9, Nr. 1, 3–5
- Hirt, R. (2003): Biographiearbeit zwischen Erinnerung und Therapie. http://www.sw.fh-jena.de/peple/rainre.hirt/aufsaeetze/Biographiearbeit_zwischen_Erinnerung_und%20_Therapie.pdf, 09.02.2006
- Kerkhoff, B. (2002): Biografiearbeit – Schlüssel für eine individuelle Begleitung in der Pflege. *Die Schwester/Der Pfleger* 41, Nr. 10, 830–833
- Kitwood, T. (2003): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Huber
- Kricheldorf, C. (2005): Biografisches Arbeiten und Lernen. Lebensgeschichtliche Prägungen als Ressourcen. *Pflegemagazin* 6, Nr. 4, 4–12
- Müller, D./Schesny-Hartkorn, H. (1998): Biographiegestützte Arbeit mit verwirrten alten Menschen – ein Fortbildungsprogramm. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe
- Reisach, B./Zegelin-Abt, A. (1998): Die Ressourcen des Patienten erkennen – was ist das? *Die Schwester/Der Pfleger* 37, Nr. 8, 672–675
- Weingandt, B. (2001): Biografische Methoden in der Geragogik – qualitative und inhaltsanalytische Zugänge. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe
- Wingenfeld, K./Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Zank, S./Schacke, C. (2004): Psychosoziale Interventionen in Gerontologie und Pflege. *Pflegemagazin* 5, Nr. 1, 4–11

Kapitel 3

Pflegeprozesssteuerung und Versorgungs- koordination



3. Pflegeprozesssteuerung und Versorgungskoordination

Einführung	1
3.1 Aufgabenprofil der zuständigen Pflegefachkraft	3
3.2 Qualifikation und Benennung der zuständigen Pflegefachkraft	5
3.3 Vertretung	7
3.4 Bewohnerkreis	7
3.5 Entlastung von anderen Aufgaben	8
Literatur	10

Einführung

In Pflegeeinrichtungen existiert häufig eine Diskrepanz zwischen dem Anspruch einer planvollen und bedürfnisgerechten Versorgung und der Versorgungswirklichkeit. Dem Anspruch nach ist die Pflege in den meisten Einrichtungen nach den Grundsätzen der Bezugspflege organisiert: Eine Pflegefachkraft übernimmt die gesamte Verantwortung für mehrere Bewohner und führt einen möglichst großen Teil aller unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen selbst durch (Seibold/Köther 2005; Menche/Bazlen 2004). Tatsächlich gelingt es jedoch in vielen Fällen nicht, eine zielgerichtete, planvolle Versorgung und eine zufriedenstellende Koordination aller an der Unterstützung der Bewohner beteiligten Personen sicherzustellen. Verantwortlich hierfür ist nicht allein der allgegenwärtige Zeitdruck im Versorgungsalltag. Häufig findet sich auch eine ungünstige Verteilung von Aufgaben und Zuständigkeiten. Insbesondere die Frage, welcher Mitarbeiter mit welcher Qualifikation welche Aufgaben übernehmen soll, ist oftmals nicht hinreichend geklärt (Müller 2001). Hinzu kommt, dass die fachlichen Anforderungen an die Entwicklung einer Pflegeplanung häufig unterschätzt werden.

Nachhaltige Qualitätsentwicklung ist jedoch nicht möglich, wenn das fachliche Können von Mitarbeitern nicht richtig eingesetzt wird und die Steuerung und Koordination der Versorgung Defizite aufweist. Die nachfolgenden Empfehlungen beschäftigen sich mit diesen Fragen und geben Hinweise zur Ausgestaltung der Rolle der „zuständigen Pflegefachkraft“ (ZPFK). Mit diesem Begriff ist eine Pflegefachkraft angesprochen, die für einen definierten Bewohnerkreis die Verantwortung für die Steuerung des Pflegeprozesses und die Koordination sämtlicher Unterstützungsleistungen übernimmt.

Es gibt in der Fachdiskussion verschiedene Bezeichnungen für Mitarbeiter, denen eine solche Verantwortung zukommt, z. B. Primary Nurse oder Bezugspflegekraft. Oftmals fehlen jedoch eindeutige Begriffsklärungen, so dass leicht Missverständnisse entstehen. Zudem sind in der Praxis häufig Mischformen verschiedener Pflegesysteme anzutreffen. Worauf es in erster Linie ankommt, sind konkrete Festlegungen von Aufgaben und Funktionen der betreffenden Mitarbeiter sowie dazu passende Kooperationsstrukturen. Aus diesem Grund haben wir uns für den eher neutralen Ausdruck „zuständige Pflegefachkraft“ entschieden.

Um ein mögliches Missverständnis gleich an dieser Stelle auszuschließen: Mit den nachfolgenden Empfehlungen soll *kein neues Pflegesystem bzw. Pflegeorganisations-system* kreiert werden. Vielmehr bestehen sehr große Überschneidungen mit Organisationssystemen, die in der aktuellen Fachliteratur vorgestellt werden, insbesondere mit bestimmten Formen der Bezugspflege.



Die Klärung von Zuständigkeiten hat zentrale Bedeutung

Im Rahmen des Referenzkonzeptes stellen sich in Bezug auf die Klärung von Zuständigkeiten, die Koordination und die Pflegeplanung relativ hohe Anforderungen. Die Umsetzung fast aller Konzepte, die in diesem Praxisleitfaden vorgestellt werden, setzt klare Definitionen und personelle Zuordnungen von Zuständigkeiten voraus.

Dabei ist es nicht damit getan, neue Stellenbeschreibungen einzuführen. Definiert man Zuständigkeiten der prozesssteuernden Pflegefachkraft, ist stets auch die Frage der generellen Arbeitsteilung angesprochen – z. B. die Rolle der Wohnbereichsleitung oder der Mitarbeiter des Sozialen Dienstes, aber auch der Pflegehilfskräfte. In Abhängigkeit von der bisherigen Form der Arbeitsorganisation können sich also Veränderungen im Aufgabenprofil *mehrerer* Mitarbeitergruppen ergeben.

Die folgenden Ausführungen sollen den Einrichtungen eine Orientierungshilfe zur Verfügung stellen, mit der sie die bestehende Aufgabenteilung zwischen den Mitarbeitern und die Zuordnung von Verantwortlichkeiten prüfen und bei Bedarf modifizieren können.

3.1 Aufgabenprofil der zuständigen Pflegefachkraft

Sowohl die zielgerichtete Steuerung als auch eine ausreichende Koordination der Unterstützung des einzelnen Bewohners ist am ehesten zu gewährleisten, wenn die *Steuerungs- und Koordinationsverantwortung in einer Hand* liegt. Der Grundgedanke zur Ausgestaltung der Rolle der zuständigen Pflegefachkraft lautet daher:

Die Verantwortung für die Gestaltung der individuellen Versorgung (Pflegeprozess), die Durchführung von Abstimmungsprozessen, die Informationsweitergabe und andere Kommunikationsaufgaben wird von *einer* Person übernommen. Sie ist *dauerhaft* zuständig für einen bestimmten Bewohnerkreis. Sie trifft mit den Bewohnern und ggf. mit Angehörigen, Ärzten, dem Sozialen Dienst und anderen Berufsgruppen Absprachen über die Ausgestaltung der Versorgung und überwacht deren Qualität. Es muss sich dabei um eine Pflegefachkraft handeln, die über die hierzu notwendigen Qualifikationen verfügt. Ihr müssen aber auch die Entscheidungskompetenzen und zeitlichen Spielräume gewährt werden, um diese Verantwortung wahrnehmen zu können.

In den Aufgabenbereich der zuständigen Pflegefachkraft fallen somit die *planvolle Gestaltung des individuellen Pflegeprozesses* für eine bestimmte Anzahl von Bewohnern und die *Koordination* aller Personen und Stellen bzw. Institutionen, die in die Versorgung und Unterstützung dieser Bewohner einbezogen sind.

Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben sollte die zuständige Pflegefachkraft eng mit anderen Mitarbeitern der Einrichtung zusammenarbeiten, insbesondere mit dem Sozialen Dienst, mit dem regelmäßige Absprachen zur Arbeitsteilung getroffen werden sollten. Dies setzt voraus, dass es zwischen den Mitarbeitern des Sozialen Dienstes und der Pflege generelle Vereinbarungen zur Zusammenarbeit gibt, die durch die Leitungsebene initiiert werden sollten.

Generell ist zu unterscheiden zwischen Arbeiten,

- die die zuständige Pflegefachkraft selbst durchführt, und
- die ggf. von anderen Mitarbeitern erledigt werden können, bei denen die zuständige Pflegefachkraft jedoch die Verantwortung für die Durchführung trägt (in diesem Fall wird im Folgenden von „Sicherstellung“ gesprochen).



Zu den Aufgaben, die der zuständigen Pflegefachkraft vorbehalten bleiben sollten, gehören insbesondere:

Aufgaben, welche die zuständige Pflegefachkraft durchführt:

1. Regelmäßige Durchführung des pflegerischen Assessments (Informationssammlung und Einschätzung von Pflegeproblemen und Ressourcen) unter Einbeziehung biografischer Informationen
2. Formulierung von Pflegezielen
3. Erstellung einer auf den Pflegezielen aufbauenden Maßnahmenplanung, einschl. Entwicklung einer geeigneten Tagesstrukturierung und Herstellung des Zugangs zu ressourcenfördernden Einzel-/Gruppenaktivitäten und zu Beschäftigungsangeboten (entsprechend der individuellen Möglichkeiten und Interessen des Bewohners)
4. Anleitung und Beratung anderer Mitarbeiter im Hinblick auf die Durchführung der Pflege nach den Vorgaben der jeweiligen Pflegeplanung (einschl. Wahrnehmung von Fachaufsichtsfunktionen)
5. Information, Anleitung und Beratung von Angehörigen und freiwilligen Helfern, die in die Betreuung des Bewohners einbezogen sind
6. Regelmäßige Überprüfung der Maßnahmenplanung und ihrer Umsetzung, Aktualisierung der Pflegeplanung
7. Regelmäßige Prüfung der Qualität und Vollständigkeit der Pflegedokumentation, im Bedarfsfall Anleitung/Beratung der Mitarbeiter
8. Prozesssteuerung und Koordination im Zusammenhang mit dem Heimeinzugverfahren, der individuellen Angehörigenarbeit, der Zusammenarbeit mit Ärzten, der Sterbebegleitung und des Überleitungsverfahrens bei Krankenhausaufenthalten¹

Aufgaben, welche nicht in jedem Fall von der zuständigen Pflegefachkraft durchgeführt werden, bei denen sie aber die Verantwortung für die Durchführung trägt:

9. Sicherstellung der Medikamentenverteilung/-verabreichung
10. Sicherstellung einer bedarfs-, bedürfnisgerechten und sicheren Lebensumgebung für den Bewohner
11. Sicherstellung der Verfügbarkeit geeigneter Hilfsmittel, der vom Bewohner bevorzugten Körperpflegemittel und anderer Utensilien
12. Sicherstellung, dass der Bewohner entsprechend seines kognitiven und emotionalen Zustands über das Geschehen in der Einrichtung und alle Sachverhalte, die Einfluss auf das Leben des Bewohners nehmen, ausreichend informiert wird (z. B. neue Bewohner/Mitarbeiter, veränderte Abläufe in der Einrichtung/im Wohnbereich etc.).

Diese Aufgaben beziehen sich auf diejenigen Bewohner, für deren Versorgung die zuständige Pflegefachkraft die Verantwortung übernommen hat.

¹ Welche Steuerungs- und Koordinationsaufgaben im Einzelnen gemeint sind, ist in den betreffenden Rahmenkonzepten nachzulesen (vgl. Kapitel 6)

3.2 Qualifikation und Benennung der zuständigen Pflegefachkraft

Qualifikationsanforderungen

Die Übernahme der Funktion einer zuständigen Pflegefachkraft setzt eine gute Qualifikation voraus. Doch nicht jede Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenzen und Erfahrungen, die für diese Funktion erforderlich sind. Denn hier geht es nicht allein um *Fachwissen* und *pflegerische Fertigkeiten*. Die zuständige Pflegefachkraft benötigt darüber hinaus *Steuerungs-, Koordinations-, Anleitungs-, Beratungs- und Problemlösungskompetenz* und nicht zuletzt *sprachliche Kompetenz* (angemessene mündliche und schriftliche Ausdrucksfähigkeit).

Natürlich stehen auch gut qualifizierte Pflegefachkräfte gelegentlich vor Anforderungen, bei denen sie auf eine kollegiale Beratung oder zusätzliche Informationen angewiesen sind. Die zuständige Pflegefachkraft sollte in der Lage sein, diese Situationen zu erkennen und aktiv nach geeigneten Problemlösungen zu suchen, z. B. durch eine gezielte Informationsrecherche (Fachliteratur) oder den inhaltlichen Austausch mit Kollegen.

Personalauswahl und Qualifizierung

Es ist entscheidend, eine sorgfältige Personalauswahl zu treffen, und nicht auszuschließen, dass Einrichtungen über zu wenig qualifizierte Mitarbeiter verfügen, die den genannten Anforderungen gerecht werden und somit auch nicht ohne Weiteres als zuständige Pflegefachkraft einsetzbar sind. Daher sind ggf. Qualifizierungsmaßnahmen erforderlich, wie z. B.

- gezielte Schulungsmaßnahmen
- Anleitung/Unterweisung durch erfahrene Pflegefachkräfte
- Schrittweise Übernahme von Aufgaben unter Anleitung (z. B. Übernahme der Verantwortung zunächst nur für 1–3 Bewohner)

Bei *Neueinstellungen* sollte verstärkt das angesprochene Qualifikationsprofil beachtet werden. Bei konsequenter Einführung einer qualifikationsorientierten Arbeitsteilung, die auf der Funktionsbeschreibung der „zuständigen Pflegefachkraft“ aufbaut, sind auch herkömmliche *Qualifizierungsstrategien* zu überprüfen und ggf. anzupassen. Das bedeutet vor allem, dass

- Schulungen jeweils auf den Aufgabenbereich einer Mitarbeitergruppe zugeschnitten werden und nicht alle Mitarbeiter an identischen Schulungen teilnehmen;
- zuständige Pflegefachkräfte durch Schulungen befähigt werden, als „Multiplikatoren“ zu arbeiten, um Wissen in geeigneter Art und Weise an andere Mitarbeiter weiterzugeben.

Für die Übernahme der Funktion einer zuständigen Pflegefachkraft spielen neben der Qualifikation auch der Beschäftigungsumfang sowie die Verteilung von Arbeitszeiten eine Rolle. Teilzeitbeschäftigte können nur unter bestimmten Bedingungen als zuständige Pflegefachkraft eingesetzt werden. Die Größe des Bewohnerkreises sollte in diesem Fall vom Beschäftigungsumfang abhängig gemacht werden. Die betreffenden Mitarbeiter müssen außerdem regelmäßig und während des Tages in der Einrichtung zugegen sein, um als Ansprechpartner für Bewohner, Angehörige und andere zur Verfügung zu stehen. Mitarbeiter beispielsweise, die regelmäßig nur an zwei Tagen pro Woche anwesend sind, können die beschriebene Steuerungs- und Koordinationsverantwortung nicht übernehmen. Gleiches gilt für Pflegefachkräfte, die ausschließlich oder überwiegend im Nachtdienst tätig sind.



Benennung der zuständigen Pflegefachkraft

Die für einen Bewohner zuständige Pflegefachkraft sollte nach Möglichkeit schon vor dem Heimeinzug des Bewohners bestimmt werden. Damit kann sie – ggf. in Absprache mit dem Sozialen Dienst – bereits die Steuerungsverantwortung für die Gestaltung des Heimeinzugs übernehmen. Sie muss dem jeweiligen Bewohner, seinen Angehörigen, den behandelnden Ärzten und allen Mitarbeitern des Wohnbereichs namentlich und in ihrer Funktion bekannt sein. Die personelle Zuordnung sollte außerdem schriftlich fixiert werden und jederzeit einsehbar sein.

3.3 Vertretung

Zur Sicherstellung von Kontinuität ist es unerlässlich, eine Vertretungsregelung für den Fall einer *längeren Abwesenheit der zuständigen Pflegefachkraft* (z. B. Urlaub, Krankheit) festzulegen. Es ist auf jeden Fall empfehlenswert, die Regelung schriftlich zu dokumentieren.

Es gibt mehrere Möglichkeiten der Vertretungsregelung:

- Jede zuständige Pflegefachkraft hat eine *ständige Vertretung* (Pflegefachkraft), die allen Beteiligten namentlich und in ihrer Funktion bekannt ist.
- Die Wohnbereichsleitung benennt *im Bedarfsfall* eine oder mehrere Pflegefachkräfte als Vertretung. Der Bewohnerkreis der abwesenden zuständigen Pflegefachkraft wird also von einer anderen übernommen oder auf mehrere Pflegefachkräfte aufgeteilt.
- Die Wohnbereichsleitung oder die stellvertretende Wohnbereichsleitung übernimmt die Vertretung für alle zuständigen Pflegefachkräfte (für den gesamten Zeitraum der Abwesenheit der zuständigen Pflegefachkraft oder nur bis zur Klärung der Vertretungsfrage).

Die Vertretung sollte nur Entscheidungen bzw. Aufgaben übernehmen, die nicht warten können, bis die zuständige Pflegefachkraft sich wieder im Dienst befindet.

3.4 Bewohnerkreis

Die Anzahl der Bewohner, für die die zuständige Pflegefachkraft Verantwortung übernimmt, muss anhand der jeweiligen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen bestimmt werden. Hierbei ist nicht nur die Frage nach ausreichend qualifizierten Mitarbeitern von Bedeutung, sondern auch der Versorgungsbedarf der betreffenden Bewohner. Außerdem sollte die Zahl der Bewohner so definiert werden, dass die zuständige Pflegefachkraft einen Teil der unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen selbst übernehmen oder zumindest begleiten kann.

Aus den Erfahrungen im Verlauf des Projekts „Referenzmodelle“ folgern wir, dass eine vollzeitbeschäftigte Pflegefachkraft die Steuerungs- und Koordinationsverantwortung für eine Gruppe von etwa 10 Bewohnern übernehmen kann, wenn

- rund die Hälfte dieser Bewohner einen vergleichsweise geringen Versorgungsbedarf aufweist und dadurch der Steuerungs- und Koordinationsaufwand in einem moderaten Rahmen bleibt,
- die betreffende Pflegefachkraft durch eine optimale qualifikationsorientierte Arbeitsteilung weitgehend und nachhaltig von anderen Aufgaben entlastet wird (s. u.) und
- sie über Erfahrung mit den ihr übertragenen Aufgaben verfügt.

Ist eine zuständige Pflegefachkraft ausschließlich für Bewohner mit komplexen Problemlagen verantwortlich, kann diese Richtgröße sicherlich nicht zugrunde gelegt werden. Es ist deshalb zu betonen, dass die angegebene Gruppengröße nur ein *grober Anhaltswert* sein kann und in jeder Einrichtung nach individuellen Lösungen gesucht werden muss.



3.5 Entlastung von anderen Aufgaben

Die konsequente Übernahme von Steuerungs- und Koordinationsverantwortung durch ausgewählte zuständige Pflegefachkräfte wird im Regelfall nur dann umsetzbar sein, wenn diese Mitarbeiter von anderen Aufgaben entlastet werden. Für sie kommt es beispielsweise zu einem hohen Zeitaufwand im Bereich der Sichtung und Weitergabe von Informationen, des Einschätzens und Planens, der Dokumentation, der Kommunikation mit dem Bewohner, anderen Mitarbeitern, Kooperationspartnern und Angehörigen sowie bei der Qualitätskontrolle im Rahmen des individuellen Pflegeprozesses.

Voraussetzung ist mit anderen Worten eine *andere Verteilung von Arbeiten* innerhalb des pflegerischen Teams. Insbesondere bewohnerferne Arbeiten, für die keine Fachqualifikation erforderlich ist, sollten so weit wie möglich von anderen Mitarbeitern übernommen werden (vgl. Hinweise in den „Leistungsbeschreibungen“). Die Durchführung von unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen durch die zuständige Pflegefachkraft sollte nur in begrenztem zeitlichen Umfang erfolgen (nicht mehr, aber auch nicht weniger als erforderlich ist, um sich ein verlässliches Bild vom Bewohner im Rahmen der alltäglichen Versorgung machen zu können).

Der Übergang zu einer Arbeitsteilung nach den oben beschriebenen Grundsätzen verspricht viele Vorteile, kann jedoch auch Skepsis hervorrufen. Die Entlastung der zuständigen Pflegefachkraft von unmittelbar bewohnerbezogenen Arbeiten scheint dem Grundsatz zu widersprechen, für den Bewohner größtmögliche *personelle Kontinuität* in der Pflege zu gewährleisten. Tatsächlich ist diese Kontinuität heute nur in engen Grenzen gegeben. Das dokumentieren u. a. die Ergebnisse der Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur“ (Wingenfeld/Schnabel 2002). Allein wechselnde Dienste und Teilzeitbeschäftigung führen aus der Sicht des Bewohners zu einer verhältnismäßig starken Personenfluktuation. Kontinuität bemisst sich außerdem nicht allein am zeitlichen Umfang der geleisteten Unterstützung, sondern hat aus der Perspektive des Bewohners sehr viel mit der Qualität der Beziehung zu tun. Diese wiederum hängt stark davon ab, inwieweit die Mitarbeiter auf das Befinden, die Problemlagen und die Bedürfnisse des Bewohners eingehen. Gerade in dieser Hinsicht kommt der zuständigen Pflegefachkraft eine wichtige Rolle zu. Entscheidend ist aber: Personelle Kontinuität in der direkten Bewohnerversorgung kann auch durch andere Mitarbeiter gewährleistet werden. Voraussetzung hierfür ist eine durchdachte Dienstplanung, die sicherstellt, dass die Versorgung eines Bewohners bevorzugt immer durch bestimmte Mitarbeiter erfolgt.

Qualifikationsorientierte Arbeitsteilung heißt, sich ein Stück weit von der Vorstellung „*gleichberechtigter*“ Mitarbeiter und einer „*gleichmäßigen*“ Verteilung von Arbeiten zu verabschieden. Die zuständige Pflegefachkraft trägt Gestaltungsverantwortung; sie berät sich zwar mit anderen Mitarbeitern, trifft jedoch selbstverantwortlich Entscheidungen. Ein großer Teil der Gestaltungs- und Entscheidungsverantwortung wird also von einigen wenigen Mitarbeitern mit herausgehobener Qualifikation getragen. Andere werden zwar einbezogen, ihre Arbeit trägt jedoch vorwiegend den Charakter der Umsetzung von Vorgaben ihrer Kollegen.

Faktisch existiert bereits heute – allein aufgrund rechtlicher Vorgaben und der Anforderungen, die im Rahmen von Qualitätsprüfungen zu berücksichtigen sind – ein *Verantwortungsgefälle* in der vollstationären Pflege (vgl. u. a. MDS 2005). Außerdem sollte die Durchführung der Pflege *immer* auf den Vorgaben der Pflegeplanung beruhen, sie ist in vielen Fällen also *immer* Ausführung der Entscheidungen anderer Mitarbeiter. Und schließlich stellt sich die Frage, ob die Aufgaben, die der zuständigen Pflegefachkraft zufallen, von anderen Mitarbeitern tatsächlich als interessant und angenehm gewertet werden. Arbeiten im Zusammenhang mit der Pflegeplanung, die vielen Abstimmungen im Arbeitsalltag etc. werden von Mitarbeitern häufig eher als unattraktive Aufgaben bezeichnet.

Diese und andere mit einer qualifikationsorientierten Arbeitsteilung verbundenen Probleme sind prinzipiell lösbar. Allerdings dürfte deutlich geworden sein, dass Einrichtungen zum Teil erst im Verlauf einer gezielten Personal- und Organisationsentwicklung die Voraussetzungen herstellen können, unter denen sie – mit Hilfe gut qualifizierter zuständiger Pflegefachkräfte – nachhaltige Verbesserungen der Pflegeprozesssteuerung und Versorgungskoordination erreichen können.



Literatur

- Arets, J./Obex, F./Vaessen, J./Wagner, F. (1996): Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Band 1. Bocholt: Eicanos
- Büssing, A. (1997): Neue Entwicklungen in der Krankenpflege. Reorganisation von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. In: Büssing, A. (Hg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 15–48
- Elkeles, T. (1994): Arbeitsorganisation in der Krankenpflege: Zur Kritik der Funktionspflege. Frankfurt a. M.: Mabuse
- Elkeles, T. (1997): Kritik an der Funktionspflege. In: Büssing, A. (Hg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 49–63
- Ersser, S./Tutton, E. (2000): Primary Nursing – Worum geht es? In: Ersser, S./Tutton, E.: Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems. Bern: Huber, 3–35
- Glaser, J./Büssing, A. (1996): Ganzheitliche Pflege – Präzisierung und Umsetzungschancen. Pflege 9, Nr. 3, 221–232
- Manthey, M. (2005): Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern: Huber
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2005): Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Richtlinien/Erhebungsbogen/MDK-Anleitungen. Essen: MDS
- Menche, N./Bazlen, U. (2004): Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. München: Urban und Fischer
- Mischo-Kelling, M. (2005): Vorwort zur deutschen Ausgabe. In: Manthey, M.: Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern: Huber, 7–16
- Müller, H. (2001): Arbeitsorganisation in der Altenpflege. Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und -sicherung. Hannover: Schlütersche
- Richter, D. (1998): Ganzheitliche Pflege – Trauen die Pflegenden sich zuviel zu? Pflege 11, Nr. 5, 255–262
- Schlettig, H.-J. (1997): Qualitätsmanagement aus der Perspektive der Bezugspflege. In: Büssing, A. (Hg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 223–241
- Seibold, H./Köther, I. (2005): Rahmenbedingungen und Arbeitsorganisation im Altenpflegeheim. In: Köther, I. (Hg.): Thiemes Altenpflege. Stuttgart: Thieme, 756–776
- Wingenfeld, K./Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf

Kapitel 4

Pflegerisches Assessment und Biografieerfassung



4. Pflegerisches Assessment und Biografieerfassung

4.1 Einführung	1
4.2 Kriterienkatalog: Pflegerisches Assessment	5
1. Organisatorische Rahmenbedingungen	5
2. Pflegerisches Assessment: Inhalte	6
3. Pflegerisches Assessment: Zeitpunkt der Erstellung/Aktualisierung	8
4.3 Kriterienkatalog: Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor Heimeinzug	10
1. Grundsätze	10
2. Erfassung und Dokumentation der Versorgung vor dem Heimeinzug	13
3. Erfassung und Dokumentation personenbezogener Aspekte	14
4. Erfassung und Dokumentation weiterer personenbezogener Aspekte	15
5. Erfassung und Dokumentation lebensgeschichtlicher Informationen	16
Literatur	17

4.1 Einführung

Der Pflegeprozess stellt eine Abfolge von Handlungsschritten dar, mit denen eine ziel- und bedarfsgerechte Versorgung der Bewohner umgesetzt werden soll. Das pflegerische Assessment, d. h. die *Informationssammlung und Einschätzung von Pflegeproblemen und -ressourcen*, ist Ausgangspunkt dieser Handlungsschritte und Grundlage für

- die Formulierung von Pflegezielen,
- die Maßnahmenplanung sowie
- die Evaluation, d. h. die Beurteilung der Pflegemaßnahmen im Hinblick auf die Erreichung der Pflegeziele.

Die Erfassung biografischer Informationen ist ein wichtiger Teilaspekt des pflegerischen Assessments. Aufgrund ihrer Bedeutung beinhaltet das Referenzkonzept hierzu jedoch einen gesonderten Kriterienkatalog.

Mit den beiden folgenden Kriterienkatalogen werden Anforderungen zusammenfassend dargestellt, die aus pflegefachlicher Sicht seit langem als notwendig erachtet werden (Arets et al. 1996). Nach wie vor besteht jedoch in vielen Einrichtungen Optimierungsbedarf. Mit der Verwendung der Kriterienkataloge im Rahmen eines Soll-Ist-Vergleichs kann ein solcher Bedarf festgestellt und in praktische Schritte der Qualitätsentwicklung umgesetzt werden.

Pflegerisches Assessment: Informationssammlung und Einschätzung

Ein pflegerisches Assessment („assessment“ heißt übersetzt: „Einschätzung“, „Beurteilung“) umfasst zwei Arbeitsschritte:

Erster Arbeitsschritt: *Systematisches Zusammentragen umfassender Informationen über den Bewohner.*

Hierzu zählen unter anderem der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Daneben werden Probleme, Fähigkeiten, Funktionsstörungen und Bedürfnisse erfasst sowie die körperlichen, psychischen, sozialen und kulturellen Faktoren, die darauf Einfluss nehmen. Ebenso wichtig sind biografische Informationen.

Zweiter Arbeitsschritt: *Feststellung und Einschätzung von Pflegeproblemen, individuellen Bedürfnissen und Ressourcen des Bewohners auf der Basis der zuvor zusammengetragenen Informationen.*

Hiermit ist ein Prozess des Identifizierens, Beschreibens und Interpretierens angesprochen. Dabei ist die Einschätzung von großer Bedeutung, welche Aspekte aus fachlicher Perspektive und/oder aus Sicht des Bewohners *wesentlich* sind und damit eine differenzierte Zielformulierung und Maßnahmenplanung erforderlich machen.

Pflegeprobleme werden in der Regel beschreibend in Textform dokumentiert. Neben der Problembeschreibung sollten auch – soweit dies möglich ist – Problemursachen sowie die Symptome bzw. Anzeichen, anhand derer das Problem erkennbar ist, aufgeführt werden (Heering 2004).

Auch der Einschätzung der *Ressourcen* des Bewohners kommt im pflegerischen Assessment eine wichtige Funktion zu.



„**Ressourcen**“ meint an dieser Stelle personale Eigenschaften, die den Bewohner dazu befähigen, selbständig zu handeln, den eigenen Bedürfnissen nachzugehen und Anforderungen oder Probleme des Alltags zu bewältigen (vgl. Kapitel 2.3).

Mitarbeitern fällt es manchmal schwer, den Begriff „Pflegerisches Assessment“ von anderen geläufigen Ausdrücken abzugrenzen. Für die Informationssammlung und Bewertung als Grundlage der Erstellung der Pflegeplanung wird in den Einrichtungen oftmals der Begriff „Anamnese“ oder „Pflegeanamnese“ verwendet. Streng genommen stellt die Anamnese jedoch lediglich einen Teilbereich des pflegerischen Assessments dar: Mit der Anamnese wird, wie in der Medizin, lediglich die Informationssammlung bezeichnet. Den sehr wichtigen Prozess der Einschätzung (in der Medizin: das Stellen der Diagnose) umfasst der Anamnesebegriff für gewöhnlich aber nicht (Brobst et al. 1996; Arets et al. 1996).

Bedeutung und Inhalte des pflegerischen Assessments

Das Assessment ist besonders wichtig, da es die Grundlage für alle folgenden Schritte im Pflegeprozess darstellt. Ist es unvollständig oder fehlerhaft, so kann es leicht zu Unter-, Über- oder Fehlversorgung kommen. Der vorliegende Kriterienkatalog soll daher einen Beitrag dazu leisten, die für eine adäquate Bewohnerversorgung relevanten Informationen vollständig zu erfassen. Das bedeutet unter anderem, sich nicht auf körperliche Pflegeprobleme bzw. Ressourcen zu beschränken, sondern auch folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Persönlichkeit und Biografie,
- psychischer/kognitiver Status,
- Werthaltungen und Einstellungen,
- soziales Umfeld und wichtige Bezugspersonen,
- Verhaltensweisen,
- Bedürfnisse, Vorlieben und Gewohnheiten,
- Wissensstand des Bewohners über seine gesundheitlichen Problemlagen.

Zwei Varianten des pflegerischen Assessments

Beim pflegerischen Assessment können zwei Varianten unterschieden werden:

- initiales pflegerisches Assessment und
- Assessments zur Aktualisierung.

Das initiale pflegerische Assessment wird im Rahmen des Einzugs in eine Pflegeeinrichtung, also in der ersten Phase der Versorgung in der Einrichtung, durchgeführt.

Die Ergebnisse des initialen Assessments beschreiben die Situation zu Beginn des Heimaufenthaltes und dienen als Grundlage für das Erstellen der ersten Pflegeplanung.

Nachfolgende pflegerische Assessments zur Aktualisierung von Informationen und Einschätzungen werden im weiteren Verlauf des Aufenthalts des Bewohners in der Einrichtung durchgeführt (Sauter et al. 2004; Heering 2004; Brobst et al. 1996).

Pflegerisches Assessment und Biografieerfassung sind kein einmaliger Akt, sondern müssen im Laufe des Aufenthaltes des Bewohners in der Einrichtung immer wieder überprüft und aktualisiert werden, um den Unterstützungsbedarf ggf. neu bestimmen zu können.

Biografische Informationen als Teilaspekt des pflegerischen Assessments

Bei der Erfassung der Biografie von Bewohnern werden in der Regel Jahreszahlen bzw. Zeitabschnitte dokumentiert, denen bestimmte Ereignisse und Abläufe (z. B. Einschulung, Heirat oder Berufsausbildung/-tätigkeit) zugeordnet werden können. Anhand der zeitlichen Struktur eines Lebenslaufs kann auch nachvollzogen werden, welche gesellschaftlich-politischen Ereignisse die jeweilige Zeit prägten bzw. welche allgemeinen Lebensbedingungen vorherrschten. Diese Einordnung setzt geschichtliche Grundkenntnisse der Mitarbeiter voraus.

Der *Lebenslauf* eines Menschen sagt allerdings nichts über das Erleben des Betroffenen („seine Wahrheit“) aus. Die Aussage einer alten Frau „Wir haben 1944 geheiratet“ ist ohne weitere Informationen wenig aussagekräftig. Die *Biografie* eines Menschen enthält dagegen die persönliche Lebensbeschreibung. „Wenn jemand den Lebenslauf aus seiner persönlichen Sicht schildert, bilden die objektiven Daten den äußeren Rahmen. Die persönlich bedeutsamen Stationen bilden die Biografie“ (Kerhoff 2002: 831).

Lebenslauf – Persönliche Beschreibung (Biografie)

1944 Heirat Die Hochzeit fand während des Fronturlaubs des Mannes statt und Frau A. betont immer wieder, dass es trotz zahlreicher Einschränkungen (sie hat z. B. kein Hochzeitskleid beschaffen können, sondern in ihrem besten Kostüm geheiratet; auch das Festessen fiel bescheiden aus) eine wunderschöne Feier war und viele Freunde und Verwandte teilgenommen haben. Das Eingebundensein in einen großen Freundes- und Familienkreis war ihr auch in späteren Jahren immer sehr wichtig, etc.

Eine Biografie kann vor dem Tod niemals als abgeschlossen bezeichnet werden, da gegenwärtige Ereignisse Einfluss auf das aktuelle Erleben des Bewohners nehmen und vergangene Ereignisse im Rückblick eine andere Deutung erfahren können als zuvor: Vielleicht hat Frau A. im Jahre 1944 nach ihrer Hochzeitsfeier durchaus die Einschränkungen in ihren Erzählungen hervorgehoben und diese beklagt. Und erst nach einigen Jahren hat sich im Nachhinein ihre Bewertung der Feier verändert und sie hat andere Dinge als wichtiger erachtet. Subjektiv geprägte Erzählungen sind daher sehr hilfreich, um einen Einblick in das Leben und Erleben eines anderen Menschen zu erhalten. Dabei spielt es keine Rolle, ob Ereignisse in allen Details (z. B. Abläufe, beteiligte Personen, Daten) korrekt erinnert werden.

Aufgrund biografischer Kenntnisse kann ein besseres Verständnis für Verhaltensweisen, Stimmungslagen und Erwartungen der Bewohner entstehen und im Rahmen der Planung und Durchführung der Versorgung genutzt werden. Die Auseinandersetzung mit der Biografie kann Mitarbeiter zudem dabei unterstützen, einen „lebendigen Zugang“ zum Bewohner zu erhalten und entsprechend die wechselseitige Kommunikation erleichtern (vgl. Gereben/Kopinitsch-Berger 1998). Voraussetzung ist hierzu eine biografieorientierte Grundhaltung der Mitarbeiter, d. h. das grundsätzliche Interesse an den Bewohnern und deren Lebensgeschichten (zu weitergehenden Fragen einer biografieorientierten Arbeitsweise vgl. Kapitel 2.2).

Erfassung biografischer Informationen

Die Erfassung biografischer Daten sollte sich aus den genannten Gründen nicht auf Lebensdaten im Sinne eines Lebenslaufs beschränken, sondern das Erleben des Menschen in den Mittelpunkt stellen. Der folgende Kriterienkatalog „Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug“ berücksichtigt beide Aspekte und gibt zudem Hinweise, welche Informationen zu welchem Zeitpunkt im Rahmen des Heimaufenthalts erfasst werden sollten.



Der Kriterienkatalog bezieht sich allerdings nur auf die Erfassung biografischer Informationen und nicht auf ihre weitere Nutzung im Rahmen der Versorgung. Ausführungen hierzu finden sich in anderen Konzeptbausteinen, schwerpunktmäßig in den „Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege“.

Charakter und Quellen von Informationen

Informationen werden aus unterschiedlichen Quellen zusammengetragen. Hierzu gehören der Bewohner selbst, seine Angehörigen, Pflegekräfte oder Mitarbeiter anderer Berufsgruppen. Ferner finden sich wichtige Informationen oftmals in Dokumenten, wie beispielsweise in Überleitungsbögen oder Arztbriefen.

Bestimmte Sachverhalte lassen sich messen und/oder beobachten und sind somit überprüfbar, sie werden deshalb als „objektive Daten“ bezeichnet. Äußerungen vom Bewohner selbst oder seinen Angehörigen hingegen lassen sich nicht immer überprüfen, so dass diese auch als „subjektive Daten“ bezeichnet werden. Sie geben u. a. wichtige Hinweise auf das individuelle Erleben des Bewohners. Ein pflegerisches Assessment berücksichtigt stets beide Informationsarten.

Voraussetzungen und Rahmenbedingungen

Ein aussagekräftiges pflegerisches Assessment einschließlich der Erfassung biografischer Informationen ist an einige Voraussetzungen und Rahmenbedingungen gebunden. Dazu gehören u. a.:

- Die Bedeutung des Assessments für die Umsetzung des Pflegeprozesses und die Versorgung des Bewohners ist den Mitarbeitern bekannt.
- Bewohner und deren Bezugspersonen werden über die Zielsetzung der Erfassung von Informationen und den Umgang mit diesen Daten informiert.
- Die Mitarbeiter sind in der Lage, Problemlagen, Funktionsstörungen, Bedürfnisse und Ressourcen des Bewohners zu erkennen, im Gespräch zu ermitteln und zu dokumentieren. Hierzu benötigen sie Fertigkeiten des Beobachtens, Befragens, Zuhörens und Dokumentierens. Da Informationen ohne eine Bewertung aussagefähig sind, sollten Pflegefachkräfte außerdem in der Lage sein, Informationen zu interpretieren, um daraus den Pflege- und Betreuungsbedarf ableiten zu können. Diese Fertigkeiten setzen ausreichendes Fachwissen voraus (Heering 2004).

Darüber hinaus sind natürlich geeignete Dokumentationsinstrumente erforderlich. Alle relevanten Informationen, die im Rahmen eines pflegerischen Assessments gewonnen werden, müssen schriftlich dokumentiert werden. Hierzu gibt es unterschiedliche Dokumentationssysteme oder EDV-gestützte Lösungen. Es sollte stets überprüft werden, ob die verfügbaren Instrumente zur Erfassung und Bewertung von Informationen geeignet sind. Ebenso wichtig ist es, Ergebnisse strukturiert und übersichtlich darzustellen. Am Ende des Assessments sollte ein aussagekräftiges Profil der Pflegebedürftigkeit des Bewohners stehen, das die wichtigsten Pflegeprobleme und Ressourcen des Bewohners hinsichtlich seines körperlichen Status, aber auch seiner kognitiven Fähigkeiten, Gewohnheiten und Vorlieben abbildet.

Die Dokumentation sollte auch eine übersichtliche und nachvollziehbare Verlaufsdarstellung beinhalten. Das Dokumentationssystem muss dementsprechend Möglichkeiten der Ergänzung von Informationen und Veränderung von Einschätzungen bieten (Stockwell 2002).

4.2 Kriterienkatalog: Pflegerisches Assessment

1. Organisatorische Rahmenbedingungen

- 1.1 In der Einrichtung existieren verbindliche Regelungen zur Sicherstellung eines aussagekräftigen pflegerischen Assessments. Sie umfassen u. a. Aussagen über personelle Zuständigkeiten und die zur Verfügung stehende Arbeitszeit bezogen auf die Erstellung, Überprüfung und Aktualisierung des pflegerischen Assessments. Das pflegerische Assessment wird von Pflegefachkräften durchgeführt.**
- 1.2 Die für das pflegerische Assessment zuständige Pflegefachkraft nutzt alle zur Verfügung stehenden Informationen und vermeidet so eine doppelte Erfassung von Informationen durch verschiedene Personen. Bei Bedarf bezieht sie weitere Personen ein (z. B. Angehörige, Mitarbeiter der Pflege/des Sozialen Dienstes).**

■ zu 1.1

Sowohl die Durchführung des initialen Assessments als auch nachfolgende Assessments zur Aktualisierung erfordern, neben bestimmten Fähigkeiten der Pflegefachkräfte, ausreichend Zeitressourcen und klare Zuständigkeiten. Es ist nicht möglich, ein Assessment „nebenbei“ durchzuführen. Einrichtungen sollten daher eine angemessene Regelung finden und Zeiten für das Durchführen des pflegerischen Assessments festlegen (z. B. längerfristig im Dienstplan vorplanen). Wie viel Zeit erforderlich ist, hängt dabei von unterschiedlichen Faktoren ab. Zu nennen sind beispielsweise die Qualifikation und die Erfahrung der Pflegefachkraft, die Komplexität der Problemlagen des Bewohners oder Möglichkeiten des Informationszugangs.

Insbesondere bei akuten gesundheitlichen Veränderungen wird es erforderlich sein, das Assessment oder Teile davon ohne zeitliche Vorausplanung durchzuführen bzw. zu wiederholen. In solchen Situationen sind kurzfristige Absprachen zwischen den Mitarbeitern erforderlich, um die Pflegefachkraft, die das Assessment durchführen soll, von anderen Aufgaben zu entlasten.

■ zu 1.2

Informationen werden insbesondere durch Beobachtungen, Messungen (z. B. Vitalwerte), die Befragung von Personen (der Bewohner selbst, der Angehörigen, anderer Pflegekräfte oder externer Kooperationspartner, z. B. aus Krankenhäusern) oder aus Dokumenten gewonnen (z. B. Pflegeüberleitungsbögen oder Arztbriefe). Wichtige Informationen werden ggf., insbesondere beim initialen pflegerischen Assessment, vom Sozialen Dienst erhoben. Verbindliche Absprachen zwischen den Mitarbeitern des Sozialen Dienstes und den Pflegefachkräften sind daher wichtig, um Mehrfacherhebungen von Informationen bzw. Informationsdefizite zu vermeiden. Informationen aus anderen Quellen können unter Umständen Unklarheiten oder Widersprüche enthalten. Es kann daher erforderlich sein, Fremdinformationen durch eigene Beobachtung, Befragungen oder Messungen zu überprüfen. Die *Biografieerfassung* auf der Grundlage des Kriterienkatalogs „Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug“ (s. u.) sollte als Bestandteil des pflegerischen Assessments verstanden werden, unabhängig davon von welchen Mitarbeitern biografierelevante Informationen bereitgestellt werden.



2. Pflegerisches Assessment: Inhalte

Die Einrichtung stellt sicher, dass für jeden Bewohner ein pflegerisches Assessment durchgeführt wird, das mindestens die Erfassung und Einschätzung der folgenden Aspekte umfasst:

- a. **Kognitive Fähigkeiten**
(z. B. zeitliche/räumliche Orientierung, Kurz-/Langzeitgedächtnis, Sprachverständnis)
- b. **Andauernde psychische Belastungen**
(z. B. Angstzustände, Verlustserfahrungen, depressive Stimmungslage)
- c. **Körperlicher Status und funktionelle Fähigkeiten**
(z. B. Mobilität, Schmerzen, Hautzustand, Mundstatus)
- d. **Kontinenz**
(z. B. Harn-/Stuhlinkontinenz, differenzierte Beschreibung der Inkontinenz)
- e. **Selbständigkeit bzw. Unselbständigkeit bei alltäglichen Lebensverrichtungen**
(z. B. Mahlzeiteinnahme, Körperpflege, Kontaktaufnahme)
- f. **Soziale Situation des Bewohners**
(z. B. Angehörige, wichtige Bezugspersonen, soziale Kompetenzen)
- g. **Verhaltensweisen des Bewohners**
(z. B. Reaktionen auf Pflegemaßnahmen oder die Teilnahme an Aktivitäten; Verhaltensweisen, aus denen für den Bewohner selbst oder für seine soziale Umgebung Gefährdungen oder Belastungen erwachsen)
- h. **Individuelle Bedürfnisse und Gewohnheiten, die für die Ausgestaltung des Versorgungs- und Lebensalltags von Belang sind** (z. B. spirituelle/religiöse Bedürfnisse, Wünsche zur Ernährung, gewohnte Tagesstrukturierung, bevorzugte Körperpflegemittel)
- i. **Teilnahme an Aktivitäten: Wünsche und Interessen des Bewohners; Erfassung/Einschätzung der grundlegenden bewohnerbezogenen Voraussetzungen zur Teilnahme an Gruppen-/Einzelaktivitäten** (z. B. Motivation, Kommunikationsverhalten; aber auch Prüfung bereits genannter Aspekte, wie z. B. Mobilität, mögliche Auswirkungen auf die Teilnahme an Aktivitäten)
- j. **Besondere gesundheitliche Risiken, insbesondere**
 - Dekubitusrisiko
 - Risiken im Zusammenhang mit dem Ernährungszustand (Unter-/Mangelernährung, Flüssigkeitsmangel)
 - Sturzrisiko
 - Kontrakturen
- k. **Besondere interventionsrelevante Faktoren (vgl. Kapitel 5.2), sofern diese nicht bereits in einem der bisher genannten Aspekte erfasst werden.**

Dieser Kriterienkatalog umfasst in komprimierter Form die wesentlichen Punkte, die in Fachbeiträgen zur Ausgestaltung des Assessments immer wieder genannt werden (vgl. z. B. Garms-Homolová/Gilgen 2000). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass es sich nicht um eine vollständige Auflistung handelt. Aufgrund der individuellen Situation des Bewohners können Ergänzungen notwendig sein (z. B. Einschätzung weiterer gesundheitlicher Risiken).

Bei dem vorliegenden Kriterienkatalog handelt es sich auch nicht um ein differenziertes Instrument zur Erhebung von Informationen im Rahmen des pflegerischen Assessments. Die Einrichtungen sollten überprüfen, ob ihre vorhandenen Erhebungsinstrumente (z. B. Formulare der Pflegeanamnese) ausreichend differenzierte Aussagen zu den einzelnen, hier aufgeführten Kriterien zulassen.

■ zu 2 a.

Die kognitiven Fähigkeiten des Bewohners haben maßgeblichen Einfluss auf dessen Selbständigkeit bzw. den Unterstützungsbedarf.

Unter kognitiven Fähigkeiten werden diejenigen Hirnleistungen verstanden, die der Erkenntnis dienen, z. B. Gedächtnis/Erinnerungsfähigkeit, Sprache, Wahrnehmung, Urteilen, Denkfähigkeit (Hafner/Meier 2005).

Im Rahmen des Assessments genügt es nicht festzustellen, dass eine Einschränkung in einem oder mehreren Bereichen der kognitiven Fähigkeiten vorliegt. Für eine gezielte Maßnahmenplanung ist vielmehr wichtig, die Einschränkungen genauer zu bestimmen. Wurde z. B. festgestellt, dass eine Orientierungsstörung vorliegt, ist es wichtig zu erheben, welche Bereiche betroffen sind: zeitliche, örtliche, situative Orientierung sowie die Orientierung zur eigenen Person sind zu unterscheiden. Auch sollte berücksichtigt werden, dass Orientierungsstörungen je nach Tageszeit oder Situation unterschiedlich ausgeprägt sein können (z. B. gestörte örtliche Orientierung außerhalb/ innerhalb der Einrichtung oder bezogen auf den Wohnbereich oder auch das eigene Zimmer).

■ zu 2 b.

Andauernde psychische Belastungen eines Bewohners sollten stets Anlass sein, Überlegungen zu wirksamer Unterstützung anzustellen. Zu diesen Belastungen zählen z. B. andauernde Angstzustände, die dazu führen können, dass der Bewohner in seiner Handlungsfähigkeit erheblich eingeschränkt ist. Verlusterfahrungen, um ein anderes Beispiel für eine psychische Belastung zu nennen, können in eine andauernde depressive Stimmungslage oder aber in Schuldgefühle, Einsamkeit und Schlaflosigkeit münden (Sauter et al. 2004). Im Rahmen des pflegerischen Assessments ist es wichtig, die in Frage kommenden Belastungsfaktoren zu bestimmen und deren Bedeutung (die Folgen) für den Bewohner zu interpretieren, um hieraus ggf. Pflegemaßnahmen ableiten zu können.

■ zu 2 c.

Aus der Beurteilung des körperlichen Status und der funktionellen Fähigkeiten des Bewohners ergeben sich wichtige Hinweise auf die Selbständigkeit bzw. Einschränkungen im Bereich der Lebensaktivitäten sowie ggf. weitere, für die Maßnahmenplanung wichtige Erkenntnisse. Hier sollte nicht vergessen werden, neben Einschränkungen auch die Ressourcen des Bewohners zu erfassen. Dies gilt insbesondere für die Mobilität, deren Erhaltung und Förderung entscheidende Bedeutung für den Autonomieerhalt besitzt.

■ zu 2 d.

Probleme der Harn- und/oder Stuhlkontinenz ziehen oftmals erst in Kombination mit Einschränkungen der Mobilität und/oder kognitiven Defiziten einen Pflegebedarf nach sich. Bei der Beurteilung der Kontinenz ist es wichtig, einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen zu berücksichtigen. Für die Bestimmung angemessener Pflegemaßnahmen kommt einer genauen Beschreibung eine besondere Bedeutung zu. Erst hierdurch wird eine Bestimmung der Inkontinenzform möglich, die wiederum eine Voraussetzung für das Einschätzen ihrer Beeinflussbarkeit, z. B. durch ein entsprechendes Kontinenztraining, darstellt (Köther/Gnam 2000).

■ zu 2 e.

Die verlässliche Beurteilung der Selbständigkeit bzw. Unselbständigkeit bei alltäglichen Lebensaktivitäten ist in der Regel erst dann möglich, wenn ausreichende Informationen über kognitive Fähigkeiten, psychische Belastungen, den körperlichen Status und funktionelle Fähigkeiten vorhanden sind.

■ zu 2 f.

Bei der Erfassung und Bewertung der sozialen Situation, die für das Wohlbefinden des Bewohners einen wichtigen Stellenwert einnimmt, ist das Augenmerk auf die sozialen Beziehungen zu Angehörigen und Freunden, zu anderen Bewohnern, aber auch den Mitarbeitern der Einrichtung zu legen (Garms-Homolová/Gilgen 2000). Neben der Anzahl an Sozialkontakten ist es wichtig, die Qualität der Beziehungen



einzuschätzen. Insbesondere konfliktbeladene Beziehungen stellen oftmals eine Belastung dar. In diesem Zusammenhang sind die sozialen Kompetenzen des Bewohners ein nicht zu unterschätzender Einflussfaktor, z. B. die Fähigkeit, Kontakte herzustellen, aufrechtzuerhalten oder Konflikte angemessen zu lösen.

■ zu 2 g.

Problematische Verhaltensweisen treten oftmals im Verlauf von demenziellen Erkrankungen auf. Verbale Auffälligkeiten, Umhergehen und aggressives Verhalten gehören zu den häufig festzustellenden Verhaltensweisen bei Heimbewohnern (Cohen-Mansfield et al. 1993). Auch die Ablehnung von Hilfen (z. B. bei der Nahrungsaufnahme) ist in Einrichtungen zu beobachten.

Die Häufigkeit des Vorkommens, die Anzahl und Intensität problematischer Verhaltensweisen sowie deren Beständigkeit sollten mit dem pflegerischen Assessment erfasst und beurteilt werden.

■ zu 2 h./i.

Die Berücksichtigung von Gewohnheiten und Bedürfnissen ist entscheidend für die Lebensqualität von Bewohnern. Sie setzt natürlich voraus, dass Gewohnheiten und Bedürfnisse bekannt sind. Wichtige Hinweise zu diesem Punkt ergeben sich aus dem Kriterienkatalog zur „Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug“ (s. u.).

■ zu 2 j.

Es ist zu betonen, dass hier nicht sämtliche gesundheitlichen Risiken aufgeführt sind, die ggf. berücksichtigt werden müssen. Im Zusammenhang mit der Einschätzung gesundheitlicher Risiken sind insbesondere die Expertenstandards des DNQP sowie die Arbeiten der Spitzenverbände der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung zu beachten (MDS 2003; DNQP 2005a/b, 2002).

■ zu 2 k.

Bei der Durchführung des Assessments ist es wichtig, die in den „Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege“ (vgl. Kapitel 5.2) formulierten besonderen interventionsrelevanten Faktoren für die Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen. Sie sind u. a. für die Ausgestaltung von Pflegemaßnahmen wichtig.

3. Pflegerisches Assessment: Zeitpunkt der Erstellung/Aktualisierung

3.1 Die Einrichtung stellt sicher, dass unmittelbar nach Heimeinzug akute Gefährdungen und andere relevante Informationen für die erste Versorgung erfasst werden. Das initiale pflegerische Assessment (Status bei Einzug) zu den in Punkt 2 aufgeführten Inhalten wird innerhalb von zwei Wochen nach dem Einzug des Bewohners abgeschlossen und innerhalb von sechs Wochen nach dem Einzug aktualisiert.

3.2 Beim Auftreten gesundheitlicher Veränderungen, bei Anzeichen neuer gesundheitlicher Gefährdungen oder anderer wichtiger Anlässe wird das pflegerische Assessment aktualisiert. Dies gilt insbesondere, wenn sich wesentliche Veränderungen bezüglich der folgenden Aspekte ergeben:

- Kognitive Fähigkeiten (2 a.)
- Verhaltensweisen (2 g.)
- Andauernde psychische Belastungen (2 b.)

- Soziale Situation (2 f.)
- Selbständigkeit bzw. Unselbständigkeit bei alltäglichen Lebensverrichtungen (2 e.)
- Besondere gesundheitliche Risiken (2 j.)

Handelt es sich um gravierende Veränderungen, die eine weitreichende Umstellung der Pflegeplanung erforderlich machen (z. B. Mobilitätsverlust oder anhaltende, erhebliche kognitive Einbußen), so wird das pflegerische Assessment vollständig wiederholt. Ansonsten ist eine partielle Aktualisierung, d. h. nur des betreffenden Aspekts bzw. der betreffenden Aspekte, ausreichend.

- 3.3 Bei jedem Bewohner wird in Abständen von höchstens sechs Monaten ein vollständiges Assessment durchgeführt, sofern sich nicht zu einem früheren Zeitpunkt die Notwendigkeit einer Aktualisierung in Teilen oder im Ganzen ergeben hat (siehe 3.2).

■ zu 3.1

Im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Heimeinzug sollten zumindest solche Informationen erhoben werden, die eine erste Einschätzung der wichtigsten Problemlagen und somit eine fachgerechte Versorgung vom ersten Tag an ermöglichen.

In der Regel liegen nicht alle erforderlichen Informationen bereits am Einzugstag vor. Das kann beispielsweise daran liegen, dass wichtige Dokumente erst später verfügbar sind oder Angehörige, deren Auskünfte wichtig wären, noch nicht befragt werden konnten. Nach spätestens zwei Wochen sollte das initiale pflegerische Assessment allerdings vollständig abgeschlossen werden.

Pflegeprobleme, Fähigkeiten und Ressourcen von Bewohnern sind in den ersten Wochen nach Heimeinzug zum Teil großen Schwankungen unterworfen. Daher ist es notwendig, zeitnah (innerhalb der ersten sechs Wochen nach Heimeinzug) zu überprüfen, ob die Einschätzungen des initialen Assessments weiterhin gültig sind. Da ein Integrationsgespräch mit dem Bewohner (vgl. Kapitel 6.2) im gleichen Zeitraum stattfinden sollte, ist es sinnvoll, dessen Ergebnisse ebenfalls zu berücksichtigen und die Überprüfung und ggf. Aktualisierung im Anschluss an dieses Gespräch durchzuführen.

■ zu 3.2

Im Verlauf des Aufenthalts von Bewohnern in der Einrichtung treten oftmals gesundheitliche Veränderungen auf, die eine teilweise oder vollständige Aktualisierung des pflegerischen Assessments erforderlich machen. So ist es nach einem akuten Krankheitsereignis oder nach dem Aufenthalt des Bewohners in einem Krankenhaus in der Regel erforderlich, das Assessment zu aktualisieren.

■ zu 3.3

Problemlagen oder Ressourcen des Bewohners können über einen längeren Zeitraum stabil bleiben, sich schleichend oder in vergleichsweise kurzer Zeit verändern. Mitunter treten neue gesundheitliche Probleme oder Risiken hinzu, die ebenfalls nicht auf den ersten Blick erkennbar sind. Für die pflegerische Versorgung ist daher eine regelmäßige Wiederholung der pflegerischen Einschätzung eine wichtige Voraussetzung (Aktualisierung des pflegerischen Assessments), um angemessen und zeitgerecht auf veränderte Bedarfslagen reagieren zu können.

Die erneute Durchführung des pflegerischen Assessments bedeutet, alle Informationen und Einschätzungen hinsichtlich ihrer Aktualität zu überprüfen, d. h. faktisch: den Status des Bewohners neu einzuschätzen. Bei Einschätzungen, die sich nicht ändern, genügt es kenntlich zu machen, dass sie überprüft worden sind (z. B. durch Datum und Handzeichen auf dem Assessmentformular).



4.3 Kriterienkatalog: Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor Heimeinzug

1. Grundsätze

- 1.1 Die Einrichtung verfügt über Dokumentationsinstrumente zur Erfassung von Informationen zur Biografie und zur Lebenssituation vor dem Heimeinzug. Diese Instrumente berücksichtigen die nachfolgend aufgeführten Informationen.
- 1.2 Informationen werden nicht nur zu Beginn des Heimaufenthaltes, sondern bei neuem Kenntnisstand fortlaufend dokumentiert. Die Dokumentation zu Beginn des Aufenthaltes umfasst jedoch mindestens die in den Punkten 2 und 3 aufgeführten Informationen.
- 1.3 Bei allen dokumentierten Informationen wird kenntlich gemacht, wann und durch wen sie dokumentiert wurden und von wem die Informationen stammen (z. B. Bewohner, Angehörige, ehemalige Nachbarn).
- 1.4 Verfahrensweisen zur Erfassung von Informationen zur Biografie und zur Lebenssituation vor dem Heimeinzug sind den Mitarbeitern, die an der Erfassung beteiligt sind, bekannt und werden von ihnen beachtet.
- 1.5 Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft trägt die Verantwortung für die Sicherstellung einer ausreichenden Qualität und ggf. notwendigen Ergänzung der Dokumentation im Verlauf des Heimaufenthaltes.

■ zu 1.1

Der vorliegende Kriterienkatalog enthält Vorgaben zur inhaltlichen Gestaltung eines Biografieerfassungsbogens, ist aber nicht mit einem solchen Instrument gleich zu setzen.

Zur Dokumentation der aufgeführten Informationen können geeignete herkömmliche Instrumente verwendet werden. Allerdings sollte überprüft werden, ob diese alle Vorgaben des Kriterienkatalogs enthalten und genügend Raum für Anmerkungen lassen; ggf. ist eine Anpassung des bestehenden Biografieerfassungsbogens erforderlich.

Der inhaltliche Aufbau des Biografieerfassungsbogens muss hinsichtlich der Reihenfolge nicht mit dem Kriterienkatalog identisch sein, die Angaben zur zeitlichen Staffelung der Erfassung sollten allerdings berücksichtigt werden. Zur fortlaufenden Dokumentation während des Heimaufenthaltes (siehe Grundsatz 1.2) kann es sinnvoll sein, einen separaten bzw. ergänzenden Biografieerfassungsbogen zu nutzen.

■ zu 1.2

Die Erfassung biografischer Daten geschieht fortlaufend, d. h. beginnend mit den ersten Kontakten bis zum Versterben des Bewohners. Der Kriterienkatalog führt Informationen auf, die im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Heimeinzug benötigt werden, um eine bewohnerorientierte Versorgung planen zu können (siehe Punkt 2 und 3). Darüber hinaus gibt es Informationen, die oftmals nicht vor bzw. unmittelbar nach dem Heimeinzug ermittelt werden können, da hierzu zunächst eine bestimmte Vertrautheit zwischen Bewohner und Mitarbeitern erforderlich ist. Der Kriterienkatalog unterscheidet hier zwischen Informationen, die bis ca. 6 Wochen nach dem Heimeinzug vorliegen (siehe Punkt 4) bzw. fortlaufend erfasst werden sollten (siehe Punkt 5).

Punkt 5 des Kriterienkatalogs beinhaltet unter Umständen für den Bewohner sehr persönliche Aspekte und sollte daher nicht zwingend zu Beginn des Heimaufenthaltes thematisiert werden. Signalisieren Bewohner bzw. Bezugspersonen bereits zu einem frühen Zeitpunkt die Bereitschaft auch zu sehr persönlichen Aspekten Auskunft zu geben, sollte dies selbstverständlich möglich sein.

Bei der Ermittlung und Erfassung der Informationen ist deren Bedeutung für die jetzige bzw. zukünftige Begleitung und Versorgung des Bewohners nicht immer direkt ersichtlich. Dennoch macht es Sinn, Informationen zu dokumentieren, die im Moment keine direkte Verwendung finden, aber z. B. im Rahmen einer fortschreitenden Demenzerkrankung bedeutsam werden können.

■ zu 1.3

Biografische Informationen können aus vielen Quellen stammen. An erster Stelle stehen sicherlich der Bewohner und/oder seine Bezugspersonen. Aber auch Beobachtungen der Mitarbeiter – insbesondere bei demenziell erkrankten Bewohnern – und Informationen weiterer Personen können wertvolle Hinweise enthalten. Um den Bedeutungsgehalt und die Relevanz von Informationen zumindest annähernd einschätzen zu können, ist es notwendig, zu vermerken, von wem welche Information stammt.

■ zu 1.4

In der Einrichtung sollte verbindlich festgelegt sein, welche unterschiedlichen Vorgehensweisen zum Einsatz kommen, um biografische Informationen zu erfassen.

- **Geplante Gespräche** (vgl. z. B. Qualitätsmaßstab „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“: Erstgespräch)
- **Informationen aus Alltagsgesprächen/ungeplanten Gesprächen.** Die Grenzziehung zwischen für die Versorgungssituation relevanten bzw. nicht-relevanten Informationen kann mitunter äußerst schwierig sein und die Entscheidung liegt dann im Einzelfall im Ermessen des jeweiligen Mitarbeiters.
- **Beobachtungen der Mitarbeiter.** Reaktionen der Bewohner, z. B. auf die Durchführung von Pflegehandlungen, können Rückschlüsse auf Vorlieben und/oder Abneigungen ermöglichen. Beobachtungen spielen insbesondere bei demenziell erkrankten Bewohnern, die sich nur noch eingeschränkt verbal mitteilen können, eine große Rolle. Sie sind oftmals die einzige Möglichkeit, biografieorientierte Informationen von ihnen selbst zu erhalten. Erschwert wird die Biografieerfassung, wenn diese Bewohner keine Bezugspersonen haben, die Auskünfte geben können. In diesem Fall sind die Mitarbeiter in verstärktem Maße auf ihre Beobachtungen angewiesen.
- **Überleitungsbogen.** Zur Erfassung der Versorgungssituation unmittelbar vor Heimeinzug kann ggf. auch auf den Überleitungsbogen eines Krankenhauses bzw. ambulanten Pflegedienstes zurückgegriffen werden.
- **Schriftliche Informationen des Bewohners und/oder seiner Bezugspersonen.** Bereits vor dem Heimeinzug können Bewohner bzw. Bezugspersonen einen (ggf. speziell zu diesem Zweck gestalteten) Biografieerfassungsbogen mit der Bitte erhalten, diesen soweit möglich selbständig auszufüllen. Dieses Vorgehen setzt, ebenso wie bei Gesprächen zur Biografieerfassung, voraus, dass die Zielsetzung den betreffenden Personen vermittelt wird. Dieses Vorgehen ist aber nur zu empfehlen, wenn zusätzlich Gespräche geführt werden. Auch ist fraglich, ob alle Bewohner bzw. Bezugspersonen in der Lage und Willens sind, das Ausfüllen des Biografieerfassungsbogens zu übernehmen.

Bei der Erfassung biografischer Informationen ist nicht nur wichtig, dass Informationen erfasst werden, sondern auch wie dies erfolgt. Eine Situation, in der bedeutsame lebensgeschichtliche Aspekte ausschließlich anhand einer Checkliste abgefragt werden, ohne dass dem Bewohner und/oder den Bezugspersonen die Gelegenheit zu einem Gespräch gegeben wird („Verhörsituation“), ist abzulehnen. Es kann unter



Umständen sinnvoll sein, während des Gesprächs auf eine Dokumentation zu verzichten und diese erst im Anschluss vorzunehmen, um den Erzählfluss des Bewohners und/oder seiner Bezugspersonen nicht zu hemmen.

Die Forderung nach einem aussagekräftigen Biografieerfassungsbogen beinhaltet nicht, dass ein Bewohner zu seinem gesamten Leben Auskunft geben muss. Vielmehr sollte, nach entsprechender Information zur Zielsetzung der Erfassung biografischer Daten und deren Verwendung, dem Bewohner und/oder den Bezugspersonen die Entscheidung überlassen werden, welche Informationen sie weitergeben möchten. Zudem sollte akzeptiert werden, dass Informationen nicht in chronologischer Reihenfolge oder vollständig wiedergegeben werden. Im Biografieerfassungsbogen sollte kenntlich gemacht werden, wenn bestimmte Angaben nicht erfasst werden konnten.

Mitarbeiter benötigen, neben einer biografieorientierten Grundhaltung, besondere Kenntnisse und Fähigkeiten zur Gestaltung von Gesprächssituationen zur Biografieerfassung. Generell sei darauf hingewiesen, dass die fortlaufende Erfassung und der Umgang mit biografischen Daten ein sensibles Vorgehen erfordert und entsprechende Schulungen hierzu hilfreich sein können.

■ zu 1.5

Die Gesamtverantwortung für den Prozess der Biografieerfassung sollte in den Händen der jeweils für den Bewohner zuständigen Pflegefachkraft liegen. Hiermit ist nicht gemeint, dass diese ausschließlich mit der Biografieerfassung betraut ist. Hieran sind ggf. auch Mitarbeiter der unterschiedlichen Berufsgruppen beteiligt (z. B. Pflege, Sozialer Dienst, Hauswirtschaft).

Koordinations- und Steuerungsaufgaben der jeweils für den Bewohner zuständigen Pflegefachkraft im Rahmen der Biografieerfassung werden im Folgenden kurz dargestellt:

Sicherstellung der fortlaufenden Erfassung und Dokumentation biografischer Informationen

Die Mitarbeiter verfügen durch regelmäßige Kontakte zum Bewohner in der Regel über ein umfangreiches Wissen z. B. zu Vorlieben, Abneigungen, Gewohnheiten, dokumentieren dies aber nicht immer. Hier ist die zuständige Pflegefachkraft gefordert, z. B. bei Dienstübergaben oder in Fallbesprechungen, auf die Bedeutung dieser Informationen hinzuweisen und darauf hinzuwirken, dass diese durch die Mitarbeiter dokumentiert werden.

Sicherstellung einer ausreichenden Qualität der Dokumentation

Die zuständige Pflegefachkraft achtet ferner darauf, dass biografische Informationen so dokumentiert werden, dass sie für die weitere Planung der Pflege genutzt werden können. So lässt z. B. die Kenntnis um die letzte Wohnsituation vor dem Heimeinzug (z. B. allein lebend) ohne weiterführende Informationen nur bedingt Rückschlüsse auf das Erleben des Bewohners zu. Soweit möglich, sollten daher die Bewertungen durch den Bewohner ebenfalls dokumentiert werden („allein lebend“ kann für den einen Menschen mit Einsamkeit/Isolation, für einen anderen mit Selbständigkeit/Unabhängigkeit verbunden sein).

Bündelung von Informationen

Sie hat die Aufgabe, Informationen zu bündeln und so zu vermeiden, dass identische Informationen mehrfach durch unterschiedliche Personen beim Bewohner und/oder seinen Bezugspersonen erhoben werden.

2. Erfassung und Dokumentation der Versorgung vor dem Heimeinzug

- 2.1 Allgemeine Merkmale der Wohnsituation vor dem Heimeinzug
z. B. lebte in einer Klein-/Großstadt, allein oder zusammen mit Angehörigen, in einer anderen Einrichtung, Verfügbarkeit und Nutzung von Garten etc.
- 2.2 Art und Umfang der pflegerischen, hauswirtschaftlichen und sozialen Unterstützung durch Angehörige, Freunde, Nachbarn etc.
- 2.3 Art und Umfang der Unterstützung durch ambulante Pflegedienste
- 2.4 Nutzung anderer Einrichtungen und Dienste
z. B. Menübringdienste, hauswirtschaftliche Leistungen, teilstationäre Pflege
- 2.5 Hilfsmittel, die in der häuslichen Umgebung verwendet wurden
- 2.6 Pflegerische Erfordernisse (Bedarf) und Maßnahmen vor dem Heimeinzug
- 2.7 Akzeptanz weiblicher/männlicher Pflegepersonen

Zeitraum der Ersterfassung:

Phase zwischen dem Zeitpunkt, zu dem über den Heimeinzug definitiv entschieden wurde, und dem Zeitpunkt ca. zwei Wochen nach dem tatsächlichen Heimzug.

Informationen zur Wohn- und Versorgungssituation unmittelbar vor dem Heimeinzug können den Mitarbeitern wertvolle Hinweise zur Planung der weiteren Versorgung geben. Für den Bewohner soll hierdurch – trotz Einzug in die Pflegeeinrichtung – ein Höchstmaß an Kontinuität angestrebt werden. Auch wenn sich die Versorgungssituation durch einen Krankenhausaufenthalt unmittelbar vor dem Heimeinzug aktuell verändert hat, sollten Informationen zur vorherigen Versorgung in der eigenen Häuslichkeit erfasst werden.



3. Erfassung und Dokumentation personenbezogener Aspekte

- 3.1 Staatsangehörigkeit und ggf. Herkunftsland
- 3.2 Muttersprache, Beherrschen von Fremdsprachen
- 3.3 Ehe/Partnerschaft, Familie und für den Bewohner wichtige Angehörige/Bezugspersonen
- 3.4 Religionszugehörigkeit
- 3.5 Einrichtungsgegenstände von besonderer persönlicher Bedeutung (einschl. Fotos, Bücher etc., vgl. Qualitätsmaßstab „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“)
- 3.6 Gewohnte Tages- und Wochenstrukturierung
z. B. Zeit des Aufstehens und zu Bett Gehens, Mittagsruhe, Essenszeiten, feste Termine
- 3.7 Gewohnte Aktivitäten und Beschäftigungen im Lebensalltag
- 3.8 Besonderheiten im Rahmen der Kommunikation
z. B. Lautstärke bei der Ansprache, Verwendung vertrauter Begriffe/Gesten
- 3.9 Ernährungsgewohnheiten
z. B. Vorlieben und Abneigungen bei Speisen und Getränken, Haupt-/Zwischenmahlzeiten, Art und Menge der Flüssigkeitsaufnahme, Gewohnheiten bezüglich der Nahrungszubereitung, Konsum alkoholischer Getränke
- 3.10 Rauchgewohnheiten
- 3.11 Gewohnte und bevorzugte Kleidung
- 3.12 Gewohnheiten im Bereich der Körperpflege
z. B. gewohnte Abläufe, Gewohnheiten in Bezug auf Duschen/Baden, Vorlieben/Abneigungen gegenüber Körperpflegeprodukten
- 3.13 Schlafgewohnheiten
z. B. Position des Bettes im Raum, Zeiten der Bettruhe, Einschlafrituale
- 3.14 Erwartungen/Wünsche des Bewohners und/oder der Angehörigen in Bezug auf die zukünftige Wohn-/Lebenssituation in der Einrichtung und die pflegerische Unterstützung

Zeitraum der Ersterfassung:

Phase zwischen dem Zeitpunkt, zu dem über den Heimeinzug definitiv entschieden wurde, und dem Zeitpunkt ca. zwei Wochen nach dem tatsächlichen Heimeinzug.

Die hier aufgeführten personenbezogenen Aspekte sollen einen ersten Einblick in das Leben des neuen Bewohners geben, ohne dass der Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird. Da sie vor bzw. in der ersten Phase des Heimaufenthaltes erfragt werden, ist es durchaus möglich, dass zu einem späteren Zeitpunkt, nachdem sich ein Vertrauensverhältnis zwischen Bewohner bzw. seinen Bezugspersonen und den Mitarbeitern entwickelt hat, differenziertere Informationen erfolgen. Diese sollten, entsprechend des Grundsatzes 1.2, fortlaufend dokumentiert werden. Insbesondere Erwartungen und Wünsche (3.14) in Bezug auf den Heimaufenthalt können nach einiger Zeit in der Einrichtung ggf. präziser beantwortet werden als zu Beginn.

4. Erfassung und Dokumentation weiterer personenbezogener Aspekte

- 4.1 Ort, der als Heimat empfunden wird
(muss nicht zwingend identisch mit letztem Wohn- oder Herkunftsort sein)
- 4.2 Familiäre Kontakte, weitergehende soziale Kontakte und Beziehungen (Art, Intensität und Stellenwert)
- 4.3 Religiosität – individuelle Bedeutung der Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft und der Religionsausübung
- 4.4 Wünsche in Bezug auf die Sterbephase bzw. den Todesfall
z. B. Information/Anwesenheit bestimmter Personen in der Sterbephase/im Todesfall, Bestattungswünsche, Kleidung nach dem Versterben (vgl. Kapitel 6.5).

Zeitraum der Ersterfassung:

bis ca. 6 Wochen nach Heimeinzug



5. Erfassung und Dokumentation lebensgeschichtlicher Informationen

- 5.1 **Lebensphase Kindheit und Jugend/Informationen zur Herkunftsfamilie**
z. B. Wohnort und Wohnsituation, wirtschaftliche Verhältnisse, verwandtschaftliche Beziehungen, Namen/Kosenamen der Großeltern/Eltern/Geschwister, eigener Kose-/Spitzname, Schulbildung, bevorzugte Freizeitbeschäftigungen, erlebte Erziehung, Pflichten im Elternhaushalt, Haustiere, Beziehung zu den Geschwistern, wichtige Personen, kirchliches Engagement, Wechsel des Wohnortes etc.
- 5.2 **Lebensphase Erwachsenenalter**
z. B. Ausbildung/Studium, Berufstätigkeit (z. B. Wunschberuf, tatsächlich ausgeübter Beruf, Arbeitszeiten, wichtige Personen im beruflichen Umfeld, Arbeitslosigkeit), Partnerschaften, Familiengründung, Geburt von Kindern, Namen/Kosenamen, familiäre Beziehungen, Lebensverhältnisse, Freundeskreis, Interessen/Freizeitbeschäftigung, Wechsel des Wohnortes etc.
- 5.3 **Lebensphase Rentenalter**
z. B. familiäre Situation, Beziehung zu Enkelkindern, Lebensverhältnisse, Freundeskreis, Interessen/Freizeitbeschäftigung, Wechsel des Wohnortes, Versterben nahestehender Personen etc.
- 5.4 **Prägende Lebensereignisse**
Prägende Lebensereignisse sollen in den vorangegangenen Punkten bereits aufgeführt sein. Die Dokumentation soll jedoch herausstellen, welche Lebensereignisse bzw. Erinnerungen den Bewohner in besonderer Weise emotional beschäftigen, wie z. B. Partnerschaften, Kriegserlebnisse, beruflicher Aufstieg, persönliche Verluste etc.

Zeitraum der Erfassung:

Fortlaufende Ergänzung der Dokumentation während des Heimaufenthaltes

Ziel der Dokumentation der in diesem Abschnitt aufgeführten biografischen Informationen ist es erstens, Anknüpfungspunkte für eine ressourcenfördernde Pflege und psychosoziale Betreuung zur Verfügung zu stellen. Sie soll zweitens dabei helfen, Bedürfnisse, emotionales Erleben und Verhaltensweisen besser nachvollziehen und bei Bedarf gezielte Unterstützung leisten zu können.

Nicht alle der aufgeführten Themen haben bei jedem Bewohner den gleichen Stellenwert. Insofern müssen nicht notwendigerweise alle Details erfasst werden, die in den Erläuterungen zu den einzelnen Punkten aufgeführt sind. Es kommt vielmehr darauf an, diejenigen Aspekte zu entdecken und ausreichend differenziert zu erfassen, die für den individuellen Bewohner, seinen Lebensalltag und sein inneres Erleben von Bedeutung sind.

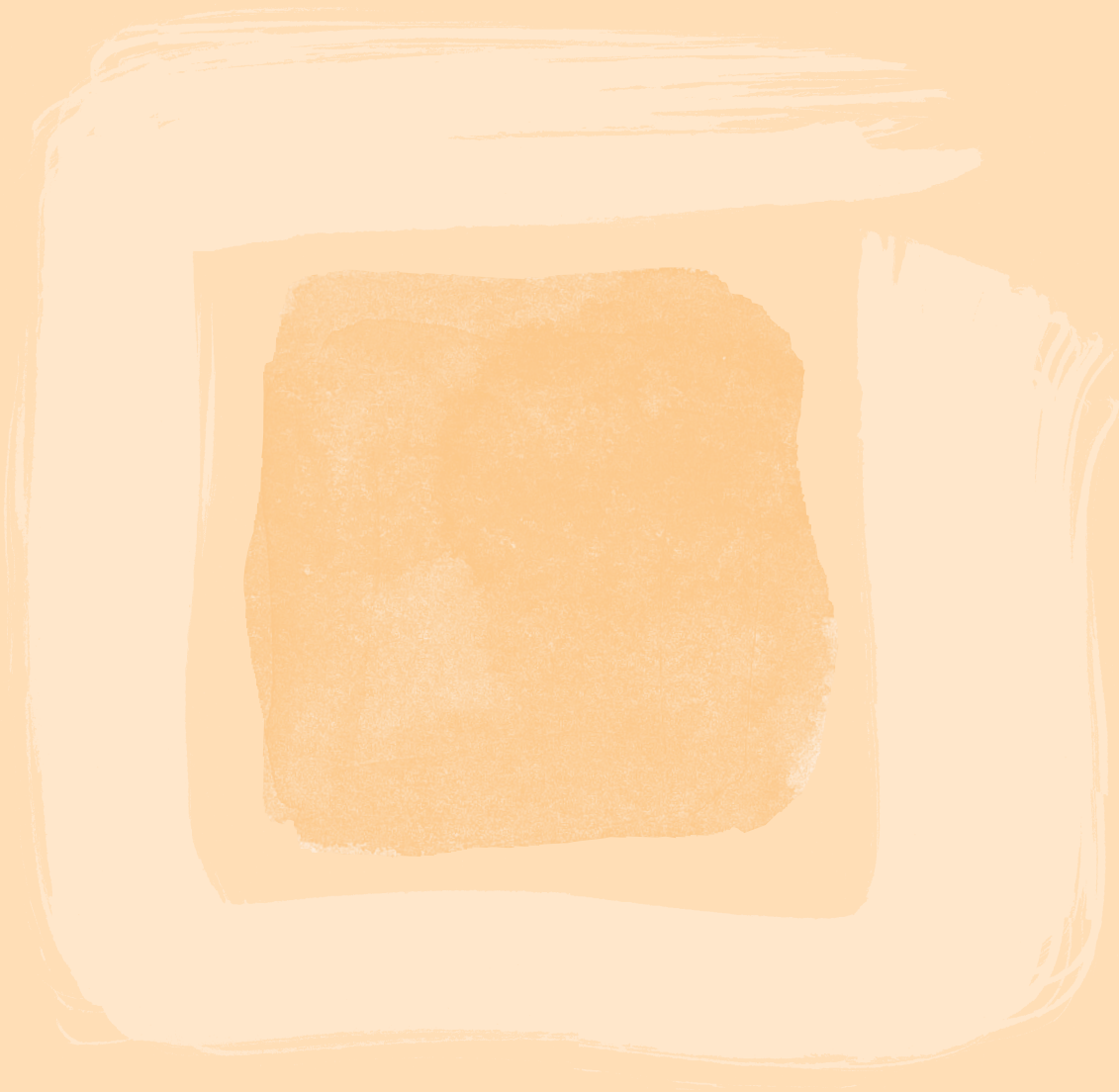
Literatur

- Arets, J./Obex, F./Vaessen, J./Wagner, F. (1996): Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Band 1. Bocholt: Eicanos
- Brobst, R. A. (1996): Der Pflegeprozess in der Praxis. Bern: Huber
- Clarke, A. (2000): Using biography to enhance the nursing care of older people. *British Journal of Nursing* 9, Nr. 7, 429–433
- Cohen-Mansfield, J./Werner, P./Marx, M. S./Lipson, S. (1993): Assessment and management of behavioral problems in the nursing home. In: Rubenstein, L. Z./Darryl, W. (Hg.): *Improving Care in the Nursing home. Comprehensive Reviews of Clinical Research*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications, 275–313
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.) (2002): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück: DNQP
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.) (2005a): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Osnabrück: DNQP
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.) (2005b): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Osnabrück: DNQP
- Faltermeier, T. (2005): *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer
- Friebe, J. (2004): Der biografische Ansatz in der Pflege. *Pflege & Gesellschaft* 9, Nr. 1, 3–5
- Garms-Homolová, V./Gilgen, R. (2000): RAI 2.0 – Resident Assessment Instrument. Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation. 2. Aufl. Bern: Huber
- Gereben, C./Kopinitsch-Berger, S. (1998): *Auf den Spuren der Vergangenheit. Anleitung zur Biographiearbeit mit älteren Menschen*. Wien/München/Bern: Verlag Wilhelm Maudrich
- Hafner, M./Meier, A. (2005): *Geriatrische Krankheitslehre. Teil I: Psychiatrische und neurologische Syndrome*. 4. Aufl. Bern: Huber
- Heering, C. (2004): Systematische Pflegearbeit mit dem Pflegeprozess. In: Heering, C. (Hg.): *Das Pflegevisitenbuch*. Bern: Huber, 27–37
- Heitmann, D./Bonato, M. (i. E.): Qualitätsentwicklung in der stationären Altenpflege. Befunde einer Studie in Nordrhein-Westfalen. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 37, Nr. 2
- Hornung, R./Gutscher, H. (1994): Gesundheitspsychologie: Die sozialpsychologische Perspektive. In: Schwenkmezger, P./Schmidt, L.R. (Hg.): *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Ferdinand Enke, 65–87
- Kerkhoff, B. (2002): Biografiearbeit – Schlüssel für eine individuelle Begleitung in der Pflege. *Die Schwester/Der Pfleger* 41, Nr. 10, 830-833
- Köther, I./Gnam, E. (Hg.) (2000): *Altenpflege in Ausbildung und Praxis*. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme
- Kricheldorf, C. (2005): Biografisches Arbeiten und Lernen. Lebensgeschichtliche Prägungen als Ressourcen. *Pflegemagazin* 6, Nr. 4, 4–12
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) (Hg.) (2003): Grundsatzstellungnahme. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Abschlussbericht der Projektgruppe P 39. Essen: MDS
- Nationale Pflegeassessmentgruppe Deutschland (2005): Positionspapier zur MDS Grundsatzstellungnahme „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“. *Pflegemagazin* 6, Nr. 3, 16–24
- Needham, I. (1990): *Pflegeplanung in der Psychiatrie*. 2. Aufl. Basel: Recom
- Sauter, D./Abderhalden, C./Needham, I./Wolff, S. (Hg.) (2004): *Lehrbuch psychiatrische Pflege*. 2. Aufl. Bern: Huber
- Schwarzer, R./Leppin, A. (1991): Soziale Unterstützung und Wohlbefinden. In: Abele, A./Becker, P. (Hg.): *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik*. Weinheim, München: Juventa, 175–189
- Stockwell, F. (2002): *Der Pflegeprozess in der psychiatrischen Pflege*. Bern: Huber
- Townsend, M.C. (2000): *Pflegediagnosen und Maßnahmen für die psychiatrische Pflege. Handbuch zur Pflegeplanerstellung*. 2. Aufl. Bern: Huber
- Wingenfeld, K. (2000): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa, 339–361



Kapitel 5

Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen



5. Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen (Version 2.0)

5.1 Einführung zu den Leistungsbeschreibungen	1
5.1.1 Merkmale der Leistungsbeschreibungen	1
5.1.2 Aufbau und Nutzung der Leistungsbeschreibungen für unmittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen	6
5.1.3 Aufbau und Nutzung der Leistungsbeschreibungen für mittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen	14
5.2 Unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen	16
5.2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität	17
5.2.2 Unterstützung bei der Ernährung	27
5.2.3 Unterstützung im Bereich Ausscheidungen	31
5.2.4 Unterstützung im Bereich der Körperpflege	35
5.2.5 Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen	40
5.2.6 Spezielle Pflege	56
5.2.7 Besondere interventionsrelevante Faktoren	62
5.2.8 Übersicht zum präventiven/prophylaktischen Pflegehandeln	64
5.3 Mittelbar bewohnerbezogene Leistungen	66
Literatur	74

5.1 Einführung zu den Leistungsbeschreibungen

Die Leistungsbeschreibungen stellen in erster Linie ein *Leistungsklassifikationssystem* dar, das Leistungen bzw. Maßnahmen, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden, ordnet und näher definiert. Hierdurch sollen Leistungen inhaltlich voneinander abgegrenzt und übersichtlich dargestellt werden.

Die Leistungsbeschreibungen bilden zugleich ein Leistungsprofil ab, welches angesichts der gesundheitlichen Problem- und Bedarfslagen der Bewohner von Einrichtungen prinzipiell vorgehalten werden sollte. So wird beispielsweise besonderer Wert darauf gelegt, dass Pflege nicht nur als Hilfe bei der Durchführung von körperlichen Verrichtungen begriffen wird, sondern auch bei psychischen und sozialen Problem-lagen der Bewohner fachgerechte Unterstützung leistet.

Die Leistungsbeschreibungen stellen ein Anforderungsprofil dar, welches teilweise über die derzeitige Versorgungspraxis in vollstationären Pflegeeinrichtungen hinausreicht. Pflegeeinrichtungen bieten zwar den überwiegenden Teil der beschriebenen Leistungen an, jedoch werden einige Leistungen nicht, selten oder nur ansatzweise erbracht. Dies bezieht sich insbesondere auf Maßnahmen zur Förderung bzw. Erhaltung der Mobilität und zur Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen.

Die Leistungsbeschreibungen können des Weiteren als Grundlage für die *Zuordnung von Maßnahmen und Fachqualifikation* dienen, da mit ihnen sämtliche an der Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen angesprochen sind. Wird das Leistungsspektrum einer Einrichtung an die Erfordernisse, die sich mit den Leistungsbeschreibungen verbinden, angepasst, so setzt dies ggf. Organisationsentwicklungsprozesse voraus, mit denen die Aufgabenteilung der Berufsgruppen neu zu ordnen ist. Dies gilt insbesondere für die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Sozialem Dienst sowie für die Kooperation zwischen Fachkräften und anderen Mitarbeitern.

Ein System zur Leistungsklassifikation kann lediglich ein Hilfsmittel zur Qualitätsentwicklung in vollstationären Pflegeeinrichtungen sein. Seine Wirkung hängt stark ab von der Art und Weise, wie es in den Versorgungsalltag integriert wird. Trotz zum Teil schwieriger Rahmenbedingungen können jedoch Verbesserungen im Sinne einer nachhaltigen Qualitätsentwicklung erreicht werden.

5.1.1 Merkmale der Leistungsbeschreibungen

Gegenstand

Die Leistungsbeschreibungen sind in zwei große Maßnahmenbereiche unterteilt, die jeweils einen spezifischen Typus von Leistungen beinhalten.

- Der erste Typus umfasst insgesamt 32 *unmittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen*, also Maßnahmen, die in direktem Kontakt mit Bewohnern durchgeführt werden.
- Zum zweiten Typus zählen 12 *mittelbar bewohnerbezogene Leistungen*, die zwar ebenso wichtig für die Gewährleistung einer fachgerechten Versorgung sind, jedoch eben nicht in direktem Kontakt mit Bewohnern erbracht werden. Zu Letzteren gehören etwa koordinierende Tätigkeiten, Dienstübergaben oder Tätigkeiten im Rahmen der Pflegeplanung und -dokumentation.



Damit deutet sich bereits an, welche *Handlungsbereiche* von den Leistungsbeschreibungen berücksichtigt werden und welche nicht: Die Leistungsbeschreibungen beziehen sich auf die pflegerische und psychosoziale Unterstützung der Bewohner im engeren Sinne. Sie beschreiben entsprechende Maßnahmen, machen aber keine Angaben zur konkreten Ausgestaltung der Maßnahme (wie, wann, wie oft etc.). Dies erfolgt im Rahmen der individuellen Pflegeplanung.

Maßnahmen im Rahmen der Qualitätsentwicklung, Fortbildungen/Schulungen, hauswirtschaftliche Leistungen, Verwaltungsarbeiten oder technische Dienste der Mitarbeiter, die nicht direkt in die Bewohnerversorgung einbezogen sind, bilden eigenständige Bereiche und werden daher nicht erfasst.

Leistungsbeschreibungen und AEDL-Systematik

Das in der Praxis weit verbreitete Modell der Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL), welches von Monika Krohwinkel entwickelt wurde, findet im Rahmen der Leistungsbeschreibungen keine Erwähnung. Dies liegt darin begründet, dass die Leistungsbeschreibungen universal, d. h. unabhängig vom jeweils eingesetzten Pflegemodell, genutzt werden können.

Eine parallele Nutzung von Leistungsbeschreibungen und AEDL-Systematik, z. B. im Rahmen der Pflegeplanung, ist aber durchaus möglich. Allerdings sollte hierbei beachtet werden, dass Leistungsbeschreibungen nicht in Einzelhandlungen „zerlegt“ und anschließend einzelnen AEDL zugeordnet werden.

Leistungsbeschreibungen und Pflegestandards

Auch wenn die Leistungsbeschreibungen unmittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen zum Inhalt haben, können sie nicht mit prozessorientierten Pflegestandards gleich gesetzt werden. Leistungsbeschreibungen enthalten Hinweise zu Teilhandlungen einer Maßnahme, machen aber keine konkreten Angaben zum Ablauf der einzelnen Tätigkeiten und können somit im Unterschied zu prozessorientierten Pflegestandards nicht als detaillierte Anleitung zur fachgerechten Durchführung einzelner Pflegehandlungen verstanden werden.

Leistungsbeschreibungen und Klassifikationssystemen für Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse

Pflegeklassifikationssysteme dienen dazu, den Gegenstandsbereich der Pflege „durch möglichst umfassende Auflistung und Definition relevanter Begrifflichkeiten“ (Stemmer 2003: 53) zu erfassen. Inzwischen gibt es eine Vielzahl von Klassifikationssystemen, die Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse zum Inhalt haben (vgl. u. a. van der Bruggen 2002)¹.

Das Klassifikationssystem der Leistungsbeschreibungen kann nicht mit Pflegediagnosen und einem Pflegeklassifikationssystem für Pflegeergebnisse gleichgesetzt werden. Im Gegensatz zu anderen Klassifikationssystemen sind die Leistungsbeschreibungen auf die Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen zugeschnitten. Wenngleich sie in Teilen auch für die ambulante Pflege bzw. die Versorgung im Krankenhaus nutzbar sind, wurden sie nicht für diese Versorgungsbereiche entwickelt. Zudem wurde, wie bereits oben erwähnt, bewusst eine zusammenfassende, übersichtliche und keine detaillierte Form der Darstellung der Leistungen gewählt (zum Vergleich: Die „Nursing Intervention Classification“ führt mehr als über 500 Pflegeinterventionen auf).

¹ Pflegediagnosen stellen eine systematische Darstellung von Pflegeproblemen dar, auf deren Grundlage angemessene Maßnahmen geplant werden können (Georg 2005). Bekanntestes Beispiel hierfür sind sicherlich NANDA-Pflegediagnosen (NANDA: North American Nursing Diagnosis Association). Ein Pflegeinterventionsklassifikationssystem beschreibt Pflegehandlungen, die von Pflegenden durchgeführt werden, um den Gesundheitszustand der zu Pflegenden zu beeinflussen. Das System NIC (Nursing Intervention Classification) zum Beispiel stellt jede Pflegeintervention differenziert mit Titel, Definition und einer Liste von Aktivitäten (die im Zusammenhang mit dieser Intervention durchgeführt werden können) dar (McCloskey Docheran et al. 2003). NOC (Nursing Outcomes Classification), als Beispiel für ein Klassifikationssystem für Pflegeergebnisse, benennt „Patientenergebnisse/-zustände“, die auf pflegerisches Handeln zurückzuführen sind (Stemmer 2003: 55; Johnson et al. 2005). – Weiterführende Informationen z. B. zu Entwicklungsstand, Inhalten, Verknüpfungen und Umsetzung dieser Klassifikationssysteme finden sich u. a. bei Oud et al. 2005 und Clark 2003.

Biografieorientierung, präventiv orientiertes Pflegehandeln und Ressourcenförderung

Die Leistungsbeschreibungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen beinhalten bestimmte *Qualitätsanforderungen*. Diese beziehen sich u. a. auf die Anforderung einer biografie- und präventionsorientierten und ressourcenerhaltenden/-fördernden Pflege (ausführliche Darstellung vgl. Kapitel 2). Hierfür geeignete Konzepte zu entwickeln und umzusetzen stellt eine der größten Herausforderungen für die Qualitätsentwicklung in der vollstationären Pflege dar. Die Leistungsbeschreibungen geben Hinweise auf Ansatzpunkte und Orientierungshilfen zur Realisierung einer solchen Pflege. Es ist allerdings zu betonen, dass sie keinen Ersatz für Pflegestandards darstellen und auch keine detaillierten Hinweise auf die fachgerechte Durchführung einzelner Pflegemaßnahmen (z. B. Lagerungstechniken, orientierungsfördernde Maßnahmen) geben. Sie setzen vielmehr voraus, dass sich die pflegerischen Methoden in den Einrichtungen am aktuellen Stand des Wissens orientieren, wie er im Rahmen der Pflegeausbildungen vermittelt und in Nationalen Expertenstandards sowie in der einschlägigen Fachliteratur dargelegt wird.

In den Leistungsbeschreibungen finden sich dort, wo dem *biografieorientierten Arbeiten* ein besonderer Stellenwert zukommt, entsprechende Erläuterungen. Vor allem bei Leistungen, die nicht auf körperliche, sondern auf psychische und soziale Problemlagen und Bedürfnisse ausgerichtet sind, bildet Biografieorientierung häufig das grundlegende Merkmal eines qualitativ hochwertigen Unterstützungsangebotes.

Präventives Handeln ist ein prozesshaftes, komplexes Geschehen (vgl. Kapitel 2.4) und kann somit nicht mit Hilfe einer oder auch mehrerer Leistungsbeschreibungen angemessen dargestellt werden. Es ist als Funktion bzw. Bestandteil vieler Maßnahmen berücksichtigt worden und in den jeweiligen thematischen Einführungen zu den einzelnen Leistungsbeschreibungen entsprechend ausgewiesen. Ergänzend findet sich in einem gesonderten Abschnitt eine Übersicht zu den Grundsätzen und wichtigsten Maßnahmen präventiven/prophylaktischen Pflegehandelns.

Leistungen als Maßnahmenbündel

Die insgesamt 32 unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen sind in sechs Bereiche eingeteilt:

- Unterstützung im Bereich der Mobilität (6)
- Unterstützung bei der Ernährung (2)
- Unterstützung im Bereich Ausscheidungen (2)
- Unterstützung im Bereich der Körperpflege (3)
- Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen (10)
- Spezielle Pflege (9)

Nicht nur die *Anzahl der Leistungsbeschreibungen* differiert von Bereich zu Bereich, sondern auch die *Anzahl der Ausgestaltungsmöglichkeiten einer Leistung* kann von Leistungsbeschreibung zu Leistungsbeschreibung variieren. Dies kann anhand von zwei Beispielen zur „Unterstützung im Bereich der Körperpflege“ verdeutlicht werden. Die Leistungsbeschreibung „Unterstützung beim Duschen/Baden“ beinhaltet weniger Variationen der Maßnahme als z. B. die „Unterstützung bei der sonstigen Körperpflege“ (Rasur, Haarwäsche, Kämmen, Gesichtspflege, Zahn-/Prothesenpflege, Nagelpflege etc.). Letztere vereint in sich wesentlich mehr Leistungen als die zuerst genannte. Insbesondere in den Leistungsbeschreibungen aus dem Bereich „Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen“ wurden zahlreiche Variationen einer Maßnahme gebündelt und sind somit inhaltlich komplexer als andere Leistungsbeschreibungen.

Neben den Ausgestaltungsmöglichkeiten einer Leistung enthält jede Leistungsbeschreibung auch eine *Auflistung von Einzelhandlungen* (Teilhandlungen), aus denen sich die Leistung in der Regel zusammensetzt. Dies kann am Beispiel der Leistungs-



beschreibung „Hilfen beim Toilettengang“ veranschaulicht werden. Zu dieser Maßnahme gehören z. B. die folgenden Einzelhandlungen: Unterstützung bei der Fortbewegung, beim Ent-/Bekleiden, ggf. beim Wechsel der Inkontinenzversorgung, beim Händewaschen etc.

Vor diesem Hintergrund sollen die Leistungsbeschreibungen ein möglichst schlankes, *überschaubares* Klassifikationssystem zur Verfügung stellen, damit die Handhabung im Versorgungsalltag keinen unnötigen Aufwand nach sich zieht. Die Gliederung und Feindifferenzierung der Leistungsbeschreibungen folgt daher bestimmten Grundsätzen, die zu ihrem Verständnis und noch mehr für die praktische Umsetzung wichtig sind:

- Die Leistungsbeschreibungen umfassen nur Leistungskategorien, die sich auf *eigenständige* Maßnahmen beziehen. Eigenständig heißt, dass die jeweilige Leistung ein Ziel verfolgt, welches unabhängig von anderen Maßnahmen zu sehen ist. Die Unterstützung bei der Fortbewegung im Rahmen des Toilettengangs beispielsweise ist eine Teilleistung und verfolgt kein eigenständiges Ziel, sondern wird nur durchgeführt, um eben den Toilettengang zu ermöglichen. Nicht jede Hilfestellung ist also im Sinne der Leistungsbeschreibungen eine eigenständige Maßnahme.
- Die Leistungsbeschreibungen verweisen dementsprechend jeweils auf ein Bündel *verschiedener Handlungen*, die notwendig sind, um den Bewohner bei der Bewältigung eines Problems oder einer Anforderung etc. zu unterstützen. Entscheidend für die Abgrenzung von Maßnahmen im Sinne der Leistungsbeschreibungen ist damit die Frage, auf welches Problem, auf welche Anforderung oder auf welches Bedürfnis sich die Unterstützung bezieht, mit anderen Worten: worin das jeweilige *Pflegeziel* besteht. Identische Maßnahmen bzw. Einzelhandlungen einer Gesamtmaßnahme können somit unterschiedlichen Leistungsbeschreibungen zugeordnet werden. Dies wird anhand der Einzelhandlung „Unterstützung bei der Fortbewegung“ im Folgenden beispielhaft aufgezeigt:

Ziel	„Unterstützung bei der Fortbewegung“ erforderlich im Rahmen eines ...	Entsprechend der Zielsetzung zutreffende Leistungsbeschreibung
Förderung der Kontinenz	... Toilettengangs	„Hilfen beim Toilettengang“
Förderung der Mobilität	... Gehtrainings	„Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität“
Ortswechsel ermöglichen	... Spaziergangs	„Unterstützung beim Gehen, Stehen, Treppensteigen, Fortbewegen im Rollstuhl“

Die Konsequenzen dieser Grundsätze lassen sich auch am Beispiel der Durchführungs-/Leistungsnachweise im Rahmen der Pflegedokumentation verdeutlichen: Es ist unter *fachlichen Gesichtspunkten* weder notwendig noch sinnvoll, jede einzelne Teilhandlung zu dokumentieren, also z. B. den Nachweis zu führen, dass eine Unterstützung bei der Fortbewegung, beim Entkleiden, beim Wechsel der Inkontinenzversorgung, beim Ankleiden, beim Händewaschen erfolgt ist. Wichtig ist zwar die Frage, ob diese Unterstützung im Rahmen des Toilettengangs erforderlich ist, aber diese Information ist nur für die *Planung und Durchführung der Maßnahme*, nicht für die Dokumentation der Durchführung von Bedeutung. Der Logik der Leistungsbeschreibungen folgend, kann sich der Durchführungs-/Leistungsnachweis auf den Punkt „Unterstützung beim Toilettengang“ (im Sinne eines Maßnahmenbündels/Leistungskomplexes) beschränken, vorausgesetzt der genaue Ablauf (individuelle Vorgehensweise/Einzelhandlungen) kann anhand der Pflegeplanung nachvollzogen werden.

Grundlegende Teilhandlungen

Um eine überschaubare Systematik zu erhalten, wurden nicht nur Maßnahmen gebündelt, sondern es wurde auch auf die Beschreibung grundlegender Bestandteile von Maßnahmen verzichtet. Hierbei handelt es sich um *grundlegende Teilhandlungen* wie z. B.:

- Angemessene Gestaltung der Kontaktaufnahme/-beendigung im Rahmen der Maßnahme
- Angemessene Kommunikation während der Durchführung der Maßnahme
- Maßnahmenbezogene Information und Beratung
- Förderung der Motivation z. B. zur Kooperation oder Mithilfe bei der Durchführung von Maßnahmen, zur Teilnahme an Aktivitäten (u. a. Teilnahmewunsch erfragen)
- Beobachtung, z. B. Reaktionen des Bewohners auf Maßnahmen, Verhaltensweisen, körperliche Veränderungen etc.
- Gestaltung der Maßnahme unter Berücksichtigung der intellektuellen und kognitiven Fähigkeiten und der emotionalen Befindlichkeit des Bewohners
- Erkennen von Bedürfnissen (z. B. aufgrund von verbalen/nonverbalen Äußerungen des Bewohners, Beobachtungen) und deren angemessene Berücksichtigung
- Maßnahmen zur Wahrung der Intimsphäre
- Maßnahmen zur Gewährleistung einer angemessenen Raumtemperatur und -beleuchtung
- Zusammenstellung, Vor- und Nachbereitung von Materialien (nur bezogen auf Aktivitäten in Anwesenheit des Bewohners, d. h. in der Regel findet dies im Bewohnerzimmer statt; Aktivitäten, die außerhalb des Bewohnerzimmers stattfinden, werden den mittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen zugerechnet, vgl. Kapitel 5.3)
- Beurteilung durchgeführter Maßnahmen z. B. auf zukünftigen Veränderungsbedarf (Ergebnisevaluation)

Die grundlegenden Teilhandlungen finden in den Leistungsbeschreibungen keine gesonderte Erwähnung.

Die überschaubare Systematik zur Beschreibung unmittelbar bewohnerbezogener Leistungen ist also damit verbunden, dass

- mehrere Variationen einer Maßnahme in einer Leistungsbeschreibung zusammengefasst sind;
- Einzelhandlungen, die erforderlich sind, um die Zielsetzung der jeweiligen Maßnahme zu erreichen, in der betreffenden Leistungsbeschreibung gebündelt werden;
- grundlegende Teilhandlungen, die selbstverständlicher Bestandteil jeder Maßnahme sein sollten, in den Leistungsbeschreibungen nicht aufgeführt sind.



5.1.2 Aufbau und Nutzung der Leistungsbeschreibungen für unmittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen

Die Beschreibungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen sind im Kern identisch aufgebaut. Anhand eines Beispiels („Biografieorientierte Einzelaktivitäten“) soll der Aufbau erläutert werden:

Titel/Abkürzung: Jede Leistungsbeschreibung ist mit einem Titel („Leistungskategorie“) und einer Abkürzung versehen. Die Abkürzung kann im Rahmen der Pflegedokumentation genutzt werden, um die Zuordnung von individuell geplanten Maßnahmen zu einer Leistungsbeschreibung auf einen Blick ersichtlich zu machen.

Biografieorientierte Einzelaktivitäten

BE

Thematische Einführung: Die thematische Einführung beschreibt in kurzer Form den Gegenstand der Leistungsbeschreibung, weist auf besonders wichtige Aspekte (z. B. hinsichtlich Prävention/Prophylaxe) und – sofern erforderlich – Abgrenzungen zu anderen Leistungsbeschreibungen hin.

Die vorliegende Leistungsbeschreibung legt den Fokus verstärkt auf die Bedeutung biografischer Arbeit in Form von Einzelaktivitäten und geht somit über die bisher dargestellte generelle Bedeutung einer Biografieorientierung in der vollstationären Pflege hinaus (Biografieorientierung bei der Durchführung von Alltagshandlungen). etc.

Hauptkriterien für den Bedarf: Die Hauptkriterien für den Bedarf geben unabhängig vom Krankheitsbild bzw. der Diagnose Hinweise darauf, welche Bewohner die genannte Leistung benötigen.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Drängendes Bedürfnis nach kommunikativem Austausch über die Vergangenheit
- Kognitive Defizite mit zunehmendem Verlust der Orientierung und Identität
- Apathie, Interessenlosigkeit (z. B. aufgrund von depressiven Stimmungen)
- Eingeschränkte soziale Kontakte (z. B. aufgrund einer dauerhaften Bettlägerigkeit)

Vorrangige Ziele: Die aufgeführten Ziele stellen eine Auswahl dar und decken nicht alle vorstellbaren Ziele ab. Bei Leistungen, die der speziellen Pflege zuzurechnen sind, wurde auf Zielformulierungen verzichtet, da diese implizit in den ärztlichen Ver-/Anordnungen enthalten sind.

Vorrangige Ziele:

- Erhaltung/Stabilisierung personaler Identität
- Förderung des Erinnerungsvermögens
- Erinnerungserleben ermöglichen
- Erhaltung und Förderung des Selbstwertgefühls/subjektiven Wohlbefindens
- Wahrnehmungsförderung
- Rückzugstendenz entgegen wirken

Teilhandlungen: Die Teilhandlungen beschreiben die Elemente bzw. den möglichen Ablauf der Maßnahme (nicht alle aufgeführten Teilhandlungen müssen zwangsläufig Bestandteil der Maßnahme sein, der Ablauf kann bewohnerbezogen variieren). Die Aufstellung der Teilhandlungen macht deutlich, dass die Leistungsbeschreibungen

Gesamtmaßnahmen zum Thema haben, die aus verschiedenen Handlungen bzw. Maßnahmen bestehen. Hierbei ist unbedingt zu berücksichtigen, dass grundlegende Teilhandlungen nicht explizit aufgeführt sind.

Teilhandlungen:

- Unterstützung beim Aufsuchen eines geeigneten Raumes (ruhige und angemessen gestaltete Umgebung, Vermeidung von Reizüberflutung)
- Durchführung der Aktivität (siehe Variationen der Maßnahme) unter Berücksichtigung der kognitiven Fähigkeiten und emotionalen Befindlichkeit des Bewohners

Variationen der Maßnahme: Der Abschnitt „Variationen der Maßnahme“ weist darauf hin, dass die beschriebene Gesamtmaßnahme unterschiedlich ausgestaltet sein kann. Hierbei handelt es sich nicht um eine vollständige Auflistung, sondern um die Benennung gängiger Formen.

Variationen der Maßnahme:

- Geplante und ungeplante Aktivitäten
- Einzelgespräche, die Erinnerungen zum Inhalt haben
- Betrachten von Erinnerungstücken, z. B. Fotos, vertraute Gegenstände, alte Zeitschriften, Bücher/Bildbände, Postkarten
- Aktivierung und Wahrnehmungsförderung mit Hilfe von vertrauten Handlungen (z. B. Tisch decken, Wäsche zusammenlegen, Blumenpflege), Gegenständen (z. B. alte Haushaltsgegenstände), Gerüchen (z. B. Aromaöle)

Ressourcenförderung: Die meisten Leistungsbeschreibungen enthalten Hinweise zur Ressourcenförderung. Hierbei kann unterschieden werden zwischen Maßnahmen, die auf eine direkte Ressourcenförderung abzielen und Maßnahmen, die sich für eine ressourcenfördernde Ausgestaltung bestimmter Teilhandlungen anbieten (vgl. Kapitel 2.3). Alle Maßnahmen können, je nach Ausgestaltung, zur Ressourcenförderung genutzt werden. Da es jedoch Maßnahmen gibt, bei denen eine entsprechende Eignung für den Großteil der Bewohner zur Zeit nicht erkennbar ist bzw. realistisch erscheint, wurde darauf verzichtet, zu allen Leistungsbeschreibungen Hinweise zur Ressourcenförderung zu formulieren.

Ressourcenförderung:

- Unabhängig von der gewählten Variation können alle aufgeführten Maßnahmen zur gezielten Ressourcenförderung genutzt werden, z. B. Motivierung zur aktiven Teilnahme an Gesprächen, Förderung der Selbstwirksamkeit (der Überzeugung, einzelne Handlungen ausführen und Hindernisse überwinden zu können)

Besondere interventionsrelevante Faktoren: Jede Leistungsbeschreibung enthält einen Hinweis auf die Aufstellung der besonderen interventionsrelevanten Faktoren, die sich im Anschluss an die Leistungsbeschreibungen befindet.

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- Siehe Übersicht Seite 16

Diese Faktoren beziehen sich auf personale Merkmale oder Pflegeprobleme, auf welche die jeweilige Maßnahme zwar nicht direkt abzielt, die jedoch gleichwohl erheblichen Einfluss auf die Durchführung bzw. die Gesamtsituation des Bewohners ausüben können. Es kann sich beispielsweise um körperliche Merkmale (Schmerz, Einschränkungen der Mobilität etc.), um den psychischen Status (Ängstlichkeit, Apathie etc.) oder um bestimmte Verhaltensweisen (etwa Abwehr von Unterstützung) handeln.



Besondere interventionsrelevante Faktoren können die Durchführung der jeweiligen Maßnahme erschweren oder ein besonderes Vorgehen notwendig machen. Zum Beispiel können verlangsamte Bewegungsabläufe oder eine eingeschränkte Belastbarkeit des Bewohners dazu führen, dass für die Durchführung einer Maßnahme mehr Zeit als ansonsten üblich eingeplant werden muss.

Zugleich soll die Aufstellung der besonderen interventionsrelevanten Faktoren die Aufmerksamkeit für Problemlagen der Bewohner, die für sich genommen Interventionen bzw. Unterstützung auslösen sollten, schärfen. Ihnen kommt auch deshalb ein besonderer Stellenwert zu, weil ihre Behebung oder Reduzierung maßgeblich dazu beitragen kann, Belastungen der Bewohner zu verringern, Wohlbefinden zu fördern und die Voraussetzungen für eine wirksame bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung zu verbessern.

Anhand der Aufstellung der besonderen interventionsrelevanten Faktoren sollte für jeden Bewohner überprüft werden, ob sie

- eigenständige Problemlagen darstellen, die unabhängig von der ursprünglich geplanten Maßnahme einen Handlungsbedarf nach sich ziehen und/oder
- eine spezielle Ausgestaltung der betreffenden Maßnahme erforderlich machen.

Das Vorgehen kann am Beispiel „Schmerz“ verdeutlicht werden. „Schmerzen beeinflussen das physische, psychische und soziale Befinden und somit die Lebensqualität der Betroffenen“ (DNQP 2005: 22). Schmerz stellt daher, unabhängig von der Durchführung von Maßnahmen, ein eigenständiges Problem dar, welches einen unmittelbaren Handlungsbedarf nach sich zieht.

Schmerz als eigenständiges Problem:

Systematische Schmerzeinschätzung, Kontaktaufnahme und Kooperation mit dem Hausarzt zwecks Diagnosestellung und Therapie, etc.

Spezielle Ausgestaltung von Maßnahmen aufgrund einer bestehenden Schmerzsymptomatik:

Ggf. veränderte Durchführung von Maßnahmen (Verwendung von Hilfsmitteln, veränderte Abläufe) zur Förderung der Schmerzfreiheit bzw. -linderung etc.

Überprüfung und Weiterentwicklung des Leistungsangebots

Anhand der Leistungsbeschreibungen können vollstationäre Pflegeeinrichtungen überprüfen, ob sie die aufgeführten Leistungen zur Zeit erbringen bzw. erbringen könnten. Es wird immer wieder Situationen geben, in denen aufgrund der aktuellen Bedarfslagen der Bewohnerschaft bestimmte Leistungen (z. B. aus dem Bereich der Speziellen Pflege) nicht erbracht werden müssen. Die Einrichtung sollte überprüfen, ob bei sich verändernder Bedarfslage solche Leistungen ohne zeitliche Verzögerung erbracht werden könnten. Ist dies der Fall, so können die Leistungen zum aktuellen Leistungsangebot gezählt werden.

Aktuelles Leistungsangebot – Bestandsaufnahme:

- Welche Leistungen werden zur Zeit in der Pflegeeinrichtung angeboten?
- Welche Leistungen/Variationen von Maßnahmen werden nicht erbracht? Welche Gründe liegen hierfür vor?
- Welche Leistungen werden zur Zeit nicht erbracht, könnten aber kurzfristig angeboten werden?
- Können erbrachte Leistungen anhand der Pflegedokumentation nachvollzogen werden? Kann die Dokumentation als aussagekräftig bezeichnet werden? Werden Leistungen erbracht, die aber nicht dokumentiert werden?

Ergibt die Überprüfung des Leistungsangebots, dass einige Leistungen oder wesentliche Teilhandlungen/Variationen von Maßnahmen nicht erbracht werden bzw. erbracht werden können, sollte die Einrichtung über eine Erweiterung des Leistungsangebots nachdenken. Hierbei sollte überprüft werden, ob alle Maßnahmen bzw. Variationen von Maßnahmen für die Einrichtung relevant sind. Zum Beispiel ist vorstellbar, dass aufgrund einer Spezialisierung der Einrichtung bzw. von Wohnbereichen für bestimmte Maßnahmen bzw. Variationen von Maßnahmen generell kein Bedarf besteht.

Aber auch Leistungen, welche die Einrichtung zur Zeit bereits vorhält, sollten hinsichtlich Qualität und Quantität überprüft werden. Die Überprüfung sollte sowohl die Berücksichtigung der grundlegenden Qualitätsanforderungen (Ressourcenförderung, biografieorientiertes Arbeiten, präventives Handeln), die grundlegenden Teilhandlungen (z. B. Gestaltung der Kontaktaufnahme zum Bewohner, Motivierung), die Beachtung der besonderen interventionsrelevanten Faktoren im Rahmen der Erbringung von Leistungen als auch die Quantität (z. B. Häufigkeit und Dauer von Maßnahmen) einbeziehen.

Überprüfung des aktuellen Leistungsangebots:

Berücksichtigt das derzeitige Leistungsangebot in ausreichendem Maße

- Ressourcenförderung (vgl. Kapitel 2.3)?
- Präventives Handeln (vgl. Kapitel 2.4)?
- Biografieorientiertes Arbeiten (vgl. Kapitel 2.2)?
- Grundlegende Teilhandlungen (z. B. Motivierung)?
- Besondere interventionsrelevante Faktoren?

Erreicht das derzeitige Leistungsangebot bezogen auf Maßnahmen zur Förderung der Mobilität, biografieorientierte und orientierungs-/gedächtnisfördernde Maßnahmen alle Bewohner?

- Werden alle (mobilen, immobilen, bettlägerigen, kognitiv uneingeschränkten, kognitiv eingeschränkten etc.) Bewohner entsprechend ihrer Bedarfslage bei der Planung/Durchführung von Einzel-/Gruppenaktivitäten berücksichtigt? Oder profitiert zur Zeit nur ein Teil der Bewohner vom bestehenden Angebot?



- Entspricht das derzeitige Leistungsangebot dem aktuellen Bedarf der Bewohner? Sollten ggf. einige Angebote verändert (z. B. hinsichtlich Zielgruppe, Inhalt, Dauer, Häufigkeit) oder aufgegeben werden?

Erweiterung/Verbesserung des Leistungsangebots:

Soll das Leistungsangebot der Einrichtung erweitert und verbessert werden?

- Welche bisher nicht erbrachten Leistungen/Variationen von Maßnahmen sind hierbei für die Einrichtung relevant?
- Welche Leistungen des derzeitigen Angebots bedürfen der Weiterentwicklung, z. B. hinsichtlich grundlegender Qualitätsanforderungen?

Welche Schritte sind zur Erweiterung bzw. Weiterentwicklung des Leistungsangebots erforderlich?

- Konzeptionelle Anpassungen?
- Qualifizierungsmaßnahmen?
- Organisatorische Anpassungen?
- etc.

Qualifikationsorientierte Arbeitsteilung

Zusätzlich zum Leistungsangebot sollte auch überprüft werden, welche Berufsgruppen/Mitarbeiter zur Zeit welche Leistungen erbringen und wie Zuständigkeiten und der Austausch untereinander geregelt sind.

- Wer ermittelt den Bedarf des Bewohners in Bezug auf die erforderlichen Leistungen? Erfolgt dies durch mehrere Mitarbeiter/Berufsgruppen? Wer koordiniert und steuert den Informationsaustausch (vgl. Kapitel 3)?
- Ist geregelt, welche Mitarbeiter (mit welcher Qualifikation) die Leistungen erbringen oder machen „alle Mitarbeiter alles“?
- Wenn Pflegekräfte und Mitarbeiter des Sozialen Dienstes bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen gleichermaßen beteiligt sind: Wie und durch wen erfolgt die Koordination und Steuerung?

Arbeitshilfe zur Gestaltung und Dokumentation des Pflegeprozesses

Die Leistungsbeschreibungen enthalten keine expliziten Hinweise zur Gestaltung der Pflegedokumentation, können aber dennoch im Sinne einer Arbeitshilfe genutzt werden. Auf eine ausführliche Darstellung des Pflegeprozesses und der Anforderungen an eine angemessen gestaltete Pflegedokumentation wurde bewusst verzichtet, da die theoretischen Grundlagen u. a. in Pflegelehrbüchern enthalten und Gegenstand der Pflegeausbildung sind sowie andere Veröffentlichungen hierzu vorliegen (siehe z. B. MDS 2005, Kellnhauser et al. 2004, Menche/Bazlen 2004, Seel/Hurling 2001, Arets et al 1996).

Statt der Darstellung theoretischer Grundlagen soll im Folgenden gezeigt werden, wie die Beschreibungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen als Arbeitshilfe zur Gestaltung und Dokumentation des Pflegeprozesses genutzt werden können. Die Arbeitshilfe bezieht sich hierbei schwerpunktmäßig auf die Planung und Dokumentation von Pflegezielen und -maßnahmen.

Um die Leistungsbeschreibungen sinnvoll als Arbeitshilfe nutzen zu können, sind einige Voraussetzungen erforderlich:

- Den Mitarbeitern ist das Grundanliegen und die Systematik der Leistungsbeschreibungen bekannt.
- Fragen der Zuständigkeit für die Steuerung des Pflegeprozesses und somit auch die Verantwortung für die Pflegedokumentation sind geklärt (z. B. gemäß den Vorschlägen zur qualifikationsorientierten Arbeitsteilung und der Empfehlung zu Funktion und Aufgaben der zuständigen Pflegefachkraft, vgl. Kapitel 3).
- Die Mitarbeiter verfügen über ausreichende Kenntnisse u. a. zu den Themen Ressourcenförderung, präventives Pflegehandeln, Biografieorientiertes Arbeiten, Pflegeplanung und -dokumentation.
- Die Biografieerfassung erfolgt gemäß den Vorgaben des Kriterienkatalogs „Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug“ (vgl. Kapitel 4).
- Das pflegerische Assessment wird entsprechend der Anforderungen des Kriterienkatalogs „Pflegerisches Assessment“ durchgeführt (vgl. Kapitel 4).

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, so kann die jeweils für die Erstellung der Pflegeplanung verantwortliche Pflegefachkraft die Leistungsbeschreibungen als Arbeitshilfe hinzuziehen. Die Pflegefachkraft prüft – auf der Grundlage der Ergebnisse des pflegerischen Assessments – den gesamten Katalog der Leistungsbeschreibungen hinsichtlich der Relevanz der Leistungen für den betreffenden Bewohner. Dies wird zu Beginn sicherlich mehr Zeit in Anspruch nehmen als ansonsten für die Erstellung der Pflegeplanung erforderlich ist, aber je häufiger und intensiver die Auseinandersetzung mit den Leistungsbeschreibungen erfolgt, desto unproblematischer und damit auch mit einem geringeren Zeitaufwand verbunden wird deren Nutzung sein.

Die *thematische Einführung* dient als kurze Einleitung zur Leistungsbeschreibung und enthält einige wenige Hinweise (u. a. Hinweise zum präventiven Handeln, zur Abgrenzung zu anderen Leistungsbeschreibungen). Es ist davon auszugehen, dass diese Einführung von einer erfahrenen Pflegefachkraft nicht unbedingt benötigt wird, da sie in der Regel über entsprechende Kenntnisse verfügt. Für andere Mitarbeiter kann die Einführung, aber auch die Leistungsbeschreibung an sich, bisher nicht bekannte Aspekte beinhalten, die Anstoß zur weiteren Auseinandersetzung mit der Thematik geben können.

Unter Verwendung der Ergebnisse des pflegerischen Assessments werden die *Hauptkriterien für den Bedarf* daraufhin überprüft, ob sie für den Bewohner zutreffend sind und somit Leistungen der vorliegenden Leistungsbeschreibung relevant sind. Da es sich hier um eine Auflistung von Hauptkriterien handelt, können Leistungen auch durchaus aufgrund weiterer Kriterien erforderlich werden (Erweiterung der Hauptkriterien aufgrund der individuellen Bewohnersituation).

Anschließend werden die *vorrangigen Ziele* hinsichtlich ihrer Relevanz für den Bewohner überprüft. Es ist unbedingt zu beachten, dass auch die Auflistung der Ziele keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Die Formulierungen sollten nicht in der dargestellten Form als Pflegeziel im Rahmen der Pflegeplanung übernommen werden. Pflegeziele sollten vielmehr individuell auf den Bewohner bezogen (so konkret wie möglich) und nicht anhand „standardisierter“ allgemeiner Vorgaben formuliert werden. Es ist auch zu überprüfen, ob „Prävention/Prophylaxe“ und „Ressourcenförderung“ bei der Formulierung der Zielsetzung berücksichtigt werden können/sollen.



Bei der Planung von Maßnahmen, die zur Zielerreichung führen sollen, können die Abschnitte *Teilhandlungen*, *Variationen der Maßnahme*, *Ressourcenförderung* und *Besondere interventionsrelevante Faktoren* herangezogen werden. Diese vier Abschnitte der Leistungsbeschreibungen geben jeweils Hinweise für die Auswahl und Gestaltung der Maßnahme, daher sind sie bei der Planung gemeinsam in den Blick zu nehmen.

Bei der Planung und Formulierung von Pflegemaßnahmen ist jeweils darauf zu achten, dass

- alle Teilhandlungen differenziert beschrieben werden (und sich daher von der allgemeinen Ebene der Leistungsbeschreibungen deutlich unterscheiden, z. B. sollte die Teilhandlung „Unterstützung bei der Fortbewegung“ konkret auf den jeweiligen Bewohner bezogen beschrieben werden),
- überprüft wird, ob die Maßnahme zur Ressourcenförderung genutzt werden kann bzw. sollte (vgl. Kapitel 2.3),
- überprüft wird, welche besonderen interventionsrelevanten Faktoren für den Bewohner zutreffen und welche bei der Durchführung der Maßnahme beachtet werden müssen bzw. welche sich als eigenständige Problemlage erweisen und daher Interventionen unabhängig von der geplanten Maßnahmen erforderlich machen.

Die Leistungsbeschreibungen beziehen sich nicht ausschließlich auf planbare Maßnahmen, sondern beziehen auch ungeplante Maßnahmen ein. Ungeplante Maßnahmen sind unter Darstellung der einzelnen Teilhandlungen (im Pflegebericht) detailliert zu beschreiben. Der in der Pflegeplanung beschriebene Ablauf von Maßnahmen (Teilhandlungen) ist dagegen nicht Gegenstand des Pflegeberichts (Vermeidung von Doppeldokumentation). Die Beschreibung von Besonderheiten, z. B. bezüglich der Reaktion des Bewohners auf die Durchführung der Maßnahme, der Eigenaktivität des Bewohners, der konkreten Situation oder verwendeter Materialien, sollte allerdings im Pflegebericht erfolgen. Dieser ist zur Evaluation der Pflegeziele heranzuziehen und kann bei der Aktualisierung der Pflegeplanung wertvolle Hinweise geben.

Die folgende Auflistung kann ergänzend zur Nutzung der Leistungsbeschreibungen als Arbeitshilfe dazu beitragen, *besonders wichtige Aspekte* bei der Entwicklung von Pflegezielen und Planung von Maßnahmen nicht aus dem Blick zu verlieren. Der Fragenkatalog erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit; die Reihenfolge der Fragen stellt zudem keine wertende Rangfolge dar.

Grundsätze der Pflegeplanung (Pflegeziele und Maßnahmenplanung)

- Werden der Bewohner und/oder seine Angehörigen in die Entwicklung von Pflegezielen und in die Maßnahmenplanung einbezogen?
- Werden Kenntnisse der individuellen Biographie bei der Entwicklung von Zielen und Maßnahmen genutzt?
- Werden Interessen/Vorlieben, die sich erst nach dem Heimeinzug entwickelt haben, berücksichtigt?
- Wird bei der Festlegung von Zielen und Maßnahmen die individuelle Situation des Bewohners angemessen und in ausreichendem Maße berücksichtigt (z. B. Vermeidung von Über-/ Unterforderung)?
- Wird bei der Entwicklung von Pflegezielen darauf geachtet, dass sie bewohnerorientiert, realistisch, erreichbar und überprüfbar sind?
- Sind die geplanten Maßnahmen verständlich und konkret („wer, was, wann, wie oft, wo, wie“) formuliert (vgl. MDS 2005)?

Ressourcenförderung und präventives Handeln

- Existieren Ansatzpunkte für Ressourcenerhaltung bzw. -förderung? Wurden darauf bezogene Pflegeziele und eine Maßnahmenplanung entwickelt, in der ressourcenfördernde Maßnahmen ausdrücklich aufgeführt sind?
- Werden alle bestehenden gesundheitlichen Risiken in der Maßnahmenplanung berücksichtigt? Ist anhand der Pflegedokumentation nachvollziehbar, warum ggf. trotz bestehender gesundheitlicher Risiken keine darauf bezogenen Maßnahmen ausgewiesen sind?
- Wird die Erhaltung bzw. Förderung der Mobilität und der kognitiven Fähigkeiten in ausreichendem Maße in der Maßnahmenplanung berücksichtigt?

(Weitere Aspekte der Ressourcenförderung/des präventiven Handelns können sich bei der Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen bzw. Bedürfnissen ergeben, siehe unten)

Tagesstrukturierung und nächtlicher Unterstützungsbedarf

- Existiert ein Bedarf an Unterstützung bei der Entwicklung einer individuell geeigneten Tagesstrukturierung? Wird dies in den Pflegezielen und der Maßnahmenplanung berücksichtigt?
- Werden besondere Problemlagen am Abend bzw. in der Nacht (z. B. Unruhe, Einschlaf-/ Durchschlafstörungen) angemessen berücksichtigt? Wurde im Rahmen des Assessments überprüft, ob diese Problemlagen möglicherweise durch eine ungünstige Tagesstrukturierung oder unzureichende Beschäftigungsangebote während des Tages verursacht/gefördert werden, und wurden daraus Konsequenzen für die Tagesstrukturierung gezogen (vgl. Kapitel 6)?

Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen bzw. Bedürfnissen

- Wird einem bestehenden Unterstützungsbedarf bei psychischen und sozialen Problemlagen bzw. Bedürfnissen oder konfliktbehafteten Situationen durch geplante Einzel- und/oder Gruppenaktivitäten oder andere Maßnahmen entsprochen?
- Bei der geplanten Teilnahme an Gruppenaktivitäten: Wurde die Angemessenheit von Angebotsart, -dauer, -ort und Teilnehmerzahl entsprechend der Situation des Bewohners überprüft?
- Berücksichtigt die Maßnahmenplanung die besondere Situation von Bewohnern, die gleichzeitig von kognitiven Einbußen und Immobilität betroffen sind? Sind bei diesen Bewohnern in ausreichendem Umfang Maßnahmen zur Förderung der sozialen Teilhabe und zur Entlastung bei psychischen Problemlagen vorgesehen?
- Werden selbst- und fremdgefährdendes Verhalten und andere problematische Verhaltensweisen bei der Zielsetzung bzw. Maßnahmenplanung berücksichtigt?
- Wird die Förderung des Kontaktes zwischen Bewohner und Angehörigen im Bedarfsfall als Zielsetzung aufgenommen (vgl. Kapitel 6)?

Dokumentationsanforderungen müssen nicht nur im Hinblick auf die Leistungsbeschreibungen, sondern im Zusammenhang mit weiteren Bausteinen des Referenzkonzeptes gesehen werden, u. a. den Kriterienkatalogen „Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug“ und „Pflegerisches Assessment“ sowie den Qualitätsmaßstäben (vgl. Kapitel 4 und 6).

Die in diesen Konzeptbausteinen in Bezug auf die Pflegedokumentation aufgeführten Anforderungen enthalten sowohl inhaltliche („Was soll dokumentiert werden“) als auch organisatorische („Wer dokumentiert was zu welchem Zeitpunkt“) Vorgaben.



5.1.3 Aufbau und Nutzung der Leistungsbeschreibungen für mittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen

Inhalt und Aufbau der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen

Bei den mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen handelt es sich fast ausschließlich um Leistungen, die im Unterschied zu den unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen nicht in direktem Kontakt zum Bewohner erbracht werden. Es gibt einige wenige Ausnahmen, z. B. die Erhebung des pflegerischen Assessments einschließlich der Erfassung biografischer Informationen oder die Abstimmung der Pflegeplanung mit dem Bewohner. Auch die Zusammenarbeit mit Angehörigen kann im Beisein des Bewohners erfolgen, z. B. bei gemeinsamen Gesprächen oder bei der Teilnahme von Angehörigen an der Bewohnerversorgung. Allerdings handelt es sich dabei nicht um Versorgungsleistungen im engeren Sinne, wie sie die Leistungsbeschreibungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen vorsehen.

Insgesamt wurden 12 Kategorien zur Beschreibung der *mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen* gebildet. Die Beschreibungen mittelbar bewohnerbezogener Maßnahmen weichen in ihrem Aufbau von den anderen Leistungsbeschreibungen deutlich ab. Wie die nachfolgend beispielhaft aufgeführte Kategorie „Pflegeplanung und -dokumentation“ zeigt, beinhalten diese Leistungsbeschreibungen lediglich eine Zuordnung von Maßnahmen ohne nähere Erläuterungen oder Hinweise auf fachliche Anforderungen.

Pflegeplanung und -dokumentation

Anlegen einer Pflegedokumentation beim Einzug neuer Bewohner

Erstellen des ersten pflegerischen Assessments und Erfassung biografischer Informationen im Rahmen des Heimeinzugs (in Kooperation zwischen Pflege und Sozialem Dienst und unter Einbezug der Angehörigen) und Aktualisierung bzw. Fortschreibung während des Heimaufenthaltes.

Weiterführende Informationen hierzu enthalten der Kriterienkatalog „Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug“ und die Qualitätsmaßstäbe „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ und „Zusammenarbeit mit Angehörigen“.

- Erfassung und Dokumentation von Ressourcen und Problemen/Risiken/Gefährdungen
- Erstellen der Pflegeplanung
- Regelmäßige inhaltliche Überprüfung und Aktualisierung der Pflegeplanung
- etc.

Empfehlungen für eine qualifikationsorientierten Arbeitsteilung

Der vorliegende Katalog kann auch als Grundlage zur Entwicklung einer qualifikationsorientierten Arbeitsteilung dienen. Pflegefachkräfte sollte ihre Arbeit auf solche Aufgaben konzentrieren, die vergleichsweise hohe fachliche Anforderungen mit sich bringen. Dies betrifft ganz besonders die Übernahme der Verantwortung für die *Steuerung und Koordination* des individuellen Pflegeprozesses (siehe auch Konzeptbaustein „Funktion und Aufgaben der zuständigen Pflegefachkraft“) und aller sonstigen individuellen Versorgungsleistungen. Sie sollten dementsprechend soweit wie möglich von anderen Tätigkeiten, für die keine besondere Fachqualifikation erforderlich ist, entlastet werden. Empfehlungen zur qualifikationsorientierten Arbeitsteilung wurden daher in den Katalog der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen integriert. Anhand von Symbolen wird erkennbar, welche Leistungen ausschließlich von Pflegefachkräften, von „Nicht-Fachkräften“ bzw. sowohl von Pflegefachkräften als „Nicht-Fachkräften“ erbracht werden sollten.

- Tätigkeiten, die in den Zuständigkeitsbereich einer Pflegefachkraft oder Wohnbereichsleitung fallen sollten
- Tätigkeiten, die anderen Mitarbeitern („Nicht-Fachkräften“) vorbehalten bleiben können
- Tätigkeiten, für die sich eine Zuständigkeit nicht klar definieren lässt, die also sowohl von Pflegefachkräften als auch von anderen Mitarbeitern durchgeführt werden.

Bestandsaufnahme der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen

In erster Linie dienen die Beschreibungen der übersichtlichen Darstellung der *mittelbar* bewohnerbezogenen Leistungen. Hierdurch wird erkennbar, dass unabhängig von den *unmittelbar* bewohnerbezogenen Leistungen eine Vielzahl weiterer Aufgaben von den Mitarbeitern der Wohnbereiche der Pflegeeinrichtung zu erfüllen ist.

Bei mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen ist es im Gegensatz zu anderen Maßnahmen größtenteils nicht möglich, einen Leistungsumfang in Abhängigkeit vom individuellen Pflegebedarf zu bestimmen. Übernimmt z. B. ein Mitarbeiter Aufgaben im Rahmen der Wäscheversorgung für alle Bewohner, kann kaum der zeitliche Aufwand in Bezug auf den einzelnen Bewohner exakt ermittelt werden. Dahingegen kann der zeitliche Aufwand z. B. bei der Unterstützung bei Waschungen, bewohnerbezogen erfasst werden. Auch aufgrund dieses Sachverhalts wurden unmittelbar und mittelbar bewohnerbezogene Leistungen voneinander abgegrenzt.

Anhand des Katalogs können Einrichtungen ermitteln, welche mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen sie erbringen, um erstens ihr komplettes Leistungsangebot (unmittelbar und mittelbar bewohnerbezogene Leistungen) darstellen und es zweitens auf Zweckmäßigkeit überprüfen zu können.

- Welche mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen werden (auf dem Wohnbereich) erbracht?
- Ist die Erbringung dieser Leistungen erforderlich oder gibt es Leistungen, die nicht (mehr) erbracht werden sollten?
- Gibt es Leistungen, die zusätzlich erbracht werden müssten?

Pflegeeinrichtungen sollten sich außerdem einen Überblick darüber verschaffen, welche Mitarbeiter welche mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen erbringen. Anschließend sollte, ausgehend von der jeweiligen Mitarbeiterqualifikation, geprüft werden, ob die bestehende Arbeitsteilung als sinnvoll erachtet wird oder ob Veränderungen (z. B. entsprechend der oben erwähnten Empfehlungen) vorgenommen werden sollten. Zur Klärung dieser Frage, sollte auch der Konzeptbaustein „Funktion und Aufgaben der zuständigen Pflegefachkraft“ hinzu gezogen werden.

- Welche Mitarbeiter erbringen zur Zeit welche mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen?
- Gibt es Regelungen, wonach die Erbringung mittelbar bewohnerbezogener Leistungen in Abhängigkeit von der Mitarbeiterqualifikation erfolgt?
- Wenn ja, werden diese Regelungen konsequent umgesetzt? Besteht Veränderungsbedarf?
- Wenn nein, wie sollte eine entsprechende Regelung aussehen?
- Sind bestehende bzw. neue Regelungen zur Arbeitsteilung Bestandteil von Stellenbeschreibungen?
- Berücksichtigt das Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeiter die aktuellen Regelungen?



5.2 Unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen

Unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen auf einen Blick

		Seite
5.2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität		17
1 Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität	MOB	18
2 Gruppenaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität	GAM	20
3 Lagerungen	LA	22
4 Unterstützung beim Aufstehen und Zubettgehen	AZB	23
5 Unterstützung beim An-, Aus- und Umkleiden	KL	24
6 Unterstützung beim Gehen, Stehen, Treppensteigen, Fortbewegen im Rollstuhl	GSTR	25
5.2.2 Unterstützung bei der Ernährung		27
7 Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	NA	28
8 Hilfe bei der Sondenernährung	SONA	30
5.2.3 Unterstützung im Bereich Ausscheidungen		31
9 Hilfen beim Toilettengang	TG	32
10 Hilfen bei der Ausscheidung	AUS	34
5.2.4 Unterstützung im Bereich der Körperpflege		35
11 Unterstützung bei Waschungen	WA	36
12 Unterstützung beim Duschen/Baden	DB	37
13 Unterstützung bei der sonstigen Körperpflege	SK	38
5.2.5 Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen		40
14 Einzelgespräche	EG	41
15 Biografieorientierte Einzelaktivitäten	BE	43
16 Biografieorientierte Gruppenaktivitäten	GAB	44
17 Orientierungs-/gedächtnisfördernde Einzel- und Gruppenaktivitäten	OGA	46
18 Einzel- und Gruppenaktivitäten zur Beschäftigung	BA	47
19 Religiös/spirituell geprägte Einzel- und Gruppenaktivitäten	RA	49
20 Unterstützung bei sozialen Kontakten/sozialer Teilhabe	SOK	50
21 Interventionen bei Wanderungstendenz	IWT	52
22 Einzelbetreuung bei Selbst- und Fremdgefährdung	EBG	54
23 Interventionen bei speziellen psychischen Problemlagen	ISP	55
5.2.6 Spezielle Pflege		56
24 Wundversorgung und Verbände	WV	57
25 Medizinische Einreibung	ME	57
26 Medikamentengabe	MED	58
27 Subcutane Injektionen	SC	59
28 Kontrolle Vitalparameter/Gewicht	VIT	59
29 Blutzuckerkontrollen	BZ	60
30 Rektale Abführmethoden	RAB	60
31 Blasenkatheter legen/wechseln	BKAT	61
32 Sonstige spezielle Pflege	SSP	61
5.2.7 Besondere interventionsrelevante Faktoren		62
5.2.8 Übersicht zum präventiven/prophylaktischen Pflegehandeln		64

5.2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Dieser Maßnahmenbereich umfasst Leistungen zur expliziten Förderung bzw. Erhaltung der Mobilität (direkte Ressourcenförderung), Lagerungen, Unterstützung beim Aufstehen und Zubettgehen, beim Kleiden, bei der Fortbewegung und beim Verlassen bzw. Wiederaufsuchen der Einrichtung.

Mobilitätseinbußen haben erhebliche Auswirkungen auf nahezu alle alltäglichen Verrichtungen. Empirische Studien belegen, dass das Ausmaß der Abhängigkeit von Fremdhilfe außerordentlich stark vom Grad der Mobilität abhängt (Wingenfeld/Schnabel 2002, Schneekloth/Potthoff 1993). Sie nehmen Einfluss auf die gesamte individuelle Lebensgestaltung, auch in sozialer Hinsicht. So können Bewohner aufgrund von Einschränkungen der Mobilität z. B. nicht mehr in der Lage sein, ihre sozialen Kontakte zu pflegen, und bedürfen hierbei der Unterstützung. Der Mobilität kommt somit eine zentrale Bedeutung im Zusammenhang mit Lebensqualität und subjektiv empfundenem Wohlbefinden zu (Bourret et al. 2002; Stemper 2002).

Um die grundlegende Relevanz des Themas „Mobilität“ zu unterstreichen, wurde dieser Themenbereich allen anderen vorangestellt.

„Im Alter verschlechtern sich alle Dimensionen der Bewegung wie Kraft, Ausdauer, Koordination und Beweglichkeit“ (Oster et al. 2005: 11). Dennoch kann die körperliche Leistungsfähigkeit auch noch im hohen Alter trainiert werden, um einerseits Risiken (z. B. Sturzrisiko) zu mindern und andererseits die selbständige Alltagsbewältigung zu fördern (Stemper 2002, Meusel 2000, Fiatarone et al. 1990).

Bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Erhaltung bzw. Förderung der Mobilität sollten neben der konkreten Gestaltung von Maßnahmen u. a. auch folgende Fragestellungen einbezogen werden:

- Ist im Vorfeld eine ärztliche Einschätzung erforderlich?
- Besteht die Möglichkeit, Kontakt zu weiteren Berufsgruppen (z. B. Physiotherapie) aufzunehmen und Maßnahmen abzustimmen?
- Ist das aktuelle Aktivitäts-/Bewegungsprofil des Bewohners bekannt?
- Sind biografische Informationen zu den Themen „Sport und Bewegung“ bekannt, die ggf. genutzt werden können, um den Bewohner zur Teilnahme an der Aktivität anzuregen?
- Ist sicher gestellt, dass die Maßnahme regelmäßig durchgeführt wird?

Maßnahmen zur Förderung der Mobilität sollten alle Aspekte der körperlichen Leistungsfähigkeit umfassen und sich daher, z. B. bei stehfähigen Bewohnern, nicht nur auf Übungseinheiten in sitzender Position („Sitzgymnastik“) beschränken. Ein körperliches Training macht zudem nur dann Sinn, wenn es regelmäßig erfolgt (u. a. Oschütz/Belinová 2003). Positive Entwicklungen durch Maßnahmen zur Mobilitätsförderung konnten u. a. auch bei kognitiv eingeschränkten Bewohnern festgestellt werden (Oswald et al. 2005).

Die im Folgenden aufgeführten Maßnahmen verfolgen unterschiedliche Zielsetzungen. Hervorzuheben sind jedoch zwei allen Leistungen gemeinsame und somit zentrale Aspekte: Ressourcenförderung und präventives/prophylaktisches Handeln.

Aus den oben genannten Gründen verdient die *Förderung bzw. Erhaltung der Mobilität* als Grundlage zahlreicher Aktivitäten des täglichen Lebens besondere Aufmerksamkeit im Versorgungsalltag. Gruppen- bzw. Einzelaktivitäten zur Förderung der Mobilität (siehe MOB und GAM) können und sollten gezielt zur Ressourcenförderung genutzt werden. Auch die Unterstützung beim Aufstehen und Zubettgehen (AZB), Kleiden (KL) oder bei der Fortbewegung (GSTR) bietet zahlreiche Möglichkeiten,



Ressourcenförderung zu praktizieren. So haben z. B. regelmäßige muskuläre Beanspruchungen im Rahmen von Alltagshandlungen auch leistungs- und gesundheitserhaltende Effekte (vgl. Jeschke/Zeilberger 2004)

Einschränkungen der Mobilität tragen dazu bei, dass Bewohner besonderen Gefährdungen (z. B. Dekubitus, Kontrakturen, Sturz) ausgesetzt sind. Vor diesem Hintergrund kommt dem präventiven/prophylaktischen Handeln ein besonderer Stellenwert zu. Jede der aufgeführten Leistungen beschreibt Möglichkeiten des präventiven/prophylaktischen Handelns. In Abhängigkeit von der konkreten Ausgestaltung der Situation können z. B. Positionswechsel im Bett oder Stuhl, Transfers oder Bewegungsabläufe im Rahmen des Ankleidens Teilaspekte der Sturz-, Dekubitus-, Kontrakturen-, Thromboembolie-, Pneumonie- oder Obstipationsprophylaxe umfassen.

1. Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität (MOB)

Die unter „Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität“ aufgeführten Maßnahmen dienen vorrangig der *Förderung von Ressourcen* und der *Prävention/Prophylaxe*. Sie sind nicht gleichzusetzen mit der Mobilitätsförderung im Rahmen von Alltagsverrichtungen (z. B. während der Körperpflege). Auch der Transfer von Bewohnern aus dem Bett in einen Rollstuhl/Sessel und anschließendes Verbleiben in der Sitzposition (im Pflegealltag häufig als „Bewohner wird mobilisiert“ bezeichnet) fällt nicht unter diese Leistungsbeschreibung.

Vielmehr handelt es sich um eigenständige Maßnahmen, die in den Tagesablauf der Bewohner integriert werden. Zur Planung ist im Vorfeld eine systematische Erfassung und Einschätzung der individuellen Ressourcen und Probleme erforderlich. Der Grundsatz, Ressourcenförderung auf der Basis einer sorgfältigen Einschätzung von Verbesserungsaussichten und Belastungstoleranz durchzuführen, gilt hier in besonderem Maße.

Die Maßnahmen können bei gezielter Planung und sachgerechter Durchführung die Körperwahrnehmung fördern und Teilaspekte der Sturz-, Kontrakturen-, Thromboembolie-, Pneumonie-, Dekubitus- und Obstipationsprophylaxe umfassen (Köther/Gnam 2000).

Die Leistung ist insbesondere für Bewohner relevant, die aus unterschiedlichen Gründen nicht an Gruppenaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität (GAM) teilnehmen bzw. aufgrund bestehender individueller Problemlagen einer intensiveren Mobilitätsförderung bedürfen.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Bewohner/-in kann sich im Bett/Sessel/Rollstuhl nicht oder nur eingeschränkt selbständig bewegen (ggf. auch aufgrund einer Fixierung)
- Steh-/Gehunfähigkeit
- Sturzrisiko
- Kontrakturen-, Thrombose-, Pneumonie-, Dekubitus-, Obstipationsgefährdung
- Ausgeprägte körperliche, kognitive und/oder psychische Beeinträchtigungen führen dazu, dass Bewohner/-in nicht an Gruppenaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität teilnehmen kann

Vorrangige Ziele:

- Förderung und Erhaltung der Mobilität (Grob-, Feinmotorik, Bewegungsradius, Muskelkraft, Gleichgewicht)
- Förderung und Erhaltung der Körperwahrnehmung
- Förderung des venösen Rückstroms zum Herzen
- Druckentlastung dekubitusgefährdeter Körperstellen
- Verbesserte Belüftung der Lunge
- Anregung der Darmperistaltik
- Abwechslung im Tagesablauf ermöglichen

Teilhandlungen:

- Unterstützung beim Aufsuchen eines geeigneten Raumes (ruhige und angemessen gestaltete Umgebung, Vermeidung von Reizüberflutung)
- Unterstützung bei der Einnahme einer günstigen Körperhaltung
- Durchführung der Aktivität (siehe Variationen der Maßnahme)
- Lagerung des Bewohners nach Abschluss der Aktivität

Variationen der Maßnahme:

- Übungen mit/ohne Hilfsmittel
- Passive, assistive, aktive, resistive Bewegungsübungen
- Training von Schritt-/Standfestigkeit, Gehübungen, Gleichgewichtsübungen, Übungen zum Gebrauch von Aufsteh-/Gehhilfen (Teilaspekt der Sturzprophylaxe)
- Übungen zur Aktivierung der Muskel-Venen-Pumpe (Teilaspekt der Thromboembolieprophylaxe)
- Atemübungen, atemstimulierende Einreibung (Teilaspekt der Pneumonieprophylaxe)
- Bewegungsübungen zur Druckentlastung dekubitusgefährdeter Körperstellen, Mikrobewegungen (Teilaspekt der Dekubitusprophylaxe)
- Bewegungsübungen zur Erhaltung der Gelenkbeweglichkeit (Teilaspekt der Kontrakturen-/ Spitzfußprophylaxe)
- Bewegungsübungen zur Anregung der Darmperistaltik (Teilaspekt der Obstipationsprophylaxe)
- Mobilitätstraining (z. B. zum Erhalt physiotherapeutischer Erfolge, nach einer Phase der Immobilität)
- Transferübungen (z. B. Bett – Stuhl/Rollstuhl)
- Motivierung/Anleitung zur aktiven Teilnahme

Ressourcenförderung:

- Unabhängig von der gewählten Variation können alle aufgeführten Maßnahmen zur gezielten Ressourcenförderung genutzt werden, z. B. Verbesserung der Beweglichkeit, Förderung des Selbstvertrauens in die eigenen körperlichen Fähigkeiten, verbesserte Körperwahrnehmung, Erlernen veränderter Bewegungsabläufe zur besseren Alltagsbewältigung (z. B. durch Übungen zum Gebrauch von Hilfsmitteln)

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



2. Gruppenaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität

(GAM)

Diese Leistung umfasst ein breites Spektrum unterschiedlicher Variationen der Maßnahmen zur Förderung/Erhaltung der Mobilität. Sie hat, vergleichbar mit der Leistung „Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität“ (MOB), vorrangig die Funktion der *Ressourcenförderung und der Prävention/Prophylaxe*.

Die Angebotsplanung orientiert sich an der Bewohnerstruktur. Vermieden werden sollte eine Angebotsfülle, die nur von wenigen Bewohnern genutzt wird. Es ist vielmehr anzustreben, zielgruppenorientierte Aktivitäten anzubieten, damit möglichst viele Bewohner angesprochen und einbezogen werden können (Jenull-Schiefer/Janig 2004).

In Abhängigkeit von der Zielsetzung können sich diese Gruppenaktivitäten hinsichtlich Angebotsart, -dauer, -ort und Teilnehmerzahl stark voneinander unterscheiden. So sollten z. B. Angebote für kognitiv beeinträchtigte Bewohner aufgrund der ggf. eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit von relativ kurzer Dauer sein, in kleinen Gruppen stattfinden und Übungen beinhalten, die keiner komplizierten Erläuterung bedürfen. Eine Gruppenaktivität für kognitiv unbeeinträchtigte, aber mobilitätseingeschränkte Bewohner wird sich wiederum an anderen Kriterien orientieren müssen. Auch die zum Aufsuchen des entsprechenden Raumes zurückzulegende Wegstrecke und der hierbei ggf. erforderliche Unterstützungsbedarf ist zu berücksichtigen. Es kann daher, in Abhängigkeit von den räumlichen Gegebenheiten der Einrichtung, sinnvoll sein, Gruppenaktivitäten wohnbereichsintern anzubieten. Auch wenn es sich in der Regel um geplante Aktivitäten handeln wird, ist ein wohnbereichsinternes „spontanes“ Angebot durchaus vorstellbar.

Bewohner, die zur Teilnahme an einer Gruppenaktivität zur Förderung bzw. Erhaltung der Mobilität nicht in der Lage sind, benötigen ein individuelles Angebot („Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität“ MOB).

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Ein Bedarf gilt bei allen Bewohnern als gegeben, soweit sie Bereitschaft aufweisen und zur Teilnahme an Gruppenaktivitäten in der Lage sind.

Vorrangige Ziele:

- Förderung und Erhaltung der Mobilität (Grob-, Feinmotorik, Bewegungsradius, Muskelkraft, Gleichgewicht)
- Förderung und Erhaltung der Körperwahrnehmung
- Förderung des venösen Rückstroms zum Herzen
- Verbesserte Belüftung der Lunge
- Gemeinschaftserleben ermöglichen und fördern
- Abwechslung im Tagesablauf ermöglichen

Teilhandlungen:

- Hilfe bei der Fortbewegung (zum Ort der Aktivität und zurück)
- Begleitung/Unterstützung während der Aktivität
- Durchführung der Aktivität (siehe Variationen der Maßnahme)

Variationen der Maßnahme:

- Wohnbereichsübergreifende und -interne Aktivitäten
- Geplante und ungeplante Aktivitäten
- Gruppenaktivitäten für kognitiv unbeeinträchtigte Bewohner
- Gruppenaktivitäten für kognitiv beeinträchtigte Bewohner und/oder Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten
- Gruppenaktivitäten für mobile/eingeschränkt mobile Bewohner
- Übungen zur Förderung/Erhaltung der Mobilität (Bewegungsspiele, Sitzgymnastik, Stehen, Gehen, Aufstehen, ...)
- Training von Schritt-/Standfestigkeit, Gleichgewichtsübungen, Übungen zum Gebrauch von Aufsteh-/Gehhilfen (Teilaspekt der Sturzprophylaxe)
- Übungen zur Aktivierung der Muskel-Venen-Pumpe (Teilaspekt der Thromboembolieprophylaxe)
- Atemübungen (Teilaspekt der Pneumonieprophylaxe)
- Bewegungsübungen zur Erhaltung der Gelenkbeweglichkeit (Teilaspekt der Kontrakturenprophylaxe)
- Motivierung/Anleitung zur aktiven Teilnahme

Ressourcenförderung:

- Unabhängig von der gewählten Variation können alle aufgeführten Maßnahmen zur gezielten Ressourcenförderung genutzt werden, z. B. Verbesserung der Beweglichkeit, Förderung des Selbstvertrauens in die eigenen körperlichen Fähigkeiten, verbesserte Körperwahrnehmung, Erlernen veränderter Bewegungsabläufe zur besseren Alltagsbewältigung (z. B. durch Gleichgewichts- und Gehübungen)

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



3. Lagerungen

(LA)

Lagerungen können verschiedene Aspekte des präventiven/prophylaktischen Handelns umfassen, so z. B. Teilaspekte der Kontrakturen-, Thromboembolie-, Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe (Bienstein et al. 1997). Die Bedeutung weiterführender Maßnahmen sollte hierbei allerdings nicht außer Acht gelassen werden, da regelmäßige Lagerungen als alleinige Maßnahme in der Regel nicht ausreichend sind, um eine besondere Gefährdung abzuwenden (DNQP 2002). Einen besonderen Stellenwert nimmt hierbei die Förderung und Erhaltung der Mobilität ein (vgl. MOB/GAM). Die Leistungsbeschreibung macht keine Angaben zu konkreten Lagerungsarten, sondern allgemeine Vorgaben zur Zielsetzung der Lagerung, wie z. B. „Lagerung zur besseren Belüftung der Lunge“. Die konkrete Ausgestaltung, d. h. das „WIE“, muss individuell geplant und durchgeführt werden (zutreffend für alle Leistungsbeschreibungen).

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Selbständiger Positionswechsel im Bett/Sessel/Rollstuhl erfolgt nicht in ausreichendem Maße
- Kontrakturen-, Thrombose-, Pneumonie- und/oder Dekubitusgefährdung

Vorrangige Ziele:

- Druckentlastung dekubitusgefährdeter Körperstellen
- Erhaltung und Förderung der Beweglichkeit der Gelenke
- Verbesserung des venösen Blutflusses
- Ausreichende Belüftung der Lungen
- Schmerzfreiheit bzw. -linderung
- Förderung der Körper- und Umgebungswahrnehmung

Teilhandlungen:

- Lagerung bzw. Lagerungswechsel mit geeigneten Hilfsmitteln einschließlich gezielter Bewegungsförderung
- Laken/Kissen/Decke richten
- Beziehen des Bettes (komplett/teilweise) bei bettlägerigen Bewohnern mit anschließender Lagerung

Variationen der Maßnahme:

- Lagerung ohne/mit druckreduzierenden Hilfsmitteln
- Ganzkörperlagerung oder Teilkörperlagerung
- Lagerung bzw. Lagerungswechsel im Bett oder im Sessel/Roll-/Liegestuhl
- Lagerung kontrakturgefährdeter Gelenke in Beuge- bzw. Streckstellung (Teilaspekt der Kontrakturenprophylaxe, einschließlich der Spitzfußprophylaxe)
- Hochlagerung der Beine (Teilaspekt der Thromboembolieprophylaxe)
- Lagerung zur besseren Belüftung der Lunge (Teilaspekt der Pneumonieprophylaxe)
- Lagerung zur Druckentlastung (Teilaspekt der Dekubitusprophylaxe)

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

4. Unterstützung beim Aufstehen und Zubettgehen

(AZB)

Aufstehen und Zubettgehen sind regelmäßig erfolgende Alltagsverrichtungen, die viele Bewegungselemente und damit Möglichkeiten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität beinhalten. Abläufe können gezielt eingeübt und so die Selbständigkeit des Bewohners gefördert werden. Eindeutige Berührungen und bewusste Bewegungen tragen zur Förderung der Körperwahrnehmung bei (Buchholz/Schürenberg 2003).

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Selbständiger Transfer vom Rollstuhl zum Bett bzw. vom Bett zum Rollstuhl nicht möglich
- Bewohner/-in kann nicht selbständig stehen und gehen
- Erhöhtes Sturzrisiko
- Bewohner/-in kann nicht selbständig die Liege- bzw. Sitzposition einnehmen
- Kognitive Defizite (z. B. korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte wird nicht erkannt, Notwendigkeit der Maßnahme wird nicht erfasst)

Vorrangige Ziele:

- Förderung und Erhaltung der Mobilität (Grob-, Feinmotorik, Bewegungsradius, Muskelkraft, Gleichgewicht)
- Förderung und Erhaltung der Körperwahrnehmung
- Förderung des venösen Rückstroms zum Herzen
- Verbesserte Belüftung der Lunge

Teilhandlungen:

- Unterstützung bei der Fortbewegung (zum Bett hin bzw. vom Bett weg)
- Unterstützung beim Transfer vom Stehen über das Sitzen zur Liegeposition bzw. vom Liegen über das Sitzen zum Stehen, Transfer aus dem Rollstuhl/in den Rollstuhl
- Laken/Kissen/Decke richten
- Entfernen von Fixierungen, z. B. Seitenschutz
- Gebrauch von Hilfsmitteln, z. B. Lifter

Variationen der Maßnahme:

- Aufstehen
- Zubettgehen
- Beobachtende Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention (z. B. bei Sturzrisiko)
- Motivierung/Anleitung zur (teilweise) selbständigen Durchführung

Ressourcenförderung:

- Selbständige Durchführung von Anteilen der Gesamtmaßnahme nach Anleitung, z. B. eigenständige Bewegungen/Drehungen, selbständiges Stehen
- Fähigkeit zur selbständigen Steuerung von Bewegungsabläufen fördern

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



5. Unterstützung beim An-, Aus- und Umkleiden

KL

Bei dieser Maßnahme ist zu berücksichtigen, dass Kleidung nicht nur zum Schutz des Körpers vor äußeren Einflüssen dient, sondern auch eine ästhetisch-soziale Funktion hat (Kötter/Gnamm 2000). Kleidungsgewohnheiten entwickeln und verändern sich im Laufe des Lebens in Abhängigkeit von zahlreichen Faktoren (z. B. soziales Umfeld, finanzielle Möglichkeiten). Um individuelle Vorlieben und Abneigungen der Bewohner berücksichtigen zu können, sind Informationen zum Kleidungsstil und zu Kleidungsgewohnheiten notwendig. Durch eine eindeutige Unterscheidung zwischen Tag- und Nachtkleidung kann die zeitliche Orientierung kognitiv beeinträchtigter Bewohner unterstützt werden (sofern dies dem gewohnten Handeln des Bewohners entspricht). Bewohner, die den überwiegenden Teil des Tages im Bett verbringen, sollten daher nicht ausschließlich Nachtkleidung (Nachthemd, Schlafanzug), sondern – zumindest teilweise – ihre normale Tageskleidung (z. B. Bluse, Hemd, Pullover) tragen. Das Anziehen bzw. Ausziehen von Kompressionsstrümpfen wird dieser Leistungsbeschreibung zugeordnet (unabhängig von der Kompressionsklasse bzw. der Zuordnung zur speziellen Pflege). Das Anlegen von Kompressionsverbänden hingegen ist Bestandteil der Leistungsbeschreibung „Wundversorgung und Verbände“ (WV).

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Kognitive Defizite (z. B. korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte wird nicht erkannt, Notwendigkeit der Maßnahme wird nicht erfasst)
- Einschränkungen der Feinmotorik (z. B. Knöpfe, Reißverschlüsse können nicht geschlossen werden)
- Eingeschränkter Bewegungsradius (z. B. der Arme, durch Gipsverbände)
- Bewohner/-in kann nicht selbständig stehen und gehen/Sturzrisiko
- Stehfähigkeit
- Sehbeeinträchtigung

Vorrangige Ziele:

- Beibehaltung des persönlichen Kleidungsstils
- Gewährleistung einer angemessenen temperatur- und anlassbezogenen Kleidung
- Erhaltung und Förderung der Körpermotorik

Teilhandlungen:

- Hilfe bei der Fortbewegung
- Kleidungs Auswahl/-zusammenstellung/Kleidung wegräumen
- Auskleiden
- Ankleiden

Variationen der Maßnahme:

- Durchführung der Maßnahme bei Bettlägerigkeit
- Durchführung der Maßnahme bei Stehfähigkeit
- Durchführung der Maßnahme bei Sitzfähigkeit
- Komplettes An-, Aus- und Umkleiden
- Teilweises An-, Aus- und Umkleiden (z. B. Oberbekleidung, Mantel)
- Anziehen/Ausziehen von Kompressionsstrümpfen
- Anbringen/Entfernen von Körperprothesen, Stützkorsetten, Orthesen, Hüftprotektoren
- Beobachtende Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention (z. B. bei Sturzrisiko)
- Motivierung/Anleitung zur (teilweise) selbständigen Durchführung

Ressourcenförderung:

- Selbständige Durchführung von Anteilen der Gesamtmaßnahme nach Anleitung, z. B. gemeinsame Kleidungs Auswahl mit der Pflegekraft, Mithilfe durch Anheben der Arme und Beine

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

6. Unterstützung beim Gehen, Stehen, Treppensteigen, Fortbewegen im Rollstuhl

(GSTR)

Unterstützung bei der Fortbewegung ist in der Versorgungspraxis nur selten eine eigenständige Maßnahme im Sinne der Leistungsbeschreibungen. Zumeist steht sie in engem Zusammenhang mit der Hilfestellung im Rahmen einer anderen Verrichtung. Zum Beispiel ist die Hilfestellung beim Zurücklegen des Weges vom Bewohnerzimmer zum Tagesraum, um dort Unterstützung bei der Einnahme der Mahlzeiten zu erhalten, Teil der Leistungsbeschreibung „Hilfe bei der Nahrungsaufnahme“ (NA). Ein weiteres Beispiel ist das Treppensteigen. Erfolgt Unterstützung beim Treppensteigen im Sinne eines gezielten Mobilitätstrainings, so ist sie als Teilhandlung der Leistung „Förderung/Erhaltung der Mobilität“ (MOB) einzustufen. Für die Unterstützung außerhalb der Einrichtung gilt entsprechendes: Besteht z. B. ein Hilfebedarf beim Verlassen der Einrichtung, um gezielt soziale Kontakte pflegen zu können, greift die Leistungsbeschreibung „Unterstützung bei sozialen Kontakten/sozialer Teilhabe“ (SOK). Findet das Verlassen der Einrichtung statt, um dem Bewohner eine gezielte biografieorientierte Aktivität anbieten zu können, ist die Leistungsbeschreibung „Biografieorientierte Einzelaktivitäten“ (BE) bzw. „Biografieorientierte Gruppenaktivitäten“ (GAB) relevant. Wird ein Ausflug für die Bewohner angeboten, so kann dieser der Leistungsbeschreibung „Einzel- und Gruppenaktivitäten zur Beschäftigung“ (BA) zugeordnet werden, sofern der Ausflug keiner Zielorientierung im Sinne anderer Leistungsbeschreibungen folgt.

Die Leistungsbeschreibung GSTR ist somit relevant, wenn eine Unterstützung beim Stehen und der Fortbewegung erforderlich ist, diese aber keiner anderen Leistungsbeschreibung zugeordnet werden kann.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Einschränkungen der Mobilität (Grobmotorik, Bewegungsradius, Muskelkraft, Gleichgewicht)
- Bewohner/-in kann nicht selbständig stehen/gehen
- Steh-/Gehunfähigkeit (Fortbewegung im Rollstuhl aber mit Hilfe möglich)
- Sturzrisiko
- Zielgerichtetes Auffinden von Räumlichkeiten, z. B. des Tagesraums, des Bewohnerzimmers aufgrund von kognitiven Defiziten nicht möglich
- Angstzustände beim Verlassen der gewohnten Umgebung
- Nichterkennen von Gefahren außerhalb der gewohnten Umgebung
- Antriebsarmut
- Befriedigung des Bewegungsdrangs
- Eingeschränkte Sehfähigkeit

Vorrangige Ziele:

- Orts-/Raumwechsel innerhalb/außerhalb der Einrichtung, z. B. auf Wunsch des Bewohners
- Anlassbezogenes Verlassen der Einrichtung, z. B. auf Wunsch des Bewohners, zur Teilhabe am kulturellen Leben, zur Tätigkeit von Arztbesuchen/Behördengängen/Einkäufen

Teilhandlungen:

- Hilfe beim Transfer (z. B. vom Stuhl zum Rollstuhl, vom Sitzen zum Stehen)
- Unterstützung beim Stehen
- Hilfe bei der Fortbewegung (Gehen, Treppensteigen und/oder Fortbewegung im Rollstuhl)

Variationen der Maßnahme:

- Gehen mit/ohne Hilfsmittel
- Stehen mit/ohne Hilfsmittel
- Treppensteigen



- Fortbewegung im Rollstuhl
- Motivierung/Anleitung zur (teilweise) selbständigen Durchführung, z. B. durch Berührung, motivierendes Gespräch
- Beobachtende Begleitung der Fortbewegung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention
- Unterstützung bei der Fortbewegung innerhalb der Einrichtung
- Unterstützung bei der Fortbewegung außerhalb der Einrichtung (z. B. Spaziergang, Aufsuchen einer Arztpraxis)
- Unterstützung beim An-/Aus-/Umkleiden (soweit aus Anlass des Verlassens/Wiederaufsuchens der Einrichtung)
- Unterstützung beim Verlassen/Wiederaufsuchen der Einrichtung ohne Begleitung außerhalb der Einrichtung (z. B. bis zum Taxi begleiten)
- Ausflüge

Ressourcenförderung:

- Selbständige Durchführung von Anteilen der Gesamtmaßnahme nach Anleitung, z. B. längeres Stehen, Gehen von Teilstrecken ohne Hilfe, sichere Nutzung von Hilfsmitteln, selbständige Fortbewegung mit dem Rollstuhl

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

5.2.2 Unterstützung bei der Ernährung

Der Bereich „Unterstützung bei der Ernährung“ bezieht sich sowohl auf die orale Nahrungsaufnahme als auch auf die Ernährung mittels Sonde. Sie umfasst die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr und verfolgt mehrere Zielsetzungen, die u. a. berücksichtigen, dass Essen und Trinken elementare Bestandteile des Lebens sind und mit Genuss und Wohlbefinden verbunden sein sollten. Daher reduziert sich Unterstützung bei der Ernährung keineswegs auf eine ausreichende Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit als Voraussetzung für einen angemessenen Ernährungszustand. Mahlzeiten sind tagesstrukturierende Situationen von zentraler Bedeutung (vgl. Graber-Dünow 2003) und gehören zu den wichtigsten Anlässen sozialer Interaktion. Das gemeinschaftliche Einnehmen von Mahlzeiten bietet einen ungezwungenen Rahmen für Kommunikationsbedürfnisse und fördert Kontakte. Ansprechend gestaltete Mahlzeitsituationen machen den Genussfaktor des Essens erlebbar. Kurz: Die Mahlzeiteinnahme stellt im Leben von Bewohnern ein wichtiges Ereignis dar, dessen Bedeutung weit über Aspekte der körperlichen Gesundheit hinausreicht.

Die folgenden Ausführungen enthalten keinen Hinweis auf die Notwendigkeit einer Beurteilung des Ernährungsstatus. Daher sei an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Ernährungszustand regelmäßig mit geeigneten Methoden erfasst werden muss (MDS 2003, siehe auch Kriterienkatalog „Pflegerisches Assessment“). Die Ergebnisse sind zu dokumentieren und die erforderlichen Interventionen im Bedarfsfall in die Pflegeplanung aufzunehmen. Dieses bezieht sich auch auf Bewohner, die mittels Sonde ernährt werden, da auch hier das Risiko einer Mangelernährung besteht (Frank 2005). Die Gewichtskontrolle (u. a. zur Bestimmung des Body-Mass-Index) als gebräuchliche Methode zur Feststellung von Veränderungen im Ernährungsstatus (MDS 2003) ist Gegenstand der Leistungsbeschreibung „Kontrolle Vitalparameter/Gewicht“ (VIT).



7. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme

(NA)

Die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme stellt eine äußerst komplexe Leistung mit zahlreichen Teilhandlungen dar. Je nach Bedarfslage beinhaltet die Unterstützung alle Vorrichtungen, die mit der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme in einem ursächlichen Zusammenhang stehen können, z. B. die Begleitung zum Ort der Nahrungsaufnahme, das Anreichen der Nahrung/Flüssigkeit, das Händewaschen vor/nach der Mahlzeit und der evtl. erforderliche Kleidungswechsel aufgrund von Verunreinigungen.

Hilfe bei der Nahrungsaufnahme beinhaltet in Abhängigkeit von der Zielsetzung auch verschiedene Gestaltungsmöglichkeiten der konkreten Situation. Eine gezielte Anleitung kann Bewohner bei der eigenständigen Nahrungsaufnahme unterstützen. Bei demenziell Erkrankten kann diese Anleitung durch den gezielten Einsatz von Impulsen (u. a. die Gabel in die Hand geben/die Hand zum Mund führen) oder durch Körperberührungen erfolgen (Wagener et al. 1998). Eine weitere Möglichkeit besteht in der Berücksichtigung der spezifischen Problemlagen demenziell erkrankter Bewohner bezüglich der Beschaffenheit der Nahrung. Kann Nahrung z. B. ohne adäquate Nutzung von Besteck eingenommen werden („Finger food“), so kann dies erheblich zur selbständigen Nahrungsaufnahme beitragen.

Für diese Personengruppe ist Ermutigung und Förderung von Eigenaktivität bei der Mahlzeiteinnahme besonders wichtig, weil die Fähigkeit, selbständig Nahrung zu sich zu nehmen, im Vergleich zu anderen Fähigkeiten sogar in fortgeschrittenen Stadien des Krankheitsverlaufs verhältnismäßig lange erhalten bleibt. Dabei ist auch die Bedeutung der orientierungserleichternden Gestaltung der Rahmenbedingungen nicht zu unterschätzen. Demenziell erkrankte Bewohner verlieren leicht den Überblick und sind dadurch ggf. nicht mehr in der Lage, die Mahlzeit (teilweise) selbständig einzunehmen (Frank 2005, Becker 1995). Deshalb sollten Essplatz und direktes Umfeld eindeutig erkennen lassen, dass die Einnahme einer Mahlzeit ansteht. Der Essplatz ist übersichtlich zu gestalten und z. B. nicht gleichzeitig mit Suppentasse, Trinkglas, Hauptgericht und Dessert zu bestücken.

Die Leistungsbeschreibung „Hilfe bei der Nahrungsaufnahme“ (NA) bezieht sich auf Maßnahmen, die im direkten Bewohnerkontakt erfolgen. In Abgrenzung hierzu sind Maßnahmen ohne direkten Bewohnerkontakt, wie z. B. das Verteilen der Mahlzeiten oder die mundgerechte Zubereitung ohne nachfolgende Unterstützungsleistung, den mittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen zuzuordnen.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Bewohner/-in kann aufgrund von Störungen der Grob-, Feinmotorik, Einschränkungen des Bewegungsradius und/oder der Muskelkraft Nahrung/Flüssigkeit nicht selbständig mundgerecht zubereiten und/oder zum Mund führen
- Bewohner/-in kann nicht selbständig die Sitzposition einnehmen bzw. beibehalten
- Bewohner/-in kann aufgrund von kognitiven Defiziten die Situation der Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme nicht erkennen und daher nicht selbständig ausführen
- Apathie, Interessenlosigkeit (z. B. aufgrund einer depressiven Stimmungslage)

Vorrangige Ziele:

- Gewährleistung einer ausreichenden Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit
- Erhaltung und Förderung der selbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- Förderung des Wohlbefindens (Essen als Genuss, gemeinschaftliche Mahlzeiteinnahme)

Teilhandlungen:

- Mundgerechte Zubereitung/Bereitstellen von Hilfsmitteln (z. B. Trinkbecher)
- Hilfe bei der Fortbewegung
- Unterstützung beim Einnehmen einer angemessenen Körperhaltung
- Schaffung eines geeigneten Umfeldes zur Nahrungsaufnahme (z. B. übersichtlich gestalteter Essplatz, Vermeidung einer Reizüberflutung)
- Anreichen der Nahrung/Flüssigkeit
- Kleidungsschutz gewährleisten
- Wechseln beschmutzter Kleidung (Verschmutzung infolge der Nahrungsaufnahme)
- Händewaschen vor/nach den Mahlzeiten ermöglichen
- Mundpflege, Waschen des Gesichtes

Variationen der Maßnahme:

- Nahrungsaufnahme/Anreichen von Getränken im Bett
- Nahrungsaufnahme/Anreichen von Getränken im Stuhl/Rollstuhl sitzend
- Anreichen der kompletten Nahrung/Flüssigkeit
- Anreichen eines Teils der Nahrung/Flüssigkeit (Bewohner/-in übernimmt einen Teil selbständig)
- Motivierung/Anleitung zur (teilweise) selbständigen Durchführung (auch im Sinne einer Initiierung/Impulsgebung)
- Beobachtende Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention
- Maßnahme erfolgt als Einzelfallhilfe oder als Gruppenbetreuung (zwei oder mehr Bewohner erhalten gleichzeitig Hilfestellung)
- Unterstützung bei der Einnahme von Hauptmahlzeiten/von Zwischenmahlzeiten

Ressourcenförderung:

- Selbständige Durchführung von Anteilen der Maßnahme nach Anleitung, z. B. Trinken, Essen von manuell greifbarer Nahrung (Brot, „Finger food“)

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



8. Hilfe bei der Sondenernährung

(SONA)

Diese Leistung wird ungeachtet der Notwendigkeit einer ärztlichen Ver-/Anordnung nicht dem Bereich „Spezielle Pflege“ zugerechnet, da die inhaltliche Zuordnung in diesem Fall als vorrangig vor der sozialrechtlichen eingestuft wird.

Ebenso wie bei der Leistung „Hilfe bei der Nahrungsaufnahme“ ist auch bei der Gabe von Sondennahrung auf eine angemessene Gestaltung der Gesamtsituation zu achten, insbesondere auf eine adäquate Vorbereitung der Bewohner (Arets et al. 1999).

Bei Personen, die mittels Sonde ernährt werden, sollte eine (zusätzliche) orale Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr nach vorheriger Abklärung durch den behandelnden Arzt angestrebt werden (MDS 2003).

Innerhalb der Leistungsbeschreibung wird hinsichtlich der Sondenart und Lage (z. B. nasogastrale Sonde, perkutane endoskopisch kontrollierte Gastrostomie/PEG) nicht unterschieden. Auch auf die unterschiedlichen Erfordernisse an die Sondennahrung, den Umgang mit derselben und eine Bewertung der jeweiligen Vor- und Nachteile der Applikationsformen kann im Rahmen der Leistungsbeschreibungen nicht eingegangen werden.

Die Leistungsbeschreibung „Hilfe bei der Sondenernährung“ (SONA) bezieht sich auf Maßnahmen, die im direkten Bewohnerkontakt erfolgen. In Abgrenzung hierzu sind Maßnahmen ohne direkten Bewohnerkontakt, wie z. B. das Vorbereiten der Sondenkost außerhalb des Bewohnerzimmers, den mittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen zuzuordnen.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Ärztliche Ver-/Anordnung

Vorrangiges Ziel:

- Gewährleistung einer ausreichenden Zufuhr von Nahrung und/oder Flüssigkeit

Teilhandlungen:

- Vorbereitung des Bewohners auf die besondere Situation der Nahrungsaufnahme, z. B. durch Information, Anfeuchten der Mundschleimhaut
- Unterstützung beim Einnehmen einer angemessenen Körperhaltung
- Verabreichen der Sondenkost

Variationen der Maßnahme:

- Sondenernährung mittels Ernährungspumpe (kontinuierlich oder Bolusgabe)
- Sondenernährung mittels Spritze (Bolusgabe)
- Sondenernährung mittels Schwerkraft

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

5.2.3 Unterstützung im Bereich Ausscheidungen

Unterstützungsmaßnahmen im Bereich Ausscheidungen umfassen vor allem Hilfen beim Toilettengang, bei der Inkontinenzversorgung und der Versorgung künstlicher Ausgänge. Erbrechen, als eine Sonderform des Ausscheidens (Menche/Bazlen 2004), findet in diesem Zusammenhang keine Erwähnung. Die hierbei erforderlichen Hilfestellungen (z. B. Lagerung, Mundpflege) können in der Regel anderen Leistungsbeschreibungen zugeordnet werden.

Insbesondere Hilfen beim Toilettengang und die Inkontinenzversorgung spielen im Versorgungsalltag eine zentrale Rolle, da ein Großteil der Bewohner einen entsprechenden Bedarf aufweist (vgl. Wingefeld/Schnabel 2002). Sie sind fester Bestandteil der Abläufe sowohl am Tag als auch in der Nacht. Aus der Bewohnerperspektive kommt ihnen noch aus anderen Gründen eine besondere Bedeutung zu: Durch die Notwendigkeit und Regelmäßigkeit dieser Unterstützung wird ihnen die weitreichende Abhängigkeit von anderen Personen täglich vor Augen geführt. Die Unterstützung stellt außerdem einen erheblichen Eingriff in die Intimsphäre dar und provoziert häufig Schamgefühle. Eine angemessene, einfühlsame Vorbereitung und Gestaltung der jeweiligen Situation ist daher unbedingt erforderlich (vgl. Kellnhauser et al. 2004).

Beobachtungen spielen bei der Unterstützung im Bereich Ausscheidungen eine bedeutende Rolle. Aus Verhaltensweisen (z. B. motorische Unruhe aufgrund von Harndrang) kann auf einen entsprechenden Bedarf geschlossen werden, auch wenn die Bewohner ihn nicht explizit äußern. Sorgfältige Beobachtung bezogen auf Defäkation und Miktion (z. B. Entleerungsfrequenz, Konsistenz) gehört zu den obligatorischen Bestandteilen professioneller Pflege. Wie auch in anderen Fällen ist die Dokumentation der Beobachtungsergebnisse und der im Bedarfsfall eingeleiteten Interventionen von außerordentlicher Wichtigkeit.

Informations-/Beratungsgespräche, z. B. zu einer verdauungsfördernden Ernährung, gehören nicht zur „Unterstützung im Bereich Ausscheidungen“, sondern werden der Leistungsbeschreibung „Einzelgespräche“ (EG) zugeordnet.



9. Hilfen beim Toilettengang

(TG)

Diese Leistung schließt die Unterstützung bei Benutzung von Toilettenstuhl, Steckbecken und Urinflasche mit ein. Besteht zusätzlich die Notwendigkeit eines Wechsels von Inkontinenzmaterial, so ist dieses eine weitere Teilhandlung. Wechseln von Inkontinenzmaterial ohne Toilettengang fällt hingegen unter die Leistungskategorie „Hilfen bei der Ausscheidung“ (AUS).

Eine wichtige Form der Hilfe beim Toilettengang ist die Durchführung von Kontinenztraining. Dieses setzt voraus, dass vorab eine Diagnose der Inkontinenzform und eine Klärung hinsichtlich der Beeinflussbarkeit durch ein entsprechendes Training erfolgt (Köther/Gnamm 2000).

Inkontinenz stellt für sich genommen kein Kriterium für einen Hilfebedarf beim Toilettengang im Sinne dieser Leistungsbeschreibung dar. Vielmehr resultiert der Bedarf aus Einschränkungen der Mobilität und/oder kognitiven Defiziten (siehe Hauptkriterien für den Bedarf). Dennoch sei darauf hingewiesen, dass Personen mit bestehender Inkontinenz, unabhängig vom Hilfebedarf beim Toilettengang, durchaus einen Informations- und Beratungsbedarf haben können. Eine Unterstützung in dieser Form fiel unter die Kategorie „Einzelgespräche“ (EG).

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Harn-/Stuhlinkontinenz kombiniert mit Einschränkungen der Mobilität, Immobilität, Sturzrisiko und/oder kognitiven Defizite (z. B. Nichterkennen der Situation, korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte wird nicht erkannt)
- Einschränkungen der Mobilität oder kognitive Defizite bei bestehender Kontinenz

Vorrangige Ziele:

- Erhaltung und Förderung der Kontinenz
- Schaffung kontinenzfördernder Rahmenbedingungen
- Erhaltung/Förderung des Wohlbefindens
- Aufrechterhaltung einer ausreichenden Intimhygiene
- Wahrung der Intimsphäre

Teilhandlungen:

- Unterstützung bei der Fortbewegung
- Unterstützung beim Transfer auf die Toilette bzw. den Toilettenstuhl (einschließlich Transfer Rollstuhl – Toilette/Toilettenstuhl)
- Teilent-/bekleidung
- Reinigung des Intimbereichs
- Wechseln von Inkontinenzmaterial
- Wechseln beschmutzter Kleidung
- Waschen der Hände

Variationen der Maßnahme:

- Toilettengang ohne/mit Wechseln von Inkontinenzmaterial
- Toilettengang mit anschließendem Kleidungswechsel
- Toilettengang mit anschließender Intimpflege
- Toilettengang mit beobachtender Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention
- Benutzen von Toilettenstuhl/Steckbecken/Urinflasche
- Kontinenztraining nach Plan
- Motivierung/Anleitung zur (teilweise) selbständigen Durchführung

Ressourcenförderung:

- Selbständige Durchführung von Anteilen der Gesamtmaßnahme nach Anleitung, z. B. Mithilfe beim Ent- und Bekleiden oder beim Verwenden von Inkontinenzmaterial
- Förderung der Aufmerksamkeit für Harn-/Stuhl drang einschließlich der Motivation zu anschließender Hilfeanforderung

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



10. Hilfen bei der Ausscheidung

(AUS)

Diese Leistungsbeschreibung beinhaltet die Inkontinenzversorgung ohne Benutzung von Toilette, Toilettensstuhl, Steckbecken oder Urinflasche, außerdem die Reinigung und Versorgung künstlicher Ausgänge und das Leeren bzw. Wechseln von Urinbeuteln/-flaschen. Hinsichtlich der Art der künstlichen Ausgänge (z. B. Ileostomie, Colostomie, Urostomie) und der daraus resultierenden Anforderungen an die Versorgung werden innerhalb der Leistungsbeschreibung keine Differenzierungen vorgenommen.

Inkontinenz, das Vorhandensein einer Stomaanlage oder eines Blasenkatheters ist kein Kriterium für einen Hilfebedarf bei der Versorgung im Sinne der vorliegenden Leistungsbeschreibung. Vielmehr resultiert der Bedarf aus Einschränkungen der Mobilität und/oder kognitiven Defiziten (siehe Hauptkriterien für den Bedarf), da hierdurch eine eigenständige Versorgung nicht möglich ist. Führen Bewohner die Versorgung selbstständig durch, können sie dennoch der Unterstützung durch Beratung bedürfen (Arets et al. 1999). Erfolgen außer Beratung keine weitergehenden Hilfen, wäre dies der Leistungsbeschreibung „Einzelgespräche“ (EG) zuzuordnen.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Harn-/Stuhlinkontinenz kombiniert mit Einschränkungen der Mobilität, Sturzrisiko und/oder kognitiven Defiziten (z. B. Nichterkennen der Situation, korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte wird nicht erkannt)
- Stomaanlage/Blasenkatheter kombiniert mit Einschränkungen der Mobilität und/oder kognitiven Defiziten

Vorrangige Ziele:

- Erhaltung von Wohlbefinden trotz Inkontinenz, Stomaanlage oder Blasenkatheter
- Beseitigung und Reduzierung von Risikofaktoren (z. B. Schutz vor Nässe)
- Aufrechterhaltung einer ausreichenden Intimhygiene
- Wahrung der Intimsphäre

Teilhandlungen:

- Unterstützung bei der Fortbewegung
- Unterstützung beim Transfer bzw. Aufstehen
- Teilent-/bekleidung
- Intimpflege bzw. Reinigung des Stomas
- Wechseln beschmutzter Kleidung
- Wechseln von Inkontinenzmaterial bzw. Versorgung des Stomas

Variationen der Maßnahme:

- Wechseln von Inkontinenzmaterial im Liegen oder im Stehen
- Reinigung und Versorgung künstlicher Ausgänge
- Leeren/Wechseln von Urinbeuteln oder Urinflaschen
- Beobachtende Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention
- Motivierung/Anleitung zur (teilweise) selbständigen Durchführung

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

5.2.4 Unterstützung im Bereich der Körperpflege

Im Versorgungsalltag steht ein Großteil der Unterstützung im Bereich der Körperpflege in der Regel am Beginn bzw. am Ende des Tages. Wie bei den meisten Menschen stellen die Morgen- und Abendpflege somit feste Bezugspunkte in der Tagesstruktur der Bewohner dar. Abweichungen von dieser Regel sind allerdings erwägenswert. So kann die Körperpflege und die darauf folgende unmittelbare Einnahme des Frühstücks für manche Bewohner eine Überforderung darstellen. Eine veränderte zeitliche Planung, die z. B. eine Erholungsphase vorsieht, kann dazu beitragen, dass sie mehr Eigeninitiative entwickeln und ggf. Teilbereiche selbständig übernehmen können.

Ressourcenförderung ist bei nahezu allen in diesem Abschnitt aufgeführten Leistungen vorstellbar. Ob sie im Einzelfall für den Bewohner sinnvoll ist, muss im Rahmen der Pflegeplanung entschieden werden. Auch kann es legitim sein, im Rahmen der Körperpflege auf eine Ressourcenförderung zu verzichten, um diese zu einem anderen Zeitpunkt des Tages mit besseren Erfolgsaussichten gezielt durchführen zu können, z. B. im Rahmen einer Einzelaktivität zur Förderung der Mobilität (siehe Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität“ MOB).

Die Unterstützung im Bereich der Körperpflege bietet zugleich – mehr als die meisten anderen körperbezogenen Hilfestellungen – zahlreiche Ansatzpunkte zur Nutzung biografischer Informationen. In der Regel handelt es sich bei der Körperpflege um Abläufe, die jahrzehntelang eigenständig und nach eigenen Vorstellungen und Gewohnheiten durchgeführt wurden. Zur Förderung des Wohlbefindens und der Selbständigkeit sollten bisherige Rituale und Vorlieben (z. B. hinsichtlich Ablauf, Tageszeit, Körperpflegemittel) bei der individuellen Pflegeplanung Beachtung finden. Die vorbereitende Information, die Anleitung oder das Gespräch während einer Maßnahme sollte, neben den kognitiven Möglichkeiten der Bewohner, ebenfalls den biografischen Hintergrund beachten (Bell/Troxel 2004).

Die Unterstützung im Bereich der Körperpflege stellt, vergleichbar mit der Unterstützung im Bereich Ausscheidungen, eine sehr intime Hilfeleistung dar. Schamgefühle können sowohl bei Bewohnern als auch bei Mitarbeitern auftreten. Dies trifft im besonderen Maße bei Unterstützungsbedarf im Rahmen der Intimpflege zu (Sowinski 2003). Dieser Sachverhalt muss bei der Planung und Durchführung Beachtung finden.

Da Unterstützung bei der Körperpflege in der Regel einen längeren Kontakt zwischen Bewohner und Pflegekräften erfordert, ist es wichtig, diesen zum gezielten Beziehungsaufbau zu nutzen. Maßnahmen der Körperpflege bieten zudem die Gelegenheit zur diskreten Beobachtung (z. B. Hautzustand, Beweglichkeit, Mundstatus), ohne dass diese als „Inspektion“ erlebt wird.



11. Unterstützung bei Waschungen

(WA)

Diese Leistung sollte, wie einleitend erwähnt, unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Bewohners gestaltet werden. Unterstützung bei der Körperpflege bietet Möglichkeiten, präventives/prophylaktisches Handeln zu integrieren. Durch die gezielte Förderung der Beweglichkeit während des Waschens bzw. Abtrocknens sollten Aspekte der Kontrakturen- oder Obstipationsprophylaxe berücksichtigt werden (in diesem Fall handelt es sich allerdings nicht um eine eigenständige Maßnahme im Sinne der „Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität“). Die Intertrigoprophyllaxe sollte, ebenso wie die Bewegungsförderung, selbstverständlicher Bestandteil jeder Unterstützung bei Waschungen sein, sofern hierunter das Reinigen und gründliche Trocknen der Haut verstanden wird (Menche/Bazlen 2004).

Zu beachten ist die Abgrenzung zu anderen Leistungsbeschreibungen. Findet während der Körperpflege ein Gespräch statt, so ist dieses unter die Leistungsbeschreibung „Unterstützung bei Waschungen“ (WA) zu subsumieren und nicht als eigenständige Leistung im Sinne der Leistungsbeschreibung „Einzelgespräche“ (EG) zu verstehen (weitere Informationen siehe dort). Das gleiche Prinzip gilt für die Förderung der Mobilität. Findet diese im Rahmen der Körperpflege statt, handelt es im Sinne der Leistungsbeschreibungen um keine eigenständige Leistung.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Einschränkungen der Mobilität (Grobmotorik, Bewegungsradius, Muskelkraft, Gleichgewicht)
- Steh-/Gehunfähigkeit
- Bewohner/-in kann sich im Bett/Sessel/Rollstuhl nicht selbständig bewegen
- Sturzrisiko
- Kognitive Defizite führen dazu, dass der Bewohner die korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte nicht mehr kennt bzw. die Notwendigkeit der Maßnahme nicht erfasst

Vorrangige Ziele:

- Förderung des Wohlbefindens
- Förderung der Körperwahrnehmung und Beweglichkeit
- Erhaltung/Förderung eines intakten Hautzustands
- Erhaltung individueller Gewohnheiten
- Reinigung des Körpers

Teilhandlungen:

- Unterstützung bei der Fortbewegung
- Unterstützung beim Positionswechsel im Bett/Rollstuhl
- Waschen und Abtrocknen (Teilaspekt der Intertrigoprophyllaxe)
- Hautbeobachtung
- Hautpflege (entsprechend des Hautzustands)

Variationen der Maßnahme:

- Ganzwaschung im Bett/am Waschbecken
- Teilwaschung im Bett/am Waschbecken/auf der Bettkante sitzend
- Katheterpflege im Rahmen der Intimpflege
- Beobachtende Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention
- Motivierung/Anleitung des Bewohners zur (teilweise) selbständigen Durchführung

Ressourcenförderung:

- Selbständige Durchführung von Anteilen der Gesamtmaßnahme nach Anleitung, z. B. Waschen, Abtrocknen, Eincremen, eigenständiges Bewegen

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

12. Unterstützung beim Duschen/Baden

(DB)

Siehe Anmerkungen zu „Unterstützung bei Waschungen“ (WA)

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Einschränkungen der Mobilität (Grobmotorik, Bewegungsradius, Muskelkraft, Gleichgewicht)
- Steh-/Gehunfähigkeit
- Bewohner/-in kann sich im Bett/Sessel/Rollstuhl nicht oder nur eingeschränkt selbständig bewegen
- Sturzrisiko
- Kognitive Defizite führen dazu, dass der Bewohner die korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte nicht mehr kennt bzw. die Notwendigkeit einzelner Handlungen nicht erfasst

Vorrangige Ziele:

- Förderung des subjektiven Wohlbefindens
- Förderung der Körperwahrnehmung und Beweglichkeit
- Erhaltung/Förderung eines intakten Hautzustands
- Erhaltung individueller Gewohnheiten
- Reinigung des Körpers

Teilhandlungen:

- Unterstützung bei der Fortbewegung, ggf. unter Verwendung eines Lifters
- Hilfen beim Transfer bzw. Aufstehen
- Waschen und Abtrocknen (Teilaspekt der Intertrigoprophylaxe)
- Hautbeobachtung
- Hautpflege (entsprechend des Hautzustands)

Variationen der Maßnahme:

- Verrichtungen werden durch die Pflegekraft übernommen
- Verwendung von Hilfsmitteln, z. B. Duschstuhl, Bettbadewanne, mobile Badewanne
- Beobachtende Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention
- Motivierung/Anleitung zur (teilweise) selbständigen Durchführung

Ressourcenförderung:

- Selbständige Durchführung von Anteilen der Gesamtmaßnahme nach Anleitung, z. B. Waschen, Abtrocknen, Eincremen, eigenständiges Bewegen

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



13. Unterstützung bei der sonstigen Körperpflege

(SK)

Diese Leistung umfasst zahlreiche Maßnahmen, die im Rahmen der Körperpflege zusätzlich zum Waschen bzw. Duschen/Baden erforderlich sein können. Hierzu gehören Maßnahmen, die täglich (z. B. Rasur, Mundpflege, Kämmen) bzw. regelmäßig (z. B. Nagelpflege, Haarwäsche) erbracht werden. Im pflegerischen Alltag treten sie meist in direkter Verbindung mit der „Unterstützung bei Waschungen“ (WA) bzw. der „Unterstützung beim Duschen/Baden“ (DB) auf. Eine veränderte zeitliche Zuordnung kann aufgrund der individuellen Situation des Bewohners durchaus berechtigt sein, um z. B. Überforderung zu vermeiden.

Die Maßnahmen der sonstigen Körperpflege bestimmen, neben der Kleidung, maßgeblich das äußere Erscheinungsbild. Auch wenn Bewohner aufgrund einer fortschreitenden demenziellen Erkrankung immer weniger entsprechende Bedürfnisse äußern, sollte die gewohnte Frisur/Rasur, das bisher gewählte Make up, das Tragen von Uhr/Schmuck etc. beibehalten werden, da dies die Erhaltung der personalen Identität unterstützt (Oelke et al. 1995).

Gezielte Ressourcenförderung kann auch im Rahmen der Maßnahmen der sonstigen Körperpflege sinnvoll sein. Wird die für den Bewohner gewohnte Abfolge der Maßnahmen eingehalten und werden gezielt Impulse gegeben, so können u. U. auch demenziell Erkrankte zur selbständigen Durchführung einzelner Handlungen motiviert werden.

Einen besonderen Stellenwert nimmt die Mundpflege bei Personen ein, die unter Mundtrockenheit leiden oder mittels Sonde (ohne zusätzliche orale Ernährung) ernährt werden. Je nach Problemlage sind unterschiedliche Materialien/Pflegemittel zu wählen und die Häufigkeit der Mundpflege den jeweiligen Erfordernissen anzupassen (Gottschalck et al. 2004). Die Mundpflege stellt einen Teilaspekt der Prophylaxe gegen Munderkrankungen dar. Findet sie im ursächlichen Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme statt, so ist sie als Teilhandlung der „Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme“ (NA) anzusehen.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Einschränkungen der Körpermotorik, dadurch Verwendung von z. B. Kamm, Rasierapparat oder Zahnbürste nicht möglich
- Kognitive Defizite führen dazu, dass der Bewohner die korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte nicht mehr kennt bzw. die Notwendigkeit der Maßnahme nicht erfasst

Vorrangige Ziele:

- Aufrechterhaltung eines gepflegten äußeren Erscheinungsbildes
- Förderung des subjektiven Wohlbefindens
- Erhaltung/Förderung einer intakten Mundschleimhaut
- Erhaltung individueller Gewohnheiten

Teilhandlungen:

- Hilfe bei der Fortbewegung
- Durchführung der sonstigen Körperpflege (siehe Variationen der Maßnahme)

Variationen der Maßnahme:

- Nass-/Trockenrasur, ggf. auch bei Frauen
- Haarwäsche einschließlich Trocknen der Haare und Richten der Frisur
- Kämmen
- Individuelle Gesichtspflege
- Zahn- und (Teil-)Prothesenpflege
- Mundspülungen, Auswischen/Befeuchten der Mundhöhle, etc. (Teilaspekt der Prophylaxe gegen Munderkrankungen)
- Fuß-/Handbad
- Nagelpflege; Fingernägel, Fußnägel schneiden und/oder reinigen
- Reinigen der Brille, Reinigen/Einsetzen des Hörgerätes, Anlegen von Uhr/Schmuckstücken etc.
- Motivierung/Anleitung zur (teilweise) selbständigen Durchführung
- Beobachtende Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention

Ressourcenförderung:

- Selbständige Durchführung von Anteilen der Gesamtmaßnahme nach Anleitung, z. B. Kämmen, Mundspülung

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



5.2.5 Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen

Die in diesem Maßnahmenbereich zusammengefassten Leistungen richten sich nicht auf körperliche, sondern auf psychisch-geistige und soziale Bedürfnisse und Problemlagen der Bewohner. Zu berücksichtigen sind einige wichtige Besonderheiten dieser Leistungen:

Zum einen ergibt sich Unterstützungsbedarf vielfach daraus, dass Bewohner nicht in der Lage sind, ihren Bedürfnissen eigenständig nachzugehen. So sind die Maßnahmen

- „Einzelgespräche“ (EG),
- „Biografieorientierte Einzelaktivitäten“ (BE),
- „Biografieorientierte Gruppenaktivitäten“ (GAB),
- „Orientierungs-/gedächtnisfördernde Einzel- und Gruppenaktivitäten“ (OGA),
- „Einzel- und Gruppenaktivitäten zur Beschäftigung“ (BA),
- „Religiös/spirituell geprägte Einzel- und Gruppenaktivitäten“ (RA) und
- „Unterstützung bei sozialen Kontakten/sozialer Teilhabe“ (SOK)

nicht nur erforderlich, wenn bei Bewohnern gesundheitliche Problemlagen im engeren Sinne bestehen, sondern auch bei Vorliegen entsprechender Bedürfnisse, z. B. beim Bedürfnis nach sozialen Kontakten oder der Teilnahme an Gottesdiensten. Die Unmöglichkeit, einem Bedürfnis von individuell hoher Bedeutung nachzugehen, stellt aus der Perspektive der Bewohner eine relevante Problemlage dar.

Die Leistungen

- „Interventionen bei Wanderungstendenz“ (IWT),
- „Einzelbetreuung bei Selbst- und Fremdgefährdung“ (EBG) und
- „Interventionen bei speziellen psychischen Problemlagen“ (ISP)

beziehen sich hingegen auf spezifische Problemlagen. Diese treten meist bei Personen auf, die auch Einschränkungen der Orientierung aufweisen (Wingenfeld/Schnabel 2002).

Wie die Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ belegt, werden Maßnahmen, die aufgrund der hier beschriebenen Bedürfnisse und Problemlagen notwendig sind, in den Einrichtungen oftmals nur selten mit einer eigenständigen Zielsetzung geplant (Wingenfeld/Schnabel 2002). Sie finden meist im Kontext von Alltagsverrichtungen oder aufgrund eines akuten Geschehens statt. Das aus Bewohnersicht zentrale Anliegen erfährt durch dieses Vorgehen oftmals keine nachhaltige Berücksichtigung. Eine Verstärkung bestehender Problemlagen kann ebenso die Folge sein wie die Entwicklung neuer Problemlagen durch Nichtbeachtung elementarer Bedürfnisse.

Wenn psychische oder soziale Problemlagen und Bedürfnisse vorliegen, ist eine personenzentrierte Haltung gegenüber dem Bewohner, die sich durch Echtheit, Wertschätzung und Empathie ausdrückt (Pörtner 2004), besonders wichtig. Sie beinhaltet auch die Berücksichtigung persönlicher Erfahrungen des Bewohners in allen Alltagsbezügen, ist also für alle unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen von Bedeutung. Eine angemessene pflegerische Versorgung und Betreuung beachtet stets die Lebensgeschichte, z. B. in Bezug auf Kontaktaufnahme/Kommunikation und die Berücksichtigung persönlicher Rituale/Gewohnheiten. Für den Bereich „Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen“ gilt dies jedoch im besonderen Maße.

14. Einzelgespräche

(EG)

Einzelgespräche im Sinne dieser Leistungsbeschreibung sind zielgerichtete Gespräche, die mit der Absicht geführt werden, Unterstützung bei der Bewältigung äußerer und „innerer“ Anforderungen zu leisten. Sie besitzen informierenden, beratenden, motivierenden oder entlastenden Charakter. Neben den alltäglichen Anforderungen, mit denen sich Bewohner infolge von Krankheit und/oder Pflegebedürftigkeit konfrontiert sehen, beziehen sie sich auch auf besondere Ereignisse und Erfahrungen. Sie sind beispielsweise zu Beginn des Heimaufenthaltes eine wichtige Unterstützung bei der Bewältigung der Verlusterfahrungen und der Integration in eine zunächst fremde Umgebung, die sich mit der Übersiedlung in eine stationäre Pflegeeinrichtung ergeben (siehe auch Qualitätsmaßstab „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“). Auch erleben alte Menschen vermehrt das Versterben nahestehender Personen, woraus ggf. ein Bedarf an gezielter Trauerbegleitung erwächst. Einzelgespräche leisten mitunter einen erheblichen Beitrag zur Ressourcenförderung, indem dem Bewohner Handlungsalternativen aufgezeigt werden oder das Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten gestärkt wird.

Die Leistung „Einzelgespräche“ (EG) vereint diese und weitere Aspekte in sich. Es handelt sich also um (meist ungeplant stattfindende) Gespräche, die einer bestimmten Intention folgen, unabhängig von anderen unterstützenden Maßnahmen. Gespräche im Rahmen von Pflegehandlungen, wie z. B. während des Essenreichens oder der Körperpflege, sind trotz ihres zweifellos wichtigen Stellenwertes auch dann nicht als Einzelgespräch im Sinne der vorliegenden Leistungsbeschreibung zu verstehen, wenn sie beratenden Charakter haben. Gespräche und Informationen dieser Art sind vielmehr grundlegende Teilhandlungen der jeweiligen Maßnahmen.

Ausgegrenzt aus der vorliegenden Leistungsbeschreibung sind orientierungs-, gedächtnisfördernde oder biografieorientierte Gespräche (siehe „Biografieorientierte Einzelaktivitäten“ BE und „Orientierungs-/gedächtnisfördernde Einzel- und Gruppenaktivitäten“ OGA), Kommunikation im Rahmen von „Interventionen bei Wanderungstendenz“ (IWT), einer „Einzelbetreuung bei Selbst- und Fremdgefährdung“ (EBG) und von „Interventionen bei speziellen psychischen Problemlagen“ (ISP).

Auch motivierende Gespräche zur Teilnahme an Einzel-/Gruppenaktivitäten bzw. Kooperation bei der Durchführung von Maßnahmen gehören jeweils zur entsprechenden Leistungsbeschreibung und fallen nicht unter „Einzelgespräche“. Dies trifft auch dann zu, wenn die Motivierung scheitert und der Bewohner die Aktivität bzw. Maßnahme ablehnt.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Bewohner benötigt konkrete Informationen (die nicht in Verbindung mit anderen Maßnahmen erfolgen)
- Bewohner äußert den Wunsch nach einem Einzelgespräch
- Bewohner befindet sich in einer anhaltenden, emotional belastenden Situation (Unruhe, Angstzustände, depressive Stimmungslage etc.)
- Unrealistische Einschätzung der persönlichen Fähigkeiten, z. B. Bewohner verfügt über Ressourcen, die er allerdings nicht nutzt
- Mangelnde Mitarbeit bei der Durchführung von Maßnahmen, z. B. Bewohner ist „nicht motiviert“, sich aktiv an der Pflege zu beteiligen (bezogen auf allgemeine Grundhaltung und nicht auf eine bestimmte Einzelmaßnahme)
- Einschneidende Verlusterfahrungen

Vorrangige Ziele:

- Eigenständige Gestaltung und Strukturierung des Alltags
- Bewältigung belastender aber auch freudiger Ereignisse
- Motivationsförderung zur aktiven Teilhabe am Tagesgeschehen
- Erhaltung und Förderung der persönlichen Identität



Teilhandlungen:

- Unterstützung beim Aufsuchen eines geeigneten Raumes (ruhige und angemessen gestaltete Umgebung, Vermeidung von Reizüberflutung)
- Führen des Gesprächs (gezielter Einsatz von Gestik/Mimik, validierende Aspekte, aktives Zuhören, situationsgerechter Einsatz von Gesprächstechniken und nonverbaler Kommunikation etc.)

Variationen der Maßnahme:

- Geplante Gespräche: Gespräche zu einem verabredeten Zeitpunkt (z. B. Beratung in persönlichen Angelegenheiten)
- Ungeplante Gespräche nach einem verbal geäußerten oder durch nonverbale Äußerungen erkennbaren Wunsch des Bewohners (nonverbal: z. B. deutliche Anzeichen von Unruhe, Traurigkeit, Wut)
- Gespräch findet auf Initiative der Pflegekraft statt (erkennt Bedarf, z. B. bei demenziell Erkrankten)
- Gespräche im Rahmen der Sterbebegleitung
- Gespräche mit Hilfsmitteln, z. B. mit Schreibtafeln, Symbolkarten
- Gespräche am Tag/in der Nacht

Ressourcenförderung:

- Motivierung zu aktivem Handeln, zu selbständiger Alltagsgestaltung, zur Entwicklung eigenständiger und wirksamer Bewältigungsstrategien für das jeweilige Problem bzw. die aktuelle Situation
- Förderung der Selbstwirksamkeit (der Überzeugung, einzelne Handlungen ausführen und Hindernisse überwinden zu können)

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

15. Biografieorientierte Einzelaktivitäten

(BE)

Die vorliegende Leistungsbeschreibung legt den Focus verstärkt auf die Bedeutung biografischer Arbeit in Form von Einzelaktivitäten und geht somit über die bisher dargestellte generelle Bedeutung einer Biografieorientierung in der vollstationären Pflege hinaus (Biografieorientierung bei der Durchführung von Alltagshandlungen).

Als Basis für die Gesamtheit der Aktivitäten dient der biografische Hintergrund des Bewohners. Dies setzt voraus, dass für jeden Bewohner eine gezielte Planung erfolgt, um die Maßnahmen auf den biografischen Hintergrund und die individuellen Ressourcen und Probleme zuschneiden zu können. Das Ziel der Erhaltung und Förderung von Selbstwertgefühl, Identität und subjektivem Wohlbefinden sollte hierbei handlungsleitend sein.

Biografieorientierte Einzelaktivitäten haben insbesondere für Bewohner, die nicht an entsprechenden Gruppenaktivitäten teilnehmen und über eingeschränkte soziale Kontakte verfügen, eine hohe Relevanz (Graber-Dünnow 2003). Zudem bietet eine Einzelaktivität im Gegensatz zur Gruppenaktivität die Möglichkeit, ein gezieltes Angebot für einzelne Bewohner zu schaffen. Ein individuelles biografieorientiertes Gespräch kann zum Beispiel durch den Einsatz von Foto- oder Erinnerungsalben (Powell 2002) unterstützt werden und damit helfen, (angenehme) Erinnerungen aufzufrischen.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Drängendes Bedürfnis nach kommunikativem Austausch über die Vergangenheit
- Kognitive Defizite mit zunehmendem Verlust der Orientierung und Identität
- Apathie, Interessenlosigkeit (z. B. aufgrund von depressiven Stimmungen)
- Eingeschränkte soziale Kontakte (z. B. aufgrund einer dauerhaften Bettlägerigkeit)

Vorrangige Ziele:

- Erhaltung/Stabilisierung personaler Identität
- Förderung des Erinnerungsvermögens
- Erinnerungserleben ermöglichen
- Erhaltung und Förderung des Selbstwertgefühls/subjektiven Wohlbefindens
- Wahrnehmungsförderung
- Rückzugstendenz entgegen wirken

Teilhandlungen:

- Unterstützung beim Aufsuchen eines geeigneten Raumes (ruhige und angemessen gestaltete Umgebung, Vermeidung von Reizüberflutung)
- Durchführung der Aktivität (siehe Variationen der Maßnahme) unter Berücksichtigung der kognitiven Fähigkeiten und emotionalen Befindlichkeit des Bewohners

Variationen der Maßnahme:

- Geplante und ungeplante Aktivitäten
- Einzelgespräche, die Erinnerungen zum Inhalt haben
- Betrachten von Erinnerungsstücken, z. B. Fotos, vertraute Gegenstände, alte Zeitschriften, Bücher/Bildbände, Postkarten
- Aktivierung und Wahrnehmungsförderung mit Hilfe von vertrauten Handlungen (z. B. Tisch decken, Wäsche zusammenlegen, Blumenpflege), Gegenständen (z. B. alte Haushaltsgegenstände), Gerüchen (z. B. Aromaöle)

Ressourcenförderung:

- Unabhängig von der gewählten Variation können alle aufgeführten Maßnahmen zur gezielten Ressourcenförderung genutzt werden, z. B. Motivierung zur aktiven Teilnahme an Gesprächen, Förderung der Selbstwirksamkeit (der Überzeugung, einzelne Handlungen ausführen und Hindernisse überwinden zu können)

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



16. Biografieorientierte Gruppenaktivitäten

(GAB)

Biografieorientierte Gruppenaktivitäten bieten ein breites Spektrum an Gestaltungsmöglichkeiten. In vielen Einrichtungen gibt es themenbezogene Gruppenaktivitäten, wie z. B. hauswirtschaftliche Angebote (u. a. Kochgruppe), die bevorzugt Bewohnerinnen ansprechen, aber auch Angebote, die in der Regel eher von Bewohnern genutzt werden (u. a. Handwerksgruppe) (Graber-Dünow 2003, Jochems/Kirchner 2005). Unter dem Punkt „Variationen der Maßnahme“ sind weitere Alternativen aufgeführt, die aber nur als Auswahl zu verstehen sind und durch weitere Formen ergänzt werden können. Gemeinsam ist allen Aktivitäten der (gemeinsame) biografische Hintergrund der Bewohner als Basis für die Planung und Durchführung.

Aufgrund der Bewohnerstruktur in den Einrichtungen ist es notwendig, Angebote unterschiedlicher Art zu konzeptionieren, um möglichst vielen Bewohnern eine Teilnahme ermöglichen zu können. Bei der Planung von Gruppenaktivitäten sollten daher u. a. die folgenden Fragen berücksichtigt werden: Welche Bewohner wünschen an welchen Angeboten teilzunehmen? Gibt es Bewohnergruppen, für die zur Zeit keine angemessenen Angebote vorgehalten werden? Ist die Hilfe bei der Fortbewegung zum Ort der Aktivität durch die Mitarbeiter notwendig? Ist es sinnvoll, Angebote in den Räumlichkeiten des Wohnbereichs durchzuführen?

Gruppenaktivitäten können auch Angebote außerhalb der Einrichtung umfassen. Allerdings muss es sich hierbei eindeutig um eine Aktivität mit Biografiebezug handeln. Aktivitäten außerhalb der Einrichtung, die keinen Biografiebezug aufweisen sind in Abhängigkeit von der jeweiligen Zielsetzung z. B. der „Unterstützung beim Gehen, Stehen, Treppensteigen, Fortbewegen im Rollstuhl“ (GSTR) oder „Einzel- und Gruppenaktivitäten zur Beschäftigung“ (BA) zuzuordnen.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Bedürfnis nach kommunikativem Austausch über die Vergangenheit
- Wunsch des Bewohners nach Abwechslung im Tagesablauf
- Bedürfnis nach Gemeinschaftserleben
- Krankheitsbedingte Rückzugstendenz (Gefahr der Isolation)
- Kognitive Defizite mit zunehmendem Verlust der Orientierung und Identität

Vorrangige Ziele:

- Förderung der persönlichen Orientierung
- Förderung des Erinnerungsvermögens
- Erhaltung/Förderung des Selbstwertgefühls und Wohlbefindens
- Wahrnehmungsförderung
- Gemeinschaftserleben ermöglichen und fördern

Teilhandlungen:

- Hilfe bei der Fortbewegung (zum Ort der Aktivität und zurück)
- Begleitung/Unterstützung während der Aktivität
- Durchführung der Aktivität (siehe Variationen der Maßnahme)

Variationen der Maßnahme:

- Geplante und ungeplante Aktivitäten
- Gruppenaktivitäten außerhalb der Einrichtung, z. B. Wochenmarktbesuch
- Gruppenaktivitäten für kognitiv unbeeinträchtigte Bewohner
- Gruppenaktivitäten für kognitiv beeinträchtigte Bewohner und/oder Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten
- 10-Minuten-Aktivierung
- Erzählrunden/Gesprächskreise
- Kreative Angebote, z. B. Malen
- Handwerkliche Angebote
- Gedächtnistraining
- Singen
- Kochgruppe o. ä.
- Vorlesen (z. B. „Zeitungsrunde“)

Ressourcenförderung:

- Unabhängig von der gewählten Variation können alle aufgeführten Maßnahmen zur gezielten Ressourcenförderung genutzt werden, z. B. Motivierung zur aktiven Teilnahme an Gesprächen, Förderung der Selbstwirksamkeit (der Überzeugung, einzelne Handlungen ausführen und Hindernisse überwinden zu können)

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



17. Orientierungs-/gedächtnisfördernde Einzel- und Gruppenaktivitäten (OGA)

Unter „Orientierungs-/gedächtnisfördernde Einzel- und Gruppenaktivitäten“ fallen sowohl Kurzinterventionen als auch gezielte Einzel-/Gruppenangebote zur Wahrnehmungs-, Gedächtnisförderung und zur Förderung der zeitlichen, örtlichen, situativen oder persönlichen Orientierung. Eine entsprechende Gestaltung der räumlichen Umgebung (z. B. Uhren, Kalender, jahreszeitliche Gestaltung) und ein gleichbleibend zeitlich strukturierter Tagesablauf zur Orientierungsförderung (Berücksichtigung im Rahmen der Erstellung der individuellen Pflegeplanung) werden dagegen den mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen zugeordnet.

Maßnahmen zur Orientierungs-, Gedächtnis- und Wahrnehmungsförderung müssen sich immer an den individuellen Ressourcen und Problemen der Bewohner orientieren und hinsichtlich ihrer Angemessenheit überprüft werden, um Über- bzw. Unterforderung aber auch Versagens- und Schamgefühle beim Bewohner zu vermeiden.

Maßnahmen der „Basalen Stimulation“ können dieser Leistungsbeschreibungen nur dann zugeordnet werden, wenn sie nicht im Zusammenhang mit anderen Leistungen erbracht werden (z. B. im Rahmen der Körperpflege oder der Nahrungsaufnahme). Allerdings sei darauf verwiesen, dass sich „Basale Stimulation“ nicht auf Einzelmaßnahmen reduzieren sollte. „Die Basale Stimulation beschreibt neben Maßnahmen zur Anregung der Sinnesorgane auch eine grundsätzlich pflegerische Haltung, die bei allen Begegnungen das Ziel verfolgt, die Individualität des alten Menschen zu erhalten, seine Selbstwahrnehmung zu fördern und Körpererfahrungen zu vermitteln“ (Bartoszek/Nydahl 2000: 332).

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Kognitive Defizite
- (Zunehmender) Verlust der Orientierung und Identität
- Eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit
- Bewohner, die ihre Gedächtnisfunktion trainieren möchten

Vorrangige Ziele:

- Erhaltung/Förderung der Orientierungsfähigkeit
- Erhaltung/Förderung der Wahrnehmungsfähigkeit
- Erhaltung/Förderung der Gedächtnisleistung
- Erhaltung und Förderung des Selbstwertgefühls/subjektiven Wohlbefindens

Teilhandlungen:

- Hilfe bei der Fortbewegung (zum Ort der Aktivität und zurück)
- Begleitung/Durchführung der Aktivität (siehe Variationen der Maßnahme)

Variationen der Maßnahme:

- Geplante und ungeplante Einzel- bzw. Gruppenaktivitäten
- Maßnahmen zur Förderung der Wahrnehmung (sensorisch, akustisch, visuell etc.)
- Gezielte Ansprache zur zeitlichen, örtlichen, situativen und/oder persönlichen Orientierung, ggf. unterstützt durch Berührungen und/oder besondere Gestik
- Orientierungsübungen, z. B. gemeinsames Ansehen und Benennen von Orientierungsmöglichkeiten (Symbole an Türen, Kalender, Uhr, Spiegel, Fotos, ...)
- Gedächtnistraining

Ressourcenförderung:

- Unabhängig von der gewählten Variation können alle aufgeführten Maßnahmen zur gezielten Ressourcenförderung genutzt werden, z. B. Förderung der Orientierung zur eigenen Person oder im Wohnbereich

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

18. Einzel- und Gruppenaktivitäten zur Beschäftigung

(BA)

Die Beschäftigung bzw. Gestaltung der Freizeit mit aus Bewohnersicht sinnvollen Tätigkeiten kann als ein elementares Bedürfnis bezeichnet werden (Köther/Gnamm 2000). Bewohner, die hierzu nicht mehr selbständig in der Lage sind, benötigen daher entsprechende Angebote durch Mitarbeiter der Einrichtung. Hierbei sollte aber nicht ein „Beschäftigungsprogramm“ anvisiert werden, welches die Einrichtungen als auch die Bewohner überfordert. Vielmehr geht es um Angebote, die aus Bewohnersicht sinnvoll zur Tagesstrukturierung beitragen können. Andere in den Leistungsbeschreibungen enthaltenen Einzel- und Gruppenaktivitäten (z. B. biografieorientierte Angebote, Angebote zur Förderung der Mobilität) können hierzu ebenfalls beitragen, auch wenn sie vorrangig andere Ziele verfolgen. Daher ist es wichtig, diese Leistungsbeschreibungen von der vorliegenden abzugrenzen.

Die Leistungsbeschreibung „Einzel- und Gruppenaktivitäten zur Beschäftigung“ ist nicht zutreffend, wenn

- die Aktivitäten einen eindeutigen Biografiebezug aufweisen (Biografieorientierte Einzel- bzw. Gruppenaktivität BE/GAB),
- die Förderung/Erhaltung der Mobilität in den Mittelpunkt gestellt wird (Einzel- bzw. Gruppenaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität MOB/GAM),
- primär das Ziel der Orientierungs-/Gedächtnis-/Wahrnehmungsförderung verfolgt wird (Orientierungs-/gedächtnisfördernde Einzel- und Gruppenaktivitäten OGA) oder
- religiöse/spirituelle Aspekte im Vordergrund stehen (Religiös/spirituell geprägte Einzel- und Gruppenaktivitäten RA).

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Mehrzahl der Einzel- und Gruppenangebote der Einrichtungen sich nicht der vorliegenden sondern den oben aufgeführten Leistungsbeschreibungen zuordnen lassen. Die vorliegende Leistungsbeschreibung ist nur dann relevant, wenn Angebote weder Biografieorientierung noch Mobilitäts-, Orientierungs-/Gedächtnis-/Wahrnehmungsförderung oder religiöse Aspekte beinhalten.

Die Aktivitäten zur Beschäftigung/Freizeitgestaltung sollten sich ebenso wie alle anderen Aktivitäten an den Bedürfnissen der Bewohner orientieren und insbesondere bei Einzelaktivitäten (z. B. Bewohnern, die das Bett nicht mehr verlassen können) auf individuelle Vorlieben eingehen.

„Snoezelen“ wird in dieser Leistungsbeschreibung als eine Möglichkeit eines Entspannungsangebotes aufgeführt. Unter Snoezelen, das ursprünglich aus dem Bereich der Behindertenhilfe stammt, wird „das bewusst ausgewählte Anbieten primärer Reize in angenehmer Atmosphäre“ (Schwanecke 2002: 35) verstanden. Dies kann in hierfür speziell eingerichteten Snoezelenräumen bzw. -ecken (z. B. auf dem Wohnbereich) erfolgen. Zudem ist der raumunabhängige Einsatz von Snoezelenmaterialien (z. B. bei Bewohnern, die das Bett nicht mehr verlassen können) möglich.

Im Vordergrund stehen beim Snoezelen Wohlbefinden, Anregung und Entspannung und keine therapeutischen Zielsetzungen (Evangelischer Verband für Altenarbeit 1998). Allerdings können durch das Snoezelen durchaus therapeutische Interventionen gefördert werden (Schwanecke 2002). Snoezelenangebote sollten nicht ohne entsprechende Fachkenntnisse durchgeführt werden, da negative Folgen für den Bewohner entstehen können. Diese können u. a. aus dem nicht angemessenen Umgang mit den Materialien zur Sinnesanregung und den Gefühlen und Reaktionen des Bewohners resultieren (Falk 2003, Schwanecke 2002). Snoezelenangebote, die von entsprechend qualifizierten Mitarbeitern durchgeführt werden und den hier aufgeführten vorrangigen Zielen entsprechen, können der vorliegenden Leistungsbeschreibung zugeordnet werden. Steht die Wahrnehmungsförderung im Mittelpunkt, so ist das entsprechende Angebot der Leistungsbeschreibung „Orientierungs-/gedächtnisfördernde Einzel- und Gruppenaktivitäten“ (OGA) zuzuordnen.



Hauptkriterien für den Bedarf:

- Bedürfnis nach angemessener Freizeitgestaltung
- Selbständige Beschäftigung/Freizeitgestaltung aufgrund kognitiver Defizite, psychischer Beeinträchtigungen, Einschränkungen der Mobilität und/oder der Unfähigkeit zur selbständigen Fortbewegung nicht möglich

Vorrangige Ziele:

- Erhaltung und Förderung des subjektiven Wohlbefindens
- Entspannung ermöglichen
- Rückzugstendenz entgegen wirken
- Abwechslung im Tagesablauf ermöglichen
- Gemeinschaftserleben ermöglichen und fördern

Teilhandlungen:

- Hilfe bei der Fortbewegung (zum Ort der Aktivität und zurück)
- Begleitung/Durchführung der Aktivität (siehe Variationen der Maßnahme)

Variationen der Maßnahme:

- Geplante und ungeplante Einzel- bzw. Gruppenaktivitäten
- Gesellschaftsspiele
- Teilnahme an Festen (z. B. Sommerfest)
- Angebote zur Entspannung (z. B. Snoezelen)
- Ausflüge

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

19. Religiös/spirituell geprägte Einzel- und Gruppenaktivitäten (RA)

Diese Leistung bezieht sich auf die Befriedigung religiöser/spiritueller Bedürfnisse sowohl als Einzel- als auch Gruppenaktivität. Ausgehend von der Bewohnerstruktur kann die Berücksichtigung unterschiedlicher Glaubensrichtungen notwendig sein. Zu beachten ist auch, dass die Zugehörigkeit zu einer Glaubensrichtung noch nichts über den gelebten Glauben aussagt. Daher ist die Ermittlung und Einschätzung der individuellen Bedürfnisse von großer Bedeutung (Kellnhauser et al. 2004).

In Abhängigkeit von der Trägerschaft der Einrichtungen kann das Angebot religiös geprägter Aktivitäten variieren. Einige Einrichtungen bieten täglich entsprechende Aktivitäten als festen Bestandteil des Alltags (z. B. Tischgebete) oder wöchentlich Gottesdienste/Andachten an. Vergleichbar mit anderen Gruppenaktivitäten können auch bei religiös/spirituell geprägten Aktivitäten Angebote für unterschiedliche Zielgruppen sinnvoll sein, etwa Angebote, die speziell auf die Bedürfnisse demenziell veränderter Bewohner zugeschnitten sind (geringe Teilnehmerzahl, kurze Dauer, Umhergehen möglich etc.). Religiös/spirituell geprägte Einzelaktivitäten, wie z. B. das Sprechen von Gebeten gemeinsam mit dem Bewohner oder die Durchführung anderer vertrauter Rituale, können sich noch stärker an den individuellen Bedürfnissen des Bewohners orientieren als dies Gruppenaktivitäten vermögen.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Religiöse/spirituelle Bedürfnisse des Bewohners (Bedürfnis wird geäußert, wahrgenommen bzw. aus den biografischen Kenntnissen abgeleitet)

Vorrangige Ziele:

- Befriedigung religiöser/spiritueller Bedürfnisse
- Halt durch religiöse Rituale/Orientierung vermitteln

Teilhandlungen:

- Hilfe bei der Fortbewegung (zum Ort der Aktivität und zurück)
- Begleitung/Durchführung der Aktivität (siehe Variationen der Maßnahme)

Variationen der Maßnahme:

- Geplante und ungeplante Einzel- bzw. Gruppenaktivitäten
- Gemeinsames Beten, z. B. vor/nach den Mahlzeiten
- Gemeinsames Singen von religiösen Liedern
- Beten und/oder Singen mit einem Bewohner
- Teilnahme an Gottesdiensten/Andachten (ggf. spezielle Angebote für psychisch erkrankte Bewohner)
- Durchführung der Aktivität (z. B. Tischgebete) oder Begleitung während der Aktivität (z. B. Andacht) durch Mitarbeiter der Einrichtung

Ressourcenförderung:

- Förderung der Motivation zu aktivem Handeln z. B. in der Gemeinschaft

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



20. Unterstützung bei sozialen Kontakten/sozialer Teilhabe

(SOK)

Können Bewohner eigenständig soziale Kontakte pflegen und bedürfen hierzu keiner Unterstützung, so wird von Seiten der Mitarbeiter keine Leistung erbracht und die folgende Leistungsbeschreibung kann nicht herangezogen werden.

Da sich das soziale Netzwerk aber meist schon vor dem Heimeinzug entscheidend verändert hat (Kors/Seunke 2001) und körperliche bzw. kognitive Einschränkungen dazu führen, dass Kontakte nicht mehr wie früher aufrechterhalten werden können, weisen viele Bewohner einen Unterstützungsbedarf in diesem Bereich auf. Darüber hinaus darf nicht übersehen werden, dass die Gestaltung tragfähiger Beziehungen unter den Bewohnern selbst in einem Milieu, das oftmals stark durch die Folgen psychischer Erkrankungen geprägt ist, im Grunde ein hohes Maß an Toleranz, Konfliktfähigkeit und weiteren Kompetenzen im Umgang mit spannungsgeladenen Situationen abverlangt – eine Anforderung, die gleichfalls einen Bedarf an Unterstützung bei der Gestaltung von Kommunikation und tragfähigen sozialen Beziehungen begründet.

Maßnahmen, die das *ausdrückliche* Ziel verfolgen, soziale Kontakte zu ermöglichen, sind unter dieser Leistungsbeschreibung zusammengefasst. Sie können sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtung stattfinden. Allerdings gilt nicht jede Unterstützung, die eine gemeinschaftlich erlebte Situation ermöglicht, als eine Maßnahme zur Erhaltung bzw. Förderung sozialer Kontakte. Vielmehr sollte jede Aktivität auf ihre Hauptzielsetzung (Biografieorientierung, Mobilitäts-, Orientierungsförderung etc.) überprüft werden und der entsprechenden Leistungsbeschreibung (z. B. GAB, GAM, OGA) zu zuordnen. Auch ist kritisch zu hinterfragen, ob erbrachte Leistungen tatsächlich soziale Kontakte ermöglichen oder fördern können. Wird ein Bewohner z. B. in den Gemeinschaftsraum begleitet und verbringt einige Zeit in einer Gruppe anderer Bewohner, die ebenfalls nicht zur eigenständigen Aufnahme von Kontakten in der Lage sind, so kann dies nicht der vorliegenden Leistungsbeschreibung zugeordnet werden. Unternimmt der Mitarbeiter aber Anstrengungen, um einen sozialen Kontakt zwischen den Bewohnern herzustellen (auch wenn dies scheitern sollte), handelt es sich um eine Unterstützung im Sinne der Leistungsbeschreibung.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Bewohner hat keine/wenige soziale Kontakte/Teilhabe
- Bewohner äußert (verbal/nonverbal) den Wunsch zur Aufnahme bzw. zur Pflege sozialer Kontakte
- Krankheitsbedingte Rückzugstendenz
- Aufnahme bzw. Pflege sozialer Kontakte aufgrund kognitiver Defizite, psychischer Beeinträchtigungen, Einschränkungen der Mobilität und/oder der Unfähigkeit zur selbständigen Fortbewegung erschwert

Vorrangige Ziele:

- Soziale Kontakte erhalten und fördern
- Gemeinschaftserleben ermöglichen
- Rückzugstendenz entgegen wirken

Teilhandlungen:

- Unterstützung bei der Aufnahme/Pflege sozialer Kontakte anbieten
- Soziale Kontakte unterschiedlicher Form (siehe Variationen der Maßnahme) ermöglichen, beinhaltet auch Hilfe bei der Fortbewegung, beim Telefonieren, beim Schreiben etc.
- Individuelle soziale Kommunikation bei Bedarf fördern und moderieren

Variationen der Maßnahme:

- Unterstützung bei der Pflege sozialer Kontakte, die bereits vor dem Heimeinzug bestanden haben (Angehörige, ehemalige Nachbarn etc.): Telefonate ermöglichen, Karten/Briefe vorlesen bzw. gemeinsam verfassen, Bewohner gemeinsam mit Besucher z. B. zur hauseigenen Cafeteria begleiten (Unterstützung bei der Fortbewegung) etc.
- Unterstützung bei der Aufnahme und Pflege sozialer Kontakte innerhalb der Einrichtung: Bewohner mit anderen Bewohnern bekannt machen, Besuche bei anderen Bewohnern ermöglichen (z. B. Hilfe bei der Fortbewegung, Terminabsprachen treffen), Kontakte im öffentlichen Bereich der Einrichtung ermöglichen (z. B. Cafeteria, Eingangsbereich), Unterstützung in konkreten Konfliktsituationen oder bei der Klärung sozialer Beziehungen
- Unterstützung bei der Aufnahme und Pflege sozialer Kontakte außerhalb der Einrichtung, z. B. Teilnahme an Veranstaltungen der Gemeinde/des Stadtteils

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



21. Interventionen bei Wanderungstendenz

(IWT)

Der Begriff „Wanderungstendenz“ lehnt sich an den international gebräuchlichen pflegerischen Fachbegriff „wandering“ an (vgl. z. B. Algase 1999). Auf den in Deutschland gängigen, aber fachlich umstrittenen Begriff „Weglauftendenz“ wird daher verzichtet.

„Wandering“ umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher Verhaltensweisen kognitiv beeinträchtigter Bewohner. Hierzu gehört das Verlassen des Wohnbereichs oder der Einrichtung ohne Begleitung, verknüpft mit Unfallrisiken oder der Gefahr, nicht mehr allein zurück zu finden. Eingeschlossen ist ferner das scheinbar ziellose Umhergehen im Wohnbereich, das allerdings nur dann Anlass zu Interventionen sein sollte, wenn es Ausdruck einer autonom nicht zu bewältigenden psychischen Belastung ist oder solche Belastungen eher verstärkt. Schließlich ist auch das „unbefugte“ Aufsuchen von Räumlichkeiten gemeint, die der Bewohner nicht ohne Begleitung betreten sollte (z. B. Zimmer anderer Bewohner, Küche im Wohnbereich etc.).

Die Interventionen beschränken sich nicht auf das Feststellen der Wanderungstendenz und die Unterstützung beim Aufsuchen der gewohnten Räumlichkeiten, da es nicht Ziel sein sollte, den Bewohner wieder zurück in ein Zimmer zu begleiten, ohne auf die individuelle Befindlichkeit einzugehen. Vielmehr sollte das frühzeitige Erkennen einer Wanderungstendenz aufgrund von Äußerungen des Bewohners oder Beobachtungen der Mitarbeiter dazu dienen, im Vorfeld Gespräche oder sonstige angemessene Interventionen anzubahnen. Interventionen bei Wanderungstendenz sind ein Beispiel dafür, dass unmittelbar bewohnerbezogene Hilfen bei manchen Problemlagen nur einen begrenzten Teilaspekt professioneller Pflege darstellen. Bei zahlreichen Verhaltensweisen psychisch erkrankter Bewohner kommt es in erster Linie darauf an, Hintergründe und fördernde Bedingungen des Verhaltens sorgfältig abzuklären und sich auf präventives Handeln zu konzentrieren. Häufig lässt sich motorische Unruhe bereits durch eine geeignete Tagesstrukturierung und ausreichende Bewegung/Beschäftigung reduzieren. Ausgehend von der Kenntnis des früheren Lebens-/Tagesrhythmus und der individuellen Empfindungen und Vorstellungen, die der Unruhe zugrunde liegen, kann im Vorfeld durch sorgsame zeitliche Planung von Hilfen und gezielte entlastende Maßnahmen wirksame Unterstützung geleistet werden.

Es ist allerdings ebenso wichtig, einzuschätzen, inwieweit eine Wanderungstendenz *aus der Perspektive der betroffenen Bewohner* eine Problemlage darstellen, inwieweit sich damit also psychische Belastungen oder Gefährdungen verbinden, die eine Intervention notwendig machen. Mitunter stellen Verhaltensweisen infolge psychischer Erkrankungen eher für die Mitarbeiter, zum Teil auch für andere Bewohner eine Belastung dar, weniger für den Betroffenen selbst. Hier muss stets eine sorgfältige Abwägung zwischen verschiedenen Interessen und Bedürfnissen erfolgen.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Neigung zum Verlassen des gewohnten Bereiches ist bekannt
- Eindringen des Bewohners in die Privatsphäre anderer Personen (aufgrund kognitiver Defizite/Orientierungsstörungen kombiniert mit vorhandener Mobilität, einschließlich der eigenständigen Fortbewegung im Rollstuhl)
- Drohende Selbst-/Fremdgefährdung

Vorrangige Ziele:

- Reduktion motorischer Unruhe
- Befriedigung des Bewegungsdrangs
- Sicherheit gewährleisten (unter Beachtung der persönlichen Wertschätzung und eines respektvollen Umgangs)
- Förderung der persönlichen Orientierung

Teilhandlungen:

- Begleitung beim Gehen
- Suchen des Bewohners, nachdem er die gewohnten Räumlichkeiten verlassen hat
- Unterstützung beim Aufsuchen der gewohnten Räumlichkeiten
- Einzelgespräche (entlastende, orientierungsfördernde Gespräche; Beachtung biografischer, validierender Aspekte etc.)
- Einbindung in ein ausreichendes Bewegungs-/Beschäftigungsangebot

Variationen der Maßnahme:

- Vorbeugende Intervention (z. B. Gespräche, Bewegungs-, Beschäftigungsangebot)
- Innerhalb des Wohnbereiches, innerhalb/außerhalb der Einrichtung
- Während des Tages/der Nacht

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



22. Einzelbetreuung bei Selbst- und Fremdgefährdung

(EBG)

Diese Leistungsbeschreibung umfasst Interventionen, die aufgrund einer (drohenden) verhaltensbedingten Selbst- bzw. Fremdgefährdung erfolgen.

Der Ausdruck „Selbst- und Fremdgefährdung“ wird in der Literatur nicht einheitlich verwendet. Wie so häufig bei der fachlichen Bewertung von Verhaltensweisen stellt sich auch hier die Frage, von welchem Punkt an und unter welchen Umständen von „Gefährdung“ gesprochen werden kann. Die Leistungsbeschreibung legt eine relativ enge Definition zugrunde: Angesprochen ist ein Verhalten, das die eigene körperliche Gesundheit oder die körperliche Gesundheit und Unversehrtheit anderer Personen gefährdet. Primär psychische Gefährdungen sind ausgeklammert bzw. der Leistung „Interventionen bei speziellen psychischen Problemlagen“ (ISP) zugeordnet. Ähnliches gilt für Gefährdungsrisiken im Zusammenhang mit einer Wanderungstendenz („Interventionen bei Wanderungstendenz“ – IWT). Schließlich bleiben auch Gefährdungen infolge eines Sturzrisikos unberücksichtigt, sofern nicht von intendiertem (absichtsvollem) Verhalten auszugehen ist.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Gefährdendes Verhalten (Übergriffe) gegenüber anderen Personen
- Autoaggressives Verhalten, agitiertes Verhalten mit Risiko der Selbstverletzung
- Suizidgefährdung
- Abwehr zwingend notwendiger therapeutischer Maßnahmen (z. B. Infusion) oder Weigerung, lebensnotwendige Handlungen durchzuführen (z. B. Nahrungsaufnahme)
- Gefährdung infolge unrealistischer Selbst- oder Situationseinschätzung (z. B. Bewohner versucht ständig aufzustehen bei Stehunsfähigkeit, möchte mit dem Rollstuhl die Treppe hinab fahren)

Vorrangiges Ziel:

- Sicherheit gewährleisten (unter Beachtung des Grundsatzes persönlicher Wertschätzung und eines respektvollen Umgangs)

Teilhandlungen:

- Einzelgespräche (z. B. unter Beachtung biografischer, validierender Aspekte etc.)
- Bewohner von anderen Personen abschirmen (Rückzugsmöglichkeit schaffen)
- Direkte körperliche Intervention, z. B. Berührungen, Körperkontakt (situationsabhängig)
- Hilfe bei der Fortbewegung (Bewegungsangebot), Einbindung in Beschäftigung
- Anwesenheit/Beobachtung

Variationen der Maßnahme:

- Primär kommunikativ ausgerichtete Maßnahmen (während des Tages/der Nacht)
- Fixierung aufgrund akuter Gefährdung (nach Ausschöpfung aller anderen zur Verfügung stehenden Maßnahmen und unter Berücksichtigung der rechtlichen Anforderungen)

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

23. Interventionen bei speziellen psychischen Problemlagen (ISP)

Im Rahmen dieser Leistung werden Maßnahmen beschrieben, die bei Angst, Wahn, Halluzinationen, depressiver Stimmung und Unruhezuständen ergriffen werden können. Diese Maßnahmen sollen vor allem psychische Entlastung bieten und zur Steigerung des subjektiven Wohlbefindens beitragen (Höft 2003). Ähnlich wie im Falle von Wanderungstendenzen kommt hier dem Grundsatz einer präventiv orientierten Unterstützung durch Milieugestaltung, Tagesstrukturierung und einer auf Ursachenabklärung beruhenden Intervention im Vorfeld akuter psychischer Belastungen ein besonderer Stellenwert zu (vgl. Bair et al. 1999, Hutchinson/Wilson 1998).

Kommt es aufgrund der oben genannten Problemlagen zum Auftreten einer Wanderungstendenz oder zur Selbst- bzw. Fremdgefährdung, so greifen die Leistungsbeschreibungen „Interventionen bei Wanderungstendenz“ (IWT) bzw. „Einzelbetreuung bei Selbst- und Fremdgefährdung“ (EBG).

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Angstzustände
- Wahnvorstellungen
- Halluzinationen
- Depressive Stimmung
- Unruhezustände

Vorrangige Ziele:

- Psychische Entlastung bei Angst, Wahn, Halluzinationen, depressiver Stimmung, Unruhezuständen etc.
- Steigerung des subjektiven Wohlbefindens
- Förderung des Gefühls der Sicherheit

Teilhandlungen:

- Einzelgespräche (z. B. unter Beachtung biografischer, validierender Aspekte etc.)
- Anwesenheit, Beobachtung aus einer räumlichen Distanz
- Berührung/Körperkontakt (situationsabhängig)
- Begleitung beim Verlassen der konkreten Situation
- Beschäftigungs-, Bewegungsangebot

Variationen der Maßnahme:

- Primär kommunikativ ausgerichtete Maßnahmen (während des Tages/der Nacht)
- Begleitung in sozialen Situationen (in Anwesenheit anderer Bewohner)

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



5.2.6 Spezielle Pflege

Bei den Maßnahmen dieses Bereichs handelt es sich in der Regel um Leistungen, die auf der Basis ärztlicher Ver-/Anordnungen erbracht werden. Es handelt sich um die Leistungen „Wundversorgung und Verbände“, „Medizinische Einreibung“, „Medikamentengabe“, „Subcutane Injektionen“, „Kontrolle Vitalparameter/Gewicht“, „Blutzuckerkontrollen“, „Rektale Abführmethoden“ und „Blasenkatheter legen/wechseln“. Maßnahmen, die in der Praxis erfahrungsgemäß nur selten anfallen, werden in der Leistungsbeschreibung „Sonstige spezielle Pflege“ zusammengefasst. Hierbei handelt es sich um die Gabe intramuskulärer Injektionen, das Wechseln von Infusionen, die Trachealkanülenpflege, das Absaugen, die Inhalation und die Gabe von Sauerstoff. Eine weitere Maßnahme, „Hilfe bei der Sondenernährung“, wurde bereits im Bereich „Unterstützung bei der Ernährung“ aufgeführt. Bei dieser Maßnahme wurde die thematische Zuordnung zu einem Bereich als wichtiger erachtet als die sozialrechtliche Zuordnung.

Bei Leistungen der speziellen Pflege wird auf gesonderte Zielformulierungen verzichtet, da diese in den ärztlichen Ver-/Anordnungen implizit enthalten sind.

Die Hauptkriterien für den Bedarf enthalten in der Regel stets den Punkt „Ärztliche Ver /Anordnung“. Bei einigen Leistungsbeschreibungen (z. B. „Medikamentengabe“, „Subcutane Injektionen“) findet sich der Zusatz „Ärztliche Ver-/Anordnung kombiniert mit Einschränkungen der Mobilität und/oder kognitiven Defiziten“. Dies trifft auf Maßnahmen zu, welche der Bewohner selbständig durchführen könnte (z. B. das Einnehmen der Medikamente), wenn keine Einschränkungen der Mobilität bzw. kognitiven Defizite vorliegen würden.

In der Praxis ist der Aufwand und die Bedeutung aus Bewohnersicht hinsichtlich der aufgeführten Maßnahmen der speziellen Pflege sehr unterschiedlich.

Das Verabreichen von Medikamenten ist die mit Abstand am häufigsten auftretende, meist wenig zeitintensive Maßnahme (Wingenfeld/Schnabel 2002). Ebenso kann es sich bei der speziellen Pflege jedoch auch um sehr aufwändige und für den Bewohner belastende Situationen handeln. Sie erfordern nicht nur die Beherrschung der jeweiligen Technik, z. B. die Vorgehensweise bei der Trachealkanülenpflege, sondern bedürfen eines besonderen Einfühlungsvermögens und einer geeigneten Einbettung in die Gesamtsituation der Bewohner.

Im Rahmen der Leistungsbeschreibungen wird auf die Begriffe „Grundpflege“ und „Behandlungspflege“ weitestgehend verzichtet, da deren Verwendung aus pflegewissenschaftlicher Sicht eher irreführend ist (Nauerth 2000, Müller 2001). Innerhalb dieser Zweiteilung wird die Behandlungspflege gegenüber der Grundpflege oftmals überbewertet. Maßnahmen der „Behandlungspflege“ erscheinen zudem häufig losgelöst von anderen Aufgaben der Pflege. Diese Problematik wird durch das Ersetzen von Begriffen sicherlich nicht nachhaltig behoben. Die vorliegenden Leistungsbeschreibungen bemühen sich jedoch vorrangig um eine pflegfachlich konsistente Begrifflichkeit, und aus dieser Perspektive erscheint es sinnvoller, von spezieller Pflege zu sprechen.

24. Wundversorgung und Verbände

(WV)

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Ärztliche Ver-/Anordnung

Teilhandlungen:

- Unterstützung beim Einnehmen einer angemessenen Körperposition
- Teilent-/bekleidung
- Entfernen des Verbandes
- Wundbeobachtung
- Reinigung der Wunde/der Haut
- Anbringen des neuen Verbandes

Variationen der Maßnahme:

- Dekubitusbehandlung
- Sonstige Wundversorgung
- Verbände ohne Vorliegen einer Wunde (z. B. Kompressionsverband)
- Wundversorgung mit/ohne Anbringen/Einlegen verordneter Medikamente/Tamponden
- Sterile/unsterile Wundversorgung

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

25. Medizinische Einreibung

(ME)

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Ärztliche Ver-/Anordnung kombiniert mit Einschränkungen der Mobilität und/oder kognitiven Defiziten (z. B. Nichterkennen der Situation, korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte wird nicht erkannt)

Teilhandlungen:

- Unterstützung beim Einnehmen einer angemessenen Körperposition
- Vorbereitung der einzureibenden Körperstelle (z. B. Teilent-/bekleidung, Waschung)
- Einreibung

Variationen der Maßnahme:

- keine

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



26. Medikamentengabe

(MED)

Diese Leistungsbeschreibung umfasst die Unterstützung bei der oralen Einnahme von Medikamenten; die Gabe von Augen-, Ohren-, Nasentropfen bzw. -salben; die Unterstützung bei der Verwendung von Dosieraerosolen, das Anbringen von Arzneimittelpflastern und rektale/vaginale Applikation von Medikamenten.

Die rektale Verabreichung von Medikamenten (Suppositorium) mit der Zielsetzung der Darmentleerung wird der Leistungsbeschreibung „Rektale Abführmethoden“ (RAB) zugeordnet.

Da das so genannte Stellen der Medikamente in der Regel nicht im Beisein des Bewohners erfolgt, wird es den mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen zugerechnet und fällt somit nicht unter die vorliegende Leistungsbeschreibung.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Ärztliche Ver-/Anordnung kombiniert mit Einschränkungen der Mobilität und/oder kognitiven Defiziten (z. B. Nichterkennen der Situation, korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte wird nicht erkannt)

Teilhandlungen:

- Medikamente verteilen (kombiniert mit weitergehender Unterstützung)
- Unterstützung beim Einnehmen einer angemessenen Körperhaltung
- Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme, ggf. Unterstützung bei der hierzu notwendigen Flüssigkeitsaufnahme
- Teil-/entkleiden (z. B. beim Anbringen von Arzneimittelpflastern, rektaler/vaginaler Applikation)

Variationen der Maßnahme:

- Zerkleinern/zermörsern von Tabletten
- Motivierung/Anleitung zur selbständigen Medikamenteneinnahme
- Anreichen/Eingeben/Einbringen der Medikamente
- Beobachtende Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention im Rahmen der Medikamenteneinnahme
- Maßnahme erfolgt als Einzelfallhilfe oder als Gruppenbetreuung (zwei oder mehr Bewohner erhalten gleichzeitig Hilfestellung)
- Medikamentengabe über eine Sonde
- Entfernen/Anbringen eines Arzneimittelpflasters (ggf. mit teilweisem Ent- und Bekleiden)
- Beobachtung der Wirksamkeit/Nebenwirkungen der Medikamente

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

27. Subcutane Injektionen

(SC)

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Ärztliche Ver-/Anordnung kombiniert mit Einschränkungen der Mobilität, kognitiven Defiziten (z. B. Nichterkennen der Situation, korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte wird nicht erkannt) und/oder Sehbeeinträchtigung bzw. Hörbeeinträchtigung (bei Verwendung eines Insulinpens mit akustischem Signal)

Teilhandlungen:

- Teilent-/bekleidung
- Unterstützung beim Einnehmen einer angemessenen Körperposition
- Durchführen der Injektion (siehe Variationen der Maßnahmen)

Variationen der Maßnahme:

- Insulingabe mittels Pen/Einmalspritze
- Sonstige subcutane Injektionen
- Motivierung/Anleitung zur selbständigen Durchführung
- Beobachtende Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention bei der selbständigen Durchführung der subcutanen Injektion durch den Bewohner

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

28. Kontrolle Vitalparameter/Gewicht

(VIT)

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Ärztliche Ver-/Anordnung
- Akute Veränderungen im Befinden des Bewohners
- Gewichtskontrolle: Verlaufsbeobachtung, zur Bestimmung des Body-Mass-Index, bei bestehendem Über-/Untergewicht, bei drohender/bestehender Mangelernährung

Teilhandlungen:

- Teilent-/bekleidung
- Unterstützung beim Einnehmen einer angemessenen Körperposition (z. B. bei der rektalen Temperaturmessung)
- Durchführung der Kontrolle (siehe Variationen der Maßnahme)

Variationen der Maßnahme:

- Temperaturmessung (rektal, axillar, im Ohr)
- Atemkontrolle
- Pulskontrolle
- Blutdruckmessung
- Gewichtskontrolle mit Steh- bzw. Sitzwaage
- Kontrolle des Körperumfangs

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



29. Blutzuckerkontrollen

(BZ)

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Akute Veränderungen im Befinden (z. B. bei Diabetes mellitus)
- Ärztliche Ver-/Anordnung kombiniert mit Einschränkungen der Mobilität und/oder kognitiven Defiziten (z. B. Nichterkennen der Situation, korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte wird nicht erkannt)

Teilhandlungen:

- Gewinnung von Blut
- Durchführung der Kontrolle mit entsprechenden Hilfsmitteln (Blutzuckergerät, Teststreifen)

Variationen der Maßnahme:

- Erstellung eines Blutzuckertagesprofils
- Blutzuckerkontrolle vor jeder Insulingabe
- Motivierung/Anleitung zur selbständigen Durchführung
- Beobachtende Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention bei der selbständigen Durchführung der Blutzuckerkontrolle durch den Bewohner

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

30. Rektale Abführmethoden

(RAB)

Rektale Abführmethoden (Klistier, Einlauf, Suppositorium) können aus unterschiedlichen Gründen erforderlich werden. Anlass für eine entsprechende ärztliche Ver-/Anordnung kann z. B. das Vorliegen einer Obstipation sein (Arets et al. 1999).

Wird ein Obstipationsrisiko ermittelt, sollten prophylaktische Maßnahmen in die Pflegeplanung aufgenommen werden. Damit ist sichergestellt, dass eine rektale Abführmethode nur erforderlich wird, wenn alle zur Verfügung stehenden prophylaktischen Maßnahmen (z. B. Bewegungsförderung, angemessene Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme, Colonmassage als unterstützende Maßnahme) ausgeschöpft wurden.

Das in Einzelfällen erforderliche so genannte digitale Ausräumen kann der vorliegenden Leistungsbeschreibung zugeordnet werden. Allerdings sei ausdrücklich darauf verwiesen, dass diese Maßnahme nur auf ärztliche Ver-/Anordnung erfolgen sollte.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Ärztliche Ver-/Anordnung

Teilhandlungen:

- Teilent-/bekleidung
- Angemessene Lagerung (Seitenlagerung)/Körperhaltung
- Durchführung der Maßnahme (siehe Variationen der Maßnahme)
- Intimpflege

Variationen der Maßnahme:

- Durchführung eines Klistiers
- Durchführung eines Einlaufs
- Verabreichung eines Suppositoriums

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

31. Blasenkatheter legen/wechseln

(BKAT)

Die so genannte Katheterpflege im Rahmen der Intimpflege (Menche/Bazlen 2004) ist nicht Gegenstand dieser Leistungsbeschreibung, sondern gilt als Teilhandlung der Leistung „Unterstützung bei Waschungen“ (WA).

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Ärztliche Ver-/Anordnung

Teilhandlungen:

- Teilent-/bekleidung
- Angemessene Lagerung
- Entfernen des liegenden Katheters
- Intimpflege
- Katheterisieren der Harnblase

Variationen der Maßnahme:

- Legen/Wechseln eines Blasenverweilkatheters
- Legen eines Einmalkatheters

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

32. Sonstige spezielle Pflege

(SSP)

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Ärztliche Ver-/Anordnung

Teilhandlungen:

- Unterstützung beim Einnehmen einer angemessenen Körperposition
- Durchführung der Maßnahmen (siehe Variationen der Maßnahme)

Variationen der Maßnahme:

- Intramuskuläre Injektionen
- Infusion wechseln (mit/ohne Wechsel des Infusionsbestecks, bei intravenösen, subcutanen oder rektalen Infusionen)
- Trachealkanülenpflege
- Absaugen
- Inhalation
- Gabe von Sauerstoff

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



5.2.7 Besondere interventionsrelevante Faktoren

(Erläuterungen hierzu finden sich in Kapitel 5.1.2)

Mobilität

- Verlangsamte Bewegungsabläufe
- Unkontrollierte Bewegungsabläufe
- Eingeschränkte Beweglichkeit, z. B. durch Kontrakturen, Frakturen, spastische Lähmungen
- Eingeschränkte Belastbarkeit, z. B. bei Atembeschwerden, bei Kreislaufschwäche
- Körpergewicht über 80 kg bzw. unter 40 kg
- Dauerhafte Bettlägerigkeit
- (Gips-)Verbände

Hautzustand

- Wunden, z. B. Dekubitus, Hautdefekte im Genital-/Analsbereich
- Hauterkrankungen, z. B. Allergien, Ekzeme

Schmerz

- Akuter Schmerz
- Chronischer Schmerz

Nahrungsaufnahme und Medikamenteneinnahme

- Schluckstörungen/Atemstörungen
- Aspirationsgefahr (z. B. durch überhastete Nahrungsaufnahme)
- Verlangsamte Kautätigkeit/insgesamt verlangsamte Nahrungsaufnahme
- Einschränkung der Kaufähigkeit (z. B. durch Munderkrankungen, fehlende Zähne)
- Eingeschränkter Geschmacks-/Geruchssinn, Geschmackshalluzinationen

Hören/Sehen/Sprechen

- Einschränkungen der Sehfähigkeit
- Einschränkungen der Hörfähigkeit
- Sprach- und/oder Sprechstörungen, gestörtes Sprachverständnis

Ausscheidungen

- Massive chronische Diarrhö
- Ständiger Austritt geringer Stuhlmengen
- Ständiger Stuhl-/Harndrang
- Anatomische Veränderungen im Genital-/Analsbereich (z. B. durch Hämorrhoiden, Harnröhrenverengung)

Stimmungslage

- Traurigkeit
- Ängstlichkeit
- Apathie/Interessenlosigkeit
- Gesteigerter Antrieb
- Antriebsarmut/-losigkeit
- Stimmungsschwankungen

Psychomotorik

- Zielloses Herumgehen, ohne Rücksicht auf Bedürfnisse oder Sicherheit
- Sich ständig wiederholende Bewegungsmuster
- Rastlosigkeit
- Motorische Unruhe

Sozialverhalten

- Aggressives Verhalten (z. B. verbal, körperlich)
- Verlassen einer konkreten Situation durch den Bewohner, z. B. bei den Mahlzeiten oder bei der Morgenpflege
- Ablehnung von Maßnahmen (willentlich/absichtlich oder krankheitsbedingt)
- Problematisches Sozialverhalten (Belästigung/Störung anderer Personen)

Andere Verhaltensweisen bzw. Faktoren

- Manipulationen an Sonde, Blasenkatheter oder Stomaversorgung durch den Bewohner
- Häufiges Entfernen des Inkontinenz-/Versorgungsmaterials durch den Bewohner
- Unangemessener Umgang mit Ausscheidungen durch den Bewohner (z. B. Verschmutzen des direkten Umfeldes)
- Häufiges Erbrechen
- Ständiger Speichelfluss



5.2.8 Übersicht zum präventiven/prophylaktischen Pflegehandeln

Präventives/prophylaktisches Handeln in der Pflege beginnt mit der

- Beobachtung, *Einschätzung der Gefährdung*
- *Planung* unmittelbar und mittelbar bewohnerbezogener Maßnahmen unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Bewohner

Je nach Ausgangslage können folgende *Maßnahmen* Bestandteil des präventiven/prophylaktischen Handelns sein:

- Information und Beratung von Bewohnern und Angehörigen
- Kooperation mit anderen Berufsgruppen/Informationsweitergabe
- Führen von Einzelgesprächen (z. B. zur Förderung der Motivation, zur realistischen Einschätzung von Ressourcen)
- Interventionen bezogen auf die ermittelten Risikofaktoren
- Überprüfung von Hilfsmitteln auf Tauglichkeit/Funktionsfähigkeit
- Angemessene Gestaltung der Umgebung

Daneben gibt es Maßnahmen, die schwerpunktmäßig den einzelnen Prophylaxen zugeordnet werden können. Der folgende Überblick, der keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, lässt teilweise Verknüpfungen zu Leistungsbeschreibungen (z. B. LA, WA, MOB/GAM, GAB) zu. Allerdings sei darauf hingewiesen, dass die Durchführung einer Teilhandlung/Variation nicht mit einem umfassenden präventiven/prophylaktischen Handeln gleichzusetzen ist.

Die Nationalen Expertenstandards zu den Themen Dekubitus- und Sturzprophylaxe (DNQP 2002, DNQP 2006) sollten im Rahmen der Implementierung eines präventiven/prophylaktischen Handelns im umfassenden Sinne (und nicht Reduzierung auf einzelne Maßnahmen) herangezogen werden.

Prophylaxe gegen soziale Isolation:

- Anbieten von Einzelgesprächen
- Teilnahme an Einzel-/Gruppenaktivitäten fördern
- Gemeinschaftliches Einnehmen von Mahlzeiten
- Organisation regelmäßiger Besuche (z. B. durch freiwillige Helfer)
- etc.

Dekubitusprophylaxe:

- Maßnahmen zur Förderung/Erhaltung der Mobilität
- Druckentlastung durch regelmäßige Bewegung/Lagerungswechsel
- Hautbeobachtung
- Schutz der Haut vor übermäßiger Feuchtigkeit
- Förderung des sensorischen Empfindungsvermögens
- Ernährungsplanung (u. a. ausreichende Flüssigkeitszufuhr)
- etc.

Thromboembolieprophylaxe:

- Maßnahmen zur Förderung/Erhaltung der Mobilität
- Unterstützung des venösen Blutflusses durch regelmäßige Bewegung/Lagerungswechsel
- Ausstreichen der Venen
- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- etc.

Pneumonieprophylaxe:

- Maßnahmen zur Förderung/Erhaltung der Mobilität
- Unterstützung der Atmung durch regelmäßige Atemübungen/Lagerungswechsel
- Ausreichende Frischluftzufuhr
- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- Mundpflege
- etc.

Sturzprophylaxe:

- Maßnahmen zur Förderung/Erhaltung der Mobilität
- Einsatz von Hilfsmitteln (z. B. Rollator, Gehhilfen) zur Förderung der Gangsicherheit
- Einsatz von Hilfsmitteln (z. B. Hüftprotektoren) zur Reduzierung körperlicher Sturzfolgen
- Maßnahmen zur Förderung der visuellen/kognitiven Wahrnehmung
- Auswahl eines geeigneten Schuhwerks
- etc.

Kontrakturenprophylaxe

- Maßnahmen zur Förderung/Erhaltung der Mobilität
- Lagerungen
- etc.

Obstipationsprophylaxe:

- Erstellen eines Trink- und Ernährungsplans (z. B. ballaststoffreiche Ernährung, ausreichende Flüssigkeitszufuhr)
- Maßnahmen zur Förderung/Erhaltung der Mobilität
- etc.

Dehydrationsprophylaxe:

- Erstellen eines Trinkplans
- Führen eines Einfuhrprotokolls
- Erfragen und Anbieten von bevorzugten Getränken, verschiedene Getränke anbieten
- Auswahl eines geeigneten und ansprechenden Trinkgefäßes
- etc.

Prophylaxe gegen Munderkrankungen:

- Durchführen der allgemeinen Mundpflege
- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr, Auswischen der Mundhöhle, Stimulation der Speichelproduktion zur Feuchterhaltung der Mundhöhle
- Einfetten der Lippen
- Entfernen von Borken auf der Zunge
- etc.

Intertrigoprophylaxe:

- Hautbeobachtung (speziell in Hautfalten)
- Gründliches Abtrocknen
- Ggf. Einlegen von Leinenläppchen/Mullkompressen
- etc.

Prophylaxe gegen Harnwegsinfekte:

- Beobachtung der Harnausscheidung
- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- Regelmäßige Intimpflege
- Angemessene Bekleidung
- Einwirkung von Kälte und Nässe vermeiden
- etc.



5.3 Mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen

Übersicht der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen

1. Pflegeplanung und -dokumentation
2. Stellen der ärztlich verordneten Medikation
3. Zusammenarbeit mit externen Stellen
4. Arbeitsbesprechungen (einrichtungsintern)
5. Koordination, Organisation, Verwaltung
6. Kontakte zu Angehörigen/Bezugspersonen der Bewohner
7. Kooperation mit freiwilligen Helferinnen und Helfern
8. Wäscheversorgung
9. Mahlzeitenversorgung
10. Aufräum-, Reinigungs- und Wartungsarbeiten
11. Tätigkeiten zur Vor- und Nachbereitung von unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen
12. Sonstige mittelbar bewohnerbezogene Leistungen

Die Vorschläge für eine mögliche qualifikationsorientierte Arbeitsteilung bezogen auf die mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen sind im vorliegenden Katalog durch unterschiedliche Symbole kenntlich gemacht worden:

□ **Tätigkeiten, die in den Zuständigkeitsbereich einer Pflegefachkraft oder Wohnbereichsleitung fallen sollten**

Einige mittelbar bewohnerbezogene Leistungen werden in der Regel vorrangig von Mitarbeitern des Sozialen Dienstes durchgeführt und nicht ausschließlich von Pflegefachkräften. Diesbezügliche Hinweise wurden an den entsprechenden Stellen in den Katalog aufgenommen.

○ **Tätigkeiten, die anderen Mitarbeitern („Nicht-Fachkräften“) vorbehalten bleiben können**

Da die Personalstruktur in den Einrichtungen sehr unterschiedlich ist, werden an dieser Stelle keine weiteren Differenzierungen (z. B. Krankenpflegehelfer, Pflegehelfer, Zivildienstleistende, Praktikanten) vorgenommen. Letztendlich sollten die Einrichtungen anhand ihrer Personalstruktur eine weitere Aufgliederung entsprechend der jeweiligen Zuständigkeitsbereiche vornehmen, wenn sie dies für erforderlich halten.

□○ **Tätigkeiten, für die sich eine Zuständigkeit nicht klar definieren lässt**, die also sowohl von Pflegefachkräften als auch von anderen Mitarbeitern durchgeführt werden.

1. Pflegeplanung und -dokumentation

- Anlegen einer Pflegedokumentation beim Einzug neuer Bewohner
- Erstellen des ersten pflegerischen Assessments und Erfassung biografischer Informationen im Rahmen des Heimeinzugs (in Kooperation zwischen Pflege und Sozialem Dienst und unter Einbezug der Angehörigen) und Aktualisierung bzw. Fortschreibung während des Heimaufenthaltes
Weiterführende Informationen hierzu enthalten der Kriterienkatalog „Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug“ (vgl. Kapitel 4) und die Qualitätsmaßstäbe „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ und „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ (vgl. Kapitel 6).
- Erfassung und Dokumentation von Ressourcen und Problemen/Risiken/Gefährdungen
- Erstellen der Pflegeplanung
- Regelmäßige inhaltliche Überprüfung und Aktualisierung der Pflegeplanung
- Regelmäßige Überprüfung der Gesamtpflegedokumentation auf Vollständigkeit und Aktualität
- Anleitung anderer Mitarbeiter zur fachgerechten Umsetzung der Pflegeplanung und zur Dokumentation
- Führen von Durchführungsnachweisen
- Führen von Flüssigkeitsbilanzierungen, Bewegungs-/Lagerungsplänen etc.
- Dokumentation von Besonderheiten, (Verhaltens-)Auffälligkeiten, Abweichungen vom Pflegeplan, bewohnerbezogener Kommunikation mit anderen Berufsgruppen etc.
- Archivierung ausgefüllter/nicht mehr verwendeter Dokumentationsblätter aus der Bewohnerdokumentation und Bereitstellen/Einheften neuer Dokumentationsblätter

2. Arzneimittel vorbereiten

- Stellen der ärztlich verordneten Medikamente
Diese Maßnahme umfasst unter anderem die Überprüfung der richtigen Dosierung, des Haltbarkeitsdatums und farblicher oder sonstiger Veränderungen der Medikamente.



3. Zusammenarbeit mit externen Stellen

- Begleitung/Mitwirkung bei Arztvisiten, ärztlichen Maßnahmen
- Fachlicher Austausch und bewohnerbezogene Absprachen mit Ärzten (z. B. bezogen auf die Medikation, Eintragungen in die Pflegedokumentation), Therapeuten, anderen Einrichtungen und Pflegekräften (z. B. ambulanter Dienst bei Heimeinzug)
- Begleitung/Mitwirkung bei MDK-Begutachtungen
- Begleitung/Mitwirkung bei nichtärztlichen therapeutischen Maßnahmen (z. B. Physiotherapie, Logopädie) und/oder Einholen von Informationen bezüglich dieser Maßnahmen
- Telefonischer Kontakt zu Mitarbeitern anderer Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser, Kostenträger, Sanitätshäuser, Pflegeschulen) und externen Berufsgruppen (z. B. Physiotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, Fußpflege, Rettungsdienst) Diese Aufgabe sollte bevorzugt von Pflegefachkräften wahrgenommen werden.
- Persönlicher Kontakt zu Mitarbeitern anderer Einrichtungen (z. B. beim Besuch von Bewohnern im Krankenhaus) und zu anderen Berufsgruppen (z. B. wenn diese Bewohner aufsuchen) Diese Aufgabe sollte bevorzugt von Pflegefachkräften wahrgenommen werden.

4. Arbeitsbesprechungen (einrichtungstern)

Die Hinweise zur qualifikationsorientierten Arbeitsteilung beziehen sich nicht auf die Moderation der hier aufgeführten einrichtungsternen Arbeitsbesprechungen, sondern auf die Teilnahme der Mitarbeiter.

- Besprechungen/Beurteilungsgespräche im Rahmen der Ausbildung von Pflegegeschülern (z. B. Erstgespräch, Gespräche mit Vertretern der Pflegeschulen) und Anleitung von Pflegegeschülern
- Fachliche Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- Übergabegespräche
- Teambesprechungen (z. B. wohnbereichsbezogen, auf Leitungsebene)
- Team-/Einzelbesprechungen mit anderen einrichtungsternen Berufsgruppen (z. B. sozialer Dienst)
- Einweisung neuer Mitarbeiter
- Mitarbeitergespräche (z. B. Reflexions-, Beurteilungs-, Entwicklungsgespräche), Supervision
- Fallbesprechungen
- Situationsbedingte, ungeplante Besprechungen (ad-hoc-Besprechungen)

5. Koordination, Organisation, Verwaltung

- Leitungsaufgaben im Wohnbereich (z. B. Dienstplangestaltung, Moderation von Arbeitsbesprechungen und Mitarbeitergesprächen)
- Bestellung von Arzneimitteln (Kontakt zu Arztpraxen und Apotheken/Bestellwesen)
- Mitwirkung bei der Durchführung allgemeiner Verwaltungsaufgaben (z. B. Antragstellung bei Krankenkassen, Anregung von Betreuungsverfahren, Barbetragsverwaltung)
- Materialbestellungen (z. B. Inkontinenzartikel, Pflegeartikel, Formblätter für die Pflegedokumentation, sonstige Dokumentationsblätter, Büromaterial)
- Materialverwaltung (z. B. Überprüfung des Bestandes)
- Erstellung/Aktualisierung schriftlicher Informationen (Informationen für Bewohner/Angehörige/Heimbeirat/Mitarbeiter, „Schwarzes Brett“, Planungstafeln o. a.)
- Wohnbereichs-, Bewohnerpost und Tageszeitungen verteilen

6. Kontakte zu Angehörigen/Bezugspersonen der Bewohner

Weiterführende Informationen enthält der übergeordnete Qualitätsmaßstab „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ (vgl. Kapitel 6).

- Geplante persönliche Gespräche mit den Angehörigen (z. B. Informationen zur Situation der Bewohner, zu Angeboten der Einrichtung für Angehörige; entlastende Gespräche/Beratung bezogen auf die Situation der Angehörigen, Planung von Aktivitäten)
- Anleitung der Angehörigen, z. B. im Umgang mit dem Bewohner, zur Gestaltung der gemeinsamen Zeit mit dem Bewohner
- Telefonische Beratung
- Durchführung von Gruppenangeboten für Angehörige (oftmals eine Leistung der Mitarbeiter des Sozialen Dienstes)
- Ungeplante persönliche Gespräche mit den Angehörigen (z. B. Informationen zur Situation der Bewohner, zu Angeboten der Einrichtung für Angehörige; entlastende Gespräche/Beratung bezogen auf die Situation der Angehörigen, Planung von Aktivitäten)
Diese Aufgabe sollte bevorzugt von Pflegefachkräften wahrgenommen werden.
- Telefonische Auskünfte/Informationsaustausch/-weitergabe



7. Kooperation mit freiwilligen Helfern

Unter freiwilligen Helfern werden Personen verstanden, die Aufgaben ehrenamtlich wahrnehmen; nicht eingeschlossen sind beispielsweise Personen, die ein Praktikum ableisten. Die Tätigkeiten dieser Leistungskategorie werden oftmals auch von Mitarbeitern des Sozialen Dienstes durchgeführt.

- Geplante persönliche Gespräche mit freiwilligen Helfern (z. B. Informationen zur Situation der Bewohner, entlastende Gespräche/Beratung, Information zu Angeboten der Einrichtungen)
- Anleitung der freiwilligen Helfer, z. B. im Umgang mit den Bewohnern oder zur Gestaltung der mit ihnen gemeinsam verbrachten Zeit
- Herstellen des Kontaktes zwischen freiwilligen Helfern und Bewohnern
- Koordination des Einsatzes der freiwilligen Helfer
- Durchführung von Gruppenangeboten für freiwillige Helfer, z. B. Schulungen
- Wertschätzung der geleisteten Unterstützung, z. B. durch Übermittlung von Geburtstagsgrüßen, Festveranstaltungen ausschließlich für die freiwilligen Helfer
- Durchführung von Maßnahmen zur Gewinnung freiwilliger Helfer
- Ungeplante persönliche Gespräche mit freiwilligen Helfern (z. B. Informationen zur Situation der Bewohner, entlastende Gespräche/Beratung)
- Telefonische Kontakte, z. B. Terminabsprachen

8. Wäscheversorgung

Überwiegend Zuständigkeitsbereich von Hauswirtschaftskräften

- Reinigung von Wäsche
- Bereitstellung und Transport von Wäsche
(Wäschesäcke auf den Bereichen zum Abholen bereitstellen, Transport zur Sammelstelle, Zeichnung neuer Wäsche/Kleidung: Einsammeln und zur Bearbeitung weiterleiten, Sortieren der sauberen Wäsche und Transport auf die Wohnbereiche, Privatwäsche/Inkontinenzartikel in die Bewohnerzimmer verteilen und ggf. einräumen, Wohnbereichswäsche/Inkontinenzartikel verteilen und einordnen in die Schränke/Regale, Wäsche für die chemische Reinigung sammeln, für den Transport zur Wäscherei sorgen, Rücktransport, Rückgabe an die Bewohner)
- Abrechnung von Reinigungskosten
- Ausbessern der hauseigenen Wäsche und der Privatwäsche und/oder Vermittlung an externe Leistungsanbieter (Schneiderei)
- Schuhpflege (Bewohnerschuhe)

- Reklamationen in Bezug auf die Leistungen der Wäscherei (Erfassung, Weiterleitung, Kontrolle)
- Entsorgung von Inkontinenzartikeln, Schmutzwäsche einsammeln und sortieren
Die Übernahme durch Pflegefachkräfte erscheint hier – aus organisatorischen Gründen – sinnvoll, wenn Tätigkeiten im direkten Zusammenhang mit einer unmittelbar bewohnerbezogenen Leistung durchgeführt werden.

9. Mahlzeitenversorgung

Überwiegend Zuständigkeitsbereich von Hauswirtschaftskräften

Tätigkeiten, die im Zusammenhang mit den Hauptmahlzeiten (Frühstück, Mittagessen, Nachmittagskaffee, Abendessen) durchgeführt werden:

- Transport von Essenswagen auf die Wohnbereiche und Rücktransport
- Mundgerechtes Vorbereiten der Mahlzeiten ohne direkten Bewohnerkontakt
Findet diese Tätigkeit im direkten Kontakt mit dem Bewohner statt, so wird diese Tätigkeit der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistung „Hilfe bei der Nahrungsaufnahme/NA“ zugeordnet.
- Tische bestücken, abdecken und säubern
- Tablett bestücken, austeilen, einsammeln, abräumen und säubern
- Serviceleistungen im Speisesaal (z. B. Anbieten von Speisen, Getränken)
- Ein- und Ausräumen der Spülmaschine

Tätigkeiten, die unabhängig von den Hauptmahlzeiten durchgeführt werden:

- Zubereitung und Bereitstellen bzw. Ausgeben/Verteilen von Getränken und Zwischenmahlzeiten (ohne Hilfe bei der Nahrungsaufnahme)
- Informationsweitergabe an die Küche (Anzahl der Bewohner, Kostformen, Sonderwünsche, Lebensmittel-/Getränkebedarf des Wohnbereichs etc.)
- Transport der Lebensmittel-/Getränkeliieferungen und Einordnen in Schränke/Regale
- Spülen von Medikamentenbehältern, Thermoskannen etc.
- Essplätze bei Bedarf reinigen (Verschmutzungen der Stühle, des Fußbodens)
- Küche aufräumen, Küchenschränke, Geräte, Hilfsmittel etc. sauber halten
- Tischdecken/Tischdekoration erneuern



10. Aufräum-, Reinigungs- und Wartungsarbeiten

Mit „Wartungsarbeiten“ sind in diesem Fall nicht sämtliche Wartungsarbeiten gemeint, die in einer Einrichtung anfallen können, sondern nur solche, die für die Sicherstellung der Voraussetzungen für eine fachgerechte Pflege notwendig sind. Überwiegend Zuständigkeitsbereich von Hauswirtschaftskräften.

- Reinigung bzw. Desinfektion von medizintechnischen Geräten (z. B. Absauggeräte)
- Aufräum-/Reinigungsarbeiten außerhalb des Bewohnerzimmers (einschl. Funktionsräume) und Abfallentsorgung
- Reinigung von Rollstühlen, Gehwagen, Lifter, Toilettenstühlen, Transport-, Wäsche-, Essens-, Pflegearbeitswagen etc.
- Bestand an Seifen-/Desinfektionsmittelspender, Toilettenpapier, Einmalhandtücher etc. kontrollieren und ggf. auffüllen
- Reinigungsarbeiten im Zusammenhang mit der Haltung von Haustieren (z. B. Vogelkäfige)
- Blumenpflege in den Bewohnerzimmern und auf dem Wohnbereich
- Vor-/Nachbereitung des Bewohnerzimmers: vor/nach Krankenhausaufenthalt, bei Heimeinzug bzw. -auszug, nach dem Versterben des Bewohners
Vor-/Nachbereitung umfasst z. B.: Beziehen/Abziehen des Bettes, Bereitstellen bzw. Entfernen von Pflegemitteln/Hilfsmitteln, Bereitlegen schriftlicher Informationen (z. B. beim Heimeinzug)
- Aufräum- und Reinigungsarbeiten im Bewohnerzimmer (einschl. regelmäßiges Beziehen der Betten)
Die Übernahme durch Pflegefachkräfte erscheint hier – aus organisatorischen Gründen – sinnvoll, wenn Tätigkeiten im direkten Zusammenhang mit einer unmittelbar bewohnerbezogenen Leistung durchgeführt werden.
- Kontroll-/Wartungsarbeiten
Bestimmte Tätigkeiten, wie z. B. die Temperaturkontrolle der Kühlschränke zur Medikamentenaufbewahrung, sollte Pflegefachkräften vorbehalten sein.
- Reinigung von Badewanne/Dusche nach Benutzung
- Reinigung von Serviertisch nach Benutzung (z. B. Mahlzeiten)
- Kot-/Urinverunreinigung entfernen und beschmutzte Fläche bzw. Kleidung reinigen

Die Übernahme der drei zuletzt genannten Tätigkeiten durch Fachkräfte erscheint (aus organisatorischen Gründen) sinnvoll, wenn sie im direkten Zusammenhang mit einer unmittelbar bewohnerbezogenen Leistung durchgeführt werden.

11. Tätigkeiten zur Vor- und Nachbereitung von unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen

Zum Teil wurden solche Tätigkeiten bereits oben (z. B. im Zusammenhang mit der Mahlzeitenversorgung) angesprochen. Ansonsten ist dieser Tätigkeitsbereich schwer zu systematisieren. Es handelt sich überwiegend um die folgenden Tätigkeiten:

- Zusammenstellen und Vorbereiten von Materialien/Hilfsmitteln (z. B. vor dem Legen eines Dauerkatheters, vor der Morgenpflege)
- Entsorgen/Wegräumen/Reinigen von Material/Hilfsmitteln
- Vor- und Nachbereitung von Gruppen-/Einzelaktivitäten (oftmals eine Leistung der Mitarbeiter des Sozialen Dienstes)

Zu den mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen zählen nur die Tätigkeiten zur Vor- und Nachbereitung, die ohne direkten Kontakt zum Bewohner stattfinden. Vorbereitungen im Bewohnerzimmer sind in der Regel grundlegende Teilhandlungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen.

12. Sonstige mittelbar bewohnerbezogene Leistungen

- Einkäufe für die Bewohner (Gegenstände für den persönlichen Gebrauch, z. B. Artikel zur Körperpflege, Kleidung etc.)
Finden Einkäufe gemeinsam mit dem Bewohner statt, so ist dies der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistung „Unterstützung beim Gehen, Stehen, Treppensteigen, Fortbewegen im Rollstuhl/GSTR“ zuzuordnen.
- Hol- und Bringdienste (sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtung)
- Gestaltung der Räumlichkeiten (zur Gewährleistung einer sicheren und orientierungsfördernden Umgebung und zur Förderung von Wohlbefinden)



Literatur

- Algase, D.L. (1999): Wandering in dementia. *Annual Review of Nursing Research* 17, Nr. 3, 185–218
- Arets, J./Obex, F./Ortmans, L./Wagner, F. (1999): *Professionelle Pflege 2. Fähigkeiten und Fertigkeiten*. Bern: Huber
- Arets, J./Obex, F./Vaessen, J./Wagner, F. (1996): *Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlage*. Bocholt: Eicanos Verlag
- Bair, B./Toth, W./Johnson, M.A./Rosenberg, C./Hurdle, J.F. (1999): Interventions for disruptive behaviors: use and success. *Journal of Gerontological Nursing* 25, Nr. 1, 13–21
- Bartoszek, G./Nydahl, P. (2000): Basale Stimulation. In: Köther, I./Gnam, E. (Hg.): *Altenpflege in Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Thieme, 332–337
- Becker, J. (1995): *Die Wegwerf-Windel auf der Wäscheleine. Die Handlungslogik dementer alter Menschen verstehen lernen. afw-Arbeitshilfe Demenz*. Darmstadt: Eigenverlag
- Bell, V./Troxel, D. (2004): *Personenzentrierte Pflege bei Demenz. Das Best-Friends-Modell für Aus- und Weiterbildung*. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Bienstein, C./Schröder, G./Braun, M./Neander, K.-D. (Hg.) (1997): *Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegenden*. Stuttgart: Thieme
- Bischoff-Wanner, C. (2004): *Biographiearbeit. Studienbrief WK 02, Diplom-Fernstudiengang Pflege/Pflegemanagement*. Jena: Fachhochschule
- Bourret, E. M./Bernick, L. G./Cott, C. A./Kontos, P. C. (2002): The meaning of mobility for residents and staff in long-term care facilities. *Journal of Advanced Nursing* 37, Nr. 4, 338–345
- Buchholz, T./Schürenberg, A. (2003): *Lebensbegleitung alter Menschen. Basale Stimulation® in der Pflege alter Menschen*. Bern: Huber
- Clark, J. (Hg.) (2003): *Naming Nursing*. Bern: Huber
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2006): *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung*. Osnabrück: DNQP
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2005): *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege*. Osnabrück: DNQP
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2002): *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege*. Osnabrück: DNQP
- Evangelischer Verband für Altenarbeit (Hg.) (1998): *Snoezelen in der Altenarbeit*. Düsseldorf: Evangelischer Verband für Altenhilfe im Rheinland
- Falk, J. (2003): Pflegeverständnis auf dem Prüfstand – Snoezelen ein Konzept für Demenzkranke? *Pflegemagazin* 4, Nr. 2, 48–52
- Fiatarone, M. A./Marks, E. C./Ryan, N. D./Meredith, C. N./Lipsitz, L. A./Evans, W. J. (1990): High-intensity strength training in nonagenarians. Effects on skeletal muscle. *Journal of the American Medical Association* 263, Nr. 22, 3029–3034
- Frank, R. (2005): Pflegekompetenz – aufgezeigt am Beispiel „Essen und Trinken“. *Pflegemagazin* 6, Nr. 2, 29–41
- Georg, J. (Hg.) (2005): *NANDA International. NANDA-Pflegediagnosen. Definition und Klassifikation 2005–2006*. Bern: Huber
- Gottschalk, T./Dassen, T./Zimmer, S. (2004): Empfehlung für eine Evidenzbasierte Mundpflege bei Patienten in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. *Pflege* 17, Nr. 2, 78–91
- Graber-Dünnow, M. (2003): *Milieuthérapie in der stationären Altenhilfe. Lehr- und Arbeitsbuch für Altenpflegeberufe*. Hannover: Brigitte Kunz Verlag
- Höft, B. (Hg.) (2003): *Empfehlungen für Leistungsstandards in der gerontopsychiatrischen Pflege. Psychosoziale Arbeits-hilfen 13*. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Hutchinson, S.A./Wilson, H.S. (1998): The theory of unpleasant symptoms and Alzheimer's disease. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 12, Nr. 2, 143–162
- Jenull-Schiefer, B./Janig, H. (2004): Aktivierungsangebote in Pflegeheimen. Eine Studie zur Inanspruchnahme und Zufriedenheit. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37, Nr. 5, 393–401
- Jeschke, D./Zeilberger, K. (2004): Altern und körperliche Aktivität. *Deutsches Ärzteblatt* 101, Nr. 12, 789–798
- Jochems, J./Kirchner, H. (2005): Selbst gekocht schmeckt besser. Kochen und Backen mit demenziell veränderten Bewohnern. *Die Schwester/Der Pfleger* 44, Nr. 11, 864–869
- Johnson, M./Maas, M. L./Moorhead, S. (Hg.) (2005): *Pflegeergebnisklassifikation NOC*. Bern: Huber
- Kellnhäuser, E./Schewior-Popp, S./Sitzmann, F. (Hg.) (2004): *Thiemes Pflege. Professionalität erleben*. Stuttgart: Thieme
- Kors, B./Seunke, W. (2001): *Gerontopsychiatrische Pflege*. München: Urban und Fischer
- Köther, I./Gnam, E. (Hg.) (2000): *Altenpflege in Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Thieme
- Lauber, A. (2001): *Pflegediagnosen*. In: Lauber, A. (Hg.): *Grundlagen beruflicher Pflege*. Stuttgart: Thieme, 219–231
- McCloskey Docherman, J. C./Bulechek, G. M./Moorhead, S./Johnson, M./Maas, M. (2003): Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC): overview and current status. In: Clark, J. (Hg.): *Naming Nursing*. Bern: Hans Huber, 113–122
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hg.) (2003): *Grundsatzstellungnahme. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Abschlussbericht der Projektgruppe P 39*. Essen: MDS
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hg.) (2005): *Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege*. Essen: MDS
- Menche, N./Bazlen, U. (2004): *Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe*. München: Urban und Fischer
- Meusel, H. (2000): *Grundlagen der Bewegungstherapie in der geriatrischen Rehabilitation*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33, Nr. 1, 35–44
- Müller, E. (2001): Grundpflege und Behandlungspflege – Altlasten einer theoriefernen Pflegedidaktik. *Pflegemagazin* 2, Nr. 6, 4–17
- Nauerth, A. (2000): *Praxisforschung*. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.) *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa, 771–817
- Oelke, U./Flohr, H.-J./Ruwe, G./Reuter, J. (Hg.) (1995): *Lernen in der Pflege. Pflegetechniken und Pflegemaßnahmen: Haut- und Körperpflege, Mund- und Zahnpflege*. Baunatal: Baunataler VERLAG/SOFTWARE GmbH

- Oschütz, H./Belinová, K. (2003): Training im Alter. In: Denk, H./Pache, D./Schaller, H.-J. (Hg.): Handbuch Alterssport. Grundlagen – Analysen – Perspektiven. Band 139 der „Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport“. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann, 147–198
- Oster, P./Pfisterer, M./Schuler, M./Hauer, K. (2005): Körperliches Training im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38, Nr. 1, 10–13
- Oswald, W. D./Ackermann, A./Süß, B. (2005): Selbständigkeit im höheren Lebensalter für Pflegeheimbewohner (SimA@P). Forschungsprojekt „Rehabilitation im Altenpflegeheim“. SimA@P in Stichworten. <http://www.sima.geronto.uni-erlangen.de/pdfs/simapsw.pdf>, 29.03.2006
- Oud, N./Sermeus, W./Ehnfors, M. (2005): Acendio 2005. Pflege dokumentieren. Bern: Huber
- Pörtner, M. (2004): Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. Stuttgart: Klett Cotta
- Powell, J. (2002): Hilfen zur Kommunikation bei Demenz. Köln: KDA
- Schneekloth, U./Potthoff, P. (1993): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Stuttgart: Kohlhammer
- Schwanecke, F. (2002): Snoezelen: Gemischte Gefühle. Altenpflege 27, Nr. 2, 35–37
- Seel, M./Hurling, E. (2001): Die Pflege des Menschen im Alter. Hannover: Schlütersche
- Sowinski, C. (2003): Grenzüberschreitungen bei der Intimpflege. In: Schindler, U. (Hg.): Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Praxisalltag. Hannover: Vincentz Verlag, 67–75
- Stemmer, R. (2003): Pflege-theorien und Pflegeklassifikationen. Pflege und Gesellschaft 8, Nr. 2, 51–58
- Stemper, T. (2002): Alter, Altern, Alterssport. Zur Bedeutung des körperlichen Trainings für Ältere aus sportwissenschaftlicher Sicht. In: Rösch, H.-E./Yaldai, S. (Hg.): Spektrum der Sportwissenschaft. Heft 14 der Schriftenreihe des Instituts für Sportwissenschaft der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, 38–60
- van der Bruggen, H. (2002): Pflegeklassifikationen. Bern: Huber
- Wagener, R./Berkemeyer, C./Hock, G./Schneider, A./Winterberg, C./Ulmer, E.-M. (1998): Essen und Trinken bei Menschen mit Alzheimer-Demenz. Pflege 11, Nr. 2, 89–95
- Wingenfeld, K./Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf

Zusätzlich bei der Erstellung der Leistungsbeschreibungen herangezogene Literatur:

- Abraham, A. (2001): Sport und Bewegung im biografischen Kontext. Aktivitätsprofile im Alter vor dem Hintergrund des gelebten Lebens. In: Dauts, R./Emrich, E./Igel, C./Kindermann, W. (Hg.): Aktivität und Altern. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann, 329–344
- Alessi, C.A./Yoon, E. J./Schnelle, J. F./Al-Samarrai, N. R./Cruise, P. A. (1999): A randomized trial of a combined physical activity and environmental intervention in nursing home residents: do sleep and agitation improve? Journal of the American Geriatrics Society 47, Nr. 7, 784–791
- Alexander, M. F./Fawcett, J./Runciman, P. J. (1994): Nursing Practice. Hospital and Home. The Adult. Edinburgh, London, New York: Churchill Livingstone
- Becker, C./Kron, M./Lindemann, U./Sturm, E./Eichner, B./Walter-Jung, B./Nikolaus, T. (2003): Effectiveness of a multifaceted intervention on falls in nursing homes residents. Journal of the American Geriatrics Society 51, Nr. 3, 306–313
- Besselmann, K./Sowinski, C./Rückert, W. (1998): Qualitätshandbuch Wohnen im Heim – Wege zu einem selbstbestimmten und selbständigen Leben. Ein Instrument zur internen Qualitätsentwicklung in den AEDL-Bereichen. Köln: KDA
- Bienstein, C./Klein, G./Schröder, G. (Hg.) (2000): Atmen. Die Kunst der pflegerischen Unterstützung der Atmung. Stuttgart: Thieme
- Bienstein, C./Fröhlich, A. (2003): Basale Stimulation®. Die Grundlagen. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben
- Brieskorn-Zinke, M. (2004): Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. Stuttgart: Kohlhammer
- Brüggemann, J./Kutschke, A. (2005): Das Problemfeld Demenz in der stationären Pflege. Qualitätsanforderungen, Widersprüche, Verfahrensweisen für die Praxis. Die Schwester/Der Pfleger 44, Nr. 1, 34–39
- Bücking, B. (2004): Warum Essen manchmal zum Problem wird. Mangelernährung unter älteren Menschen weit verbreitet. Pflegen Ambulant 15, Nr. 2, 12–16
- Chapman, A./Jackson, G. A./McDonald, C. (2004): Wenn Verhalten uns herausfordert ... Ein Leitfaden für Pflegekräfte zum Umgang mit Menschen mit Demenz. Stuttgart: Demenz Support Stuttgart gGmbH
- Darmann, I. (2002): Bewegung als Interaktion – Systemisch-konstruktivistische Sichtweise von Bewegung und Konsequenzen für die Pflege. Pflege 15, Nr. 5, 181–186
- DBFK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2003): Brennpunkt Medikamentengabe. Informationsbroschüre für Pflegenden und Pflegeeinrichtungen. Potsdam
- Depping, K. (2000): Depressive alte Menschen seelsorgerlich begleiten. Auswege aus Schwermut und Verzweiflung. Hannover: LVH
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2006): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Osnabrück: DNQP
- Feil, N. (2004): Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Füsgen, I. (2005): Harninkontinenz im Alter – State of the Art. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38, Nr. 1, 4–9
- Gardner, M. M./Robertson, M. C./Campbell, A. J. (2000): Exercise in preventing falls and fall related injuries in older people: a review of randomised controlled trials. British Journal of Sports Medicine 34, Nr. 1, 7–17
- Garms-Homolova, V./Gilgen, R. (Hg.) (2000): Resident Assessment Instrument (RAI) 2.0. Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation. Bern: Huber
- Gordon, M. (2003): Handbuch Pflegediagnosen: Das Buch zur Praxis. München: Urban und Fischer



- Gottschalck, T. (2004): Pflegeziel: Mundgesundheit. Mundhygienische Maßnahmen auf dem wissenschaftlichen Prüfstand. *Die Schwester/Der Pfleger* 43, Nr. 5, 344–349
- Haarhaus, F. (2006): Seelsorge für demente Menschen. Religiöse Aufgaben mit sozialpflegerischem Wert. *Pflegezeit-schrift* 59, Nr. 2, 96–98
- Hantikainen, V./Riesen-Uru, S./Raemy-Röthl, B./Hirsbrunner, T. (2006): Die Bewegungsunterstützung nach Kinästhetik® und die Entwicklung und Förderung von Körperwahrnehmung, Bewegungsfähigkeiten und funktioneller Unabhängigkeit bei alten Menschen. *Pflege* 19, Nr. 1, 11–22
- Harper, I. G. (2002): Daily life in a nursing home. Has it changed in 25 years? *Journal of Aging Studies* 16, Nr. 4, 345–359
- Hassel, A. J./Koke, U./Drechsel, A./Kunz, C./Rammelsberg, P. (2005): Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, Nr. 5, 342–346
- Hauer, K. (2000): Körperliche Bewegung und Training im Alter. In: Nikolaus, T. (Hg.): *Klinische Geriatrie*. Berlin: Springer, 815–823
- Hauer, K./Pfisterer, M./Schuler, M./Bärtsch, P./Oster, P. (2003): Two years later: a prospective long-term follow-up of a training intervention in geriatric patients with a history of severe falls. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 84, Nr. 10, 1436–1432
- Heinemann-Knoch, M./Korte, E./Heusinger, J./Klunder, M./Knoch, T. (2005): Kommunikationsschulung in der stationären Altenpflege. Ergebnisse der Evaluation eines Modellprojektes zur Entwicklung der Kommunikationskultur und zur Transfersicherung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, Nr. 1, 40–46
- Heinze, C./Prof. Dr. Dassen, T. (2002): Sturzprävention im Pflegeheim. *Die Schwester/Der Pfleger* 41, Nr. 10, 810–814
- Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitsförderung – Neue Perspektiven für die Pflege. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa, 591–607
- Innes, A./Capstick, A. (2001): Communication and personhood. In: Cantley, C. (Hg.): *A handbook of dementia care*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press, 135–143
- Institut für Sportwissenschaft und Sport (Hg.) (2005): Dritter Newsletter des Modellprojektes „Fit für 100. Bewegungsangebote für Hochaltrige“. Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. http://www.ff100.de/php/3_newsletter.php, 06.03.2006
- Käppeli, S. (Hg.) (2000): *Pflegekonzepte 3. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld*. Bern: Huber
- KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.) (2005): „Wie geht es Ihnen?“ Konzepte und Materialien zur Einschätzung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz. Landesinitiative Demenz-Service NRW. http://www.demenz-service-nrw.de/files/bilder/veroeffentlichungen/Band_3.pdf, 09.02.2006
- Kerkhoff, B. (2002): Biografiearbeit – Schlüssel für eine individuelle Begleitung in der Pflege. *Die Schwester/Der Pfleger* 41, Nr. 10, 830–833
- Kiefer, B./Rudert, B. (2005): TTb – der Therapeutische Tischbesuch. Wertschätzende Kurzzeitaktivierung. *Pflegen Ambulant* 16, Nr. 5, 37–39
- Kiewitt, K. (2006): Künstlerische Therapien in Altenpflegeheimen. Beschäftigungsangebote zum Zeitvertreib? *Pflegezeit-schrift* 59, Nr. 2, 92–95
- Kim, M. J./McFarland, G. K./McLane, A. M. (1999): *Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen*. Wiesbaden: Ullstein Medical
- Klie, T./Buhl, A./Entzian, H./Schmidt, R. (Hg.) (2003): *Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen. Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorenübergreifender Perspektive*. Frankfurt am Main: Mabuse
- Kutschke, A./Perrar K. M. (2005): Künstliche Ernährung. Der PEG-Konflikt – Lebensqualität versus Sterbehilfe. *Die Schwester/Der Pfleger* 44, Nr. 10, 782–784
- Lauber, A./Schmalstieg, P. (Hg.) (2001): *Wahrnehmen und Beobachten*. Stuttgart: Thieme
- Lauber, A./Schmalstieg, P. (Hg.) (2003): *Pflegerische Interventionen*. Stuttgart: Thieme
- Lauber, A./Schmalstieg, P. (Hg.) (2004): *Prävention und Rehabilitation*. Stuttgart: Thieme
- Lazowski, D.-A./Ecclestone, N./Myers, A./Paterson, D./Tudor-Locke, C./Fitzgerald, C./Jones, G./Shima, N./Cunningham D. (1999): A randomized outcome evaluation of group exercise programs in long-term care institutions. *Journal of Gerontology* 54 A, Nr. 12, M621–M628
- Lindner, E. (2005): *Aktivierung in der Altenpflege: Arbeitsmaterialien für die Praxis*. München: Urban und Fischer
- Long, B. C./Phipps, W. J./Cassmeyer V. L. (1995): *Adult Nursing. A nursing process approach*. St. Louis, USA: Mosby
- Maciejewski, B./Sowinski, C./Besselmann, K./Rückert, W. (2001): *Qualitätshandbuch Leben mit Demenz*. Köln: KDA
- MacRae, P. G./Asplung, L. A./Schnelle, J. F./Ouslander, J. G./Abrahamse, A./Morris, C. (1996): A walking program for nursing home residents: effects on walk endurance, physical activity, mobility, and quality of life. *Journal of the American Geriatrics Society* 44, Nr. 2, 175–180
- Marburger, C./Oster, P. (2002): Körperliche Aktivität im hohen Lebensalter. In: Samitz, G. (Hg.): *Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie*. München: Marseille-Verlag, 219–223
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hg.) (2000): *MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege*. Essen: MDS
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hg.) (2005): *MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege*. Essen: MDS
- Müller, F./Nitschke, I. (2005): Mundgesundheit, Zahnstatus und Ernährung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, Nr. 5, 334–341
- Nationale Pflegeassessmentgruppe Deutschland (2005): *Positionspapier zur Grundsatzstellungnahme „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“*. Abschlussbericht Projektgruppe P 39 des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen 2003. Witten
- Neulist, A./Moll, W. (Hg.) (2005): *Die Jugend alter Menschen. Gesprächsanregungen für die Altenpflege*. München: Urban und Fischer
- Neumeier, P. (2005): Aggressionen richtig begegnen. Die Pflege verhaltensauffälliger Demenzpatienten. *Pflegen Ambulant* 16, Nr. 5, 19–22
- Nowalk, M. P./Prendergast, J. M./Bayles, C. M./D’Amico, F. J./Colvin, G. C. (2001): A randomized trial of exercise programs among older individuals living in two long-term care facilities: The FallsFREE program. *Journal of the American Geriatrics Society* 49, Nr. 7, 859–865
- Neander, K.-D./Zegelin, A./Gerlach, A. (2001): *Thrombose*. München: Urban und Fischer
- Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.) (2000): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa

- Oelke, U./Menke, M. (2002): Gemeinsame Pflegeausbildung. Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Bern: Huber
- Oswald, W. D./Hagen, B./Rupprecht, R./Gunzelmann, T. (2002): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA). Teil XVII: Zusammenfassende Darstellung der langfristigen Trainingseffekte. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 15, Nr. 1, 13–31
- Politis, A. M./Vozzella, S./Mayer, L. S./Onyike, C. U./Baker, A. S./Lyketsos, C. G. (2004): A randomized, controlled, clinical trial of activity therapy for apathy in patients with dementia residing in long-term care. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 19, Nr. 11, 1087–1094
- Reisach, B. (2005): So gelingt die qualifizierte Pflegedokumentation. Rechtliche Anforderungen an die Dokumentation am Beispiel der Ernährung. *Die Schwester/Der Pfleger* 44, Nr. 3, 192–197
- Rensburg, R. E./Armocost, K. A./Radu, C./Bennett, R. G. (1999): Two models of restorative nursing care in the nursing home: designated versus integrated restorative nursing assistants. *Geriatric Nursing* 20, Nr. 6, 321–326
- Resnick, B. (1999): Motivation to perform activities of daily living in the institutionalized older adult: can a leopard change its spots? *Journal of Advanced Nursing* 29, Nr. 4, 792–799
- Resnick, B./Spellbring, A. M. (2000): Understanding what motivates older adults to exercise. *Journal of Gerontological Nursing* 26, Nr. 3, 34–42
- Rösler, A./Schwerdt, R./von Renteln-Kruse, W. (2005): Was die Sprache Alzheimer-Kranker mit der Celans verbindet – Über Kommunikation mit schwer betroffenen Demenzpatienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, Nr. 5, 354–359
- Sander, K. (2003): Biographie als Ressource im Pflegeprozess – Herausforderungen für die professionelle Pflege. *Unter-richt Pflege* 8, Nr. 3, 11–13
- Schaller, H.-J. (2003): Bewegungskoordination im Alter. In: Denk, H./Pache, D./Schaller, H.-J. (Hg.): *Handbuch Alters-sport. Grundlagen – Analysen – Perspektiven*. Band 139 der „Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport“. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann, 199–241
- Schilder, M. (2004): Die Bedeutung lebensgeschichtlicher Erfahrungen in der Situation der morgendlichen Pflege in der stationären Altenpflege. Eine explorative Studie anhand zweier Fallbetrachtungen. *Pflege* 17, Nr. 6, 375–383
- Schindler, U. (Hg.) (2003): *Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Praxisalltag*. Hannover: Vincentz
- Schmidt-Hackenberg, U. (1996): Wahrnehmen und Motivieren. Die 10-Minuten-Aktivierung für die Begleitung Hochbetagter. Hannover: Vincentz
- Schnelle, J. F./Cruise, P. A./Rahman, A./Ouslander, J. G. (1998): Developing rehabilitative behavioral interventions for long-term care: technology transfer, acceptance, and maintenance issues. *Journal of the American Geriatrics Society* 46, Nr. 6, 771–777
- Schoenfelder, D. P./Rubenstein, L. M. (2004): An exercise program to improve fall-related outcomes in elderly nursing home residents. *Applied Nursing Research* 17, Nr. 1, 21–31
- Schoppmann, S./Schmitte, H. (2000): Pflege bei psychischen Störungen. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa, 535–553
- Sherrington, C./Lord, S. R./Finch, C. F. (2004): Physical activity interventions to prevent falls among older people: update of the evidence. *Journal of Science Medicine in Sport* 7, Nr. 1, 43–51
- Sivvast, J./van Meijel, B. (2005): Die Anwendung von Lebensbüchern in der Gerontopsychiatrie: Brücke zwischen gestern und heute. *Pflegezeitschrift* 58, Nr. 9, 551–555
- Sitzmann, F. (Hg.) (1998): *Pflegehandbuch Herdecke*. Heidelberg: Springer
- Spieker, A./Bartoszek, G. (2004): Mangelernährung vorbeugen, erkennen und begegnen. *Pflegen Ambulant* 15, Nr. 2, 17–20
- Stefan, H./Allmer, F. (1999): *Praxis der Pflegediagnosen*. Wien, New York: Springer
- Steiner, I. (2004): Erinnerungspflege. Eine kreative Umsetzung von Biographiearbeit für den Alltag mit Hochbetagten und Demenzkranken. In: Gan, M. (Hg.): *Kunsttherapie mit demenzkranken Menschen*. Frankfurt a. M.: Fachhochschule, 92–105
- Stuhlmann, W. (2004): *Demenz – wie man Bindung und Biografie einsetzt*. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Tackenberg, P./Abt-Zegelin, A. (Hg.) (2004): *Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung*. Frankfurt am Main: Mabuse
- Tennstedt, S. L./Lawrence, R. H./Kasten, L. (2001): An intervention to reduce fear of falling and enhance activity: who is most likely to benefit? *Educational Gerontology* 27, Nr. 3/4, 227–240
- Titze, S. (2002): Bewegungsförderung im Altenheim – Intervention und Evaluation. *Gesundheitssport und Sporttherapie* 18, Nr. 2, 59–63
- Tompson, J. M./Wilson, S.F. (1996): *Health Assessment for Nursing Practice*. St. Louis, USA: Mosby
- Trautwein, I. (2004): Bewohneraktivierung. Arbeitskreis Küche. *Küche im Altenheim* 43, Nr. 5, 6–8
- Trilling, A./Bruce, E./Hodgson, S./Schweitzer, P. (2001): *Erinnerungen pflegen. Unterstützung und Entlastung für Pflegenden und Menschen mit Demenz*. Hannover: Vincentz
- von Zedlitz-Herpertz, S. (2004): *Aktivierende Förderung mit älteren Menschen. Übungssammlung*. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Zegelin, A. (2002): *Sprache und Pflege*. München: Urban und Fischer



Kapitel 6

Rahmenkonzepte für besondere Aufgabenfelder



6. Rahmenkonzepte für besondere Aufgabenfelder (Version 2.0)

6.1 Einführung	1
6.2 Rahmenkonzept „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“	5
1. Grundsätze	6
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	7
3. Personelle Zuständigkeiten	7
4. Erstgespräch	8
5. Vorbereitung des Heimeinzugs	10
6. Einzugstag	11
7. Erste Phase des Aufenthaltes	12
6.3 Rahmenkonzept „Zusammenarbeit mit Angehörigen“	15
1. Grundsätze	17
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	19
3. Personelle Zuständigkeiten	19
4. Förderung des Kontaktes zwischen Bewohner und Angehörigen	20
5. Allgemeine Angebote	22
6. Individuelle Angehörigenarbeit	23
7. Verfahrensweisen in besonderen Situationen	26
8. Umgang mit Kritik, Anregungen und Beschwerden	27
6.4 Rahmenkonzept „Nächtliche Versorgung“	28
1. Grundsätze	31
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	32
3. Bedarfsgerechtes abendliches/nächtliches Versorgungsangebot	33
4. Rahmenbedingungen	35
5. Personelle Regelungen	37
6. Pflegerische Versorgung und Betreuung	38
7. Information, Dokumentation und Pflegeplanung	40
8. Förderung der Kommunikation zwischen den Mitarbeitern	41
9. Verfahrensweisen in besonderen Situationen	42
6.5 Rahmenkonzept „Sterbebegleitung in vollstationären Pflegeeinrichtungen“	44
1. Grundsätze	46
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	47
3. Personelle Zuständigkeiten	48
4. Begleitung des Sterbeprozesses	49
5. Maßnahmen im Todesfall	54
6. Reflexions- und Entlastungsangebote für Mitarbeiter	57
6.6 Rahmenkonzept „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“	58
1. Grundsätze	59
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	60
3. Personelle Zuständigkeiten	61
4. Kooperation mit Ärzten zur Verbesserung der Versorgung	62
5. Pflegeplanung und Dokumentation	64
6. Arztbesuche	66
7. Notfallsituationen	68
8. Qualifikation	69
6.7 Rahmenkonzept „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“	70
1. Grundsätze	72
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	73
3. Personelle Zuständigkeiten	74
4. Übergang in das Krankenhaus	75
5. Aufgaben während des Krankenhausaufenthalts	78
6. Rückkehr in die Pflegeeinrichtung	79
Literatur	81

6.1 Einführung

Die nachfolgenden Rahmenkonzepte – im Referenzmodell ursprünglich als „Übergeordnete Qualitätsmaßstäbe“ bezeichnet – stellen im Kern Anforderungskataloge zur Ausgestaltung von Strukturen und Prozessen in besonders wichtigen Bereichen des Versorgungsalltags dar. Sie sollen einen Beitrag zur Sicherung und Weiterentwicklung der Lebens- und Versorgungsqualität in den Einrichtungen leisten und beziehen sich auf folgende Aufgabenfelder:

- Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung,
- Zusammenarbeit mit Angehörigen,
- Kooperation mit niedergelassenen Ärzten,
- Überleitung bei Krankenhausaufenthalten von Bewohnern,
- Sicherstellung einer bedarfsgerechten nächtlichen Versorgung,
- Begleitung sterbender Heimbewohner.

Funktion und Charakter der Rahmenkonzepte

Die Rahmenkonzepte stellen Anforderungskataloge zur Ausgestaltung der betreffenden Arbeitsfelder dar, mit denen ein bestimmtes Qualitätsniveau angestrebt wird. Sie verstehen sich zugleich als Arbeitshilfe und liefern Pflegeeinrichtungen eine Grundlage zur Überprüfung und Weiterentwicklung ihrer bisherigen Konzepte bzw. ihrer Praxis. Je nach Ausgangsbedingungen werden Einrichtungen eine mehr oder weniger große Übereinstimmung zwischen den Anforderungskatalogen und ihrer bisherigen Arbeitsweise feststellen: Zum Teil greifen die Rahmenkonzepte Verfahrensweisen und Problemlösungen auf, die sich in der Praxis bereits vielfach bewährt haben, zum Teil formulieren sie jedoch Anforderungen, die in der Praxis bislang eher selten berücksichtigt wurden.

Die Vorgaben, die in den Rahmenkonzepten enthalten sind, können und sollten, wenn es für sinnvoll gehalten wird, einrichtungsindividuell durch die Formulierung weitergehender Qualitätsanforderungen ergänzt werden.

Zum besseren Verständnis der Rahmenkonzepte sollte berücksichtigt werden, dass sie sich auch auf solche Handlungsfelder beziehen, in denen Ergebnisqualität auf die erfolgreiche Kooperation der Einrichtungen mit anderen Personen bzw. Organisationen angewiesen ist. Ein Rahmenkonzept kann die Einrichtungen jedoch ebenso wenig wie vergleichbare Handlungsleitlinien dazu verpflichten, Qualität sicherzustellen, die maßgeblich vom Wirken anderer Institutionen oder Personen abhängt. Diese Problematik kommt besonders bei der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und beim Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten zum Tragen, aber auch in der Zusammenarbeit mit Angehörigen. Die Rahmenkonzepte folgen in dieser Hinsicht dem Grundsatz, sich auf Maßgaben zu konzentrieren, deren Umsetzung sich von den Einrichtungen tatsächlich gestalten lassen. Sie fordern die Einrichtungen beispielsweise dazu auf, Angehörigen adäquate Unterstützungsangebote oder niedergelassenen Ärzten bestimmte Kooperationsangebote zu unterbreiten und hierfür die notwendigen Voraussetzungen zu entwickeln. Inwieweit solche Angebote aufgegriffen werden und damit eine Verbesserung der Lebens- und Versorgungsqualität für den Bewohner bewirken, liegt jedoch nicht im Einflussbereich der Einrichtungen.

Aufbau der Rahmenkonzepte

Am Beginn eines jeden Rahmenkonzepts findet sich eine Einleitung, in der das Thema und Besonderheiten des Maßstabs kurz vorgestellt werden. Darüber hinaus folgt die Darstellung der folgenden Gliederung:



- **Grundsätze:** Die Grundsätze benennen die Ausrichtung des im Rahmenkonzept beschriebenen Arbeitsfeldes. Alle weiteren Ausführungen dienen der Konkretisierung der Grundsätze auf der Handlungsebene.
- **Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption:** Alle Rahmenkonzepte schreiben die Verfügbarkeit eines schriftlichen Konzepts vor. Weitere Erläuterungen hierzu finden sich weiter unten.
- **Personelle Zuständigkeiten:** Ein wichtiges Anliegen der Rahmenkonzepte besteht darin, planvolle und zielgerichtete, am Bedarf und an den Bedürfnissen der Bewohner orientierte Verfahrensweisen sicherzustellen. Aus diesem Grund finden sich in allen Rahmenkonzepten Vorgaben zur Regelung von Zuständigkeiten, wobei der für den jeweiligen Bewohner zuständigen Pflegefachkraft (vgl. Kapitel 3) eine zentrale Rolle zugeschrieben wird.
- **Weitere Anforderungen:** Darüber hinaus beinhalten die Rahmenkonzepte themenspezifische Anforderungen, die in ihrer Anzahl variieren. Sie haben häufig eine sehr unterschiedliche Bedeutung für die Ausgestaltung von Strukturen und Prozessen.

Diese unterschiedliche Bedeutung kann am Beispiel der Zusammenarbeit mit Angehörigen aufgezeigt werden:

Anforderung 6.2

Auf Initiative der Mitarbeiter und/oder der Angehörigen finden im Bedarfsfall neben geplanten Gesprächen auch ungeplante Gespräche (telefonisch, persönlich) statt.

Anforderung 6.5

Die Einrichtung stellt Räumlichkeiten bereit, in denen ungestörte Gespräche zwischen Mitarbeitern und Angehörigen stattfinden können.

Ein zur Verfügung gestellter Raum kann zwar dazu dienen, Gespräche in einem geeigneten Rahmen durchführen zu können, aber für sich genommen hat dieser Raum keine Bedeutung. Um es überspitzt auszudrücken: Ein Raum, der für Gespräche zur Verfügung steht, aber nicht genutzt wird, da Mitarbeiter und Angehörige nicht miteinander sprechen, hat keinerlei Bedeutung für die Angehörigenarbeit, auch wenn formal gesehen eine Anforderung des Rahmenkonzepts erfüllt wurde. – Die Anforderungen sollten daher als Gesamtheit und in ihrem Zusammenwirken gesehen werden, um den Zielsetzungen und inhaltlichen Schwerpunkten des jeweiligen Arbeitsfeldes (z. B. Zusammenarbeit mit Angehörigen) gemäß der vorangestellten Grundsätzen gerecht werden zu können.

Dass Anforderungen eng miteinander verknüpft sind, kann anhand eines weiteren Beispiels deutlich gemacht werden. Die Anforderung 4.2 des Rahmenkonzepts „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ lautet

„Der Hauptansprechpartner vermittelt im Bedarfsfall (z.B. bei auftretenden Differenzen) zwischen Bewohner und Angehörigen. Die Wahrung der Bewohnerinteressen erfährt hierbei eine besondere Berücksichtigung.“

und ist von großer Bedeutung für die Förderung bzw. Weiterentwicklung des persönlichen Kontakts zwischen Bewohner und Angehörigen. Dennoch wird diese Anforderung nur dann umsetzbar sein, wenn zuvor andere Anforderungen erfüllt wurden, wie z. B. die Information und Beratung der Angehörigen in persönlichen Gesprächen (3.2). Erst hierdurch kann eine Beziehung aufgebaut werden, die es erlaubt, eine Vermittlerposition zwischen Bewohner und Angehörigen einzunehmen. Einige Anforderungen bilden folglich die Basis für die Umsetzung weiterer Anforderungen.

Nahezu alle Anforderungen wurden mit kurzen Erläuterungen versehen. Sie umfassen:

- Konkretisierende inhaltliche Ausführungen
- Fragen der Relevanz für den Versorgungsalltag
- Beispiele zur konkreten Umsetzung in die Praxis
- Benennung von wichtigen Besonderheiten.

Entwicklung/Verfügbarkeit schriftlicher Konzeptionen der Einrichtung

Konzepte können verstanden werden als Entwürfe von Handlungsplänen, in denen die Ziele, Inhalte, Vorgehens- bzw. Handlungsweisen in einen sinnvollen Zusammenhang gebracht werden (Geißler/Hege 2001, von Spiegel 2004). Sie erfüllen nur dann ihren Zweck, wenn sie von Mitarbeitern im Arbeitsalltag tatsächlich als verbindliche Vorgabe akzeptiert und verinnerlicht werden.

Die Rahmenkonzepte selbst haben den Charakter eines Anforderungskatalogs, nicht eines konkreten Konzepts. Sie stecken den Rahmen für die Entwicklung bzw. Anpassung einrichtungsspezifischer Konzepte ab.

Um den unterschiedlichen Voraussetzungen und Möglichkeiten von Einrichtungen Rechnung zu tragen, ist das Anforderungsprofil der Rahmenkonzepte an vielen Stellen allgemein formuliert. Damit soll ermöglicht werden, die konkrete Ausgestaltung an die Bedingungen der Einrichtungen anzupassen, ohne ein definiertes Qualitätsniveau zu unterschreiten. Das bedeutet zugleich, dass die Rahmenkonzepte einer Konkretisierung in Form eines einrichtungsspezifischen Konzeptes bedürfen – eines Konzeptes, das im Versorgungsalltag tatsächlich gelebt wird. Bei der Entwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte können und sollten die Einrichtungen auf von ihnen bereits erarbeitete Konzepte zurückgreifen.

Die Rahmenkonzepte sind insofern kein Ersatz für die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Verfahrensabläufen, Regelungen für Zuständigkeiten, Schulungsmaßnahmen, Kommunikationsregeln etc. Dies muss von den Einrichtungen selbst geleistet werden. Die „Umsetzung“ eines Rahmenkonzepts setzt erhebliches Eigenengagement und die Bereitschaft voraus, auch gewohnte Handlungsroutinen zu hinterfragen und ggf. anzupassen.

Bei der Konzeptentwicklung bzw. -anpassung sollte darauf geachtet werden, wie konkret die Vorgaben des Rahmenkonzepts ausfallen. Einige Anforderungen sind bereits sehr differenziert und handlungsleitend formuliert, bei den meisten handelt es sich jedoch um allgemeine Qualitätsanforderungen, die bei der Konzeptentwicklung konkretisiert werden müssen. Es ist daher nicht sinnvoll, die Anforderungen aus den Maßstäben wortwörtlich zu übernehmen. Für Mitarbeiter ist es wenig hilfreich, wenn Einrichtungskonzepte so allgemein bleiben wie die Rahmenkonzepte selbst. Ein Beispiel aus dem Rahmenkonzept „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ kann dies verdeutlichen:

Anforderung 5.3 aus dem Rahmenkonzept „Zusammenarbeit mit Angehörigen“: Die Mitarbeiter wirken darauf hin, dass sich Angehörige regelmäßig und aktiv an der Gestaltung von Festen, Veranstaltungen und Ausflügen beteiligen.

Diese Anforderung sagt nichts darüber aus, was Mitarbeiter konkret unternehmen sollen, um Angehörige entsprechend zu beteiligen. Diese Konkretisierung ist aber erforderlich, damit Mitarbeiter und auch außenstehende Personen nachvollziehen können, was zu tun ist, um diese Anforderung zu erfüllen.



Beispiel zur Konkretisierung der Anforderung 5.3 aus dem Rahmenkonzept „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ im Rahmen eines Konzeptes:

- Jeder Wohnbereich verfügt über eine Informationstafel, an der aktuelle Termine (mit dem Hinweis auf die Möglichkeit der Beteiligung von Angehörigen und Ansprechpartner) nachzulesen sind. Für die Aktualisierung der Informationen ist die jeweilige Wohnbereichsleitung verantwortlich.
- Außerdem spricht die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft bzw. deren Vertretung Angehörige persönlich an, wenn diese die Einrichtung aufsuchen, und informiert über geplante Feste, Veranstaltungen, Ausflüge etc. und die Möglichkeit der Beteiligung.
- (...)

Konzepte sollten also so konkret formuliert sein, dass alle Mitarbeiter der Einrichtung Klarheit über Zuständigkeiten, Aufgaben und Abläufe gewinnen.

Personelle Zuständigkeiten

Die Rahmenkonzepte setzen voraus, dass in den Einrichtungen ein Pflegeorganisationsmodell bzw. -system existiert, in dem die Verantwortung für die Gestaltung des individuellen Pflegeprozesses eindeutig personell zugeordnet ist¹. Unabhängig davon, wie eine solche Organisation im Detail ausgestaltet ist und benannt wird (z. B. „Bezugspflege“), handelt es sich bei den Trägern dieser Verantwortung stets um eine Pflegefachkraft. Um Missverständnisse aufgrund der häufig zu beobachtenden Unterschiede in der Begriffsverwendung zu vermeiden, wird in den Rahmenkonzepten die neutrale Formulierung „Zuständige Pflegefachkraft“ benutzt.

Bei der Durchsicht der Rahmenkonzepte wird auffallen, dass der zuständigen Pflegefachkraft einige Aufgaben der Steuerung und Koordination zugeordnet werden, die über die Gestaltung des individuellen Pflegeprozesses hinausreichen. Diese Zuordnung beruht auf dem Ziel einer größtmöglichen Integration von Unterstützungsleistungen für den Bewohner, die ggf. von vielen verschiedenen Beteiligten erbracht werden (vgl. Kapitel 3). Je komplexer die Unterstützung ausfällt, umso wichtiger wird es, dass eine Person die Verantwortung für die Gestaltung der individuellen Versorgung, die Durchführung von Abstimmungsprozessen, die Informationsweitergabe und andere Kommunikationsaufgaben übernimmt. Die zuständige Pflegefachkraft übernimmt ohnehin eine Steuerungsverantwortung im Rahmen des individuellen Pflegeprozesses. Diese wird nun mit den Rahmenkonzepten um einige weitere Aufgaben ergänzt.

¹ Ausnahme ist das Rahmenkonzept „Nächtliche Versorgung“, das im Unterschied zu den anderen keinen abgrenzbaren Prozess, sondern die tägliche regelhafte Versorgung der Bewohner während der Abend-/Nachtstunden thematisiert. Er enthält keine besonderen Anforderungen zur personellen Zuständigkeit.

6.2 Rahmenkonzept „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“

Der Umzug alter Menschen in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung stellt eine einschneidende Verlusterfahrung dar. Die Betroffenen müssen u. a. den eigenen Wohnraum aufgeben, der den Lebensmittelpunkt darstellt, in dem der überwiegende Teil des Alltags verbracht wird und von dem aus soziale Beziehungen gestaltet werden. Er ist in besonderem Maße ein Ort der Erinnerung und leistet einen wichtigen Beitrag für die persönliche Identität. Darüber hinaus stellt er eine vertraute und überschaubare Umgebung dar und gewährleistet somit Privatheit und Sicherheit. Daher verwundert es nicht, dass die meisten alten Menschen sich dafür aussprechen, auch im Alter in der eigenen Wohnung bleiben zu wollen (Schachtner 1987, Nolan et al. 1996).

Der Heimeinzug und die damit verbundene Auseinandersetzung mit der völlig anderen, zunächst fremdartigen Umgebung einer vollstationären Pflegeeinrichtung ist für die neuen Bewohner insofern ein kritisches Lebensereignis. Es trifft sie zudem in der Regel unvorbereitet (Lehr 2003). Vielfach sieht sich der alte Mensch, insbesondere bei einem Einzug im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, ad hoc vor eine Entscheidung gestellt, oder die Entscheidung wird ihm von den Angehörigen abgenommen. Zahlreiche Forschungsarbeiten zeigen, dass „kritische Lebensereignisse“ besser bewältigt werden, wenn sie durch Information, Beratung und Erfahrungsmöglichkeiten vorbereitet und begleitet werden. Für den Umzug in eine Pflegeeinrichtung gilt dies ganz besonders (Klingensfeld 1999; Lehr 2003; Pinquart/Devrient 1991; Lee et al. 2002).

Das vorliegende Rahmenkonzept „Unterstützung beim Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung“ setzt an dieser Stelle an: Er macht Vorgaben für die Planung und Organisation des Heimeinzugs im Zusammenwirken mit den Bewohnern bzw. ihren Angehörigen, womit deren Bewältigungsanstrengungen unterstützt werden sollen. Er konzentriert sich auf die Vorbereitung des Heimeinzugs, den Übergang in die Einrichtung und die für das Einleben sehr wichtigen ersten vier bis sechs Wochen nach dem Einzug. Eine erfolgreiche Bewältigung dieses Zeitraums beeinflusst nachweislich die langfristige Entwicklung des Wohlbefindens und der aktiven Lebensgestaltung positiv (Lee et al. 2002; Thiele et al. 2002).

Das Ziel, die Bewältigung durch geeignete Rahmenbedingungen und direkte Unterstützung zu fördern, war ausschlaggebend für die Entscheidung, welche Fragen mit dem Rahmenkonzept aufgegriffen werden und welche nicht. So finden administrative Aufgaben bzw. allgemeine Managementaufgaben (z. B. im Zusammenhang mit dem Abschluss von Heimverträgen oder Anfragen von Pflegebedürftigen und Angehörigen, die einen Heimplatz suchen) keine Berücksichtigung.



1. Grundsätze

- 1.1 Im Vordergrund der fachgerechten Begleitung des Umzugs von Menschen in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung stehen die Integration in das neue soziale Umfeld, die Reduzierung psychischer Belastungen sowie die Sicherstellung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung von Beginn des Heimaufenthaltes an.
- 1.2 Hierzu ist eine planvolle Vorbereitung der Versorgung und eine individuelle Unterstützung erforderlich, die u. a. auf den Abbau von Ängsten, die Förderung von Eigenaktivität und die Schaffung von Vertrauen abzielt.
- 1.3 Ein wesentlicher Aufgabenbereich ist hierbei die Information der Bewohner und ihrer Angehörigen über das Angebot der Einrichtung bezüglich Unterkunft, Pflege und anderer Versorgungsleistungen sowie die Ermittlung des individuellen Unterstützungsbedarfs.
- 1.4 Orientierungs- und Integrationsschwierigkeiten der Bewohner werden von der Einrichtung in besonderer Weise berücksichtigt.

Die Förderung der sozialen Integration stellt eine sehr wichtige Aufgabe dar, denn nicht selten haben neue Bewohner Schwierigkeiten, Sozialkontakte zu knüpfen oder aufrechtzuerhalten (Thiele et al. 2002, Saup 1990). In diesem Zusammenhang ist erfahrungsgemäß weniger die Zahl der Kontakte als vielmehr die Qualität der Beziehungen von Bedeutung. Einen besonderen Stellenwert für das Wohlbefinden nehmen dabei die Sozialkontakte zu Verwandten, ehemaligen Nachbarn sowie Freunden ein.

Integrationsfördernde Maßnahmen werden im vorliegenden Rahmenkonzept an unterschiedlichen Stellen berücksichtigt, etwa bei der Erfassung biografischer Daten bzw. der Einschätzung des Stellenwerts sozialer Kontakte im Erstgespräch. Auch die Zuordnung einer festen pflegerischen Bezugsperson in der ersten Phase des Aufenthalts soll die Eingewöhnung erleichtern. Im Rahmen des Integrationsgesprächs ist die Einrichtung gehalten, Integrationsschwierigkeiten aufzugreifen und ggf. Maßnahmen zur Förderung des Einlebens einzuleiten.

In den ersten Wochen nach dem Umzug in eine Pflegeeinrichtung äußert sich die psychische Belastung der Bewohner oftmals in Form von Hoffnungslosigkeit, geringer Lebenszufriedenheit und depressiver Stimmung. Entlastend wirkt häufig die Erfahrung, über Entscheidungsmöglichkeiten und Handlungsspielraum zu verfügen. Im vorliegenden Rahmenkonzept finden sich Vorgaben, die darauf abzielen, eine größtmögliche Selbstbestimmung der Bewohner zu gewährleisten.

2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption

- 2.1 Die Einrichtung verfügt über ein schriftlich fixiertes Konzept zum Heimeinzug.
- 2.2 Das Konzept macht Aussagen zu den Grundsätzen und Inhalten des Heimeinzugsverfahrens, zu den beteiligten Berufsgruppen und jeweiligen Zuständigkeiten. Diese Aussagen tragen den im vorliegenden Rahmenkonzept formulierten Anforderungen Rechnung. Das Konzept der Einrichtung ist allen Mitarbeitern bekannt und entsprechende Einweisungen bzw. Schulungen finden statt.

Erläuterungen zum Thema „schriftliche Konzeption“ finden sich in Kapitel 6.1.

3. Personelle Zuständigkeiten

- 3.1 Die Einrichtung benennt für die ersten vier bis sechs Wochen des Heimaufenthalts eine Pflegefachkraft als Hauptansprechpartner für den neuen Bewohner sowie eine Vertretung (ebenfalls Pflegefachkraft). Diese stellen in enger Kooperation mit dem Sozialen Dienst eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Begleitung des Bewohners während der ersten Phase des Heimaufenthalts sicher.
- 3.2 Hauptansprechpartner und Vertretung sind allen Mitarbeitern, die an der pflegerischen und sozialen Betreuung unmittelbar beteiligt sind, sowie den Angehörigen in dieser Funktion namentlich bekannt.

Rechtzeitig vor dem Einzug sollte der Hauptansprechpartner für den Bewohner benannt und festgelegt werden, wer ihn in dieser Funktion (bei längerer Abwesenheit) vertritt. Der Hauptansprechpartner ist für die Sicherstellung der Durchführung der in diesem Rahmenkonzept formulierten Maßnahmen verantwortlich. Das bedeutet nicht, dass er sämtliche Aufgaben, die mit den Anforderungen verbunden sind, auch selbst durchführen muss. Manche Aufgaben lassen sich an andere Pflegekräfte übertragen. Der Hauptansprechpartner soll von Beginn an eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen und die Unterstützungsleistung anderer Mitarbeiter bzw. Berufsgruppen koordinieren.

Das Rahmenkonzept sieht vor, dass die genannten Aufgaben Pflegefachkräften zugeordnet werden. Im Idealfall sind dies jene Mitarbeiter, die auf Dauer für den Bewohner zuständig sind. Diese Konstellation bietet die besten Voraussetzungen für personelle Kontinuität, auf die neue Bewohner in hohem Maße angewiesen sind. Besonders bei kurzfristigen Heimeinzügen können sich allerdings organisatorische Schwierigkeiten ergeben, die es notwendig machen, für die erste Phase des Heimaufenthalts eine Zwischenlösung zu finden.

In den ersten Wochen nach dem Heimeinzug ist es sehr wichtig, die alltägliche Versorgung und weitergehende Unterstützung an die besondere Situation der neuen Bewohner anzupassen und nach dem Grundsatz des biografieorientierten Arbeitens auszugestalten. Dabei ist ein enger Informationsaustausch zwischen Pflege und Sozialem Dienst unerlässlich, vor allem dann, wenn der Soziale Dienst wichtige Aufgaben im Vorfeld des Heimeinzugs übernimmt.



Die Hauptansprechpartner müssen allen Beteiligten in ihrer Funktion bekannt sein, um eine reibungslose Kommunikation zu gewährleisten. Insbesondere müssen natürlich die Bewohner selbst wissen, auf wen sie mit ihren Fragen und Belangen zugehen können. Einrichtungen, die nicht die auf Dauer zuständige Pflegefachkraft, sondern eine andere Person als Hauptansprechpartner für die Angehörigen bestimmen (vgl. Kapitel 6.3) sollten besonders darauf achten, dass die unterschiedliche personelle Zuständigkeit allen Beteiligten transparent ist.

4. Erstgespräch

- 4.1 **Vor dem Heimeinzug findet ein Erstgespräch mit den Bewohnern und/oder ihren Angehörigen statt, entweder in ihrer Häuslichkeit oder im Krankenhaus. Die personelle Verantwortung für die Durchführung des Erstgesprächs ist festgelegt. Kann ein Erstgespräch aufgrund der Kurzfristigkeit des Heimeinzugs oder anderer wichtiger Faktoren nicht durchgeführt werden, so sind die Inhalte (Punkt 4.2) nach erfolgtem Heimeinzug zu bearbeiten.**
- 4.2 **Die Inhalte des Erstgesprächs sind in Form von Vorgaben für die betreffenden Mitarbeiter definiert. Es ist insbesondere festgelegt,**
 - **welche Informationen den zukünftigen Bewohnern und/oder deren Angehörigen übermittelt werden sollen,**
 - **welche Absprachen mit ihnen zu treffen sind,**
 - **dass pflege- und betreuungsrelevante Basisinformationen erfasst werden (allgemeines Befinden, körperliche Verfassung, kommunikative und kognitive Fähigkeiten, Stimmungslage und Verhalten, Selbstpfledefizite und -ressourcen, medizinische Diagnosen, spezielle Behandlungen, behandelnde Ärzte sowie Informationen zur Medikation/zu benötigten Hilfsmitteln),**
 - **dass mit der Erfassung der im „Kriterienkatalog: Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor Heimeinzug“ unter den Punkten 2. und 3. (siehe Kapitel 4) aufgeführten Informationen begonnen wird,**
 - **dass die Bewohner bzw. ihre Angehörigen darüber unterrichtet werden, dass besonderer Wert auf das Mitbringen von persönlichen Erinnerungstücken gelegt wird (Fotos, Gegenstände).**
- 4.3 **Die Ergebnisse, Informationen und Absprachen des Erstgesprächs werden dokumentiert.**

■ zu 4.1

Unter „Erstgespräch“ wird ein *strukturiertes Gespräch* verstanden, mit dem ein wechselseitiger Informationsaustausch zwischen der Einrichtung und den zukünftigen Bewohnern bzw. deren Angehörigen begonnen wird und erste Absprachen zur Gestaltung des Heimaufenthaltes und zur Zusammenarbeit getroffen werden (Alten- und Pflegezentren Main-Kinzig-Kreis 1999). Dies setzt voraus, dass bereits eine definitive Entscheidung zum Heimeinzug gefallen ist. Das Erstgespräch ist also von allgemeinen Informationsgesprächen, die vor dem Entschluss zum Heimeinzug stattfinden (oftmals als „Erstkontakte“ bezeichnet), zu unterscheiden.

Auch mit Bewohnern, die in die Kurzzeitpflege aufgenommen werden und bei denen absehbar ist, dass sie in eine Dauerpflege übergehen, ist ein Erstgespräch zu führen. War der Übergang in die vollstationäre Dauerpflege bei Aufnahme des Bewohners in die Kurzzeitpflege nicht absehbar und wurde aus diesem Grund kein Erstgespräch geführt, sollten die unter Punkt 4.2 aufgeführten Aspekte in Gesprächen berücksichtigt werden, die in den ersten Tagen nach erfolgtem Einzug geführt werden.

Die Durchführung eines Erstgesprächs ist besonders schwierig oder zum Teil sogar nicht möglich, wenn Heimeinzüge sehr kurzfristig erfolgen. *Die Einrichtungen sollten jedoch versuchen, organisatorische Anpassungen vorzunehmen, um auch bei kurzfristigen Heimeinzügen (1–3 Tage Vorbereitungszeit) ein Erstgespräch zu ermöglichen.*

Kann es in Einzelfällen (z. B. am geplanten Termin erhöhter Krankenstand in der Einrichtung, zukünftiger Bewohner lebt weit entfernt) nicht stattfinden, so sollten die unter Punkt 4.2 aufgeführten Aspekte in Gesprächen berücksichtigt werden, die in den ersten Tagen nach erfolgtem Einzug geführt werden (vgl. Punkt 6. und 7). Informationen von zentraler Bedeutung (z. B. über die Medikation/Hilfsmittel) müssen dann vor dem Heimeinzug telefonisch ausgetauscht werden.

Es ist wichtig, die personelle Verantwortung für das Erstgespräch festzulegen, da diese Aufgabe nicht selten ein Überlappungsbereich zwischen Sozialem Dienst und den Pflegekräften der Einrichtungen darstellt. *Um größtmögliche personelle Kontinuität herzustellen, wird empfohlen, die Durchführung des Erstgesprächs dem Hauptansprechpartner zu übertragen. Insbesondere bei sehr kurzfristigen Einzügen wird nicht immer der spätere Hauptansprechpartner das Erstgespräch führen können. Dann muss diese Aufgabe anderen Mitarbeitern übertragen werden.*

Es ist nicht immer möglich, mit den Bewohnern selbst das Gespräch zu führen. In diesen Fällen nehmen die Angehörigen eine Stellvertreterfunktion ein.

■ zu 4.2

Informationen über das Heimleben sowie Angebote der Einrichtung (z. B. Gruppenaktivitäten, Maßnahmen zur Förderung der sozialen Teilhabe) erleichtern das Einleben der Bewohner in ihr neues Lebensumfeld (Beaver 1979, Kowalski 1981, Pinquart/Devrient 1991). Daher sollte ausreichend über die Wohnsituation, die hauswirtschaftlichen Leistungen sowie die sozialen Angebote, aber auch über allgemeine Fragen der Alltagsgestaltung in der Einrichtung informiert werden.

Informationen müssen jedoch in angemessener Form gegeben und auf die wichtigsten Fragen begrenzt werden. Es kann hilfreich sein, mündliche Information durch schriftliches Material zu ergänzen. Zu viel oder zu komplexe Information wird – vor allem in Belastungssituationen – nicht aufgenommen und kann sogar zu einem zusätzlichen Stressfaktor werden (vgl. Wingenfeld 2005: 215ff).

Das Erstgespräch soll der Einrichtung auch ermöglichen, erste, für die Pflege relevante Informationen zu erhalten. Gemeint ist damit kein vollständiges Assessment, sondern die Erfassung grundlegender Informationen über Versorgungsanforderungen, die sich nach dem Heimeinzug voraussichtlich stellen werden.

In diesem Zusammenhang sind Informationen zur Lebensgeschichte und bisherigen Lebenssituation von besonderer Bedeutung. Insbesondere bei demenziell Erkrankten, aber auch bei anderen Bewohnern entstehen hierdurch kommunikative Zugangswege (Kerkhoff/Halbach 2002). Voraussetzung ist eine Informationssammlung, die auf der Grundlage des „Kriterienkatalogs zur Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor Heimeinzug“ (vgl. Kapitel 4.3) durchgeführt wird. Mit dem Erstgespräch kann damit begonnen werden. Weitere Anknüpfungspunkte bieten persönliche Gegenstände der neuen Bewohner.



Im Erstgespräch ist es meist noch zu früh, die Gestaltung der Wohn- und Pflegesituation im Detail abzustimmen. Dies sollte besser zu einem späteren Zeitpunkt geschehen. Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass viele Absprachen aus der Sicht der Bewohner und ihrer Angehörigen erst dann möglich sind, wenn sie sich ein konkretes Bild von der neuen Lebensumgebung machen können, also bereits erste Erfahrungen gesammelt haben und eine gewisse Sicherheit entwickeln konnten. Abstimmung ist in diesem Zusammenhang also als ein längerer Prozess zu sehen, in dem die Einrichtung bzw. ihre Mitarbeiter flexibel auf die Bedürfnisse der Bewohner eingehen.

■ zu 4.3

Neben der Dokumentation der Inhalte des Erstgesprächs ist auch dafür Sorge zu tragen, dass die Informationen an die jeweils zuständigen Mitarbeiter (z. B. Pflege, Hauswirtschaft, Verwaltung) weitergeleitet werden (siehe auch Punkt 5.2). Eine wiederholte Erfassung identischer Informationen durch unterschiedliche Personen und der damit verbundene vermehrte Dokumentationsaufwand kann hierdurch vermieden werden.

5. Vorbereitung des Heimeinzugs

- 5.1 Die Einrichtung bietet den zukünftigen Bewohnern und/oder ihren Angehörigen vor dem Einzugsstermin eine Hausbesichtigung an und sorgt dafür, dass diese auf Wunsch durchgeführt wird. Im Rahmen der Hausbesichtigung findet eine erste Planung zur Gestaltung der Wohn- und Pflegesituation statt.**
- 5.2 Die Einrichtung stellt sicher, dass die Mitarbeiter und alle anderen Leistungsbereiche (z. B. Hauswirtschaft, Haustechnik, Sozialer Dienst) rechtzeitig über den Heimeinzug informiert und ihnen notwendige Informationen übermittelt werden.**
- 5.3 Die Einrichtung leitet bei Bedarf Maßnahmen ein, um auf die rechtzeitige Verfügbarkeit der benötigten Medikamente und Hilfsmittel hinzuwirken.**

■ zu 5.1

Bei kurzfristigen Einzügen, insbesondere unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, ist eine Hausbesichtigung durch die zukünftigen Bewohner in der Regel nicht möglich. In diesen Fällen können die Angehörigen stellvertretend die Einrichtung besuchen. Während der Hausbesichtigung sollte die zukünftige Wohn- und Pflegesituation gemeinsam mit den Bewohnern bzw. ihren Angehörigen besprochen werden. Es ist hilfreich, die Gestaltung der Hausbesichtigung im Einrichtungskonzept näher zu bestimmen.

■ zu 5.3

Die Vorbereitung des Heimeinzugs sollte auch die Verfügbarkeit notwendiger Hilfsmittel und Medikamente der neuen Bewohner berücksichtigen. Es versteht sich von selbst, dass die Einrichtung nicht die Verantwortung für verspätetes Handeln anderer Stellen übernehmen kann (z. B. verzögerte Hilfsmittellieferung). Sie kann jedoch durch ein planvolles Vorgehen dazu beitragen, solche Probleme zu vermeiden. Es ist beispielsweise möglich, bereits vor dem Heimeinzug Kontakt zum Hausarzt herzustellen. Durch das Erstgespräch (Punkt 4) sollte bekannt sein, ob in dieser Hinsicht Handlungsbedarf besteht.

6. Einzugstag

- 6.1 Es ist festgelegt, welche Aufgaben die Hauptansprechpartner im Rahmen der Begleitung der neuen Bewohner am Einzugstag übernehmen. Diese Aufgaben umfassen mindestens:**
- die neuen Bewohner sowie deren Angehörige zu empfangen, ihnen das Zimmer und den Wohnbereich zu zeigen sowie ihnen die Mitarbeiter des Wohnbereichs und ggf. die Mitbewohner des Zimmers vorzustellen,
 - den neuen Bewohnern die Bedienung der Rufanlage zu erklären und sie bei der Einrichtung des Zimmers zu unterstützen,
 - die Durchführung eines Aufnahmegesprächs (das Aufnahmegespräch kann, wenn es die Umstände nahe legen oder die Bewohner aufgrund zu vieler Eindrücke überfordert wären, auf den nächsten Tag verschoben werden).
- 6.2 Im Aufnahmegespräch erfolgt auch:**
- die Fortführung des pflegerischen Assessments (vgl. Kapitel 4),
 - die Fortsetzung der Informationssammlung entsprechend des „Kriterienkatalogs: Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor Heimeinzug“ (vgl. Kapitel 4).
- 6.3 Versorgungsrelevante Informationen werden dokumentiert und in die Dienstübergabe eingebracht.**
- 6.4 Der Hausarzt und ggf. weitere behandelnde Ärzte werden über den Heimeinzug informiert.**

■ zu 6.2

Das Aufnahmegespräch am Einzugstag fällt in den Aufgabenbereich des Hauptansprechpartners. Die Einrichtung sollte in ihrem Konzept festlegen, was neben den unter Punkt 6.1 festgelegten Inhalten im Aufnahmegespräch thematisiert werden soll. Um eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Pflege unmittelbar beginnen zu können, ist es wichtig, das pflegerische Assessment in zentralen Fragen so weit wie möglich abzuschließen (vgl. MDS 2005) und mit der Erfassung biografischer Informationen fortzufahren. Ist der Bewohner aufgrund kognitiver Einschränkungen nicht zu einem Aufnahmegespräch in der Lage, sollte es mit den Angehörigen geführt werden.

Die Durchführung des Aufnahmegesprächs verfolgt unterschiedliche Zielsetzungen. Es geht nicht nur um die Ermittlung und einen wechselseitigen Austausch von Informationen, sondern auch um den Aufbau einer Beziehung zum Bewohner. Dies sollte bei der Durchführung des Aufnahmegesprächs berücksichtigt werden, indem z. B. Informationen nicht bloß abgefragt werden, sondern Wert darauf gelegt wird, dass sich ein Gespräch entwickelt. Es kann auch sinnvoll sein, das Aufnahmegespräch nicht am Einzugstag abzuschließen, sondern es zu einem späteren Zeitpunkt (bzw. am zweiten Tag) fortzusetzen. Auch bei der Informationsübermittlung oder der Vorstellung anderer Personen (Mitarbeiter, Bewohner) sollte darauf geachtet werden, dass Bewohner und Angehörige nicht überfordert werden.



7. Erste Phase des Aufenthaltes

- 7.1 Während der ersten vier bis sechs Wochen des Heimaufenthaltes nimmt der Hauptansprechpartner oder seine Vertretung regelmäßig, je nach Bedarf der neuen Bewohner gegebenenfalls auch täglich, Kontakt zu ihnen auf und leistet Unterstützung zur Bewältigung des Heimeinzugs.
- 7.2 Spätestens am dritten Tag des Aufenthalts werden mit den neuen Bewohnern vorläufige Absprachen zum Tagesablauf (einschl. Verpflegung/Einnahme der Mahlzeiten) getroffen. Bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern werden die Angehörigen (soweit vorhanden) beim Festlegen des vorläufigen Tagesablaufs beteiligt.
- 7.3 Die neuen Bewohner erhalten, sofern sie dazu in der Lage sind und es ihren Bedürfnissen entspricht,
 - Informationen über die Hausabläufe und die Wäscheversorgung sowie die Angebote der Einrichtung,
 - eine Hausführung, bei der ihnen das Wohnumfeld und Angebote außerhalb des Wohnbereichs sowie ggf. Mitarbeiter außerhalb des Wohnbereichs vorgestellt werden,
 - die Möglichkeit, den Heimbeirat und ggf. den Heimförsprecher persönlich kennenzulernen.
- 7.4 Gemeinsam mit den neuen Bewohnern werden unter Berücksichtigung ihrer Biografie Aktivitäten geplant.
- 7.5 Die Vitalwerte werden innerhalb der ersten Woche ermittelt.
- 7.6 Wenn die notwendigen Hilfsmittel beim Einzug der Bewohner noch nicht verfügbar sind, strebt die Einrichtung an, die Verfügbarkeit möglichst innerhalb der ersten Woche sicherzustellen.
- 7.7 Die Erfassung der im „Kriterienkatalog: Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor Heimeinzug“ unter den Punkten 2 und 3 aufgeführten Informationen (vgl. Kapitel 4) wird abgeschlossen. Die Erfassung der dort unter den Punkten 4 und 5 aufgeführten Informationen wird begonnen und so weit wie möglich vervollständigt.
- 7.8 Spätestens zwei Wochen nach dem Heimeinzug liegt eine erste (ggf. noch nicht vollständige) Pflegeplanung auf der Grundlage des initialen pflegerischen Assessments vor (vgl. Kapitel 4).
- 7.9 Die Angehörigen werden bei Bedarf über den Verlauf der ersten Aufenthaltsphase informiert. Die Einrichtung wirkt darauf hin, dass die Angehörigen dazu motiviert werden, sich aktiv an der Gestaltung dieser Phase zu beteiligen, sofern sie sich nicht in einer schwierigen Belastungssituation befinden. Die Beteiligung Angehöriger setzt das Einverständnis der Bewohner voraus.
- 7.10 Vier bis maximal sechs Wochen nach dem Heimeinzug wird ein Integrationsgespräch mit dem Bewohner geführt. Das Konzept der Einrichtung legt fest, wer neben dem Bewohner selbst, ggf. seinen Angehörigen und dem Hauptansprechpartner an diesem Gespräch teilnimmt. Die Beteiligung Angehöriger und ggf. weiterer Personen setzt das Einverständnis des Bewohners voraus. Die Inhalte und Ergebnisse des Integrationsgesprächs werden dokumentiert.

7.11 Auf der Basis der Ergebnisse des Integrationsgesprächs wird die Pflegeplanung ggf. angepasst und vervollständigt. Die Einrichtung stellt sicher, dass Anregungen und Kritik der neuen Bewohner geprüft und ggf. Konsequenzen gezogen werden.

Das Einleben in das neue Wohn- und Lebensumfeld kann in zwei Phasen unterteilt werden: in die Phase der anfänglichen und die Phase der längerfristigen Eingewöhnung (Saup 1993; Prochaska et al. 1992). Die Phase der anfänglichen Eingewöhnung kann unterschiedlich lang sein. Zum Teil erstreckt sie sich auf einige Wochen, mitunter aber auch auf einen wesentlich längeren Zeitraum (Lehr 2003; Pinquart/Devrient 1991). Die ersten vier Wochen des Aufenthalts sind dabei besonders wichtig, denn auf die weit reichenden Umstellungen reagieren neue Bewohner zum Teil mit ausgeprägter Hoffnungslosigkeit, geringer Lebenszufriedenheit und depressiver Stimmung. Mitunter treten gehäuft psychosomatische Beschwerden auf, das Unfallrisiko, insbesondere das Sturzrisiko, ist erhöht (Saup 1993). Das vorliegende Rahmenkonzept fokussiert diese besonders wichtige Phase der anfänglichen Eingewöhnung, die – wenn sie erfolgreich bewältigt wird – auch die längerfristige Entwicklung positiv beeinflusst (Thiele et al. 2002).

■ zu 7.1

Der Hauptansprechpartner hat die Aufgabe, die neuen Bewohner beim Einleben zu unterstützen. Dabei ist zu bedenken, dass deren psychische Situation nicht nur von ihrem gesundheitlichen Zustand abhängt, sondern auch von der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung innerhalb und außerhalb der Einrichtung (Wirsing 1987). Den Bedarf an sozialer Unterstützung einzuschätzen und ggf. Maßnahmen zur Förderung sozialer Kontakte zu initiieren kann sehr wichtig sein. Hier ist in erster Linie an die Angehörigen gedacht, wobei berücksichtigt werden sollte, dass diese oftmals durch die vorangegangene häusliche Pflege belastet waren und ggf. selbst der Entlastung bedürfen. Daher ist abzuwägen, ob bzw. zu welchem Zeitpunkt sie hinzugezogen werden sollten (Boeger/Pickartz 1998; Gröning et al. 2004). Auch ehemalige Nachbarn oder Freunde können einen wichtigen Beitrag zur emotionalen Stützung leisten. Daneben ist es natürlich auch wichtig, neue Kontakte innerhalb der Einrichtung zu fördern.

Der Hauptansprechpartner sollte besonderes Augenmerk auf Bewohner mit kognitiven Einbußen legen. Bei ihnen kann ein stark ausgeprägter Bedarf an Orientierungshilfen und Unterstützung beim Herstellen sozialer Kontakte vorliegen. Es sollte auch darauf geachtet werden, ob neue Bewohner eine realitätsangemessene Vorstellung vom Heimleben mitbringen.

■ zu 7.2

Wichtig für das Einleben in die Einrichtung ist weiterhin, den neuen Bewohnern Gestaltungsmöglichkeiten einzuräumen, ihre Privatsphäre zu respektieren und die Wohn- und Lebensbedingungen so wenig wie organisatorisch notwendig zu reglementieren (Saup 1993). In diesem Kontext sind u. a. Absprachen zum *vorläufigen* Tagesablauf hilfreich. Es ist nicht immer sinnvoll, diese Absprachen bereits am Einzugstag zu treffen, da der Bewohner zu diesem Zeitpunkt mitunter noch gar nicht in der Lage ist, sich ein Bild von der neuen Lebensumgebung zu machen und darauf bezogen eigene Bedürfnisse zu formulieren. Es liegt im Ermessen des Hauptansprechpartners, den hierfür geeigneten Zeitpunkt zu wählen. Bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern sollten, neben den Angehörigen, auch biografische Informationen einbezogen werden.



■ zu 7.3/7.4

Um Institutionalisierungseffekte wie Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, Nachlassen des Aktivitätsniveaus oder Veränderung des Zeitbezugs (Wirsing 1987) zu vermeiden, ist die Planung von Aktivitäten von besonderer Bedeutung. Eine vorläufige Planung sollte spätestens mit Ablauf der ersten Woche abgeschlossen werden. Angebote sind besonders dann hilfreich, wenn sie vor dem Hintergrund biografischer Erkenntnisse geplant werden. Das Planen der Aktivitäten sollte – soweit möglich – gemeinsam mit dem Bewohner erfolgen. Die Planung sollte als Bestandteil der Pflegeplanung in der Pflegedokumentation festgehalten werden.

Daneben ist wichtig, mit den neuen Bewohnern, soweit sie gesundheitlich dazu in der Lage sind und dies wünschen, eine Hausführung durchzuführen, das Wohnumfeld zu zeigen (z. B. den Garten, Spaziermöglichkeiten, Geschäfte) sowie Angebote (z. B. Friseur) und bestimmte Mitarbeiter (z. B. Heimleitung, Verwaltung) außerhalb des Wohnbereichs vorzustellen. Es ist nicht immer förderlich, eine Hausführung unmittelbar am Einzugstag durchzuführen. Ggf. benötigen die Bewohner noch Zeit, um überhaupt aufnahmefähig zu werden, so dass die Besichtigung auch auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden kann. Eine Hausführung ist auch dann sinnvoll, wenn bereits vor dem Heimeinzug eine Hausbesichtigung erfolgt ist. Nach dem Einzug werden die Bewohner zusätzliche Informationen erhalten und andere Fragen haben als noch vor dem Einzug.

■ zu 7.5

Die Vitalwerte der Bewohner werden im Regelfall im Laufe der ersten Woche des Aufenthalts ermittelt. Ob es nötig ist, Vitalwerte früher zu erfassen, ergibt sich aus den Ergebnissen des Aufnahmegesprächs am Einzugstag. Aufgrund des Krankheitsbildes kann es beispielsweise notwendig sein, die Vitalwerte bereits am Einzugstag zu ermitteln.

■ zu 7.8

In den ersten beiden Wochen nach Einzug des Bewohners in die Einrichtung wird das initiale pflegerische Assessment durchgeführt (vgl. Kapitel 4). Auf dieser Grundlage soll eine erste Pflegeplanung erstellt werden. In den ersten Wochen des Aufenthalts können die Problemlagen des Bewohners oftmals noch nicht vollständig bzw. nicht verlässlich eingeschätzt werden. Aus diesem Grund ist die erste Pflegeplanung in der Regel unvollständig und vorläufig, was eine zeitnahe Aktualisierung erforderlich macht.

■ zu 7.10

Das Integrationsgespräch dient dazu, gemeinsam den Stand des Einlebens zu reflektieren und Lösungen für etwaige Probleme zu entwickeln. In einem Integrationsgespräch sollten mindestens die folgenden Themen mit konkreten Fragen angesprochen werden:

- Privatsphäre (z. B. Anklopfen der Mitarbeiter)
- Entscheidungsautonomie (z. B. Auswahl der Kleidung)
- Selbstständigkeit (z. B. Motivation, Anleitung zur Körperpflege)
- Informationsbedarf (z. B. Besuchsmöglichkeiten, Haustiere)
- Soziale Kontakte (z. B. Kontakt zu Mitbewohnern oder Personen außerhalb der Einrichtung)
- Angebote (z. B. Gruppenangebote, Einzelangebote)
- Tagesstrukturierung
- Pflegerische Versorgung (z. B. Berücksichtigung von Wünschen, Einbeziehung in die Pflegeplanung)
- Hauswirtschaftliche Versorgung (z. B. Speisen und Getränke, Wäsche, Reinigung).

Das Integrationsgespräch kann wichtige Informationen sowohl für die Pflegekräfte als auch für alle anderen an der Versorgung beteiligten Mitarbeiter liefern. Anregungen und Kritik, die von Bewohnern und/oder ihren Angehörigen geäußert werden, sollte die Einrichtung aufnehmen und entsprechende Maßnahmen einleiten.

6.3 Rahmenkonzept „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ (Angehörigenarbeit)

Angehörigenarbeit, d. h. der geplante und organisierte Umgang einer Einrichtung mit den Angehörigen der Bewohner (vgl. Daneke 2000), findet in erster Linie im Interesse der Bewohner statt. Aber auch Angehörige und Mitarbeiter profitieren hiervon: „Angesichts der positiven Wirkungen, die die Einbeziehung der Angehörigen auf die Integration der Bewohner und die Berufszufriedenheit der Mitarbeiter hat, sollten die Altenhilfeeinrichtungen sich verstärkt um die Einbindung der Angehörigen bemühen. Lebensqualität im Heim wird sich immer auch daran messen lassen, wie sich die Beziehungen zu den Angehörigen gestalten“ (KDA 2000: 135).

Erwartungen von Angehörigen und Mitarbeitern

Sowohl die Einrichtung als auch die Angehörigen haben Erwartungen hinsichtlich der Zusammenarbeit. Diese Erwartungen weichen zum Teil erheblich voneinander ab und bergen daher Konfliktpotential in sich. Manche Mitarbeiter erwarten z. B., dass sich Angehörige intensiv um die Bewohner kümmern. „Entsprechen Angehörige diesen Erwartungen weitestgehend, interessieren sie sich also für das Leben ihres Familienmitgliedes im Heim, pflegen sie intensive und häufige Kontakte, so zeigen sich die Professionellen jedoch häufig irritiert“ (Kronberg 1999: 9) und erleben das Verhalten der Angehörigen als Einmischung in ihre Aufgaben. Angehörige wiederum haben oftmals die Erwartung „(...) sich einerseits von der Sorgerolle zu entlasten und zu entpflichten, sich andererseits aber einzubringen und mitverantwortlich zu sein und in der Rolle als Angehöriger respektiert zu werden“ (Bauer et al. 2001: 16).

Konflikte zwischen Mitarbeitern und Angehörigen sind absehbar, wenn unterschiedliche Erwartungen aufeinander treffen und nicht thematisiert werden. Hierdurch kann ein Beziehungsaufbau zwischen Mitarbeitern und Angehörigen gefährdet oder sogar völlig unmöglich werden. Eine durch Konflikte geprägte Beziehung wiederum hat Auswirkungen auf die Bewohnersituation, z. B. kann sie durchaus zu einer geringeren Besuchshäufigkeit der Angehörigen führen (Port 2004).

Für eine gelingende Angehörigenarbeit ist es daher wichtig, dass sich Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen mit den unterschiedlichen Erwartungshaltungen von Angehörigen auseinandersetzen und auch ihre eigenen Erwartungen an Angehörige hinterfragen (Gröning/Lienker 2003a/b) – z. B. im Rahmen hausinterner Fortbildungen.

Bewusste Angehörigenarbeit

Mit dem vorliegenden Rahmenkonzept wird u. a. die Absicht verfolgt, eine *konzeptgestützte, bewusste und planvolle Angehörigenarbeit* zu fördern. Konzeptionell verankerte Angehörigenarbeit bietet zahlreiche Vorteile für alle Beteiligten. „Dort, wo eine Angehörigenarbeit systematisch betrieben wird, stellen sich positive Effekte ein: Angehörige werden aktiver, die Integration der Bewohner gelingt erfolgreicher und es ist ein besseres soziales Klima in den Wohngruppen zu verzeichnen“ (Schmidt 2003: 247). Konzepte zur Angehörigenarbeit „wirken handlungsleitend innerhalb der Institution, setzen also Standards. Außerhalb der Einrichtung können sie dazu dienen, die Angehörigen oder andere Interessenten zu informieren und ihnen eine erste Orientierung zu geben, wie sie sich innerhalb der Einrichtung positionieren können“ (Rensing 2001: 27).

Ziel ist ferner eine *kontinuierliche* Angehörigenarbeit. Die Intensität der Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern und den Angehörigen unterliegt im Laufe der Zeit Schwankungen. „Am intensivsten wird beim Einzugs, bei der Verschlechterung des körperlichen oder psychischen Zustandes des Heimbewohners und in der Sterbephase zusammengearbeitet“ (KDA 2000: 104). Es ist unstrittig, dass die Phase der ersten Kontaktaufnahme zur Einrichtung und die Einzugsphase eine entscheidende



Bedeutung für die weitere Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern und Angehörigen haben. In dieser Zeit wird der Grundstein zur Einbindung der Angehörigen in die institutionelle Pflege gelegt. Im Rahmen einer professionellen Angehörigenarbeit ist es allerdings nicht ausreichend, ausschließlich in der Einzugsphase und in kritischen Phasen den Kontakt zwischen den Angehörigen und der Einrichtung zu fördern. Setzt die Angehörigenarbeit erst zu einem Zeitpunkt ein, in dem die Unzufriedenheit oder Not der Angehörigen schon groß ist, kann ein konstruktiver Umgang miteinander erschwert sein. Angehörigenarbeit ist daher kontinuierlich während des gesamten Heimaufenthaltes der Bewohner erforderlich.

Angehörigenbegriff

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass mit dem Begriff „Angehörige“ nicht allein Verwandte der Bewohner angesprochen sind, sondern auch andere wichtige Bezugspersonen (vgl. George/George 2003). Ausschlaggebend bei der Frage, auf wen sich die Bemühungen der Einrichtung richten sollten, ist das Vorhandensein einer sozialen Bindung und emotionalen Nähe zwischen Bewohner und der jeweiligen Person. Im Einzelfall kann es also mehrere Ansprechpartner für die Einrichtung geben. Allerdings sollte im Rahmen des Heimeinzugverfahrens geklärt werden, welche Person der erste Ansprechpartner für die Einrichtung und daher zu kontaktieren ist, wenn bewohnerbezogene Informationen weitergeleitet bzw. Absprachen getroffen werden müssen. Dies regelhaft mit mehreren Personen im gegenseitigen Einvernehmen durchzuführen, würde die Möglichkeiten der Einrichtung weit übersteigen. Andere Anteile der Angehörigenarbeit können sich aber durchaus auf mehrere Bezugspersonen eines Bewohners beziehen, z. B. die Beteiligung an Festen oder Veranstaltungen. In Bezug auf Betreuer bzw. Angehörige, die keine enge Bindung zum Bewohner haben, ist im Einzelfall zu entscheiden, welche Anforderungen des vorliegenden Katalogs relevant sind.

1. Grundsätze

- 1.1 Die vorrangigen Ziele der Angehörigenarbeit bestehen darin, die Mitwirkung und Integration von Angehörigen sowie den Kontakt zwischen Angehörigen und Bewohnern zu fördern.
- 1.2 Die Einrichtung fördert die Kommunikation und das Verständnis zwischen den Mitarbeitern und den Angehörigen. Die Angehörigen erfahren in ihrer Situation Unterstützung. Die Grundlage hierfür bilden Beratung und die Herstellung von Transparenz durch Information.

Professionelle Angehörigenarbeit ist eine bewusste, planvolle Aktivität, mit der Beziehungen gestaltet werden und zielgerichtet Unterstützung geleistet wird. Sie setzt Transparenz und ein gemeinsames Verständnis der Mitarbeiter voraus. Die oben genannten Grundsätze markieren die Kernelemente eines Verständnisses, auf denen die Angehörigenarbeit aufbauen sollte und beruhen auf folgenden Überlegungen:

Beziehung Bewohner – Angehörige

Bewohnern von Pflegeeinrichtungen ist in der Regel der Kontakt zu Familie und Freunden sehr wichtig (Josat et al. 2006). Die Einbeziehung der Angehörigen und die Förderung des Kontaktes zwischen Bewohnern und Angehörigen ist für vollstationäre Pflegeeinrichtungen daher eine wichtige Aufgabe, ggf. aber auch eine schwierige Herausforderung. Dem Heimeintritt geht vielfach bereits eine längere Phase der Pflegebedürftigkeit voraus, in der sich eine Veränderung ihrer Beziehungen und eine Neuverteilung bzw. Umstrukturierung gewohnter Rollen vollzogen hat (vgl. Kauffeld et al. 1995). Dies zieht auf beiden Seiten oftmals Irritationen, mitunter auch erhebliche Spannungen und psychische Belastungen nach sich, die wiederum Anlass zur Aktualisierung früherer Konflikte geben können: „Beziehungsprobleme entstehen nicht nur aus der Pflegesituation heraus, sondern es werden häufig bereits alte, unverarbeitete Konflikte in die Pflege mit hineingebracht“ (Fuchs 2000: 111).

So sehr die Bewohner auf tragfähige Beziehungen zu den Angehörigen angewiesen sind, so wenig darf also übersehen werden, dass es sich zum Teil um konfliktbeladene, belastete Beziehungen und keineswegs immer identische Interessenlagen handelt. Angehörigenarbeit bewegt sich also zum Teil in einem Spannungsfeld, in dem erst noch geeignete Formen der Einbeziehung unter Beachtung von Interessen und Bereitschaft der Beteiligten gefunden werden müssen. Die Einrichtungen stehen hier vor der Herausforderung, „mit den vielfältigen Einstellungen und Handlungsperspektiven, die durch Angehörige eingebracht werden, dynamisch und erprobend umzugehen“ (Steiner 2001: 87).

Bedeutung des Kontakts zu Angehörigen aus Bewohnersicht

Der Kontakt zu den Angehörigen ist für die Bewohner in mehrerer Hinsicht von großer Bedeutung:

- Er stiftet eine gewisse „emotionale Sicherheit durch die Kontinuität in ihren Beziehungen, auch unabhängig von der *Qualität* dieser Beziehungen“ (Daneke 2000: 10). Der Übergang in eine Pflegeeinrichtung bringt eine biografische Zäsur mit sich, die oftmals von der allmählichen Auflösung früherer sozialer Bindungen begleitet wird. Die Beziehung zu den Angehörigen bietet eine vergleichsweise stabile Grundlage zur Erhaltung sozialer Bindungen.



- Angehörige übernehmen in vielen Fällen die Rolle von Fürsprechern des Pflegebedürftigen und vertreten seine Belange, wenn er selbst hierzu nicht mehr oder nur noch eingeschränkt in der Lage ist. Sie beraten ihn oftmals in vielen wichtigen Fragen der Gestaltung des Alltags, aber auch bei der Regelung von Angelegenheit jenseits von Fragen des Lebens im Heim. Tragfähige Beziehungen zwischen Bewohnern und ihren Angehörigen können viel dazu beitragen, sich sicher und nicht durch äußere Anforderungen überfordert zu fühlen (Mc Garry Logue 2003).

Angehörige sind zugleich wichtige Partner bei der Realisierung einer adäquaten Unterstützung der Bewohner. Insbesondere bei demenziell Erkrankten, aber auch bei anderen Bewohnern können sie wertvolle Informationen und Hinweise zur bedarfs- und bedürfnisgerechten Gestaltung der Versorgung geben.

Heimaufenthalt aus Angehörigensicht

Der Heimaufenthalt stellt nicht nur für die Bewohner, sondern oftmals auch für die Angehörigen eine neue, belastende Situation dar (vgl. Sidell 1997). Angehörige leiden unter Umständen noch lange nach dem Heimeinzug unter psychischen Belastungen (Reggentin 2006). Auch sie benötigen zur Orientierung Informationen und Beratung, und die Einbeziehung in den Heimalltag kann für sie hilfreich sein, etwaige Unsicherheiten und Belastungen besser zu bewältigen. Vor allem in der ersten Phase des Heimaufenthaltes sollten sich die Einrichtungen daher in besonderer Weise um klare Information, Beratung und Transparenz bemühen, auch um Fehleinschätzungen und unrealistischen Erwartungen vorzubeugen (vgl. KDA 2000).

Grenzen der Angehörigenarbeit

Es kann sinnvoll sein, dass die Einrichtung gegenüber allen Beteiligten auch Grenzen der Angehörigenarbeit aufzeigt, um keine unerfüllbaren Erwartungen zu wecken bzw. diesen zu begegnen. Personalengpässe und hohe Arbeitsbelastung können die Mitarbeiter zum Beispiel zwingen, im Arbeitsalltag Prioritäten zu setzen, die von den Angehörigen nicht unmittelbar nachvollziehbar sind und leicht das Gefühl fördern, zu wenig Aufmerksamkeit zu erhalten. Die Erfahrung in vielen Einrichtungen zeigt, dass der Umgang mit solchen Situationen allen Beteiligten um so leichter fällt, je besser die Angehörigen über die Arbeitsweise der Mitarbeiter und die täglich anfallenden Aufgaben und Anforderungen informiert sind.

Bewohnerinteressen stehen im Mittelpunkt

Auch wenn es in den folgenden Ausführungen nicht stets explizit benannt ist, sollte das Bewohnerinteresse in allen Bereichen der Angehörigenarbeit vorrangig Berücksichtigung finden und nicht der Eindruck entstehen, die Belange der Angehörigen seien als wichtiger einzustufen als die der Bewohner selbst. An vielen Stellen ist eine Einbeziehung der Angehörigen in die pflegerische Versorgung nur sinnvoll, wenn ein entsprechender Wunsch und das Einverständnis des Bewohners vorliegt oder dieser zumindest positiv auf die Einbeziehung reagiert.

2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption

- 2.1 Die Einrichtung verfügt über ein schriftlich fixiertes Konzept zur Angehörigenarbeit.
- 2.2 Das Konzept definiert den Begriff „Angehörige“ und macht Aussagen zu Zielen, Inhalten und Begründungen für die entsprechenden Angebote und Verfahren, zur kontinuierlichen Angehörigenarbeit über alle Phasen des Heimaufenthaltes hinweg, zu den beteiligten Berufsgruppen und jeweiligen Zuständigkeiten. Diese Aussagen tragen den im vorliegenden Rahmenkonzept formulierten Anforderungen Rechnung. Durch Einweisungen/Schulungen sorgt die Einrichtung dafür, dass das Konzept allen Mitarbeitern bekannt ist.

Erläuterungen zum Thema „schriftliche Konzeption“ finden sich in Kapitel 6.1.

3. Personelle Zuständigkeiten

- 3.1 Die Einrichtung bestimmt für die Angehörigen jeweils einen Hauptansprechpartner sowie dessen Vertretung und sorgt dafür, dass diese den jeweiligen Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern des betreffenden Wohnbereichs bekannt sind.
- 3.2 Der jeweilige Hauptansprechpartner informiert und berät die Angehörigen in persönlichen Gesprächen und vermittelt im Bedarfsfall Gespräche mit anderen Mitarbeitern der Einrichtung.

■ zu 3.1

Für Angehörige ist es oftmals schwierig, Zuständigkeiten und Abläufe in einer stationären Pflegeeinrichtung nachzuvollziehen, und daher äußerst wichtig, nicht wechselnde, sondern feste Ansprechpartner zu haben, die ihre Fragen und Belange aufgreifen (Janzen 2001). Auch die Förderung des Kontaktes zwischen Bewohner und Angehörigen setzt, da es sich um eine regelmäßig anfallende Aufgabe handelt, personelle Kontinuität auf Seiten der Mitarbeiter voraus.

Es ist dringend zu empfehlen, dass die Rolle des Hauptansprechpartners von der für den jeweiligen Bewohner zuständigen Pflegefachkraft übernommen wird. Dies hat gegenüber anderen Lösungen den Vorteil, dass sich die Angehörigen direkt über die Situation des Bewohners informieren können und z. B. auch eine Einbeziehung in den Pflegeprozess möglich ist, ohne dass aufwändige Rücksprachen innerhalb der Mitarbeiterschaft notwendig werden. Kurze Kommunikationswege, verlässliche Information und eine sensible Einschätzung der Beziehung zwischen Angehörigen und Bewohnern lassen sich am ehesten gewährleisten, wenn die Zuständigkeiten in dieser Art und Weise festgelegt werden.

Es bestehen verschiedene Möglichkeiten, Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter über die Zuständigkeiten des Hauptansprechpartners zu informieren, beispielsweise:

- Bereits im Rahmen des Heimeinzugverfahrens erhalten der zukünftige Bewohner und Angehörige eine diesbezügliche schriftliche Information (z. B. in einer Einzugsbroschüre).



- Der Bewohner erhält eine schriftliche Information (z. B. eine ansprechend gestaltete Karte)
- Auf dem Wohnbereich sind entsprechende Aushänge (mit Fotos der Mitarbeiter) vorhanden.
- Der Dienstplan enthält Angaben zur Zuständigkeit der Mitarbeiter für Bewohner.
- Die Pflegedokumentation enthält einen entsprechenden Hinweis.

■ zu 3.2

Hauptansprechpartner zu sein bedeutet nicht, sämtliche Arbeiten im Rahmen der Angehörigenarbeit selbst zu übernehmen. Information und Beratung der Angehörigen bleiben, soweit sie sich auf die jeweiligen Bewohner beziehen, eine dem Hauptansprechpartner vorbehaltene Aufgabe. Ansonsten sorgt er für die Koordination der Beteiligten und unterstützt die Angehörigen in der Kommunikation mit anderen Mitarbeitern der Einrichtung. Grundsätzlich ist zu unterstreichen, dass Angehörigenarbeit „nicht als Domäne einer Profession reklamiert werden (kann). Pflege und Hauswirtschaft, Verwaltung und Sozialer Dienst sind prinzipiell hierin involviert“ (Schmidt 2003: 249). Allerdings muss gewährleistet sein, dass die individuelle Angehörigenarbeit koordiniert und planvoll verläuft. Nicht zuletzt aus diesem Grund sind klare Zuständigkeiten für die Koordination der individuellen Angehörigenarbeit unerlässlich.

4. Förderung des Kontaktes zwischen Bewohner und Angehörigen

- 4.1 Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft (bzw. ihre Vertretung) berücksichtigt die Förderung des Kontaktes zwischen Bewohner und Angehörigen als Zielsetzung in der Pflegeplanung.**
- 4.2 Der Hauptansprechpartner vermittelt im Bedarfsfall (z. B. bei auftretenden Differenzen) zwischen Bewohner und Angehörigen. Die Wahrung der Bewohnerinteressen erfährt hierbei eine besondere Berücksichtigung.**
- 4.3 Besuche der Angehörigen in der Einrichtung sind jederzeit möglich. Darüber hinaus fördern die Mitarbeiter bei Bedarf und in einem angemessenen Rahmen den telefonischen/schriftlichen Kontakt zwischen Bewohner und Angehörigen.**
- 4.4 Es ist gewährleistet, dass Bewohner Besuche im privaten Rahmen, d. h. ohne Anwesenheit weiterer Personen, empfangen und private Feiern in der Einrichtung durchführen können.**

■ zu 4.1

Die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Kontaktes zwischen Bewohner und Angehörigen ist ein grundlegendes Ziel der Angehörigenarbeit und bedarf daher der konkreten Umsetzung in Maßnahmen. Dabei steht die Pflegeplanung an erster Stelle. Sie muss nicht nur den Unterstützungsbedarf auf körperlicher Ebene, sondern auch die sozialen Bedürfnisse und die Gestaltung der sozialen Beziehungen des Bewohners berücksichtigen. Hierbei ist stets zu klären, wie Interessen, Bedürfnisse, Möglichkeiten und Bereitschaft der Beteiligten ausgeprägt sind und inwieweit (bzw. wodurch)

ihre Beziehung belastet ist. Erst unter dieser Voraussetzung können adäquate Ziele für die individuelle Unterstützung des Bewohners formuliert und daraus konkrete Maßnahmen abgeleitet werden. Auch hier ist stets das Bewohnerinteresse in den Mittelpunkt zu stellen und die Kontaktförderung entsprechend ihrer Bedürfnisse zu gestalten.

■ zu 4.2

Die Unterstützung der Verständigung zwischen Bewohner und Angehörigen in Situationen, die durch Konflikte oder Spannungen gekennzeichnet sind, kann ebenfalls zur Erhaltung bzw. Förderung des Kontaktes erforderlich sein. Trotz zum Teil begrenzter Einflussmöglichkeiten sollte dies fester Bestandteil der Angehörigenarbeit sein.

■ zu 4.3/4.4

Da „die Besuchshäufigkeit von Angehörigen wesentliches Bestimmungsmoment für die Qualität der Beziehungen in der neuen Lebenswelt und objektives Kriterium für eine intensive Zusammenarbeit mit Angehörigen ist“ (KDA 2000: 71f), sollte der Einrichtung daran gelegen sein, Besuche zu fördern und zu unterstützen. Eine wichtige Voraussetzung ist die Besuchsmöglichkeit zu jeder Tageszeit und die Möglichkeit, ungestört miteinander sprechen zu können. Diese Anforderung ist relativ unproblematisch umzusetzen, wenn der Bewohner in einem Einzelzimmer wohnt. Leben Bewohner in Doppelzimmern, sind die Interessen beider Bewohner zu berücksichtigen; die Besuche von Angehörigen dürfen nicht zu Lasten des Mitbewohners gehen. Beispielsweise können andere Räumlichkeiten für Besuche zur Verfügung gestellt werden. Ähnliches gilt auch für private Feiern innerhalb der Einrichtung.

Eine andere Form der Förderung der Beziehung besteht in der Unterstützung telefonischer bzw. schriftlicher Kontakte zwischen Bewohner und Angehörigen. Die Formulierung „in einem angemessenen Rahmen“ verweist auf Grenzen, entsprechenden Wünschen nachzukommen. Diese Grenze kann nicht konkret bezeichnet werden, sie ist von den Einrichtungen selbst bzw. in Abhängigkeit vom Einzelfall zu definieren. Wenn täglich mehrere Telefongespräche für einen Bewohner zu arrangieren sind, so ist dies auf Dauer möglicherweise nicht leistbar und sollte dann Anlass für die Aushandlung einer konkreten Vereinbarung sein.



5. Allgemeine Angebote

- 5.1 Die Angehörigen erhalten die Möglichkeit, sich regelmäßig über Geschehnisse in der Einrichtung und deren Aktivitäten zu informieren.
- 5.2 Veranstaltungen für Angehörige werden regelmäßig angeboten. Die hiermit verbundenen Ziele sind im Konzept definiert. Die Inhalte der Veranstaltungen werden aufgrund eines Verfahrens festgelegt, das ermittelt, welche Inhalte thematisiert werden sollen (Bedarfsbestimmung aus Sicht der Bewohner, der Einrichtung, der Angehörigen). In Abhängigkeit von der Art der Veranstaltung erfolgen Festlegungen hinsichtlich Teilnehmer, Organisation, Durchführung und Dokumentation.
- 5.3 Die Mitarbeiter wirken darauf hin, dass sich Angehörige regelmäßig und aktiv an der Gestaltung von Festen, Veranstaltungen und Ausflügen beteiligen.

■ zu 5.1

Zur Förderung der Transparenz sollte Angehörigen Informationen zum Geschehen in der Einrichtung zugänglich gemacht werden. Sie sind eine Grundvoraussetzung für Beteiligung der Angehörigen an Aktivitäten der Einrichtung und der Nutzung ihrer Angebote. Informationen können auf unterschiedlichen Wegen übermittelt werden, z. B. über Heimzeitungen, Veranstaltungskalender, Aushänge oder persönliche Gespräche. Auch Angehörige, welche die Einrichtung nicht regelmäßig aufsuchen, sollten auf geeigneten Wegen (z. B. postalisch) Informationen erhalten.

■ zu 5.2

Veranstaltungen für Angehörige werden in vollstationären Pflegeeinrichtungen bereits seit langer Zeit durchgeführt und können daher als „klassischer Ansatz der Angehörigenarbeit“ (Rensing 2001: 24) bezeichnet werden. Form, Inhalt und Häufigkeit sollten auf einer entsprechenden Bedarfsermittlung beruhen (z. B. Befragung der Angehörigen, Auswertung von Anregungen aus Bewohner- und Angehörigengesprächen). Vorstellbar sind gemeinsame Veranstaltungen für Bewohner und Angehörige, aber auch solche, die den Angehörigen vorbehalten bleiben (z. B. Gesprächskreise). Veranstaltungen müssen nicht immer der Information, dem Erfahrungsaustausch oder der Verständigung in Versorgungsfragen dienen. Sie können auch die Geselligkeit in den Mittelpunkt stellen.

Das Erfordernis einer Dokumentation muss für jede Veranstaltung einzeln geprüft werde. Nicht in jedem Fall ist ein solches Erfordernis gegeben. Eine Dokumentation ist vor allem dann sinnvoll, wenn sich aus einer Veranstaltung wichtige Anregungen für die Mitarbeiter zur Gestaltung der Angehörigenarbeit oder des Versorgungsalltags ergeben, konkrete Vereinbarungen getroffen werden, eine gemeinsame Planung der weiteren Zusammenarbeit erfolgt oder Öffentlichkeit hergestellt werden soll. Die Dokumentation wird, je nach Charakter der Veranstaltung, auf unterschiedliche Art und Weise erfolgen. Ein geselliger Nachmittag kann z. B. in der Heimzeitung oder über einen entsprechenden Aushang in der Einrichtung dokumentiert und damit öffentlich gemacht werden. Gesprächskreise wiederum erfordern eine andere Form der Dokumentation, z. B. Teilnehmerlisten, Erfassung der Tagesordnungspunkte oder Ergebnisprotokolle.

Veranstaltungen können allen Angehörigen offen stehen und/oder wohnbereichsbezogen durchgeführt werden. Jede Einrichtung sollte anhand ihrer Erfahrungen und unter Abwägung von Aufwand und Nutzen die Auswahl der Veranstaltungsform(en) treffen.

■ zu 5.3

Bei der Einbeziehung in Feste, Ausflüge etc. sind die Angehörigen weniger Adressaten der Angebote als vielmehr Mitwirkende. Eventuell können sie bereits in der Planungsphase einbezogen werden. Aktive Mitwirkung der Angehörigen setzt oftmals Initiative und Engagement der Mitarbeiter voraus. Hierzu gehört nicht nur Information und Motivationsförderung. Viele Angehörigen benötigen Anleitung und Begleitung bei der aktiven Mitwirkung.

6. Individuelle Angehörigenarbeit

Information und Beratung:

- 6.1 Die Einrichtung ermöglicht geplante Gespräche zwischen Angehörigen und dem jeweiligen Hauptansprechpartner. Entsprechende Regelungen (z. B. feste Sprechzeiten, Möglichkeit individueller telefonischer Terminabsprachen) sind allen Mitarbeitern, Angehörigen und Bewohnern bekannt.
- 6.2 Auf Initiative der Mitarbeiter und/oder der Angehörigen finden im Bedarfsfall neben geplanten Gesprächen auch ungeplante Gespräche (telefonisch, persönlich) statt.
- 6.3 Die Mitarbeiter dokumentieren die Inhalte von Gesprächen mit Angehörigen, sofern sie für die weitere Angehörigenarbeit oder die Unterstützung des Bewohners relevant sind.
- 6.4 Ein regelmäßiger Austausch der an der Versorgung der Bewohner beteiligten Mitarbeiter über Kontakte und Gespräche mit den Angehörigen ist organisiert und findet statt. Besonderheiten und/oder problematische Aspekte in der Betreuung durch die Angehörigen bzw. in der Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Einrichtung werden systematisch erfasst und in geeigneter Form thematisiert. Im Bedarfsfall werden entsprechende Maßnahmen geplant und durchgeführt.
- 6.5 Die Einrichtung stellt Räumlichkeiten bereit, in denen ungestörte Gespräche zwischen Mitarbeitern und Angehörigen stattfinden können.

■ zu 6.1/6.2

Individuelle Information und Beratung der Angehörigen sind zentrale Bestandteile der Angehörigenarbeit. Einzelberatungen werden von den Angehörigen bevorzugt nachgefragt (KDA 2000).

Information und Beratung können im Rahmen von geplanten und ungeplanten Gesprächen stattfinden. Angehörige bevorzugen häufig ungeplante Gespräche, wohingegen die Mitarbeiter im pflegerischen Alltag hierfür nur wenig Spielraum sehen. „Diese sich spontan ergebenden Gesprächssituationen sind (...) dadurch belastet, daß kein zeitlicher Rahmen dafür gegeben ist; sie werden daher auch von den Mitarbeitern kritisch bewertet“ (Urlaub 1995: 43). Formelle Gesprächsangebote (feste Sprechzeiten) treffen auf eine vergleichsweise geringe Nachfrage. Daher empfiehlt sich die Vereinbarung individueller Termine, so dass sowohl für die Angehörigen als auch die Mitarbeiter Planbarkeit besteht. Die Mitarbeiter sollten also anstreben, ungeplante Gespräche von voraussichtlich längerer Dauer auf ein Minimum zu



reduzieren und in geplante Gespräche zu überführen. Dennoch sind ungeplante Gespräche, vor allem wenn aus der Sicht der Angehörigen ein dringlicher Bedarf besteht, aus einer professionellen Angehörigenarbeit nicht wegzudenken.

Die Initiative zu Gesprächen sollte nicht ausschließlich von den Angehörigen ausgehen, sondern auch von den Mitarbeitern (bevorzugt vom Hauptansprechpartner). Gespräche mit den Angehörigen bieten den Rahmen, in dem viele wichtige Anforderungen der Angehörigenarbeit aufgegriffen werden können.

■ zu 6.3

In welcher Form die Dokumentation relevanter Gesprächsinhalte erfolgen soll, ist im Konzept der Einrichtung festzulegen.

■ zu 6.4

Unter Hinzuziehung der Dokumentation sollten sich alle beteiligten Mitarbeiter über Kontakte und Gespräche mit den Angehörigen regelmäßig austauschen. Auf diesem Weg können Bedürfnisse der Angehörigen ermittelt und Konflikte frühzeitig erkannt werden. Abweichende Vorstellungen von Angehörigen und Mitarbeitern zur Planung und Durchführung der Pflege beispielsweise sollten im Rahmen des Austauschs thematisiert und Verfahrensweisen zur Problemlösung festgelegt werden. Es liegt in der Verantwortung der Hauptansprechpartner, den regelmäßigen Austausch zu koordinieren bzw. sicherzustellen. Es empfiehlt sich, hierzu die regulären Dienstübergaben zu nutzen.

Je nach Sachverhalt kann unter Umständen das Hinzuziehen anderer Personen (z. B. Einrichtungsleitung, Hausarzt) sinnvoll sein. Dieser Austausch wird in der Regel im telefonischen oder persönlichen Kontakt erfolgen.

■ zu 6.5

Jede Einrichtung sollte über Räumlichkeiten verfügen, die ungestörte Gespräche zwischen Angehörigen und Mitarbeitern ermöglichen. Hierdurch wird gewährleistet, dass Gespräche nicht immer zwischen „Tür und Angel“ stattfinden müssen.

Einbeziehung in die Versorgung des Bewohners

6.6 Die Möglichkeiten und Wünsche der Angehörigen, sich an der Versorgung und Pflege des Bewohners zu beteiligen, werden systematisch ermittelt und dokumentiert.

6.7 Angehörige erhalten die Möglichkeit, sich an der pflegerischen, hauswirtschaftlichen Versorgung und/oder psychosozialen Unterstützung des Bewohners zu beteiligen bzw. werden von den Mitarbeitern einbezogen.

6.8 Die Mitarbeiter leisten individuelle Beratung und Anleitung der Angehörigen bei der Durchführung pflegerischer, hauswirtschaftlicher und/oder psychosozialer Hilfen, sofern die Angehörigen hierzu eine Bereitschaft zeigen.

6.9 Angehörige werden beim pflegerischen Assessment, bei der Biografieerfassung und bei der Planung der Pflege einbezogen.

6.10 Es ist sichergestellt, dass bei aktuellen, schwierigen Pflegesituationen eine Abstimmung mit den Angehörigen erfolgt und individuelle (bewohnerbezogene) Maßnahmen abgesprochen werden.

Die Hauptansprechpartner steuern und koordinieren die Einbeziehung der Angehörigen in die Versorgung. Es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass das jeweilige Bewohnerinteresse Vorrang hat vor den Interessen und Wünschen der Angehörigen oder den Vorstellungen der Mitarbeiter.

Trotz aller Bemühungen der Mitarbeiter können aus unterschiedlichen Gründen nicht alle Angehörigen in dem hier beschriebenen Sinne zur Zusammenarbeit und Mitwirkung motiviert werden. Es ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Angehörigen nicht in der Lage ist oder nicht wünscht, eingebunden zu werden.

■ zu 6.6/6.7/6.8

Viele Angehörige haben bereits eine längere „Pflegerkarriere“ hinter sich und legen zum Teil Wert darauf, ihre Unterstützung in irgendeiner Form fortsetzen zu können. Dies geschieht allerdings unter gänzlich anderen Bedingungen, „die Rolle der Angehörigen von der ‚ersten Pflegenden‘ zu Hause (hat sich) zu einer ‚Außenseiterin in der Pflege‘ in der Institution“ (Zürcher 1997: 200) verändert. Die Einbeziehung dieser Angehörigen wird sich anders darstellen als die von Angehörigen ohne Pflegeerfahrung (Hertzberg et al. 2001). Die Bereitschaft der Angehörigen, sich an der Versorgung der Bewohner zu beteiligen, wird von den Pflegeeinrichtungen zum Teil unterschätzt, nicht erkannt und somit nicht genutzt (Ryan/Scullion 2000).

Angehörige benötigen zunächst die grundsätzliche Information, dass sie sich in die pflegerische, hauswirtschaftliche und psychosoziale Versorgung und Betreuung einbringen und hierbei Unterstützung erhalten können. Der anschließenden Ermittlung der individuellen Möglichkeiten und Interessen der Angehörigen kommt ein wichtiger Stellenwert zu und kann z. B. im Rahmen von geplanten bzw. ungeplanten Gesprächen erfolgen. Die Initiative muss gezielt von den Mitarbeitern der Einrichtung ausgehen.

Die Art der Einbindung von Angehörigen in den Versorgungsalltag kann eine große Vielfalt aufweisen, das Spektrum reicht von der (passiven) Anwesenheit der Angehörigen bei pflegerischen Maßnahmen bis zur aktiven Übernahme wichtiger Bestandteile der Pflege. Einige Angehörige sehen ihre Aufgabe in der psychosozialen Unterstützung der Bewohner und möchten nicht in die körperbezogene Pflege einbezogen werden (Bauer/Nay 2003).

■ zu 6.9/6.10

Neben der direkten Einbindung in die Versorgung sollten nicht nur Bewohner, sondern auch Angehörige bei Assessment, Biografieerfassung und Pflegeplanung einbezogen werden. Dieses Vorgehen kann u. a. zur Zufriedenheit der Angehörigen mit der Versorgung des Bewohners beitragen (Levy-Storms et al. 2005) und die Qualität der Beziehung zwischen Angehörigen und Mitarbeitern fördern. Zudem nehmen Angehörige hier eine wichtige Funktion wahr, indem sie Informationen bereitstellen und durch ihre Mitarbeit das pflegerische Handeln unterstützen. Des Weiteren erhöht sich die Akzeptanz pflegerischer Handlungen, wenn diese zuvor mit den Angehörigen abgestimmt bzw. besprochen und im Kontext der Gesamtsituation des Bewohners dargestellt werden. Auf diesem Weg kann den Angehörigen z. B. die Bedeutung und Relevanz einer ressourcenorientierten Pflege näher gebracht werden, die häufig Anlass zu Missverständnissen bietet. So können sie die selbständige Durchführung von (Teil-)Aktivitäten durch Bewohner als geplante Handlung identifizieren (und nicht als Vernachlässigung der Mitarbeiterpflichten missverstehen).

Der Einbezug der Angehörigen in die Erstellung des pflegerischen Assessments, der Biografie und der Pflegeplanung bedeutet nicht, dass sie z. B. bei der schriftlichen Abfassung oder jeder Evaluation der Pflegeplanung anwesend sein müssen. Dies ist weder aus Sicht der Einrichtung noch aus der Perspektive der Angehörigen realistisch. Vielmehr sollten Angehörige ebenso wie Bewohner inhaltlich beteiligt werden



(z. B. in geplanten Gesprächen) und Abstimmungen zu zentralen Aspekten der Pflegeplanung angestrebt werden. Wenn der Bewohner hierzu nicht mehr in der Lage ist, ist die Einbeziehung der Angehörigen umso wichtiger.

Darüber hinaus ist mit den Angehörigen eine Abstimmung anzustreben, wenn sich aufgrund einer aktuellen und problematischen Situation Veränderungen für die Versorgung ergeben (siehe auch 7.4). Hierdurch soll den Angehörigen, neben der Informationsübermittlung, auch die Möglichkeit zum Austausch über die veränderte Situation gegeben werden. Durch dieses Vorgehen können Konflikte vermieden werden, die durch die Nichteinbeziehung von Angehörigen in wichtige, den Bewohner betreffende Entscheidungen entstehen können (Almberg et al. 2000).

7. Verfahrensweisen in besonderen Situationen

- 7.1 Die Angehörigen werden gemäß des Rahmenkonzepts „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ in den Prozess des Heimeinzugs einbezogen.**
- 7.2 Sie werden ferner gemäß des Rahmenkonzepts „Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen“ in die Begleitung des sterbenden Bewohners einbezogen.**
- 7.3 Die Einrichtung kooperiert mit den Angehörigen nach den Vorgaben der Rahmenkonzepte „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“ und „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“.**
- 7.4 Bei schwerwiegender Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder besonderen psychischen Problemlagen des Bewohners werden die Angehörigen unverzüglich bzw. entsprechend der dokumentierten Wünsche informiert. Die Information erfolgt im direkten (i. d. R. telefonischen) Gespräch mit den Angehörigen. Können Angehörige nicht erreicht werden, setzen die Mitarbeiter ihre Kontaktversuche fort (das Hinterlassen einer Nachricht allein ist nicht ausreichend).**

■ zu 7.1/7.2/7.3

Die Verfahrensweisen in den besonderen Situationen des Heimeinzugs, eines Krankenhausaufenthaltes und des Sterbeprozesses sowie im Rahmen der Kooperation mit niedergelassenen Ärzten werden in separaten Rahmenkonzepten thematisiert. Nähere Erläuterungen finden sich dort.

■ zu 7.4

Angehörige müssen so rasch wie möglich über gravierende gesundheitliche Veränderungen der Bewohner informiert werden. Es genügt dabei nicht, eine Nachricht (z. B. bei anderen Personen, auf dem Anrufbeantworter, Mobilbox etc.) zu hinterlassen, da sie ihren Adressaten möglicherweise erst Tage später erreicht. Fälle dieser Art kommen im Versorgungsalltag leider immer wieder vor. Es ist empfehlenswert, mit den Angehörigen bereits zu Beginn des Heimaufenthaltes klare Vereinbarungen über den Weg der Benachrichtigung zu treffen und diese zu dokumentieren.

8. Umgang mit Kritik, Anregungen und Beschwerden

- 8.1 Die Angehörigen werden über das systematische Beschwerdemanagement in der Einrichtung informiert.
- 8.2 Die Wünsche und Bedürfnisse der Angehörigen werden regelmäßig erfasst und beurteilt.

■ zu 8.1

Jede Einrichtung sollte über ein Beschwerdemanagement verfügen, das geregelte Verfahrensweisen zur Ermittlung und Überprüfung von Kritik, Anregungen und Beschwerden sowie Maßgaben zu ihrer Bearbeitung definiert. Das vorliegende Rahmenkonzept setzt die Existenz eines solchen Beschwerdemanagements voraus, ohne detaillierte Anforderungen zu formulieren. Auch wenn an dieser Stelle nur von den Angehörigen gesprochen wird, sollten entsprechende Regelungen auch andere Personengruppen – nicht zuletzt die Bewohner – einbeziehen.

■ zu 8.2

Wünsche und Bedürfnisse der Angehörigen können sich auf alle Bereiche der vollstationären Versorgung (z. B. Pflege, Verwaltung, Hauswirtschaft) beziehen. Die Erfassung kann auf unterschiedliche Art und Weise erfolgen, z. B. durch Befragungen oder die Auswertung von Angehörigengesprächen (Nübling et al. 2004).



6.4 Rahmenkonzept „Nächtliche Versorgung“

Die Gestaltung der nächtlichen Versorgung ist im Hinblick auf die Erstellung eines Rahmenkonzepts ein Sonderfall. Prinzipiell stellt sich die Frage, was es rechtfertigt, für bestimmte Tageszeiten ein Rahmenkonzept zu entwickeln, wo doch unabhängig von der zeitlichen Lage eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung sichergestellt sein sollte. Im Grundsatz müssen für alle Dienste identische Qualitätsanforderungen gelten.

Faktisch erfährt die nächtliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen jedoch schon immer eine Sonderbehandlung, die sich u. a. in einer im Vergleich zu anderen Versorgungsphasen stark reduzierten Personalbesetzung ausdrückt. In den meisten Fällen umfasst sie nicht mehr als zwei oder drei Mitarbeiter, welche die Versorgung der gesamten Bewohnerschaft abdecken müssen.

Diese Dienstorganisation geht stillschweigend davon aus, dass die Nacht eine Phase des Ruhens und Schlafens darstellt, in der weit weniger Unterstützungsbedarf abzudecken ist als während des Tages. Angesichts der heutigen Bewohnerstruktur ist diese Annahme jedoch als Wirklichkeitsfern zu bezeichnen. Aufgrund dieser Erfahrung wird in der Fachdiskussion mitunter gefordert, den Nachtdienst „abzuschaffen“, d. h. Versorgungsvoraussetzungen zu schaffen, die sich der Situation während des Tages zumindest annähern. Auch die Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ zog das Fazit, dass im Hinblick auf die nächtliche Versorgung dringender Handlungsbedarf besteht und die heute vielfach übliche Dienstorganisation („Nachtwachen“) unter Qualitätsgesichtspunkten auf Dauer nicht tragfähig ist (Wingefeld/Schnabel 2002). Perspektivisch müssen in den Einrichtungen Strukturen geschaffen werden, die den veränderten, mehr und mehr durch psychische Erkrankungen geprägten Bedarfslagen der Bewohnerschaft Rechnung tragen. Diese Strukturen setzen eine Abkehr vom traditionellen „Nachtwachensystem“ voraus und beinhalten andere Versorgungskonzepte, -angebote und eine flexiblere Dienstorganisation.

Unter den heutigen Rahmenbedingungen kann dieses Ziel oftmals jedoch nicht kurzfristig realisiert werden. Dessen ungeachtet verlangt die nächtliche Versorgungssituation in vielen Einrichtungen nach zeitnahen Veränderungen. Daher beschränkt sich das Rahmenkonzept nicht auf Vorgaben, die erst nach langjährigen Prozessen der Anpassung von Organisationsstrukturen und Personalausstattung umsetzbar sind, sondern strebt auch kurzfristig realisierbare Problemlösungen an. *Das Rahmenkonzept kann für eine konzeptionelle Neuorientierung und Reorganisation der nächtlichen Versorgung genutzt werden. Es greift jedoch auch Anforderungen und Problemfelder auf, die unabhängig von solchen Bemühungen, d. h. auch in traditionellen Organisationsformen, von Bedeutung sind.*

Die Umsetzung der Anforderungen wird zwangsläufig nicht nur Auswirkungen auf die Versorgung in der Nacht und die Gestaltung des Nachtdienstes haben, sondern auch Veränderungen während des Tages nach sich ziehen. Dies kann sich z. B. auf die Verlagerung von Aufgaben oder auf die Kooperation bei der Planung der Pflege beziehen.

Zum Verständnis der Problematik der nächtlichen Versorgung und des Rahmenkonzepts ist es u. a. vor diesem Hintergrund wichtig, sich folgende Punkte zu vergegenwärtigen:

„Nachtdienst“ und „Nächtliche Versorgung“

Der Begriff „Nachtdienst“ meint im Rahmen des vorliegenden Rahmenkonzepts stets die Form der Dienstorganisation (wie z. B. auch Früh-, Spät-, Zwischendienst) und ist nicht mit dem Begriff „Nächtliche Versorgung“ gleichzusetzen.

Mit „Nachtdienst“ wird also kein bestimmtes Versorgungskonzept angesprochen (z. B. „Nachtwachensystem“). Unabhängig vom Versorgungskonzept wird die nächtliche Versorgung stets im Rahmen einer durch Schichtdienste gekennzeichneten Dienstorganisation erbracht, und entsprechend sind bestimmte Fragen der Kooperation zwischen den Diensten immer von Bedeutung.

Einige Anforderungen des Rahmenkonzepts beziehen sich aus den oben genannten Gründen auf das traditionelle Schichtsystem (Früh-, Spät-, Nachtdienst) mit festen Mitarbeitern für den Tag- und Nachtdienst. Dies ist allerdings nicht mit einer generell positiven Bewertung dieser Dienstorganisation gleichzusetzen. Da aber die Anforderungen an die derzeit gängige Praxis anschlussfähig und kurzfristig umsetzbar sein sollen, ist es erforderlich, sie in der jetzigen Form zu berücksichtigen.

Ziel sollte jedoch auf Dauer eine an die Problemlagen und Bedürfnisse der Bewohner angepasste Dienstorganisation sein. Dies setzt eine entsprechende Analyse voraus, die in regelmäßigen Abständen zu wiederholen ist, um den sich wandelnden Bedarfslagen gerecht werden zu können. Das Rahmenkonzept greift diesen Gedanken auf (insbesondere Punkt 3) und eröffnet somit Wege, den traditionellen Nachtdienst zu verändern.

Tagesstrukturierung

„Eine wichtige Voraussetzung zur Entspannung der nächtlichen Versorgungssituation besteht darin, Probleme im Zusammenhang zu betrachten, also nicht als Sonderfragen des Nachtdienstes“ (Wingenfeld 2004: 41). Der Tagesstrukturierung (bezogen auf Tag und Nacht) kommt hierbei eine erhebliche Bedeutung zu. Zur Zeit orientiert sie sich oftmals eher an betrieblichen Abläufen, weniger an den individuellen Bedürfnissen der Bewohner, und lässt somit auch nächtliche Problemlagen (z. B. veränderter Tag-Nacht-Rhythmus, Schlafstörungen) außer acht. Es fehlen sinnvolle Beschäftigungsangebote am Tag bzw. Abend (Jonas/Sowinski 2000). Die bestehenden Strukturen der nächtlichen Versorgung fördern unter Umständen Einschlaf-, Durchschlafstörungen und Wanderungstendenzen in der Nacht. *Eine individuell angepasste Tagesstrukturierung über 24 Stunden kann daher dazu beitragen, nächtliche Problemlagen zu reduzieren.*

Qualifikationsanforderungen

Die nächtliche Versorgung erfolgt meist unter schwierigen Rahmenbedingungen und zeichnet sich durch häufige Störungen aus. Insbesondere die Durchführung körperbezogener Maßnahmen kann als „Pflege im Minutentakt“ bezeichnet werden (Wingenfeld/Schnabel 2002: 114). Zudem variiert der ungeplante Unterstützungsbedarf der Bewohner von Nacht zu Nacht, so dass die Mitarbeiter sich immer wieder auf aktuelle Situationen einstellen müssen. In solchen Situationen müssen sie Prioritäten setzen und andere Maßnahmen zurückstellen. Entscheidungen im Rahmen der nächtlichen Versorgung erfordern daher große Handlungskompetenz der Mitarbeiter und setzen eine entsprechende Qualifikation voraus.

Kooperation und Kommunikation

Neben der bisher beschriebenen Problematik existieren in vielen Einrichtungen Schwierigkeiten in der Kooperation und Kommunikation zwischen Mitarbeitern des Tag- und Nachtdienstes (Zeissler 1998; Holitzner-Bade 1994). Informationsdefizite bei den Mitarbeitern oder mangelnde Teamintegration der Nachtdienstmitarbeiter sind nicht selten. Diese Problematik scheint insbesondere dann aufzutreten, wenn es einen festen Mitarbeiterstamm im Nachtdienst gibt und dieser, abgesehen von Übergeben, keinen Kontakt zu Tagdienstmitarbeiter hat. Mehrere Vorgaben des Rahmenkonzepts greifen dieses Thema auf.



Gesundheitliche Belastungen

Infolge der Nachtarbeit können gesundheitliche Belastungen der Mitarbeiter wie z. B. Schlafstörungen, Müdigkeit oder Leistungsbeeinträchtigungen auftreten, die sich letztendlich auch negativ auf die Bewohnerversorgung auswirken (Muecke 2005; Fischer-Doetzki/Georg 2005). Das vorliegende Rahmenkonzept behandelt diese Problematik nicht explizit. Daher sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sowohl das Verhalten der Mitarbeiter (z. B. eine in Bezug auf den Nachtdienst angepasste Ernährung, Schlafgewohnheiten, Gestaltung von Erholungsphasen) als auch eine veränderte Dienstplangestaltung (Mitarbeiterbeteiligung, langfristige Dienstplanung, Verkürzung der Nachtschichten auf maximal acht Stunden, Einhaltung von Ruhezeiten) die gesundheitlichen Belastungen der Mitarbeiter reduzieren können (Fischer-Doetzki/Georg 2005).

1. Grundsätze

- 1.1 Die Einrichtung ermöglicht unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts der Bewohner eine an den physischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen der Bewohner orientierte fachkompetente Versorgung und Betreuung über 24 Stunden.
- 1.2 Die Einrichtung stellt sicher, dass die Planung der Versorgung und Betreuung in enger Kooperation zwischen den Mitarbeitern des Tag- und Nachtdienstes erfolgt. Diese folgt u. a. dem Grundsatz, dass allen Bewohnern entsprechend der individuellen Bedürfnisse und unter Berücksichtigung des biografischen Hintergrunds ausreichende Ruhe- bzw. Schlafphasen ermöglicht werden.
- 1.3 Die Einrichtung trägt dafür Sorge, dass geeignete Rahmenbedingungen für eine ausreichende Nachtruhe der Bewohner existieren.

Das Schlafbedürfnis und die Schlafgewohnheiten ändern sich im Alter nicht nur krankheitsbedingt, z. B. aufgrund demenzieller Erkrankungen (Motohashi et al. 2000; Jonas/Sowinski 2000). Auch gesunde alte Menschen benötigen in der Regel weniger Schlaf in der Nacht, sie wachen häufiger auf, Tiefschlafphasen reduzieren sich, kurze Schlafphasen finden während des Tages statt und die Zeiten des Zubettgehens und des Aufstehens liegen früher als im mittleren Erwachsenenalter (Münch et al. 2005).

Die Ergebnisse der Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ zeigen, dass mehr als die Hälfte der Bewohner nächtliche Unruhe und einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus aufweist (Wingefeld/Schnabel 2002). „Nicht langanhaltende Ruhe ist das vorherrschende Kennzeichen der Nacht in stationären Pflegeeinrichtungen, sondern ein häufig auftretender Versorgungsbedarf aufgrund körperlicher, psychischer und verhaltensbezogener Probleme“ (Wingefeld 2004: 40).

Wie bereits angesprochen, ist es für eine bewohnerorientierte nächtliche Versorgung nicht ausreichend, ausschließlich die Nachtzeit in den Blick zu nehmen. Mitarbeiter des Tag- und Nachtdienstes sind gemeinsam (und nach Möglichkeit unter Einbeziehung der Bewohner) dafür verantwortlich, eine Tagesstrukturierung zu planen, die u. a. individuelle Bedürfnisse nach Aktivität und Ruhe berücksichtigt. Hierbei sind sowohl Umgebungsfaktoren (z. B. Raumgestaltung, Beleuchtung) als auch individuelle Faktoren (z. B. ausreichende körperliche Aktivität am Tag) zu berücksichtigen (Schnelle et al. 1999). Nicht vereinbar hiermit sind institutionelle Vorgaben, die z. B. besagen, dass sich alle Bewohner zu einer bestimmten Zeit am Abend im Bett befinden sollten.

Die hier formulierten Grundsätze benennen übergreifende Intentionen des Rahmenkonzepts zur nächtlichen Versorgung und werden in den folgenden Anforderungen konkretisiert.



2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption

- 2.1 Die Einrichtung verfügt über ein schriftlich fixiertes Konzept zur nächtlichen Versorgung.
- 2.2 Das Konzept definiert Ziele, Maßnahmen, Zuständigkeiten und Verfahrensweisen, die den im vorliegenden Rahmenkonzept formulierten Grundsätzen und Anforderungen Rechnung tragen. Art und Umfang des Versorgungsangebotes sowie die eingesetzten Personalressourcen werden hierbei explizit benannt. Durch Einweisungen/Schulungen sorgt die Einrichtung dafür, dass das Konzept allen /Mitarbeitern, die an der Versorgung der Bewohner während des Tages oder der Nacht beteiligt sind, bekannt ist.

Erläuterungen zum Thema „schriftliche Konzeption“ finden sich in Kapitel 6.1.

Das Rahmenkonzept „Nächtliche Versorgung“ enthält neben Anforderungen, die sich auf Aufgaben der Kooperation und Organisation beziehen, auch Anforderungen in Bezug auf die direkte Versorgung und Betreuung der Bewohner. Das Thema „*Kooperation*“ bezieht sich schwerpunktmäßig auf die Zusammenarbeit zwischen Tag- und Nachtdienst (insbesondere Punkte 7 und 8). Fragen der *Organisation* umfassen sowohl Rahmenbedingungen für die nächtliche Versorgung als auch personelle Regelungen und Vereinbarungen, z. B. bezüglich Pflegedokumentation und Verhalten in besonderen Situationen (insbesondere Punkte 4, 5, 7 und 9).

Die Anteile des Einrichtungskonzeptes, welche sich auf die *direkte Versorgung und Betreuung der Bewohner* beziehen (insbesondere Punkte 3 und 6), sollten in zusammenfassender, übersichtlicher Form darstellen, welche Leistungen in der Zeit zwischen Ende des regulären Spätdienstes und Beginn des nächsten Frühdienstes erbracht bzw. welche Angebote in dieser Zeit vorgehalten werden sollen. Sofern nicht bereits an anderer Stelle erfolgt, soll dieser Konzeptteil darüber hinaus verdeutlichen, wie die Versorgung während dieser Zeit *organisiert* ist (Dienstplangestaltung, Personaleinsatz).

Die Darstellung zur Versorgung und Betreuung der Bewohner kann beispielsweise folgende Punkte enthalten:

- regelmäßig zu erbringende, in der individuellen Pflegeplanung vorgesehene Maßnahmen (z. B. Lagerungen, Inkontinenzversorgung, Spätmahlzeiten etc.)
- individuelle Unterstützung für Bewohner mit Durchschlafschwierigkeiten, motorischer Unruhe oder anderen Problemlagen und Bedürfnissen, die zu einem nächtlichen Bedarf führen (Unterstützungsleistungen, die nicht planbar sind, die bei den betreffenden Bewohnern jedoch häufiger erbracht werden müssen)
- organisierte zentrale oder wohnbereichsspezifische Angebote in den Abendstunden (z. B. „Nachtcafé“)
- nächtliche Kontrollgänge (vgl. Punkt 6.1)
- Zwischendienstleistungen oder andere Formen der Flexibilisierung der Dienstzeiten, die eine individuelle Unterstützung in den Abend- und Nachtstunden ermöglichen
- Dienstplanung und Personaleinsatz in den Abend- und Nachtstunden.

Der *Umfang* des abendlichen/nächtlichen Versorgungsangebotes sollte dabei ebenfalls deutlich werden. Bei klar abgrenzbaren Gruppenangeboten ist dies problemlos möglich, indem Dauer und Häufigkeit (z. B. pro Woche) angegeben werden. Bei geplanten oder ungeplanten individuellen Maßnahmen treten größere Schwierigkeiten auf. Hier ist jedoch nicht an eine differenzierte Aufstellung der nächtlich erbrachten

ten Leistungen gedacht, sondern an eine zusammenfassende Übersicht, die erkennen lässt, wie viele Bewohner regelmäßig in der Nacht versorgt werden müssen und welche Maßnahmen dabei im Vordergrund stehen.

Die Darstellung der direkten Versorgung und Betreuung der Bewohner im Rahmen des Gesamtkonzepts wird im Regelfall nicht mehr als zwei bis vier Seiten Umfang haben.

3. Bedarfsgerechtes abendliches/nächtliches Versorgungsangebot

- 3.1 Die Einrichtung überprüft mindestens einmal jährlich, inwieweit ihr Versorgungsangebot (entsprechend ihres Konzeptes, siehe Punkt 2.2) dem am Abend und in der Nacht anfallenden Bedarf der Bewohner entspricht. Hierzu ermittelt und dokumentiert sie diesen Bedarf.**
- 3.2 Erweist sich, dass das Versorgungsangebot während des Abends und in der Nacht nicht dem nach Punkt 3.1 ausgewiesenen Bedarf entspricht, nimmt die Einrichtung entsprechende konzeptionelle Anpassungen vor. Sie überprüft dabei die Möglichkeit, diese Anpassungen durch eine Reorganisation der Dienstplanung umzusetzen, und dokumentiert das Ergebnis dieser Prüfung. Bei der Prüfung ist zu beachten, dass die Qualität der Versorgung der Bewohner während des Tages (z. B. durch Personal-Umschichtungen) nicht beeinträchtigt wird.**

Die unter diesem Punkt beschriebenen Anforderungen dienen der systematischen Weiterentwicklung der abendlichen/nächtlichen Versorgung und sollen helfen, typische nächtliche Problemlagen der Bewohner und die hiermit verbundenen Anforderungen an die Mitarbeiter positiv zu beeinflussen.

■ zu 3.1

Die Anforderung 3.1 steht im engen Zusammenhang zur Anforderung 2.2. Eine regelmäßige Bedarfsanalyse des abendlichen bzw. nächtlichen Versorgungsangebots ist zwingend erforderlich, um das Angebot den Bewohnerbedürfnissen bzw. -wünschen anpassen zu können. Für die Bedarfsermittlung sollte es genügen, die Pflegedokumentation bzw. die darin enthaltene Beschreibung von Pflegeproblemen und Bedürfnissen der Bewohner auszuwerten (vgl. insbesondere 7.2 und 7.3 des Rahmenkonzepts). Zusätzlich können z. B. auch Pflegevisiten oder Fallbesprechungen für eine entsprechende Bedarfsermittlung genutzt werden.

Es empfiehlt sich, bei der Bedarfsermittlung nach Wohnbereichen zu unterscheiden und u. a. folgende Fragen zu berücksichtigen:

- Welche bzw. wie viele Bewohner benötigen bzw. wünschen ein regelmäßiges Angebot an Gruppenaktivitäten nach dem Abendessen?
- Wie groß ist die Anzahl der Bewohner mit kognitiven Einbußen bzw. psychischen Problemlagen, die nach dem Abendessen regelmäßig Einschlafschwierigkeiten, Ängstlichkeit, eine Wanderungstendenz oder andere Formen gesteigerter Aktivität aufweisen (auch unter Berücksichtigung immobiler Bewohner)?



- Wie groß ist die Anzahl der Bewohner mit Durchschlafschwierigkeiten, die in der Zeit nach Mitternacht und deutlich vor Beginn des Frühdienstes aufwachen und Ängstlichkeit, eine Wanderungstendenz oder andere Formen gesteigerter Aktivität aufweisen (einschließlich immobiler Bewohner und Bewohner, die aufgrund von aktivitätsbegrenzenden Maßnahmen das Bett nicht verlassen können)?

Das Ergebnis der Bedarfsermittlung sollte als zusammenfassende Einschätzung des abendlichen und nächtlichen Versorgungsbedarfs der Bewohner dokumentiert werden.

■ zu 3.2

Zeigt sich aufgrund der Ergebnisse der Bedarfsermittlung, dass das aktuelle Versorgungskonzept bzw. Versorgungsangebot nicht ausreicht, so soll die Einrichtung alle Möglichkeiten ausschöpfen, die Versorgung entsprechend anzupassen.

In einem ersten Schritt soll sie definieren, wie sich die abendliche/nächtliche Versorgung bzw. die in dieser Zeit vorgehaltenen Angebote verändern müssen, um dem bestehenden Bedarf gerecht zu werden. Auf dieser Grundlage kann ein neuer Konzeptentwurf für die abendliche/nächtliche Versorgung entwickelt werden.

In einem zweiten Schritt wäre zu prüfen, ob das neue Konzept durch eine Veränderung der Dienstplanung bzw. durch die Umschichtung von Personalressourcen umgesetzt werden kann. Hierzu ist eine sorgfältige Ist-Analyse erforderlich. Das Ergebnis dieser Prüfung sollte in nachvollziehbarer Form dokumentiert werden.

Erweist sich dabei, dass das neue Versorgungskonzept mit einer Reorganisation der Dienstplanung umgesetzt werden kann, sind entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Anderenfalls sollte die Einrichtung Überlegungen anstellen, auf welchem Weg die abendliche/nächtliche Versorgung zumindest mittel- oder langfristig verbessert werden kann.

Inzwischen gibt es in Deutschland eine Reihe von Initiativen zur Verbesserung des abendlichen und nächtlichen Versorgungsangebots. Je nach Ergebnis der Bedarfsanalyse kann z. B. die Einrichtung von Gruppenangeboten zur Abendgestaltung („Nachtcafé“) (Kuratorium Deutsche Altershilfe 1999; Chwalek 1998; Ruhkamp 1999) oder eine flexible Dienstplangestaltung (z. B. Zwischendienste, Dienstbeginn zu versetzten Zeiten) sinnvoll sein, um eine individuelle Betreuung der Bewohner zu ermöglichen (Dürrmann 2005).

4. Rahmenbedingungen

- 4.1 Die Einrichtung sorgt dafür, dass Lärm und störende Lichtquellen die Nachtruhe der Bewohner nicht beeinträchtigen. Das Verhalten der Mitarbeiter trägt zu einer ungestörten Nachtruhe bei, indem sie während ihrer Tätigkeit Lärm vermeiden und für angemessene Lichtverhältnisse sorgen.
- 4.2 Materialien, die zur pflegerischen Versorgung benötigt werden, und Zwischenmahlzeiten stehen in ausreichender Anzahl zur Verfügung. Hinsichtlich der Aufbewahrungsorte gibt es verbindliche Absprachen zwischen den Mitarbeitern des Tag- und Nachtdienstes.
- 4.3 Die Mitarbeiter überprüfen entsprechend schriftlicher einrichtungsinterner Vorgaben die Sicherheitsvorkehrungen des Hauses (z. B. ob Fenster und Außentüren geschlossen sind).
- 4.4 Die Einrichtung bietet ansprechend gestaltete Gemeinschaftsräumlichkeiten an, die Bewohner auch am Abend bzw. in der Nacht aufsuchen können.
- 4.5 Die Mitarbeiter des Nachtdienstes werden von mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen weitestgehend entlastet, sofern es sich nicht um Aufgaben handelt, die im Zusammenhang mit der Dokumentation und nächtlichen Versorgung stehen.

■ zu 4.1

Die Nachtruhe der Bewohner kann durch eine Vielzahl von Umgebungsfaktoren beeinträchtigt werden. Zum Teil handelt es sich hierbei um Störungen durch Geräusche und Licht, die sich schwerlich vermeiden lassen – allerdings nicht durchgängig: Zum Beispiel können störende Geräusche beim Öffnen/Schließen von (Schrank-)Türen, beim Anbringen/Entfernen des Seitenschutzes, beim Höherstellen der Betten, beim Transport von Nachstühlen/Pflegewagen etc. durch einen technisch einwandfreien Zustand ggf. deutlich reduziert werden. In den Bewohnerzimmern sollte nach Möglichkeit eine Alternative zu störenden Lichtquellen gesucht werden bzw. die Verwendung eines Sichtschutzes, v. a. in Doppelzimmern, ermöglicht werden. Die Mitarbeiter sollten angehalten werden, entsprechende Mängel an die jeweils zuständige Person zu melden. Eine Behebung der Mängel sollte möglichst kurzfristig erfolgen. Mitarbeiter sollten während der Nacht entsprechendes Schuhwerk tragen, störende Geräusche während ihrer Tätigkeit so weit möglich vermeiden und eine der jeweiligen Situation angemessene Beleuchtung (soweit vorhanden) wählen. Bei der Versorgung von Bewohnern in Doppelzimmern ist besondere Sorgfalt angezeigt, um Mitbewohner nicht unnötig zu stören.

■ zu 4.2

Dieser Punkt beschreibt eine grundlegende, sowohl am Tag als auch in der Nacht wichtige Voraussetzung für die Versorgung der Bewohner. Sie wurde aufgenommen, da es im Rahmen der nächtlichen Versorgung immer wieder zu Situationen kommt, in denen benötigtes Material, wie z. B. Bettwäsche, Handtücher, Blutdruckmessgeräte, Fieberthermometer, Inkontinenzmaterial usw. nicht bzw. nicht an den hierfür vorgesehenen Stellen vorhanden ist. Dies bedeutet für die Mitarbeiter eine zusätzliche Belastung, da Zeit zur Beschaffung der Materialien oder für ein improvisiertes Vorgehen benötigt wird, die nicht mehr für die Bewohnerversorgung zur Verfügung steht. Die Anforderung schließt auch die Verfügbarkeit von Zwischenmahlzeiten ein. Hierdurch soll, neben der geplanten, auch die nicht geplante Einnahme von Zwischenmahlzeiten auf Wunsch der Bewohner ermöglicht werden.



■ zu 4.3

Schriftliche Vorgaben im Rahmen des Einrichtungskonzeptes (ggf. ergänzt durch eine Checkliste), sorgen dafür, dass den Mitarbeitern der Umfang/Ablauf der routinemäßigen Kontrolle der Sicherheitsvorkehrungen am Abend bekannt ist. Vergleichbare Maßnahmen, die am Morgen durchzuführen sind, wie z. B. Abschalten der Alarmanlage, Aufschließen von Außentüren, sollten ebenfalls aufgeführt werden.

In Abhängigkeit von der räumlichen Gestaltung der Einrichtung kann die Durchführung der hier beschriebenen Maßnahmen einen nicht unerheblichen Zeitaufwand für die Mitarbeiter nach sich ziehen.

■ zu 4.4

Es sollte sich um leicht erreichbare Räumlichkeiten handeln, die ein Zusammensein mehrerer Personen ohne die Störung anderer Bewohner ermöglichen, ansprechend gestaltet sind (Sitzgelegenheiten, Beschäftigungsmaterial, Radio, Fernsehen) und über eine Notrufanlage verfügen. Je nach baulichen Gegebenheiten kann es in der Einrichtung einen Raum oder auch mehrere, z. B. je Wohnbereich, geben. Da in den meisten Einrichtungen Tages- oder Aufenthaltsräume, Wohnzimmer o. ä. vorhanden sind, sollte überprüft werden, ob diese hierzu geeignet sind.

Diese Räumlichkeiten können für die Bewohner eine Alternative zum eigenen Zimmer darstellen und die „normale“ Trennung von Wohn- und Schlafbereich unterstützen. Insbesondere bei Bewohnern von Doppelzimmern kann ein solcher Gemeinschaftsraum eine Ausweichmöglichkeit darstellen.

Die Verfügbarkeit eines Gemeinschaftsraums im Sinne dieser Anforderung ist die Grundvoraussetzung für die Erfüllung der Anforderung 6.5.

■ zu 4.5

Wie bereits in der Einleitung dargestellt, erfolgt die nächtliche Versorgung häufig unter erheblichem Zeitdruck. Bewohnerbedürfnisse können hierdurch ggf. nicht alle berücksichtigt werden. Die Entlastung der Nachtdienstmitarbeiter von mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen soll Freiräume für die individuelle Versorgung oder Betreuung schaffen und hervorheben, dass der Bewohnerversorgung stets der Vorrang gegenüber anderen Leistungen zu geben ist.

Unter mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen werden Leistungen verstanden, die nicht im direkten Kontakt mit Bewohnern stattfinden (vgl. Kapitel 5), z. B. Reinigungs- und Aufräumarbeiten, die nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der nächtlichen Versorgung stehen (z. B. routinemäßiges Säubern der Rollstühle, Auswaschen von Schränken/Pflegewagen). Auch das Stellen der Medikamente für den nächsten Tag oder die kommende Woche sollte am Tag erfolgen, da in der Nacht Störungen absehbar sind und es infolge dessen zu einer erhöhten Fehlerquote kommen kann.

Ist die Bewohnerversorgung in der Nacht in ausreichendem Maße sicher gestellt und haben die Mitarbeiter zeitliche Ressourcen, können sie durchaus einige mittelbar bewohnerbezogene Aufgaben übernehmen – jedoch stets unter dem Vorbehalt, dass die Betreuung der Bewohner an erster Stelle steht.

5. Personelle Regelungen

- 5.1 Die Einrichtung verfügt über eindeutige Regelungen zur Vorgehensweise bei Ausfall eines Mitarbeiters des Nachtdienstes, damit eine Vertretung sicher gestellt wird.
- 5.2 Sind mehrere Mitarbeiter zeitgleich im Nachtdienst tätig, bestehen verbindliche Regelungen zur Aufgabenteilung. Für Situationen, in denen ein Mitarbeiter aufgrund akuter Vorkommnisse die Versorgung der Bewohner nicht sicherstellen kann, ist geregelt, wie Unterstützung erfolgen kann.
- 5.3 Ist bereits während des Tages absehbar, dass im Laufe des Abends bzw. der Nacht ein außergewöhnlich hoher Unterstützungsbedarf der Bewohner bestehen wird, bemüht sich die Einrichtungsleitung bzw. Pflegedienstleitung, die Planung des Mitarbeiterereinsatzes kurzfristig daran anzupassen.

■ zu 5.1

Kann ein Mitarbeiter kurzfristig den Dienst nicht antreten, so muss in der Einrichtung Klarheit darüber herrschen, wie in dieser konkreten Situation zu verfahren ist. Dies schließt auch Regelungen ein, wie zu verfahren ist, wenn ein Mitarbeiter nach Antritt des Nachtdienstes die Arbeit nicht fortsetzen kann (z. B. aus Krankheitsgründen). Die Verfahrensweisen sollten zumindest regeln, welche Personen unverzüglich über den Mitarbeiterausfall zu informieren sind und wer für die Organisation einer Vertretung zuständig ist.

Um Missverständnissen vorzubeugen, sei betont, dass die Anforderung nicht besagt, dass ein ständiger Bereitschaftsdienst vorgehalten werden muss.

■ zu 5.2

Die hier beschriebene Aufgabenteilung kann sich z. B. auf die Zuständigkeit für einzelne Wohnbereiche oder für bestimmte Aufgabenbereiche (z. B. Maßnahmen der speziellen Pflege, Betreuung insbesondere von nachtaktiven Bewohnern) beziehen und Gegenstand von Stellenbeschreibungen sein. Zusätzlich sollten Regelungen zur Einhaltung von Ruhepausen entsprechend des Arbeitszeitgesetzes berücksichtigt werden, indem z. B. geregelt ist, dass Mitarbeiter sich in dieser Zeit gegenseitig vertreten.

In besonderen Situationen (z. B. Krankenhauseinweisungen, Todesfälle, Bewohner ist nicht auffindbar) kann zudem eine Unterstützung notwendig werden. Die Anforderung einer solchen Unterstützung in besonderen Situationen sollte nur in den Fällen erfolgen, in denen auch eine den neuen Gegebenheiten angepasste Arbeitsorganisation nicht ausreichend ist, um die Versorgung der Bewohner sicherzustellen. Eine Unterstützung in besonderen Fällen kann z. B. durch weitere im Dienst befindliche Mitarbeiter oder wohnbereichsübergreifend eingesetzte Mitarbeiter („Springer“) erfolgen. Eindeutige Regelungen zur Unterstützungsleistung (in welchen Situationen, Anforderung und Erbringung der Unterstützung) sind erforderlich.

■ zu 5.3

Ein absehbarer erhöhter Unterstützungsbedarf kann sich ergeben, wenn z. B. mehrere Bewohner im Sterben liegen oder zahlreiche Bewohner aufgrund einer Erkrankung (z. B. grippaler Infekt, Diarrhoe) einen kurzzeitig erhöhten Pflegebedarf aufweisen. Da ein erhöhter Pflegebedarf in der Regel nicht nur in der Nacht, sondern auch am Tag besteht, sollte die Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitung sich darum bemühen, die Mitarbeiterplanung entsprechend anzupassen. Da sich das vorliegende Rahmenkonzept auf die nächtliche Versorgung bezieht, findet der Mitarbeiterereinsatz am Tag allerdings keine explizite Erwähnung.



Die Umsetzung dieser Vorgabe stellt Einrichtungen sicherlich vor Herausforderungen. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass es sich nicht um regelmäßig auftretende Situationen, sondern Ausnahmen handeln wird. Es ist auch zu überlegen, ob ein zusätzlicher Mitarbeiter die ganze Nacht oder nur stundenweise benötigt wird.

6. Pflegerische Versorgung und Betreuung

- 6.1 Die Einrichtung verfügt über verbindliche, am Bedarf der Bewohner orientierte Regelungen für nächtliche Kontrollgänge. Außergewöhnlicher Beobachtungsbedarf wird von den anwesenden Mitarbeitern festgestellt und nach Anpassung der Arbeitsplanung berücksichtigt. Der Wunsch des Bewohners, nicht in Kontrollgänge einbezogen zu werden, ist zu respektieren, sofern er schriftlich vom Bewohner fixiert wurde und er in der Lage ist, im Bedarfsfall Hilfe anzufordern.
- 6.2 Die Einrichtung stellt sicher, dass die Bewohner über die Zeit des Zubettgehens selbst entscheiden. Können Bewohner diese Entscheidung aufgrund von kognitiven Einschränkungen nicht treffen, wird der Zeitpunkt unter Berücksichtigung des biografischen Hintergrunds und entsprechend der individuellen Tagesstrukturierung geplant.
- 6.3 Die Durchführung von Maßnahmen erfolgt entsprechend der Pflegeplanung (z. B. schlaffördernde Maßnahmen, Einzelgespräche, Inkontinenzversorgung, Toilettengänge, Lagerungen, Anreichen von Getränken/Zwischenmahlzeiten) bzw. der ärztlichen Anordnung (Durchführung von Maßnahmen der speziellen Pflege, u. a. Gabe von Medikamenten). Abweichungen im begründeten Einzelfall (Maßnahmen werden zeitlich verschoben bzw. nicht erbracht) werden dokumentiert (einschließlich Begründung).
- 6.4 Die Einrichtung stellt sicher, dass die Durchführung der morgendlichen Körperpflege nicht während des Nachtdienstes erfolgt, es sei denn, dieses Vorgehen entspricht dem ausdrücklichen Wunsch oder Bedürfnis des Bewohners.
- 6.5 Die Mitarbeiter informieren die Bewohner über die Möglichkeit, am Abend/in der Nacht einen Gemeinschaftsraum aufzusuchen, und unterstützen sie im Bedarfsfall beim Aufsuchen und Verlassen der entsprechenden Räumlichkeiten.

■ zu 6.1

Leistungen in der Nacht werden nur in geringem Maße infolge einer direkten Anforderung der Bewohner (Rufanlage) erbracht (vgl. Dühring/Claus 1999). Einige Bewohner verkennen aufgrund von psychischen Einschränkungen Situationen, die Hilfe auslösen sollten, oder sind nicht in der Lage, die Rufanlage zu betätigen. Kontrollgänge in der Nacht sind somit unerlässlich, wobei die Anzahl bewohnerbezogener variieren kann. Die Anzahl der Kontrollgänge ist abhängig vom Bedarf des Bewohners und sollte in der Pflegedokumentation festgehalten werden. Der Bedarf kann sich jedoch aufgrund einer aktuellen Situation (z. B. bei akut erkrankten Bewohnern oder Bewohnern, die sich in einer psychisch-emotional belastenden Situation befinden) verändern.

Benötigt der Bewohner zusätzlich zu den Kontrollgängen in der Nacht pflegerische Unterstützung, so wird diese entsprechend der individuellen Pflegeplanung erbracht. Während des Kontrollgangs kann die geplante pflegerische Unterstützung entspre-

chend der Bedarfslage des Bewohners erbracht werden. Es sollte aber vermieden werden, dass pflegerische Leistungen sich ausschließlich am Zeitpunkt des Kontrollgangs orientieren und nicht an den individuellen Bedürfnissen des Bewohners. Die Durchführung pflegerischer Maßnahmen sollte zeitlich individuell geplant werden, um Schlafunterbrechungen so weit wie möglich zu vermeiden. Dieses gilt im besonderen Maße für die Inkontinenzversorgung während der Nacht (Ouslander et al. 2001). Werden Bewohner von Kontrollgängen ausgenommen, sollte im Rahmen der Evaluation der Pflegeplanung regelmäßig überprüft werden, ob die Voraussetzungen hierfür noch gegeben sind.

■ zu 6.2/6.3/6.4

Diese Anforderungen beziehen sich auf die Durchführung der individuell geplanten Versorgung und Betreuung der Bewohner. Besonderer Wert wird darauf gelegt, dass die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner Berücksichtigung finden. Insbesondere sollte sich der Zeitpunkt des Zubettgehens nach der individuellen bewohnerbezogenen Planung richten. Ein bedürfnisorientiertes Vorgehen kann dazu führen, dass Dienstplananpassungen oder veränderte Schichtzeiten erforderlich werden.

Die Durchführung der morgendlichen Körperpflege sollte nicht von den Mitarbeitern des Nachtdienstes regelhaft durchgeführt werden, um z. B. die Tagdienstmitarbeiter zu entlasten. Diese Vorgehensweise stellt „einen klaren Verstoß gegen die Qualitätsanforderungen dar, die ein Pflegeheim zu erfüllen hat“ (Weiss 2001: 48).

Ausnahmen sollten auf Situationen begrenzt bleiben, in denen dieses Vorgehen dem ausdrücklich geäußerten Bewohnerbedürfnis entspricht und in der Pflegeplanung dokumentiert ist. Holitzner-Bade (1994) fordert darüber hinaus, dass Ausnahmen vom „Nachtwaschverbot“ in begründeten Einzelfällen im Vorfeld durch die Heim- oder Pflegedienstleitung schriftlich genehmigt werden sollten.

■ zu 6.5

Diese Anforderung ist in Verbindung mit Punkt 4.4 zu sehen. Mitarbeiter sollten Bewohner nicht nur über die Möglichkeit, den Abend in einem Gemeinschaftsraum zu verbringen, informieren, sondern diese im Bedarfsfall auch dazu motivieren, das Angebot wahrzunehmen. Hierzu ist ein aktives Zugehen der Mitarbeiter auf die Bewohner erforderlich.



7. Information, Dokumentation und Pflegeplanung

- 7.1** Die Mitarbeiter des Früh-, Spät- und Nachtdienstes erhalten bei Dienstantritt neben bewohnerbezogenen Informationen auch Informationen zu besonderen Vorkommnissen in der Gesamteinrichtung (z. B. Erbringung von Unterstützungsleistungen in anderen Wohnbereichen am Tag/in der Nacht, Todesfälle, Mitarbeiterausfall).
- 7.2** Die Mitarbeiter des Nachtdienstes werden in die Erstellung der Pflegeplanung einbezogen. Die für die Erstellung der jeweiligen Pflegeplanung zuständige Pflegefachkraft (bzw. ihre Vertretung) ermittelt in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern des Nachtdienstes systematisch den Pflegebedarf und das Vorliegen besonderer Bedürfnisse/Problemlagen am Abend bzw. in der Nacht. Sich hieraus ergebende Zielsetzungen und Maßnahmen werden untereinander abgestimmt. Hierbei werden insbesondere folgende Aspekte berücksichtigt bzw. überprüft:
- Biografische Aspekte
 - Angemessenheit der Tagesstrukturierung (bezogen auf 24 Stunden)
 - Rituale/Gewohnheiten am Abend bzw. in der Nacht
- 7.3** Die Mitarbeiter beobachten das Schlafverhalten, das physische und psychische Befinden der Bewohner und etwaige Veränderungen. Sie dokumentieren hierfür relevante Beobachtungen und schätzen den sich daraus ergebenden Handlungsbedarf ein. Im Bedarfsfall werden erforderliche Maßnahmen umgehend eingeleitet. Zusätzlich kann eine zeitnahe Abstimmung mit der für die Pflegeplanung des jeweiligen Bewohners zuständigen Pflegefachkraft zwecks Anpassung der Pflegeplanung bzw. Einleitung anderer Maßnahmen (z. B. Hinzuziehung eines Arztes) erforderlich sein.

■ zu 7.1

Mitarbeiter sollten bei Dienstantritt wichtige Informationen über die aktuelle Situation der Bewohner erhalten. Dies schließt ein, dass Mitarbeiter des Spätdienstes über besondere Vorfälle in der vorangegangenen Nacht informiert werden. In der Regel wird dies in Form von mündlichen Übergaben, unter Hinzuziehung der Pflegedokumentationen, erfolgen.

Zusätzlich zu bewohnerbezogenen Informationen sollten auch Informationen zum Geschehen in der Einrichtung gegeben werden, damit Mitarbeiter sich einbezogen fühlen (siehe auch Punkt 8) und ggf. Verhaltensweisen von Bewohnern im Gesamtkontext besser einschätzen und beurteilen können (z. B. Störungen der Bewohner am Tag durch Renovierungsarbeiten).

■ zu 7.2/7.3

Pflegeplanungen, die u. a. eine Tagesstrukturierung über 24 Stunden berücksichtigen, sollten unter Einbeziehung von Nachtdienstmitarbeitern erstellt werden. Bewohnerbedürfnisse können sich am Tag und in der Nacht unterschiedlich darstellen; über die in der Anforderung beschriebenen Vorgehensweise soll sicher gestellt werden, dass alle relevanten Beobachtungen (Tag/Nacht) in das Assessment und die Pflegeplanung einfließen. Hierbei ist zu beachten, dass auch die Dokumentation von Beobachtungen, die keinen unmittelbaren Handlungsbedarf nach sich ziehen, sinnvoll sein kann (z. B. Informationen zum Schlafverhalten).

Die für die Erstellung der Pflegeplanung zuständige Pflegefachkraft wird in der Regel ein Mitarbeiter des Tagdienstes sein. Ihre Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Mitarbeitern des Nachtdienstes kann persönlich, z. B. durch Fallbesprechungen (soweit zeitlich möglich) oder auch schriftlich erfolgen. Die Zusammenarbeit/Abstimmung erfolgt mit einem Mitarbeiter des Nachtdienstes, der regelmäßig für die Versorgung und Betreuung des betreffenden Bewohners verantwortlich ist.

8. Förderung der Kommunikation zwischen den Mitarbeitern

- 8.1 Während der Einarbeitungszeit sind Mitarbeiter, die dauerhaft am späten Abend bzw. in der Nacht tätig sein werden, für eine begrenzte Zeit im Tagdienst tätig.**
- 8.2 Die Mitarbeiter des Nachtdienstes werden kontinuierlich und systematisch in einrichtungsinterne Aktivitäten einbezogen (z. B. Teilnahme an Fortbildungen, Qualitätszirkeln).**
- 8.3 Es finden regelmäßig gemeinsame Besprechungen der Mitarbeiter des Tag- und Nachtdienstes statt. Nähere Festlegungen dazu (Zielsetzung, Teilnehmer, Terminierung, Inhalte) werden von der Pflegedienst- oder Wohnbereichsleitung vorgenommen.**
- 8.4 Besprechungen der Mitarbeiter, die dauerhaft im Nachtdienst eingesetzt sind, finden regelmäßig statt.**

Wie bereits angesprochen, wird der Kontakt und die Kommunikation zwischen Mitarbeitern des Tag- und Nachtdienstes häufig als defizitär beschrieben (Holitzner-Bade 1994; Zeissler 1998). Unzureichende Kommunikation kann zu Brüchen in der Bewohnerversorgung führen, indem z. B. Nachtdienstmitarbeiter die Versorgung nicht gemäß der Pflegeplanung (an deren Erstellung sie in der Regel nicht beteiligt waren) durchführen oder ein fachlicher Austausch über Bewohnerbedürfnisse oder Verhaltensweisen fehlt.

Die unter Punkt 8 aufgeführten Anforderungen gehen eher von herkömmlichen Organisationsformen („feste“ Nachtdienstmitarbeiter) aus und lassen sich nur bedingt auf Einrichtungen übertragen, die ein anderes Vorgehen (z. B. rotierendes Schichtsystem) gewählt haben. Die letztgenannten Einrichtungen werden z. B. die Anforderung 8.4 nicht in ihr Konzept aufnehmen müssen, da sie über keinen festen Mitarbeiterstamm im Nachtdienst verfügen.

■ zu 8.1

Neue Mitarbeiter, die dauerhaft im Nachtdienst tätig sein werden, sollten die Abläufe in der Einrichtung und das Verhalten der Bewohner sowohl am Tag als auch in der Nacht kennen lernen. Eine Ausweitung dieser Regelung auf alle Mitarbeiter (Tagdienstmitarbeiter sind regelmäßig für eine begrenzte Zeit im Nachtdienst eingesetzt) kann eine weitere Option zur Förderung der Kommunikation zwischen den Mitarbeitern einer Einrichtung sein. Zudem ist es sinnvoll, dass Mitarbeiter, die dauerhaft im Nachtdienst arbeiten, auch nach Abschluss der Einarbeitungsphase regelmäßig für eine begrenzte Zeit im Tagdienst eingesetzt werden. Einrichtungen, deren Mitarbeiter regelmäßig sowohl im Tag- als auch im Nachtdienst eingesetzt sind, erfüllen diese Anforderung per se.

■ zu 8.2/8.3

Aus der Praxis wird immer wieder darüber berichtet, dass Mitarbeiter des Nachtdienstes nicht in einrichtungsinterne Aktivitäten, Besprechungen und Fortbildungen einbezogen werden. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Mangelndes Interesse oder fehlende Information der Nachtdienstmitarbeiter können beispielsweise eine Rolle spielen. Mitarbeiter des Nachtdienstes fühlen sich zum Teil auch nicht zur Mitwirkung verpflichtet oder haben wegen anderer Verpflichtungen wenig Zeit dazu (z. B. aufgrund von Kinderbetreuung).

Dies ist vor allem vor dem Hintergrund problematisch, dass Mitarbeiter, die im Nachtdienst tätig sind, oftmals einen erhöhten Schulungsbedarf aufweisen und diese Schulungen speziell auf die Anforderungen im Nachtdienst zugeschnitten sein sollten



(Glass et al. 1999; Johansson et al. 2005). Die Einrichtung sollte nach Wegen suchen, um den Mitarbeitern solche Schulungen anbieten zu können und Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine Teilnahme ermöglichen.

Um Ausgrenzungen von Nachtdienstmitarbeitern zu vermeiden, ist es erforderlich, sie ausreichend zu informieren (z. B. schriftlich). Hierzu bedarf es der Klärung von Zuständigkeiten. Es kann hilfreich sein, wenn Einrichtungen, die über einen festen Mitarbeiterstamm für die nächtliche Versorgung verfügen, einen Sprecher aus diesem Kreis benennen, welcher die Interessen der Nachtdienstmitarbeiter (z. B. in wohnbereichsübergreifenden Besprechungen) wahrnimmt und für die Informationsweitergabe an andere Nachtdienstmitarbeiter verantwortlich ist. Außerdem sollte bei gemeinsamen Besprechungen (Mitarbeiter des Tag- und Nachtdienstes) darauf geachtet werden, dass die Terminfestlegung sich auch an den Bedürfnissen der Nachtdienstmitarbeiter orientiert.

Die bisher beschriebene Problematik stellt sich in der Regel nur in Einrichtungen, die über einen festen Mitarbeiterstamm im Nachtdienst verfügen.

■ zu 8.4

Regelmäßige Besprechungen der Nachtdienstmitarbeiter sollten dazu dienen, Informationen zu vermitteln, einen Erfahrungsaustausch zu fördern und Absprachen zu treffen. In Einrichtungen, in denen die Nachtdienstmitarbeiter einem bestimmten Wohnbereich zugeordnet sind, können sich diese Besprechungen erübrigen, wenn sie an Besprechungen der Mitarbeiter des Wohnbereichs teilnehmen.

9. Verfahrensweisen in besonderen Situationen

- 9.1 Den Mitarbeitern sind die einrichtungsinternen Verfahrensweisen zum Umgang mit medizinischen Notfallsituationen bekannt (vgl. Kapitel 6.6 Punkt 7.1). Sie handeln entsprechend.
- 9.2 Den Mitarbeitern ist das Einrichtungskonzept zum „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalt“ (vgl. Kapitel 6.7) bekannt. Sie richten ihr Handeln im Falle einer Krankenseinweisung daran aus.
- 9.3 Die Mitarbeiter tragen der besonderen Situation des Heimeinzugs Rechnung, indem sie sich zu Beginn des Nachtdienstes beim neu eingezogenen Bewohner vorstellen, ihr Aufgabenfeld angemessen erläutern und den Bewohner mehrmals in der Nacht aufsuchen, wenn dies angebracht erscheint.
- 9.4 Den Mitarbeitern ist das Einrichtungskonzept zur „Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen“ (vgl. Kapitel 6.5) bekannt und sie richten ihr Handeln daran aus.
- 9.5 Die Zuständigkeit und Erreichbarkeit von Personen, die bei einem technischen Notfall während der Nacht (z. B. Ausfall der Heizung) anzusprechend sind, ist geregelt bzw. bekannt.
- 9.6 Situationen, in denen Einrichtungs- und/oder Pflegedienstleitung auch während der Nacht unverzüglich zu benachrichtigen sind, und die telefonische Erreichbarkeit der Leitungskräfte sind dokumentiert und jederzeit einsehbar.

■ zu 9.1/9.2/9.3/9.4

Mitarbeiter des Nachtdienstes müssen in manchen Situationen eigenständig Entscheidungen treffen, ohne sich mit anderen beraten zu können. Daher sollten sie über eine ausgeprägte Beurteilungs- und Entscheidungsfähigkeit verfügen. Sie tragen die alleinige Verantwortung für viele Bewohner und müssen in besonderen Situationen Prioritäten setzen bzw. entscheiden, ob sie entsprechend der Anforderung Unterstützung benötigen.

Um die Versorgung und Betreuung der Bewohner in besonderen Situationen während des Nachtdienstes zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass den Mitarbeitern die Einrichtungskonzepte zu den Aufgabenbereichen

- „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“ (vgl. Kapitel 6.6)
- „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“ (vgl. Kapitel 6.7)
- „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ (vgl. Kapitel 6.2)
- „Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen“ (vgl. Kapitel 6.5)

bekannt sind und sie entsprechend geschult werden.

■ zu 9.5/9.6

Technische Notfälle oder andere besondere Situationen (Einbruch, Brand in der Einrichtung, Suizid eines Bewohners) können die Benachrichtigung bestimmter Personen erforderlich machen. Daher sollte allen Mitarbeitern bekannt sein, welche Personen in welchem Fall zuständig sind und wie sie telefonisch erreicht werden können. Es empfiehlt sich, hierzu eine Liste zu erstellen, die den jeweiligen Mitarbeitern jederzeit zugänglich ist.



6.5 Rahmenkonzept „Sterbebegleitung in vollstationären Pflegeeinrichtungen“

Sterbebegleitung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Die Begleitung Sterbender gehört zu den zunehmend wichtigen Aufgaben vollstationärer Pflegeeinrichtungen. Die durchschnittliche Verweilzeit alter Menschen, die heute in eine Einrichtung umziehen, sinkt stetig und erstreckt sich in vielen Häusern nur noch auf zwei bis drei Jahre. Die Pflegeeinrichtungen haben sich also mehr und mehr von Stätten langjährigen Wohnens zu Einrichtungen der Pflege und Krankheitsbewältigung in den Spät- und Endstadien chronischer Krankheiten entwickelt (Schaeffer/Wingenfeld 2004; Salis Gross 2005). Und es ist zu erwarten, dass sich dieser Trend im Zuge des demografischen Wandels weiter fortsetzt.

Sterben und Tod sind insofern längst Alltag in der vollstationären Pflege und werden hier zukünftig noch weiter an Bedeutung gewinnen. Ein Sterben in Würde zu ermöglichen, stellt daher eine der größten aktuellen Herausforderungen für die Einrichtungen dar – eine Herausforderung, für deren Bewältigung nicht nur in Deutschland, sondern weltweit noch erhebliche Anstrengungen unternommen werden müssen (vgl. WHO 2004, Singer/Bowman 2005).

Grundgedanken einer Palliativversorgung

Das heutige Verständnis der Aufgabe, Menschen in ihrer letzten Lebensphase zu begleiten, wird maßgeblich durch programmatische Verlautbarungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geprägt. Die WHO entwickelte bereits im Jahr 1990 eine Definition der Palliativversorgung („palliative care“), die heute vielfach als gemeinsame Plattform für die in diesem Feld engagierten Akteure gilt. Sie versteht Palliativversorgung als *„aktive, umfassende Versorgung von Patienten, deren Erkrankung einer kurativen Behandlung nicht länger zugänglich ist. Die Linderung von Schmerzen, die Kontrolle anderer Symptome sowie die Bewältigung psychischer, sozialer und spiritueller Probleme sind handlungsleitend. Ziel ist die Herstellung der bestmöglichen Lebensqualität für die Patienten und ihre Familien“*.

Der WHO zufolge ist *Palliativversorgung – entgegen des Missverständnisses, es handele sich im Wesentlichen um eine medizinische Aufgabe – eine multidisziplinäre, sektor- und einrichtungsübergreifende Aufgabe* (Ewers/Schaeffer 2005). Inzwischen existieren auch in Deutschland zahlreiche Fort- und Weiterbildungsangebote für die beteiligten Berufsgruppen, so auch für die Pflege. Der Begriff „Palliativpflege“ findet im deutschsprachigen Raum zunehmend Verbreitung.

Aufgrund der großen Bedeutung, die vollstationären Pflegeeinrichtungen heute bei der Begleitung sterbender alter Menschen zukommt, wird auf internationaler Ebene eine stärkere Integration der Palliativpflege in die vollstationäre pflegerische Versorgung gefordert (WHO 2004). Es gibt auch in Deutschland immer mehr Einrichtungen, die einzelne Mitarbeiter mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation beschäftigen. Dies allein ist jedoch, wenngleich eine wichtige Verbesserung der Strukturqualität, nicht ausreichend. Die Integration psychosozialer Unterstützung in alltägliche Abläufe beispielsweise, die Etablierung einer Abschiedskultur oder Verbesserungen der palliativmedizinischen Versorgung stellen im Sinne der WHO ebenfalls wichtige Anforderungen dar. Vielfach sind Einrichtungen dabei auf die Kooperation und Vernetzung mit anderen Akteuren bzw. Organisationen angewiesen. Die Verbesserung der Schmerzbehandlung und die Einbeziehung von Hospizdiensten sind Beispiele dafür.

Reichweite des Rahmenkonzepts

Mit dem vorliegenden Rahmenkonzept wird das Ziel verfolgt, die Begleitung Sterbender in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern und grundlegende Voraussetzungen zur Bewältigung dieser Aufgabe herzustellen. Er soll eine Orientierungshilfe auf dem Weg zu einer Versorgungssituation bieten, die international anerkannten Zielen im Zusammenhang mit der Begleitung Sterbender entspricht.

Dabei ist zu betonen, dass das vorliegende Rahmenkonzept dem Grundsatz folgt, die heutigen Rahmenbedingungen der Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu beachten. Eine idealtypische Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen, wie sie sich beispielsweise aus Verlautbarungen der WHO ableiten ließe, wird daher nicht zum Maßstab erhoben. Das Rahmenkonzept versteht sich eher als Initiative zur Förderung einer Qualitätsentwicklung, deren langfristige Ziele weiter reichen sollten als die Ziele, die dem Rahmenkonzept selbst zugrunde liegen. Dies ist einer der Gründe, weshalb das Rahmenkonzept auf den Begriff *Sterbebegleitung* zurückgreift und nicht von *Palliativversorgung* gesprochen wird.

Sterbeverläufe

Sterbeverläufe in den Einrichtungen können sehr unterschiedlich sein (vgl. Salis Gross 2005). Der Tod von Heimbewohnern kann plötzlich und ohne vorherige Anzeichen eintreten, ihm kann aber auch eine kurze oder längere Phase mit erheblichen gesundheitlichen Veränderungen vorausgehen. Viele der im Rahmenkonzept enthaltenen Anforderungen sind auf Heimbewohner zugeschnitten, die nicht plötzlich versterben, sondern deren Sterbeprozess sich auf einige Tage oder Wochen erstreckt.

Krankenhausaufenthalte

In diesen Fällen stellt sich oftmals die Frage des Krankenhausaufenthalts. Im Rahmenkonzept wird davon ausgegangen, dass sich alle Beteiligten, d. h. die Mitarbeiter der Einrichtung, die behandelnden Ärzte und auch die Angehörigen am Grundsatz orientieren, dem Bewohner ein Sterben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen, wenn dies seinem Wunsch entspricht und der Krankenhausaufenthalt nicht zwingend erforderlich ist (weil z. B. eine komplexe Symptombehandlung erforderlich ist, die nach Einschätzung der behandelnden Ärzte nicht in der Pflegeeinrichtung durchführbar ist).

Kommt es zu einem Krankenhausaufenthalt, verlieren einige Anforderungen dieses Rahmenkonzepts ihre Geltung, andere bleiben allerdings relevant. Beispielsweise ist auch in dieser Situation eine Informationsweitergabe an beteiligte Personen oder die Unterstützung bei der Trauerbewältigung der Angehörigen und/oder Mitbewohner von Bedeutung. Näheres dazu findet sich in den Erläuterungen zum Rahmenkonzept. Auf entsprechende Anmerkungen wird allerdings verzichtet, wenn offensichtlich ist, dass Anforderungen bei Krankenhausaufenthalten keine Relevanz haben können.



1. Grundsätze

- 1.1 Die Einrichtung gewährleistet geeignete Rahmenbedingungen für ein würdevolles Sterben und Abschiednehmen. Die Bewohner und Angehörigen erhalten fachkompetente und einfühlsame Unterstützung bei der Gestaltung und Bewältigung des Sterbeprozesses. Dies schließt einen respektvollen Umgang mit dem verstorbenen Bewohner ein.
- 1.2 Die Unterstützung berücksichtigt den individuellen biografischen, kulturellen und religiösen Hintergrund sowie die individuellen Wünsche und Vorstellungen des Sterbenden und der Angehörigen. Sie orientiert sich an dem Ziel, bestmögliche Lebensqualität in der letzten Lebensphase herzustellen.

Die Rahmenbedingungen, die für ein würdevolles Sterben und eine wirksame Unterstützung zur Bewältigung von Sterben und Trauer wichtig sind, umfassen nicht nur Konzepte, bestimmte Formen der Unterstützung, Umgebungsbedingungen oder andere konkret greifbare Aspekte, sondern auch eine bestimmte Haltung aller beteiligten Mitarbeiter im alltäglichen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer (vgl. z. B. Anderson 2003). *In den Einrichtungen sollte eine Abschiedskultur vorhanden sein, die das Sterben nicht tabuisiert, sondern als Bestandteil des Lebens versteht* (vgl. WHO 1990).

Hierzu gehört auch die Begleitung des Bewohners über dessen Tod hinaus. Ein würdevoller Umgang mit dem Verstorbenen, der einfühlsame Kontakt zu Angehörigen oder Abschiedsrituale können der Trauerbewältigung sehr förderlich sein. Die Etablierung bzw. Pflege einer geeigneten Abschiedskultur ist eine wichtige Aufgabe der Leitungskräfte. Eine Abschiedskultur lässt sich aber nicht erzwingen, sie ist das Ergebnis eines Wachstumsprozesses (Wilkening/Kunz 2003). Dabei ist es wichtig, die Mitarbeiter dazu anzuhalten, Sterben, Tod und Trauer zu thematisieren. Es sollte aber auch akzeptiert werden, wenn einzelne Mitarbeiter hierzu (noch) nicht bereit sind.

Fachkompetenz

Die professionelle Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen ist eine fachlich anspruchsvolle Aufgabe, die umso besser erfüllt werden kann, je mehr im Arbeitsalltag auf spezifische Fachqualifikationen zurückgegriffen werden kann. *Aufgrund der zunehmenden Bedeutung vollstationärer Pflegeeinrichtungen für die Begleitung in der letzten Lebensphase ist es unbedingt wünschenswert, wenn Mitarbeiter mit einer Zusatzqualifikation zur Palliativpflege verfügbar sind.*

Berücksichtigung individueller Bedürfnisse

Die individuelle Begleitung sterbender Bewohner und der Angehörigen sollte sich, wie auch in anderen Lebensphasen, am Ziel der bestmöglichen Lebensqualität und damit an den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Bewohner orientieren. Diesem Grundsatz zu folgen erweist sich in vollstationären Pflegeeinrichtungen allerdings vielfach als schwierig, insbesondere bei demenziell erkrankten und anderen Bewohnern in fortgeschrittenem Krankheitsstadium, die zur verbalen Kommunikation nicht mehr oder nur noch begrenzt in der Lage sind. *Es ist deshalb besonders wichtig, biografische Informationen, religiöse Bedürfnisse, kulturelle Aspekte und auf den Sterbeprozess bzw. den Todesfall bezogene Wünsche frühzeitig zu ermitteln.*

Das Rahmenkonzept enthält hierzu keine gesonderten Ausführungen, sondern setzt voraus, dass dies im Rahmen des pflegerischen Assessments und in anderen Arbeitsfeldern (z. B. Angehörigenarbeit) berücksichtigt wird. Dies hängt u. a. damit zusammen, dass im Einzelfall entschieden werden muss, wann das Thema Sterben im Gespräch mit Bewohnern bzw. Angehörigen angeschnitten wird. Es ist sicherlich

nicht empfehlenswert, auf den Sterbeprozess bezogene Bedürfnisse und Vorstellungen beim Heimeinzug standardmäßig abzufragen, wenn nicht eine schwere Erkrankung mit absehbar geringer Lebenserwartung vorliegt. Die zuständigen Mitarbeiter müssen den geeigneten Zeitpunkt mit Bedacht auswählen und gezielt, aber einfühlsam Anlässe nutzen, dieses schwierige Thema anzuschneiden. Allerdings darf diese Aufgabe nicht aus dem Blick verloren werden.

Schmerz- und Symptommanagement

Die Gewährleistung größtmöglicher Schmerz- bzw. Symptomfreiheit – als multidisziplinäre Aufgabe – ist eine weitere wichtige und zentrale Forderung in der Diskussion um eine professionelle Begleitung Sterbender. Die Pflegeeinrichtungen sollten anhand des Nationalen Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege“ (DNQP 2005) prüfen, ob sie in diesem Zusammenhang ausreichend auf Anforderungen vorbereitet sind, die entstehen, wenn Bewohner im Verlauf des Sterbeprozesses eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik entwickeln.

2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption

- 2.1 Die Einrichtung verfügt über ein schriftlich fixiertes Konzept zur Sterbebegleitung.**
- 2.2 Das Konzept der Einrichtung macht Aussagen zu den Zielen, Maßnahmen, Zuständigkeiten und Verfahrensweisen, die bei einer fachgerechten Begleitung sterbender Bewohner und ihrer Angehörigen sowie im Todesfall zu beachten sind. Diese Aussagen tragen den im vorliegenden Rahmenkonzept formulierten Anforderungen Rechnung. Das Konzept der Einrichtung ist allen Mitarbeitern bekannt. Entsprechende Einweisungen/Schulungen finden statt.**

Erläuterungen zum Thema „schriftliche Konzeption“ finden sich in Kapitel 6.1.



3. Personelle Zuständigkeiten

- 3.1 Die Steuerungs- und Koordinationsverantwortung im Rahmen der Sterbebegleitung und der Begleitung im Todesfall trägt die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft oder (im Falle ihrer Abwesenheit) ihre Vertretung.
- 3.2 Die zuständige Pflegefachkraft ist zugleich Hauptansprechpartner für den Bewohner und die Angehörigen. Haben andere Mitarbeiter ein besonderes Vertrauensverhältnis zum Bewohner und/oder zu den Angehörigen entwickelt, werden sie von der zuständigen Pflegefachkraft intensiv in die Begleitung einbezogen.

Zur Sicherstellung einer bedürfnisgerechten und kontinuierlichen Begleitung im Sterbeprozess ist es erforderlich, die Steuerungs- und Koordinationsverantwortung hierfür eindeutig festzulegen. Diese Verantwortung sollte schon allein zur Gewährleistung von Kontinuität jene Pflegefachkraft übernehmen, die bereits in der Vergangenheit Hauptansprechpartner für den Bewohner und die Angehörigen war. Um eine angemessene Sterbebegleitung auch bei Abwesenheit der jeweils zuständigen Pflegefachkraft sicherzustellen, sind in der Einrichtung entsprechende Vertretungsregelungen zu treffen. Die Vertretung kann nach den Vorgaben des Rahmenkonzepts nur durch eine Pflegefachkraft erfolgen.

Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft koordiniert die Maßnahmen, die im Rahmen des Sterbeprozesses und des Todesfalls anstehen, ohne dass sie diese alle selbst durchführen müsste. Sie sorgt dafür, dass alle beteiligten Mitarbeiter ihr Handeln an den individuellen Bedürfnissen des Bewohners bzw. der Angehörigen und an den individuellen Versorgungserfordernissen ausrichten. Sie sorgt ferner für eine ausreichende Kommunikation zwischen den Beteiligten, vermittelt im Bedarfsfall Kontakte und bezieht ggf. andere Personen/Stellen gezielt ein (z. B. Seelsorger, freiwillige Helfer oder Hospizdienste). Hierbei kann es sinnvoll sein, bei bestimmten Aufgaben Personen intensiv einzubeziehen, die ein besonderes Vertrauensverhältnis zum Bewohner bzw. den Angehörigen entwickelt haben.

In Punkt 3.2 wird noch einmal darauf hingewiesen, dass die zuständige Pflegefachkraft Hauptansprechpartner für den Bewohner sein soll. Dieser Hinweis wurde aufgenommen, weil es in Einrichtungen mitunter eine Arbeitsteilung gibt, in der andere Mitarbeiter diese Funktion wahrnehmen. Das Rahmenkonzept zielt hingegen auf die Festlegung klarer Zuständigkeiten. Dies schließt allerdings nicht aus, dass andere Vertrauenspersonen intensiv einbezogen werden.

4. Begleitung des Sterbeprozesses

Information

4.1 Im Falle des plötzlichen Versterbens oder einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Bewohners werden die Angehörigen unverzüglich bzw. entsprechend ihrer dokumentierten Wünsche informiert. Die Information erfolgt im direkten (i.d.R. telefonischen) Gespräch mit den Angehörigen. Können Angehörige nicht erreicht werden, setzen die Mitarbeiter ihre Kontaktversuche fort (das Hinterlassen einer Nachricht allein ist nicht ausreichend). Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft überprüft ferner die Notwendigkeit ärztlicher Hilfe und benachrichtigt bei Bedarf unverzüglich den zuständigen Arzt.

Angehörige müssen so rasch wie möglich über das Versterben bzw. gravierende gesundheitliche Veränderungen der Bewohner informiert werden. Es genügt dabei nicht, eine Nachricht (z. B. bei anderen Personen, auf dem Anrufbeantworter, Mobilbox etc.) zu hinterlassen, da sie ihren Adressaten möglicherweise erst Tage später erreicht. Fälle dieser Art kommen im Versorgungsalltag leider immer wieder vor. Es ist empfehlenswert, mit den Angehörigen bereits zu Beginn des Heimaufenthaltes klare Vereinbarungen über den Weg der Benachrichtigung zu treffen und diese zu dokumentieren.

Das Handeln der Mitarbeiter sollte sich an der Zielsetzung ausrichten, ein Sterben in vertrauter Umgebung auch dann zu ermöglichen, wenn das Erfordernis einer medizinischen Versorgung zur Linderung von Symptomen wie beispielsweise Schmerzen oder Atemnot besteht. Hierzu ist es notwendig, unverzüglich den jeweils zuständigen Arzt einzubeziehen bzw. zu benachrichtigen. Es ist empfehlenswert, Verfahrensweisen mit Ärzten bereits im Vorfeld abzustimmen und zu dokumentieren. Hilfreich kann in diesem Zusammenhang sein festzustellen, ob Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten vorliegen, anhand derer sich die Wünsche der Bewohner am Lebensende in Erfahrung bringen lassen.

Sicherstellung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Unterstützung

4.2 Kündigt sich das Versterben des Bewohners an, erfolgt unverzüglich eine Anpassung der individuellen Versorgung. Sie trägt dem veränderten Bedarf und den individuellen Bedürfnissen des Bewohners Rechnung und berücksichtigt ausdrücklich die Frage der Einbeziehung der Angehörigen in die weitere Betreuung sowie ärztlich verordnete oder empfohlene Maßnahmen, insbesondere solche zur Schmerzlinderung. Veränderungen der Versorgung werden dokumentiert.

4.3 Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft überprüft in Abstimmung mit dem Bewohner und/oder den Angehörigen die Notwendigkeit der Einbeziehung weiterer Akteure, informiert diese und übernimmt im weiteren Verlauf die Koordinationsverantwortung in der Zusammenarbeit der Beteiligten. Vereinbarungen zwischen den Beteiligten werden dokumentiert.

4.4 Die Einrichtung stellt sicher, dass der Bewohner, sofern er keine anderen Wünsche äußert und ein Krankenhausaufenthalt nicht zwingend notwendig ist, in der vertrauten Umgebung bleiben kann. Sie sorgt für eine Umgebung, die ein würdevolles Sterben ermöglicht und in der der Bewohner von Angehörigen, Mitbewohnern und Mitarbeitern in Ruhe Abschied nehmen kann.



4.5 Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft bemüht sich um die Sicherstellung einer kontinuierlichen Betreuung des Bewohners während der Sterbephase. Hierzu bindet sie, sofern möglich und sofern dies mit den Bedürfnissen des Bewohners in Einklang steht, Angehörige, seelsorgerische Unterstützung, Mitarbeiter der Einrichtung und ggf. ausreichend qualifizierte und erfahrene freiwillige Helfer ein.

■ zu 4.2

Im Sterbeprozess ergeben sich fast immer Veränderungen des Versorgungsbedarfs bzw. der Hilfsbedürftigkeit, so dass pflegerische Leistungen entsprechend angepasst werden müssen. Pflegerisches Handeln sollte dabei stets die Wahrung der menschlichen Würde und Autonomie sowie die Erhaltung einer der Situation entsprechenden Lebensqualität berücksichtigen (Wilkening/Kunz 2003).

Daher sind alle pflegerischen Maßnahmen auf ihre Notwendigkeit zu überprüfen, um z. B. unnötige Anstrengungen oder Belastungen für sterbende Bewohner zu vermeiden. In begründeten Fällen kann beispielsweise auf übliche Ganzkörperwaschungen zugunsten von Teilwaschungen verzichtet werden (Heimerl et al. 2000). Andere Maßnahmen hingegen können im Sterbeprozess eine besondere Relevanz erfahren, wie z. B. die regelmäßige Befeuchtung der Mundhöhle.

Die Dokumentation solcher Anpassungen dient vorrangig dem Zweck, allen beteiligten Mitarbeitern eine ausreichende Handlungsorientierung zu vermitteln. Sie sollte aussagekräftig sein, sich aber auf das Notwendige beschränken, weil sich die pflegerischen Erfordernisse im Verlauf des Sterbeprozesses kurzfristig ändern können und der Dokumentationsaufwand überschaubar bleiben sollte. Eine Möglichkeit besteht darin, die Dokumentation der angepassten Maßnahmenplanung im Pflegebericht vorzunehmen, da eine zeitnahe Anpassung der Gesamtpflegeplanung oftmals aus zeitlichen Gründen nicht möglich ist.

Angehörige vermitteln den Bewohnern in den meisten Fällen Vertrautheit und Geborgenheit in einem Ausmaß, das nicht ohne weiteres durch professionell Pflegende ersetzt werden kann (Schnepp 2002). Folglich sollte die Einbeziehung der Angehörigen in die Sterbebegleitung von der für den jeweiligen Bewohner zuständigen Pflegefachkraft gezielt gefördert werden, wobei die Möglichkeiten und Belastungsgrenzen der Angehörigen unbedingt zu beachten sind. Neben der Beteiligung bei der pflegerischen Versorgung kann auch die bloße Anwesenheit der Angehörigen für Bewohner entlastend sein und Sicherheit spenden.

Ungeachtet vieler positiver Aspekte ist zu bedenken, dass die Einbeziehung der Angehörigen von sterbenden Bewohnern aus unterschiedlichen Gründen auch als Belastung erlebt werden kann. Die Klärung dieser Situation erfordert von den Mitarbeitern ein sensibles und einfühlsames Vorgehen, welches zuvor z. B. im Rahmen von Fallbesprechungen geplant werden sollte.

■ zu 4.3

Neben der Einbindung Angehöriger und ärztlicher Unterstützung kann die Kooperation mit weiteren Personen/Berufsgruppen im Rahmen der Sterbebegleitung sinnvoll sein. Hierbei kann es sich z. B. um Seelsorger, ambulante Hospizdienste oder freiwillige Helfer handeln. Die Entscheidung darüber sollte – soweit möglich – gemeinsam mit dem Bewohner und/oder den Angehörigen getroffen werden. Kommt es zu einer entsprechenden Kooperation, ergeben sich hieraus Koordinationsaufgaben, welche die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft wahrnimmt. Ihr obliegen Kontaktaufnahme, Informationsweitergabe, Terminabsprachen usw. Zudem ist sie dafür verantwortlich, dass getroffene Vereinbarungen dokumentiert werden, um Transparenz für alle beteiligten Mitarbeiter zu schaffen (siehe auch Punkt 4.5).

■ zu 4.4

Wie aus Untersuchungen hervorgeht, lehnen die meisten Bewohner eine Krankenhauseinweisung im Zusammenhang mit lebensverlängernden Maßnahmen ab (Heimerl et al. 1998). Allerdings kann bei der Entscheidung für einen Krankenhausaufenthalt unter Umständen noch nicht deutlich erkennbar sein, ob der Sterbeprozess bereits begonnen hat. *Der jeweils zuständige Arzt sollte nach Möglichkeit gemeinsam mit der zuständigen Pflegefachkraft in enger Kooperation mit dem Bewohner (soweit sein Zustand dieses zulässt) und den Angehörigen überprüfen, ob eine Krankenhauseinweisung zwingend erforderlich ist.* Die Verlegung sterbender Bewohner in ein Krankenhaus sollte so weit wie möglich vermieden werden.

Zur Gewährleistung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Unterstützung in der Einrichtung zählt auch die *Schaffung einer angemessenen Umgebung*, die das Abschiednehmen ermöglicht. Das Wohnen in Doppelzimmern kann dies erschweren. Allerdings sollten auch in diesem Fall alle Anstrengungen unternommen werden, um den sterbenden Bewohnern ebenso wie den Mitbewohnern gerecht zu werden. Mitbewohner sind über die Situation zu informieren und, falls vorhanden, sollte ihnen eine räumliche Ausweichmöglichkeit angeboten werden. Verbleiben Mitbewohner im Zimmer, so kann – wenn das Bedürfnis danach besteht – durch den Einsatz von Trennwänden/-vorhängen ein Mindestmaß an Intimsphäre für beide Bewohner gewährleistet werden.

Die Gestaltung der räumlichen Umgebung sollte unter Beachtung des biografischen Hintergrundes auch weitere Aspekte einbeziehen, wie z. B. (in Abhängigkeit von der konkreten Situation) das Aufstellen religiöser Symbole oder den Einsatz von Musik.

■ zu 4.5

Sterbende Menschen sollten eine an ihren Bedürfnissen ausgerichtete kontinuierliche Betreuung erfahren. In der Regel wollen sie in ihrer Situation nicht allein gelassen werden, wobei die Begleitung der Bewohner während der Nacht eine besondere Herausforderung darstellt. Die konkrete Umsetzung ist unter den derzeitigen Rahmenbedingungen nicht immer unproblematisch. Bezüglich der meist kurzfristig erforderlichen Anpassungen der Arbeitsorganisation ist ein hohes Maß an Kreativität und Flexibilität erforderlich. Eine veränderte Arbeitsplanung (Festlegung vorrangig durchzuführender Tätigkeiten in der Nacht) oder eine angepasste Dienstplangestaltung (sofern absehbar ist, dass ein hoher Unterstützungsbedarf in der Nacht besteht) können Freiräume für die Betreuung des sterbenden Bewohners geben.

Eine kontinuierliche Begleitung des Sterbenden kann durch das Hinzuziehen weiterer geeigneter Personen unterstützt werden. Es obliegt der für den jeweiligen Bewohner zuständigen Pflegefachkraft, eine entsprechende Kooperation anzustreben bzw. – sofern möglich und sinnvoll – auch Angehörige einzubeziehen.

Sollen freiwillige Helfer einbezogen werden, so ist es empfehlenswert, ihr Aufgabenfeld im Konzept der Einrichtung klar zu definieren, die persönliche Eignung zu prüfen und eine geeignete Anleitung sicherzustellen. Freiwillige Helfer gelten von jeher als wichtiger Stützpfiler der Sterbebegleitung (vgl. Student 1999). Gezielte psychosoziale Hilfen zur Bewältigung von Krankheit, Sterben und Tod stellen allerdings eine anspruchsvolle professionelle Aufgabe dar, die einen geeigneten Qualifikationshintergrund erfordert und daher nicht ohne weiteres an ehrenamtlich tätige Personen delegiert werden kann.

Befindet sich der Bewohner im Krankenhaus, kann die jeweils zuständige Pflegefachkraft die unter Punkt 4.5 genannte kontinuierliche Begleitung bzw. die soeben skizzierten Maßnahmen nicht gewährleisten oder einleiten. Sie kann aber andere Beteiligte durch Informationen darin unterstützen und ermutigen, den Bewohner im Krankenhaus aufzusuchen, und (ggf. in Absprache mit dem Krankenhaus) die Frage prüfen, ob ein Besuch besonders wichtiger Bezugspersonen unter den Mitarbeitern der Einrichtung sinnvoll und möglich ist.



Begleitung der Angehörigen

- 4.6 Die Einrichtung gewährleistet, dass ein Ansprechpartner, der über den betreffenden Bewohner kompetent Auskunft geben kann, für die Angehörigen jederzeit kurzfristig erreichbar ist.**
- 4.7 Die Einrichtung eröffnet den Angehörigen eine Übernachtungsmöglichkeit oder, wenn hierzu keine geeigneten räumlichen Voraussetzungen bestehen, unterstützt sie bei der Suche nach einer geeigneten Übernachtungsmöglichkeit.**
- 4.8 Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft gewährleistet, dass der Unterstützungsbedarf und die Situation der Angehörigen eingeschätzt, ihnen kompetente Hilfe angeboten (Information, Beratung) und bei Bedarf Kontakte zu anderen Stellen vermittelt werden, die Unterstützung leisten können. Sie stellt außerdem sicher, dass die Angehörigen bei Bedarf in der Kommunikation mit dem Sterbenden angeleitet werden.**
- 4.9 Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft überprüft die Möglichkeit und Bereitschaft der Angehörigen, aktiv in die Versorgung des Sterbenden einbezogen zu werden, und trägt ggf. dafür Sorge, dass die Angehörigen eine entsprechende Anleitung erhalten.**

■ zu 4.6

Angehörigen sollte es jederzeit möglich sein, sich über den aktuellen Zustand des sterbenden Bewohners persönlich bzw. telefonisch zu informieren. Dies setzt voraus, dass bei Abwesenheit der jeweils zuständigen Pflegefachkraft in jeder Schicht eine Pflegefachkraft benannt wird, die kompetent Auskunft geben kann. Alle Mitarbeiter müssen darüber informiert sein, damit sie Angehörige sofort an den Ansprechpartner weitervermitteln können. Ist absehbar bzw. vereinbart, dass Angehörige Auskunft einholen, sollte diesen gegenüber der Ansprechpartner ebenfalls namentlich benannt werden.

Befindet sich der Bewohner im Krankenhaus, so ist es vorrangig wichtig, Angehörigen gegenüber Ansprechpartner des Krankenhauses benennen zu können.

■ zu 4.7

Möchten Angehörige den Bewohner während des Sterbeprozesses begleiten, kann im Einzelfall eine Übernachtungsmöglichkeit in der Einrichtung bzw. der näheren Umgebung erforderlich sein. Je nach Einrichtung kann ggf. ein Gästezimmer oder eine Übernachtungsmöglichkeit im Bewohnerzimmer angeboten werden. Ist dies aufgrund der räumlichen Gegebenheiten oder aus anderen Gründen nicht möglich, sollten die Angehörigen bei der Suche nach ortsnahen Übernachtungsmöglichkeiten, z. B. durch Anschriftenlisten von Hotels/Pensionen, unterstützt werden.

■ zu 4.8

Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft sollte im Rahmen von Gesprächen und Beobachtungen feststellen, welcher Informations- und Gesprächsbedarf bei den Angehörigen besteht. Offene Gespräche über das Sterben können nicht nur für Sterbende, sondern auch für die Angehörigen eine entlastende Wirkung haben (Heimerl 1998). Je nach Erfordernis sollte die Pflegefachkraft informierende und/oder beratende Gespräche anbieten.

Eine besondere Unterstützung benötigen Angehörige unter Umständen in der Kommunikation mit dem sterbenden Bewohner. So können sie es unter Umständen schon als hilfreich erleben, wenn sie bei ihren Besuchen in das Bewohnerzimmer begleitet werden und eine erste Kontaktaufnahme zum Bewohner durch einen Mitarbeiter erfolgt.

Angehörige, die dem sterbenden Bewohner nahe sein möchten, wissen oftmals nicht, wie sie die gemeinsame Zeit gestalten sollen. Hier können Gespräche mit der zuständigen Pflegefachkraft nicht nur entlastend wirken, sondern auch Alternativen zum bisherigen Kommunikationsverhalten aufzeigen. Dabei ist zu beachten, dass die nonverbale Kommunikation im Kontakt mit dem Bewohner (z. B. durch Berührungen) ggf. einen höheren Stellenwert als die verbale Kommunikation einnehmen kann.

Der Unterstützungsbedarf der Angehörigen kann so spezifisch oder umfangreich sein, dass weitere Personen bzw. Berufsgruppen hinzugezogen werden sollten. Dies betrifft beispielsweise Angehörige, die einen besonderen Informationsbedarf in medizinischen Fragen haben, seelsorgerische oder psychotherapeutische Hilfe benötigen. In solchen Fällen können die Mitarbeiter Unterstützung leisten, indem sie z. B. Kontakte zum zuständigen Arzt oder zu anderen Stellen (z. B. Angebote zur Trauerbegleitung) vermitteln.

■ zu 4.9

Die direkte Einbeziehung der Angehörigen in die Versorgung kann für den Bewohner wie auch für die Angehörigen selbst von großer Bedeutung sein. Der Bewohner hat dadurch Gelegenheit, die Nähe und Fürsorge vertrauter Bezugspersonen direkt zu erfahren, was insbesondere dann wichtig sein kann, wenn er zu verbaler Kommunikation nicht mehr oder nur eingeschränkt in der Lage ist. Umgekehrt stellt die Übernahme von Versorgungsaufgaben für viele Angehörige eine Möglichkeit dar, das Gefühl zu überwinden, dem Sterbeprozess von außen, d. h. passiv und hilflos zusehen zu müssen. Sie kann daher einen Beitrag dazu leisten, Schuldgefühlen auf Seiten der Angehörigen entgegenzuwirken und die Trauerbewältigung zu fördern.

Art und Ausmaß der von Angehörigen geleisteten Unterstützung können stark variieren. Es kann sich um kleinere Handreichungen handeln (z. B. Getränk reichen, Kissen aufschütteln), aber auch um die teilweise Übernahme von Maßnahmen der Körperpflege (unter Anleitung) (vgl. z. B. Burkhardt-Weber 1996). Im Bedarfsfall ist eine geeignete Beratung und Anleitung der Angehörigen sicherzustellen. Wie intensiv die Angehörigen bei der Einbeziehung in die Versorgung zu begleiten sind, ist im Einzelfall zu prüfen. Es sollte jedoch der Grundsatz gelten, dass stets ein Mitarbeiter anwesend ist, wenn die von Angehörigen geleistete Unterstützung über kleinere Handreichungen hinausgehen und/oder Angehörige trotz Bedürfnis nach Einbeziehung Unsicherheit zeigen.

Allerdings bedarf es im Vorfeld einer sorgfältigen Einschätzung, ob bzw. in welcher Form eine Einbeziehung sinnvoll ist. So kann das Bedürfnis und Einverständnis des Bewohners häufig nur vermutet oder durch Beobachtung seiner Reaktionen auf die Einbeziehung der Angehörigen festgestellt werden. Bei der Überprüfung der grundlegenden Möglichkeit und Bereitschaft der Angehörigen sollte die Frage berücksichtigt werden, inwieweit sie mit den Belastungen, die eine Einbeziehung ggf. mit sich bringt, umgehen können.

Befindet sich der Bewohner im Krankenhaus, kann die Einrichtung die Einbeziehung der Angehörigen weder ermöglichen noch gestalten.



5. Maßnahmen im Todesfall

Versorgung des verstorbenen Bewohners

5.1 Die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft gewährleistet, dass das äußere Erscheinungsbild des Verstorbenen seinem persönlichen bzw. religiösen Hintergrund entspricht.

■ zu 5.1

Auch nach dem Versterben sollte ein wertschätzender Umgang mit den Bewohnern selbstverständlich sein (Wilkening/Kunz 2003). Hierzu zählt u. a. die Sorge für ein würdevolles Erscheinungsbild nach Eintritt des Todes (z. B. Augen schließen, Unterkiefer unterpolstern, Entfernen von Sonden/Kathetern), die Berücksichtigung des religiösen Hintergrundes (z. B. Falten der Hände, Rosenkranz in die Hände legen, Entzünden einer Kerze) und sonstiger Wünsche (z. B. hinsichtlich der Kleidung).

Innerhalb der Einrichtung sollten Regelungen bestehen, wie nach der Versorgung des Verstorbenen, insbesondere bei Abwesenheit von Angehörigen, mit persönlichen Wertgegenständen zu verfahren ist.

Information und Dokumentation

5.2 Nach dem Versterben des Bewohners werden die Angehörigen bzw. Betreuer unverzüglich bzw. entsprechend ihrer dokumentierten Wünsche informiert. Die Information erfolgt im direkten (i.d.R. telefonischen) Gespräch mit den Angehörigen bzw. Betreuer. Können Angehörige bzw. Betreuer nicht erreicht werden, setzen die Mitarbeiter ihre Kontaktversuche fort (das Hinterlassen einer Nachricht allein ist nicht ausreichend).

5.3 Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft übermittelt unverzüglich eine Information an den zuständigen Arzt.

5.4 Es erfolgt zeitnah eine Informationsweitergabe bezüglich des Versterbens des Bewohners an alle Mitarbeiter des Wohnbereichs, die Mitbewohner, die Einrichtungsleitung und andere Bereiche der Einrichtung (z. B. Hauswirtschaft, Verwaltung).

5.5 Die Hinzuziehung eines Bestattungsunternehmens kann in Absprache mit den Angehörigen bzw. Betreuern durch Mitarbeiter der Einrichtung erfolgen. Unabhängig hiervon ist sichergestellt, dass die Mitarbeiter des Bestattungsunternehmens spätestens bei ihrer Ankunft Informationen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhalten.

Die Nachricht über den Tod des Bewohners sollte Angehörigen unverzüglich und möglichst in einem persönlichen Gespräch übermittelt werden (Ausnahme: anderslautende Vereinbarungen wurden auf Wunsch der Angehörigen getroffen und sind entsprechend dokumentiert).

Eine zeitnahe Information über den Tod des Bewohners erhält auch der jeweils zuständige Arzt. Bevorzugt sollte hierbei der Hausarzt hinzugezogen werden, allerdings bedarf dieses im Einzelfall gesonderter Absprachen (z. B. Benachrichtigung in

der Nacht, am Wochenende). Das Rahmenkonzept „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“ (vgl. Kapitel 6.6) enthält weitere Hinweise zur Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und der Einrichtung.

Mit dem Versterben des Bewohners ergeben sich für die Einrichtung vielfältige Informationsaufgaben. Alle im Rahmenkonzept aufgeführten Personen sollten zeitnah und (unter Berücksichtigung der individuellen Situation) angemessen informiert werden. Es ist zu berücksichtigen, dass während der Nachtzeit nicht alle aufgeführten Personen unverzüglich zu informieren sind und daher unterschiedliche Vorgaben für den Tag und die Nacht gemacht werden sollten.

Die Information der Mitbewohner erfordert ein Vorgehen, welches deren Gesamtsituation und Beziehung zum verstorbenen Bewohner berücksichtigt (siehe auch 5.11). Daher ist es erforderlich, dass Mitarbeiter jeweils entscheiden, ob die Information in einem Einzelgespräch und/oder in der Bewohnergruppe erfolgen sollte. In vielen Einrichtungen wird die Information mit einem Ritual kombiniert, wie z. B. Entzünden einer Kerze, Sprechen eines Gebetes.

Die Information des Bestattungsunternehmens kann durch Mitarbeiter der Einrichtung erfolgen, wenn im Vorfeld entsprechende Vereinbarungen mit den Angehörigen getroffen wurden. Die Mitarbeiter des Bestattungsunternehmens werden darüber informiert, welche Vorgehensweise in der Einrichtung gewünscht wird, z. B. Transport des Sarges durch den Haupteingang und nicht durch einen Hintereingang. Es ist zu empfehlen, dass die Mitarbeiter des Bestattungsunternehmens durch einen Mitarbeiter der Einrichtung begleitet werden.

Begleitung der Angehörigen

5.6 Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft stellt sicher, dass der Unterstützungsbedarf der Angehörigen nach Versterben des Bewohners festgestellt und eine entsprechende Beratung geleistet wird.

5.7 In Fragen, bei denen die Mitarbeiter der Einrichtung nicht weiterhelfen können, informieren sie über Unterstützungsangebote anderer Stellen.

Die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft bzw. ihre Vertretung hat die Aufgabe, im Gespräch mit den Angehörigen herauszufinden, ob sie Hilfe bei der Bewältigung des erlittenen Verlustes benötigen. Sie sollte die Angehörigen bei Bedarf über Möglichkeiten der Inanspruchnahme einer Trauerbegleitung informieren. Dies setzt voraus, dass der Einrichtung diese Möglichkeiten bekannt sind (z. B. Angebote zur Trauerbegleitung durch ambulante Hospizdienste).



Trauerbegleitung und Trauerkultur

- 5.8 Die Einrichtung sorgt für geeignete räumliche Voraussetzungen, die es Angehörigen, Mitbewohnern und Mitarbeitern ermöglichen, vom Verstorbenen würdevoll Abschied zu nehmen.**
- 5.9 Auf Wunsch wird den Angehörigen die Teilnahme an der Versorgung des verstorbenen Bewohners ermöglicht.**
- 5.10 Die Einrichtung sollte allen Mitbewohnern und Mitarbeitern, die Hauptbezugspersonen des Verstorbenen waren, ermöglichen, an der Beerdigung teilzunehmen.**
- 5.11 Nach dem Versterben des Bewohners wird überprüft, ob Mitbewohner, die ihm nahe standen, Unterstützung bei der Trauerbewältigung benötigen. Besteht ein solcher Bedarf, so leitet die jeweils zuständige Pflegefachkraft entsprechende Maßnahmen ein.**

■ zu 5.8

Das Abschiednehmen von Verstorbenen sollte stets in angemessen gestalteten Räumlichkeiten stattfinden. In einigen Einrichtungen gibt es zu diesem Zweck so genannte Abschiedsräume, in denen eine Möglichkeit zur Aufbahrung besteht.

Aber auch der Verbleib im Bewohnerzimmer wird in vielen Einrichtungen praktiziert, wobei hier auf die bereits angesprochene Problematik bei Bewohnern in Doppelzimmern hingewiesen sei (siehe Punkt 4.4). Die Räumlichkeiten sollten ein Abschiednehmen in ruhiger und würdevoller Atmosphäre ermöglichen (Falkenstein 2001). Generell sollten nahestehende Personen dazu ermutigt werden, vom Verstorbenen Abschied zu nehmen. Den meisten Menschen fällt es dadurch leichter, den Tod als tatsächliches Ereignis zu akzeptieren. Bewusstes Abschiednehmen ist eine wichtige Voraussetzung für die Trauerbewältigung.

Das Abschiednehmen innerhalb der Einrichtung kann insbesondere für Bewohner, die nicht an der Beerdigung teilnehmen (siehe Punkt 5.10), große Relevanz besitzen. Rituale und besondere Formen des Gedenkens (z. B. Aufstellen von Foto/Kerze im Wohnbereich, einrichtungsinterne Trauerfeier) können sehr hilfreich sein, den Tod vertrauter Personen besser zu verarbeiten (Falkenstein 2001).

■ zu 5.9

Die Einbeziehung der Angehörigen in die Versorgung des Verstorbenen kann im Rahmen der Trauerbewältigung als hilfreich erlebt werden. Allerdings muss im Vorfeld ermittelt bzw. eingeschätzt werden, ob Angehörige dies wünschen und mit den Belastungen, die die Einbeziehung ggf. mit sich bringt, umgehen können.

■ zu 5.10/5.11

Die Teilnahme an der Beerdigung sollte für Mitbewohner und Mitarbeiter, die in einer engen Beziehung zum Verstorbenen standen, ermöglicht werden. Darüber hinaus ist es wichtig, etwaige Probleme der Trauerbewältigung bei den Bewohnern in den Blick zu nehmen und bei Bedarf gezielte Unterstützung zu leisten (z. B. durch Gespräche oder Friedhofsbesuche). *Es kann in Einzelfällen notwendig sein, gezielte Unterstützung zur Trauerbewältigung über einen längeren Zeitraum zu leisten.* Die jeweils zuständige Pflegefachkraft trägt die Verantwortung dafür, dies im Rahmen ihrer Beobachtungen und bei der Pflegeplanung zu berücksichtigen.

6. Reflexions- und Entlastungsangebote für Mitarbeiter

Die Einrichtung bietet allen an der Sterbebegleitung beteiligten Mitarbeitern einen geeigneten Rahmen zur Aufarbeitung ihrer Erfahrungen und Belastungen an.

Neben den Angehörigen und den Mitbewohnern benötigen auch Mitarbeiter, die an der Versorgung sterbender Bewohner beteiligt sind, Unterstützung, um die stetige Konfrontation mit Sterben und Tod bewältigen zu können. Dieses Anliegen hat oft zu wenig Raum im Versorgungsalltag und bedarf daher besonderer Vorgehensweisen, die über die Teilnahme an der Beerdigung hinausgehen. Gesprächskreise oder spezielle Schulungsangebote können hier eine sinnvolle Ergänzung sein. Aber auch Besprechungen nach Versterben der Bewohner, zur Reflexion des gesamten Prozesses, können hilfreich sein.



6.6 Rahmenkonzept „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“¹

Das Rahmenkonzept „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“ enthält Vorgaben, deren Umsetzung die Qualität der gesundheitlichen Versorgung von Heimbewohnern und die Kooperation zwischen Pflege und Medizin fördern soll und somit den Handlungsempfehlungen der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ folgt (Landtag Nordrhein-Westfalen 2005).

Reichweite und Grenzen des Rahmenkonzepts

Es handelt sich dabei um einen Aufgabenbereich, in dem die Gestaltungsmöglichkeiten vollstationärer Pflegeeinrichtungen ihre Grenze an der ärztlichen Entscheidungsautonomie finden. *Die Einrichtungen können sich – darauf zielen viele der folgenden Vorgaben ab – darum bemühen, die Voraussetzungen für eine tragfähige Zusammenarbeit herzustellen. Der Erfolg ihrer Bemühungen bleibt jedoch in hohem Maße von der Kooperationsbereitschaft der behandelnden Ärzte abhängig.* Es kommt hinzu, dass die jeweilige Einrichtung mit einer Vielzahl von Ärzten zusammenarbeitet. Beim Treffen von Absprachen über die Kooperation entsteht für die Einrichtungen natürlich ein hoher Aufwand.

Dennoch dokumentiert die Erfahrung vieler Einrichtungen tragfähige und mitunter sehr produktive Kooperationsbeziehungen zwischen Pflege und Medizin. Trotz vieler Begrenzungen können die Einrichtungen hierzu einen wichtigen Beitrag leisten.

Äußerst wünschenswert wäre es darüber hinaus, Fragen der Kooperation zwischen vollstationären Pflegeeinrichtungen und Ärzten mit den Ärztevertretungen abzustimmen. Eine solche Abstimmung kann nicht von der einzelnen Einrichtung geleistet werden, sie erfordert vielmehr eine Initiative auf anderer Ebene.

Charakter einzelner Anforderungen

Aufgrund der genannten Besonderheiten enthält das vorliegende Rahmenkonzept auffällig häufig Formulierungen wie „die Einrichtung strebt an“, „bietet an“ oder „wirkt darauf hin“. Diese Formulierungen tragen dem begrenzten Gestaltungsspielraum der Einrichtungen Rechnung, sollten allerdings nicht als unverbindliche Appelle missverstanden werden. *Sie markieren vielmehr Anforderungen an das Handeln der Einrichtung bzw. Mitarbeiter, verweisen jedoch darauf, dass die Einrichtung das angestrebte Ergebnis ihres Handelns nicht allein gewährleisten kann.*

Erwartungen an die niedergelassenen Ärzte

Mit der Umsetzung des Rahmenkonzepts verdeutlichen die Einrichtungen ihre Vorstellungen zur Kooperation. Sie unterbreiten damit ein Kooperationsangebot, dass vor allem mit folgenden Erwartungen an die Ärzte verknüpft ist:

- Bereitschaft zur Teilnahme an Kooperationsgesprächen,
- Bereitschaft, verbindliche Absprachen zu treffen, z. B. bezüglich der Terminierung von Hausbesuchen in der Einrichtung, der Dokumentation von An-/Verordnungen in der Pflegedokumentation,
- Bereitschaft, die Mitarbeiter der Einrichtung über versorgungsrelevante Sachverhalte zu informieren, z. B. über Besonderheiten im Zusammenhang mit ärztlichen An-/Verordnungen oder Veränderungen der medizinischen Versorgung,
- Interesse an Informationen der Mitarbeiter, die im Rahmen der ärztlichen Versorgung von Bedeutung sein können.

¹ Erstellt in Zusammenarbeit mit Dr. med. Dipl.-Psych. Barbara Höft (Institutsambulanz Gerontopsychiatrie der Rheinischen Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, ehem. Landesärztin für Gerontopsychiatrie) und Dr. med. Wolfgang Seyfarth (ehem. Grundsatzreferent Pflegeversicherung beim MDK Nordrhein)

1. Grundsätze

- 1.1 Die Pflegeeinrichtung unterstützt ihre Bewohner bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und bei der Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen. Hiermit soll ein Beitrag zur Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit der Bewohner geleistet werden. Die Einrichtung gewährleistet eine freie Arztwahl und unterstützt die Bewohner auf Wunsch bei der Sicherstellung von Kontinuität in der ärztlichen Versorgung.
- 1.2 Die Einrichtung unterstützt die Ärzte bei der Sicherstellung einer bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung der Bewohner. Sie bemüht sich um stabile Kooperationsbeziehungen zu den behandelnden Ärzten und strebt die Vereinbarung gemeinsamer Regelungen der Zusammenarbeit an. Sie sorgt dafür, dass eine Informationsübermittlung an die behandelnden Ärzte erfolgt und diese geeignete Ansprechpartner finden, wenn das Erfordernis einer Abstimmung entsteht.
- 1.3 Die Einrichtung orientiert sich in der Zusammenarbeit mit Ärzten an der Zielsetzung, dass pflegerische, diagnostische, präventive und therapeutische Maßnahmen so weit wie möglich aufeinander abgestimmt sind.

■ zu 1.1

Um die ärztliche bzw. fachärztliche Versorgung der Bewohner sicherzustellen, sind oftmals der Kontakt und die Kommunikation zwischen Arzt und Patient allein nicht ausreichend. Viele Bewohner sind aufgrund kognitiver Einschränkungen nicht mehr in der Lage, Kontakt zum Arzt aufzunehmen, diesem ihr Anliegen zu vermitteln oder ärztliche An-/Verordnungen umzusetzen. Diese und andere Aufgaben übernehmen dann die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung. Zur optimierten Gestaltung des Schnittstellenbereichs zwischen Arzt und Pflegeeinrichtung ist eine Kooperation notwendig, die alle Aspekte zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bewohner einschließt. Wie bereits in der Einleitung thematisiert, handelt es sich hierbei keineswegs um eine Selbstverständlichkeit, sondern erfordert immer wieder Aushandlungsprozesse zwischen den beteiligten Personen.

■ zu 1.2

Die in diesem Rahmenkonzept aufgeführten Grundsätze geben eine allgemeine Orientierung zur Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen der Pflegeeinrichtung und den Ärzten, wobei Fachärzte stets mitgemeint sind. Bei der Durchsicht des Rahmenkonzepts kann der Eindruck entstehen, dass die Kooperationsbemühungen allein von der Einrichtung ausgehen und nicht von den Ärzten. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass im Rahmenkonzept Anforderungen an die Pflegeeinrichtungen formuliert werden, nicht an Ärzte. Deshalb sei klargestellt, dass die Gestaltung einer Schnittstelle niemals allein von einer Partei zu verantworten ist und somit die Ärzte – ebenso wie die Pflegeeinrichtungen – ihren Anteil zur Kooperation beitragen sollten.

Im Rahmen der ärztlichen Versorgung der Bewohner spielt die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und Arzt eine herausragende Rolle. Im Idealfall gelingt es, Vereinbarungen zu treffen, die der Kooperation größere Verbindlichkeit verleihen. Ärzte, die mehrere Bewohner betreuen, stehen dabei aus der Perspektive der Einrichtung sicherlich im Mittelpunkt der Bemühungen.



2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption

- 2.1 Die Einrichtung verfügt über ein schriftlich fixiertes Konzept zur Kooperation mit niedergelassenen Ärzten.
- 2.2 Das Konzept definiert Ziele, Maßnahmen, Zuständigkeiten und Verfahrensweisen, die den im vorliegenden Rahmenkonzept formulierten Anforderungen Rechnung tragen. Durch Einweisungen/Schulungen sorgt die Einrichtung dafür, dass das Konzept der Einrichtung allen Mitarbeitern, die an der Versorgung der Bewohner beteiligt sind, bekannt ist.
- 2.3 Sie stellt ferner sicher, dass die Bewohner und ihre Angehörigen bzw. Betreuer über die Grundsätze, Zuständigkeiten und Verfahrensweisen, wie sie im Konzept der Einrichtung enthalten sind, informiert werden.
- 2.4 Die für die Bewohner tätigen Ärzte erhalten entweder ein Exemplar der schriftlichen Konzeption oder eine schriftliche Information, in der die für die Zusammenarbeit wichtigen Teile des Konzeptes in geeigneter Weise dargestellt werden.

Erläuterungen zum Thema „schriftliche Konzeption“ finden sich in Kapitel 6.1.

■ zu 2.3

Die Information der Bewohner, Angehörigen/Betreuer und Ärzte über die relevanten Inhalte des Konzepts der Einrichtung kann auf unterschiedliche Weise erfolgen. Bewohner und Angehörige können zum Beispiel direkt nach dem Heimeinzug informiert werden. Ebenso ist es möglich, Angehörigentreffen für die Information zu nutzen.

■ zu 2.4

Denkbar ist beispielsweise, eine Informationsbroschüre für niedergelassene Ärzte zu erstellen, in der die Einrichtung zentrale Punkte ihres Konzeptes bzw. ihre Vorstellungen und Erwartungen zur Kooperation beschreibt.

3. Personelle Zuständigkeiten

- 3.1 Die Sicherstellung der notwendigen einrichtungsbezogenen Voraussetzungen zur Kooperation zwischen den Mitarbeitern der Einrichtung und den jeweiligen Ärzten liegt in der Verantwortung der Heimleitung und/oder der Pflegedienstleitung.**
- 3.2 Die Durchführung sämtlicher ärztlich verordneter bzw. angeordneter Maßnahmen (einschließlich Medikation) liegt in der Verantwortung von Pflegefachkräften. Die Pflegedienstleitung legt, ggf. in Abstimmung mit dem Träger der Einrichtung, in schriftlicher Form fest, ob und welche Maßnahmen an andere Mitarbeiter delegiert werden können. Findet eine Delegation der Durchführung an andere Mitarbeiter statt, beschränkt sich diese auf ausgewählte Maßnahmen und setzt eine ausreichende Anleitung sowie eine regelmäßige Kontrolle der fachgerechten Durchführung voraus.**
- 3.3 Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft (bzw. ihre Vertretung) ist für alle an der Versorgung des Bewohners beteiligten Ärzte Ansprechpartner und nimmt die Aufgaben wahr, die im Rahmen der Kooperation anfallen.**

■ zu 3.1

Die Kooperation zwischen Pflege und Medizin innerhalb einer Einrichtung sollte auf einheitlichen, förderlichen Bedingungen aufbauen. Um welche Voraussetzungen es sich handelt, ist in den weiteren Ausführungen des Rahmenkonzepts näher beschrieben. In erster Linie handelt es sich um die Regelung von Fragen der Schweigepflichts-entbindung, die Führung von Kooperationsgesprächen mit neu hinzu kommenden Ärzten und die Behebung von Kooperationsproblemen.

■ zu 3.2

Die Delegation der Durchführung von ärztlich verordneten bzw. angeordneten Maßnahmen auf „Nichtfachkräfte“ sollte sich nur auf einige wenige Maßnahmen (z. B. Überwachung der Medikamenteneinnahme im Rahmen der Mahlzeiten oder Anziehen von Kompressionsstrümpfen) beziehen. Hierbei ist besonderer Wert auf eine entsprechende Anleitung und Kontrolle zu legen. Es muss schriftlich konkretisiert werden, welche Maßnahmen delegierbar sind.

■ zu 3.3

Die hier angesprochenen Aufgaben im Rahmen der Kooperation werden in anderen Punkten konkretisiert (z. B. 4.3, 4.4, 6.2).

Bei ungeplanten Arztbesuchen in der Einrichtung kann nicht davon ausgegangen werden, dass die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft oder ihre Vertretung immer im Dienst ist (vgl. Punkt 6.4).



4. Kooperation mit Ärzten zur Verbesserung der Versorgung

- 4.1 Die Heimleitung wirkt zusammen mit der Pflegedienstleitung darauf hin, dass die Kooperation zwischen Pflegekräften und Ärzten nicht durch die Pflicht zur Verschwiegenheit beeinträchtigt wird.
- 4.2 Die Einrichtung strebt Absprachen mit den niedergelassenen Ärzten zur Übermittlung der ärztlichen Verordnung (Rezepte etc.) an.
- 4.3 Die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft bietet dem jeweiligen behandelnden Arzt Unterstützung in Form von schriftlicher und mündlicher Information bei der Verordnung von Medikamenten, Therapien, Heil- und Hilfsmitteln sowie bei der Vorbereitung einer geplanten Krankenhauseinweisung an.
- 4.4 Die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft strebt zu den folgenden Punkten Absprachen mit dem behandelnden Arzt an:
 - Beobachtung und Dokumentation der Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikation und anderer therapeutischer Maßnahmen,
 - Einbeziehung der Angehörigen, Betreuer oder anderer Bezugspersonen in die Entscheidung über ärztliche Verordnungen/Anordnungen,
 - Hinzuziehung von Fachärzten,
 - Modalitäten der Unterrichtung des Arztes beim Auftreten neuer, bislang unbekannter Krankheitssymptome bzw. deutlicher gesundheitlicher Veränderungen.Die Absprachen werden in die Pflegedokumentation aufgenommen.
- 4.5 Die Heimleitung und/oder die Pflegedienstleitung bietet den niedergelassenen Ärzten ein initiales (einführendes) Kooperationsgespräch an.
- 4.6 Die Einrichtung verfügt über Regelungen zum Umgang mit Kooperationsproblemen im Rahmen der ärztlichen Versorgung.

■ zu 4.1

Der Sachverhalt der Verschwiegenheit und dessen Regelung in der Beziehung zwischen Bewohner, Arzt und Pflegeeinrichtung wurde bisher in der Praxis oftmals nicht als problematisch bewertet. Dennoch gilt grundsätzlich, dass der Bewohner den Arzt gegenüber den Mitarbeitern der Einrichtung von der Schweigepflicht entbinden muss. Dies ist eine Angelegenheit zwischen Arzt und Bewohner, doch sollte die Einrichtung dem Arzt vorsorglich einen entsprechenden Hinweis geben und ggf. darauf hinwirken, die Schweigepflichtsentbindung schriftlich zu dokumentieren.

Umgekehrt sollten auch die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung vom Bewohner ermächtigt werden, Informationen an den behandelnden Arzt weiterzugeben. Es empfiehlt sich, eine entsprechende Einwilligung bereits beim Abschluss des Heimvertrages einzuholen.

■ zu 4.2

Um den Aufwand der Pflegeeinrichtung bei der Beschaffung von Medikamenten, Hilfsmitteln oder Verbrauchsmaterialien (z. B. Katheter, Verbände) so gering wie möglich zu halten, sollten Absprachen zwischen der Einrichtung und dem Arzt bzw. der Arztpraxis getroffen werden. So sollte z. B. vermieden werden, dass Mitarbeiter der Einrichtung viel Zeit aufwenden müssen, um Rezepte aus der Arztpraxis zu besorgen. Diesbezügliche Absprachen sollten Gegenstand des initialen Kooperationsgesprächs (siehe 4.5) sein.

■ zu 4.3

Die tagtäglichen Beobachtungen der Mitarbeiter zu den Wirkungen, Nebenwirkungen und Problemen ärztlicher Verordnungen können ggf. maßgeblich zur Optimie-

rung der ärztlichen Behandlung beitragen. Da sich die Ausprägung von Krankheitszuständen und Symptomen ändert, sollte die Dosierung der Medikation regelmäßig geprüft und angepasst werden, wobei der Arzt in hohem Maße auf die Information durch die Pflegekräfte angewiesen ist. Sie ist auch und besonders dann von Bedeutung, wenn Bewohner zahlreiche Medikamente erhalten, die Medikation während eines Krankenhausaufenthaltes verändert wurde, nach einem solchen Aufenthalt angepasst werden muss oder wenn der behandelnde Arzt selbst Verordnungen verändert hat.

Das Unterstützungsangebot sollte gegenüber den behandelnden Ärzten deutlich vorgetragen werden. Die Mitarbeiter haben allerdings keinen Einfluss darauf, inwieweit die Ärzte es tatsächlich nutzen.

■ zu 4.4

Dieser Punkt bezieht sich auf konkrete Absprachen, die zwischen dem Arzt und der für den Bewohner zuständigen Pflegefachkraft getroffen werden sollten. Hierzu gehören besondere Aspekte der Beobachtung, aber auch die Kontaktaufnahme zu anderen Personen (Angehörige, Fachärzte). Mit letzterem ist gemeint, dass die Pflegefachkraft ansprechen sollte, ob das Hinzuziehen weiterer Personen sinnvoll sein könnte. Der letzte Unterpunkt in 4.4 bezieht sich auf Situationen, in denen auch unabhängig von Notfällen eine Benachrichtigung des Arztes erforderlich ist. Im Unterschied zu Notfallsituationen ist in diesem Fall (z. B. bei Beobachtungen im Nachtdienst) zumeist keine umgehende Information notwendig, jedoch sollte der Arzt möglichst rasch von der veränderten Situation in Kenntnis gesetzt werden. Absprachen sollten insbesondere zur Frage getroffen werden, unter welchen Voraussetzungen, in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt die Information übermittelt wird.

Absprachen sollten dokumentiert werden, wobei es sich empfiehlt, angestrebte Absprachen, die in der Kooperation mit dem Arzt nicht umgesetzt werden konnten, ebenfalls zu dokumentieren.

■ zu 4.5

Mit dem initialen Kooperationsgespräch ist ein einführendes Gespräch mit niedergelassenen Ärzten gemeint, mit denen die Einrichtung erstmals kooperiert.

Im Rahmen eines solchen Gesprächs sollte über die einrichtungsinternen Regelungen und Angebote zur Kooperation mit der Ärzteschaft informiert sowie die Frage der Schweigepflicht angesprochen werden. Darüber hinaus können ggf. bereits zu diesem Zeitpunkt Vereinbarungen zur zukünftigen Zusammenarbeit getroffen oder zumindest angeregt werden. Es ist empfehlenswert, die Gesprächsergebnisse zu dokumentieren. Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft sollte über die Ergebnisse informiert werden.

Darüber hinaus kann es sinnvoll sein, den kooperierenden Ärzten regelmäßige Besprechungen zu Fragen der Organisation der ärztlichen Versorgung anzubieten. Erfahrungsgemäß äußern niedergelassene Ärzte zumeist keinen Bedarf an regelmäßigen Besprechungen. Sie haben sich jedoch dort, wo sie stattfinden, als qualitätsfördernd erwiesen. Sie bieten beispielsweise Gelegenheit, Erfahrungen auszutauschen oder Verfahrensweisen und Verantwortlichkeiten gemeinsam zu überprüfen.

■ zu 4.6

In Einrichtungen ist nicht immer gewährleistet, dass Probleme in der Kooperation mit niedergelassenen Ärzten transparent gemacht und produktiv bearbeitet werden. Die Konsequenzen und Belastungen einer misslungenen Kooperation und die daraus resultierenden Arbeitsbeeinträchtigungen tragen dann die jeweiligen Mitarbeiter. Um dies zu vermeiden und die Kooperation zwischen Pflege und Medizin zu verbessern, sollte die Heimleitung in Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung einen entsprechenden internen Austausch über Fragen der Kooperation ermöglichen und Verantwortlichkeiten konkret regeln (z. B. festlegen, unter welchen Umständen die Pflegedienstleitung tätig werden sollte).



5. Pflegeplanung und Dokumentation

- 5.1 In der Pflegedokumentation sind ärztlich verordnete bzw. angeordnete Maßnahmen und deren Durchführung aufgeführt. Darüber hinaus berücksichtigt die Pflegeplanung, als ein Bestandteil der Pflegedokumentation, ärztlich verordnete bzw. angeordnete Maßnahmen, sofern sich hieraus pflegerische Anforderungen ergeben.
- 5.2 Die behandelnden Ärzte können auf Wunsch Einsicht in die Pflegedokumentation nehmen und erhalten – ebenfalls auf ausdrücklichen Wunsch – Gelegenheit zu einem Gespräch zur Abstimmung von Pflegeplanung und medizinischer Therapie.
- 5.3 Die Pflegedokumentation enthält alle in der Einrichtung verfügbaren Informationen, die für die Sicherstellung einer den gesundheitlichen Problemlagen des Heimbewohners entsprechenden ärztlichen Versorgung relevant sind.
- 5.4 Die Einrichtung wirkt darauf hin, dass die Dokumentation ärztlicher Ver-/Anordnungen durch die behandelnden Ärzte selbst vorgenommen wird und dass diese telefonisch angeordnete medizinische Maßnahmen nachträglich selbst abzeichnen. Sie wirkt ebenfalls darauf hin, dass die in der Einrichtung dokumentierten medizinischen Diagnosen vollständig und mit Datum versehen sind.

■ zu 5.1

Die Pflegeplanung richtet sich zwar auf pflegerische Problemlagen, doch kann durchaus die Notwendigkeit entstehen, sie aufgrund eines spezifischen Unterstützungsbedarfs im Rahmen der ärztlichen Behandlung anzupassen. Dieser Fall tritt beispielsweise ein, wenn sich im Rahmen der Therapie ein pflegerisches Problem zeigt (etwa die Verweigerung der Medikamenteneinnahme) oder der selbständige Umgang des Bewohners mit Anforderungen ärztlich verordneter Maßnahmen als Pflegeziel formuliert wird. Inwieweit ärztlich verordnete/angeordnete Maßnahmen bei der Pflegeplanung explizit berücksichtigt werden sollten, muss insofern im konkreten Einzelfall entschieden werden. Es ist jedoch wichtig, die Notwendigkeit hierzu zu prüfen. Unabhängig davon muss eine fachgerechte Dokumentation sichergestellt werden. Die heute weit verbreitete und auch von den MDS-Empfehlungen (MDS 2005) gestützte Vorgehensweise besteht in einer gesonderten Dokumentation (außerhalb der Pflegeplanung, aber als Bestandteil der Pflegedokumentation) ärztlich verordneter/angeordneter Maßnahmen.

■ zu 5.2

Insbesondere bei der Behandlung psychischer Erkrankungen ist es wünschenswert, dass sich Pflege und medizinische Behandlung an gemeinsamen Zielen ausrichten und sich in ihrer Wirkung gegenseitig verstärken (beispielsweise Medikation und Tagesstrukturierung) (Höft 2003). Hierzu bedarf es einer gegenseitigen Information und Abstimmung. Wenngleich bekannt ist, dass Ärzte sich nur selten für eine Einsicht in die Pflegedokumentation interessieren, sollte diese Möglichkeit grundsätzlich bestehen.

■ zu 5.3

Zu den hier angesprochenen Informationen gehören insbesondere:

- Angabe der behandelnden Ärzte, Informationen zu ihrer Erreichbarkeit und ggf. Hinweise auf besondere Vereinbarungen zur Zusammenarbeit,

- Angaben zu den ärztlich verordneten/angeordneten Maßnahmen, einschl. Dokumentation von Maßnahmen, die ein Arzt während des Besuchs in der Einrichtung selbst durchgeführt hat (nur möglich entsprechend der Beobachtung der Pflegefachkraft bei der Begleitung oder nach Auskunft des Arztes),
- Beobachtungen zu Krankheitssymptomen sowie Veränderungen im psychischen und körperlichen Befinden,
- Informationen zu Anlass, Dosierung der Einzelgabe und Maximaldosis der Bedarfsmedikation,
- Fragen/Hinweise, die dem behandelnden Arzt bei nächster Gelegenheit (z. B. Arztbesuch in der Einrichtung) vorgelegt werden sollen.

Besonders hingewiesen sei an dieser Stelle nochmals auf die Dokumentation von Beobachtungen von Verhaltensauffälligkeiten, anderen Krankheitssymptomen, Medikamentenwirkungen und Nebenwirkungen. Die Behandlung chronischer Krankheiten – um diese geht es überwiegend – ist auf solche Informationen in hohem Maße angewiesen.

■ zu 5.4

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind bei der Dokumentation zum Teil auf die Kooperationsbereitschaft und Sorgfalt der niedergelassenen Ärzte angewiesen. Im Versorgungsalltag zeigen diese allerdings ein sehr unterschiedliches Dokumentationsverhalten, und eine vollständige ärztliche Dokumentation im Sinne dieser Maßgabe ist nicht immer zu gewährleisten.

Für viele Einrichtungen ist der Umgang mit telefonischen Anordnungen besonders problematisch. Hier kann eine Möglichkeit sein, sich die Anordnungen per Fax übermitteln zu lassen (Däbritz 2003). Bei unvollständiger ärztlicher Dokumentation empfiehlt es sich, in der Pflegedokumentation zu vermerken, dass und wann entsprechende Aufforderungen an den betreffenden Arzt ergangen sind.

Von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang nicht nur ärztliche Leistungen, sondern auch Diagnosen. Es liegt in der Verantwortung der behandelnden Ärzte, die in der Einrichtung dokumentierten Diagnosen präzise zu formulieren, mit Datum zu versehen, auf Vollständigkeit zu prüfen und auf dem aktuellen Stand zu halten. Pflegeeinrichtungen sollten in der Kooperation mit Ärzten dennoch darauf hinwirken.

Wenn ein unleserliches Schriftbild der Ärzte Probleme aufwirft, kann es sinnvoll sein, z. B. Medikamentennamen oder sonstige Verordnungen von den Mitarbeitern dokumentieren und den Arzt lediglich die An-/Verordnung abzeichnen zu lassen.



6. Arztbesuche

- 6.1 Die Einrichtung informiert alle Heimbewohner entsprechend ihres individuellen Bedarfs über die Bedeutung regelmäßiger Arztbesuche (in der Einrichtung oder in der Arztpraxis). Sie unterstützt die Bewohner ggf. bei der Kontaktaufnahme bzw. Terminvereinbarung.
- 6.2 Bei anstehenden Besuchen in der Arztpraxis klärt die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft ab, inwieweit eine Begleitung (durch Angehörige oder Mitarbeiter) erforderlich ist und durch wen die Begleitung erfolgen sollte. Sie gewährleistet, wenn notwendig, eine dem individuellen Bedarf entsprechende Begleitung.
- 6.3 Die Einrichtung formuliert Maßgaben zur Vorbereitung von Arztbesuchen und trägt dafür Sorge, dass diese erfüllt werden. Sie strebt Vereinbarungen mit ihren ärztlichen Kooperationspartnern an, die sich insbesondere auf die Festlegung von Besuchsterminen, die Information des Bewohners und ggf. der Angehörigen, die Vorlage der Pflegedokumentation sowie auf die Begleitung während des Besuchs beim Bewohner beziehen.
- 6.4 Die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft (oder bei deren Abwesenheit eine andere Pflegefachkraft) begleitet den Arzt während des Besuchs beim Bewohner, es sei denn, Bewohner oder Arzt wünschen ein Gespräch ohne Anwesenheit der Pflegefachkraft.

■ zu 6.1

Die Beratung sollte durch die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft erfolgen. Hierbei sind ggf. die Angehörigen zu beteiligen. Etliche Bewohner benötigen darüber hinaus Unterstützung bei der Kontaktaufnahme mit einer Arztpraxis bzw. bei einer Terminvereinbarung mit ihrem behandelnden Arzt. Die Beratung sollte ferner – unter Berücksichtigung des Rechts auf freie Arztwahl (Tiebe 2005) – die Möglichkeit der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen umfassen. Denn die fachärztliche Versorgung, beispielsweise durch Neurologen, Gerontopsychiater, Augen-, Frauen- und HNO-Ärzte, ist nach wie vor als nicht ausreichend zu bezeichnen (Hallauer et al. 2005).

Des Weiteren ist es empfehlenswert, den bei Heimbewohnern zum Teil wenig präsenten Bedarf an Vorsorge-/Nachsorgeuntersuchungen anzusprechen. Präventive Maßnahmen, z. B. Impfungen, sollten ebenfalls verstärkt in den Blick genommen werden (Becker et al. 2005).

■ zu 6.2

Wie die „Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen“ zeigt, suchen nur ca. 20 % der Bewohner eine Arztpraxis außerhalb der Einrichtung auf (Hallauer et al. 2005). Nur wenige Bewohner sind in der Lage, diesen Arztbesuch selbständig durchzuführen. Ob und durch wen eine Begleitung beim Aufsuchen einer Arztpraxis notwendig ist, hängt vom Anlass des Arztbesuchs ab, vom Bedarf des Bewohners an Unterstützung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Einrichtung und von der Frage, inwieweit der Bewohner Unterstützung bei der Kommunikation und bei Absprachen mit dem Arzt benötigt.

Ergibt sich ein Bedarf an Begleitung ausschließlich aus Mobilitätseinschränkungen oder daraus, dass sich der Bewohner nicht ohne Hilfe außerhalb der Einrichtung zurechtfinden kann, so sollte die Begleitung durch Angehörige angestrebt werden. Anderenfalls oder wenn die Begleitung durch Angehörige nicht möglich ist, sollte die jeweils zuständige Pflegefachkraft abklären, durch welchen Mitarbeiter mit welcher

Qualifikation die Begleitung erfolgen kann. Hierbei ist es ggf. sinnvoll, sich im Vorfeld mit dem Arzt bzw. der Arztpraxis abzustimmen, um z. B. lange Wartezeiten zu vermeiden.

Es kann im Interesse der Einrichtungen, aber auch im Interesse der Bewohner empfehlenswert sein, dass Arztbesuche vorrangig in der Einrichtung stattfinden. Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung im Versorgungsalltag haben Mitarbeiter nur selten Gelegenheit, die Einrichtung für längere Zeit zu verlassen, ohne dass dies zu Engpässen in der Bewohnerversorgung führt. Bei Visiten in der Einrichtung bieten sich dem Arzt außerdem Gelegenheiten, den Bewohner in seiner vertrauten Lebens- und Versorgungsumgebung zu erleben. Auch ist die Frage zu berücksichtigen, ob und inwieweit der Besuch in der Praxis für Bewohner eine Belastung darstellt.

■ zu 6.3

Um einen möglichst reibungslosen Arztbesuch zu gewährleisten und die Belange der Kooperationspartner, aber auch der Bewohner ausreichend zu berücksichtigen, empfiehlt sich die Formulierung gemeinsamer Regelungen zur Vorbereitung und Durchführung von Arztbesuchen.

Der Besuch des Arztes bzw. der Besuch in der Arztpraxis kann und sollte dazu genutzt werden, diesen bei Bedarf über gesundheitliche Veränderungen des jeweiligen Bewohners zu unterrichten und ggf. eine Überprüfung anzuregen, inwieweit eine Anpassung der ärztlichen Behandlung notwendig sein könnte (z. B. Veränderung der Medikation).

Es empfiehlt sich außerdem, im Vorfeld des Besuches die Pflegedokumentation zu überprüfen und die an den Arzt zu richtenden Fragen und Hinweise zu sichten und ggf. auf die Ergänzung ärztlicher Einträge (z. B. Verordnungen oder Befunde) hinzuwirken. Arzt- bzw. Praxisbesuche sollten ferner Anlass sein, im gemeinsamen Gespräch Beobachtungen und Einschätzungen zur gesundheitlichen Situation und zu den Bedürfnissen des Bewohners auszutauschen, um auf dieser Grundlage die medizinische ebenso wie die pflegerische Versorgung zu optimieren.

■ zu 6.4

Ist eine Begleitung während des Arztbesuchs beim Bewohner erforderlich, wird diese von der für den Bewohner zuständigen Pflegefachkraft übernommen. Diese Anforderung ist jedoch bei ungeplanten Besuchen zum Teil nicht zu erfüllen. Trotz intensiver Kooperationsbemühungen wird es immer wieder zu ungeplanten Besuchen kommen. Daher ist es wichtig festzulegen, wer die Begleitung übernimmt, wenn die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft nicht anwesend ist.

Arztbesuche sollten grundsätzlich auch ohne Anwesenheit einer Pflegefachkraft möglich sein. Findet während des Besuchs keine Begleitung durch Mitarbeiter der Einrichtung statt, sollten andere Wege gesucht werden, um den Informationsaustausch zwischen Einrichtung und Arzt zu gewährleisten.



7. Notfallsituationen

- 7.1 Die Einrichtung verfügt über geregelte Verfahrensweisen zum Umgang mit medizinischen Notfällen. Diese sind schriftlich fixiert und allen Pflegekräften bekannt. Die Verfahrensregelungen beinhalten explizite Vorgaben zum Umgang mit Notfällen und berücksichtigen die besondere Situation des Nachtdienstes.
- 7.2 Die Einrichtung strebt Vereinbarungen mit den behandelnden Ärzten zur Zusammenarbeit in medizinischen Notfällen an, die deren Einsatzbereitschaft sowie die Verfügbarkeit und Weitergabe von besonders wichtigen Krankheitsbefunden regeln.
- 7.3 Nach dem Eintreten eines medizinischen Notfalls werden die Angehörigen bzw. Betreuer des Bewohners unverzüglich bzw. entsprechend der dokumentierten Wünsche informiert. Die Information erfolgt im direkten (i. d. R. telefonischen) Gespräch mit den Angehörigen. Können Angehörige nicht erreicht werden, setzen die Mitarbeiter ihre Kontaktversuche fort (das Hinterlassen einer Nachricht allein ist nicht ausreichend).

■ zu 7.1

Dieser Punkt bezieht sich zum einen auf konkrete Verhaltensweisen im Umgang mit Notfällen (z. B. bei akuter Atemnot), zum anderen aber auch auf die Modalitäten im Rahmen der Benachrichtigung von (Not-)Arzt und/oder Krankentransport/Rettungsdienst. Sinnvoll können zudem generelle Vereinbarungen zwischen der vollstationären Pflegeeinrichtung und dem Krankentransport/Rettungsdienst sein, die sich z. B. auf die Nutzung bestimmter Eingänge/Aufzüge oder die Verfügbarkeit notwendiger Unterlagen beziehen. Liegen Patientenverfügungen/Organspendeausweise vor, so ist der Notarzt oder der Arzt und, sollte es zur Einweisung kommen, auch das aufnehmende Krankenhaus entsprechend darüber zu unterrichten. Auch sind die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung zu stellen (vgl. Rahmenkonzept „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“).

■ zu 7.2

Damit eine Krisenintervention schnell und zuverlässig gelingt, sollte ein Verfahren mit den behandelnden Ärzten abgestimmt werden, das deren Einsatzbereitschaft transparent macht. Dies dient auch dem Ziel, Krankenhausaufenthalte so weit wie möglich zu vermeiden. Die Frage nach dem Einsatz eines Notarztes bleibt davon unberührt.

Zur Vorbereitung auf Notfallsituationen ist es außerdem sinnvoll, mit den behandelnden Ärzten abzustimmen, welche wichtigen Krankheitsbefunde als Kopie in der Pflegedokumentation aufbewahrt und im Bedarfsfall den Notärzten und ggf. dem Krankenhaus zugänglich gemacht werden sollen.

■ zu 7.3

Es ist empfehlenswert, mit den Angehörigen bereits zu Beginn des Heimaufenthaltes klare Vereinbarungen über den Weg der Benachrichtigung zu treffen und diese zu dokumentieren.

8. Qualifikation

- 8.1 Die Einrichtung berücksichtigt im Rahmen der Personalentwicklung und der Fortbildung ihrer Mitarbeiter die Kenntnisse, Fertigkeiten und pflegediagnostischen Kompetenzen, die zu einer fachgerechten Durchführung ärztlich verordneter/angeordneter Maßnahmen und zur Beobachtung ihrer Wirkungen und Nebenwirkungen erforderlich sind.**

Um die Anforderungen einer fachgerechten Pflege und einer produktiven Kooperation zwischen Pflege und Medizin erfüllen zu können, benötigen die Einrichtungen ausreichend qualifizierte Mitarbeiter – insbesondere Mitarbeiter, die technisch anspruchsvolle Maßnahmen sicher durchführen können und Beobachtungen im Hinblick auf mögliche Zusammenhänge mit der Medikation (insbesondere bei psychischen Erkrankungen) bzw. ärztlichen Behandlung einschätzen können (vgl. Hallauer et al. 2005). Hinzu kommt, dass in der Regel Pflegefachkräfte entscheiden, ob in konkreten Situationen ein Arzt hinzugezogen werden muss (Hallauer et al. 2005) und sie daher über entsprechendes Fachwissen verfügen sollten.

In dieser Hinsicht sollte jede Einrichtung den Qualifikationsbedarf ihrer Mitarbeiter anhand der im Alltag zu bewältigenden Anforderungen konkretisieren.



6.7 Rahmenkonzept „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“

Besonders für ältere Menschen bringen Krankenhausaufenthalte hohe Belastungen und das Risiko mit sich, dass eine bedarfsgerechte Versorgung bei Übergängen zwischen verschiedenen Versorgungsumgebungen nicht gewährleistet ist (Schaeffer 2000). Um dieses Risiko zu reduzieren, ist ein systematischer Austausch relevanter Informationen zwischen allen Beteiligten von großer Bedeutung.

Der Übergang des Bewohners von Pflegeeinrichtungen in das Krankenhaus und zurück in die Einrichtung sollte daher im Rahmen eines geregelten Überleitungsverfahrens erfolgen.

Pflegeüberleitung

In Deutschland gibt es seit Ende der 1980er Jahre vermehrt Bemühungen, in den Krankenhäusern ergänzend zu den Sozialen Diensten Konzepte der Pflegeüberleitung umzusetzen (vgl. Wingefeld 2002, Joosten 1993). Der im Herbst des Jahres 2002 vorgestellte Nationale Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2004) stellt einen weiteren wichtigen Schritt zur Verbesserung der Unterstützung bei Übergängen zwischen verschiedenen Versorgungsumgebungen dar.

Die Verantwortung für das Überleitungsverfahren liegt aber nicht allein bei den Krankenhäusern, sondern bei allen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung – auch bei den Pflegeeinrichtungen.

Bedeutung von Informationen im Rahmen von Überleitungsverfahren

Die Mitarbeiter im Krankenhaus sind, wenn sie eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung sicherstellen wollen, in hohem Maße auf Informationen über den neu aufgenommenen Patienten angewiesen. Zum Teil sind auch Rücksprachen mit der Pflegeeinrichtung erforderlich. Handelt es sich beispielsweise um demenziell erkrankte Heimbewohner, wäre es für die Pflege im Krankenhaus äußerst wichtig, Informationen zur gewohnten Tagesstrukturierung, zu Verhaltensweisen, zum biografischen Hintergrund und möglichen Zugangswegen in der Kommunikation zu erhalten.

Ähnliches gilt umgekehrt für Informationen über die Versorgung und den Verlauf des Krankenhausaufenthaltes, welche die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung benötigen. Pflegebedürftige in höherem Alter erleben mit dem Krankenhausaufenthalt und der Entlassung häufig einen weiteren Verlust ihrer ohnehin eingeschränkten Selbständigkeit. Viele Forschungsergebnisse zeigen, dass körperliche, ggf. auch kognitive Einbußen charakteristische Begleiterscheinungen sind und zum Teil noch lange nach der Entlassung andauern (vgl. z. B. Hansen et al. 1999; Rosswurm/Lanham 1998; Kresevic et al. 1997). Für die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen ist es wichtig, solche Veränderungen und mögliche Hintergründe einschätzen zu können und sich ein Bild von der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus zu machen, um sich sofort auf die neue Situation einstellen und wirksame Unterstützung leisten zu können. Hierzu benötigen sie Informationen, die nur das Krankenhaus liefern kann.

Überleitungsverfahren in der Verantwortung von Krankenhaus und Pflegeeinrichtung

Ein geregeltes Überleitungsverfahren der Krankenhäuser, wie es der Nationale Expertenstandard vorsieht, sollte im Idealfall durch entsprechende Bemühungen auf Seiten der Pflegeeinrichtungen ergänzt werden. Derzeit existieren für die vollstationäre Pflege jedoch keine vergleichbaren Handlungsrichtlinien. Die für die Krankenhäuser entwickelten Konzepte des Entlassungsmanagements können nicht ohne weiteres auf die Altenhilfe übertragen werden, da es bedeutende strukturelle Unterschiede gibt (vgl. Föcher/Mangei 2001). Das vorliegende Rahmenkonzept soll dazu

beitragen, diese Lücke zu schließen. *Ein geregeltes Überleitungsverfahren liegt sowohl im Interesse der Bewohner als auch im beiderseitigen Interesse von Pflegeeinrichtung und Krankenhaus.*

Gegenstand des Rahmenkonzepts

Das Rahmenkonzept benennt die wichtigsten Anforderungen an stationäre Pflegeeinrichtungen, die sich bei Krankenhausaufenthalten ihrer Bewohner ergeben. Die Anforderungen betreffen nicht nur den Tag des Übergangs in ein Krankenhaus, sondern auch die Unterstützung während des Aufenthaltes und die Rückkehr in die Pflegeeinrichtung.

Der vorliegende Anforderungskatalog bezieht sich auf *geplante und ungeplante Krankenhausaufenthalte* sowie auf Aufenthalte in *stationären Rehabilitationseinrichtungen*. Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung werden im Folgenden jedoch nur noch die Begriffe „Krankenhaus“ bzw. „Krankenhausaufenthalt“ verwendet.

Das Rahmenkonzept beschränkt sich auf Anforderungen, die im Einflussbereich der Einrichtung liegen. Anforderungen an die Krankenhäuser werden also nicht benannt.



1. Grundsätze

- 1.1 Das Überleitungsverfahren soll eine bedarfsgerechte Unterstützung der Bewohner vor und nach dem Krankenhausaufenthalt sicherstellen und gewährleisten, dass dem Krankenhaus alle notwendigen Informationen zur Versorgung der Bewohner vorliegen. Hierzu sorgt die Einrichtung für eine ausreichende Informationsübermittlung und für geeignete Ansprechpartner für das Krankenhaus.
- 1.2 Das Überleitungsverfahren soll ferner gewährleisten, dass weitere an der Versorgung und Begleitung der Bewohner beteiligte Personen (einschl. der Angehörigen) über den Krankenhausaufenthalt und gesundheitliche Veränderungen in geeigneter Weise unterrichtet werden.
- 1.3 Die Einrichtung unternimmt konkrete Schritte, um stabile Kooperationsbeziehungen zu Krankenhäusern, die regelmäßig ihre Bewohner aufnehmen, aufzubauen und dauerhaft zu erhalten. Sie strebt ferner die Vereinbarung gemeinsamer Überleitungsregelungen an.

■ zu 1.1/1.2

Die Grundsätze unterstreichen die Bedeutung des Informationsflusses zwischen allen beteiligten Institutionen und Personen. Es ist unabdingbar, „sich untereinander abzusprechen, um die Arbeit bewältigen zu können, die anfällt, wenn ein Bewohner in ein Krankenhaus eingewiesen oder entlassen wird“ (Braun 2003: 60). Fehlende oder mangelhafte Informationen gefährden die Qualität der Versorgung der Bewohner und können Krankenhausaufenthalte verlängern bzw. erneut notwendig machen (Bartholomeyczik 2000). Die Kooperation zwischen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern ist daher als äußerst wichtig einzustufen. Allerdings ist die Kooperation oftmals mit Problemen behaftet. Fehlende oder nicht eingehaltene Absprachen prägen vielfach das Bild der Zusammenarbeit (Domscheit/Wingenfeld 1996). *Eine systematische Kooperation ist nicht ausschließlich durch die Pflegeeinrichtung zu gewährleisten, sondern erfordert gegenseitigen Austausch und gemeinsam vereinbarte Verfahrensweisen, die beide Seiten als bindend betrachten.*

Eine Verbesserung der Kooperation setzt unter anderem voraus, dass in den Einrichtungen auf allen Ebenen, einschließlich der Leitungsebene, Einvernehmen über die Bedeutung der Kommunikation zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung herrscht.

■ zu 1.3

Auch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege stellt fest, dass über den Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ hinaus „dringend weitere einrichtungübergreifende Regelungen zu treffen (sind), um die Kooperation zwischen den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsberufen zu forcieren“ (DNQP 2004: 46).

Pflegeeinrichtungen sollten nicht abwarten, bis Krankenhäuser die Initiative ergreifen, sondern selbst aktiv werden – auch wenn einige Krankenhäuser auf den ersten Blick keine ausgeprägte Kooperationsbereitschaft zeigen. Die Bemühungen der Einrichtungen sollten sich zunächst auf solche Krankenhäuser konzentrieren, die erfahrungsgemäß den größten Anteil der Bewohner aufnehmen. Unter Umständen ist es erforderlich, mehrmals Kontakt zu einem Krankenhaus aufzunehmen, um eine entsprechende Kooperation einzuleiten.

Kooperationsvereinbarungen sollten unter anderem folgende Punkte berücksichtigen:

- Regelungen zum schriftlichen und telefonischen/persönlichen Informationsaustausch (Inhalte, Zuständigkeiten, Zeitpunkte, Instrumente wie z. B. Überleitungsbogen etc.)
- Umgang mit Kooperationsproblemen (z. B. Nichteinhaltung von Vereinbarungen)
- Vorgehensweisen für eine regelmäßige Überprüfung der Kooperation (z. B. hat sich das bisherige Verfahren bewährt oder sind Anpassungen erforderlich).

Da sowohl Pflegeeinrichtungen als auch Krankenhäuser mit mehreren Institutionen kooperieren, wäre es wünschenswert, wenn Einrichtungen einer Region sich auf ein gemeinsames Überleitungsverfahren einigen könnten.

2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption

- 2.1 Die Einrichtung verfügt über ein schriftlich fixiertes Konzept zur Überleitung.**
- 2.2 Das Konzept definiert Ziele, Maßnahmen, Zuständigkeiten und Verfahrensweisen, die den im vorliegenden Rahmenkonzept formulierten Anforderungen Rechnung tragen. Durch Einweisungen/Schulungen sorgt die Einrichtung dafür, dass das Konzept allen Mitarbeitern, die an der Versorgung der Bewohner und der Begleitung der Angehörigen beteiligt sind, bekannt ist.**

Erläuterungen zum Thema „schriftliche Konzeption“ finden sich in Kapitel 6.1.



3. Personelle Zuständigkeiten

- 3.1 Maßnahmen zum Aufbau und zur kontinuierlichen Fortführung einer verbesserten Kooperationsbeziehung zu Krankenhäusern, die regelmäßig Bewohner der Pflegeeinrichtung aufnehmen, gehen von der Einrichtungsleitung und/oder Pflegedienstleitung aus.**
- 3.2 Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft bzw. deren Vertretung übernimmt die Steuerungsverantwortung für die Überleitung.**
- 3.3 In Notfallsituationen bzw. bei kurzfristigen, ungeplanten Krankenseinweisungen bzw. -entlassungen liegt die Verantwortung zur Einleitung von Sofortmaßnahmen bei den Pflegefachkräften, die sich zum gegebenen Zeitpunkt im Dienst befinden. Für das weitere Vorgehen übernimmt die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft die Steuerungsverantwortung.**

■ zu 3.1

Wie bereits erläutert wurde, ist ein geregeltes Überleitungsverfahren auf eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und Krankenhaus angewiesen. Die Initiative hierzu sollte von der Heim- und/oder Pflegedienstleitung ausgehen, indem sie das Gespräch mit dem Krankenhaus sucht. Es kann sinnvoll sein, im weiteren Verlauf auch Wohnbereichs- und Stationsleitungen einzubeziehen. Die Darstellung relevanter Aspekte und Probleme des bisherigen Überleitungsverfahrens – aus Sicht der Pflegeeinrichtung und des Krankenhauses – kann als Grundlage für die Festlegung eines gemeinsamen Vorgehens dienen (Cortes et al. 2004).

Hilfreich kann es sein, wenn Mitarbeiter das jeweils andere Arbeitsfeld im Rahmen einer Hospitation kennen lernen. Dadurch können sie die jeweiligen Arbeitsbedingungen und -abläufe und die mit dem Überleitungsverfahren verbundenen Probleme aus Sicht der jeweils anderen Institution besser einschätzen (Cortes et al. 2004).

■ zu 3.2

Pflegefachkräften wird im Rahmen des Überleitungsverfahrens eine wichtige Rolle zugeschrieben. Der Expertenstandard Entlassungsmanagement geht, bezogen auf die Situation im Krankenhaus, davon aus, „dass im Entlassungsprozess die Pflegefachkraft aufgrund ihrer Nähe zu Patienten und Angehörigen die entscheidende Koordinationsfunktion einnimmt. Das heißt jedoch nicht, dass sie alle Schritte des Entlassungsmanagements selbst durchführt“ (DNQP 2004: 47).

Dieser Grundgedanke sollte auch auf die vollstationäre Pflege übertragen werden: Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft bzw. ihre Vertretung nimmt die Steuerungsverantwortung für die Überleitung wahr. Sie führt nicht zwangsläufig alle anfallenden Tätigkeiten selbst aus, sondern trägt die Verantwortung für den Gesamtprozess der Überleitung. Im vorliegenden Rahmenkonzept bezieht sich diese Steuerungsverantwortung nicht allein auf den Übergang in das Krankenhaus, sondern auch auf Maßnahmen der Einrichtungsmitarbeiter, die während des Krankenhausaufenthaltes und nach der Rückkehr des Bewohners in die Pflegeeinrichtung getroffen werden. Die Vertretung der zuständigen Pflegefachkraft wird im weiteren Text nicht mehr ausdrücklich benannt. Sind beide nicht anwesend, greift die Anforderung 3.3.

■ zu 3.3

Akute Ereignisse bieten wenig Spielraum für Planungen. Aus Sicht der Pflegeeinrichtungen sind Maßnahmen im Zusammenhang mit der Entlassung ebenfalls schwer planbar, wenn die Entlassung sehr kurzfristig erfolgt.

Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, Regelungen für Situationen zu treffen, in denen sowohl zuständige Pflegefachkraft als auch ihre Vertretung abwesend sind.

4. Übergang in das Krankenhaus

Unterstützung der Bewohner

- 4.1 Die Unterstützung der Bewohner beim Übergang in das Krankenhaus umfasst Gespräche zur Vorbereitung auf den Krankenhausaufenthalt und die Begleitung bis zur Übernahme der Begleitung durch Personen, die nicht Mitarbeiter der Einrichtung sind.
- 4.2 Bei geplanten Krankenhausaufenthalten wird darauf hingewirkt, dass Angehörige die Bewohner bei der Krankenhausaufnahme begleiten.
- 4.3 Ist eine Begleitung der Bewohner bei einer geplanten oder ungeplanten Krankenhausaufnahme aufgrund der individuellen Situation dringend erforderlich und stehen hierzu keine Angehörigen oder sonstigen Personen zur Verfügung, findet die Begleitung durch einen Mitarbeiter der Einrichtung statt, sofern die Versorgung von anderen Bewohnern hierdurch nicht gefährdet wird.

Für Bewohner ist der Krankenhausaufenthalt ebenso wie für andere Menschen gleichbedeutend mit einem Bruch des gewohnten Alltagslebens (vgl. Wingenfeld 2005). Besonders diejenigen, die aufgrund eines hohen Unterstützungsbedarfs und/oder aufgrund von kognitiven Einbußen auf eine Umgebung angewiesen sind, die Vertrautheit und Sicherheit bietet, erleben den Übergang ins Krankenhaus als schwerwiegenden, zum Teil beängstigenden Einschnitt. Es ist für die Bewohner daher oftmals eine große Hilfe, wenn sie im Vorfeld des Übergangs von den Mitarbeitern der Einrichtung Unterstützung erfahren und einfühlsam begleitet werden.

■ zu 4.1

Zwischen Bekanntwerden der Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthaltes und der Krankenhausaufnahme kann eine Zeitspanne von Minuten (Notfallsituation) bis zu mehreren Wochen (z. B. geplante Untersuchungen/Operationen) liegen.

Bewohner sollten entsprechend des gegebenen zeitlichen Spielraums auf den Krankenhausaufenthalt vorbereitet werden. Hierzu gehören die Weitergabe von Informationen (z. B. Name des Krankenhauses, erforderliche Unterlagen) und ggf. entlastende Gespräche (z. B. bei Angst vor dem Krankenhaus). Die Ausgestaltung sollte neben der zeitlichen Komponente insbesondere vorhandene kognitive Einschränkungen der Bewohner berücksichtigen.

Unabhängig davon, wie der Transport in das Krankenhaus erfolgt (z. B. Rettungs-, Krankentransport, Taxi), sollten Bewohner so lange durch die jeweils zuständige Pflegefachkraft begleitet werden, bis die Begleitung durch andere Personen fortgeführt wird (z. B. durch Angehörige, Mitarbeiter des Rettungsdienstes). Wünschenswert ist eine Verabschiedung der Bewohner durch die zuständige Pflegefachkraft unmittelbar am Transportfahrzeug und nicht bereits auf dem Wohnbereich.

■ zu 4.2/4.3

Bei der Begleitung der Bewohner spielen die Unterschiede zwischen geplanter und ungeplanter Einweisung ebenfalls eine große Rolle. Handelt es sich um einen geplanten Krankenhausaufenthalt, so kann eine Begleitung am Tag der Aufnahme durch die Einrichtung organisiert werden, indem Angehörige bzw. andere Bezugspersonen oder ehrenamtliche Helfer im Vorfeld gezielt angesprochen werden.

Wie Erfahrungen aus der Praxis zeigen, erfolgt eine Begleitung durch Mitarbeiter derzeit eher selten. Vereinzelt begleiten Mitarbeiter die Bewohner, meist allerdings nur, wenn es sich um geplante Einweisungen handelt (und die Angehörigen die Begleitung nicht übernehmen können) oder wenn sich „zufällig“ eine ausreichende Anzahl Mitarbeiter im Dienst befindet. Eine Begleitung in der Nacht ist oft überhaupt nicht realisierbar.



Allerdings sollten alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, vor allem bei Bewohnern mit einem Unterstützungsbedarf, der nicht durch die den Transport durchführenden Personen abgedeckt werden kann. Beispielhaft sind hier Bewohner mit ausgeprägten Angstzuständen oder schweren kognitiven Einbußen mit massivem Verlust der situativen Orientierung zu nennen. Allerdings kann eine solche Begleitung, auch wenn sie als notwendig erachtet wird, nur dann realisiert werden, wenn die Versorgung anderer Bewohner hierdurch nicht gefährdet wird.

Organisatorische Aufgaben

4.4 Bei Bedarf wird ein Krankentransport angefordert.

4.5 Den Mitarbeitern ist bekannt, welche Kleidung und persönlichen Gegenstände dem Bewohner in das Krankenhaus mitgegeben werden. Die Reisetasche wird, ggf. gemeinsam mit dem Bewohner, gepackt.

4.6 Im Bewohnerzimmer finden Nachbereitungen nach erfolgter Einweisung statt.

Die Formulierung der hier aufgeführten Anforderungen scheint auf den ersten Blick verzichtbar, da es sich um Aufgaben handelt, die regelhaft bei nahezu jeder Krankenhauseinweisung erbracht werden sollten (sofern ein entsprechender Bedarf vorliegt). Es gibt aber Hinweise darauf, dass hierzu in der Praxis nach wie vor Regelungsbedarf besteht. Zudem ist es sinnvoll, diese Anforderungen hier aufzuführen, um eine weitestgehende Vollständigkeit in der Beschreibung der anfallenden Aufgaben im Rahmen eines Überleitungsverfahrens zu erreichen.

■ zu 4.4

Die Einrichtung sollte alle ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nutzen, um bei Bedarf einen zeitnahen Transport zu organisieren. Hierbei ist die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (z. B. Hausarzt, Krankenkassen, Krankentransportdienst) von großer Wichtigkeit, damit die für die Krankenhauseinweisung und den Krankentransport erforderlichen Unterlagen rechtzeitig vorliegen.

■ zu 4.5

Innerhalb der Einrichtung sollten Verfahrensweisen etabliert sein, die gewährleisten, dass den Bewohnern entsprechend ihrer Wünsche und den jeweiligen Erfordernissen Kleidung, persönliche Gegenstände und sonstige Utensilien in das Krankenhaus mitgegeben werden. Hilfreich können dabei z. B. Checklisten, Standards oder Hinweise in der jeweiligen Pflegedokumentation sein.

Die Mitgabe von persönlichen Gegenständen (z. B. Fotos, Handtasche, Stofftiere) ist insbesondere für kognitiv beeinträchtigte Bewohner von großer Bedeutung. Sie können ihnen in der fremden Umgebung Orientierung geben und sind ggf. auch für die Mitarbeiter des Krankenhauses im Rahmen der Kommunikation (Kontaktaufnahme) sehr hilfreich.

■ zu 4.6

Nachbereitungen im Bewohnerzimmer können z. B. folgende Tätigkeiten umfassen: Bett richten, Aufräumen, Wertgegenstände in Verwahrung nehmen, Abschließen des Zimmers.

Information und Dokumentation

4.7 Die Einrichtung stellt dem Krankenhaus folgende Unterlagen und Informationen (im Überleitungsbogen) zur Verfügung:

- Ärztliche Überweisung/Einweisung
- Informationen zum Pflegebedarf und zur bisherigen pflegerischen Versorgung (unter Berücksichtigung von Besonderheiten, z. B. Umgang mit Verhaltensweisen, Gewohnheiten, Tagesstrukturierung)
- Informationen zur aktuellen Medikation (einschl. Bedarfsmedikation, sonstige ärztliche Verordnungen)
- Angaben zu den Angehörigen bzw. Betreuern und den zuständigen Mitarbeitern der Einrichtung für Rücksprachen in pflegerischen Fragen.

4.8 Es bestehen schriftliche Vorgaben, welche Personen (Angehörige, Betreuer, Haus-/Facharzt, Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen in der Einrichtung) zu welchem Zeitpunkt über die (bevorstehende) Krankenhauseinweisung zu informieren sind. Die Durchführung erfolgt entsprechend dieser Vorgaben.

4.9 Im Falle einer Krankenhauseinweisung werden die Angehörigen unverzüglich bzw. entsprechend der dokumentierten Wünsche informiert. Die Information erfolgt im direkten (i. d. R. telefonischen) Gespräch mit den Angehörigen. Können Angehörige nicht erreicht werden, setzen die Mitarbeiter ihre Kontaktversuche fort (das Hinterlassen einer Nachricht allein ist nicht ausreichend).

4.10 Es erfolgt eine Dokumentation der Krankenhauseinweisung und der hiermit verbundenen Informationen (u. a. genauer Zeitpunkt und Grund der Krankenhauseinweisung, Angaben zum Krankenhaus, Angaben zum einweisenden Arzt, Information der Angehörigen).

■ zu 4.7

Voraussetzung für die Gewährleistung einer pflegerischen Kontinuität ist die Weiterleitung von Informationen. Hierzu werden in der Regel Überleitungsbögen verwendet. Die in der Praxis gängigen Überleitungsbögen sind recht unterschiedlich gestaltet (vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung 2004).

Gemeinsam sollte allen Formularen sein, dass sie *aussagekräftige* Informationen beinhalten und nicht auf körperliche Aspekte der Pflegebedürftigkeit begrenzt sind. Sie sollten beispielsweise auch biografische Informationen, individuelle Gewohnheiten und Verhaltensweisen berücksichtigen (insbesondere bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern). Den Krankenhausmitarbeitern kann durch entsprechende Informationen z. B. die Deutung besonderer Verhaltensweisen erleichtert werden. Auch die in der Pflegeeinrichtung diesbezüglich gewählten Vorgehensweisen sollten dem Krankenhaus mitgeteilt werden, um eine angemessene und kontinuierliche Versorgung zu fördern.

Bei ungeplanten Krankenhausaufenthalten steht der Einrichtung weniger Planungs- und Vorbereitungsraum als bei geplanten Aufenthalten zur Verfügung. Dennoch sollte der Kontinuitätsgedanke handlungsleitend sein und die für die Krankenhauseinweisung erforderlichen Unterlagen dem Krankenhaus unverzüglich zur Verfügung gestellt werden, d. h. in der Regel gleichzeitig mit dem Eintreffen der Bewohner. Daher sollte die Einrichtung gewährleisten, dass bei jeder Krankenhauseinweisung, gleichgültig ob diese am Tag oder in der Nacht erfolgt, ein aussagekräftiger Überleitungsbogen vorliegt.

Im Anschluss an eine Krankenhausaufnahme kann es auch sinnvoll sein, telefonischen Kontakt zur aufnehmenden Station herzustellen, um abzuklären, ob weitere Informationen benötigt werden.



■ zu 4.8/4.9

Mit der Einweisung in ein Krankenhaus ergeben sich vielfältige Informationsaufgaben für die jeweils zuständige Pflegefachkraft. Sie ist verantwortlich dafür, dass alle Personen, die im Anforderungskatalog aufgeführt sind, angemessen informiert werden. Hierzu sollten in der Einrichtung einheitliche Vorgehensweisen bestehen (häufig wird im Tag- und Nachtdienst und bei geplanten bzw. ungeplanten Krankenhausaufenthalten unterschiedlich verfahren).

5. Aufgaben während des Krankenhausaufenthalts

5.1 Um Informationen über die Situation der Bewohner zu erhalten, nimmt die Einrichtung regelmäßig (telefonischen) Kontakt zum Bewohner, zu den Angehörigen und/oder zum Krankenhaus auf. Die Zuständigkeiten für diese Kontaktaufnahmen, die Häufigkeit und die entsprechende Dokumentation sind im Konzept der Einrichtung festgelegt.

5.2 Es wird sicher gestellt, dass dem Bewohner während des Krankenhausaufenthaltes ausreichend Kleidung und persönliche Gebrauchsartikel zur Verfügung stehen.

5.3 Mitbewohner im Wohnbereich werden über den Krankenhausaufenthalt informiert.

■ zu 5.1

Oftmals erhalten Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen keine Auskünfte von Krankenhausmitarbeitern, da eindeutige Regelungen zur Weitergabe von Informationen fehlen. Um die Zusammenarbeit von Krankenhaus und Pflegeeinrichtung und damit auch den Informationsfluss zu verbessern, sind generelle Absprachen zwischen beiden Institutionen hilfreich. Daher sei nochmals auf die Bedeutung der Anforderung 1.3 hingewiesen.

In jedem Fall sollten sich die jeweils zuständigen Pflegefachkräfte um bewohnerbezogene Informationen bemühen und das Krankenhaus kontaktieren. Der Kontakt zu Angehörigen kann ebenfalls genutzt werden, um mehr über den Gesundheitszustand und die Gesamtsituation des Bewohners oder den Entlassungstermin in Erfahrung zu bringen.

Hierzu sind Krankenhausbesuche von Mitarbeitern der Einrichtung nicht zwingend erforderlich. Bei einigen Bewohnern sind sie allerdings wünschenswert. Sie dienen der Kontaktpflege zu den Bewohnern und ermöglichen direkte Kontakte zu den Mitarbeitern des Krankenhauses. Zudem kann die Präsenz der Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung im Krankenhaus zur besseren Verständigung zwischen beiden Institutionen beitragen und z. B. helfen, Absprachen bezüglich der Entlassung zu treffen.

■ zu 5.2

Die ausreichende Versorgung der Bewohner mit Kleidung und persönlichen Gebrauchsartikeln kann auf verschiedene Weise von der Einrichtung sichergestellt werden. Unkompliziert lässt sich dies regeln, wenn Besuche durch die Mitarbeiter stattfinden. Anderenfalls können Angehörige um Mithilfe gebeten werden.

■ zu 5.3

Mitbewohner sollten über den Krankenhausaufenthalt eines Bewohners unterrichtet werden, sofern zwischen beiden näherer Kontakt besteht (z. B. Bewohner im Doppelzimmer, Tischnachbarn im Speisesaal, befreundete Bewohner).

6. Rückkehr in die Pflegeeinrichtung

Information und Dokumentation, Pflegeplanung

- 6.1 Sobald der Einrichtung durch die regelmäßigen (telefonischen) Kontakte zum Bewohner, zu den Angehörigen und/oder zum Krankenhaus (siehe 5.1) bekannt wird, dass die Entlassung bevorsteht, wird Kontakt zum Krankenhaus aufgenommen, um Informationen zum Entlassungstermin zu erhalten. Dieses Vorgehen erübrigt sich nur, wenn die benötigten Informationen bereits auf Initiative des Krankenhauses in der Einrichtung vorliegen.
- 6.2 Es bestehen schriftliche Vorgaben, welche Personen (Angehörige, Betreuer, Haus-/Facharzt, Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen in der Einrichtung) zu welchem Zeitpunkt über die (bevorstehende) Krankenhausentlassung zu informieren sind. Die Durchführung erfolgt entsprechend dieser Vorgaben.
- 6.3 Es erfolgt eine Dokumentation der Krankenhausentlassung und der hiermit verbundenen Informationen.
- 6.4 Die bestehende Pflegeplanung wird unmittelbar nach Rückkehr des Bewohners überprüft, die Maßnahmenplanung wird ggf. kurzfristig dem veränderten Unterstützungsbedarf angepasst.
- 6.5 Spätestens zwei Wochen nach der Entlassung erfolgt ein pflegerisches Assessment und ggf. eine Überarbeitung der Pflegeplanung.

■ zu 6.1

Die Rückkehr in die Pflegeeinrichtung kann durch eine Planung im Vorfeld sowohl für die Bewohner als auch Mitarbeiter erleichtert werden. Hierfür sind Anstrengungen gemäß der Anforderung 6.1 (kann nur in Verbindung mit der Anforderung 5.1 erfüllt werden) notwendig, um vom Krankenhaus Informationen zum Entlassungstermin (Datum, Uhrzeit) zu erhalten. Informationen zum aktuellen Versorgungsbedarf (Pflegebedarf, medizinische Versorgung) können ebenfalls Gegenstand dieser Gespräche sein.

Die Verantwortung für diesen Informationsaustausch trägt vorrangig das jeweilige Krankenhaus. So wird im Expertenstandard Entlassungsmanagement u. a. folgendes eingefordert: „Die Pflegefachkraft stimmt in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen rechtzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin und den Unterstützungsbedarf des Patienten ab. Die Pflegefachkraft bietet den Mitarbeitern der weiterbetreuenden Einrichtungen eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen an“ (DNQP 2004: 56). Hätte sich der Expertenstandard Entlassungsmanagement bereits flächendeckend durchgesetzt, wäre die Anforderung 6.1 überflüssig.

■ zu 6.2

Vergleichbar mit den Aufgaben der Informationsvermittlung bei der Krankenhauseinweisung sind nun wiederum alle beteiligten Personen über die geplante bzw. erfolgte Rückkehr des Bewohners zu informieren.

■ zu 6.3/6.4/6.5

Gekoppelt an die Rückkehr des Bewohners ergeben sich hinsichtlich der Pflegedokumentation mehrere Anforderungen, die in der Verantwortung der jeweils zuständigen Pflegefachkraft liegen. Insbesondere die Überprüfung der bestehenden Pflegeplanung ist notwendig, um aktuelle Veränderungen angemessen berücksichtigen zu können.



nen. Die Dokumentation der aktuell veränderten Maßnahmenplanung kann zunächst im Pflegebericht erfolgen, da eine sofortige Anpassung der Gesamtpflegeplanung oftmals aus zeitlichen Gründen nicht möglich ist.

Eine erneute Überprüfung und ggf. Anpassung der Pflegeplanung sollte spätestens zwei Wochen nach der Rückkehr aus dem Krankenhaus erfolgen.

In Abhängigkeit von der spezifischen Situation des Bewohners kann eine Aktualisierung des pflegerischen Assessments erforderlich sein (vgl. Pflegerisches Assessment).

Vorbereitungen in der Einrichtung

6.6 Das Bewohnerzimmer wird für die Ankunft des Bewohners vorbereitet.

6.7 Die Betreuung des Bewohners und Aufgaben im Rahmen der Entlassung (z. B. Kontakte zu Angehörigen, zum Hausarzt, Dokumentation der aktuellen Situation, Pflegeplanung) werden bei der Arbeitsorganisation im Wohnbereich berücksichtigt.

Um Vorbereitungen für die Rückkehr des Bewohners treffen zu können, sind Informationen bezüglich des Entlassungstermins notwendig (siehe oben).

Die Arbeitsorganisation auf dem Wohnbereich wird dahingehend angepasst, dass die mit der Entlassung verbundenen Aufgaben (Kontakte zu Angehörigen und Ärzten, Pflegedokumentation etc.) erfüllt werden können.

Eintreffen der Bewohner in der Einrichtung

6.8 Begrüßung und Empfang finden unmittelbar nach Eintreffen des Bewohners in der Einrichtung statt.

6.9 Es erfolgt eine Entgegennahme und Überprüfung der Entlassungsunterlagen (z. B. Arztbrief, Überleitungsbogen) und der Reisetasche des Bewohners.

6.10 Die Einrichtung wirkt darauf hin, dass direkt nach der Krankenhausentlassung die erforderlichen Medikamente, Verbandsmaterialien, Sondenkost etc. zur Verfügung stehen.

Fehlen trotz Entlassungsunterlagen pflegerelevante Informationen, sollte im Krankenhaus bzw. beim Hausarzt nachgefragt werden.

Krankenshausentlassungen, bei denen die notwendige Versorgung der Bewohner mit Medikamenten, Verbandsmaterialien, Sondenkost etc. nicht sichergestellt ist, ziehen etliche Probleme nach sich. Dies lässt sich besonders häufig bei Entlassungen am Freitagnachmittag beobachten, da der Hausarzt u. U. zur Rezeptierung der benötigten Medikamente/Hilfsmittel bzw. für einen Hausbesuch nicht zur Verfügung steht. Die Möglichkeiten der Einflussnahme der Einrichtungen sind gering. Dies unterstreicht nochmals den Abstimmungsbedarf sowohl mit den Krankenhäusern als auch den (Fach)Ärzten (vgl. Kapitel 6.6).

Literatur

- Almberg, B./Grafström, M./Krichbaum, K./Winblad, B. (2000): The interplay of institution and family caregiving: relations between patient hassles, nursing home hassles and caregivers' burnout. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15, Nr. 10, 931–939
- Alten- und Pflegezentren Main-Kinzig-Kreis (Hg. 1999): Sozialarbeit im Altenheim: Standards und Perspektiven für die praktische Arbeit. Kulmbach: Baumann
- Anderson, P. (2003): Zur Sterbekultur in stationären Seniorenzentren. Eine Untersuchung im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt als Grundlage für die Entwicklung von Standards zur Sterbebegleitung (Eigendruck)
- Antonucci, T.C. (2001): Social Relations. An Examination of Social Networks, Social Support, and a Sense of Control. In: Birren, J.E./Schaie, K.W. (Hg.): *Handbook of the Psychology of Aging*. Fifth Edition. San Diego, San Francisco: Academic Press, 427–453
- Bartholomeyczik, S. (2000): Gegenstand, Entwicklung und Fragestellungen pflegewissenschaftlicher Forschung. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa, 67–106
- Bauer, A./Gröning, K./Kunsmann, A.-C./Rensing, E. (2001): Praxis der Angehörigenarbeit in den stationären Altenhilfeeinrichtungen – Kritik und Impulse für die Konzeptentwicklung. In: Denzer, K. (Hg.): *Handbuch Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen*. Bielefeld, 15–33
- Bauer, M./Nay, R. (2003): Family and staff partnerships in long-term care. A review of the literature. *Journal of Gerontological Nursing* 29, Nr. 10, 46–53
- Beaver, M.L. (1979): The Decision-Making Process and its Relationship to Relocation Adjustment in Old People. *The Gerontologist* 19, Nr. 6, 567–574
- Becker, C./Koczy, P./Rissmann, U./Lindemann, B. (2005): Medizin im Altenheim – eine „alte“ Domäne der Geriatrie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, Nr. 1, 24–27
- Boeger, A./Pickartz, A. (1998): Die Pflege chronisch kranker in der Familie. Psychosoziale Beeinträchtigungen und Wohlbefinden bei pflegenden Frauen. *Pflege*, Nr. 11, 319–323
- Braun, U. (2003): Statement zum Expertenstandard „Entlassungsmanagement“: „Schnittstellen bei der Altenhilfe besonders problematisch“. *Pro Alter* 36, Nr. 1, 60–61
- Burkhardt-Weber, S. (1996): Mithilfe von Angehörigen bei der Pflege von Patienten auf der Intensivstation. *Intensiv* 4, Nr. 4, 170–175
- Chwalek, A. (1998): Wenn die Nacht nicht mehr zum Schlafen da ist – Nachtpflegekonzepte in der BRD. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 49, Nr. 3, 108–112
- Cortes, T./Wexler, S./Fitzpatrick, J.J. (2004): The transition of elderly patients between hospitals and nursing homes. Improving nurse-to-nurse communication. *Journal of Gerontological Nursing* 30, Nr. 6, 10–15
- Däbritz, S. (2003): Anspruch und Wirklichkeit von Pflegedokumentation in stationären Einrichtungen der Altern- und Behindertenhilfe. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge* 83, Nr. 1, 17–20
- Daneke, S. (2000): Angehörigenarbeit. München: Urban & Fischer
- Dangel, B./Korporal, J. (2001): Instrument für das Entlassungsmanagement: Bericht zur Pflegeüberleitung muss von allen Beteiligten verstanden werden. *Pflegezeitschrift* 54, Nr. 7, 475–478
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hg.) (2004): Überleitung und Case Management in der Pflege. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2005): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2004): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP
- Domscheit, S./Wingenfeld, K. (1996): Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen. Konzeptionelle Entwicklungen, Problemfelder und Anforderungen. Bericht über eine erste Bestandsaufnahme. Schriftenreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
- Dühring, A./Claus, S. (1999): Schlaflose Nächte. Eine Leistungserhebung in Bremen hat nächtliche Tätigkeiten im Pflegeheim transparenter gemacht. *Altenpflege* 24, Nr. 6, 22–25
- Dürmann, P. (Hg.) (2005): Besondere stationäre Dementenbetreuung 2. Konzepte, Kosten, Konsequenzen. Hannover: Vincentz
- Ewers, M./Schaeffer, D. (2005): Versorgung am Ende des Lebens – Einführung. In: Ewers, M./Schaeffer, D. (Hg.): *Am Ende des Lebens – Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase*. Bern: Huber, 9–18
- Falkenstein, K. (2001): Die Pflege Sterbender als besondere Aufgabe der Altenpflege. Hagen: Brigitte Kunz Verlag
- Feichtinger, L./Thiele, C./Baumann, U./Mitmansgruber, H./Somweber, M. (2002): Der Umzug ins Seniorenheim aus der Sicht von nicht institutionalisierten Senioren. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 15, Nr. 4, 125–137
- Filipp, S.H. (1995): Kritische Lebensereignisse. 3. Aufl. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union
- Fischer-Doetzki, E./Georg, J. (2005): Shift-Work-Manager in der Pflege. *Pflege Aktuell* 59, 2, 72–75
- Föcher, L./Mangei, K. (2001): Die Pflegeüberleitung verbessern. Praxishilfe für die Altenpflege. Ein Beitrag zur Verbesserung der Pflegeüberleitung zwischen Krankenhaus und Pflegeheim. Bruchsal: ASTEX-Verlag
- Fuchs, S. (2000): Arbeitshilfen für die Bildungsarbeit mit pflegenden Angehörigen. Hagen: Brigitte Kunz Verlag
- Garms-Homolová, V. (1998): Was verstehen niedergelassene Ärzte unter Kooperation? In: Garms-Homolová, V./Schaeffer, D.: *Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung*. Wiesbaden: Ullstein Medical, 113–125
- Garms-Homolová, V. (2000): Pflege im Alter. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa, 485–505
- Geißler, K.A. / Hege, M. (2001): Konzepte sozialpädagogischen Handelns. Ein Leitfaden für soziale Berufe. 10. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- George, W./George, U. (2003): Angehörigenintegration in der Pflege. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Glass, J. C./Todd-Atkinson, S. (1999): Continuing education needs of nurses employed in nursing facilities. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 30, Nr. 5, 219–228
- Gräfe, R. (1983): Probleme bei der Übersiedlung ins Pflegeheim/Krankenhaus. *Evangelische Impulse* 3, 18–19
- Gröning, K./Kunsmann, A.-C./Rensing, E. (2004): In guten wie in schlechten Tagen. Konfliktfelder in der häuslichen Pflege. Frankfurt a.M.: Mabuse
- Gröning, K./Lienker, H. (2003a): „... dann klappt's auch mit den Angehörigen“. *Heim und Pflege* 34, Nr. 2, 39–41
- Gröning, K./Lienker, H. (2003b): „... und dann hat es Klick gemacht“. *Heim und Pflege* 34, Nr. 3, 88–91



- Hahn, M. (1983): Vom Krankenhaus ins Pflegeheim. *Mitteilungen der Altenhilfe* 2, 15–19
- Hallauer, J./Bienenstein, C./Lehr, U./Rönsch, H. (2005): SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz
- Hansen, K./Mahoney, J./Palta, M. (1999): Risk factors for lack of recovery of ADL independence after hospital discharge. *Journal of the American Geriatric Society* 47, Nr. 3, 360–265
- Heimerl, A./Heller, A./Zepke, G./Zimmermann-Seitz, H. (1998): Organisationskultur des Sterbens – das DID-IFF-Projekt. Düsseldorf
- Hertzberg, A./Ekman, S.-L./Axelsson, K. (2001): Staff activities and behaviour are the source of many feelings: relatives' interactions and relationships with staff in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 10, Nr. 3, 380–388
- Holtzner-Bade, C. (1994): Wenn andere schlafen ... Zur Situation der Nachtwache in Alten- und Pflegeheimen. *Altenheim* 33, Nr. 12, 860–865
- Hummel, K. (1989): Wohnen im Alter. In: Döhring, B. (Hg.): *Zu Hause leben oder im Altenheim: Eine Entscheidungshilfe für ältere Menschen und ihre Familien*. Frankfurt a.M.: Fischer-Taschenbuch-Verlag
- Jansen, B./Klie, T. (1999): Häuslichkeit. In: Jansen, B./Karl, F./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hg.): *Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis*. Weinheim, Basel: Beltz, 521–539
- Janzen, W. (2001): Long-term care for older adults: the role of the family. *Journal of Gerontological Nursing* 27, Nr. 2, 36–43
- Johansson, P./Oléni, M./Fridlund, B. (2005): Nurses' assessments and patients' perceptions: development of the night nursing care instrument (NNCI), measuring nursing care at night. *International Journal of Nursing Studies* 42, Nr. 5, 569–578
- Jonas, I./Sowinski, C. (2000): Krankheitsbedingte Schlaflosigkeit. Was tun, wenn man nicht ruhen kann? *Pro Alter* 33, Nr. 3, 70–73
- Joosten, M. (1993): Die Pflege-Überleitung vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenheimpflege. „Von der Lücke zur Brücke“. Eine Handlungsforschung in der Pflege. Eigenverlag
- Josat, S./Schubert, H.-J./Schnell, M.W./Köck, C. (2006): Qualitätskriterien, die Altenpflegeheimbewohnern und Angehörigen wichtig sind. *Pflege* 19, Nr. 2, 79–87
- Kauffeld, S./Kühnert, S./Wittrahm, A. (1995): *Psychologische Grundlagen der Altenarbeit*. Bonn: Ferdinand Dümmlers Verlag
- KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.) (2000): *Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen*. Köln: KDA
- Kerkhoff, B./Halbach, A. (2002): *Biografisches Arbeiten: Beispiele für die praktische Umsetzung*. Hannover: Vincentz
- Klingensfeld, H. (1999): *Heimübersiedlung und Lebenszufriedenheit älterer Menschen. Person- und Umweltfaktoren und ihr Einfluss auf die Anpassungsleistung an das Heimleben*. Frankfurt a.M., Berlin, Bern, New York, Paris, Wien: Peter Lang
- Kowalski, N.C. (1981): Institutional Relocation: Current Programs and Applied Approaches. *The Gerontologist* 21, Nr. 5, 512–519
- Krešević, D.M./Landefeld, C.S./Palmer, R./Kowal, J. (1997): Der Umgang mit akuten Verschlechterungen bei chronisch kranken älteren Menschen. In: Funk, S. G./Tornquist, E. M./Champagne, M. T./Wiese, R. (Hg.): *Die Pflege chronisch Kranker*. Bern: Huber, 155–165
- Kronberg, G. (1999): *Literaturbericht. Praxis der Angehörigenarbeit*. Bielefeld: Haus Neuland
- Kunz, R. (2003): Entscheidungen am Lebensende. Palliative Care für Patienten mit fortgeschrittener Demenz: Values Based statt Evidence Based Practice. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36, Nr. 5, 355–359
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.) (1999): *Schlaflos (un)glücklich. Fachtagung zur Nachtpflege*. 21. Oktober 1998 in Düsseldorf. Köln
- Landtag Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2005): *Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“*. Düsseldorf
- Lazarus, R. S. (1990): Streß und Streßbewältigung – Ein Paradigma. In: Filipp, S.-H. (Hg.): *Kritische Lebensereignisse*. 2., erw. Aufl. München: Psychologie Verlags Union, 198–232
- Lee, D. T./Woo, J./Mackenzie, A. E. (2002): A Review of Older People's Experiences with Residential Care Placement. *Journal of Advanced Nursing* 37, Nr. 1, 19–27
- Lehr, U. (2003): *Psychologie des Alterns*. 10., korr. Aufl. Wiebelsheim: Quelle & Meyer
- Levy-Storms, L./Miller-Martinez, D. (2005): Family caregiver involvement and satisfaction with institutional care during the 1st year after admission. *The Journal of Applied Gerontology* 24, Nr. 2, 160–174
- McGarry Logue, R. (2003): Maintaining family connectedness in long-term care. An advanced practice approach to family-centered nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing* 29, Nr. 6, 24–31
- MDS – Medizinische Dienste der Spitzenverbände der Krankenversicherung e.V. (2005): *Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege*. Essen: MDS
- Motohashi, Y./Maeda, A./Wakamatsu, H./Higuchi, S./Yuasa, T. (2000): Circadian rhythm abnormalities of wrist activity of institutionalized dependent elderly persons with dementia. *The Journal of Gerontology* 55A, Nr. 12, 740–743
- Muecke, S. (2004): Effects of rotating night shifts: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 50, Nr. 4, 433–439
- Münch, M./Cajochen, C./Wirz-Justice, A. (2005): Schlaf und zirkadiane Rhythmik im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, Supplement 1, 21–23
- Nolan, M./Walker, G./Nolan, J./Williams, S./Poland, F./Curran, M./Kent, B. C. (1996): Entry to Care: Positive Choice or fait Accompli? Developing a more Proactive Nursing Response to the Needs of Older People and their Carers. *Journal of Advanced Nursing* 24, Nr. 2, 265–274
- Nübling, R./Kriz, D./Kress, G./Schrempp, C./Löschmann, C./Schmidt, J. (2004): Angehörigenbefragungen – Potenziale für das interne Qualitätsmanagement in Altenpflegeeinrichtungen. *Gesundheitswesen* 66, Nr. 6, 380–386
- Ouslander, J. G./Al-Samarrai, N./Schnelle, J. F. (2001): Prompted voiding for nighttime incontinence in nursing homes: is effective? *Journal of the American Geriatrics Society* 49, Nr. 6, 706–709
- Pinquart, M./Devrient, F. (1991): Einflussfaktoren auf die Eingewöhnung in ein Feierabend- und Pflegeheim. Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Zeitschrift für Altersforschung* 46, Nr. 2, 119–122
- Pleschberger, S./Heimerl, K./Wild, M. (Hg.) (2002): *Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht*. Wien: Facultas Universitätsverlag
- Port, C.L. (2004): Identifying changeable barriers to family involvement in the nursing home for cognitively impaired residents. *The Gerontologist* 44, Nr. 6, 770–778

- Prochaska, J. O./DiClemente, C. C./Norcross, J. C. (1992): In Search of how People change. Applications to addictive behaviours. *American Psychologist* 47, 1101–1114
- Reggentin, H. (2006): Belastungen von Angehörigen demenziell Erkrankter: Die Versorgungsform spielt eine Rolle. *Pflegezeitschrift* 59, Nr. 1, 25–28
- Reinardy, J.R. (1992): Decisional Control in Moving to a Nursing Home: Postadmission Adjustment and Well-Being. *The Gerontologist* 32, Nr. 1, 96–103
- Reitinger, E./Heller, A./Tesch-Römer, C./Zeman, P. (2004): Leitkategorie Menschenwürde. Zum Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Freiburg i. B.: Lambertus
- Rensing, E. (2001): Die Praxis der Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme. In: Haus Neuland (Hg.): Praxis der Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen. Fachtagung am 7./8. Dezember 2000. Bielefeld, 24–30
- Rosswurm, M. A./Lanham, D. M. (1998): Discharge planning for elderly patients. *Journal of Gerontological Nursing* 24, Nr. 5, 14–21
- Ruhkamp, C. (1999): „Wer geht schon freiwillig um sieben Uhr ins Bett?“ Das Modellprojekt „Nachtcafé Stern“ in Düsseldorf-Garath, *Pro Alter* 32, Nr. 1, 54–57
- Ryan, A. A./Scullion, H. F. (2000): Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing* 32, Nr. 3, 626–634
- Salis Gross, C. (2005): Der ansteckende Tod: Sterbeverläufe im Alters- und Pflegeheim. In: Ewers, M./Schaeffer, D. (Hg.): Am Ende des Lebens – Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase. Bern: Huber, 155–174
- Saup, W. (1984): Streß und Streßbewältigung bei der Heimübersiedlung älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie* 17, Nr. 4, 198–204
- Saup, W. (1990): Übersiedlung und Aufenthalt im Alten- und Pflegeheim. In: Mayring, P./Saup, W. (Hg.): Entwicklungsprozesse im Alter. Stuttgart: Kohlhammer, 75–104
- Saup, W. (1993): Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer
- Saup, W./Schröppel, H. (1993): Wenn Altenheimbewohner selbst bestimmen könnten. Möglichkeiten und Grenzen der Interventionsgerontologie. Augsburg: Verlag für Gerontologie
- Schachtner, C. (1987): Wie sich alte Menschen ihr Leben wünschen. Ergebnisse einer Umfrage. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hg.): Ergraute Gesellschaft. Berlin: DZA, 387–404
- Schaeffer, D. (2000): Bruchstellen in der Versorgung chronisch kranker alter Menschen. In: Seidl, E./Stanková, M./Walter, I. (Hg.): Autonomie im Alter. Wien/München/Bern: Wilhelm Maudrich, 11–35
- Schaeffer, D./Günnewig, J./Ewers, M. (2003): Versorgung in der letzten Lebensphase. Analyse einzelner Fallverläufe. P 03–120 Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Bielefeld: IPW
- Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (2004): Pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kruse, A./Martin, M. (Hg.): Enzyklopädie der Gerontologie. Altersprozesse in multidisziplinärer Sicht. Bern: Huber, 477–490
- Schmidt, R. (2003): Angehörigenarbeit in der vollstationären Pflege von Menschen mit Demenz – eine Übersicht über den „Stand der Kunst“. In: Klie, T./Buhl, A./Entzian, H./Schmidt, R. (Hg.): Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen. Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorenübergreifender Perspektive. Frankfurt a. M.: Mabuse, 243–267
- Schnelle, J.F./Alessi, C.A./Al-Samarrai, N.R./Fricker, R.D./Ouslander, J.G. (1999): The nursing home at night: effects of an intervention on noise, light and sleep. *Journal of the American Geriatrics Society* 47, Nr. 4, 430–438
- Schnepp, W. (Hg.) (2002): Angehörige pflegen. Bern: Huber
- Scholz, T. (1996): Discharge Planning in Großbritannien – Pflegeüberleitung in Deutschland. *Pflegezeitschrift* 6, Dokumentation Pflegepraxis, 1–12
- Severson, M. A./Smith, G. E./Tangalos, E. G./Peterson, R. C./Kokmen, E./Ivnik, R.J./Atkinson, E.J./Kurland, L. T. (1994): Patterns and predictors of institutionalization in community-based dementia patients. *Journal of the Geriatrics Society* 42, Nr. 2, 181–185
- Sidell, N.L. (1997): Easing transitions: solution focused principles and the nursing home resident's family. *Clinical Gerontologist* 18, Nr. 2, 21–41
- Singer, P./Bowman, K. (2005): Versorgungsqualität am Lebensende: Eine globale Herausforderung. In: Ewers, M./Schaeffer, D. (Hg.): Am Ende des Lebens – Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase. Bern: Huber, 19–40
- Steiner, I. (2001): Systematische Zusammenarbeit mit Angehörigen als Bestandteil eines nachhaltigen Dienstleistungskonzeptes für Altenhilfeeinrichtungen – Bedeutung, Funktion und Praxisbausteine. In: Haus Neuland (Hg.): Praxis der Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen. Fachtagung am 7./8. Dezember 2000. Bielefeld, 67–89
- Student, J.C. (Hg.) (1999): Das Hospiz-Buch. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Thiele, C./Feichtinger, L./Baumann, U./Mitmansgruber, H./Somweber, M. (2002): Der Umzug ins Seniorenheim – Erfahrungen von Senioren und Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 35, Nr. 6, 556–564
- Tiebe, S. (2005): Strafrechtlicher Patientenschutz. Die Bedeutung des Strafrechts für die individuellen Patientenrechte. Frankfurt a. M./Berlin: Peter Lang
- Urlaub, K. H. (1995): Angehörigenarbeit in Heimen. Konzepte und Erfahrungen. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Köln
- von Kondratowitz, H.-J./Schmitz-Scherzer, R. (1999): Über den Alltag im Alter. In: Jansen, B./Karl, F./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim und Basel: Beltz, 490–503
- von Spiegel, H. (2004): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Wahl, H.-W./Reichert, M. (1994): Übersiedlung und Wohnen im Altenheim als Lebensaufgabe. In: Kruse, A./Wahl, H.-W. (Hg.): Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort? Bern: Huber, 15–47
- Weiss, T. (2001): Waschechte Probleme. *Altenpflege* 26, Nr. 10, 48–49
- WHO – World Health Organization (1990): Cancer Pain Relief and Palliative Care. Genf: WHO
- WHO – World Health Organization (2004): Better Palliative Care for Older People. Hg. von E. Davies und I. Higginson. Kopenhagen: WHO
- Wilkening, K./Kunz, R. (2003): Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht



- Wingenfeld, K. (2002): Der Übergang des Krankenhauspatienten in die ambulante Pflege. In: Schaeffer, D./Ewers, M. (Hg.): *Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker*. Bern: Huber, 336–364
- Wingenfeld, K. (2004): Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen: Nachtdienste detailliert dokumentieren. *Altenheim* 43, Nr. 6, 40–43
- Wingenfeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Huber
- Wingenfeld, K./Korte-Pötters, U./Heitmann, D. (2006): Qualitätsmaßstäbe für die vollstationäre Pflege, Version 1.0, Heft 3 der Schriftenreihe „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004–2006“, hg. vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS). Düsseldorf: MAGS
- Wingenfeld, K./Schnabel, E. (2002): *Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen*. Düsseldorf
- Wirsing, K. (1987): *Psychologisches Grundwissen für Altenpflegeberufe. Ein praktisches Lehrbuch*. 3. Aufl. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Zeissler, U. (1998): Wie Tag und Nacht. *Altenpflege* 23, Nr. 9, 42–43
- Zürcher, K. (1997): Pflegeheimtritt. In: Holenstein, H. (Hg.): *Spielräume in der Pflege*. Bern: Huber, 189–208

Kapitel 7

Verbesserte Dokumentationsformen



7. Verbesserte Dokumentationsformen

7.1 Einführung	1
7.2 Grundsätze zur Ausgestaltung verbesserter Dokumentationsformen	4
1. Organisatorische Rahmenbedingungen und Voraussetzungen	5
2. Identifizierung vorrangiger Problemlagen	6
3. Formulierung von Pflegezielen	7
4. Tagesplan (Maßnahmenplanung)	7
5. Durchführungs-/Leistungsnachweise	11
Literatur	13

7.1 Einführung

Grundsätzliche Regelungen für die schriftliche Dokumentation sind unerlässlich, um eine qualitätsgesicherte Versorgung von Bewohnern sicherzustellen. Zugleich muss jedoch ein Übermaß an Regulierungen, die mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden sind, vermieden werden. Mit sehr umfangreichen Pflegedokumentationen versuchen Einrichtungen, Anforderungen (z. B. durch Qualitätsprüfungen) zu erfüllen und sich „nach allen Seiten“ abzusichern. Häufig unterschiedslos werden wichtige und unwichtige Informationen ausführlich dokumentiert. Dies ist nicht nur sehr aufwändig, sondern führt auch zu einer großen Unübersichtlichkeit in der Pflegedokumentation. Daher sind trotz oftmals sehr umfangreicher Pflegedokumentationen Mängel in der Abbildung des Pflegeprozesses weit verbreitet.

Verbesserte Dokumentationsformen setzen an dieser Stelle an: Sie zielen darauf, einen aus fachlicher Sicht unnötigen Aufwand zu vermeiden, gleichzeitig die Qualität der Pflegedokumentation zu steigern und somit letztlich auch Verbesserungen der Versorgungsqualität zu erreichen.

In der öffentlichen Wahrnehmung ist das Thema schon länger präsent. Unter dem Stichwort „Entbürokratisierung“ hat es unterschiedliche politische Initiativen gegeben, mit denen die für den Bereich der stationären Altenhilfe geltenden Regelungen auf den Prüfstand gestellt wurden (z. B. Runder Tisch Pflege: DZA 2005).

Funktionen der Pflegedokumentation

In erster Linie hat die Pflegedokumentation die Aufgabe, den Pflegeprozess nachvollziehbar abzubilden (Heering 2004). Die an der Versorgung Beteiligten sollen mit Hilfe der Dokumentation in die Lage versetzt werden, sich ein umfassendes Bild von der Person und Situation sowie den Bedarfslagen des Bewohners machen zu können, wozu ausreichend konkret und somit handlungsleitend dokumentiert werden muss (Bartholomeyczik 2005).

Die Pflegedokumentation dient auch dazu, Nachweise gegenüber externen Stellen zu erbringen. Hierzu zählen bspw. die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie die Heimaufsichtsbehörden. Eine qualitativ hochwertige Pflegedokumentation ist immer eine wichtige Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Pflege. Denn ohne eine klare Maßnahmenplanung, ohne handlungsleitende Pflegeziele, die für alle Mitarbeiter transparent sind, ist ein hohes Risiko für Versorgungsmängel zu erwarten.

Normative Anforderungen – Auswirkungen auf die Dokumentationspraxis

Nach Einführung der Pflegeversicherung hat sich die Dokumentationspraxis zunehmend an Kriterien orientiert, die sich aus Sicht der Einrichtungen aus folgenden Anforderungen ergeben:

- Qualitätsprüfungen und Begutachtungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung,
- Prüfungen der Heimaufsichtsbehörden,
- Nachweis der erbrachten Leistungen gegenüber Kostenträgern,
- Zivil- und haftungsrechtliche Absicherung.

Negative Auswirkungen ergeben sich u. a. aus der Strategie vieler Einrichtungen, sich durch eine ausführliche und umfangreiche Dokumentation gegenüber einer möglichen Kritik durch die genannten Stellen soweit wie möglich abzusichern. Dies



betrifft z. B. den Nachweis erbrachter Leistungen, der akribisch in Form von – zum Teil seitenlangen – Auflistungen einzelner Tätigkeiten geführt wird (Mybes 2005; BMFSFJ 2005).

Ein weiteres Beispiel sind Pflegeplanungen, die häufig zahlreiche Seiten füllen und dabei unübersichtlich gestaltet sind. Dies kann insbesondere dann zutreffen, wenn Pflegeplanungen anhand von Aktivitäten (z. B. Lebensaktivitäten, ATL, AEDL) strukturiert werden und diese Systematik so genutzt wird, dass alle Ressourcen/Probleme, Zielsetzungen und Maßnahmen den einzelnen Aktivitäten formalistisch zugeordnet werden. So ist mitunter festzustellen, dass ein bestimmtes Pflegeproblem in viele Teilprobleme zerlegt und dann unterschiedlichen Aktivitäten zugeordnet wird. Die Einrichtungen wählen dieses Vorgehen unter der Annahme, es sei eine Forderung der Prüfinstanzen (MDK und/oder Heimaufsicht). Diese Annahme ist allerdings nicht belegbar (BMFSFJ 2005).

Beispiel:

Ein Bewohner benötigt sowohl beim Aufsuchen des Speiseraums als auch bei der anschließenden Nahrungsaufnahme und dem Händewaschen nach Einnahme der Mahlzeit Unterstützung.

Die unterschiedlichen Hilfestellungen (beim Aufsuchen des Speiseraums, bei der Nahrungsaufnahme, beim Händewaschen) sind alle mit der Einnahme der Mahlzeit verbunden und stehen somit in einem engen Zusammenhang (vgl. Kapitel 5). Durchführungs-/Leistungsnachweise für jede einzelne dieser Maßnahmen, anstelle eines einzigen Nachweises für das gesamte Maßnahmenbündel, sind in der Praxis nicht üblich.

Erfolgt die Pflegeplanung anhand der Aktivitäten des täglichen Lebens, kann es auch vorkommen, dass sich die oben beschriebenen Maßnahmen unter drei verschiedenen Aktivitäten wiederfinden (jeweils mit eigener Problem- und Zielformulierung) und nicht mehr im Zusammenhang nachvollzogen werden können:

- „Sich bewegen können“ (Aufsuchen des Speiseraums),
- „Essen und trinken können“ (Nahrungsaufnahme) und
- „Sich pflegen können“ (Händewaschen).

Um den Zusammenhang zwischen einzelnen Aspekten der Pflegeplanung dennoch ersichtlich zu machen, werden z. T. identische Informationen mehrfach dokumentiert, was wiederum zu einem erhöhten Aufwand führt und die Übersichtlichkeit beeinträchtigt.

Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass der Pflegeprozess und die Pflegedokumentation von den Pflegekräften nicht mehr als ihr eigenes Werkzeug betrachtet werden, sondern zunehmend als Belastung. Denn die eigentliche Funktion der Pflegedokumentation, den Pflegeprozess strukturiert und nachvollziehbar abzubilden, geht über diese bürokratischen Auswüchse verloren.

Projekte zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation

Unter dem Stichwort „Entbürokratisierung“ wurden in einigen Bundesländern Initiativen zur Behebung der geschilderten Problematik ins Leben gerufen, z. B. in Schleswig-Holstein, Bayern und Rheinland-Pfalz (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz Schleswig-Holstein 2005; Wipp 2004; Kamm 2004; Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz 2006). Als gemeinsame Ziele dieser Vorhaben lassen sich die Reduzierung des Dokumentationsaufwandes bei gleichzeitiger Erfüllung der gesetzlichen Regelungen und die Abbildung des Pflegeprozesses in verbesserter Qualität identifizieren. Folgende Aspekte spielen bei allen genannten Initiativen eine Rolle:

- Der Bewohner soll wieder in den Mittelpunkt des Geschehens rücken, indem sein individueller Tagesablauf einen zentralen Stellenwert erhält.
- Die Dokumentation soll für die Mitarbeiter eine Unterstützung und keinen zusätzlichen Aufwand darstellen.
- Eine Aufwandsverminderung soll erreicht werden, indem die üblichen Durchführungsnachweise vereinfacht und bei den Pflegezielen Prioritäten gesetzt werden.

Verbesserte Dokumentationsformen im Referenzkonzept

Im Referenzkonzept wird das Thema „Entbürokratisierung“ aufgegriffen, indem Anforderungen und Vorgehensweisen zur Einführung und Umsetzung verbesserter Formen der Pflegedokumentation festgelegt werden. Mit den verbesserten Dokumentationsformen wird angestrebt, die Pflegedokumentation wieder auf ihre ursprüngliche Funktion zurückzuführen. Diese Rückbesinnung erfolgt unter Beachtung externer Vorgaben und Richtlinien zur Qualitätssicherung. Die gewonnene Zeit durch die Reduzierung Aufwands soll in die Pflegeplanung und Dokumentation investiert werden, um diese qualitativ zu optimieren.

Im Folgenden wird der Begriff „Verbesserte Dokumentationsformen“ verwendet und nicht „Vereinfachte/Entbürokratisierte Dokumentation“. Hiermit soll möglichen Missverständnissen vorgebeugt werden:

Vorrangig wird das Ziel einer (inhaltlichen) Verbesserung der Pflegedokumentation angestrebt. In diesem Zusammenhang wird auch ein unnötiger Aufwand vermieden. Es geht jedoch nicht um eine Reduzierung der Abbildung des Pflegeprozesses, sondern um die Reduzierung bzw. Vermeidung fachlich unwichtiger Dokumentationsanteile!

Verbesserte Dokumentationsformen im Referenzkonzept lehnen sich auf der einen Seite zwar an die zentralen Aspekte und Erfahrungen aus abgeschlossenen Initiativen/Projekten (siehe oben) an, es gibt jedoch auch einige Unterschiede. So wird z. B. keine Musterdokumentation vorgeschlagen. Hierdurch soll Einrichtungen eine über Gebühr aufwändige und kostspielige Umstellung ihrer gesamten Pflegedokumentation erspart bleiben. Natürlich ist es immer notwendig, einen Teil des Formularwesens anzupassen, was mit einem gewissen zeitlichen und organisatorischen Aufwand verbunden ist. Es kommt jedoch darauf an, diesen Aufwand so weit wie möglich zu begrenzen.

Anstelle einer Musterdokumentation werden *Grundsätze zur Ausgestaltung verbesserter Dokumentationsformen* festgelegt. Deren Umsetzung macht kein vollständig neues Dokumentationssystem erforderlich, sondern eine Modifizierung von Anteilen des vorhandenen Systems. Hierdurch kann den unterschiedlichen Bedingungen in der Praxis Rechnung getragen werden. Denn es gibt ja nicht nur unterschiedliche Formulare in Papierform. Immer mehr Einrichtungen arbeiten mit EDV-gestützten Lösungen oder mit einer Kombination aus Beidem.

Die Ausgestaltung der Pflegedokumentation gemäß den Grundsätzen kann in der Praxis durchaus in unterschiedlicher Art und Weise erfolgen. Die Grundsätze gestalten den Rahmen und lassen Handlungsspielraum für Einrichtungen zu. So können z. B. bewährte Vorgehensweisen beibehalten bzw. träger- oder einrichtungsspezifische Besonderheiten berücksichtigt werden.



7.2 Grundsätze zur Ausgestaltung verbesserter Dokumentationsformen

Durch die Einführung verbesserter Dokumentationsformen soll sowohl eine Qualitätssteigerung als auch eine Vermeidung von unnötigem Dokumentationsaufwand erreicht werden. Hierbei sind die folgenden Aspekte von zentraler Bedeutung:

- Regelung organisatorischer Rahmenbedingungen,
- Bedarfsgerechte Zielplanung,
- Bewohnerorientierter Versorgungsablauf,
- Aufwandsreduzierung bei der Leistungsdokumentation.

Die nachfolgenden Grundsätze beziehen sich ausschließlich auf diese Aspekte. Rechtliche und andere normative Anforderungen an die Pflegedokumentation (z. B. MDS 2005, Heimrecht) müssen bei der Umsetzung verbesserter Formen der Pflegedokumentation selbstverständlich wie bisher berücksichtigt werden, auch wenn sie im Folgenden nicht explizit angesprochen werden.

Die Grundsätze zielen darauf ab, die Dokumentation von unnötigem Aufwand zu befreien und ihre eigentliche Funktion wieder in den Mittelpunkt zu rücken, um dadurch eine wichtige Voraussetzung für eine planvolle Pflege und Betreuung zu schaffen. Um dieses Ziel zu erreichen ist es hilfreich, auch die anderen Bausteine des Referenzkonzepts zu implementieren. Aber auch unabhängig davon kann die Umsetzung bei Beachtung der Grundsätze und Erläuterungen vorgenommen werden.

1. Organisatorische Rahmenbedingungen und Voraussetzungen

- 1.1 Die Verantwortung für die Sicherstellung einer fachgerechten Durchführung der individuellen Pflege und Dokumentation ist eindeutig personell zugeordnet.
- 1.2 Es bestehen Regelungen hinsichtlich der Arbeitszeit, die für Aufgaben im Rahmen der Pflegedokumentation zur Verfügung steht.
- 1.3 Die Mitarbeiter sind im Umgang mit verbesserten Dokumentationsformen geschult.
- 1.4 Das bestehende Dokumentationssystem ist entsprechend den Grundsätzen der verbesserten Dokumentationsformen angepasst.
- 1.5 Ein vollständiges, fachlichen Kriterien genügendes und an den Bedarfslagen der Bewohner orientiertes pflegerisches Assessment wird durchgeführt.

■ zu 1.1

Die Verantwortung für die *Steuerung und Koordination* der individuellen Versorgung des Bewohners soll der jeweils für den Bewohner zuständigen Pflegefachkraft (z. B. Bezugspflegekraft) vorbehalten bleiben. Die personelle Zuständigkeit soll auch für außenstehende Personen nachvollziehbar und dokumentiert sein. Hierzu kann u. a. der Dienstplan oder ein Arbeitsablaufplan genutzt werden.

■ zu 1.2

Die der zuständigen Pflegefachkraft für Planungs- und Dokumentationsaufgaben zur Verfügung stehenden Arbeitszeit (wöchentlich/monatlich) wird festgelegt und soll allen Mitarbeitern bekannt sein. Dies ist wichtig, um eine Abstimmung mit den Aufgaben anderer Mitarbeiter zu gewährleisten.

■ zu 1.3

Schulungen der Mitarbeiter sollten mindestens folgende Inhalte haben:

- Bedeutung und Konsequenzen der Zuweisung von Verantwortlichkeiten,
- Anpassungen des Pflegedokumentationssystems (z. B. Gestaltung des „verbesserten“ Dokumentationssystems),
- Umgang mit verbesserten Dokumentationsformen (z. B. mit neuen/veränderten Formularen).

Vorab können Schulungen zu Grundlagen des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation erforderlich werden. Es reicht nicht aus, lediglich die Unterschiede zwischen herkömmlichen und verbesserten Dokumentationsformen zu vermitteln. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn Mitarbeiter mit Dokumentationsaufgaben betraut sind, die Wissensdefizite bei den Themen „Pflegeprozess“ und „Pflegedokumentation“ haben.

Eine wichtige Voraussetzung für die Einführung verbesserter Dokumentationsformen ist die fachliche Kompetenz der zuständigen Pflegefachkräfte in der Anwendung des Pflegeprozesses und dem Führen einer aussagekräftigen Pflegedokumentation. Sie sollten eine Multiplikatorenfunktion übernehmen, indem sie ihr Wissen an andere Mitarbeiter weitergeben und diese anleiten.



■ zu 1.4

Wie bereits erwähnt, ist die Einführung eines vollständig neuen Dokumentationssystems zur Einführung verbesserter Dokumentationsformen gemäß den vorliegenden Grundsätzen nicht zwingend erforderlich. Dennoch werden in den meisten Fällen Anpassungen einzelner Formulare/Dokumente erfolgen müssen. Hierbei sind unterschiedliche Vorgehensweisen vorstellbar:

- Anpassung bestehender bzw. Entwicklung einzelner neuer Formulare in Zusammenarbeit mit dem Anbieter des bisher genutzten Dokumentationssystems,
- Modifizierte/neue Formulare werden von der Einrichtung eigenständig als Ergänzung zum genutzten Dokumentationssystem erstellt.

■ zu 1.5

Dem pflegerischen Assessment kommt im Rahmen des Pflegeprozesses eine grundlegende Bedeutung zu. Für die Umsetzung verbesserter Dokumentationsformen ist es wichtig, ein pflegerisches Assessment durchzuführen, das fachlichen Kriterien genügt und an den Bedarfslagen der Bewohner ausgerichtet ist. Hierzu gehört beispielsweise, dass kognitive Einbußen und Verhaltensprobleme hinreichend eingeschätzt werden. Hierbei kann es hilfreich sein, den Baustein „Assessment und Biografieerfassung“ des Referenzkonzepts zu nutzen.

2. Identifizierung vorrangiger Problemlagen

Auf der Grundlage der Ergebnisse des pflegerischen Assessments werden Prioritäten unter den individuellen Pflegeanforderungen identifiziert und als solche in der Dokumentation kenntlich gemacht.

Die Ergebnisse des pflegerischen Assessments können auf unterschiedlich gestalteten Formularen dokumentiert werden (je nach Gepflogenheit in der Einrichtung). Entscheidend ist, dass ein Überblick über alle Ressourcen, Problemlagen und Bedürfnisse des Bewohners vorliegt. Auf dieser Grundlage soll die Entscheidung getroffen werden, welche Aspekte/Problemlagen aus Bewohnersicht bzw. pflegefachlicher Sicht wesentlich sind und welche Prioritäten innerhalb dieser Problemlagen vorliegen (MDS 2005). Wesentlich sind die Problemlagen dann, wenn sie aus gesundheitlichen Einschränkungen bzw. körperlichen/kognitiven Funktionseinbußen und/oder psychischen/sozialen Problemlagen hervorgehen und eine Zielplanung erforderlich machen. Anhand der Schwere der Einschränkungen und Problemlagen lassen sich dann Prioritäten festsetzen.

Die Kenntlichmachung wesentlicher Problemlagen kann auf unterschiedlichen Wegen erfolgen. Viele Dokumentationssysteme lassen bereits heute eine entsprechende Dokumentation zu, indem auf dem Assessmentformular angekreuzt werden kann, welche Problemlagen zentral bzw. weniger zentral sind. Ansonsten kann auch eine besondere farbige Kennzeichnung erfolgen. Die Auflistung zentraler Problemlagen kann ebenso auf separaten Formularen erfolgen.

3. Formulierung von Pflegezielen

Die ausformulierten Pflegeziele können auf das Wesentliche (unter Bezugnahme auf die individuell prioritären Pflegeanforderungen) reduziert werden. Problemlagen, die nicht als wesentlich eingestuft werden, aber dennoch eine Maßnahmenplanung erforderlich machen, benötigen keine Zielformulierung.

Die Identifizierung vorrangiger Problemlagen und Bedürfnisse (vorrangig aus Sicht des Bewohners oder aus pflegfachlicher Sicht) ist die Grundvoraussetzung für die Vermeidung überdimensionierter Pflegeplanungen. Die Formulierung von Pflegezielen kann begrenzt werden, indem nur für die vorrangigen Problemlagen Pflegeziele aufgeführt werden und inhaltlich zusammengehörende Probleme gemeinsam dargestellt werden (MDS 2005). Das heißt, es soll die Frage beantwortet werden, welche Ziele für die wesentlichen Problemlagen im Rahmen des pflegerischen Handelns angestrebt werden sollen.

Wird im Rahmen der Pflegeplanung eine Systematik der Aktivitäten des täglichen Lebens genutzt, ist Folgendes zu beachten:

- Auch bei einer Zuordnung der Pflegeprobleme zu den Aktivitäten des täglichen Lebens sollte erkennbar sein, welche Bedeutung ihnen beizumessen ist, d. h. welchen Stellenwert sie für die Versorgung einnehmen.
- Von der weit verbreiteten Praxis, für jede Aktivität des täglichen Lebens (ATL/AEDL) ein eigenes Pflegeziel zu formulieren und alle Pflegeleistungen mit einem eigenständigen Pflegeziel zu verbinden, sollte Abstand genommen werden. Stattdessen sollte man sich auf die Formulierung *vorrangiger* Pflegeziele konzentrieren.

4. Tagesplan (Maßnahmenplanung)

- 4.1 Für jeden Bewohner liegt ein zeitlich gegliederter Tagesplan (z. B. Früh-, Spät- und Nachtdienst) vor, der die folgenden Anforderungen erfüllt:**
 - Im Tagesplan sind alle Maßnahmen in zeitlicher Abfolge aufgeführt, die ein Bewohner in 24 Stunden regelmäßig erhält.
 - Außerdem enthält er Hinweise auf Maßnahmen, die zumindest einmal wöchentlich regelmäßig erbracht werden.
- 4.2 Der Tagesplan beinhaltet sowohl Maßnahmen, die zur Erreichung der in der Pflegeplanung formulierten Ziele notwendig sind, als auch Maßnahmen, die zwar notwendig, aber nicht mit schriftlich formulierten Zielen im Rahmen der Pflegeplanung verbunden sind.**
- 4.3 Maßnahmen, die aus den formulierten Zielen der Pflegeplanung resultieren, Pflegestandards und Maßnahmen der Behandlungspflege sind jeweils als solche gekennzeichnet.**

Die im Folgenden grau hinterlegten Textpassagen beziehen sich auf das am Ende des Kapitels stehende Beispiel und zeigen jeweils konkrete Umsetzungsmöglichkeiten auf.



Das Beispiel zeigt nur *eine Möglichkeit* zur Gestaltung eines Tagesplans und stellt kein Musterbeispiel dar. Andere Varianten der Ausgestaltung der oben genannten Grundsätze sind durchaus vorstellbar. Der Tagesplan sollte – ebenso wie die Pflegeplanung – gemeinsam mit dem Bewohner und/oder seinen Angehörigen erstellt bzw. besprochen werden.

Zuordnung der geplanten Maßnahmen zur jeweiligen Tageszeit

Anhand des Tagesplans wird die zeitliche Abfolge von Maßnahmen ersichtlich. Hierzu ist es nicht immer zwingend notwendig, *konkrete* Uhrzeiten zu hinterlegen. Es kann sinnvoller sein, einen Zeitrahmen vorzugeben. Die Entscheidung – konkrete Uhrzeit oder *Zeitrahmen* – ist immer in Abhängigkeit von der jeweiligen Maßnahme und den Bewohnerwünschen zu treffen. Ist z. B. ein Bewohner eine bestimmte Weckzeit gewohnt, so sollte diese konkret aufgeführt werden. Um jedoch die Realisierbarkeit zu überprüfen, ist es erforderlich, alle Tagespläne der Bewohner eines Wohnbereichs in den Blick zu nehmen, um z. B. zu vermeiden, dass zeitgleich ein nicht zu bewältigender Arbeitsaufwand entsteht.

■ **Beispiel** „Feste Uhrzeit“: Abschnitte 2 und 3 im Tagesplan

■ **Beispiel** „Zeitrahmen“: Abschnitte 1 und 4 im Tagesplan

Maßnahmenbeschreibung

Die stichwortartige aber aussagekräftige Beschreibung der Maßnahmen ist erforderlich und umfasst z. B.

- Konkreter Ablauf (was wird wie gemacht)
- Ggf. Durchführung durch zwei Pflegekräfte
- Verwendung von Hilfsmitteln
- Beachtung von Ritualen
- Andere individuelle Besonderheiten

Anhand der Maßnahmenbeschreibung soll der Ablauf der Maßnahme gut nachvollziehbar sein. Hierbei ist insbesondere Wert auf Dokumentation individueller Besonderheiten (z. B. Art der Ansprache) zu legen. Die im Rahmen des pflegerischen Assessments erfassten Gewohnheiten des Bewohners stellen eine wesentliche Grundlage für das Erstellen eines bedürfnisorientierten Tagesplanes dar. Entsprechendes gilt für biografische Informationen.

■ **Beispiel** „Konkreter Ablauf“: Abschnitt 4 im Tagesplan

■ **Beispiel** „Individuelle Besonderheiten“: Abschnitt 1 (kurze Information über die aktuelle Wetterlage)

Kennzeichnung von Pflegemaßnahmen

Pflegemaßnahmen, die aus schriftlich formulierten Pflegezielen abgeleitet sind, sollen kenntlich gemacht werden. Dabei muss eindeutig nachvollziehbar sein, welche Maßnahmen welchem Ziel zugeordnet sind. Die Einrichtungen können dies lösen, indem sie zum Beispiel die Maßnahmen farblich hervorheben oder mit Ziffern beschriften, die mit den Pflegezielen verknüpft werden. Auf diese Weise ist im Tagesplan sofort erkennbar, welche Maßnahmen zielbezogen sind. Legt man dann die Pflegeplanung neben den Tagesplan, ist überdies die Zuordnung der Pflegeziele zu den Maßnahmen des Tagesplanes erkennbar.

Beispiel Tagesplan:

Gehtraining (Abschnitt 4) als Pflegemaßnahme, die mit einem Pflegeziel verbunden ist: Farbige Kennzeichnung (im Beispiel kursiv) und Aufführung der Ziffer 3, die auf das dritte Pflegeziel der Pflegeplanung verweist.

Die Doppeldokumentation der Maßnahmen in der Maßnahmenplanung und im Tagesplan soll vermieden werden. Es ist auch vorstellbar (abweichend vom Beispiel), die mit Pflegezielen verbundenen Maßnahmen in der Maßnahmenplanung zu dokumentieren und im Tagesplan nur entsprechend darauf zu verweisen.

Maßnahmen der speziellen Pflege und Verweise auf Pflegestandards

Die Kennzeichnung von Maßnahmen der speziellen Pflege (Behandlungspflege) und Verweise auf Pflegestandards können z. B. durch Vermerke in separaten Spalten oder durch farbliche Hervorhebungen erfolgen.

Beispiel Tagesplan:

Spezielle Pflege (Abschnitt 2): Kennzeichnung der Maßnahme „s.c.-Injektion“ durch farbige Gestaltung (im Beispiel kursiv)

Pflegestandard (Abschnitt 1): Hinweis auf den zugrunde liegenden „Pflegestandard I/21“ zur Durchführung einer Ganzkörperwaschung am Waschbecken in einer separaten Spalte.

Wöchentlich zu erbringende Maßnahmen

Maßnahmen, die nicht täglich, aber zumindest einmal wöchentlich erbracht werden, können auf dem Tagesplan oder auf einem separaten Wochenplan festgehalten werden. Existiert ein separater Wochenplan, soll ein entsprechender Hinweis auf dem Tagesplanformular erfolgen.

Beispiel Tagesplan:

Teilnahme an Gruppenangeboten (Abschnitt 3) zweimal pro Woche: als fester Bestandteil im Tagesplan aufgenommen mit dem Verweis auf die jeweils zutreffenden Tage (Montag und Donnerstag).

Gehtraining (Abschnitt 4): findet jeden Tag statt, außer am Donnerstag, da der Bewohner an diesem Tag bereits an einer Bewegungsgruppe teilnimmt.

Nicht wöchentlich zu erbringende Maßnahmen

Für die Dokumentation/Planung von Maßnahmen, die weder täglich noch wöchentlich durchgeführt werden, z. B. Nagelpflege oder Begleitung zum monatlich stattfindenden Gottesdienst in der Einrichtung, eignet sich der Tagesplan nicht. Hierfür sollte ein separates Formular eingesetzt werden.

Zusätzliche Hinweise

Es ist wichtig Informationen, die bei nahezu jedem Kontakt mit dem Bewohner zu beachten sind, auf dem Tagesplan an zentraler Stelle zu vermerken, z. B. „vor Ansprache intensiven Blickkontakt herstellen“. Neben Maßnahmenbeschreibungen können auch Beschäftigungen/Gewohnheiten des Bewohners, bei denen er keiner Unterstützung bedarf, in den Tagesplan aufgenommen werden. Hierdurch sind Mitarbeiter über den gewohnten Tagesablauf des Bewohners informiert und können z. B. besser einschätzen, ob bzw. zu welchen Zeiten der Bewohner ggf. zusätzliche Angebote (Einzel-, Gruppenaktivitäten) benötigt.



Beispiel: Auszug aus einem Tagesplan (Frühdienst)

Hinweis: Die linke Spalte (Nummerierung der Abschnitte) wurde eingefügt, um die vorangegangenen Erläuterungen mit dem Beispiel verknüpfen zu können.

Verwendete Abkürzungen:

MO = Montag, DO = Donnerstag

HB = Hilfebedarf: A = Anleitung, U = Unterstützung, TÜ = teilweise Übernahme etc.

QUAL = Mitarbeiterqualifikation; erforderlich, wenn die Maßnahme ausschließlich durch Mitarbeiter mit einer bestimmten Qualifikation erbracht wird, z. B. durch eine Pflegefachkraft (PFK)

PS = Pflegestandard

	Zeit (geplant)	Maßnahmenbeschreibung	HB	QUAL	PS
1	zwischen 7.00 und 7.30	Anklopfen, Licht im Vorflur anmachen, Begrüßung, kurze Information über die aktuelle Wetterlage, Getränk anbieten, Licht im Zimmer anmachen, ... Ganzkörperwaschung am Waschbecken, ...	TÜ		1/21
2	8.00	s.c.-Injektion nach Plan		PFK	
			
3	9.30–10.15 (MO/DO)	Frau X nimmt am Gruppenangebot (MO: Singkreis/DO: Bewegungsgruppe) im Gemeinschaftsraum auf dem Wohn- bereich teil, Unterstützung beim Aufsuchen des Raumes (Vorgehen siehe „Gehtraining“) erforderlich	A/U		
4	zwischen 10.00 und 12.00 (außer DO)	10 Minuten Gehtraining (3): Wohnbereichs- flur zweimal auf und ab gehen unter Nut- zung des Handlaufs, ggf. zeitweise zusätz- lich leichte Unterstützung am Unterarm; Frau X darauf hinweisen, dass sie zwischen- durch eine (Sitz-)Pause einlegen kann	A/U		
			

Im vorliegenden Beispiel wurde auf die Darstellung der folgenden Aspekte verzichtet:

- Datum der Erstellung des Tagesplans und Handzeichen des Mitarbeiters
- Spalten für Maßnahmenänderungen/-ergänzungen einschließlich Datum und Handzeichen (diese würden sich bei einem Formular im Querformat an die Spalte „PS“ anschließen)

5. Durchführungs-/Leistungsnachweise

- 5.1 Maßnahmen der speziellen Pflege (Behandlungspflege) werden stets in Form von Einzelnachweisen durch die durchführende Pflegefachkraft dokumentiert.**
- 5.2 Aus den Maßnahmen des Tagesplans (ausgenommen Maßnahmen der speziellen Pflege) werden Maßnahmenkomplexe gebildet. Je Maßnahmenkomplex ist ein Durchführungsnachweis erforderlich.**
Die Zuständigkeiten für Durchführungsnachweise erbrachter Leistungen je Bewohner sind geregelt, dokumentiert und jederzeit einsehbar. Je nach Regelung können Nachweise durch den durchführenden Mitarbeiter oder durch die jeweils für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft erbracht werden.
- 5.3 Abweichungen vom Tagesplan werden im Durchführungsnachweis kenntlich gemacht. Eine Beschreibung der Abweichung erfolgt im Pflegebericht.**
- 5.4 Der Nachweis für Maßnahmen, die nicht täglich oder wöchentlich erfolgen, wird gesondert geführt.**

■ zu 5.2

Um eine Reduzierung der Durchführungsnachweise und damit des Dokumentationsaufwandes zu erreichen, sollten erbrachte Pflegemaßnahmen, mit Ausnahme der speziellen Pflege, in übersichtlicher und zusammenfassender Form dokumentiert werden. Hierzu ist die Bildung von Maßnahmenkomplexen auf der Grundlage des Tagesplans erforderlich. Die Dokumentation der Durchführungsnachweise erfolgt nicht auf dem Tagesplan, sondern, wie bisher üblich, auf einem separaten Formular.

Variante A:

Zusammenfassung von Maßnahmen, die im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang erbracht werden, z. B. „Morgendliche Versorgung“ (Unterstützung beim Aufstehen, bei der Körperpflege, beim Toilettengang, beim Ankleiden etc.) oder „Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme“ (Begleitung zum Essraum, Anreichen von Speisen und Getränken, Unterstützung beim Verlassen des Essraumes, Händewaschen nach dem Essen etc.). Bei dieser Variante werden pro Schicht mehrere Maßnahmenkomplexe gebildet, wodurch *pro Komplex ein Durchführungsnachweis* erforderlich ist. Im Gegensatz zu Einzelnachweisen je erbrachter Maßnahme ergibt sich bereits hierdurch eine deutliche Reduzierung des Dokumentationsaufwandes.

Bei der Festlegung von Maßnahmenkomplexen können die Leistungsbeschreibungen (vgl. Kapitel 5) als Grundlage genutzt werden.

Variante B:

Zusammenfassung aller Maßnahmen einer Schicht (Früh-, Spät-, Nachtschicht), d. h. alle Einzeltätigkeiten der jeweiligen Schicht bilden einen Maßnahmenkomplex. Bei dieser Variante ist für alle Maßnahmen nur ein Durchführungsnachweis pro Schicht erforderlich.

Nachweise erbrachter Leistungen können durch unterschiedliche Mitarbeiter erfolgen und zwar durch

- Mitarbeiter, welche die Leistungen selbst durchgeführt haben
- Mitarbeiter, welche verantwortlich für die Sicherstellung der Durchführung der Leistungen sind, diese aber nicht selbst erbracht haben.



Die erste Möglichkeit ist das übliche Verfahren in den meisten Pflegeeinrichtungen. Bei der Bildung von Maßnahmenkomplexen sind beide Varianten (A und B) vorstellbar, allerdings muss bei der Variante B ein Mitarbeiter alle Leistungen bezogen auf einen Bewohner pro Schicht erbracht haben.

Die zweite Möglichkeit sieht vor, dass bestimmte Mitarbeiter für den Durchführungsnachweis zuständig sind, obwohl sie die Leistungen nicht selbst erbracht haben. Entscheidet sich eine Einrichtung für diese Vorgehensweise, sollten die personellen Zuständigkeiten unbedingt vorab nachvollziehbar festgelegt werden. Denn: Zeichnet die jeweils zuständige Pflegefachkraft Maßnahmen ab, die andere Mitarbeiter (Pflegefachkräfte und/oder Pflegehilfskräfte) erbracht haben, erklärt sie damit die vollständige und fachgerechte Durchführung durch entsprechend qualifizierte Mitarbeiter¹ (Kamm 2004).

Deshalb muss nachvollziehbar geregelt sein, dass die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft verantwortlich für die Sicherstellung der Durchführung aller am Bewohner erbrachten Maßnahmen ist. Daraus folgt, dass sie sich im Einzelfall darüber informieren muss, ob alle an der Versorgung des Bewohners beteiligten Fach- und Hilfskräfte alle Maßnahmen gemäß Tagesplan tatsächlich und fachgerecht durchgeführt haben (ebd.). Zudem müssen eindeutige Vertretungsregelungen für den Fall der Abwesenheit der zuständigen Pflegefachkräfte existieren.

Arbeitspläne, feste Gruppenzuordnungen, in denen Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte den Bewohnern zugeordnet werden, und entsprechende Vermerke auf dem Dienstplan können hierbei hilfreich sein. Allgemeine Regelungen können z. B. auch in einem Standard oder einer Verfahrensanweisung zur Handhabung der Pflegedokumentation aufgeführt werden.

■ zu 5.3

Kommt es zu Abweichungen vom Tagesplan (z. B. nicht alle der dort aufgeführten Maßnahmen oder zusätzliche Maßnahmen wurden durchgeführt), kann die Gesamtheit der geplanten Maßnahmen als erbracht abgezeichnet werden, wenn aus dem Durchführungsnachweis erkennbar ist, dass eine Abweichung aufgetreten ist – z. B. indem in einer separaten Zeile ein entsprechender Hinweis erfolgt. Hierdurch ist sofort – auch im Monatsüberblick – ersichtlich, an wie vielen Tagen bzw. in welchen Schichten es zu Abweichungen gekommen ist. Diese Informationen sollten bei der Evaluation der Pflegeplanung und des Tagesplans genutzt werden.

Die ausführliche Darstellung der Abweichung erfolgt hingegen im Pflegebericht. Letztlich muss nachvollziehbar sein, welche Maßnahmen des Tagesplanes der Bewohner erhalten hat und an welchen Stellen es zu Abweichungen gekommen ist.

■ zu 5.4

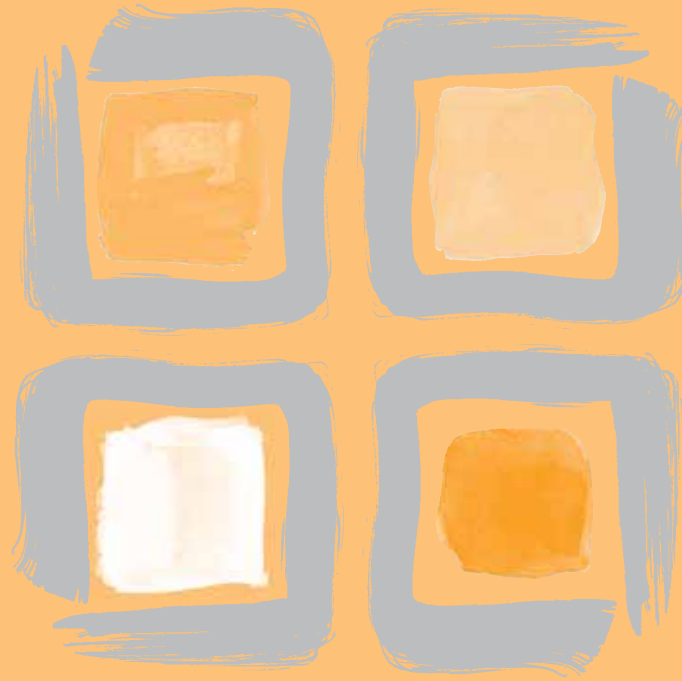
Die Durchführung von Maßnahmen, die nicht täglich oder wöchentlich erbracht werden (z. B. Nagelpflege), muss gesondert nachgewiesen werden. Hierfür können Wochen- oder Monatspläne verwendet werden.

¹ Dieses Vorgehen ist im Modellvorhaben „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ des Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2002–2003) rechtlich geprüft worden (www.stmas.bayern.de/pflege/stationaer/entbueroer.htm v. 18.10.2006).

Literatur

- Bartholomeyczik, S. (2005): Entbürokratisierung der Pflegedokumentation: Unterstützung statt Ersatz der Praxis. *Pflegezeitschrift* 58, Nr. 3, 143–146
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2005): Forschungsprojekt „Kompetenzteam“ zur Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland. Zwischenergebnisse zum Untersuchungsschwerpunkt „Entbürokratisierungspotenziale bei der Pflegedokumentation“. <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=29722.html>, 26.05.2006
- DZA – Deutsches Zentrum für Altersfragen (2005): Runder Tisch Pflege. Arbeitsgruppe III. Entbürokratisierung. <http://www.dza.de/download/ErgebnisseRunderTisch.Arbeitsgruppelll.pdf>, 16.05.2006
- Heering, C. (2004): Pflegedokumentation. In: Heering, C. (Hg.): *Das Pflegevisitenbuch*. Bern: Huber, 38–41
- Kamm, J. (2004): Rechtliche Bewertung der Pflegedokumentation. Teilbericht des Projekts „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“, hg. vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. München <http://www.stmas.bayern.de/pflege/stationaer/entbuero.htm>, 26.05.2006
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2005): Grundsatzstellungnahme: Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Essen: MDS
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz (Hg.) (2006): *Musterdokumentation für die stationäre Pflege*. Mainz
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein (Hg.) (2005): *Das schleswig-holsteinische Modell der „Vereinfachten Pflegeplanung und -dokumentation“*. Ergebnisse des Modellprojektes. Kiel
- Mybes, U. (2005): Optimierungspotenziale der Pflegedokumentation. *Pflege aktuell* 59, Nr. 2, 86–90
- Wipp, M. (2004): Abschlussbericht. Teilbericht des Projekts „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“, hg. vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. München <http://www.stmas.bayern.de/pflege/stationaer/entbuero.htm>, 26.05.2006





Teil B:

Qualitäts- und Organisationsentwicklung – Hinweise für den Ergebnistransfer

Verfasser: B. Rehling (ISS), M. Menke (FFG)
unter Mitarbeit von R. Bernards (ISS), H. Heinrich (ISS), M. Krohn (ISS),
I. Kowalski (FFG), A. Kuhlmann (FFG), E. Schnabel (FFG), U. Vogelwiesche (FFG)
Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Frankfurt a.M. (ISS) und
Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (FFG)

Kapitel 1

Einleitung



1. Einleitung

1.1 Hinweise zum Umgang mit dem vorliegenden Leitfadens	1
1.2 Zentrale Ziele des Referenzkonzeptes	3
1.3 Umsetzung jenseits von Modellbedingungen	4

1.1 Hinweise zum Umgang mit dem vorliegenden Leitfaden

Wie bereits in der Einleitung dieses Handbuchs angesprochen, hatte das Projekt „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ auch das Ziel, die in der nahezu dreijährigen Modellphase gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen abschließend so aufzubereiten, dass sie zur unmittelbaren Anwendung und Umsetzung für alle vollstationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stehen sollten.

Interessierten Pflegeeinrichtungen sollte damit ermöglicht werden, Anpassungs- und Reorganisationsprozesse in ihren Häusern „in Eigenregie“ auf der Basis eines Handbuchs in Angriff nehmen zu können und somit ohne Unterstützung externer Berater eine Übernahme der so genannten „Konzeptbausteine“ (den so genannten „Transfer“) vornehmen zu können.

Ein solcher Praxisleitfaden für eine Reorganisation von Arbeitsstrukturen und Arbeitsabläufen in Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des Referenzkonzeptes wird hiermit vorgelegt. In ihm sind die erforderlichen Empfehlungen und Hinweise für die Einführung und Anwendung der im Projekt entwickelten Konzeptbausteine bzw. Anforderungen in stationären Pflegeeinrichtungen zusammengefasst.

Dabei beschäftigt er sich im Schwerpunkt nicht mit der Darlegung der mit den Referenzeinrichtungen gemeinsam erarbeiteten und in der Praxis überprüften Konzeptbausteine. Ziel ist es vielmehr aufzuzeigen, welchen vor und während des Prozesses der Umsetzung der Referenzergebnisse auftretenden Hindernissen oder hemmenden Faktoren in besonderer Weise vorausschauend Beachtung geschenkt werden sollte und wie sie abzumildern sind oder sogar weitestgehend vermieden werden können.

Dabei gilt: Abhängig von der vorhandenen Organisations- und Ablaufstruktur einer konkreten Einrichtung werden die im Leitfaden angesprochenen Problematiken in höchst unterschiedlicher Ausprägung auftreten können – rückschauend: „War bei uns überhaupt kein Problem!“ bis hin zu: „Das war unsere schwerste Hürde!“.

Noch einmal: dieser Teil B des nunmehr vorgelegten Praxisleitfadens enthält im Kern nicht die Darstellung der Elemente des Referenzkonzeptes. Diese sind im ersten Teil A des Handbuchs in Form von Konzeptbausteinen zusammengefasst. Es geht vielmehr um Faktoren und Rahmenbedingungen, wie sie sich durch die bisherige Struktur einer Einrichtung, durch das Verhalten von Leitung und Mitarbeiterschaft, aber auch durch externe Einwirkungen, z. B. des Einrichtungsträgers oder durch Heimaufsicht und MDK konkret ergeben können. Kurz: um Fragen, die bei Umsetzung des Referenzkonzeptes aufkommen können – und um Erfahrungen der am Referenzprojekt beteiligten Einrichtungen, die dabei helfen können, zweckdienliche und zielführende Antworten auf Fragen im Organisationsentwicklungsprozess zu finden.

Natürlich ist auch bei dieser Konzentration auf praktische Fragen die Bezugnahme auf die „Bausteine“ des Referenzkonzeptes implizit immer gegeben. So es zur Kennzeichnung und Verdeutlichung der Fragestellung notwendig ist, werden die Konzeptbausteine deshalb im Text noch einmal angesprochen, skizziert und – so weit erforderlich – auch noch einmal ausdrücklich erläutert.



Bei den 11 Konzeptbausteinen handelt es sich um

- Funktion und Aufgaben der „zuständigen Pflegekraft“ zur Sicherung einer angemessenen Pflegeprozesssteuerung und Versorgungscoordination,
- Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege,
- Anforderungen an ein pflegerisches Assessment,
- einen Kriterienkatalog zur Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug,
- verbesserte Dokumentationsformen und Anforderungen an die Pflegeplanung,
- Rahmenkonzepte zur Qualitätssicherung in zentralen Handlungsprozessen und Aufgabenfeldern. Dazu zählen
 - die Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung,
 - die Zusammenarbeit mit Angehörigen,
 - die nächtliche Versorgung von Bewohnern,
 - die Sterbebegleitung,
 - die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten,
 - das Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten.

Vor dem Einstieg in den mit der Übernahme des Referenzkonzeptes verbundenen Organisationsentwicklungsprozess ist es unerlässlich, sich intensiv mit den in den Konzeptbausteinen enthaltenen Innovationsanforderungen und den dazugehörigen Erläuterungen zu beschäftigen. Der bereits angesprochene Teil A dieser Veröffentlichung ist die notwendige Voraussetzung für die Arbeit mit den Umsetzungshinweisen.

Womit beschäftigt sich nun dieser Leitfaden im Einzelnen?

Im den weiteren Abschnitten dieser Einleitung (Kapitel 1) werden die zentralen Zielsetzungen und die Organisation der Referenzmodelle kurz skizziert, um einen Überblick zu ermöglichen. Außerdem wird erläutert und begründet, warum die Umsetzung der Konzeptbausteine auch ohne die stützenden Rahmenbedingungen einer Modellprojektsituation möglich ist.

Im darauf folgenden Kapitel 2 werden Voraussetzungen, Vorgehensweisen und Instrumente beschrieben, die für die Konzeptumsetzung grundlegend sind bzw. diese erleichtern. Hierzu gehören insbesondere die Anforderungen an die Leitungskräfte, bewährte Prinzipien und Vorgehensweisen des Projektmanagements und Hinweise zur Reihenfolge der Umsetzung der Konzeptbausteine.

Die Kapitel 3 und 4 können als Kernbestandteile des Praxisleitfadens angesehen werden. Sie beschreiben praxisbewährte Umsetzungsstrategien.

- Kapitel 3 konzentriert sich auf strukturelle Veränderungen der Aufbau- und Ablauforganisation, die zur Konzeptumsetzung vorgenommen werden sollten. Im Vordergrund steht dabei das Konzept der zuständigen Pflegefachkraft, eingegangen wird aber auch auf Verbesserungen der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Sozialem Dienst.
- Kapitel 4 zeigt die Weiterentwicklung der fachlichen Qualität auf.

Kapitel 5 beschreibt die aus der Umsetzung der Konzeptbausteine resultierenden Anforderungen für Fach- und Leitungskräfte und enthält darüber hinaus Hinweise zu Prinzipien und Vorgehensweisen bezüglich der Personalentwicklung.

Kapitel 6 verdeutlicht, wie durch eine verbindliche Steuerung und kompetente Mitarbeiterführung Veränderungen nachhaltig gesichert werden können.

In Kapitel 7 befinden sich Beiträge, welche die Erfahrungen einiger an der Einführung und Erprobung beteiligten Mitarbeiter aufzeigen. Diese so genannten Modellbeauftragten waren in den Referenzeinrichtungen für die Projektentwicklung und die

Umsetzung der Anforderungen in die Pflegepraxis zuständig. Sie haben nach Abschluss der Projektlaufzeit ihre Erfahrungen und Bewertungen für die Verwendung in diesem Praxisleitfaden zusammengefasst.

Um dem Leser die Arbeit mit diesem Handbuch zu erleichtern, sind die einzelnen Kapitel so verfasst, dass sie auch jeweils für sich allein gelesen und verstanden werden können.

Dies bedeutet gleichzeitig, dass Umsetzungsstrategien und ihre Begründungen auf mehrere Konzeptbausteine bezogen sein können. Wiederholungen, die sich daraus ergeben sind deshalb bewusst in Kauf genommen worden.

Bei der Bezeichnung von Personen haben wir mit Blick auf die bessere Lesbarkeit auf die heute zumeist gewählte Ansprache beider Geschlechter bewusst verzichtet. Die zur Vereinfachung vielfach gewählte ausschließlich männliche oder weibliche Form bitten wir deshalb als Mitdarstellung des jeweils anderen Geschlechts aufzufassen.

1.2 Zentrale Ziele des Referenzkonzeptes

Durch den demografischen Wandel und die damit einhergehenden Veränderungen der Alters- und Morbiditätsstruktur bleiben Pflege, Betreuung und Versorgung alter Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen auch zukünftig ein zentrales Thema und zugleich eine ständig wachsende Herausforderung nicht nur der Sozialpolitik.

Hauptziel des Referenzkonzeptes ist es deshalb, vollstationäre Pflegeeinrichtungen bei der Qualitätsentwicklung in der Pflege und der Weiterentwicklung qualitätsgesicherter Versorgungsformen zu unterstützen.

Das im Rahmen eines Modellvorhabens entwickelte Instrumentarium zur Verbesserung der Qualität ist prinzipiell auf andere Einrichtungen übertragbar und kann allen an der Weiterentwicklung der Arbeit in stationären Altenpflegeeinrichtungen Beteiligten eine Orientierungshilfe für die fachliche Arbeit, die Optimierung qualitätsgesicherter Arbeitsabläufe und für die Gestaltung der hierzu erforderlichen sachlichen und personellen Ausstattung sein.

Darüber hinaus enthält es Vorschläge für Problemlösungen, die auf eine Optimierung der Ablaufprozesse gerichtet sind und sich für eine zügige sowie unbürokratische Umsetzung eignen.



1.3 Umsetzung jenseits von Modellbedingungen

Die Referenzeinrichtungen waren nicht auf Grund eines außergewöhnlich hohen Qualitätsniveaus ausgewählt worden. Die Ausgangsbedingungen waren so vielfältig, dass die 20 Häuser als ein annähernd repräsentativer Ausschnitt der vorhandenen Institutionen stationärer Altenpflege betrachtet werden können. Probleme und Schwierigkeiten, die von den Referenzeinrichtungen zu bewältigen waren, lassen sich sicher auch in anderen Häusern der stationären Altenpflege in der einen oder anderen Ausprägung auffinden.

Deshalb schildert dieser Leitfaden nicht nur die Einführung der Konzeptbausteine, sondern auch Lösungsstrategien für Hindernisse, die sich erst im Prozess der Umsetzung ergeben können.

Es ist richtig, dass die Entwicklungsprozesse in den Referenzeinrichtungen unter günstigen Rahmenbedingungen stattfanden: die Modellfinanzierung sicherte die Tätigkeit der 20 Modellbeauftragten und die eines/einer Organisationsberater/-beraterin für jeweils fünf Einrichtungen. Andererseits darf nicht unterschätzt werden, dass den Modelleinrichtungen für ein höchst umfangreiches Programm eine Projektlaufzeit von nur zwei Jahren zur Verfügung stand. Die Umsetzung der Konzeptbausteine konnte nicht nacheinander und Schritt für Schritt erfolgen, vielmehr war gefordert, unterschiedliche Anforderungen gleichzeitig und möglichst vollständig zu bearbeiten.

Unter einem solchen Zeitdruck steht ein möglicher Transfer der Ergebnisse in andere, nicht am Projekt beteiligte Einrichtungen nicht. Die Konzeptbausteine sind prinzipiell anschlussfähig an die vorhandene Praxis. Träger und Einrichtungen sind aufgefordert, die in ihnen enthaltenen Innovationsanregungen aufzugreifen und dabei selbst Prioritäten und realistische Umsetzungszeiträume zu bestimmen.

Organisationsentwicklungsprozesse brauchen immer den Einsatz von zusätzlichen Ressourcen. Dies gilt gerade auch für das Feld der stationären Altenpflege, das zu den Bereichen mit hoher Aufgabendichte bei nicht eben großzügiger Personalausstattung gehört. Organisationsentwicklung bringt immer zusätzliche Aufgaben jenseits der Regeltätigkeiten mit sich, für die Personalressourcen, Zeit und Engagement aufzubringen sind und die wirksam und effizient nur in einer angemessenen Projektmanagement-Struktur bearbeitet werden können.

Ob Organisationsentwicklungsprozesse auch die Unterstützung externer Berater benötigen, ist weniger eindeutig positiv oder negativ zu beantworten. Prinzipiell gehört es mit zum Auftrag von Führungskräften, die Fortentwicklung ihrer jeweiligen Einrichtung gezielt zu betreiben und systematisch zu steuern. Innovationsanforderungen gibt es nicht nur durch Modellprojekte, sondern auch durch sozialpolitische und gesellschaftliche Veränderungen, auf die reagiert werden muss. Eine solche Innovationsanforderung ergab sich für alle Felder und Einrichtungen der Wohlfahrtspflege etwa durch die Fachdebatte um die Realisierung eines systematischen Qualitätsmanagements, die im Feld der Altenpflege vor einigen Jahren in eine gesetzlich fixierte Verpflichtung mündete.

Die Frage, ob der Ergebnistransfer des hier dargestellten Modellprojekts in weitere Häuser der stationären Altenpflege externe Organisationsberatung benötigt, hängt zum einen sicher von der Komplexität und dem Umfang angestrebter Veränderungen ab. Zum anderen kann sie genau genommen nur von den Entscheidungsträgern auf Träger- und Einrichtungsebene selbst beantwortet werden. Dann nämlich, wenn diese auf ihre bisherigen Erfahrungen mit extern oder auch nicht extern begleiteten Entwicklungsprozessen im Sinne einer Kosten-Nutzen-Analyse zurückblicken: was war hilfreich, was hat genützt, wo traten Probleme oder vermeidbare Reibungsverluste auf, was wäre in vergleichbaren Zeiträumen ohne externe Unterstützung leistbar bzw. nicht leistbar gewesen, was trauen wir uns zukünftig zu, selbst zu tun und bei welchen Schritten auf einem zukünftig zu beschreitenden Weg sollte uns, um Umwege und Mehrkosten zu vermeiden, ein externer „Scout“ behilflich sein?



Kapitel 2

Voraussetzungen und Vorgehensweisen bei der Konzeptumsetzung



2. Voraussetzungen und Vorgehensweisen bei der Konzeptumsetzung (Projektmanagement)

2.1 Abstimmung mit dem Träger der Einrichtung	1
2.2 Kooperation mit internen Beteiligungsorganen und externen Prüfinstanzen	3
2.3 Anforderungen an die Leitungskräfte von Einrichtungen	4
2.3.1 Verbindlicher Umgang mit Vorgaben	4
2.3.2 Mitarbeiterbeteiligung	5
2.3.3 Entscheidungen plausibel begründen	5
2.3.4 Umgang mit Widerstand	6
2.4 Grundprinzipien des Projektmanagements	8
2.4.1 Notwendige Projektstrukturen	9
2.4.2 Anforderungen an die Projektleitung	10
2.4.3 Umsetzung der Konzepte	11
2.4.4 Bestandsaufnahme und Instrumente	12
2.4.5 Zielorientierte Handlungs- und Zeitplanung	14
2.4.6 Personaleinsatz und zeitlicher Aufwand	15
2.5 Reihenfolge der Umsetzung der Konzeptbausteine	16

2.1 Abstimmung mit dem Träger der Einrichtung

Die Umsetzung des Referenzkonzepts und seiner Konzeptbausteine wird nur gelingen, wenn zuvor die Rahmenbedingungen geklärt sind, die die Handlungsmöglichkeiten einer Einrichtung einschränken oder auch begünstigen können. Hierzu gehört nicht nur die Bereitschaft der jeweiligen Einrichtungs- und Pflegedienstleitung, sondern auch das grundlegende Einverständnis der Träger.

Die Umsetzung der Konzeptbausteine berührt das bei allen großen Trägern bereits vorhandene und in allen Einrichtungen mindestens im Aufbau befindliche Qualitätsmanagement (QM)¹. Die Steuerung dieser QM-Systeme ist in der Regel zentral bei den Trägern angebunden und wird dort von Qualitätsmanagementbeauftragten, meist unterstützt durch einrichtungsinterne Qualitätsbeauftragte, wahrgenommen.

Hinzu kommt, dass es bei einigen großen Trägern so genannte „Verbundzertifizierungen“ bereits gibt oder diese aktuell angestrebt werden. Das heißt, auf regionaler Ebene sind für mehrere Einrichtungen eines Trägers weitgehend identische QM-Handbücher entwickelt worden oder werden zurzeit entwickelt. Die Zertifizierungsaudits finden jeweils nur in einer (oder bei größeren Verbänden in einigen wenigen) Einrichtung statt, gelten aber für den ganzen Verbund.

Beispiel: Für die Referenzeinrichtungen solcher Träger bedeutete dies, dass alle Veränderungen, die sich durch die Umsetzung der Konzeptanforderungen ergaben und in den QM-Handbüchern schriftlich festzuhalten waren, mit dem QM-Beauftragten und/oder zuständigen Gremien beim Träger abzustimmen waren. Trotz der grundlegenden Einigkeit zu Beginn des Projekts war diese Abstimmung, wenn es um die Details ging, nicht immer problemlos möglich. In Einzelfällen traten Verzögerungen dadurch auf, dass einrichtungsspezifische Konzepte und Verfahrensregelungen mehrfach von einrichtungsinternen Gremien und QM-Instanzen beim Träger beraten wurden, wobei es immer wieder zu Änderungswünschen der einen oder anderen Seite kam. Diese Vorgehensweise kann die Konzeptumsetzung erheblich verzögern, im schlimmsten Fall sogar blockieren.

Wenn sich eine Altenpflegeeinrichtung in Übereinstimmung mit ihrem Träger für die Anwendung des Referenzkonzeptes entscheidet, sollten über diese grundsätzliche Einigkeit hinaus vorab folgende Fragen angesprochen und konkret geklärt werden:

- **Tragen wir gemeinsam die zentralen Leitlinien des Referenzkonzepts?**
Es gibt in der stationären Altenpflege nach wie vor ein überwiegend medizinisch-somatisch geprägtes Pflegeverständnis. Leitende Handlungsprinzipien wie Biografieorientierung, Ressourcenorientierung und bedarfsgerechte psycho-soziale Begleitung der Bewohner sind nicht immer in die Praxis übersetzt. Wie in Kapitel 4 ausführlich dargestellt wird, benötigt ein Transfer der Konzeptbausteine deshalb nicht nur die prinzipielle Übereinstimmung aller wichtigen Akteure mit diesen Leitorientierungen, sondern erfordert auch deren Konkretisierung für die Praxis.
- **Wie soll die Abstimmung zu Veränderungen konkret organisiert werden?**
Empfehlenswert ist, wenn der zentrale QM-Beauftragte im einrichtungsinternen Steuerungsgremium und die einrichtungsinterne Projektleitung in einem entsprechenden QM-Gremium des Trägers vertreten sind.
- **Wie können Abstimmungsprozesse effizient und zeitsparend gestaltet werden?**
Es ist vorab festzulegen, auf welche Weise bei Uneinigkeit über Detailfragen entschieden wird, und wie anschließende Entscheidungen möglichst zügig umgesetzt werden können.

¹ Vgl. auch Kapitel 4, wo auf den Schwerpunkt Qualitätsmanagement noch einmal ausführlich eingegangen wird.



■ **Wie soll verfahren werden, wenn die Konzeptumsetzung in Widerspruch zu bestehenden Festlegungen und Standards des QM-Handbuches des Trägers gerät?**

Ideal ist es, grundsätzlich die Möglichkeit zu haben, das vorhandene QM-Handbuch anpassen zu können. Sowohl von Einrichtungs- als auch von Trägerseite muss dann jeweils konkret und ernsthaft inhaltlich geprüft werden, welche Lösung für die Qualität der Leistungen und im Sinne einer bedarfsgerechten Pflege der Bewohner bei Konkurrenz mehrerer Möglichkeiten die bessere ist. Bei Altenpflegeheimen, die einem Zertifizierungsverbund angehören, ist in diesem Zusammenhang auch zu klären, dass es mindestens für eine Erprobungsphase mit abschließender Bewertung für Einrichtungen Sonderregelungen geben darf.

■ Regelungen, die zu diesen Fragen zwischen Einrichtung und Träger vereinbart werden, sollten – wie alle wichtigen Vereinbarungen und Festlegungen – schriftlich festgehalten werden.

2.2 Kooperation mit internen Beteiligungsorganen und externen Prüfinstanzen

Ist die Entscheidung für die Übernahme des Referenzkonzeptes zwischen Träger und Einrichtung gefallen, müssen weitere wichtige interne und externe Akteure von Beginn an einbezogen werden.

Die Mitarbeiterschaft der Einrichtung ist über die Leitung der Pflegeeinrichtung, über ihr Vertretungsgremium (Betriebsrat/Mitarbeitervertretung) möglichst frühzeitig zu informieren und einzubeziehen. Von besonderer Bedeutung sind in diesem Prozess die Bereichsleitungen.

In Leitungsrunden, zu denen auch Vertreter des Betriebs- oder Personalrates einzuladen sind, sollten die beabsichtigte Übernahme des Referenzkonzeptes ausführlich besprochen und vorhandene Bedenken diskutiert und ausgeräumt werden.

Besonders günstige Voraussetzungen bestehen dann, wenn alle Leitungsebenen die Planung mittragen und bereit sind, sich an Analysen, Erprobungen und Umsetzungen aktiv zu beteiligen.

Von grundlegender Bedeutung ist die Pflegedienstleitung, da sich die Konzeptbausteine vorwiegend auf die Inhalte und Organisation der Pflegeprozesse beziehen. Ihr grundlegendes Einverständnis ist für den Erfolg von entscheidender Bedeutung.

Die Erstinformation der Beschäftigten sollte durch eine Auftakt- und Informationsveranstaltung erfolgen, bei der Heim- und Pflegedienstleitung darstellen, warum man sich für das Referenzkonzept entschieden hat, wie man es umsetzen will, welche Veränderungen sich dadurch für die Beschäftigten ergeben und wie die Mitarbeiter im weiteren Verfahren beteiligt werden sollen.

Auch die Bewohner, ihre Interessenvertretung und ihre Angehörigen sind frühzeitig über die beabsichtigten Änderungen zu informieren. Zu vereinbaren ist in diesem Zusammenhang auch, wie Bewohner, Heimbeirat und Angehörige kontinuierlich über den Fortgang bei der Umsetzung des Referenzkonzeptes informiert werden.

Darüber hinaus hat es sich als erfolgsfördernd erwiesen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) und die Heimaufsicht vor Beginn der Konzeptumsetzung zu informieren und verbindliche Formen der Rückkoppelung von (Zwischen-) Ergebnissen zu vereinbaren. Beispielsweise können zur Optimierung der Pflegedokumentation veränderte Formulare und Beispieldokumentationen verbunden mit der Bitte um Bewertung und Rückmeldung an den MDK und die Heimaufsicht versandt werden.

Bei Einrichtungen außerhalb Nordrhein-Westfalens ist zu berücksichtigen, dass Heimaufsicht und der MDK keine oder nur rudimentäre Kenntnisse vom Referenzkonzept haben.

Einrichtungen in NRW können dagegen auf das im Land durchgeführte Modellprojekt verweisen, über dessen grundsätzliche Zielsetzung Heimaufsichten und MDK bereits informiert sein sollten.



2.3 Anforderungen an die Leitungskräfte von Einrichtungen

Ob die Einführung des Referenzkonzeptes oder einzelner Konzeptbausteine eher schnell oder langsam, eher konfliktreich oder unproblematisch verläuft, wird von unterschiedlichen Gruppierungen und Personen – Teams, Projektgruppen, Steuerungsrunden, Personalvertretung, informellen Gruppen – beeinflusst.

Für die Kommunikation in und zwischen diesen Gruppen sind Haltung und Verhalten der Leitungskräfte von besonderer Bedeutung. Leitungskräfte sind verantwortlich für die Gesprächsleitung in allen Gremien. Sie haben die Kompetenz, Entscheidungen notfalls auch gegen den Willen von Mitarbeitern oder unterstellten Leitungsebenen zu treffen. Die Art und Weise wie Leitungskräfte mit ihrer Kompetenz und Verantwortung umgehen, beeinflusst in jedem Betrieb die Unternehmenskultur, d. h. wie respektvoll, wertschätzend und vertrauensvoll miteinander gearbeitet und umgegangen wird und ob man sich bei unterschiedlichen Positionen sachbezogen und zielorientiert auseinandersetzt.

Die Managementkompetenz der Leitungskräfte, ihr Rollenverständnis und ihre Gestaltung der Kommunikation und Kooperation mit den Mitarbeitern sind Faktoren, die über das Gelingen von Entwicklungsprozessen wesentlich mitentscheiden.

2.3.1 Verbindlicher Umgang mit Vorgaben

Die wesentliche Aufgabe des Managements besteht darin, den Organisationsaufbau mit seinen Funktionsbereichen und den zugehörigen Aufgabenpaketen zu definieren, die hierarchische Ordnung festzulegen und die Abläufe zu regeln. Für die Mitarbeiter sind diese Strukturen und Regeln eine maßgebliche Quelle der Orientierung: Zu einem nicht geringen Teil klären sie, welche Leistung von ihnen erwartet wird, was sie dürfen bzw. nicht dürfen und wann und wodurch sie sich angemessen verhalten. Damit die Strukturen und Regeln orientierende Wirkung entfalten, müssen sie im Alltag verbindlich sein. Viele Festlegungen sind mit der Zeit so selbstverständlich geworden, dass sie niemand mehr in Frage stellt und alle Akteure sich unbewusst daran halten. Andere Regelungen, insbesondere solche, die neu sind und bisher Gewohntes verändern, benötigen jedoch immer eine Zeit der Einübung, bis sie wieder selbst zur Routine werden.

Manche Leitungskräfte unterschätzen in diesem Zusammenhang die Außenwirkung des eigenen Umgangs mit neuen und alten einrichtungsverbindlichen Festlegungen. Sie achten zu wenig auf deren Einhaltung und setzen sich für die eigene Person über manche der Anforderungen hinweg. Ein solches Verhalten vermittelt den Mitarbeitern, dass vorhandene Normen und Standards eigentlich nicht so wichtig genommen werden müssen. Ob man sie einhält oder nicht, zieht keine Konsequenzen nach sich. Mangelnde Verbindlichkeit gegenüber dem vorhandenen Regelwerk einer Einrichtung befördert in hohem Maße eine „Kultur der Unverbindlichkeit“, die sich in alle Bereiche ausbreiten kann.

Bei einem Transfer der Konzeptbausteine wird der Erfolg auch davon abhängen, ob die Leitungskräfte damit einhergehende Veränderungen einfordern und verlässlich überprüfen. Es ist ihre Aufgabe, den Mitarbeitern im Arbeitsalltag zu verdeutlichen, dass die angestrebte Weiterentwicklung ernst zu nehmen und umzusetzen ist.

2.3.2 Mitarbeiterbeteiligung

Ohne die Beteiligung der Beschäftigten sind die mit dem Referenzkonzept in Verbindung stehenden Veränderungsprozesse nicht in Gang zu setzen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können oft sehr viel konkreter als ihre Führungskräfte benennen, wo die Unterschiede zwischen Praxis und Konzeptbausteinen liegen, wo und wie die Konzeptbausteine zu Verbesserungen beitragen können und wie diese Verbesserungen konkret aussehen sollten. Gleichzeitig fördert die Beteiligung der Mitarbeiter die Nachhaltigkeit von Verbesserungen, da sie sich durch ihre Beteiligung in viel stärkerem Maße mit den Veränderungen identifizieren. Die Chance, dass Mitarbeiter veränderte Standards und Verfahrensregeln beachten und sie kontinuierlich umsetzen, ist größer, wenn diese nicht nur „von oben“ verordnet sind, sondern von ihnen selbst mitentwickelt wurden.

Gleichzeitig ist die Beteiligung der Beschäftigten ein Ausdruck der Wertschätzung, die ihnen entgegengebracht wird, weil ihre Erfahrungen und Beurteilungen von der Leitung ernst und wichtig genommen werden.

2.3.3 Entscheidungen plausibel begründen

Die Beteiligung von Mitarbeitern findet dort ihre Grenze, wo strategische Unternehmensentscheidungen getroffen werden, wie etwa der Beschluss, das Referenzkonzept umzusetzen oder bestimmte Konzeptbausteine zu übernehmen. Dies gilt umso mehr, wenn durch Änderungen von Rahmenbedingungen – wie etwa die Einführung eines Dreischichtsystems für alle anstelle eines festen Nachtdienstes – zunächst für die Mitarbeiter auch Nachteile entstehen können. Es wäre in solchen Fällen geradezu eine Überforderung, von ihnen zu erwarten, dass sie sich engagiert daran beteiligen, die eigenen „Privilegien“ abzubauen.

Darüber hinaus sind unterschiedliche Formen und Verbindlichkeiten der Beteiligung – von der Mitwirkung bei Erarbeitung von Vorschlägen bis hin zur Abstimmung per Mehrheitsentscheid – möglich. Es ist Aufgabe der Führungskräfte, den Rahmen, in dem sich die Formen der Beteiligung bewegen sollen, eindeutig abzustecken und darüber zu befinden, ob und inwieweit die Bearbeitung eines bestimmten Schwerpunktes der aktiven Mitwirkung der Mitarbeiter bedarf.

Zu berücksichtigen ist jedoch immer, dass die Perspektiven von Führungskräften und Mitarbeitern divergieren können. Es kann sein, dass die Faktoren, die eine bestimmte Entscheidung aus Sicht der Leitung sinnvoll erscheinen lassen, von den Mitarbeitern nicht oder nicht vollständig gewürdigt werden. Die Plausibilität mancher Maßnahmen erschließt sich ihnen deshalb nicht unmittelbar. So können Pflegekräfte das vorhandene Qualitätsmanagement oft ausschließlich als formal erforderliche Erfüllung eines gesetzlichen Auftrages betrachten, das den Bewohnern und ihnen selbst jedoch nichts nützt und ihnen nur Mehrarbeit schafft. Entsprechend wenig ausgeprägt ist dann ihr Bemühen zur Einhaltung der mit dem Referenzkonzept in Verbindung stehenden Qualitätsanforderungen. Dass der Sinn eines systematischen Qualitätsmanagements u. a. darin besteht, den Bewohnern eine verlässliche Leistungsqualität zu bieten und Ruf und Ansehen einer Einrichtung zu stärken und auf diesem Weg auch die Arbeitsplätze zu sichern, ist ihnen oft nicht unmittelbar bewusst.

Dennoch sind auch angeordnete Veränderungen zu begründen. Begründungen und Erläuterungen sind auch im Arbeitsalltag anlassbezogen und – wenn nötig – mehrfach zu wiederholen. Zu verdeutlichen, warum bestimmte Entscheidungen getroffen,



Maßnahmen ergriffen und Ziele gesetzt wurden ist deshalb nicht nur Aufgabe der Leitungsspitze – also der Geschäftsführung bzw. der Heim- und Pflegedienstleitung – sondern auch aller nachgeordneten (Wohn-)Bereichsleitungen.

2.3.4 Umgang mit Widerstand

In allen Organisationen entwickeln Mitarbeiter individuelle Routinen und ein persönliches Zeitmanagement zur Erledigung ihrer Aufgaben, gewöhnen sich an hergebrachte Vor- und auch Nachteile ihres jeweiligen Berufes und Arbeitsalltags. Veränderungen bedeuten deshalb – neben zusätzlich aufzubringender Zeit - immer auch Verunsicherungen. Hinter Widerständen können sich z. B. Befürchtungen verbergen, neuen Anforderungen nicht gewachsen zu sein, oder auch Vorteile – z. B. Ausgleich zwischen Familie und Berufstätigkeit – aufgeben zu müssen. Darüber hinaus beinhalten Neuerungen immer auch die Tendenz, das Gewohnte abzuwerten. Gerade in Qualitätsentwicklungsprozessen ist nicht selten zu beobachten, dass eine der Wurzeln für Widerstände von Mitarbeitern deren Eindruck ist, die Güte ihrer bisherigen Leistungen werde entwertet.

Bei Widerständen lassen sich zwei Ausprägungen unterscheiden:

In einem Fall werden Kritik und Befürchtungen offen und hierarchieübergreifend verhandelt, wodurch es ermöglicht wird zu Kompromissen zu gelangen und die ursprüngliche Positionierung von Beschäftigten und Führungskräften als Vertreter unterschiedlicher Interessen anzunähern und aufzuweichen. Zwar führt dies zumeist nicht gerade dazu, dass Mitarbeiter die neuen Herausforderungen begeistert annehmen, aber sie akzeptieren sie und mit der Zeit wächst dann auch die Bereitschaft, die in den Neuerungen liegenden Chancen und Verbesserungspotenziale wahrzunehmen. Im anderen Fall wird der Widerstand – wenn überhaupt – nur innerhalb von Subsystemen geäußert und nicht im Beisein von Vorgesetzten mit klaren Bewertungs- und Sanktionsbefugnissen. Statt Kritik und Bedenken offen zu artikulieren, kommt es zu unausgesprochenen Verweigerungen, wodurch deutlich wird, dass der Anweisungs- und Sanktionsmacht von Führungskräften durchaus eine „Verhinderungsmacht“ der Mitarbeiter gegenüberstehen kann.

Beide Formen des Widerstandes lassen sich mit bestimmten, die Kultur prägenden Haltungen von Führungskräften in Verbindung bringen. Idealtypisch finden sich im ersten Fall Leitungspersönlichkeiten, die es verstehen, eindeutige Ziele, Anforderungen und Leistungserwartungen verbindlich zu machen und gleichzeitig prinzipielles Zutrauen in die Leistungsfähigkeit und Innovationsbereitschaft der Mitarbeiterschaft zu signalisieren. Im anderen Fall bleiben Ziele und Erwartungen uneindeutig und die Leistungsfähigkeit und Innovationsbereitschaft von Mitarbeitern wird durch die Leitung eher skeptisch oder gar misstrauisch beurteilt.

Widerstände, die in einer eher von Misstrauen geprägten Kultur auftreten, sind kaum gezielt zu bearbeiten, weil sie nicht offen verhandelt werden können. Führungskräfte neigen dann oft dazu, allein bei ihren Mitarbeitern die Verantwortung für auftretende Blockaden und Hindernisse zu sehen. Weiterführend ist es jedoch, wenn auch das eigene Handeln in solchen Situationen kritisch reflektiert wird. In Kapitel 6 dieses Leitfadens sind Strategien und Instrumente der Steuerung und Mitarbeiterführung beschrieben, deren Anwendung mittelfristig einen angestrebten „Kulturwechsel“ bewirken kann.

Hinweis: Führungskräfte sollten in Besprechungen immer die Möglichkeit eröffnen, dass Vorbehalte artikuliert werden können, ohne dass Mitarbeiter dadurch Nachteile befürchten müssten. Allerdings müssen sie dann auch darauf bestehen, dass die Bedenken so konkret wie möglich beschrieben und begründet werden. Auch ist darauf zu achten, dass alle unterschiedlichen Meinungen und Einschätzungen der Beteiligten zum Tragen kommen. Dazu gehört auch die Einschätzung der Sachlage durch die Führungskräfte selbst.

Sind die Kritikpunkte erst einmal konkret benannt, können gemeinsam Problemlösungen entwickelt werden. Produktive und realisierbare Ergebnisse werden am ehesten erzielt, wenn in kleineren kommunikationsfähigen Gruppen überlegt werden kann, was geschehen soll, um Schwierigkeiten zu beheben und artikuliert Bedenken auszuräumen. Nützlich kann es auch sein, in einer Pro-und-Kontra-Diskussion die Vor- und Nachteile sowie unterschiedliche Zielvorstellungen aufzulisten und gegeneinander abzuwägen. Diese Vorgehensweise empfiehlt sich insbesondere dann, wenn der Widerstand nicht so sehr auf einzelne Details von Veränderungen zielt, sondern generell um die Beibehaltung bestimmter einrichtungsinterner Verfahrensweisen gerungen wird. Methodisch kann aber auch die Arbeit mit der SPOT-Analyse weiter führen, die am Ende dieses Kapitels genauer beschrieben wird.

In jedem Fall sind die Mitarbeiter mitverantwortlich einzubinden. Von ihnen ist zu fordern, dass sie Ideen für eigene mögliche Beiträge zur Problemlösung entwickeln.. Auch hier gilt wieder: Die zu erarbeitenden Vorschläge müssen so eindeutig und konkret wie möglich sein.



2.4 Grundprinzipien des Projektmanagements

Das Instrumentarium des Projektmanagements befähigt Organisationen, befristete Aufgaben zu bewältigen, die über den eigentlichen Organisationszweck hinausweisen und in der ursprünglichen Aufbau- und Ablauforganisation nicht vorgesehen und zugeordnet sind. Meist handelt es sich um Aufgaben, die sich aus Innovationsanforderungen ergeben.

Ein Beispiel dafür ist die Entwicklung eines systematischen Qualitätsmanagements in der stationären Altenpflege bzw. überhaupt in sozialen Arbeitsfeldern. Als entsprechende Entwicklungsanforderungen hier mit Beginn der 90er Jahre immer deutlicher wurden, gab es dafür in den Organisationen zunächst keine zuständigen Abteilungen, keine für diesen Aufgabenbereich verantwortlichen und qualifizierten Fachkräfte. In dem Bemühen, die Entwicklungsanforderungen weitgehend mit eigenen Ressourcen zu bewältigen, wurden in vielen Einrichtungen, Verwaltungen und Diensten zunächst Projektstrukturen geschaffen, um Standards für ein Qualitätshandbuch zu entwickeln. Arbeits- und Steuerungsgruppen, die i. d. R. anders zusammengesetzt waren als die vorhandenen Teams und Leitungsinstanzen, übernahmen meist zusätzlich zu den vorhandenen Aufgaben die Bearbeitung der neuen Herausforderung.

Inzwischen werden die Aufgaben der Qualitätsentwicklung und -sicherung nicht mehr als befristete Aufgaben behandelt, sondern sind in vielen Organisationsstrukturen durch Stabsstellen oder -abteilungen auf Träger- oder Einrichtungsebene fest verankert. Projektmanagement kann also durchaus zu einer angemessenen und zukunftsorientierten Ergänzung und Erweiterung vorhandener Funktionsbereiche und Abläufe in Organisationen führen.

Die Zielperspektive des Projektmanagements weist über die Bearbeitung neuartiger Aufgabenstellungen hinaus: Projektmanagement beinhaltet prinzipiell die Chance, die Lern- und Entwicklungsfähigkeit einer Organisation zu erhöhen. Vorhandene Strukturen und Festlegungen begrenzen immer auch die Erfahrungs- und Lernhorizonte von Mitarbeitern und Leitungskräften. Eine parallele Projektstruktur eröffnet Möglichkeiten, sich in veränderten Rollen zu begegnen, sich individuell und in Gruppen neues Wissen und neue Fähigkeiten anzueignen. Dies kann die Fähigkeit einer Organisation nachhaltig steigern, neue Anforderungen wahrzunehmen und ihnen angemessen zu begegnen.

Vor diesem Hintergrund ist Trägern und Einrichtungen, die einen Transfer von Modellergebnissen anstreben, unbedingt zu empfehlen, dazu die Strategien des Projektmanagements zu nutzen.

2.4.1 Notwendige Projektstrukturen

Um der Vielzahl von Anforderungen eines Innovationsprozesses gerecht zu werden, sind entsprechende Projektstrukturen in den Einrichtungen aufzubauen. Diese Projektstrukturen sollen eine gezielte und systematische Steuerung von Prozessen der Organisationsentwicklung ermöglichen. Zu solchen beispielhaften Projektstrukturen gehören:

■ Einrichtung einer Steuerungsgruppe zur Lenkung des gesamten Organisationsentwicklungsprozesses

Zur Steuerungsgruppe gehören: die Einrichtungs- und Pflegedienstleitung, die Projektleitung und ein Vertreter des Betriebsrates bzw. der Mitarbeitervertretung.

Außerdem sollte der beim Träger angesiedelte QM-Beauftragte in die Diskussion wichtiger Zwischenergebnisse einbezogen werden. Die Gruppengröße sollte die Zahl von sieben Personen nicht überschreiten. Diese Steuerungsgruppe sollte in regelmäßigen Abständen tagen. Eine externe Organisationsberatung kann bei Bedarf hinzugezogen werden.

Dieses Steuerungsgremium hat die Aufgabe,

- die Rahmenbedingungen für die Projektarbeit zu sichern: Personal, Zeit, Sachressourcen, Finanzen;
- für die Projektanbindung und den Informationsfluss zu sorgen;
- die Planung der Vorgehensweisen im Projekt zu diskutieren und zu genehmigen und erarbeitete und erprobte Verbesserungen zu verabschieden,
- den Projektablauf hinsichtlich Ergebnisqualität, Ressourceneinsatz, Kosten und Terminen zu überwachen,
- die Projektdurchführung durch Initiativen/Vorschläge und bei auftretenden Schwierigkeiten zu unterstützen.

■ Projektleitungs- und Stabsfunktion

Aufgabe der Projektleitung ist es, die Planung für die Analyse- und Umsetzungsschritte vorzunehmen, der Steuerungsgruppe vorzulegen und nach deren Zustimmung in Kooperation mit Projektgruppen umzusetzen. Die Projektleitung muss unbeschränkt Zugang zu den Wohnbereichen und Wohnbereichsleitungen haben. Sie leitet und moderiert interne Projektgruppen und Qualitätszirkel und kann in Abstimmung mit der Steuerungsgruppe Informationsveranstaltungen und Schulungen ansetzen und durchführen. Falls eine externe Organisationsberatung in Anspruch genommen wird, arbeitet diese mit der Projektleitung unmittelbar zusammen.

Zur Funktion der Projektleitung gehören insbesondere folgenden Aufgaben:

- Aufbau von Projektteams in Abstimmung mit der Einrichtungsleitung und anderen Vorgesetzten,
- Definition der Anforderungen an Projektmitarbeiter und die Koordination von Aufgaben,
- Schiedsrichterfunktion bei Meinungsverschiedenheiten in Projektgruppen,
- schriftliche Dokumentation der Projektarbeiten,
- ggf. Sicherung der projektübergreifenden Koordination (Abstimmung mit anderen Projekten).

■ Einrichtung von Projektgruppen für die Bearbeitung der Analyse- und Umsetzungsschritte

Für die Beteiligung der Beschäftigten an den Analyse- und Umsetzungsschritten können bereichsübergreifende Arbeitsgruppen oder Qualitätszirkel gebildet werden, deren Zusammensetzung sich im Prozess je nach Aufgabenstellung auch verändern kann. Der Vorteil solcher Projektgruppen besteht darin, dass die jeweilige Aufgabe aus unterschiedlichen Perspektiven und auf der Grundlage unterschied-



licher Praxiserfahrungen bearbeitet werden kann. Ebenso ist es aber auch möglich, Aufgabenstellungen in Wohnbereichsteams zu bearbeiten. Hierbei besteht der Vorteil darin, dass

- zeitlich parallel mehrere Aufgaben bearbeitet werden können,
- das vorhandene Kooperationsforum der Teambesprechung als Projektgruppensitzung genutzt werden kann,
- die Projektarbeit die Teamentwicklung unterstützt.²

2.4.2 Anforderungen an die Projektleitung

Die Funktion einer Projektleitung ist in einer Pflegeeinrichtung normalerweise nicht vorgesehen, eine Stellenbeschreibung dafür gibt es folglich nicht.

Zu Beginn eines Projekts empfiehlt es sich deshalb, Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen für die Projektleitung festzulegen. Dies gilt insbesondere dann, wenn Projektmanagementstrukturen von der vorhandenen Aufbau- und Ablauforganisation abweichen. Status und Rolle der Projektleitung sind so festzulegen, dass durch eine eindeutige Einbindung in die hierarchische Struktur der Pflegeeinrichtung unnötige Konflikte vermieden werden.

Die Arbeit von Projektgruppenmitarbeitern wird maßgeblich von der Projektleitung definiert, andererseits unterstehen diese Mitarbeiter nach wie vor ihren Vorgesetzten. Es ist deshalb notwendig, dass mögliche Konfliktbereiche im Vorfeld angesprochen und Verfahrensweisen zur Konfliktbewältigung festgelegt werden.

Darüber hinaus ist zu klären, ob die Projektleitung in der Steuerungsgruppe selbst stimmberechtigt ist oder nur Vorschlagsrecht hat.

Die Projektleitung muss somit Anforderungen erfüllen und über fachliche Kompetenzen verfügen, die im Arbeitsfeld der stationären Altenpflege nicht automatisch erworben werden. Fehlen diese Kompetenzen, sollte von der Einrichtungsleitung dafür gesorgt werden, dass sie erworben werden können. Zu diesen Kompetenzen gehören:

- Planungsfähigkeit, d. h. die Kompetenz, komplexe Arbeitsaufträge zu gliedern, Ziele und Zwischenziele zu formulieren und in schrittweise Handlungsplanungen umzusetzen,
- die Moderation effektiver und effizienter Arbeitsprozesse in Gruppen,
- die Fähigkeit, Inhalte und Ergebnisse anschaulich und verständlich zu präsentieren,
- Kompetenzen und Techniken der Verhandlungsführung.

Die Übernahme dieser Verantwortung durch eine Leitungskraft kann leicht zu ihrer Überforderung führen. Empfehlenswert erscheint es deshalb, eine eigenständige Projektleitung zu bestimmen oder eine Leitungskraft für die Wahrnehmung der Projektleitung von ihren anderen Leitungsfunktionen zu entbinden.

Die Aufgabe könnte auch von der/dem Qualitätsbeauftragten der Pflegeeinrichtung übernommen werden, da es viele Übereinstimmungen im Aufgabenspektrum von Qualitätsbeauftragten und der Projektleitung gibt.

Eine weitere Möglichkeit könnte darin bestehen, die Projektleitung mit zwei Personen – eine aus der Mitarbeiterschaft oder dem Stab, eine aus der Leitung – zu besetzen. Zum einen würde dies die Ernsthaftigkeit bekräftigen, mit der die Veränderungsziele verfolgt werden, zum anderen können sich unterschiedliche Erfahrungen, Befugnisse und Fachlichkeiten auf diese Weise gut ergänzen.

² Auf diesen Aspekt geht auch der Abschnitt 6.3.3 in Kapitel 6 noch einmal ein.

2.4.3 Umsetzung der Konzepte

Bei der Umsetzung des Referenzkonzeptes ist in einer bestimmten Schrittfolge vorzugehen, die für jeden Konzeptbaustein prinzipiell gleich und für jeden gesondert zu leisten ist.

1. **Soll-Ist-Analyse:** Aufgabe ist hier, die schriftlichen Konzepte und die zugehörigen Erläuterungen durcharbeiten und sich anzueignen. Auf dieser Grundlage ist dann eine Bestandsaufnahme durchzuführen. Die Arbeiten zur Soll-Ist-Analyse können in Projektgruppen vorgenommen werden.
2. **Zielformulierung:** Aus der Differenz zwischen Referenzkonzept und der konkreten Praxis ergeben sich die einrichtungsspezifischen Veränderungsziele: Was muss in der jeweiligen Einrichtung geändert, konkretisiert oder ergänzt werden? Eine erste Diskussion dazu sollte in der Projektgruppe erfolgen. Die Analyseergebnisse des ersten Schrittes und eine Positionierung der Projektgruppe zu den anzustrebenden Zielen sind dann in der Steuerungsgruppe zu erörtern. Die verbindliche Festlegung von Veränderungszielen ist dann deren Aufgabe.
3. **Zielorientierte Handlungs- und Zeitplanung:** Die Operationalisierung der Veränderungsziele in Umsetzungsschritte (Zeit-Ziel-Perspektive) ist Aufgabe der Projektleitung. Sie wird anschließend der Steuerungsgruppe zur abschließenden Beratung und Genehmigung vorgelegt.
4. **Maßnahmen zur Zielumsetzung:** Die konkrete Festlegung von Maßnahmen und Zielen bei der Umsetzung des Referenzkonzeptes variiert mit dem Stand der Entwicklung der Organisation der Arbeit in der jeweiligen Pflegeeinrichtung. Darüber hinaus hängt sie davon ab, mit welcher Priorität Konzeptbausteine und Einzelaufgaben bearbeitet werden sollen. Einiges kann arbeitsteilig von der Projektleitung, einzelnen Mitarbeitern oder Kleingruppen bearbeitet werden (z. B. die Formulierung schriftlicher Konzeptentwürfe für die Rahmenkonzepte, oder die Abfassung bzw. Überarbeitung von Checklisten), andere Aufgaben kann nur die Pflegedienstleitung (PDL) zusammen mit der Einrichtungsleitung übernehmen (z. B. Veränderungen von strukturellen Bedingungen wie Dienstzeiten u. Ä.), wieder anderes kann von einer oder mehreren Projektgruppen bearbeitet werden (z. B. die Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen für die Versorgung von Bewohnern in den Leistungsbereichen der Mobilitätsförderung und der psychosozialen Versorgung, die Erstellung eines Themenplanes für die fachliche Qualifizierung von Pflegekräften, die Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen für die Kooperation unterschiedlicher Dienstbereiche).
5. **Zielrealisierung, Erprobung, Auswertung:** Sind durch die vorher benannten Umsetzungsschritte alle Voraussetzungen geschaffen, beginnt die eigentliche Zielrealisierung. Dieser Zeitpunkt ist durch die Leitung deutlich zu markieren. Alle Mitarbeiter müssen wissen: Ab jetzt müssen wir uns an veränderte Verfahren und Regelungen halten. Bei manchen Konzeptbausteinen ist es sinnvoll, eine Erprobungszeit vorzusehen, weil die Mitarbeiter erst in veränderte Anforderungen hinein wachsen müssen. Ein Beispiel dafür ist die Einführung der Zuständigen Pflegefachkraft.

Für die ersten drei Phasen lassen sich genauere Hinweise und Instrumente für das Vorgehen beschreiben, die praktisch übergreifend für alle Konzeptbausteine angewandt werden können. Beim vierten und fünften Schritt kann man nur bezogen auf bestimmte Konzeptbausteine und spezifische Veränderungsziele konkreter werden. Deshalb wird dieser Praxisleitfaden in den Kapiteln 3 und 4 ausführlicher darauf eingehen.



2.4.4 Bestandsaufnahme und Instrumente

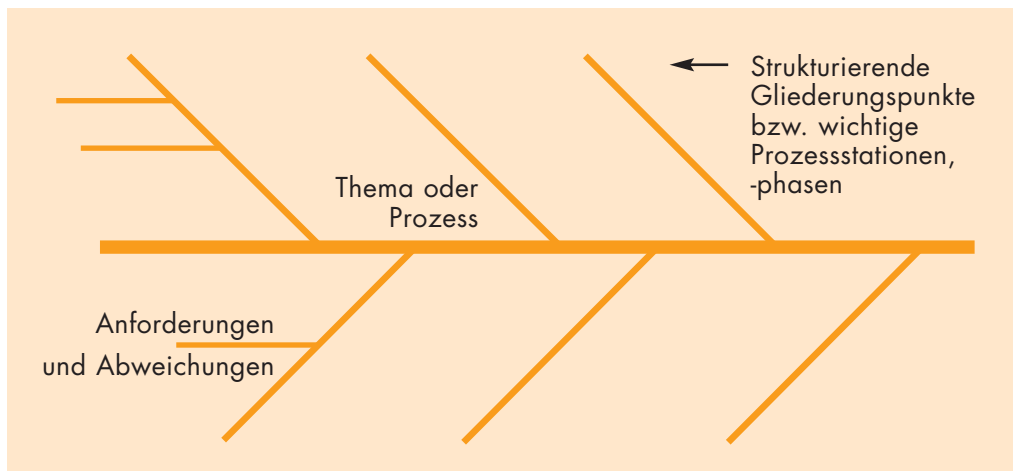
Bei der Umsetzung des Referenzkonzeptes ist der einrichtungsspezifische Abgleich zwischen vorhandener Praxis und den Anforderungen der Konzeptbausteine von zentraler Bedeutung.

Hilfreich dafür ist die Anwendung bestimmter Instrumente, die sich auch gut in Projektgruppen einsetzen lassen. Die in den beiden folgenden Abschnitten beispielhaft vorgestellten Techniken haben den Vorteil, dass sich der Vergleich zwischen IST und SOLL mit der Entwicklung von Veränderungszielen verbinden lässt.

Exkurs 1: Arbeiten mit dem Ishikawa-Diagramm

Das Ishikawa- oder auch Fischgräten-Diagramm ist ein Instrument zur Visualisierung strukturierter Analyse- und Planungsprozesse. Man kann es als Reflexionshilfe allein anwenden oder auch in einer Gruppendiskussion nutzen. Bei letzterer ersetzt es die sonst zeitaufwändige Protokollierung.

Ein Ishikawa-Diagramm ähnelt optisch einer Fischgräte. Der Gegenstand, um den sich die Diskussion dreht (etwa ein Prozess wie das Rahmenkonzept zur Krankenhausüberleitung oder ein nicht in einen zeitlichen Ablauf zu fassendes Thema), wird durch einen waagerechten geraden Strich dargestellt. Bei der Darstellung von Prozessen ist dieser Strich gleichzeitig die Zeitschiene und markiert Anfang und Ende des Ablaufs. Von unten und oben laufen schräge Linien versetzt zueinander auf diese waagerechte Linie zu; sie bezeichnen – ggf. in chronologischer Reihenfolge – wichtige strukturierende Stationen und Phasen des Prozesses bzw. Unterpunkte des Themas.



Verwendet man dieses Instrument beispielsweise im Zusammenhang mit den Rahmenkonzepten für die Ist-Soll-Analysen, so bilden die schrägen grätenartigen Linien die Gliederungspunkte des jeweiligen Maßstabes ab. Auf den waagerechten Linien können die Anforderungen und Abweichungen in zwei verschiedenen Farben dargestellt werden: schwarz bedeutet: diese Anforderung wird schon erfüllt, rot bedeutet: hier ist Entwicklungsbedarf.

Dient die beschriebene Darstellung eher dem Zweck, einen Diskussionsstand für eine spätere Weiterarbeit abzubilden, so ist die Verwendung dieses Instrumentes auch bei der anschließenden Konkretisierung und Lösungsplanung möglich. So kann man bei der Entwicklung von Lösungsstrategien unterhalb der Hauptgräten die anzustrebenden Ziele und Maßnahmen aufführen. Leitfragestellungen für die Gruppe wären dann: „Was müssen wir tun, um die Anforderungen zu erfüllen?“

Exkurs 2: Anwendung der SPOT-Matrix

Ein für Gruppen geeignetes Analyse- und Planungsinstrument ist auch die SPOT-Matrix. Gebräuchlich ist auch die Bezeichnung SWOT-Analyse, beide Begriffe bezeichnen das gleiche Instrument. Der Name bezieht sich auf die englischen Bezeichnungen der Leitkategorien der Strukturierung:

- S** = „Satisfactions“ oder „Strengths“, also Umstände, mit denen wir zufrieden sind, Stärken
- P** = Problems, also Probleme, Schwierigkeiten, (alternativ: W = Weaknesses, also Schwächen, Lücken)
- O** = „Opportunities“, also Chancen, günstige Möglichkeiten
- T** = „Threats“, also Bedrohungen, Hindernisse, Befürchtungen

Der besondere Vorteil der SPOT-Analyse besteht darin, dass eine Darstellung als Vier-Felder-Matrix nicht nur die Betrachtung von Stärken und Schwächen erlaubt, sondern auch zwischen Gegenwart und Vergangenheit einerseits und Zukunft andererseits unterscheidet:



Die Matrixfelder werden nacheinander bearbeitet, immer beginnend mit den Stärken (S). Dann folgen die Probleme (P), die Chancen (O) und die Hindernisse (T). Die oben in den Feldern aufgeführten Fragestellungen sind beispielhaft gemeint, sie können je nach Thema variiert und angepasst werden. Immer geht es darum, bezogen auf eine gegebene Praxis die derzeit vorhandenen Stärken und Pluspunkte festzuhalten – und damit auch zu würdigen –, dann die derzeit noch auftretenden Probleme, Mängel oder Lücken. Bei den zukunftsbezogenen Feldern geht es um die Formulierung von Zielen, Entwicklungswünschen (oder auch Entwicklungsanforderungen) sowie um die Hindernisse oder Befürchtungen, die sich mit einer Umsetzung verbinden.



Um die Felder gemeinsam mit einer Gruppe mit Inhalt zu füllen, wird die Matrix auf eine große Wandzeitung übertragen. Die Felder werden per Zuruf oder mit Moderationskarten gefüllt. Moderationskarten haben den Vorteil, dass sie umgehängt werden können und so inhaltlich zusammenhängendes nachträglich leicht zu Clustern geordnet werden kann.

Dass mit den Stärken begonnen wird, hat auch einen wichtigen psychologischen Effekt: indem man sich gemeinsam des eigenen Könnens vergewissert, bevor man sich mit den Problemen und zukünftigen Änderungen beschäftigt, kann man den Eindruck der Abwertung bisheriger Praxis meist verhindern. Es ist wichtig, sich ausführlich genug mit diesem Feld zu beschäftigen, um für die vorhandenen positiven Seiten eines Themas ausreichend Wertschätzung zu zeigen.

Für das T-Feld gilt, dass hier Befürchtungen gegenüber Veränderungen und daraus resultierende Widerstände frühzeitig artikuliert werden dürfen und, indem man sich damit beschäftigt, ernst genommen werden. Nach dem Analyseschritt folgt eine Weiterarbeit, bei der es darum geht, vorhandene Probleme und Befürchtungen zu überwinden und Entwicklungsziele zu erreichen. D. h. die Diskussion konzentriert sich auf die Frage, was getan werden kann und muss, um die Negativ-Felder zu leeren.

Die Spot-Analyse eignet sich gut zur Bearbeitung einzelner Themenstellungen, die nicht auf einer Zeitschiene darstellbar sind. Von den Konzeptanforderungen eignen sich dazu besonders die Vorgaben zum Assessment oder die Empfehlungen zur zuständigen Pflegefachkraft.

2.4.5 Zielorientierte Handlungs- und Zeitplanung

Zentral für eine erfolgreiche Umsetzung ist ein gut gegliedertes zielorientiertes Vorgehen. Dabei ist es wichtig, wirkliche Ziele von Nur-Tätigkeiten zu unterscheiden. Denn allzu oft wird fälschlich benannt, was getan, aber nicht richtigerweise, was erreicht werden soll.

Als hilfreich hat sich erwiesen, sich an den sogenannten „smarten“ Ziele zu orientieren. Die Buchstaben des Wortes „smart“ stehen dabei für die Kriterien, denen Ziele genügen müssen. Ziele müssen danach sein:

S = spezifisch, eindeutig – als Frage formuliert:

Verstehen wir alle das Gleiche unter unserem Ziel? Ist allen klar, was damit gemeint ist?

M = messbar, überprüfbar – Frage:

Woran werden wir merken, dass wir unser Ziel erreicht haben?

A = akzeptiert, verbindlich – Frage:

Ist allen Beteiligten klar, warum dieses Ziel wichtig ist und dass sich alle an seiner Umsetzung zu beteiligen haben?

R = realisierbar – Frage:

Können wir unser Ziel auch wirklich umsetzen?

T = terminierbar – Frage:

Bis wann können und wollen wir das Ziel umgesetzt haben?

Eine korrekte „Ziel“-Beschreibung ist also nicht: „Wir führen eine Ist-Soll-Analyse durch“, sondern: „Ende Oktober 2005 liegen uns die Ergebnisse der Ist-Soll-Analyse schriftlich vor“.

Typisch für die Zielplanung im Projekt „Referenzmodelle“ war die Prozessabhängigkeit, mit der die Aufgabenstellungen zu bearbeiten waren. D. h., es konnten nicht von Beginn an Entwicklungsziele formuliert, operationalisiert und umgesetzt werden. Vielmehr ergaben sich die Ziele für konkret zu verfolgende Innovationen erst auf der Grundlage von Ist-Soll-Analysen, die für jeden Konzeptbaustein durchzuführen waren.

Je klarer die Zielformulierung, desto leichter ist es, deren Realisierung zu planen. Die Leitfrage für die Operationalisierung lautet: Was muss getan werden, um das Ziel zu erreichen? Diese Arbeitsschritte und Maßnahmen müssen in eine logische zeitliche Reihenfolge gebracht und können dann in ein einfaches Planungsschema eingepasst werden:

Was	Wer/Mit wem	Wie/mit	Bis wann/mit welchen Mitteln	Kontrolle
muss getan werden?	muss es tun bzw. wer ist dabei noch zu beteiligen?	Methoden/Ressourcen muss etwas	muss etwas getan sein?	Auf welche Weise wird von wem überprüft, ob der Schritt getan ist?
Maßnahme 1
Maßnahme 2				

Wenn bei der Übernahme des Referenzkonzeptes in relativ kurzer Zeit eine Reihe von Konzeptbausteinen bearbeitet werden soll, sind die Ziele in eine zeitliche Reihenfolge zu bringen. Die Handlungsplanung ist dann für jedes Ziel einzeln vorzunehmen.

2.4.6 Personaleinsatz und zeitlicher Aufwand

Wenn ein Vorteil des Projektmanagements darin besteht, Entwicklungsziele mit den in einer Pflegeeinrichtung vorhandenen Ressourcen an Personal, Zeit, Sach- und Finanzmitteln zu erreichen, so ist dies keine leicht zu organisierende Aufgabe. Die regelhaften Aufgaben dürfen nicht vernachlässigt werden. Gleichzeitig kommen die Projektaufgaben hinzu. Funktionieren kann dies nur, wenn man vorhandene Abläufe, z. B. die Besprechungen auf allen Ebenen, durchleuchtet und von den Inhalten entlastet, die vorübergehend ausgesetzt oder deutlich gestrafft werden können. Dabei besteht prinzipiell die Möglichkeit für die Projektarbeit bereits vorhandene Foren, wie Leitungsrunden, Hauskonferenzen, Bereichsteamsitzungen, hausinterne Schulungen u. Ä. zu nutzen. Deren vorherige Aufgaben lassen sich gegebenenfalls kürzen bzw. inhaltlich neu bestimmen.

Auch wenn man bei kritischer Analyse vorhandener Abläufe Zeitressourcen finden kann, so erfordert die Bearbeitung einer komplexen und umfangreichen Organisationsentwicklung doch immer auch den Einsatz zusätzlicher Ressourcen. Hier ist wichtig festzulegen, ob und ggf. in welchem Umfang Mehrarbeitsstunden akzeptiert werden können.

Außerdem muss entschieden werden, ob ggf. finanzielle Ressourcen für externe Beratung und fachliche Unterstützung zur Verfügung gestellt werden können.

Ein Kostenfaktor ist auch die ggf. notwendige Qualifikation von Mitarbeitern. Projektleiter und möglichst auch Leitungskräfte sollten die Prinzipien, Verfahrensweisen und Instrumente des Projektmanagements und der Moderation kennen.



2.5 Reihenfolge der Umsetzung der Konzeptbausteine

Die Beschreibung der Konzeptbausteine und ihrer Erläuterungen verdeutlicht, dass die Umsetzung einzelner Konzeptbausteine in einem engen konzeptionellen Zusammenhang mit anderen Konzeptbausteinen steht. Sie beeinflussen sich gegenseitig oder bauen konzeptionell sogar aufeinander auf.

Bei der Umsetzung des Referenzkonzeptes ist es deshalb notwendig, mit den Elementen zu beginnen, die ein Fundament für die darüber hinausgehende Qualitätsentwicklung darstellen.

- Dies betrifft an erster Stelle den Konzeptbaustein „Zuständige Pflegefachkraft“ (ZPFK). Die Bezeichnung steht für eine Pflegeorganisation, die einige Übereinstimmungen mit dem Konzept der „Bezugspflege“ aufweist. Da aber unter Bezugspflege durchaus Unterschiedliches verstanden wird, ist bewusst eine andere Bezeichnung für den Konzeptbaustein gewählt worden. Näheres zur Bedeutung der Funktion der Zuständigen Pflegefachkraft, ihren Aufgaben und ihre Einbindung in die Hierarchie der Pflegeeinrichtung enthält Kapitel 3. Es empfiehlt sich, das Konzept der zuständigen Pflegefachkraft zusammen mit der qualifikationsorientierten Arbeitsteilung zu bearbeiten, mit der die mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen erbracht werden sollen. Dies ist für die Entlastung der ZPFK von Pflegehilfsarbeiten notwendig.
- Von ähnlich grundlegender Bedeutung sind die Leistungsbeschreibungen. Durch sie kann das Leistungsprofil einer Einrichtung eindeutig beschrieben werden, darüber hinaus sind sie eine wichtige Grundlage für die Pflegeplanung und für die individuellen Pflegeprozesse und deren Steuerung (vgl. hierzu Kapitel 4).
- Die Konzeptbausteine zum pflegerischen Assessment, einschließlich der Erfassung von biografischen Informationen und der Lebenssituation vor dem Heimeinzug, zur Pflegedokumentation sowie das Rahmenkonzept zur Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung stehen in engem inhaltlichen und hinsichtlich ihrer Umsetzung zu beachtenden zeitlichen Zusammenhang. Es ist deshalb zweckmäßig, diese vier Konzeptbausteine als zusammengehöriges „Paket“ zu betrachten (Vgl. hierzu Kapitel 4).
- In der logischen Schrittfolge des Pflegeprozesses folgt dem Assessment die Pflegeplanung und Pflegedokumentation. Das Referenzkonzept beinhaltet sowohl Elemente für eine verbesserte Pflegeplanung (z. B. Hervorhebung zentraler Pflegeziele, Maßnahmenplanung in Form eines Tagesablaufplanes) als auch solche, die auf eine sinnvolle Reduzierung des Dokumentationsaufwandes zielen. Da im Rahmenkonzept zum Heimeinzug wichtige Elemente enthalten sind (wie z. B. Regelungen für das Erst- und Aufnahmegespräch und die Begleitung des Einlebens in den ersten Wochen des Heimaufenthalts), die für ein Einbeziehen biografischer Informationen in die Pflegeplanung bedeutsam sind, ist es sinnvoll, mit der Bearbeitung dieses Rahmenkonzeptes fortzufahren und den Schwerpunkt Pflegeplanung und Pflegedokumentation unmittelbar daran anzuschließen.

Hinweis. Die Praxis der Pflegeplanung und -dokumentation weist fast überall Defizite auf. Die sachgerechte Umsetzung des Referenzkonzeptes erfordert deshalb, dass die vorhandenen Planungs- und Dokumentationsweisen einer kritischen Prüfung unterzogen werden (vgl. hierzu Kapitel 4.5).

- Bei den Rahmenkonzepten für zentrale Prozesse in der Pflege sollte mit den vier Konzepten angefangen werden, die sich ausschließlich auf einrichtungsinterne Prozesse beziehen. Wenn die Bearbeitung des Konzeptbausteins zur Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung nicht bereits vor der Beschäftigung mit der Pflegedokumentation erfolgt ist, sollte sie sich wegen des inhaltlichen Zusammenhangs spätestens jetzt anschließen.

- Für die Bearbeitungsreihenfolge der Maßstäbe zur Zusammenarbeit mit Angehörigen zur Nächtlichen Versorgung und zur Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen verzichten wir auf eine Empfehlung. Hier können je nach Ausgangslage der Einrichtung unterschiedliche Schrittfolgen sinnvoll sein. Generell halten wir es für günstiger, mit solchen Rahmenkonzepten zu beginnen, bei denen nach erster Prüfung der Konzeptbausteine ein geringerer Verbesserungs- und Anpassungsbedarf besteht. Auf diese Weise haben es die Mitarbeiter und Leitungskräfte der Einrichtung leichter, in die Anforderungen „hineinzuwachsen“, die sich aus der Übernahme des Referenzkonzeptes ergeben.
- Besondere Bedeutung hat für jede Pflegeeinrichtung die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und das Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten von Bewohnern. Die bisherigen Erfahrungen lassen vermuten, dass in vielen Pflegeeinrichtungen in diesen Zusammenhängen vermeidbare Probleme und Reibungsverluste existieren. Im Unterschied zu den anderen Rahmenkonzepten können diese aber nur dann bewältigt werden, wenn sich die externen Kooperationspartner – d. h. Ärzte und Krankenhäuser – aktiv daran beteiligen und zwischen ihnen und der Pflegeeinrichtung entsprechende Vereinbarungen verbindlich getroffen werden können.



Kapitel 3

Umsetzung des Referenzkonzeptes und Anforderungen an die Aufbau- und Ablauforganisation



3. Umsetzung des Referenzkonzeptes und Anforderungen an die Aufbau- und Ablauforganisation

3.1 Was heißt „Aufbau- und Ablauforganisation“	1
3.2 Grundprinzipien: Zielangemessenheit, Eindeutigkeit und Transparenz	2
3.3 Die „zuständige Pflegefachkraft“ als Ausgangspunkt für die Pflegeorganisation . . .	3
3.3.1 Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation zur Umsetzung des ZPFK-Konzeptes	3
3.3.2 Probleme im Umsetzungsprozess – Bewältigungsstrategien	11
3.4 Verbesserte Zusammenarbeit der Berufsgruppen	12
3.4.1 Unzulängliche Kooperation zwischen Pflege und Sozialem Dienst als Hindernis	12
3.4.2 Optimierte Vernetzung zwischen Pflege und Sozialem Dienst	13

Die Übernahme des Referenzkonzepts durch eine vollstationäre Pflegeeinrichtung führt auch zu Veränderungen der Aufbau- sowie der Ablauforganisation. Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung ist es, die vorhandenen Strukturen der Einrichtung zu analysieren und den Veränderungsbedarf zu bestimmen. Diese Kapitel enthalten die hierfür entscheidenden Punkte und Erfordernisse sowie Vorschläge und Anregungen für Art und Umfang der Veränderungen.

3.1 Was heißt „Aufbau- und Ablauforganisation“?

Die Struktur von Organisationen, wie sie ein Organigramm abbildet, wird auch als Aufbauorganisation bezeichnet. An ihr ist erkennbar, welche Leistungsbereiche zu einer Pflegeeinrichtung gehören und wie der hierarchische Aufbau gestaltet ist.

Mit Ablauforganisation sind die Festlegungen und Vorgaben gemeint, welche die Leistungserbringung und damit die Arbeitsabläufe regeln. D. h. hier ist festgeschrieben, welche Leistungsinhalte in den einzelnen Bereichen und von bestimmten Funktionsträgern zu erbringen sind, welche Entscheidungsbefugnisse einzelnen Bereichen bzw. Funktionsträgern zugeordnet sind und in welchen Gremien, wie oft und mit welchen Beteiligten die Koordination und Kommunikation zwischen den Bereichen und Hierarchieebenen abzustimmen ist. Typische schriftliche Dokumente einer Ablauforganisation sind etwa Stellenbeschreibungen und Tätigkeitsprofile oder auch eine Besprechungsmatrix.

Hinweis: Seit in den meisten Einrichtungen der stationären Altenpflege ein systematisches Qualitätsmanagement als Aufgabe erkannt worden ist, finden sowohl der interne Organisationsaufbau als auch die Ablaufregelungen Eingang in Qualitätsmanagement-Handbücher (QMH), die zumeist jedoch noch über das hinausgehen, was früher nur unter Aufbau- und Ablauforganisation verstanden wurde. Im Unterschied zu der gerade dargelegten Definition regeln die QMH auf detaillierte Weise die Prozesse der Leistungserbringung und geben nicht nur Auskunft darüber, was zu tun ist, sondern auch, wie es zu tun ist.



3.2 Grundprinzipien: Zielangemessenheit, Eindeutigkeit und Transparenz

Die Aufbau- und Ablauforganisation ist gewissermaßen das Gerüst, das den Führungskräften, den Mitarbeitern und Bewohnern im Alltag Halt geben und planvolles, zielgerichtetes Handeln auf Dauer sichern soll. Grundsätzlich kann dies nur ein struktureller Rahmen, der die Kriterien der Zielangemessenheit, der Eindeutigkeit und der Transparenz erfüllt.

Zielangemessen sind Aufbau und Ablaufregelungen nur bei klarer Orientierung der Festlegung von Arbeitsbereichen, Koordination und Kommunikation an den zentralen Zielsetzungen einer Altenpflegeeinrichtung.

Beispiel: Wenn zu den Zielen gehört, dass die Bewohner eine bedarfsgerechte psychosoziale Betreuung erfahren sollen, kann sich dies zum einen im Vorhandensein eines Sozialen Dienstes, darüber hinaus aber auch in Regeln zur Art der Arbeitsteilung und zur notwendigen Abstimmung zwischen Pflegekräften und Sozialem Dienst widerspiegeln. Es ist dann nicht allein dem Engagement und der individuellen Entscheidung einzelner Fachkräfte überlassen, ob und in welchem Umfang von beiden Bereichen Leistungen der psychosozialen Begleitung erbracht und miteinander vernetzt werden.

Von Eindeutigkeit und Transparenz kann dann gesprochen werden, wenn die Regelungen unmissverständlich schriftlich fixiert, allen Beschäftigten bekannt und jederzeit mühelos auffindbar und nachzulesen sind.

Die Orientierung an den Konzeptbausteinen wird dazu führen, die vorhandene Aufbau- und Ablauforganisation im Sinne dieser Gütekriterien zu optimieren. Dabei ist insgesamt von Bedeutung,

- welche strukturbezogenen Innovationsanforderungen mit einzelnen Konzeptbausteinen verbunden sind,
- auf welche Ausgangsbedingungen diese Anforderungen treffen,
- auf welche Weise die aufbau- und ablauforganisatorischen Festlegungen verändert und Schwierigkeiten im Umsetzungsprozess erfolgreich bearbeitet werden können.

Eine angemessene, eindeutige und transparente Aufbau- und Ablauforganisation unterstützt zwar gute Arbeit im Alltag, ruft sie aber nicht automatisch hervor. Die in den nachfolgenden Abschnitten dargestellten Lösungswege können ihre produktive Wirkung dann entfalten, wenn sie von weiteren Maßnahmen – etwa der Personalentwicklung, der Mitarbeiterführung oder der systematischen Leistungssteuerung – begleitet werden.

3.3 Die „zuständige Pflegefachkraft“ als Ausgangspunkt für die Pflegeorganisation

Das Konzept der zuständigen Pflegefachkraft (ZPFK) ist eine spezifische Form der Pflegeorganisation, bei dem examinierte Pflegefachkräfte jeweils umfassende Planungs- und Steuerungsvorantwortung für die Pflege bestimmter Bewohner übernehmen: Die zuständige Pflegefachkraft

- ist verantwortlich für die Gestaltung des individuellen Pflegeprozesses, sie erstellt die bedarfsangemessene Pflegeplanungen für „ihre“ Bewohner, übernimmt selbst entsprechende pflegerische Aufgaben und stellt sicher, dass die Pflegeleistungen jederzeit mit der geforderten Qualität erbracht werden,
- koordiniert alle Personen, Stellen und Institutionen, die in die Versorgung und Unterstützung des jeweiligen Bewohners einbezogen sind,
- soll durch Entlastung von anderen – insbesondere bewohnerfernen aber auch von minderrangigen pflegerischen Tätigkeiten – entlastet werden, um über ausreichend Zeit für den erhöhten Planungs-, Steuerungs- und Koordinationsaufwand zu verfügen,
- soll bei Abwesenheit so vertreten werden, dass die Kontinuität der Aufgabenwahrnehmung gewährleistet ist,
- soll bei vollständiger Wahrnehmung aller Aufgaben und Verantwortlichkeiten unter den gegebenen personellen Bedingungen für etwa zehn Bewohner zuständig sein.

Auch die Rahmenkonzepte zum Heimeinzug, zur Kooperation mit Angehörigen, zur Zusammenarbeit mit Ärzten, zur Überleitung bei Krankenhausaufenthalten und zur Sterbebegleitung fordern die eindeutige Zuordnung eines jeden Bewohners zu einem „Hauptansprechpartner“. Idealerweise sollte dies die zuständige Pflegefachkraft sein. Damit ergeben sich weitere inhaltliche Aufgaben, die mit den jeweiligen Prozessen verbunden sind.

3.3.1 Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation zur Umsetzung des ZPFK-Konzepts

Soll-Ist-Analyse und konzeptioneller Diskurs zur Zielklärung und Zielverständigung

Bei Neu-Einführung des Konzeptbausteins der zuständigen Pflegefachkraft ist zunächst in einem konzeptionellen Diskurs zu klären, warum die bisherige Arbeitsorganisation verändert werden soll und was damit angestrebt wird.

Die bisherige Alltagspraxis, wie auch immer sie geartet ist, wird von den Beschäftigten automatisch mit Sinn unterlegt. Veränderungen entwerfen diese Sinnkonstruktionen und stoßen deshalb leicht auf Widerstand. Eine vorgeschaltete Diskussion der Ziele kann solchen Reaktionen vorbeugen.

Vorteilhaft erscheint dabei eine Zielverständigung in mehreren Schritten:

- **Zunächst** müssen Träger, Einrichtungsleitung und Pflegedienstleitung sich über die angestrebten Optimierungen verständigen. Es ist sinnvoll, diese Verständigung als Zielvereinbarung schriftlich festzuhalten.



- **Im zweiten Schritt** sind die Wohnbereichsleitungen einzubinden. Dies ist besonders wichtig, weil das Konzept der zuständigen Pflegefachkraft Verantwortlichkeiten und Kompetenzen von der Ebene der Wohnbereichsleitung auf die Ebene der Pflegefachkräfte verlagert. Am besten nutzt man dazu die regelmäßigen Sitzungen zwischen Wohnbereichs- und Pflegedienstleitung.
- **Im dritten Schritt** schließlich müssen die examinierten und nicht examinierten Pflegekräfte auf ihre veränderten Aufgabenprofile und die veränderte Verantwortung eingestimmt werden. Dies kann im Rahmen von Dienstbesprechungen geschehen, an denen die Pflegedienstleitung und ggf. auch die Hausleitung teilnehmen.

Zum einen dienen diese Verständigungsprozesse dazu, die konzeptionelle Begründung für den Konzeptbaustein der zuständigen Pflegefachkraft zu verdeutlichen und gemeinsam zu konkretisieren („Warum ist es für unser Haus erforderlich, was genau wollen wir dadurch erreichen?“).

Zum anderen ermöglicht diese Vorgehensweise den Leitungskräften der unterschiedlichen Ebenen die Übermittlung der Wertschätzung für die bisher geleistete Arbeit gegenüber ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Sie gibt den Mitarbeitern außerdem Gelegenheit, ihre eventuellen Befürchtungen und Bedenken anzusprechen, gemeinsam Lösungen zu deren Überwindung zu entwickeln und ein deutliches Unterstützungsangebot zu formulieren.

Wenn bereits ein Bezugspflegesystem existiert, kann im Anschluss an die auch dann erforderliche Verständigung zwischen Träger und Leitungsebenen einer Einrichtung – die Soll-Ist-Analyse in den Wohnbereichsteams oder auch in einer Projektgruppe durchgeführt werden. Hier kann die SPOT-Analyse gut angewendet werden. Im Abgleich mit der schriftlichen Beschreibung der Anforderungen und den zugehörigen Erläuterungen ist zu fragen:

- Stärken (Gegenwart): Welche Anforderungen erfüllen wir bereits auf gutem Qualitätsniveau?
- Probleme (Gegenwart): Welche Anforderungen erfüllen wir noch nicht oder nur unzulänglich? An welchen Stellen kommt es zu Problemen und Reibungen?
- Chancen (Zukunft): Welche Vorteile und wünschenswerten Verbesserungen bringt das Konzept für Bewohner und Mitarbeiter?
- Befürchtungen (Zukunft): Welche Bedenken haben wir gegenüber dem Konzept oder einzelner Elemente?

Nach der Sammlung dieser Informationen ist zu fragen, was erreicht werden muss, um die bisherigen Lücken und Probleme im Sinne des Konzepts produktiv zu wenden und um den Befürchtungen und Bedenken vorzubeugen. Dies sind dann die einrichtungsspezifischen Veränderungsziele, deren Umsetzung geplant und vorbereitet werden kann.

In den folgenden Abschnitten beschäftigen wir uns mit Problemen und Hindernissen und erläutern, auf welche Weise sie bearbeitet werden können.

Bereichsbezogene Analyse der vorhandenen Personal- und Bewohnerstruktur und der Arbeitsorganisation

Um ein höheres Maß an Flexibilität zu gewinnen, beschäftigen viele Altenpflegeeinrichtungen eine beachtliche Zahl der Pflege(fach)kräfte in Teilzeit. In solchen Fällen wird es kaum möglich sein, nur solchen Fachkräften die Funktion der zuständigen Pflegefachkraft zu übertragen, die Vollzeit oder mit einem Zeitanteil über 70 % beschäftigt sind. Zumindest mittelfristig werden bei der Umsetzung des Konzepts auch solche examinierten Kräfte die Funktion der zuständigen Pflegefachkraft übernehmen müssen, die mit einem 50%igen Zeitanteil oder sogar noch weniger beschäftigt sind. Dies kann zur Folge haben, dass die Kontinuität bei der Arbeit, die durch die zuständige Pflegefachkraft erreicht werden soll, zwangsläufig größere Lücken aufweist.

Um gleichwohl die mit den vorhandenen Kräften bestmögliche Konstruktion zu finden und um Informationen für eine künftige Organisationsgestaltung zu erhalten ist es notwendig, die derzeitige Personalstruktur, die Arbeitsorganisation und die Bewohnerstruktur wohnbereichsbezogen genau zu überprüfen und zwischen den einzelnen Abteilungen abzugleichen. Die Leitfragen einer solchen Analyse könnten sein:

- Wie hoch ist der Anteil der examinieren Pflegefachkräfte? Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass selbst bei nahezu gleichgroßen Einrichtungen die Anzahl der Pflegefachkräfte zum Teil erheblich voneinander abweicht, so dass in einigen Pflegeheimen die Zahl der examinieren Mitarbeiter geringer ausfällt als in anderen Häusern. Diese Unterschiede verweisen auf Gestaltungsspielräume, die es auszuschöpfen gilt.
- Ist die Verteilung des vorhandenen Stellenkontingents auf die beschäftigten Personen wirklich schon optimal? Kann man daran – möglichst im Einverständnis mit Betroffenen – noch etwas verbessern?
- Wie verteilen sich die Dienstzeiten der examinieren Fachkräfte? Lässt sich die Betreuungskontinuität verbessern, indem ihre Dienstzeiten anders verteilt werden?
- Gibt es – bezogen auf Wohnbereiche aber auch auf einzelne Fachkräfte – signifikante Unterschiede in der Leistungsdokumentation, die sich insbesondere auch an unterschiedlichen Ergebnissen bei Höherstufungsanträgen bemerkbar machen? Falls ja, hat dies Auswirkungen auf das verfügbare Personalkontingent. Nur eine regelmäßige Evaluation der Pflegeplanung und eine vollständige und aussagefähige Dokumentation der erbrachten Leistungen können sicherstellen, dass die Einstufung von Bewohnern dem zu leistenden Pflegeaufwand entspricht. Entdeckt man Schwächen in diesem Bereich kann durch geeignete Maßnahmen (z. B. Nachschulungen, Zielvereinbarungen, Kritikgespräche) gegengesteuert werden.
- Ist das Kompetenz- und Leistungsniveau der Wohnbereichsteams annähernd gleich oder gibt es erkennbare Unterschiede? Könnte eine andere Verteilung der examinieren Fachkräfte auf die Wohnbereiche für die Qualitätssicherung vorteilhafter sein? (Aber Vorsicht: solche Eingriffe können, wenn sie gegen den ausdrücklichen Wunsch der Beschäftigten erfolgen, auch zur Demotivierung bisher funktionierender Teams beitragen.)
- Gibt es Unterschiede zwischen den Wohnbereichen in Bezug auf die Anzahl der Mehrarbeitsstunden? Wenn ja, könnte das ein Hinweis auf Unterschiede in der Effizienz der Arbeitsorganisation sein und einen Ansatz für mögliche Verbesserungen liefern. Dabei ist jedoch unbedingt zu beachten, dass solche Unterschiede auch anders, etwa in langfristigen Krankheitsausfällen von Fachkräften, begründet sein können.

Die Antworten auf solche Fragen lösen sicher nicht alle unter den gegebenen Rahmenbedingungen und vorhandenen Problemen. Sie können aber dazu verhelfen, den Einsatz der Beschäftigten auf bestmögliche Art und Weise zu gestalten.

Zeit- und Ressourcengewinn durch qualifikationsorientierte Arbeitsteilung

Bisherige Erfahrungen bestätigen, dass Arbeiten, für deren Ausführung keine besondere Qualifikation erforderlich ist, häufig von Pflege(fach)kräften ausgeführt werden. Pflegekräfte übernehmen dann oft den Transport von Essenswagen und -tablets (bei der Weitläufigkeit mancher Häuser eine zeitraubende Angelegenheit), Tätigkeiten der Wäscheversorgung oder Reinigung.

In den mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen ist ausgeführt, welche Aufgaben und Tätigkeiten nur von ausgewiesenen Fachkräften (überwiegend Pflegefachkräfte, teilweise aber auch Fachkräfte des Sozialen Dienstes) übernommen werden sollten, und welche auch von „Nicht-Fachkräften“ geleistet werden können. Diese Gruppe der Nicht-Fachkräfte ist nicht weiter ausdifferenziert. Ob eine solche genauere Differenzierung hilfreich erscheint oder die eben auch benötigte Flexibilität im Personaleinsatz zu sehr einschränkt, kann nur einrichtungsspezifisch entschieden werden.



Möglichkeiten der Steuerung ergeben sich auch in Bezug auf die Tätigkeiten, die sowohl von Fachkräften wie auch von Nicht-Fachkräften ausgeübt werden können. Auch hier können Einrichtungen durch genaue Prüfung der eigenen Praxis im Alltag Zuordnungen vornehmen, die einen Zeitgewinn bewirken.

Passgenaue Lösungen für solche Probleme (wie z. B. die Klärung der Weisungsbefugnisse der Wohnbereichsleitungen gegenüber Hilfskräften) können dadurch gefunden werden, dass sich bereichsübergreifend zusammengesetzte Qualitätszirkel, mit der Ist-Analyse und der Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen befassen.

Die Umsetzung der qualifikationsorientierten Arbeitsteilung des Konzeptbausteins der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen wird dazu beitragen, die zuständige Pflegefachkraft von Hilfstätigkeiten zu entlasten und so Zeitkontingente für das veränderte Aufgabenprofil zu schaffen.

Kompetenzanforderungen an die zuständige Pflegefachkraft und ggf. notwendige Qualifizierungen

Grundsätzlich muss es sich bei der zuständigen Pflegefachkraft immer um eine examinierte Pflegefachkraft handeln. Erfahrungen zeigen, dass nicht alle examinierten Fachkräfte ohne weitere Vorbereitung den veränderten Anforderungen bei der Einführung des Konzeptbausteins der zuständigen Pflegefachkraft bzw. der Erweiterung des vorhandenen Bezugspflegesystems gewachsen sind. Dann sind die examinierten Pflegekräfte praxisnah zu unterstützen. Dies kann nicht nur durch kompakte Fortbildungen für kleine Gruppen, sondern durchaus auch durch Einzelschulungen geschehen und sollte kontinuierlich über mehrere Wochen beibehalten werden.

Die Fachkräftequalifikation ist darüber hinaus auch für die Umsetzung anderer Konzeptbausteine erforderlich. Auf den qualitativen Personalbedarf und hilfreiche Strategien der Personalentwicklung geht dieser Praxisleitfaden in einem eigenen Kapitel ausführlich ein. Der Abschnitt zum Schwerpunkt Personalentwicklung wird dabei auch der Frage nachgehen, ob und wie interne Qualifizierungen auch ohne Modellfinanzierung möglich sind und wie erreicht werden kann, dass sich der Aufwand in überschaubaren Grenzen hält.

Bildung von „Pflegetandems“

Das ZPFK-Konzept kann auch durch die Bildung von Plefgetandems umgesetzt werden. Einer Pflegefachkraft und einer nicht examinierten Pflegekraft wird nach diesem Prinzip eine bestimmte Anzahl von Bewohnern gemeinsam zugeordnet. Selbstverständlich ist die Funktion der zuständigen Pflegefachkraft einer examinierten Kraft vorbehalten. Trotzdem können solche Tandems die Kontinuität der Unterstützung in höherem Maße sichern als es eine einzelne Person vermag. Außerdem können auf diese Weise Kompetenzen besser vernetzt werden. So können etwa unerfahrene Pflegefachkräfte in solchen Tandems vom Können und den Erfahrungen nicht examinierter erfahrener Pflegehelfer profitieren.

Beteiligung der Wohnbereichsleitung und Wohnbereichsteams an der Bildung der Pflegegruppen

Nicht jede Pflegekraft kommt mit jedem Bewohner zurecht. Die Gründe dafür, dass es zwischen einzelnen Pflegekräften und Bewohnern und deren Angehörigen Probleme und Konflikte geben kann, sind vielfältig. Sie können verursacht oder beeinflusst sein von krankheitsbedingten Symptomen des Bewohners, erschwerter Verständigung wegen kultureller und sprachlicher Unterschiede, mangelnder Sensibilität und Empathie von Pflegekräften, rassistischen Einstellungen gegenüber ausländischen Beschäftigten und anderen Faktoren.

Oft können aber solche Probleme auch als die Kehrseite vorhandener Stärken interpretiert werden: Für einige Bewohner gilt, dass zwar die wechselseitige Beziehung zu bestimmten Mitarbeitern tendenziell schwierig ist, dass es gleichzeitig im Bereichs-

team aber Mitarbeiter gibt, die zu diesen Bewohnern einen guten Zugang gefunden haben. Um solche Ressourcen zu nutzen und vermeidbare Schwierigkeiten möglichst zu umgehen, ist es wichtig, bei der Zuordnung von Bewohnern zur zuständigen Pflegefachkraft bzw. zu Pfl egetandems die Wohnbereichsleitungen und -Teams aktiv zu beteiligen.

Pflegeeinrichtungen, die diese Form der Zuordnung von Mitarbeitern und Bewohnern völlig neu einführen und auch bisher noch nicht nach dem Bezugspflegesystem gearbeitet haben, sollten zunächst eine Probephase von etwa einem halben Jahr vereinbaren und diese Phase dann sorgfältig auswerten. Auf diese Weise gewinnt man Kriterien, anhand derer man die Zuordnung von Pflege(fach)kräften zu Bewohnern verlässlich vornehmen kann.

Anpassung der Stellenbeschreibungen/Tätigkeitsprofile

Der Konzeptbaustein der zuständigen Pflegefachkraft bietet mit seiner detaillierten Beschreibung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten eine gute Grundlage für die Stellenbeschreibung.

Alternativ kann die Festlegung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten auch in einem Tätigkeitsprofil schriftlich festgehalten werden. Dies hat den Vorteil, dass die Aufgabenbeschreibung inhaltlich konkreter und praxisnäher gestaltet werden kann als in den meist formalen Stellenbeschreibungen.

Inhaltlich beziehen sich vorzunehmende Anpassungen vor allem auf die Steuerungs- und Koordinierungsleistungen, die von der zuständigen Pflegefachkraft zu erbringen sind und auf ihre Aufgabe, auch als „Hauptansprechpartner“ im Zusammenhang mit den Rahmenkonzepten für zentrale Aufgabenfelder zu fungieren. Dabei ist es empfehlenswert, diese Steuerungs- und Koordinierungsaufgabe der zuständigen Pflegefachkraft genau zu definieren. Die schon angesprochene genaue Analyse der jeweils gegebenen Ausgangslage kann dazu beitragen, die Zeit zu „finden“, die für diese Leistungen zusätzlich benötigt wird.

Mit der Anpassung der Stellenbeschreibung und Tätigkeitsprofile ist verbunden, dass

- die Vertretungsfrage geregelt wird: Alle zuständigen Pflegefachkräfte eines Wohnbereichs können in ein System wechselseitiger Vertretung eingebunden werden. Bei längerem Ausfall einer zuständigen Pflegefachkraft kann eine Vertretung auch durch die Wohnbereichsleitung erfolgen.
- die hierarchische Positionierung der examinieren zuständigen Pflegefachkraft und der nicht examinieren Pflege- und Hilfskräfte zueinander geregelt wird: Die Steuerungs- und Koordinierungsverantwortung schließt in gewissem Maße auch Weisungsbefugnisse der zuständigen Pflegefachkraft und deren direkte Kommunikation mit Mitarbeitern anderer Dienstbereiche (Sozialer Dienst, Küche, Hauswirtschaft, Haustechnik) ein. Soweit von solchen Diensten auch unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen erbracht werden, gehören diese ebenfalls in die Steuerungsverantwortung der zuständigen Pflegefachkraft.

Es ist empfehlenswert, die Stellenbeschreibungen und Tätigkeitsprofile der Wohnbereichsleitungen entsprechend zu verbessern.

Grundsätzlich könnte es auch ein strategisches Ziel sein, auf eine Leitungsebene zwischen durch zuständige Pflegefachkraft gesteuerte Pfl egeteams und Pfl edgedienstleitung zu verzichten. Ein solcher Schritt will aber gut überlegt sein und hängt u. a. davon ab, wie nah oder fern die Pfl edgedienstleitung den Wohnbereichen ist oder sein kann. Die ZPFK agiert immer in einem Wohnbereich, in dem mit anderen ZPFK oder Tandems ein Austausch zu organisieren und Absprachen zu treffen sind. D. h., es wird nach wie vor eine größeren Anzahl von Mitarbeitern in einem Wohnbereich möglichst reibungslos kooperieren und kommunizieren, Krisen und plötzliche Aus-



fälle bewältigen müssen u. Ä. Am besten funktioniert dies in einem gut eingespielten Team, das sich zwar auch ohne Leitung, dann aber eher zufällig (und nicht notwendigerweise) dahin entwickeln kann und dessen Qualität erfahrungsgemäß von bestimmten Personen abhängig ist. Empfehlenswert scheint es deshalb, wenn ein struktureller Rahmen so gestaltet ist, dass er eine solche Entwicklung befördert. Dies ist der Fall, wenn Wohnbereichsleitungen vorhanden und ausdrücklich damit beauftragt sind, neben der alltäglichen und unmittelbaren Steuerung der Leistungen auch die Entwicklung ihrer Teams anzuleiten und gezielt zu betreiben.

Zur Verdeutlichung der Situation sollte bei der Einführung des Konzeptbausteins der zuständigen Pflegefachkraft eine tabellarische Übersicht erstellt werden, bei der in zwei Spalten die Aufgaben, Befugnisse und Verantwortlichkeiten der Wohnbereichsleitung und der zuständigen Pflegefachkraft einander gegenübergestellt werden. Auf diese Weise lässt sich gut verdeutlichen, dass die zuständige Pflegefachkraft die Wohnbereichsleitung nicht überflüssig macht. Vorgebeugt wird damit auch der Gefahr, dass sich Wohnbereichsleitungen durch dieses Konzept entwertet fühlen.

Beispiel für eine solche Gegenüberstellung:

Wohnbereichsleitung	ZPFK (Die Aufgaben sind auf eine Pflegegruppe bezogen, für welche die examinierte Pflegekraft verantwortlich ist)
	Arztanrufe/Medikamente
	Pflegeberatung in/während der Grundpflege
	Administrative Aufgaben
	Wunddokumentation
Medikamentenverwaltung	
Angehörigengespräche in besonderen Problemlagen/Kritikgespräche	Angehörigengespräche tägliches Vorbereiten von Medikamenten
Gruppeneinteilung der Mitarbeitern	Neuaufnahmen Vitalwerte Behandlungspläne Pflegeplanungen
Kontrolle der Dokumentation	Kontrolle der Dokumentation
Organisation und Durchführung von Teambesprechungen	
Organisation von Fallbesprechungen	Durchführung von Fallbesprechungen
Zimmerkontrolle	Zimmerkontrolle
Hilfsmittel verwalten/organisieren	
Organisation Festbeteiligung MA	Festbeteiligung Bewohner
Übergaben	
Pausenregelung	Koordination der Umfeldpflege im Bewohner zimmer Auffüllen von Verbandsmaterialien
„Stützpunkt-Ordnung“	
Notfallgeräte/-koffer kontrollieren/ Vollständigkeit und Funktionstüchtigkeit	Ordnung im Dienstzimmer
Organisation innerhalb der Lagerräume	
Organisation des Materialbestellwesens	
Delegation an bestimmte Personen	
MA-Gespräche - fachlich - Personalentwicklung - Kritik ...	MA-Gespräche - fachlich
Zusammenarbeit mit Ärzten, Krankengymnastik, Firmen ...	Zusammenarbeit mit Ärzten, Krankengymnastik, Firmen ... bei Fragen/Unsicherheiten Austausch mit der WBL
Koordination der Zusammenarbeit mit Abteilungen im Haus	
Delegation an Stellvertretung/Schicht- leitung in Abwesenheit der WBL	



Anpassung der Dienstzeiten

Um ihrer Funktion als Hauptansprechpartnerin und als „Navigatorin des Pflegeprozesses“ gerecht werden zu können, muss die zuständige Pflegefachkraft die ihr zugeordneten Bewohner zu unterschiedlichen Tageszeiten und auch am Wochenende erlebt haben. Es gibt durchaus Einrichtungen in denen examinierte Kräfte nur oder schwerpunktmäßig in bestimmten Schichten – z. B. im Frühdienst oder nur in Ausnahmefällen an Wochenenden – tätig sind. Viele Häuser beschäftigen auch Mitarbeiter, die ausschließlich die Nachtdienste übernehmen.

Bei der Umsetzung des Konzeptbausteins der zuständigen Pflegefachkraft sollten die Einrichtungen ggf. diese Merkmale der Arbeitsorganisation verändern. In einigen Häusern werden sich diese Anforderungen eventuell sogar in Planungen auf der Träger-ebene oder unabhängig vom Referenzkonzept begonnene Entwicklungsprozesse einfügen.

Ziel einer veränderten Dienstplangestaltung muss es sein, ausreichend flexible Dienstzeiten für die zuständige Pflegefachkraft bzw. Pflegefachkraft festzulegen. Dazu gehört zum einen die Festlegung, dass die Pflege(fach)kräfte in Zukunft sowohl in Früh- als auch Spätdiensten mitarbeiten sollen. Einzelne Einrichtungen werden im Projektverlauf damit beginnen, den reinen Nachtdienst abzubauen und alle Pflege(fach)kräfte in allen Schichten einzusetzen (Dreischichtsystem). Es besteht darüber hinaus die Möglichkeit über den Beschäftigungsumfang der zuständigen Pflegefachkraft zu verhandeln, um allzu geringe Teilzeitstellen zu erweitern.

Möglich ist dies nach intensiven Gesprächen mit den Beschäftigten, in denen die Einrichtungs- und Pflegedienstleitung die Veränderung begründet und um deren Einverständnis wirbt. Unverzichtbar ist dabei, zumindest vorübergehend individuelle Lösungen für Mitarbeiter in besonderen Lebensumständen zu finden. Auf diese Weise wird der Gefahr begegnet, die Pflege(fach)kräfte zu demotivieren und bei ihnen den Eindruck zu erwecken, dass sie Verlierer der Entwicklung seien.

Kooperation mit Angehörigen und externen Kooperationspartnern

Für Angehörige, interne und externe Kooperationspartner und manchmal auch für die einzelnen Bewohner ist die Anwendung des ZPFK-Konzepts nicht unmittelbar erkennbar. Da bestimmte Tätigkeiten, wie die Pflegeplanung oder die Informationen während der Dienstübergabe von Angehörigen und anderen Externen nicht erfasst wird, kann es für sie den Anschein haben, als seien viele Pflege(fach)kräfte – nämlich immer die im Dienst befindlichen – zuständig. Hinzu kommt, dass bei komplizierten Fragen, Problemen oder Beschwerden häufig an die Wohnbereichs- oder Pflegedienstleitung verwiesen wird.

Deshalb ist es selbstverständlich, dass sich jede zuständige Pflegefachkraft gegenüber „ihren“ Bewohnern, deren Angehörigen und allen wichtigen internen und externen Kooperationspartnern auch als solche präsentiert und vorstellt. Der Name der zuständigen Pflegefachkraft sollte sich auch auf allen Schriftstücken befinden, die „ihre“ Bewohner betreffen. Beispielsweise sollte eine angehängte Visitenkarte, die dem Informationsmaterial für Angehörige beigefügt wird und die natürlich auch dem Überleitungsbogen bei Krankenhausaufenthalten hinzugefügt wird, sie als zuständige Pflegefachkraft ausweisen.

Günstig ist es auch, außen neben der Zimmertür der Bewohner oder innen an einer Zimmerwand Schilder anzubringen, auf denen die Namen der zuständigen Pflegekräfte gut lesbar vermerkt sind. So können sich auch Freunde und Bekannte orientieren, die zum ersten Mal einen Bewohner besuchen.

Insbesondere für Bewohner und deren Angehörige erhöht das ZPFK-Konzept die Chance, eine vertrauensvolle Beziehung zu der „hauptzuständigen“ Pflegefachkraft aufzubauen. Eine vorgenommene Entlastung der ZPFK von pflegerischen Aufgaben

stellt keine Reduzierung des Kontakts zum Bewohner dar, sondern verlagert und intensiviert ihn. Um ihre Planungs- und Steuerungsaufgaben gut erfüllen zu können, muss die ZPFK jederzeit darüber informiert sein, wie es „ihren“ Bewohnern geht und ob die Qualität der Pflegeleistung ihrem Bedarf und ihren Bedürfnissen entspricht. Dies kann sie nur, wenn sie in regelmäßigem und intensivem Kontakt zum einzelnen Bewohner steht.

3.3.2 Probleme im Umsetzungsprozess – Bewältigungsstrategien

Die Einführung des Konzeptbausteins der zuständigen Pflegefachkraft kann nicht nur in die vorhandene Arbeitsorganisation sondern oft auch in das vorhandene berufliche Selbstverständnis der Pflegekräfte gravierend eingreifen und dadurch ihr Selbstwertgefühl und ihre Selbsteinschätzung berühren. Entsprechend hoch kann die Verunsicherung sein und entsprechend heftig dann auch der daraus resultierende Widerstand. Durch Veränderungen ihrer Positionierung und der Arbeitsteilung kann es zu Reibungen zwischen examinierten und nicht examinierten Pflegekräften kommen. Zur Verhinderung solcher Schwierigkeiten gibt es keine Patentrezepte. Vertrauensvolle Zusammenarbeit, Transparenz in der Vorgehensweise und Beteiligung der Mitarbeiter können solche Widerstände akut dämpfen und damit längerfristig die erfolgreiche Umsetzung des Referenzkonzeptes unterstützen:

- Die Beteiligung der Mitarbeiter an der Ausgestaltung der neuen Arbeitsorganisation ist von wesentlicher Bedeutung. Eine Einbindung der Pflegekräfte bei der Formulierung des Anforderungsprofils der zuständigen Pflegefachkraft, bei der Bildung der Bewohnergruppen sowie bei der Gestaltung der Arbeitsteilung zwischen examinierten und nicht examinierten Kräften fördert deutlich die Akzeptanz in der Vorgehensweise.
- Der Befürchtung, veränderten Aufgaben nicht gewachsen zu sein, können Leitungskräfte entgegenwirken, indem sie dafür sorgen, dass Unsicherheiten oder Fehler ohne Angst vor Sanktionen eingestanden werden können. Statt kritischer Bewertungen muss in solchen Fällen überlegt werden, wie verunsicherte Fachkräfte unterstützt bzw. ein aufgetretener Fehler zukünftig vermieden werden kann.
- Bei grundlegenden Veränderungen der Arbeitsanforderungen benötigen Mitarbeiter Zeit, um diese verinnerlichen. Deshalb ist es empfehlenswert, eine Zeitphase der Erprobung und des Hineinwachsens festzulegen, in der die konkreten Erfahrungen häufig besprochen und ausgewertet werden. Diese Zeitspanne sollte mindestens drei Monate dauern, kann aber bei ungünstiger Ausgangslage auch von Beginn an länger sein oder bei Bedarf später noch verlängert werden.
- Die Erprobungszeit ist durch die Leitungskräfte eng zu begleiten, d. h. Wohnbereichsleitungen müssen aufmerksam beobachten, wie die Fachkräfte mit den Veränderungen zu Recht kommen. Ihre Erfahrungen sollten in Einzel- und Teamgesprächen immer wieder zur Sprache gebracht werden. Der Stand der Erprobung sollte in dieser Zeit regelmäßiger Tagesordnungspunkt bei Besprechungen zwischen Pflegedienst- und Wohnbereichsleitung sein. Zusätzlich sollten die Erfahrungen in vier- bis sechswöchigem Abstand in gemeinsamen Sitzungen von Wohnbereichsleitung, Pflegedienstleitung und Pflege team ausgewertet werden.



3.4 Verbesserte Zusammenarbeit der Berufsgruppen

Eine gute Vernetzung von Pflege und Sozialem Dienst ist von wesentlicher Bedeutung für die Umsetzung von Anforderungen, die mit den Konzepten zum pflegerischen Assessment und damit verbunden der Erhebung von biografischen Informationen, mit den Leistungsbeschreibungen und den Rahmenkonzepten zum Heimeinzug und zur Angehörigenarbeit einher gehen. Eine erfolgreiche Umsetzung dieser Konzeptbausteine wird gelingen, wenn

- für die Pflegeplanung unterschiedliche Informationen zur Bedarfslage des Bewohners miteinander verknüpft und genutzt werden;
- alle Fachkräfte, die mit dem Bewohner und seinen Angehörigen vor und nach dem Heimeinzug zu tun haben und auf unterschiedlichen Wegen Kenntnis zu seiner Biografie, seinen Ressourcen und Problemen erhalten, ihr Wissen systematisch und umfassend austauschen, so dass es in die Pflegeplanung und die regelmäßige Evaluation einfließen kann;
- die Arbeit zwischen beteiligten Diensten gut koordiniert und abgestimmt werden.

3.4.1 Unzulängliche Kooperation zwischen Pflege und Sozialem Dienst als Hindernis

Die Sammlung von Informationen zur Bedarfslage der Bewohner, Ressourcenförderung und -erhaltung, biografieorientierte Angebote und die Begleitung von Angehörigen sind Querschnittsaufgaben, die meist in mehreren Arbeitsbereichen erbracht werden (z. B. Pflege, Sozialer Dienst, Physiotherapie und in Verbindung von Ehrenamtlichen). Verantwortlich für die Regelung der Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Arbeitsbereichen sind die Leitungsebenen der jeweiligen Pflegeeinrichtung. Dazu müssen möglicherweise hinderliche Strukturen abgebaut werden.

Beispiel: Pflege und Sozialer Dienst gehören unterschiedlichen Abteilungen an und haben unterschiedliche Vorgesetzte. Die Pflegekräfte arbeiten wohnbereichsbezogen, der Soziale Dienst überwiegend einrichtungsübergreifend. Es gibt keinen systematischen Austausch, durch den sich die unterschiedlichen Professionen mit ihren verschiedenen und teilweise konkurrierenden fachlichen Vorstellungen gegenseitig zu ihren Erkenntnissen informieren können.

Gründe: Für die Einstufung der Bewohner in Pflegestufen und damit für die Entgelte der Einrichtungen werden primär Leistungen berücksichtigt, die der medizinisch-somatischen Pflege zuzurechnen sind. Dies kann zu einem Pflegeverständnis führen, das die somatischen und die medizinischen Leistungen in Zuständigkeit der Pflege ansiedelt, und die psychosozialen Leistungen als etwas „anderes“ beim Sozialen Dienst verortet. Einzelgespräche werden selbstverständlich auch vom Pflegepersonal geführt, meist aber nicht als geplante oder regelmäßige zielgerichtete Leistung (wie in den Leistungsbeschreibungen des Referenzkonzepts gefordert), sondern meist in Verbindung mit Hilfen bei den alltäglichen Verrichtungen.

Das Pflegekonzept bezieht sich nach dieser Beschreibung nur auf Tätigkeiten des Pflegepersonals. Die Arbeit des Sozialen Dienstes ist von der Tätigkeit der Beschäftigten in der Pflege getrennt. Die Angebote des Sozialen Dienstes werden in der Pflegeprozessplanung nicht berücksichtigt; für dessen Arbeit wiederum das Pflegeprozessmodell keine Bedeutung hat. Die Zusammenarbeit bei der Erstellung einer individuellen Pflegeplanung und bei deren Evaluation ist nicht vorhanden.

3.4.2 Optimierte Vernetzung zwischen Pflege und Sozialem Dienst

Hier geht es im ersten Schritt darum, durch Reform der Aufbau- und Ablauforganisation zunächst die strukturellen Voraussetzungen zu schaffen, um sich anschließend auf die fachliche Ausgestaltung der Inhalte zu konzentrieren.

Zu unterscheiden sind bei solchen Strukturinterventionen im Wesentlichen zwei Varianten:

- Die erste zielt auf die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Pflege, Sozialem Dienst und ggf. weiteren Berufsgruppen und beschränkt sich auf Veränderungen in der Ablauforganisation.
- Die zweite verändert hingegen die Aufbauorganisation, wenn sie Fachkräfte unterschiedlicher Dienste in die Pflgeteams der Wohnbereiche integriert.

Variante 1: Um herauszufinden, ob und wie vorhandene Regelungen die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Sozialem Dienst fördern, wird empfohlen, mit einer kritischen Bestandsaufnahme bei der Erhebung biografischer Informationen neuer Bewohner zu beginnen.

Wenn die vorhandenen Ablaufregelungen eine Koordination der beteiligten Dienste nicht stützen, fehlt eine wichtige Voraussetzung für die Erbringung bedarfsangemessener Leistungen der psychosozialen Begleitung.

Bei den Veränderungen der Ablaufregelungen im Sinne der ersten Variante kann die Erstberatung von Bewohnern und Angehörigen bei einem bevorstehenden Heimeinzug in der Zuständigkeit der zuvor verantwortlichen Stelle, etwa des Sozialen Dienstes verbleiben. Festzulegen ist dann,

- wie Angehörigen und zukünftigen Bewohnern die Bedeutung der Erhebung biografischer Informationen zu vermitteln ist,
- auf welche Weise die Kontrolle des Rücklaufes von Fragebögen erfolgt,
- wann und auf welche Weise der Biografiebogen an die „Pflege“ übermittelt und zu einer der Grundlagen der Pflegeplanung und zum Bestandteil der Pflegedokumentation wird,
- dass der Biografiebogen fortlaufend zu ergänzen ist und sich nicht nur auf die Vergangenheit beziehen darf - eine Biografie endet nicht mit dem Heimeinzug.

Dieser Fragenkomplex kann in einer Projektgruppe bearbeitet werden, in der Fachkräfte der Pflege und des Sozialen Dienstes vertreten sind und die dann auch den Auftrag erhält, ein Konzept zu entwerfen, das die obigen Fragen beantwortet. Bei dieser Konstellation sind meist nur wenige Korrekturen oder Konkretisierungen der vorhandenen Ablaufregelungen erforderlich.

Schwieriger ist die Frage zu lösen, wie neue Kenntnisse, die unterschiedliche Mitarbeiter im Kontakt mit einzelnen Bewohnern erhalten, transparent und allen verfügbar gemacht werden können. Nicht alle Einrichtungen verfügen über eine EDV-gestützte Pflegedokumentation, die gleichermaßen für alle zugänglich ist.

Aber selbst wenn dies der Fall wäre, ist damit das eigentliche Problem nicht gelöst. Schriftlich dokumentierte Informationen stellen notwendigerweise immer Verkürzungen dar. Selbst wenn sie gut gelungen sind, besteht die Gefahr von Lücken, Missverständnissen und Fehldeutungen. Die Vernetzung des Wissens unterschiedlicher Personen braucht die mündliche Kommunikation. Nur in solchen Diskursen können nicht nur Informationen zusammengetragen, sondern kann auch über deren Bedeutung für den einzelnen Bewohner und seine Unterstützung und Begleitung reflektiert werden.



Ziel muss also sein, die Kommunikation aller Fachkräfte zu verdichten. Um dies zu leisten, ist es empfehlenswert, regelmäßige und systematische gemeinsame Fallbesprechungen von Pflgeteams und Sozialem Dienst einzuführen und dafür zu sorgen, dass Mitarbeiter des Sozialen Dienstes regelmäßig an Übergaben in den Wohnbereichen teilnehmen. Dies kann durch eine entsprechende Strukturintervention seitens der Leitung erreicht werden.

Besonders überzeugend ist die Regelung, Fallbesprechungen zu jedem neuen Bewohner wenige Wochen nach seinem Einzug durchzuführen. Eine schriftliche Ergänzung biografischer Informationen erfolgt nach dieser Besprechung durch die zuständige Pflegefachkraft oder wird von dieser koordiniert.

Um Zeit für gemeinsame Fallbesprechungen zu gewinnen, können diese in andere, bereits existierende Besprechungsforen eingebunden werden.

Variante 2: Der Soziale Dienst wird dezentralisiert und den Wohnbereichen zugeordnet. Die Mitarbeiter des Sozialen Dienstes werden Mitglieder der Wohnbereichsteams und unterstehen damit der Wohnbereichsleitung. Verändert werden dann auch die Aufgabenbeschreibungen: Zentrale wohnbereichsübergreifende Angebote für Bewohnergruppen und insbesondere solche für Bewohner mit relativ geringen gesundheitlichen Einschränkungen werden geprüft und ggf. reduziert zugunsten von wohnbereichsbezogenen Angeboten – insbesondere auch solchen, durch die bisher eher vernachlässigte immobile und demenziell erkrankte Bewohner erreicht werden können. Um dies zu gewährleisten werden auch die Dienstzeiten bedarfsangemessen angepasst: Unterstützungsangebote sollen idealer Weise dann an sieben Wochentagen und auch in den Abendstunden erbracht werden können.

Auch hier handelt es sich um eine Strukturintervention durch die Leitung, die unter Beteiligung der Mitarbeitervertretung einzuführen und den betroffenen Mitarbeitern gegenüber zu begründen ist. Die Beteiligung der Mitarbeiter ist für die vorausgehende Soll-Ist-Analyse und die Identifikation von Schwachstellen notwendig, weil dadurch eine grundlegende Einsicht in Verbesserungsnotwendigkeiten und eine prinzipielle Veränderungsbereitschaft gefördert werden kann.

Die Integration von Mitarbeitern des Sozialen Dienstes in die Wohnbereiche macht die Wahrnehmung übergreifender Aufgaben keineswegs überflüssig. Es empfiehlt sich, mit den Fachkräften des Sozialen Dienstes fachliche Schwerpunkte zu vereinbaren und sie mit der Weiterentwicklung vorhandener Konzepte (z. B. Arbeit mit demenziell Erkrankten, Palliativpflege, Werbung und Begleitung von Ehrenamtlichen) zu beauftragen.

Kapitel 4

Qualitätsmanagement in der vollstationären Altenpflege



4. Qualitätsmanagement in der vollstationären Altenpflege

4.1	Einrichtungsinernes Qualitätsmanagement	2
4.2	Leistungsbeschreibungen: das Leistungsprofil der vollstationären Altenpflege	4
4.2.1	Bestandsaufnahme zu den unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungsbeschreibungen und Entwicklungsziele	4
4.2.2	Berufsbegleitende fachliche Qualifizierung	6
4.2.3	Bedarfsgerechte Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemen	8
4.2.4	Bedarfsgerechte Mobilitäts-erhaltung und -förderung	9
4.2.5	Verinnerlichung von Leitorientierungen	10
4.3	Pflegerisches Assessment und Biografieerfassung	11
4.3.1	Entwicklung von Instrumenten bzw. Formularen	11
4.3.2	Regelmäßige Aktualisierung des pflegerischen Assessments	12
4.3.3	Die Erfassung von Informationen	12
4.3.4	Auswahl und Schulung der Mitarbeiter	13
4.3.5	Biografieorientierung als Leitprinzip	14
4.4	Verbesserung von Dokumentationsformen	15
4.4.1	Schwierigkeiten für die zuständigen Mitarbeiter	16
4.4.2	Schulung der Mitarbeiter	17
4.5	Rahmenkonzepte als grundlegende Anforderungen für die Arbeit in stationären Pflegeeinrichtungen	18
4.5.1	Konzepterstellung	18
4.5.2	Vorgehensweisen bei der Mitarbeiterbeteiligung	19
4.5.3	Standardisierung von Arbeitsabläufen zur Qualitätssicherung	19
4.5.4	Verabschiedung der Konzepte und Schulung der Mitarbeiter	20
4.6	Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung	21
4.6.1	Soll-Ist-Analyse	21
4.6.2	Kooperation zwischen Pflege und Sozialem Dienst	21
4.6.3	Begleitung der Eingewöhnungsphase	21
4.6.4	Das Integrationsgespräch	23
4.6.5	Berücksichtigung neuer Bewohner in den Übergaben	23
4.6.6	Regelmäßige Überprüfung	23
4.7	Zusammenarbeit mit Angehörigen	24
4.7.1	Ermittlung des Unterstützungsbedarfs von Angehörigen	24
4.7.2	Entwicklung von Angeboten für Angehörige	24
4.7.3	Möglichkeiten und Grenzen bei Konflikten	25
4.7.4	Schulung der Mitarbeiter	25
4.8	Nächtliche Versorgung	26
4.8.1	Änderung von Dienstzeiten	26
4.8.2	Verantwortung der Leitungsebenen	27
4.8.3	Kooperation von Tag- und Nachtdienst	27
4.8.4	Entwicklung von Angeboten in den Abendstunden	27
4.8.5	Vermeidung von Lärm und Licht	28
4.9	Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen	29
4.9.1	Kontinuierliche Begleitung	29
4.9.2	Zusammenarbeit mit Hospizdiensten, freiwilligen Helfern, Angehörigen und Ärzten	29
4.9.3	Schulung der Mitarbeiter	30
4.10	Kooperation mit niedergelassenen Ärzten	31
4.10.1	Kontaktaufnahme und Kooperation	31
4.10.2	Vorbereitung von Arztbesuchen	32
4.10.3	Gegenseitige Erreichbarkeit	32
4.11	Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten	34
4.11.1	Kontaktaufnahme und Kooperation	34
4.11.2	Entlassung aus dem Krankenhaus	35

Die Umsetzung des Referenzkonzeptes tangiert in hohem Maße das Qualitätsmanagement (QM) einer Einrichtung. Die Umsetzung der Konzeptbausteine ist ein Teil des QM einer Einrichtung. Sie erweitert bzw. korrigiert bereits vorhandene Standards. Nachfolgend wird ein kurzer Überblick – insbesondere für diejenigen, die sich noch nicht so intensiv mit Fragen des Qualitätsmanagements in stationären Altenpflegeeinrichtungen beschäftigt haben – gegeben.

Exkurs Qualitätsmanagement (QM):

- Als QM wird in den Einrichtungen der stationären Altenpflege sowohl die Gesamtheit des Führungshandelns – das „Managen der Leistungsqualität“ –, als auch die Summe der Verfahren bezeichnet, welche die Sicherung und Weiterentwicklung der Leistungsqualität regeln.
- Zu den Grundpfeilern der Qualitätsphilosophie gehört die Orientierung am „Kunden“, d. h. an den Bedürfnissen, Wünschen, Bewertungskriterien der Adressaten einer Leistung.
- Zugrunde liegt diesem Prinzip auch ein legitimes marktpolitisches Kalkül: Ein hoher Grad von Kundenzufriedenheit hilft, die Marktchancen eines Unternehmens zu sichern.
- In den sozialen Arbeitsfeldern, wie auch in der Altenpflege, ist dieses Prinzip klar verbunden mit grundlegenden ethischen Prämissen, einem bestimmten Menschenbild und sozialpolitischen Zielorientierungen: „Kunden“-, also Bewohnerorientierung in Altenpflegeheimen wird nicht nur verstanden als Mittel, um im Wettbewerb mit anderen Anbietern die Belegung der eigenen Plätze zu sichern. Vielmehr ist sie gleichzeitig und unverzichtbar Ausdruck einer Haltung. Konkret wird diese in einem pflegerischen Handeln, das alle Kontakte zu Bewohnern respektvoll, empathisch und fachkompetent gestaltet und sich dabei an den Leitprinzipien der Biografie- und Präventionsorientierung und Ressourcenerhaltung und -förderung ausrichtet.⁶
- Für die praktische Realisierung von QM-Systemen können unterschiedliche Modelle herangezogen werden. Als ein verbreitetes Qualitätsmanagementsystem in der stationären Altenpflege ist das Instrument DIN-EN-ISO 9000 ff: 2000 anzusehen, das auch einigen trägerspezifischen Ansätzen als Grundlage dient.⁷

Die Anforderungen für ein QM-System – hier dargestellt am Beispiel des DIN-EN-ISO 9001 Modells – beziehen sich auf vier zentrale Bereiche, die in einem Unternehmen dazu dienen, die Erbringung von Dienstleistungen sicher zu stellen:

- Die Verantwortung der Leitung für die gesamte Gestaltung des QM-Systems entsprechend des Steuerungskreislaufes der Planung, Ausführung, Überprüfung, und Verbesserung;
- das Managen der Ressourcen, insbesondere Personalmanagement und Personalentwicklung, aber auch die Sorge für die benötigten Arbeits- und Sachmittel;
- die Sicherung der „Produktrealisierung“, also aller Prozesse, durch welche die Dienstleistungen eines Unternehmens erbracht werden;
- die Messung, Analyse und Verbesserung der Dienstleistungen.

Das QM-System von Unternehmen ist in einem QM-Handbuch schriftlich darzulegen.

⁶ Vgl. Teil A, Kapitel 2

⁷ Einen guten Überblick über unterschiedliche Modelle und Vorgehensweisen bieten die Veröffentlichungen von C. Löffing/S. Geise (Hrsg.): Management und Betriebswirtschaftslehre in der ambulanten und stationären Altenpflege, Bern, 1. Auflage 2005 und von P. Gerull: Qualitätsmanagement sozialer Dienstleistungen, vom Autor als CD-Rom vertrieben und 2003 erschienen; erhältlich über www.peter-gerull.de



4.1 Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement

Die Normanforderungen von QM-Systemen regeln nicht die Qualität im Sinne der Güte einer Dienstleistung. Sie stellen vielmehr ab auf überprüfbar gesicherte Rahmenbedingungen und Verlässlichkeitsnachweise für die Dienstleistungsprozesse. D. h. die Normanforderungen beziehen sich nicht auf die inhaltliche Güte eines Prozesses (wie etwa die Begleitung des Einzugs eines neuen Bewohners) sondern darauf, dass Regelungen für diesen Prozess nachweislich existieren und eingehalten werden.

Zum Nachweis dienen entsprechende Dokumentationsinstrumente (Checklisten, Protokolle) und Prüfverfahren wie interne und externe Audits. Die inhaltliche Gestaltung der Prozesse bleibt den Unternehmen selbst überlassen. Im Unterschied dazu beinhalten die Konzeptbausteine des Referenzkonzepts sowohl Anforderungen für die organisatorischen Ablaufregelungen als auch für deren fachlich-inhaltliche Gestaltung.

Es ist nicht auszuschließen, dass Einrichtungen die Anforderungen an ein QM-System lediglich auf dem Papier erfüllen. Die in den QM-Handbüchern getroffenen Regelungen werden dann im Alltag nicht verbindlich eingehalten. Das bedeutet: Die Existenz eines QM-Handbuches allein ist noch keine hinreichende Bedingung für ein hohes Qualitätsniveau.

Umsetzungsschwierigkeiten können sich ergeben, wenn ein bereits eingeführtes QM-System nicht in der alleinigen Verantwortung der Hausleitungen liegt, sondern wesentlich auf der regionalen Trägerebene durch einen dort angesiedelten QM-Stab gesteuert wird. Teilweise ist dies mit einer bereits vollzogenen oder angestrebten Verbundzertifizierung dieser Einrichtungen verknüpft. Von Trägern gibt es deshalb ein großes Interesse, möglichst gleichartige QM-Standards für die Einrichtungen des Verbundes bzw. der Region festzulegen. Veränderungen und Erweiterungen des QM-Handbuches einer einzelnen Einrichtung eines Trägers können dann langwierige Abstimmungen erfordern.

Vor der Bearbeitung und Übernahme von Konzeptbausteinen ist eine frühzeitige und detaillierte Abstimmung zwischen der Einrichtung und ihrem Träger durchzuführen! Zu beachten ist auch, dass die Implementierung sehr weit ausdifferenzierter QM-Systeme zumeist auch einen beträchtlichen Aufwand an Zeit und Einsatz braucht. Zu Recht sind nach solchen Arbeitsprozessen alle Beteiligten stolz, es geschafft zu haben und überzeugt, dass alles Wichtige bereits geregelt ist. Beim Abgleich mit den Bausteinen des Referenzkonzepts besteht die Gefahr, dass vor allem die Übereinstimmungen wahrgenommen werden. Details, die von den bereits vorhandenen Standards abweichen oder deren Ergänzung erfordern, werden dann möglicherweise übersehen.

Hinzu kommt, dass insbesondere die QM-Systeme auf der Basis der ISO-Normen den Qualitätssicherungsaspekt auf stärkere Weise betonen, als den Aspekt der Qualitätsentwicklung. Praktisch bedeutet dies, dass der Aufwand beim Aufbau eines QM-Systems und beim fortlaufenden Controlling sich vorrangig auf den Sicherungsaspekt konzentriert. Die Entwicklung der Standards verfolgt das Ziel, Abläufe und Prozesse auf eine bestimmte Art und Weise festzuschreiben, das Controlling überprüft, ob die Festlegungen eingehalten werden. Zum System gehören zwar auch Foren, deren Aufgabe es ist, die „Verbesserung der Dienstleistungen“ (s. o.) sicher zu stellen. Im Alltag kann dieses Ziel jedoch, verglichen mit der angestrebten Verlässlichkeit eines einmal definierten Qualitätsniveaus, schnell ins Hintertreffen geraten.

Den „weitesten Entwicklungsweg“ haben im Modellprojekt solche Referenzeinrichtungen zurückgelegt, die zu Beginn der Laufzeit verhältnismäßig wenige der Anforderungen bereits erfüllten und bei denen der Aufbau eines QM-Systems erst in den Anfängen steckte.

Vor dem Hintergrund dieser Beobachtungen muss die oben formulierte These erweitert werden: Ein etabliertes Qualitätsmanagement leistet einen wichtigen Beitrag zur Sicherung und Entwicklung der Leistungsqualität, wenn im Alltag sowohl die Festlegungen für die Abläufe verbindlich sind und gleichzeitig regelmäßig auf Verbesserungspotenziale hin überprüft werden.



4.2 Leistungsbeschreibungen: das Leistungsprofil der vollstationären Altenpflege

Die Leistungsbeschreibungen erfassen alle unmittelbar und mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen, die eine Einrichtung der stationären Altenpflege prinzipiell vorhalten sollte. Sie sind ein Klassifikationssystem, das die Einzelleistungen „inhaltlich voneinander abgrenzt und übersichtlich darstellt“.⁸

Ein besonderes Merkmal der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen ist, dass sie grundsätzlich zielbezogen beschrieben werden. Das heißt, unterschiedliche Vorrichtungen, die auf ein gleiches Pflegeziel gerichtet sind, gehören zu einer Leistung. So kann die „Hilfe zur Nahrungsaufnahme“ die Begleitung eines in seiner Orientierungsfähigkeit eingeschränkten Bewohners zum Frühstücksraum umfassen und viele Teilvorrichtungen mehr.

„Die insgesamt 32 unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen sind in sechs Bereiche eingeteilt:

- Unterstützung im Bereich der Mobilität (6)
- Unterstützung bei der Ernährung (2)
- Unterstützung im Bereich Ausscheidungen (2)
- Unterstützung im Bereich der Körperpflege (3)
- Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen (10)
- Spezielle Pflege (9)⁹

Wie auch andere Elemente des Referenzkonzepts gehen die Leistungsbeschreibungen von grundlegenden Qualitätszielen aus, welche die Praxis jeder Pflegeeinrichtung prägen sollten. „Diese beziehen sich auf die Anforderung einer biografie- und präventionsorientierten und ressourcenerhaltenden/-fördernden Pflege.“ Detaillierte Hinweise dazu finden sich in Teil A, Kapitel 2.

4.2.1 Bestandsaufnahme zu den unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungsbeschreibungen und Entwicklungsziele

Bei der Umsetzung der Leistungsbeschreibungen¹⁰ ist im Rahmen der Soll-Ist-Analyse zu prüfen, ob das vorhandene Leistungsprofil einer Einrichtung alle „Maßnahmenbündel“ vollständig umfasst und ob diese Leistungen bedarfsgerecht und auf hinreichendem Qualitätsniveau erbracht werden. Detaillierte Fragestellungen für diese kritische Bestandsaufnahme sind in Teil A, Kapitel 5 bereits enthalten.

Wichtig ist, dass die Soll-Ist-Analyse zum einen anhand einer ausreichenden Zahl exemplarisch ausgewählter Pflegedokumentationen (mindestens zehn) durchgeführt wird und die damit verbundenen Fragen in der Projektgruppe und/oder in jedem Wohnbereichsteam diskutiert und beantwortet werden. Dabei sollte die Prüfung der Pflegedokumentationen und die Moderation der Diskussionen von Fachkräften geleistet werden, die sich zuvor intensiv mit den Leistungsbeschreibungen und den zugehörigen Erläuterungen befasst haben.

⁸ Vgl. Teil A, Kapitel 5

⁹ Vgl. Teil A, Kapitel 5.2

¹⁰ Hier und in den zunächst folgenden Absätzen sind immer die unmittelbar bezogenen Leistungen gemeint.

Erfahrungsgemäß werden viele Leistungen von den Einrichtungen bereits erbracht. Dazu sind grundsätzlich auch solche Leistungen bzw. Einzelverrichtungen der speziellen Pflege zu zählen, die nicht von Fachkräften der Einrichtung geleistet werden (z. B. die Katheterisierung beim Mann oder intramuskuläre oder intravenöse Injektionen), bei denen das Heim durch Kooperation mit Ärzten jedoch sicherstellt, dass sie bei Bedarf zügig und bedarfsgerecht erbracht werden können.

Die bisherigen Erfahrungen haben wichtige Entwicklungsbedarfe in stationären Pflegeeinrichtungen verdeutlicht:

Defizite in der fachlichen Kompetenz können sich etwa bei Lagerungen (LA) und den Einzel- und Gruppenaktivitäten zur Erhaltung/Förderung der Mobilität (MOB und GAM) zeigen. Auch bei der angemessenen psychosozialen Begleitung können fachliche Mängel sichtbar werden. Beispiele hierfür sind die „Interventionen bei Wandertendenzen“ (IWT), die Einzelbetreuung bei Selbst- und Fremdgefährdung (EBG) und die „Interventionen bei speziellen psychischen Problemlagen“ (ISP). Auch in Bezug auf die Durchführung biografieorientierter Einzel- und Gruppenaktivitäten (BE und GAB) werden sich manche Fachkräfte der Pflege und der Sozialen Dienste überfordert fühlen.

Wenn die Fachlichkeit nicht angemessen ist, werden bestimmte Leistungen gar nicht oder nicht in ausreichender Qualität erbracht. Dadurch können u. a. Mängel bezüglich der Bedarfsgerechtigkeit auftreten. Dies kann dazu führen, dass psychosoziale Unterstützungsangebote vorwiegend die mobilen Bewohner erreichen oder solche, die einen entsprechenden Bedarf einfordern. Zu kurz kommen vielfach die bettlägerigen immobilen und die wegen demenzieller Veränderung verhaltensauffälligen Bewohner. Schließlich können Versorgungsmängel auch damit zusammenhängen, dass die Leitprinzipien zur Ressourcenorientierung und Biografieorientierung zu wenig verinnerlicht sind. In der Veröffentlichung der Konzepte sind diese Leitprinzipien den Leistungsbeschreibungen vorangestellt.¹¹

Die wichtigsten Veränderungsziele werden sich bei einem Transfer des „Konzeptbausteins Leistungsbeschreibungen“ voraussichtlich richten auf

- die Steigerung der fachlichen Kompetenz,
- die Verbesserungen der bedarfsgerechten Versorgung,
- die Verinnerlichung und Operationalisierung eines ressourcenorientierten und biografieorientierten Pflegeleitbilds.

Hinzu kommt, dass die Mitarbeiter generell für den Umgang mit Leistungsbeschreibungen und deren Nutzung für Pflegeplanung und Pflegedokumentation geschult werden sollten.

¹¹ Vgl. Teil A Kapitel 5



4.2.2 Berufsbegleitende fachliche Qualifizierung¹²

Steigerung der fachlichen Kompetenz

Sinnvoll ist es, in einer Bestandsaufnahme den Qualifizierungsbedarf möglichst genau festzuhalten und daraus passgenaue Qualifizierungsthemen und Aufträge abzuleiten.

Zu prüfen ist anschließend, auf welche Weise entsprechende Fortbildungsmaßnahmen wirksam durchgeführt werden können. Je nach Themenschwerpunkt ist es sinnvoll, eine oder mehrere interne Schulungen anzubieten, an der möglichst viele oder alle Mitarbeiter (Inhouse-Fortbildungen) teilnehmen. Ggf. sind Fachkräfte auch extern zu qualifizieren.

Zu prüfen ist auch, ob es in der Einrichtung, beim Träger oder bei externen Kooperationspartnern geeignete Schulungsleiter gibt, die Schulungen durchführen können. So können z. B. Kompetenzdefizite bei der bedarfsgerechten Lagerung von Bewohnern oder bei Fragen der medizinischen Behandlungspflege durch so genannte Inhouse-Schulungen überwunden werden. Hierfür sind beispielsweise kooperierende Ärzte bzw. Fachkräfte oder Mitarbeiter aus Sanitätshäusern oder Apotheken zu gewinnen.

Andere Fortbildungsmaßnahmen, wie z. B. zur Umsetzung einer biografieorientierten Praxis oder zur psychosozialen Versorgung demenziell erkrankter Bewohner können möglicherweise durch entsprechend geschulte Fachkräfte beim Träger oder auch durch eigene interne Multiplikatoren angeboten werden. So lassen sich dann sogar mehrteilige Fortbildungen zur Pflege demenziell erkrankter Bewohner organisieren.

Der Vorteil dieser Inhouse-Fortbildungen besteht vor allem darin, dass der Transfer neu erworbener Kenntnisse in die Praxis erheblich leichter ist, wenn Teams oder Gruppen die auch in der Pflegeeinrichtung zusammenarbeiten zugleich geschult werden. Falls inhaltlich möglich, sollten solche Schulungen immer mit praktischen Übungen (z. B. zum Lagern oder zur Mobilitätsförderung) oder Aufgabenstellungen für die Alltagspraxis (z. B. exemplarische Planung einer biografieorientierten Pflege für einen Bewohner) verbunden werden.

Natürlich können nicht alle Themenstellungen durch Inhouse-Schulungen bearbeitet werden. Für komplexe Themen – wie etwa die Pflege demenziell erkrankter Bewohner – empfiehlt sich die Teilnahme ausgewählter Mitarbeiter an externen Weiterbildungsangeboten.

Eine andere Herangehensweise wäre beispielsweise, Fachkräfte mit speziellem Qualifikationen einzustellen und in ihrer Stellenbeschreibung von Beginn festzulegen, dass sie auch als Multiplikatoren tätig sein sollen. Beispielsweise kann es sinnvoll sein, eine Stelle mit einer physiotherapeutischen Fachkraft zu besetzen. Diese Fachkraft soll vor allem die Pflegekräfte schulen und qualifizieren, damit sie eigenständig mobilitätsfördernde Maßnahmen im Alltag durchführen.

Unterstützung der Fachkräfte für die Anwendung der Leistungsbeschreibungen

Im Unterschied zu anderen Konzeptbausteinen, bei denen der Einstieg in den Transfer durch die Soll-Ist-Analyse erfolgt, ist es bei den Leistungsbeschreibungen möglich, parallel mit der Schulung der Pflegekräfte zu beginnen. Ziel solcher Schulungen ist zunächst, dass sich die Mitarbeiter mit der Systematik der Leistungsbeschreibungen vertraut machen.

¹² Da es sich bei der berufsbegleitenden Qualifizierung um einen Aspekt der Personalentwicklung handelt, verweisen wir zur Ergänzung dieses Abschnittes auch auf Kapitel 5 dieses Praxisleitfadens „Qualitativer Personalbedarf und Personalentwicklung“.

Um die tägliche Arbeit mit den Leistungsbeschreibungen zu erleichtern, sollte jeder Wohnbereich über ein Exemplar des Katalogs verfügen. Hilfreich sind auch kleine „Taschenkarten“ mit einer Auflistung der Leistungsbeschreibungen im Überblick. Diese Taschenkarten bestehen aus einem laminierten Papier in Postkartengröße, welches jeder Mitarbeiter bei sich tragen kann. Diese Taschenkarten sind für die Mitarbeiter sehr hilfreich, da sie bei Bedarf die Auflistung der Leistungsbeschreibungen vor Augen haben und diese zunehmend in die tägliche Arbeit einbinden können.

Um die Mitarbeiter im Hinblick auf die Anwendung zu schulen, ist nicht nur das Verständnis für die Leistungsbeschreibungen zu schaffen, sondern der konkrete Nutzen und die Anwendung für die Pflegedokumentation¹³ zu verdeutlichen. Dabei sollten die Leistungsbeschreibungen für die Pflegeplanung entsprechend genutzt werden.

Beispiel: Referenzeinrichtungen mit einer EDV-gestützten Pflegedokumentation haben die Leistungsbeschreibungen – sofern das technisch möglich war – in das System eingepflegt. Dabei wurden im System die einzelnen Beschreibungen mit ihren Kürzeln als Textbausteine hinterlegt. Wenn also bei der Pflegeplanung für einen Bewohner eine Maßnahme im Tagesablaufplan eingetragen werden soll, kann der Text der entsprechenden Leistungsbeschreibung aufgerufen und in die Planung eingefügt werden. Allerdings ist dabei immer eine auf den individuellen Bewohner bezogene Ausprägung und Konkretisierung vorzunehmen, die im Textbaustein noch nicht enthalten ist. Die Kürzel können außerdem in einer Suchmaske hinterlegt werden, so dass die einzelnen Leistungen auch über die Kürzel gesucht und gefunden werden können. Im Rahmen der Mitarbeiterschulungen ist der Pflegeprozess in den Vordergrund zu stellen und ein Bewusstsein für die unterschiedlichen Leistungen zu schaffen. Insbesondere sollte die Bedeutung der psychosozialen Betreuung in den Schulungen hervorgehoben werden, aber auch die notwendige Arbeitsteilung im Hinblick auf unmittelbar und mittelbar bewohnerbezogene Leistungen.

- Mitarbeiter brauchen über einen längeren Zeitraum Übung und kritische Begleitung, bis sie die Leistungsbeschreibungen korrekt anwenden können.
- Sie können insbesondere dadurch unterstützt werden, dass sie regelmäßig an Besprechungen, Fallbesprechungen und Dienstübergaben teilnehmen.
- Darüber hinaus können Checklisten erstellt und eine kontinuierliche, stichprobenartige Kontrolle der Pflegedokumentationen mit anschließender Rückmeldung an die Mitarbeiter durchgeführt werden, die sich auf die Nutzung der Leistungsbeschreibungen als Strukturierungs- und Formulierungshilfe beziehen.
- Die Teilnahme an Pflegevisiten mit anschließender Protokollierung und Auswertung ist darüber hinaus ebenfalls hilfreich.

Dies alles sind Aufgaben und Vorgehensweisen, die zunächst von der Projektleitung und der Pflegedienstleitung, später dann auch von den Wohnbereichsleitungen übernommen werden sollten.

Umsetzungsprobleme in der Pflegepraxis bestehen oftmals bei der Abgrenzung von Leistungsbeschreibungen.

- So können beispielsweise Schwierigkeiten dabei auftreten, die Leistungsbeschreibungen BE (Biografieorientierte Einzelaktivitäten) und EG (Einzelgespräche) bzw. IWT (Interventionen bei Wanderungstendenz) und ISP (Interventionen bei speziellen psychischen Problemlagen) in der täglichen Praxis voneinander zu unterscheiden.
- Ebenso können sich Maßnahmen der Leistungsbeschreibung SOK (Unterstützung bei sozialen Kontakten/sozialer Teilhabe) mit der Unterstützung bei der Ernährung (z. B. NA: Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme) in der Pflegepraxis durchaus überschneiden.

¹³ Der Zusammenhang zwischen Leistungsbeschreibungen und Pflegedokumentation wird in Teil A, Kapitel 5 verdeutlicht. Vgl. auch Teil A, Kapitel 7 und Teil B Kapitel 4.4



- Es gibt auch Hinweise darauf, dass bestimmte Leistungen im Rahmen anderer pflegerischer Tätigkeiten durchgeführt werden. Dies gilt beispielsweise für MOB (Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität), wenn Bewohner nicht im Rollstuhl zum Speiseraum gefahren würden, sondern bei dieser Gelegenheit mit ihnen das Gehen trainiert würde.

Für die erfolgreiche Bewältigung solcher Schwierigkeiten ist eine erste unabdingbare Voraussetzung, dass die schulenden und begleitenden Personen (Projektleitung, PDL, später auch die Wohnbereichsleitungen) sich genauestens mit den Erläuterungen zu den Leistungsbeschreibungen vertraut gemacht haben. Nur dann können sie den Pflegekräften immer wieder erklären, dass es auf das zentrale Ziel der Tätigkeit ankommt: Was soll erreicht werden? Es ist möglich, dass das Gehen zum Speiseraum tatsächlich in erster Linie auf die Mobilitätsförderung zielt (MOB) und erst in zweiter Linie auf die Ermöglichung der Nahrungsaufnahme (NA). Es wird einige Zeit dauern, bis die Mitarbeiter veränderte Verfahrensanweisungen in ihre eigene Routine übernommen haben und sich verlässlich daran halten. Hier ist Geduld angebracht als die vorschnelle Dramatisierung von Fehlern, die nur demotivierend wirken würde.

Allerdings sind Kontrollen ratsam, um Nachlässigkeiten zu entdecken und sie dann sofort anzusprechen und eine Änderung einzufordern zu können. Wenn allerdings ein Mitarbeiter die gleichen Fehler nicht nur ein- oder zweimal sondern immer macht, sind intensivere Maßnahmen zu ergreifen.¹⁴

4.2.3 Bedarfsgerechte Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemen

Im Hinblick auf die Interventionen zur psychosozialen Unterstützung ist es wichtig, sich zunächst einen Überblick darüber zu verschaffen

- welche Angebote im eigenen Haus überhaupt vorhanden sind (Art der Aktivität, von welchen Fachkräften oder Ehrenamtlichen durchgeführt),
- wo und wie sie stattfinden (wohnbereichsbezogen oder hauszentral, für kleine/größere Gruppen oder Einzelangebot),
- wann sie stattfinden (gibt es Angebote abends, an den Wochenenden, in den Nachtstunden?) und
- welche Bewohner damit erreicht werden und welche nicht (werden mit diesen Angeboten vielleicht immer nur die gleichen weniger beeinträchtigten Bewohner erreicht?).

Sollten die Angebote überwiegend zentral organisiert, auf größere Gruppen von Interessierten ausgerichtet sein und von immobilen Bewohnern kaum erreicht werden, ist die Weiterentwicklung dieser Angebote inhaltlich und zeitlich so zu gestalten, dass bisher vernachlässigte Bewohner auch teilnehmen können.

¹⁴ Vgl. Teil B, Kapitel 6

Beispiel: Durch die Erhöhung von Anzahl und Art kurzzeitiger Angebote wird erreicht, dass jeder Bewohner mindestens zweimal pro Woche ein geplantes Angebot erhält (z. B. 10-Minuten-Aktivierung, Einzelgespräche, Kontaktaufnahme mit geeigneten Materialien, Spaziergänge im Sinnesgarten, Teilnahme an einem Gruppenangebot etc.). Durch verbesserte Arbeitsorganisation, wie etwa die Reduzierung zentraler zu Gunsten dezentraler Angebote, und eine stärkere Anbindung bzw. Integration des Sozialen Dienstes an/in die Wohnbereiche konnte die Zeit für solche Angebotserweiterungen gefunden werden.

4.2.4 Bedarfsgerechte Mobilitätsförderung und -erhaltung

Bei der Bestandsaufnahme zu den Leistungsbeschreibungen können Mängel hinsichtlich der Umsetzung mobilitätsfördernder und -erhaltender Maßnahmen offenkundig werden. Solche Mängel sind nicht ausschließlich auf mangelnde Fachkompetenz der Mitarbeiter zurückzuführen, sondern resultieren aus fehlenden Zeitressourcen für eine systematische Mobilitätsförderung. Das Abweichen von der mobilitätsfördernden Pflege wird häufig auch deshalb nicht als Defizit im pflegerischen Handeln erkannt, weil eine mobilitätsfördernde Pflege mehr Zeit und Geduld braucht als ein Vorgehen, bei dem die Pflegekräfte den Bewohnern viele – oder besser zu viele – Aktivitäten abnehmen.

Hier besteht ein enger Zusammenhang zwischen Assessment und Pflegeplanung. Das Pflegeziel der Mobilitätsförderung muss an den individuellen Bedarf angepasst und in aussagefähiger Beschreibung operationalisiert sein.

Darüber hinaus können sich – ähnlich wie beim Konzeptbaustein zur „Zuständigen Pflegefachkraft“ – Veränderungsziele auf eine verbesserte Arbeitsorganisation und Dienstplanung richten. Dazu ist u. a. zu prüfen, ob

- sich besonders zeitaufwändige Phasen des Tages (z. B. am Morgen) durch Zwi-schendienste und eine veränderte Dienstplanung besser besetzen lassen,
- die Anforderungen zur qualifikationsorientierten Arbeitsteilung umgesetzt sind.

Hilfreich kann hier auch die Entwicklung homogener Bewohnerstrukturen in den Wohnbereichen oder die Einteilung in entsprechende Gruppen sein. Es ist zu vermuten, dass eine solche Veränderung die bedarfsgerechte Begleitung und Unterstützung der Bewohner erhöhen kann und damit auch die Möglichkeiten eines effizienten Personaleinsatzes verbessert werden.



4.2.5 Verinnerlichung von Leitorientierungen

Die Haltung, mit der Mitarbeiter aller Bereiche Bewohnern und ihren Angehörigen begegnen, lässt sich jederzeit im Alltag beobachten:

- Sind sie in ihren Interaktionen freundlich zugewandt, hilfsbereit und respektvoll, oder häufiger eher abweisend?
- Ziehen sie sich eher darauf zurück, nicht zuständig zu sein und reagieren gereizt auf anstrengende Verhaltensweisen von Bewohnern und Angehörigen?

Eine Überprüfung der Haltungsfrage ist insbesondere dann erforderlich, wenn sich Mitarbeiter oder auch Teams immer wieder nur in einer „Opferrolle“ präsentieren. Solche Mitarbeiter oder Gruppen fühlen sich immer als diejenigen, denen übel mitgespielt wird, denen es schlecht geht, die unter unzulänglichen Arbeitsbedingungen zu leiden haben. An Fehlleistungen sind demnach vorwiegend die anderen schuld. Solche Haltungen werden dann zu einem größeren Problem, wenn sie nicht nur von einzelnen Mitarbeitern sondern von Teams oder Gruppen gezeigt werden. Sie haben sich dann schon in hohem Maße verfestigt und sind dann nur noch mit hohem Aufwand zu überwinden.

Finden sich im Alltag Indikatoren für Haltungsmängel, so können sie bei einzelnen Mitarbeitern über Maßnahmen der Mitarbeiterführung, wie Kritik- oder Zielvereinbarungsgespräche aufgegriffen werden. Empfehlenswert ist es auch, bei Schulungen zu den Leistungsbeschreibungen (und im Zusammenhang mit weiteren Konzeptbausteinen) die Dimension der Haltung mit zu thematisieren. Die im Konzeptpapier aufgeführten Grundsätze, die jede gute Pflege zu kennzeichnen haben, sollten mindestens zu Beginn, im Bedarfsfall auch wiederholt, Schulungsgegenstand sein.

Zweckdienlich ist es darüber hinaus, dass Teams gemeinsam Konzepte zur Operationalisierung solcher Grundsätze erarbeiten. Hilfreich für die Teamarbeit sind Fragestellungen wie:

- Was bedeutet für uns konkret der Begriff der Bewohnerorientierung?
- Woran kann ein Bewohner oder ein Angehöriger erkennen, dass wir bewohnerorientiert arbeiten?
- Woran würden wir selbst erkennen, dass z. B. die eigene Mutter oder der Vater in einer Altenpflegeeinrichtung bewohnerorientiert unterstützt und begleitet wird?

Dabei ist es wichtig, sich nicht auf die Erarbeitung des schriftlichen Konzepts zu beschränken. Auf der Grundlage entsprechender Vorlagen ist vielmehr mit den Mitarbeitern praxisorientiert weiter zu arbeiten. Konzeptabweichungen müssen dann immer wieder angesprochen und erforderliche Haltungsänderungen konkretisiert und eingefordert werden.

Bei aller Problematisierung muss der Blick auf die Vorteile, die mit der Einführung der Leistungsbeschreibungen in Verbindung stehen, gerichtet werden:

- Grundsätzlich bieten sie ein Mehr an Leistungstransparenz.
- Leistungsbeschreibungen haben zur Folge, dass sich die Mitarbeiter mit ihrer täglichen Arbeit in einer neuen Form auseinandersetzen.
- Praxisorientierte Leistungsbeschreibungen unterstützen in den Einrichtungen die Pflegeplanung und -dokumentation, die Durchführung von psychosozialen Maßnahmen und
- sie verbessern die Kooperation der Mitarbeiter untereinander sowie mit den Leitungskräften.

4.3 Pflegerisches Assessment und Biografieerfassung

Pflegerisches Assessment und biografische Informationen dienen der Sammlung und Einschätzung pflegerischer Problemlagen und der Ressourcen der pflegebedürftigen Menschen. Daraus ergeben sich Grundlagen für die Gestaltung des Pflegeprozesses. Hierbei ist es wichtig, sich nicht auf körperliche Pflegeprobleme zu beschränken, sondern gerade auch folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- „Person, Persönlichkeit und Biografie,
- psychischer/kognitiver Status,
- Werthaltungen und Einstellungen,
- soziales Umfeld, wichtige Bezugspersonen,
- Verhaltensweisen,
- Bedürfnisse, Vorlieben und Gewohnheiten,
- Wissensstand des Bewohners über seine gesundheitlichen Problemlagen.“¹⁵

Bei der Umsetzung der Anforderungen an ein pflegerisches Assessment und auch mit Blick auf den Kriterienkatalog zur Erfassung biografischer Informationen werden unterschiedliche Probleme auftreten. Zu deren Vorabklärung sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- Welche Schwierigkeiten können bei der Umsetzung auftreten?
- Welche Lösungsstrategien haben sich bewährt?

Probleme, die aus den Anforderungen eines pflegerischen Assessments und einer biografieorientierten Pflegeplanung resultieren können, beziehen sich auf

- fehlende oder unzureichende Instrumente bzw. Formulare,
- die regelmäßige Aktualisierung des pflegerischen Assessments,
- konkrete Probleme bei der Erfassung von Informationen,
- fehlendes Wissen der Mitarbeiter zur Vorgehensweise,
- unzureichende Biografieorientierung,
- das Einhalten der Anforderungen im Pflegealltag,
- das Fortschreiben von biografischen Informationen.

4.3.1 Entwicklung von Instrumenten bzw. Formularen

Zunächst ist ein Abgleich der Anforderungen an ein pflegerisches Assessment mit der bisherigen Vorgehensweise vorzunehmen. Bei Bedarf sollen dann die bislang vorhandenen Assessment-Instrumente entsprechend den im Konzeptbaustein genannten Kriterien angepasst werden.

Instrumente bzw. Verfahren, wie z. B. zur Einschätzung von Dekubitus- und Sturzrisiken, zu Schmerz und zum Risiko einer Mangelernährung (z. B. Expertenstandards) werden hinzugezogen. Bevor die Anforderungen an ein pflegerisches Assessment umgesetzt werden, sind nicht nur die entsprechenden Formulare zu verändern und personelle Zuständigkeiten für das pflegerische Assessment zu regeln, sondern auch die inhaltlichen Bezüge zu den anderen Konzeptbausteinen herzustellen.

¹⁵ Vgl. Teil A, Kapitel 4



4.3.2 Regelmäßige Aktualisierung des pflegerischen Assessments

Der Anforderungskatalog zum pflegerischen Assessment gibt vor, dass unmittelbar nach dem Heimeinzug akute Gefährdungen und die wichtigsten Informationen zur Person des/der Pflegebedürftigen vorliegen. Das so genannte „initiale pflegerische Assessment“ wird in den ersten zwei Wochen nach dem Einzug abgeschlossen und innerhalb von sechs Wochen nach einem Einzug aktualisiert. Weitere regelhafte Aktualisierungen sind dann regelmäßig – in Abständen von höchstens sechs Monaten – umfassend durchzuführen, sofern kein besonderer Anlass eine frühere Aktualisierung erfordert.¹⁶

4.3.3 Die Erfassung von Informationen

Bei Bewohnern sowie Angehörigen stehen unmittelbar nach dem Einzug in die Pflegeeinrichtung andere Fragestellungen als die Einbindung in die Planung der Pflege oder die Durchführung biografischer Gespräche im Zentrum ihrer Interessen. Selbst wenn dies nicht der Fall ist und Bewohner und Angehörige bereitwillig Auskunft geben, stehen die zuständigen Pflegefachkräfte häufig vor dem Problem, dass sie unterschiedliche – teilweise widersprüchliche – Informationen erhalten, und unklar bleibt, welche Angaben richtig sind. Ein besonderes Problem stellen in diesem Zusammenhang demenziell erkrankte Bewohner ohne Angehörige dar. Generell sollte deshalb das Sammeln biografischer Informationen auch nach der Eingewöhnungsphase nicht aufgegeben werden, trotz der genannten möglichen Schwierigkeiten. Im Laufe des Aufenthalts von Bewohnern eröffnen sich durchaus Chancen, doch noch wichtige Hinweise zu ihrer Biografie zu erhalten.

Bei der Einschätzung von Bewohnern im Rahmen des pflegerischen Assessments fällt es Mitarbeitern oft schwer, die Beurteilung ihrer kognitiven Fähigkeiten, bestimmter Verhaltensweisen und andauernder psychischer Belastungen vorzunehmen und zu dokumentieren.

So können somatische Aspekte im Rahmen des Pflegeassessments im Vordergrund stehen, wenn die Zusammenhänge zwischen kognitiven Fähigkeiten, biografischen Informationen und einer entsprechenden Pflegeplanung nicht ausreichend geklärt sind. Gleichzeitig können fehlende Informationen die Maßnahmenplanung beeinträchtigen. Schulungen der für das Assessment zuständigen Mitarbeiter können dabei helfen, Probleme bei der Erfassung biografischer Daten einer sachgerechten Lösung zuzuführen.

¹⁶ Vgl. Teil A, Kapitel 4

4.3.4 Auswahl und Schulung der Mitarbeiter

Bei Schulungsmaßnahmen zum pflegerischen Assessment, zur Erfassung biografischer Informationen und zur Erstellung einer biografieorientierten Pflegeplanung sollte ggf. über die konzeptionellen Grundlagen hinaus Folgendes beachtet werden:

- Es hat sich grundsätzlich bewährt, das pflegerische Assessment und den „Kriterienkatalog zur Erfassung biografischer Informationen und zur Lebenssituation vor dem Heimeinzug“ in die Schulungen der Mitarbeiter zur verbesserten Pflegedokumentation zu integrieren und/oder den Schulungen zum Heimeinzug zuzuordnen.
- Der Bedarf der Mitarbeiter hinsichtlich der Förderung der Gesprächsführungskompetenz und zur Aneignung von Kompetenzen für das biografieorientierte Arbeiten ist zu prüfen.
- Die Schulungen sind so gestalten, dass die Mitarbeiter kognitive Fähigkeiten, unterschiedliche Verhaltensweisen und psychische Problemlagen von Bewohnern einschätzen und beschreiben lernen.
- Gleiches gilt für die konkrete Beschreibung von Aktivitäten und Gewohnheiten von Bewohnern.
- Lernziel muss es außerdem sein, diejenigen Pflegeprobleme, Ziele und Maßnahmen aus einem pflegerischen Assessment und den biografischen Informationen ableiten und formulieren zu können, die für die Pflegeplanung und das Erstellen eines individuellen Tagesplans von Bedeutung sind.

Darüber hinaus ist/sind den Mitarbeitern bei der Qualifizierung zur Erfassung biografischer Daten

- der Sinn biografieorientierter Arbeit und ihre Bedeutung für die Lebensqualität der Bewohner zu vermitteln,
- Techniken der Gesprächsführung bzw. zur Durchführung biografieorientierter Gespräche zu nahe zu bringen,
- präzises Arbeiten mit den Instrumenten und das angemessene Ausfüllen von Formularen zur Erfassung biografischer Daten zu erläutern,
- die Möglichkeit einzuräumen, den Transfer der gewonnenen Informationen für die Pflegeplanung und die Steuerung des Pflegeprozesses zu nutzen (d. h. in der Schulung hinreichend praktische Übungen durchführen).

Die besten Erfahrungen werden mit Fortbildungen gemacht, die Workshopcharakter aufweisen und in denen die Wissensvermittlung nicht ausschließlich über Frontalvorträge stattfindet. Diese Workshops sollten als regelmäßige Fortbildungseinheiten für die zuständigen Pflegefachkräfte angeboten werden.



4.3.5 Biografieorientierung als Leitprinzip

In vielen Einrichtungen ist den Pflegefachkräften die Bedeutung von Biografieorientierung als ein Leitprinzip für Pflegeplanung und Pflegepraxis nicht wirklich bewusst. Sie haben daher Mühe, ihre Informationssammlung mit der Pflegeplanung in Verbindung bringen. Auch gibt es ab und an Bedenken, eine zu umfassende Sammlung von Informationen könne eine Verletzung des Datenschutzes darstellen.

So bedenkenswert dieser Einwand ist, geht er doch am Kern der Sache vorbei. Die Kernprinzipien der Nutzung biografischer Informationen lassen sich in den folgenden Thesen zusammenfassen:¹⁷

- Die Erhebung biografischer Informationen ist kein Selbstzweck, sie dient dazu, den Bewohner besser zu erkennen und zu verstehen und ihm damit den Übergang von einer bisher gewohnten Umgebung in die Pflegeeinrichtung zu erleichtern.
- Biografische Informationen und biografieorientierte Gespräche helfen den Fachkräften gerade auch in der Eingewöhnungsphase den Kontakt zu Bewohnern herzustellen, Anknüpfungspunkte für Gespräche und Angebote der psychosozialen Begleitung zu finden und nicht zuletzt auch, das Verhalten von (u. a. auch von demenziell erkrankten) Bewohnern besser einordnen zu können.
- Eine Biografie endet nicht mit dem Heimeinzug. Vorlieben, Interessen, wichtige Erfahrungen und Bedürfnisse können sich auch weiterhin verändern und sind daher fortzuschreiben und bei der Evaluation von Pflegeplanungen immer wieder zu aktualisieren.
- Wichtig ist das Erkennen der Bedeutung von Informationen. So ist z. B. nicht ausschließlich die Anzahl von Kindern, Verwandten, Freunden und Bekannten, sondern die Frage, zu welchen Personen der Bewohner auch weiterhin gern Kontakt hat oder hätte und welche Bedeutung die jeweiligen Verwandtschafts- oder Freundschaftsbeziehungen für ihn haben.
- Pflegekräfte sind dahingehend zu sensibilisieren, dass nicht ihre eigene Bewertung oder Begründung von Informationen und Sachverhalten von primärer Bedeutung ist, sondern die Bedeutung, die diese für den Bewohner selbst hat.

¹⁷ Vgl. Teil A, Kapitel 2

4.4 Verbesserung von Dokumentationsformen

Entsprechend den Grundsätzen zur Ausgestaltung verbesserter Dokumentationsformen soll durch ihre Einführung sowohl eine Qualitätsverbesserung als auch eine Vermeidung von unnötigem Dokumentationsaufwand (Entbürokratisierung) erreicht werden.

- In Abhängigkeit vom bestehenden Dokumentationssystem und der Qualität der Dokumentation durch die Mitarbeiter ist hinreichend Zeit für die Vorbereitung, die Schulung der Mitarbeiter und die Umstellung auf veränderte Formulare (inkl. der Begleitung der Mitarbeiter in den Wohnbereichen) einzuplanen.
- Die Anforderungen an eine verbesserte Pflegedokumentationsform lassen sich an die vorhandenen EDV-Versionen, aber auch an solche mit Dokumentationsmappen in Papierform anknüpfen.
- Außerdem ist es sinnvoll, sich mit dem jeweiligen Hersteller des Dokumentationssystems in Verbindung zu setzen und die geplanten Veränderungen abzustimmen. Einige Anbieter helfen bereitwillig bei Veränderungen von Formularen.
- Es empfiehlt sich, die geplanten Veränderungen dem zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) und der zuständigen Heimaufsicht bekannt zu geben, indem man die Anforderungen an eine verbesserte Dokumentationsform und ein Ansichtsexemplar dort vorstellt.

Oft ist das Kernproblem, dass eine unübersichtliche Vielzahl von wenig aussagefähigen Pflegezielen formuliert wird (mancherorts ist es übliche Praxis, zu jedem AEDL ein oder mehrere Ziele zu benennen). Das führt dann dazu, dass

- der logische Zusammenhang zwischen Zielen und Maßnahmen nicht immer ersichtlich ist,
- erbrachte Leistungen – und hier insbesondere auch die von den Pflegekräften geleistete psychosoziale Begleitung von Bewohnern – kaum dokumentiert werden,
- Tagesberichte kaum der schichtübergreifenden Information und der Evaluation und Steuerung des individuellen Pflegeprozesses dienen. Typische Mängel sind dann,
 - dass z. B. der Nachtdienst besondere Vorkommnisse zu sparsam festhält,
 - dass zur emotionalen Befindlichkeit von Bewohnern kaum etwas ausgesagt wird,
 - dass Verhaltensweisen von Bewohnern unkommentiert bleiben. Tagesberichte bestehen in solchen Situationen meist aus der Benennung der tatsächlich durchgeführten Maßnahmen. Dies passiert auch dann, wenn diese bereits in der Pflegeplanung bzw. im Tagesablaufplan benannt sind.

Empfehlenswert ist es, bei der Einführung der Anforderungen an eine verbesserte Dokumentationsform folgendermaßen vorzugehen:

- Erstellung von Ansichtsexemplaren;
- Eine an den Erfordernissen ausgerichtete Ausgestaltung der neuen bzw. veränderten Formulare;
- Frühzeitige Beteiligung ausgewählter Pflegefachkräfte bei der Entwicklung der Formulare, damit diese Mitarbeiter später als Multiplikatoren in den Wohnbereichen andere Mitarbeiter beraten können;
- Umstellung nicht sofort im ganzen Haus, sondern in einem Wohnbereich nach dem anderen einführen;
- Frühzeitige Regelung der Steuerungsverantwortung und der Kontrolle von Dokumentationen;
- Vorteile der Neuerungen gegenüber Mitarbeitern immer wieder durch die Multiplikatoren hervorheben;



- Schulungen der Mitarbeiter in mehreren Etappen durchführen, damit die Schulungsinhalte auf mehrere Termine verteilt werden können;
- Bei Neuerungen möglichst wenig „Parallelprozesse“ in einem Wohnbereich durchführen, so dass sich die Mitarbeiter auf die Veränderungen der Dokumentationsform konzentrieren können und nicht etwa zusätzlich mit der Einführung weiterer Konzepte beschäftigt sind;
- Den für die Pflegedokumentation zuständigen Pflegefachkräften ist bei der Dienstplangestaltung eine entsprechende Arbeitszeit für diese Aufgabe zuzubilligen.

Auch relevante Informationen des Erstgesprächs und des Integrationsgesprächs sollten in die Pflegedokumentation aufgenommen werden.¹⁸

Nicht vergessen werden darf die Beschreibung des abendlichen bzw. nächtlichen Unterstützungsbedarfs. Es ist darauf zu achten, dass die geplanten nächtlichen Maßnahmen durchgeführt und nächtliche Beobachtungen dokumentiert werden.

Die morgendliche Körperpflege durch die Mitarbeiter des Nachtdienstes ist zu vermeiden.

Wichtige Inhalte der Kommunikation zwischen Bewohnern und anderen Berufsgruppen sind zu dokumentieren. Nicht nur die Verordnungen von Ärzten sind hier angesprochen, sondern auch Inhalte aus Gesprächen mit Mitarbeitern des Sozialen Dienstes, mit Ergo- und Physiotherapeuten, Logopäden etc.

Überleitungsbögen sind bei einer Überleitung in ein Krankenhaus vollständig auszufüllen. Außerdem ist zu dokumentieren, welche Personen den Bewohner auf dem Weg ins Krankenhaus begleitet haben. In den Überleitungsbögen sind die aktuelle Medikation, der Pflegebedarf, Bezugspersonen und Hauptansprechpartner der Einrichtung zu dokumentieren. Auch psychische bzw. kognitive Problemlagen und die bisherige pflegerische Versorgung sind auf dem Überleitungsbogen festzuhalten.¹⁹

Die Vorbereitung, der Zeitpunkt und die Situation bei der Entlassung sind vom Krankenhauspersonal ebenfalls hinreichend zu beschreiben. Bei der Rückkehr aus dem Krankenhaus muss die aktuelle Situation des Bewohners direkt dokumentiert werden und ggf. eine Anpassung der Pflege- und Maßnahmenplanung erfolgen.

4.4.1 Schwierigkeiten für die zuständigen Mitarbeiter

Die Beschäftigten sollten bei der Umsetzung einer verbesserten Pflegedokumentationsform begleitet werden, indem ihnen Multiplikatoren (z. B. Pflegefachkräfte und Wohnbereichsleitungen) für konkrete Fragen in den Wohnbereichen zur Seite stehen. Kontrollen z. B. durch die Pflegedienstleitungen sind ebenfalls notwendig, damit die Pflegedokumentation regelmäßig überprüft wird und ggf. eine kollegiale Beratung erfolgen kann.

Für viele Mitarbeiter treten in diesem Anpassungsprozess anfangs Schwierigkeiten auf:

- Es fällt ihnen schwer, die Pflegeziele auf die wesentlichen Problem- und Bedarfslagen einzugrenzen, also das Wesentliche vom weniger Wichtigen zu unterscheiden. Relevante Problemlagen und Pflegeziele, insbesondere im psychosozialen Bereich, fehlen nicht selten bzw. werden zwar Problemlagen benannt, ihnen aber keine Pflegeziele zugewiesen.

¹⁸ Vgl. Teil B, Kapitel 4.6

¹⁹ Vgl. Teil B, Kapitel 4.11

- Biografische Informationen liegen häufig nicht vollständig vor und werden dann nicht ausreichend in der Pflegeplanung berücksichtigt.
- Auch die inhaltliche Verknüpfung von Pflegezielen mit der Erstellung eines Tagesplans gelingt nicht immer auf Anhieb. Dass dort auch Maßnahmen enthalten sind, die notwendig, aber nicht aus den Pflegezielen abgeleitet sind, stellt für Mitarbeiter häufiger ein Problem dar.
- Die Verknüpfung von Maßnahmen eines Tagesplans mit Durchführungsnachweisen ist zu Beginn der Umstellung oft schwierig.
- Auch die vom Tagesplan abweichenden Maßnahmen sollen im Durchführungsnachweis zu erkennen sein und im Pflegebericht beschrieben werden. Es wird jedoch häufig doppelt dokumentiert (auf verschiedenen Formularen wird Ähnliches oder Gleiches beschrieben) oder die Zuordnung zu den Formularen ist nicht immer richtig.

4.4.2 Schulung der Mitarbeiter

Grundsätzlich ist bei Schulungsmaßnahmen mittels eines Ansichtsexemplars die Zuordnung von Inhalten zu den Formularen zu verdeutlichen. Die Zusammenhänge zwischen pflegerischem Assessment, biografischen Informationen, der Beschreibung von Pflegezielen, dem Tagesplan, dem Pflegebericht und den Durchführungsnachweisen sollten mit Blick auf die Zuordnung von Inhalten zu den einzelnen Formularen erarbeitet werden, um Doppeldokumentationen oder das Fehlen von Informationen auszuschließen.

Anhand von Fallbeispielen sollten die Pflegeziele auf die wesentlichen Problem- und Bedarfslagen reduziert werden. Dies sollte intensiv geübt werden.

Problemlagen und Pflegeziele im Bereich der psychosozialen Betreuung von Bewohnern sollten besondere Berücksichtigung finden, weil häufig entsprechende Problemlagen erkannt, aber keine dazugehörigen Pflegeziele formuliert werden.

Für Mitarbeiter ist es gelegentlich schwierig, die gewohnte Tagesstruktur eines Bewohners zu bestimmen, zu beschreiben und ggf. bedarfsgerecht anzupassen. Wichtig sind die Erfassung der Aktivitäten am Tage sowie die Beschreibung der abendlichen und nächtlichen Gewohnheiten, wobei der Ablauf auf den Wohnbereichen ggf. stärker an den Bedürfnissen der Bewohner ausgerichtet werden sollte. Um die Tagesstruktur den Bedürfnissen der Bewohner anzupassen, ist auch die Kooperation der zuständigen Pflegefachkräfte mit Mitarbeitern des Sozialen Dienstes notwendig. Grundsätzlich muss vermieden werden, dass bei der Erstellung eines Tagesplans die Tagesstruktur eines Bewohners an den Arbeitsablauf des Wohnbereichs angepasst wird.

Vor und während der Einführung verbesserter Dokumentationsformen sind viele Gespräche erforderlich, wobei die Hoffnung auf weniger Bürokratie bei den Mitarbeitern für eine hohe Motivation bei der Einführung und Erprobung sorgen kann.

Die Konzentration auf wesentliche Problem- und Bedarfslagen, die Bildung von Maßnahmenkomplexen im Durchführungsnachweis sowie die Vermeidung von Doppeldokumentationen in der Pflegeplanung und im Tagesplan werden dann auch konkrete Entbürokratisierungspotenziale aufzeigen.



4.5 Rahmenkonzepte als grundlegende Anforderungen für die Arbeit in stationären Pflegeeinrichtungen

Die folgenden Kapitel geben Hinweise für die Anwendung und das Arbeiten mit den Rahmenkonzepten bzw. Qualitätsmaßstäben²⁰, sie beziehen sich auf zentrale Prozesse:

- Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung,
- Zusammenarbeit mit Angehörigen,
- Kooperation mit niedergelassenen Ärzten,
- Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten,
- Nächtliche Versorgung,
- Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen.

Mit Hilfe der Empfehlungen sollen für die genannten Prozesse klare Strukturen, konkrete Regelungen und eine klare Zuordnung der Verantwortlichkeiten geschaffen werden.

Bewohner und Angehörige profitieren dadurch von einer größeren Transparenz, für die Einrichtungen wird sich dadurch eine bessere Außendarstellung ergeben. Erhöhte Transparenz kann somit „zur Visitenkarte des Hauses“ werden.

Die originäre Aufgabe der stationären Pflegeeinrichtungen liegt darin, verbindliche Rahmenkonzepte schriftlich zu formulieren und sie in die Praxis umzusetzen.

Für die Umsetzung der Rahmenkonzepte ist es wichtig, dass die Einrichtung für jeden Bewohner einen Hauptverantwortlichen unter den Mitarbeitern benennt, der die konkrete Umsetzung der Maßstäbe bewohnerbezogen koordiniert. Nach Möglichkeit sollte die zuständige Pflegefachkraft mit dieser Aufgabe betraut werden.

4.5.1 Konzepterstellung

Ein Konzept, das die zentralen Grundsätze eines Arbeitsprozesses behandelt und gleichzeitig praxisnah Handlungsweisen aufzeigen will, sollte Aussagen zu den folgenden Bereichen beinhalten:

Grundsätze: Die Bedeutung der jeweiligen Arbeitsprozesse und die damit verbundene Formulierung grundlegender Ziele lassen sich beispielsweise anhand folgender Fragen ermitteln: Warum stellt der Einzug eines neuen Bewohners für jede Einrichtung eine Herausforderung dar? Welche Ziele sollen durch die Regelung der Arbeitsprozesse grundsätzlich (ggf. auch durch Festlegung bestimmter Prozessphasen) erreicht werden?

Unterscheidbare Phasen des Arbeitsprozesses: Wie gliedert sich der Arbeitsprozess, durch den diese Ziele umgesetzt werden sollen? Diese Gliederung sollte der Strukturierung der Rahmenkonzepte folgen. Logisch zusammenhängende Arbeitsschritte sind einzelnen Prozessphasen zugeordnet. Die Überschriften für diese Prozessphasen bilden die Gliederungspunkte des Konzepts. Bei komplexen Prozessen müssen Ziele für jede Prozessphase formuliert werden.

²⁰ Vgl. Teil A, Kapitel 6

Arbeitsschritte: Was ist in welcher chronologischen Reihenfolge auf welche Weise zu tun, um die formulierten Pflegeziele umzusetzen? Wer ist für die Prozesssteuerung bzw. für die operative Erledigung zuständig? Was ist auf welche Weise und wie zu dokumentieren?

Weitere Dokumente: Welche anderen Entwürfe bzw. Qualitätsmanagement-Handbuchkapitel weisen Überschneidungen zu diesem Konzept auf? Welche Protokollformulare und Checklisten können ergänzend angewendet werden?

Freigabe: Von welchem Zeitpunkt an ist das Konzept verabschiedet und gültig?

Kontrolle und Steuerung: Auf welche Art und Weise wird überprüft, ob die getroffenen Regelungen auch eingehalten werden? (Klärung der Zeitabstände und personellen Verantwortlichkeiten).

4.5.2 Vorgehensweisen bei der Mitarbeiterbeteiligung

Bei der Bearbeitung der Rahmenkonzepte ist die Beteiligung derjenigen Mitarbeiter wichtig, die später für die Umsetzung der Konzepte zuständig sind. Unverzichtbar ist dies schon deshalb, weil die immer wieder vorzunehmenden Vergleiche zwischen der vorhandenen Praxis (Ist) und den formulierten Anforderungen (Soll) nur dann aussagekräftig sein können, wenn diejenigen daran beteiligt werden, die diese Abläufe selbst gestalten und im Alltag beobachten.

Die Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kann auf unterschiedliche Weise erfolgen: Als Gesprächs- und Arbeitsplattform können bereichs- und hierarchieübergreifende Qualitätszirkel dienen. Alternativ dazu ist eine Bearbeitung innerhalb der einzelnen Wohnbereichsteams denkbar. Der Vorteil der mit verschiedenen Berufsgruppen und Hierarchieebenen gemischten Qualitätszirkel liegt dabei darin, dass hier die unterschiedlichen Perspektiven berücksichtigt werden und die Besetzung je nach inhaltlichem Anliegen variiert werden kann. Die Bearbeitung durch die Wohnbereichsteams hat den Vorteil, dass in unterschiedlichen Teams mehrere Schwerpunkte parallel bearbeitet werden können. Zudem kann ein solcher Auftrag die Teamentwicklung positiv beeinflussen.

4.5.3 Standardisierung von Arbeitsabläufen zur Qualitätssicherung

Vielen Mitarbeitern fehlt gegenwärtig noch das Bewusstsein für die tatsächliche Bedeutung des Qualitätsmanagements. Aus arbeitsökonomischen Gründen wird auch meist nur eine verhältnismäßig kleine Zahl von Mitarbeitern an der schriftlichen Konzepterstellung auf der Grundlage der Rahmenkonzepte beteiligt. Umso wichtiger ist es deshalb, allen Beschäftigten den Sinn und Zweck der notwendigen Maßnahmen zu vermitteln. Dies ist eine wichtige Herausforderung für die Leitungsebenen. Ohne ausführliche Erläuterung und Erklärung der beabsichtigten Vorgehensweise werden die Beschäftigten die Maßnahmen zur Qualitätssicherung lediglich als Erfüllung externer, gesetzlicher Anordnung betrachten. Die Sinnvermittlung der beabsichtigten Vorgehensweise sollte deshalb integraler Bestandteil von Schulungen und der regelmäßigen Beratungen in den unterschiedlichen Pflegeteams oder der Abstimmung zwischen den Mitarbeitern der jeweiligen Abteilungen sein.



Die meisten Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen haben ihre Berufswahl auch getroffen, um mit Menschen zu arbeiten, ihnen zu helfen, sie zu unterstützen und zu begleiten. In der Realität des Einrichtungsalltags geschieht dies allerdings auf sehr unterschiedliche Weise und mit unterschiedlicher Qualität. Grundidee des Qualitätsmanagementkonzepts ist deshalb, ein definiertes Qualitätsniveau verlässlich zu sichern. Die Bewohner und ihre Angehörigen sollen sich auf eine bestimmte Leistungsgüte verlassen können, unabhängig davon, ob sie in dieser oder jener Pflegeeinrichtung, diesem oder jenem Wohnbereich, von dieser oder jener Pflegekraft betreut werden.

Ein wichtiges Kriterium zur Beurteilung des Qualitätskonzeptes ist eine Überprüfung der Wirksamkeit und Effektivität der durchgeführten Maßnahmen. Indikatoren dafür werden aus den zentralen Pflegezielen und der ihnen zu Grunde liegenden physischen und psychischen Befindlichkeit der Bewohner abgeleitet, indem man z. B. fragt: Unterstützen die prophylaktischen Maßnahmen und die Behandlungspflege das Erreichen der Pflegeziele? Wird nachweislich erreicht, dass vorhandene Fähigkeiten erhalten bzw. verbessert werden? Inwieweit entspricht die Versorgung und Betreuung dem tatsächlichen Bedarf?

Ein weiteres übergeordnetes Kriterium ist die Wirtschaftlichkeit (Effizienz). Gemeint ist damit der rationelle Einsatz von Personal, Zeit und Geld, um ein bestmögliches Leistungsniveau zu erhalten oder zu erreichen. Bezogen auf ein definiertes Ziel ist die Umsetzung umso effizienter, je weniger Ressourcen genutzt werden müssen, um es zu erreichen.

Die in diesem Unterkapitel beschriebenen Zusammenhänge müssen den Beschäftigten vermittelt werden, damit sie in ihrem alltäglichen Handeln für eine verlässliche, effektive und effiziente Leistungsqualität sorgen und damit die Grundvoraussetzung für die Wirtschaftlichkeit einer Einrichtung, ihre Konkurrenzfähigkeit und letztlich auch den Fortbestand des eigenen Arbeitsplatzes sichern.

Dort, wo Leistungsqualität und deren Verlässlichkeit, Reibungsverluste und deren Vermeidung regelmäßig Gegenstand der innerbetrieblichen Erörterung und Abstimmung sind, entwickelt sich eine gemeinsame Kultur von Verantwortlichkeit für die zu erbringende Leistungsgüte und ein Qualitätsbewusstsein in der gesamten Mitarbeiterschaft.

4.5.4 Verabschiedung der Konzepte und Schulung der Mitarbeiter

Sobald die schriftlichen Konzepte als Konkretisierung der Anforderungen in den Rahmenkonzepten erarbeitet und in das Qualitätsmanagement-Handbuch²¹ aufgenommen worden sind, muss mit den Schulungen für die Mitarbeiter begonnen werden. Anders als bei den Leistungsbeschreibungen ist es hier nicht notwendig, dass sich alle Mitarbeiter mit den Anforderungen der Konzeptbausteine vertraut machen. Es reicht aus, wenn die Leitungsebenen und die Projektgruppen damit gearbeitet haben. Aber alle Mitarbeiter müssen genauestens orientiert sein, welche Inhalte das hauspezifische Konzept aufweist, und welche Verfahrensweisen sie in Bezug auf jedes dieser Rahmenkonzepte in Zukunft zu beachten haben.

²¹ Falls ein solches noch nicht existiert, können die hausinternen Konzepte zu den Rahmenkonzepten die ersten Kapitel darstellen. Auf jeden Fall müssen sie in einer Einrichtung offiziell verabschiedet werden und von einem bestimmten Zeitpunkt an Gültigkeit haben.

4.6 Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung

4.6.1 Soll-Ist-Analyse

In Teil B, Kapitel 2.3.4 wurden bereits Vorgehensweisen und Instrumente vorgestellt, die sich gut dafür eignen, die Soll-Ist-Analyse zu strukturieren und in Arbeitsgruppen zu leisten. Am Beispiel des Rahmenkonzeptes „Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ soll diese Technik noch einmal exemplarisch dargestellt werden (vgl. Abbildung auf der nächsten Seite).

Auf vergleichbare Weise können natürlich auch die anderen Rahmenkonzepte bearbeitet werden. Hilfreich ist das Arbeiten mit Checklisten für die verschiedenen Prozessschritte des Heimeinzugs, wie z. B. das Erstgespräch, die Vorbereitung des Heimeinzugs, der Einzugstag, oder die erste Phase des Heimaufenthalts.

4.6.2 Kooperation zwischen Pflege und Sozialem Dienst

Für die Kooperation zwischen Sozialem Dienst und Pflegekräften ist zu berücksichtigen, dass in einigen Einrichtungen die Angebote des Sozialen Dienstes ihren Ausgangspunkt noch nicht in ausreichendem Maße in den Bedürfnissen der Bewohner haben. Die Erkenntnis leitende Frage für die Organisation der Angebote des Sozialen Dienstes muss deshalb lauten: „Was benötigt der jeweilige Bewohner wann, und wie können wir mit der Arbeit des Sozialen Dienstes daran mitwirken seine angemessene und bedürfnisgerechte Betreuung sicherzustellen?“ Diese grundsätzliche Fragestellung gilt allerdings nicht nur für den Heimeinzug, sondern vor allem auch bei Veränderungen des Leistungsprofils der Einrichtung, insbesondere bei der Entwicklung von Angeboten für die Abend- und Nachtstunden.

4.6.3 Begleitung der Eingewöhnungsphase

Die Pflegefachkräfte sollten in enger Kooperation mit dem Sozialen Dienst eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Begleitung des Bewohners während der ersten Phase des Heimaufenthalts sicherstellen. Innerhalb der ersten vier bis sechs Wochen sollte stets ein Hauptansprechpartner oder eine adäquate Vertretung für die neuen Bewohner zur Verfügung stehen. Diese sollten in regelmäßigem Kontakt zum Bewohner stehen und in der Lage sein, Bedürfnisse zu erkennen und die daraus resultierenden Erwartungen im Hinblick auf ihre Verwirklichung mit der konzeptionellen Ausrichtung der Angebote des Hauses abzugleichen.



Eingewöhnungsphase

**Erstkontakt/
Erstgespräch**

Vorbereitung/Unterzeichnung Heimver-
trag

Ver-
antwortung

Info an alle Leistungsbereiche

Unterlagen/Informa-
tionen ausgegeben

Festlegen Bezugspflegekraft

Informationserfassung

Erstellung Bewohnerdokumentation

Absprachen

Planung Integrationsphase

Basisassessment (Start)

Berücksichtigung des Einzugs
im Dienstplan

Dokumentation

Info an Hausarzt

Informationstransfer

Medikamente/Hilfsmittel bereitstellen

Erstellung Informati-
onelles

Rundgang

Anfragen

Informationen/
Unterlagen ?

Konzept/Verfahren

Verantwortung

Vor dem Erstkontakt

Koop KH

Erstgespräch

Sozialdienst

Überleitungsbogen

Vom Krankenhaus

Erstellung Aktivitätenplan

Hausführung

Kennenlernen Heimbeirat

Erfassung Bewohnerzufriedenheit

Integrationsgespräch
(nach 4-6 Wochen)

Anpassung der Pflegeplanung

Abschließen Biografieerfassung

Dokumentation der Eingewöhnung

Informationstransfer

Verantwortung und
Abstimmung

- Hauswirtschaft
- Technik

**Zimmer bezugs-
fertig machen**

Informationstransfer/
Dienstübergabe

Vervollständigen BW
Dokumentation

Aufnahmegespräch/
Dokumentation

Bezugspflegekraft nimmt
BW und Angehörige in
Empfang

Einzugstag

4.6.4 Das Integrationsgespräch

Ein Integrationsgespräch sollte innerhalb der ersten sechs Wochen nach Einzug eines neuen Bewohners stattfinden. Hier kann es hilfreich sein, die in fast allen Einrichtungen vorhandenen Formulare für den Ergebnisbericht der Pflegevisite/Pflegeevaluation zu überarbeiten und zu erweitern, so dass die empfohlenen Themen für das Integrationsgespräch, wie die Privatsphäre, Entscheidungsautonomie, Selbständigkeit, Informationsbedarf, soziale Kontakte, Angebote, Tagesstrukturierung, pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung angesprochen und dokumentiert werden können. Es ist auch vorab zu klären, wer neben dem jeweiligen Bewohner und seinem Hauptansprechpartner an dem Gespräch teilnimmt (z. B. Angehörige, Wohnbereichs-, Pflegedienstleitung).

4.6.5 Berücksichtigung neuer Bewohner in den Übergaben

Neue Bewohner sind bei den Dienstübergaben besonders zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang sollte beispielsweise erörtert werden:

- ob es Erkenntnisse oder Hinweise darauf gibt, dass sich der neue Bewohner wohl fühlt oder nicht, bzw. ob die Angehörigen zufrieden erscheinen und wie diese in die Begleitung eingebunden werden können;
- ob Befürchtungen, Ängste, Beschwerden formuliert werden und wie darauf zu reagieren ist;
- ob es Themen, Interessen, oder Maßnahmen gibt, die dem Bewohner besonders wichtig sind;
- welche Verhaltensweisen und Reaktionen der neue Bewohner zeigt, und wie diese zu verstehen sind;
- welche biografischen Informationen für die ressourcenorientierte und psychosoziale Unterstützung und Begleitung der Bewohner berücksichtigt werden können.

Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass entsprechende Informationen und Hinweise schriftlich festgehalten werden.

4.6.6 Regelmäßige Überprüfung

Eine regelmäßige Überprüfung der Abläufe bei Heimeinzügen sollte in gemeinsamen Beratungen mit allen am Prozess des Heimeinzugs beteiligten Mitarbeitern erfolgen. Dazu müssen die vorhandenen Checklisten bzw. Pflegedokumentationen geprüft, Fallbesprechungen durchgeführt und die unterschiedlichen Erfahrungen reflektiert werden. Pflege- und Leitungskräfte sowie die Mitarbeiter des Sozialen Dienstes können so gemeinsam dazu beitragen, die Qualität von Heimeinzügen zu verbessern und die Situation für den neuen Bewohner zu erleichtern.



4.7 Zusammenarbeit mit Angehörigen

Viele Angehörige legen ausdrücklichen Wert darauf, dass sie in die Abläufe des Pflegealltags eingebunden sind. Die Mitwirkung und das freiwillige Engagement von Angehörigen sollte deshalb in jeder Einrichtung ein Konzeptbaustein der fachlichen Organisation der Arbeit sein. Dies setzt bei Beschäftigten ein entwickeltes Verständnis hinsichtlich der Ziele und Grundsätze der Zusammenarbeit voraus. Das Rahmenkonzept zur Zusammenarbeit mit Angehörigen kann dabei helfen, für den Umgang mit Angehörigen zu sensibilisieren und mehr Sicherheit zu vermitteln.

Für das Engagement der Angehörigen als freiwillige Helfer sind allerdings klare Absprachen zu treffen, denn Angehörige können und sollen in einer Pflegeeinrichtung die Arbeit der Fachkräfte nicht ersetzen, sondern sie ergänzen und unterstützen. Entsprechende Konzepte sind auch mit dem Heimbeirat abzustimmen. Dies gilt umso mehr, wenn dort auch Angehörige vertreten sind.

4.7.1 Ermittlung des Unterstützungsbedarfs von Angehörigen

Absprachen mit der Vielzahl von Angehörigen sind auf der Grundlage der hierzu im jeweiligen Haus getroffenen konzeptionellen Verabredungen zu treffen.

Ein Hauptansprechpartner für die Angehörigen sollte diese informieren, bei Bedarf beraten und auch Gespräche mit anderen Mitarbeitern der Einrichtung vermitteln. Wenn Informationsveranstaltungen für Angehörige angeboten werden, dann empfiehlt es sich, vorab den Bedarf der Angehörigen mit Blick auf gewünschte Informationen, allgemeine Angehörigenangebote und individuelle Beratung zu ermitteln. Dies kann mit einem kurzen schriftlichen Fragebogen oder mittels eines persönlichen Gesprächs geschehen, in dem die Bedürfnisse thematisiert und geplante Angebote gemeinsam besprochen werden.

4.7.2 Entwicklung von Angeboten für Angehörige

Zeitpunkte und inhaltliche Gestaltung von Angehörigenabenden oder Angehörigen-sprechstunden sollten sorgfältig überdacht sein und den Erwartungen der Angehörigen so weit wie möglich entsprechen. Geschieht dies nicht, wird das Angebot nicht angenommen. Angehörige, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen möchten, sollten individuell beraten werden.

Angehörige sprechen bei Problemen nicht immer die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft an, sondern wenden sich an die Person, die gerade verfügbar ist. Solche Kontakte sind für die Gestaltung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen ein wichtiges Medium. Es ist wichtig, dass den Angehörigen in diesen Situationen die prinzipielle Kommunikations- und Hilfsbereitschaft der Pflegekräfte vermittelt wird. Deshalb darf das Ziel nicht darin bestehen, solche spontanen Gespräche prinzipiell zu vermeiden. Vielmehr geht es darum, die richtige Balance zu finden: wenn es im Einzelfall möglich ist, sofort oder nach kurzer Wartezeit miteinander zu sprechen, dann sollte dies auch geschehen. Muss ein Gespräch aus zeitlichen oder auch inhaltlichen Gründen auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden, so sollte ein Zeitpunkt dafür zwischen dem jeweiligen Angehörigen mit dem für die Frage richtigen Gesprächspartner baldmöglichst vereinbart werden.

In allen Einrichtungen der stationären Altenpflege gibt es Zeiten, in denen die Aufgabenfülle besonders groß ist und spontane Kontakte mit Angehörigen die pflegerische Versorgung der Bewohner empfindlich stören. Umso wichtiger ist es, den Angehörigen diesen Sachverhalt zu erläutern. Dies sollte schriftlich in entsprechendem Informationsmaterial, oder auch durch Aushänge auf den Wohnbereichen, immer aber auch mündlich bei den Gesprächen im Zusammenhang mit dem Einzug eines Bewohners geschehen. Dabei können sie gebeten werden, bei weniger dringlichen Problemen einen Gesprächstermin (telefonisch oder persönlich) zu vereinbaren, so dass die zuständigen Mitarbeiter sich auf das Gespräch vorbereiten können.

Eine Tafel bzw. ein Bilderrahmen in den jeweiligen Wohnbereichen mit den Fotos und Namen der zuständigen Pflegefachkräfte trägt dazu bei, dass Angehörige Informationen über die Ansprechpartner erhalten. Eine Broschüre oder ein Merkblatt, das Informationen über die Ansprechpartner, die Bekanntgabe von Sprechstundeterminen und anderen Angeboten enthält, kann den Angehörigen die Kontaktaufnahme mit den Beschäftigten wesentlich erleichtern.

4.7.3 Möglichkeiten und Grenzen bei Konflikten

Pflegefachkräfte geraten häufig in Konfliktgespräche mit Angehörigen in Situationen, in denen sie Streitigkeiten zwischen Bewohnern und Angehörigen schlichten sollen. Unterschiedliche Angehörige eines Bewohners haben zu einem Sachverhalt darüber hinaus oftmals unterschiedliche Meinungen. Die Mitarbeiter werden dann mit wechselnden – teilweise widersprüchlichen – Wünschen und Erwartungen konfrontiert. Häufig fühlen sie sich in solchen Augenblicken überfordert. Der Grund dafür kann sein, dass ihnen die Gesprächsführungskompetenzen fehlen oder dass es schwierig ist, die unterschiedlichen Interessenslagen zu durchschauen, um im Sinne der Bewohner handeln zu können.

Grundsätzlich ist in solchen Situationen zu beachten, dass es nicht die Aufgabe der Pflegekräfte sein kann, familiäre Probleme zu lösen. Wenn derartige Schwierigkeiten auftreten, empfiehlt es sich, Gesprächsangebote mit Mitarbeitern des Sozialen Dienstes oder Seelsorgern, ggf. unter Beteiligung der zuständigen Pflegefachkraft anzubieten.

4.7.4 Schulung der Mitarbeiter

Bei der Einführung des Konzeptbausteines „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ sollte darauf geachtet werden, frühzeitig Fortbildungen in der Gesprächsführung für die Mitarbeiter anzubieten. Je nach Bedarf sollten die Schulungen Folgendes beinhalten:

- Beschwerdemanagement,
- partnerzentrierte Gesprächsführung,
- Präsentationstechniken,
- Konfliktlösungsstrategien,
- die schwierige, oft mit Spannung (durch z. B. Schuldgefühle und Erleichterung) belastete Situation von Angehörigen erkennen und deuten,
- die Auseinandersetzung mit der beruflichen Rolle bzw. dem Berufsverständnis im Verhältnis zu anderen Berufsgruppen, Angehörigen und Bewohnern analysieren und diskutieren.



4.8 Nächtliche Versorgung

Entsprechend den Grundsätzen des Rahmenkonzepts zur nächtlichen Versorgung sollen Einrichtungen der Altenpflege eine „fachkompetente Versorgung und Betreuung über 24 Stunden“ „unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts“ ermöglichen. Demnach sind zunächst Voraussetzungen für eine verbesserte Versorgung in den Abend- und Nachtstunden zu schaffen. Bei der Umsetzung des Rahmenkonzepts zur nächtlichen Versorgung wird sich Reformbedarf vor allem bei der Gestaltung der Dienstzeiten bzw. Dienstpläne, der Zeiten des Zubettgehens für die Bewohner und bei der Entwicklung von Angeboten in den Abendstunden zeigen.

4.8.1 Änderung von Dienstzeiten

Bei bewohnerorientierten Veränderungen im Bereich der nächtlichen Versorgung, die möglicherweise andere personelle Zuordnungen nach sich ziehen und entsprechende Veränderungen der Dienstplangestaltung erfordern, ist Flexibilität gefragt. Änderungen der Dienstzeiten und eine Reduzierung bzw. Abschaffung von Dauernachtwachen enthalten jedoch Konfliktpotenzial: einige Mitarbeiter werden die neuen Dienstzeiten kategorisch ablehnen oder sich dadurch zusätzlich belastet fühlen. Eine neue Zuordnung von Mitarbeitern kann darüber hinaus aber auch vorteilhafter für die Bedarfe der Wohnbereiche sein.

Eine Veränderung von Dienstzeiten und der Arbeitsorganisation sollte deshalb gut vorbereitet und mit den Mitarbeitern besprochen werden. Vor der Änderung der Arbeitszeiten sollten insbesondere folgende mitarbeiterbezogene Fragen beantwortet werden: Welche Mitarbeiter sind bereit, ihre Arbeitszeiten zu verändern? Für wen wären Zwischendienste am Morgen oder in den Abendstunden denkbar? Inwieweit können die Arbeitszeiten der jeweiligen Schichten verändert werden? Können die Mitarbeiter des Sozialen Dienstes auch in den Abendstunden eingesetzt werden? Welche Angehörigen und freiwilligen Helfer sind bereit, sich in den Abendstunden zu engagieren? Die systematische Erfassung der Antworten auf diese und ähnliche Fragen sorgt für Rückmeldungen, die bei einer geplanten Umstrukturierung von Arbeitszeiten und Angeboten im Bereich der abendlichen Betreuung hilfreich und notwendig sind.

Die Umstrukturierung des Nachtdienstes kann außerdem nur auf einer genauen Analyse der Organisationsstruktur und der Ressourcen der jeweiligen Schichten aufbauen, weil ansonsten die Gefahr besteht, dass es zugunsten einer optimierten nächtlichen Versorgung zu Engpässen im Tagdienst kommt. Grundsätzlich ist an dieser Stelle darauf zu achten, dass bei Beibehaltung von Dauernachtwachen darauf geachtet wird, diese in die Entwicklung und Umsetzung anderer Konzepte (z. B. Krankenhausüberleitung oder Sterbebegleitung) einzubinden.

4.8.2 Verantwortung der Leitungsebenen

Eine Umstrukturierung der nächtlichen Versorgung, die von den Mitarbeitern der Leitungsebenen nicht mitgetragen wird, funktioniert nicht. Insbesondere die Pflegedienst- und Wohnbereichsleitungen werden diejenigen sein, die die Veränderungen auch erfolgreich umsetzen müssen. Somit ist deren Bereitschaft mit Blick auf die geplante Umstrukturierung von besonderer Bedeutung. Sie sind im Umstrukturierungsprozess maßgeblich verantwortlich für den sensiblen Umgang mit Wünschen und Widerständen der Mitarbeiter in den verschiedenen Pflegeteams, die so frühzeitig wie möglich in die Planung und Gestaltung einer veränderten nächtlichen Versorgung eingebunden werden sollten.

4.8.3 Kooperation von Tag- und Nachtdienst

Die Einbindung der Nachtwachen in die Pflegeteams, die im Früh- bzw. Spätdienst tätig sind, ist für eine verbesserte Zusammenarbeit der Mitarbeiter der Tag- und Nachtdienste unverzichtbar. Zur Erleichterung des gegenseitigen Verständnisses und zur Verbesserung der Zusammenarbeit sollten die Mitarbeiterinnen des Nachtdienstes regelhaft in die Fortbildungen der Einrichtungen eingebunden werden. Mitarbeiter des Tagdienstes sollten außerdem über ausreichende Erfahrungen im Abend- und Nachtdienst verfügen. Die Mitarbeiter des Nachtdienstes sollten darüber hinaus in die Erstellung der Pflegeplanung einbezogen werden und dabei mit den jeweils zuständigen Pflegefachkräften des Tagdienstes kooperieren. Nicht zuletzt erhalten die Nachtwachen durch eine geänderte Arbeitsorganisation und eine stärkere Einbindung in die Arbeitsabläufe mehr Verantwortung, was sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit auswirken kann.

4.8.4 Entwicklung von Angeboten in den Abendstunden

Regelmäßige Angebote können von der Aufwertung eines Fernsehabends zu einem feierlichen „Kinobesuch“ (mit Einladung, Kinokarten, Dekoration etc.) bis hin zur Einführung eines Nachtcafés (unter Beteiligung von freiwilligen Helfern) reichen.

Erfahrungsgemäß sollte bei der Entwicklung von Angeboten in den Abend- und Nachtstunden nicht nur berücksichtigt werden, ob und inwieweit die Bewohner diesbezüglich Wünsche und Gewohnheiten zur Sprache bringen. Verlässt man sich darauf, ist zu befürchten, dass sich die Mitarbeiter auf die Aussage berufen, dass die Bewohner abends „ihre Ruhe haben möchten“ bzw. früh schlafen wollen. Sind die Bewohner an entsprechende Angebote in den Abend- und Nachtstunden bislang nicht gewöhnt, werden sie sich meist mit den Gegebenheiten abfinden und keine Wünsche äußern.

Vor der Entwicklung von Angeboten muss die Situation in den Wohnbereichen genau analysiert werden, wobei die Bewohner gezielt nach ihren Bedürfnissen und Wünschen befragt werden sollten. Insbesondere ihre Schlafgewohnheiten sind hierbei von Interesse, sie sollten erfragt und dokumentiert werden (dabei ist auf die Einnahme von Schlafmitteln zu achten).

Zu berücksichtigen sind neben den Schlafgewohnheiten auch die sozialen, psychischen und physischen Möglichkeiten und Grenzen sowie die Kommunikations-, Konzentrations- und Gesellschaftsfähigkeit der Bewohner.



Grundsätzlich sollten Angebote in den Abend- und Nachtstunden nicht nur für rüstige Bewohner konzipiert werden, sondern auch in regelmäßigen Abständen für immobile oder demenzkranke Bewohner stattfinden. Wichtig ist dabei, dass die Angebote durch entsprechende Animation und Begleitung der Mitarbeiter oder freiwilliger Helfer flankiert werden. Dies gilt insbesondere für Menschen mit demenziellen Erkrankungen.

Angebote und Veranstaltungen sollten immer wieder an die Interessen, Fähigkeiten und Bedürfnisse der Bewohnerschaft angepasst werden. Eine Überprüfung der Angebotsstruktur sollte mindestens einmal im Jahr stattfinden.

4.8.5 Vermeidung von Lärm und Licht

Eine Sensibilisierung der Mitarbeiter für eine „Schlaf fördernde Umgebung“ – also eine weitgehende Vermeidung von Lärm und Licht – fördert die Lebensqualität der Bewohner erheblich. In der Praxis lassen sich Lärm und störende Lichtquellen normalerweise leicht vermeiden. Dazu ist für ein entsprechendes Verständnis bei den Mitarbeitern zu werben und die Einhaltung entsprechender Regelungen ist zu befolgen. Bauliche Gegebenheiten sollten überprüft und gegebenenfalls verändert werden. Hilfreich ist außerdem:

- die Installation von Bewegungsmeldern (z. B. im Eingangsbereich),
- ein Entfernen von Störfaktoren (z. B. quietschende Türen, lautes Schuhwerk),
- das Einführen von Not-/Nachtbeleuchtung in Bewohnerzimmern, Fluren, Außentritten etc.

4.9 Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen

Das Rahmenkonzept zur „Sterbebegleitung“ hat zum Ziel, die Begleitung von Sterbenden in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern und grundlegende Voraussetzungen zur Bewältigung dieser Aufgabe sicherzustellen. Der Kontakt zu externen Fachleuten (z. B. Seelsorgern, Hospizdiensten) kann die Vorbereitung und Umsetzung erleichtern.

Die konkrete Thematisierung von Sterben, Tod und Trauer schafft für viele Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter mehr Sicherheit im Umgang. Das Wissen, dass der Sterbeprozess in der Pflegeeinrichtung gut unterstützt werden kann, wird eine große Hilfe und Beruhigung für die Bewohner darstellen. Auch die Angehörigen werden sich durch die Begleitung gut aufgehoben fühlen und die Beratung durch die Mitarbeiter gerne in Anspruch nehmen.

4.9.1 Kontinuierliche Begleitung

Häufig versterben Bewohner im Krankenhaus, die meisten Menschen wünschen sich jedoch ein würdevolles Sterben in vertrauter Umgebung. Um dies zu ermöglichen, sollten Krankenhausaufenthalte, soweit sie nicht zwingend notwendig sind, vermieden werden.

Eine kontinuierliche Sterbebegleitung ist in den alltäglichen Arbeitsablauf nicht immer problemlos zu integrieren. Für die Begleitung eines sterbenden Menschen und seiner Angehörigen müssen die Rahmenbedingungen in den Einrichtungen stimmen. Kündigt sich der Tod eines Bewohners an, sollte unverzüglich eine Anpassung der individuellen Versorgung im Vordergrund stehen. Die Sterbebegleitung muss Vorrang vor anderen Tätigkeiten erhalten. Diese Grundvoraussetzung muss mit den Mitarbeitern gemeinsam abgesprochen werden, dabei sollte auch klargestellt werden, dass niemand ein schlechtes Gewissen haben muss, wenn zugunsten einer Sterbebegleitung weniger vordringliche Arbeiten liegen bleiben.

Wichtig ist außerdem, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lernen, sterbende Menschen zu begleiten. Gerade hierfür ist die Zusammenarbeit mit Hospizdiensten, Seelsorgern, Angehörigen und Ärzten von besonderer Bedeutung.

4.9.2 Zusammenarbeit mit Hospizdiensten, freiwilligen Helfern, Angehörigen und Ärzten

Würdevolles Sterben und Abschiednehmen kann in der Pflegeeinrichtung durch professionelle Hilfe und Unterstützung von Hospizdiensten ermöglicht werden. Ehrenamtliche Helfer können die Pflegekräfte bei der Begleitung Sterbender unterstützen und zeitliche Probleme bei der kontinuierlichen Begleitung abmildern.

Bei Einzug eines neuen Bewohners sollten bereits Informationen zu vorhandenen Verfügungen und Wünschen im Zusammenhang mit dem Sterbeprozess bzw. dem Todesfall erfragt werden. Bewohnerwünsche sind soweit wie möglich zu berücksichtigen. Wichtig ist außerdem, dass zwischen den Beschäftigten der Pflegeeinrichtung ein Einvernehmen über die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen hergestellt wird und diese sowie die behandelnden Ärzte über die Vorgehensweise, Angebote und Anforderungen informiert sind.



4.9.3 Schulung der Mitarbeiter

Die Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“ weist in einem Zwischenbericht²² darauf hin, dass in Deutschland erheblicher Verbesserungsbedarf hinsichtlich der palliativmedizinischen Versorgung und der Palliativpflege besteht. Palliativpflege ist ganzheitlich ausgerichtet und schließt deshalb neben schmerztherapeutischen Maßnahmen auch die psychosoziale Begleitung ein. Die Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“ hat festgestellt, dass die Palliativpflege in der Ausbildung des Fachpersonals (Ärzte, Alten- oder Krankenpflegekräfte) keinen angemessenen Stellenwert einnimmt. Sie empfiehlt daher

- die Palliativpflege zu einem wichtigen Schwerpunkt im Rahmen der eigenen Personalentwicklung machen und
- sich aktiv um die Zusammenarbeit mit weitergebildeten Ärzten im Bereich der Palliativmedizin bemühen.

Voraussetzung hierfür ist die Sensibilisierung und die Förderung der Kompetenzen von Mitarbeitern durch Fortbildungen in den Bereichen Sterbe- und Trauerbegleitung. Dies gilt in besonderer Weise für neue Mitarbeiter. Freiwillige Helfer sollten auch an entsprechenden Schulungen teilnehmen können. Dabei sollten insbesondere folgende Themen im Vordergrund stehen:

- Schulungen sollen helfen, den Blick der Beschäftigten für die Anzeichen des nahenden Todes zu schärfen; häufig bestehen Qualifikationsdefizite der Mitarbeiter, so dass der Beginn des Sterbeprozesses nicht erkannt wird.
- Begleitung Sterbender und Konfrontation mit dem Tod als psychisches Belastungsphänomen für die Mitarbeiter.
- Sensibilität und sozial-kommunikative Kompetenz als Voraussetzung für den Umgang mit trauernden Menschen; notwendig sind Lernangebote für die Mitarbeiter, die sie befähigen, Hilfen zur Trauerbegleitung und zur Unterstützung bei der Verlustbewältigung zu leisten und die Kommunikation mit sterbenden Menschen und ihren Angehörigen zu fördern.
- Begleitung des Sterbeprozesses bei verwirrten bzw. demenzkranken Bewohnern.

²² „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ (BT-Drs. 15/5858), Juni 2005

4.10 Kooperation mit niedergelassenen Ärzten

Die gesundheitliche Versorgung der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen soll durch die Anforderungen des Rahmenkonzeptes zur Kooperation mit niedergelassenen Ärzten verbessert werden. Die Anforderungen dieses Konzeptbausteins setzen eine grundlegende Kooperationsbereitschaft der Ärzte voraus, wobei die Gestaltungsmöglichkeiten der Einrichtungen ihre Grenze an der ärztlichen Entscheidungsautonomie finden.

In Vorbereitung auf die Kooperationsgespräche sind Wünsche an die Ärzte zu erörtern und Angebote zu formulieren. Hilfreich für die Kontaktaufnahme sind z. B. einrichtungsspezifische Informationsblätter oder -broschüren für die Ärzte, die ihnen beim ersten Kooperationsgespräch ausgehändigt werden sollten. Wichtig ist, nicht nur Wünsche oder Forderungen an die Ärzte zu formulieren, sondern auch Verbesserungsvorschläge und Angebote seitens der Einrichtungen zu thematisieren. Eine Vereinbarung innerhalb der Pflegeeinrichtung, die besagt, dass Leitungskräfte bei Kooperationsproblemen jederzeit für die Pflegemitarbeiter und die Ärzte ansprechbar sind, ist ebenfalls notwendig.

4.10.1 Kontaktaufnahme und Kooperation

Die Umsetzung des Konzepts zur „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“ ist für Pflegefachkräfte oft schwierig. Ihnen fehlen in der Regel die notwendigen Entscheidungsbefugnisse. Erfahrungsgemäß ist die Akzeptanz und Kooperationsbereitschaft bei den Ärzten höher, wenn diese Dinge auf der Leitungsebene der Einrichtung angestoßen und begleitet bzw. durch Qualitätsbeauftragte initiiert und unterstützt werden. Die Ärzteschaft zeigt sich oftmals skeptisch gegenüber bindenden Erklärungen oder Vereinbarungen. Zielvereinbarungen, z. B. in Form von Protokollnotizen nach gemeinsamen Gesprächen sind daher zunächst eher zu erreichen als Vereinbarungen in formaler, vertraglicher Form.

Die bisherigen Erfahrungen bestätigen dennoch, dass die Ärzte frühzeitig in geplante Veränderungsprozesse einzubinden sind. Dabei kann die Beteiligung von Ärzten an hausinternen Arbeitsgruppen zur Umsetzung des Rahmenkonzepts sehr förderlich sein.

Die Kooperation mit den Ärzten kann durch die umgesetzten Anforderungen des Rahmenkonzepts so weit fortschreiten, dass einige Ärzte regelmäßig an Fallbesprechungen von Bewohnern teilnehmen.



4.10.2 Vorbereitung von Arztbesuchen

Die Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten erfordert Verfahrensanweisungen zur

- Vorbereitung von Arztbesuchen,
- Begleitung der Arztvisiten,
- Bereitstellung der Pflegedokumentation und
- Besprechung der gesundheitlichen Probleme der Bewohner etc.

Dies ist von besonderer Bedeutung, weil Ärzte eine aus ihrer Sicht häufig unzureichende Vorbereitung ihres Besuches durch die Pflegefachkräfte beklagen. Die Kritikpunkte beziehen sich im Wesentlichen auf

- eine fehlende Ermittlung der Vitalwerte im Vorfeld,
- eine fehlende Überprüfung der Pflegedokumentation,
- unzureichende fachliche Informationen hinsichtlich des Zustands der Bewohner,
- zu allgemeine Formulierungen bezüglich der Situation von Bewohnern,
- ungenaue Beobachtungen und Fehleinschätzungen.

Diese Kritikpunkte können im Sinne möglicher Verbesserungen als Ausgangspunkt für Kooperationsgespräche mit den Ärzten genutzt werden. Damit können Kooperationsprobleme zumindest teilweise abgebaut werden. Die Verständigung über frühzeitige Terminabsprachen zwischen Ärzten und zuständiger Pflegefachkraft ermöglicht darüber hinaus grundsätzlich eine angemessene Vorbereitung von Arztbesuchen.

4.10.3 Gegenseitige Erreichbarkeit

Die gegenseitige Erreichbarkeit von Arzt und Pflegefachkraft ist für beide häufig ein Problem. Der alltägliche Ablauf in den Arztpraxen begünstigt in der Regel Telefongespräche eher vor oder nach den Sprechstunden. Für den Einrichtungsalltag ist aus diesem Grund der Gebrauch von mobilen Telefonen auf den Wohnbereichen zu empfehlen, damit die Pflegekräfte gut erreichbar sind.

Die gegenseitige Erreichbarkeit sollte im persönlichen Gespräch mit den behandelnden Ärzten thematisiert werden. Vereinbarungen sollten schriftlich fixiert und den Ärzten ausgehändigt werden. Regelungen für Ausnahmesituationen (z. B. Sicherstellung der kontinuierlichen Patientenversorgung in Urlaubszeiten) sollten frühzeitig vereinbart und dokumentiert werden.

Gleiches gilt für die Vereinbarungen über die Notfallversorgung von Bewohnern. Zeichnet sich eine unmittelbare Verschlechterung des Gesundheitszustands ab, ist die zügige Erreichbarkeit des zuständigen Arztes erforderlich. Dies kann auch der Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte dienen. Notwendig sind in diesem Zusammenhang sowohl hausinterne Abstimmungen (auch der Wohnbereiche untereinander) als auch Verabredungen mit den Ärzten über entsprechende Vorgehensweisen. Diese Vereinbarungen sind so zu dokumentieren, dass sie jederzeit für die zuständigen Mitarbeiter zugänglich sind.

Die nachfolgende Seite zeigt ein exemplarisches Faxformular, das dazu dient, einen Hausbesuch des zuständigen Arztes für einen erkrankten Bewohner anzufordern.



4.11 Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten

An der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung kommt es häufig zu Reibungen und Konflikten. Die Konsequenz daraus ist, dass Arbeitsabläufe ins Stocken geraten und die Qualität der Versorgung darunter leiden kann. Mögliche Ursachen für Probleme bei der Überleitung sind

- mangelnde Koordination und Kooperation zwischen Pflegeeinrichtung und Krankenhäusern;
- ein daraus resultierender defizitärer Informationsaustausch zwischen Einrichtung und Krankenhäusern;
- unabgestimmte Verfahrensweisen und Überleitungsdokumente;
- mangelnde gegenseitige Kenntnis der jeweils notwendigen Arbeitsabläufe;
- fehlender direkter Kontakt zwischen den beteiligten Fachkräften in beiden Institutionen – es wird meist übereinander statt miteinander geredet;
- veränderte Anforderungen an die Krankenhäuser durch die DRGs (z. B. verkürzte Liegezeiten, Entlassungsdruck etc.).

Diese Reibungen lassen sich jedoch durch einige Maßnahmen vermeiden.

4.11.1 Kontaktaufnahme und Kooperation

Ein großer Teil der Heimeinzüge erfolgt direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Ein guter Kontakt zu den Krankenhäusern kann somit am Pflegemarkt einen Wettbewerbsvorteil bedeuten.

Im Hinblick auf die angestrebte Kooperation mit den Krankenhäusern ist zunächst eine Bestandsaufnahme über die bisherige Zusammenarbeit vorzunehmen, die Defizite und Mängel der eigenen Verfahrensabläufe berücksichtigt und darüber hinaus Angebote und Wünsche für eine kompetente Verhandlungsführung mit den Krankenhäusern enthält.

Anfangs sollte eine Auswahl der Krankenhäuser erfolgen, mit denen eine verbesserte Kooperation erprobt werden soll. Die Auswahl könnte beispielsweise anhand der Häufigkeit der Einweisungen von Heimbewohnern in bestimmte Kliniken vorgenommen werden. Andere Krankenhäuser sollten anschließend in die Kooperation eingebunden werden. Begünstigend wirkt gegenwärtig, dass viele Krankenhäuser mit der Umsetzung eines Expertenstandards zum Entlassungsmanagement beschäftigt und daher besonders an einer produktiven Kooperation interessiert sind.

Bei der Vorbereitung und Erstellung eines Konzepts für Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten entsprechend den Anforderungen des Rahmenkonzepts sollten die Kooperationsgespräche gut vorbereitet werden. Die Einrichtungs- und/oder Pflegedienstleitung der Pflegeeinrichtung sollte auf die zuständigen Mitarbeiter der Krankenhäuser zugehen und Gesprächstermine vereinbaren.

Die Kenntnisse über die Arbeitsprozesse in der jeweils anderen Institution, das Pflegen gegenseitiger Kontakte, das Wahrnehmen und Ernstnehmen der Probleme der jeweils anderen sind wichtige Voraussetzungen, um die Zusammenarbeit zu verbessern. Die möglichst frühzeitige Beteiligung der Mitarbeiter der kooperierenden Krankenhäuser an der Konzepterstellung (z. B. Fachkräfte, die in den Krankenhäusern mit dem Qualitätsmanagement beauftragt sind) kann die Vorbereitung entsprechender Vereinbarungen erleichtern.

Wünschenswert wäre es, das Konzept gemeinsam mit anderen Einrichtungen – z. B. auf kommunaler Ebene – zu entwickeln, um grundsätzliches Einvernehmen bei der „Überleitung“ zwischen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern in einer Region zu erzielen. In entsprechenden Beratungen sollten insbesondere folgende Aspekte erörtert werden:

- Gemeinsame Überarbeitung der Überleitungsbögen,
- Voraussetzungen zur Verbesserung des Ausfüllens der Überleitungsbögen (dies setzt eine größere Sensibilisierung der Mitarbeiter und ggf. Schulungen und eine verstärkte Kontrolle durch die Wohnbereichsleitungen voraus),
- einheitliches Fax-Formular für die Kontakte zwischen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern,
- Bereitstellung von Notfalltaschen und die Versorgung der Bewohner im Krankenhaus mit Wäsche etc.,
- Überprüfung organisierter Besuchsdienste,
- kontinuierlicher Informationsaustausch durch die Benennung fester Ansprechpartner in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (empfohlen wird hier insbesondere die Pflegedienstleitung),
- umgehende gegenseitige Kontaktaufnahme bei dem Verdacht von pflegerischen Problemen,
- umgehende Anpassung der Pflegeplanung nach der Krankenhausentlassung.

Nach erfolgreich abgeschlossenen Kooperationsvereinbarungen sollten die getroffenen Vereinbarungen mindestens halbjährlich überprüft werden. Diese Fristen können auch in den Kooperationsvereinbarungen festgelegt werden. Regelmäßige Beratungen können dann zu weiteren Erkenntnissen und Verbesserungsvorschlägen führen.

4.11.2 Entlassung aus dem Krankenhaus

Erfahrungen bestätigen, dass Heimbewohner verstärkt an den Wochenenden oder zu ungünstigen Uhrzeiten aus dem Krankenhaus entlassen werden. Da die Entlassungen darüber hinaus häufig unangekündigt erfolgen, haben die Einrichtungen häufig keine Zeit, Dienstpläne anzupassen, Bewohnerzimmer rechtzeitig herzurichten und Angehörige frühzeitig zu informieren. Zur Regelung des Überleitungsverfahrens gehört deshalb auch, dass Pflegeeinrichtungen rechtzeitig über die Entlassungstermine informiert werden. Weil Haus- und Fachärzte an Wochenenden bzw. am Mittwochnachmittag nicht oder nur in Ausnahmefällen zu erreichen sind, ist die Anschlussmedikation durch einen kleinen „Vorrat“ an Medikamenten sicher zu stellen. Auch dies ist in entsprechende Vereinbarungen aufzunehmen.

Datenschutzvorschriften werden sowohl von den Mitarbeitern der Krankenhäuser als auch von denen der Pflegeeinrichtungen als ein gravierendes Problem beim sachgerechten Ausfüllen der Überleitungsbögen angegeben. Zentrales Anliegen muss es deshalb sein, unter Einhaltung des Datenschutzes verbindliche Regeln für die Übermittlung medizinischer und pflegerischer Informationen zu vereinbaren.

Nach der Krankenhausentlassung von Heimbewohnern kommen u. a. folgende Probleme gehäuft vor:

- Arztbriefe sind oft handschriftlich und unleserlich verfasst; dies behindert die anschließende Versorgung in der Pflegeeinrichtung.
- Bewohner werden während des Klinikaufenthalts oft zu wenig mobilisiert.

Diese Problemfelder sollten ggf. in den Kooperationsgesprächen zwischen Pflegeheimen und Krankenhäusern erörtert werden. Nachfolgend findet sich ein Beispiel für die Zielvereinbarungen aus einer der Referenzeinrichtungen, welches für diese Veröffentlichung gekürzt wurde.



Zielvereinbarungen zwischen dem und dem Klinikum in

I. Maßnahmen zur Verbesserung des Informationsflusses

1. Grundlage und Voraussetzung für eine möglichst gute pflegerische und medizinische Betreuung der Bewohner bzw. der Patienten sind fundierte Informationen über den pflegerischen Status zum Zeitpunkt der Krankenhauseinweisung und -entlassung. Ein Pflegeüberleitungsbogen muss zu beiden Anlässen stets gut lesbar ausgefüllt und mitgegeben werden. Wichtige Dokumente, wie z. B. Patientenverfügungen sind ebenso als Fotokopie mitzugeben.
2. Bei ungeplanten oder notfallmäßigen Einweisungen bekommt das Krankenhaus am Tag der Einweisung in jedem Fall einen vorläufigen Überleitungsbogen, der folgenden Mindestangaben aufweisen muss:

- persönliche Stammdaten
- Diagnosen
- aktuelle Medikation

Die (Pflegeeinrichtung) wird den Überleitungsbogen in der Einrichtung einführen, der dem im Klinikum verwendeten Überleitungsbogen weitgehend entspricht. Bei geplanten Krankenhausaufenthalten wird dieser direkt bei der Einlieferung mitgegeben. Bei ungeplanten oder notfallmäßigen Einweisungen wird er spätestens einen Tag nach der Einweisung per Fax übermittelt. Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus wird der Bewohnerin bzw. dem Bewohner von der entlassenden Station des Klinikums ebenfalls ein Überleitungsbogen mitgegeben, auf dem Statusveränderungen seit der Einweisung dokumentiert wurden.

3. Um einen lückenlosen Informationsfluss über den Zustand des Bewohners auch während des Krankenhausaufenthaltes zu gewährleisten, stellt das Krankenhaus unter Berücksichtigung der Schweigepflicht sicher, dass eine zuvor benannte Kontaktperson (Wohnbereichsleitung der Pflegeeinrichtung) auch telefonisch Auskunft erhält. Voraussetzung dafür ist die Benennung der Kontaktperson und Angabe der telefonischen Durchwahl im Überleitungsbogen.
4. Arztbriefe sollen bei der Entlassung der Bewohner seitens des Krankenhauses immer mitgegeben werden. Diese sollen gut lesbar sein (nach Möglichkeit nicht handschriftlich).

II. Organisatorisches – Bewohner

1. Die Pflegeeinrichtung sorgt für die Bereitstellung der notwendigen Utensilien (persönliche Dinge des Bewohners) während des Krankenhausaufenthaltes. Sie listet alle mitgegebenen Utensilien auf. Das Klinikum bekommt eine Durchschrift dieser Liste und unterstützt das Anliegen, dass bei der Entlassung der Bewohnerin bzw. des Bewohners alle auf der Liste aufgeführten Utensilien wieder mitgegeben werden.
2. Das Klinikum ...informiert die Pflegeeinrichtung über zusätzlichen Bedarf z. B. von Kleidungsstücken etc. Die Pflegeeinrichtung sorgt für die zeitnahe Lieferung der angeforderten Utensilien.

III. Pflegerische Anliegen

1. Das Klinikum ... sorgt für eine frühest mögliche Mobilisierung, sofern es der Gesundheitszustand erlaubt. Gründe für die Nicht-Mobilisierung sind im Überleitungsbogen zu dokumentieren.
2. Sowohl die Pflegeeinrichtungals auch das Klinikum ... informieren sich gegenseitig kollegial und zeitnah über pflegerische Auffälligkeiten bei den Bewohnerinnen/Bewohnern bzw. den Patienten.
3. Das Klinikum ... stellt eine umgehende Information der Pflegeeinrichtung über zu erwartende gravierende pflegerische Veränderungen – im Gegensatz zum Einweisungsstatus zur Verfügung. Dieses gilt insbesondere, wenn diese Veränderungen organisatorische Anpassungen erforderlich machen (z. B. regelmäßige Sauerstoffgaben, Einzelzimmer bei ansteckenden Krankheiten, usw.).

IV. Entlassungen

1. Die Pflegeeinrichtung ... wird frühzeitig über den Entlassungstermin informiert. Wenn sich in den Tagen nach dieser Ankündigung die Umstände derart verändern, dass es einen anderen Entlassungstermin geben wird, so ist die Pflegeeinrichtung ... darüber auch zeitnah zu informieren.
2. Entlassungen an Wochenenden und Feiertagen, sowie Mittwochs- und Freitagnachmittags stellen u. U. für die Pflegeeinrichtung erhebliche organisatorische Probleme dar. Ist eine Entlassung zu diesen Zeitpunkten unumgänglich, bedarf es zur Vermeidung von Versorgungslücken der Rücksichtnahme. Große Schwierigkeiten ergeben sich z. B. durch die Nicht-Erreichbarkeit des Hausarztes. Deshalb werden die benötigten Medikamente in ausreichender Form bis zum nächsten Werktag mitgegeben.

V. Weiteres Vorgehen

Im Zeitraum zwischen von ... bis.... werden in einem weiteren Treffen die ersten Erfahrungen evaluiert und der Plan zur Festlegung der weiteren Vorgehensweise erstellt.

Kapitel 5

Qualitativer Personalbedarf und Personalentwicklung



5. Qualitativer Personalbedarf und Personalentwicklung

5.1 Was unter Personalentwicklung zu verstehen ist	1
5.2 Personalauswahl	2
5.3 Einarbeitung neuer Mitarbeiter	3
5.4 Berufsbegleitende Qualifizierung	4
5.5 Interne Multiplikatoren und richtiger Einsatz vorhandener Fähigkeiten	5
5.6 Personalentwicklung durch Projektmanagement	6
5.7 Kooperation mit Ehrenamtlichen	7

5.1 Was unter Personalentwicklung zu verstehen ist

Um bestmögliche Leistungen zu erbringen, braucht jede Einrichtung die richtige Person am richtigen Platz. Die Beschäftigten müssen über alle Kompetenzen verfügen, die an ihrer Stelle gefordert werden.

Mitarbeiter verbringen einen beträchtlichen Teil ihrer Lebenszeit an ihren Arbeitsplätzen. Sie verbinden damit nicht nur die Notwendigkeit des Broterwerbs, sondern sie wünschen sich in der Mehrzahl auch eine Beschäftigung, die ihnen Freude macht, die auch ihren persönlichen Bedürfnissen nach Wertschätzung und Entwicklung gerecht wird.

Personalentwicklung bedeutet deshalb mehr als gezielt und systematisch Einfluss zu nehmen auf das Kompetenz- und Qualifikationsniveau, d. h. auf die prinzipielle Leistungsfähigkeit der Mitarbeiterschaft. In gleicher Weise muss auf Rahmenbedingungen geachtet werden, welche die Leistungsbereitschaft und damit auch Engagement, Kreativität und Flexibilität von Einzelnen und Teams fördern. Die Kunst besteht darin, das zweckgebundene Organisationsinteresse mit Wünschen und Bedürfnissen der Mitarbeiter zu verbinden.

Dieses Kapitel enthält deshalb Hinweise, die sich nicht nur auf die Qualifizierung von Mitarbeiter beziehen, sondern verdeutlichen, dass die richtige Mitarbeiterauswahl, prägend für die „Einrichtungskultur“ ist.



5.2 Personalauswahl

Neue Anforderungen an Funktionen und Positionen in Pflegeheimen erfordern oft Nachqualifikation einzelner Mitarbeiter. Personalentwicklung ist deshalb für die Qualitätssicherung von erheblicher Bedeutung. Personalentwicklung nach dem Referenzkonzept bedeutet, die richtige Person in der richtigen Funktion zu haben. Dies beginnt bei der Personalauswahl.

Notwendig ist im ersten Schritt die Erarbeitung eines eindeutigen Anforderungs- und Kompetenzprofils. Zu den wichtigen Bereichen des Anforderungsprofils gehören neben der pflegerischen Fachkompetenz der Pflegekraft

- die erwünschte grundlegende bewohnerorientierte Haltung, die mit dem Leitbild der Einrichtung übereinstimmen muss,
- bei examinierten Fachkräften die Planungs- und Steuerungskompetenz,
- die Qualifizierungsbereitschaft,
- die Fähigkeit zum Selbst- und Zeitmanagement,
- weitere „soft-skills“ wie Teamfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Konfliktfähigkeit.

Wird eine neue Leitungskraft (Pflegedienst- bzw. Bereichsleitung) eingestellt, so ist zu erwarten, dass der/die Bewerber/in mindestens die hierfür erforderlichen Zusatzqualifikationen und entsprechende Berufserfahrung in Leitungsfunktionen vorweisen kann.

Zusatzqualifikationen, die noch nicht vorhanden sind, müssen umgehend nachgeholt und vom Einstellungsträger ermöglicht werden. In solchen Fällen sollte eine neu eingestellte Leitungskraft von einem erfahrenen Kollegen der gleichen Ebene in den ersten Monaten intensiv begleitet werden (Mentoring).

Beispiel: Bei Personalauswahlgesprächen ist es innerhalb des knappen Zeitrahmens oft nicht möglich, zwischen gelungener verbaler Präsentation und tatsächlich vorhandenen Eigenschaften und Fähigkeiten zu unterscheiden. Diese Gespräche bedürfen deshalb einer sorgfältigen Vorbereitung und Strukturierung. Hierzu sind u. a. Fragestellungen vorzubereiten, bei denen Situationen einzuschätzen sind und ein angemessener Umgang damit zu beschreiben ist („was würden Sie tun, wenn...“). Es sollten solche Situationen sein, für die es nicht nur eine – wenn möglich noch nahe liegende richtige – Reaktionsweise gibt, sondern bei denen Vor- und Nachteile mehrerer Möglichkeiten abzuwägen sind. Bei Pflegefachkräften sollte man auch nicht darauf verzichten, die Kompetenzen in Bezug auf die Pflegeplanung zu überprüfen. Dies kann etwa dadurch geschehen, dass man den Bewerbern vor dem Gespräch Assessmentinformationen eines Bewohners (aus Datenschutzgründen anonymisiert und verändert) zuschickt und dazu Fragen formuliert (z. B.: „Welches sind die zentralen Pflegeziele?“ oder „was könnte zu einer biografieorientierten und/oder ressourcenfördernden Pflege dieses Bewohners gehören?“)

Die Hospitation von Bewerbern in den Wohnbereichen kann die Auswahl von Mitarbeitern des Pflegedienstes ebenfalls erleichtern. Aus nahe liegenden Gründen kann dies jedoch nur bei solchen Pflegekräften umgesetzt werden, die man bereits als prinzipiell geeignet ausgewählt hat. Deshalb kann die Hospitation die gut geführten Auswahlgespräche nicht ersetzen.

Die bisherigen Ausführungen könnten den Verdacht nahe legen, dass solche Auswahlverfahren junge unerfahrene Fachkräfte, die gerade die Ausbildung beendet haben, tendenziell ausschließen. Dies ist schon deshalb nicht der Fall, weil Einrich-

tungen selbst Ausbildungsstätten sind. Zu einer zukunftsorientierten Personalentwicklung gehört auch, Praktikanten zu beschäftigen, intensiv zu begleiten und bei Eignung möglichst einzustellen. Auch wenn das Praktikumsende nicht mit einer Stellenvakanz zusammen trifft, so können planbare Übergangszeiten mittelfristig überbrückt werden. In jedem Fall ist es möglich, eine Fachkraft, die man kennen gelernt hat und gern beschäftigen würde, auch dann anzusprechen, wenn sie sich mittlerweile in einem anderen Arbeitsverhältnis befindet. Viele Pflegeeinrichtungen gewinnen so frühere Praktikanten als qualifizierte Mitarbeiter.

5.3 Einarbeitung neuer Mitarbeiter

Qualitätshandbücher enthalten eine Vielzahl von Hinweisen und Vorschlägen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Hierzu gehört nicht nur die Regelung von Zuständigkeiten sowie der Anzahl und Abstände von Rückmeldungs- und abschließenden Gesprächen während und nach der Probezeit, sondern auch Dokumentationsformulare, mit denen die Ergebnisse dieser Gespräche festzuhalten sind. Solche Vorgaben helfen vor allem dann, wenn sie auch die Qualifikationsbereiche benennen, auf die in der Probezeit besonders zu achten ist.

Zuständig für die begleitenden Gespräche in der Probezeit ist in der Regel die Wohnbereichsleitung, das abschließende Gespräch führen Wohnbereichs- und Pflegedienstleitung meist gemeinsam. Zusätzlich kann es insbesondere bei jungen Kollegen sinnvoll sein, für die ersten Monate einen Mentor zu bestimmen, der im Alltag zeitnah Rückmeldung gibt und beim Umgang mit schwierigen Aufgaben anleitet und begleitet.

Die Probezeit ermöglicht es, Entscheidungen über die Weiterbeschäftigung in Abhängigkeit von den Erfahrungen der bis dahin geleisteten Arbeit zu treffen, weniger gravierende Schwächen zu erkennen, die durch Stärken in anderen Kompetenzbereichen aufgewogen werden.



5.4 Berufsbegleitende Qualifizierung

Keine noch so gute Ausbildung kann den komplexen Anforderungen, die im Alltag auftauchen, vollständig gerecht werden. Andererseits reicht es nicht aus, nur auf die Lernsituationen zu bauen, die sich im Alltag ergeben und gemeistert werden müssen.

Dies liegt auch nicht im Interesse der Fachkräfte. Die Mehrzahl wünscht sich gezielte und systematische Anreize für ihre fachliche und persönliche Entwicklung.

Schulungen und Qualifizierungen zu den Konzeptbausteinen des Referenzkonzeptes sollten überwiegend in Form von Inhouse-Schulungen stattfinden. Für viele Themenbereiche, gibt es in den Einrichtungen oder auf Trägerebene Fachkräfte, die als Multiplikatoren, Referenten und Trainer geeignet sind. Selbst wenn externe Experten gewonnen und honoriert werden, ist diese Lösung, gemessen am Ertrag, kostengünstiger als die Fortbildung Einzelner. Der Transfer neu erworbener Kenntnisse in die Praxis ist erheblich leichter, wenn er nicht von einzelnen fortgebildeten Mitarbeitern geleistet werden muss, sondern wenn Teams oder Gruppen geschult werden. Falls inhaltlich möglich, sollten solche Inhouse-Schulungen immer mit Aufgabenstellungen für die Alltagspraxis verbunden werden, die den Transfer befördern.

Nicht alle Themenstellungen können durch Inhouse-Schulungen bearbeitet werden. Manche Qualifizierungsmaßnahmen (z. B. gerontopsychiatrische oder palliative Zusatzqualifizierungen) erfordern die Teilnahme an längerfristigen externen Weiterbildungen. Klärungsbedürftig ist in diesem Zusammenhang, ob möglichst viele Mitarbeiter über bestimmte Kenntnisse verfügen sollten oder ob eine bzw. wenige Fachkräfte mit Spezialkenntnissen qualifiziert werden, die später als interne Multiplikatoren fungieren.

Über grundsätzliche Leitvorstellungen sollten alle Mitarbeiter – d. h. neben denen im Pflegedienst auch die der Verwaltung, der Hauswirtschaft und der Haustechnik – orientiert sein. Bei der Vermittlung der damit in Verbindung stehenden Kenntnisse und Informationen sind interne Schulungen sicher sachgerechter, als externe Veranstaltungen.

Trägern mehrerer Einrichtungen bietet sich darüber hinaus die Möglichkeit des Benchmarkings, d. h. des einrichtungsübergreifenden Reflektierens, Austauschens und Abstimmens. Dies ermöglicht auch praktische Erfahrungen anderer Einrichtungen in Qualifizierungen einzubringen und aus ihnen zu lernen. Über gegenseitige Visitationen lässt sich außerdem gemeinsam und vertrauensvoll der Stand der Umsetzung des „Erlernen“ und die Überprüfung notwendiger Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung der fachlichen Arbeit abklären. Bei entsprechender Abstimmung mit dem Träger kann eine solche Vernetzung bei der Übernahme des Referenzkonzeptes produktiv für die Qualifizierungen genutzt werden.

Die Qualität des Angebotes einer Einrichtung wird zu einem sehr hohen Anteil auch durch die Kompetenz der Führungs- und Leitungskräfte geprägt. Berufsbegleitende Qualifizierungen, in denen Leitungskompetenzen erworben werden können sind deshalb von elementarer Bedeutung für die Qualitätssicherung und -entwicklung. Sie sind für unterschiedliche Führungsebenen, d. h. für Einrichtungs-, Wohnbereichs- oder Pflegedienstleiter anzubieten.

Hinweis: Viele Einrichtungen neigen dazu, Leitungsfunktionen auf der Ebene der Einrichtungs- und Pflegedienstleitung und manchmal auch die Bereichsleiterstellen mit externen Bewerbern zu besetzen. Man verspricht sich davon neue Impulse und entgeht der Gefahr, dass Mitarbeiter, die im eigenen Haus aufsteigen, mit Akzeptanzproblemen zu kämpfen haben. Dies sollte eine überlegte und systematische Förderung eigener Mitarbeiter für die Übernahme von Leitungsfunktionen jedoch nicht verhindern. Wenn man beispielsweise Fachkräften, die eine stellvertretende Funktion für eine Leitung ausüben, den Besuch einer WBL- oder PDL-Weiterbildung ermöglicht, sie aber in solchen Funktionen nicht beschäftigen kann, so wird man diese Fachkräfte vielleicht über kurz oder lang an eine andere Einrichtung verlieren. Wenn man aber andererseits solche Stellen extern besetzt, ist man angewiesen darauf, dass die Bewerber über ausreichende Managementkompetenzen verfügen, die sie in ihren bisherigen Einrichtungen erworben haben.

Wichtig ist es, bei Übernahme des Referenzkonzeptes einen mittelfristigen Schulungsplan zu erstellen, der die benötigten Qualifizierungen in eine sinnvolle Rang- und Zeitfolge bringt und eine Überforderung der Mitarbeiter durch zu viele Maßnahmen in zu kurzer Zeit vermeidet.

5.5 Interne Multiplikatoren und richtiger Einsatz vorhandener Fähigkeiten

Fachkräfte, die sich bereits Spezialkenntnisse erworben haben, sollten als interne Multiplikatoren eingesetzt werden. Dies ist ein Weg, ihnen gegenüber Wertschätzung zum Ausdruck zu bringen und ihr Engagement zu belohnen.

Sind benötigte Fachkenntnisse intern nicht verfügbar, könnte bei Neubesetzungen eine Spezialfachkraft eingestellt werden, der ausdrücklich Multiplikatorenfunktionen zugewiesen werden. Das Beispiel der Fachkraft für Physiotherapie, die weniger mit den Bewohnern arbeitet, sondern vielmehr für die Anleitung der Pflegekräfte zuständig ist, kann für eine solche Vorgehensweise nochmals beispielhaft angeführt werden.

Mitarbeiter, mit deren Leistungen man nicht vollständig zufrieden ist, sind manchmal nur an falscher Stelle tätig und meist auch selbst nicht zufrieden. Um dies sowie vorhandene Stärken und Wünsche herausfinden zu können, bedarf es regelmäßiger Mitarbeiterentwicklungsgespräche und klarer ganzheitlicher Bewertungskriterien. (vgl. auch Teil B, Kapitel 6).



5.6 Personalentwicklung durch Projektmanagement

Die Strategie des Projektmanagements bietet nicht nur die Chance, Prozesse der Organisationsentwicklung unter verantwortlicher Beteiligung von Mitarbeitern zu realisieren, sie dient auch der Personalentwicklung. Durch die Arbeit in Projektgremien

- können Führungskräfte und Mitarbeiter auf neue Weise aktiven Einfluss auf die Gestaltung des eigenen Arbeitsfeldes nehmen („job-enrichment“)
- erhalten die Beschäftigten Gelegenheit, ihre Erfahrungen und ihr Wissen zu erweitern, öffentlich zu machen und dafür Wertschätzung zu erfahren,
- bewirkt die Vernetzung dieses Wissens eine Kompetenzsteigerung und eröffnet kreative Problemlösungen.

Beispiel: In einer Referenzeinrichtung wurden zunächst gute Erfahrungen damit gemacht, die Konzepte für die Rahmenkonzepte arbeitsteilig in den vorhandenen Wohnbereichsteams zu bearbeiten. Später reagierte die Einrichtungsleitung mit diesem Modell auf Problemschwerpunkte, die von den Teams selbst wahrgenommen wurden. Waren es in einem Bereich Reibungsverluste in der Arbeitsorganisation, so waren es in den anderen Fragen in Zusammenhang mit der Ernährung, der Sterbegleitung oder der begonnenen Umsetzung eines Hausgemeinschaftskonzeptes. Mit jedem Team wurde ein konkreter Arbeitsauftrag zum jeweiligen Thema vereinbart, der

- die Erarbeitung theoretischer Grundlagen,
- die Formulierung eines schriftlichen Konzepts,
- die Vermittlung der Konzeptinhalte an die Kollegen und
- die praktische Erprobung und Auswertung des Konzeptes

umfasst. Es zeigte sich, dass sich auch hier die Prinzipien des Projektmanagements bewähren und dass dieses Vorgehen ein praktisches Beispiel für eine gelungene Personalentwicklungsstrategie darstellt.

5.7 Kooperation mit Ehrenamtlichen

Der Einsatz von Ehrenamtlichen kann das Leistungsangebot erweitern und die bedarfsangemessene Versorgung der Bewohner verbessern. Dabei ist immer zu beachten, dass Ehrenamtliche keinen Ersatz für Hauptamtliche darstellen und ihr Einsatz sorgfältig begleitet werden muss.

Zu den Angeboten, die von Ehrenamtlichen durchgeführt werden können, gehören Spaziergänge mit Bewohnern, Vorlesen, Singen, Spielkreise, Kochgruppen, Besuch bei Krankenhausaufenthalten u. v. m.

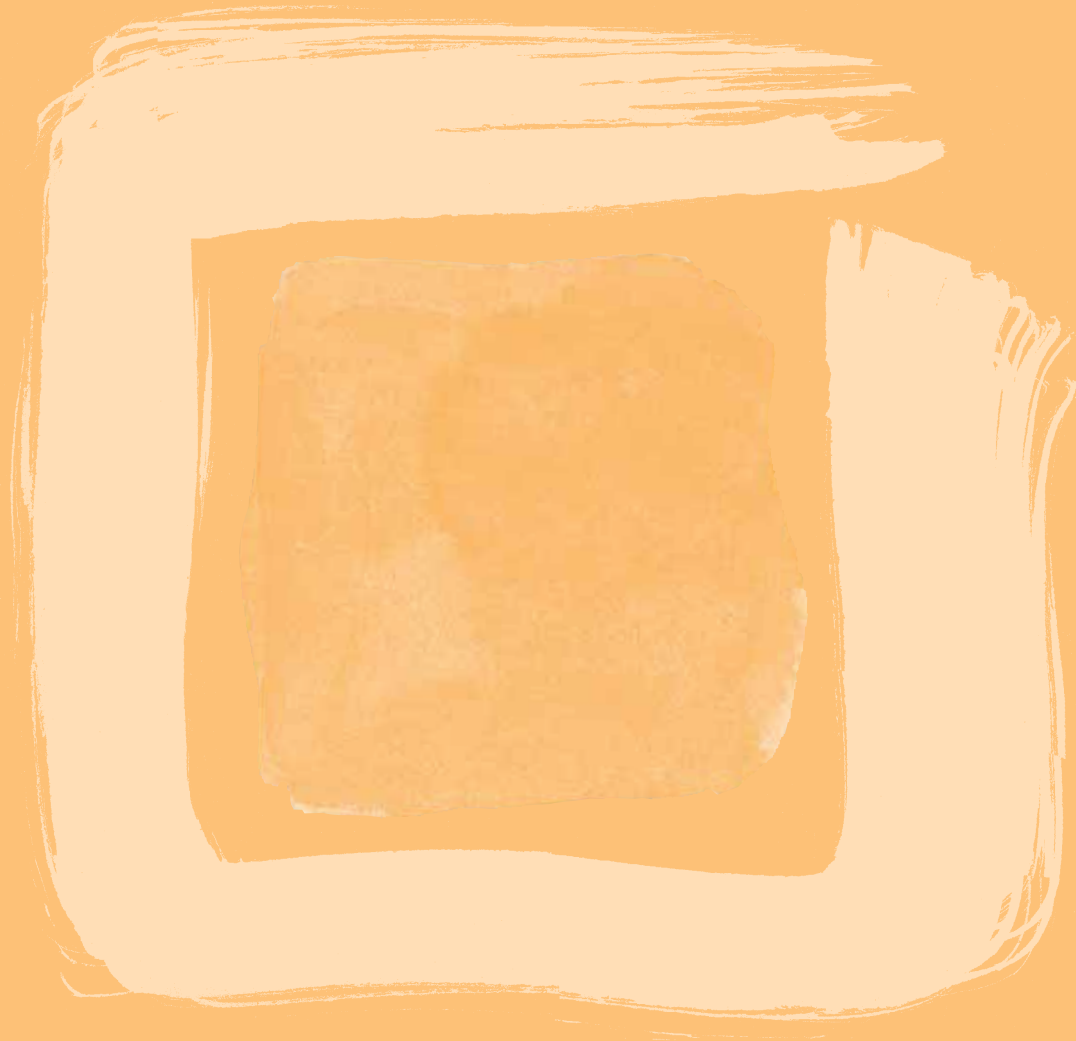
Nicht alle, die freiwillig und unentgeltlich in der stationären Altenpflege mithelfen wollen, sind auch dafür geeignet. Einrichtungen, die mit Ehrenamtlichen kooperieren, sollten für deren Auswahl und Begleitung ausdrücklich Zeitressourcen bestimmter Mitarbeiter und/oder der Leitung reservieren. Erfahrungsgemäß ist der Gewinn für die Versorgung der Bewohner und die Entlastung der Pflegekräfte deutlich höher, als der Aufwand für sorgfältige Begleitung.

Ehrenamtliche Mitarbeiter können auf unterschiedliche Weise gewonnen werden, etwa durch die Kooperation mit Angehörigen oder auch mit Kirchengemeinden im Umfeld. In einigen Kommunen gibt es auch spezielle Vermittlungsinstanzen („Aktiv-Börsen“). Die Motivation dieser Mitarbeiter sollte in regelmäßigen Abständen durch besondere Veranstaltungen, wie etwa gemeinsames Essen mit der Einrichtungsleitung und durch Übermittlung der Wertschätzung für die erbrachten Leistungen gestärkt werden.



Kapitel 6

Steuerungsaufgaben der Pflegeleistung und Mitarbeiterführung



6. Steuerungsaufgaben der Pflegeleistung und Mitarbeiterführung

6.1 Voraussetzungen	2
6.2 Verantwortung der Leitungskräfte	3
6.3 Regelmäßige und geregelte Überprüfung	4
6.4 Überprüfung der Steuerungsleistung der WBL	5
6.5 Wohnbereichsbezogene Audits und Hospitationen	8
6.6 Hospitation in den Wohnbereichen	9
6.7 Steuerungsmaßnahmen auf der Basis der Prüfergebnisse	9
6.8 Mitarbeiterführung	10
6.8.1 Mitarbeitergespräche	10
6.8.2 Zielvereinbarungsgespräche	11
6.8.3 Teamentwicklung	12
6.8.4 Umgang mit Leistungsmängeln und Wahrnehmung guter Leistung	14
Literatur	16

Zu den größten Problemen bei der Umsetzung der Konzeptanforderungen kann gehören, dass wichtige Regelungen zwar vorhanden sind, aber nicht verbindlich eingehalten werden. Der Mangel an Verbindlichkeit betrifft sowohl die Mitarbeiter in den einzelnen Funktionsbereichen als auch die Führungskräfte auf den unterschiedlichen Ebenen.

Es gibt wohl keine Organisation, die von sich behaupten könnte, das vorhandene Regelwerk in seiner Gesamtheit jederzeit und von allen Beteiligten einzuhalten. Es gibt immer wieder mal Gründe für Abweichungen. Besondere Ereignisse der unterschiedlichsten Art können Prioritäten verschieben oder kurzzeitig Belastungen so anwachsen lassen, dass die eine oder andere Vorschrift unbeachtet bleibt. Es kann sogar sein, dass beim Aufbau eines QM-Systems eine zu große Zahl an Standards, Checklisten, Dokumentationsformularen u. ä. entwickelt wurde, so dass es schwer fällt, den Überblick zu behalten und berechtigterweise geprüft werden muss, ob tatsächlich alle Regelungen der Sicherung und Entwicklung der Leistungsqualität dienen.

Fatal wird es jedoch, wenn sich die Ausnahmesituationen häufen, wenn Abweichungen nicht nur geschehen, sondern auch nicht beachtet werden, und sich gewissermaßen eine allgemeine „Kultur mangelnder Verbindlichkeit“ einschleicht. Dies muss sich nicht unbedingt in deutlichen Pflegefehlern niederschlagen und nicht immer sind die externen Prüfinstanzen in der Lage, hier vorhandene Mängel zu erkennen.

Wenn Standards und Vorgaben der Sicherung und Weiterentwicklung der Leistungsqualität dienen sollen, ist eine verbindliche Steuerung unerlässlich. Dafür hat sich inzwischen der Begriff des Controllings eingebürgert. Controlling schließt zwar Schritte der Kontrolle mit ein, geht aber deutlich darüber hinaus. Der Begriff meint immer den gesamten Steuerungs-Regelkreis, weshalb die Begriffe Steuerung und Controlling synonym verwendet werden können. Dazu gehört

- die Festlegung der Sachverhalte und Schwerpunkte, auf die sich Controlling-Verfahren beziehen sollen,
- die Entwicklung von Verfahren der Informationsbeschaffung und Überprüfung,
- die Auswertung der so generierten Informationen und die Formulierung von Schlussfolgerungen,
- die Rückmeldung an das jeweils einbezogene Subsystem, ggf. auch die Umsetzung korrigierender Interventionen.

Bei einer Übernahme von Bausteinen des Referenzkonzeptes sollen die Qualitätsverbesserungen, die durch die Anforderungspapiere angestoßen werden, nachhaltige Veränderungen bewirken. Dazu ist es notwendig, dass sich das ganze System die Veränderungen zu Eigen macht und in das vorhandene Steuerungssystem integriert.



6.1 Voraussetzungen

Um Steuerungsaufgaben im Rahmen des Modellprojekts erfüllen zu können, müssen in den Einrichtungen bestimmte Rahmenbedingungen vorhanden sein. Dazu gehört, dass die Wohnbereichsleitung (WBL) über Weisungs- und Entscheidungsbefugnisse gegenüber den Mitarbeitern ihres Bereichs verfügt und die Grenzen dieser Befugnisse eindeutig geklärt sind.

In vielen Einrichtungen ist diese Voraussetzung durch eine Stellenbeschreibung für die WBL vorhanden. Entwicklungsbedarf besteht oft jedoch hinsichtlich der Frage, welcher Zeitanteil den WBL für Leitungstätigkeiten zur Verfügung steht. Viele WBL sind für die Leitungsfunktion nicht freigestellt, sondern selbst in der Pflege tätig. Ein festes Zeitkontingent für Leitungsaufgaben ist dann oft nicht definiert und wird von manchen Einrichtungen auch als nicht wünschenswert erachtet. Vielmehr erwartet man dort, dass sich die WBL durch ein gutes Selbst- und Zeitmanagement die Zeiten für Kontrollaufgaben und ggf. erforderliche Einzelgespräche zur Leistungssteuerung einplanen kann. Faktisch bedeutet dies jedoch oft eine Überforderung der betroffenen Leitungskräfte.

Die Doppelrolle als Fachkraft und Leitungskraft ist im Alltag nicht immer in Übereinstimmung zu bringen. Dabei ist es oft schwierig, die richtige Balance zwischen Distanz und Nähe zum Team zu finden. Dies gilt in besonderem Maße für Phasen der Organisations- und Qualitätsentwicklung, wenn über die Wohnbereichsleitung neue – und vielleicht von den Kollegen nicht immer begrüßte – Anforderungen durchgesetzt werden müssen. Da es aber für viele Einrichtungen in absehbarer Zeit nicht umsetzbar wäre, von der Pflege freigestellte Wohnbereichsleiter zu beschäftigen, kann es unterstützend sein, Zeitanteile für die Leitungsaufgaben zu definieren, die WBL von Wochenenddiensten zu entlasten und sie regelmäßig zu Tagdiensten einzuteilen. Dabei würde sie die Pflegekräfte sowohl im Früh- als auch im Spätdienst erleben können und ruhigere Phasen des Tages für Leitungsaufgaben nutzen.

Zu den Voraussetzungen gehört auch, dass die Stellenbeschreibung für die Bezugspflegefachkräfte im Sinne des Konzeptbausteins zur zuständigen Pflegefachkraft aktualisiert wird.

Pflegedienstleitung (PDL) und WBL müssen sich die veränderten Anforderungen, die sich aus der Umsetzung der Konzeptanforderungen und -ziele ergeben, intensiv aneignen. Für die Aneignung reicht einmaliges Lesen nicht aus, vielmehr wird es vor allem in der Anfangszeit notwendig sein, sich die Inhalte anlassbezogen immer wieder anzusehen und in Erinnerung zu rufen.

6.2 Verantwortung der Leitungskräfte

Organisationsentwicklungen, bei denen gewohnte Routinen verändert werden und neue einzuüben sind, brauchen in der Regel eine Zeit des Übergangs. Erfahrungsgemäß dauert es eine Weile, bis die Veränderungen wirklich von allen Mitarbeitern angenommen sind und umgesetzt werden. Damit dies geschieht, ist es notwendig, insbesondere die Phase der Einführung intensiv zu begleiten. Die damit zusammenhängenden Aufgaben der Steuerung können nicht allein von Stabsstellen, wie etwa Projektleitern oder Qualitätsbeauftragten übernommen werden. Sie sind vielmehr da anzusiedeln, wo sowieso die Controlling-Aufgaben zugeordnet sind – bei den für den Pflegebereich zuständigen Leitungsebenen der Pflegedienst- und Wohnbereichsleitung.

Ein Ziel der Steuerung durch die Leitungskräfte besteht darin, dass sich die Mitarbeiter verbindlich auf die Verbesserungen einlassen. Erreicht werden kann dies nur dann, wenn ihnen die Veränderungen plausibel erscheinen. Wichtig ist, dass die Vermittlung von Sinn und Bedeutung etwa der Leistungsbeschreibungen und der Rahmenkonzepte für zentrale Arbeitsfelder nicht einmalig über einen Vortrag erfolgt, sondern dass sie auch in den Alltag einfließt: als Antwort auf Fragen, als Begründung für Anforderungen und Anweisungen, bei Inkrafttreten neuer QMH-Kapitel und bei Schulungen.

Grundsätzlich gilt für alle Leitungsebenen, dass Leitungskräfte ein verbindliches Einhalten von neuen (oder auch alten) Regeln von den Mitarbeitern nur dann erwarten können, wenn sie dies selbst vorleben.

Die Umsetzung von Regelungen und Standards durch die Pflegekräfte muss von den Leitungskräften unmissverständlich eingefordert werden. Genutzt werden sollte dazu das Forum der Wohnbereichs-Besprechung, wobei es wichtig ist, dass die Forderung der WBL im Protokoll ausdrücklich erscheint. Günstig ist es, mit dem Wohnbereichsteam eine Zielvereinbarung zu treffen, die beinhaltet, was in Zukunft zu beachten und zu tun ist und zu welchem Zeitpunkt (etwa nach zwei bis drei Monaten) in der Teambesprechung gemeinsam diskutiert werden soll, wie gut es gelungen ist, sich an die Vorgaben zu halten.

Vor allem in der ersten Zeit muss den Pflegekräften ausdrücklich Gelegenheit gegeben werden, Fragen zu stellen und Unsicherheiten auszusprechen. Fehlerlosigkeit kann erst nach einer Phase der Einübung erwartet werden. Für die Leitungskräfte ist es wichtig zu erfahren, worauf genau sich Fragen und Unsicherheiten beziehen. In dieser Zeit sollte sich die WBL möglichst als erste Anlaufstelle für solche Fragen anbieten.

Aufgabe der PDL ist es, die WBL in ihrer Steuerungsfunktion gegenüber den Teams anzuleiten, zu unterstützen und zu überprüfen. Hier sollte das Forum der Leitungsbesprechung (PDL und alle WBL) ebenfalls für eine Zielvereinbarung genutzt werden, die beinhaltet

- wie die Steuerung durch die WBL genau aussehen soll,
- welche Unterstützung und Anleitung sie von wem erhalten werden,
- wie viel an Zeitkontingent sie für ihre Steuerungsaufgaben veranschlagen können.



6.3 Regelmäßige und geregelte Überprüfung

Es gibt in den Einrichtungen unterschiedliche interne Prüfziele und Anlässe. Bezogen auf die Pflegeleistung kann sich der Fokus richten auf

- die Vollständigkeit der Pflegedokumentation;
- die Plausibilität, Qualität und Bedarfsangemessenheit von Assessment und Pflegeplanung kurze Zeit nach Einzug eines Bewohners sowie die Frage nach dem Verhältnis von Pflegeaufwand und Pflegestufe; später kommt die Evaluation der Pflegeplanung, d. h. die Überprüfung der Umsetzung formulierter Ziele, hinzu;
- den Gesundheitszustand des Bewohners, die Bedarfsangemessenheit der Pflegeplanung und -durchführung, die bewohnerbezogene Kooperation mit internen und externen Schnittstellen sowie die Zufriedenheit des Bewohners und der Angehörigen (entspricht der umfassenden Pflegevisite);
- die Bearbeitung von individuellen Pflegeproblemen und -fragen (z. B. durch Fallbesprechungen);
- die Kooperation unterschiedlicher Bereiche in der Einrichtung (z. B. in Bereichsleitungsbesprechungen oder Qualitätszirkeln).

Für all diese Überprüfungsschritte sollte es in den Einrichtungen verbindliche Festlegungen geben, die regeln, wie oft und in welchen zeitlichen Abständen der jeweilige Schritt erfolgt und wer dafür zuständig ist. Ratsam ist auch, Dokumentationslisten zu führen, in denen vermerkt wird, ob, wann, von wem und mit welchem Ergebnis die Überprüfung vorgenommen wurde.

Die folgende Tabelle (Seite 6–7) gibt eine Übersicht darüber, welche Festlegungen sinnvoll erscheinen und durch welche Leitfragen die jeweiligen Verfahrensweisen für die Überprüfung von Zielen des Referenzkonzeptes genutzt werden können.

6.4 Überprüfung der Steuerungsleistung der WBL

Die Steuerungsfunktion der PDL gegenüber den WBL kann auf unterschiedliche Weise wahrgenommen werden:

Dort, wo die PDL allein zuständig für die Pflegevisite ist oder diese stichprobenartig durchführt, müssen die Ergebnisse selbstverständlich nicht nur mit der zuständigen Pflegefachkraft, sondern auch mit der für diese ZPFK zuständigen Wohnbereichsleitung rückgekoppelt werden. Zu thematisieren sind dabei nicht nur die Ergebnisse hinsichtlich der Planungs- und Pflegequalität, sondern auch die Hinweise auf die Führungsqualitäten der WBL, die sich aus solchen Ergebnissen ableiten lassen. Je nach Art solcher Hinweise sollte Positives ausdrückliche Wertschätzung erfahren, während bei entdeckten Mängeln zu überlegen ist, welche Konsequenzen sich daraus für das Leitungshandeln der WBL ergeben. Diese sollten ggf. zu einer entsprechenden Zielvereinbarung zwischen PDL und einzelner WBL führen mit entsprechendem schriftlichen Vermerk und festgehaltenem Überprüfungstermin.

Zum anderen sollten die Steuerungserfahrungen bei der Umsetzung neuer Anforderungen in gemeinsamen Auswertungsgesprächen thematisiert werden, bei denen neben PDL und allen WBL auch die Projektleitung sowie die Einrichtungsleitung teilnehmen.

Wünschenswert ist auch ein eigenes Forum des Austausches für die WBL, wo sie sich auf gleicher Hierarchieebene und, ohne sich durch einen Vorgesetzten gewissermaßen kontrolliert zu fühlen, austauschen und für den Umgang mit Schwierigkeiten voneinander lernen können. Ein solches Forum bietet auch die Möglichkeit, dass sich die WBL über Anforderungen an die übergeordneten Leitungsebenen miteinander verständigen könnten, die „von unten nach oben“ immer schwieriger vorzubringen sind als in umgekehrter Richtung. Ein positiver Nebeneffekt kann dabei sein, dass die Identifikation mit der Arbeit gestärkt wird und sich die WBL im Alltag bei Personal- und Pflegeengpässen in den Wohnbereichen besser gegenseitig unterstützen.

Bei effizienter Gesprächsführung ist ein solches Forum zeitlich umzusetzen, wenn die in vielen Einrichtungen übliche gemeinsame Runde der WBL mit der PDL aufgeteilt wird, so dass den WBL ein Teil dieser sowieso für Besprechungen vorgesehene Zeit für den eigenen Austausch zur Verfügung steht.



Vorgehensweise	Zuständigkeit	Zeitliche Festlegung	Fragestellungen im Zusammenhang mit Anforderungen und Empfehlungen des Modellprojekts	Besonderheiten
Erste Überprüfung der Pflegeplanung und -dokumentation kurz nach Einzug eines Bewohners (BW)	ZPFK Kontrolle, ob dies geschieht, durch WBL mit Rückmeldung an PDL	Spätestens sechs Wochen nach Einzug eines BW	Entspricht das Assessment den Anforderungen des Referenzkonzeptes? Sind die biografischen Informationen und deren Bedeutung für den BW sorgfältig und so vollständig wie möglich erhoben? Sind Pflegeziele und Maßnahmen/Tagesstruktur bedarfsangemessen und plausibel? Orientiert sich die Maßnahmenplanung am Leistungskatalog der Leistungsbeschreibungen? Wird bei Pflegezielen und Maßnahmenplanung die Berücksichtigung biografischer Informationen deutlich? Ist ein etwaiger Bedarf an psychosozialer Betreuung in der Maßnahmenplanung berücksichtigt? Werden die Tagesberichte aussagefähig geführt und ggf. korrekt mit den Kürzeln der Leistungsbeschreibungen verbunden? Werden Grund- und Behandlungspläne sowie psychosoziale Betreuungsmaßnahmen ordnungsgemäß durchgeführt? Ist eine Veränderung/Konkretisierung von Zielen und Maßnahmen notwendig?	Auch bei sorgfältiger Dokumentation von wichtigen Informationen ist davon auszugehen, dass die schriftliche Fassung immer eine Verkürzung darstellt und dass manche Alltagsäußerungen für zu unwesentlich gehalten und nicht schriftlich erfasst werden. Deshalb wird eine mündliche Ergänzung des Dokumentationsmaterials empfohlen. Auch scheint es notwendig, dass die ZPFK in Übergaben ausdrücklich nach den Erfahrungen anderer Pflegekräfte mit ihrem neuen BW fragt und Rücksprache hält mit weiteren Fachkräften (z. B. des Sozialen Dienstes) oder auch Ehrenamtlichen, die mit der Betreuung des neuen BW zu tun hatten.
Regelmäßige Überprüfung der Pflege-dokumentationen auf Vollständigkeit und Einhaltung von Standards	ZPFK	2 x pro Monat und BW	Sind alle erbrachten Leistungen vollständig dokumentiert und regelgerecht abgezeichnet? Sind Abweichungen und Besonderheiten in den Tagesberichten erfasst?	Evaluation der Pflegeplanung
Pflegevisite	PDL, WBL oder ZPFK. Rückmeldung und Qualitätskontrolle (ggf. über WBL) durch PDL	Mindestens 2 x im Jahr pro BW	Fragestellungen wie bei erster Überprüfung. Die ZPFK, Sozialer Dienst, Angehörige des BW und ggf. weitere Kooperationspartner sind einzubeziehen.	Bei neu umgesetztem ZPFK-Konzept kann es günstig sein, die Pflegevisite als Selbstkontrolle durch die ZPFK durchführen zu lassen. Damit kann ein Hineinwachsen in die erweiterte Verantwortung gefördert werden. Voraussetzung dafür ist allerdings eine gute Begleitung/Anleitung durch WBL und eine Kontrolle mit Rückmeldung durch die PDL. Dass die WBL in vielen Häusern nur über eine Teilfreistellung für Leitungsaufgaben verfügen und selbst ebenfalls als ZPFK tätig sind, schließt deren Zuständigkeit für die umfassende Pflegevisite nicht aus. Hier kann es von Vorteil sein, wenn die WBL bei entsprechender Zuständigkeit die Pflegevisite jeweils für BW eines anderen Wohnbereichs durchführen. Gefördert werden kann dadurch die gegenseitige Unterstützung der Wohnbereiche in Notsituationen.

Vorgehensweise	Zuständigkeit	Zeitliche Festlegung	Fragestellungen im Zusammenhang mit Anforderungen und Empfehlungen des Modellprojekts	Besonderheiten
Fallbesprechungen	<p>WBL für die Sicherung der Durchführung, Welche BW jeweils besprochen werden, kann bei Übergaben gemeinsam festgelegt werden. Jede Fachkraft sollte darüber hinaus aber die Möglichkeit haben, BW für Fallbesprechungen vorzuschlagen. Zu sichern ist hier aber, dass nicht nur „Problemfälle“ besprochen werden und andere scheinbar unauffällige Bewohner fehlen. Eine günstige Lösung scheint hier eine gemischte, abwechselnde Auswahl zu sein: einmal alphabetisch, einmal vom Bereich vorgeschlagen.</p>	<p>1 x pro Monat im Rahmen der Teamgespräche in den WB; 1 x pro Monat durch etwas verlängerte Übergabe</p>	<p>Mit Schwerpunkt „Biografieorientierung“: Zusammenfragen des vorhandenen Wissens über einen BW und seine Biografie bzw. sein gegenwärtiges Erleben. Hier geht es insbesondere auch um die mündliche Ergänzung und Erläuterung der notwendigerweise immer verkürzten Darstellung im Biografiebogen. Nach einem solchen Austausch ist zu fragen, welche Bedeutung die vorhandenen Informationen für die Pflege und psychosoziale Begleitung des BW haben können. Mit Schwerpunkt „Rahmenkonzepte für zentrale Arbeitsfelder“: Vorgeschlagen wird, dass die internen Qualitätsbeauftragten (QB) in Absprache mit der zuständigen WBL Fallbesprechungen durchführen, die sich auf die zentralen Arbeitsfelder und die hausinternen gültigen Konzepte beziehen. Vorbereitend sind ggf. vorhandene Checklisten prüfen. Der Schwerpunkt der Fallbesprechung sollte darauf liegen, den faktischen Ablauf zu schildern und Abweichungen festzustellen und Gründe dafür herauszuarbeiten. Falls es solche Abweichungen gegeben hat ist – je nach Art der Gründe – mit den Fachkräften, der WBL, der PDL oder der hausinternen Steuerungsgruppe zu überlegen, wie sie in Zukunft vermieden werden können.</p>	<p>Fallbesprechungen können unterschiedliche Ziele und Schwerpunktsetzungen haben, die wiederum durch unterschiedliche Fragestellungen strukturiert werden. Gemeinsam ist allen Fallbesprechungen, dass es immer auch darum geht, individuell vorhandenes Wissen für alle Beteiligten nutzbar zu machen und so die Kompetenz der jeweils Beteiligten insgesamt zu erhöhen.</p>
Qualitätszirkel (QZ)	<p>Einrichtungsleitung und/oder PDL für die Sicherung der Durchführung. Die personelle Zusammensetzung der QZ richtet sich nach dem jeweiligen Anlass. Moderation durch internen QB</p>	Anlassbezogen.	<p>Fragestellungen für QZ im Rahmen der Umsetzung des Referenzkonzeptes könnten sein: Entwicklung von Checklisten (als mit geltende Dokumente) für die Konzepte in zentralen Arbeitsfeldern. Zusammenarbeit zwischen Tagdiensten und Nachtdienst in der Pflege Gestaltung des Angebotspektrums für die bedarfsgerechte psychosoziale Begleitung von BW, Bearbeitung von Beschwerden Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen für die interne (z. B. Pflege-Hauswirtschaft) und externe (z. B. Ärzte, Krankenhäuser, Ehrenamtliche) Schnittstellenkooperation.</p>	<p>QZ sind in besonderer Weise geeignet, unter Beteiligung von Mitarbeitern vorhandene sach- und ablaufbezogene Reibungsverluste (z. B. in der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit) zu bearbeiten. QZ prüfen die Gründe für solche Probleme und Reibungsverluste und erarbeiten Verbesserungsvorschläge. Anlässe können Beschwerden von BW, Angehörigen oder Mitarbeiter sein. QZ können auch dazu dienen, Detailfragen im Zusammenhang mit der Umsetzung der Rahmenkonzepte für zentrale Arbeitsfelder zu beantworten. Von Nutzen sind QZ nicht nur wegen ihrer Arbeitsergebnisse sondern auch wegen ihrer positiven Wirkung auf die Organisationskultur. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass QZ-Vorschläge immer gewürdigt und ernst genommen werden.</p>



6.5 Wohnbereichsbezogene Audits und Hospitationen

Eine Einrichtung, die viele oder alle Bausteine des Referenzkonzeptes umsetzen will, sollte über die Funktion eines internen Qualitätsbeauftragten verfügen. Im Unterschied zur Funktion der Projektleitung ist diese Aufgabe nicht zeitlich befristet und auf die Entwicklung von hausspezifischen Konzepten, Verfahrensregelungen sowie die Durchführung von Schulungen zum Referenzkonzept beschränkt. Die Verfahrensweisen zur Umsetzungsüberprüfung würden die Leitungskräfte zeitlich zu sehr in Anspruch nehmen. Es wird deshalb empfohlen, eine solche Stabsstelle damit zu beauftragen. Dies könnte zumindest in der Anfangszeit auch der Projektleiter sein, da jedoch Nachhaltigkeit anzustreben ist, entfallen diese Überprüfungsschritte nicht mit der Projektbeendigung. Lösungen können darin bestehen, dass die Projektleitung von einem bereits vorhandenen Qualitätsbeauftragten übernommen wird, oder dass der Projektleiter am Ende der Projektphase eine solche Funktion dauerhaft übernimmt.

Hinweis: Frühestens einen Monat nach Einführung neuer Standards sollte durch den Projektleiter oder hausinternen Qualitätsbeauftragten damit begonnen werden, in jedem Wohnbereich in regelmäßigen Abständen kleine interne Audits durchzuführen. Diese Audits sollten nicht länger als eine halbe Stunde dauern und ggf. im Rahmen einer zeitlich erweiterten Übergabe stattfinden können.

Für jedes Audit entwickelt der Projektleiter bzw. Qualitätsbeauftragte einen Fragekatalog, der sich auf wichtige Bestandteile der zu überprüfenden Regelung bezieht (z. B. „Was tun Sie, wenn ...?“). Die Mitarbeiter zeigen durch ihre Antworten ob ihnen der jeweilige Ablaufstandard geläufig ist. Die Audits haben sowohl prüfenden wie schulenden/informierenden Charakter. Mit den WBL ist anschließend zu besprechen, wie im Alltag auf die Bearbeitung noch vorhandener Wissens- und Praxislücken geachtet werden kann.

6.6 Hospitation in den Wohnbereichen

Projektleiter bzw. Qualitätsbeauftragte sollten bei Einführung neuer Standards in jedem Wohnbereich ihrer Einrichtung regelmäßig hospitieren und dabei wesentliche Zeiträume der unterschiedlichen Dienstzeiten – insbesondere auch den Nachtdienst – abdecken.

Hinweis: Bei Umsetzung der Rahmenkonzepte zum Heimeinzug, zur Überleitung ins Krankenhaus oder zur Sterbebegleitung lässt sich die Hospitation möglicherweise so durchführen, dass sie mit persönlichen Eindrücken zur Umsetzung der vereinbarten Standards verbunden werden kann. Die persönliche Anwesenheit des Projektleiters oder Qualitätsbeauftragten ist insbesondere bezogen auf solche Abläufe/Standardisierungen sinnvoll, die deutlich von der vor dem Projekt gewohnten Praxis abweichen. Sinn der Hospitation ist weniger die Kontrolle der Mitarbeiter, sondern die Sammlung von Erfahrungen über die konkreten Schwierigkeiten und Nöte bei der Umsetzung von Bausteinen des Referenzmodells.

Hindernisse, die zu Abweichungen von den Standards führen und nicht unmittelbar abgebaut werden können, sollten vom Projektleiter oder Qualitätsbeauftragten in die hausinterne Projektsteuerungsrunde eingebracht werden, damit dort Lösungen überlegt bzw. geeignete Strategien für die Bearbeitung des Problems entwickelt werden können.

6.7 Steuerungsmaßnahmen auf der Basis der Prüfergebnisse

Es ist zu erwarten, dass bei der Umsetzung des Referenzkonzeptes Hindernisse unterschiedlicher Art auftreten können. Bezogen auf die Mitarbeiter in der Pflege kann es beispielsweise sein, dass sie die neuen Anforderungen noch nicht ausreichend verinnerlicht haben, sie vielleicht auch nicht vollständig verstanden haben oder sie sogar ablehnen. Letzteres kann wiederum darin begründet sein, dass ihnen der Sinn der Veränderungen noch nicht ausreichend verdeutlicht wurde. Es kann aber auch sein, dass strukturelle Faktoren – wie etwa eine ungünstige Dienstplangestaltung – oder auch kulturelle Merkmale (z. B. schon vorher bestehende Mängel bei der verbindlichen Einhaltung von Regeln) Hindernisse darstellen. Es gehört zu den Aufgaben der Leitungskräfte auf den unterschiedlichen Ebenen, die Gründe für Abweichungen einzuschätzen und angemessen darauf zu reagieren.



6.8 Mitarbeiterführung

Mitarbeiterführung heißt insbesondere, „Rahmenbedingungen zu schaffen, die es ... Mitarbeitern ermöglichen, ihre Aufgaben selbständig und effizient zu erfüllen.“²³ Zu diesen Rahmenbedingungen gehören:

- die Gestaltung einer angemessenen Aufbau- und Ablauforganisation und
- die bewusste Gestaltung der Kultur einer Einrichtung.

Erfahrungen von Organisationsberatern bestätigen, dass kulturelle Faktoren in einer Einrichtung für den Erfolg von Entwicklungsprozessen von mindestens ebenso entscheidender Bedeutung sind, wie strukturelle Aspekte und Interventionen.²⁴ Bei der Umsetzung der Konzeptbausteine sollte für die kulturprägende Haltung der Führungskräfte kennzeichnend sein, dass

- die Einführung der Konzepte nicht allein als Sache der Projektleitung gesehen wird, sondern dass die Zielsetzungen unmissverständlich auch von Einrichtungsleitung und Pflegedienstleitung getragen werden und diese sich aktiv um ein ebensolches Zieleinverständnis der unterschiedlichen Bereichsleitungen kümmern;
- den Mitarbeitern eher mit Zutrauen in ihre Fähigkeiten als misstrauisch begegnet wird, was sich auch in der beteiligungsorientierten Organisation der Analyse- und Umsetzungsprozesse und der ernsthaften Auseinandersetzung mit Mitarbeitermeinungen und -vorschlägen ausdrücken sollte;
- den Mitarbeitern mit Wertschätzung und positiven Rückmeldungen begegnet wird, aber auch mit deutlichen Reaktionen bei Leistungsmängeln;
- die Führungskräfte bei der Einhaltung von Regeln und Standards, die ihre Steuerung betreffen, ein hohes Maß an Verlässlichkeit und Verbindlichkeit einfordern und „vorleben“.

6.8.1 Mitarbeitergespräche

Institutionalisierte Mitarbeitergespräche sind ein wichtiger Baustein der Mitarbeiterführung und der Kulturgestaltung durch Führungskräfte. Sie dienen u. a. dazu, den Kontakt zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern zu verbessern. Durch die Rückmeldung und das gemeinsame Gespräch wird Distanz verringert, was den offeneren Umgang miteinander im Alltag begünstigen kann.

Ein Mitarbeitergespräch ist immer ein bewertendes Gespräch zwischen einem Mitarbeiter und einem Vorgesetzten, das nicht anlassbezogen, sondern in festgelegten größeren Abständen – i. d. R. einmal jährlich – die geleistete Arbeit und die Erfahrungen in der Einrichtung über ein Jahr betrachtet. Wichtig ist, dass es auf der Grundlage bekannter und transparenter Bewertungskriterien geführt wird.

Das Mitarbeitergespräch ist kein Disziplinierungsinstrument, sondern es soll vor allem vorhandene Motivation stützen und helfen, Selbstvertrauen und Selbstverantwortung zu stärken. Primäres Ziel der Bewertung ist es deshalb auch, die Stärken des Mitarbeiters herauszuarbeiten und den Beschäftigten die Sicherheit zu geben, dass sie von ihren vorgesetzten Ebenen wertschätzend wahrgenommen werden.

²³ Dopler/Lauterburg: Change Management, 1996

²⁴ Vgl. auch Kapitel 2.3 dieses Praxisleitfadens.

Als Instrument der Personalentwicklung bietet das Mitarbeitergespräch den Rahmen, bei Qualifizierungserfordernissen oder Entwicklungswünschen von Fachkräften (z. B. in Bezug auf individuelle Weiterentwicklung und Erweiterung von Fach- oder Entscheidungskompetenzen) zu gemeinsamen Zielvereinbarungen zu kommen. Ziel sind Vereinbarungen, in denen festgelegt wird, was genau bis wann erreicht werden soll und wer dafür welche Schritte zu tun hat. Dabei muss auch die Unterstützung berücksichtigt werden, die ggf. von der Leitung zu erbringen ist.

Mitarbeitergespräche sollten grundsätzlich zwischen dem Beschäftigten und seinem unmittelbaren Vorgesetzten geführt werden. Wenn dennoch Gespräche z. B. mit den Pflegefachkräften von der Pflegedienstleitung geführt werden, sollte die Wohnbereichsleitung einbezogen sein.

Ein Mitarbeitergespräch muss immer vorbereitet werden. Die jeweiligen Beschäftigten sind rechtzeitig über den Gesprächszeitpunkt zu informieren. Mit dieser Einladung werden ihnen zur eigenen Vorbereitung Informationen zum geplanten Gesprächsablauf zur Verfügung gestellt.

Werden die Ergebnisse von Mitarbeitergesprächen mit Zielvereinbarungen zu den Personalakten genommen, sind sie seitens der Personalvertretung zustimmungspflichtig. Widerstände, die sich hier zeigen, können ein Hinweis auf eine vorhandene meist wechselseitig stabilisierte „Misstrauenskultur“ sein. Gleichzeitig sind aber Mitarbeitergespräche ein gutes Mittel, eben solche Kulturmängel auf beiden Seiten überwinden zu helfen.

Erfahrungen verdeutlichen, dass Widerstände gegen das Mitarbeitergespräch auch daraus resultieren können, dass sich diese Mitarbeiter selbst kritischer einschätzen als es die Vorgesetzten tun. Sie wissen um ihre Schwächen und Fehler und befürchten, dass ihnen genau diese in dem Gespräch „vorgehalten“ werden. Diese Befürchtungen bestätigten sich meist nicht, wenn eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, gegenseitiger Respekt und vereinbarte Bewertungskriterien zu nachvollziehbaren Bewertungen des Mitarbeiters durch den Vorgesetzten führen. Wichtig hierfür ist ein guter Einstieg in die Nutzung des Instruments Mitarbeitergespräche, denn natürlich kommunizieren die Beschäftigten ihre Erfahrungen. Da es sicher in jeder Einrichtung Mitarbeiter gibt, bei denen es den Führungskräften schwerer als bei anderen fällt, ein ressourcenorientiertes Gespräch zu führen, sollte man solche Gespräche erst führen, wenn man Übung gewonnen hat.

6.8.2 Zielvereinbarungsgespräche

Zielvereinbarungen sind kein geeignetes Instrument, um den Praxisalltag zu steuern und zu (ver-)regeln. Sie dienen immer dazu, Energie und Arbeitskraft auf besondere Vorhaben zu konzentrieren. Sie beinhalten immer eine Delegation von Verantwortung und die Eröffnung von Freiräumen für die praktische Umsetzung von Zielen. Es ist gerade nicht Sinn solcher Vereinbarungen, konkrete Schritte der Zielumsetzung in allen Details festzulegen, sondern sie beschränken sich auf das abgestimmte Ziel, legen Zuständigkeiten, Zeit und Form der Rückmeldung fest.

Zielvereinbarungen gehören zum Projektmanagement, weil sie es einerseits erleichtern, den Fortgang der Arbeit und ggf. auftretende Hindernisse wahrzunehmen und den Erfolg zu messen, andererseits für Projektleitung und -gruppen Gestaltungsspielräume belassen. Der Transfer von Konzepten über Zielvereinbarungen und die Steuerung der Umsetzung kann durch die Anwendung der Instrumente des Projektmanagements erleichtert werden.



Zielvereinbarungen sind immer zu protokollieren. Protokolle sollten folgende Struktur berücksichtigen:

- Angabe von Datum und Beteiligten,
- was bis wann erreicht werden soll,
- wer dafür Verantwortung trägt,
- wann die Überprüfung der Zielumsetzung erfolgen soll,
- wann sie tatsächlich erfolgt ist und
- ob das Ziel erreicht worden ist.

6.8.3 Teamentwicklung

Wenn über eine Gruppe von Menschen gesprochen wird, die einem Bereich einer Organisation zugeordnet sind, ist es üblich, diese als Teams zu bezeichnen. Die Pflegekräfte in einem Wohnbereich sind ein Wohnbereichsteam, die der Hauswirtschaft das Hauswirtschaftsteam. Assoziiert wird damit ein persönlicher und fachlicher Zusammenhalt, den es in der Realität so oft nicht gibt.

Aufgabe der Führungskräfte ist es, die Entwicklung von Rahmenbedingungen so zu unterstützen, dass Teams ohne große Reibungen miteinander kommunizieren, mit wechselseitiger Unterstützung zusammenarbeiten und gute Leistungen erbringen.

Es gibt kein Patentrezept, mit dem sich die Mitarbeiter eines Bereiches zu einem solchen Team entwickeln. Gruppendynamische Prozesse und deren systematische Beobachtung bestätigen, dass die Entwicklung von Gruppen, die über einen längeren Zeitraum miteinander arbeiten, bestimmte Stadien durchlaufen. In den Pflegeteams der Wohnbereiche bilden sich oft Untergruppen, die sich zur selben Zeit in verschiedenen Stadien befinden können. Gruppenentwicklungen verlaufen nicht immer kontinuierlich. Vielmehr kann es sein, dass sich durch innere Veränderungen (z. B. Personalfuktuation) oder äußere Einflüsse (z. B. veränderte Anforderungen an eine Gruppe) Entwicklungsverzögerungen oder Rückschritte eintreten. Vier Stadien der Entwicklung werden unterschieden:

- **„Forming“**: Orientierungsphase, in der man sich eher vorsichtig einander annähert, behutsam miteinander umgeht; in dieser Phase sind die Rollen und Arbeitsteilung noch nicht klar festgelegt. Anforderung an die Leitung ist hier, durch klar formulierte Anforderungen und Erwartungen Orientierung zu geben.
- **„Storming“**: Kampfphase, in der mehr oder weniger offen um Profilierung, Macht und Einfluss konkurriert wird; Sympathien und Antipathien treten deutlicher zu Tage, möglich sind Cliquesbildungen. Hier ist die Leitung gefordert, Erwartungen an zu erledigende Aufgaben und deren Methodik weiter zu konkretisieren, Zuständigkeiten zu verdeutlichen und abzugrenzen, Widerstände gegen Aufgaben und Methoden aufzugreifen und abzubauen.
- **„Norming“**: Organisationsphase, in der die Gruppe zu einer akzeptierten Ordnung in Bezug auf Arbeitsteilung, Aufgabenverständnis und Umgangsregeln findet. Leitungsaufgabe ist hier, diesen Prozess eher moderierend und durch eigene Impulse zu begleiten.
- **„Performing“**: Integrationsphase, in der die Gruppe zunehmend selbst organisiert funktioniert, jeder in seinem individuellen Tun das Ganze im Blick behält und Verantwortung für die Leistung des Teams trägt. Aufgabe von Leitung ist jetzt, diese Selbstverantwortung abzusichern und dafür zu sorgen, dass ein Team an seinen Aufgaben wachsen kann und sich neuen Herausforderungen stellt.“

Deutlich wird aus dieser Aufzählung, dass es nicht verwunderlich ist, wenn Arbeitsgruppen auf neue Anforderungen unterschiedlich reagieren. Eine Gruppe, die noch damit beschäftigt ist, sich zu orientieren und zu organisieren, wird sich automatisch schwerer mit der Aneignung veränderter Verfahrensweisen tun. Im ersten Entwicklungsstadium kann starke Verunsicherung und Demotivation durch Überforderung erwartet werden, im zweiten Stadium ist damit zu rechnen, dass die Neuerungen der Gruppe als zusätzlicher Konfliktstoff dienen und vorhandene Konkurrenz ankurbeln. Dann besteht die Gefahr, dass sich die Kampfphase verlängert und im Ergebnis für die Entwicklung eher blockierend ist.

Beispiel: Einige der Referenzeinrichtungen haben Veränderungen, wie z. B. eine neue und optimierte Form der Pflegeplanung und -dokumentation, nicht gleichzeitig in allen Wohnbereichen, sondern nach und nach eingeführt. Dies ist ein durchaus empfehlenswertes Verfahren, bei dem sich die Reihenfolge des Vorgehens die Entwicklungsstadien von Teams zu nutzen machen kann.

Eine Arbeitsgruppe kann durchaus die ersten drei Stadien durchlaufen und dann stecken bleiben, ohne je ein gutes Team zu werden. Man versteht sich, man weiß, wie man miteinander umgehen muss, um Probleme zu vermeiden, man hat formelle und informelle Regeln entwickelt – nur muss all dies nicht zwangsläufig im Dienste der Leistungsqualität stehen. Gruppen können sich durchaus auf einem Qualitätsniveau gerade noch erträglicher Mittelmäßigkeit einrichten und der informelle Verhaltenskodex darauf ausgerichtet sein, sich gegenseitig zu decken. Oft eint solche Gruppen ein gemeinsamer „Feind“, etwa ein Gruppenmitglied mit Sündenbockfunktion oder auch eine unbeliebte und abgelehnte Leitungskraft.

Auch wenn es kein garantiert wirksames Rezept gibt, solche Entwicklungen zu verhindern, so sind Leitungskräfte an solchen Entwicklungen doch immer beteiligt. Die Kultur eines Systems entsteht aus dem Zusammenwirken aller Mitglieder und ist nicht allein auf das Handeln Einzelner allein zurückzuführen. Niemand ist „allein schuldig“, alle sind beteiligt und können deshalb auch Einfluss nehmen. Dazu müssen sie ihr eigenes Handeln reflektieren. Am besten gelingt dies durch Coaching und/oder Supervision.

Wichtig für Wohnbereichsleiter ist zum einen, dass sie die Bedeutung ihrer Rolle in der Phase der Orientierung erkennen – und diese Orientierung ist bei veränderten, neuen Anforderungen auch wieder neu einzunehmen. Für ihren Beitrag zu einer günstigen Teamentwicklung ist es unerlässlich, dass sie klar und deutlich sagen, welche Leistungen und welche Verbindlichkeit sie überhaupt bzw. im Rahmen von Veränderungen erwarten und mit welchen Kriterien sie gute Leistung messen.

Zum anderen können sie und auch übergeordnete Leitungskräfte wichtige Anstöße dazu geben, dass ein Team sich gemeinsam für die Qualität der erbrachten Leistungen verantwortlich fühlt. Die Entwicklung eines Teams wird besonders gefördert durch gemeinsame Aufgabenstellungen, die gemeinsam erbracht werden müssen. Deshalb ist es wichtig, die regelmäßigen Zusammenkünfte der Gruppe in Besprechungen inhaltlich durch Fragestellungen und Aufträge zu erweitern, mit denen sich alle oder zumindest viele zielorientiert auseinandersetzen müssen. Im Alltag kann dies z. B. durch die Fallbesprechungen geschehen, die anregen, nicht nur allein sondern gemeinsam darüber nachzudenken, ob die Pflege bestimmter Bewohner bedarfsgerecht ist, wie vorhandene Probleme gelöst werden können und ob Verbesserungen möglich sind. In Prozessen der Organisationsentwicklung, wie sie durch das Modellprojekt in den Referenzeinrichtungen initiiert wurden, können solche Aufgabenstellungen auch aus den umzusetzenden Veränderungszielen und abgeleitet und durch entsprechende Projektaufträge in den Teams bearbeitet werden (vgl. auch Teil B, Kapitel 5).



6.8.4 Umgang mit Leistungsmängeln und Wahrnehmung guter Leistung

Altenpflegeeinrichtungen sind für die Senioren da, die einen berechtigten Anspruch darauf haben, angemessen unterstützt zu werden. Dieses Ziel darf nie aus den Augen verloren werden, weder von Führungskräften, noch von den Mitarbeitern, die auf der Basis dieses Ziels einen verbindlichen Kontrakt eingegangen sind.

Kultur prägend für eine Einrichtung ist nicht zuletzt die Frage, wie seitens der Führungskräfte mit Fehlern und Abweichungen vom erwarteten Leistungsniveau umgegangen wird. Nicht nur in der stationären Altenpflege, sondern in fast allen sozialen Arbeitsfeldern war lange Zeit zu beobachten, dass die Leitungsebenen die ihnen zugeordnete Führungsverantwortung und die an die Leitungsfunktion gebundene Sanktionsmacht nur schwer angenommen haben.

Zu berücksichtigen ist immer, welche Wirkung das Leitungshandeln auf das Gesamtsystem hat. Die Schonung von Mitarbeitern, die nicht die kontraktierte Leistung erfüllen, mag von den Betroffenen als positiv empfunden werden. Für das System liegt darin die Botschaft, dass es gleichgültig ist, ob man gut oder schlecht arbeitet, was fatale Auswirkungen auf Engagement und Motivation haben kann. Ähnliches geschieht, wenn die Leitungsebenen gute Leistungen nicht explizit anerkennen oder sich mit von Mitarbeitern entwickelten Verbesserungsvorschlägen gar nicht erst auseinandersetzen.

Es sind die folgenden Elemente, die einen angemessenen Umgang mit Fehlern und Kritik kennzeichnen:

- **Aufmerksamkeit für die Leistungsqualität:** Führungskräfte sollten den Praxisalltag wertend und positiv konnotierend begleiten. Damit ist nicht gemeint, dass jede selbstverständliche Haltung gelobt werden muss. Es geht vielmehr darum, gerade die immer wieder, aber nicht täglich vorkommenden kleineren Qualitätssteigerungen und Besonderheiten wahrzunehmen: besonders schwierige Situationen mit Bewohnern oder Angehörigen, die bewältigt wurden; gegenseitiges Aushelfen wenn es Ausfälle durch Krankheit gibt; das überraschend gute Erfüllen neuer veränderter Anforderungen u. v. m. Dadurch wird gezeigt, dass die Mitarbeiter mit ihren Leistungen anerkannt und geschätzt werden.
- **Thematisieren der „Systemleistung“ in Teamgesprächen:** Fragestellungen wie „Was brauchen unsere Bewohner? Wie gut ist unsere Leistung bereits? Was könnten wir noch besser machen?“ sollten in größeren Abständen, etwa zwei Mal jährlich, gestellt und systematisch erörtert werden. Damit kann erreicht werden, dass die Leistungsbewertung nicht nur vertikal von oben nach unten verläuft, sondern sich horizontal eine Rückmeldekultur entwickeln kann. Gestärkt wird damit auch die gemeinsame Verantwortung des Teams für die Leistungsqualität und damit die Teamentwicklung.
- **Zeitnahe individuelle Kritik:** Ebenso wie gute Leistungen dürfen Fehler nicht einfach übersehen werden. Eine Reaktion hat möglichst sofort bzw. so zeitnah wie möglich zu erfolgen. Je nach Art des aufgetretenen Fehlers kann dies in Form einer unmittelbaren Rückmeldung („zwischen Tür und Angel“) geschehen oder in einem Kritikgespräch. Kritik darf nie pauschal geäußert werden sondern muss sich immer an die Person(en) richten, deren Handeln kritikwürdig war.
- **Zukunftsorientierung:** die wichtigste Frage bei Fehlern ist nicht „Wer ist schuld?“ sondern immer: „Wie können wir verhindern, dass das wieder passiert?“
- **Abgestuftes Verfahren:** Menschen machen Fehler und nicht selten ist deren konstruktive Aufarbeitung die Grundlage für die fachliche Weiterentwicklung. Dennoch gibt es Vorkommnisse, die nach sorgfältiger Überprüfung des Sachverhaltes die Kündigung von Mitarbeitern rechtfertigen. Das abgestufte Verfahren mit dem auf Leistungsmängel reagiert werden sollte, lässt sich idealtypisch in folgenden Schritten beschreiben:

- Informelle Rückmeldung,
- Formelles Kritikgespräch mit schriftlich protokolliertem Ergebnis und einer angestrebten Vereinbarung zur zukünftigen Leistungserwartung und Fehlervermeidung,
- Zweites Kritikgespräch mit schriftlicher Anweisung,
- Abmahnung,
- Kündigung.

Je nach Art der Mängel kann und muss in der Praxis von dieser Reihenfolge abgewichen werden.



Literatur

- Ahlemeyer, H. W./Königswieser, R. (Hrsg.) (1997): Komplexität managen. Strategien, Konzepte, Fallbeispiele, Frankfurt/Main
- Brückers, R. (Hrsg.) (2003): Tandem QM. Das integrierte Konzept in der Sozialen Arbeit, Bonn
- Dopler, K./Lauterburg, C. (1996): Change Management. Den Unternehmenswandel gestalten 5. Auflage, Frankfurt, New York
- Gerull, P. (2003): Qualitätsmanagement sozialer Dienstleistungen, CD-Rom
- Grossmann, R./Krainz, E. E./Oswald, M. (Hrsg.) (1995): Veränderung in Organisationen, Wiesbaden
- Heintel, P./Krainz, E. E. (1988): Projektmanagement, Wiesbaden
- König, J. (2003): Was die PDL wissen muss. Das etwas andere Qualitätshandbuch in der Altenpflege, 2. Auflage Hannover
- Königswieser, R./Exner, A. (1998): Systemische Intervention. Architekturen und Designs für Berater und Veränderungsmanager, Stuttgart
- Kühl, S. (1998): Wenn die Affen den Zoo regieren. Die Tücken der flachen Hierarchien, 5. aktualisierte und erweiterte Auflage, Frankfurt/Main, New York
- Loffing, C./Geise, S. (Hrsg.) (2005): Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenpflege, 1. Auflage, Bern
- Pepels, W. (1996): Qualitätscontrolling bei Dienstleistungen, München
- Praxishandbuch Sozialmanagement, Bonn 2004
- Roth, G. (2002): Qualität in Pflegeheimen, Expertise im Auftrag des BMFSFJ, Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V., Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund
- Sattelberger, T. (Hrsg.) (1994): Die lernende Organisation. Konzepte für eine neue Qualität der Unternehmensentwicklung, 2. Auflage, Wiesbaden
- Senge, P. M. (1997): Die fünfte Disziplin, Stuttgart
- Staehe, W. H. (1990): Management. Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive, 5. Auflage München
- Watzlawick, P. (1985): Menschliche Kommunikation, 7. Auflage Bern
- Wimmer, R. (Hrsg.) (1992): Organisationsberatung. Neue Wege und Konzepte, 1. Auflage, Wiesbaden
- Fachzeitschriften: Altenpflege. Fachmagazin für die ambulante und stationäre Altenpflege, Sozialwirtschaft. Zeitschrift für Sozialmanagement, Informationsdienst für Altersfragen

Kapitel 7

Stellungnahmen aus den an der Erprobung beteiligten Referenzeinrichtungen



7. Stellungnahmen aus den an der Erprobung beteiligten Referenzeinrichtungen

Die Beschäftigung mit der Umsetzung des Referenzkonzeptes wirft die Frage danach auf, wie es die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen bewerten, die an der Entwicklung und Erprobung des Referenzkonzeptes beteiligt waren.

Dies ist insbesondere für diejenigen wichtig, die sich auch zukünftig mit der Umsetzung des Gesamtkonzeptes oder einzelner Konzeptbausteine beschäftigen und zwischenzeitlich vor der Frage stehen, ob die Konzepte auch in der Praxis umsetzbar sind und zu welchen Bewertungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kommen, die sich zwei Jahre mit der modellartigen Erprobung und Umsetzung beschäftigt haben. Die in diesem Kapitel enthaltenen „Originaltöne“ sind deshalb als Beiträge in dieses Handbuch aufgenommen worden, die angesichts der Fülle von Anforderungen zur Weiterentwicklung der Qualität der Pflege und zur fachlichen Weiterentwicklung der Arbeit motivierende Hinweise benötigen.

Ihnen soll vermittelt werden, dass nicht alle Anforderungen gleichzeitig umgesetzt werden können. Gleichzeitig soll aber auch deutlich werden, dass Veränderungen – auch bei sorgfältiger Vorbereitung und fachlicher Begleitung und Unterstützung – Zeit beanspruchen, die bei dem Bemühen um Qualitätsverbesserung eingeplant werden muss.



Jutta Bily **Modellbeauftragte des Jochen Klepper Hauses in Duisburg**

Stellungnahme aus dem Jochen Klepper Haus zu der Frage:

„Was hat uns das Referenzmodell gebracht? Welchen Nutzen haben wir davon?“

Das Referenzmodell hat unserem Jochen-Klepper-Haus viele positive und weiterführende Erkenntnisse gebracht – und das in zweierlei Hinsicht: Wir wissen jetzt besser was – aber auch was nicht – an Überlegungen und Ideen in unserem Haus umsetzbar und möglich ist.

Am Anfang der Modellteilnahme stand erst mal die Analyse der Konzepte und der Arbeitsorganisation zur Diskussion – das Urteil: eine durchaus gute Ausgangslage. Denn schnell fiel auf, dass im Haus sehr viel geleistet wird und das Qualitätsbewusstsein und erreichte Qualität in unserer Einrichtung bereits seit Jahren hoch sind.

Beim zweiten Blick aber wurde auch deutlich, dass genau diese Überzeugung, nämlich eigentlich auf gutem Qualitätsniveau zu arbeiten, dazu geführt hatte, dass nicht immer alles, was verabredet worden ist und geleistet werden sollte, auch tatsächlich durchgeführt wurde. Im Lauf der Zeit zunehmend vor uns selbst damit gerechtfertigt, dass auch letztlich gar nicht alles geleistet werden könne.

Eine Ursache: Bei gleichem Personal wie noch vor Jahren viel zu viele und ständig wachsende Anforderungen u. a. durch Gesetzgeber an uns gestellt.

Selbstkritisch muss aber auch gesagt werden, dass die Gesamtsteuerung in manchen Bereichen unseres Hauses Effektivität verloren hatte. Das war zum Teil ja so gewollt, als Steuerungsaufgaben an drei Wohnbereichsleitungen delegiert worden waren. Allerdings: Diese grundsätzliche Entscheidung machte in manchen Bereichen wenig Sinn und hatte unnütze Verwirrung zur Folge.

Wichtige Themen von zentraler Bedeutung waren dadurch nicht mehr im gleichen Informationsfluss, gingen nicht selten sogar verloren. Unkoordiniert wurden unterschiedliche Prioritäten gesetzt. Es gab dabei weder einen klaren Anfang noch ein Ende für die Einführung, Durchführung, Kontrolle und Verbesserung von Maßnahmen.

Dies zu erkennen war gut und ein wichtiger Schritt, denn daraufhin erfolgte die Umsetzung anders.

Für externe Anforderungen heißt das jedoch auch, dass mehr Zeit eingeplant werden muss, damit alles in einen guten PDCA-Fluss kommt, reflektiert und weitergeführt wird. Diese Feststellung beinhaltet eine deutliche und kritische Anforderung an alle, die Auflagen, Gesetze und sonstiges an uns heran tragen. Sie sind aufgefordert, sich im bereits Vorfeld untereinander abzustimmen, um Doppelung von Anforderungen zu vermeiden und um den Einrichtungen genügend Zeit für Planungen zur Einführung und dauerhaften Umsetzung zu geben.

Gegen Kontrolle, nach einem angemessenen Zeitraum der Einführung, spricht nichts.

Nun zu den inhaltlichen Anforderungen des Referenzmodell.

Die umfassende Diskussion der konzeptionellen Grundsatzfragen unter unmittelbarer Einbeziehung der Einrichtungen war gut und sinnvoll, so wurde das meiste von Anfang an mit Blick auf die konkrete Praxis durchdacht. Einige Anforderungen waren bei uns bereits vorab erfüllt, einiges musste „nachgerüstet“ werden.

Das meiste haben wir auch nach dem Ende der Modellphase beibehalten. Anderes wurde nicht fortgesetzt, weil der Zeitaufwand dafür nicht refinanziert wird. Das macht deutlich: Es fehlt definitiv das Personal, immer alle Konzeptbausteine zu 100% umzusetzen, obwohl diese alle sehr sinnvoll sind und deren beständige hausinterne Weiterentwicklung bestimmt sinnvoll wäre. Jedoch – das meiste wird umgesetzt, wenn auch manches mit unterschiedlicher Prioritätensetzung.

Abgesehen von unserer Mitwirkung an der Entwicklung der Konzepte war auch der praktische Nutzen für unsere Bewohnerinnen und Bewohner offensichtlich. Durch die Modellsituation mit der zusätzlich finanzierten Stelle der Modellbeauftragten hatten wir hinreichend Zeit, etliches in Angriff zu nehmen und vieles zu erledigen. Alle Konzeptbausteine des Modells umzusetzen ist jedoch in zwei Jahren auch bei bereits guten Voraussetzungen einer Einrichtung unserer Meinung nach kaum zu schaffen.

Obwohl die Bewohnerorientierung in unserem Haus auch vor Beginn bereits sehr hoch war, hat sie sich nochmals deutlich verbessert. Um es mit den Bezeichnungen des PDCA-Zyklus zu bezeichnen: Wir sind jetzt gerade in der Check und Act Phase. Vieles ist bereits in alltägliches Tun und Routine übergegangen. Die ursprüngliche Aufgeregtheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat sich gelegt. Auch sie sind Arbeitsstrukturen und -abläufen gegenüber kritischer geworden und reflektieren heute mehr ihr Tun und Handeln, um mehr Zeit für das Wesentliche, die Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, zu bekommen bzw. zu behalten.

Abschließend ist zu sagen, dass unser größter „Profit“ als Einrichtung in der Gewinnung unseres eigenen Profils liegt. Wir sind klarer und verbindlicher in der Leistungserbringung geworden. Wir sind auch klarer im Aufzeigen von Grenzen geworden. Wir gehen gelöster und entspannter mit Themen um, die definitiv noch nicht zu klären sind, weil da noch womöglich die Abstimmung mit anderen Instanzen fehlt. Wir gehen mutig offene Fragen an, aber auch die verdeckten: Das Referenzmodell hat uns gezeigt, dass manche eben nicht offensichtlich sind, sondern im Verborgenen liegen und man ihnen nachspüren muss, um sie überhaupt erst mal zu erkennen.

So stricken wir weiter an unserem roten Faden hin zur optimalen Pflegeeinrichtung, das Ende ist schon zu sehen! Die Rückmeldungen, auch durch die Prüfinstanzen, bestärken uns darin, dass wir auf dem richtigen Weg sind.

Ein letztes Wort: Es wäre gut, wenn sich alle an der Pflege in Einrichtungen Beteiligten einmal an einen Tisch setzten. Ein Runder Tisch, der dann tatsächlich auch Ergebnisse hervorbringen kann, die den Einrichtungen im Pflegealltag Entlastung, statt ständig neue Belastung bringt. Aber kein Runder Tisch, der ewig tagt oder nur einer von vielen zu Teilaspekten ist, bei denen keiner weiß, was bei den anderen beraten wird und vor sich geht. Denn unverändert ist die Arbeitsbelastung extrem hoch. Das Referenzmodell hat uns gezeigt, dass trotzdem noch vieles erreicht werden kann, wenn man sich nur auf einen Veränderungsprozess einlässt und sich dabei öffnet und sich um der Sache willen auch in die Karten schauen lässt.

Vielleicht sollten sich das die Menschen, die in ganz anderen Positionen sitzen als ich als Pflegedienstleitung, auch einmal zu Herzen nehmen.



Bernd Fimmel
Modellbeauftragter des Mathias-Claudius-Hauses,
Evangelisches Johanneswerk e.V. in Steinhagen

„Für mich persönlich gehören die zwei Jahre, die ich mit am Projekt arbeiten durfte, zu den spannendsten in meinem Berufsleben. So viel neues Wissen und neue Erfahrungen, so viele neue Eindrücke und Sichtweisen habe ich durch den Dialog mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Institute und natürlich vor allem auch durch den Austausch mit den anderen Modellbeauftragten bekommen.

Aber auch für die Einrichtung war das Projekt sehr bereichernd! Wenn auch nicht alle Projektziele verwirklicht und abgeschlossen werden konnten, so haben wir dennoch unsere eigene Einrichtung im Laufe der letzten zwei Jahre u. a. durch die Ist- und Soll-Analysen und den Abgleich mit den Anforderungskatalogen besser kennen gelernt. Wir haben jetzt auch eine klarere Sichtweise bezüglich unserer Stärken und Schwächen.

Dabei war die Auseinandersetzung mit den Leistungsbeschreibungen sehr hilfreich. Diese ermöglichen es, das eigene Leistungsspektrum zielgerichtet und systematisch zu analysieren und abzugleichen. Sicherlich wurde mit der Erarbeitung der Leistungsbeschreibungen im Projekt nicht „das Rad neu erfunden“. Neu ist aber sicherlich, dass so viele Einrichtungen, von den unterschiedlichsten Trägern, sich auf ein gemeinsames Abbild des Leistungsspektrums in der stationären Altenpflege geeinigt haben. Und in diesen Prozess wurden alle Hierarchieebenen mit einbezogen.

So haben in unserer Einrichtung neun Pflegefachkräfte zusammen mit dem Modellbeauftragten sich jede einzelne Leistungsbeschreibung angesehen und im Hinblick auf das tatsächliche Leistungsvermögen in der alltäglichen Pflege verglichen. Es tat natürlich gut zu sehen, dass wir sehr viele der dort geforderten Leistungen auch in der Praxis erfüllen. Es wurden aber auch die Defizite deutlich. Mit Hilfe dieser Analysen einigten sich die Hausleitung und die Wohnbereichsleitungen unter der Moderation des Modellbeauftragten auf einen konkreten Handlungsplan. Dieser wiederum wurde vom zentralen Pflegemanagement aufgegriffen und der Fort- und Weiterbildungsplan wurde mit entsprechenden zusätzlichen Angeboten erweitert.

Ich kann eine solche Analyse des eigenen Leistungsprofils allen Einrichtungen wirklich empfehlen. Dafür eignen sich die Leistungsbeschreibungen ausgezeichnet als Hilfsmittel, auch weil sie durch die intensive Praxiserprobung im Projekt ein sehr verlässliches Instrument sind.

Sehr groß war auch der Gewinn, den wir bei der Bearbeitung und der Beschäftigung mit den übergeordneten Qualitätsmaßstäben (üQM) hatten. Wir haben vor allem von den üQM profitiert, die sich mit den externen Schnittstellen Ärzte und Krankenhäuser beschäftigt haben. Wenn man bezogen auf die genannten Schnittstellen zu konkreten Vereinbarungen und gemeinsamen Absprachen, oder gar zu konkreten Kooperationsverträgen kommen möchte, dann ist das A & O eine sehr gründliche Vorbereitung mit klaren Ist- und Soll-Analysen. Wichtig ist, dass man sich ausgewogen damit beschäftigen muss, was man sich auf der einen Seite vom zukünftigen Kooperationspartner wünscht und wo auf der anderen Seite aber auch die eigenen Defizite und Verbesserungspotenziale liegen.

Diese Analysen haben wir bei beiden genannten üQM durchgeführt. Eine weitere Analyse ist auch in beiden Fällen sehr wichtig. Es ist i. d. R. unmöglich, mit allen Krankenhäusern gleichzeitig zu verhandeln. Auch alle Ärzte und Ärztinnen für solche Kooperationsbemühungen zu gewinnen, ist kaum möglich. Man sollte deshalb vorab untersuchen, welches die wichtigsten Partner jeweils sind, d. h. die Frage zu klären, mit welchen Krankenhäusern haben wir die häufigsten Kontakte, bzw. welche Ärzte/Ärztinnen betreuen die meisten Bewohnerinnen und Bewohner in der Einrichtung.

Bei den konkreten Verhandlungen sind wir allerdings unterschiedlich vorgegangen. Mit den Krankenhäusern haben wir einzeln verhandelt, die Ärzte haben wir geschlossen zu einem initialen Kooperationsgespräch eingeladen.

Sehr (angenehm) überrascht waren wir, wie groß die Offenheit in den Krankenhäusern für solche Gespräche war. Bei den Ärzten und Ärztinnen mussten da schon dickere Bretter gebohrt werden, d. h. es erforderte einen erheblichen Aufwand (fünf Anschreiben und unzählige Telefonate und Gespräche), um überhaupt zu einem solchen initialen Gespräch zu kommen. Aber der Aufwand hat sich letztlich doch gelohnt.

Wir haben jetzt – schriftlich in Protokollen festgehalten – Zielvereinbarungen mit der Ärzteschaft, die in unserer Einrichtung tätig ist, und den Krankenhäusern getroffen und gute Lösungen für die meisten Probleme und Defizite gefunden. Mit einem Krankenhaus ist es zudem zu einem konkreten Kooperationsvertrag gekommen und der Abschluss eines Kooperationsvertrags mit mindestens einem weiteren Krankenhaus steht unmittelbar bevor.

Trotz aller Schwierigkeiten und Anstrengungen, die wir auch aufgrund von zahlreichen Parallelprozessen in dieser Zeit hatten (und die größtenteils aber auch nicht zu vermeiden waren) sind wir froh, an diesem Projekt teilgenommen zu haben. Dieses Projekt hat vieles angestoßen und es hat zu konkreten Veränderungen geführt. Es ist ein guter Grundstein gelegt worden, bei vielen Prozessen dauerhaft und nachhaltig zu weiteren Verbesserungen in unserer Einrichtung zu kommen.“



Johannes Kochanek
Leiter des Altenheims Reginenhaus in Hamm-Rhynern

Einmal Referenzeinrichtung sein ...

Einmal Referenzeinrichtung sein. Ist das nicht der Traum vieler Altenheimleiter?

Sich endlich abheben von der – gerechtfertigten oder zufällig ungerechtfertigten – oft als böswillig empfundenen Kritik á la Fussek oder von unreflektierten aber positionslosen Großkritikern? Allen Anschuldigungen und Rechtfertigungszwängen enthoben zu sein und Zeit haben für die Darstellung von eigenem geplantem, konzeptionellem, professionellem Handeln?

Welcher Heimleiter träumt nicht davon?

Jedoch nach Beginn unseres Modellprojektes merkte schnell jede der beteiligten Einrichtungen, dass man zwar ausgewählt wurde, aber dass man dadurch noch lange nicht Referenzeinrichtung ist, sondern sich auf den Weg machen soll eine zu werden.

Allerdings im Referenzmodell auch nicht alleine, sondern mit 19 anderen Heimen und einer hochqualifizierten professionellen Begleitung, die als Scharnier zwischen Auftraggebern und Nutzern dieses Modellprojekts manchmal schwer zu tragen schien. Den wissenschaftlichen Begleitern fehlte ab und an die Praxisbezogenheit und den Auftraggebern vielleicht das Geld, um mit einem Mehr an Zeit das anvisierte Ziel besser erreichen zu können. Ein Lernprozess für alle Beteiligten.

Das gemeinsame Konzert der Begleitung war dann trotzdem hervorragend für uns Referenzeinrichtungen. In dem Orchester der Begleitung fehlte kein Instrument und dies allein war schon für uns ein großes Glück. Die Organisationsberatung durch das ISS und die wissenschaftliche Begleitung durch das Institut für Pflegewissenschaften war so fundiert und sinnvoll, dass sie uns beteiligten Heimleitern fast schon zu selbstverständlich erschien.

Ein großes Lob für den Ideengeber, diese Art der Begleitung als Voraussetzung für ein Gelingen eingebaut zu haben. Aber auch die FFG hat durch eine hervorragende Organisation das gesamte Projekt zu guten Ergebnissen geführt.

Unter dem Stichwort „Prüfet alles, das Gute behaltet“ fühlte ich mich als Heimleiter gesehen und verstanden. Durch die Organisationsentwicklung der Einrichtung und durch die wissenschaftliche Begleitung wurden Wünsche realisiert, die mir als Heimleiter schon lange am Herzen lagen.

Die Mitarbeitermotivation in den Einrichtungen gelang allerdings nur durch die wiederholte Betonung eines Zieles: Eine bessere Personalbemessung für die Pflege und Betreuung demenziell Erkrankter in stationären Altenhilfeeinrichtungen zu erwirken. Ob die Einrichtungen ihr Ziel erreicht haben, wird sich zeigen im dauerhaften Festhalten an den erarbeiteten Ergebnissen.

Eine so gründliche Erarbeitung und Schulung der Mitarbeiter beende ich als Heimleiter natürlich nicht mit Ablaufen der Referenzmodellzeit, sondern werde alles daran setzen, diese Arbeit qualitätsgesichert weiter fortzusetzen und weiterzuführen.

Wünschenswert wäre in meinen Augen nun noch eine externe Qualitätssicherung im Sinne einer Zertifizierung, um dann wirklich – inhaltlich im Wortsinn und für Außenstehende belegbar – Referenzeinrichtung zu sein und das auch zu bleiben.

Andere sind berufen zu reflektieren, ob auch die Ziele der Auftraggeber und die der begleitenden Institute erreicht worden sind.

Wir hoffen jedoch für uns, dass dieses eine Ziel im Jahr 2007 erreicht werden wird: Eine bessere Personalmessung. Dieser Wunsch entspricht sicherlich den Hoffnungen aller Nutzer dieses Referenzmodells für die nahe und fernere Zukunft.

Einmal Referenzeinrichtung sein: So ist aus dem anfänglich beschriebenen Traum für unser Haus eine wertvolle, arbeitsintensive Zeit geworden, die hoffentlich nicht nur bei uns, sondern auch bei allen anderen Referenzeinrichtungen, nicht zuletzt auch eine gute Grundlage für die Bewahrung des Erreichten und für die Verstetigung unseres Strebens nach ständiger Verbesserung dauerhaft gelegt hat.



Hans-Werner Nickerl
Modellbeauftragter des Seniorenzentrums Ernst-Gnoß-Haus
des AWO Bezirksverbandes Niederrhein e.V. in Düsseldorf

„Bei der Umsetzung der im Referenzmodell vorgegebenen Bausteine wurde schnell deutlich, dass die Einführung von Leistungsbeschreibungen ohne die Umstellung der Pflegedokumentation nicht möglich war, weil die Beschreibung eines Leistungsspektrums ohne passende Dokumentationsformulare in den Bereichen Pflegeplanung und Nachweisführung nicht logisch umsetzbar ist, und die durchführenden Pflegekräfte vollends überfordert hätte, da dies denken und handeln in zwei verschiedenen Systemen bedeutet hätte.

Durch die Grundsatzstellungnahme des MDS zum Thema Dokumentation in der Pflege, und der Empfehlung durch das Referenzmodell bot sich die Möglichkeit an, die Dokumentation komplett umzustellen, und von Überbordung von doppelter Planungen und nicht zielgerichteter Dokumentation zu befreien.

So konnten in den Planungsbereichen ursächliche Problemstellungen aus Sicht der Bewohner prägnanter beschrieben werden und auf das eigentliche Pflegeproblem, das sich unter Umständen auf mehrere Planungsbereiche gleichermaßen bezieht, zusammengefasst und so erheblich erkürzt werden. Es wurde ebenfalls auf maximal fünf realistische Pflegeprobleme und -ziele reduziert, um so Ziele auch erreichen zu können; dies wurde durch die Leistungsbeschreibungen ergänzt, die inhaltliche Zusammenhänge von Leistungen wieder erstellen unter spezieller Berücksichtigung von Prophylaxen und Erschwernisfaktoren.

Planungsbereiche wurden so auf zirka ein Drittel des Umfangs reduziert.

Im gleichen Zusammenhang wurden verlässlich planbare Pflegedurchführungsmaßnahmen mit den Bewohnern oder deren Angehörigen/Betreuern getroffen, die aus der individuellen Planung abgeleitet wurden. Sie wurden in ein Zeitschema gebracht, das auch für den Personaleinsatz und somit auch für die Pflegeorganisation wichtig war. Die so genannten Tagesstrukturen bildeten auch den Pflegeaufwand hinsichtlich der Pflegestufen ab und waren Grundlage für Höherstufungen. Im Pflegebericht wurden nur noch die Abweichungen von der Tagesstruktur, zu Besonderheiten oder Pflegeverläufen vermerkt.

Letztendlich hat sich die Umstellung der Pflegedokumentation bewährt und hat auch nach Beendigung des Projekts Bestand.

Aus Sicht der Pflegekräfte reduzierte sich der Dokumentationsaufwand um ein Drittel; dies kommt der Pflegezeit für die Bewohner zu gute.

Die Pflegekräfte fühlen sich sicherer in der übersichtlichen Dokumentation, die Pflegeplanung ist handlungsleitend geworden durch Tagesstrukturen, nach denen chronologisch gepflegt werden kann, Pflegeprozesse wurden überprüfbarer und damit optimiert.

Die Empfehlung von Zuständigkeiten bei der Pflegeorganisation, sowie der Zuständigkeit von Bezugspflegekräften im Steuerungsprozess für Bewohnerangelegenheiten und Angehörigenangelegenheiten hatte bereits vor dem Projekt Tradition, wurde aber konkretisiert und novelliert. Auch wurde das Instrument der Fallbesprechungen installiert und das Instrument der biografischen Aspekte intensiviert.

Übergeordnete Qualitätsmaßstäbe wurden alle umgesetzt. Die ÜQM's wurden so formuliert, dass sie nicht nur Mindestanforderungen darstellten, sondern auch klar machten, wer an bestimmten Punkten zuständig ist, wer einzubeziehen ist, und welche Formulare und Checklisten zu führen sind.

Die chronologische Abfolge der einzelnen Punkte ist für zuständige Mitarbeiter eine nutzbare Unterstützung. Auch die aus den ÜQM's abgeleitenden Konzepte haben nach Projektende Bestand.

Die Befragungen von Bewohnern und Mitarbeitern konnte zur Qualitätsentwicklung genutzt werden. Aspekte in der biografieorientierten Einzelbetreuung isolierter Bewohner konnten personell umgesetzt werden, Mitarbeiter wurden in einen entwickelnden, regelmäßigen Arbeitskreis einbezogen.

Alles in allem hat sich das zeitintensive Projekt für die Einrichtung gelohnt, da Qualität gesichert und weiterentwickelt wurde. Qualität für den Adressaten wurde darstellbar und messbar durch Bezugsgrößen.



Tanja Stodt **Modellbeauftragte des Minna-Sattler-Seniorenzentrums der Arbeiterwohlfahrt Westliches Westfalen in Dortmund**

„Rückblickend auf zwei Jahre Modellprojekt haben wir uns die Frage gestellt, welche Erfolge für unsere Einrichtung verbucht werden können. Gemeinsam mit unserem Organisationsberater haben wir in einer letzten Runde mit allen beteiligten Arbeitsbereichen abgefragt, welche Inhalte des Projektes als Gewinne zu verbuchen sind. Es stellten sich dabei folgende Bereiche mit einer Vielzahl von Nennungen heraus:

- intensivierte Biographiearbeit
- Überprüfung des Leistungsangebotes
- Einführung einer „vereinfachten“ Pflegeplanung
- Optimierung vorhandener Abläufe, vor allem im Bereich des Heimeinzuges
- Ausbau des Betreuungsangebotes insbesondere für bettlägerige Bewohner
- Umstrukturierung des Nachtdienstes

Anhand der Umstrukturierung des Nachtdienstes als auch des Ausbaus des Betreuungsangebotes werden im Folgenden exemplarisch die Erfolge aufgezeigt.

Nachtdienst

Im Rahmen der Bearbeitung des übergeordneten Qualitätsmaßstabes „Nachtdienst“ haben wir vor allem zwei Ziele verfolgt. Ein Ziel ist die Sicherstellung individueller Zubettgehzeiten, ein weiteres die Gestaltung von Betreuungsangeboten in den Abendstunden.

Nach Erfassung des Ist-Zustandes sowie der Bewohnerbedarfe, stellte sich heraus, dass eine Verschiebung von Arbeitszeiten in der Nacht nötig wurde, um mit den vorhandenen personellen Ressourcen den Anforderungen gerecht werden zu können.

Die Forderung lautet, Probleme im Zusammenhang zu betrachten und für BewohnerInnen eine Tagesstrukturierung bezogen auf den Tag und die Nacht zu entwickeln. Zurzeit übliche Ausrichtungen an gegebenen betrieblichen Abläufen waren umzukehren in eine an den individuellen Bedürfnissen der BewohnerInnen ausgerichteten Sichtweise. Dies bedeutet eine Abkehr von starren Versorgungsrunden hin zu flexiblen, individuellen Hilfeleistungen.

Bei den intensiven und nicht immer einfachen Diskussionen mit den MitarbeiterInnen des Nachtdienstes kristallisierten sich schnell zwei Positionen heraus:

- a) die eher inhaltliche Frage einer besseren Orientierung an den Bedürfnissen der Bewohner war schon zu einem frühen Zeitpunkt der Diskussion „erledigt“, d. h. die Notwendigkeit zu Veränderungen war nicht mehr umstritten.
- b) die dann von uns angestrebte Veränderung von Arbeitszeiten war bedeutend schwieriger, da die MitarbeiterInnen teilweise schon langjährig an gewohnten Mustern der Dienstplangestaltung festhalten wollten. Trotzdem wurde mit Ende des Modellprojektes eine Veränderung des Dienstplanes umgesetzt. Die positive Folge ist nun, dass statt vier zukünftig fünf oder auch sechs MitarbeiterInnen pro Nacht tätig werden und so die Voraussetzungen geschaffen wurden, um die veränderten inhaltlichen Anforderungen erfüllen zu können. Wir haben verabredet, dass die Diskussion über angestrebte Veränderungen (Flexibilisierung) fortgesetzt wird und diese Veränderungen weiter evaluiert werden müssen.

Die Umstrukturierung des Nachtdienstes ist z. Zt. noch nicht abgeschlossen.

Ausbau des Betreuungsangebotes

Die Bearbeitung der Leistungsbeschreibungen machte uns deutlich, dass sich bestehende Betreuungsangebote am Tage vor allem an mobile, kognitiv nicht beeinträchtigte Bewohner richteten. Nach einer umfangreichen Bedarfsanalyse wurde ein Qualitätszirkel eingerichtet mit dem Ziel, verschiedene Angebote für demenziell erkrankte aber auch bettlägerige Bewohner zu entwickeln.

Es wurde versuchsweise für einen Wohnbereich ein Snoezelwagen angeschafft, der Snoezeln am Bett ermöglichte und schnell erste positive Reaktionen der Bewohner brachte.

Gleichzeitig wurde ein Nachttisch mit einer Kochplatte ausgerüstet, um die Möglichkeit zu haben, direkt am Bewohnerbett oder in Kleingruppenform unter aktiver Beteiligung von Bewohnern zu kochen und damit die Sinne anzuregen. Auch dieses Angebot wurde von Beginn an sehr gut angenommen.

Einige Bewohner, die vor allem im Bereich der Gedächtnisleistung Defizite zeigen, konnten weder durch bestehende mobilitätsfördernde noch durch gedächtnisfördernde Maßnahmen erreicht werden. Versuchsweise wurde ein musiktherapeutisches Angebot eingerichtet, das guten Anklang fand. Gemeinsam mit einer Musiktherapeutin wurden Musikinstrumente entdeckt und bekannte Lieder gesungen. Zur Erledigung dieser Aufgaben wurden gezielt qualifizierte Honorarkräfte eingesetzt und über den Budgetansatz „Betreuung“ finanziert. Der uns vorgegebene Rahmen wurde dabei nicht überschritten, es wird aber auf die eine oder andere Ausgabe verzichtet, die bisher den kognitiv voll orientierten Bewohnern mehrheitlich zu Gute kam (weg vom „Gießkannenprinzip“ hin zu einem spezifischem Einsatz von Mitteln).

Diese Erfolge machen deutlich, dass es wichtig ist, regelmäßig die Bewohnerbedarfe zu überprüfen und ggf. bestehende Angebote anzupassen, da bestimmte Bewohnergruppen schnell durch ein „Raster“ fallen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass wir durch das Referenzmodell viele Impulse erhalten haben, bestehende Angebote und Strukturen kritisch zu überprüfen.

Gleichzeitig erhielten wir eine Bestätigung, auch bisher gute Qualität geleistet zu haben.

Die Bearbeitung aller übergeordneten Qualitätsmaßstäbe war uns allerdings in der Projektlaufzeit nicht möglich und zeigt auf, dass Veränderungen Zeit brauchen.“



Simone Walter **Modellbeauftragte des Senioren Ruhesitzes Schloss Rahden in Rahden**

Stickpunktartiger Erfahrungsbericht zu allen Inhalten des Referenzmodells. Die Reihenfolge macht keine Aussage zur Priorität. Die Anmerkungen (ausschließlich positiv) erfüllen nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

1. Leistungsbeschreibungen

Unmittelbare/direkte Leistungen

- *Optimierung der bestehenden Angebotspalette, explizit im grundpflegerischen Bereich*
- *Erweiterung der bestehenden Angebotspalette, explizit im Bereich der psychosozialen Betreuung*
- *Noch intensivere Ausrichtung auf ressourcenfördernde Aspekte*
- *Transparenz von der Wechselwirkung Maßnahme/ Leistung – Prophylaxe*
- *Nachweis der Durchführung von Maßnahmen im psychosozialen Bereich inkl. klarer Zielformulierungen mit Sicherstellung der Vorhaltung von Maßnahmen, z. B. für dementiell veränderte Bewohner, für geschlechtsspezifische Unterschiede Frau – Mann, für individuell biographieorientierte Vorlieben etc.*
- *Verbessertes Schnittstellenmanagement*

Mittelbare/indirekte Leistungen

- *Transparenz der Zuständigkeiten für Maßnahmen = klare Aufgabenverteilung unter Berücksichtigung der MA-Qualifikation*
- *Definierte Ansprechpartner bei Rückfragen bzgl. unmittelbarer Leistungen*

2. ÜQM`s

Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung

- *Vorliegen eines einrichtungsinternen schriftlichen Konzepts zum diesem Thema*
- *Verbessertes Aufnahmeverfahren durch Optimierung des Schnittstellenmanagements, speziell Verwaltung – Pflege in Verbindung mit klarer Definierung von Zuständigkeiten für diesbezügliche Prozesse*
- *Verbesserter Informationsgehalt über den Bewohner von Beginn an*

In Verbindung mit dem Kriterienkatalog Biographie

- *Vorliegen eines speziellen Instruments zu diesem Thema*
- *Durch vorgegebene Phasen kontinuierlich Ermittlung wertvoller Informationen unter Berücksichtigung steter fortlaufender Ergänzung*

Zusammenarbeit mit Angehörigen

- *Vorliegen eines einrichtungsinternen schriftlichen Konzepts zum Thema Angehörigenarbeit*
- *Aufnahme von Instrumenten zur Verbesserung/stärken Einbindung der Angehörigen, z. B. Angehörigensprechstunde, Angehörigenabende etc.*

Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen

- *Vorliegen eines einrichtungsinternen schriftlichen Konzepts zu diesem Thema*
- *Stärkere Einbindung entsprechender seelsorgerischer Begleitung, nicht erst im finalen Stadium sondern schon frühzeitige Ermittlung des Bedarfs bzw. der Wünsche/ Vorlieben*
- *Verbesserte Trauerbewältigung, sowohl für die verbliebenen Bewohner als auch für die Mitarbeiter*
- *Schulung mehrerer Mitarbeiter zu dieser Thematik als „Experten“/Ansprechpartner vor Ort*

Überleitungsverfahren beim Krankenhausaufenthalt

- *Vorliegen eines einrichtungsinternen schriftlichen Konzepts zu diesem Thema*
- *Transparenz von Grenzen seitens der Einrichtung*
- *Strukturiert geplanter Ablauf der Vorgehensweise bei Abweichungen*

Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten

- Vorliegen einer einrichtungsinternen schriftlichen Konzeption zu diesem Thema
- Transparenz von Grenzen seitens der Einrichtung
- Strukturiert geplanter Ablauf der Vorgehensweise bei Abweichungen

Nächtliche Versorgung

- Vorliegen eines einrichtungsinternen schriftlichen Konzepts zu diesem Thema
- Noch stärkere Einbindung der Dauer- Nachtdienst- MA in den Pflegeprozess, z. B. regelmäßige Teilnahme an Besprechungen, regelmäßige eigene Besprechungen, PV's durch PDL
- Definierung von Zuständigkeiten bzgl. des Pflegeprozesses mit Festlegung eines Koordinators „Nachtwachenfürsprecher“
- Reflexion bestehender Leistungen im Zeitraum 20:00–06:00 mit Optimierung der Sicherstellung eines bedarfsgerechten Versorgungs- und Betreuungsangebotes

3. Qualifikationsorientierte Arbeitsteilung/Zuständige Pflegefachkraft

- Optimierung des Pflegesystems
- Schriftlicher Nachweis der Zuordnung von zuständigen Pflegefachkräften inkl. deren Vertretung
- Verbessertes Zuständigkeitsgefühl bei den Mitarbeitern

4. Vereinfachte Pflegedokumentation

- im Rahmen der Teilnahme am Referenzmodell bewusst nicht analog der Empfehlung des IPW umgesetzt
- nur punktuelle „Reduktion“ bzw. Verschiebungen vorgenommen, deren Ausrichtung auf zukünftige einrichtungsintern geplante Veränderungen zielt in Verbindung mit den Anforderungen zum pflegerischen Assessment
- Abgleich des Erfüllungsgrad mit punktueller Optimierung schon bestehender Inhalte

5. Sonstiges

- zu allen Punkten Möglichkeit einer ausführlichen IST- Analyse mit damit verbundener Maßnahmenplanung inkl. der Vorhaltung von Controlling- Instrumenten zur regelmäßigen Überprüfung der Nachhaltigkeit
- Optimierung einer Vielzahl mitgeltender Prozesse und Verfahren bzw. strukturierte Planung für die Zukunft von noch ausstehenden Verbesserungen
- Interne Kommunikation: Vorhaltung eines intensiven (=regelmäßigen) personen- als auch bereichsspezifischen Besprechungswesens

Fazit:

Durch die Teilnahme der Einrichtung am Referenzmodell konnten bestehende Qualitätssicherungsmaßnahmen optimiert und stabilisiert werden. Die Projektinhalte berücksichtigten positiv zukünftige rechtlich geforderte Aspekte (am Beispiel der neuen QPR), so dass deren geforderte Umsetzung frühzeitig eingeführt und umgesetzt werden konnte. Die Freistellung einer benannten Person für die Umsetzung der Projektinhalte ist unabdingbar. Die Kommunikation auf Leitungsebene bedarf einer vertraulichen als auch einer konstruktiv-kritischen Diskussion bezüglich des Umfangs/Ausgestaltung der extern geforderten/empfohlenen Inhalte/Vorgaben.



Impressum

Herausgeber:

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales des
Landes Nordrhein-Westfalen
40190 Düsseldorf

Internet: www.mags.nrw.de
e-mail: info@mail.mags.nrw.de

Inhaltliche Bearbeitung:

U. Korte-Pötters (IPW),
K. Wingefeld (IPW),
D. Heitmann (IPW),
B. Rehling (ISS),
M. Menke (FFG)
unter Mitarbeit von
R. Bernards (ISS),
H. Heinrich (ISS),
M. Krohn (ISS),
A. Kuhlmann (FFG),
I. Kowalski (FFG),
E. Schnabel (FFG),
U. Vogelwiesche (FFG)

Gestaltung:

Fortmann.Rohleder Grafik.Design,
Dortmund

Druck:

Lechte Medien GmbH, Emsdetten

Nachdruck, auch auszugsweise,
nur mit Genehmigung des
Herausgebers.

Düsseldorf, April 2007

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und -werbern oder Wahlhelferinnen und -helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie auch für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt.

Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte.

Finanzierung



Spitzenverbände der Pflegekassen



Projekträger



Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW

Wissenschaftliche Begleitung



Forschungsgesellschaft
für Gerontologie e.V.
Institut für Gerontologie
an der Universität Dortmund

Organisationsberatung



Gemeinnütziger e.V.