

Referenzmodelle

zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung
der vollstationären Pflege 2004–2006

3

Qualitätsmaßstäbe für die vollstationäre Pflege
– Version 1.0, Januar 2006 –

Gefördert von:

Spitzenverbände
der Pflegekassen



Bundesministerium
für Gesundheit



Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes
Nordrhein-Westfalen

NRW.

Referenzmodelle

zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung
der vollstationären Pflege 2004–2006

Qualitätsmaßstäbe für die vollstationäre Pflege
– Version 1.0, Januar 2006 –

3

erstellt vom
Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld

Verfasser/-innen:
Klaus Wingenfeld, Ursula Korte-Pöppers & Dieter Heitmann

unter Mitwirkung von
Nicole Venohr

und
den Modellbeauftragten des Projekts „Referenzmodelle“



Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Vorwort | 6 |
| Einführung | 9 |
| Qualitätsmaßstab | |
| Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung | 15 |
| Einleitung | 16 |
| 1. Grundsätze | 17 |
| 2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption | 18 |
| 3. Personelle Zuständigkeiten | 19 |
| 4. Erstgespräch | 20 |
| 5. Vorbereitung des Heimeinzugs | 22 |
| 6. Einzugsstag | 23 |
| 7. Erste Phase des Aufenthaltes | 24 |
| Qualitätsmaßstab | |
| Zusammenarbeit mit Angehörigen | 27 |
| Einleitung | 28 |
| 1. Grundsätze | 29 |
| 2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption | 31 |
| 3. Personelle Zuständigkeiten | 32 |
| 4. Förderung des Kontaktes zwischen Bewohner und Angehörigen | 33 |
| 5. Allgemeine Angebote | 34 |
| 6. Individuelle Angehörigenarbeit | 36 |
| 7. Verfahrensweisen in besonderen Situationen | 39 |
| 8. Umgang mit Kritik, Anregungen und Beschwerden | 40 |
| Qualitätsmaßstab | |
| Kooperation mit niedergelassenen Ärzten | 41 |
| Einleitung | 42 |
| 1. Grundsätze | 43 |
| 2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption | 44 |
| 3. Personelle Zuständigkeiten | 45 |
| 4. Kooperation mit Ärzten zur Verbesserung der Versorgung | 47 |
| 5. Pflegeplanung und Dokumentation | 50 |
| 6. Arztbesuche | 52 |
| 7. Notfallsituationen | 54 |
| 8. Qualifikation | 55 |



| | |
|--|------------|
| Qualitätsmaßstab | |
| Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten | 57 |
| Einleitung | 58 |
| 1. Grundsätze | 60 |
| 2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption | 61 |
| 3. Personelle Zuständigkeiten | 62 |
| 4. Übergang in das Krankenhaus | 63 |
| 5. Aufgaben während des Krankenhausaufenthalts | 66 |
| 6. Rückkehr in die Pflegeeinrichtung | 67 |
| Qualitätsmaßstab | |
| Nächtliche Versorgung | 71 |
| Einleitung | 72 |
| 1. Grundsätze | 74 |
| 2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption | 75 |
| 3. Bedarfsgerechtes abendliches/nächtliches Versorgungsangebot | 77 |
| 4. Rahmenbedingungen | 79 |
| 5. Personelle Regelungen | 81 |
| 6. Pflegerische Versorgung und Betreuung | 82 |
| 7. Information, Dokumentation und Pflegeplanung | 84 |
| 8. Förderung der Kommunikation zwischen den Mitarbeitern | 85 |
| 9. Verfahrensweisen in besonderen Situationen | 87 |
| Qualitätsmaßstab | |
| Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen | 89 |
| Einleitung | 90 |
| 1. Grundsätze | 92 |
| 2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption | 93 |
| 3. Personelle Zuständigkeiten | 94 |
| 4. Begleitung des Sterbeprozesses | 95 |
| 5. Maßnahmen im Todesfall | 100 |
| 6. Reflexions- und Entlastungsangebote für Mitarbeiter | 103 |
| Kriterienkatalog zur Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug | 105 |
| Literaturverzeichnis | 111 |

Der besseren Lesbarkeit halber wird in der vorliegenden Broschüre darauf verzichtet, bei der Benennung von Personen oder Personengruppen Formulierungen zu benutzen, die beide Geschlechter berücksichtigen. Das jeweils andere Geschlecht ist jedoch, sofern nicht ausdrücklich vermerkt, immer mitgemeint.

Vorwort

Qualitätssicherung und Entbürokratisierung sind Schlüsselbegriffe, wenn es darum geht, den aktuellen Herausforderungen in der Sozial- und Pflegepolitik zu begegnen. Dies gilt insbesondere für Pflegeheime, in denen die gezielte Verbesserung der fachlichen Arbeit und der internen Abläufe schnelle und konkrete Vorteile für Pflegebedürftige und Mitarbeiter zugleich versprechen.

Im „Modellprojekt Referenzmodelle“ werden deshalb allgemeine Vorgaben für Pflegeheime entwickelt, die allen an der Pflege in den Modelleinrichtungen Beteiligten eine verlässliche Hilfe bei der fachlichen Organisation der Arbeit sein können. Das Besondere daran: Beschäftigte der Pflege und Wissenschaftler/innen entwickeln diese Vorgaben gemeinsam, setzen sie gemeinsam um und überprüfen sie in der Anwendung. Dabei werden Arbeitsergebnisse angestrebt, die einerseits fachliche Maßstäbe setzen und andererseits eine zügige und unbürokratische Umsetzung zulassen.



Alle diese Vorgaben – in der Broschüre „Konzeptbausteine“ genannt – sollen nach der Erprobung und Bewährung in den Referenzeinrichtungen grundsätzlich auf andere vollstationäre Pflegeeinrichtungen übertragbar sein und darüber hinaus den an der Finanzierung, der Pflege und der Qualitätssicherung Beteiligten ein Hilfeangebot für die Weiterentwicklung der fachlichen Arbeit sein.

Nordrhein-Westfalen verfolgt mit der Förderung der Referenzmodelle das Ziel, den stationären Pflegeeinrichtungen mittels dieser praxisnahen Qualitätsentwicklung konkret Wege aufzuzeigen, auf denen eine Verbesserung der Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen, aber auch der Arbeitsbedingungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erreicht werden kann.

Die vorliegende Broschüre stellt Ihnen die im Modellprojekt entwickelten Konzeptbausteine vor, die als so genannte „übergeordnete Qualitätsmaßstäbe (ÜQM)“ für die wichtigsten Arbeitsfelder in Pflegeheimen fachliche Anforderungen festhalten. Hier geht es unter anderem um Themen wie Heimeinzug, die Zusammenarbeit mit Angehörigen, den Krankenhausaufenthalt von Heimbewohnern, die Kooperation mit Ärzten und Ärztinnen, die nächtliche Versorgung oder die Sterbebegleitung.

Ich danke den Mitarbeiter/innen der beteiligten Referenzeinrichtungen, der Institute und den unterschiedlichen Expertinnen und Experten für die gemeinsame Arbeit in dem Modellprojekt und wünsche Ihnen allen weiterhin viel Erfolg bei der Umsetzung und Erprobung.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Karl-Josef Laumann'.

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

Vorwort

Der Landespflegeausschuss stellt Ihnen in dieser nun mehr dritten Broschüre die weiteren Ergebnisse des Modellprojekts „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ vor.

Wie bereits in den ersten beiden Broschüren beschrieben ist das Ziel des Referenzmodells, die Lebensqualität der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen in NRW weiter zu verbessern.

Die beteiligten Institute – die Forschungsgesellschaft für Gerontologie in Dortmund, das Institut für Pflegewissenschaft in Bielefeld und das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Frankfurt haben gemeinsam mit den 20 Modelleinrichtungen intensiv an der Erarbeitung und Umsetzung von nachvollziehbaren Leistungsbeschreibungen für eine qualitätsgesicherte Pflege gearbeitet, die mit der zweiten Broschüre veröffentlicht wurden.



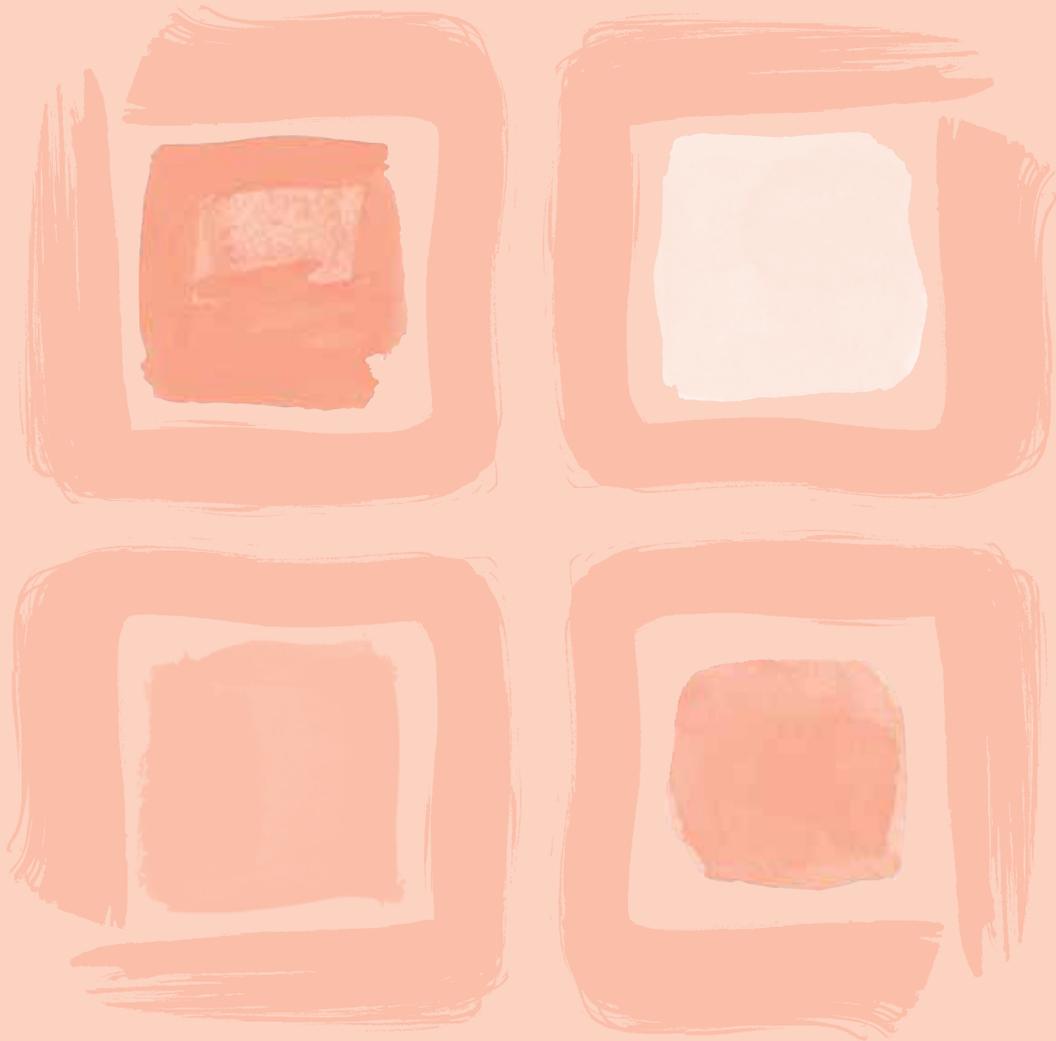
In dieser Broschüre werden jetzt die gemeinsam zwischen den beteiligten Instituten und den Modelleinrichtungen entwickelten und erprobten übergeordneten Qualitätsmaßstäbe für stationäre Pflegeeinrichtungen vorgestellt.

Die übergeordneten Qualitätsmaßstäbe zu den Themen des Heimeinzuges, der Zusammenarbeit mit Angehörigen, dem Krankenhausaufenthalt von Heimbewohnern und -bewohnerinnen, der Kooperation mit Ärzten und Ärztinnen, der nächtlichen Versorgung und der Sterbebegleitung befassen sich mit den Schnittstellen unterschiedlicher Akteure innerhalb und außerhalb von Pflegeeinrichtungen und stellen wesentliche Meilensteine zur Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen dar.

Mit der Veröffentlichung der Qualitätsmaßstäbe sollen die weiteren Ergebnisse des Referenzmodells transparent und nachvollziehbar werden, auch um die Übertragbarkeit auf alle Pflegeeinrichtungen in NRW zu sichern.

Verbinden möchte ich diese Veröffentlichung mit einem persönlichen Dank an die beteiligten Akteure des Referenzmodells, neben den Modelleinrichtungen und den Instituten, dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW und den Spitzenverbänden der Pflegekassen, ohne deren Engagement die erfolgreiche Umsetzung des Referenzmodells nicht möglich wäre.

Pastor Günther Barenhoff
Vorsitzender des Landespflegeausschusses



Einführung

Einführung

Im Januar 2002 sprach sich der nordrhein-westfälische Landespflegeausschuss dafür aus, aufbauend auf den Untersuchungsergebnissen der Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ (Wingenfeld/Schnabel 2002) nachhaltige Schritte zur Verbesserung der Versorgungsqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen einzuleiten und dazu geeignete Maßnahmen zu fördern. Aus dieser Initiative ging das Modellvorhaben „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ hervor. Im Mittelpunkt des Vorhabens steht die Entwicklung von fachlich fundierten und an die Praxis anschlussfähigen Leistungsbeschreibungen und Qualitätsmaßstäben, die in 20 vollstationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen erprobt und evaluiert werden. Das Projekt wird von den Spitzenverbänden der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen finanziert. Das Diakonische Werk Westfalen e.V. ist Projektträger. Die Konzeptentwicklung und fachliche Begleitung erfolgt durch das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), die Evaluation durch das Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (IfG). Die 20 Referenzeinrichtungen werden durch das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS, Frankfurt a. M.) bei der Umsetzung der zu erprobenden Konzepte beratend unterstützt.

Mit der vorliegenden dritten Broschüre der Reihe „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004–2006“ werden erneut Zwischenergebnisse des Modellprojekts der Öffentlichkeit präsentiert. Es handelt sich um die so genannten „Übergeordneten Qualitätsmaßstäbe“, die im Kern Anforderungskataloge zur Ausgestaltung von Strukturen und Prozessen in besonders wichtigen Segmenten des Versorgungsalltags darstellen. Sie sollen, ähnlich wie die im vergangenen Jahr veröffentlichten Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege, 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 notwendigen Krankenhausaufenthalten von Bewohnern,
- Sicherstellung einer bedarfsgerechten nächtlichen Versorgung,
- Begleitung sterbender Heimbewohner.

Ähnlich wie im Falle der 2005 veröffentlichten Leistungsbeschreibungen ist zu berücksichtigen, dass es sich um Zwischenergebnisse handelt. Die im Folgenden vorgestellten Qualitätsmaßstäbe in der Version 1.0 werden in den beteiligten Modelleinrichtungen erprobt und auf der Basis der Erfahrungen, die mit ihrem Einsatz in der Praxis gewonnen werden, am Ende des Modellvorhabens überarbeitet.

Zur Entwicklung der Qualitätsmaßstäbe

Das Projekt Referenzmodelle vertritt den Anspruch, Problemlösungen und Konzepte zu erarbeiten, die sich auf einen breiten Konsens stützen und in die Versorgungspraxis unmittelbar Eingang finden können, also anschlussfähig an die Praxis sind. Aus diesem Grunde wurde bei der Entwicklung der Qualitätsmaßstäbe ein besonderes, durch zahlreiche Abstimmungsprozesse gekennzeichnetes Verfahren gewählt:

Die Referenzeinrichtungen übermittelten zu Beginn des Modellvorhabens die von ihnen bereits erarbeiteten Konzepte und andere Handlungsmaßgaben (z. B. haus-



interne Richtlinien) an das IPW. Sie führten gleichzeitig eine Bestandsaufnahme durch, mit der wesentliche Problemfelder im jeweils zur Diskussion stehenden Handlungsfeld abgebildet wurden. Das IPW

- wertete diese Materialien aus,
- übernahm und systematisierte Elemente, die sich einpassen ließen,
- ergänzte diese durch eigene Vorschläge (gestützt auf andere Wissensquellen),
- suchte ggf. gezielt nach Lösungen für die mit der Bestandsaufnahme sichtbar gewordenen Probleme und
- fasste die Ergebnisse dieser Arbeiten in ersten Entwürfen zusammen.

Diese Entwürfe wurden in die Beratung mit den so genannten Regionalgruppen, in denen die Modellbeauftragten von jeweils fünf Einrichtungen und Vertreter der beteiligten Institute regelmäßig zusammentreffen, eingebracht und unter Berücksichtigung der Diskussionsergebnisse überarbeitet. Im Anschluss daran wurde ein Abstimmungsverfahren eingeleitet, in das der Steuerungskreis und der Begleitausschuss des Modellvorhabens sowie einzelne Fachexperten einbezogen waren, aber auch noch einmal die Referenzeinrichtungen selbst: Die neuen Entwürfe wurden einrichtungsintern diskutiert und die daraus erwachsenen Stellungnahmen erneut dem IPW zugeleitet. Berücksichtigung fanden schließlich auch Anregungen des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke, das um eine fachliche Bewertung der Entwürfe gebeten wurde. Nach Abschluss der umfangreichen Beratungen sind die vorliegenden Qualitätsmaßstäbe in der Version 1.0 erstellt worden.

Abweichungen von diesem Vorgehen gab es in zwei Fällen: Bei der Entwicklung des Maßstabs zur Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten sind wesentliche Teile des Qualitätsmaßstabs in gemeinsamen Beratungen zwischen dem IPW und zwei in dieser Thematik ausgewiesenen Experten entwickelt worden. Der Maßstab zur nächtlichen Versorgung greift zwar auf einige in den Referenzeinrichtungen verfügbare Ansätze zurück, enthält jedoch in weiten Teilen Anforderungen, die durch das IPW entwickelt wurden. In beiden Fällen boten die in den Einrichtungen verfügbaren Konzepte und Richtlinien eine deutlich schmalere Entwicklungsgrundlage als bei den anderen Themenfeldern.

Funktion und Charakter der Qualitätsmaßstäbe

Die Qualitätsmaßstäbe haben eine doppelte Funktion:

- Sie stellen Anforderungskataloge zur Ausgestaltung der betreffenden Arbeitsfelder in den 20 beteiligten Modelleinrichtungen dar, mit denen ein bestimmtes Qualitätsniveau angestrebt wird. Die oben erwähnten Abstimmungsschritte dienen u. a. dazu, einen gewissen Konsens über dieses Qualitätsniveau herzustellen. Die Qualitätsmaßstäbe sind insofern auch als Ergebnis eines Diskussionsprozesses zu verstehen, in dem sich die Beteiligten darum bemühten, einen tragfähigen Kompromiss zwischen dem fachlich Wünschenswerten und dem Machbaren zu finden. Die praktische Erprobung soll zeigen, inwieweit die Einrichtungen das angestrebte Qualitätsniveau unter den gegebenen Rahmenbedingungen erreichen können bzw. welche Veränderungen erforderlich sind, um dies sicherzustellen.
- Die Qualitätsmaßstäbe verstehen sich darüber hinaus als Arbeitshilfe für die Modelleinrichtungen und ggf. für andere interessierte Einrichtungen. Sie liefern ihnen 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 Qualitätsmaßstäbe 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 aufgegriffen worden sind.

Im Rahmen des Modellvorhabens gelten die Vorgaben, die in den Qualitätsmaßstäben enthalten sind, als Mindestanforderungen. Die beteiligten Einrichtungen können und sollen also, wenn sie es für sinnvoll halten, einrichtungsindividuell weitergehende Qualitätsanforderungen formulieren und entsprechende Maßnahmen umsetzen.

Zum besseren Verständnis der vorliegenden Qualitätsmaßstäbe 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 Qualitätsmaßstab kann die Einrichtungen jedoch ebenso wenig wie vergleichbare Handlungsleitlinien dazu verpflichten, Qualität sicherzustellen, die maßgeblich vom Wirken anderer Akteure 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 Qualitätsmaßstäbe folgen in dieser Hinsicht dem Grundsatz, sich auf Maßgaben zu konzentrieren, deren Umsetzung sich von den Einrichtungen tatsächlich gestalten lässt. 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 individuellen Bewohner bewirken, liegt jedoch nicht im Einflussbereich der Einrichtungen.

Um den unterschiedlichen Voraussetzungen und Möglichkeiten der Einrichtungen Rechnung zu tragen, ist das Anforderungsprofil der Qualitätsmaßstäbe 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 Qualitätsmaßstäbe in weiten Teilen einer Konkretisierung in Form eines einrichtungsspezifischen Konzeptes bedürfen, um Wirksamkeit zu entfalten, und zwar eines Konzeptes, das im Versorgungsalltag tatsächlich gelebt wird. Die Qualitätsmaßstäbe 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 Qualitätsmaßstabs – das zeigen die bisherigen Erfahrungen mit dem Modellvorhaben sehr deutlich – setzt erhebliches Eigenengagement und die Bereitschaft voraus, auch langjährig bestehende Handlungsroutinen zu hinterfragen und ggf. anzupassen.

Steuerungs- und Koordinationsverantwortung

Ein wichtiges Anliegen der Qualitätsmaßstäbe besteht darin, planvolle und zielgerichtete, am Bedarf und an den Bedürfnissen der Bewohner orientierte Verfahrensweisen in den Aufgabenfeldern sicherzustellen, auf die sie sich jeweils beziehen. Aus diesem Grund finden sich in allen Qualitätsmaßstäben Vorgaben zur Regelung von Zuständigkeiten, wobei der für den jeweiligen Bewohner zuständigen Pflegefachkraft (ZPFK) eine prominente Rolle zugeschrieben wird. Hierzu sind einige Erläuterungen erforderlich:

Die Qualitätsmaßstäbe setzen voraus, dass in den Einrichtungen ein Pflegeorganisationssystem existiert, in dem die Verantwortung für die Gestaltung des individuellen Pflegeprozesses eindeutig personell zugeordnet ist. Unabhängig davon, wie solche Organisationssysteme im Detail ausgestaltet sind und benannt werden (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 Qualitätsmaßstäben die neutrale Formulierung zuständige Pflegefachkraft benutzt.



Bei der Durchsicht der Qualitätsmaßstäbe wird auffallen, dass der ZPFK einige Aufgaben der Steuerung und Koordination zugeordnet werden, die über Fragen der 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. Je komplexer die Unterstützung ausfällt, um so wichtiger wird es, dass nicht wechselnde Personen, sondern eine Person die Verantwortung für die Gestaltung der individuellen Versorgung, die Durchführung von Abstimmungsprozessen, die Informationsweitergabe und andere Kommunikationsaufgaben übernimmt. Hierdurch lassen sich nicht nur Reibungsverluste in der Kooperation und Kommunikation vermeiden. Die Vereinigung der Steuerungs- und Koordinationsverantwortung in einer Hand bietet auch die beste Voraussetzung, eine planvolle, individuelle bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung des Bewohners zu realisieren. Die ZPFK übernimmt, wie schon erwähnt, ohnehin eine zentrale Steuerungsverantwortung im Rahmen des individuellen Pflegeprozesses. Diese wird nun mit den Qualitätsmaßstäben um einige weitere Aufgaben ergänzt.

Mit dem erweiterten Verantwortungsbereich der zuständigen Pflegefachkraft sind zahlreiche Fragen der Arbeitsteilung, Qualifikation und Personalentwicklung angesprochen, die hier nicht erörtert werden können. Das IPW hat für die Modelleinrichtungen Empfehlungen zur Ausgestaltung von Funktion und Aufgaben der ZPFK entwickelt, die sich nicht auf Fragen der Umsetzung der Qualitätsmaßstäbe beschränken, sondern das allgemeinere Thema der zukünftigen Ausgestaltung einer qualifikationsorientierten Arbeitsteilung in stationären Pflegeeinrichtungen aufgreifen. An dieser Stelle sei nur darauf hingewiesen, dass auch die Umsetzung anderer Konzeptbausteine, die im Rahmen der „Referenzmodelle“ entwickelt wurden, eine Klärung der Rolle der ZPFK verlangt.

Die Beziehung der Qualitätsmaßstäbe zu anderen Modellbausteinen

Die Qualitätsmaßstäbe und andere Konzepte bzw. Instrumente, die mit dem Modellvorhaben entwickelt wurden und sich derzeit in Erprobung befinden, nehmen in vielen Punkten Bezug aufeinander. Die folgende zusammenfassende Übersicht der Modellbausteine und Hinweise zu ihrer Verknüpfung soll helfen, die Qualitätsmaßstäbe in den Gesamtkontext des Modellvorhabens besser einordnen zu können.

Die Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege sind in der zur Erprobung freigegebenen Fassung Mitte des Jahres 2005 veröffentlicht worden (Korte-Pötters/Wingefeld 2005). Sie definieren das Profil des Leistungsangebots, das in den beteiligten Einrichtungen vorgehalten werden sollte, und bieten damit einen wichtigen Bezugspunkt für ein System der Bedarfsklassifikation, das ebenfalls im Rahmen des Modellvorhabens entwickelt wird. Sie stellen zugleich eine Arbeitshilfe für die Praxis zur Realisierung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung dar. Sie verlangen von den Einrichtungen insbesondere

- eine stärkere Gewichtung von Unterstützungsleistungen, die nicht auf körperliche Defizite, sondern auf psychische Problemlagen und Bedürfnisse ausgerichtet sind,
- eine Ausgestaltung der Unterstützung des individuellen Bewohners nach dem Grundsatz des biografieorientierten Arbeitens,
- eine stärkere Akzentuierung ressourcenfördernder bzw. -erhaltender Maßnahmen,
- eine konsequent bedarfs- und bedürfnisorientierte Pflege, die neben akuten Bedarfslagen die Gesamtsituation des Bewohners und eine vorausschauende Strategie der Hilfe bei der Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit in den Mittelpunkt stellt.

Die Umsetzung der Qualitätsmaßstäbe und die Verwendung der Leistungsbeschreibungen sind an Voraussetzungen geknüpft, die sich in der heutigen Praxis nicht durchgängig wiederfinden. Aus diesem Grunde wurden vom IPW ergänzend Vorgaben und Empfehlungen zur Optimierung des individuellen Pflegeprozesses erarbeitet. Es handelt sich um

- Anforderungen an die Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation des Bewohners vor dem Heimeinzug (vgl. Anhang),
- Anforderungen an die Gestaltung des pflegerischen Assessments, die mit einer Arbeitshilfe zur Formulierung von Pflegezielen und Maßnahmenplanung gekoppelt sind,
- Maßgaben zur Ausgestaltung neuer Formen der Pflegedokumentation, die mehr Fachlichkeit gewährleisten, zugleich jedoch unnötigen Dokumentationsaufwand vermeiden, also wesentliche Vereinfachungen beinhalten (die Maßgaben sind für die Referenzeinrichtungen nur dann verbindlich, wenn sie Vereinfachungen in ihrer Dokumentation vornehmen),
- Empfehlungen zur Gestaltung von Funktion und Aufgaben der „zuständigen Pflegefachkraft“ (ZPFK, s.o.) und zur Umsetzung einer qualifikationsorientierten Arbeitsteilung.

Die Beziehungen zwischen diesen Modellbausteinen sind vielfältig und können hier nur exemplarisch verdeutlicht werden. So nimmt der Qualitätsmaßstab „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ mehrfach Bezug auf den Kriterienkatalog zur Erfassung biografischer Informationen, da es besonders wichtig ist, die Unterstützung eines neuen Bewohners beim Einleben in die neue Umgebung auf der Basis dieser Informationen bedürfnisgerecht auszugestalten. Der Qualitätsmaßstab enthält ferner Vorgaben zum pflegerischen Assessment, mit denen sichergestellt werden soll, dass eine bedarfsgerechte Pflege direkt mit dem Einzug des Bewohners eingeleitet werden kann. Er sieht die Festlegung klarer Zuständigkeiten vor, u. a. damit Bewohner und Angehörige, aber auch andere Beteiligte stets wissen, an wen sie mit ihren Belangen herantreten können. Die Empfehlungen zur Gestaltung von Funktion und Aufgaben der zuständigen Pflegefachkraft können dabei eine wichtige Orientierungshilfe sein. Weitere Querverbindungen existieren zum Qualitätsmaßstab „Zusammenarbeit mit Angehörigen“, denn diese nehmen in vielen Fällen eine wichtige Rolle vor und nach dem Heimeinzug ein – nicht nur bei der Unterstützung des Bewohners, sondern auch beim Treffen konkreter Vereinbarungen mit der Einrichtung. Die Leistungsbeschreibungen schließlich können als Grundlage für die Umsetzung einer bedürfnisgerechten Pflegeplanung herangezogen werden.

Trotz der Querverbindungen sind die Qualitätsmaßstäbe als eigenständige Modellbausteine konzipiert, können also auch für sich genommen einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung leisten. Wir hoffen daher, dass die frühzeitige Veröffentlichung neue Impulse für die Qualitätsdiskussion und vielfältige Anregungen für die Praxis liefert.

Qualitätsmaßstab Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung

Version 1.0



Qualitätsmaßstab

Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung

Einleitung

Der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung bringt zahlreiche Verlusterfahrungen mit sich. 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 (von Kondratowitz/Schmitz-Scherzer 1999). Er ist in besonderem Maße ein Ort der Erinnerung und leistet einen wichtigen Beitrag zur Konstituierung der persönlichen Identität. Darüber hinaus stellt er eine vertraute und überschaubare Umgebung dar und bietet ein beträchtliches Maß an Privatheit und Sicherheit (Jansen/Klie 1999, Wahl/Reichert 1994). 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).

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Konfrontation mit der völlig anderen, zunächst fremdartigen Umgebung einer Pflegeeinrichtung für die neuen Bewohner ein kritisches Lebensereignis darstellt. Erschwerend für dessen Bewältigung ist oftmals, dass die Beschäftigung mit einem notwendigen Umzug in eine Pflegeeinrichtung größtenteils sehr spät einsetzt (Lehr 2003). Vielfach sieht sich der alte Mensch – insbesondere bei einer Übersiedlung aus dem Krankenhaus – ad hoc vor eine Entscheidung gestellt, oder die Entscheidung wird ihm von den Angehörigen abgenommen (Klingensfeld 1999, Feichtinger et al. 2002). Zahlreiche Forschungsarbeiten haben zeigen können, 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, Pinguart/Devrient 1991, Lee et al. 2002).

Der vorliegende Qualitätsmaßstab „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ setzt an dieser Stelle an, indem er Vorgaben für die Planung und Organisation des Heimeinzugs in Interaktion mit den Bewohnern bzw. ihren Angehörigen formuliert, womit deren Bewältigungsanstrengungen unterstützt werden sollen. Er konzentriert sich auf die Vorbereitung des Heimzugs, den Übergang in die Einrichtung und den für das Einleben sehr wichtigen Zeitraum der ersten vier bis sechs Wochen nach dem Einzug. Eine erfolgreiche Bewältigung dieser Etappen des Heimeinzugs 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 Qualitätsmaßstab 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 stationäre 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 zum einen eine planvolle Vorbereitung der Versorgung und zum anderen eine individuelle Unterstützung zur Bewältigung des kritischen Lebensereignisses „Heimeinzug“ erforderlich, was u. a. mit dem Abbau von Ängsten und dem Schaffen von Vertrauen zwischen den Bewohnern, ihren Angehörigen sowie den Mitarbeitern der Einrichtung erreicht werden kann.**
- 1.3 **Ein wesentlicher Aufgabenkomplex im Rahmen der Unterstützung der Bewohner ist deren Information und die ihrer Angehörigen über das Angebot der Einrichtung bezüglich Unterkunft, Pflege und anderer Versorgungsleistungen sowie die Ermittlung des individuellen Unterstützungsbedarfs.**
- 1.4 **Bei der Ausgestaltung aller Maßnahmen werden Orientierungs- und/oder Integrationsschwierigkeiten der Bewohner 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 und Freunden ein (Saup 1990, Klingefeld 1999).

Integrationsfördernde Maßnahmen werden im vorliegenden Qualitätsmaßstab an unterschiedlichen Stellen berücksichtigt, etwa bei der Erfassung biografischer Daten bzw. der Einschätzung des Stellenwerts sozialer Kontakte im Erstgespräch. Auch die Zuordnung einer festen Bezugsperson in der ersten Phase des Aufenthalts soll zur Integration beitragen. Im Rahmen des Integrationsgesprächs ist die Einrichtung gehalten, Integrationschwierigkeiten aufzugreifen und ggf. Maßnahmen einzuleiten um nur einige Beispiele zu nennen.

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. In diesem Zusammenhang wirkt entlastend, wenn die Betroffenen die Erfahrung machen können, über Entscheidungsmöglichkeiten und Handlungsspielraum zu verfügen (Thiele et al. 2002, Saup 1984). Im vorliegenden Qualitätsmaßstab finden sich Vorgaben, die darauf abzielen, eine größtmögliche Kontrolle bei den Bewohnern zu belassen.

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 Qualitätsmaßstab formulierten Anforderungen Rechnung. Das Konzept ist allen Mitarbeitern bekannt und entsprechende Einweisungen bzw. Schulungen finden statt.

Alle Qualitätsmaßstäbe, die im Rahmen des Projekts „Referenzmodelle“ entwickelt werden, schreiben die Verfügbarkeit eines schriftlichen Konzepts vor. Die Qualitätsmaßstäbe selbst haben den Charakter eines Anforderungskatalogs, nicht eines Konzepts. Sie stecken den Rahmen für die Entwicklung bzw. Anpassung einrichtungsspezifischer Konzepte ab. Damit soll den individuellen Erfordernissen und Möglichkeiten der Einrichtungen Rechnung getragen werden, ohne ein definiertes Mindestmaß an Qualität zu unterschreiten. Bei der Entwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte, die den Vorgaben der Qualitätsmaßstäbe gerecht werden, können und sollten die Einrichtungen auf von ihnen bereits erarbeitete Konzepte zurückgreifen.

Bei der Konzeptentwicklung bzw. -anpassung sollte darauf geachtet werden, wie konkret die Vorgaben des Qualitätsmaßstabs 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 und operationalisiert werden müssen. Das Konzept sollte so konkret formuliert sein, dass alle Mitarbeiter der Einrichtung Klarheit über Zuständigkeiten, Aufgaben und Abläufe gewinnen.

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 den Mitarbeitern im Arbeitsalltag tatsächlich als verbindliche Vorgabe akzeptiert und bis zu einem gewissen Grad verinnerlicht werden.

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 der Bewohner 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 und wer ihn in dieser Funktion (bei längerer Abwesenheit) vertritt. Der Hauptansprechpartner hat u. a. die Aufgabe, für eine adäquate Unterstützung der betreffenden Bewohner beim Einleben in die neue Umgebung zu sorgen. Er soll ferner von Beginn an eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen und die Unterstützungsleistung anderer Mitarbeiter koordinieren.

Der Qualitätsmaßstab sieht vor, dass die genannten Aufgaben Pflegefachkräften zugeordnet werden. Im Idealfall sind dies jene Mitarbeiter, die auf Dauer die Funktion der zuständigen Pflegefachkraft übernehmen. 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.

Pflegefachkräfte sollen die Funktion des Hauptansprechpartners (und der Vertretung) auch deshalb übernehmen, weil sie die Bewohner tagtäglich begleiten, beobachten und ihnen Hilfe leisten. 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 eine enge Kooperation zwischen Pflege und Sozialem Dienst unerlässlich, vor allem dann, wenn der Soziale Dienst wichtige Aufgaben im Vorfeld des Heimeinzugs übernimmt. Doch auch unabhängig davon ist es unbedingt wünschenswert, sozialpädagogische Kompetenz einzubeziehen, wenn es um Fragen der sozialen Integration geht.

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 zuständige Pflegefachkraft, sondern eine andere Person als Hauptansprechpartner für die Angehörigen bestimmen (vgl. Qualitätsmaßstab „Zusammenarbeit mit Angehörigen“), sollten besonders darauf achten, dass die unterschiedliche personelle Zuständigkeit allen Beteiligten transparent ist. In diesem Fall ist außerdem eine enge Zusammenarbeit mit den betreffenden Mitarbeitern erforderlich.

4. Erstgespräch

- 4.1 Die Einrichtung stellt sicher, dass vor dem Heimeinzug ein Erstgespräch mit den Bewohnern und/oder ihren Angehörigen, entweder in ihrer Häuslichkeit oder im Krankenhaus, stattfindet. Die personelle Verantwortung für die Durchführung des Erstgesprächs ist festgelegt. Kann ein Erstgespräch aufgrund der Kurzfristigkeit des Heimeinzugs nicht durchgeführt werden, so sind die Inhalte (Punkt 4.2) nach erfolgtem Heimeinzug zu bearbeiten (vgl. Punkt 6 und 7).**
- 4.2 Die Inhalte des Erstgesprächs sind als 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, körperlicher Status, kommunikative und kognitive Fähigkeiten, Stimmungslage und Verhalten, Selbstpflegethemen und -ressourcen, medizinische Diagnosen, spezielle Behandlungen, behandelnde Ärzte sowie Informationen zur Medikation),
 - dass mit der Erfassung der im Kriterienkatalog „Biografie“ unter B) aufgeführten Informationen begonnen wird (siehe Anhang),
 - dass die Bewohner bzw. ihre Angehörigen darüber unterrichtet werden, dass besonderer Wert auf das Mitbringen von persönlichen Erinnerungsstücken 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 intensiver, 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.

Die Durchführung eines Erstgesprächs ist besonders schwierig oder zum Teil sogar nicht möglich, wenn Heimeinzüge sehr kurzfristig erfolgen. Die Einrichtungen sollten versuchen, organisatorische Anpassungen vorzunehmen, um auch bei kurzfristigen Heimeinzügen (1–3 Tage Vorbereitungszeit) ein Erstgespräch zu ermöglichen. Kann es in begründeten Einzelfällen dennoch 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 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 dem Sozialen Dienst und den Pflegekräften der Einrichtung darstellt. Um größtmögliche personelle Kontinuität herzustellen, wird empfohlen, die Durchführung des Erstgesprächs dem Hauptansprechpartner für die ersten Wochen des Heimaufenthalts zu übertragen.



Es ist nicht immer möglich, mit den Bewohnern selbst das Gespräch zu führen. In diesen Fällen nehmen die Angehörigen eine Stellvertreterfunktion ein, insbesondere wenn es um den in Punkt 4.2 näher beschriebenen Informationsaustausch geht.

■ Zu 4.2

In Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass Informationen über das Heimleben sowie Angebote der Einrichtung (z. B. Gruppenaktivitäten, Maßnahmen zur Förderung der sozialen Teilhabe) das Einleben der Bewohner in ihr neues Lebensumfeld positiv beeinflussen (Beaver 1979, Kowalski 1981, Pinguart/Devrient 1991). Daher sollte insbesondere darauf geachtet werden, über die Wohnsituation, das pflegerische Versorgungsangebot, die hauswirtschaftlichen Leistungen sowie die sozialen Angebote, aber auch über allgemeine Fragen der Alltagsgestaltung in der Einrichtung zu informieren (Saup 1990, Hahn 1983, Gräfe 1983). In diesem Zusammenhang ist sehr wichtig, Informationen in angemessener Form zu geben und auf die wichtigsten Fragen zu begrenzen. 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). Es ist eine Kunst, in Abhängigkeit von der individuellen Situation das richtige Maß zu finden.

Das Erstgespräch soll der Einrichtung auch ermöglichen, erste, für die Planung der Versorgung relevante „Basisinformationen“ über die Bewohner zu erhalten. Gemeint ist hiermit kein vollständiges pflegerisches Assessment, sondern das Erheben grundlegender Informationen über besondere Versorgungsanforderungen, die sich nach dem Heimeinzug voraussichtlich stellen werden.

In diesem Zusammenhang sind Informationen zur Lebensgeschichte und bisherigen Lebenssituation von besonderer Bedeutung. Insbesondere bei dementiell Erkrankten, aber auch bei anderen Bewohnern entstehen hierdurch kommunikative Zugangswege (Kerkhoff/Halbach 2002). Voraussetzung ist die Informationssammlung, die auf der Grundlage des Kriterienkatalogs zur Erfassung von „Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug“ durchgeführt und mit der im Erstgespräch begonnen werden sollte. Weitere Anknüpfungspunkte bieten persönliche Gegenstände und Möbelstücke, die neue Bewohner, soweit es die räumlichen Gegebenheiten der Einrichtung zulassen, mitbringen sollten.

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 darauf hinzuweisen, 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 insofern 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). Die wiederholte Erfassung identischer Informationen durch unterschiedliche Personen und der hiermit 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 Einzugstermin 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 rechtzeitig Maßnahmen ein, um die Verfügbarkeit der benötigten Medikamente und Hilfsmittel sicherzustellen.

■ 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 umfasst auch das Sicherstellen der Verfügbarkeit notwendiger Hilfsmittel und Medikamente der neuen Bewohner. 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. Zum Beispiel kann bereits vor dem Heimeinzug Kontakt zum Hausarzt hergestellt werden.

6. Einzugstag

- 6.1 Die Einrichtung legt fest, 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 Mit dem Aufnahmegespräch erfolgt mindestens:**
- die Fortführung des pflegerischen Assessments (insbesondere Informationssammlung zu Pflegeproblemen/-ressourcen und Pflegehilfsmitteln),
 - die Fortsetzung der Informationserfassung nach den im Kriterienkatalog „Biografie“ unter B) formulierten Hinweisen (siehe Anhang).
- 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.**

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 Mindestanforderungen 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 (MDS 2005) und mit der Erfassung biografischer Informationen fortzufahren. Ist der Bewohner aufgrund kognitiver Einschränkungen nicht zu einem Aufnahmegespräch in der Lage, so ist dieses, soweit möglich, mit den Angehörigen zu führen.

Damit der Hauptansprechpartner die entsprechenden Aufgaben durchführen kann, ist eine Anpassung der Arbeitsorganisation des Wohnbereichs (ggf. auch Verschiebung des Dienstbeginns des Hauptansprechpartners) erforderlich.

Die Durchführung des Aufnahmegesprächs verfolgt unterschiedliche Zielsetzungen. Es geht nicht ausschließlich um die Ermittlung und einen wechselseitigen Austausch von Informationen, sondern im gleichen Maße 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 vielmehr Wert darauf gelegt wird, dass sich ein Gespräch entwickelt. Es kann zudem sinnvoll sein, das Aufnahmegespräch zu splitten und 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, nach Möglichkeit täglich, Kontakt zum neuen Bewohner auf und leistet Unterstützung zur Bewältigung des Heimeinzugs.
- 7.2 Die Bewohner werden über die Hausabläufe und die Wäscheversorgung sowie die Angebote der Einrichtung informiert. Spätestens am dritten Tag des Aufenthalts werden mit ihnen vorläufige Absprachen zum Tagesablauf (einschl. Verpflegung/Einnahme der Mahlzeiten) getroffen. Bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern sind ggf. die Angehörigen zu beteiligen bzw. zu informieren.
- 7.3 Die Bewohner erhalten, sofern sie dazu in der Lage sind und dies ihren Bedürfnissen entspricht, eine Hausführung, bei der ihnen mindestens
 - das Wohnumfeld und
 - Angebote außerhalb des Wohnbereichs sowie ggf. Mitarbeiter außerhalb des Wohnbereichs vorgestellt werden.
- 7.4 Es ist sichergestellt, dass die neuen Bewohner den Heimbeirat und ggf. den Heimfürsprecher persönlich kennen lernen.
- 7.5 Gemeinsam mit den neuen Bewohnern wird unter Berücksichtigung ihrer Biografie ein Aktivitätenplan erstellt (ggf. unter Beteiligung des Sozialen Dienstes).
- 7.6 Die Vitalwerte werden innerhalb der ersten Woche ermittelt.
- 7.7 Wenn die notwendigen Hilfsmittel beim Einzug der Bewohner noch nicht verfügbar sind, strebt die Einrichtung an, die Verfügbarkeit möglichst innerhalb der ersten Woche sicherzustellen.
- 7.8 Spätestens zwei Wochen nach dem Heimeinzug liegt eine erste Pflegeplanung auf der Grundlage der Ergebnisse des ersten pflegerischen Assessments vor.
- 7.9 Vier bis maximal sechs Wochen nach dem Heimeinzug wird ein Integrationsgespräch mit den neu eingezogenen Bewohnern geführt. Das Konzept der Einrichtung legt fest, wer neben den Bewohnern, ggf. ihren Angehörigen und dem Hauptansprechpartner an dem Integrationsgespräch teilnimmt. Für die Beteiligung Angehöriger und ggf. weiterer Personen ist das Einverständnis der Bewohner einzuholen. Die Inhalte und Ergebnisse des Integrationsgesprächs werden dokumentiert.
- 7.10 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.
- 7.11 Die Erfassung der im Kriterienkatalog „Biografie“ unter B) aufgeführten Informationen wird abgeschlossen, die Erfassung der dort unter C) aufgeführten Informationen wird begonnen und so weit wie möglich vervollständigt (siehe Anhang).

7.12 Die Angehörigen werden über den Verlauf der ersten Aufenthaltsphase informiert. Die Einrichtung wirkt darauf hin, dass die Angehörigen dazu motiviert werden, sich aktiv an der Gestaltung der ersten Phase des Aufenthalts zu beteiligen, sofern sie sich nicht in einer schwierigen Belastungssituation befinden. Die Beteiligung Angehöriger setzt das Einverständnis der Bewohner voraus (vgl. Qualitätsmaßstab „Zusammenarbeit mit Angehörigen“).

Das Einleben in das neue Wohn- und Lebensumfeld in der Pflegeeinrichtung 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 weitreichenden 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). Der vorliegende Qualitätsmaßstab 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 darin zu unterstützen, sich in die neue Umgebung einzuleben. Dabei ist zu bedenken, dass die psychische Situation der neuen Bewohner nicht nur vom 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 Unterstützung 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 zunächst ggf. der Entlastung bedürfen (vgl. Punkt 7.12). 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 (Antonucci 2001). Daneben sollten natürlich auch neue Kontakte innerhalb der Einrichtung gefördert werden.

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 dies zu einer Überforderung führen könnte. Es liegt im Ermes-

sen des Hauptansprechpartners, den hierfür geeigneten Zeitpunkt zu wählen. Bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern sollten, neben der Einbeziehung von Angehörigen, auch biografische Informationen die Grundlage für die Gestaltung des Tagesablaufs sein.

■ Zu 7.3/7.5

Ein weiterer Einflussfaktor für eine gelingende Eingewöhnung ist die Heimsituation als solche, insbesondere das Ausmaß der angebotenen Anregungen und der Abwechslung, die dazu beitragen, Institutionalisierungseffekte wie Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, Nachlassen des Aktivitätsniveaus oder Veränderung des Zeitbezugs zu vermeiden (Wirsing 1987). In diesem Zusammenhang ist die Planung von Aktivitäten von besonderer Bedeutung. Sie sollte spätestens mit Ablauf der ersten Woche, vorläufig abgeschlossen werden. Angebote sind besonders dann hilfreich, wenn sie vor dem Hintergrund biografischer Erkenntnisse geplant 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 sinnvollerweise auch auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden kann. Eine Hausführung in der ersten Phase des Aufenthalts ist auch dann sinnvoll, wenn bereits vor dem Heimeinzug (siehe Punkt 5.1) eine Hausbesichtigung erfolgt ist. Nach dem Einzug werden Bewohner zusätzliche bzw. vertiefende Informationen erhalten bzw. andere Fragen haben als noch vor dem Einzug.

■ Zu 7.6

Die Vitalwerte der Bewohner werden im Regelfall in der ersten Woche des Aufenthalts ermittelt. Ob es nötig ist, Vitalwerte früher zu erfassen, ergibt sich aus den Ergebnissen des Aufnahmegesprächs am Einzugstag (Punkt 6.2).

■ Zu 7.9

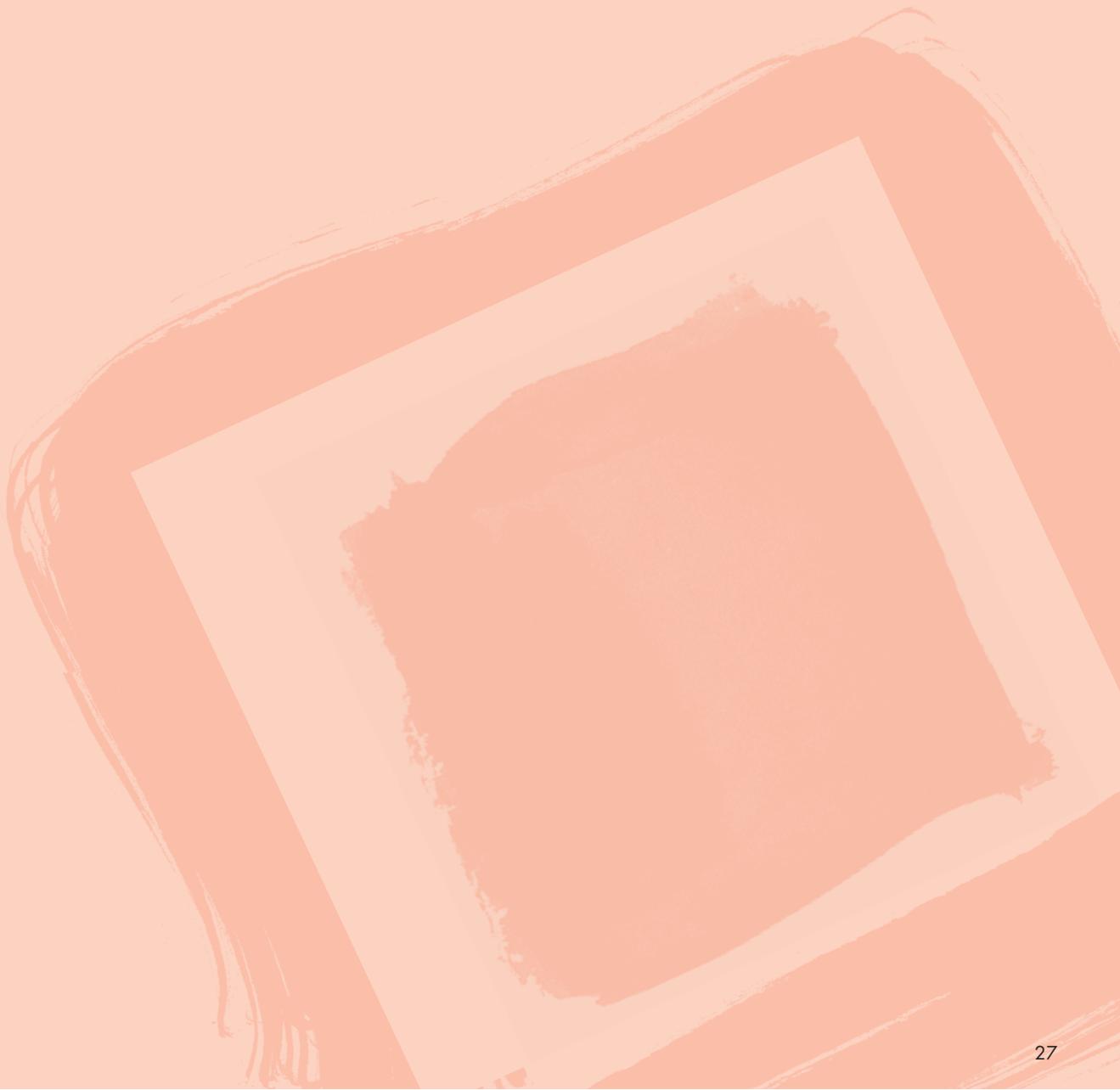
Das Integrationsgespräch dient dazu, gemeinsam den Stand des Einlebens zu reflektieren und Lösungen für etwaige Probleme zu entwickeln. Hierbei ist es hilfreich, wenn die Einrichtung die Inhalte des Integrationsgesprächs festlegt. Das IPW empfiehlt, zumindest die folgenden Themen im Integrationsgespräch mit konkreten Fragen anzusprechen:

- Privatsphäre (z. B. Anklopfen der Mitarbeiter)
- Entscheidungsautonomie (z. B. Auswahl der Kleidung)
- Selbständigkeit (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. Daher ist es notwendig, sie zu dokumentieren.

Qualitätsmaßstab Zusammenarbeit mit Angehörigen (Angehörigenarbeit)

Version 1.0



Qualitätsmaßstab

Zusammenarbeit mit Angehörigen (Angehörigenarbeit)

Einleitung

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“ (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2000: 135).

Mit dem Qualitätsmaßstab 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).

Der Qualitätsmaßstab geht vom Erfordernis einer kontinuierlichen Angehörigenarbeit aus. Die Intensität der Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern und den Angehörigen unterliegt im Laufe der Zeit Schwankungen. „Am intensivsten wird beim Einzug, bei der Verschlechterung des körperlichen oder psychischen Zustandes des Heimbewohners und in der Sterbephase zusammengearbeitet“ (Kuratorium Deutsche Altershilfe 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 (Bauer et al. 2001). Angehörigenarbeit ist daher kontinuierlich während des gesamten Heimaufenthaltes der Bewohner erforderlich.

Es 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, ist das Vorhandensein einer sozialen Bindung und emotionalen Nähe zwischen Bewohner und der jeweiligen Person. Hiervon abzugrenzen sind Betreuer, die nicht zwangsläufig eine persönliche Bindung zum Bewohner aufweisen. Im Einzelfall kann es also mehrere Ansprechpartner für die Einrichtung geben. 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 zu unterstützen und 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 in den Einrichtungen aufbauen sollte. Sie beinhalten eine grundlegende Orientierung, die bei allen konkreten Maßnahmen in diesem Aufgabenfeld handlungsleitend sein sollte, und beruhen auf folgenden Überlegungen:

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 alter sozialer Bindungen begleitet wird. Die Beziehung zu den Angehörigen bietet eine vergleichsweise stabile Grundlage zur Erhaltung gewohnter und wichtiger 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 Angelegenheiten jenseits von Fragen des Lebens im Heim. Tragfähige Beziehungen zwischen Heimbewohnern und ihren Angehörigen können viel dazu beitragen, sich sicher und nicht durch äußere Anforderungen überfordert zu fühlen (McGarry Logue 2003). Angehörige sind zugleich wichtige Partner bei der Realisierung einer adäquaten Unterstützung der Bewohner. Insbesondere bei dementiell Erkrankten, aber auch bei anderen Bewohnern können sie wertvolle Informationen und Hinweise zur bedarfs- und bedürfnisgerechten Gestaltung der Versorgung geben.

Die Einbeziehung der Angehörigen und die Förderung des Kontaktes zwischen Bewohnern und Angehörigen stellt für vollstationäre Pflegeeinrichtungen insofern eine wichtige Aufgabe dar, 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 um identische Interessenlagen handelt. Angehörigenarbeit bewegt sich gelegentlich also 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 unter anderem vor der Herausforderung, „mit den vielfältigen Einstellungen und Handlungsperspektiven, die durch Angehörige eingebracht werden, dynamisch und erprobend umzugehen“ (Steiner 2001: 87).

Diese Feststellungen sind für das Verständnis des vorliegenden Anforderungskatalogs grundlegend wichtig: Auch wenn es in den Anforderungen 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 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.

Schließlich ist zu beachten, dass der Heimaufenthalt nicht nur für die Bewohner, sondern oftmals auch für die Angehörigen eine neue, belastende Situation darstellt (vgl. Sidell 1997). 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. Kuratorium Deutsche Altershilfe 2000).

Dabei kann es 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.

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 den 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 Qualitätsmaßstab formulierten Anforderungen Rechnung. Durch Einweisungen/Schulungen sorgt die Einrichtung dafür, dass das Konzept allen Mitarbeitern bekannt ist.

Alle Qualitätsmaßstäbe, die im Rahmen des Projekts „Referenzmodelle“ entwickelt werden, schreiben die Verfügbarkeit eines schriftlichen Konzepts vor. Die Qualitätsmaßstäbe selbst haben den Charakter eines Anforderungskatalogs, nicht eines Konzepts. Sie stecken den Rahmen für die Entwicklung bzw. Anpassung einrichtungsspezifischer Konzepte ab. Damit soll den individuellen Erfordernissen und Möglichkeiten der Einrichtungen Rechnung getragen werden, ohne ein definiertes Mindestmaß an Qualität zu unterschreiten. Bei der Entwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte, die den Vorgaben der Qualitätsmaßstäbe gerecht werden, können und sollten die Einrichtungen auf von ihnen bereits erarbeitete Konzepte zurückgreifen.

Bei der Konzeptentwicklung bzw. -anpassung sollte darauf geachtet werden, wie konkret die Vorgaben des Qualitätsmaßstabs 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 und operationalisiert werden müssen. Das Konzept sollte so konkret formuliert sein, dass alle Mitarbeiter der Einrichtung Klarheit über Zuständigkeiten, Aufgaben und Abläufe gewinnen.

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 den Mitarbeitern im Arbeitsalltag tatsächlich als verbindliche Vorgabe akzeptiert und bis zu einem gewissen Grad verinnerlicht werden.

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 aufnehmen (Janzen 2001). Auch die erfolgreiche 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 jenen Pflegefachkräften übernommen wird, die für die individuelle Gestaltung der Versorgung der jeweiligen Bewohner zuständig sind (zuständige Pflegefachkraft). 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 aufwendige 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.

■ 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. Hierbei 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 hierbei 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“ (Kuratorium Deutsche Altershilfe 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 Mitbe-

wohners 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 Herstellung von Transparenz müssen den Angehörigen Informationen zum Geschehen in der Einrichtung zugänglich gemacht werden. Sie sind eine Grundvoraussetzung für die mögliche 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, die die Einrichtung nicht regelmäßig aufsuchen, sollten auf geeigneten Wegen (z. B. postalisch) Informationen erhalten.

■ Zu 5.2

Veranstaltungen für Angehörige werden in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe 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 werden. 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 oder wohnbereichsbezogen durchgeführt werden. Allerdings zeigen die Erfahrungen vieler Referenzeinrichtungen, dass wohnbereichsbezogene Veranstaltungen oft nur schwach besucht werden. Jede Einrichtung sollte anhand ihrer Erfahrungen und unter Abwägung von Aufwand und Nutzen sinnvolle Schwerpunktsetzungen vornehmen.

■ Zu 5.3

Bei der Einbeziehung in Feste, Ausflüge etc. sind die Angehörigen weniger Adressaten der Angebote als vielmehr Mitwirkende. Ggf. 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 eine gewisse 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, individuelle telefonische 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. Die Einzelberatung wird auch von den Angehörigen bevorzugt nachgefragt (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2000). Allerdings weisen Umfang und Intensität zwischen den Einrichtungen große Unterschiede auf. Im Rahmen der Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur“ zeigte sich, dass der Zeitaufwand für Kontakte zu Angehörigen im Durchschnitt eher gering ausfällt (Wingenfeld/Schnabel 2002).

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 (siehe z. B. Punkt 5.3, 6.6, 6.9 oder 6.10).

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 der Angehörigen. Daher empfiehlt sich die Vereinbarung individueller Termine, so dass sowohl für die Angehörigen als auch die Mitarbeiter eine Planbarkeit besteht. Die Mitarbeiter sollten also anstreben, ungeplante Gespräche mit 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.



■ Zu 6.3

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

■ Zu 6.4

Unter Hinzuziehung der oben genannten Dokumentation sollten sich alle im Einzelfall beteiligten Mitarbeiter über Kontakte und Gespräche mit den Angehörigen regelmäßig austauschen. Auf diesem Wege 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. Je nach Sachverhalt kann unter Umständen das Hinzuziehen anderer Personen (z. B. Heimleitung, Hausarzt) sinnvoll sein. Es liegt in der Verantwortung der Hauptansprechpartner, den regelmäßigen Austausch zu koordinieren bzw. sicherzustellen. Es empfiehlt sich, hierzu die regulären Dienstübergaben zu nutzen.

■ 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 Biographieerfassung und bei der Erstellung der Pflegeplanung einbezogen.

6.10 Es ist sichergestellt, dass bei aktuellen, schwierigen Pflegesituationen eine Abstimmung mit den Angehörigen vorgenommen wird 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 haben sollte 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.

■ Zu 6.6/6.7/6.8

Angehörige benötigen Informationen darüber, dass sie sich in die pflegerische, hauswirtschaftliche und psychosoziale Versorgung und Betreuung einbringen und hierbei Unterstützung erhalten können. Die Initiative muss gezielt von den Mitarbeitern der Einrichtung ausgehen.

Viele Angehörige haben bereits eine längere „Pflegekarriere“ hinter sich und legen zum Teil Wert darauf, ihre Unterstützung in irgendeiner Form fortsetzen 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 stellt sich anders dar als die von Angehörigen ohne Pflegeerfahrung.

Die Art der Einbindung von Angehörigen in den Versorgungsalltag kann daher eine große Vielfalt aufweisen, das Spektrum reicht von der (passiven) Anwesenheit der Angehörigen bei pflegerischen Maßnahmen bis zur aktiven Übernahme wichtiger Bestandteile der Pflege. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Angehörigen nicht in der Lage ist oder nicht wünscht, eingebunden zu werden. Der Ermittlung der individuellen Möglichkeiten und Interessen der Angehörigen kommt daher ein wichtiger Stellenwert zu.

■ Zu 6.9/6.10

Neben der direkten Einbeziehung in die Versorgung sollten 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. Zudem 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 Angehörige die selbständige Durchführung von (Teil)-Aktivitäten durch Bewohner als geplante Handlung identifizieren und nicht als Vernachlässigung der Mitarbeiterpflichten bewerten.

Zusätzlich hierzu sind mit den Angehörigen Abstimmungen anzustreben, wenn sich aufgrund einer aktuellen und problematischen Situation Veränderungen hinsichtlich der Versorgung ergeben (siehe auch 7.4). Hierdurch soll den Angehörigen, neben der Informationsübermittlung, auch die Möglichkeit zum Austausch über die veränderte Situation gegeben werden.



7. Verfahrensweisen in besonderen Situationen

- 7.1 Die Einrichtung stellt sicher, dass die Angehörigen gemäß des Qualitätsmaßstabs „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ in den Prozess des Heimeinzugs einbezogen werden.
- 7.2 Die Einrichtung gewährleistet, dass die Angehörigen gemäß des Qualitätsmaßstabs „Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen“ in die Begleitung des sterbenden Bewohners einbezogen werden.
- 7.3 Die Einrichtung stellt sicher, dass sie gemäß des Qualitätsmaßstabs „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“ mit den Angehörigen kooperiert und diese ausreichend informiert.
- 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 werden in separaten übergeordneten Qualitätsmaßstäben 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 Es ist sichergestellt, dass die Wünsche und Bedürfnisse der Angehörigen regelmäßig erfasst und beurteilt werden.

■ 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. Der vorliegende Qualitätsmaßstab 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 stationären 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, und Optimierungsbedarf aus Sicht der Angehörigen aufzeigen (Nübling et al. 2004).



Qualitätsmaßstab Kooperation mit niedergelassenen Ärzten

Version 1.0

erstellt in Zusammenarbeit mit
Dr. med. Dipl.-Psych. Barbara Höft
Institutsambulanz Gerontopsychiatrie der Rheinischen Kliniken,
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, ehem. Landesärztin für Gerontopsychiatrie
Dr. med. Wolfgang Seyfarth
Ehem. Grundsatzreferent Pflegeversicherung beim MDK Nordrhein

Qualitätsmaßstab

Kooperation mit niedergelassenen Ärzten

Einleitung

Der Qualitätsmaßstab „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)

Es handelt sich dabei um einen Aufgabenbereich, in dem die Gestaltungsmöglichkeiten der Einrichtungen ihre Grenze an der ärztlichen Entscheidungsautonomie finden. Die Einrichtungen können sich – darauf zielen viele der folgenden Vorgaben ab – darum bemühen, die Voraussetzungen herzustellen, die für eine tragfähige Zusammenarbeit notwendig sind. 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. Absprachen über die Kooperation müssen daher mit jedem einzelnen Arzt getroffen werden, wodurch für die Einrichtungen natürlich ein hoher Aufwand entsteht.

Dennoch dokumentiert die Erfahrung vieler Einrichtungen tragfähige und mitunter sehr produktive Kooperationsbeziehungen zwischen Pflege und Medizin. Trotz vieler Begrenzungen können die Einrichtungen hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten.

Äußerst wünschenswert wäre es darüber hinaus, Fragen der Kooperation zwischen 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.

Aufgrund der genannten Besonderheiten enthält der vorliegende Qualitätsmaßstab 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 bloße Empfehlungen missverstanden werden. Sie markieren vielmehr verbindliche Anforderungen an das Handeln der Einrichtung bzw. Mitarbeiter, verweisen jedoch darauf, dass die Einrichtung das angestrebte Ergebnis ihres Handelns nicht allein gewährleisten kann.

Mit der Umsetzung des vorliegenden Qualitätsmaßstabs verdeutlichen die Einrichtungen ihre Vorstellungen zur Kooperation. Sie unterbreiten damit ein Kooperationsangebot, das 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 Besuchen 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. Grundsätze

- 1.1 **Die Pflegeeinrichtung unterstützt ihre Bewohner bei der Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit. Dies schließt die Unterstützung bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und der Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen ein. 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.**

Um die ärztliche bzw. fachärztliche Versorgung der Bewohner einer Pflegeeinrichtung sicherzustellen, ist oftmals der Kontakt und die Kommunikation zwischen Arzt und Patient allein nicht ausreichend. Bewohner sind z. B. aufgrund kognitiver Einschränkungen nicht mehr in der Lage, Kontakt zum Arzt aufzunehmen, diesem ihr Anliegen zu vermitteln oder ärztliche An-/Verordnungen in die Praxis 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. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass Ärzte und Pflegefachkräfte durchaus unterschiedliche Vorstellungen darüber haben können, was unter einer gelungenen Zusammenarbeit zu verstehen ist (Garms-Homolová 1998).

Die in diesem Qualitätsmaßstab 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 Qualitätsmaßstabs kann der Eindruck entstehen, dass die Kooperationsbemühungen allein von der Einrichtung ausgehen und nicht von den Ärzten. Dieses ist der Tatsache geschuldet, dass der Qualitätsmaßstab Anforderungen an die Pflegeeinrichtungen formuliert und sich nicht direkt an Ärzte wendet. Dennoch sei klargestellt, dass die Gestaltung einer Schnittstelle niemals allein von einer Seite zu verantworten ist und somit Ärzte – ebenso wie die Pflegeeinrichtungen – ihren Anteil zur Kooperation beitragen sollten. Wie die Erfahrungen der Modelleinrichtungen zeigen, gelingt dies in der Praxis in unterschiedlichem Maße. Allerdings sei nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Pflegeeinrichtung konkrete Schritte unternehmen sollte, um eine Kooperation herbeizuführen – auch wenn sie nicht allein für das Ergebnis verantwortlich gemacht werden kann.

Die Grundsätze und alle nachfolgenden Anforderungen verfolgen das Anliegen, die ärztliche Versorgung der Bewohner zu unterstützen. Dieses geschieht stets, auch wenn es nicht explizit erwähnt wird, im Sinne und zum Wohl der Bewohner. Wie aus den Grundsätzen hervorgeht, spielt im Rahmen der ärztlichen Versorgung der Bewohner die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und Arzt eine herausragende Rolle. Diese Themen ziehen sich wie ein roter Faden durch den Qualitätsmaßstab und werden in den Anforderungen konkretisiert. Ziel sollten Vereinbarungen sein, welche die zahlreichen Aspekte der Kooperation regeln. Verbindliche Vereinbarungen sollten vorrangig mit den Ärzten angestrebt werden, die regelmäßig Bewohner der Einrichtung betreuen. Hierbei wird es sich vorrangig um Hausärzte handeln, da die hausärztliche Versorgung nach wie vor „die wichtigste medizinische Versorgungsstruktur“ der Bewohner ist (Becker et al. 2005: 25). Die Dokumentation dieser Vereinbarungen ist unerlässlich, allerdings besteht nicht die Notwendigkeit, einen separaten Kooperationsvertrag zu schließen.

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 Qualitätsmaßstab formulierten Anforderungen Rechnung tragen. Durch Einweisungen/Schulungen sorgt die Einrichtung dafür, dass das Konzept 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 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.

Alle Qualitätsmaßstäbe, die im Rahmen des Projekts „Referenzmodelle“ entwickelt werden, schreiben die Verfügbarkeit eines schriftlichen Konzepts vor. Die Qualitätsmaßstäbe selbst haben den Charakter eines Anforderungskatalogs, nicht eines Konzepts. Sie stecken den Rahmen für die Entwicklung bzw. Anpassung einrichtungsspezifischer Konzepte ab. Damit soll den individuellen Erfordernissen und Möglichkeiten der Einrichtungen Rechnung getragen werden, ohne ein definiertes Mindestmaß an Qualität zu unterschreiten. Bei der Entwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte, die den Vorgaben der Qualitätsmaßstäbe gerecht werden, können und sollten die Einrichtungen auf von ihnen bereits erarbeitete Konzepte zurückgreifen.

Bei der Konzeptentwicklung bzw. -anpassung sollte darauf geachtet werden, wie konkret die Vorgaben des Qualitätsmaßstabs 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 und operationalisiert werden müssen. Das Konzept sollte so konkret formuliert sein, dass alle Mitarbeiter der Einrichtung Klarheit über Zuständigkeiten, Aufgaben und Abläufe gewinnen.

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 den Mitarbeitern im Arbeitsalltag tatsächlich als verbindliche Vorgabe akzeptiert und bis zu einem gewissen Grad verinnerlicht werden.

Die Anforderung, dass Bewohner, Angehörige/Betreuer und Ärzte über die relevanten Inhalte des Konzepts informiert werden, kann auf unterschiedliche Weise umgesetzt werden. Bewohner und Angehörige können zum Beispiel im Rahmen des Heimeinzugs (vgl. Qualitätsmaßstab „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“) informiert werden. Die Gestaltung der Kooperation zwischen Einrichtung und Ärzten kann aber auch ein Thema eines Angehörigentreffen sein (vgl. Qualitätsmaßstab „Zusammenarbeit mit Angehörigen“). Die Information der Ärzte kann ebenfalls auf unterschiedlichen Wegen erfolgen, z. B. auf schriftlichem Weg, im Rahmen eines initialen Kooperationsgesprächs oder bei anderen Besprechungen (vgl. Anforderung 4.5).

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 Pflegeeinrichtung benennt für jeden Bewohner eine Pflegefachkraft (zuständige Pflegefachkraft) und eine Vertretung, die für alle an der Versorgung des Bewohners beteiligten Ärzte Ansprechpartner sind und Aufgaben im Rahmen der Kooperation wahrnehmen.**
- 3.4 Die Begleitung des Arztes bei Hausbesuchen in der Einrichtung erfolgt durch Pflegefachkräfte.**

■ Zu 3.1

Diese Anforderung zielt darauf ab, dass die Kooperation zwischen Pflege und Medizin innerhalb einer Einrichtung auf einheitlichen, förderlichen Bedingungen aufbauen kann. Um welche Voraussetzungen es sich handelt, ist in den weiteren Ausführungen

des Qualitätsmaßstabs näher beschrieben. In erster Linie handelt es sich um die Regelung von Fragen der Schweigepflichtsentbindung, die Führung von Kooperationsgesprächen mit neu hinzu kommenden Ärzten und die Mitwirkung bei der Behebung von Kooperationsproblemen.

■ Zu 3.2

Die Delegation der Durchführung von ärztlich verordneten bzw. angeordneten Maßnahmen sollte sich nur auf einige wenige Maßnahmen (z. B. Überwachung der Medikamenteneinnahme im Rahmen der Mahlzeiten oder Anziehen von Kompressionsstrümpfen) beziehen. Es sollte nicht der Eindruck entstehen, dass generell jede Nicht-Pflegefachkraft diese Maßnahmen durchführen kann. Daher ist besonderer Wert auf eine entsprechende Anleitung und Kontrolle zu legen. Konkrete Regelungen zur Frage, welche Maßnahmen delegierbar sind, müssen schriftlich fixiert sein.

■ Zu 3.3

Die in der Anforderung erwähnten Aufgaben im Rahmen der Kooperation werden in anderen Anforderungen konkretisiert, wie z. B. in 4.3, 4.4, 6.2. Hierbei ist zu beachten, dass die jeweils für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft diese Aufgaben nur wahrnehmen kann, wenn es sich um geplante Kontakte (telefonisch/persönlich) zum Arzt handelt. Dies schließt auch ein, dass die Pflegefachkraft von sich aus den Kontakt zum Arzt sucht. Allerdings kann z. B. bei ungeplanten Arztbesuchen in der Einrichtung nicht davon ausgegangen werden, dass die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft oder ihre Vertretung vor Ort ist. In diesem Fall sei auf den Grundsatz 1.2 und die Anforderungen 3.4 und 6.4 verwiesen.

■ Zu 3.4

Die Anforderung ist in engem Zusammenhang mit der Anforderung 6.4 zu sehen. Ist eine Begleitung während des Besuchs des Arztes beim Bewohner erforderlich, wird diese von einer Pflegefachkraft übernommen. Diese Anforderung ist jedoch bei ungeplanten Besuchen zum Teil nicht zu erfüllen. Dies unterstreicht nochmals die Notwendigkeit von Absprachen gemäß der Anforderung 6.3. Trotz intensiver Kooperationsbemühungen wird es immer wieder zu ungeplanten Besuchen kommen und die Einrichtung sollte hierzu Verfahrensweisen entwickeln. Sie sollte festlegen, wer die Begleitung übernimmt, wenn die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft nicht anwesend ist. Andere im Haus tätige Pflegefachkräfte können im Einzelfall die Begleitung übernehmen. Allerdings setzt dies voraus, dass allen Mitarbeitern bekannt ist, wer zu welchen Zeiten hierfür vorgesehen ist. Zudem muss die Pflegedokumentation entsprechende Informationen enthalten, die es auch einer Pflegefachkraft, die den Bewohner nicht kennt, erlaubt, die Begleitung zu übernehmen. Findet während des Besuchs keine Begleitung durch Mitarbeiter der Einrichtung statt, sollten andere Wege gesucht werden, um die Informationsübermittlung zwischen Einrichtung und Arzt zu gewährleisten. Aus Berichten der Modelleinrichtungen ist bekannt, dass z. B. Ärzte im Anschluss an ihren Besuch von sich aus die Pflegemitarbeiter über wichtige Änderungen informieren.

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 dem jeweiligen Arzt 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 Effekte und Nebeneffekte der Medikation,
 - Beobachtung und Dokumentation der Effekte und Nebeneffekte 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 allen beteiligten Ärzten ein initiales (einführendes) Kooperationsgespräch sowie regelmäßige Besprechungen zu Fragen der Organisation der ärztlichen Versorgung der Bewohner einer Pflegeeinrichtung 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 im Dreiecksverhältnis 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 gegenüber 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 Ermächtigung 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 holen. Diesbezügliche Absprachen sollten Gegenstand des initialen Kooperationsgesprächs (siehe 4.5) sein.

■ Zu 4.3

Da die Mitarbeiter der Einrichtung tagtäglich Beobachtungen dazu machen, welche Effekte, Nebeneffekte und Probleme im Rahmen ärztlicher Verordnungen relevant sind, können diese Informationen ggf. maßgeblich zur Optimierung der ärztlichen Behandlung beitragen. Sie sind besonders 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. Die Anwendung von Medikamenten setzt immer eine exakte Diagnose und Indikationsstellung voraus. Da sich die Ausprägung von Krankheitszuständen und Symptomen ändert, muss die Dosierung der Medikation regelmäßig geprüft und angepasst werden, wobei der Arzt in hohem Maße auf die Information durch die Pflegekräfte angewiesen ist (Panknin 2003). Dies ist insbesondere bei psychisch erkrankten Bewohnern von großer Bedeutung (Aktion Psychisch Kranke e. V. 2000).

Das Unterstützungsangebot muss gegenüber den behandelnden Ärzten deutlich vorgetragen werden. Die Mitarbeiter haben allerdings keinen Einfluss darauf, inwieweit die Ärzte es tatsächlich nutzen.

■ Zu 4.4

Diese Anforderung bezieht sich auf konkrete Absprachen, die zwischen dem Arzt und der für den Bewohner zuständigen Pflegefachkraft getroffen werden sollen. Die konkreten Absprachen beziehen sich zum einen auf besondere Aspekte der Beobachtung, aber auch auf die Kontaktaufnahme zu anderen Personen (Angehörige, Fachärzte). Mit letzterem ist gemeint, dass zwischen Arzt und Pflegefachkraft thematisiert werden sollte, ob das Hinzuziehen weiterer Personen sinnvoll ist. Die Entscheidung liegt letztendlich beim Arzt, doch kann die Pflegefachkraft entsprechende Anregungen geben.

Der letzte Unterpunkt der Anforderung 4.4 bezieht sich auf Situationen, in denen auch unabhängig von Notfällen (vgl. Punkt 7), 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. Dieser Unterpunkt zielt darauf ab, dass zwischen dem jeweiligen Arzt und der zuständigen Pflegefachkraft Absprachen getroffen werden, unter welchen Voraussetzungen, in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt die Information übermittelt wird.

Getroffene Absprachen sollten dokumentiert werden, wobei es sich auch 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 einem Arzt gemeint, mit dem 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.

Bei den regelmäßigen Besprechungen ist an Besprechungen gedacht, zu denen die Einrichtung ein- oder zweimal jährlich die dort tätigen Ärzte einlädt. Die konkrete Ausgestaltung dieses Angebotes bleibt der Einrichtung überlassen; „Gesamtkonferenzen“ sind ebenso denkbar wie Zusammenkünfte, zu denen jeweils ein Teil der Ärzte eingeladen wird.

Es kann sich auch hier nur um ein Angebot an die Ärzte handeln, dessen Nutzen in hohem Maße von deren Teilnahmebereitschaft abhängt. Gespräche dieser Art haben sich dort, wo sie stattfinden, als qualitätsfördernd erwiesen. Sie bieten beispielsweise Gelegenheit, Erfahrungen auszutauschen, Verfahrensweisen zu vereinbaren oder vereinbarte 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 Problemlagen ergeben.
- 5.2 Die Einrichtung gewährleistet, dass die behandelnden Ärzte auf Wunsch Einsicht in die Pflegedokumentation nehmen können und – ebenfalls auf ausdrücklichen Wunsch – Gelegenheit zu einem Gespräch zur Abstimmung von Pflegeplanung und medizinischer Therapie erhalten.
- 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 durch 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 (Becker et. al 1999). Auch wenn aus den Erfahrungen der Modell-einrichtungen bekannt ist, dass Ärzte sich nur selten für eine Einsicht in die Pflegedokumentation interessieren, sollte diese Möglichkeit generell bestehen.



■ Zu 5.3

Zu den in der Pflegedokumentation vorzuhaltenden 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. Aus diesem Grunde findet sich hier die Formulierung „wirkt darauf hin“. Bei unvollständiger ärztlicher Dokumentation empfiehlt es sich, in der Pflegedokumentation zu vermerken, dass und wann entsprechende Anforderungen an den betreffenden Arzt ergangen sind. Die Funktion der Pflegedokumentation sollte den Ärzten erläutert werden, da diese nicht zwangsläufig bekannt ist (Garms-Homolová 1998).

Von Bedeutung sind dabei 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.

Aus den praktischen Erfahrungen der Modelleinrichtungen ist bekannt, dass es aufgrund eines unleserlichen Schriftbildes der Ärzte sinnvoll sein kann, z. B. Medikamentennamen oder sonstige Verordnungen von den Mitarbeitern dokumentieren zu lassen und dass der Arzt sich lediglich auf das Abzeichnen der An-/Verordnung beschränkt.

6. Arztbesuche

- 6.1 Die Einrichtung wirkt darauf hin, dass alle Heimbewohner entsprechend ihres individuellen Bedarfs regelmäßig Arztbesuche in der Einrichtung erhalten oder den Arzt aufsuchen.
- 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

Dieses Hinwirken erfolgt vor allem in Form einer Beratung des Bewohners oder der Angehörigen und der Unterstützung bei der Aufnahme von Kontakt zu einer Arztpraxis. Dabei sollte auch – unter Berücksichtigung des Rechts auf freie Arztwahl (Tiebe 2005) – über die Möglichkeit der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen informiert werden. Denn die fachärztliche Versorgung, beispielsweise durch Augen-, Frauen- und HNO-Ärzte ist zur Zeit als nicht ausreichend zu bezeichnen (Hallauer et al. 2005).

Des Weiteren ist es empfehlenswert, den bei Heimbewohnern zum Teil wenig thematisierten Bedarf an Vorsorge-/Nachsorgeuntersuchungen in Betracht zu ziehen. 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). Dabei sind nur wenige Bewohner 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 zu erfolgen hat. 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 vorrangig Arztbesuche 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 informieren 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

Arztbesuche sollten grundsätzlich auch ohne Anwesenheit einer Pflegefachkraft möglich sein.

Ist weder die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft noch ihre Vertretung im Dienst, wird die Begleitung (bei Bedarf) nach vorheriger Abstimmung durch eine andere Pflegefachkraft übernommen (siehe Anmerkung zu Anforderung 3.4).

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 bei medizinischen Notfällen an, die deren Einsatzbereitschaft sowie die Verfügbarkeit und Weitergabe von besonders wichtigen Krankheitsbefunden regelt.**
- 7.3 Nach dem Eintreten eines medizinischen Notfalls werden Angehörige 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

Diese Anforderung 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 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 und die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung zu stellen (Gaßner 2005).

■ Zu 7.2

Damit die 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 Indikation für den 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 können.

■ Zu 7.3

Angehörige des Bewohners müssen so rasch wie möglich über das Eintreten eines medizinischen Notfalls 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. 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 Effekte und Nebeneffekte erforderlich sind.**

Um die Anforderungen einer fachgerechten Pflege zur Unterstützung der medizinischen Behandlung 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) oder 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.

Hierbei sollte jede Einrichtung den Qualifikationsbedarf ihrer Mitarbeiter anhand der im Alltag zu bewältigenden Anforderungen konkretisieren. So existieren beispielsweise unterschiedliche Arrangements bezüglich der Frage, inwieweit Ärzte selbst die Durchführung einiger von ihnen verordneter Maßnahmen übernehmen (z. B. Katheterwechsel).

Qualitätsmaßstab Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten

Version 1.0



Qualitätsmaßstab Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten

Einleitung

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). In Deutschland gibt es seit Ende der 1980er Jahre vermehrt Bemühungen, in den Krankenhäusern ergänzend zu den Sozialdiensten Konzepte der Pflegeüberleitung umzusetzen (vgl. Wingenfeld 2002). So hat beispielsweise M. Joosten ein umfassendes Modell zur Pflegeüberleitung am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke entwickelt (Joosten 1993). Der im Herbst des Jahres 2002 vorgestellte Nationale Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (vgl. DNQP 2004) stellt einen weiteren wichtigen Schritt zur Verbesserung der Unterstützung im Zusammenhang mit Übergängen zwischen verschiedenen Versorgungsumgebungen dar.

Die Verantwortung für das Überleitungsverfahren liegt jedoch nicht allein bei den Krankenhäusern, sondern bei allen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Die Mitarbeiter im Krankenhaus sind, wenn sie von Beginn an eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung sicherstellen sollen, in hohem Maße auf Informationen zum gesundheitlichen, sozialen und psychischen Status der neu aufgenommenen Patienten angewiesen, zum Teil auch auf Rücksprachen. Allzu oft fehlen jedoch Informationen. Handelt es sich beispielsweise um dementiell 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. Ansonsten wird es während des meist relativ kurzen Krankenhausaufenthaltes kaum gelingen, die betreffenden Patienten vor hoher psychischer Belastung und Desorientierung zu bewahren.

Ähnliches gilt umgekehrt für Informationen über die Versorgung und den Verlauf des Krankenhausaufenthaltes. 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, Ross-wurm/Lanham 1998, Kresevic et al. 1997, Severson et al. 1994). Heimbewohner kehren also häufig in veränderter Verfassung aus dem Krankenhaus zurück. 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.



Ein geregeltes Überleitungsverfahren liegt insofern sowohl im Interesse der Bewohner als auch im beiderseitigen Interesse von Pflegeeinrichtung und Krankenhaus. Ein geregeltes Entlassungsmanagement der Krankenhäuser, wie es der nationale Expertenstandard vorsieht, sollte im Idealfall durch analoge Bemühungen auf Seiten der Pflegeeinrichtungen ergänzt werden. Derzeit existieren für die vollstationäre Pflege jedoch keine vergleichbaren Handlungsrichtlinien. Die für Krankenhäuser entwickelten Konzepte des Entlassungsmanagements können nicht ohne weiteres übertragen werden, da es bedeutende strukturelle Unterschiede gibt (vgl. Föcher/Mangei 2001).

Der vorliegende Qualitätsmaßstab soll dazu beitragen, diese Lücke zu schließen. Er benennt die wichtigsten Anforderungen, die sich bei Krankenhausaufenthalten von Bewohnern für stationäre Pflegeeinrichtungen ergeben. Die Anforderungen beziehen sich nicht nur auf das unmittelbare Überleitungsverfahren am Tag des Übergangs in ein Krankenhaus bzw. eine Rehabilitationseinrichtung, sondern auch auf die Unterstützung während des Aufenthaltes und die Rückkehr in die Pflegeeinrichtung.

1. Grundsätze

- 1.1 Die Maßgaben des vorliegenden Anforderungskatalogs beziehen sich auf Krankenhausaufenthalte und Aufenthalte in stationären Rehabilitationseinrichtungen.
- 1.2 Das vorrangige Ziel des Überleitungsverfahrens besteht darin, eine bedarfsgerechte Unterstützung der Bewohner vor und nach dem Krankenhausaufenthalt sicherzustellen und zu 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.
- 1.3 Das Überleitungsverfahren soll ferner gewährleisten, dass auch andere an der Versorgung und Begleitung der Bewohner beteiligte Personen (einschl. der Angehörigen) über den Krankenhausaufenthalt und gesundheitliche Veränderungen in geeigneter Weise unterrichtet werden.
- 1.4 Die Einrichtung bemüht sich um stabile Kooperationsbeziehungen zu Krankenhäusern, die regelmäßig ihre Bewohner aufnehmen, und strebt die Vereinbarung gemeinsamer Überleitungsregelungen an.

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.

Die oben aufgeführten 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 diese Kooperation oftmals mit Problemen behaftet. Fehlende oder nicht eingehaltene Absprachen prägen vielfach das Bild der Zusammenarbeit (Domscheit/Wingefeld 1996).

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 Altenheim herrscht. Krankenhausaufenthalte sollten als integraler Bestandteil der Versorgung der Bewohner gesehen werden. Eine systematische Kooperation ist allerdings nicht ausschließlich durch die Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten, sondern erfordert gegenseitigen Austausch und gemeinsam vereinbarte Verfahrensweisen, die beide Seiten als bindend betrachten.

Auch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), welches für die Entwicklung des Nationalen Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ verantwortlich zeichnet, stellt fest, dass über den Expertenstandard hinaus „vor dem Hintergrund des fragmentierten Versorgungssystems drin-



gend weitere einrichtungsübergreifende Regelungen zu treffen (sind), um die Kooperation zwischen den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsberufen zu forcieren“ (DNQP 2004: 46).

Zwar richtet sich der Expertenstandard „primär an Pflegefachkräfte in stationären Gesundheitseinrichtungen, das heißt Krankenhäuser, Fach- und Rehabilitationskliniken“ (ebd.), doch ist er auch für vollstationäre Pflegeeinrichtungen ein wichtiger Orientierungspunkt. Er beschreibt elementare Anforderungen an das pflegerische Entlassungsmanagement. Bei Krankenhäusern, die sie umgesetzt haben oder umsetzen wollen, können die Pflegeeinrichtungen besser einschätzen, wie das Entlassungsprocedere ausgestaltet wird, wer Ansprechpartner ist und was sie generell im Rahmen der Kooperation mit der Krankenhauspflege erwarten können.

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 Qualitätsmaßstab 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.

Alle Qualitätsmaßstäbe, die im Rahmen des Projekts „Referenzmodelle“ entwickelt werden, schreiben die Verfügbarkeit eines schriftlichen Konzepts vor. Die Qualitätsmaßstäbe selbst haben den Charakter eines Anforderungskatalogs, nicht eines Konzepts. Sie stecken den Rahmen für die Entwicklung bzw. Anpassung einrichtungsspezifischer Konzepte ab. Damit soll den individuellen Erfordernissen und Möglichkeiten der Einrichtungen Rechnung getragen werden, ohne ein definiertes Mindestmaß an Qualität zu unterschreiten. Bei der Entwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte, die den Vorgaben der Qualitätsmaßstäbe gerecht werden, können und sollten die Einrichtungen auf von ihnen bereits erarbeitete Konzepte zurückgreifen.

Bei der Konzeptentwicklung bzw. -anpassung sollte darauf geachtet werden, wie konkret die Vorgaben des Qualitätsmaßstabs 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 und operationalisiert werden müssen. Das Konzept sollte so konkret formuliert sein, dass alle Mitarbeiter der Einrichtung Klarheit über Zuständigkeiten, Aufgaben und Abläufe gewinnen.

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 den Mitarbeitern im Arbeitsalltag tatsächlich als verbindliche Vorgabe akzeptiert und bis zu einem gewissen Grad verinnerlicht werden.

3. Personelle Zuständigkeiten

- 3.1 Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft übernimmt die Steuerungsverantwortung für die Überleitung.**
- 3.2 In Notfallsituationen bzw. bei kurzfristigen, ungeplanten Krankenhausaufnahmen 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

Am Überleitungsverfahren können neben den Mitarbeitern der Pflege auch andere Berufsgruppen beteiligt sein. Dies wird in der Literatur insbesondere für die Pflegeüberleitung in Krankenhäusern beschrieben (Domscheit/Wingefeld 1996, Scholz 1996, DNQP 2004). „Überleitung nach allgemeinen pflegefachlichem Verständnis sollte ein durch ‚Pflege‘ zu moderierender und zu gestaltender Prozess sein“ (Dangel/Korporal 2001: 475).

Daher sollte die für den Bewohner jeweils zuständige Pflegefachkraft die Steuerungsverantwortung für die Überleitung wahrnehmen. Eine vergleichbare Orientierung gibt auch der Expertenstandard Entlassungsmanagement, wenn auch auf die Situation im Krankenhaus bezogen. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse internationaler Studien geht der Standard 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 kann auch auf die vollstationäre Pflege übertragen werden. „In der Versorgung alter Menschen, die verlaufsorientiert sein sollte, hat Pflege den Stellenwert einer Querschnittsaufgabe. Deshalb obliegt ihr die Kooperation mit den verschiedensten Berufsgruppen und ebenso mit informellen Helfersystemen“ (Garms-Homolová 2000: 494). Die schriftliche Konzeption der Einrichtungen sollte daher unbedingt eindeutige Aussagen zu den Zuständigkeiten enthalten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die jeweils zuständige Pflegefachkraft nicht zwangsläufig alle anfallenden Tätigkeiten selbst ausführt, sondern die Verantwortung für den Gesamtprozess der Überleitung trägt. Im vorliegenden Anforderungskatalog bezieht sich diese Steuerungsverantwortung nicht ausschließlich auf den Übergang in das Krankenhaus, sondern auch auf die Phase des Krankenhausaufenthaltes und die Rückkehr des Bewohners in die Pflegeeinrichtung.

■ Zu 3.2

Die Mehrzahl der Krankenhausaufenthalte wird aufgrund von Verletzungen und Infektionen, aber auch durch Krankheiten des Verdauungssystems und kardiovaskuläre Erkrankungen notwendig (Deutsches Zentrum für Altersforschung 2003, Specht-Leible et al. 2003). Auch bei Heimbewohnern handelt es sich in vielen Fällen um akute Ereignisse, die wenig Spielraum für Planungen bieten (wie z. B. bei terminierten Untersuchungen und Operationen). Aus Sicht der Pflegeeinrichtungen sind Maßnahmen im Zusammenhang mit der Entlassung ebenfalls schwer planbar, da das Krankenhaus entsprechende Informationen oftmals erst unmittelbar vor der Entlassung weiterleitet.



Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, für den Fall der Abwesenheit der jeweils zuständigen Pflegefachkraft entsprechende Vertretungsregelungen zu treffen. Für das gesamte Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten im Sinne des Anforderungskatalogs bleibt aber weiterhin die jeweils zuständige Pflegefachkraft verantwortlich.

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, die Begleitung bis zum Transportmittel und die Verabschiedung.
- 4.2 Bei geplanten Krankenhausaufenthalten wirkt die Einrichtung darauf hin, dass Angehörige die Bewohner bei der Krankenhausaufnahme begleiten.
- 4.3 Ist eine Begleitung der Bewohner bei der 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 Heimbewohner 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. Die damit verknüpften Belastungen und ihre Folgen dürfen nicht unterschätzt werden. 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

Die Vorbereitung der Bewohner auf den Krankenhausaufenthalt durch Gespräche kann in der Regel intensiver erfolgen, wenn es sich um eine geplante Einweisung handelt. Aber auch bei ungeplanten Krankenseinweisungen sollten Bewohner entsprechend der gegebenen Möglichkeiten auf diese Situation vorbereitet werden. Die Ausgestaltung der Unterstützung sollte insbesondere vorhandene kognitive Einschränkungen der Bewohner berücksichtigen.

■ 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 Einweisung 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 aufgrund der derzeit bestehenden Rahmenbedingungen nur in seltenen Fällen. Vereinzelt begleiten Mitarbeiter die Bewohner, allerdings meist 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 erscheint oft überhaupt nicht realisierbar.

Dennoch ist es erstrebenswert, dass sich die Unterstützung der Bewohner nicht in jedem Fall ausschließlich auf die Begleitung zum Transportmittel und die Verabschiedung bezieht. Es gibt Bewohner, die darüber hinaus Unterstützungsbedarf haben, der nicht durch die den Krankentransport durchführenden Personen abgedeckt werden kann. Beispielhaft sind hier Bewohner mit ausgeprägten Angstzuständen oder schweren kognitiven Einbußen mit massivem Verlust der situativen Orientierung zu nennen.

Organisatorische Aufgaben

4.4 Die Einrichtung stellt sicher, dass bei Bedarf ein Krankentransport angefordert wird.

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.

■ Zu 4.4

Bei der Bewältigung organisatorischer Aufgaben im Rahmen der Krankenhauseinweisung ist die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen von großer Wichtigkeit. Es zeigt sich die Notwendigkeit, nicht nur die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern zu intensivieren, sondern auch die Zusammenarbeit mit Hausärzten. So kann sichergestellt werden, dass die in der Regel für die Krankenhauseinweisung und den Krankentransport erforderlichen Unterlagen rechtzeitig vorliegen.

Auch wenn die Einrichtung nicht die alleinige Verantwortung für eine reibungslose Krankenhausüberleitung übernehmen kann, sollte sie sicherstellen, dass alle ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten genutzt werden, um bei Vorliegen der Notwendigkeit einer Krankenhausüberleitung einen zeitnahen Transport zu organisieren.

■ 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. Diese Anforderung kann durch die Einrichtungen in unterschiedlicher Weise erfüllt werden, z. B. in Form von Checklisten, Standards oder bewohnerbezogen in der jeweiligen Pflegedokumentation.



Die Mitgabe von persönlichen Gegenständen (z. B. Fotos, Handtasche, Stofftiere) kann insbesondere für kognitiv beeinträchtigte Bewohner von großer Bedeutung sein, da diese vertrauten Dinge ihnen in der fremden Umgebung Orientierung geben können. Zusätzlich können diese Gegenstände hilfreich für die Mitarbeiter des Krankenhauses im Rahmen der Kommunikation (Kontaktaufnahme) sein.

■ Zu 4.6

Die Nachbereitungen im Bewohnerzimmer nach erfolgter Krankenhausüberleitung 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**
- **Aktuelle 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 Den Mitarbeitern ist bekannt, welche Personen (Angehörige, Betreuer, Haus-/Facharzt, Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen in der Einrichtung) zu welchem Zeitpunkt (z. B. auch in der Nacht) bei einer Krankenhauseinweisung zu informieren sind und führen dieses entsprechend durch.

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 Krankenhausaufnahme, Angaben zum Krankenhaus, Angaben zum einweisenden Arzt, Information der Angehörigen).

■ Zu 4.7

Voraussetzung für die Gewährleistung einer institutionsübergreifenden pflegerischen Kontinuität bei Erhaltung einer angemessenen Pflegequalität ist Information. Die Übermittlung von Informationen erfolgt bevorzugt über einen Überleitungsbogen. Es gibt eine große Anzahl unterschiedlich gestalteter Überleitungsbögen (vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung 2004).

Gemeinsam sollte allen Formularen sein, dass sie neben medizinisch orientierten (z. B. die aktuelle Medikation) auch pflegerelevante Informationen enthalten. Letzteres ist jedoch nach wie vor nicht selbstverständlich. „Relevante Dimensionen der pflegerischen Versorgung werden nicht oder nicht genügend differenziert erhoben“ (Dangel/Korporal 2001: 475). Voraussetzung einer zielgerichteten Kommunikation sind ferner Angaben zu den Kontaktmöglichkeiten mit Angehörigen bzw. Betreuern und den

jeweils zuständigen Pflegekräften. Die spezifische Situation eines Bewohners kann es erforderlich machen, weitergehende Informationen an das Krankenhaus zu übermitteln. Dies kann z. B. bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern die Weitergabe pflege-relevanter biografischer Informationen betreffen, die für die Pflege im Krankenhaus unterstützend sind.

Bei ungeplanten Krankenhausaufenthalten steht der Einrichtung weniger Planungs- und Vorbereitungsspielraum, als bei geplanten Aufenthalten zur Verfügung. Dennoch sollte der Kontinuitätsgedanke bezogen auf die medizinisch-pflegerische Versorgung handlungsleitend sein (vgl. Scholz 1996) und die für die Krankenseinweisung 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 Krankenseinweisung, gleichgültig ob diese am Tag oder in der Nacht erfolgt, ein aussagekräftiger Überleitungsbogen vorliegt.

■ 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 sollte in der Einrichtung hinsichtlich der eventuell unterschiedlichen Vorgehensweisen im Tag- bzw. Nachtdienst und bei geplanten bzw. ungeplanten Krankenhausaufenthalten eine Klärung herbeigeführt werden.

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 Die Einrichtung stellt sicher, dass dem Bewohner ausreichend Kleidung und persönliche Gebrauchsartikel im Krankenhaus zur Verfügung stehen.**
- 5.3 Die Mitbewohner im Wohnbereich werden über den Krankenhausaufenthalt informiert.**

■ Zu 5.1

Informationen zum Gesundheitszustand und zur Gesamtsituation der Bewohner können auf unterschiedlichen Wegen eingeholt werden. So kann die jeweils zuständige Pflegefachkraft telefonischen oder persönlichen Kontakt zum Bewohner, zu den Angehörigen oder zum Krankenhaus herstellen.

Um die hier aufgeführten Anforderungen zu erfüllen, sind Besuche von Mitarbeitern der Einrichtung im Krankenhaus nicht zwingend erforderlich, bei einigen Bewohnern allerdings aus mehreren Gründen 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 Kranken-



haus 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. Finden Besuche durch die Mitarbeiter statt, so ist dies hiermit zu verbinden. Anderenfalls können Angehörige um Mitnahme gebeten werden.

■ Zu 5.3

Mitbewohner sollten über den Krankenhausaufenthalt eines Bewohners unterrichtet werden, sofern hierfür ein Bedarf erkennbar ist (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 eine Entlassung bevorsteht, nimmt die Einrichtung Kontakt zum Krankenhaus auf, um Informationen bezüglich des Entlassungstermins (z. B. Uhrzeit) zu erhalten. Dieses Vorgehen erübrigt sich nur, wenn die benötigten Informationen bereits auf Initiative des Krankenhauses in der Einrichtung vorliegen.
- 6.2 Den am Überleitungsverfahren beteiligten Mitarbeitern ist bekannt, welche Personen (Angehörige, Betreuer, Haus-/Facharzt, Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen in der Einrichtung) zu welchem Zeitpunkt über die (bevorstehende) Krankenhauserlassung zu informieren sind und führen dieses entsprechend durch.
- 6.3 Es erfolgt eine Dokumentation der Krankenhauserlassung und der hiermit verbundenen Informationen.
- 6.4 Die bestehende Pflegeplanung wird unmittelbar nach Rückkehr des Bewohners überprüft und 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 entsprechende Planung sowohl für die Bewohner als auch Mitarbeiter erleichtert werden. Hierfür sind im Vorfeld 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 den dringend notwendigen 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 Krankenseinweisung sind nun wiederum alle beteiligten Personen entsprechend des Anforderungskatalogs 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. Wie Erfahrungen der Referenzeinrichtungen zeigen, hat sich die Dokumentation der aktuell veränderten Maßnahmenplanung im Pflegebericht bewährt, da eine zeitnahe Anpassung der Gesamtpflegeplanung oftmals aus zeitlichen Gründen nicht möglich ist.

Eine erneute Überprüfung und ggf. Anpassung der Pflegeplanung (einschließlich des pflegerischen Assessments) sollte jedoch spätestens zwei Wochen nach der Rückkehr aus dem Krankenhaus erfolgen. In Abhängigkeit von der spezifischen Situation des Bewohners kann eine Aktualisierung der Planung auch bereits zu einem früheren Zeitpunkt erforderlich sein.

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, zu Ärzten, Pflegedokumentation etc.) erfüllt werden können.



Eintreffen der Bewohner in der Einrichtung

- 6.8 Begrüßung und Empfang des Bewohners liegen in der Verantwortung der für den jeweiligen Bewohner zuständigen Pflegefachkraft, bei ungeplanten Entlassungen in der Verantwortung der im Dienst befindlichen Pflegefachkräfte.**
- 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.**

Die für den Bewohner jeweils zuständige Pflegefachkraft ist für die Begrüßung, den Empfang und die Erfüllung der Aufgaben, die mit der Rückkehr verbunden sind, verantwortlich. Hierzu zählt u. a. die Überprüfung der Entlassungsunterlagen auf Vollständigkeit. Fehlen trotz Entlassungsunterlagen Informationen, sollte im Krankenhaus bzw. beim Hausarzt nachgefragt werden.

Krankenhausentlassungen, 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 und unterstreichen nochmals den Abstimmungsbedarf sowohl mit den Krankenhäusern als auch den (Fach-)Ärzten.

Qualitätsmaßstab Nächtliche Versorgung

Version 1.0



Qualitätsmaßstab

Nächtliche Versorgung

Einleitung

Die Gestaltung der nächtlichen Versorgung stellt im Hinblick auf die Erstellung eines Qualitätsmaßstabs einen Sonderfall dar. Prinzipiell stellt sich die Frage, was es rechtfertigt, für bestimmte Tageszeiten einen Qualitätsmaßstab 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.

Diese etwas überspitzte Handlungsorientierung wird seitens des IPW im Grundsatz für wegweisend gehalten. So zog auch die Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ 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 der vollstationären pflegerischen Versorgung kann dieses Ziel oftmals jedoch nicht kurzfristig realisiert werden. Dessen ungeachtet verlangt die nächtliche Versorgungssituation in vielen Einrichtungen nach zeitnahen Veränderungen. Hieraus erklärt sich die „Sonderbehandlung“ der nächtlichen Versorgung im Projekt „Referenzmodelle“ und auch der Aufbau des vorliegenden Qualitätsmaßstabs. Das Modellprojekt hat u. a. die Aufgabe, kurzfristig realisierbare Problemlösungen zu erarbeiten. Aus diesem Grunde darf sich ein Qualitätsmaßstab nicht auf Vorgaben beschränken, die erst nach langjährigen Prozessen der Anpassung von Organisationsstrukturen und Personalausstattung umsetzbar sind. Der Qualitätsmaßstab regt die Einrichtungen daher zu einer konzeptionellen Neuorientierung und Reorganisation der nächtlichen Versorgung an, er greift jedoch zu anderen Anforderungen und Problemfeldern auf, die unabhängig von solchen Bemühungen, d. h. auch in traditionellen Organisationsformen von Bedeutung sind.

Zum Verständnis des Qualitätsmaßstabs 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 Qualitätsmaßstabs 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 Qualitätsmaßstabs beziehen sich aus den o. g. 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. Der Qualitätsmaßstab greift diesen Gedanken auf (insb. 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“ (Wingefeld 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 (Wingefeld/Schnabel 2002). 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 dazu beitragen, nächtliche Problemlagen zu reduzieren. Es handelt sich um eine grundlegende Anforderung an alle Dienste, die im vorliegenden Qualitätsmaßstab zwar enthalten, aber nicht detailliert ausgeführt ist.

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 (Wingefeld/Schnabel 2002: 114). Zudem variiert der ungeplante Unterstützungsbedarf der Bewohner von Nacht zu Nacht, so dass die Mitarbeiter sich immer wieder auf andere Situationen einstellen müssen. Dabei müssen sie Prioritäten setzen und andere Maßnahmen zurückstellen (Wingefeld 2004). Diese Entscheidungsprozesse erfordern hohe Handlungskompetenz und setzen eine entsprechende Qualifikation voraus.

Kooperation und Kommunikation

Zu der bisher beschriebenen Problematik in Bezug auf die Bewohnerversorgung kommen in vielen Einrichtungen Schwierigkeiten in der Kooperation und Kommunikation zwischen Mitarbeitern des Tag- und Nachtdienstes hinzu (Zeissler 1998, Holitzner-Bade 1994). Informationsdefizite bei den Mitarbeitern oder mangelnde Teamintegration der Nachtdienstmitarbeiter sind nicht selten. Wie Erfahrungsberichte aus den Referenzeinrichtungen zeigen, tritt diese Problematik vor allem dann auf, wenn es

einen festen Mitarbeiterstamm im Nachtdienst gibt und dieser, abgesehen von Übergeben, keinen Kontakt zu Tagdienstmitarbeitern hat. Mehrere Vorgaben des Qualitätsmaßstabs 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 können (Muecke 2005, Fischer-Doetzki/Georg 2005). Der vorliegende Qualitätsmaßstab 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 sind im Alter nicht nur krankheitsbedingten Veränderungen unterworfen. 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). Zusätzlich können krankheitsbedingte Veränderungen, z. B. aufgrund dementieller Erkrankungen, hinzukommen (Motohashi et al. 2000, Jonas/Sowinski 2000).

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 in der Einleitung erwähnt, ist es für eine bewohnerorientierte nächtliche Versorgung nicht ausreichend, ausschließlich die Nachtzeit in den Blick zu nehmen. Mitarbeiter des Tag- und Nachtdienstes sind in Kooperation, und nach Möglichkeit unter Einbezug 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).

Hiermit nicht vereinbar sind institutionelle Vorgaben, die z. B. besagen, dass sich alle Bewohner zu einer bestimmten Zeit am Abend im Bett befinden müssen.

Die hier formulierten Grundsätze benennen übergreifende Intentionen des Qualitätsmaßstabs 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 Qualitätsmaßstab 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.

Alle Qualitätsmaßstäbe, die im Rahmen des Projekts „Referenzmodelle“ entwickelt werden, schreiben die Verfügbarkeit eines schriftlichen Konzepts vor. Die Qualitätsmaßstäbe selbst haben den Charakter eines Anforderungskatalogs, nicht eines Konzepts. Sie stecken den Rahmen für die Entwicklung bzw. Anpassung einrichtungsspezifischer Konzepte ab. Damit soll den individuellen Erfordernissen und Möglichkeiten der Einrichtungen Rechnung getragen werden, ohne ein definiertes Mindestmaß an Qualität zu unterschreiten. Bei der Entwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte, die den Vorgaben der Qualitätsmaßstäbe gerecht werden, können und sollten die Einrichtungen auf von ihnen bereits erarbeitete Konzepte zurückgreifen.

Bei der Konzeptentwicklung bzw. -anpassung sollte darauf geachtet werden, wie konkret die Vorgaben des Qualitätsmaßstabs 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 und operationalisiert werden müssen. Das Konzept sollte so konkret formuliert sein, dass alle Mitarbeiter der Einrichtung Klarheit über Zuständigkeiten, Aufgaben und Abläufe gewinnen.

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 den Mitarbeitern im Arbeitsalltag tatsächlich als verbindliche Vorgabe akzeptiert und bis zu einem gewissen Grad verinnerlicht werden.

Der Qualitätsmaßstab „Nächtliche Versorgung“ enthält neben Anforderungen, die sich schwerpunktmäßig auf Aufgaben der Kooperation und Organisation beziehen, auch Anforderungen in Bezug auf die direkte Versorgung und Betreuung der Bewohner (insbesondere Punkt 3 und 6). Das Gesamtkonzept der Einrichtung zur nächtlichen Versorgung soll Aussagen zu allen drei Aspekten (Kooperation, Organisation, Versorgung/Betreuung der Bewohner) machen.

Hierbei sollen die Konzeptbausteine, welche sich auf die direkte Versorgung und Betreuung der Bewohner beziehen, in zusammenfassender, übersichtlicher Form darstellen, welche Leistungen in der Zeit zwischen Ende des regulären Spätdienstes und Beginn des nächsten Frühdienstes erbracht werden sollen bzw. welche Angebote in dieser Zeit vorgehalten werden. Dieser Konzeptteil soll darüber hinaus verdeutlichen, wie die Versorgung während dieser Zeit organisiert ist (Dienstplangestaltung, Personaleinsatz).

Ein entsprechendes Konzept kann hierzu 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 des Qualitätsmaßstabs)
- sog. Zwischendienste 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 auch ungeplanten individuellen Maßnahmen treten größere Schwierigkeiten auf. Hier ist jedoch nicht an eine differenzierte Aufstellung der nächtlich erbrachten 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 hier 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, die sich u. a. mit den Konzeptbausteinen zur Versorgung und Betreuung der Bewohner beschäftigt. 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 Qualitätsmaßstabs). 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 Die Einrichtung stellt sicher, dass Materialien, die zur pflegerischen Versorgung benötigt werden, und Zwischenmahlzeiten in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen und dass es hinsichtlich der Aufbewahrungsorte verbindliche Absprachen zwischen den Mitarbeitern des Tag- und Nachtdienstes gibt.
- 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 Einrichtung stellt sicher, dass die Mitarbeiter des Nachtdienstes von mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen weitestgehend entlastet werden, 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 Nachtstühlen/Pflegewagen usw. durch einen technisch einwandfreien Zustand ggf. deutlich reduziert werden. In den Bewohnerzimmern sollte nach Möglichkeit eine Alternative zu bestehenden, in der Nacht 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. Ist dies nicht leistbar, sollte eine längerfristige Planung erfolgen.

Unmittelbar beeinflussbar ist das Verhalten der Mitarbeiter während der Nacht. Sie sollten 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

Diese Anforderung beschreibt eine grundlegende, sowohl am Tag als auch in der Nacht wichtige Voraussetzung für die Versorgung der Bewohner. Daher stellt sich die Frage, warum eine solche Grundvoraussetzung Gegenstand eines Qualitätsmaßstabs zur nächtlichen Versorgung sein muss. Aufgrund der Rückmeldungen von Mitarbeitern der Referenzeinrichtungen hat sich gezeigt, dass es im Rahmen der nächtlichen Versorgung immer wieder zu Situationen kommt, in denen benötigtes Material, wie z. B. Bettwäsche, Handtücher, Blutdruckmessgeräte, Fieberthermometer, Inkontinenz-

material, nicht bzw. nicht an den hierfür vorgesehenen Stellen vorhanden ist. Dieses bedeutet für die Mitarbeiter eine zusätzliche Belastung, da Zeit zur Beschaffung der Materialien bzw. 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, z. B. in Form einer 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, die 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 genutzt werden können.

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 einem erheblichen 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. Korte-Pötters/Wingenfeld 2005). Im Sinne der Anforderung sind hiermit z. B. Reinigungs- und Aufräumarbeiten gemeint, 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 ausgewählte mittelbar bewohnerbezogene Aufgaben übernehmen – jedoch stets unter dem Vorbehalt, dass die Betreuung der Bewohner an erster Stelle steht und daher sonstige Aufgaben ggf. nicht während der Nacht erledigt werden können.

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 entsprechend des Aufgabenbereichs alleine nicht sicherstellen kann, ist geregelt, wie eine 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. Dieses 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 deutlich hervorgehoben, 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, wohnbereichsübergreifend eingesetzte Mitarbeiter („Springer“) oder durch Einsatz eines so genannten Hintergrunddienstes 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 der vorliegende Qualitätsmaßstab auf die nächtliche Versorgung bezieht, findet der Mitarbeiter-einsatz am Tag in der Anforderung allerdings keine explizite Erwähnung.

Kann der Mitarbeiter-einsatz kurzfristig nicht dem entsprechenden Unterstützungsbedarf angepasst werden, so ist eine veränderte Arbeitsplanung erforderlich.

6. Pflegerische Versorgung und Betreuung

- 6.1 Die Einrichtung verfügt über verbindliche, am Bedarf der Bewohner orientierte, Regelungen für nächtliche Kontrollgänge (z. B. Zielsetzung, Mindestanzahl pro Nacht, Durchführung). Ein darüber hinaus gehender Bedarf wird von dem anwesenden Mitarbeiter festgestellt und nach Anpassung der Arbeitsplanung entsprochen. Wünschen Bewohner nicht in Kontrollgänge einbezogen zu werden, so ist dies zu berücksichtigen, sofern es 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 ausdrücklich dem Wunsch oder Bedürfnis eines 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

Anhand einer Studie in vier Einrichtungen konnte gezeigt werden, dass nur ca. 24 % der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen nach entsprechender Anforderung durch die Rufanlage erbracht wurden (vgl. Dühning/Claus 1999). Dieses Ergebnis



verwundert nicht, da Bewohner aufgrund von physischen oder psychischen Einschränkungen einen Hilfebedarf nicht immer erkennen bzw. nicht in der Lage sind, die Rufanlage zu betätigen. Kontrollgänge in der Nacht sind somit unerlässlich, wobei die Anzahl bewohnerbezogen variieren kann. Die Anzahl der Kontrollgänge ist abhängig vom Bedarf des Bewohners und sollte in der Pflegedokumentation festgehalten werden. Verändert sich der Bedarf aufgrund einer aktuellen Situation (z. B. bei akut erkrankten Bewohnern oder Bewohnern, die sich in einer psychisch-emotional belastenden Situation befinden) ist diesem zu entsprechen.

Benötigt der Bewohner zusätzlich zu den Kontrollgängen in der Nacht pflegerische Unterstützung, so wird diese entsprechend der individuellen Pflegeplanung erbracht (siehe auch Punkt 6.3). Während des Kontrollgangs kann zeitgleich die geplante pflegerische Unterstützung entsprechend 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 gemäß der Anforderung 6.1 von Kontrollgängen ausgenommen, sollte im Rahmen der Evaluation der Pflegeplanung regelmäßig überprüft werden, ob die Voraussetzungen hierfür nach wie vor gegeben sind.

Auch wenn Bewohner nicht in Kontrollgänge einbezogen werden, können Störungen im Doppelzimmer nur bedingt vermieden werden, wenn Mitarbeiter den Mitbewohner aufsuchen (siehe auch Punkt 4.1).

■ 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 nicht nach den Arbeitsabläufen der Mitarbeiter richten, sondern nach der individuellen bewohnerbezogenen Planung. Dieses Vorgehen kann dazu führen, dass Dienstplananpassungen oder veränderte Schichtzeiten erforderlich werden, um den Bewohnerbedürfnissen gerecht werden zu können.

Gleiches gilt für die Durchführung der morgendlichen Körperpflege. Diese 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 nur im Einzelfall möglich sein, wenn dieses den individuellen Bewohnerbedürfnissen 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 entsprechend 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 Pflegeplanung des jeweiligen Bewohners 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 Hintergrundkenntnisse
 - Angemessenheit der Tagesstrukturierung (bezogen auf 24 Stunden)
 - Einsatz schlaffördernder Rituale/Maßnahmen
- 7.3** Die Mitarbeiter beobachten das Schlafverhalten, das physische und psychische Befinden der Bewohner und etwaige Veränderungen, dokumentieren relevante Beobachtungen und schätzen den sich daraus ggf. 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 gemeinsam von Tag- und Nachtdienstmitarbeitern erstellt werden. Bewohnerbedürfnisse können sich am Tag und in der Nacht unterschiedlich darstellen; über die in der Anforderung beschriebene 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. Sollte dieses für mehrere Mitarbeiter zutreffend sein, ist es sinnvoll, personelle Zuständigkeiten hinsichtlich der Zusammenarbeit/Abstimmung im Rahmen der Pflegeplanung festzulegen.

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. Festlegungen hinsichtlich Zielsetzung, Teilnehmer, Terminierung, Inhalt werden von der Pflegedienst- oder Wohnbereichsleitung vorgenommen.**
- 8.4 Besprechungen der Mitarbeiter, die dauerhaft im Nachtdienst eingesetzt sind, finden regelmäßig statt.**

Wie bereits in der Einleitung aufgeführt, werden der Kontakt und die Kommunikation zwischen Mitarbeitern des Tag- und Nachtdienstes häufig als defizitär beschrieben (Holitzner-Bade 1994, Zeissler 1998). Wie Erfahrungen einiger Referenzeinrichtungen zeigen, führt unzureichende Kommunikation ggf. zu Brüchen in der Bewohnerversorgung, indem z. B. Nachtdienstmitarbeiter die Versorgung nicht gemäß der Pflegeplanung (an deren Erstellung sie in der Regel nicht beteiligt waren) durchführen oder es keinen fachlichen Austausch über Bewohnerbedürfnisse oder Verhaltensweisen gibt.

Die hier benannten 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

Mitarbeiter, die dauerhaft im Nachtdienst tätig sein werden, sollten die Abläufe in der Einrichtung, 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/des Kontakts 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, gehen über diese Anforderung bereits heute weit hinaus.

■ 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, z. B. mangelndes Interesse oder fehlende Information der Nachtdienstmitarbeiter. Mitarbeiter des Nachtdienstes fühlen sich zum Teil auch nicht zur Mitwirkung verpflichtet oder haben hierfür keine zeitlichen Ressourcen am Tag zur Verfügung (z. B. aufgrund von Kinderbetreuung).

Dies ist vor allem vor dem Hintergrund problematisch, dass Mitarbeiter, die im Nachtdienst tätig sind, einen erhöhten Schulungsbedarf aufweisen und diese Schulungen – entsprechend einer Bedarfsanalyse – 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. Einer durchgängigen Nichtteilnahme einzelner Mitarbeiter sollte entgegen gewirkt werden.

Um Ausgrenzungen von Nachtdienstmitarbeitern zu vermeiden, ist es erforderlich, sie über alle entsprechenden Aktivitäten 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.

Zudem ist bei gemeinsamen Besprechungen (Mitarbeiter des Tag- und Nachtdienstes) darauf zu achten, 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 und diese Mitarbeiter hierdurch keinen vergleichbaren Zugang zu Informationen wie Tagdienstmitarbeiter haben.

■ Zu 8.4

Regelmäßige Besprechungen der Nachtdienstmitarbeiter sollten dazu dienen, Informationen zu vermitteln, einen Austausch untereinander zu fördern und Absprachen zu treffen.

In Einrichtungen, in denen die Nachtdienstmitarbeiter den einzelnen Wohnbereichen zugeordnet sind, können sich diese Besprechungen erübrigen, wenn die Mitarbeiter an Besprechungen des Wohnbereichs teilnehmen.

9. Verfahrensweisen in besonderen Situationen

- 9.1 Den Mitarbeitern sind die einrichtungsinternen Verfahrensweisen zum Umgang mit medizinischen Notfallsituationen bekannt (vgl. Qualitätsmaßstab „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“ Version 1.0, Punkt 7.1). Sie handeln entsprechend.
- 9.2 Den Mitarbeitern ist das Einrichtungskonzept gemäß des Qualitätsmaßstabs „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“ 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 im Bedarfsfall mehrmals in der Nacht aufsuchen.
- 9.4 Den Mitarbeitern ist das Einrichtungskonzept gemäß des Qualitätsmaßstabs „Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen“ bekannt und sie richten ihr Handeln hieran aus.
- 9.5 Stellen Mitarbeiter während der Nacht einen technischen Notfall (z. B. Ausfall der Heizung) fest, so ist die Zuständigkeit und Erreichbarkeit entsprechender Personen geregelt und bekannt.
- 9.6 Situationen, in denen Einrichtungs- und/oder Pflegedienstleitung auch während der Nacht unverzüglich zu benachrichtigen sind, sowie die telefonische Erreichbarkeit der Leitungen sind dokumentiert und jederzeit einsehbar.

■ Zu 9.1/9.2/9.3/9.4

Mitarbeiter des Nachtdienstes treffen in besonderen Situationen meist eigenständig Entscheidungen, ohne sich mit anderen Mitarbeitern beraten zu können. Daher müssen 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 5.2 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 gemäß den Qualitätsmaßstäben

- „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“
- „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“
- „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“
- „Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen“

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 diese telefonisch zu erreichen sind. Es empfiehlt sich, hierzu eine entsprechende Liste zu erstellen, die den jeweiligen Mitarbeitern jederzeit zugänglich ist.



Qualitätsmaßstab Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen

Version 1.0

Qualitätsmaßstab Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen

Einleitung

Die Begleitung Sterbender gehört zu den zunehmend wichtigen Aufgaben stationärer Pflegeeinrichtungen. Die durchschnittliche Verweilzeit alter Menschen, die heute in eine Einrichtung umziehen, scheint schon seit mehreren Jahren stetig zu sinken 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/Wingefeld 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 stationären Pflege und werden hier zukünftig noch weiter an Bedeutung gewinnen. Vor diesem Hintergrund stellt sich immer dringlicher die Frage, wie eine professionelle Begleitung Sterbender unter oftmals schwierigen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen gefördert werden kann. Ein Sterben in Würde zu ermöglichen, stellt heute eine der größten Herausforderungen für die Einrichtungen dar (Reitinger et al. 2004, Schaeffer et al. 2003) – eine Herausforderung, für deren Bewältigung nicht nur in Deutschland, sondern weltweit noch erhebliche Anstrengungen unternommen werden müssen (vgl. WHO 2004, Singer/Bowman 2005). Auch Erfahrungen der am Projekt „Referenzmodelle“ beteiligten Einrichtungen zeigen, dass es sich bei der derzeitigen Begleitung Sterbender nicht selten um unorganisierte und optimierungsbedürftige Prozesse handelt.

Der vorliegende Qualitätsmaßstab soll einen Beitrag dazu leisten, die Begleitung Sterbender in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern und grundlegende Voraussetzungen zur Bewältigung dieser Aufgabe herzustellen. Er bietet aus der Sicht des IPW eine wichtige Orientierungshilfe auf dem Weg zu einer Versorgungssituation, die international anerkannten Zielen im Zusammenhang mit der Begleitung Sterbender entspricht (vgl. WHO 1990).

Dabei ist zu betonen, dass das Projekt „Referenzmodelle“ kurzfristig realisierbare Problemlösungen und Handlungskonzepte erarbeiten soll. Der vorliegende Anforderungskatalog würde diesem Grundsatz nicht gerecht, wenn er die heutigen Rahmenbedingungen der Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen außer Acht lassen und eine idealtypische Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen zum Maßstab erheben würde, wie er sich beispielsweise aus Verlautbarungen der WHO ableiten ließe. Deshalb gilt hier noch mehr als bei den meisten anderen Qualitätsmaßstäben der „Referenzmodelle“, dass es sich um einen Kompromiss zwischen dem fachlich Wünschenswerten und dem kurzfristig Machbaren handelt. Dazu einige Erläuterungen:

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“ (WHO 1990).



Der WHO zufolge ist Palliativversorgung – entgegen des Missverständnisses, es handle 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 auch im deutschsprachigen Raum zunehmend Verbreitung (vgl. Pleschberger et al. 2002).

Aufgrund der großen Bedeutung, die stationären Pflegeeinrichtungen heute bei der Begleitung sterbender alter Menschen zukommt, wird auf internationaler Ebene eine stärkere Integration der Palliativpflege in die stationäre pflegerische Versorgung gefordert (WHO 2004). Es gibt auch in Deutschland immer mehr Einrichtungen, die zumindest einzelne Mitarbeiter mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation beschäftigen. Dies allein ist jedoch, wenngleich eine wichtige Verbesserung der Strukturqualität, nicht ausreichend, um die Begleitung Sterbender im Sinne der WHO-Definition zu gewährleisten. Hierzu bedarf es vielmehr eines ganzen Bündels verschiedener Maßnahmen, die u. a. auch die Integration psychosozialer Unterstützung in alltägliche Abläufe, die Etablierung einer Abschiedskultur oder – nicht zuletzt – Verbesserungen der palliativmedizinischen Versorgung umfassen. Die Sicherstellung einer umfassenden Sterbebegleitung auf hohem Qualitätsniveau setzt mit anderen Worten weitreichende Veränderungen voraus, bei denen die Einrichtungen vielfach auf die Kooperation mit anderen Akteuren und die Vernetzung mit anderen Organisationen angewiesen sind. Die Verbesserung der Schmerzbehandlung und die Einbeziehung von Hospizdiensten sind Beispiele dafür.

Der Qualitätsmaßstab versteht sich vor diesem Hintergrund als Initiative zur Förderung einer Qualitätsentwicklung, die langfristig gesehen sicherlich Ziele anstreben sollte, die weiter reichen als die Ziele, die dem folgenden Anforderungskatalog zugrunde liegen. Dies ist einer der Gründe, weshalb der Maßstab auf den Begriff Sterbebegleitung zurückgreift und nicht von Palliativversorgung gesprochen wird.

An dieser Stelle ist noch auf zwei weitere Aspekte von grundlegender Bedeutung hinzuweisen:

- 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 Qualitätsmaßstab enthaltenen Anforderungen sind auf Heimbewohner zugeschnitten, die nicht plötzlich versterben, sondern deren Sterbeprozess sich auf einige Tage oder Wochen erstreckt.
- In diesen Fällen stellt sich oftmals die Frage des Krankenhausaufenthalts. Der Qualitätsmaßstab unterstellt, 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 Qualitätsmaßstabs 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 Anforderungskatalog. 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 und bei der Trauerbewältigung. Dies schließt einen respektvollen Umgang mit dem sterbenden bzw. verstorbenen Bewohner ein.**
- 1.2 **Die Unterstützung berücksichtigt den individuellen biographischen, 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 ggf. wesentlich der Trauerbewältigung förderlich sein. Die Etablierung bzw. Pflege einer geeigneten Abschiedskultur ist eine wichtige Aufgabe der Leitungskräfte.

Die professionelle Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen ist eine fachlich anspruchsvolle Aufgabe, die um so besser erfüllt werden kann, je mehr im Arbeitsalltag auf spezifische Fachqualifikationen zurückgegriffen werden kann. Aufgrund der zunehmenden Bedeutung stationärer Pflegeeinrichtungen für die Begleitung in der letzten Lebensphase ist es unbedingt wünschenswert, wenn Mitarbeiter mit einer Zusatzqualifikation zur Palliativpflege verfügbar sind. Viele Einrichtungen haben bereits entsprechende Schritte der Personalentwicklung unternommen. Das IPW empfiehlt, diesem Beispiel zu folgen und Mitarbeiter mit palliativpflegerischer Qualifikation so einzusetzen, dass sie in der Einrichtung als Multiplikatoren wirken können.

Eine fachlich kompetente Versorgung und individuelle Begleitung sterbender Bewohner und der Angehörigen sollte sich, wie auch in anderen Lebensphasen, am Ziel der bestmöglichen Lebensqualität und damit u. a. an den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Bewohner orientieren. Dieser Maxime zu folgen erweist sich in stationären Pflegeeinrichtungen allerdings vielfach als besonders schwierig, insbesondere bei dementiell 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. Der Qualitätsmaßstab enthält hierzu keine gesonderten Ausführungen, sondern setzt voraus, dass dies beim pflegerischen Assessment 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 im Verlauf des Heimeinzugs 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 geraten.

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 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 Qualitätsmaßstab formulierten Anforderungen Rechnung. Das Konzept ist allen Mitarbeitern bekannt. Entsprechende Einweisungen/Schulungen finden statt.

Alle Qualitätsmaßstäbe, die im Rahmen des Projekts „Referenzmodelle“ entwickelt werden, schreiben die Verfügbarkeit eines schriftlichen Konzepts vor. Die Qualitätsmaßstäbe selbst haben den Charakter eines Anforderungskatalogs, nicht eines Konzepts. Sie stecken den Rahmen für die Entwicklung bzw. Anpassung einrichtungsspezifischer Konzepte ab. Damit soll den individuellen Erfordernissen und Möglichkeiten der Einrichtungen Rechnung getragen werden, ohne ein definiertes Mindestmaß an Qualität zu unterschreiten. Bei der Entwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte, die den Vorgaben der Qualitätsmaßstäbe gerecht werden, können und sollten die Einrichtungen auf von ihnen bereits erarbeitete Konzepte zurückgreifen.

Bei der Konzeptentwicklung bzw. -anpassung sollte darauf geachtet werden, wie konkret die Vorgaben des Qualitätsmaßstabs 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 und operationalisiert werden müssen. Das Konzept sollte so konkret formuliert sein, dass alle Mitarbeiter der Einrichtung Klarheit über Zuständigkeiten, Aufgaben und Abläufe gewinnen.

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 den Mitarbeitern im Arbeitsalltag tatsächlich als verbindliche Vorgabe akzeptiert und bis zu einem gewissen Grad verinnerlicht werden.

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 für den jeweiligen Bewohner 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 jeweils zuständigen Pflegefachkraft intensiv in die Begleitung einbezogen.**

Zur Sicherstellung einer individuell ausgerichteten Versorgung 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 (vgl. z. B. Falkenstein 2001). 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 Qualitätsmaßstabs 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 explizit darauf hingewiesen, dass die jeweils 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. Der Qualitätsmaßstab 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 jeweils 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 (siehe Punkt 4.4). Hierzu ist es notwendig, unverzüglich den jeweils zuständigen Arzt einzubeziehen bzw. zu benachrichtigen (siehe Punkt 4.2). Es ist empfehlenswert, entsprechende Vereinbarungen mit Ärzten bereits frühzeitig zu treffen und zu dokumentieren (vgl. Qualitätsmaßstab „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“), um eine Krankenhauseinweisung während des Sterbeprozesses so weit wie möglich zu vermeiden.

Sicherstellung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Unterstützung

4.2 Kündigt sich das Versterben des Bewohners an, wird unverzüglich eine Anpassung der individuellen Versorgung vorgenommen und dokumentiert. Sie trägt dem veränderten Bedarf und den individuellen Bedürfnissen des Bewohners Rechnung und berücksichtigt explizit die Frage der Einbeziehung der Angehörigen in die weitere Betreuung sowie ärztlich verordnete oder empfohlene Maßnahmen, insbesondere solche zur Schmerzlinderung.

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 der 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.

Angehörige vermitteln den Bewohnern in den meisten Fällen Vertrautheit und Geborgenheit in einem Ausmaß, das nicht ohne weiteres durch professionell Pflegende ersetzt werden kann (Schnepf 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 (siehe Punkt 4.9) 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. Interventionen zur Klärung dieser Situation erfordern 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, ob eine Einbeziehung weiterer Akteure erforderlich ist, 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 (Heimertl 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 jeweils 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 ist – wenn das Bedürfnis danach besteht – zumindest durch den Einsatz von Trennwänden/-vorhängen ein Mindestmaß an Intimsphäre für beide Bewohner zu gewährleisten.

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 möglichst 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 von den Mitarbeitern der Einrichtung 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 (vgl. Qualitätsmaßstab „Nächtliche Versorgung“).

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 (siehe Punkt 4.2 und 4.3) bzw. – sofern möglich und sinnvoll – auch Angehörige einzubeziehen (siehe Punkt 4.9).

Sollen freiwillige Helfer einbezogen werden, so ist es empfehlenswert, ihr potenzielles 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 (vgl. Punkt 4.3) 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 zumindest 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, die von allen Mitarbeitern aufgrund ihrer Funktion in der Regel über den engsten Kontakt zu den Angehörigen verfügt, 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 jeweils zuständige 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 für den Bewohner 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 komplex bzw. weitreichend 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 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 hinaus gehen 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 bringen, 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 und weltanschaulichen bzw. religiösen Hintergrund entspricht.

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 Hintergrunds (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 der 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 (siehe auch Anmerkungen zu Punkt 4.1) (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). Der Qualitätsmaßstab „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“ enthält weitere Hinweise zur Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und der Einrichtung.

Mit dem Versterben des Bewohners ergeben sich auch einrichtungsintern vielfältige Informationsaufgaben. Alle im Anforderungskatalog aufgeführten Personen sind zeitnah und (unter Berücksichtigung der individuellen Situation) angemessen zu informieren. Es ist zu berücksichtigen, dass während der Nachtzeit nicht alle aufgeführten Personen unverzüglich zu informieren sind und es daher für den Tag und die Nacht unterschiedliche Vorgaben geben sollte.

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.

Trauerbewältigung 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 ermöglicht Mitbewohnern und Mitarbeitern, die Hauptbezugspersonen des Verstorbenen waren, 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 Doppelzimmer 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 und 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 fordert der Qualitätsmaßstab dazu auf, 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

6.1 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.

Kriterienkatalog zur Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug

Version 1.0



Kriterienkatalog zur Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug

Einleitung

Dieser Kriterienkatalog wurde im Rahmen des Modellvorhabens „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ entwickelt. Er entstand in Kooperation zwischen den Modellbeauftragten der beteiligten Pflegeeinrichtungen und dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Die vorliegende Version 1.0 ging im Jahr 2005 in die praktische Erprobung. Sie wird im weiteren Verlauf des Modellvorhabens überprüft und ggf. modifiziert.

Biografieorientiertes Arbeiten ist ein wichtiges Kennzeichen professioneller Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Informationen zur Biografie und zur Lebenssituation vor dem Heimeinzug bilden die Basis hierfür. Sie sind Voraussetzung für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung in allen Phasen des Heimaufenthaltes und liefern den Mitarbeitern eine unverzichtbare Orientierungshilfe für Maßnahmen, die die Lebensqualität und individuellen Ressourcen von Heimbewohnern erhalten und fördern.

Die Übersiedlung in eine Pflegeeinrichtung stellt aus der Perspektive des Bewohners stets einen biografischen Bruch dar. Für eine professionelle Begleitung und Versorgung ist es in der ersten Zeit nach dem Heimeinzug unerlässlich, an den Bedürfnissen, Lebensgewohnheiten und der geleisteten Versorgung der vorangegangenen Lebensphase anzuknüpfen. Informationen zur Biografie und zur Lebenssituation vor dem Heimeinzug kommt daher ganz besonders in dieser Phase eine wichtige Funktion zu. Es ist jedoch nicht möglich, alle Informationen, die für ein biografieorientiertes Arbeiten benötigt werden, gleich zu Beginn des Heimaufenthaltes verfügbar zu machen. Zeit und Gelegenheiten, sich mit dem Bewohner vor dessen Übergang in die neue Lebensumgebung vertraut zu machen, sind sehr begrenzt. Auch benötigen Bewohner ebenso wie ihre Angehörigen Zeit, um das Vertrauen und die Bereitschaft zu entwickeln, den Mitarbeitern Einblick in Aspekte zu gewähren, die ihre Privatsphäre und zum Teil sehr persönliche Fragen betreffen.

Um dieser Erfahrung Rechnung zu tragen, gliedert sich der Kriterienkatalog in zwei Teile. Der erste Teil formuliert Anforderungen an die Erfassung und Dokumentation von Informationen zum Zeitpunkt des Heimeinzugs. Der zweite Teil bezieht sich auf die Ergänzung dieser Dokumentation, die im weiteren Verlauf des Heimaufenthaltes erfolgen soll, sofern die dort beschriebenen Informationen nicht schon beim Heimeinzug erfasst werden können.

Der vorliegende Kriterienkatalog steht in einem engen Zusammenhang mit dem übergeordneten Qualitätsmaßstab „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“. Nähere Einzelheiten zu Verfahrensweisen werden in diesem Qualitätsmaßstab aufgegriffen. Hier sei nur darauf hingewiesen, dass sich der Katalog nicht als Checkliste versteht, sondern als Leitfaden zur Gestaltung der Dokumentation und des persönlichen Gesprächs mit Bewohnern und ihren Angehörigen. Der Kriterienkatalog beschreibt das Profil der Informationen, um deren Erfassung sich die Einrichtungen bemühen sollten. Es stellt ein Mindestprofil dar, das selbstverständlich erweitert werden kann. Und schließlich ist zu betonen, dass es sich nur um einen Ausschnitt der im Rahmen der Pflegeplanung relevanten Informationen handelt.



A) Grundsätze

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.
2. Zur Dokumentation der unter Abschnitt B aufgeführten Informationen können geeignete herkömmliche Instrumente verwendet werden, die im Rahmen der Pflegeplanung zum Einsatz kommen (z. B. Dokumentation der Pflegeanamnese auf der Basis der AEDL von Krohwinkel). Zur Dokumentation der unter Abschnitt C aufgeführten Informationen ist ein separater Biografiebogen erforderlich.
3. Relevante 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 Abschnitt B aufgeführten Informationen.
4. 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 etc.).
5. Die Einrichtung trägt dafür Sorge, dass der vorliegende Kriterienkatalog allen Mitarbeitern, die Informationen zur Biografie und zur Lebenssituation vor dem Heimeinzug erfassen, bekannt ist und von ihnen beachtet wird.
6. 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.

B) Erfassung und Dokumentation zum Zeitpunkt des Heimeinzuges

In der Phase zwischen dem Zeitpunkt, zu dem über den Heimeinzug definitiv entschieden wurde, und dem Zeitpunkt ca. zwei Wochen nach dem tatsächlichen Heimeinzug erfassen und dokumentieren die Mitarbeiter die folgenden Informationen zur Biografie und zur aktuellen bzw. vorangegangenen Lebenssituation:

Personenbezogene Aspekte:

7. Staatsangehörigkeit und ggf. Herkunftsland
8. Muttersprache, Beherrschen von Fremdsprachen
9. Ehe/Partnerschaft, familiäre Situation und wichtige Bezugspersonen
10. Weitergehende soziale Kontakte und Beziehungen (Art, Intensität und Stellenwert)
11. Religiosität – individuelle Bedeutung der Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft und der Religionsausübung
12. Gewohnte Tages- und Wochenstrukturierung (z. B. Zeit des Aufstehens und zu Bett Gehens, Mittagsruhe, Essenszeiten, regelmäßige Beschäftigungen)

13. Gewohnte Aktivitäten und Beschäftigungen im Lebensalltag
14. Einrichtungsgegenstände von besonderer persönlicher Bedeutung (einschl. Fotos, Bücher etc.)
15. Rauchgewohnheiten und Konsum alkoholischer Getränke
16. Ernährungsgewohnheiten (z. B. Vorlieben und Abneigungen bei Speisen und Getränken, Haupt-/Zwischenmahlzeiten, Art und Menge der Flüssigkeitsaufnahme, Gewohnheiten bezüglich der Nahrungszubereitung)
17. Gewohnte und bevorzugte Kleidung
18. Gewohnheiten im Bereich der Körperpflege (gewohnte Abläufe, Gewohnheiten in Bezug auf Duschen/Baden, Vorlieben/Abneigungen gegenüber Körperpflegeprodukten)
19. Schlafgewohnheiten (Position des Bettes im Raum, Zeiten der Bettruhe, Einschlafrituale)
20. Erwartungen/Wünsche des Bewohners und/oder der Angehörigen in Bezug auf die zukünftige Wohn-/Lebenssituation in der Einrichtung und die pflegerische Unterstützung

Versorgung vor dem Heimeinzug

21. Art und Umfang der pflegerischen, hauswirtschaftlichen und sozialen Unterstützung durch Angehörige, Freunde, Nachbarn etc.
22. Art und Umfang der Unterstützung durch Pflegedienste
23. Nutzung anderer Einrichtungen und Dienste (einschl. Menuebringdienste, hauswirtschaftliche Leistungen und teilstationäre Pflege)
24. Hilfsmittel, die in der häuslichen Umgebung verwendet wurden
25. Pflegerische Erfordernisse (Bedarf) und Maßnahmen vor dem Heimeinzug
26. Akzeptanz weiblicher/männlicher Pflegepersonen

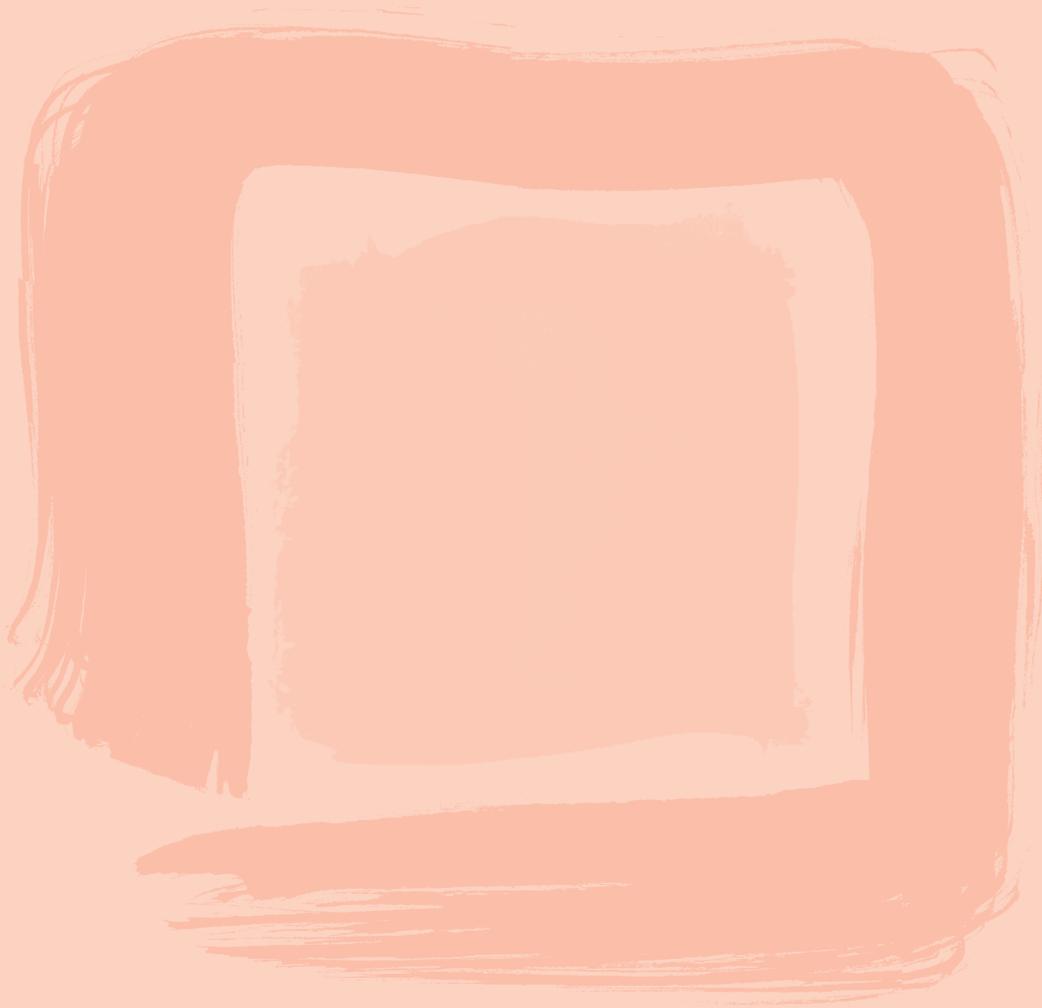


C) Fortlaufende Ergänzung der Dokumentation nach Heimeinzug

Ziel der Dokumentation der in diesem Abschnitt aufgeführten biografischen Informationen ist es erstens, Anknüpfungspunkte für eine ressourcenfördernde Pflege und psycho-soziale 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 im Folgenden 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.

27. Allgemeine Merkmale der Wohn- und Lebenssituation vor dem Heimeinzug
(z. B. lebte in einer Klein-/Großstadt, allein oder zusammen mit Angehörigen, in einer anderen Einrichtung, Verfügbarkeit und Nutzung von Garten, kürzlich erlittene Verluste etc.)
28. Herkunftsfamilie
(Wohnort und Wohnsituation, wirtschaftliche Verhältnisse, verwandtschaftliche Beziehungen, Namen/Kosenamen der Großeltern, Eltern, Geschwister, Haustiere etc.)
29. Schulbildung, Ausbildung/Studium
30. Berufstätigkeit
(z. B. Wunschberuf, tatsächlich ausgeübter Beruf, Arbeitszeiten, wichtige Personen im beruflichen Umfeld, Arbeitslosigkeit)
31. Lebensphase Kindheit und Jugend
(z. B. eigener Kose-/Spitzname, bevorzugte Freizeitbeschäftigungen, erlebte Erziehung, Pflichten im Elternhaushalt, Beziehung zu den Geschwistern, wichtige Personen, kirchliches Engagement, Wechsel des Wohnortes etc.)
32. Lebensphase Erwachsenenalter
(z. B. Partnerschaften, Familiengründung, Geburt von Kindern, Namen/Kosenamen, familiäre Beziehungen, Lebensverhältnisse, Freundeskreis, Interessen/Freizeitbeschäftigung, Wechsel des Wohnortes)
33. Lebensphase Rentenalter
(z. B. familiäre Situation, Beziehung zu Enkelkindern, Lebensverhältnisse, Freundeskreis, Interessen/Freizeitbeschäftigung, Wechsel des Wohnortes, Versterben nahestehender Personen)
34. 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.)

Literaturverzeichnis



Literaturverzeichnis

- Aktion Psychisch Kranke e. V. (2000): Psychiatrische Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Gutachten erstattet durch die Aktion Psychisch Kranke e.V. für das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und das Bundesministerium für Gesundheit. Band 131 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- Alten- und Pflegezentren Main-Kinzig-Kreis (Hg.): Sozialarbeit im Altenheim: Standards und Perspektiven für die praktische Arbeit. Kulmbach: Baumann Verlag
- 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. 5. Aufl. 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 Verlag, 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: Haus Neuland (Hg.): Handbuch Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen. Ergebnisse und Erfahrungen aus einem Modellprojekt. Haus Neuland. Werkstattbericht 20. Bielefeld 2001, 15–33
- 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
- Becker, C./Walter-Jung, B./Kapfer, E./Schepbach, B./Nikolaus, T. (1999): Medizin im Pflegeheim – Problemanalyse und Zielsetzung. MMW-Fortschritte der Medizin 141, Nr. 26, 36–40
- Boeger, A./Pickartz, A. (1998): Die Pflege chronisch Kranker in der Familie. Psychosoziale Beeinträchtigungen und Wohlbefinden bei pflegenden Frauen. Pflege 11, Nr. 6, 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
- Daneke, S. (2000): Angehörigenarbeit. München: Urban/Fischer Verlag
- 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
- Deutsches Zentrum für Altersforschung (Hg.) (2003): Epidemiologische Studie zur Inanspruchnahme von stationären Krankenhausleistungen durch Pflegeheimbewohner – eine retrospektive Kohortenstudie im Rhein-Neckar-Raum. Forschungsbericht
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2004): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2005): Expertenstandard Schmerzmanagement 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. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P 96–100. Bielefeld: IPW
- 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 Verlag
- 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 Verlag
- Fischer-Doetzki, E./Georg, J. (2005): Shift-Work-Manager in der Pflege. Pflege Aktuell 59, Nr. 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. (Hg.): 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 Verlag, 485–505
- Gäßner, M. (2005): Das BGH-Urteil zur Patientenverfügung. Pflege aktuell 59, Nr. 9, 482–485
- 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*, Nr. 3, 18–19
- Gröning, K./Kunstmann, A.-C./Rensing, E. (2004): In guten wie in schlechten Tagen. Konfliktfelder in der häuslichen Pflege. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag
- Hahn, M. (1983): Vom Krankenhaus ins Pflegeheim. *Mitteilungen der Altenhilfe*, Nr. 2, 15–19
- Hallauer, J./Bienstein, C./Lehr, U./Rönsch, H. (2005): SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Verlag
- 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
- Höft, B. (Hg.) (2003): Empfehlungen für Leistungsstandards in der gerontopsychiatrischen Pflege. 3. akt. Aufl. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Holitzner-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 Verlag, 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. 2. erw. Aufl. Herdecke: Eigenverlag
- Kauffeld, S./Kühnert, S./Wittrahm, A. (1995): *Psychologische Grundlagen der Altenarbeit*. Bonn: Ferdinand Dümmlers Verlag
- Kerkhoff, B./Halbach, A. (2002): *Biografisches Arbeiten: Beispiele für die praktische Umsetzung*. Hannover: Vincentz Verlag
- 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 Verlag
- Korte-Pötters, U./Wingenfeld, K. (2005): Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege, Version 1.1. Heft 2 der Schriftenreihe „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004–2006, hg. vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie (MGSFF)“. Düsseldorf
- Kowalski, N.C. (1981): Institutional Relocation: Current Programs and Applied Approaches. *The Gerontologist* 21, Nr. 5, 512–519
- Kreševic, 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
- 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
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.) (2000): *Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen*. 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 Verlag
- 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.
<http://www.mds-ev.org/download/GSTN%20APRIL05Pflegeprozess%20und%20Dokumentation.pdf>, 21.06.2005
- 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 it effective? *Journal of the American Geriatrics Society* 49, Nr. 6, 706–709
- Panknin, H.-T. (2003): Häufigkeit iatrogenen Erkrankungen bei älteren Patienten. *Hartmann Wundforum*, Nr. 3, 14–19
- 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
- Prochaska, J.O./DiClemente, C.C./Norcross, J.C. (1992): In Search of how People change. Applications to addictive behaviours. *American Psychologist* 47, Nr. 9, 1101–1114
- 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 Verlag
- 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
- 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 Verlag, 75–104
- Saup, W. (1993): Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer Verlag
- 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 Verlag, 11–35
- Schaeffer, D./Günnewig, J./Ewers, M. (2003): Versorgung in der letzten Lebensphase. Analyse einzelner Fallverläufe. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P 03–120. 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-Verlag, 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
- Schnepf, 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
- Specht-Leible, N./Bender, M./Oster, P. (2003): Die Ursachen der stationären Aufnahme von Alten- und Pflegeheimbewohnern in einer Geriatrischen Klinik. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36, Nr. 4, 274–279
- 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 i. B.: Lambertus Verlag
- 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 Verlag
- Urlaub, K.H. (1995): Angehörigenarbeit in Heimen. Konzepte und Erfahrungen. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Hg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe. 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/Basel: Beltz Verlag, 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
- Wingefeld, K. (1999): Konzepte und Maßnahmen zur Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs aus der stationären Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung in die Betreuung durch eine Pflegeeinrichtung. Teilstudie des Projekts „Evaluation des Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalen“. Projektbericht. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft
- Wingefeld, 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
- Wingefeld, K. (2004): Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen: Nachtdienste detailliert dokumentieren. *Altenheim* 43, Nr. 6, 40–43
- Wingefeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Huber
- Wingefeld, 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): Pflegeheim Eintritt. In: Holenstein, H. (Hg.): Spielräume in der Pflege. Bern: Huber, 189–208

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:

Ursula Korte-Pötters
Dr. Klaus Wingenfeld
Dieter Heitmann

Gestaltung:

Fortmann.Rohleder Grafik.Design,
Dortmund

Druck:

Druckerei Schmidt, Lünen

Nachdruck, auch auszugsweise,
nur mit Genehmigung des
Herausgebers.

Düsseldorf, März 2006

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



Bundesministerium
für Gesundheit



Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes
Nordrhein-Westfalen



Spitzenverbände der Pflegekassen



Verband der
Angestellten-
Krankenkassen e.V.



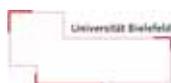
AEV - Arbeiter-
Erntekassen-
Verband e.V.

Projekträger



Diakonisches Werk
der Evangelischen Kirche
von Westfalen

Wissenschaftliche Begleitung



Universität Bielefeld

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPV

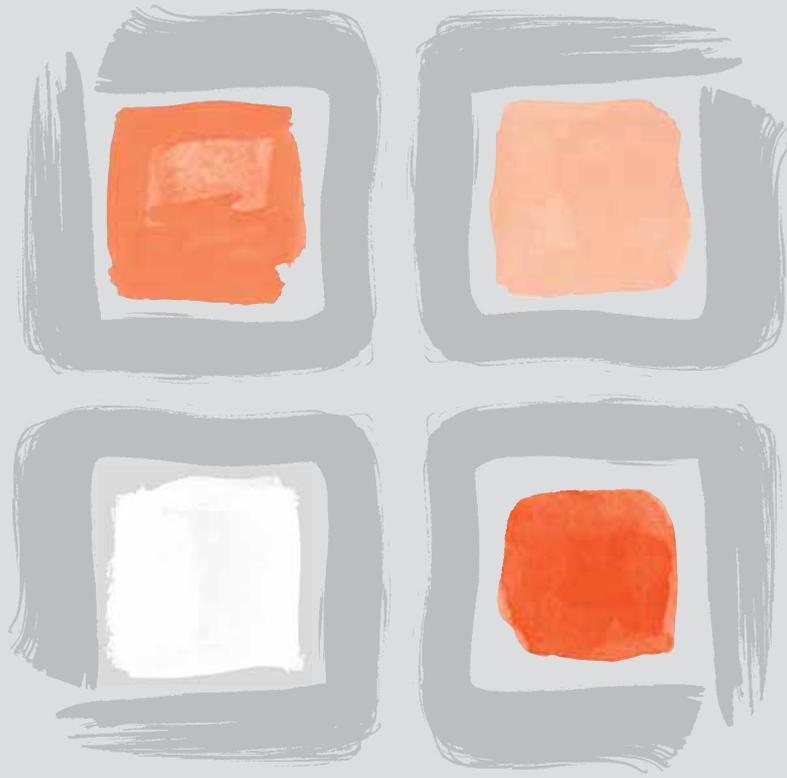


Forschungsgesellschaft
für Gerontologie e.V.
Institut für Gerontologie
an der Universität Dortmund

Organisationsberatung



ISS
Innovations-Service-System e.V.



www.mags.nrw.de

Gefördert von:

Spitzenverbände
der Pflegekassen

