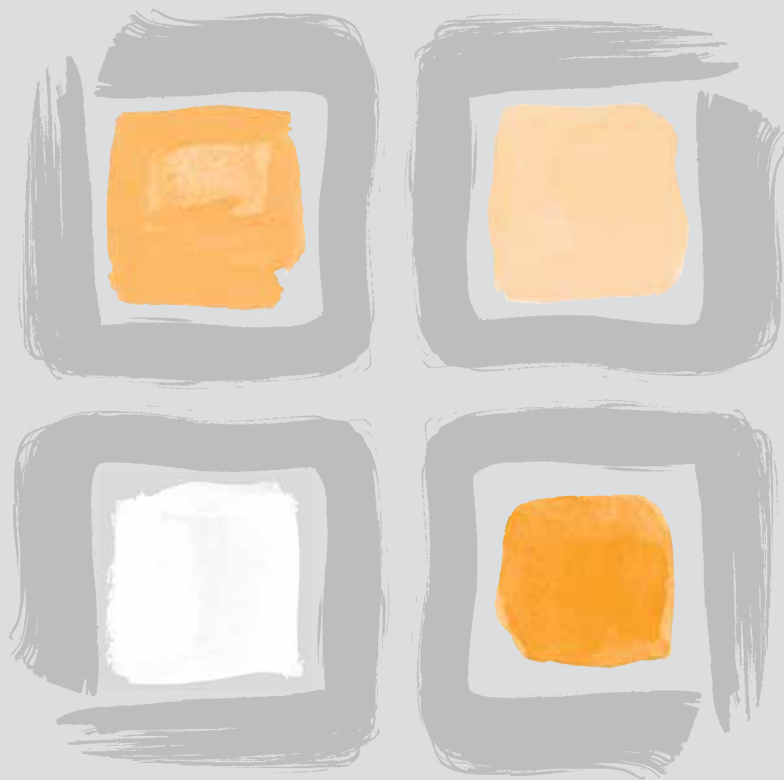




Vom Referenzmodell zum Referenzkonzept

Abschlussberichte der beteiligten Institute
2004–2006

6

Gefördert von:

Spitzenverbände
der Pflegekassen



Bundesministerium
für Gesundheit

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



Vom Referenzmodell zum Referenzkonzept

Abschlussberichte der beteiligten Institute

2004–2006

6

erstellt vom

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

Verfasser/innen: Klaus Wingefeld, Dieter Heitmann und Ursula Korte-Pöters

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

Verfasser/innen: Brigitte Rehling

unter Mitarbeit von Hildegard Heinrich, Manfred Krohn, René Bernards,
Annegret Zacharias, Marion Menke

Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (FFG)

Verfasser/innen: Marion Menke, Uta Vogelwiesche, Andrea Kuhlmann, Ingo Kowalski, Eckart Schnabel
unter Mitarbeit von Lena Oesterlen

Vorwort

Der vorliegende sechste Band der Veröffentlichungsreihe des Projektes „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ beschreibt den Weg vom Projekt zum Konzept. Das Konzept wurde im Band fünf vorgelegt. In dieser Veröffentlichung kann man erfahren, wie das Konzept entstanden ist, also etwas zu den Methoden und den Prozessen. Zur Herstellung einer größtmöglichen Transparenz haben wir die Abschlussberichte der mit der Projektdurchführung beauftragten Institute der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Sie zeigen auf, was die Akteure in den Jahren 2004 bis 2006 alles geleistet haben und lassen erahnen, wie viel persönliches Engagement sie in das Projekt eingebracht haben.



Dafür danke ich im Namen des Landespflegeausschusses den Leitungen und Mitarbeitenden in den Einrichtungen, insbesondere den Modellbeauftragten, den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und des Instituts für Gerontologie an der Universität Dortmund sowie den Beraterinnen und Beratern des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Frankfurt a.M. Unser Dank gilt auch den Vertretern der Kostenträger, der Betroffenenvertretungen und der Leistungserbringer, die das Projekt beratend in den Gremien begleitet haben. Besonders danken wir auch dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen sowie den Spitzenverbänden der Pflegekassen, dass sie mit Ihren bewilligten Mitteln, das Projekt überhaupt erst ermöglicht haben.

Der Landespflegeausschuss wird das Anliegen des Projektes weiter begleiten und Sorge für die Umsetzung der Projektergebnisse tragen. Über die praktische Umsetzung hinaus wünsche ich mir, dass die Ergebnisse auch als Grundlage der Erforschung weiter Fragen der Pflegewissenschaft und der Versorgungsforschung genutzt werden.

Pastor Günther Barenhoff
Vorsitzender des Landespflegeausschusses

Einführung

Der vorliegende Abschlussbericht zum Projekt „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege (2004–2006)“ besteht aus mehreren Teilberichten. Dies beruht auf der Tatsache, dass an dem Forschungsprojekt drei unterschiedliche Institute mit verschiedenen Aufgabenschwerpunkten beteiligt waren. Das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) war für die Konzeptentwicklung und Implementationsbegleitung zuständig, das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Frankfurt a.M. (ISS) hat die Organisationsberatung in den 20 Referenzeinrichtung durchgeführt und das Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (FfG) war für die Koordination des Projektes und die Evaluation verantwortlich. Daher liegt nun ein Bericht vor, der die Projektergebnisse vor dem Hintergrund der jeweiligen Arbeitsschwerpunkte der Institute darlegt.

In einem ersten Teil werden Zusammenfassungen der Teilberichte dargelegt. In einem zweiten Teil erfolgt eine ausführliche Beschreibung der Teilergebnisse aus der jeweiligen Perspektive der beteiligten Institute. Der erste Teilbericht (FfG) beschreibt den Aufbau und Ablauf des Modellvorhabens, wobei die Zielsetzungen des Projektes, die Beteiligten und ihre Aufgaben sowie der Zeitplan vorgestellt werden. Der zweite Teilbericht (IPW) beschreibt die Konzeptentwicklung und Implementationsbegleitung. Dieser beinhaltet das methodische Vorgehen bei der Konzeptentwicklung. Darüber hinaus werden Aufbau und Funktionen der konzeptionellen Kernelemente sowie die Vorgehensweise bei der Implementationsbegleitung dargelegt. Der dritte Teilbericht (ISS) beschreibt die Vorgehensweise der Organisationsberatung in den 20 Referenzeinrichtungen und die Ergebnisse, wobei insbesondere auf die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements, die Steuerung von Pflegeleistungen und die wichtigsten Hindernisse und Erfolgsfaktoren bei der Umsetzung der Konzeptbausteine Bezug genommen wird. Der vierte Teilbericht (FfG) umfasst das methodische Vorgehen im Rahmen der Evaluation. Anschließend wird die Ausgangssituation in den Referenzeinrichtungen beschrieben und es erfolgt eine abschließende Bewertung der Evaluationsergebnisse. Im nachfolgenden Ausblick wird auf die zukünftigen Möglichkeiten der Weiterentwicklung der vollstationären Pflege vor dem Hintergrund der Projektergebnisse hingewiesen.



Inhalt

Zusammenfassung der Abschlussberichte

	Seite
Teilbericht 1:	
Aufbau und Ablauf des Modellvorhabens (FFG)	11
1. Zielsetzungen des Modellvorhabens	14
2. Beteiligte	15
3. Zeitplan und Ablauf (2004–2006)	16
Teilbericht 2:	
Konzeptentwicklung und Implementationsbegleitung (IPW)	17
1. Einleitung	20
2. Aufgabenstellung	20
3. Methodisches Vorgehen	21
4. Ergebnisse der Entwicklungsarbeiten	22
4.1 Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege	22
4.2 Übergeordnete Qualitätsmaßstäbe	22
4.3 Optimierung des Pflegeprozesses und der Versorgungskoordination	24
5. Implementationsbegleitung	27
6. Fazit	28
Teilbericht 3:	
Organisationsentwicklung (ISS)	29
1. Auftrag und Ziel der Organisationsberatung	32
1.1 Konzept und methodisches Vorgehen	33
1.2 Beratungsmethoden	34
2. Wichtige Entwicklungen und Verbesserungen in den Einrichtungen – Schwerpunkte der Beratung	35
2.1 Entwicklungen im Zusammenhang mit der Zuständigen Pflegefachkraft	35
2.2 Entwicklungen im Zusammenhang mit den Leistungsbeschreibungen	36
2.3 Entwicklungen im Zusammenhang mit dem pflegerischen Assessment, der Biografieerfassung und den Empfehlungen zur Pflegeplanung	37
2.4 Entwicklungen im Zusammenhang mit den Rahmenkonzepten zur Qualitätssicherung	38
3. Zusammenfassung: Die wichtigsten Erfolgsfaktoren im Umsetzungsprozess	43
Teilbericht 4:	
Bewertung der Evaluationsergebnisse (FFG)	45
1. Methodisches Vorgehen	48
2. Ausgangssituation in den Referenzeinrichtungen	48
3. Abschließende Bewertung der Evaluationsergebnisse	50

Abschlussberichte

	Seite
Teilbericht 1: Aufbau und Ablauf des Modellvorhabens (FfG)	55
Einleitung	58
1. Zielsetzungen	59
2. Organisation des Modellvorhabens und Aufgaben der Beteiligten	60
3. Zeitplan (2004–2006)	62
Teilbericht 2: Konzeptentwicklung und Implementationsbegleitung (IPW)	65
Einleitung	68
1. Aufgabenstellung	69
2. Methodisches Vorgehen	70
3. Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege	72
3.1 Problemhintergrund und Zielsetzungen	72
3.2 Methodisches Vorgehen	73
3.3 Zum Charakter der Leistungsbeschreibungen	74
3.4 Aufbau	75
3.5 Funktionen	77
3.6 Zentrale Anforderungen an die Versorgungsqualität	79
3.7 Abschließende Konzeptmodifikationen	82
4. Übergeordnete Qualitätsmaßstäbe	84
4.1 Zur Auswahl der Themenfelder	84
4.2 Vorgehen	85
4.3 Funktion und Charakter der Qualitätsmaßstäbe	86
4.4 Qualitätsmaßstab „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“	88
4.5 Qualitätsmaßstab „Zusammenarbeit mit Angehörigen“	91
4.6 Qualitätsmaßstab „Nächtliche Versorgung“	94
4.7 Qualitätsmaßstab: „Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen“	98
4.8 Qualitätsmaßstab „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“	100
4.9 Qualitätsmaßstab „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“	103
5. Pflegeprozessessteuerung und Versorgungskoordination	107
5.1 Funktion und Aufgaben der „Zuständigen Pflegefachkraft“ (ZPFK)	107
5.2 Kriterienkatalog „Pflegerisches Assessment“	111
5.3 Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation	114
5.4 Verbesserte Dokumentationsformen	117
6. Implementationsbegleitung	121
7. Fazit	123
Literatur	126
Teilbericht 3: Organisationsentwicklung (ISS)	131
Einleitung	136
1. Konzept der Organisationsberatung und Vorgehensweisen in den Einrichtungen	137
1.1 Das Beraterteam	137
1.2 Ziele der Organisationsberatung	137
1.3 Systemischer Ansatz der Organisationsberatung	138
1.4 Methoden der Beratung	139
1.5 Schwerpunkte der Beratung	141



	Seite
2. Die Organisationsentwicklung in den Einrichtungen	142
2.1 Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation: Zielangemessenheit, Eindeutigkeit und Transparenz	142
2.2 Die „Zuständige Pflegefachkraft“ als Ausgangspunkt für die Pflegeorganisation .143	
2.2.1 Vorhandene Probleme der Bezugspflegepraxis	143
2.2.2 Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation im Sinne der Zuständigen Pflegefachkraft – Beispielhafte Lösungswege	144
2.2.3 Probleme im Umsetzungsprozess und wie sie bewältigt wurden	149
2.2.4 Die Kooperation zwischen Pflege und Sozialem Dienst	150
2.2.5 Strukturelle Hindernisse für Zusammenarbeit und die Umsetzung des Referenzkonzeptes	150
2.2.6 Lösungswege: Optimierte Vernetzung zwischen Pflege und Sozialem Dienst .153	
2.2.7 Dezentralisierung des Sozialen Dienstes	153
3. Qualitätsmanagement in der stationären Altenpflege	155
3.1 Gute Pflege und einrichtungsinternes Qualitätsmanagement	156
3.2 Leistungsbeschreibungen: das Leistungsprofil der stationären Altenpflege157	
3.2.1 Bestandsaufnahme zu den unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungsbeschreibungen	157
3.2.2 Berufsbegleitende fachliche Qualifizierung	159
3.2.3 Bedarfsgerechte Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen .161	
3.2.4 Bedarfsgerechte Mobilitätserhaltung und -förderung	163
3.2.5 Verinnerlichung von Lektorientierungen	163
3.3 Pflegerisches Assessment und Biografieerfassung	164
3.3.1 Entwicklung von Instrumenten bzw. Formularen	165
3.3.2 Regelmäßige Aktualisierung des pflegerischen Assessments	165
3.3.3 Zugang zu relevanten Informationen	166
3.3.4 Fachkompetenz für biografieorientierte Pflege und bedarfsangemessene psychosoziale Unterstützung	166
3.3.5 Schulungen der Mitarbeiter/innen	168
3.4 Pflegeplanung und Pflegedokumentation	168
3.4.1 Einführung verbesserter Planungs- und Dokumentationsformen	169
3.5 Rahmenkonzepte zur Qualitätssicherung in zentralen Arbeitsfeldern stationärer Pflegeeinrichtungen	170
3.5.1 Konzepterstellung	171
3.5.2 Mitarbeiterbeteiligung und mögliche Vorgehensweisen	172
3.5.3 Sinnvermittlung und Ergebnissrückkoppelung	172
3.6 Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung	173
3.6.1 Internes Schnittstellenmanagement	174
3.6.2 Begleitung der Eingewöhnungsphase	174
3.6.3 Das Integrationsgespräch	175
3.7 Zusammenarbeit mit Angehörigen	175
3.7.1 Konzepterstellung und Verbesserung von Verfahrensstandards	176
3.7.2 Entwicklung von Angeboten für Angehörige:	176
3.7.3 Möglichkeiten und Grenzen bei Konflikten	177
3.8 Nächtliche Versorgung	178
3.8.1 Verbesserung von Arbeitsabläufen	178
3.8.2 Änderung von Dienstzeiten	179
3.8.3 Kooperation von Tag- und Nachtdienst	179
3.8.4 Entwicklung von Angeboten	180

	Seite
3.9 Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen	181
3.9.1 Kontinuierliche Begleitung	182
3.9.2 Zusammenarbeit mit Hospizdiensten und freiwilligen Helfern/innen	182
3.9.3 Absprachen mit Angehörigen und Ärzten/innen	182
3.9.4 Schulungen der Mitarbeiter/innen	183
3.10 Kooperation mit niedergelassenen Ärzten	184
3.10.1 Die Ausgangssituation und damit verbundene Problemlagen	185
3.10.2 Kontaktaufnahme und Verhandlungsstrategie	186
3.10.3 Kontaktaufnahme und Kooperation	187
3.10.4 Vorbereitung von Arztbesuchen	187
3.10.5 Gegenseitige Erreichbarkeit	188
3.11 Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten	188
3.11.1 Die Ist-Analyse als Voraussetzung für Verbesserungen	189
3.11.2 Ergebnisse der Bestandsaufnahme und damit verbundene Problemlagen	189
3.11.3 Kontaktaufnahme	191
3.11.4 Problemlösungen im Kooperationsprozess	191
4. Steuerung der Pflegeleistung und Mitarbeiterführung	193
4.1 Voraussetzungen	194
4.2 Verantwortung der Leitungskräfte	195
4.3 Regelmäßige und geregelte Überprüfung	195
4.3.1 Überprüfung der Steuerungsleistung der WBL	196
4.3.2 Wohnbereichsbezogene Audits und Hospitationen	197
4.3.3 Hospitation in den Wohnbereichen	197
5. Zusammenfassung: Die wichtigsten Hindernisse und Erfolgsfaktoren im Umsetzungsprozess	200
5.1 Zieleinverständnis zwischen Träger, Einrichtungs- und Pflegedienstleitung	200
5.2 Zielangemessenheit, Eindeutigkeit und Transparenz der Aufbau- und Ablauforganisation	202
5.3 Verbindliches Qualitätsmanagement und kompetente Mitarbeiterführung	203
5.3.1 Personalentwicklung	204
5.4 Kompetenzen der Modellbeauftragten	204
6. Literatur	206
Teilbericht 4: Bewertung der Evaluationsergebnisse (FfG)	207
Einleitung	210
1. Methodischen Vorgehen	210
2. Ausgangssituation in den Einrichtungen	213
3. Abschließende Bewertung der Evaluationsergebnisse	217
4. Ausblick	233
Literatur	237
Impressum	238

Zusammenfassung

Teilbericht 1:

Aufbau und Ablauf des Modellvorhabens

Verfasser/innen:

Marion Menke, Eckart Schnabel, Uta Vogelwiesche

Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (FFG)





Inhalt

1. Zielsetzungen des Modellvorhabens	14
2. Beteiligte	15
3. Zeitplan und Ablauf (2004–2006)	16

1. Zielsetzungen des Modellvorhabens

Der Landespflegeausschuss hat im Januar 2002 beschlossen, aufbauend auf den Untersuchungsergebnissen der Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ (Wingenfeld & Schnabel, 2002),¹ eine weitere Verbesserung der Qualität der Pflege in den vollstationären Pflegeeinrichtungen anzustreben und dazu geeignete Maßnahmen zu fördern. Die damalige Studie hat erstmals auf einer breiten empirischen Basis verdeutlichen können, wie sich das gegenwärtige Leistungsgeschehen in der vollstationären Pflege darstellt und welche Defizite, aber auch welche Verbesserungsmöglichkeiten und Entwicklungspotenziale sich in der Pflege alter Menschen verorten lassen. Anknüpfend an diese Vorarbeiten wurde die Durchführung des hier vorgestellten Modellvorhabens beschlossen, dessen Vorbereitung im Frühjahr 2004 begonnen und das im Sommer 2006 abgeschlossen wurde. Mit dem Modellvorhaben sollten geeignete Voraussetzungen zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen in vollstationären Einrichtungen geschaffen werden. Die Zielsetzungen des Vorhabens sind nachfolgend aufgeführt:

- Primäres Ziel des Projektes war es, vollstationäre Pflegeeinrichtungen bei der Qualitätsentwicklung in der Pflege und der Weiterentwicklung qualitätsgesicherter Versorgungsformen zu unterstützen. Das im Rahmen des Modellvorhabens entwickelte Instrumentarium zur Verbesserung der Qualität sollte auf andere Einrichtungen übertragbar sein („Anschlussfähigkeit“) und allen an diesem Prozess Beteiligten eine Orientierungshilfe bei der Einführung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse, der Weiterentwicklung der fachlichen Arbeit, der Optimierung von qualitätsgesicherten Arbeitsabläufen und der hierzu erforderlichen sachlichen und personellen Ausstattung bieten.
- Darüber hinaus sollte das Vorhaben einen Bezugsrahmen für den Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen erarbeiten.
- Es wurden außerdem Problemlösungen entwickelt, die auf eine Optimierung der Ablaufprozesse gerichtet sind und eine zügige sowie unbürokratische Umsetzung zulassen. Insoweit haben die Referenzeinrichtungen auch Beratung und Unterstützung zur Prüfung und ggf. Optimierung in den Bereichen Ablauforganisation, Personaleinsatz und Kooperation mit externen Personen bzw. Institutionen erhalten.

Im Mittelpunkt des Vorhabens standen die Entwicklung, Implementierung und Evaluation von folgenden konzeptionellen Kernelementen:

- Pflegeprozessessteuerung und Versorgungskoordination („Zuständige Pflegefachkraft“);
- Anforderungen an das pflegerische Assessment und die Biografieerfassung;
- Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen für die pflegerische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen;

¹ Wingenfeld, K. & Schnabel, E. (2002). Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses. Duisburg: WAZ-Druck.

- Rahmenkonzepte für
 - den Heimeinzug,
 - die Angehörigenarbeit,
 - die nächtliche Versorgung,
 - die Sterbebegleitung,
 - die Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen sowie
 - die Überleitung bei Krankenhausaufenthalten;
- Empfehlungen zur verbesserten Pflegeplanung und -dokumentation.²

Diese Konzeptbausteine des so genannten Referenzkonzepts wurden in 20 vollstationären Pflegeeinrichtungen (Referenzeinrichtungen) in Nordrhein-Westfalen erprobt.

2. Beteiligte

Das Vorhaben wurde von den Spitzenverbänden der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) finanziert. Das Diakonische Werk Westfalen e.V. war Projektträger. Die Durchführung des komplexen Modellvorhabens erforderte das Zusammenwirken unterschiedlicher Personen bzw. Institutionen in verschiedenen Gremien sowie eine organisierte Kommunikationsstruktur, die die effiziente Zusammenarbeit aller Beteiligten ermöglichte. Im Projekt Referenzmodelle wirkten verschiedene Gremien bzw. Institute mit. Es handelt sich dabei um den Steuerungskreis, den Begleitausschuss, verschiedene Expertenrunden, die Projektsteuerung (FfG: Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund), die wissenschaftliche Begleitung (IPW: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und FfG), die Organisationsberatung (ISS: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Frankfurt a. M.) und die Modellbeauftragten (MB) aus den 20 Referenzeinrichtungen.

² Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, MAGS (Hrsg.) (2007). Referenzmodelle – Praxisleitfaden zur Qualitätsentwicklung in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Teil A. Düsseldorf.

3. Zeitplan und Ablauf (2004–2006)

Die Auswahl der Referenzeinrichtungen war im Frühjahr 2004 abgeschlossen. Im Juli 2004 fand das erste Zusammentreffen der Heimleitungen und Modellbeauftragten aus den Referenzeinrichtungen mit Vertretern/innen der beteiligten Institute statt, um die gemeinsame Arbeit aufzunehmen. In der ursprünglichen Projektplanung war die Projektlaufzeit von 24 Monaten in drei Phasen aufgeteilt:

1. Vorbereitungsphase (ca. 6 Monate): Abstimmung der geplanten Maßnahmen, Schulungsmaßnahmen für die Modellbeauftragten und organisatorische Vorbereitungen in den Einrichtungen.
2. Einführungsphase (ca. 6 Monate): Umsetzung der Maßnahmen, Anleitung des Einrichtungspersonals, ggf. organisatorische Anpassungen.
3. Erprobungs- und Evaluationsphase (ca. 12 Monate): In dieser Phase sollte überprüft werden, ob sich die entwickelten Leistungsdefinitionen, Qualitätskriterien und übergeordnete Qualitätsmaßstäbe im Versorgungsalltag bewähren und inwieweit sie ggf. modifiziert werden müssen.

Aufgrund der nacheinander zu entwickelnden Konzeptbausteine, die nicht alle während der ersten sechs Monate vorgelegt werden konnten, haben sich diese Phasen nicht als drei aufeinander folgende Phasen erwiesen, sondern sie verliefen schließlich für die einzelnen Konzeptbausteine parallel bzw. haben sich überschritten. Nachdem die ersten Bausteine entwickelt worden waren, wurden sie in den Einrichtungen erprobt. Während einzelne Konzeptbausteine bereits erprobt wurden, konnten andere gerade erst eingeführt werden und wieder andere befanden sich noch in der Entwicklung. Die Entwicklung der Konzeptbausteine hat sich u.a. deshalb ausgedehnt, da eine inhaltliche Abstimmung zwischen wissenschaftlicher Begleitung und den Modellbeauftragten (in den Regionalgruppen) bzw. deren Einrichtungen erfolgt ist. Darüber hinaus musste der Steuerungskreis zustimmen und der Begleitausschuss bzw. Expertinnen und Experten waren in die Beratungen eingebunden.

Zusammenfassung

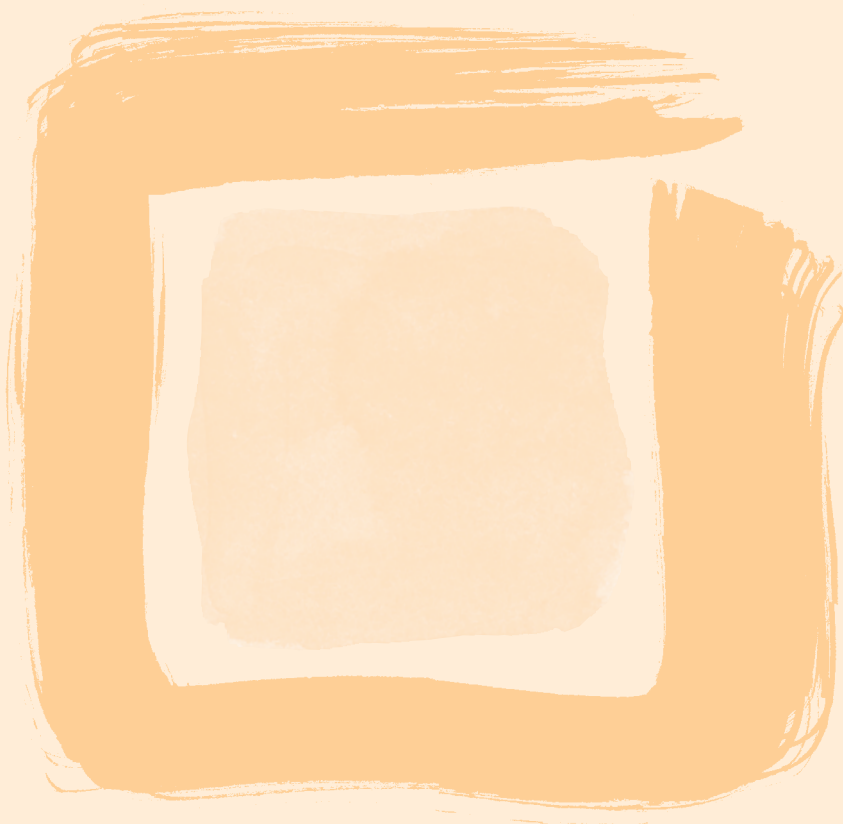
Teilbericht 2:

Konzeptentwicklung und Implementations- begleitung

Verfasser/innen:

Klaus Wingefeld, Dieter Heitmann und Ursula Korte-Pötters

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)





Inhalt

1. Einleitung	20
2. Aufgabenstellung	20
3. Methodisches Vorgehen	21
4. Ergebnisse der Entwicklungsarbeiten	22
4.1 Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege	22
4.2 Übergeordnete Qualitätsmaßstäbe	22
4.3 Optimierung des Pflegeprozesses und der Versorgungskoordination	24
5. Implementationsbegleitung	27
6. Fazit	28

1. Einleitung

Im Mittelpunkt des Modellprojekts Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege (im Folgenden kurz: „Referenzmodelle“) stand die Entwicklung und Erprobung von transparenten, nachvollziehbaren und an die Praxis anschlussfähigen Konzepten zur Förderung der Lebens- und Versorgungsqualität. Die Konzeptentwicklung und fachliche Begleitung der Referenzeinrichtungen erfolgte durch das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Der vorliegende zusammenfassende Abschlussbericht des IPW stellt das Vorgehen und die Ergebnisse der Konzeptentwicklung zusammenfassend dar. Die Konzepte selbst werden mit einer gesonderten Publikation der Öffentlichkeit vorgelegt³.

2. Aufgabenstellung

Das Modellvorhaben sollte Wege aufzeigen, wie ein nachhaltiger Prozess der Qualitätsentwicklung in vollstationären Pflegeeinrichtungen initiiert werden kann. Dementsprechend sollten die Konzepte den Pflegeeinrichtungen ein Instrumentarium zur Bewältigung aktueller Versorgungsanforderungen zur Verfügung stellen sowie eine Grundlage für den Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (oder anderen Vereinbarungen) in Form einer Systematik von Leistungsbeschreibungen und Qualitätskriterien bereitstellen. Die Konzepte sollten so ausgestaltet sein, dass sie einerseits fachlichen Standards genügen, andererseits unproblematisch in den Versorgungsalltag integriert werden können, d. h. anschlussfähig sind, die gegebenen fachlichen Ressourcen in den Einrichtungen nicht überfordern und eine möglichst zügige und unbürokratische Umsetzung ermöglichen. Hiervon ausgehend wurden folgende Konzeptbausteine entwickelt:

1. Eine Leistungssystematik („Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege“), die das Profil des Leistungsangebotes, das heute in den Pflegeeinrichtungen vorgehalten werden sollte, näher definiert.
 2. Ein System zur Bedarfsklassifikation, das Verkürzungen, wie sie der Pflegestufensystematik nach dem SGB XI vorgehalten werden, vermeidet (die Entwicklung der Bedarfsklassifikation bleibt im vorliegenden Bericht unberücksichtigt).
 3. Sogenannte übergeordnete Qualitätsmaßstäbe, die sich auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen und Verfahrensweisen in ausgewählten, wichtigen Segmenten des Versorgungsalltags beziehen (z. B. Angehörigenarbeit, nächtliche Versorgung).
 4. Konzepte zur Optimierung der Steuerung des individuellen Pflegeprozesses.
- Über die Entwicklungsarbeiten hinaus kam dem IPW die Aufgabe zu, die Referenzeinrichtungen bei der Umsetzung der Konzepte im Rahmen der praktischen Erprobung fachlich zu begleiten. Diese Implementationsbegleitung sollte Hilfestellungen geben, um Anpassungen im Versorgungsalltag auf eine Art und Weise durchzuführen, die den Anforderungen der Konzepte entspricht.

³ Korte-Pöters, U./Wingenfeld, K./Heitmann, D. (2007): Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hg.): Referenzmodelle – Praxisleitfaden zur Qualitätsentwicklung in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Düsseldorf

3. Methodisches Vorgehen

Das besondere Merkmal des Modellvorhabens bestand in der Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis, die sich sowohl auf die Entwicklung innovativer Versorgungskonzepte als auch die Implementation dieser Konzepte erstreckte. Darüber hinaus erfolgte die Konzeptentwicklung in Abstimmung mit verschiedenen Gremien und Arbeitsgruppen. Alle Akteure, die maßgeblich an der Gestaltung der stationären pflegerischen Versorgung mitwirken, waren in die Begleitung des Modellvorhabens eingebunden und erhielten damit Gelegenheit, ihre jeweilige Problemsicht einzubringen.

Die Entwicklungsarbeiten waren dementsprechend eingebettet in eine relativ komplexe Struktur begleitender Gremien und anderer Arbeitszusammenhänge. Hierzu gehörten die vier Regionalgruppen, in denen jeweils fünf Modellbeauftragte der Referenzeinrichtungen und ein Vertreter der beteiligten Institute zusammentrafen (sie bildeten für die Konzeptentwicklung den zentralen Ort der Abstimmung zwischen Wissenschaft und Praxis), der Steuerungskreis, der Begleitausschuss, der die Konzeptentwürfe vor Beginn der praktischen Erprobung eingehend diskutierte, sowie Expertenrunden, die jeweils zur Bearbeitung oder Diskussion ausgewählter Themen einberufen wurden.

Die Referenzeinrichtungen wurden in den meisten Fällen intensiv in die Entwicklungsarbeiten einbezogen. Diese folgten im Großen und Ganzen dem gleichen Muster:

1. In einem ersten Schritt entwickelte das IPW auf der Basis verschiedener Vorarbeiten Konzeptentwürfe.
2. Diese Entwürfe durchliefen umfangreiche Abstimmungsprozesse, in die sowohl die Referenzeinrichtungen als auch die projektbegleitenden Gremien einbezogen waren.
3. Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Abstimmungsprozesse erfolgte noch einmal eine inhaltliche und formale Anpassung. Die daraus hervorgegangenen Konzepte wurden den Einrichtungen zur praktischen Erprobung übergeben.
4. An die Erprobung, d. h. zum Ende des Modellvorhabens schloss sich eine gemeinsame Auswertung der Erprobungserfahrungen mit den Modellbeauftragten an. Daraus resultierten nochmalige Konzeptmodifikationen. Sie umfassten insgesamt nur wenige inhaltliche Anpassungen, allerdings viele Ergänzungen bzw. Veränderungen auf der Ebene von Erläuterungen und Kommentierungen.

Die auf diesem Weg optimierten Konzepte wurden schließlich noch einmal für die Publikation im Rahmen eines umfangreichen Praxisleitfadens aufbereitet.

Die fachliche Implementationsbegleitung zur Unterstützung der Einrichtungen bei der Konzeptumsetzung erfolgte in unterschiedlichen Formen. Auch in dieser Hinsicht kam den regelmäßig tagenden Regionalgruppen ein hoher Stellenwert zu. Darüber hinaus leistete das IPW kontinuierlich eine einrichtungsindividuelle Beratung, teils in Form längerer, direkter Arbeitsgespräche, teils auf telefonischem Weg. Die Implementationsbegleitung erwies sich als sehr wichtig, um den Einrichtungen eine Orientierungshilfe zur Verfügung zu stellen, mit der sie a) Schritte der Qualitätsentwicklung auf der Basis der Konzepte zielgerichtet einleiten und b) Detailprobleme fachlicher Art, die erst im Verlauf von Veränderungen im Arbeitsalltag sichtbar werden und die je nach Einrichtung unterschiedlich ausfallen, bewältigen konnten.

4. Ergebnisse der Entwicklungsarbeiten

4.1 Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege

Die Leistungsbeschreibungen bilden das Profil eines Leistungsangebots ab, mit dem auf die für die heutige Situation typischen Problem- und Bedarfslagen von Heimbewohnern adäquat reagiert werden kann. Sie fordern u.a.

- eine stärkere Gewichtung von Unterstützungsleistungen, die auf psychische Problemlagen und Bedürfnisse ausgerichtet sind,
- eine Akzentuierung ressourcenfördernder bzw. -erhaltender Maßnahmen,
- eine konsequent bedarfsorientierte 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 Leistungsbeschreibungen stellen ein Klassifikationssystem dar, das Leistungen bzw. Maßnahmen ordnet und definiert, inhaltlich voneinander abgrenzt und in seiner Gesamtheit ein Leistungsprofil definiert, das den Problem- und Bedarfslagen der Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen gerecht wird. Es ist bewusst übersichtlich gehalten und soll dadurch die Transparenz von Leistungsangebot und Leistungsgeschehen fördern. Vor allem in diesem Punkt, aber auch hinsichtlich seiner Funktion für den Versorgungsalltag unterscheidet es sich von anderen Klassifikationssystemen. Die Leistungsbeschreibungen unterscheiden zwei große Maßnahmenbereiche: Im Bereich der unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen, d. h. der Maßnahmen, die in direktem Kontakt mit Bewohnern durchgeführt werden, werden insgesamt 32 Leistungen unterschieden. Sie umfassen nicht nur die Hilfe bei der Durchführung körperlicher Verrichtungen, sondern auch Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen der Bewohner. Darüber hinaus werden insgesamt 12 mittelbar bewohnerbezogene Leistungen definiert, die konkrete Empfehlungen für eine qualifikationsorientierte Arbeitsteilung beinhalten.

Aufgrund der Erprobungserfahrungen sind abschließend einige Modifikationen der Leistungsbeschreibungen vorgenommen worden. Sie umfassten u.a. die Zusammenfassung von zwei Leistungen, deren Abgrenzung für die Mitarbeiter in den Einrichtungen schwer nachzuvollziehen war, und die Ausdifferenzierung von zwei neuen Leistungen (hier wurden Aspekte zusammengeführt, die ursprünglich anderen Leistungen zugeordnet waren).

Ansonsten beschränkten sich die Modifikationen auf geringfügige inhaltliche Ergänzungen, sprachliche Überarbeitungen und eine Ausweitung der einführenden Erläuterungen und Kommentierungen zu den Leistungsbeschreibungen. Diese Ausweitung erwies sich allerdings als besonders wichtig, um das Verständnis der Leistungsbeschreibungen bei ihrer Nutzung im Versorgungsalltag sicherzustellen.

4.2 Übergeordnete Qualitätsmaßstäbe

Die übergeordneten Qualitätsmaßstäbe stellen Rahmenkonzepte zur Qualitätssicherung in zentralen Aufgabenfeldern dar, die jeweils auf bestimmten Qualitätskriterien beruhen. Mit dem Modellvorhaben wurden insgesamt sechs Qualitätsmaßstäbe erarbeitet und erprobt. Ihnen kommt eine doppelte Funktion zu:

- Sie stellen Anforderungskataloge zur Ausgestaltung der betreffenden Arbeitsfelder in vollstationären Pflegeeinrichtungen dar, mit denen ein bestimmtes Qualitätsniveau angestrebt wird. Die verschiedenen Abstimmungen im Verlauf des Modellprojekts dienten 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 Wünschenswerten und dem Machbaren zu finden.
- Die Qualitätsmaßstäbe stellen darüber hinaus eine Arbeitshilfe für die Einrichtungen dar. Sie liefern ihnen eine Grundlage zur Überprüfung und Weiterentwicklung ihrer bisherigen Konzepte bzw. ihrer Praxis.

Auf die Funktion der Qualitätsmaßstäbe als Arbeitshilfe, aber auch auf das Ziel der Anschlussfähigkeit an die Praxis ist es zurückzuführen, dass sich die Anforderungen der Maßstäbe zum Teil auf unterschiedlichem Abstraktionsniveau bewegen. Zum Teil finden sich sehr konkrete Formulierungen und differenzierte Vorgaben, und zwar immer zu Fragen, bei denen es aus der Sicht der beteiligten Einrichtungen oder aufgrund der Erprobungserfahrungen notwendig erschien, für die Praxis größtmögliche Klarheit zu schaffen.

Aus ähnlichen Gründen wurde davon Abstand genommen, die Unterscheidung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu verwenden. Erste Versuche in diese Richtung zu Beginn der Entwicklungsarbeiten wurden alsbald aufgegeben, da diese Gliederungsform nicht mit der Handlungslogik im Versorgungsalltag in Einklang zu bringen ist.

Qualitätsmaßstab „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“

Mit diesem Qualitätsmaßstab werden Maßgaben für die Gestaltung des Übergangs von Pflegebedürftigen aus dem häuslichen Umfeld oder aus einem Krankenhaus in eine stationäre Pflegeeinrichtung definiert. Er formuliert Vorgaben für die Organisation des Heimeinzugs in Verbindung mit Maßnahmen zur Unterstützung des Bewohners.

Qualitätsmaßstab „Zusammenarbeit mit Angehörigen“

Der Qualitätsmaßstab „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ zielt darauf ab, eine konzeptgestützte, bewusste und planvolle Angehörigenarbeit zu fördern. Zentrale Anliegen sind die Mitwirkung der Angehörigen und die Förderung des Kontakts zwischen Bewohner und Angehörigen. Angehörigenarbeit soll aber auch dazu beitragen, dass Bewohner in belastenden Situationen (wie z. B. Heimeinzug oder Krankenhausaufenthalt) Begleitung durch vertraute, für sie besonders wichtige Bezugspersonen erfahren.

Qualitätsmaßstab „Nächtliche Versorgung“

Dieser Qualitätsmaßstab formuliert vor allem Anforderungen an die Kooperation zwischen den Mitarbeitern, an die Organisation und an die direkte Versorgung und Betreuung der Bewohner. Die Einrichtungen werden u.a. aufgefordert, mindestens einmal jährlich zu überprüfen, inwieweit ihr Versorgungsangebot dem am Abend und in der Nacht anfallenden Bedarf der Bewohner entspricht. Bei fehlender Entsprechung sollen geeignete Schritte zu konzeptionellen Anpassungen eingeleitet werden.

Qualitätsmaßstab „Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen“

Mit diesem Qualitätsmaßstab werden Wege aufgezeigt, die Begleitung Sterbender in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern und grundlegende Voraussetzungen zur Bewältigung dieser Aufgabe herzustellen. Er soll den Mitarbeitern Handlungssicherheit in einem schwierigen Aufgabenfeld geben, indem ein fachlicher und organisatorischer Rahmen für die Begleitung Sterbender abgesteckt wird. Das Rahmenkonzept versteht sich als Initiative zur Förderung einer Qualitätsentwicklung, deren langfristige Ziele weiter reichen sollten als die Ziele, die dem Rahmenkonzept selbst zugrunde liegen.

Qualitätsmaßstab „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“

Der Qualitätsmaßstab „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“ soll dazu beitragen, die Kooperationsbeziehungen auf eine transparente und verlässliche Basis zu stellen und den Pflegekräften in den Einrichtungen mehr Sicherheit in der Zusammenarbeit mit Ärzten zu geben. Es geht nicht zuletzt um die Integration pflegerischer und ärztlicher Maßnahmen mit dem Ziel, den Bewohnern eine ihren Problemlagen entsprechende und aufeinander abgestimmte medizinische und pflegerische Versorgung zugänglich zu machen.

Qualitätsmaßstab „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“

Ein geregeltes Entlassungsmanagement der Krankenhäuser, wie es der Nationale Expertenstandard vorsieht, sollte durch entsprechende Bemühungen auf Seiten der Pflegeeinrichtungen ergänzt werden. Bislang existierten für die vollstationäre Pflege jedoch keine vergleichbaren Handlungsrichtlinien. Der vorliegende Qualitätsmaßstab soll dazu beitragen, diese Lücke zu schließen, und Versorgungskontinuität fördern. Er benennt die wichtigsten Anforderungen, die sich bei der Aufnahme von Bewohnern in ein Krankenhaus, während ihres dortigen Aufenthaltes und bei ihrer Rückkehr ergeben.

4.3 Optimierung des Pflegeprozesses und der Versorgungskoordination

Die Umsetzung der Leistungsbeschreibungen und Qualitätsmaßstäbe setzt Arbeitsstrukturen voraus, die sich in der heutigen Praxis nicht durchgängig wiederfinden. Insofern stellte sich auch den Referenzeinrichtungen die Aufgabe, die notwendigen Voraussetzungen für die Konzeptumsetzung zunächst herzustellen. Zu einigen zentralen Handlungsfeldern wurden zur Unterstützung dieses Prozesses ebenfalls Konzepte entwickelt.

Ausgestaltung von Funktion und Aufgaben der „Zuständigen Pflegefachkraft“ (ZPFK)

Die Umsetzung fast aller Konzepte, die im Rahmen des Projekts „Referenzmodelle“ entwickelt worden sind, ist auf klare Definitionen und personelle Zuordnungen von Zuständigkeiten angewiesen. Die Empfehlungen beschreiben das Aufgabenprofil von Pflegefachkräften, die für die zielgerichtete, planvolle Gestaltung des individuellen Pflegeprozesses und für weitergehende Steuerungs- und Koordinationsaufgaben bei einer bestimmten Anzahl von Bewohnern verantwortlich sind. Für diese Pflegefachkräfte wurde der eher neutrale Ausdruck „Zuständige Pflegefachkraft“ gewählt, da andere Begriffe inhaltlich bereits „besetzt“ sind und Missverständnisse vermieden werden sollten.

Die Empfehlungen gehen davon aus, dass nicht jede Pflegefachkraft über die Kompetenzen verfügt, die zur Wahrnehmung dieser Aufgaben erforderlich sind. Zu den Qualifikationsanforderungen gehören nicht nur Fachwissen und pflegerische Fertigkeiten, sondern auch Steuerungs-, Koordinations-, Anleitungs-, Beratungs- und Problemlösungskompetenz und nicht zuletzt sprachliche Kompetenz (angemessene mündliche und schriftliche Ausdrucksfähigkeit). Zuständige Pflegefachkräfte müssen, damit sie ihre Aufgaben wahrnehmen können, von anderen Arbeiten entlastet werden. Insbesondere bewohnerferne Tätigkeiten, für die keine Fachqualifikation erforderlich ist, sollten so weit wie möglich von anderen Mitarbeitern übernommen werden. Die Leistungsbeschreibungen zu den mittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen zeigen hierzu Möglichkeiten auf.

Kriterienkatalog „Pflegerisches Assessment“

Dieser Kriterienkatalog beinhaltet Anforderungen an die Informationserhebung und Einschätzung der Problem- und Bedarfslagen, sowie der individuellen Ressourcen der Bewohner. Er umfasst eine Zusammenfassung von Kriterien, die seit langem aus pflegefachlicher Sicht als notwendig erachtet werden. Er versteht sich als Anforderungsprofil und Arbeitshilfe, mit der die Einrichtungen im Rahmen eines Soll-Ist-Vergleichs ihr vorhandenes Assessment auf Vollständigkeit überprüfen und gegebenenfalls ergänzen bzw. anpassen können. Der Kriterienkatalog umfasst folgende Punkte:

1. Organisatorische Voraussetzungen (Zuständigkeiten, Bereitstellung zeitlicher Ressourcen für die Durchführung des Assessments, Kooperation)
2. Inhalte des Assessments (unter besonderer Berücksichtigung kognitiver Fähigkeiten, psychischer Problemlagen und individueller Bedürfnisse)
3. Zeitpunkt der Erstellung und Aktualisierung sowie Anlässe der Aktualisierung.

Zu den einzelnen Gliederungspunkten finden sich zusätzliche Erläuterungen. Sie basieren wesentlich auf den gemeinsamen Diskussionen mit den Modellbeauftragten und der daraus resultierenden Einschätzung des Bedarfs an Erklärungen und Kommentierungen.

Kriterienkatalog zur Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation

Die Erfassung biografischer Informationen als Bestandteil des pflegerischen Assessments ist Voraussetzung für eine biografieorientierte Pflege und Versorgung, wie sie z.B. die Leistungsbeschreibungen vorsehen. Auch die Anforderungen der Qualitätsmaßstäbe nehmen Bezug auf die Erfassung bzw. die Berücksichtigung biografischer Kenntnisse in der Versorgung und Begleitung.

Die Grundsätze und Kriterien des Katalogs beschreiben ein Mindestprofil, das die Verfügbarkeit von Informationen als Grundlage für eine biografieorientierte Pflege sicherstellen soll. Der Katalog umfasst zum einen Grundsätze, die sich auf die Bereitstellung geeigneter Dokumentationsinstrumente, Zeitpunkte der Erfassung, Kennzeichnung von Informationsquellen, Verfahrensweisen und Verantwortlichkeiten beziehen. Zum anderen enthält er eine Auflistung der für die Biografieerfassung relevanten Informationen.

Verbesserte Dokumentationsformen

Der Konzeptbaustein „Verbesserte Dokumentationsformen“ zielt darauf ab, die Pflegedokumentation auf ihre fachliche Funktion zurückzuführen und dabei auf nicht begründbaren Dokumentationsaufwand zu verzichten. In diesem Sinne wurden im Projekt „Referenzmodelle“ Kriterien und Maßgaben zusammengestellt, die an verbesserte Dokumentationsformen zu stellen sind. Abweichend von vergleichbaren Initiativen in anderen Bundesländern wurde auf die Entwicklung einer Musterdokumentation verzichtet. Vielmehr wurden Grundsätze bzw. Anforderungen und Voraussetzungen für die Einführung verbesserter Pflegedokumentationsformen erarbeitet, deren konkrete Ausgestaltung den Einrichtungen überlassen bleiben sollte. Die Grundsätze beziehen sich insbesondere auf

- Rahmenbedingungen und Voraussetzungen (einschl. personeller Zuständigkeiten),
- die Identifizierung vorrangiger Problemlagen (Assessment),
- die Formulierung von Pflegezielen,
- die Erstellung eines Tagesplans (Maßnahmenplanung),
- Durchführungs-/Leistungsnachweise.

Aufwandsreduzierung soll vor allem dadurch erreicht werden, dass sich die Formulierung von Pflegezielen auf wesentliche Problem- und Bedarfslagen beschränkt, ein übersichtlicher, individueller Tagesplan für jeden Bewohner erstellt wird und statt Einzelnachweisen für erbrachte Leistungen – mit Ausnahme ärztlich verordneter Maßnahmen – ein Handzeichen je Maßnahmenkomplex ausreichend ist.

Eine zentrale Bedeutung kommt der Erstellung eines individuellen Tagesplans für die Bewohner zu. Dieser Tagesplan soll eine strukturierte Übersicht über alle zu leistenden Maßnahmen bieten und alle Informationen enthalten, die für die Durchführung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Pflege benötigt werden.

5. Implementationsbegleitung

Dem IPW kam neben der Konzeptentwicklung auch die Aufgabe der wissenschaftlichen Implementationsbegleitung zu, d. h. die Aufgabe, den Einrichtungen fachliche Hilfestellung zu leisten, um Anpassungen auf eine Art und Weise durchzuführen, die den Anforderungen der Konzepte entspricht. Zwar hatten die Einrichtungen die Möglichkeit, auf eine professionelle Organisationsberatung zurückzugreifen, doch war von vornherein absehbar, dass eine ergänzende fachliche Beratung erforderlich sein würde. Die wissenschaftliche Implementationsbegleitung erstreckte sich dabei auf folgende Punkte:

- **Prozesssteuerung:** Da die Konzeptbausteine in vielfältiger Weise aufeinander Bezug nehmen, waren die Praxiseinrichtungen in hohem Maße auf Orientierungshilfen bei der Umsetzung angewiesen, sowohl was die zeitliche Organisation der einzelnen Umsetzungsschritte angeht als auch im Blick auf inhaltliche Anforderungen.
- **Ergebnissicherung bei einzelnen Implementationsschritten:** Trotz Einbeziehung in die konzeptionellen Entwicklungsarbeiten bestand ein mitunter ausgeprägtes Bedürfnis der Praxis, sich zu vergewissern, mit der Konzeptumsetzung auf dem richtigen Weg zu sein und Anpassungen oder Problemlösungen in Übereinstimmung mit den Intentionen der Konzepte vorgenommen zu haben.
- **Kontinuierliche „Übersetzungsarbeit“ in Detailfragen:** Eine ebenso wichtige Funktion der Implementationsbegleitung bestand in fortgesetzten Erläuterungen zu einzelnen inhaltlichen Aspekten der Konzepte. Dieses Erfordernis ergab sich u. a. daraus, dass ein in der Praxis handhabbares Konzept nicht alle Einzelheiten kommentieren und erklären kann, die für die Umsetzung von Bedeutung sein können.
- **Definition von Grenzen für kreative Lösungen:** Keiner der im Modellvorhaben entwickelten Konzeptbausteine legte die Referenzeinrichtungen bei der Umsetzung auf starre Lösungen fest. Gerade deshalb war es für sie gelegentlich schwer zu entscheiden, mit welchen Umsetzungsschritten sie möglicherweise die Grenze der Übereinstimmung mit den konzeptionellen Vorgaben überschreiten würden.
- **Legitimation von Handlungsinitiativen der Modellbeauftragten:** Die Modellbeauftragten mussten in ihren Einrichtungen oftmals intensive Überzeugungsarbeit leisten und ggf. auch Kompromisse aushandeln. In diesem Zusammenhang hatte die Implementationsbegleitung eine Funktion von eher strategischem Charakter: Sie unterstützte die Arbeit der Modellbeauftragten, indem sie deren Handeln indirekt durch ihre konzeptionellen Vorgaben gegenüber anderen Mitarbeitern der Einrichtungen legitimierte.

Die wissenschaftliche Implementationsbegleitung war insofern eine unerlässliche Voraussetzung für die erfolgreiche Konzeptumsetzung. Sie konnte auch nur durch eine Instanz geleistet werden, die mit den Zielsetzungen, inhaltlichen Verästelungen und Interdependenzen der Konzeptbausteine und der Modellkonzeption insgesamt gut vertraut und fachlich in der Lage war, sich mit der Praxis rasch und sachgerecht zu verständigen.

6. Fazit

Im Gesamtbild lässt sich aufgrund der Erprobungserfahrungen festhalten, dass das Ziel, mit den Konzeptbausteinen eine trotz relativ hoher fachlicher Ansprüche realistische Strategie der Qualitätsentwicklung zur Verfügung zu stellen, erreicht wurde. Die notwendigen Anpassungen der Versorgung erwiesen sich als nicht einfach, aber machbar.

Die im Modellvorhaben gewählte Strategie der Konzeptentwicklung und -abstimmung hat sich im Großen und Ganzen bewährt. Die Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis verlief keineswegs spannungsfrei, aber doch reibungsloser als zu Beginn des Projektes erwartet. Eine produktive und von gegenseitiger Akzeptanz geprägte Zusammenarbeit setzt nach den Projekterfahrungen voraus, dass sich beide Seiten am Leitbild einer professionellen Pflege orientieren. Dadurch existiert auf fachlicher Ebene eine gemeinsame Basis für die Entwicklungsarbeiten. Der Praxis müssen außerdem Freiräume für konzeptionelle „Feinarbeiten“ verbleiben, die sicherstellen, dass die Umsetzung von Konzepten nicht als Störung bewährter interner Abläufe, sondern als Bereicherung erfahren wird.

Aufgrund der Erprobungserfahrungen wurden alles in allem nur wenige Modifikationen der Konzepte erforderlich. Auf die moderate Veränderung des Aufbaus der Leistungsbeschreibungen wurde bereits hingewiesen. Ansonsten lagen Anpassungserfordernisse vorrangig auf der Ebene der Kommentierung und Erläuterung der konzeptionellen Vorgaben. Diesen Modifikationen bzw. Erweiterungen und Präzisierungen kommt allerdings im Hinblick auf die Praxistauglichkeit der Konzepte ein hoher Stellenwert zu.

Die Konzepte des Modellvorhabens sind für andere Einrichtungen im Grundsatz unmittelbar verwertbar. Ihre praktische Umsetzung stellt allerdings eine nicht zu unterschätzende Herausforderung dar, zu deren Bewältigung viele Einrichtungen auf einen geeigneten Rahmen und auf externe Unterstützung angewiesen sein dürften. Wesentliche Elemente eines solchen Rahmens lassen sich aus der Organisation des Projekts „Referenzmodelle“ ableiten. Dazu gehören u.a. erfahrene Multiplikatoren (die in den Einrichtungen für eine stetige und zielgerichtete Konzeptumsetzung sorgen, analog zu den Modellbeauftragten der Referenzeinrichtungen), die Einbindung in einen einrichtungsübergreifenden Arbeitszusammenhang, ggf. Unterstützung bei der Organisationsentwicklung und nicht zuletzt eine kompetente fachliche Begleitung: Die Referenzkonzepte zielen nicht auf isolierte Schritte zur Verbesserung von Teilaspekten der Versorgung, sondern auf grundlegende Qualitätsverbesserungen in Kernbereichen der vollstationären Pflege. Diese Verbesserungen bzw. die Umsetzung der Konzepte setzen eine Fachlichkeit voraus, deren Herstellung von einem Teil der Einrichtungen bzw. ihrer Träger erhebliche Anstrengungen verlangt.

Zusammenfassung

Teilbericht 3: Organisations- entwicklung

Verfasser/innen:

Brigitte Rehling

unter Mitarbeit von Hildegard Heinrich, Manfred Krohn, René Bernards,
Annegret Zacharias, Marion Menke

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





Inhalt

1. Auftrag und Ziel der Organisationsberatung	32
1.1 Konzept und methodisches Vorgehen	33
1.2 Beratungsmethoden	34
2. Wichtige Entwicklungen und Verbesserungen in den Einrichtungen – Schwerpunkte der Beratung	35
2.1 Entwicklungen im Zusammenhang mit der Zuständigen Pflegefachkraft	35
2.2 Entwicklungen im Zusammenhang mit den Leistungsbeschreibungen	36
2.3 Entwicklungen im Zusammenhang mit dem pflegerischen Assessment, der Biografieerfassung und den Empfehlungen zur Pflegeplanung	37
2.4 Entwicklungen im Zusammenhang mit den Rahmenkonzepten zur Qualitätssicherung .	38
3. Zusammenfassung: Die wichtigsten Erfolgsfaktoren im Umsetzungsprozess	43

1. Auftrag und Ziel der Organisationsberatung

In Übereinstimmung mit den Modellzielen war die Arbeit der Organisationsberatung darauf gerichtet, die Referenzeinrichtungen bei der Umsetzung der Konzeptanforderungen zu unterstützen. Die zentrale Zielsetzung der Organisationsberatung, auf die Umsetzung der Konzeptbausteine in den Referenzeinrichtungen hinzuwirken, war mit weiteren Zielen verbunden, die sich aus der konkreten Situation und dem spezifischen Entwicklungsbedarf der einzelnen Referenzeinrichtungen ableiteten.

Im Unterschied zu anderen Organisationsberatungsprozessen wurden die Entwicklungsanforderungen, die sich aus der oben beschriebenen Zielstellung des Modellprojektes ergaben, nicht durch die Einrichtungen selbst sondern durch das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) formuliert. Auch wenn dies mit dialogischer Rückkoppelung zu den 20 Referenzeinrichtungen geschah, so konnte unter diesen Umständen eine vorbehaltlose Identifikation der Leitungsebenen und Modellbeauftragten mit bestimmten Zielvorstellungen nicht immer vorausgesetzt werden. Auch das ISS und seine Organisationsberater/innen wurde nicht direkt von den Einrichtungen oder Trägern sondern von den Auftraggebern und Geldgebern des Modellprojekts ausgewählt und beauftragt.

Für die Organisationsberatung beinhaltete diese Ausgangslage eine doppelte Verpflichtung: Zum einen fühlten sich die Berater/innen von Beginn an den Zielsetzungen des Modellprojekts verpflichtet, waren also nicht neutral. Auch bei tendenziell skeptischer Positionierung der Einrichtungen zu einzelnen Anforderungen hatten sie um ein Zieleinverständnis zu werben und auf die Umsetzung der Konzeptbausteine hinzuwirken. Zum anderen war ein vertrauensvolles Arbeitsbündnis mit den Einrichtungen zu etablieren, bei dem sich Modellbeauftragte, Leitungskräfte und Mitarbeiter/innen der Loyalität der Berater/innen sicher sein konnten.

Gelingen konnte diese Balance, weil sich die ISS-Berater/innen dem Grundprinzip und Leitziel der Bewohnerorientierung verpflichtet fühlten, welches letztlich auch die Träger und Leitungskräfte bewogen hatte, sich für eine Teilnahme am Modellprojekt zu entscheiden. In diesem Grundkonsens traf man sich und konnte auch in schwierigen Situationen produktiv zusammenarbeiten. Mit dem Begriff der Bewohnerorientierung ist hier gemeint, dass die Pflege von Bewohnern/innen in der stationären Altenpflege

- biografieorientiert, ressourcenfördernd und -erhaltend sein soll,
- Risiken für Gesundheit und Unversehrtheit durch Prophylaxen ausschließt bzw. mindert,
- dem individuellen Unterstützungsbedarf aller Bewohner/innen auch der demenziell Erkrankten und Immobilen gerecht werden muss,
- sich nicht nur auf physische Unterstützung und Versorgung beschränkt sondern auch psychosoziale Begleitung bietet,
- auf der Grundlage einer respektvollen, wertschätzenden Haltung gegenüber Bewohner/innen und Angehörigen erbracht wird.

1.1 Konzept und methodisches Vorgehen

Grundsätzlich ist Beratung immer eine Dienstleistung, die durch den Auftrag und die Kooperationsbereitschaft des Gegenübers gesteuert wird. Der Beratungserfolg ist nie eine nur vom Berater erbrachte Leistung, sondern immer das Ergebnis einer gelungenen Kooperation: nur wer sich beraten lassen *will* wird von einem Beratungsprozess auch profitieren können.

Die Beratung der Einrichtungen erfolgt auf der Grundlage eines systemischen Organisationsverständnisses, das sich in folgenden Thesen skizzieren lässt:

- Die Wirklichkeit der Organisation, ihre Identität, ihr Leistungsniveau, ihre Kultur wird von allen Organisationsmitgliedern in wechselseitigem Bezug und in wechselseitiger Abhängigkeit gestaltet. Eine Steuerung ist nur möglich, wenn diese Komplexität durch klare Aufbaustrukturen und Ablaufregeln reduziert wird. Für die Beratung bedeutet dies, immer auch die Eindeutigkeit, Transparenz und Angemessenheit der jeweiligen Aufbau- und Ablauforganisation sowie die Kulturen der Einrichtungen in den Blick zu nehmen.
- Eine lineare Logik, die davon ausgeht, dass eine bestimmte Intervention eine berechenbare Wirkung erzielt, wird der wechselwirksamen Interaktion aller Organisationsmitglieder nicht gerecht. Vielmehr ist es nötig – analog zu einem ökologischen Blick auf Zusammenhänge in der Natur – mögliche Wechsel- und Rückwirkungen hypothetisch einzukalkulieren. Auch reicht es nicht aus, sich bei der Umsetzung von Entwicklungszielen z. B. auf die verhaltenssteuernde Wirkung von Anweisungen und Regeln zu verlassen. Vielmehr ist es notwendig, dass tatsächliche Geschehen zu prüfen, Widerstände und unliebsame „Nebenwirkungen“ korrigierend zu bearbeiten. Für die Beratung folgt daraus, sich immer wieder um den Blick auf „das Ganze“ zu bemühen und dem Steuerungshandeln der Leitungsebenen besondere Aufmerksamkeit zu schenken.
- Es gibt keinen Standort, von dem aus die Komplexität von Organisationen objektiv eingeschätzt werden kann. Hierarchischer und informeller Status sowie die jeweils spezifischen Aufgaben bestimmen die Perspektive der einzelnen Akteure und lassen sie Unterschiedliches wahrnehmen. Für die Beratung bedeutet dies, den eigenen externen Blick möglichst durch die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Akteuren und damit unterschiedlichen Perspektiven zu vernetzen, um sich einem vollständigen Bild zumindest zu nähern.
- Die formelle und informelle Ordnung, die jede Organisation entwickelt, entscheidet darüber, was wichtig und was weniger wichtig genommen wird, welche Fragestellungen und Herausforderungen wahrgenommen werden und welche nicht. Der externe Standort der Organisationsberater/innen macht es möglich, ein System zur Auseinandersetzung mit Fragestellungen anzuregen, die bisher vernachlässigt wurden.
- Das systemische Prinzip, dass Systeme zwar beeinflussbar, nicht aber „beherrschbar“ sind, gilt auch für die Interaktion zwischen Berater und System: Beratungsinerventionen, die aus Ratschlägen bestehen, dem Gegenüber also Handlungs- und Verhaltensrezepte offerieren, sind nicht immer der wirksamste Weg für eine erfolgreiche Beratung. Die Akteure in Organisationen, deren Auftrag es ist, Entwicklungen zu betreiben und zu steuern, werden solche Ratschläge nur dann aufgreifen, wenn sie mit der eigenen Perspektive und Einschätzung kompatibel sind. Wenn nicht, werden sie überhört, uminterpretiert oder bekämpft.
- Das Prinzip der Ressourcenorientierung bedeutet, von der Hypothese auszugehen, dass Systeme prinzipiell fähig sind, Lösungen für Probleme zu finden, bzw. dass die erfolgreiche Bearbeitung von Mängeln und Defiziten nur dann nachhaltig gelingen kann, wenn es sich aus Sicht des Systems um *eigene* Problemdefinitionen und Lösungen handelt. Insofern ist jeder Beratungsprozess immer ein Akt der „Geburtshilfe“, der das implizite Wissen der Organisation über die eigenen Stärken und Schwächen sowie die grundsätzlich vorhandene Problemlösungskompetenz zu Tage fördert.

Die schrittweise Einführung der Konzeptbausteine des Referenzkonzepts konkretisierte und präzierte auch das Konzept der Organisationsberatung. Erst durch den Abgleich vorhandener Strukturen und gelebter Praxis mit den Konzeptbausteinen wurden die konkreten Entwicklungsbedarfe in den Einrichtungen deutlich, die dann zum Gegenstand der Beratung wurden.

1.2 Beratungsmethoden

Um die vorhandene Organisationswirklichkeit einschätzen zu können, eröffneten sich die Organisationsberater/innen Zugänge aus unterschiedlichen Perspektiven durch Gespräche mit den Modellbeauftragten, den Einrichtungs- und Pflegedienstleitern/innen, vielfach auch den Wohnbereichsleitern/innen. Darüber hinaus hospitierten sie bei Übergaben und Fallbesprechungen und prüften exemplarisch Pflegedokumentationen.

Kennzeichnend für die Gespräche mit den Akteuren in den Einrichtungen war es, dass die Berater/innen deren Einschätzung und Bewertung wichtiger Sachverhalte durch entsprechende Fragen erhoben. Dies bedeutete gleichzeitig, dass die Gesprächspartner/innen zu kritischer Reflexion vorhandener Umstände angeregt wurden und dabei sowohl auf Stärken wie auch auf vorhandene Schwächen und Entwicklungsbedarfe aufmerksam wurden.

Ob ein vorhandener Mangel erfolgreich bearbeitet werden kann, hängt nicht zuletzt davon ab, wie klar und eindeutig beschrieben ist, aus welchen Gründen er vorhanden ist und wie konkret das Ziel benannt ist, zu dem man gelangen will. Zu fragen ist auch, wie man selbst dazu beigetragen hat, dass dieses Ziel bisher nicht erreicht wurde. In diesem Sinne regten die Organisationsberater/innen die Modellbeauftragten, teilweise aber auch die Führungskräfte in den Einrichtungen dazu an, die haus-spezifischen Entwicklungsziele so exakt wie möglich zu beschreiben und zu begründen, um dann die Umsetzungsschritte planen zu können. Auch die Frage danach, ob und wie sich das eigene Handeln verfestigend auf vorhandene Defizite auswirken könnte, wurde mit wichtigen Partner/innen in den Einrichtungen mehrfach reflektiert.

Beratung ist immer eine Dienstleistung auf Zeit, gerade auch im Rahmen eines klar befristeten Modellprojekts. Umso wichtiger war es, durch die Technik des Fragens die Einrichtungen ihre eigenen Antworten und damit auch nachhaltige Problemlösungen finden zu lassen.

Das Expertenwissen, dass die Berater/innen, in die Entwicklungsprozesse einbrachten, bezog sich weniger auf pflegefachliche Fragen, sondern auf Schwerpunkte des Organisationsmanagements. Dazu gehörten unterschiedliche Bereiche, wie etwa Fragen der Organisationsstruktur und Ablaufregelungen, des Qualitäts- und Projektmanagements, der Mitarbeiterführung und der Teamentwicklung. Es ging darum, günstige, absichernde Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die erfolgreiche Umsetzung der fachlichen Anforderungen des Referenzkonzeptes zu schaffen oder zu stärken und zu erhalten.

2. Wichtige Entwicklungen und Verbesserungen in den Einrichtungen – Schwerpunkte der Beratung

Die Bearbeitung jedes einzelnen Konzeptbausteins begann mit einer Soll-Ist-Analyse, bei der überprüft wurde, welche Anforderungen des jeweiligen Konzepts durch die Einrichtung bereits erfüllt wurden und welche noch nicht. Die konkreten einrichtungsbezogenen Entwicklungsziele – und damit gleichzeitig die Beratungsschwerpunkte – ergaben sich zum einen aus den bei diesen Analysen festgestellten Lücken und Abweichungen und deren Ursachen, zum anderen auch aus Hindernissen und Schwierigkeiten, die sich im weiteren Verlauf der Konzepterprobung und -umsetzung zeigten.

Viele der Entwicklungsprozesse und erzielten Ergebnisse wurden durch die Bearbeitung einzelner Konzeptbausteine angestoßen. Deshalb ist es möglich, in den folgenden Absätzen eine Verbindung zwischen einzelnen Bausteinen und erzielten Verbesserungen herzustellen. Meist blieben die positiven Wirkungen aber nicht auf diese Konzeptelemente beschränkt, vielmehr beförderten sie auch die Umsetzung weiterer Bausteine. In einem weiteren Abschnitt dieses Kapitels soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass es darüber hinaus auch Entwicklungsergebnisse gab, bei denen eine solche Zuordnung nicht möglich ist.

2.1 Entwicklungen im Zusammenhang mit der Zuständigen Pflegefachkraft

Die Aufbau- und Ablauforganisation ist gewissermaßen das Gerüst, das den Leistungskräften, den Mitarbeitern und Bewohner/innen im Alltag Halt geben und planvolles, zielgerichtetes Handeln auf Dauer sichern soll. Grundsätzlich kann dies nur ein struktureller Rahmen leisten, der die Kriterien der Zielangemessenheit, der Eindeutigkeit und der Transparenz erfüllt.

Bei den Soll-Ist-Analysen zum Konzeptbaustein der „Zuständigen Pflegefachkraft“ wurden in vielen Referenzeinrichtungen Mängel entdeckt. Vorhandene Regelungen waren teilweise lückenhaft, teilweise missverständlich. Die Klärung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, die durch diesen Konzeptbaustein initiiert wurde, hat sich auch für die Umsetzung der Rahmenkonzepte zur Qualitätssicherung als hilfreich erwiesen. Insbesondere wurde im Zusammenhang mit diesem Konzeptbaustein das Anforderungsprofil der Bezugspflegefachkräfte geschärft.

Zentrale Verbesserungen, die im Zusammenhang mit diesem Baustein erfolgten, bezogen sich darauf, den Bezugspflegefachkräften eindeutig die Steuerungsverantwortung für die Pflegeprozesse der ihnen zugeordneten Bewohner/innen zuzuweisen. Mit der Anpassung der Tätigkeitsprofile war darüber hinaus verbunden, dass

- die Vertretungsfrage geregelt wurde: so wurden etwa alle „zuständigen Pflegefachkräfte“ eines Wohnbereichs in ein System wechselseitiger Vertretung eingebunden.
- die hierarchische Positionierung der examinieren Zuständigen Pflegefachkräfte und der nicht examinieren Pflege- und Hilfskräfte zueinander geregelt wurde: die Steuerungs- und Koordinierungsverantwortung schloss in gewissem Maße auch Weisungsbefugnisse der Zuständigen Pflegefachkraft und deren direkte Kommunikation mit Mitarbeitern anderer Dienstbereiche (Sozialer Dienst, Küche, Hauswirtschaft, Haustechnik) ein. Soweit von solchen Diensten auch unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen erbracht wurden, gehörten diese ebenfalls in die Steuerungsverantwortung der Zuständigen Pflegefachkraft.

In einzelnen Einrichtungen wurden parallel auch die Tätigkeitsprofile der Wohnbereichsleitungen in Abgrenzung zum Aufgabenkatalog der „Zuständigen Pflegefachkraft“ entsprechend optimiert.

Als Hindernisse im Umsetzungsprozess erwiesen sich u.a. ungünstige Teilzeitverträge und Dienstzeiten, mangelnde Kompetenz der Pflegefachkräfte für die Steuerungsaufgaben und deren Belastung durch pflegefremde (Hilfs-)Tätigkeiten. Viele Referenzeinrichtungen investierten deshalb viel Anstrengung und Zeit in Schulungsprogramme und veränderten – nach eingehenden Gesprächen mit den Wohnbereichsteams und einzelnen Mitarbeitern/innen – auch Dienstzeiten und die Verteilung des Stellenkontingents. Als hilfreich, weil mit Zeit- und Ressourcengewinn verbunden, erwies sich auch die Umsetzung der qualifikationsorientierten Arbeitsteilung, die im Konzeptbaustein der Leistungsbeschreibungen (hier der „mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen“) empfohlen wurde.

2.2 Entwicklungen im Zusammenhang mit den Leistungsbeschreibungen

Viele der Leistungen, die im Konzeptbaustein „Leistungsbeschreibungen“ beschrieben sind, wurden von den Referenzeinrichtungen schon zu Beginn des Modellprojekts erbracht. Gleichwohl machte die Bestandsaufnahme auf Mängel aufmerksam, die sich zum einen auf einzelne Leistungen (z.B. Einzel- und Gruppenangebote zur Mobilitätsförderung oder zur biografieorientierten psychosozialen Begleitung) bezogen, zum anderen aber auch auf Mängel in der Bedarfsgerechtigkeit (psychosoziale Angebote erreichten immobile und demente Bewohner/innen nicht in ausreichendem Maß) und auf die unzureichende Kooperation und Vernetzung von Pflege und Sozialen Dienst.

Die im Modellprojekt realisierten Verbesserungen bezogen sich deshalb auf eine Vielzahl unterschiedlicher Schwerpunkte:

- Vorhandene Fortbildungspläne für die Pflegekräfte wurden überarbeitet und den herausgearbeiteten fachlichen Qualifizierungsbedarfen angepasst. Eine besondere Rolle spielte dabei das Stichwort der biografieorientierten Pflege. Vielfach wurden dabei vorhandene Kompetenzen einzelner Fachkräfte genutzt, die als Multiplikatoren eingesetzt wurden.
- Die Dienstzeiten des Sozialen Dienstes wurden mancherorts verändert, um psychosoziale Angebote auch in den Abendstunden oder am Wochenende realisieren zu können.
- In einigen Einrichtungen wurde damit begonnen, die Trennung der Bereiche „Pflege“ und „Sozialer Dienst“ weitgehend aufzuheben und die Fachkräfte des Sozialen Dienstes den Wohnbereichen zuzuordnen. In anderen Einrichtungen wurden auch hier die Zuständigkeitsregelungen geschärft und Ablaufregelungen für den wechselseitigen Austausch von Informationen und Erfahrungen sowie gemeinsame Fallbesprechungen eingeführt.
- Neben der zeitlichen gab es vielfach auch eine inhaltliche Ausdifferenzierung von Angeboten, um auch die bisher tendenziell vernachlässigten Bewohner/innen zu erreichen. Die Frage, wer durch das vorhandene Angebotsspektrum erreicht wurde und wer nicht, wurde in vielen Einrichtungen als eine regelmäßig zu wiederholende systematische Analyse eingeführt.

2.3 Entwicklungen im Zusammenhang mit dem pflegerischen Assessment, der Biografieerfassung und den Empfehlungen zur Pflegeplanung

Durch den Konzeptbaustein zum pflegerischen Assessment entdeckten einige Referenzeinrichtungen zum einen Lücken im bisherigen Verfahren zur Prüfung von Problemen und Ressourcen ihrer Bewohner/innen. Durch das Projekt wurde das Verfahren in einigen Einrichtungen deutlich optimiert und erweitert. Dazu wurden oft ergänzende Erhebungsinstrumente etwa zur Einschätzung kognitiver Einschränkungen, von Dekubitus- und Sturzrisiken, Schmerz und des Risikos einer Mangelernährung (z. B. Expertenstandards) in das veränderte Assessmentverfahren integriert. Beim Auffinden solcher Instrumente gab es Unterstützung seitens des IPW. Darüber hinaus half hier aber auch der intensive Austausch der Modellbeauftragten untereinander. Aufgenommen wurde auch die Anforderung, das Assessment regelmäßig zu wiederholen.

Das Konzeptelement zur Erfassung biografischer Informationen war vielfach Auslöser für eine gründliche Überarbeitung und Erweiterung der bis dahin genutzten „Biografiebögen“. Auch dies war wiederum verbunden mit entsprechenden Schulungen für die Pflegefachkräfte. Als hilfreich für Verbesserungen erwiesen sich auch hier die bereits angestoßenen Regelungen zur Vernetzung von Pflege und Sozialem Dienst. So wurde etwa dafür gesorgt, dass die biografischen Informationen, die von Pflegekräften und Fachkräften des Sozialen Dienstes erhoben wurden, tatsächlich zusammengeführt wurden und in die Pflegeplanung einfließen konnten.

Bezogen auf die Anforderung einer biografieorientierten Pflege sind in vielen den Referenzeinrichtungen Schulungen zu diesem Schwerpunkt durchgeführt worden. Besonders nachhaltig wirkten dabei solche Schulungen, die sich nicht auf Vorträge und kognitive Wissensvermittlung beschränkten, sondern die Bedeutung der Biografieorientierung über unmittelbares Erleben vermittelten. Exemplarisch dafür waren Maßnahmen in einer Einrichtung, wo die Pflegekräfte aufgefordert wurden, den überarbeiteten Biografiebogen selbst auszufüllen und darüber zu diskutieren, welche Wünsche und Erwartungen sie selbst an eine biografieorientierte Pflege knüpfen würden.

Zusätzlich zu diesen Schulungen dienten die in vielen Einrichtungen neu etablierten Fallbesprechungen von Pflege- und Sozialdienstmitarbeiter/innen dazu, die Fortschreibung biografischer Informationen und deren angemessene Berücksichtigung in der Pflegeplanung und -praxis zu sichern.

Die Auseinandersetzung mit der vorhandenen Qualität von Pflegeplanung und Pflegedokumentation hat in vielen Referenzeinrichtungen beträchtlichen Raum eingenommen. Dabei spielten Fragen, die sich auf die Reduzierung des Dokumentationsaufwandes bezogen, eine geringere Rolle. Im Vordergrund stand vielmehr die Tauglichkeit der Ziel- und Maßnahmeplanung für die Steuerung des Pflegeprozesses. Dazu gehörten u. a. Schulungen der Pflegefachkräfte zur Verbesserung der Bedarfsangemessenheit und des logischen Zusammenhangs von Problemen, Ressourcen, Zielen und Maßnahmen, sowie die Einführung von Tagesablaufplänen. Verbessert wurde vielfach auch die Erstellung von Tagesberichten: Maßgabe war hier, nicht nur Ereignisse oder gar die Durchführung geplanter Maßnahmen festzuhalten, sondern solche Besonderheiten, die für die nachfolgende Schicht wichtige Hinweise für die Pflege und die Pflegeprozesssteuerung hergaben.

2.4 Entwicklungen im Zusammenhang mit den Rahmenkonzepten zur Qualitätssicherung

Die „Rahmenkonzepte zur Qualitätssicherung in zentralen Arbeitsfeldern“ umfassen – wie bereits erwähnt – sechs Einzelkonzepte zu den Schwerpunkten:

- Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung,
- Zusammenarbeit mit Angehörigen,
- Nächtliche Versorgung,
- Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen,
- Kooperation mit niedergelassenen Ärzten/innen,
- Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten

Die Anforderungen der Konzeptbausteine beziehen sich auf die Gestaltung eindeutiger Rahmenbedingungen und Zuständigkeitsregelungen und auf die inhaltliche Gestaltung bestimmter Schritte in diesen Prozessabläufen. Sie sind durchaus als Rahmenkonzepte für die Abfassung von QM-Handbuchkapitel zu „Schlüsselprozessen“ in jeder stationären Altenpflegeeinrichtung anzusehen. Die Referenzeinrichtungen mit einem bereits recht weit entwickelten Qualitätsmanagement verfügten deshalb schon zu Beginn des Projekts über entsprechende Kapitel und Abschnitte in ihren QM-Handbüchern. Andere Einrichtungen profitierten davon, die Einzelkonzepte zu erstellen und so das noch unvollständige Qualitätsmanagement zu erweitern und zu qualifizieren.

Die zahlreichen Entwicklungen und Verbesserungen, die durch die Rahmenkonzepte zur Qualitätssicherung angestoßen wurden, können in den folgenden Abschnitten nur bezogen auf die wichtigsten Aspekte skizziert werden.

Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung

Die wichtigsten Veränderungen, die bezogen auf dieses Konzeptelement in Referenzeinrichtungen realisiert wurden, richteten sich auf ein verbessertes Schnittstellenmanagement und auf die intensivere und sorgfältigere Begleitung und Auswertung der Integrationsphase.

Was das Schnittstellenmanagement betraf, so ging es – neben der auch hier wieder notwendigen Kooperation zwischen Sozialem Dienst und Pflege – um das koordinierte Zusammenwirken dieser Bereiche auch mit Verwaltung und Hauswirtschaft. Von vielen Einrichtungen wurden für die Begleitung der Eingewöhnungsphase Prozessstandards definiert, durch die gesichert wurde, dass mit neuen Bewohner/innen regelmäßig über ihrer Befindlichkeit in der ungewohnten Umgebung und ihre Wünsche gesprochen wurde.

Manche Einrichtungen haben sich darauf verständigt, dass in Übergaben und bei Fallgesprächen neue Bewohner/innen immer besonders zu berücksichtigen sind. Man tauschte sich z. B. darüber aus,

- ob es Äußerungen oder Hinweise darauf gibt, dass ein/e neue/r Bewohner/in sich wohl fühlt oder nicht, bzw. ob die Angehörigen zufrieden sind und wie diese in der Begleitung genutzt bzw. abgestellt werden können,
- ob Befürchtungen, Ängste, Beschwerden formuliert werden und wie darauf zu reagieren ist,
- ob es Themen, Interessen, Formen der Kontaktaufnahme o.ä. gibt, die dem/der Bewohner/in besonders wichtig sind,
- welche Verhaltensweisen der/die Bewohner/in an den Tag legt und wie diese zu verstehen sind,
- welche biografischen Informationen für die ressourcenorientierte und psychosoziale Unterstützung und Begleitung des(der) Bewohner/in relevant sein könnten.

Eine weitere Lücke in den vorhandenen QM-Handbüchern bzw. In der Pflegepraxis betraf das vom Rahmenkonzept geforderte Integrationsgespräch, das innerhalb der ersten sechs Wochen nach Einzug eines(einer) neuen Bewohners/in durchzuführen ist. Umgesetzt wurde diese Anforderung in vielen Referenzeinrichtungen durch die Verbindung dieses Integrationsgesprächs mit der ersten Pflegevisite bzw. Pflegeevaluation.

Zusammenarbeit mit Angehörigen

Das Rahmenkonzept zur Zusammenarbeit mit Angehörigen beinhaltet Anforderungen, die deutlich machen, dass zwar an erster Stelle die Bewohner/innen selbst, darüber hinaus aber auch die Angehörigen als Leistungsadressaten und in gewisser Weise auch als Mitwirkende am Leistungsgeschehen betrachtet werden.

Schon vor Projektbeginn wurde in allen Referenzeinrichtungen gut mit den meisten Angehörigen von Bewohnern/innen zusammengearbeitet. Abweichungen von den Anforderungen des Rahmenkonzepts bezogen sich vor allem auf die folgenden Punkte:

- Eine überwiegend konzeptkonforme gelebte Praxis war nicht durch Verfahrensanweisungen bzw. QM-Handbuchkapitel standardisiert und somit nicht hinreichend verlässlich.
- Die Dokumentation relevanter Gesprächsinhalte nach Kontakten mit Angehörigen fand vielfach nicht statt.
- Die Einbeziehung von Angehörigen in die Pflegeplanung, vor allem aber in die Pflegepraxis war in einem Teil der Einrichtungen entwicklungsbedürftig. Ersteres beschränkte sich vielfach auf Gespräche im Rahmen der Pflegevisite, der zweite Punkt wurde allzu zufällig realisiert und war z.B. abhängig von Fragen des Zeitdrucks für die Pflegekräfte in bestimmten Pflegephasen oder auch von dem jeweils individuellen Bezug einzelner Pflegekräfte zu einzelnen Angehörigen.
- In einigen Häusern fühlten sich die Pflegekräfte nicht kompetent genug, um auch schwierige und konflikträchtige Kontakte mit Angehörigen zu meistern.

Zur Behebung dieser Mängel haben viele der Referenzeinrichtungen ihre Verfahrensstandards für den Umgang mit Angehörigen und für ein kundenorientiertes Beschwerdemanagement entsprechend der Vorgaben überarbeitet und konkretisiert. Um den Kontakt zwischen Pflegekräften und Angehörigen zu intensivieren, wurden darüber hinaus in vielen Einrichtungen bestehende zentrale Angebote (z.B. zentrale Angehörigenabende) zugunsten wohnbereichsbezogener Treffen abgeschafft oder minimiert. Diese wohnbereichsbezogenen Angebote führten oft zu einer merklichen Klimaverbesserung zwischen Pflegekräften und Angehörigen und beugten möglichen Konflikten vor.

Nächtliche Versorgung

Das Rahmenkonzept zur nächtlichen Versorgung wurde relativ spät im Projektverlauf vorgelegt. In dieser Zeit waren die Referenzeinrichtungen damit beschäftigt, die vorher eingebrachten Konzeptbausteine einzuführen und zu erproben. Deshalb ist es nicht allen Einrichtungen schon während der Modelllaufzeit gelungen, ein schriftliches Konzept zu diesem Baustein zu erarbeiten und umzusetzen.

Allerdings hat die Auseinandersetzung, die in den meisten Einrichtungen zum Thema Nachtdienst stattgefunden hat, an verschiedenen Stellen für Verbesserungen gesorgt. Die Mitarbeiter/innen wurden dafür sensibilisiert, sich so zu verhalten, dass sie die Nachtruhe von Bewohner/innen – etwa durch quietschendes Schuhwerk oder zu helle Lampen u.a. – nicht störten. Vielfach wurden die Arbeitsabläufe genauer analysiert und optimiert. Manche mittelbar bewohnerbezogenen Tätigkeiten – wie das Stellen der Medikamente oder das Herauslegen von Kleidungsstücken für das Ankleiden am Morgen u.ä. – konnte in den vorausgehenden bzw. folgenden Dienst verla-

gert werden. Dadurch gewannen die Nachtdienstmitarbeiter/innen Zeit für persönliche Gespräche und Kontakte mit Bewohner/innen, insbesondere mit solchen, deren Tag-Nacht-Rhythmus verändert war und die sich über eine persönliche Kontaktaufnahme freuten.

Gleichzeitig waren die Nachtdienstmitarbeiter/innen angehalten, genau auf das Verhalten von Bewohner/innen während der Nacht zu achten und Besonderheiten in den Tagesberichten zu dokumentieren. Für Bewohner/innen, die in der Nacht wach und aktiv waren, wurde auf den Wohnbereichen die Möglichkeit geschaffen, sich mit Getränken und einem Imbiss zu versorgen. Wo dies durch die Architektur möglich war, wurden auch separate Sitzecken oder Räume für ein spätes Zusammensitzen oder Fernsehen eingerichtet.

Einige Referenzeinrichtungen veränderten die Dienstzeiten von Spät-, Früh- und Nachtdienst. Durch eine Verlängerung des Spätdienstes oder den früheren Arbeitsbeginn am Morgen wurde die Voraussetzung dafür geschaffen, dass die Bewohner/innen in stärkerem Maße selbst bestimmen konnten, wann sie zu Bett gehen oder aufstehen wollten.

Einige Einrichtungen haben wechselseitige Hospitationen von Tag- und Nachtdienst eingeführt. Teilweise waren dies nicht nur Ausnahmeregelungen. Vielmehr waren die Pflegekräfte die tagsüber bzw. in der Nacht arbeiteten, gefordert, in jedem Jahr einen definierten Zeitraum in der jeweils anderen Schicht Dienst zu tun. Zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Nacht- und Tagdienst trug auch die Regelung bei, dass in den Teamsitzungen der Wohnbereiche künftig ein/e Nachtdienstmitarbeiter/in einbezogen sein sollte.

In manchen Referenzeinrichtungen war der Konzeptbaustein zur nächtlichen Versorgung Auslöser oder Ansporn für weit reichende Veränderungen bzw. Planungen. Diese bezogen sich auf das Konzept der „24-Stunden-Pflege“: Mittelfristig soll erreicht werden, dass alle Pflegekräfte alle Dienstzeiten abdecken und es keine eigene Mitarbeitergruppe für den Nachtdienst mehr gibt. Die 24-Stunden-Pflege wird durch das Konzeptelement nicht eingefordert, allerdings erleichtert sie die Umsetzung einiger inhaltlicher Anforderungen.

Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen

Aus der Sicht der Modellbeauftragten und Einrichtungen bestanden Schwierigkeiten vor allem in Bezug auf die Anforderung einer kontinuierlichen Begleitung eines(einer) sterbenden Bewohners/in. Aus Sicht der Organisationsberatung gab es darüber hinaus auch Unterschiede in Bezug auf die Kompetenz der Pflegekräfte, dem(der) Bewohner/in in dieser schwierigen Phase beizustehen.

Für die angemessene Begleitung eines sterbenden Menschen und seiner Angehörigen mussten entsprechende Rahmenbedingungen in den Einrichtungen geschaffen werden. Festgelegt wurde z.B., dass die Sterbebegleitung Vorrang vor anderen Tätigkeiten erhalten sollte. Kündigte sich das Versterben eines/einer Bewohners/in an, musste eine unverzügliche Anpassung der individuellen Versorgung erfolgen.

Um die Begleitung sterbender Bewohner aber auch die Sensibilisierung und Qualifizierung der Pflegekräfte zu sichern, kooperierten einige der Referenzeinrichtungen mit Hospizdiensten und freiwilligen Helfern/innen. Teil solcher Kooperationen war manchmal auch die systematische Fortbildung einiger Multiplikatoren/innen – in einigen Einrichtungen auch aller Mitarbeiter/innen.

Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten

Im Unterschied zu den anderen Rahmenkonzepten des Referenzmodells ging es hier nicht nur um die Entwicklung solcher Qualitätsstandards, die in der alleinigen Verantwortung der Einrichtungen lagen. Vielmehr setzte die Umsetzung der Anforderungen eine grundlegende Kooperationsbereitschaft der externen Partner voraus. Diese zu erreichen war insbesondere bezogen auf die Ärzte schwierig und nicht immer erfolgreich.

Das zentrale Ergebnis der Bearbeitung dieser Konzeptbausteine bestand in der intensiven Auseinandersetzung mit hausinternen Mängeln und Schwächen, die zu Kooperationsproblemen beitrugen. Solche Ergebnisse waren aus zwei Gründen wichtig. Zum Einen zeigten sie Handlungsspielräume für eigene, selbst zu gestaltende Verbesserungen auf und entkräfteten die manchmal wahrzunehmende Haltung, die Verantwortung für vorhandene Schwierigkeiten einseitig den externen Kooperationspartnern zuzuschieben.

Zum Anderen boten sie die Basis für eine kompetente Verhandlungsführung mit dem jeweiligen Gegenüber. Indem man die Bearbeitung und Eliminierung der in der eigenen Institution vorhandenen Mängel ankündigte oder bereits vollzogen hatte, formulierte man nicht nur Wünsche, sondern konnte auch Angebote unterbreiten, die für die Bewohner/innen, aber auch für Ärzte und Krankenhäuser von Nutzen waren.

Umgesetzte Verbesserungen in der Kooperation mit niedergelassenen Ärzten bezogen sich im Einzelnen auf die

- bessere inhaltliche und personelle Vorbereitung und Koordination von Arztbesuchen in der Einrichtung,
- Sicherung gegenseitiger Erreichbarkeit im Notfall.

Realisierte Verbesserungen in der Überleitung bei Krankenhausaufenthalten bezogen sich im Einzelnen auf

- die gemeinsame Überarbeitung der Überleitungsbögen,
- eine qualitative Verbesserung beim Ausfüllen der Überleitungsbögen (dies beinhaltete auch eine größere Sensibilisierung der Mitarbeiter/innen und eine verstärkte Kontrolle durch die Wohnbereichsleitungen),
- ein einheitliches Fax-Formular für die Kontakte zwischen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern,
- die Bereitstellung von Notfalltaschen und Erstellung entsprechender Checklisten, sowie die Versorgung der Bewohner/innen im Krankenhaus mit Wäsche etc.,
- die Aufrechterhaltung von Kontakten zu Bewohner/innen in Krankenhäusern,
- den laufenden Informationsaustausch durch die Benennung fester Ansprechpartner/innen für die Krankenhäuser in den Altenpflegeeinrichtungen. Meist war dies die Pflegedienstleitung,
- umgehende gegenseitige Kontaktaufnahme bei dem Verdacht von pflegerischen Problemen,
- eine umgehende Anpassung der Pflegeplanung nach der Krankenhausentlassung.

2.5 Übergreifende Aspekte der Organisationsentwicklung

Jeder Organisationsentwicklungsprozess braucht entsprechende Rahmenbedingungen. Die entstehenden Anforderungen sind im Rahmen gegebener Aufbaustrukturen und Ablaufregelungen nicht zu bewältigen. Deshalb war die erste Phase des Modellprojekts dadurch gekennzeichnet, viele der Referenzeinrichtungen zu einem angemessenen Projektmanagement zu befähigen. Nicht alle brachten aus früheren Prozessen entsprechende Kompetenzen bereits mit. Aufgabe der Berater/innen war es, gemeinsam mit den Modellbeauftragten die Projektinstanzen (Steuerungsgruppe, hausinterne Projektleitung, operative Projektgruppen mit Mitarbeiterbeteiligung) zu installieren und teilweise auch zu qualifizieren. Diese Strukturen und der erzielte Kompetenzgewinn haben nicht nur die erzielten Entwicklungsergebnisse ermöglicht, sie erleichtern es den Referenzeinrichtungen auch, noch nicht abgeschlossene Entwicklungen weiter zu verfolgen.

In den Prozessen der Erprobung und Umsetzung der Konzeptbausteine wurde deutlich, dass die Steuerung der Leistungsprozesse im Sinne eines fachlichen Controllings in einigen Punkten verbesserungsbedürftig war. Im Projekt wurde deshalb darauf hingewirkt, die Nachhaltigkeit der Konzeptumsetzung im Rahmen eines verbindlichen Qualitätsmanagements zu sichern. Um dies zu erreichen wurden in mehreren Referenzeinrichtungen klare Vorgaben für die Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung von Pflegeplanungen, die Evaluation der Pflegeplanung und die Pflegevisite, aber auch für die alltägliche Leistungskontrolle und Mitarbeiterführung erarbeitet. In den Einrichtungen, die schon zuvor über ein weit entwickeltes Qualitätsmanagement verfügten, wurden die Veränderungen in das bestehende Steuerungsreglement integriert. In solchen Einrichtungen, in denen sich das Qualitätsmanagement noch im Aufbau befand oder vorhandene Regelungen noch nicht verbindlich genug eingehalten und überprüft wurden, konnten entsprechende Verfahren eingeführt oder reaktiviert werden.

3. Zusammenfassung: Die wichtigsten Erfolgsfaktoren im Umsetzungsprozess

Die Referenzeinrichtungen starteten mit unterschiedlichen Ausgangsbedingungen in das Modellprojekt. Es lag nahe zu vermuten, dass in solchen Einrichtungen, in denen vorab bereits viele Anforderungen der Konzeptbausteine erfüllt waren, die Umsetzung der Elemente, die noch zu verändern waren, reibungsloser vor sich gehen würde.

Überwiegend bestätigte sich dies, aber in Einzelfällen wurde auch deutlich, dass einige Einrichtungen mit ungünstigerer Ausgangssituation die Anforderungen schneller und erfolgreicher bearbeiten konnten als solche, die bessere Voraussetzungen hatten. Auch bei Einrichtungen mit weitgehend ähnlicher Ausgangssituation zeigten sich deutliche Unterschiede im Prozess der Erprobung und Umsetzung. Manche Referenzeinrichtungen legten in der Projektlaufzeit einen bemerkenswert weiten Entwicklungsweg zurück, in anderen vollzogen sich die Prozesse deutlich langsamer und hatten mehr Hindernisse zu bewältigen.

Die in den folgenden Abschnitten beschriebenen Merkmale waren in den Referenzeinrichtungen in vielen unterschiedlichen Kombinationen vorhanden. Es gab praktisch keine Einrichtung, in der alle Merkmale nur in positiver oder nur in negativer Ausprägung vorhanden waren. Mehrfach war beobachtbar, dass ein paar der eher hinderlichen Faktoren durch das Vorhandensein positiver Merkmale in ihrer Wirkung abgeschwächt wurden – und umgekehrt.

Aus Sicht der Organisationsberatung waren es die folgenden Merkmale, die für den zügigen Entwicklungsfortschritt besonders bedeutsam waren:

- Ein nicht nur oberflächliches, sondern konkret entwickeltes Zieleinverständnis zwischen Träger, Einrichtungs- und Pflegedienstleitung sorgte in den Referenzeinrichtungen für Handlungsfähigkeit und für beschleunigte Prozesse der Abstimmung und Entscheidung.
- Mangelnde Eindeutigkeit, Zielangemessenheit und Transparenz der Aufbau- und Ablauforganisation sorgte in manchen Einrichtungen für Verzögerungen der Umsetzungsprozesse. Günstige Voraussetzungen hatten hier die Referenzeinrichtungen,
 - bei denen Zuständigkeiten und Kompetenzen eindeutig geklärt waren, mit besonderem Augenmerk auf den Schnittstellen zwischen Pflege, Sozialem Dienst und Hauswirtschaft,
 - die eine enge Zusammenarbeit zwischen Sozialem Dienst und Pflege bereits vor Beginn des Modellprojekts verwirklicht hatten,
 - die bereits vor dem Projekt mit einem Bezugspflegesystem arbeiteten, das auch bei Ausfällen und Störungen eingehalten wurde.
- In einigen Einrichtungen gab es zwar sinnvolle Ablaufregelungen für wichtige Prozesse im Sinne des Qualitätsmanagements, es wurde aber kaum auf die Einhaltung dieses Reglements geachtet. Hilfreich war dagegen, wenn das vorhandene Qualitätsmanagement im Alltag tatsächlich handlungsleitende Funktion hatte.
- Als ein positiver Einflussfaktor ist eine gute Mitarbeiterführung zu betrachten. Kompetentes Führungshandeln, wie es in vielen der Referenzeinrichtungen zu beobachten war, zeichnete sich vor allem dadurch aus, dass
 - Vorhandene Regelungen verbindlich eingehalten und ihre Einhaltung von den Mitarbeiter/innen auch unmissverständlich eingefordert wurde,
 - den Mitarbeiter/innen grundsätzlich wertschätzend begegnet wurde,
 - die Beteiligung der Mitarbeiter/innen am Prozess der Organisationsentwicklung gesichert und Ergebnisse solcher Beteiligung ernst genommen wurde,
 - Leistungsmängel frühzeitig und angemessen thematisiert und bearbeitet wurden.

- Zu den förderlichen Faktoren gehörte schließlich auch die Personalentwicklung. In den Referenzeinrichtungen, die durch ein umfassenderes Verständnis von Personalentwicklung gekennzeichnet waren, war beobachtbar, dass
 - die Personalauswahl mit großer Sorgfalt betrieben wurde,
 - systematische Fortbildungspläne erstellt wurden, an deren Inhalten die Mitarbeiter/innen beteiligt waren,
 - die kompetente Pflegeprozessessteuerung regelmäßig durch die Leitungskräfte überprüft und bei Mängeln nachgeschult wurde,
 - interne Multiplikatoren/innen systematisch aufgebaut und eingesetzt wurden,
 - Anstrengungen zur Erweiterung fachlicher Kompetenz einher gingen mit der Bearbeitung von Haltungsfragen (Bewohnerorientierung, Biografieorientierung, Ressourcenorientierung)
 - Ehrenamtliche Unterstützung systematisch eingeworben und begleitet wurde.
- Von Bedeutung waren schließlich auch Kompetenz und Status der Modellbeauftragten. Hier hatten es diejenigen leichter, die aus der zuvor ausgeübten Funktion als Qualitätsbeauftragte oder als Leitungskräfte bereits Übung und Erfahrung mit vergleichbaren Aufgabenstellungen mitbrachten. Auch wenn nicht jeder mit solchen Voraussetzungen startete, so haben alle einen enormen Entwicklungsprozess gemeistert, der auch die Entwicklung eigener fachlicher Kompetenzen und „soft skills“ einschloss. Ohne die Modellbeauftragten wäre es nicht möglich gewesen, die anspruchsvollen Ziele des Modellprojekts zu verwirklichen. Sie waren die „change agents“ in den Einrichtungen.

Zusammenfassung

Teilbericht 4:

Bewertung der

Evaluationsergebnisse

Verfasser/innen:

Marion Menke, Uta Vogelwiesche, Andrea Kuhlmann, Ingo Kowalski,
Eckart Schnabel unter Mitarbeit von Lena Oesterlen
Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (FFG)





Inhalt

1. Methodisches Vorgehen	48
2. Ausgangssituation in den Referenzeinrichtungen	48
3. Abschließende Bewertung der Evaluationsergebnisse	50

1. Methodisches Vorgehen

Um die Implementierung und Umsetzung der konzeptionellen Kernelemente in den 20 Referenzeinrichtungen analysieren zu können, wurde ein umfassendes Evaluationskonzept umgesetzt. Folgende Aspekte wurden dabei berücksichtigt: formative und summative Evaluation, Messwiederholungsdesign, Erhebung und Auswertung qualitativer und quantitativer Daten, Befragung unterschiedlicher Quellen (Mitarbeiter/innen, Bewohner/innen, Angehörige, freiwillige Helfer/innen, Leitungskräfte, Modellbeauftragte); Einsatz verschiedener Datenerhebungsmethoden (schriftliche Befragung, mündliche Befragung, Verlaufsprotokolle, Dokumentenanalyse).

2. Ausgangssituation in den Referenzeinrichtungen

Wie sind die Einrichtungsstrukturen zu beschreiben?

Für die Durchführung des Modellprojektes wurden in Nordrhein-Westfalen 20 Einrichtungen der vollstationären Altenpflege ausgewählt. Die Größe der Einrichtungen, gemessen an der Zahl der verfügbaren Plätze, lag zwischen 60 und 206 Plätzen, im Mittel bei 110. In den Modellheimen wurden im Durchschnitt 108 Pflegebedürftige betreut. Erwartungsgemäß überwog in den Einrichtungen mit durchschnittlich 82,4% der Anteil der Bewohnerinnen. Des Weiteren war Hochaltrigkeit kennzeichnend für die Bewohnerschaft: das Alter der Bewohner/innen lag im Durchschnitt bei 83,2 Jahren⁴. Die gegenwärtige durchschnittliche Verweildauer betrug nach eigenen Berechnungen der Heime 42 Monate⁵. In den Referenzeinrichtungen überwog die Pflegestufe II mit im Mittel 42%, gefolgt von den Pflegestufen I (29%) und III (21%), die Pflegestufe 0 war mit ca. 7% eher selten. In fünf Einrichtungen waren Bewohner/innen in Pflegestufe III (Härtefallregelung); ihr Anteil fiel im Durchschnitt mit 2,8% sehr gering aus. Die Verteilung der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den zwanzig Modelleinrichtungen stimmte mit geringfügigen Abweichungen mit der landesdurchschnittlichen Pflegestufenverteilung der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen in Nordrhein-Westfalen (Statistisches Bundesamt, 2005) überein.

Für die Beschreibung der Mitarbeiterstruktur in den Referenzeinrichtungen werden die Qualifikation und das Beschäftigungsverhältnis, die Fachkraftquote, die gemäß Heimpersonalverordnung mindestens 50% betragen muss, und die Betreuungsrelation dargestellt. Zum Projektbeginn überwogen in der Gruppe der Pflegefachkräfte die Altenpfleger/innen mit einem Anteil von 40% am gesamten betreuenden Personal. Auf Krankenpfleger/innen entfielen 10%. Bei den Hilfskräften stellten die angelernten Mitarbeiter/innen den größten Anteil (31%), gefolgt von einjährig qualifizierten Hilfskräften (Alten- und Krankenpflegehelfer/innen) (8%). Betrachtet man die Mitarbeiter/innen⁶ der beteiligten Einrichtungen nach Beschäftigungsverhältnis, fällt auf, dass die meisten Fachkräfte über ein Vollzeitbeschäftigungsverhältnis verfügten oder mit mehr als 50% Beschäftigungsumfang einer Teilzeitbeschäftigung nachgingen. Bei

⁴ Die Einrichtungen wurden gebeten, nach eigenen Berechnungen Angaben zum durchschnittlichen Alter der Bewohnerschaft zu machen; hier liegen Angaben von 19 Einrichtungen vor. Eine Ausnahme stellt eine Einrichtung mit einem Angebotsschwerpunkt für junge Pflegebedürftige dar: hier beträgt das Alter der Bewohnerschaft durchschnittlich 72,8 Jahre.

⁵ Hier lagen Angaben von 15 Einrichtungen vor.

⁶ Die Berechnung schließt hier Mitarbeiter/innen der Arbeitsbereiche Pflege und der Sozialen Betreuung ein.

den Hilfskräften entfielen hingegen auf Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse (50% und weniger Beschäftigungsumfang) sowie geringfügig Beschäftigte jeweils etwas mehr als 20%.

Die Fachkraftquote, d. h. der Anteil der Pflegefachkräfte am gesamten pflegerischen Personal lag zum Projektbeginn im Mittel bei 54,9 %. Neben der Fachkraftquote kommt dem Personalschlüssel – also der Gewichtung des Personalbestandes an der Zahl der betreuten Bewohner/innen – Bedeutung zu. Die Betreuungsrelation gibt an, wie viele Heimbewohner/innen (X) durchschnittlich von einer (1) Vollkraft (in der Pflege und Betreuung tätiges Personal, ohne Zivildienstleistende) betreut werden. In den Referenzeinrichtungen ergab sich im Durchschnitt eine Betreuungsrelation von 1 : 2,5 Pflegebedürftigen (Pflegestufe 0–III) je Betreuungskraft (umgerechnet auf Vollzeitstellen, ohne Zivildienstleistende⁷). Die Spannweite lag zwischen 1 : 1,9 und 1 : 3,3.

Es ist weitgehend – mit Ausnahme der Einrichtungsgröße – gelungen, die Referenzeinrichtungen so auszuwählen, dass sie als repräsentativ für alle Einrichtungen der stationären Altenpflege in Nordrhein-Westfalen angesehen werden können.

Wie stellte sich die Situation in den Einrichtungen aus Sicht der Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen dar?

Die Bewohner/innen waren mit ihrer Lebenssituation im Heim zwar insgesamt zufrieden, äußerten im Detail jedoch Kritik in verschiedenen Bereichen, so dass aus ihrer Sicht Handlungsbedarf für eine Verbesserung der Strukturen und Prozesse bestand. Am häufigsten kritisierten die Bewohner/innen Mängel im Bereich des Umgangs der Mitarbeiter/innen mit den Bewohnern/innen sowie im Hinblick auf ihre sozialen Kontakte und die Mahlzeiten.

Auch die Sicht der Mitarbeiter/innen war generell positiv: so beschrieben sie mäßige Arbeitsbelastungen, ein gutes Arbeitsklima und eine hohe Arbeitszufriedenheit. Als stark belastend wurde lediglich der Zeitdruck eingeschätzt. Besonderen Handlungsbedarf im Hinblick auf die Verbesserung der Bewohnersituation sahen die Mitarbeiter/innen bei der Betreuung und Versorgung demenziell erkrankter Bewohner/innen. Die interne Organisation und Kommunikation, verschiedene Qualitätssicherungsinstrumente sowie Angebote der Einrichtung für die Mitarbeiter/innen wurden ebenfalls gut bewertet – lediglich ein Supervisionsangebot wurde in der Regel nicht vorgehalten.

Wie sind die konzeptionellen Grundlagen hinsichtlich der Projektbausteine in den Einrichtungen zu bewerten?

In allen Modelleinrichtungen waren konzeptionelle Grundlagen vorhanden, auf welche im späteren Projektverlauf aufgebaut werden konnte. Anpassungen mussten allerdings in allen Einrichtungen erfolgen. Es gab dabei sowohl Häuser, die unter günstigen Ausgangsbedingungen in das Modellprojekt starteten und bereits viele der Anforderungen erfüllten, aber auch solche, die durch das Projekt mit einer Vielzahl neuer Anforderungen konfrontiert wurden. Und es gab Einrichtungen, bei denen bezogen auf einzelne Konzeptbausteine das eine, bezogen auf andere Bausteine aber auch das andere zutraf.

⁷ Schüler/innen/Auszubildende, Teilnehmer/innen des Freiwilligen Sozialen Jahres sowie Praktikant/innen wurden nicht in die Berechnung einbezogen.

3. Abschließende Bewertung der Evaluationsergebnisse

Grundsätzlich sei dokumentiert, dass die Projektlaufzeit mit einer Dauer von ca. zwei Jahren sehr kurz erscheint, wenn man bedenkt, dass in dem Zeitraum die vielschichtigen Konzeptbausteine zunächst entwickelt und abgestimmt werden mussten, bevor sie in der Pflegepraxis erprobt werden konnten. Vor diesem Hintergrund soll grundsätzlich festgehalten werden, dass die Erprobung der Bausteine und die Veränderungen der Arbeitsorganisation mit Unterstützung der Organisationsberatung in einem verhältnismäßig kurzen Zeitraum stattgefunden haben und die Einrichtungen insgesamt vielfältige Umsetzungsschritte geleistet haben. Der Stand der Umsetzung war in den Einrichtungen zum Ende der Projektlaufzeit unterschiedlich: Einige konnten bestimmte Konzeptbausteine vollständig umsetzen, waren dafür bei der Umsetzung anderer Bausteine noch nicht so weit vorangeschritten, andere konnten aufgrund einer guten Ausgangslage die meisten Bausteine umsetzen, wieder andere haben zahlreiche Anforderungen aus allen Bausteinen umsetzen können, dafür aber Bausteine mit empfehlendem Charakter zurückgestellt.

Wie sind die strukturellen Rahmenbedingungen in den stationären Pflegeeinrichtungen zu bewerten und welche Schlussfolgerungen ergeben sich daraus für eine erfolgreiche Umsetzung der Konzeptbausteine?

In den meisten Bereichen der Strukturdaten (z. B. Heimentgelte, Auslastung, Pflegestufenverteilung, Personalstruktur) waren am Projektende im Vergleich zum Projektbeginn nur geringfügige Veränderungen zu verzeichnen. So gab es lediglich deutliche Veränderungen hinsichtlich der Beschäftigungsverhältnisse: bei den Pflegefachkräften zeichnete sich ein Trend zu mehr Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen mit höherem Beschäftigungsumfang ab (mehr als 50% der regulären wöchentlichen Arbeitszeit). Darüber hinaus planten einzelne Heime, zukünftig aufbauorganisatorische Veränderungen und Anpassungen von Dienstzeiten der Beschäftigten im Arbeitsbereich Pflege (insbesondere Anpassung der Spät- und Nachtdienste) und für Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes (z. B. Einführung von Abend-/Wochenenddiensten) vorzunehmen. Da derartige strukturelle Anpassungen langfristige Vorbereitungen erfordern, konnten diese innerhalb der Projektlaufzeit nicht (mehr) in den Einrichtungen realisiert werden.

Im Bereich der Qualitätsentwicklung/-sicherung berichteten alle Einrichtungen über positive Veränderungen; ungeachtet der jeweiligen Ausgangssituation und der z. T. aufwändigen Abstimmungsprozesse, z. B. mit übergeordneten Stellen der Träger, wurden die Projektanforderungen mehrheitlich als anschlussfähig bezeichnet. Aus Sicht der Einrichtungsleitungen wurde einerseits der Aufwand für die Einführung und Umsetzung der Konzeptbausteine als sehr hoch bis hoch bewertet; andererseits wurde der damit verbundene Nutzen jedoch überwiegend positiv gesehen.

Eine Korrelation zwischen einzelnen strukturellen Merkmalen und einer erfolgreichen Umsetzung der Konzeptbausteine lag nicht vor. Weder die Einrichtunggröße, noch die Personal- oder Bewohnerstruktur sowie die Personalfuktuation erwiesen sich als Prädiktoren des Projekterfolgs. Vielmehr waren folgende Faktoren förderlich für die Konzeptumsetzung:

- eine gute Kooperation verschiedener Arbeitsbereiche (z. B. Pflege und Sozialer Dienst bzw. Hauswirtschaft),
- eine frühzeitige Beteiligung der Belegschaft an der Konzepterstellung,
- eine frühzeitige Beteiligung der Angehörigen und externen Kooperationspartner (z. B. Vertreter von Krankenhäusern, niedergelassene Ärzte),
- die Einbindung von Angehörigen und freiwilligen Helfern/innen,
- eine etablierte Besprechungsstruktur (z. B. Qualitätszirkel, Arbeitsgruppen),

- ein „gelebtes“ Qualitätsmanagement (z. B. Bewusstsein der Mitarbeiter/innen für die Qualitätsentwicklung, Controlling) und
- der Einsatz von Multiplikatoren (ausgewählte Mitarbeiter/innen, die an den Schulungen teilgenommen haben und weiterhin andere schulen bzw. Ansprechpartner waren).

Die Erprobung der Bausteine hat gezeigt, dass Einrichtungen mit unterschiedlichen Voraussetzungen und unterschiedlicher personeller Ausstattung die Umsetzung der fachlichen Anforderungen bewältigt haben, wobei eine deutliche Qualitätsentwicklung erreicht wurde. Einige Einrichtungen mit vergleichsweise ungünstigen Voraussetzungen haben sogar sehr deutliche Fortschritte machen können und den Stand der Qualitätsentwicklung in anderen Einrichtungen überholt.

Wie bewerten die Mitarbeiter/innen und Modellbeauftragten die veränderten Anforderungen?

Am Projektende wurden die Mitarbeiter/innen und Modellbeauftragten zur Bewertung der verschiedenen Bausteine aufgefordert:

Empfehlungen zur Zuständigen Pflegefachkraft (ZPFK)

Die Anforderungen an die „Zuständige Pflegefachkraft“ wurden von der Belegschaft überwiegend positiv aufgenommen und in die Praxis umgesetzt. Allerdings gab es auch Konflikte bezüglich der zu klärenden Zuständigkeiten und der Frage danach, welche Pflegefachkräfte auch als Zuständige Pflegefachkräfte eingesetzt werden. Während des Projektzeitraums konnten die Aufgaben und Zuständigkeiten geklärt und die Arbeitsweise hinsichtlich der Funktion der Zuständigen Pflegefachkräfte erprobt werden. Schließlich fiel die Bewertung der Mitarbeiter/innen zum Projektende sehr positiv aus: Die Hälfte der befragten Mitarbeiter/innen in der Pflege, wobei sich an der Befragung Fach- und Hilfskräfte beteiligten, waren selbst Zuständige Pflegefachkräfte. Diese Zuständigen Pflegefachkräfte gaben an, dass sich die Versorgung der Bewohner/innen durch die Umsetzung dieses Konzeptbausteins bereits verbessert habe.

Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen

Die Mitarbeiter/innen reagierten auf die Einführung der Leistungsbeschreibungen innerhalb einer Einrichtung aber auch im Vergleich der Referenzeinrichtungen untereinander unterschiedlich. Trotz Verunsicherung und Angst vor Überforderung waren größtenteils positive Reaktionen zu verzeichnen. Die Schulungen haben gezeigt, dass die Leistungsbeschreibungen zu mehr Klarheit und Transparenz hinsichtlich des Leistungsprofils insgesamt und einzelner Maßnahmen geführt haben. Im Verlauf der Erprobung wurde deutlich, dass angesichts der qualifikationsorientierten Arbeitsteilung bei den mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen auch eine gewisse Konfliktfreudigkeit aufkam, da die Arbeitsteilung teilweise angepasst werden musste. Nach der Erprobung bewerteten die Mitarbeiter/innen die Leistungsbeschreibungen positiv: Die Mehrheit der Mitarbeiter/innen gab an, dass die Nutzung der Leistungsbeschreibungen für sie eine Verbesserung im Vergleich zur vorherigen Arbeitsweise darstellen. Bis zum Ende der Projektlaufzeit hat etwa ein Viertel der Einrichtungen die Anforderungen an eine qualifikationsorientierte Arbeitsteilung erfüllen können, etwa zwei Drittel der Einrichtungen stimmten überwiegend mit der qualifikationsorientierten Arbeitsteilung bei den mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen überein. Die Leistungsbeschreibungen haben zu einer reflektierten und zusammenhängenden Arbeits- und Pflegeplanung sowie zu einem größeren Bewusstsein für die Bedeutung der psychosozialen Betreuung der Bewohner/innen geführt. Darüber hinaus wurde eine bessere Kooperation zwischen den Hierarchieebenen bzw. den Mitarbeitern/innen der Pflege und des Sozialen Dienstes befördert. Die Angebote für die Bewohner/innen wurden geprüft, die Schulungen der Mitarbeiter/innen führten zu einer vermehrten Durchführung von Prophylaxen, es konnte eine Qualitätssteigerung bei der Pflegedokumentation erreicht werden, die Bewohner/innen werden stärker ressourcenorientiert versorgt, und die Leistungen werden gerechter verteilt.

Pflegerisches Assessment

Auch die Reaktionen der Mitarbeiter/innen auf die Anforderungen an das pflegerische Assessment waren weitgehend positiv. Zum Projektende war den zuständigen Mitarbeitern/innen der Erhebungsbogen bekannt, wobei mehr als ein Drittel angab, dass sich die Qualität des Assessments durch die Anforderungen verbessert habe. Nahezu alle Einrichtungen konnten die Anforderungen an das pflegerische Assessment während der Projektlaufzeit umsetzen. Mehrere Modellbeauftragte gaben an, dass sich seit der Erprobung des angepassten Assessments das Risikomanagement deutlich verbessert hat. Insgesamt wurde der Nutzen von den Modellbeauftragten als ausgesprochen hoch bewertet. Die Anforderungen an das pflegerische Assessment legen „klare Richtlinien für Mitarbeiter“ fest, und die „Individualität der Bewohner tritt stärker in den Vordergrund“. Ein „sehr hoher Nutzen“ wurde seitens der Modellbeauftragten auch darin gesehen, „dass ein umfangreiches Assessment dauerhaft eine präventive und prophylaktische Pflege sichert“ und somit „bei kontinuierlicher Erhebung der Daten eine zeitnahe und qualitätsgesicherte Versorgung möglich ist“.⁸

Kriterienkatalog zur Erfassung biografischer Informationen

Die Reaktionen auf den Kriterienkatalog zur Erfassung biografischer Informationen waren dagegen zunächst unterschiedlich. Einige Mitarbeiter/innen sahen die biografische Arbeit eher als zusätzliche Pflicht und Belastung an, wobei auch Überforderungen bei der Durchführung biografischer Gespräche deutlich wurden. Zum Abschluss erlebte die weit überwiegende Mehrheit das Wissen um biografische Informationen als hilfreich für den Umgang mit den Bewohnern/innen und mehrheitlich wurde eine Verbesserung der Biografiebögen benannt. Die weit überwiegende Mehrheit der Einrichtungen gibt zum Abschluss der Projektlaufzeit an, dass sie vollständig mit den Kriterienkatalog weiter arbeiten bzw. die noch fehlenden Anforderungen künftig umsetzen werden.

Verbesserte Dokumentationsformen

Die Empfehlungen für verbesserte Dokumentationsformen galten im Projekt nicht als verpflichtend hinsichtlich der Anwendung. Angesichts der Vielzahl der anderen Konzeptbausteine hatte sich daher die Hälfte der Einrichtungen entschlossen, diese Empfehlungen nicht umzusetzen. Die Mitarbeiter/innen der Einrichtungen, die ihre Dokumentationsformen entsprechend verändert haben, waren mehrheitlich der Ansicht, dass sich sowohl der Umfang der Pflegeplanung reduziert hat und die Tagesablaufpläne für die Versorgung der Bewohner/innen hilfreich waren als auch weniger Zeit für die Dokumentation benötigt wurde. Auch die Ergebnisse der Leistungserfassungen zeigen, dass der Aufwand für die Pflegedokumentation zumindest leicht rückläufig war. Die Modellbeauftragten gaben ebenfalls an, die Pflegedokumentation sei insgesamt übersichtlicher, transparenter und individueller geworden.

Qualitätsmaßstäbe bzw. Rahmenkonzepte

Alle Rahmenkonzepte wurden von den Mitarbeitern/innen überwiegend positiv bewertet und in der täglichen Arbeit umgesetzt, obwohl zunächst meist eine gewisse Skepsis beobachtbar war, dass diese eine zusätzliche Arbeitsbelastung darstellen. Dennoch wurde im Detail an einzelnen Anforderungen Kritik geübt:

Hinsichtlich des Qualitätsmaßstabs zum Einzug in eine Pflegeeinrichtung erwies sich die Erstellung der Pflegeplanung auf der Basis des pflegerischen Assessments innerhalb von maximal zwei Wochen nach dem Heimeinzug als problematisch.

Die Auseinandersetzung mit dem Qualitätsmaßstab zur Zusammenarbeit mit Angehörigen verdeutlichte gelegentlich mangelnde Gesprächsführungskompetenzen, die künftig im Rahmen der Qualifizierung von Mitarbeiter/innen stärker berücksichtigt werden sollten.

⁸ Die hier zitierten Sätze entstammen der Abschlussbefragung der Modellbeauftragten.

Die Reaktionen der Mitarbeiter/innen auf den Qualitätsmaßstab zur nächtlichen Versorgung waren sehr unterschiedlich, da sie meistens mit einer Veränderung von Dienstzeiten einherging. Einige Einrichtungen haben Zwischendienste eingeführt und die Dienstzeiten bzw. das Schichtsystem verändert. Da derartige Umstrukturierungen eine längere Vorbereitungszeit benötigen, konnten die Anforderungen meist noch nicht in der gewünschten Form umgesetzt werden. Dennoch konnten in einem Viertel der Einrichtungen z. B. Angebote in den Abendstunden entwickelt und auch die Flexibilisierung der Zeiten des Aufstehens bzw. Zubettgehens durch die Einführung von Zwischendiensten oder veränderten Schichtdiensten erreicht werden.

Der Qualitätsmaßstab zur Sterbebegleitung hatte aus Sicht der Modellbeauftragten eine verbesserte Einbindung von Angehörigen und freiwilligen Helfern/innen und damit eine Entlastung der Mitarbeiter/innen zur Folge.

Trotz des Qualitätsmaßstabs zur Kooperation mit niedergelassenen Ärzten/innen erlebten die Mitarbeiter/innen weiterhin, dass sie bei fehlender Einhaltung von Absprachen (z. B. Arztbesuche, die während der Morgen- oder Abendpflege bzw. Übergaben stattfanden) die Leidtragenden waren. Zum Abschluss der Projektlaufzeit wurden im Vergleich zu den anderen Konzeptbausteinen am wenigsten Anforderungen umgesetzt. Dies mag zum einen darauf zurückzuführen sein, dass dieser Qualitätsmaßstab später eingeführt wurde und zum anderen darauf, dass die Terminabsprachen mit den Ärzten/innen besonders aufwändig waren.

Während der Erprobung des Qualitätsmaßstabs zu Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten beurteilten die Leitungskräfte und die Mitarbeiter/innen die Kooperation mit den Krankenhäusern zunehmend besser. Die stärkere Einbindung von Angehörigen wurde als Entlastung erlebt, die mangelnde Auskunftsbereitschaft einiger Krankenhäuser dagegen als problematisch. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wurden die Bewohner/innen häufig intensiver begleitet als früher und auch die Pflegeplanung konnte häufiger zeitnah angepasst werden.

Welche Auswirkungen konnten durch die Interventionen auf die Pflege- und Lebensqualität der Bewohner/innen festgestellt werden?

Ein zentrales Ziel des Forschungsprojektes bestand darin, eine Verbesserung der Versorgung der Bewohner/innen zu erreichen. Es sei vorweggenommen, dass die Ergebnisqualität nicht im Sinne teilnehmender Beobachtung und Begutachtung geprüft wurde; dennoch lassen sich angesichts der schriftlichen und mündlichen Befragungen der Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen sowie der Leistungserfassungen während der Projektlaufzeit zumindest Tendenzen aufzeigen, die Verbesserungen der Pflege- und Lebensqualität andeuten.

Eine verbesserte Betreuung von demenzkranken bzw. kognitiv beeinträchtigten Bewohnern/innen konnte dahingehend erzielt werden, dass psychosoziale Leistungen gerechter auf die Bewohnergruppen mit unterschiedlichen Einschränkungsgraden verteilt wurden. Außerdem lassen sich eine stärkere Mobilisierung der Bewohner/innen sowie eine Ausweitung von Freizeitangeboten bzw. Angeboten im Bereich der psychosozialen Betreuung und eine tendenziell vermehrte Ressourcenorientierung erkennen.

Eine stärkere Biografieorientierung hat laut Angaben der meisten Modellbeauftragten zu einer individuelleren Planung von Maßnahmen und einer stärkeren Berücksichtigung von Aktivitäten und Gewohnheiten geführt. Die Einrichtungen haben zunehmend Biografiebögen eingeführt und auch biografische Informationen in den Pflegedokumentationen berücksichtigt. Die Befragungsergebnisse haben aber auch gezeigt, wie bedeutsam ein sensibler Umgang bei der Erfassung und Nutzung biografischer Informationen ist, da Bewohner/innen sich nicht nur über ein gesteigertes Interesse an ihrer Person freuen, sondern es auch Bedenken und Zurückhaltung („der gläserne Bewohner“) gibt, die akzeptiert werden wollen.

In der Tendenz haben die Anforderungen an die Zuständigen Pflegefachkräfte durch deren Steuerungsfunktion in der Pflegeprozess- und Versorgungskoordination zu einer verbesserten Planung der Pflege und Kontinuität des Pflegeprozesses geführt. Dies hat sich beispielsweise in den zugeteilten Zuständigkeiten der Fachkräfte für bestimmte Bewohnergruppen gezeigt und sich darüber hinaus positiv auf die Versorgung im Rahmen von Krankenhausaufenthalten oder durch niedergelassene Ärzte/innen ausgewirkt. Darüber hinaus konnten in einigen Einrichtungen vermehrt Angehörige und freiwillige Helfer/innen in die Betreuung eingebunden werden.

Neben einer vermehrten Mobilisierung, Ressourcenförderung und Biografieorientierung wurden auch zusätzliche Angebote entwickelt, die u.a. der Förderung von Sozialkontakten dienen (z.B. Grillnachmittag, Kaffeetrinken, hauseigene Cafeteria). Bei der Überprüfung der Angebote wurde insbesondere darauf geachtet, dass immobile und demenzkranken Bewohner/innen eingebunden wurden. Darüber hinaus hat es einige Verbesserungen in Bezug auf die Freizeitangebote in den Abend- und Nachtstunden gegeben, dabei handelte es sich überwiegend um häufigere Film- und Fernsehangebote, „Klönabende“ oder Stammtischveranstaltungen, die von den Bewohnern/innen gut angenommen wurden. Dennoch wünschten sich einige Bewohner/innen mehr Kontakte und eine stärker familiär geprägte Atmosphäre.

Fazit

Die Konzeptbausteine sind anschlussfähig an die Praxis. Sie dienen der Optimierung von Arbeitsprozessen und der Verbesserung der pflegerischen Versorgung. Sie verbessern die zentralen Anforderungen an die Versorgungsqualität wie Mobilitätsförderung, stärkere Berücksichtigung psychischer-sozialer Problemlagen und Bedürfnisse sowie die Biografieorientierung.

Teilbericht 1: Aufbau und Ablauf des Modellvorhabens

Verfasser/innen:

Marion Menke, Eckart Schnabel, Uta Vogelwiesche

Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (FFG)





Inhalt

Einleitung	58
1. Zielsetzungen	59
2. Organisation des Modellvorhabens und Aufgaben der Beteiligten	60
3. Zeitplan (2004–2006)	62

Einleitung

Die Sicherung und Weiterentwicklung der Lebensqualität älterer pflegebedürftiger Menschen stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und den damit einhergehenden Veränderungen der Alters- und Morbiditätsstruktur sowie abnehmender informeller Pflegepotenziale bleibt die Pflege und Versorgung von alten Menschen ein zentrales Thema und wird zugleich eine ständig wachsende Herausforderung nicht nur der Sozialpolitik.

Auch über zehn Jahre nach Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes fehlen in Deutschland noch verbindliche und von Kosten- und Leistungsträgern gleichermaßen getragene Versorgungsstandards und Qualitätskriterien, die das anzustrebende Qualitätsniveau pflegerischer Versorgung und den entsprechend notwendigen Personalbedarf für vollstationäre Pflegeeinrichtungen bestimmen könnten und gleichzeitig transparent und nachvollziehbar wären. Unterschiedliche Perspektiven und Interessen der an der Pflege beteiligten Akteure legen es zudem nahe zu fragen, inwieweit die Perspektive der pflegebedürftigen Menschen stärker in diesen Prozess miteinbezogen werden kann. Fragen zur Lebensqualität und zur Qualität pflegerischer Versorgung sind ohne die gebührende Berücksichtigung der Nutzerperspektive nicht zu beantworten. Nur durch deren umfassende Einbeziehung kann es gelingen, fachliche und allgemein menschliche Forderungen an die Pflege mit den individuellen Wünschen und Bedürfnissen in Einklang zu bringen.

Der Landespflegeausschuss hat unter diesen Gesichtspunkten im Januar 2002 beschlossen, aufbauend auf den Untersuchungsergebnissen der Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ (Wingenfeld & Schnabel, 2002)⁹ eine weitere Verbesserung der Qualität der Pflege in den vollstationären Pflegeeinrichtungen anzustreben und dazu geeignete Maßnahmen zu fördern. Die damalige Studie hat erstmals auf einer breiten empirischen Basis verdeutlichen können, wie sich das gegenwärtige Leistungsgeschehen in der vollstationären Pflege darstellt und welche Defizite, aber auch welche Verbesserungsmöglichkeiten und Entwicklungspotenziale sich in der Pflege alter Menschen verorten lassen. Zudem konnten entsprechende Daten gewonnen werden, die geeignet sind, die Diskussion um die Personalbemessung wie auch um die im Rahmen des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (PQSG) geforderten Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen auf eine rationale Basis zu stellen.

Anknüpfend an diese Vorarbeiten wurde die Durchführung des hier vorgestellten Modellvorhabens beschlossen, dessen Vorbereitung im Frühjahr 2004 begonnen und das im Sommer 2006 abgeschlossen wurde. Im Mittelpunkt des Vorhabens standen die Entwicklung, Implementierung und Evaluation von folgenden konzeptionellen Kernelementen:

- Pflegeprozessessteuerung und Versorgungskoordination („Zuständige Pflegefachkraft“);
- Anforderungen an das pflegerische Assessment und die Biografieerfassung;
- Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen für die pflegerische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen;
- Rahmenkonzepte für
 - den Heimeinzug,
 - die Angehörigenarbeit,
 - die nächtliche Versorgung,
 - die Sterbebegleitung,
 - die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten/innen sowie

⁹ Wingenfeld, K. & Schnabel, E. (2002). Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses. Duisburg: WAZ-Druck.

- die Überleitung bei Krankenhausaufenthalten;
- Empfehlungen zur verbesserten Pflegeplanung und -dokumentation.¹⁰

Diese Konzeptbausteine des so genannten Referenzkonzepts wurden in 20 vollstationären Pflegeeinrichtungen (Referenzeinrichtungen) in Nordrhein-Westfalen erprobt.

Das Vorhaben wurde von den Spitzenverbänden der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) finanziert. Das Diakonische Werk Westfalen e. V. war Projektträger. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und das Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (FfG). Die 20 Referenzeinrichtungen wurden in Form von Organisationsberatung durch das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. (ISS, Frankfurt a. M.) maßgeblich vor Ort unterstützt.¹¹

1. Zielsetzungen

Mit dem Modellvorhaben sollten geeignete Voraussetzungen zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen in vollstationären Einrichtungen geschaffen, und die oben genannten Konzeptbausteine praxisnah entwickelt und in den Pflegeeinrichtungen modellhaft erprobt werden:¹²

- Primäres Ziel des Projektes ist es, vollstationäre Pflegeeinrichtungen bei der Qualitätsentwicklung in der Pflege und der Weiterentwicklung qualitätsgesicherter Versorgungsformen zu unterstützen. Das im Rahmen des Modellvorhabens entwickelte Instrumentarium zur Verbesserung der Qualität sollte auf andere Einrichtungen übertragbar sein („Anschlussfähigkeit“) und allen an diesem Prozess Beteiligten eine Orientierungshilfe bei Einführung der pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse, der Weiterentwicklung der fachlichen Arbeit, der Optimierung von qualitätsgesicherten Arbeitsabläufen und der hierzu erforderlichen sachlichen und personellen Ausstattung bieten.
- Darüber hinaus sollte das Vorhaben einen Bezugsrahmen für den Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen erarbeiten.
- Es wurden außerdem Problemlösungen entwickelt, die auf eine Optimierung der Ablaufprozesse gerichtet sind und eine zügige sowie unbürokratische Umsetzung zulassen. Insoweit haben die Referenzeinrichtungen auch Beratung und Unterstützung zur Prüfung und ggf. Optimierung in den Bereichen Ablauforganisation, Personaleinsatz und Kooperation mit externen Personen bzw. Institutionen erhalten.

¹⁰ Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, MAGS (Hrsg.) (2007). Referenzmodelle – Praxisleitfaden zur Qualitätsentwicklung in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Teil A. Düsseldorf.

¹¹ Die während des Projektverlaufs veröffentlichten Projektbroschüren bezüglich der Projektbeschreibung (Nr. 1), der Leistungsbeschreibungen (Nr. 2), der übergeordneten Qualitätsmaßstäbe (Nr. 3) und einer Tagungsdokumentation mit Zwischenergebnissen (Nr. 4) sowie aktuelle Hinweise zum Thema befinden sich auf der Homepage des Projektes unter www.referenzmodelle-nrw.de

¹² Die folgenden Zielsetzungen und auch die Struktur des Modellprojektes entsprechen weitgehend den in der ersten Projektbroschüre dargelegten Inhalten, da sich dahingehend keine Veränderungen ergeben haben. Dort finden sich außerdem die Portraits der beteiligten Pflegeeinrichtungen. Vgl. hierzu Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (Hrsg.) (2005). Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004–2006. Düsseldorf.

2. Organisation des Modellvorhabens und Aufgaben der Beteiligten

Die Durchführung des komplexen Modellvorhabens erforderte das Zusammenwirken unterschiedlicher Personen bzw. Institutionen in verschiedenen Gremien sowie eine organisierte Kommunikationsstruktur, die die effiziente Zusammenarbeit aller Beteiligten ermöglichte. Im Projekt Referenzmodelle wirkten verschiedene Gremien bzw. Institute mit. Es handelt sich dabei um den so genannten Steuerungskreis, den Begleitausschuss, verschiedene Expertenrunden, die Projektsteuerung (FFG: Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./ Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund), die wissenschaftliche Begleitung (IPW: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./ Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund), die Organisationsberatung (ISS: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Frankfurt a.M.) und die Modellbeauftragten (MB) aus den 20 Referenzeinrichtungen (s. Abb. 1).



Abb. 1:
Projektbeteiligte
im Überblick

Steuerungskreis:

Dieses Gremium nahm eine allgemeine Steuerungsverantwortung wahr (initiierte z. B. bei Bedarf die Einberufung von Expertenrunden) und beschloss darüber hinaus bei Bedarf Modifikationen des Arbeits- und Zeitplans. Mitglieder des Steuerungskreises waren Vertreter/innen folgender Einrichtungen:

- Initiatoren: Landespflegeausschuss Nordrhein-Westfalen;
- Fördergeber: Spitzenverbände der Pflegekassen, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW und das Bundesministerium für Gesundheit;
- Projektträger: Diakonisches Werk Westfalen e.V.;
- Wissenschaftliche Begleitung: Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund; Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld;
- Organisationsberatung: Institut für Sozialpädagogik und Soziale Arbeit in Frankfurt a.M.

Begleitausschuss:

Der Begleitausschuss wurde regelmäßig von den für die Projektsteuerung und die wissenschaftliche Begleitung Verantwortlichen über den Stand des Modellvorhabens informiert. Aufgabe des Begleitausschusses war es, die an der Modelldurchführung

Beteiligten in der Abstimmung und Klärung fachlicher Fragen zu unterstützen. Der Begleitausschuss setzte sich vorwiegend aus Vertretern/innen des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen zusammen.

Wissenschaftliche Begleitung:

Die wissenschaftliche Begleitung wurde vom Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (FfG) und vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) übernommen und umfasste insbesondere folgende Aufgabenbereiche:

- Entwicklung der konzeptionellen Kernelemente in Abstimmung mit den anderen Beteiligten (IPW; vgl. Teilbericht 2),
- Mitwirkung bei Schulungsmaßnahmen für die Modellbeauftragten der Einrichtungen und beratende Unterstützung bei der Implementation (IPW; vgl. Teilbericht 2),
- Allgemeine beratende Funktionen während des gesamten Modellverlaufs
- Begleitende Evaluation (FfG; vgl. Teilbericht 4).

Expertenrunden:

Expertenrunden wurden bei Bedarf zu spezifischen Fragestellungen einberufen und haben eine beratende Funktion. Die Unterstützung durch Expertinnen und Experten war erforderlich, um die Kompatibilität der Standards mit den formalen Anforderungen zu gewährleisten. Im Verlauf des Projekts wurden beispielsweise Expertinnen und Experten zu folgenden Themen „verbesserte Dokumentationsformen“ und zur „nächtliche Versorgung“ befragt.

Projektsteuerung und -koordination:

Die Modellsteuerung und -koordination wurde vom Institut für Gerontologie (FfG) wahrgenommen. Dabei standen insbesondere organisatorische Aufgaben im Vordergrund:

- die Auswahl der Modelleinrichtungen;
- die Beratung und Unterstützung der Einrichtungen bei der Personalauswahl (Modellbeauftragte);
- die Sicherstellung der Kommunikation zwischen allen Beteiligten;
- die Koordination von Sitzungsterminen, Expertentreffen und Schulungen;
- die Überwachung der ordnungsgemäßen Durchführung von inhaltlicher und zeitlicher Planung, insbesondere die Begleitung der Einrichtungen bzw. ihrer Modellbeauftragten;
- die Unterstützung der Einrichtungen bei Implementierungsproblemen organisatorischer Art (sofern ohne Einbeziehung der wissenschaftlichen Begleitung möglich);
- die Koordination der Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen und wissenschaftlicher Begleitung;
- die Zusammenführung von Rückmeldungen aus den Modelleinrichtungen.

Organisationsberatung:

Um die 20 Referenzeinrichtungen bei der Umsetzung der Ziele des Modellvorhabens zu unterstützen, hat das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. in Frankfurt a.M. (ISS) die Aufgabe der Organisationsentwicklung und Organisationsberatung übernommen. Es gehörte zu den Aufgaben der Organisationsberatung, die Einrichtungen vor Ort zu beraten, den Beratungsprozess systematisch zu erfassen und wichtige Prozessstationen und -ereignisse in den Referenzeinrichtungen zu begleiten. Für jeweils fünf Modelleinrichtungen war ein/e Berater/in des ISS während des gesamten Projektverlaufs zuständig (vgl. Teilbericht 3).

Modellbeauftragte der Einrichtungen:

Den Referenzeinrichtungen wurde für die Projektlaufzeit jeweils eine Mitarbeiterstelle refinanziert, so dass eine Person aus der Einrichtung (i.d.R. waren es Pflegefachkräfte, Wohnbereichs- oder Pflegedienstleitungen) für die vielfältigen Aufgaben im Rahmen des Modellvorhabens zur Verfügung stehen konnte. Diese so genannten Modellbeauftragten übernahmen in erster Linie

- Aufgaben der Schulung und Beratung der Mitarbeiter/innen in ihren jeweiligen Einrichtungen,
- die Verantwortung für die Implementierung der entwickelten Leistungsbeschreibungen und Rahmenkonzepte,
- die Durchführung der organisatorischen Anpassungen im Rahmen der einrichtungsinternen Qualitätsentwicklung und
- die Aufgaben im Rahmen der Kooperation zwischen der jeweiligen Einrichtung, der wissenschaftlichen Begleitung und der Organisationsberatung.

Während des Modellvorhabens fanden regelmäßige Arbeitstreffen zwischen Modellbeauftragten, wissenschaftlicher Begleitung und Organisationsberatung statt. Diese Arbeitstreffen waren in vier Regionalgruppen organisiert: die Modellbeauftragten von je fünf Referenzeinrichtungen trafen sich mit Vertretern/innen der wissenschaftlichen Begleitung (IPW und FfG) und einem/einer Organisationsberater/in des ISS. Diese Regionalgruppen tagten monatlich und dienten der Diskussion der Konzeptbausteine (vgl. Teilbericht 2), der Umsetzungsstrategien und dem wechselseitigen Austausch von Erfahrungen und konkreten Instrumenten zur Umsetzung der Qualitätsanforderungen. Dabei berichteten die Modellbeauftragten in regelmäßigen Abständen über den Stand der Implementierung und Erprobung. Schließlich sorgten sie in ihren Einrichtungen für die notwendigen Voraussetzungen zur Durchführung der begleitenden Evaluation.

Zusätzlich fanden in größeren zeitlichen Abständen gemeinsame Treffen von allen beteiligten Modellbeauftragten statt, an denen zum Teil auch die Heim- und/oder Pflegedienstleitungen beteiligt waren. Je nach Modellphase dienten diese Arbeitstreffen der Schulung, dem Austausch und der Auswertung von Erfahrungen und der Rückmeldung von Zwischenergebnissen der Evaluation.

3. Zeitplan (2004–2006)

Die Auswahl der Referenzeinrichtungen war im Frühjahr 2004 abgeschlossen. Im Juli 2004 fand das erste Zusammentreffen der Heimleitungen und Modellbeauftragten aus den Referenzeinrichtungen mit Vertretern/innen der beteiligten Institute statt, um die gemeinsame Arbeit aufzunehmen. In der ursprünglichen Projektplanung war die Projektlaufzeit von 24 Monaten in drei Phasen aufgeteilt:

1. Vorbereitungsphase (ca. 6 Monate): Abstimmung der geplanten Maßnahmen, Schulungsmaßnahmen für die Modellbeauftragten und organisatorische Vorbereitungen in den Einrichtungen.
2. Einführungsphase (ca. 6 Monate): Umsetzung der Maßnahmen, Anleitung des Einrichtungspersonals, ggf. organisatorische Anpassungen.

3. Erprobungs- und Evaluationsphase (ca. 12 Monate): In dieser Phase sollte überprüft werden, ob sich die entwickelten Leistungsdefinitionen, Qualitätskriterien und übergeordnete Rahmenkonzepte im Versorgungsalltag bewähren und inwieweit sie ggf. modifiziert werden müssen.

Aufgrund der nacheinander zu entwickelnden Konzeptbausteine, die nicht alle während der ersten sechs Monate vorgelegt werden konnten, haben sich diese Phasen nicht als drei aufeinander folgende Phasen erwiesen, sondern sie verliefen schließlich für die einzelnen Konzeptbausteine parallel bzw. haben sich überschritten. Nachdem die ersten Bausteine entwickelt worden waren, wurden sie in den Einrichtungen erprobt. Während einzelne Konzeptbausteine bereits erprobt wurden, konnten andere gerade erst eingeführt werden und wieder andere befanden sich noch in der Entwicklung. Die Entwicklung der Konzeptbausteine hat sich u.a. deshalb ausgedehnt, da eine inhaltliche Abstimmung zwischen wissenschaftlicher Begleitung und den Modellbeauftragten (in den Regionalgruppen) bzw. deren Einrichtungen erfolgt ist. Darüber hinaus musste außerdem der Steuerungskreis zustimmen und der Begleitausschuss bzw. Expertinnen und Experten waren in die Beratungen eingebunden.

Die folgende Tabelle bietet einen Überblick, wann die jeweilige Entwicklung eines konzeptionellen Kernelements abgeschlossen werden konnte. Daran schlossen sich in den Einrichtungen die Einführungs- und Erprobungsphase für den jeweiligen Baustein an. Daraus ergibt sich, dass die Erprobungszeit für die einzelnen Konzeptbausteine unterschiedlich ausfiel, so dass sich die Dauer der Erprobung der zuletzt abgestimmten Bausteine auf wenige Monate erstreckt. Hinzu kommt, dass die Einrichtungen die Bausteine vor dem Hintergrund des einrichtungsspezifischen Bedarfs bzw. abhängig von dem jeweiligen Stand der Qualitätsentwicklung mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung bearbeitet haben.

Zwischen Juli und September 2004 erfolgte zunächst der Aufbau der organisatorischen Strukturen der Zusammenarbeit aller Beteiligten. Währenddessen wurden seitens des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) die ersten Bausteine entwickelt und in den Regionalgruppen diskutiert bzw. den anderen genannten Gremien abgestimmt.

Konzept	Vorlage der zu erprobenden Version
Kriterienkatalog zur Biografieerfassung	Oktober 2004
Leistungsbeschreibungen	Januar 2005
Rahmenkonzept zu Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten	Januar 2005
Katalog der mittelbar bewohnerbezogene Leistungen	Februar 2005
Rahmenkonzept zur Unterstützung des Heimeinzugs	Februar 2005
Rahmenkonzept zur Sterbebegleitung	Februar 2005
Empfehlungen zur Zuständigen Pflegefachkraft	Juni 2005
Verbesserte Dokumentationsformen	Juli 2005
Rahmenkonzept zur Angehörigenarbeit	September 2005
Anforderungen an das pflegerische Assessment	September 2005
Rahmenkonzept zur Kooperation mit niedergelassenen Ärzten/innen	September 2005
Rahmenkonzept zur nächtlichen Versorgung	Dezember 2005

Tab. 1: Übersicht über den zeitlichen Projektverlauf

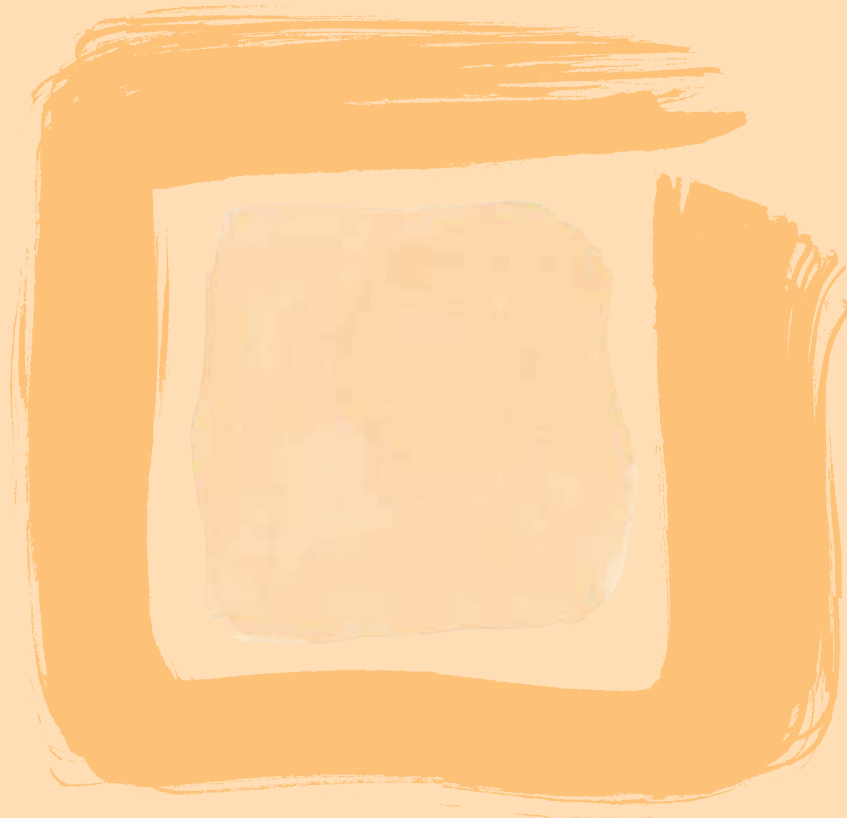
Die konkrete Vorgehensweise mit Blick auf die Konzeptentwicklung und Implementationsbegleitung wird nachfolgend dargelegt.

Teilbericht 2: Konzeptentwicklung und Implementations- begleitung

Verfasser/innen:

Klaus Wingefeld, Dieter Heitmann und Ursula Korte-Pöppers

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)



Einleitung	68
1. Aufgabenstellung	69
2. Methodisches Vorgehen	70
3. Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege	72
3.1 Problemhintergrund und Zielsetzungen	72
3.2 Methodisches Vorgehen	73
3.3 Zum Charakter der Leistungsbeschreibungen	74
3.4 Aufbau	75
3.5 Funktionen	77
3.6 Zentrale Anforderungen an die Versorgungsqualität	79
3.7 Abschließende Konzeptmodifikationen	82
4. Übergeordnete Qualitätsmaßstäbe	84
4.1 Zur Auswahl der Themenfelder	84
4.2 Vorgehen	85
4.3 Funktion und Charakter der Qualitätsmaßstäbe	86
4.4 Qualitätsmaßstab „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“	88
4.5 Qualitätsmaßstab „Zusammenarbeit mit Angehörigen“	91
4.6 Qualitätsmaßstab „Nächtliche Versorgung“	94
4.7 Qualitätsmaßstab: „Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen“	98
4.8 Qualitätsmaßstab „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“	100
4.9 Qualitätsmaßstab „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“	103
5. Pflegeprozesssteuerung und Versorgungskoordination	107
5.1 Funktion und Aufgaben der „Zuständigen Pflegefachkraft“ (ZPFK)	107
5.2 Kriterienkatalog „Pflegerisches Assessment“	111
5.3 Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation	114
5.4 Verbesserte Dokumentationsformen	117
6. Implementationsbegleitung	121
7. Fazit	123
Literatur	126

Einleitung

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und den damit einhergehenden Veränderungen der Alters- und Morbiditätsstruktur stellt die Sicherung und Weiterentwicklung der Lebens- und Versorgungsqualität in stationären Pflegeeinrichtungen eine zunehmend wichtige Herausforderung dar. Um sie zu bewältigen, bedarf es verstärkter Anstrengungen aller beteiligten Akteure. Die Notwendigkeit einer nachhaltigen Qualitätsentwicklung in der vollstationären Pflege wird schon seit langem intensiv diskutiert, allerdings stehen durchgreifende Veränderungen in der Versorgungspraxis noch aus. In den vergangenen Jahren wurde zunehmend deutlich, dass gängige Konzepte der Qualitätssicherung zu einseitig auf Anforderungen externer Qualitätsprüfungen ausgerichtet sind und manche Kernfragen der Sicherstellung einer fachgerechten pflegerischen Versorgung zu wenig berücksichtigen. Nach wie vor fehlt es an grundlegenden, allgemein akzeptierten Standards, Maßstäben und Kriterien, die das anzustrebende Qualitätsniveau bestimmbar machen und damit Orientierungshilfen für eine zielgerichtete Qualitätsentwicklung, aber auch für eine Bestimmung des Personalbedarfs liefern könnten.

Das nordrhein-westfälische Modellprojekt Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege (im Folgenden kurz: „Referenzmodelle“) sollte solche Grundlagen bereitstellen und konkrete Wege aufzeigen, wie sich Qualitätsverbesserungen in zentralen Versorgungsfeldern trotz schwieriger Rahmenbedingungen erreichen lassen. Von Mitte des Jahres 2004 bis Ende 2006 arbeiteten in diesem Projekt Wissenschaftler, Berufspraktiker, Vertreter von Trägerverbänden, Kostenträgern, Medizinischen Diensten, Betroffenenorganisationen und andere Akteure zusammen, um tragfähige Konzepte zur Gestaltung der stationären pflegerischen Versorgung zu entwickeln (vgl. MGSFF 2005).

Das Modellprojekt entstand aufgrund einer Initiative des nordrhein-westfälischen Landespflegeausschusses. Dieser beschloss im Januar 2002, aufbauend auf den Untersuchungsergebnissen der Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ (Wingenfeld/Schnabel 2002) eine weitere Verbesserung der Qualität der Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen anzustreben und dazu geeignete Maßnahmen zu fördern. Die Studie hatte auf einer breiten empirischen Basis verdeutlicht, wie sich Bedarfslagen und das Leistungsgeschehen in der vollstationären Pflege gegenwärtig darstellen.

Anknüpfend an diese Studie wurde die Durchführung des Modellvorhabens „Referenzmodelle“ beschlossen. Im Mittelpunkt des Vorhabens stand die Entwicklung von transparenten, nachvollziehbaren und an die Praxis anschlussfähigen Leistungsbeschreibungen und Qualitätsmaßstäben, die in 20 vollstationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen erprobt und evaluiert wurden (vgl. MGSFF 2005). Das Vorhaben wurde von den Spitzenverbänden der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales finanziert. Das Diakonische Werk Westfalen e. V. übernahm die Projektträgerschaft. Die Konzeptentwicklung und fachliche Begleitung der Referenzeinrichtungen erfolgte 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 wurden außerdem durch das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS) bei der Umsetzung der Konzepte beratend unterstützt.

Der vorliegende Abschlussbericht des IPW stellt das Vorgehen und die Ergebnisse der Konzeptentwicklung vor und beschreibt die Projekterfahrungen im Zusammenhang mit der fachlichen Begleitung bei der Konzeptumsetzung. Die Ausführungen zu

den einzelnen Konzeptbausteinen beschränken sich dabei auf grundlegende Fragen, da die Bausteine mit einer gesonderten Publikation der Öffentlichkeit vorgelegt werden¹³. Ausgenommen bleibt der Konzeptbaustein „Bedarfsklassifikation“.

1. Aufgabenstellung

Das Modellvorhaben sollte Wege aufzeigen, wie ein nachhaltiger Prozess der Qualitätsentwicklung in vollstationären Pflegeeinrichtungen initiiert werden kann. Dabei waren Lösungen anzustreben, die mehreren dringlichen Aufgaben Rechnung tragen. Entsprechend der Vorgaben der Modellkonzeption zielte das Vorhaben darauf ab,

- den Pflegeeinrichtungen ein Instrumentarium zur Bewältigung aktueller Versorgungsanforderungen zur Verfügung zu stellen,
- eine Grundlage für den Abschluss künftiger Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (oder anderer Vereinbarungen) in Form einer Systematik von Leistungsbeschreibungen und Qualitätskriterien bereitzustellen¹⁴,
- Wege zur Optimierung der Nutzung fachlicher und organisatorischer Ressourcen aufzuzeigen.

Die Konzepte sollten so ausgestaltet sein, dass sie einerseits fachlichen Standards genügen, andererseits unproblematisch in den Versorgungsalltag integriert werden können, d. h. anschlussfähig sind, die gegebenen fachlichen Ressourcen in den Einrichtungen nicht überfordern und eine möglichst zügige und unbürokratische Umsetzung ermöglichen.

Die Modellkonzeption vom 14.3.2003 legte die Anforderungen an die Bereitstellung bzw. Entwicklung von fachlichen Konzepten sowie an die Implementationsbegleitung bereits in groben Zügen fest. Hiervon ausgehend waren folgende Konzeptbausteine zu entwickeln:

- Eine Leistungssystematik („Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege“), die das Profil des Leistungsangebotes, das heute in den Pflegeeinrichtungen vorgehalten werden sollte, näher definiert. Es handelt sich allerdings nicht allein um ein Klassifikationssystem. Die Leistungsbeschreibungen verstehen sich vielmehr auch als Arbeitshilfe für die individuelle Pflege.
- Ein System zur Bedarfsklassifikation, mit dem Aussagen zu Art und Umfang des Unterstützungsbedarfs in Abhängigkeit vom individuellen Profil der Pflegebedürftigkeit getroffen werden können und das Verkürzungen, wie sie der Pflegestufensystematik nach dem SGB XI auszumachen sind (vgl. Landtag NRW 2005: 29ff), zu vermeiden versucht.
- So genannte übergeordnete Qualitätsmaßstäbe, die sich auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen und Verfahrensweisen in ausgewählten, besonders wichtigen Segmenten des Versorgungsalltags beziehen, und zwar auf

¹³ Korte-Pöppers, U./Wingenfeld, K./Heitmann, D. (2007): Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hg.): Referenzmodelle – Praxisleitfaden zur Qualitätsentwicklung in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Düsseldorf

¹⁴ Das Projekt sollte also Ergebnisse bereitstellen, mit denen sich die für die Gestaltung der pflegerischen Versorgung maßgeblichen Stellen auf Landes-, ggf. auch auf Bundesebene über Qualitätsanforderungen, Fragen des Leistungsprofils und der Personalausstattung in der vollstationären Pflege auf einer rationalen Basis verständigen können.

- Verfahrensweisen im Zusammenhang mit dem Einzug neuer Bewohner,
 - die Zusammenarbeit mit Angehörigen,
 - die Sicherstellung einer bedarfsgerechten nächtlichen Versorgung,
 - die Gestaltung des Übergangs von Bewohnern in ein Akutkrankenhaus,
 - die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten,
 - die fachgerechte Begleitung sterbender Heimbewohner.
- Konzepte zur Optimierung der Steuerung des individuellen Pflegeprozesses, insbesondere
- Empfehlungen zur Gestaltung von Funktion und Aufgaben der prozesssteuernden Pflegefachkraft und zur Umsetzung einer qualifikationsorientierten Arbeitsteilung,
 - Anforderungen an die Gestaltung des pflegerischen Assessments,
 - Anforderungen an die Erfassung von Informationen zur Biographie und Lebenssituation des Bewohners vor dem Heimeinzug und
 - ein Konzept zur Ausgestaltung neuer Formen der Pflegedokumentation.

Über die Entwicklungsarbeiten hinaus kam dem IPW die Aufgabe zu, die Referenzeinrichtungen bei der Umsetzung der Konzepte im Rahmen der praktischen Erprobung fachlich zu begleiten. Diese Implementationsbegleitung sollte Hilfestellungen geben, um Anpassungen im Versorgungsalltag auf eine Art und Weise durchzuführen, die den Anforderungen der Konzepte entspricht.

2. Methodisches Vorgehen

Das besondere Merkmal des Modellvorhabens bestand in der Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis, die sich sowohl auf die Entwicklung innovativer Versorgungskonzepte als auch die Implementation dieser Konzepte erstreckt.

Darüber hinaus erfolgte die Konzeptentwicklung in Abstimmung mit verschiedenen Gremien und Arbeitsgruppen. Das Modellvorhaben sollte am Ende praktisch erprobte Konzepte der Qualitätsentwicklung bereitstellen, die nicht nur von einzelnen Pflegeeinrichtungen aufgegriffen werden, sondern in der pflegerischen Versorgung insgesamt Breitenwirkung entfalten können. Eine der daraus resultierenden Konsequenzen besteht in einem dichten Geflecht aus Gremien und Abstimmungsprozessen, in das die wissenschaftlich gestützte Konzeptentwicklung eingebunden war. Alle Akteure, die maßgeblich an der Gestaltung der stationären pflegerischen Versorgung mitwirken, sollten in die Begleitung des Modellvorhabens eingebunden werden und damit Gelegenheit erhalten, ihre jeweilige Problemsicht einzubringen.

Die Entwicklungsarbeiten waren dementsprechend eingebettet in eine relativ komplexe Struktur begleitender Gremien und anderer Arbeitszusammenhänge. Hierzu gehörten

- vier Regionalgruppen, in denen jeweils fünf Modellbeauftragte der Referenzeinrichtungen und ein Vertreter der beteiligten Institute zusammentrafen. Sie tagten in regelmäßigen Abständen und bildeten für die Konzeptentwicklung den zentralen Ort der Abstimmung zwischen Wissenschaft und Praxis.

- der Steuerungskreis, der sich aus den beteiligten Instituten, den Fördergebern, dem Vorsitzenden des Landespflegeausschusses und dem Projektträger zusammensetzte, eine allgemeine Steuerungsverantwortung wahrnahm und zudem als Forum der inhaltlichen Abstimmung fungierte.
- ein Begleitausschuss, der die Konzeptentwürfe vor Beginn der praktischen Erprobung eingehend diskutierte. Die Mitglieder des Begleitausschusses wurden vom nordrhein-westfälischen Landespflegeausschuss benannt und repräsentierten insofern die dort vertretenen Akteure.
- Expertenrunden, die jeweils zur Bearbeitung oder Diskussion ausgewählter Themen einberufen wurden. So erfolgte die Entwicklung des Qualitätsmaßstabs zur Zusammenarbeit der Einrichtungen mit niedergelassenen Ärzten in enger Kooperation mit Dr. med. Dipl.-Psych. Barbara Höft (Institutsambulanz Gerontopsychiatrie, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, ehem. Landesärztin für Gerontopsychiatrie) und Dr. med. Wolfgang Seyfarth (ehemaliger Grundsatzreferent Pflegeversicherung beim MDK Nordrhein). In Vorbereitung des Qualitätsmaßstabs zur nächtlichen Versorgung wurde ein Workshop gemeinsam mit Vertretern aus mehreren (nicht am Modellprojekt beteiligten) Einrichtungen durchgeführt, die auf diesem Gebiet bereits interessante Konzepte erarbeitet und umgesetzt hatten. Ferner ist auf die Kooperation mit dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke hinzuweisen, das um eine fachliche Stellungnahme zu den Konzeptentwürfen gebeten wurde¹⁵. Schließlich gab es noch verschiedene weitere Arbeitskontakte, die zumeist dem fachlichen Austausch dienten.

Ausgehend von der Zielsetzung, anschlussfähige Konzepte zu erarbeiten, waren die beteiligten Referenzeinrichtungen in den meisten Fällen intensiv in die Entwicklungsarbeiten einbezogen. Je nach Konzeptbaustein ergab sich dabei ein anderes konkretes Vorgehen, das im Verlauf der folgenden Ausführungen genauer geschildert wird. Im Großen und Ganzen folgten jedoch alle Entwicklungsarbeiten dem gleichen Muster:

- In einem ersten Schritt entwickelte das IPW auf der Basis verschiedener Vorarbeiten Konzeptentwürfe.
- Diese Entwürfe durchliefen umfangreiche Abstimmungsprozesse, in die sowohl die Referenzeinrichtungen als auch die projektbegleitenden Gremien einbezogen waren.
- Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Abstimmungsprozesse erfolgte noch einmal eine inhaltliche und formale Anpassung. Die daraus hervorgegangenen Konzepte wurden den Einrichtungen zur praktischen Erprobung übergeben¹⁶.
- An die Erprobung, d. h. zum Ende des Modellvorhabens, schloss sich eine gemeinsame Auswertung der Erprobungserfahrungen mit den Modellbeauftragten an. Daraus resultierten nochmalige Konzeptmodifikationen, die im Gesamtbild nur wenige inhaltliche Anpassungen, allerdings viele Ergänzungen bzw. Veränderungen auf der Ebene von Erläuterungen und Kommentierungen umfassten.

Die auf diesem Weg optimierten Konzepte wurden schließlich noch einmal für die Publikation im Rahmen eines umfangreichen Praxisleitfadens aufbereitet, der in der ersten Jahreshälfte 2007 der interessierten Fachöffentlichkeit übergeben werden soll (Korte-Pötters et al. 2007).

¹⁵ Namentlich: Frau Prof. Dr. S. Bartholomeyczik, Frau M. Peters (MScN) und Frau D. Renner (MScN).

¹⁶ Einige dieser Konzeptversionen (Leistungsbeschreibungen und Qualitätsmaßstäbe) sind bereits vor Abschluss der Erprobung veröffentlicht worden (vgl. Korte-Pötters/Wingenfeld 2005 und Wingenfeld et al. 2006).

Die fachliche Implementationsbegleitung zur Unterstützung der Einrichtungen bei der Konzeptumsetzung erfolgte in unterschiedlichen Formen. Auch in dieser Hinsicht kam den regelmäßig tagenden Regionalgruppen ein hoher Stellenwert zu. Darüber hinaus leistete das IPW kontinuierlich eine einrichtungsindividuelle Beratung, teils in Form längerer, direkter Arbeitsgespräche, teils auf telefonischem Weg. Die Implementationsbegleitung erwies sich als sehr wichtig, um den Einrichtungen eine Orientierungshilfe zur Verfügung zu stellen, mit der sie a) Schritte der Qualitätsentwicklung auf der Basis der Konzepte zielgerichtet einleiten konnten und b) Detailprobleme fachlicher Art, die erst im Verlauf von Veränderungen im Arbeitsalltag sichtbar werden und die je nach Einrichtung unterschiedlich ausfallen, bewältigen konnten.

3. Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege

Ausgangspunkt für die Entwicklung der „Leistungsbeschreibungen“ waren einige Ergebnisse und methodische Vorarbeiten des Forschungsprojekts „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in der vollstationären Pflege“ (Wingenfeld/Schnabel 2002 – im Folgenden kurz: NRW-Studie). Dieses Projekt ging zurück auf eine Initiative des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen und wurde in der Zeit von 1999 bis 2001 durchgeführt. Es sollte einen Beitrag dazu leisten, die in vielen Bereichen noch lückenhafte Informationsgrundlage zur Beschreibung und Beurteilung von Strukturen der Pflegebedürftigkeit und des Leistungsgeschehens in stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Die Untersuchung erstreckte sich auf insgesamt 27 Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen, dort jeweils auf eine Wohnetage/Pflegegruppe und damit auf rund 730 Bewohner.

3.1 Problemhintergrund und Zielsetzungen

Die Ergebnisse der NRW-Studie dokumentieren u.a. eine einseitige Konzentration der pflegerischen Versorgung auf körperliche Bedarfslagen. Fragen der Bewältigung psychischer Erkrankungen und ihrer Folgeprobleme, die aufgrund des hohen Anteils dementiell Erkrankter den Lebensalltag in den Heimen stark prägen, werden danach zwar nicht gänzlich vernachlässigt, aber auch nicht systematisch aufgegriffen und in Form einer planvollen, individuellen Interventionsstrategie zum Gegenstand der Pflege gemacht. Vielmehr wird auf psychische bzw. verhaltensbezogene Problemlagen vorrangig „spontan“ reagiert, vor allem in Situationen, in denen sich Gefährdungen, Störungen, psychische Überforderungen oder andere problematische Situationen anbahnen oder bereits manifestiert haben. Die Versorgung ist den Untersuchungsergebnissen zufolge also durch ein Handeln geprägt, welches in erster Linie auf akute, von den Mitarbeitern unmittelbar wahrnehmbare Bedarfslagen ausgerichtet ist. In engem Zusammenhang damit steht die Beobachtung, dass sich die Aufmerksamkeit der Mitarbeiter auf solche Bewohner konzentriert, die in der Lage sind, ihre Bedürfnisse an die Pflegenden heranzutragen oder Situationen herzustellen, in denen eine unmittelbare Intervention erforderlich wird. Je weniger mobil die Bewohner, also

je weniger ihre Bedürfnisse und psychischen Problemlagen im Wohnbereichsalltag präsent sind, umso seltener erhalten sie außerhalb von körperbezogenen Pflegehandlungen Unterstützung.

Die Studie zeigte des Weiteren, dass der Grundsatz einer ressourcenfördernden bzw. ressourcenerhaltenden Pflege im Versorgungsalltag wenig zum Zuge kommt. Entsprechende Ansätze konzentrieren sich auf Personen, bei denen davon auszugehen ist, dass sich die jeweilige Pflegehandlung nicht in die Länge zieht. Zeitlich umfangreiche Anleitungssequenzen besitzen im Versorgungsalltag Seltenheitswert. Nicht zuletzt aufgrund der in vielen Fällen angespannten Personalsituation hat sich vielmehr eine Praxis herausgebildet, in der die Mitarbeiter danach streben, Maßnahmen so rasch wie möglich zu erledigen und dabei ggf. auch Eigenaktivität von Bewohnern zurückzuweisen.

Diese und andere Untersuchungsergebnisse stehen im Einklang mit anderen Bestandsaufnahmen der Versorgungsqualität in stationären Pflegeeinrichtungen (vgl. z.B. Landtag NRW 2005). Sie bildeten einen wesentlichen Bezugspunkt für die Entwicklung der Leistungsbeschreibungen: Diese sollten das Profil eines Leistungsangebots abbilden, mit dem auf die Problem- und Bedarfslagen der heutigen Heimbewohner adäquat reagiert werden kann. Sowohl die Art und Weise, wie Leistungen definiert und voneinander abgegrenzt werden, als auch die Erläuterungen und Maßgaben zur Anwendung der Systematik weisen konkrete Bezüge zu den skizzierten Problemfeldern auf, die mit der NRW-Studie abgebildet wurden. Sie fordern beispielsweise

- eine stärkere Gewichtung von Unterstützungsleistungen, die auf psychische Problemlagen und Bedürfnisse ausgerichtet sind,
- eine Akzentuierung ressourcenfördernder bzw. -erhaltender Maßnahmen,
- eine konsequent bedarfsorientierte Pflege, d. h. eine 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.

3.2 Methodisches Vorgehen

Die Leistungsbeschreibungen ließen sich aus den Ergebnissen der NRW-Studie nicht unmittelbar ableiten. Vielmehr mussten zahlreiche weitere Wissensbestände einbezogen werden, sowohl wissenschaftliche als auch nichtwissenschaftliche.

Allerdings dienten jene Leistungskategorien als Ausgangspunkt der Entwicklungsarbeiten, die den empirischen Erhebungen, die mit der Studie durchgeführt worden waren, unterlegt waren: Aufgrund der methodischen Anlage der NRW-Studie hatte sich damals die Notwendigkeit ergeben, bei der Erhebung mit Kategorien zu arbeiten, die überschaubar waren und von den Mitarbeitern in der Praxis gut nachvollzogen werden konnten. In dieser Hinsicht hatte sich das Kategorienraster im Großen und Ganzen gut bewährt, so dass der Gedanke nahe lag, es in einer modifizierten Form auch dem Leistungsklassifikationssystem zugrunde zu legen.

So entstand ein erster Entwurf der Leistungsbeschreibungen, der dann in die Abstimmung mit den Modellbeauftragten der Referenzeinrichtungen eingebracht wurde. In mehreren Diskussionsrunden wurde der Entwurf Punkt für Punkt beraten und gemeinsam geprüft. Im Mittelpunkt standen dabei folgende Fragen:

Decken die Leistungsbeschreibungen das Spektrum der Maßnahmen, die heute im Versorgungsalltag erbracht werden, vollständig ab? Wird es den Mitarbeitern in den Einrichtungen ohne größere Probleme möglich sein, ihr pflegerisches Handeln den Leistungskategorien zuzuordnen?

- Berücksichtigen und gewichten die Leistungsbeschreibungen in ausreichendem Maße auch solche Unterstützungsleistungen, die fachlich gesehen einen hohen Stellenwert besitzen, im heutigen Versorgungsalltag aber zu wenig berücksichtigt werden?
- Ist die Systematik so aufgebaut und sprachlich so formuliert, dass sie ohne größere Probleme von der Praxis nachvollzogen werden kann? Welche Unterschiede zu den Leistungsbeschreibungen weisen die sprachlichen bzw. die Dokumentationsgepflogenheiten in den Einrichtungen auf?

Die Bewertung der Entwürfe erfolgte allerdings nicht allein im Rahmen der Diskussion mit den Modellbeauftragten. Diese wurden vielmehr gebeten, die angesprochenen und noch einige weitere Fragen in ihrer jeweiligen Einrichtung – vorrangig in Form von internen Beratungen und stichpunktartiger Auswertung der Pflegedokumentation – zu prüfen. Hierbei wurden beispielsweise Maßnahmen identifiziert, die in den Leistungsbeschreibungen aufgeführt, aber in der Praxis nicht oder nur selten erbracht wurden. Insofern lieferte dieses Vorgehen den Einrichtungen bereits erste Anhaltspunkte für spätere Anpassungen ihres Angebotsprofils, denn sie mussten dafür Sorge tragen, dass bei der späteren praktischen Erprobung sämtliche vom Klassifikationssystem definierten Leistungen bei Bedarf auch tatsächlich erbracht werden können.

Im weiteren Verlauf wurden die Entwürfe in die Beratungen mit den Begleitgremien des Modellvorhabens eingebracht. Wie oben angemerkt, zielt das Modellvorhaben auf die Erarbeitung von Konzepten, die Breitenwirkung entfalten sollen. Die Konzepte sind daher nicht nur auf Akzeptanz der einzelnen Einrichtungen, sondern beispielsweise auch der Trägerverbände und Kostenträger angewiesen, deren Vertreter in den Begleitgremien mitwirkten.

Auf diese Art und Weise, also im Zuge eines mehrstufigen Prüfungs- und Abstimmungsverfahrens und nach mehrfachen Modifikationen, entstand schließlich jene Version der Leistungsbeschreibungen, die im Rahmen des Modellvorhabens praktisch erprobt wurde¹⁷.

3.3 Zum Charakter der Leistungsbeschreibungen

Die Leistungsbeschreibungen stellen ein Klassifikationssystem dar, das Leistungen bzw. Maßnahmen ordnet und definiert, inhaltlich voneinander abgrenzt und in seiner Gesamtheit ein Leistungsprofil definiert, das den Problem- und Bedarfslagen der Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen gerecht wird. Es ist bewusst übersichtlich gehalten und soll dadurch die Transparenz von Leistungsangebot und Leistungsgeschehen fördern. Vor allem in diesem Punkt, aber auch hinsichtlich seiner Funktion für den Versorgungsalltag unterscheidet es sich von anderen Klassifikationssystemen. Herkömmliche Pflegeklassifikationssysteme dienen dazu, den Gegenstandsbereich der Pflege „durch möglichst umfassende Auflistung und Definition relevanter Begrifflichkeiten“ zu erfassen (Stemmer 2003: 53). Hierdurch soll u.a. eine einheitliche, standardisierte Pflegefachsprache als Grundlage für Forschung, Management, Lehre und Praxis geschaffen werden (Fafflock et al. 2003; Goossen 2001). Drei Hauptgruppen von Pflegeklassifikationen lassen sich unterscheiden:

¹⁷ Diese Version wurde bereits Mitte des Jahres 2005 der Öffentlichkeit vorgestellt (vgl. Korte-Pöiters/Wingenfeld 2005).

- Klassifikationen von Pflegediagnosen stellen eine systematische Darstellung von Pflegeproblemen dar, auf deren Grundlage Maßnahmen geplant werden können (Wingenfeld 2000; Georg 2005). Bekanntestes Beispiel hierfür sind die Pflegediagnosen der „North American Nursing Diagnosis Association“ (NANDA).
- Interventionsklassifikationssysteme beschreiben Pflegehandlungen, die von Pflegenden durchgeführt werden, um den Gesundheitszustand der zu Pflegenden zu beeinflussen. Das System NIC (Nursing Intervention Classification) zum Beispiel stellt jede Pflegeintervention differenziert mit Titel, Definition und einer Liste von Aktivitäten dar, die im Zusammenhang mit dieser Intervention durchgeführt werden können (McCloskey Docherman et al. 2003).
- Klassifikationssysteme für Pflegeergebnisse wie die NOC (Nursing Outcomes Classification) benennen „Patientenergebnisse/-zustände“, die auf pflegerisches Handeln zurückzuführen sind (Stemmer 2003: 55; Johnson et al. 2005).

Die Entwicklung der Leistungsbeschreibungen folgte u.a. der Zielsetzung, ein an den Bedarfslagen und Bedürfnissen der Bewohner orientiertes Leistungsprofil in übersichtlicher und nachvollziehbarer Form abzubilden. Dementsprechend können sie nicht mit den genannten Klassifikationssystemen gleichgesetzt werden. Selbst gegenüber dem oben beispielhaft aufgeführten Pflegeinterventionsklassifikationssystem gibt es erhebliche Unterschiede: Die Leistungsbeschreibungen beziehen sich explizit auf die Versorgungssituation in der vollstationären Langzeitversorgung. Eine Verwendung in anderen Pflegesettings würde eine Reihe von Modifikationen erforderlich machen. Zudem wurde bewusst eine zusammenfassende, übersichtliche Form der Darstellung der Leistungen gewählt, um die Verwendung in der Praxis zu erleichtern. Die Leistungsbeschreibungen unterscheiden insgesamt 32 unmittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen. Das System NIC hingegen führt – getreu der Zielsetzung einer umfassenden und differenzierten Darstellung – über 500 Pflegeinterventionen auf.

Auch hinsichtlich der gewählten Ordnungsstruktur, die sich an der jeweiligen Zielsetzung einer Klassifikation orientiert (Goossen 2001), bestehen Unterschiede. Auf ein Ordnungssystem entsprechend der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) oder Lebensaktivitäten (LA) wurde verzichtet, um die Leistungsbeschreibungen unabhängig von einem Pflegemodell universal einsetzbar zu machen. Die Verknüpfung von Leistungsbeschreibungen und dem in der Einrichtung genutzten Pflegemodell ist daher, wie auch die Erfahrungen der Referenzeinrichtungen zeigen, durchaus möglich.

3.4 Aufbau

Die Leistungsbeschreibungen unterscheiden zwei große Maßnahmenbereiche: unmittelbar und mittelbar bewohnerbezogene Leistungen.

Im Bereich der unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen, d. h. der Maßnahmen, die in direktem Kontakt mit Bewohnern durchgeführt werden, werden insgesamt 32 Leistungen unterschieden. Sie umfassen nicht nur die Hilfe bei der Durchführung körperlicher Verrichtungen, sondern auch Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen der Bewohner.

Darüber hinaus werden insgesamt 12 mittelbar bewohnerbezogene Leistungen unterschieden¹⁸. Ihre Definition erfolgte ebenfalls auf der Basis der in der NRW-Studie entwickelten Leistungskategorien. Abgesehen von geringfügigen Anpassungen wurde die bewährte Systematik beibehalten und auf alternative Formen der Einteilung der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen (vgl. z.B. KDA 2005) verzichtet.

In der Regel werden mittelbar bewohnerbezogene Leistungen nicht in direktem Kontakt mit Bewohnern erbracht. Dennoch ist es für das Verständnis der Abgrenzung zwischen unmittelbar und mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen wichtig zu wissen, dass es hiervon einige wenige Ausnahmen gibt, z.B. die Erhebung von Informationen im Rahmen des pflegerischen Assessments, die Erfassung biografischer Informationen oder die Abstimmung der Pflegeplanung mit dem Bewohner. Auch die Zusammenarbeit mit Angehörigen kann im Beisein des Bewohners erfolgen, z.B. bei gemeinsamen Gesprächen oder bei der Teilnahme von Angehörigen an der Bewohnerversorgung. Allerdings handelt es sich dabei nicht um Versorgungsleistungen im engeren Sinne. Maßnahmen des Qualitätsmanagements (soweit nicht auf den einzelnen Bewohner bezogen), Fortbildungen/Schulungen, hauswirtschaftliche Leistungen, Verwaltungsarbeiten oder technische Dienste der Mitarbeiter, die nicht direkt in die Bewohnerversorgung einbezogen sind, bilden eigenständige Leistungsbereiche und blieben daher unberücksichtigt.

Der besseren Übersichtlichkeit halber, aber auch aus anderen Gründen wurden für unmittelbar und mittelbar bewohnerbezogene Leistungen unterschiedliche Darstellungsformen gewählt:

Unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen

Um eine einfache Orientierung zu ermöglichen, sind Maßnahmen, die in unmittelbarem Kontakt mit dem Bewohner durchgeführt werden, insgesamt sechs Untergruppen zugeordnet. Es handelt sich um die Maßnahmenbereiche

- Mobilität
- Ernährung
- Ausscheidungen
- Körperpflege
- Psychische und soziale Problemlagen und Bedürfnisse
- Spezielle Pflege.

Jede der insgesamt 32 Leistungen ist mit einem Titel („Leistungskategorie“) und einer Abkürzung versehen. Die Abkürzung kann im Rahmen der Pflegedokumentation genutzt werden, um die Zuordnung von individuell geplanten Maßnahmen zu einer Leistungsbeschreibung direkt erkennbar zu machen. Eine thematische Einführung beschreibt in kurzer Form den Gegenstand der Leistung, weist auf besonders wichtige Aspekte und – sofern erforderlich – Abgrenzungen zu anderen Leistungen hin. Die jeweiligen Leistungen beinhalten nicht einzelne Maßnahmen, sondern jeweils ein Bündel verschiedener Handlungen, die notwendig sind, um den Bewohner bei der Bewältigung eines Problems oder einer Anforderung zu unterstützen. Die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme kann z.B. sowohl die Hilfe beim Aufsuchen des Essplatzes, das Anreichen der Nahrung sowie weitere Teilhandlungen umfassen. Dementsprechend beschreiben die aufgeführten Teilhandlungen die einzelnen Elemente bzw. den möglichen Ablauf der Maßnahme¹⁹. Die Teilhandlung „Unterstützung bei

¹⁸ Pflegeplanung und -dokumentation; Stellen der ärztlich verordneten Medikation; Zusammenarbeit mit externen Stellen; Arbeitsbesprechungen (einrichtungsintern); Koordination, Organisation, Verwaltung; Kontakte zu Angehörigen/Bezugspersonen der Bewohner; Kooperation mit freiwilligen Helfern; Wäscheversorgung; Mahlzeitenversorgung; Aufräum-, Reinigungs- und Wartungsarbeiten; Tätigkeiten zur Vor- und Nachbereitung von unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen; sonstige mittelbar bewohnerbezogene Leistungen.

¹⁹ Die Beschreibungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen können nicht mit prozessorientierten Pflegestandards (vgl. u.a. Marhold/Happe 1999) gleich gesetzt werden. Zwar enthalten sie Hinweise zu Teilhandlungen einer Maßnahme, machen aber im Unterschied zu Pflegestandards keine konkreten Angaben zum Ablauf einzelner Tätigkeiten.

der Fortbewegung“ beispielsweise ist für mehrere Leistungsbeschreibungen relevant. Entscheidend für die Zuordnung ist die Zielsetzung, die mit dieser Unterstützung verfolgt wird, also z. B. Aufsuchen des Speiseraums zur Einnahme einer Mahlzeit, Unterstützung beim Gang zur Toilette oder beim Aufsuchen eines Raums zur Teilnahme an einem Gruppenangebot. Zur Gewährleistung einer übersichtlichen Darstellung der Leistungen werden grundlegende Teilhandlungen (z. B. maßnahmenbezogene Information des Bewohners), die selbstverständlicher Bestandteil jeder Maßnahme sein sollten, nicht in jeder Leistungsbeschreibung explizit aufgeführt.

Um die Anzahl der Leistungen in einem überschaubaren Rahmen zu halten, wurden nicht nur Teilhandlungen, sondern auch verschiedene Ausgestaltungsmöglichkeiten einer Maßnahme zusammengefasst (Variationen der Maßnahme)²⁰. Auch hierbei handelt es sich nicht um eine vollständige Auflistung, sondern um die Benennung gängiger Formen.

Ergänzend zu diesen Ausführungen, die im engeren Sinne als Beschreibung von Maßnahmen bzw. Leistungen zu verstehen sind, beinhaltet jede Leistungsbeschreibung Hinweise auf Hauptkriterien für den Bedarf, vorrangige Pflegeziele und Hinweise zur Ressourcenförderung, die für die Ausgestaltung des individuellen Pflegeprozesses Hilfestellungen bieten können. Es handelt sich hierbei allerdings nicht um eine vollständige, abschließende Darstellung. Die Hinweise stellen vielmehr eine Auswahl besonders wichtiger Aspekte dar, mitunter auch nur wichtige „Merkmale“. Letzteres gilt beispielsweise für den Verweis auf besondere interventionsrelevante Faktoren, die als solche in einem gesonderten Abschnitt der Leistungsbeschreibungen aufgeführt sind. Darunter fallen beispielsweise körperliche Merkmale (Schmerz, Einschränkungen der Mobilität etc.), psychischer Status (Ängstlichkeit, Apathie etc.) oder bestimmte Verhaltensweisen (etwa Abwehr von Unterstützung).

Mittelbar bewohnerbezogene Leistungen

Die Beschreibungen mittelbar bewohnerbezogener Maßnahmen weichen in ihrem Aufbau von den anderen Leistungsbeschreibungen deutlich ab und beinhalten lediglich eine Zuordnung von Maßnahmen ohne nähere Erläuterungen. Eine differenziertere Darstellung der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen ist nicht erforderlich, da sie nicht als von den Einrichtungen zu erfüllendes Anforderungsprofil verstanden werden sollte. Vielmehr geht es darum, das gesamte Versorgungsgeschehen – und eben nicht nur die unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen – abzubilden.

Der Katalog der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen enthält außerdem Empfehlungen, wie eine Arbeitsteilung entsprechend der Mitarbeiterqualifikation vorgenommen werden sollte, d. h. welche Leistungen ausschließlich von Pflegefachkräften, von „Nicht-Fachkräften“ bzw. sowohl von Pflegefachkräften als auch „Nicht-Fachkräften“ erbracht werden sollten. Diese Zuordnungen orientieren sich an dem Grundsatz, dass Mitarbeiter mit einer Fachqualifikation nach Möglichkeit Arbeiten übernehmen sollten, für die eben diese Fachqualifikation erforderlich ist, und umgekehrt nicht durch Tätigkeiten beansprucht werden sollten, die auch von Mitarbeitern mit anderen Qualifikationen durchgeführt werden können.

3.5 Funktionen

Die Leistungsbeschreibungen bilden ein Leistungsprofil ab, welches angesichts der gesundheitlichen Problem- und Bedarfslagen der Bewohner von den Einrichtungen prinzipiell vorgehalten werden sollte. Sie stellen ein Anforderungsprofil dar, welches

²⁰ So werden z. B. Ganz-, Teilkörperwaschung, Waschung am Waschbecken oder im Bett einer einzigen Leistungsbeschreibung zugeordnet.

als sinnvoll und notwendig zur angemessenen Versorgung der Bewohner erachtet wird, aber dennoch in seiner Gesamtheit über die derzeitige Praxis hinausreicht. Pflegeeinrichtungen bieten zwar den überwiegenden Teil der beschriebenen Leistungen an, jedoch werden einige Maßnahmen nicht, selten oder nur ansatzweise erbracht und können somit noch nicht als regelhaftes Leistungsangebot gelten. Dies bezieht sich insbesondere auf Maßnahmen zur Förderung bzw. Erhaltung der Mobilität und zur Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen.

Die Leistungsbeschreibungen bieten den Einrichtungen daher eine Grundlage zur Überprüfung ihres Leistungsspektrums, d. h. zur Beantwortung der Frage, welche Leistungen sie zur Zeit erbringen bzw. im Bedarfsfall ohne zeitliche Verzögerung erbringen könnten und an welchen Stellen eine Weiterentwicklung des Leistungsspektrums angezeigt wäre. Sie lassen sich jedoch auch zur vertieften Beurteilung des Leistungsgeschehens im Versorgungsalltag verwenden, insbesondere im Hinblick auf die Berücksichtigung grundlegender Qualitätsanforderungen (Ressourcenförderung, biografieorientiertes Arbeiten, präventives Handeln) sowie die Beachtung von Besonderheiten bei der individuellen Versorgung. Sie regen außerdem dazu an, stärker zu beachten, dass alle Bewohner ihrer Bedarfslage entsprechend bei der Planung und Durchführung von Einzel-/Gruppenaktivitäten berücksichtigt werden. Wie die Ergebnisse der NRW-Studie sowie die Erfahrungen der Referenzeinrichtungen belegen, kann dies insbesondere bei stark mobilitätseingeschränkten und kognitiv beeinträchtigten Bewohnern nicht ohne Weiteres vorausgesetzt werden²¹.

Die Beschreibungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen lassen sich auch als Arbeitshilfe bei der Planung, Umsetzung und Dokumentation des Pflegeprozesses²² sowie als Grundlage für darauf bezogene Qualifizierungsmaßnahmen verwenden. Hierzu wurden die einzelnen Leistungsbeschreibungen mit folgenden, ergänzenden Hinweisen versehen:

- Ausgehend von den Ergebnissen des pflegerischen Assessments kann anhand der Hauptkriterien für den Bedarf überprüft werden, ob die jeweilige Leistung für den Bewohner in Betracht kommt und welche Zielsetzung verfolgt wird.
- Die aufgeführten vorrangigen Ziele können hierbei ebenfalls als Hilfestellung genutzt werden²³. Sie stellen allerdings lediglich eine Auswahl dar und decken nicht alle vorstellbaren Ziele ab.
- Die Mehrzahl der Leistungsbeschreibungen enthält Hinweise zur Ressourcenförderung. Viele Maßnahmen können, je nach Ausgestaltung, zur Ressourcenförderung genutzt werden.
- Jede Leistungsbeschreibung enthält einen Verweis darauf, dass ggf. besondere interventionsrelevante Faktoren zu berücksichtigen sind. Anhand einer Auflistung dieser Faktoren kann für jeden Bewohner überprüft werden, welche sich als zutreffend erweisen und ob es sich hierbei um Faktoren handelt, die eine spezielle Ausgestaltung der betreffenden Maßnahme erforderlich machen, oder um eigenständige Problemlagen, die unabhängig von der ursprünglich geplanten Maßnahme weitergehenden Handlungsbedarf nach sich ziehen.

Wie die Erprobungserfahrungen zeigen, haben die Leistungsbeschreibungen dazu beigetragen, dass pflegerische Leistungen, insbesondere nicht körperbezogene Leistungen wie z.B. das Führen von Einzelgesprächen, „sichtbar“ und kommunizierbar

²¹ Die letzte, überarbeitete Fassung der Leistungsbeschreibungen (Korte-Pöppers et al. 2007) enthält weitergehende Hinweise zur Nutzung der Leistungsbeschreibungen für eine solche Bestandsaufnahme und eine entsprechende Anpassung des Leistungsangebots bzw. geschehens.

²² Auf eine ausführliche Darstellung des Pflegeprozesses und der Anforderungen an eine angemessen gestaltete Pflegedokumentation wurde im Rahmen der Leistungsbeschreibungen allerdings bewusst verzichtet, da theoretische Grundlagen bereits Gegenstand zahlreicher Veröffentlichungen sind (u.a. MDS 2005; Kellnhauser et al. 2004; Menche/Bazlen 2004; Seel/Hurling 2001; Arets et al. 1996).

²³ Bei Leistungen, die der speziellen Pflege zuzurechnen sind, wurde auf Zielformulierungen verzichtet, da diese implizit in den ärztlichen Ver-/Anordnungen enthalten sind

werden. Neben der Nutzung der Leistungsbeschreibungen als Arbeitshilfe für die Erstellung der Pflegeplanung wurde auch der Stellenwert der Dokumentation ungeplanter Maßnahmen vermehrt in das Bewusstsein der Mitarbeiter gerückt.

Die Leistungsbeschreibungen können des Weiteren als Grundlage für die Zuordnung von Maßnahmen und Fachqualifikationen dienen, da mit ihnen sämtliche an der Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen angesprochen sind. Wird das Leistungsspektrum einer Einrichtung anhand der Leistungsbeschreibungen angepasst, so setzt dies ggf. Organisationsentwicklungsprozesse voraus, mit denen die Aufgabenteilung der Berufsgruppen neu zu ordnen ist. Dies gilt insbesondere für die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Sozialem Dienst sowie für die Kooperation zwischen Fachkräften und anderen Mitarbeitern. Es bedarf keiner näheren Erläuterung, dass bestimmte Maßnahmen – etwa Maßnahmen der speziellen Pflege – ausschließlich in den Zuständigkeitsbereich von Pflegefachkräften fallen. Darüber hinaus unterstellen die Leistungsbeschreibungen jedoch implizit, dass eine nachhaltige Qualitätsentwicklung nicht ohne eine qualifikationsorientierte Arbeitsteilung auskommt. Pflegefachkräfte, die vorrangig mit der Steuerung und Koordination des individuellen Pflegeprozesses betraut sind, sollten soweit wie möglich von anderen Tätigkeiten, für die keine besondere Fachqualifikation erforderlich ist, entlastet werden.

3.6 Zentrale Anforderungen an die Versorgungsqualität

Defizite in der Versorgung immobiler Bewohner, von Bewohnern mit kognitiven Einbußen und/oder Verhaltensauffälligkeiten sowie eine wenig ausgeprägte ressourcenorientierte Pflege sind nach den Ergebnissen der NRW-Studie kennzeichnend für das Leistungsgeschehen in vielen Pflegeeinrichtungen. Ausgehend von dieser Feststellung berücksichtigen die Leistungsbeschreibungen im besonderen Maße Leistungen zur Förderung bzw. Erhaltung der Mobilität und Leistungen, die auf die Bedarfslagen und Bedürfnisse demenziell bzw. psychisch erkrankter Bewohner zugeschnitten sind. Außerdem beinhalten sie die Aufforderung zu einer biografie- und präventiv orientierten sowie ressourcenerhaltenden/-fördernden Pflege.

In diesen Punkten liegen zentrale inhaltliche Ziele der Leistungsbeschreibungen, aber auch die größten Herausforderungen bei der Verwendung der Leistungsbeschreibungen. Zwar stellen heute auch vergleichsweise einfache Versorgungsanforderungen (z. B. Sicherstellung einer ausreichenden Ernährung, Sturzprävention oder Dekubitusprophylaxe) ein wichtiges Thema im Versorgungsalltag und in der Qualitätsdiskussion dar, doch handelt es sich hierbei letztlich um fachliche Selbstverständlichkeiten bzw. Anforderungen, denen die Einrichtungen und ihre Mitarbeiter auch ohne weitreichende Anpassung von Qualifikationen, Arbeitsmethoden und Arbeitsorganisation gerecht werden können (sollten). Gleiches lässt sich für die Mobilitätsförderung und die Unterstützung der Bewohner bei der Bewältigung psychischer und sozialer Problemlagen allerdings nicht behaupten. Die Weiterentwicklung des Leistungsprofils in diesen Bereichen verlangt von vielen Einrichtungen, wie auch die Erfahrungen mit der Konzepterprobung zeigten, besondere Anstrengungen.

Mobilitätsförderung

Mobilitätseinbußen haben nicht nur erhebliche Auswirkungen auf nahezu alle alltäglichen Verrichtungen, sondern auch auf die gesamte individuelle Lebensgestaltung einschließlich der sozialen Teilhabe. Der Mobilität kommt daher eine zentrale Bedeutung für Lebensqualität und Wohlbefinden zu (Bourret et al. 2002; Stemper 2002). Auch wenn Kraft, Ausdauer, Koordination und Beweglichkeit nachlassen, ist die körperliche Leistungsfähigkeit selbst im hohen Alter trainierbar. Hierdurch lassen sich Risiken (z. B. Sturzrisiko) mindern und die selbständige Alltagsbewältigung fördern (Meusel 2000; Fiatarone et al. 1990). Maßnahmen zur Förderung der Mobilität soll-

ten regelmäßig erfolgen (u.a. Oschütz/Belinová 2003) und alle Aspekte der körperlichen Leistungsfähigkeit umfassen. Nur so können sie den Ansprüchen einer gezielten Ressourcenförderung und Prävention gerecht werden. Sie sollten dementsprechend ein integraler Bestandteil der Pflegeplanung sein. Einrichtungen reagieren auf den Bedarf an Förderung bzw. Erhaltung der Mobilität jedoch meist mit verschiedenen Gruppenangeboten, deren Gestaltung aber in der Regel die individuellen Fähigkeiten der Bewohner kaum berücksichtigt und zudem nur einen Teil der Bewohner erreicht (Jenull-Schiefer/Janig 2004; Luxton 2002; Lazowski et al. 1999). Somit ist der Tagesablauf der meisten Bewohner insgesamt von geringer körperlicher Aktivität geprägt (Hauer 2000; Harper 2002). Diese Situation spitzt sich in Zeiten knapper Personalbesetzung, wie z.B. an den Wochenenden, noch zu (Bates-Jensen et al. 2004; Bourret et al. 2002). Nicht zwingend erforderliche Übernahme von Alltagsverrichtungen durch Mitarbeiter oder Äußerungen, die das Selbstvertrauen der Bewohner mindern, verringern zudem die Bereitschaft zur Eigenaktivität (Resnick 1999).

Vor diesem Hintergrund weisen die Leistungsbeschreibungen den mobilitätsfördernden Maßnahmen einen hohen Stellenwert zu. Sie berücksichtigen sowohl Trainingseinheiten zur Erhaltung bzw. Förderung der Mobilität (Einzel-, Gruppenangebote) als auch die konsequente Nutzung von Bewegungsmöglichkeiten im Alltag (vgl. auch Jeschke/Zeilberger 2004; Hauer 2000):

- Gruppenangebote können sich in Abhängigkeit von der Zielgruppe und der jeweiligen Zielsetzung hinsichtlich Angebotsart, -dauer, -ort und Teilnehmerzahl stark voneinander unterscheiden. Die Leistungsbeschreibung „Gruppenaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität“ zeigt hierzu verschiedene Möglichkeiten auf²⁴.
- Einzelangebote sind insbesondere für Bewohner relevant, die aus unterschiedlichen Gründen nicht an Gruppenaktivitäten teilnehmen können bzw. aufgrund bestehender individueller Problemlagen einer intensiveren Mobilitätsförderung bedürfen. Mit der Leistungsbeschreibung „Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität“ erfolgt eine Darstellung der unterschiedlichen Ausgestaltungsmöglichkeiten im Rahmen von Einzelangeboten.
- Da nahezu alle pflegerische Handlungen Bewegungselemente aufweisen (Darmann 2002), können diese zur gezielten Förderung der körperlichen Aktivität ausgebaut werden. Die überwiegende Anzahl der Leistungsbeschreibungen berücksichtigt Mobilitätsförderung im Rahmen von pflegerischen Handlungen, indem u.a. bei der möglichen Ausgestaltung von Maßnahmen auf „Motivierung/Anleitung zur (teilweise) selbständigen Durchführung“ bzw. im Rahmen der Ressourcenförderung auf die selbständige Durchführung von Anteilen der Gesamtmaßnahme nach Anleitung hingewiesen wird.

Eine gezielte Mobilitätsförderung stellt, wie die Erprobungserfahrungen zeigen, insbesondere bei Bewohnern, die nicht durch Gruppenangebote erreicht werden können, eine große Herausforderung dar. Bedarfsanalysen mit nachfolgender Umstrukturierung von Angeboten und veränderten personellen Zuständigkeiten haben in vielen Modelleinrichtungen erste Schritte zu Verbesserungen eingeleitet. In einigen Einrichtungen konnten beeindruckende Erfolge beobachtet werden (Mobilisierung von als „immobil“ geltenden Bewohnern). Dennoch bleibt festzuhalten, dass die gezielte Einzelförderung unter den gegebenen Rahmenbedingungen zum Teil an die Grenzen der verfügbaren Ressourcen stößt.

²⁴ Im Rahmen der SIMA-Studie (Oswald et al. 2002) konnte beispielsweise gezeigt werden, dass eine Kombination aus körperlichem Training und Gedächtnistraining bessere Effekte auf die Selbständigkeit des alten Menschen hat als ein isoliertes körperliches Training.

Stärkere Berücksichtigung psychischer/sozialer Problemlagen und Bedürfnisse

Pflege wird häufig noch immer verengt als Hilfestellung bei körperlichen Einschränkungen verstanden. Fragen der Bewältigung psychischer Erkrankungen und ihrer Folgeprobleme, die den heutigen Lebensalltag in den stationären Pflegeeinrichtungen prägen, werden zwar nicht gänzlich vernachlässigt, aber auch nicht systematisch aufgegriffen (vgl. Wingefeld/Schnabel 2002). Häufig fehlt das Bewusstsein für kommunikationsintensive Leistungen, also beispielsweise dafür, dass ein entlastendes Gespräch mit einem Bewohner, der unter starken Angstzuständen oder einer anderen Form von psychischem Druck leidet, eine pflegerische Maßnahme darstellt und nicht allein menschliche Zuwendung. Ist jedoch nicht bewusst, dass eine Handlung den Charakter einer pflegerischen Hilfestellung besitzt, kann diese Handlung auch nicht zielgerichtet als pflegerische Hilfestellung eingesetzt werden.

Die Leistungsbeschreibungen zielen daher auf eine stärkere Gewichtung von Unterstützungsleistungen, die nicht auf körperliche Defizite, sondern auf psychische Problemlagen und Bedürfnisse ausgerichtet sind. Hierzu ist nicht nur ein entsprechendes Bewusstsein der Mitarbeiter erforderlich, sondern auch eine explizite Berücksichtigung psychischer/sozialer Problemlagen und Bedürfnisse bei den verschiedenen Schritten des Pflegeprozesses. Die Leistungsbeschreibungen definieren vor diesem Hintergrund zehn Leistungen zur „Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen“. Die Weiterentwicklung des pflegerischen Handlungspotenzials in diesem Bereich stellt für die Einrichtungen eine mindestens ebenso große Herausforderung dar wie eine systematische Mobilitätsförderung.

Biografieorientierung als Grundsatz der pflegerischen Versorgung

Die Lebensgeschichte, ihre Verbindung zur Gegenwart und zur aktuellen Lebenssituation kann Hinweise auf derzeitige Bedürfnisse, Wünsche und Prioritäten des Bewohners geben (Clarke 2000). Eine personenzentrierte Haltung gegenüber Bewohnern beinhaltet die Berücksichtigung persönlicher Erfahrungen und des biografischen Hintergrunds des Bewohners in allen Alltagsbezügen. Das Ziel der Erhaltung und Förderung von Selbstwertgefühl, Identität und subjektivem Wohlbefinden sollte hierbei handlungsleitend sein. Die Leistungsbeschreibungen betonen daher die Bedeutung der Biografieorientierung für eine angemessene Versorgungssituation. Es handelt sich dabei allerdings um eine Arbeitsweise, nicht um eine einzelne Maßnahme oder Handlung der Mitarbeiter. Biografieorientierung macht sich insofern bei vielen Leistungen an der konkreten Ausgestaltung von Hilfen fest. Dementsprechend finden sich in den Leistungsbeschreibungen – neben grundsätzlichen Ausführungen zum biografieorientierten Arbeiten – vielfältige Hinweise zu den einzelnen Leistungen:

- Biografieorientierte Ausgestaltung von Alltagsverrichtungen: Im Rahmen der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme oder anderen Alltagsverrichtungen können biografische Informationen gezielt genutzt werden, um die Unterstützung an Gewohnheiten und persönlichen Vorlieben des Bewohners anzupassen. Biografieorientiertes Arbeiten drückt sich u.a. durch eine entsprechende Gestaltung der Abläufe und Auswahl von Pflege- bzw. Hilfsmitteln aus.
- Biografieorientierung im Rahmen von Interventionen bei psychischen Problemlagen: Die angemessene Gestaltung von Unterstützung bei Wanderungstendenz, aber auch bei Selbst- und Fremdgefährdung oder anderen speziellen psychischen Problemlagen, kann durch die Beachtung biografischer Informationen erleichtert werden. Bei zahlreichen Verhaltensweisen psychisch erkrankter Bewohner kommt es in erster Linie darauf an, Hintergründe und fördernde Bedingungen des Verhaltens sorgfältig abzuklären und sich auf präventives Handeln zu konzentrieren. Häufig lässt sich motorische Unruhe bereits durch eine geeignete Tagesstrukturierung und ausreichende Bewegung/Beschäftigung reduzieren. Ausgehend von der Kenntnis des früheren Lebens-/Tagesrhythmus und der individuellen Empfindungen

und Vorstellungen, die der Unruhe zugrunde liegen, kann im Vorfeld durch sorgsame zeitliche Planung von Hilfen und gezielte entlastende Maßnahmen wirksam Unterstützung geleistet werden.

- Biografieorientierte Gruppenangebote: Angebote zur Erhaltung personaler Identität und des subjektiv empfundenen Wohlbefindens sind vor allem für Bewohner mit kognitiven Einbußen äußerst wichtig (vgl. „Biografieorientierte Einzelaktivitäten“ und „Biografieorientierte Gruppenaktivitäten“). Je nach Gestaltung des Angebots können, vergleichbar mit Angeboten zur Mobilitätsförderung, positive Nebeneffekte auftreten, so z. B. die Förderung sozialer Kontakte.
- Biografieorientierte Einzelaktivitäten haben insbesondere für Bewohner, die nicht an entsprechenden Gruppenaktivitäten teilnehmen und über eingeschränkte soziale Kontakte verfügen, eine hohe Relevanz (Graber-Dünnow 2003). Zudem bietet eine Einzelaktivität im Vergleich zur Gruppenaktivität bessere Möglichkeiten, gezielt auf individuelle Bedürfnisse einzugehen.

Die Entwicklung eines Grundverständnisses für den Stellenwert von Mobilitätsförderung und der Berücksichtigung biografischer Informationen im Rahmen der Versorgung von Bewohnern kann bei Mitarbeitern nicht ohne weiteres vorausgesetzt, sondern muss durch Schulungen, Fallbesprechungen etc. nachhaltig gefördert werden. Auch fachliche Inhalte sollten Gegenstand von Schulungen sein, damit Mitarbeiter in die Lage versetzt werden, entsprechende Maßnahmen bewohnerbezogen planen, durchführen und evaluieren zu können. Die Angebotsplanung sollte regelmäßig auf Bedarfsgerechtigkeit überprüft und ggf. der sich verändernden Bewohnerstruktur angepasst werden. Auch umgebungsbezogene Faktoren nehmen Einfluss auf die Realisierung einer mobilitätsfördernden und biografieorientierten Versorgung, wie z. B. Beleuchtung, bewegungs- und orientierungsfördernde Raumgestaltung, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, und sollten daher nicht unbeachtet bleiben.

Diese Ausführungen verdeutlichen, dass die Leistungsbeschreibungen in mancher Hinsicht lediglich einen Rahmen darstellen, der einrichtungsindividuell aufgefüllt werden muss, wenn nachhaltige Qualitätseffekte erreicht werden sollen. Das „Arbeiten mit den Leistungsbeschreibungen“ geht insofern deutlich über die Ergänzung des Leistungsprofils um einzelne Maßnahmen hinaus.

3.7 Abschließende Konzeptmodifikationen

Auch wenn die zu erprobende Version der Leistungsbeschreibungen, wie aus der fachlichen Bewertung durch die Modellbeauftragten und den Rückmeldungen weiterer Einrichtungsmitarbeiter hervorgeht, das Versorgungsgeschehen in seiner Gesamtheit abbildete, sind aufgrund der Erprobungserfahrungen einige Modifikationen vorgenommen worden. Unberührt hiervon blieben die Empfehlungen zur qualifikationsorientierten Arbeitsteilung im Bereich der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen und die grundsätzliche Gestaltung der Leistungsbeschreibungen (Kurzerläuterungen, stichwortartige Auflistungen). Hier wurde kein Änderungsbedarf festgestellt.

Aufgrund der Rückmeldungen der Referenzeinrichtungen wurden die unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen stärker am Pflegeprozess ausgerichtet, indem eine veränderte Reihenfolge innerhalb des Aufbaus der einzelnen Leistungsbeschreibungen (Abfolge der Abschnitte) gewählt wurde.

Außerdem wurde die Zuordnung einiger Maßnahmen zu Leistungsbeschreibungen als schwierig bezeichnet, so dass in der Überarbeitung des Klassifikationssystems folgende Modifikationen erfolgten:

- Veränderte inhaltliche Zuordnung von Teilhandlungen bzw. Maßnahmenvariationen zu Leistungsbeschreibungen
- Zusammenfassung von zwei Leistungsbeschreibungen, deren Abgrenzung aufgrund der Ähnlichkeit der Inhalte für die Mitarbeiter in den Einrichtungen schwer nachzuvollziehen war
- Ausdifferenzierung von zwei neuen Leistungen („Einzel- und Gruppenaktivitäten zur Beschäftigung“ und „Orientierungs-/gedächtnisfördernde Einzel- und Gruppenaktivitäten“; hier wurden Aspekte zusammengeführt, die ursprünglich anderen Leistungen zugeordnet waren).

Ansonsten beschränkten sich die Modifikationen auf geringfügige inhaltliche Ergänzungen, sprachliche Überarbeitungen und eine Ausweitung der einführenden Erläuterungen und Kommentierungen zu den Leistungsbeschreibungen. Diese Ausweitung erwies sich allerdings als besonders wichtig, um das Verständnis der Leistungsbeschreibungen bei ihrer Nutzung im Versorgungsalltag sicherzustellen.

Im Gesamtbild lässt sich aufgrund der Erprobungserfahrungen festhalten, dass das Ziel, mit den Leistungsbeschreibungen eine trotz relativ hoher fachlicher Ansprüche überschaubare und praxistaugliche Systematik zur Verfügung zu stellen, erreicht wurde. Die Anpassung des Leistungsprofils und die Ausgestaltung der Versorgung erwiesen sich nicht als einfach, aber machbar. Allerdings zeigten die Erprobungserfahrungen auch, dass der hierzu erforderliche Zeitaufwand nicht zu unterschätzen ist. Um eine Versorgungsqualität nach den Maßgaben der Leistungsbeschreibungen realisieren zu können, sind zum Teil also Anpassungsprozesse von längerer Dauer einzukalkulieren – je nach Stand der Qualitätsentwicklung, den eine Einrichtung bereits erreicht hat. Dies gilt insbesondere für die Ressourcenförderung (vor allem Förderung/Erhaltung der Mobilität) und die Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen. Als schwierig umsetzbar haben sich nicht zuletzt personalintensive Einzelaktivitäten jeglicher Art und die Gewährleistung einer regelhaften sowie krisenbedingten psychosozialen Begleitung erwiesen. Die Bemühungen und Erfahrungen der am Modellvorhaben beteiligten Referenzeinrichtungen zeigen aber Wege auf, wie trotz schwieriger Rahmenbedingungen Verbesserungen erreicht werden können.

4. Übergeordnete Qualitätsmaßstäbe

4.1 Zur Auswahl der Themenfelder

Die übergeordneten Qualitätsmaßstäbe²⁵ stellen Rahmenkonzepte zur Qualitätssicherung in zentralen Aufgabenfeldern dar, die jeweils auf bestimmten Qualitätskriterien beruhen. Mit dem Modellvorhaben wurden insgesamt sechs Qualitätsmaßstäbe erarbeitet und erprobt:

- Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung
- Zusammenarbeit mit Angehörigen
- Nächtliche Versorgung
- Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen
- Kooperation mit niedergelassenen Ärzten
- Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten.

Sie decken wichtige, jedoch sicherlich nicht alle relevanten Versorgungsaspekte ab, für die aus fachlicher Sicht zentrale, konsentrierte Qualitätskriterien zur Verfügung stehen sollten. Aufgrund der Projektlaufzeit und der Rahmenbedingungen in den Referenzeinrichtungen musste jedoch eine Begrenzung erfolgen²⁶. Die konkrete Festlegung berücksichtigte die Maßgaben der Modellkonzeption und die Ergebnisse der NRW-Studie. Die dahinter stehenden Überlegungen seien an dieser Stelle kurz erläutert.

Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung

Der Heimeinzug wird zumeist als ein kritisches Lebensereignis erlebt (Lee et al. 2002), dessen Bewältigung aber durch die Einrichtung gefördert werden kann. Voraussetzung hierfür ist ein planvolles und strukturiertes Vorgehen im Heimeinzugsprozess. Die Weichen für die Qualität der zukünftigen Beziehung zum Bewohner und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen werden häufig bereits zu diesem Zeitpunkt gestellt. Dem Prozess des Heimeinzugs kommt somit eine grundlegende Bedeutung zu.

Zusammenarbeit mit Angehörigen

Eine gelingende Zusammenarbeit mit Angehörigen hat sowohl für Bewohner und Angehörige als auch für die Mitarbeiter positive Auswirkungen (KDA 2000). Sie erfährt insbesondere im Hinblick auf die Zunahme demenziell erkrankter Bewohner einen Bedeutungszuwachs. Die NRW-Studie gibt Hinweise darauf, dass in den Einrichtungen wenig Zeit für Kontakte zu Angehörigen aufgewendet wird und es ist daher fraglich, ob der hohe Stellenwert der Angehörigenarbeit für die Qualität und Kontinuität der Versorgungssituation in der Praxis ausreichend Berücksichtigung erfährt. Viele Aspekte der Angehörigenarbeit sind außerdem für andere Aufgabenbereiche relevant, z. B. in Bezug auf den Heimeinzug, bei der Gestaltung des Pflegeprozesses, bei der Kooperation mit Ärzten und Krankenhäusern und nicht zuletzt in der Sterbephase des Bewohners.

²⁵ Der Ausdruck „übergeordnete Qualitätsmaßstäbe“ wurde bereits in der Konzeption des Modellvorhabens verwendet und während der Projektlaufzeit beibehalten. „Übergeordnet“ sollte zum Ausdruck bringen, dass die mit den Qualitätsmaßstäben angesprochenen Fragen grundlegende Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in einer Einrichtung und weniger die Ausgestaltung der Versorgung des individuellen Bewohners betreffen. Diese ist vielmehr Gegenstand der Leistungsbeschreibungen und der dort formulierten Qualitätsanforderungen.

²⁶ Zwei weitere wichtige Aufgabenfelder wurden zu Beginn des Modellvorhabens ins Auge gefasst, aber letztlich nicht weiter bearbeitet, um eine Überforderung der Einrichtungen zu vermeiden. Es handelte sich um den Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen und die Einbindung freiwilliger Helfer. Sie sollten aufgrund ihrer Bedeutung für eine angemessene Gestaltung der Versorgung Gegenstand zukünftiger Entwicklungsarbeiten sein.

Nächtliche Versorgung

Wie die Ergebnisse der NRW-Studie aufzeigen, entspricht die nächtliche Versorgung häufig nicht den Bedarfslagen der Bewohner und weist in vielen Bereichen einen dringlichen Handlungsbedarf auf (Wingenfeld/Schnabel 2002). Die Entwicklung von Maßgaben zur Sicherstellung einer ausreichenden nächtlichen Versorgung ist daher unter Qualitätsgesichtspunkten sicherlich ein herausragendes Thema.

Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen

Als eine bereits bestehende Herausforderung, die zukünftig u.a. aufgrund der verkürzten Aufenthaltsdauer in Pflegeeinrichtungen noch an Bedeutung gewinnen wird, kann die Begleitung sterbender Bewohner bezeichnet werden. Das komplexe Aufgabenfeld der Sterbebegleitung umfasst neben der direkten Bewohnerversorgung auch die Zusammenarbeit mit Angehörigen, die Schaffung angemessener Rahmenbedingungen für alle Beteiligten und eine optimierte Zusammenarbeit mit externen Berufsgruppen. Um den heutigen und zukünftigen Anforderungen in Bezug auf die Gestaltung einer würdigen Sterbebegleitung gerecht werden zu können, wurden alle genannten Aspekte im entsprechenden Rahmenkonzept aufgegriffen.

Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten

Die Zusammenarbeit mit externen Stellen, insbesondere die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, ist für die Sicherstellung der Versorgung von großer Bedeutung, stellt aber die Einrichtungen immer wieder vor große Herausforderungen. Analog zu den Handlungsempfehlungen der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ (Landtag NRW 2005) wurden für beide Handlungsfelder Rahmenkonzepte entwickelt, die den von der Pflegeeinrichtung zu verantwortenden Anteil der Kooperation zum Gegenstand haben.

4.2 Vorgehen

Die Qualitätsmaßstäbe wurden ebenfalls unter Einbindung der Referenzeinrichtungen entwickelt. Zum Teil orientierten sich diese Arbeiten noch stärker an der Praxis als im Falle der Leistungsbeschreibungen. Die Entwürfe der meisten Qualitätsmaßstäbe entstanden auf der Grundlage bereits verfügbarer Ansätze aus der Praxis: Die Referenzeinrichtungen übermittelten die von ihnen schon früher erarbeiteten Konzepte und andere Handlungsmaßgaben (z.B. hausinterne Richtlinien) an das IPW und führten gleichzeitig eine Bestandsaufnahme durch, mit der wesentliche Problemfelder im jeweils zur Diskussion stehenden Handlungsfeld (z.B. Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten) abgebildet wurden. Das IPW

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

und brachte diese schließlich ähnlich wie bei den Leistungsbeschreibungen in die Beratung mit den Modellbeauftragten und anderen Projektbeteiligten ein.

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 (vgl. Kapitel 3). 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.

In den Entwicklungsprozess flossen somit handlungspraktisches Wissen, allgemeine Handlungsorientierungen aus der Qualitätsdiskussion sowie der Fachliteratur und, soweit verfügbar, Forschungsergebnisse ein²⁷. Nach Abschluss und unter Berücksichtigung der vielfältigen Beratungen ist die jeweilige Version 1.0 der Qualitätsmaßstäbe erstellt worden, die den Einrichtungen zur Erprobung übergeben wurde (vgl. Wingenfeld et al. 2006). Ähnlich wie im Falle der Leistungsbeschreibungen erfolgten schließlich eine Überarbeitung anhand der Erprobungserfahrungen und eine redaktionelle Aufbereitung für die Publikation im Praxishandbuch.

4.3 Funktion und Charakter der Qualitätsmaßstäbe

Die Qualitätsmaßstäbe haben eine doppelte Funktion:

- Sie stellen Anforderungskataloge zur Ausgestaltung der betreffenden Arbeitsfelder in vollstationären Pflegeeinrichtungen dar, mit denen ein bestimmtes Qualitätsniveau angestrebt wird. Die oben erwähnten Abstimmungsschritte dienten 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 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 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 bislang eher selten aufgegriffen worden sind.

Auf die Funktion der Qualitätsmaßstäbe als Arbeitshilfe, aber auch auf das Ziel der Anschlussfähigkeit an die Praxis ist zurückzuführen, dass sich die Anforderungen der Maßstäbe zum Teil auf unterschiedlichem Abstraktionsniveau bewegen. Um den jeweiligen Voraussetzungen und Möglichkeiten der Einrichtungen Rechnung zu tragen, ist das Anforderungsprofil der Qualitätsmaßstäbe in Teilen relativ allgemein formuliert. Damit soll ermöglicht werden, die konkrete Ausgestaltung an die Bedingungen der Einrichtungen anzupassen, ohne ein definiertes Qualitätsniveau zu unterschreiten. An anderen Stellen wiederum finden sich sehr konkrete Formulierungen

²⁷ Berücksichtigung fanden schließlich auch Anregungen des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke, das um eine fachliche Bewertung des Entwurfs gebeten wurde (vgl. Kapitel 3).

und differenzierte Vorgaben, und zwar immer zu Fragen, bei denen es aus der Sicht der beteiligten Einrichtungen oder aufgrund der Erprobungserfahrungen notwendig erschien, für die Praxis größtmögliche Klarheit auf der Ebene der Handlungsanforderungen zu schaffen. Im Ergebnis führte dies zu einer gewissen Beeinträchtigung der formalen Stringenz und einige Anforderungen der Qualitätsmaßstäbe wirken vielleicht sogar etwas kleinteilig. Dies wurde jedoch bewusst in Kauf genommen bzw. gegenüber dem Ziel der Praxistauglichkeit bzw. Anschlussfähigkeit als nachrangig eingestuft.

Aus dem gleichen Grunde wurde davon Abstand genommen, die verbreitete Unterscheidung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zur Gliederung der Qualitätsmaßstäbe zu verwenden. Erste Versuche in diese Richtung zu Beginn der Entwicklungsarbeiten wurden alsbald aufgegeben, denn es erwies sich, dass diese Gliederungsform kaum mit der Handlungslogik im Versorgungsalltag in Einklang zu bringen ist und somit die Nutzung der Qualitätsmaßstäbe deutlich erschwert hätte. Im Rahmen des Modellvorhabens galten die Vorgaben, die in den Qualitätsmaßstäben enthalten sind, als Mindestanforderungen. Die beteiligten Einrichtungen waren also gehalten, sie vollständig umzusetzen, konnten und sollten allerdings, wenn sie es für sinnvoll hielten, einrichtungsindividuell weitergehende Qualitätsanforderungen formulieren und entsprechende Maßnahmen umsetzen.

In Bezug auf das Qualitätsniveau, das die Qualitätsmaßstäbe abbilden, waren (auch in der Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis) während der Konzeptentwicklung immer wieder Differenzen zu bearbeiten und Kompromisse auszuhandeln. Diese bezogen sich weniger auf fachlich-inhaltliche Aspekte als auf die Frage der Machbarkeit. Das Modellvorhaben verfolgte das Ziel, eine nachhaltige Qualitätsentwicklung anzustoßen, ohne die Praxis zu überfordern. Die Ausgangsbedingungen in den Referenzeinrichtungen unterschieden sich allerdings, zum Teil sogar ganz erheblich. Dies führte auch auf Seiten der beteiligten Einrichtungen zu abweichenden Einschätzungen in der Frage, wie hoch die mit den Konzeptbausteinen verknüpften Qualitätsanforderungen sinnvollerweise anzusetzen waren, um noch verkraftbar zu sein. Es gelang nicht immer, unter allen Beteiligten einen Kompromiss auszuhandeln. Unter diesen Umständen entschied das IPW, ob umstrittene Konzeptelemente Bestandteil bleiben und in die Erprobung gehen sollten oder nicht. Anhand der Erprobungsergebnisse sollte dann die Tragfähigkeit dieser Entscheidungen überprüft werden.

Zum besseren Verständnis der Qualitätsmaßstäbe sollte schließlich 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 ebenso wenig wie vergleichbare Handlungsleitlinien dazu verpflichten, Qualität sicherzustellen, die maßgeblich vom Mitwirken 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 jedoch aufgegriffen werden und damit eine Verbesserung der Lebens- und Versorgungsqualität für den individuellen Bewohner bewirken, liegt nicht mehr im Einflussbereich der Einrichtungen.

4.4 Qualitätsmaßstab „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“

Mit diesem Qualitätsmaßstab werden Maßgaben für die Gestaltung des Übergangs von Pflegebedürftigen aus dem häuslichen Umfeld oder aus einem Krankenhaus in eine stationäre Pflegeeinrichtung definiert. Er formuliert Vorgaben für die Organisation des Heimeinzugs in Verbindung mit Maßnahmen zur Unterstützung des Bewohners. Sie sollen dazu beitragen, die durch den Umzug verursachten Bewältigungsanstrengungen des Bewohners durch geeignete Rahmenbedingungen und direkte Betreuung zu fördern. Er umfasst außerdem zeitliche Vorgaben für die Durchführung des pflegerischen Assessments und die Erstellung einer Pflegeplanung während der ersten Aufenthaltsphase und weist somit Bezüge zu anderen Konzeptbausteinen auf.

Problemhintergrund

Der Einzug in eine Pflegeeinrichtung stellt ein „kritisches Lebensereignis“ dar (Lee et al. 2002; Kampfe 2002; vgl. Filipp 1995). Die Folgen eines nicht oder nur schlecht gelingenden Einlebens in das neue Lebensumfeld können gravierend sein. Psychische Belastungen als Folge des Umzugs sind keine Seltenheit. Sie treten in den ersten Wochen des Heimaufenthalts häufig in Form von ausgeprägter Hoffnungslosigkeit, geringer Lebenszufriedenheit und depressiver Stimmung auf (Thiele et al. 2002; Lee et al. 2002). Darüber hinaus wird über ein erhöhtes Unfallrisiko berichtet, insbesondere Stürze häufen sich (Saup 1993). Bei demenziell Erkrankten treten vermehrt Orientierungsprobleme, Wanderungstendenzen oder allgemeine motorische Unruhe auf (Algase 1999; Thomas 1997).

Wie gut oder wie schlecht die mit dem Heimeinzug verbundenen Probleme und Belastungen bewältigt werden, hängt u.a. von den Vorstellungen des Betroffenen über das Heimleben ab. Personen mit einer realitätsangemessenen Vorstellung und eher positiven Grundhaltung gelingt dies besser als Personen, die damit Ängste und Verlustgefühle verbinden (Armer 1993). Allerdings setzen sich nur wenige Menschen prospektiv mit der Vorstellung auseinander, in eine Pflegeeinrichtung einzuziehen. Den Ergebnissen einer gerontologischen Studie zufolge ist der Anteil der über 60jährigen Bundesbürger, die sich mit dem Gedanken an einen Heimeinzug schon einmal auseinandergesetzt haben, verschwindend gering (Lehr 2003). Im Allgemeinen verbinden ältere Menschen mit der Vorstellung eines Lebens in einem Heim überwiegend negative Aspekte. Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung und ein Mehr an Sicherheit sind zwar ebenfalls Bestandteil ihrer Erwartungshaltung, allerdings stehen eher Autonomieverlust, geringe Kontaktmöglichkeiten, Verschlechterungen der Wohnqualität und finanzielle Einschränkungen im Vordergrund ihrer Vorstellungen (Feichtinger et al. 2002).

Forschungsarbeiten weisen auf weitere Faktoren hin, die das Belastungserleben im Verlauf des Heimeinzugs maßgeblich beeinflussen (Lehr 2003). Geplante Einzüge lassen mehr Zeit für eine gedankliche Auseinandersetzung als ungeplante Einzüge und werden von den Betroffenen daher als wesentlich weniger belastend empfunden. Außerdem gelingt das Einleben umso besser, je mehr die Betroffenen eine aktive, gestaltende Rolle übernehmen können. Häufig wird alten Menschen jedoch die Handlungskontrolle von den Angehörigen und/oder beteiligten beruflichen Helfern teilweise oder vollständig abgenommen²⁸. Zudem finden Heimeinzüge größtenteils „ad hoc“ statt, so dass eine gedankliche Auseinandersetzung im Vorfeld kaum noch möglich ist und wenig Spielraum für die Entscheidungsautonomie besteht.

²⁸ In diesem Zusammenhang wird auch die Frage nach den Möglichkeiten der Auswahl einer Einrichtung diskutiert: Kann der betroffene alte Mensch selbst entscheiden, verringern sich die subjektiven Belastungen (Lee et al. 2002; Nolan et al. 1996; Reinardy 1992).

Die oben angesprochenen, negativen Vorstellungen vom Leben in einer Einrichtung sind durchaus nicht realitätsfern. Zu den beim Heimeinzug häufig erlebten Einschränkungen und Verlusten gehören insbesondere Einbußen der Autonomie und Privatheit, materielle bzw. finanzielle Verschlechterungen sowie der Verlust von sozialen Kontakten (Wilson 1997; Fiveash 1998; Nay 1995). Bei ihrer Bewältigung kommt gezielten Unterstützungsangeboten eine wichtige Funktion zu: Studien haben zeigen können, dass der Heimeinzug besser bewältigt wird, wenn er durch Information, Beratung und Erfahrungsmöglichkeiten begleitet bzw. vorbereitet wird (Lee et al. 2002; Nolan et al. 1996; Pinquart/Devrient 1991). Für den Erfolg des langfristigen Einlebens sind insbesondere die ersten vier Wochen des Heimaufenthalts entscheidend.

Diese Ausführungen machen deutlich, dass vielfältige Unterstützungsmaßnahmen erforderlich sind, die nicht auf den Tag des Einzugs beschränkt bleiben dürfen. Vielmehr ist unter Heimeinzug ein Prozess zu verstehen, der mit der ersten Kontaktaufnahme zum neuen Bewohner beginnt und sich über die ersten Wochen, zum Teil auch Monate des Aufenthalts erstreckt (Thiele et al. 2002; Saup 1993).

Inhaltliche Kernpunkte und Aufbau des Konzeptbausteins

Das Rahmenkonzept „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ ist in sieben Abschnitte unterteilt:

- 1. Grundsätze:** Die Grundsätze verweisen auf zwei zentrale Zielrichtungen der Unterstützung beim Heimeinzug: die Förderung der Integration des Bewohners in das neue Umfeld und die Reduzierung der mit dem Einzug verbundenen Belastungen.
- 2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption:** Wie bei allen Qualitätsmaßstäben wird auch in diesem Fall die Erstellung eines einrichtungsbezogenen Konzepts gefordert.
- 3. Personelle Zuständigkeiten:** Die Bewohner sollen eine Pflegefachkraft als Hauptsprechpartner für die erste Zeit des Einlebens zur Seite gestellt bekommen. Diese soll den Einzugsprozess mit den anderen daran Beteiligten, wie z. B. den sozialen Diensten, koordinieren und direkte Hilfen zur Bewältigung leisten.
- 4. Erstgespräch:** Das Erstgespräch soll nach Möglichkeit im Vorfeld des Einzugs stattfinden, ggf. auch während eines Krankenhausaufenthaltes. Dessen Hauptfunktion besteht darin, dem neuen Bewohner und ggf. seinen Angehörigen erste Informationen zu vermitteln, auf Fragen einzugehen und für die Einrichtung versorgungsrelevante Informationen zu erfassen. Es werden auch Vorgaben für zentrale Inhalte des Erstgesprächs formuliert.
- 5. Vorbereitung des Heimeinzugs:** Dieser Abschnitt regelt vorbereitende Maßnahmen und Absprachen, die zwischen den einzelnen Leistungsbereichen zu treffen sind. Wichtig ist in diesem Zusammenhang beispielsweise, dass sich die Einrichtung um die Sicherstellung der Hilfsmittel- und Medikamentenversorgung bemüht. Die Vorbereitungen sollen auch eine Hausbesichtigung durch den Bewohner und/oder seine Angehörigen beinhalten.
- 6. Einzugstag:** Hier geht es unter anderem darum, den Bewohner und ggf. seine Angehörigen angemessen zu empfangen und zu begleiten. Daneben sollen im Rahmen eines Aufnahmegesprächs Erwartungen und Bedürfnisse thematisiert sowie weitere für die Versorgung wichtige Informationen erfasst werden.

7. Erste Phase des Aufenthaltes: Diese Phase umfasst einen Zeitraum von vier bis sechs Wochen. Während dieser Zeit soll der neue Bewohner regelmäßig, ggf. auch täglich von seiner Bezugsperson aufgesucht werden. Darüber hinaus soll der Bewohner die Möglichkeit erhalten, die Einrichtung eingehend kennenzulernen. Erste Absprachen zum Tagesablauf und zu regelmäßigen Aktivitäten (z.B. Nutzung von Gruppenangeboten) sind ebenfalls vorgesehen. Ein wichtiger Stellenwert kommt einem Integrationsgespräch zum Abschluss der ersten Aufenthaltsphase zu. Hiermit sollen die zurückliegenden Wochen reflektiert und sich daraus eventuell ergebende Anpassungserfordernisse für die Pflege und die weitergehende Unterstützung identifiziert werden.

Erprobungserfahrungen und Konzeptmodifikationen

Aufgrund der Erprobungserfahrungen wurden nur wenige Veränderungen des Rahmenkonzepts notwendig:

Probleme tauchten in einigen Einrichtungen bei der Umsetzung der Maßgaben zum Erstgespräch auf. Es erwies sich als schwierig, die Zuständigkeit für das Erstgespräch konsequent der Pflegefachkraft zuzuordnen, die nach dem Heimeinzug die Versorgungsverantwortung für den jeweiligen Bewohner übernehmen sollte. Vor allem bei kurzfristigen Einzügen war es häufig nicht möglich, die Dienstplanung entsprechend anzupassen. Daher wurde die Möglichkeit, eine Zwischenlösung für die personelle Verantwortlichkeit zu wählen, nachträglich in das Konzept aufgenommen.

Im Hinblick auf das Erstgespräch zeigten sich generell große Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Während es einigen von ihnen gelang, bei sehr kurzfristig angekündigten Heimeinzügen ein Erstgespräch im Vorfeld zu führen, benötigten andere Einrichtungen einen Vorlauf von einer Woche. Zusätzliche Schwierigkeiten ergaben sich mitunter aufgrund von Personalengpässen oder durch große Entfernungen zwischen Wohnort und Einrichtung. Diese Erfahrungen führten dazu, in der Endfassung des Qualitätsmaßstabs größeren Spielraum für die Durchführung des Erstgesprächs vorzusehen. Kann das Gespräch aufgrund der Kurzfristigkeit des Heimeinzugs oder anderer wichtiger Faktoren nicht im Vorfeld des Heimeinzugs stattfinden, so sollen die Informationserfassung, Absprachen etc., die Gegenstand des Erstgesprächs sind, möglichst unmittelbar nach erfolgtem Heimeinzug erfolgen.

Ansonsten lagen Anpassungserfordernisse aufgrund von Erprobungserfahrungen auf der Ebene der Kommentierung und Erläuterung. So zeigt sich, dass die Maßgabe, den Bewohner in der ersten Zeit des Aufenthalts regelmäßig durch den Hauptansprechpartner zu begleiten, Missverständnisse provozieren kann. Einige Einrichtungen fühlten sich hierdurch aufgefordert, jedem neuen Bewohner täglich und unabhängig vom tatsächlichen Bedarf Hilfestellungen zum Einleben in der Einrichtung anzubieten. Es war dementsprechend klarzustellen, dass der Bewohnerbedarf den Maßstab für die Häufigkeit der Kontakte und die zu leistende Unterstützung darstellt. Darüber hinaus war stärker die Vorläufigkeit der Absprachen mit dem Bewohner über seinen Tagesablauf zu betonen, die dem Qualitätsmaßstab zufolge spätestens am dritten Aufenthaltstag zu treffen sind. Welcher Tagesablauf den Bedürfnissen des Bewohners entspricht, lässt sich für die Mitarbeiter ebenso wie für den Bewohner selbst oftmals erst nach längerer Zeit absehen.

Ein weiterer Punkt, der genauere Erläuterungen erforderlich machte, war die im Entwurf formulierte Anforderung zum initialen pflegerischen Assessment sowie zur Pflegeplanung. Es musste in den Kriterien sowie in den Erläuterungen darauf hingewiesen werden, dass es sich bei der spätestens nach zwei Wochen fertigzustellenden Pflegeplanung lediglich um eine erste Pflegeplanung handeln kann, die im weiteren Verlauf anzupassen ist.

4.5 Qualitätsmaßstab „Zusammenarbeit mit Angehörigen“

Professionelle Angehörigenarbeit, d. h. der geplante und organisierte Umgang einer Einrichtung mit den Angehörigen der Bewohner (vgl. Daneke 2000), dient in erster Linie der Förderung der alltäglichen sozialen Unterstützung der Bewohner²⁹. Zweifellos profitieren auch die Angehörigen selbst und die Beschäftigten der Einrichtung, wenn durch bewusste und zielgerichtete Angehörigenarbeit eine stabile und produktive Kooperation zwischen allen Beteiligten entsteht. Das vorrangige Ziel der Angehörigenarbeit leitet sich jedoch aus den Interessen und Bedürfnissen des Bewohners ab.

Problemhintergrund

Angehörigen kommt für die alltägliche soziale Unterstützung eine wichtige Bedeutung zu. Heimbewohner verfügen in der Regel nur noch über ein stark reduziertes soziales Netzwerk (Backes/Clemens 2003). Nicht allein aufgrund ihrer Einbindung in einen institutionell geprägten Lebenszusammenhang, sondern auch aufgrund körperlicher und/oder kognitiver Einschränkungen fällt ihnen die Aufrechterhaltung und Pflege sozialer Kontakte oftmals schwer. Sie sind daher in hohem Maße auf die Initiative anderer Personen, insbesondere der Angehörigen angewiesen (Kors/Seunke 2001). Immerhin 90% der Bewohner erhalten Besuch, allerdings nur 47% regelmäßig (mindestens einmal wöchentlich) (KDA 2000). Regelmäßige Besuche können jedoch wesentlich zu einer Verbesserung des Wohlbefindens der Bewohner beitragen (Janzen 2001; Bauer/Nay 2003).

Alltägliche soziale Unterstützung kann sowohl als psychische Unterstützung (z. B. Vermittlung von Geborgenheit, Nähe, Zugehörigkeit) wie auch als instrumentelle Unterstützung (z. B. durch finanzielle oder praktische Hilfen) erfolgen. Sie ist nicht nur in Krisensituationen von Relevanz, sondern kann zu allen Zeiten grundlegende Bedürfnisse „nach Zugehörigkeit, Wertschätzung, Zuneigung, Identität und Sicherheit befriedigen“ (Künzel-Schön 2000: 134; vgl. Mc Garry Logue 2003). Angehörige von Heimbewohnern übernehmen in vielen Fällen auch die Rolle von Fürsprechern des Pflegebedürftigen und vertreten seine Belange, wenn er selbst hierzu nicht mehr oder nur noch eingeschränkt in der Lage ist.

Die Einbeziehung der Angehörigen kann ggf. jedoch auch als einschränkend, mitunter sogar als bedrohlich erlebt werden. Ist die Beziehung zwischen ihnen und dem Bewohner belastet und entwickelt dieser den Eindruck, dass sie mehr Einfluss auf die aktuelle Situation ausüben können als der Bewohner selbst, erscheint ihm die Situation möglicherweise unkontrollierbar³⁰. Solche Konstellationen haben ihren Ausgangspunkt meist in der gemeinsamen Vergangenheit, ggf. verstärkt durch die Notwendigkeit pflegerischer Unterstützung durch Angehörige in der Zeit vor dem Heimzug (Fuchs 2000).

Spannungsbeladene Beziehungen zwischen Angehörigen und Mitarbeitern können sich für den Bewohner ebenfalls nachteilig auswirken. „So entstehen Belastungen aus Konkurrenzgefühlen zwischen Angehörigen und Personal, durch Klagen über schlechte Versorgung durch das Personal oder über Verhaltensweisen von Bewohnern sowie durch unterschiedliche Ansichten zu Aufgaben und Pflichten der Beteiligten“ (Backes/Clemens 2003: 251). Dies kann sogar zu einer geringeren Besuchshäufig-

²⁹ „Alltägliche soziale Unterstützung bezeichnet den Austausch von Hilfe, Zuneigung und Zuwendung zwischen Menschen außerhalb definierter beruflicher Zuständigkeiten“ (Sickendiek et al. 2002: 21f).

³⁰ Mitunter kann soziale Unterstützung das Gefühl von Ungleichgewicht hervorrufen: „Menschen in unserer Kultur scheinen (...) das Bedürfnis zu haben, Empfangenes zurückzugeben. Offenbar ist es uns nicht nur angenehm, etwas, das wir brauchen, zu bekommen, sondern das Erhalten von Unterstützung kann bei uns auch unangenehme Gefühle auslösen“ (Künzel-Schön 2000: 142). Dieser Sachverhalt gilt auch für Heimbewohner. Alte Menschen können die Unterstützung durch Angehörige umso besser akzeptieren, je mehr sie davon überzeugt sind, im Laufe ihres Lebens schon viel für die Familie getan zu haben und somit gewissermaßen in „Vorleistung“ getreten zu sein.

keit der Angehörigen führen (Port 2004; McGarry Logue 2003). Auch unabhängig davon werden Kontakte zwischen Bewohner und Angehörigen negativ beeinflusst, wenn Konflikte mit Mitarbeitern zum beherrschenden Thema zwischen ihnen werden. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Angehörige beim Einleben in der Einrichtung Unterstützung geben und eine Partnerfunktion für die Dauer des Heimaufenthaltes übernehmen können (Schmidt 2003; George/George 2003). Sie tragen folglich wesentlich zur Förderung des subjektiven Wohlbefindens und somit der Lebensqualität des Bewohners bei. Die von Angehörigen erbrachte soziale Unterstützung kann nicht durch professionelle Hilfe ersetzt werden (Backes/Clemens 2003), allerdings können Mitarbeiter die soziale Beziehung zwischen Bewohner und Angehörigen unterstützen und fördern. Soziale Bindungen sollten daher in der individuellen Pflege stets „mitgedacht“ werden³¹. Eine offene Kommunikation zwischen Angehörigen und Mitarbeitern trägt dazu bei, Missverständnisse und daraus resultierende Konflikte zu vermeiden (Janzen 2001).

Angehörigenarbeit kann sich also in einem Spannungsfeld bewegen, in dem erst noch geeignete Formen der Einbeziehung unter Beachtung von Interessen und Bereitschaft der Beteiligten gefunden werden müssen. Ein Konzept zur Zusammenarbeit mit Angehörigen muss unterschiedlich zugeschnittene und flexibel gestaltete Angebote beinhalten, um möglichst viele Angehörige trotz zum Teil stark voneinander abweichender Erwartungen in das Versorgungsgeschehen einbinden zu können (Gaugler et al. 2005). Die Einrichtungen stehen folglich vor der Herausforderung, „mit den vielfältigen Einstellungen und Handlungsperspektiven, die durch Angehörige eingebracht werden, dynamisch und erprobend umzugehen“ (Steiner 2001: 87; vgl. Bauer/Nay 2003).

Inhaltliche Kernpunkte und Aufbau des Konzeptbausteins

Der Qualitätsmaßstab „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ zielt darauf ab, eine konzeptgestützte, bewusste und planvolle Angehörigenarbeit zu fördern. Hierdurch soll vorrangig eine kontinuierliche soziale Unterstützung durch Angehörige für Bewohner gesichert werden. Eine den Anforderungen des Qualitätsmaßstabs entsprechende Angehörigenarbeit trägt aber auch dazu bei, dass Bewohner in Situationen, die sie in der Regel als belastend erleben, wie z. B. Heimeinzug oder Krankenhausaufenthalt, Begleitung durch vertraute, d. h. für sie besonders wichtige Personen, erfahren. Der Qualitätsmaßstab gliedert sich in acht Abschnitte:

- 1.** Grundsätze: In den Grundsätzen werden als zentrale Anliegen der Angehörigenarbeit a) die Mitwirkung und Integration der Angehörigen und b) die Förderung des Kontakts zwischen Bewohner und Angehörigen betont.
- 2.** Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption
- 3.** Personelle Zuständigkeiten: Angehörigen soll ein fester Ansprechpartner zur Verfügung stehen, der im Idealfall mit der für den Bewohner Zuständigen Pflegefachkraft (vgl. Kapitel 6.1) identisch ist.
- 4.** Förderung des Kontaktes zwischen Bewohner und Angehörigen: Dieser Abschnitt zielt vor allem auf die Berücksichtigung der Kontaktförderung in der Pflegeplanung, die Vermittlung zwischen Bewohner und Angehörigen bei auftretenden Differenzen, die Unterstützung des Bewohners bei der Pflege des Kontaktes und die Gewährleistung eines geeigneten Rahmens für den Kontakt zwischen Bewohner und Angehörigen sowie gemeinsame Aktivitäten in der Einrichtung (z. B. Feiern).

³¹ „In gewisser Weise nimmt das Pflegeheim nicht nur den Bewohner auf, sondern auch seine Familie“ (Kors/Seunke 2001).

5. Allgemeine Angebote: Veranstaltungen für Angehörige und die Einbindung der Angehörigen in einrichtungsinterne Aktivitäten sollen regelmäßig angeboten werden. Der Qualitätsmaßstab betont, dass diese Art der Einbeziehung von Angehörigen sorgfältige Überlegungen zur inhaltlichen Ausgestaltung und zu organisatorischen Formen erfordert³².
6. Individuelle Angehörigenarbeit: Dieser Punkt beinhaltet vor allem die Anforderung, ein geeignetes Informations- und Beratungsangebot für Angehörige (unter Einschluss geplanter und ungeplanter Gespräche) vorzuhalten und geeignete Voraussetzungen für die Beteiligung der Angehörigen an der individuellen Versorgung zu schaffen (Einbeziehung in das pflegerische Assessment, die Pflegeplanung, die pflegerische und sonstige Unterstützung sowie Abstimmung in schwierigen Versorgungssituationen). Angehörigensprechstunden wurden nicht als Anforderung, sondern als eine mögliche Option formuliert, da ein solches Angebot nach den Erfahrungen der Referenzeinrichtungen kaum genutzt wird und der Bedarf an ungeplanten Gesprächen deutlich überwiegt.
7. Verfahrensweisen in besonderen Situationen: Dieser Punkt bezieht sich auf die Informationsübermittlung und die Zusammenarbeit in Situationen wie beispielsweise anstehenden Krankenhausaufenthalten der Bewohner oder gravierenden gesundheitlichen Verschlechterungen.
8. Umgang mit Kritik, Anregungen und Beschwerden: Hier wird auf die Notwendigkeit der Information der Angehörigen über das Beschwerdemanagement der Einrichtung und die regelmäßige Erfassung von Wünschen und Bedürfnissen der Angehörigen verwiesen.

Erprobungserfahrungen und Konzeptmodifikationen

Im Gesamtbild ergab sich während der Erprobung eine verbesserte Zusammenarbeit mit Angehörigen in den Referenzeinrichtungen. Davon profitierten nicht nur Bewohner und Angehörige, positive Auswirkungen waren auch für die Mitarbeiter spürbar. Durch die Benennung fester Ansprechpartner erfolgte die Kommunikation unmittelbar mit der jeweils zuständigen Person. Hierdurch hat sich der Informationsfluss in den Einrichtungen verbessert. Die insgesamt verbesserte Zusammenarbeit hat dazu beigetragen, dass Angehörige zunehmend als Partner in der Bewohnerversorgung wahrgenommen werden, wodurch auch, wie aus mehreren Einrichtungen berichtet wurde, konfliktträchtige Situationen seltener wurden.

Die Erprobungserfahrungen zeigten (erwartungsgemäß) allerdings auch, dass die Umsetzung zahlreicher Anforderungen von der Bereitschaft der Angehörigen abhängt, mit der Einrichtung zusammenzuarbeiten. So reichen beispielsweise die Erfahrungen mit der Einbeziehung der Angehörigen in die Versorgung/Betreuung von „sehr positiv“ bis hin zu „fehlende Bereitschaft der Angehörigen“. Ebenso unterschiedlich fallen die Erfahrungen mit Veranstaltungsangeboten aus. So genannte Angehörigenabende wurden in einigen Einrichtungen gut frequentiert, andere berichteten auch hier über eine geringe Resonanz. Auch ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Bewohner eine intensive Einbindung der Angehörigen in das Einrichtungsgeschehen wünschen bzw. Angehörige dies aus familiären bzw. beruflichen Gründen nicht zu leisten in der Lage waren. Der bei der Entwicklung des Qualitätsmaßstabs tragende Grundsatz, den Einrichtungen Freiraum für eigene Schwerpunktsetzungen zu lassen, hat sich insofern als sehr wichtig erwiesen.

³² Auf die Unterscheidung zwischen wohnbereichsbezogenen und übergreifenden Angeboten wurde verzichtet. Wohnbereichsbezogene Angebote stoßen oftmals auf geringe Resonanz, so dass Aufwand und Nutzen in keinem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen. Der Qualitätsmaßstab lässt offen, welche Formen gewählt werden sollen, und eröffnet hierdurch den Einrichtungen die Möglichkeit, sich jeweils basierend auf ihrem Erfahrungshintergrund für eine aus ihrer Sicht bewährte Form zu entscheiden.

Die Ausgestaltung der individuellen Angehörigenarbeit nach den Vorgaben des Qualitätsmaßstabs (Punkt 6) erwies sich für viele Einrichtungen als große Herausforderung. Sie erfolgt meist in Form von Gesprächen zwischen Angehörigen und der jeweils Zuständigen Pflegefachkraft (Hauptansprechpartner). Diesen Gesprächen wird insbesondere von den Angehörigen der Vorrang gegenüber Gruppenangeboten gegeben. Auch wenn die Relevanz dieser Gespräche als hoch eingestuft wurde, konnten die Mitarbeiter sie nur unter großen Schwierigkeiten gewährleisten, da sie äußerst zeitintensiv sind und Flexibilität voraussetzen. Die Mehrzahl solcher Gespräche ist nicht geplant und kann daher auch nicht bei der Gestaltung der Arbeitsorganisation im Vorfeld berücksichtigt werden. Terminierte Gespräche werden von Angehörigen nur bedingt genutzt bzw. nachgefragt, sie bevorzugen Gespräche, die spontan stattfinden, wenn aus ihrer Sicht hierzu ein aktueller Bedarf besteht (vgl. hierzu auch Hertzberg et al. 2001). Die Mitarbeiter bewegen sich damit in einem Spannungsverhältnis zwischen dem aktuellen Gesprächsbedürfnis der Angehörigen und den Anforderungen des täglichen Versorgungsgeschehens. Dennoch sollte der Stellenwert ungeplanter Gespräche mit Angehörigen für eine gute Zusammenarbeit nicht unterschätzt werden und nichts unversucht bleiben, um diese – wenn auch ggf. im begrenzten zeitlichen Rahmen – zu ermöglichen. Die Aufforderung, auch ungeplante Gespräche anzubieten, wurde daher trotz der genannten Schwierigkeiten als Teil des Anforderungskatalogs beibehalten.

Die Erprobungserfahrungen dokumentieren außerdem ein begrenztes Interesse von Angehörigen an einer Einbeziehung in das Assessment und die Pflegeplanung. Es gab zudem unterschiedliche Vorstellungen in den Einrichtungen, was unter Einbeziehung der Angehörigen bei der Erstellung der Pflegeplanung zu verstehen ist. Die Anwesenheit der Angehörigen bei der Verschriftlichung der Pflegeplanung und bei jeder weiteren Bearbeitung bzw. Evaluation ist sicherlich nicht erforderlich und sowohl von Seiten der Angehörigen als auch der Mitarbeiter kaum zu leisten. Als erfolgsversprechender erwiesen sich Gespräche zwischen Angehörigen und der jeweils Zuständigen Pflegefachkraft, die besondere bewohnerbezogene Problematiken zum Thema haben. Angehörige erhielten hierdurch die Gelegenheit, diese besser nachvollziehen und einen Beitrag zur Problemlösung beisteuern zu können. Auch kann eine mündliche Information über angestrebte Pflegeziele und hiermit verbundene Maßnahmen dazu führen, dass Angehörige zur Zielerreichung aktiver beitragen.

Im Falle des Qualitätsmaßstabs „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ hat sich aufgrund der Erprobungserfahrungen der Einrichtungen und der fachlichen Diskussion mit den Modellbeauftragten somit keine Notwendigkeit zu wesentlichen inhaltlichen Modifikationen ergeben. Die konzeptionellen Kernelemente haben sich mit anderen Worten in der Praxis gut bewährt. Lediglich sprachliche Präzisierungen wurden zur Vermeidung inhaltlicher Missverständnisse vorgenommen.

4.6 Qualitätsmaßstab „Nächtliche Versorgung“

Problemhintergrund

Im Vordergrund des nächtlichen Leistungsgeschehens stehen in der Regel körperbezogene Leistungen, die Gewährleistung der Sicherheit der Bewohner und die Reduktion von Störungen (Wingenfeld/Schnabel 2002). Aufgrund der äußerst wechselhaften, d. h. im Vorfeld nicht absehbaren pflegerischen Anforderungen und einer gegenüber dem Tagdienst deutlich reduzierten Personalbesetzung wird besonderen Verhaltensweisen oder Bedürfnissen der Bewohner oftmals nicht in angemessener Form und ausreichendem Maße begegnet. „Nicht langanhaltende Ruhe ist das vorherrschende Kennzeichen der Nacht in stationären Pflegeeinrichtungen, sondern ein häufig auftretender Versorgungsbedarf aufgrund körperlicher, psychischer und verhaltensbezogener Probleme“ (Wingenfeld 2004: 40). Rund die Hälfte der Bewohner

weist nächtliche Unruhe und einen gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus auf (Wingefeld/Schnabel 2002), wobei diese oder andere Verhaltensweisen oftmals isoliert vom Tagesgeschehen betrachtet werden. Eine von Mitarbeitern des Tag- und Nachtdienstes gemeinsame Ermittlung von Bedarfslagen und Bedürfnissen – nach Möglichkeit unter Einbezug der Bewohner und/oder der Angehörigen – hat Seltenheitswert, ebenso fehlt vielfach ein hierauf aufbauendes adäquates Leistungsangebot.

Langanhaltender Nachtschlaf stellt aus unterschiedlichen Gründen nicht den Regelfall für Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen dar und kann auch nicht durch medizinische oder pflegerische Interventionen erzwungen werden. Der Schlaf-Wach-Rhythmus unterliegt im Alter zahlreichen physiologischen Veränderungen: verkürzte Tiefschlafphasen, Zunahme nächtlicher Wachphasen und Schlafphasen am Tag, Zubettgehen und Aufstehen erfolgen zu früheren Zeiten als bei jüngeren Menschen (Juda et al. 2006)³³. Krankheitsbedingt können Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus beispielsweise infolge einer Demenzerkrankung auftreten, wobei hiervon mehr als die Hälfte der demenziell erkrankten Bewohner in unterschiedlicher Ausprägung betroffen sind (Motohashi et al. 2000). Auch die Unfähigkeit, die gewünschte Schlafposition selbstständig einzunehmen, Schmerzen, Angstzustände und depressive Stimmungen können Ursachen für einen gestörten Nachtschlaf darstellen (Morgan/Closs 1999). Und schließlich kann eine Versorgungssituation, die durch fehlende Tagesstrukturierung, körperliche Inaktivität, reduzierte Lichtexposition während des Tages, unangemessen lange Aufenthalte im Bett etc. gekennzeichnet ist, ebenfalls negativen Einfluss auf den Nachtschlaf nehmen (Frohnhofen/Höltmann 2000). Die Tagesstrukturierung in den Einrichtungen orientiert sich oftmals eher an betrieblichen Abläufen als an individuellen Bedürfnissen der Bewohner (Wingefeld/Schnabel 2002).

Eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Gestaltung der nächtlichen Versorgung setzt eine Analyse der individuellen Schlaf- bzw. Wachmuster, Problemlagen und Bedürfnisse (Späth/Matter 1998) sowie der bestehenden Versorgungssituation während des Tages und der Nacht voraus. Auf dieser Grundlage können bewohnerbezogene Pflegeziele festgelegt und bedarfsorientierte Angebote geplant werden³⁴.

Der Qualitätsmaßstab greift diese Problematik in Form von Anforderungen an die Kooperation zwischen den Mitarbeitern, die Organisation und die direkte Versorgung und Betreuung der Bewohner auf. Da Probleme der nächtlichen Versorgung nicht losgelöst vom Tagesgeschehen betrachtet werden können, beinhaltet der Qualitätsmaßstab auch solche Anforderungen, die Konsequenzen für die im Tagdienst eingesetzten Mitarbeiter haben.

Entsprechend des Prinzips der Anschlussfähigkeit an die derzeitigen Praxisbedingungen sieht der Qualitätsmaßstab Maßnahmen vor, die unabhängig von der vorherrschenden Dienstorganisationsform zu einer Verbesserung der Versorgungssituation beitragen können. Zugleich bietet er die Grundlage für eine konzeptionelle Neuorientierung, d. h. den Übergang zu einer Dienstorganisation, die sich flexibel an den aktuellen Bedarfs- und Problemlagen der Bewohner ausrichtet.

Inhaltliche Kernpunkte und Aufbau

Der Qualitätsmaßstab hat primär die Versorgungssituation in der Zeit vom Abend bis in die frühen Morgenstunden zum Gegenstand. Dennoch können und dürfen die Versorgung am Tag und in der Nacht nicht getrennt voneinander betrachtet werden, da sie sich gegenseitig beeinflussen und bedingen. Der Qualitätsmaßstab hebt deshalb

³³ Entgegen einer weit verbreiteten Annahme führen kurze Schlafphasen während des Tages in der Regel nicht zu einer Beeinträchtigung des Nachtschlafes (Campbell et al. 2005).

³⁴ Beispielsweise gibt es Hinweise darauf, dass der Schlaf-Wach-Rhythmus durch gezielte körperliche Aktivität während des Tages positiv beeinflusst werden kann (Namazi et al. 1995). Dieser Effekt lässt sich steigern, wenn entsprechende Maßnahmen mit einer Veränderung von Umgebungsfaktoren wie z. B. einer ausreichenden Beleuchtung während des Tages (Münch et al. 2005) oder Lärmreduzierung und Vermeidung von Schlafunterbrechungen aufgrund pflegerischer Tätigkeiten (Alessi et al. 1999) kombiniert werden.

deutlich hervor, dass die nächtliche Versorgung ein integraler Bestandteil der Versorgung über 24 Stunden ist.

Er enthält Anforderungen, deren Bedeutung für eine bedarfsgerechte nächtliche Versorgung erhebliche Unterschiede aufweist. Scheinbar selbstverständlich ist z.B. die Forderung nach der Verfügbarkeit von Materialien für die pflegerische Versorgung. Auch die Problematik der Durchführung der Körperpflege in den Nachtstunden wurde ungeachtet der bereits seit Jahren geführten Diskussion in den Qualitätsmaßstab aufgenommen. Dieses Vorgehen ist der Anschlussfähigkeit des Konzeptbausteins an die derzeitigen Praxisbedingungen geschuldet, da grundlegende Bedingungen und Vereinbarungen nicht durchgängig als gegeben vorausgesetzt werden können. Dem gegenüber stehen Anforderungen von grundlegender Bedeutung für die nächtliche Versorgung, z.B. die regelmäßige Durchführung von Bedarfsanalysen und die Entwicklung angemessener Versorgungsangebote, die ggf. auch eine Reorganisation der Dienstzeiten erforderlich machen.

Die Ergebnisse eines Expertenworkshops mit Vertretern von Einrichtungen, die bereits erfolgreich Angebote zur Verbesserung der nächtlichen Versorgungssituation erprobt haben, bestätigten mehrheitlich die inhaltlichen Anforderungen des Qualitätsmaßstabs. Außerdem zeichnete sich ab, dass die langfristige Entwicklung zu einer bedarfsgerechten zeitnahen Anpassung der Personalplanung und einer verstärkten Personalbesetzung am Abend bzw. in der Nacht tendieren muss. Entsprechende Hinweise wurden daher in die Einleitung des Qualitätsmaßstabs aufgenommen.

Im Einzelnen umfasst das Rahmenkonzept folgende Anforderungen:

1. Grundsätze: Die Grundsätze benennen als Kernanforderungen die fachkompetente, bedarfsangemessene Versorgung und Betreuung der Bewohner über 24 Stunden hinweg und die Kooperation zwischen Tag- und Nachtdienst bei der Planung der Versorgung und die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für eine ausreichende Nachtruhe der Bewohner.
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption: Im Vergleich zu anderen Qualitätsmaßstäben werden höhere Anforderungen an die schriftliche Konzeption gestellt. Insbesondere soll sie Aussagen über Art und Umfang des Versorgungsangebotes sowie die Personalressourcen für die abendliche und nächtliche Versorgung enthalten.
3. Bedarfsgerechtes abendliches/nächtliches Versorgungsangebot: Die Einrichtungen werden aufgefordert, mindestens einmal jährlich zu überprüfen, inwieweit ihr Versorgungsangebot dem am Abend und in der Nacht anfallenden Bedarf der Bewohner entspricht. Bei fehlender Entsprechung sollen geeignete Schritte zu konzeptionellen Anpassungen eingeleitet werden.
4. Rahmenbedingungen: Dieser Abschnitt bezieht sich auf Rahmenbedingungen, die die Nachtruhe der Bewohner und die nächtliche Versorgung beeinflussen (Vermeidung von Lärm und störenden Lichtquellen, Verfügbarkeit von Materialien zur pflegerischen Versorgung, Entlastung der Mitarbeiter des Nachtdienstes von mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen, Sicherheitsvorkehrungen und Verfügbarkeit eines Gemeinschaftsraums für die Bewohner).
5. Personelle Regelungen: Die Anforderungen an personelle Regelungen erstrecken sich auf die Vorgehensweise beim Ausfall von Mitarbeitern, die Aufgabenteilung im Nachtdienst und die kurzfristige Anpassung der Dienstplanung an außergewöhnlichen Unterstützungsbedarf in der Nacht³⁵.

³⁵ Die Anforderung einer kurzfristigen Anpassung des Mitarbeiterinsatzes in der Nacht bei sich bereits während des Tages abzeichnendem außergewöhnlich hohem Unterstützungsbedarf wurde als sinnvoll, von den Modellbeauftragten jedoch als kaum realisierbar eingestuft. Den Bedenken der Praxis wurde durch eine entsprechend angepasste Formulierung („...bemüht sich die Einrichtungsleitung bzw. Pflegedienstleitung, die Planung des Mitarbeiterinsatzes kurzfristig daran anzupassen“) Rechnung getragen.

6. **Pflegerische Versorgung und Betreuung:** Die Bewohner sollen über die Nutzung des Gemeinschaftsraums am Abend bzw. in der Nacht und den Zeitpunkt des Zubettgehens entscheiden können. Zudem ist festgelegt, dass nächtliche Kontrollgänge sich am individuellen Bedarf der Bewohner orientieren sollen und die morgendliche Körperpflege nur auf ausdrücklichen Wunsch des Bewohners während des Nachtdienstes erfolgt.
7. **Information, Dokumentation und Pflegeplanung:** Der Informationstransfer zwischen den Mitarbeitern unterschiedlicher Schichten muss ebenso geregelt sein wie die Einbeziehung von Nachtdienstmitarbeitern bei der Erstellung der Pflegeplanung. Insbesondere sollen Schlafverhalten, nächtliche Bedürfnisse und Problemlagen der Bewohner stärker in der Pflegeplanung berücksichtigt werden.
8. **Förderung der Kommunikation zwischen den Mitarbeitern:** Sie soll u.a. dadurch erreicht werden, dass Nachtdienstmitarbeiter (zumindest während der Einarbeitungszeit) auch im Tagdienst eingesetzt werden, sie konsequent in einrichtungsinterne Aktivitäten und gemeinsame Besprechungen aller Mitarbeiter mit einbezogen werden³⁶.
9. **Verfahrensweisen in besonderen Situationen:** Diese Verfahrensweisen betreffen z. B. medizinische Notfallsituationen, das Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten, den Umgang mit neu eingezogenen Bewohnern, die Sterbebegleitung und technische Notfälle.

Erprobungserfahrungen und Konzeptmodifikationen

Der Qualitätsmaßstab zur nächtlichen Versorgung ging relativ spät in die praktische Erprobung. Dessen ungeachtet genügen die praktischen Erfahrungen, um die besonderen Herausforderungen zu benennen, mit denen bei der Umsetzung zu rechnen ist. Es handelt sich in erster Linie um die Entwicklung von Versorgungskonzepten auf der Grundlage einer Bedarfsanalyse und die Kooperation von Tag- und Nachtdienstmitarbeitern.

Die vom Qualitätsmaßstab vorgesehene Ermittlung des Bedarfs an abendlicher bzw. nächtlicher Versorgung bildet die Grundlage für die Überprüfung des bestehenden Versorgungsangebots. Diese mindestens jährlich durchzuführende Analyse erscheint nach den Erprobungserfahrungen nur dann realisierbar, wenn das für eine solche Analyse erforderliche Know-How verfügbar ist und Zuständigkeiten und Abläufe konkret festgelegt sind. Die Verantwortung sollte bei der Pflegedienstleitung liegen, in deren Aufgabenbereich auch die Initiierung von Anpassungen des Angebots liegt. Ein späterer Dienstbeginn oder Zwischendienste am Abend können wesentlich dazu beitragen, die Versorgungssituation positiv zu beeinflussen, werden von den Mitarbeitern allerdings häufig als besonders einschneidende Veränderungen erlebt. Um neue Angebote entwickeln und in den Versorgungsalltag integrieren zu können, sind neben einer veränderten Dienstorganisation auch entsprechend qualifizierte Mitarbeiter erforderlich. Mitarbeiter, die ständig im Nachtdienst tätig sind, nehmen jedoch in geringerem Ausmaß als ihre Kollegen an Fortbildungen teil.

Pflegeplanungen, die eine Tagesstrukturierung über 24 Stunden berücksichtigen, erfordern die Zusammenarbeit von Tag- und Nachtdienstmitarbeitern. Nachtdienstmitarbeiter scheinen nicht selten die hiermit verbundene Verantwortungsübernahme zu scheuen. Informationsdefizite und mangelnde Teamintegration können hierfür mit-

³⁶ Die ursprünglich ins Auge gefasste Anforderung, aus den Reihen der Nachtdienstmitarbeiter einen Sprecher zu bestimmen, der die Interessen der Mitarbeiter in Besprechungen o. ä. vertritt, hat sich als entbehrlich erwiesen. In vielen Einrichtungen sind Nachtdienstmitarbeiter einzelnen Wohnbereichen zugeordnet und in deren Kommunikationsstrukturen eingebunden, so dass ein wohnbereichsübergreifender Nachtdienstsprecher nicht erforderlich ist. Für Einrichtungen mit anderen Organisationsstrukturen wurde aber ein entsprechender Hinweis im Sinne einer Empfehlung in die Erläuterungen aufgenommen.

verantwortlich sein und erschweren die Kooperation. Als positiv wurden daher die Forderungen nach einer Einarbeitung der künftigen Nachtdienstmitarbeiter auch im Tagdienst bewertet. Auch die Abkehr von einer Dienstplanung, bei der nur bestimmte Mitarbeiter im Nachtdienst eingesetzt werden (zugunsten eines Rotationssystems), kann zu einer verbesserten Kooperation führen, stößt nach den Erfahrungen der Einrichtungen allerdings bei den Mitarbeitern aus unterschiedlichen Gründen auf Widerstand.

Diese Erprobungserfahrungen dokumentieren, dass die konsequente Ausrichtung der nächtlichen Versorgung an den Bedarfslagen und Bedürfnissen der Bewohner häufig einen längeren Prozess erfordert, der Maßnahmen der Personalentwicklung einschließt. Da es sich um zentrale Qualitätsanforderungen handelt, blieben die entsprechenden Maßgaben des Rahmenkonzepts trotz der mit ihnen verbundenen Herausforderungen unverändert.

Aufgrund der Erprobungserfahrungen haben sich somit nur einige sprachliche Veränderungen, erweiterte Erläuterungen und eine inhaltliche Erweiterung in Bezug auf die bei der Erstellung der Pflegeplanung besonders zu berücksichtigenden Aspekte als erforderlich erwiesen³⁷.

4.7 Qualitätsmaßstab: „Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen“

Problemhintergrund

Entgegen des Wunsches weiter Bevölkerungsteile, die letzte Lebenszeit zu Hause zu verbringen (Dreßel et al. 2001; Enquête-Kommission Demographischer Wandel 2002), verbringen Menschen ihr Lebensende überwiegend in Institutionen, vor allem in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen³⁸.

Die Begleitung Sterbender gehört zu den zunehmend wichtigen Aufgaben vollstationärer Pflegeeinrichtungen. Die durchschnittliche Verweilzeit alter Menschen, die in eine Einrichtung umziehen, ist in den letzten Jahren stetig gesunken. Die Pflegeeinrichtungen haben sich mehr und mehr von Stätten langjährigen Wohnens zu Einrichtungen der Pflege und Krankheitsbewältigung in den Spät- und Endstadien chronischer Krankheiten entwickelt (Schaeffer/Wingenfeld 2004; Salis Gross 2005), und es ist zu erwarten, dass sich dieser Trend im Zuge des demografischen Wandels weiter fortsetzt.

Bereits 1990 hat die WHO wichtige konzeptionelle Elemente der Palliativversorgung in einem Positionspapier zusammengetragen (WHO 1990). Danach handelt es sich um eine multidisziplinäre, einrichtungsübergreifende Aufgabe, bei der der Pflege jedoch allein aufgrund ihrer Nähe zu den Betroffenen im Versorgungsalltag eine wichtige Funktion zukommt (Ewers/Schaeffer 2005; Johnston 1999). Die WHO 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“. Eine zentrale Stel-

³⁷ Hier wurden neben biografischen Hintergrundkenntnissen und einer angemessenen Tagesstrukturierung zusätzlich Rituale/Gewohnheiten am Abend bzw. in der Nacht aufgenommen und im Gegenzug auf den ursprünglichen Passus „Einsatz schlaffördernder Rituale/Maßnahmen“ verzichtet.

³⁸ Einer Untersuchung von Ochsmann et al. (1997) aus Rheinland-Pfalz zufolge sterben etwa 13% der Menschen in einer Pflegeeinrichtung. Bickel (1998) kommt für die Stadt Mannheim auf eine Größenordnung von rd. 29%.

lung in der WHO-Konzeption nehmen Angehörige ein. Sie gelten als Mitwirkende im Rahmen der Versorgung, aber auch als Adressaten von Unterstützung (WHO 1990; Lugton/Pearce 1999).

Mit dem Qualitätsmaßstab der Referenzmodelle werden Wege aufgezeigt, die Begleitung Sterbender in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern und grundlegende Voraussetzungen zur Bewältigung dieser Aufgabe herzustellen. Er soll den Akteuren Handlungssicherheit in einem schwierigen Aufgabenfeld geben, indem ein fachlicher und organisatorischer Rahmen für die Begleitung Sterbender abgesteckt wird. Dabei ist allerdings zu betonen, dass er dem Grundsatz folgt, die heutigen Bedingungen der Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu beachten. Eine idealtypische Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen, wie sie sich aus Verlautbarungen der WHO ableiten ließe, wird daher nicht zum Maßstab erhoben. Das Rahmenkonzept versteht sich eher als Initiative zur Förderung einer Qualitätsentwicklung, deren langfristige Ziele weiter reichen sollten als die Ziele, die dem Rahmenkonzept selbst zugrunde liegen. Dies ist einer der Gründe, weshalb das Rahmenkonzept auf den Begriff Sterbebegleitung zurückgreift und nicht von Palliativversorgung gesprochen wird.

Inhaltliche Kernpunkte und Aufbau

Der formale Aufbau des Konzeptbausteins ähnelt dem der anderen Qualitätsmaßstäbe. Er umfasst sechs Abschnitte:

1. Grundsätze: Die Grundsätze betonen die Notwendigkeit, geeignete Rahmenbedingungen für eine Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen sicherzustellen. Dies schließt vor allem fachkompetente und einfühlsame Unterstützung der Bewohner und Angehörigen bei der Gestaltung und Bewältigung des Sterbeprozesses ein – unter Berücksichtigung des individuellen biografischen, kulturellen und religiösen Hintergrundes.
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption
3. Personelle Zuständigkeiten: Wie in allen Qualitätsmaßstäben wird auch hier auf die Notwendigkeit der Zuweisung personeller Verantwortung hingewiesen, die bei der Sterbebegleitung aufgrund oftmals umfangreicher koordinierender Tätigkeiten besonders wichtig ist. Die Steuerungs- und Koordinationsverantwortung wird der für den Bewohner Zuständigen Pflegefachkraft zugewiesen.
4. Begleitung des Sterbeprozesses: Neben der unverzüglichen Information der Angehörigen und des zuständigen Arztes nach dem plötzlichen Versterben oder bei einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes werden hier zwei wichtige Aufgabenbereiche unterschieden: die Unterstützung des Bewohners selbst und die Unterstützung der Angehörigen. Hierzu gehören die Anpassung der individuellen Versorgung unter Berücksichtigung der Notwendigkeit einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung, die Prüfung der Notwendigkeit, weitere Personen oder Institutionen (v.a. Hospizdienste) einzubeziehen und die Sicherstellung einer möglichst kontinuierlichen Begleitung des sterbenden Bewohners. Für die Angehörigen soll ein Ansprechpartner, der über den betreffenden Bewohner kompetent Auskunft geben kann, jederzeit kurzfristig erreichbar sein. Ausgehend von einer Einschätzung ihres Unterstützungsbedarfs soll ihnen kompetente Hilfe in Form von Information und Beratung angeboten und bei Bedarf Kontakt zu anderen Stellen vermittelt werden. Überprüft werden soll u.a. die Möglichkeit und Bereitschaft der Angehörigen, unter Anleitung aktiv in die Versorgung des Sterbenden einbezogen zu werden.
5. Maßnahmen im Todesfall: In diesem Punkt geht es nicht nur um die Versorgung des Verstorbenen, sondern auch um die Information von Angehörigen, Ärzten, Mitarbeitern und Mitbewohnern. Auch die Begleitung der Angehörigen (Einschät-

zung ihrer Situation, Beratung) findet hier noch einmal Berücksichtigung. Darüber hinaus sollen geeignete Voraussetzungen für die Trauerbewältigung hergestellt werden.

6. Reflexions- und Entlastungsangebote für Mitarbeiter: Hier werden die Einrichtungen aufgefordert, den Mitarbeitern einen geeigneten Rahmen zur Aufarbeitung ihrer Erfahrungen und Belastungen zur Verfügung zu stellen. Dieser Punkt gewinnt angesichts des Umstands, dass das Sterben mehr und mehr zum Alltag in den Einrichtungen wird, zunehmend an Bedeutung.

Erprobungserfahrungen und Konzeptmodifikationen

Aufgrund der Erprobungserfahrungen wurde vor allem die Notwendigkeit konkreter Erläuterungen im Qualitätsmaßstab deutlich. So war einigen Einrichtungen zu wenig bewusst, dass medizinische, seelsorgerische oder psychologische Stellen Angehörige bei der Sterbebegleitung informieren und beraten können. Schwierigkeiten bereitete das Verständnis der Anforderung, den Unterstützungsbedarf von Angehörigen nach dem Versterben des Bewohners zu erfassen und beratend tätig zu werden. Dieses Kriterium ist daher genauer erläutert worden. Eine weitere Präzisierung erfolgte bei der Anforderung, Angehörige bei der Versorgung des Verstorbenen einzubeziehen. Es galt u.a. darauf hinzuweisen, dass Angehörige nicht vorbehaltlos beteiligt werden sollten, sondern dass dies von ihrem Wunsch abhängig gemacht werden und eine professionelle Einschätzung vorausgehen sollte, ob die Einbeziehung ggf. mit Überforderung verbunden sein könnte.

Schwierig erschien einigen Einrichtungen aufgrund ihrer angespannten Personalsituation, Mitarbeitern grundsätzlich die Teilnahme an der Beerdigung von verstorbenen Bewohnern zu ermöglichen. Diese Anforderung wurde abgeschwächt.

Im Hinblick auf den Aufbau einer Abschiedskultur war es den Referenzeinrichtungen wichtig, klarzustellen, dass Mitarbeiter nicht „gezwungen“ werden dürfen, sich mit dem Thema Tod und Sterben in einem organisierten Rahmen auseinanderzusetzen. Diese Anregung wurde ebenfalls aufgegriffen.

Die Erfahrungen der Einrichtungen zeigen ferner, dass Schwierigkeiten bestehen, eine kontinuierliche Begleitung sterbender Bewohner personell abzudecken, insbesondere wenn keine Angehörigen zu finden sind, die für die Sterbebegleitung gewonnen werden könnten. Die Einrichtungen sind daher gefordert, nach Alternativen Ausschau zu halten und beispielsweise verstärkt ehrenamtliche Mitarbeiter bzw. Hospizdienste einzubinden.

Somit ergaben sich im Falle dieses Rahmenkonzepts ebenfalls nur sehr wenige inhaltliche Anpassungen aufgrund der Erprobungserfahrungen, allerdings eine ganze Reihe an ergänzenden Erläuterungen, die das Verständnis der Anforderungen erleichtern, aber auch Anregungen für Problemlösungen zur Verfügung stellen.

4.8 Qualitätsmaßstab „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“

Problemhintergrund

Hausärztliche und fachärztliche Betreuung in Pflegeeinrichtungen nehmen einen wichtigen Stellenwert in der Versorgung der Bewohner ein. Eine funktionierende Kooperation zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und niedergelassenen Ärzten ist für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung besonders wichtig, da die Bewohner in der Regel Unterstützung bei der Inanspruchnahme benötigen.

Hallauer et al. (2005) zeigten mit einer Studie zahlreiche Lücken in der medizinischen Versorgung auf. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass nur etwa 20% der Heimbewohner eine Arztpraxis eigenständig aufsuchen können. Bei Bewohnern, die eine Arztpraxis nicht aufsuchen können, stellen die Pflegekräfte den Zugang zur medizinischen Versorgung sicher. Die Versorgung erfolgt ganz überwiegend durch Allgemeinmediziner, wobei die große Anzahl verschiedener Ärzte die Einrichtungen vor erhebliche Koordinationsprobleme stellt (ebd.; Becker et al. 2005). Als besonders defizitär wird die fachärztliche Versorgung in Pflegeheimen angesehen. Die Versorgung durch Frauenärzte, Augenärzte und HNO-Ärzte fehlt der Untersuchung zufolge fast vollständig. Selbst von Neurologen und Psychiatern wird den Ergebnissen zufolge nur etwa ein Drittel der Bewohner erreicht, obwohl die Prävalenz demenzieller Erkrankungen in den untersuchten Einrichtungen bei rund 53% lag. Die Autoren fordern daher unter anderem, Lösungen für die Unterversorgung auf der Ebene der Ärzteverbände und Kostenträger zu entwickeln (Hallauer et al. 2005). Betrachtet man die Ursachen für eine Krankenhauseinweisung von Pflegeheimbewohnern, so wird die Notwendigkeit einer Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal ebenfalls deutlich (Specht-Leible et al. 2003).

Der Pflege kommt eine doppelte Bedeutung im Rahmen der medizinischen Versorgung zu: Zum Einen behebt sie Zugangsbarrieren zur medizinischen Versorgung für mobilitätseingeschränkte und kognitiv eingeschränkte Bewohner. Zum Anderen kann sie dazu beitragen, eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung sicherzustellen, indem bei altersspezifischen Problemlagen gezielt die Zusammenarbeit mit den Ärzten gesucht wird.

In diesem Sinne sind in dem Qualitätsmaßstab „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“ Kriterien zusammengetragen worden, deren Umsetzung dazu beitragen soll, die Qualität der gesundheitlichen Versorgung von Heimbewohnern und die Kooperation zwischen Pflege und Medizin zu verbessern. Er soll dazu beitragen, die Kooperationsbeziehungen auf eine transparente und verlässliche Basis zu stellen und den Pflegekräften in den Einrichtungen mehr Sicherheit in der Zusammenarbeit mit Ärzten zu geben. Es geht nicht zuletzt um die Integration pflegerischer und ärztlicher Maßnahmen mit dem Ziel, den Bewohnern eine ihren Problemlagen entsprechende und aufeinander abgestimmte medizinisch-pflegerische Versorgung zugänglich zu machen (vgl. Schaeffer/Moers 2003).

Inhaltliche Kernpunkte und Aufbau

Konzeptionelle Grundlagen zur ärztlichen Versorgung waren in den Referenzeinrichtungen rar. Auch in der Literatur fanden sich kaum konzeptionelle oder empirische Arbeiten zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Deshalb und um von vornherein auch die ärztliche Perspektive zu berücksichtigen, ist bei der Entwicklung dieses Konzeptbausteins ein besonderes Vorgehen gewählt worden: Ein erster Konzeptentwurf wurde in Kooperation zwischen dem IPW und zwei Ärzten mit ausgewiesener Expertise im Hinblick auf Fragen der medizinischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen erstellt. Das weitere Verfahren glich dem der anderen Qualitätsmaßstäbe.

Ein besonderes Kennzeichen dieses Qualitätsmaßstabs besteht darin, dass die Ergebnisse der Kooperationsbemühungen von Pflegeeinrichtungen immer auch von der Bereitschaft und dem Interesse der niedergelassenen Ärzte abhängig sind. Insofern ist es für die Einrichtungen zwar möglich, die Anforderungen des Qualitätsmaßstabs umzusetzen, ihren Erfolg können sie aber nicht allein sicherstellen, vielmehr ist hierzu die Mitarbeit der Ärzte erforderlich.

Der Qualitätsmaßstab umfasst folgende Inhalte:

1. Grundsätze: Die Grundsätze benennen in allgemeiner Form die Rolle und Aufgaben der Einrichtungen im Rahmen der medizinischen Versorgung der Bewohner sowie die Ziele, die für die Einrichtung und ihre Mitarbeiter handlungsleitend sein sollten. Betont wird die Unterstützung des Bewohners bei der Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung von Gesundheit sowie das Ziel, pflegerische, diagnostische, präventive und therapeutische Maßnahmen so weit wie möglich aufeinander abzustimmen.
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption: Abweichend von anderen Qualitätsmaßstäben werden die Einrichtungen hier u.a. explizit dazu aufgefordert, ihre Konzeption gegenüber Dritten, in diesem Fall also gegenüber den Ärzten in geeigneter Form transparent zu machen.
3. Personelle Zuständigkeiten: Wie in anderen Qualitätsmaßstäben wird auch in diesem Fall die Steuerungs- und Koordinationsverantwortung der für den jeweiligen Bewohner Zuständigen Pflegefachkraft betont.
4. Kooperation mit Ärzten zur Verbesserung der Versorgung: Hierbei geht es vorrangig um einzelne Verfahrensweisen im Rahmen der Kooperation. So soll beispielsweise Ärzten, die erstmals in eine Kooperation mit der Einrichtung eintreten, ein initiales Kooperationsgespräch angeboten werden. Auch Absprachen zu bestimmten Fragen der ärztlichen Versorgung werden an dieser Stelle thematisiert, so z.B. zur Beobachtung von Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten.
5. Pflegeplanung und -dokumentation: Angesprochen wird in diesem Abschnitt u.a. die Dokumentation ärztlicher An- und Verordnungen und die Dokumentation medizinisch relevanter Informationen. Die behandelnden Ärzte sollen auf Wunsch Einsicht in die Pflegedokumentation und Gelegenheit zu einem Gespräch zur Abstimmung von Pflegeplanung und medizinischer Therapie erhalten.
6. Arztbesuche: In diesem Punkt geht es zum Einen darum, von Seiten der Einrichtung auf bedarfsgerechte Konsultationen hinzuwirken, zum Anderen um Fragen der Organisation von Arztbesuchen, beispielsweise um die Begleitung des Bewohners in eine Arztpraxis.
7. Notfallsituationen: Für den Umgang mit Notfällen sollen funktionale und transparente Verfahrensweisen geschaffen werden. Auch Fragen der Weitergabe medizinischer Informationen sowie die Information Angehöriger werden in diesem Punkt behandelt.
8. Qualifikation: Abschließend werden die Einrichtungen dazu aufgefordert, im Rahmen der Personalentwicklung und Fortbildung sicherzustellen, dass ihre Mitarbeiter über ausreichende Kenntnisse, Fertigkeiten und pflegediagnostische Kompetenzen verfügen, die zu einer fachgerechten Durchführung ärztlich verordneter/angeordneter Maßnahmen und zur Beobachtung ihrer Wirkungen und Nebenwirkungen erforderlich sind.

Erprobungserfahrungen und Konzeptmodifikationen

Die Erfahrungen mit der Umsetzung dieses Qualitätsmaßstabs sind vergleichsweise gering, da er erst spät im Verlauf des Modellvorhabens von den Einrichtungen erprobt werden konnte. Gleichwohl ist der Nutzen des Konzeptbausteins als hoch eingeschätzt worden und in den Modelleinrichtungen, die ihn erprobt haben, wurden überwiegend positive Erfahrungen gemacht. Andererseits handelt es sich um eines der schwierigsten Themen, derer sich das Modellvorhaben angenommen hat.

Aufgrund der oftmals großen Anzahl an niedergelassenen Ärzten, mit denen die Einrichtungen zusammenarbeiten, hat es sich als schwierig erwiesen, zu zentralen Fragen der Bewohnerversorgung Absprachen zu treffen. Ähnliches gilt für das Angebot eines einführenden Kooperationsgesprächs.

Ein weiteres Problem haben die Modelleinrichtungen darin gesehen, darauf hinzuwirken, dass alle Bewohner ihrem Bedarf entsprechend regelmäßig Arztbesuche erhalten. Da die niedergelassenen Ärzte die Frequenz ihrer Konsultationen eigenständig bestimmen, ist an dieser Stelle eine Grenze für die Einrichtungen erreicht, so dass sie lediglich ihre Bewohner oder deren Angehörige über die Bedeutung regelmäßiger Arztbesuche beraten können.

Die Anforderung, die Begleitung des Arztes bei der Visite der für den jeweiligen Bewohner Zuständigen Pflegefachkraft vorzubehalten, wurde trotz der Bedenken einiger Einrichtungen beibehalten. Zugleich wird in den Erläuterungen aber darauf hingewiesen, dass eine Begleitung durch die Zuständige Pflegefachkraft bei ungeplanten Visiten nicht immer organisiert werden kann und nochmals auf die Bedeutung entsprechender Vereinbarungen hingewiesen.

Ein nach wie vor ungelöstes Problem, das allerdings die Reichweite des Qualitätsmaßstabs übersteigt, liegt aus der Sicht der Einrichtungen bei der ärztlichen Dokumentation, da ärztliche An- und Verordnungen oftmals nicht schriftlich erfolgten und zu einem hohen Arbeitsaufwand bei der Pflege führten. Ungeregelte Visitenzeiten der vielen verschiedenen Ärzte werfen ebenfalls Probleme auf.

Die Erprobungserfahrungen unterstreichen die Bedeutung geregelter Verfahrensweisen in der Kooperation zwischen Einrichtungen und Ärzten, die der Qualitätsmaßstab anstrebt. Sie dokumentieren allerdings auch, dass eine fruchtbare Zusammenarbeit „wachsen“ muss und Zeit erforderlich ist, bis sich beide Seiten in neue Kooperationsroutinen eingefunden haben.

4.9 Qualitätsmaßstab „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“

Problemhintergrund

Beim Übergang zwischen verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens treten häufig Versorgungsbrüche auf, so dass eine auf die Belange des Einzelnen abgestimmte kontinuierliche Versorgung nicht gewährleistet ist. Begründet liegt dies in einem Versorgungsalltag, der sich eher durch „ein unkoordiniertes Nebeneinander, denn Zielgemeinsamkeit und Abstimmung der Gesundheitsprofessionen“ auszeichnet (Schaeffer/Moers 2003: 463).

Bewohner von Pflegeeinrichtungen müssen überdurchschnittlich häufig im Krankenhaus behandelt werden. Schätzungen gehen davon aus, dass sich mehr als die Hälfte der Bewohner mindestens einmal jährlich zur stationären Versorgung in einem Krankenhaus aufhält (Specht-Leible et al. 2003; Deutsches Zentrum für Altersforschung 2003).

Besonders für ältere Menschen bringen Krankenhausaufenthalte hohe Belastungen mit sich. Es fällt ihnen häufig schwerer als jüngeren Menschen, sich in der für sie ungewohnten Umgebung, Tagesstruktur und Kommunikation zurechtzufinden. Bei demenziell erkrankten Menschen potenziert sich dieses Belastungserleben, da allein der Umgebungswechsel als Krise erlebt werden kann (Kleina/Wingenfeld 2006; Kirchen-Peters 2005). Pflegebedürftige in höherem Alter erleben mit dem Krankenhausaufenthalt zudem häufig einen weiteren Verlust ihrer ohnehin eingeschränkten Selbstständigkeit. Forschungsergebnisse zeigen, dass körperliche, ggf. auch kognitive Ein-

bußen charakteristische Begleiterscheinungen sind und zum Teil noch lange nach der Entlassung andauern (vgl. z.B. Hansen et al. 1999; Rosswurm/Lanham 1998; Kresevic et al. 1997; Severson et al. 1994).

Da eine bedarfsgerechte Versorgung bei Übergängen zwischen verschiedenen Versorgungsumgebungen oftmals nicht gewährleistet ist (Wingenfeld 2005; Schaeffer 2000), sind Abstimmungen und gemeinsame Bemühungen zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung dringend erforderlich. Fehlende oder mangelhafte Informationen gefährden die Qualität der Versorgung (Bartholomeyczik 2000). Information dient neben der Sicherung der Versorgungskontinuität, d. h. Fortführung ärztlicher, pflegerischer und therapeutischer Maßnahmen, auch der Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation der betroffenen Person (Wingenfeld 2002; Schönlaue et al. 2005). Mit Hilfe geeigneter Informationen kann eine auf Bedürfnisse und Selbsthilfefähigkeiten ausgerichtete Begleitung und Versorgung ermöglicht werden, die sich nicht nur auf die aus medizinischer Sicht erforderlichen Maßnahmen begrenzt. Eine besondere Schwierigkeit ergibt sich dadurch, dass die Mehrzahl der Krankenhausaufenthalte aufgrund von akuten Geschehnissen, wie z.B. Verletzungen und Infektionen notwendig werden (Specht-Leible et al. 2003) und somit keine langfristige Planung zulassen. Die gegenseitige Übermittlung relevanter Informationen, auch bei kurzfristig anberaumten Krankenhausaufnahmen bzw. -entlassungen, ist für die jeweilige Institution Grundvoraussetzung zur Gewährleistung von Versorgungskontinuität.

Zahlreiche Projekte und Konzepte, einschließlich des Nationalen Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2004), richten den Fokus oftmals ausschließlich auf die Entlassung aus dem Krankenhaus und hier insbesondere auf die anschließende Betreuung im häuslichen Bereich (vgl. u.a. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung 2004; Wingenfeld 2005). Darüber hinaus besteht aber auch die Notwendigkeit, vergleichbare Konzepte für Pflegeeinrichtungen zu entwickeln (vgl. u.a. Landtag NRW 2005). Ein geregeltes Entlassungsmanagement der Krankenhäuser, wie es der Nationale Expertenstandard vorsieht, sollte durch entsprechende Bemühungen auf Seiten der Pflegeeinrichtungen ergänzt werden. Bislang existierten für die vollstationäre Pflege jedoch keine vergleichbaren Handlungsrichtlinien.

Der vorliegende Qualitätsmaßstab soll dazu beitragen, diese Lücke zu schließen und eine Versorgungskontinuität, die auch individuelle Bedürfnisse und die besondere Lebenssituation pflegebedürftiger Heimbewohner berücksichtigt, zu fördern. Er benennt die wichtigsten Anforderungen an Pflegeeinrichtungen, die sich bei der Aufnahme von Bewohnern in ein Krankenhaus, während ihres dortigen Aufenthaltes und bei ihrer Rückkehr ergeben.

Inhaltliche Kernpunkte und Aufbau

In den Qualitätsmaßstab konnten nur Anforderungen aufgenommen werden, die im Gestaltungsbereich der Pflegeeinrichtungen liegen. Diesem Umstand sind manche Formulierungen geschuldet: Beispielsweise wird in Bezug auf Kooperationsbeziehungen mit Krankenhäusern nicht von der Sicherstellung einer Kooperation, sondern von konkreten Schritten zur Herstellung von Kooperation gesprochen.

Der Qualitätsmaßstab ist folgendermaßen aufgebaut:

- 1.** Grundsätze: Die Grundsätze verweisen auf die Notwendigkeit der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bewohner vor und nach Krankenhausaufenthalten, einschließlich der bereits erwähnten Informationsweitergabe, und auf den anzustrebenden Aufbau von Kooperationsbeziehungen zu den Krankenhäusern.
- 2.** Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption

3. Personelle Zuständigkeiten: Initiativen zum Kooperationsaufbau liegen in der Zuständigkeit der Leitungsebene. Die Steuerungsverantwortung für den gesamten Prozess der Überleitung, d. h. vom Bekanntwerden einer anstehenden Krankenhausaufnahme bis zu zwei Wochen nach Rückkehr des Bewohners in die Pflegeeinrichtung, obliegt dagegen der jeweils Zuständigen Pflegefachkraft³⁹.
4. Übergang in das Krankenhaus: Beim Übergang in das Krankenhaus steht die Betreuung des Bewohners bis zu dem Zeitpunkt, an dem er den Wohnbereich verlässt, im Vordergrund der Bemühungen. Die Begleitung bis in das Krankenhaus kann aufgrund der Personalsituation nur in besonderen Situationen durch Mitarbeiter der Einrichtung erfolgen und sollte daher, soweit möglich, durch Angehörige übernommen werden⁴⁰. Organisatorische Aufgaben, Aufgaben der Informationsweitergabe und Dokumentation sind ebenfalls im Rahmen einer Krankenhausaufnahme zu berücksichtigen. Die Informationsweitergabe schließt neben medizinisch-pflegerischen im Bedarfsfall auch weitere Informationen, z. B. zum Umgang mit Verhaltensweisen und zur gewohnten Tagesstrukturierung, ein.
5. Aufgaben während des Krankenhausaufenthalts: Während des Krankenhausaufenthaltes soll die Einrichtung durch Kontakte zum Bewohner, seinen Angehörigen und/oder zum Krankenhaus regelmäßig Informationen zum aktuellen Zustand des Bewohners einholen und den genauen Entlassungstermin so frühzeitig wie möglich in Erfahrung bringen.
6. Rückkehr in die Pflegeeinrichtung: Termingerechte und vollständig durchgeführte Vorbereitungen für die Rückkehr des Bewohners, wie z. B. Informationsweiterleitung über die Entlassung an alle beteiligten Personen, Vorbereitung des Bewohnerzimmers, sind an die Verfügbarkeit der oben genannten Informationen gekoppelt. Die mit der Entlassung des Bewohners verbundenen Aufgaben am Tag der Rückkehr sollen durch eine entsprechend angepasste Arbeitsorganisation Berücksichtigung erfahren: Die Zuständige Pflegefachkraft benötigt Zeit zum Empfang des Bewohners, zur Überprüfung der Aktualität der Pflegeplanung, ggf. zur kurzfristigen Anpassung der Maßnahmenplanung und für sonstige Aufgaben der Dokumentation und Informationsweitergabe. Spätestens zwei Wochen nach der Rückkehr des Bewohners sollte abschließend das pflegerische Assessment und nachfolgend die Pflegeplanung aktualisiert werden.

Erprobungserfahrungen und Konzeptmodifikationen

Die zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität erforderliche Kooperation zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung ist oftmals mit Problemen behaftet, da fehlende oder nicht eingehaltene Absprachen mehrheitlich das Bild der Zusammenarbeit prägen (vgl. Domscheit/Wingefeld 1996). Daher nahmen die Einrichtungen die Anforderung der Initiierung von Kooperation mit gemischten Gefühlen auf. Erfolge bzw. Misserfolge bei der Einleitung einer Kooperation mit Krankenhäusern waren abhängig vom konkreten Kooperationspartner. Die Erfahrungen reichten von einer Verbesserung der Kommunikation bis hin zu einer als gleichbleibend unbefriedigend

³⁹ Im Rahmen der Informationsübermittlung kommt der strukturierten Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Pflegenden beider Institutionen eine herausragende Rolle zu (Cortes et al. 2004). „Überleitung nach allgemeinen pflegfachlichem Verständnis sollte ein durch ‚Pflege‘ zu moderierender und zu gestaltender Prozess sein“ (Dangel/Korporal 2001: 475). Eine vergleichbare Orientierung gibt auch der Nationale Expertenstandard und geht, vor dem Hintergrund der Ergebnisse internationaler Studien, davon aus, „dass im Entlassungsprozess die Pflegefachkraft aufgrund ihrer Nähe zu Patienten und Angehörigen die entscheidende Koordinationsfunktion einnimmt“ (DNQP 2004: 47). Dies trifft auch auf die Situation in Pflegeeinrichtungen zu, so dass die Steuerungsverantwortung für das Überleitungsverfahren den jeweils zuständigen Pflegefachkräften übertragen werden sollte.

⁴⁰ Die Begleitung des Bewohners durch Mitarbeiter bis in das Krankenhaus wurde in der Entwicklungsphase des Qualitätsmaßstabs von den Modellbeauftragten äußerst kontrovers diskutiert. Die Notwendigkeit der Begleitung wurde zwar betont, zugleich aber angemahnt, dass dies unter den bestehenden Rahmenbedingungen nur in wenigen Ausnahmefällen realisiert werden kann. Das IPW hat sich entschlossen, diese Anforderung dennoch aufzunehmen, da der Betreuungsbedarf im Rahmen der Überleitung einiger Bewohner eine Begleitung aus fachlicher Sicht erforderlich macht. Dies trifft z. B. bei ausgeprägten Angstzuständen oder schweren kognitiven Einschränkungen zu. Um dennoch die Begrenzungen der derzeitigen Praxis nicht zu vernachlässigen, wurde die entsprechende Anforderung mit der Bedingung verknüpft, dass durch die Begleitung die Versorgung anderer Bewohner nicht gefährdet werden darf.

erlebten Zusammenarbeit. Dennoch wurde ein Kooperationsaufbau grundsätzlich als sinnvoll und grundlegend für alle weiteren Aspekte der Zusammenarbeit eingestuft. Da sowohl Pflegeeinrichtungen als auch Krankenhäuser mit jeweils mehreren Institutionen kooperieren, erscheint es sinnvoll, dass sich Einrichtungen einer Region auf ein gemeinsames Überleitungsverfahren einigen. Hierdurch werden Prozesse sowohl in den Pflegeeinrichtungen als auch Krankenhäusern vereinfacht und Reibungsverluste reduziert.

Anders als bei terminierten Untersuchungen und Operationen bieten kurzfristig anberaumte Krankenhausaufenthalte wenig Spielraum für Planungen. 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. Zur Entschärfung dieser Problematik haben sich Kooperationsvereinbarungen, die konkrete Verfahrensregeln festschreiben, als sinnvoller Weg erwiesen. Sie sollten u.a. die telefonische Informationsweitergabe regeln, die immer wieder als problematisch bezeichnet wurde, da z.B. Ansprechpartner fehlen oder telefonische Auskünfte generell abgelehnt werden.

Die Begleitung von Bewohnern bis in das Krankenhaus stellte die Einrichtungen insbesondere bei ungeplanten Krankenhausaufnahmen vor organisatorische Probleme. Im Gegensatz zu geplanten Aufnahmen kann im Vorfeld keine Begleitung organisiert werden (z.B. durch Angehörige oder freiwillige Helfer). Eine Begleitung durch Mitarbeiter kann jedoch nur dann erfolgen, wenn die Versorgung anderer Bewohner hierdurch nicht gefährdet ist. Daher ist in jedem Einzelfall eine Überprüfung der Notwendigkeit und Realisierbarkeit einer Begleitung durch Mitarbeiter erforderlich. Trotz der zweifellos erheblichen Schwierigkeiten ist die Begleitung von Bewohnern auch bei ungeplanten Krankenseinweisungen in bestimmten Situationen (z.B. ausgeprägte Angstzustände, massiver Verlust der situativen Orientierung) dringend angezeigt. Aus diesem Grunde blieb der Qualitätsmaßstab an dieser Stelle unverändert.

Erfolge auf dem Feld der Angehörigenarbeit, die im Verlauf der Erprobung erzielt werden konnten, haben dazu beigetragen, die Voraussetzungen zur Begleitung des Bewohners zu verbessern. Einige Einrichtungen berichteten über eine intensivere Einbeziehung der Angehörigen bei anstehenden Krankenhausaufenthalten, da diese umgehend informiert wurden und häufig für Unterstützung in Form der Zusammenstellung von Kleidung etc. und eben auch für eine Begleitung zur Verfügung standen.

Wie die Erprobungserfahrungen zeigen, kommt dem Kooperationsaufbau zwischen Pflegeeinrichtung und Krankenhaus ein herausragender Stellenwert zu. Um eine stabile Grundlage für das Überleitungsverfahren zu schaffen, bedarf es nicht allein des Engagements einiger Mitarbeiter. Diesem Sachverhalt wurde bei der Konzeptüberarbeitung Rechnung getragen, indem die Zuständigkeit der Leitungsebene für den Kooperationsaufbau in Form einer neu aufgenommenen Anforderung betont wurde. Davon abgesehen konzentrierte sich die Überarbeitung auf Präzisierungen bzw. ergänzende Erläuterungen zu einzelnen Anforderungen.

5. Pflegeprozessessteuerung und Versorgungskoordination

Die Umsetzung der Leistungsbeschreibungen und Qualitätsmaßstäbe setzt Arbeitsstrukturen voraus, die sich in der heutigen Praxis nicht durchgängig wiederfinden. Damit angesprochen ist u.a. die Organisation der individuellen Versorgung nach dem Muster des Pflegeprozesses als international anerkanntem Handlungsmodell zur Gestaltung pflegerischer Versorgung (vgl. WHO Regional Office for Europe 1982, Brobst et al. 1996). In vielen Einrichtungen mangelt es an Qualität des pflegerischen Assessments, der Formulierung von Pflegezielen, der Dokumentation und der Überprüfung von Pflegeergebnissen (vgl. z.B. Abt-Zegelin et al. 2003, Fischbach/Stinner 2001).

Insofern stellte sich den Einrichtungen die Aufgabe, die notwendigen Voraussetzungen für die Konzeptumsetzung erst noch herzustellen. Zu einigen zentralen Handlungsfeldern wurden zu Unterstützung dieses Prozesses ebenfalls Konzepte entwickelt, die sich auf inhaltliche, formale und organisatorische Aspekte der Versorgung beziehen. Ihnen kommt allerdings auch losgelöst von den anderen Konzeptbausteinen ein hoher Stellenwert zu, da es sich durchweg um zentrale Grundlagen einer fachgerechten Versorgung handelt.

5.1 Funktion und Aufgaben der „Zuständigen Pflegefachkraft“ (ZPFK)

Problemhintergrund

Arbeitsorganisation und Aufgabenverteilung sind zentrale Aspekte in der pflegerischen Versorgung. Die Umsetzung fast aller Konzepte, die im Rahmen des Projektes „Referenzmodelle“ entwickelt worden sind, ist auf klare Definitionen und personelle Zuordnungen von Zuständigkeiten angewiesen. Doch nicht allein die Notwendigkeit der Neudefinition von Zuständigkeiten, die aus den Anforderungen einzelner Konzeptbausteine erwächst, gab den Anstoß zur Entwicklung der Empfehlungen. Sie greifen vielmehr eine generelle Problematik der vollstationären Pflege in Deutschland auf:

In Pflegeeinrichtungen zeigt sich häufig eine Diskrepanz zwischen dem Anspruch einer planvollen und bedürfnisgerechten Versorgung und der Versorgungswirklichkeit (Wingenfeld/Schnabel 2002). Dem Anspruch nach ist die Pflege in den meisten Einrichtungen nach den Grundsätzen der Bezugspflege organisiert: Eine Pflegefachkraft übernimmt die Versorgungsverantwortung für mehrere Bewohner und führt einen möglichst großen Teil aller unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen selbst durch (Andraschko 1996; Seibold/Köther 2005; Menche/Bazlen 2004). Allerdings wird der Begriff „Bezugspflege“ nicht einheitlich verwendet, und die konkrete organisatorische Ausgestaltung in der Praxis weist erhebliche Unterschiede auf. Erfahrungen innerhalb wie auch außerhalb des Modellprojekts zeigen, dass es nicht „das“ Bezugspflegesystem gibt, sondern verschiedene Varianten der Ausgestaltung, die den zentralen Grundsätzen – eindeutige personelle Zuordnung der Steuerungsverantwortung sowie Integration von Steuerungsverantwortung und Durchführung der Pflege – zum Teil nur bedingt folgen. Hinter dem Etikett „Bezugspflege“ steht also nicht immer eine entsprechende Arbeitsorganisation. Verantwortlich hierfür ist nicht allein der allgegenwärtige Zeitdruck im Versorgungsalltag. Häufig findet sich auch eine Verteilung von Aufgaben und Zuständigkeiten, die vorrangig auf pragmatischen Überlegungen und gewohnten Arbeitsroutinen beruht. Insbesondere die Frage, welcher Mitarbeiter mit welcher Qualifikation welche Aufgaben übernehmen soll, ist oftmals nicht hinreichend geklärt (Müller 2001). Hinzu kommt, dass die Bedeutung der Pflegeplanung und die fachlichen Anforderungen, die sich bei der Entwicklung einer Pflegeplanung stellen, häufig unterschätzt werden.

Vor diesem Hintergrund ist eine Konkretisierung von Organisationskonzepten erforderlich, die sowohl eine zielgerichtete Steuerung als auch eine ausreichende Koordination der Unterstützung des einzelnen Bewohners gewährleistet. Nachhaltige Qualitätsentwicklung setzt voraus, dass das fachliche Können von Mitarbeitern richtig eingesetzt und die Steuerung und Koordination der Versorgung optimiert wird.

Der Ansatz des Referenzkonzeptes

Die Empfehlungen zur Gestaltung der Arbeitsorganisation und Kooperation innerhalb der pflegerischen Versorgung, die im Rahmen des Modellprojekts entwickelt wurden, beschreiben das Aufgabenprofil von Pflegefachkräften, die für die zielgerichtete, planvolle Gestaltung des individuellen Pflegeprozesses für eine bestimmte Anzahl von Bewohnern verantwortlich sind. Ihnen werden weitergehende Steuerungs- und Koordinationsaufgaben zugewiesen, so beispielsweise im Rahmen des Heimeinzugsverfahrens, der individuellen Angehörigenarbeit, der Kooperation mit Ärzten oder anderen externen Berufsgruppen. Absprachen über die Ausgestaltung der Versorgung und die Überwachung der Qualität zählen ebenfalls zu den Aufgaben.

Für die Pflegefachkraft, welche für diese Aufgaben verantwortlich ist, wurde der eher neutrale Ausdruck „Zuständige Pflegefachkraft“ gewählt. Dies erfolgte vor dem Hintergrund, dass bisher verwendete Begriffe inhaltlich bereits „besetzt“ sind und daher inhaltliche Missverständnisse vermieden werden sollten⁴¹.

Unterschieden wird zwischen zwei Aufgabenbereichen. Zu den Aufgaben, die der Zuständigen Pflegefachkraft vorbehalten bleiben sollten, gehören:

- Regelmäßige Durchführung des pflegerischen Assessments unter Einbeziehung biografischer Informationen
- Formulierung von Pflegezielen
- Erstellung einer auf den Pflegezielen aufbauenden Maßnahmenplanung, einschl. Entwicklung einer geeigneten Tagesstrukturierung und Herstellung des Zugangs zu ressourcenfördernden Einzel-/Gruppenaktivitäten und zu Beschäftigungsangeboten
- Anleitung und Beratung anderer Mitarbeiter zur Durchführung der Pflege nach den Vorgaben der jeweiligen Pflegeplanung
- Information, Anleitung und Beratung von Angehörigen und freiwilligen Helfern
- Regelmäßige Überprüfung der Maßnahmenplanung und ihrer Umsetzung, Aktualisierung der Pflegeplanung
- Regelmäßige Prüfung der Qualität und Vollständigkeit der Pflegedokumentation.

Aufgaben, die ggf. von anderen Mitarbeitern erledigt werden können, bei denen die Zuständige Pflegefachkraft aber die Verantwortung für die Durchführung trägt, umfassen:

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

⁴¹ Die Gestaltung von Arbeitsabläufen im Rahmen der pflegerischen Versorgung wird in der Literatur mit Hilfe zahlreicher Begriffe – wie z. B. Pflegesystem, Pflegeorganisationsform bzw. -modell, Funktionspflege, Bezugspflege, Primary Nursing – beschrieben (vgl. z. B. Stähling 2000). Mehrheitlich beziehen sich diese Begriffe auf Organisationsmodelle, die ursprünglich auf die Pflege im Akutkrankenhaus zugeschnitten waren und später in anderen Versorgungsbereichen übernommen wurden. Trotz bestehender Unterschiede werden einige von ihnen synonym verwendet (Glaser/Büssing 1996; Mischo-Kelling 2005). Erschwerend kommt hinzu, dass einige Begriffe nur theoretisch voneinander abgrenzbar und in der Praxis häufig Mischformen anzutreffen sind (Schlettig/von der Heide 1995; Ersner/Tutton 2000).

Hinzu kommen Steuerungs- und Koordinationsaufgaben, und zwar in den Bereichen:

- Heimeinzugsverfahren
- Angehörigenarbeit
- Zusammenarbeit mit Ärzten
- Sterbebegleitung
- Überleitungsverfahren bei notwendigen Krankenhausaufenthalten.

Die Empfehlungen gehen davon aus, dass nicht jede Pflegefachkraft über die Kompetenzen verfügt, die zur Wahrnehmung dieser Aufgaben erforderlich sind. Zu den Qualifikationsanforderungen gehören nicht nur Fachwissen und pflegerische Fertigkeiten, sondern auch Steuerungs-, Koordinations-, Anleitungs-, Beratungs- und Problemlösungskompetenz und nicht zuletzt sprachliche Kompetenz (angemessene mündliche und schriftliche Ausdrucksfähigkeit). Zuständige Pflegefachkräfte müssen darüber hinaus über die Bereitschaft verfügen, die mit dieser Funktion verknüpfte Verantwortung und eine herausgehobene Rolle in der Kooperation mit anderen Mitarbeitern zu übernehmen. Teilzeitbeschäftigte Pflegefachkräfte können vom Grundsatz her die Funktion einer Zuständigen Pflegefachkraft übernehmen, allerdings nur für einen entsprechend kleinen Bewohnerkreis und unter der Voraussetzung, dass sie regelmäßig in der Einrichtung anzutreffen sind und somit auch als Ansprechpartner zu Verfügung stehen.

Die Anzahl der Bewohner, für welche die Zuständige Pflegefachkraft Steuerungs- und Koordinationsverantwortung übernimmt, muss individuell anhand der jeweiligen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen bestimmt werden. Hierzu zählen beispielsweise nicht nur die zur Verfügung stehenden Mitarbeiter, die die Voraussetzungen zur Übernahme einer solchen Verantwortung erfüllen, sondern auch die Komplexität des Versorgungsbedarfs der Bewohner. Im Rahmen des Projektes bzw. aufgrund der Erprobungserfahrungen konnte die Größe des Bewohnerkreises nicht exakt definiert, aber ein Richtwert ermittelt werden. Eine vollzeitbeschäftigte Zuständige Pflegefachkraft kann danach die Steuerungs- und Koordinationsverantwortung für eine Gruppe von zehn Bewohnern übernehmen, wenn

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

Ist eine Pflegefachkraft ausschließlich für die Versorgung hochgradig pflegebedürftiger Bewohner bzw. für Bewohner mit komplexen Problemlagen verantwortlich, kann diese Richtgröße sicherlich nicht zugrunde gelegt werden. Es ist deshalb zu betonen, dass die angegebene Gruppengröße nur ein grober Anhaltswert sein kann und in jeder Einrichtung überprüft werden muss, welche Lösung unter den jeweiligen konkreten Rahmenbedingungen tragfähig sein kann. Zudem ist zu bedenken, dass Zuständige Pflegefachkräfte ggf. zugleich auch Vertretungsaufgaben übernehmen und hierdurch Arbeitszeit entsprechend gebunden ist.

Zuständige Pflegefachkräfte müssen, damit sie ihre Aufgaben wahrnehmen können, von anderen Arbeiten entlastet werden. Insbesondere bewohnerferne Tätigkeiten, für die keine Fachqualifikation erforderlich ist, sollten so weit wie möglich von anderen Mitarbeitern übernommen werden. Die Leistungsbeschreibungen zu den mittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen zeigen hierzu Möglichkeiten auf. Auch die Durchführung von unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen sollte durch die Zuständige Pflegefachkraft nur in dem zeitlichen Umfang erfolgen, der erforderlich ist, um

sich ein verlässliches Bild vom Bewohner im Rahmen der alltäglichen Versorgung machen zu können. Dies ergibt sich aus der (im Rahmen der praktischen Erprobung bestätigten) Überlegung, dass in den meisten Einrichtungen nicht genügend geeignete Fachkräfte zur Verfügung stehen, um beide Aufgabenfelder ausreichend abzudecken.

Insbesondere die letzte Forderung scheint dem wichtigen Grundsatz einer personensorientierten Pflege zu widersprechen, für den Bewohner größtmögliche personelle Kontinuität in der Pflege zu gewährleisten. Tatsächlich ist diese Kontinuität auch heute schon nur in engen Grenzen gegeben. Das dokumentieren u.a. die Ergebnisse der Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur“ (Wingenfeld/Schnabel 2002). Allein wechselnde Dienste führen zu einer verhältnismäßig stark ausgeprägten Personenfluktuation. Im Übrigen kann eine entsprechende Dienstplanung dafür Sorge tragen, dass die Durchführung unmittelbar bewohnerbezogener Maßnahmen bevorzugt immer durch bestimmte Mitarbeiter erfolgt. Auf diesem Weg kann personelle Kontinuität auch unabhängig von der Person der Zuständigen Pflegefachkraft sichergestellt werden.

Entwicklungsschritte

Ausgehend von den Ergebnissen der NRW-Studie zu Fragen der Arbeitsorganisation, den Erfahrungen der Modelleinrichtungen und der Auswertung von Fachliteratur entwickelte das IPW in einem ersten Schritt Thesen zur Funktion und zu Aufgaben der Zuständigen Pflegefachkraft. Diese Thesen beinhalteten bereits alle Kernpunkte einer qualifikationsorientierten Arbeitsteilung, die sich in der Endfassung der Empfehlungen wiederfinden. Sie dienten als Grundlage für die Diskussion mit den Modellbeauftragten und für die einrichtungsinterne Diskussion von Fragen der Arbeitsteilung und Pflegeprozessessteuerung. Die Einrichtungen signalisierten prinzipielle Zustimmung und bewerteten die Thesen als hilfreich und praktikabel, wenngleich die Einführung einer konsequent qualifikationsorientierten Arbeitsteilung als große Herausforderung gesehen wurde.

Zum Charakter der Empfehlungen

Die Empfehlungen zur Ausgestaltung der Funktion und Aufgaben der Zuständigen Pflegefachkraft zielen auf die Förderung einer planvollen Versorgung und einer durchdachten Arbeitsteilung in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die erforderlich ist, um eine individuell bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung sicherzustellen. Sie galten im Rahmen des Projektes als Orientierungshilfe für die Einrichtungen, nicht als verpflichtender Anforderungskatalog. Denn es war absehbar, dass eine entsprechende Reorganisation der Arbeitsteilung je nach Ausgangslage in den Einrichtungen ggf. eine langfristig angelegte Personalentwicklung erfordern würde. Alle Einrichtungen waren allerdings gehalten, bestehende Regelungen personeller Zuständigkeiten zu überprüfen und bei Bedarf an die Anforderungen anzupassen, die sich aus anderen Konzeptbausteinen, insbesondere aus den Qualitätsmaßstäben ergaben.

Die Empfehlungen beschreiben Aufgaben im Rahmen der Pflegeprozessessteuerung, sind jedoch – wenngleich sie eine Reihe von Elementen aufweisen, die an das Primary Nursing⁴² und die Bezugspflege⁴³ erinnern – nicht mit einem spezifischen Pflegesystem oder Pflegeorganisationssystem vergleichbar. Ein Pflegesystem lässt sich anhand des jeweiligen Pflegeprinzips und der Pflegeorganisationsform beschreiben (vgl. Glaser/Büssing 1996; Elkeles 1997; Büssing 1997). Ein Pflegeprinzip benennt

⁴² Primary Nursing wurde in den USA entwickelt und weist zahlreiche Parallelen, aber auch einige Unterschiede zur Bezugspflege auf (Schlettig/von der Heide 1995; Schlettig 1997; Mischo-Kelling 2005).

⁴³ Bei der Bezugspflege liegt die Gesamtverantwortung für den Pflegeverlauf ausgewählter Bewohner bei einer Pflegekraft (Schlettig/von der Heide 1995). In der Regel wird hierbei der Kontinuität der Beziehung zwischen Bewohner und Pflegekraft eine besondere Bedeutung zugeschrieben.

die inhaltliche Orientierung, d. h. die Ausrichtung der Versorgung eher an Funktionen oder eher an Personen (Patienten bzw. Bewohnern). Eine Pflegeorganisationsform beschreibt die organisatorischen Zuständigkeiten, z. B. innerhalb eines Wohnbereichs. Pflegesysteme können anhand der Kombination aus der jeweiligen inhaltlichen Orientierung (funktionell – personenzentriert) und organisatorischen Zuständigkeit (z. B. Pflegegruppe, Wohnbereich, Zimmer oder bestimmte Personen) klassifiziert werden. So wird z. B. von der traditionellen Funktionspflege gesprochen, wenn die Pflege innerhalb eines gesamten Wohnbereichs „funktionszentriert“ organisiert ist.

Im Projekt Referenzmodelle wurde bewusst davon Abstand genommen, eine Konzeption zu entwickeln, die sich auf dieser Ebene bewegt. Es bestand also nicht die Absicht, einen neuen Ansatz zu entwickeln. Vorrangig ging es vielmehr darum, ein Raster zur Verfügung zu stellen, mit dem die Organisation der Pflege – durchaus innerhalb verschiedener Systeme – unter Beachtung des Grundsatzes einer qualifikationsorientierten Arbeitsteilung optimiert werden kann.

Erprobungserfahrungen und Konzeptmodifikationen

Aufgrund der Projekterfahrungen wurden nur geringfügige Modifikationen der Empfehlungen vorgenommen. Die Einrichtungen unterstrichen in der Regel die Relevanz des Konzeptes für die Gestaltung der Arbeitsorganisation und dessen Praxistauglichkeit. Ebenso zeigte sich jedoch, dass der Übergang zu einer Arbeitsteilung nach den Maßgaben der Empfehlungen relativ viel Zeit und vor allem eine längerfristige Personalentwicklung erfordert.

Ausgehend von den Projekterfahrungen wurden die Angaben zur Größe des Bewohnerkreises konkretisiert, für den die Zuständige Pflegefachkraft zuständig sein soll. In der Entwurfsfassung wurde eine Gruppengröße von fünf bis sechs Bewohnern als erstrebenswert, aber unter den gegebenen Bedingungen als nicht realistisch bezeichnet. Diese Einschätzung hat sich im Projektverlauf bestätigt (s. o.).

Darüber hinaus wurden die Ausführungen über Vertretungsregelungen modifiziert bzw. konkretisiert. Die Endversion der Empfehlungen enthält nicht nur allgemeine Hinweise, sondern zeigt konkrete Möglichkeiten für Vertretungsregelungen auf.

5.2 Kriterienkatalog „Pflegerisches Assessment“

Zu den grundlegenden Voraussetzungen für die Umsetzung der Konzeptbausteine des Modellvorhabens, insbesondere der „Leistungsbeschreibungen“, gehört ein strukturiertes und systematisches Verfahren zur Einschätzung der Ressourcen, Bedürfnisse und Problemlagen der Bewohner. Es war zu erwarten, dass die in den Einrichtungen genutzten Instrumente und das jeweilige Vorgehen bei der Einschätzung des Pflegebedarfs daraufhin überprüft werden müssen, ob bzw. inwieweit sie eine geeignete Grundlage für die Qualitätsentwicklung darstellen. Jüngere Untersuchungen deuten darauf hin, dass die Qualität pflegerischer Assessmentverfahren und ihrer Ergebnisse sehr heterogen ausfällt (Bartholomeyczik/Morgenstern 2004; Heitmann/Bonato 2006). Darauf weisen auch Qualitätsberichte der Medizinischen Dienste hin (vgl. MDS 2004).

Die Notwendigkeit eines pflegerischen Assessments ergibt sich aus fachlicher Perspektive primär aus den Anforderungen des Pflegeprozesses (Wingenfeld 2000). Dieser bildet den Handlungsrahmen, um in der Pflege eine ziel- und bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. Als Problemlösungsprozess angelegt, stellt er eine Systematik bereit, die die Einschätzung von Pflegeproblemen und -ressourcen (pflegerisches Assessment), die darauf aufbauende Definition von Pflegezielen und Planung von pflegerischen Maßnahmen, die Durchführung der Pflegemaßnahmen sowie deren Evaluation umfasst (Brobst et al. 1999; Needham 1996). Den Ergebnissen der

pflegerischen Einschätzung kommt somit ein hoher Stellenwert für alle weiteren Schritten des Pflegeprozesses zu, insbesondere bei der Zielformulierung und Maßnahmenplanung.

Der Kriterienkatalog „Pflegerisches Assessment“, der im Rahmen des Modellvorhabens entwickelt wurde, beinhaltet Anforderungen an die Informationserhebung und Einschätzung der Problem- und Bedarfslagen sowie der individuellen Ressourcen der Bewohner. Er umfasst eine Zusammenfassung von Kriterien, die seit langem aus pflegfachlicher Sicht als notwendig erachtet werden (Arets et al. 1996). Der Kriterienkatalog stellt kein eigenständiges Instrument zur Durchführung eines pflegerischen Assessments dar. Er versteht sich als Anforderungsprofil und Arbeitshilfe, mit der die Einrichtungen im Rahmen eines Soll-Ist-Vergleichs ihr vorhandenes Assessment auf Vollständigkeit überprüfen und gegebenenfalls ergänzen bzw. anpassen können.

In der stationären Langzeitversorgung ist es besonders wichtig, neben den somatischen Funktions- und Gesundheitsstörungen der Bewohner deren psychosoziale Problemlagen in den Blick zu nehmen (Wingenfeld/Schnabel 2002). Konkret handelt es sich dabei vor allem um Orientierungs- und Gedächtnisstörungen, kommunikative Einschränkungen, Beeinträchtigungen der Urteilsfähigkeit, Persönlichkeitsveränderungen sowie herausfordernde Verhaltensweisen, die insbesondere im Verlauf von demenziellen Erkrankungen auftreten und einen spezifischen Unterstützungsbedarf nach sich ziehen. Der Kriterienkatalog weist diesen Aspekten einen hohen Stellenwert zu.

Vorgehen im Modellvorhaben

Auch bei diesem Konzeptbaustein folgten die Entwicklungsarbeiten dem Grundsatz der Anschlussfähigkeit an die Praxis. Die Modellbeauftragten führten zu Beginn des Vorhabens eine Bestandsaufnahme in ihrer jeweiligen Einrichtung durch, mit der sich sowohl Probleme und Handlungsnotwendigkeiten als auch bewährte Vorgehensweisen herauskristallisierten. Die Ergebnisse zeigten, dass die in den Referenzeinrichtungen gängigen Assessmentverfahren nicht nur formal, sondern auch inhaltlich sehr unterschiedlich gestaltet waren. Während einige Einrichtungen bereits ein sehr umfassendes Assessment durchführten, zeigte sich bei anderen die Notwendigkeit für Anpassungen.

Um den unterschiedlichen Möglichkeiten und Grenzen der Einrichtungen Rechnung zu tragen, wurde davon Abstand genommen, ein einheitliches Assessmentinstrument vorzugeben. Vielmehr wurde ein Katalog mit Kriterien für die inhaltliche Ausgestaltung und Vorgehensweise entworfen, der sich an fachlich anerkannten Instrumenten zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit orientiert. Dieser erste Entwurf ist den Modellbeauftragten zur Verfügung gestellt worden, mit der Bitte, den Katalog in eine Diskussion innerhalb der Einrichtungen einzubringen und zu prüfen. Die Ergebnisse wurden in den Regionalkonferenzen zusammengetragen und vom IPW ausgewertet. Der im Anschluss erstellte überarbeitete Konzeptentwurf wurde schließlich den Referenzeinrichtungen für die Einführung und Erprobung übergeben.

Aufbau des Konzeptbausteins

Der Kriterienkatalog enthält zu Beginn allgemeine Erläuterungen zur Informationssammlung und Einschätzung des Pflegebedarfs. Sie umfassen inhaltliche Eingrenzungen sowie einige begriffliche Klärungen⁴⁴. Darüber hinaus gehen sie auf die Bedeu-

⁴⁴ So wird beispielsweise darauf hingewiesen, dass der gängige Begriff „Pflegeanamnese“ streng genommen lediglich einen Teilbereich des pflegerischen Assessments umfasst, wobei es sich um die Informationssammlung, nicht aber deren Einschätzung handelt.

tung und Inhalte, den Charakter und die Informationsquellen sowie die unterschiedlichen Formen des pflegerischen Assessments ein. Im Anschluss folgt der eigentliche Kriterienkatalog, der folgende Punkte umfasst:

- Organisatorische Voraussetzungen (Regelungen von Zuständigkeiten, Bereitstellung zeitlicher Ressourcen für die Durchführung des Assessments, Einbeziehung von Kooperationspartnern)
- Inhalte des Assessments (unter besonderer Berücksichtigung kognitiver Fähigkeiten, psychischer Problemlagen und individueller Bedürfnisse)
- Zeitpunkt der Erstellung und Aktualisierung sowie Anlässe der Aktualisierung⁴⁵.

Zu den einzelnen Gliederungspunkten finden sich zusätzliche Erläuterungen. Sie basieren wesentlich auf den gemeinsamen Diskussionen mit den Modellbeauftragten und der daraus resultierenden Einschätzung des Bedarfs an Erklärungen und Kommentierungen.

Schlussfolgerungen aus den Erprobungserfahrungen

Der Nutzen des Konzeptbausteins als Arbeitshilfe für die Überprüfung des in den Einrichtungen praktizierten pflegerischen Assessments wurde von den Modellbeauftragten überwiegend als hoch eingeschätzt. Aus den Erprobungserfahrungen ergab sich vergleichsweise wenig Änderungsbedarf. Er betraf größtenteils die Erläuterungen, nicht die Kriterien bzw. Anforderungen selbst.

Größere Schwierigkeiten bereitete die zeitliche Festlegung des initialen pflegerischen Assessments, das in vielen Einrichtungen zuvor erst vier oder sogar sechs Wochen nach Einzug des Bewohners erfolgte. Es erschien jedoch aus Gründen der Qualitätssicherung ratsam, an dieser Vorgabe festzuhalten. Dem Ziel, zeitnah (spätestens zwei Wochen nach Heimeinzug) zentrale Informationen zu sammeln und (wenn auch nur vorläufige) Einschätzungen vorzunehmen, ist im Hinblick auf eine zielgerichtete und bedarfsgerechte Versorgung hohe Priorität beizumessen. Dass sich der Zustand des Bewohners ändern und die Informationssammlung an der einen oder anderen Stelle noch Lücken aufweisen kann, wiegt demgegenüber weniger schwer. Die zeitliche Vorgabe macht unter Umständen eine Aktualisierung des initialen pflegerischen Assessments notwendig und kann für die Einrichtungen daher einen gewissen Arbeitsaufwand mit sich bringen.

In der endgültigen Fassung des Kriterienkatalogs wurde auf den ergänzenden „Fragenkatalog zur Entwicklung von Pflegezielen und Maßnahmenplanung auf der Grundlage des pflegerischen Assessments“ verzichtet. Dieser verstand sich als Orientierungshilfe für die Nutzung von Assessmentergebnissen bei den weiteren Schritten des Pflegeprozesses. Systematisch sind diese Aspekte jedoch nicht dem pflegerischen Assessment zuzuordnen. Sie werden daher in anderen Kontexten, insbesondere im Konzeptbaustein „Leistungsbeschreibungen“ inhaltlich berücksichtigt.

⁴⁵ Der Katalog unterscheidet zwischen einem initialen (erstmaligen) pflegerischen Assessment und nachfolgenden Assessments im Abstand von sechs Monaten. Das initiale Assessment dient dazu, den Status des Bewohners beim Einzug als Grundlage für das Erstellen einer ersten Pflegeplanung einzuschätzen. Es soll spätestens zwei Wochen nach dem Einzug abgeschlossen und innerhalb von sechs Wochen aktualisiert werden.

5.3 Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation

Biografisches Hintergrundwissen verhilft den Mitarbeitern zu besserem Verständnis von Verhaltensweisen, Handlungen oder Äußerungen der Bewohner, insbesondere demenziell erkrankter Bewohner (Maciejewski/Sowinski 2000; Kitwood 2000). Entsprechende Informationen sind außerdem für die individuelle Planung und Durchführung der Versorgung unerlässlich (Clarke 2000). Die Dokumentation biografischer Informationen weist allerdings große Defizite auf (Bartholomeyczik/Morgenstern 2004). Informationen sind häufig nur bruchstückhaft aufgeführt bzw. beschränken sich auf die Ansammlung von Lebensdaten.

Der Kriterienkatalog zur Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug greift diese Problematik auf und macht Aussagen zu erforderlichen Rahmenbedingungen und zu Aspekten, die erfasst und dokumentiert werden sollten.

Problemhintergrund

Menschen sind „Experten“ ihrer eigenen Biografie und bleiben dies auch in Zeiten gesundheitlicher Einschränkungen. Sie sollten insofern „als Autoren ihrer Lebensgeschichte betrachtet und behandelt werden“ (Remmers 2006: 189). Dies trifft auch auf Menschen mit psychisch-geistigen Einschränkungen zu (Kricheldorf 2005). Oftmals wird jedoch versäumt, den Bewohner in dieser Rolle in die Gestaltung des Versorgungsgeschehens einzubeziehen. Um ein entsprechendes Bewusstsein auf Seiten der Mitarbeiter zu schaffen, ist eine biografieorientierte Haltung erforderlich, die geprägt ist durch grundsätzliches Interesse an den Bewohnern und deren Lebensgeschichte (ebd.; Friebe 2004). Wichtig ist auch das Wissen um die Bedeutung der Lebensgeschichte u.a. für die Gegenwart: „Die Vergangenheit ist in ihren subjektiv bedeutsamen Aspekten in der Gegenwart präsent: Aus diesem Grund ist das Studium der Biographie – die auch als Deutung des Lebenslaufs durch das Individuum verstanden werden kann – eine Voraussetzung für das Verständnis des aktuellen Erlebens und Verhaltens“ (Kruse 2000: 90). Die Dokumentation biografischer Informationen sollte daher nicht nur Daten über Ereignisse, sondern insbesondere das Erleben aus Bewohnersicht, d.h. seine persönliche Lebensbeschreibung umfassen (Kerkhoff 2002).

Die Erfassung biografischer Informationen als Bestandteil des pflegerischen Assessments, ist Voraussetzung für eine biografieorientierte Pflege und Versorgung, wie sie z.B. die Leistungsbeschreibungen vorsehen. Auch die Anforderungen der Qualitätsmaßstäbe nehmen Bezug auf die Erfassung bzw. die Berücksichtigung biografischer Kenntnisse in der Versorgung und Begleitung. Weist bereits die Erfassung bzw. Dokumentation biografischer Informationen Mängel auf, so können einige Vorgaben der Konzeptbausteine nicht bzw. nur teilweise umgesetzt werden.

Eine Analyse der Biografieerfassung durch die Modellbeauftragten, die zu Beginn des Projekts Referenzmodelle erfolgte, zeigte im Ergebnis große Unterschiede bei den verwendeten Biografieerfassungsbögen und den Verfahrensweisen zur Erfassung biografischer Informationen. Zum Teil gab es auch innerhalb einer Einrichtung abweichende Vorgehensweisen (Unterschiede zwischen Wohnbereichen). Diskrepanzen zwischen den Vorgaben der Einrichtungen und der praktischen Umsetzung waren ebenfalls feststellbar.

Von den Modellbeauftragten wurde die Erfassung und Dokumentation biografischer Informationen als problematisch bewertet. Hierfür gaben sie zahlreiche Gründe an, z.B.

- die Relevanz biografischer Informationen wird nicht von allen Mitarbeitern erkannt,

- auch Bewohner bzw. Angehörige können die Relevanz der Informationen für die pflegerische Versorgung nicht immer nachvollziehen,
- Bewohner können keine Auskunft geben und Angehörige verfügen nicht über entsprechende Informationen,
- der Informationsfluss innerhalb der Einrichtung ist nicht gewährleistet, d. h. Informationen werden nicht, nicht vollständig oder verspätet an die zuständigen Personen weitergegeben (v. a. wenn unterschiedliche Personen/Berufsgruppen beteiligt sind),
- die Erfassung von Informationen erfolgt vorrangig im Rahmen des Heimeinzugs, während des Heimaufenthaltes werden relevante Informationen nicht mehr systematisch erfasst und gehen dadurch verloren,
- die Erfassung relevanter Informationen vor bzw. unmittelbar nach dem Heimeinzug kann nicht gewährleistet werden und wird auch nicht als sinnvoll erachtet.

Die Referenzeinrichtungen verfügten also über kein vergleichbares Qualitätsniveau bei der Biografieerfassung und -dokumentation. Daher war es erforderlich, eine gemeinsame Grundlage für die Umsetzung weiterer konzeptioneller Bausteine in allen Einrichtungen zu schaffen. Aber auch unabhängig von anderen Referenzkonzepten kann der Kriterienkatalog eingesetzt werden, um die Biografieerfassung zu verbessern.

Entwicklungsschritte

Das IPW erstellte unter Berücksichtigung der Analyseergebnisse, nach Sichtung diverser Biografieerfassungsbögen und der Fachliteratur einen ersten Entwurf des Kriterienkatalogs „Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug“. Dabei wurde nicht das Ziel verfolgt, einen einheitlichen Biografieerfassungsbogen für alle 20 Modelleinrichtungen zu entwickeln. Vielmehr sollten auf der Grundlage einheitlicher Kriterien die bestehenden Biografieerfassungsbögen der Einrichtungen geprüft und ggf. modifiziert werden. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, um die Anschlussfähigkeit an die derzeit bestehende Praxis zu gewährleisten. Der erste Entwurf des Kriterienkatalogs wurde mit den Modellbeauftragten diskutiert, nachfolgend durch das IPW um einige wenige Aspekte ergänzt und anschließend in den Einrichtungen eingeführt und erprobt.

Inhaltliche Kernpunkte und Aufbau

Die Grundsätze und Kriterien des Katalogs beschreiben ein Mindestprofil, das die Verfügbarkeit von Informationen als Grundlage für eine biografieorientierte Pflege sicherstellen soll. Hierzu sind neben Kenntnissen zu Lebensdaten auch Aussagen zum individuellen Erleben des Menschen zu dokumentieren. Auch wenn der Kriterienkatalog einige Vorschläge zur inhaltlichen Gestaltung eines Biografieerfassungsbogens enthält, ist er nicht mit einem solchen Instrument vergleichbar. Ziel ist vielmehr, eine Überprüfung einrichtungsintern verwendeter Formulare auf Vollständigkeit bzw. deren Anpassung anhand der Kriterien zu ermöglichen.

Der Katalog beschreibt zum einen Grundsätze, die sich auf die Bereitstellung geeigneter Dokumentationsinstrumente, Zeitpunkte der Erfassung, Kennzeichnung von Informationsquellen, Verfahrensweisen und Verantwortlichkeiten beziehen. Zum anderen umfasst er eine Auflistung der für die Biografieerfassung relevanten Kriterien, mit der folgende Bereiche erfasst werden:

- Versorgung vor dem Heimeinzug (Wohn- und Versorgungssituation unmittelbar vor dem Heimeinzug),
- personenbezogene Aspekte (z. B. Besonderheiten/Gewohnheiten in Bezug auf Ernährung, Kommunikation, Tages-/Wochenstruktur),

- weitere personenbezogene Aspekte (z.B. familiäre und weitergehende soziale Kontakte/Beziehungen, individuelle Bedeutung der Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft bzw. Religionsausübung, Wünsche in Bezug auf die Sterbephase bzw. den Todesfall) und
- lebensgeschichtliche Informationen (z.B. bezogen auf Kindheit und Jugend, Erwachsenen-, Rentenalter, prägende Lebensereignisse).

Die Unterteilung in diese vier Bereiche ist verbunden mit einer Unterscheidung hinsichtlich des Zeitpunkts der Erfassung dieser Informationen. Die beiden ersten Themenbereiche umfassen Informationen, die im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Heimeinzug benötigt werden, um eine bewohnerorientierte Versorgung planen zu können. Aspekte der beiden anderen Themenbereiche können zu späteren Zeitpunkten erfasst werden (Staffelung von sechs Wochen nach dem Heimeinzug bis hin zur fortlaufenden Erfassung während des Heimaufenthaltes), da hierzu in der Regel ein gewisser Grad von Vertrautheit zwischen Bewohner und Mitarbeitern erforderlich ist.

Erprobungserfahrungen und Konzeptmodifikationen

Ungeachtet diverser Schwierigkeiten im Rahmen der Erprobung fand der Kriterienkatalog große Zustimmung in den beteiligten Modelleinrichtungen. Die grundsätzliche inhaltliche Ausrichtung des Kriterienkatalogs (Grundsätze, zu erfassende Kriterien, Vorgaben zum Zeitpunkt der Erfassung) hat sich bewährt und zur Optimierung der Biografieerfassung und einer verbesserten Dokumentationsqualität in den Einrichtungen erheblich beigetragen.

Die Erfahrungen der Einrichtungen haben gezeigt, dass erweiterte Erläuterungen zum Kriterienkatalog unabdingbar sind. Beispielsweise berichteten die Modellbeauftragten, dass die Bedeutung biografischer Informationen für den Versorgungsalltag nicht als bekannt vorausgesetzt werden kann und häufig nicht einmal gewährleistet ist, dass dokumentierte Informationen Eingang in die Pflegeplanung finden. Auch die Vorgehensweisen einzelner Mitarbeiter bei der Erfassung biografischer Informationen wurden als problematisch beschrieben. Da sich Verständnisprobleme insbesondere auf die im Kriterienkatalog aufgeführten Grundsätze bezogen, waren diese im Zuge der Konzeptüberarbeitung ausführlicher zu erläutern. Zusätzlich wurde eine Kurzeinführung in das Thema Biografie und Biografiearbeit aufgenommen⁴⁶.

Aufgrund der Erprobungserfahrungen wurden außerdem einige Kriterien ergänzt (z.B. Kommunikation, Wünsche in Bezug auf die Sterbephase/im Todesfall) und die Zuordnung von Aspekten zu Themenbereichen verändert. Um eine differenziertere zeitliche Staffelung zu ermöglichen, wurden die Aspekte auf die bereits genannten vier Themenbereiche aufgeteilt und mit unterschiedlichen Zeitvorgaben versehen⁴⁷.

Die Erprobungserfahrungen dokumentieren jedoch auch einen erheblichen Bedarf an Kompetenzerweiterung, etwa durch Schulung/Anleitung oder Fallbesprechungen. Sie zeigen, dass das Vorhalten eines am Kriterienkatalog ausgerichteten Biografieerfassungsbogens relativ unproblematisch zu gewährleisten ist. Um jedoch die Dokumentation aussagekräftiger biografischer Informationen zu gewährleisten, müssen in vielen Einrichtungen noch grundlegende Voraussetzungen geschaffen werden.

Die Annahme beispielsweise, Biografiearbeit ende mit der Erfassung biografischer Informationen, ist bedauerlicherweise noch weit verbreitet. Es gibt Mitarbeiter, die primär das Ziel verfolgen, einen Biografieerfassungsbogen so vollständig und so

⁴⁶ Eine vertiefende Auseinandersetzung mit der Verwendung biografischer Informationen bei der Ausgestaltung der konkreten Versorgungssituation erfolgt außerdem im Rahmen der Leistungsbeschreibungen.

⁴⁷ Die zu erfassenden Aspekte waren ursprünglich in zwei Themenbereiche untergliedert und mit Angaben über zeitliche Fristen zur Erfassung versehen worden. Diese Zeitvorgaben haben sich in der Praxis teilweise als problematisch erwiesen, da einige Aspekte nicht zu Beginn des Heimaufenthaltes in Erfahrung gebracht werden konnten (zumeist weil hierzu die erforderliche Vertrauensbasis zwischen Bewohner bzw. Bezugspersonen und Mitarbeiter noch fehlte).

frühzeitig wie möglich auszufüllen und dabei eine dem Bewohner und seiner Lebensgeschichte zugewandte Grundhaltung vermissen lassen. Auch ist die Zielsetzung der Erfassung von Informationen nicht immer bewusst. Häufig bleibt ihnen die Entscheidung überlassen, welche Informationen sie weitergeben. Oftmals wird der Stellenwert von Beobachtungen unterschätzt (z. B. Reaktionen der Bewohner auf die Durchführung von Pflegehandlungen, Hinweise auf Vorlieben und/oder Abneigungen). Sie spielen insbesondere bei demenziell erkrankten Bewohnern, die sich nur noch eingeschränkt verbal mitteilen können, eine große Rolle. Wenn diese Bewohner keine Bezugspersonen haben bzw. diese keine Auskünfte geben können, stellen Beobachtungen oftmals die einzige Möglichkeit des Zugangs zu biografierelevanten Informationen dar. Der Kriterienkatalog fordert außerdem eine fortlaufende Erfassung biografischer Informationen. Mitarbeiter sammeln durch regelmäßige Kontakte zu Bewohnern in der Regel immer bessere Kenntnisse, dokumentieren diese aber nicht immer, da sie sie nicht als bedeutsam ansehen.

Mitarbeiter benötigen daher neben einer biografieorientierten Grundhaltung besondere Kenntnisse zur Gestaltung von Gesprächssituationen zur Biografieerfassung, eine geschulte Beobachtungsgabe und die Fähigkeit, ermittelte Informationen so zu dokumentieren, dass sie für die weitere Pflegeprozessgestaltung Verwendung finden können.

5.4 Verbesserte Dokumentationsformen

Der Konzeptbaustein „Verbesserte Dokumentationsformen“ greift ein Thema von hoher Aktualität in der Diskussion um Überregulierungen in der pflegerischen Versorgung auf (DZA 2005; Schönberg/Schnabel 2003). Verbesserte Dokumentationsformen stellen eine von mehreren möglichen Maßnahmen zum Abbau unnötiger Bürokratie im Pflegebereich dar (Wipp 2004; Mybes 2005). Hierbei geht es in erster Linie darum, die Pflegedokumentation auf ihre fachliche Funktion zurückzuführen und dabei auf nicht begründbaren Dokumentationsaufwand zu verzichten. In diesem Sinne wurden im Projekt Referenzmodelle Kriterien und Maßgaben zusammengestellt, die an verbesserte Dokumentationsformen, unabhängig von einem bestimmten Dokumentationssystem, zu stellen sind. Insofern stellt der Konzeptbaustein eine Arbeitshilfe für Pflegeeinrichtungen dar, die sich auf den Weg machen wollen, ihre Dokumentation zu entbürokratisieren und zugleich qualitativ zu verbessern.

Ähnlich wie bei den Empfehlungen zur „Zuständigen Pflegefachkraft“ stand es den Referenzeinrichtungen frei, ihre Arbeitsweise und Instrumente nach den Vorgaben des Konzeptbausteins „Verbesserte Dokumentationsformen“ auszugestalten. Die wissenschaftliche Begleitung hat die Einrichtungen jedoch ausdrücklich dazu ermutigt, da hiermit u. a. eine wesentlich höhere Kompatibilität mit Leistungsbeschreibungen erreicht werden konnte als im Falle herkömmlicher Dokumentationsformen.

Problemhintergrund

Die Anforderungen an Dokumentationsaufgaben ergeben sich zum einen aus einer fachlich-informativen und zum anderen aus einer rechtlich-administrativen Zielsetzung (Heering 2004; Müller 2001). Die primäre, fachlich-informative Funktion resultiert in erster Linie aus dem Pflegeprozess, der nachvollziehbar in der Pflegedokumentation abgebildet werden muss (Heering 2004; Sauter et al. 2004; Bartholomeyczik 2005). Die heutige Dokumentationspraxis orientiert sich jedoch häufig einseitig an (vermuteten) rechtlich-administrativen Anforderungen. Hiervon ist zum einen der Nachweis erbrachter Leistungen betroffen, der zum Teil in Form von seitenlangen Auflistungen einzelner Tätigkeiten erfolgt (Mybes 2005; BMFSFJ 2005). Zum anderen ist bei der Anwendung von Modellen der Aktivitäten (ATL, AEDL, Lebensaktivitäten) mitunter festzustellen, dass ein bestimmtes Pflegeproblem gleichzeitig unterschiedlichen

Bereichen zugeordnet wird. Dieses Vorgehen, das Doppel- und Mehrfachdokumentationen und somit einen erhöhten Aufwand nach sich zieht (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein 2005), resultiert häufig aus der Überzeugung, es sei notwendig, um den Forderungen der Prüfinstanzen zu genügen (MDK und/oder Heimaufsicht). Neuere Untersuchungen kommen allerdings zu dem Schluss, dass diese Annahme zum Teil auf Missverständnissen beruht (BMFSFJ 2005).

Eine weitere Folge besteht darin, dass die informativ-fachliche Qualität der Dokumentation und ihre Strukturiertheit und Nachvollziehbarkeit in Mitleidenschaft gezogen werden. Außerdem wird die Pflegedokumentation von den Pflegekräften häufig nicht als wichtiges Arbeitsmittel gesehen, sondern als lästige Notwendigkeit mit wenig Nutzen für die praktische Pflege (Däbritz 2003).

An dieser Stelle setzen Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegedokumentation an, die bereits in anderen Bundesländern in unterschiedlichen Formen modellhaft umgesetzt wurden (Wipp 2004; Kamm 2004; Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz 2006). Gemeinsames Kennzeichen dieser Initiativen ist, dass eine Reduzierung des Dokumentationsaufwandes bei gleichzeitiger Erfüllung der gesetzlichen Regelungen und Abbildung des Pflegeprozesses in verbesserter Qualität erreicht werden soll.

Vorgehen im Modellvorhaben

In einem ersten Schritt trug das IPW die Zielsetzungen und Anforderungen, aber auch die Erfahrungen mit verbesserten Dokumentationsformen aus den oben genannten Projekten anderer Bundesländer zusammen und brachte sie in die Diskussion mit den Modellbeauftragten ein. Einige Einrichtungen hatten bereits verbesserte Dokumentationsformen umgesetzt und konnten daher eigene Erfahrungen beisteuern.

Die Referenzeinrichtungen wurden daraufhin gebeten, intern die Möglichkeiten der Einführung verbesserter Dokumentationsformen zu überprüfen und hierzu eine Rückmeldung an die wissenschaftliche Begleitung zu geben. Die meisten Modelleinrichtungen signalisierten eine grundsätzliche Bereitschaft zur Umstellung ihrer Pflegedokumentation. Im Anschluss wurde durch das IPW ein Grundsatzpapier entwickelt, das kommentierte Kernanforderungen für neue Dokumentationsformen umfasste.

Parallel dazu ist das IPW in einen Dialog mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung auf Landesebene eingetreten. Diese Gespräche dienten u. a. zur Einschätzung der Frage, in welchen Punkten sich möglicherweise Abweichungen zu den Anforderungen bei Qualitätsprüfungen und der Begutachtung nach dem SGB XI ergeben könnten. Mit ähnlicher Absicht wurden einzelne Heimaufsichtsbehörden angesprochen. Im Ergebnis zeigte sich ein hoher Grad an Übereinstimmung mit den Eckpunkten zur Verbesserung der Dokumentation, die im Modellvorhaben zugrunde gelegt werden sollten.

Inhaltliche Kernpunkte und Aufbau des Konzeptbausteins

Abweichend von vergleichbaren Initiativen in anderen Bundesländern wurde auf die Entwicklung einer Musterdokumentation verzichtet. Vielmehr wurden Grundsätze bzw. Anforderungen und Voraussetzungen für die Einführung verbesserter Pflegedokumentationsformen erarbeitet, deren konkrete Ausgestaltung den Einrichtungen überlassen bleiben sollte. Ausschlaggebend hierfür war das Ziel, Flexibilität zu gewährleisten und die Möglichkeit zu schaffen, anstelle der Einführung eines völlig neuen Dokumentationssystems Modifizierungen des jeweils genutzten Systems vorzunehmen und damit Verbesserungen mit möglichst geringem Aufwand zu erreichen.

Es wurden also Grundsätze entwickelt, die sich an den oben skizzierten Zielsetzungen verbesserter Dokumentationsformen orientieren und die zugleich fachlichen Anforderungen und Empfehlungen (auch denen des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen – vgl. MDS 2005) genügen. Diese Grundsätze beziehen sich insbesondere auf

- Rahmenbedingungen und Voraussetzungen (einschl. personeller Zuständigkeiten),
- die Identifizierung vorrangiger Problemlagen (Assessment),
- die Formulierung von Pflegezielen,
- die Erstellung eines Tagesplans (Maßnahmenplanung),
- Durchführungs-/Leistungsnachweise.

Eine Aufwandsreduzierung sollte vor allem dadurch erreicht werden, dass sich die Formulierung von Pflegezielen auf wesentliche Problem- und Bedarfslagen beschränkt, ein übersichtlicher, individueller Tagesplan für jeden Bewohner erstellt wird und statt Einzelnachweisen für erbrachte Leistungen – mit Ausnahme ärztlich verordneter Maßnahmen – ein Handzeichen je Maßnahmenkomplex ausreichend ist. Eine zentrale Bedeutung kommt der Erstellung eines individuellen Tagesplans für die Bewohner zu. Dieser Tagesplan soll eine strukturierte Übersicht über alle zu leistenden Maßnahmen bieten und alle Informationen enthalten, die für die Durchführung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Pflege benötigt werden.

Erprobungserfahrungen und Konzeptmodifikationen

Nur wenige Referenzeinrichtungen verzichteten darauf, die Möglichkeit zur Umstellung ihrer Pflegedokumentation auf verbesserte Formen zu nutzen. Zwei Gründe spielten hierbei eine Rolle: Zum Teil erschien ihnen der Rahmen des Modellprojektes nicht hinreichend sicher; einige Einrichtungen befürchteten Probleme im Rahmen von Qualitätsprüfungen und bei Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. In anderen Fällen war ausschlaggebend, dass eine bereits vorhandene EDV-gestützte Dokumentation zu wenig Möglichkeiten zur Umstellung nach den Maßgaben der Grundsätze bot.

Die Einrichtungen, die sich zu einer Umstellung ihrer Pflegedokumentation entschlossen, berichteten durchweg von positiven Erfahrungen. Allerdings waren oftmals zeitintensive Vorbereitungen notwendig (z. B. Mitarbeiterschulung, Umschreiben der vorhandenen Bewohnerdokumentationen). Der im Zuge der Umstellung anfallende Aufwand hing zum Teil aber auch damit zusammen, dass in einigen Einrichtungen die Pflegeplanungen Qualitätsdefizite aufwiesen. Die Entwicklung verbesserter Formen der Pflegedokumentation wurde also auch genutzt, um die Qualität der Pflegeplanung insgesamt zu verbessern.

Die neuen Dokumentationsformen führten dazu, dass sich sowohl die Qualität der Pflegeplanung als auch die Nachvollziehbarkeit des Pflegeprozesses deutlich verbesserten und die Dokumentation vermehrt wieder als Arbeitsmittel von den Pflegekräften genutzt wurde. Hiervon wiederum haben die Bewohner profitiert, da ihre individuellen Bedürfnisse und Gewohnheiten, die aus den Tagesplänen hervorgehen, bei der täglichen Versorgung stärker Berücksichtigung fanden. Ein weiterer Vorteil aus Sicht der Praxis hat sich aus der Reduzierung der vormals ausufernden Menge an Handzeichen zur Dokumentation der Maßnahmendurchführung ergeben.

Probleme bereitete den Mitarbeitern der Einrichtungen anfangs die Identifizierung prioritärer Problemlagen der Bewohner und die Festlegung darauf bezogener Pflegeziele. Es zeigten sich auch Schwierigkeiten bei der Erstellung der Tagespläne, da anfangs nicht klar war, wie detailliert diese ausfallen sollten. Die Modellbeauftragten betonten außerdem die Notwendigkeit, für die Erstellung der Pflegedokumentation zeitliche Ressourcen bereits im Rahmen der Dienstplanung einzuräumen.

Im Gesamtbild hat sich der im Modellprojekt gewählte Ansatz zur Verbesserung und Vereinfachung der Dokumentation sehr gut bewährt. Grundlegende inhaltliche Modifikationen waren vor dem Hintergrund der oben skizzierten Erfahrungen nicht notwendig, dafür jedoch umfangreiche Erläuterungen, die in die überarbeitete, für den Praxisleifaden vorgesehene Fassung eingeflossen sind. Diese Fassung ist wesentlich ausführlicher als das ursprüngliche Grundsatzpapier und bietet damit auch Einrichtungen, die nicht auf eine fachliche Begleitung wie im Modellprojekt zurückgreifen können, eine ausreichende Basis für die Weiterentwicklung ihrer Pflegedokumentation.

6. Implementationsbegleitung

Dem IPW kam neben der Konzeptentwicklung auch die Aufgabe der wissenschaftlichen Implementationsbegleitung zu, d. h. die Aufgabe, den Einrichtungen fachliche Hilfestellungen zu leisten, um Anpassungen auf eine Art und Weise durchzuführen, die den Anforderungen der Konzepte entspricht. Zwar hatten die Einrichtungen die Möglichkeit, auf eine professionelle Organisationsberatung zurückzugreifen, doch war von vornherein absehbar, dass eine ergänzende fachliche Beratung erforderlich sein würde. Die wissenschaftliche Implementationsbegleitung erstreckte sich dabei auf folgende Punkte:

- **Prozesssteuerung:** Es blieb zwar den Einrichtungen überlassen, wie sie ihre Handlungsplanung zur Konzeptumsetzung gestalteten und Implementationsprozesse im Einzelnen organisierten, allerdings gab die wissenschaftliche Begleitung durch das IPW eine grobe zeitliche Abfolge vor – schon allein dadurch, dass Konzeptentwicklung und Konzeptumsetzung zum Teil zeitlich parallele Arbeitsstränge darstellten. Der enge Zeitrahmen, in dem das Modellvorhaben durchgeführt wird, gestattete es angesichts der zeitintensiven Abstimmungsprozesse nicht, mit der Umsetzung in der Praxis so lange zu warten, bis sämtliche Konzeptbausteine ausgereift waren. Da diese jedoch in vielfältiger Weise aufeinander Bezug nehmen und ihre Verschränkung allein von der wissenschaftlichen Begleitung überblickt werden konnte, waren die Praxiseinrichtungen in hohem Maße auf Orientierungshilfen bei der Umsetzung angewiesen, sowohl was die zeitliche Organisation der einzelnen Umsetzungsschritte angeht als auch im Blick auf inhaltliche Anforderungen.
- **Ergebnissicherung bei einzelnen Implementationsschritten:** Trotz Einbeziehung in die konzeptionellen Entwicklungsarbeiten bestand ein mitunter ausgeprägtes Bedürfnis der Praxis, sich zu vergewissern, mit der Konzeptumsetzung auf dem richtigen Weg zu sein und Anpassungen oder Problemlösungen in Übereinstimmung mit den Intentionen vorgenommen zu haben, auf denen die Konzepte beruhen. Diese Rückversicherung war sinnvoll und notwendig zugleich: Konzepte wie die Leistungsbeschreibungen müssen, um von der Praxis aufgenommen werden zu können, verhältnismäßig schlank ausfallen und können unmöglich für jede denkbare Detailfrage der Umsetzung eine Antwort bereithalten. Abgesehen davon mussten die Konzepte ihre Praxistauglichkeit im Verlauf der modellhaften Umsetzung erst noch unter Beweis stellen. Ungeachtet der intensiven Beratungen im Vorfeld der Umsetzung offenbarten sich im Verlauf der Erprobung Unschärfen, dysfunktionale Zuordnungen, Inkonsistenzen und andere Schwachstellen. Hier hatte die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis die wichtige Funktion, zu prüfen, ob Implementationsschwierigkeiten auf konzeptimmanente Probleme oder Adaptionprobleme auf Seiten der Praxis zurückzuführen waren.
- **Kontinuierliche „Übersetzungsarbeit“ in Detailfragen:** Eine ebenso wichtige Funktion der Implementationsbegleitung bestand in fortgesetzten Erläuterungen zu einzelnen inhaltlichen Aspekten der Konzepte. Auch dieses Erfordernis ergab sich daraus, dass ein in der Praxis handhabbares Konzept nicht alle Einzelheiten kommentieren und erklären kann, die für die Umsetzung von Bedeutung sein können. Hinzu kommen Schwierigkeiten auf begrifflicher Ebene. Wenngleich sich Wissenschaft und Praxis im Rahmen der geschilderten konzeptionellen Entwicklungsarbeiten auf sprachlicher Ebene angenähert haben, blieben die Konzeptbausteine, vor allem die Leistungsbeschreibungen „durchsetzt“ von sprachlichen Gepflogenheiten der Wissenschaft – unter anderem deshalb, weil es als wichtig erachtet wurde, auch auf sprachlicher Ebene eine dem aktuellen Stand der pflegefachlichen und pflegewissenschaftlichen Diskussion entsprechende Lösung zu finden.

- Definition von Grenzen für kreative Lösungen: Keiner der im Modellvorhaben entwickelten Konzeptbausteine legte die Referenzeinrichtungen bei der Umsetzung auf starre Lösungen fest. Es bestand für sie immer ein gewisser Spielraum zur Ausgestaltung, der zum Teil sogar sehr breit ausfiel. Gerade deshalb war es jedoch für die Einrichtungen gelegentlich schwer zu entscheiden, mit welchen Umsetzungsschritten sie möglicherweise die Grenze der Übereinstimmung mit den konzeptionellen Vorgaben überschreiten würden.
- Legitimation von Handlungsinitiativen der Modellbeauftragten: Den Modellbeauftragten kam innerhalb der Referenzeinrichtungen eine wichtige, zugleich aber schwierige und zum Teil sogar prekäre Funktion zu. Sie stießen Prozesse in Handlungsfeldern an, deren Gestaltung außerhalb des Modellkontextes in den Zuständigkeitsbereich anderer Mitarbeiter fiel (vor allem Pflegedienst- und Wohnbereichsleitungen). Sie mussten daher oftmals intensive Überzeugungsarbeit leisten und ggf. auch Kompromisse aushandeln. In diesem Zusammenhang hatte die Implementationsbegleitung eine Funktion von eher strategischem Charakter: Sie unterstützte die Arbeit der Modellbeauftragten, indem sie deren Handeln indirekt durch ihre konzeptionellen Vorgaben gegenüber anderen Mitarbeitern der Einrichtungen legitimierte.

Die wissenschaftliche Implementationsbegleitung war insofern eine unerlässliche Voraussetzung für die erfolgreiche Konzeptumsetzung. Sie konnte auch nur durch eine Instanz geleistet werden, die mit den Zielsetzungen, inhaltlichen Verästelungen und Interdependenzen der Konzeptbausteine und der Modellkonzeption insgesamt gut vertraut und fachlich in der Lage war, sich mit der Praxis rasch und sachgerecht zu verständigen.

7. Fazit

Das Projekt „Referenzmodelle zur qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ weist im Vergleich zu anderen Vorhaben, die das Ziel der Qualitätsentwicklung verfolgen, einige wichtige Besonderheiten auf. Erstens ist das Projekt aus einer gemeinsamen Initiative des nordrhein-westfälischen Landespflegeausschusses, der Spitzenverbände der Pflegekassen, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW hervorgegangen. Es handelt sich insofern um eine Qualitätsentwicklungsinitiative, die sich im Grundsatz auf eine relativ breite Basis stützen kann. Zweitens folgte das Projekt dem Anspruch, Konzepte und Problemlösungen in enger Kooperation mit der Praxis zu entwickeln und somit von vornherein ein Maximum an Anschlussfähigkeit anzustreben. Drittens schließlich umfasste das Modellvorhaben ein ganzes Bündel von Maßnahmen der Qualitätsentwicklung, die sich nicht auf äußere Rahmenbedingungen konzentrieren, sondern direkt auf das Handlungsfeld beziehen, in dem Qualität letztlich realisiert wird: auf die tägliche individuelle Unterstützung der Bewohner.

Mit der Entwicklung der Leistungsbeschreibungen wurde das Profil eines Versorgungsangebotes definiert, das auf die typischen Anforderungen zugeschnitten ist, die aus den gesundheitlichen und sozialen Problemlagen der heutigen Heimbewohner erwachsen. Sie weisen den psychischen Problemlagen der Bewohner einen hohen Stellenwert zu und akzentuieren das Ziel einer ressourcenfördernden und biografieorientierten Versorgung. Sie folgen zudem dem Grundsatz, fachlich anspruchsvolle, aber unkomplizierte und unbürokratische Lösungen zu entwickeln.

Mit insgesamt sechs Rahmenkonzepten bzw. Qualitätsmaßstäben griff das Modellprojekt weitere wichtige Herausforderungen für die Qualitätsentwicklung auf. Sie zielen darauf ab,

- neue Bewohner bei der Bewältigung des Einzugs in eine Pflegeeinrichtung, der in aller Regel als tiefgreifender Einschnitt erfahren wird und hohe psychische Belastungen mit sich bringt, wirksam zu unterstützen,
- eine bessere Einbindung der Angehörigen in den Alltag der Einrichtungen zu erreichen und den Kontakt zwischen Bewohnern und Angehörigen zu fördern,
- eine bedarfs- und bedürfnisgerechte nächtliche Versorgung sicherzustellen und zu diesem Zweck das abendliche und nächtliche Unterstützungsangebot weiterzuentwickeln,
- elementare Voraussetzungen für eine adäquate Begleitung sterbender Heimbewohner sicherzustellen, damit ein Sterben in Würde zu ermöglichen und Krankenhausaufenthalte in der Sterbephase so weit wie möglich zu vermeiden,
- geeignete Voraussetzungen zur Verbesserung der Kooperation mit niedergelassenen Ärzten zu schaffen und damit auch einen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung zu leisten,
- die Unterstützung der Bewohner bei notwendigen Krankenhausaufenthalten und die Kooperation zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung im Rahmen des Überleitungsverfahrens zu verbessern.

Weitere Konzeptbausteine greifen andere Kernfragen der Versorgungsqualität auf. Dazu gehören die Förderung einer qualifikationsorientierten Arbeitsteilung und die personelle Zuordnung von Steuerungsverantwortung für den Pflegeprozess. Das IPW hat in Form von Empfehlungen für die Referenzeinrichtungen (Aufgaben und Funktion der „Zuständigen Pflegefachkraft“) die Grundzüge einer Arbeitsteilung beschrieben, in der die Steuerungs- und Koordinationsverantwortung für die Unterstützung des einzelnen Bewohners klar definiert und personell zugeordnet wird. Ferner wurden Kriterienkataloge für das pflegerische Assessment und die Erfassung biografischer Informationen entwickelt. Schließlich wurden Grundlagen für eine verbesserte Pflegedokumentation erarbeitet, die auf Entbürokratisierung und zugleich auf Qualitäts-

verbesserung abzielen. Mit ihnen kann die Pflegedokumentation nicht nur von unnötigem Ballast befreit, sondern auf ihre ursprüngliche Funktion zurückgeführt werden und damit wieder als wichtige Orientierungshilfe und Handlungsgrundlage für die zielgerichtete pflegerische Versorgung dienen.

Sämtliche Konzeptbausteine wurden in Abstimmung mit den beteiligten Modelleinrichtungen und den projektbegleitenden Gremien entwickelt, zum Teil unter Hinzuziehung externer Expertise. Die Referenzkonzepte sind letztlich nicht allein das Ergebnis fachlicher Überlegungen bzw. wissenschaftlicher Arbeiten, sondern das Resultat einer wissenschaftlichen Konzeptentwicklung, in die sowohl wissenschaftliches als auch berufspraktisches Wissen eingeflossen ist.

Die im Modellvorhaben gewählte Strategie der Konzeptentwicklung und -abstimmung hat sich im Großen und Ganzen bewährt. Die Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis verlief keineswegs spannungsfrei, aber doch reibungsloser als zu Beginn des Projektes erwartet. Eine produktive und von gegenseitiger Akzeptanz geprägte Zusammenarbeit setzt nach den Projekterfahrungen allerdings voraus, dass

- sich beide Seiten am Leitbild einer professionellen Pflege orientieren und dadurch auf fachlicher Ebene eine gemeinsame Basis für die Entwicklungsarbeiten existiert,
- die Wissenschaft ein ausreichendes Verständnis für die Arbeitsbedingungen und Probleme, die den Versorgungsalltag prägen, und eine entsprechende Lernbereitschaft entwickelt,
- die Rollen von Wissenschaft und Praxis, der Kontext und die jeweiligen Handlungsspielräume von Beginn an klar definiert sind,
- der Praxis Freiräume für konzeptionelle „Feinarbeiten“ verbleiben, die sicherstellen, dass die Umsetzung von Konzepten nicht als Störung bewährter interner Abläufe, sondern als Bereicherung erfahren wird.

Das Projekt Referenzmodelle ist angetreten, konkrete Wege der Qualitätsentwicklung aufzuzeigen, denen andere folgen können. Viele Ergebnisse des Modellvorhabens sind für die Einrichtungen unmittelbar verwertbar. Sie liefern konzeptionelle Grundlagen und reichhaltige Erfahrungen im Umgang mit zahlreichen und oft schwierigen Herausforderungen bei der Umsetzung. Dabei handelt es sich allerdings um ein anspruchsvolles Unterfangen: Die Referenzkonzepte zielen nicht auf eng begrenzte Schritte zur Verbesserung von Teilaspekten der Versorgung, sondern auf grundlegende Qualitätsverbesserungen. Man darf trotz des großen Engagements der Einrichtungen und insbesondere ihrer Modellbeauftragten nicht vergessen, dass die Umsetzung in einen Modellrahmen eingebettet war, der anderen Einrichtungen in dieser Form nicht zur Verfügung stehen wird. Folgendes kennzeichnete diesen Rahmen:

- Es existierte eine wissenschaftliche Implementationsbegleitung und damit die Möglichkeit, bei der Umsetzung von Konzepten in inhaltlichen Fragen Rücksprache zu halten. Dies erwies sich insbesondere dort als wichtig, wo relativ komplexe Fragen der Umsetzung zu bearbeiten waren.
- Die Umsetzung wurde unterstützt durch eine externe Organisationsberatung. Nachhaltige Qualitätsentwicklung in Einrichtungen ist ohne organisatorische Anpassungen nicht denkbar.
- Die Modellbeauftragten der Referenzeinrichtungen waren in eine Kooperation mit anderen Modellbeauftragten eingebunden. Sie können von deren Erfahrungen profitieren und sich gegenseitig Anregungen in Umsetzungsfragen geben. Dies hat sich im Verlauf des Modellvorhabens als sehr fruchtbar erwiesen.
- Die Arbeit der einzelnen Referenzeinrichtungen war in eine übergeordnete Projektplanung eingebunden. Es existierte dadurch eine Anforderung von außen, die Stetigkeit förderte. Diese Konstellation war zum Teil hilfreich, wenn interne Hürden bzw. Widerstände überwunden werden mussten. Der Modellrahmen stärkte

die Legitimation von Veränderungen und drängte dazu, sich mit Fragen auseinanderzusetzen, die ohne Einbindung in ein Modellprojekt vielleicht weniger intensiv aufgegriffen würden.

- Nicht zuletzt ist auf die wichtige Funktion der Modellbeauftragten hinzuweisen – Mitarbeiter der Einrichtungen, die ausschließlich mit Aufgaben betraut waren, die aus dem Projekt erwuchsen. Innovationen in Pflegeeinrichtungen sind in hohem Maße auf solche Mitarbeiter angewiesen, die über die fachliche Kompetenz wie auch über ausreichende zeitliche Spielräume verfügen, um Veränderungen zu initiieren, Prozesse zu steuern oder zu koordinieren, zu informieren und bei Bedarf auch anzuleiten. Sie sind die wichtigsten Träger und Multiplikatoren von Entwicklungsprozessen.

Die erreichten Erfolge in den Einrichtungen wären ohne diesen Modellrahmen nicht möglich gewesen. Vermutlich kann der Weg der Referenzmodelle von den meisten anderen Pflegeeinrichtungen nur dann erfolgreich beschritten werden, wenn ihnen ein annähernd vergleichbarer Rahmen zur Verfügung steht – kein Modellprojekt, aber ein Kooperationszusammenhang, der die notwendigen Voraussetzungen für eine nachhaltige Qualitätsentwicklung bietet. Die zentralen Punkte wurden oben benannt: Geeignete Formen der Kooperation und der gegenseitigen Unterstützung, die Einbindung in einen einrichtungsübergreifenden Arbeitszusammenhang, Unterstützung bei der Organisationsentwicklung, eine fachliche Implementationsbegleitung und erfahrene Multiplikatoren, die in den Einrichtungen für eine stetige und zielgerichtete Konzeptumsetzung sorgen.

Literatur

- Abt-Zegelin, A./Budroni, H./Greiving, C. (2003): Brennpunkt: Pflegedokumentation. Die Schwester/Der Pfleger 42, Nr. 4, 296–300
- Alessi, C. A./Yoon, E. J./Schnelle, J. F./Al-Samarrai, N. R./Cruise, P. A. (1999): A randomized trial of a combined physical activity and environmental intervention in nursing home residents. Do sleep and agitation improve? *Journal of the American Geriatrics Society* 47, Nr. 1, 784–791
- Algase, D. L. (1999): Wandering in dementia. *Annual Review of Nursing Research* 17, Nr. 3, 185–218
- Andraschko, H.-G. (1996): Das System der Bezugspflege. *Pflegezeitschrift* 49, Nr. 12, Dokumentation Pflegetheorie, 1–12
- Arets, J./Obex, F./Vaessen, J./Wagner, F. (1996): Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Band 1. Bocholt: Eicanos
- Armer, J. M. (1993): Elderly relocation to a congregate setting: Factors influencing adjustment. *Issues in Mental Health Nursing* 14, Nr. 2, 157–172
- Backes, G. M./Clemens, W. (2003): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim: Juventa
- Bartholomeyczik, S. (2000): Gegenstand, Entwicklung und Fragestellungen pflegewissenschaftlicher Forschung. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Juventa, 67–106
- Bartholomeyczik, S. (2005): Entbürokratisierung der Pflegedokumentation: Unterstützung statt Ersatz der Praxis. *Pflegezeitschrift* 58, Nr. 3, 143–146
- Bartholomeyczik, S./Morgenstern, M. (2004): Qualitätsdimensionen in der Pflegedokumentation – eine standardisierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen. *Pflege* 17, Nr. 3, 187–195
- Bates-Jensen, B. M./Schnelle, J. F./Alessi, C. A./Al-Samarrai, N. R./Levy-Storms, L. (2004): The effects of staffing on in-bed times of nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 52, Nr. 6, 931–938
- Bauer, M./Nay, R. (2003): Family and staff partnerships in long-term care. A review of the literature. *Journal of Gerontological Nursing* 29, Nr. 10, 46–53
- Becker, C./Koczy, P./Rissmann, U./Lindemann, B. (2005): Medizin im Altenheim – eine „alte“ Domäne der Geriatrie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, Suppl. 1, 1/24–1/27
- Bickel, H. (1998): Das letzte Lebensjahr: Eine Repräsentativstudie an Verstorbenen. Wohnsituation, Sterbeort und Nutzung von Versorgungsangeboten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31, Nr. 3, 193–204
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2005): Forschungsprojekt „Kompetenzteam“ zur Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland. Zwischenergebnisse zum Untersuchungsschwerpunkt „Entbürokratisierungspotenziale bei der Pflegedokumentation“. (<http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=29722.html>, 26.05.2006)
- Bourret, E. M./Bernick, L. G./Cott, C. A./Kontos, P. C. (2002): The meaning of mobility for residents and staff in long-term care facilities. *Journal of Advanced Nursing* 37, Nr. 4, 338–345
- Brobst, R. A./Coughlin, A. M. C./Cunningham, D./Feldman, J. M./Hess, R. G./Mason, J. E./McBride, L. A. F./Perkins, R./Romano, C. A./Warren, J./Wright, W. (1996): Der Pflegeprozess in der Praxis. Bern: Huber
- Büssing, A. (1997): Neue Entwicklungen in der Krankenpflege. Reorganisation von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. In: Büssing, A. (Hg.): *Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 15–48
- Campbell, S. S./Murphy, P. J./Stauble, T. N. (2005): Effects of a nap on nighttime sleep and waking function in older subjects. *Journal of the American Geriatrics Society* 53, Nr. 1, 48–53
- Clarke, A. (2000): Using biography to enhance the nursing care of older people. *British Journal of Nursing* 9, Nr. 7, 429–433
- Cortes, T./Wexler, S./Fitzpatrick, J. J. (2004): The transition of elderly patients between hospitals and nursing homes. Improving nurse-to-nurse communication. *Journal of Gerontological Nursing* 30, Nr. 6, 10–15
- Däbritz, S. (2003): Anspruch und Wirklichkeit von Pflegedokumentation in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe. Bericht über eine Fachtagung des Deutschen Vereins. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge 83, Nr. 1, 17–20
- Daneke, S. (2000): Angehörigenarbeit. München: Urban & Fischer
- Dangel, B./Korporal, J. (2001): Instrument für das Entlassungsmanagement: Bericht zur Pflegeüberleitung muss von allen Beteiligten verstanden werden. *Pflegezeitschrift* 54, Nr. 7, 475–478
- Darmann, I. (2002): Bewegung als Interaktion – Systemisch-konstruktivistische Sichtweise von Bewegung und Konsequenzen für die Pflege. *Pflege* 15, Nr. 5, 181–186
- 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
- Domscheit, S./Wingenfeld, K. (1996): Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen. Konzeptionelle Entwicklungen, Problemfelder und Anforderungen. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft, P96-100. Bielefeld: IPW
- Dreßel, G./Erdmann, B./Hausmann, C./Hildenbrand, B./van Oorschot, B. (2001): Sterben und Tod in Thüringen. Ergebnisse einer sozialwissenschaftlichen Repräsentativbefragung. Friedrich-Schiller-Universität Jena
- DZA – Deutsches Zentrum für Altersfragen (2005): Runder Tisch Pflege. Arbeitsgruppe III. Entbürokratisierung. (<http://www.dza.de/download/ErgebnisseRunderTischArbeitsgruppeIII.pdf>, 16.05.2006)
- Elkeles, T. (1997): Kritik an der Funktionspflege. In: Büssing, A. (Hg.): *Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 49–63



- Enquête-Kommission Demographischer Wandel (2002): Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Berlin: Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit
- Ersser, S./Tutton, E. (2000): Primary Nursing – Worum geht es? In: Ersser, S./Tutton, E.: Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems. Bern: Huber, 3–35
- 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
- Fafflock, H./Güttler, K./Lehmann, A./Bruns, T./Wicha, I. (2003): Pflegeprozess – Standardisierung und Qualität in der Pflege. Aachen: Verlag Mainz
- 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
- Fiatarone, M. A./Marks, E. C./Ryan, N. D./Meredith, C. N./Lipsitz, L. A./Evans, W. J. (1990): High-intensity strength training in nonagenarians. Effects on skeletal muscle. Journal of the American Medical Association 263, Nr. 22, 3029–3034
- Filipp, H.S. (1995): Kritische Lebensereignisse. 3. Aufl. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union
- Fischbach, A./Stinner, K. (2001): Von Außenseitern und Etablierten. Quo vadis Pflegeplanung? Pflegezeitschrift 54, Nr. 4, 245–247
- Fiveash, B. (1998): The experience of nursing home life. International Journal of Nursing Practice 4, Nr. 3, 166–174
- Friebe, J. (2004): Der biografische Ansatz in der Pflege. Pflege & Gesellschaft 9, Nr. 1, 3–5
- Frohnhofer, H./Holtmann, B. (2000): Schlaf und Schlafstörungen im Alter. In: Nikolaus, T. (Hg.): Klinische Geriatrie. Berlin: Springer, 384–394
- Fuchs, S. (2000): Arbeitshilfen für die Bildungsarbeit mit pflegenden Angehörigen. Hagen: Brigitte Kunz Verlag
- Gaugler, J. E./Anderson, K. A./Holmes H. H. (2005): Family-based intervention in residential long-term care. In: Caputo, R. K. (Hg.): Challenges of aging on U.S. families. New York: Haworth Press, 45–62
- Georg, J. (Hg.) (2005): NANDA International. NANDA-Pflegediagnosen. Definition und Klassifikation 2005-2006. Bern: Huber
- George, W./George, U. (2003): Angehörigenintegration in der Pflege. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Glaser, J./Büssing, A. (1996): Ganzheitliche Pflege – Präzisierung und Umsetzungschancen. Pflege 9, Nr. 3, 221–232
- Goossen, W. (2001): Pflegeklassifikationen: Was, wie und warum? In: Oud, N. (Hg.): ACENDIO. Dritte europäische Konferenz der Organisation für gemeinsame europäische Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse. Bern: Huber, 15–25
- Graber-Dünnow, M. (2003): Milieutherapie in der stationären Altenhilfe. Lehr- und Arbeitsbuch für Altenpflegeberufe. Hannover: Brigitte Kunz Verlag
- Hallauer, J./Biestein, C./Lehr, U./Rönsch, H. (2005): SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network
- 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
- Harper, I. G. (2002): Daily life in a nursing home. Has it changed in 25 years? Journal of Aging Studies 16, Nr. 4, 345–359
- Hauer, K. (2000): Körperliche Bewegung und Training im Alter. In: Nikolaus, T. (Hg.): Klinische Geriatrie. Berlin: Springer, 815–823
- Heering, C. (2004): Pflegedokumentation. In: Heering, C. (Hg.): Das Pflegevisitenbuch. Bern: Huber, 38–41
- Heitmann, D./Bonato, M. (2006): Qualitätsentwicklung in der stationären Altenpflege. Befunde einer Studie in Nordrhein-Westfalen. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 37, Nr. 2, 104–118
- Hertzberg, A./Ekman, S.-L./Axelsson, K. (2001): Staff activities and behaviour are the source of many feelings: relatives' interactions and relationships with staff in nursing homes. Journal of Clinical Nursing 10, Nr. 3, 380–388
- Janzen, W. (2001): Long-term care for older adults: the role of the family. Journal of Gerontological Nursing 27, Nr. 2, 36–43
- Jenull-Schiefer, B./Janig, H. (2004): Aktivierungsangebote in Pflegeheimen. Eine Studie zur Inanspruchnahme und Zufriedenheit. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 37, Nr. 5, 393–401
- Jeschke, D./Zeilberger, K. (2004): Altern und körperliche Aktivität. Deutsches Ärzteblatt 101, Nr. 12, 789–798
- Johnson, M./Maas, M. L./Moorhead, S. (Hg.) (2005): Pflegeergebnisklassifikation NOC. Bern: Huber
- Johnston, B. (1999): Overview of nursing developments in palliative care. In: Lugton, J./Kindlen, M. (Hg.): Palliative Care: The nursing role. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1–26
- Juda, M./Münch, M./Wirz-Justice, A./Morrow, M./Roenneberg, T. (2006): The biological clock and sleep in the elderly. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 19, Nr. 1, 45–51
- Kamm, J. (2004): Rechtliche Bewertung der Pflegedokumentation. Teilbericht des Projekts „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“, hg. vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. München. (<http://www.stmas.bayern.de/pflege/stationaer/entbuero.htm>, 26.05.2006)
- Kampfe, C.M. (2002): Older Adult's Perceptions of Residential Relocation. Journal of Humanistic Counseling, Education and Development 41, Nr. 1, 103–113
- KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.) (2000): Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen. Köln: KDA
- KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.) (2005): Bericht zum Projekt „Bürokratie in der Pflege – Inhalt und Aufwand indirekter Pflege in der stationären Altenhilfe“. Köln: KDA
- Kellnhauser, E./Schewior-Popp, S./Sitzmann, F. (Hg.) (2004): Thiemes Pflege. Professionalität erleben. Stuttgart: Thieme Verlag
- Kerkhoff, B. (2002): Biografiearbeit – Schlüssel für eine individuelle Begleitung in der Pflege. Die Schwester/Der Pfleger 41, Nr. 10, 830–833
- Kirchen-Peters, S. (2005): Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Ergebnisse des Modellprojektes „Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst“. Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.
- Kitwood, T. (2000): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber
- Kleina, T./Wingenfeld, K. (2006): Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Bielefeld (Projektbericht)

- Korte-Pöters, 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: MGSFF NRW
- Korte-Pöters, U./Wingenfeld, K./Heitmann, D. (2007): Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen. In: Referenzmodelle. Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege – Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts. Hg. vom Nordrhein-westfälischen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Düsseldorf
- Kors, B./Seunke, W. (2001): Gerontopsychiatrische Pflege. München: Urban & Fischer
- Krešević, D. M./Landefeld, C. S./Palmer, R./Kowal, J. (1997): Der Umgang mit akuten Verschlechterungen bei chronisch kranken älteren Menschen. In: Funk, S. G./Tornquist, E. M./Champagne, M. T./Wiese, R. (Hg.): Die Pflege chronisch Kranker. Bern: Huber, 155–165
- Kricheldorf, C. (2005): Biografisches Arbeiten und Lernen. Lebensgeschichtliche Prägungen als Ressourcen. Pflege-magazin 6, Nr. 4, 4–12
- Kruse, A. (2000): Zeit, Biografie und Lebenslauf. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33, Nr. 1, 90–97
- Künzel-Schön, M. (2000): Bewältigungsstrategien älterer Menschen. Grundlagen und Handlungsorientierungen für die ambulante Arbeit. Weinheim: Juventa
- Landtag Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2005): Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. Düsseldorf
- Lazowski, D.-A./Ecclestone, N./Myers, A./Paterson, D./Tudor-Locke, C./Fitzgerald, C./Jones, G./Shima, N./Cunningham D. (1999): A randomized outcome evaluation of group exercise programs in long-term care institutions. Journal of Gerontology 54 A, Nr. 12, M621–M628
- 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., korrigierte Aufl.. Wiebelsheim: Quelle & Meyer
- Lugton, C./Pearce, J. (1999): Holistic assessment of patient' and relatives' needs. In: Lugton, J./Kindlen, M. (Hg.): Palliative Care: The nursing role. Edinburgh: Churchill Livingstone, 61–87
- Luxton, S. (2002): Restorative care education and training. Development of a training program for restorative care. (<http://www.uwo.ca/actage/pdf/restorative.pdf>, 19.01.2006)
- Maciejewski, B./Sowinski, C. (2000): Das „KDA-Türöffnungskonzept“. In: Tackenberg, P./Abt-Zegelin, A. (Hg.): Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung. Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag, 268–289
- Marhold, D./Happe, K. (1999): Pflegestandards – Pro und Contra. Pflege und Gesellschaft 4, Nr. 1, 14–16
- McCloskey Docherman, J. C./Bulechek, G. M./Moorhead, S./Johnson, M./Maas, M. (2003): Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC): overview and current status. In: Clark, J. (Hg.): Naming Nursing. Bern: Huber, 113–122
- 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 – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2004): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI. (<http://www.mds-ev.org/index2.html>, 26.04.2006)
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2005): Grundsatzstellungnahme: Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Essen: MDS.
- Menche, N./Bazlen, U. (2004): Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. München: Urban & Fischer
- Meusel, H. (2000): Grundlagen der Bewegungstherapie in der geriatrischen Rehabilitation. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33, Nr. 1, 35–44
- MGSFF – Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2005): Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004–2006. Heft 1. Düsseldorf
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz (Hg.) (2006): Musterdokumentation für die stationäre Pflege. Mainz
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein (Hg.) (2005): Das schleswig-holsteinische Modell der „Vereinfachten Pflegeplanung und -dokumentation“. Ergebnisse des Modellprojektes. Kiel
- Mischo-Kelling, M. (2005): Vorwort zur deutschen Ausgabe. In: Manthey, M.: Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern: Huber, 7–16
- Morgan, K./Closs, S. J. (1999): Sleep management in nursing practice: an evidence-based guide. Edinburgh: Churchill Livingstone
- 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
- Müller, H. (2001): Arbeitsorganisation in der Altenpflege. Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. Hannover: Schlütersche
- Münch, M./Cajochen, C./Wirz-Justice, A. (2005): Schlaf und zirkadiane Rhythmik im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38, 21–23
- Mybes, U. (2005): Optimierungspotenziale der Pflegedokumentation. Pflege aktuell 59, Nr. 2, 86–90
- Namazi, K. H./Zadorozny, C. A./Gwinnup, P. B. (1995): The influences of physical activity on patterns of sleep behavior of patients with alzheimer's disease. International Journal of Aging and Human Development 40, Nr. 2, 145–153
- Nay, R. (1995): Nursing home residents' perception of relocation. Journal of Clinical Nursing 4, 319–325
- Needham, I. (1996): Pflegeplanung in der Psychiatrie. 3. Aufl. Basel: Recom
- 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
- Ochsmann, R./Slangen, K./Feith, G./Klein, T./Seibert, A. (1997): Sterbeorte in Rheinland-Pfalz. Zur Demographie des Todes. Beiträge zur Thanatologie, Heft 8 der Schriftenreihe des Interdisziplinären Arbeitskreises Thanatologie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (JGU). Mainz



- Oschütz, H./Belinová, K. (2003): Training im Alter. In: Denk, H./Pache, D./Schaller, H.-J. (Hg.): Handbuch Alterssport. Grundlagen – Analysen – Perspektiven. Band 139 der „Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport“. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann, 147–198
- Oswald, W. D./Hagen, B./Rupprecht, R./Gunzelmann, T. (2002): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA). Teil XVII: Zusammenfassende Darstellung der langfristigen Trainingseffekte. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 15, Nr. 1, 13–31
- 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
- Port, C. L. (2004): Identifying changeable barriers to family involvement in the nursing home for cognitively impaired residents. The Gerontologist 44, Nr. 6, 770–778
- Reinardy, J. R. (1992): Decisional Control in Moving to a Nursing Home: Postadmission Adjustment and Well-Being. The Gerontologist 32, Nr. 1, 96–103
- Remmers, H. (2006): Zur Bedeutung biografischer Ansätze in der Pflegewissenschaft. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39, Nr. 3, 183–191
- Resnick, B. (1999): Motivation to perform activities of daily living in the institutionalized older adult: can a leopard change its spots? Journal of Advanced Nursing 29, Nr. 4, 792–799
- Rosswurm, M. A./Lanham, D. M. (1998): Discharge planning for elderly patients. Journal of Gerontological Nursing 24, Nr. 5, 14–21
- 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. (1993): Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer
- Sauter, D./Abderhalden, C./Needham, I./Wolff, S. (Hg.) (2004): Lehrbuch psychiatrische Pflege. 2. Aufl. Bern: Huber
- Schaeffer, D. (2000): Bruchstellen in der Versorgung chronisch kranker alter Menschen. In: Seidl, E./Stanková, M./Walter, I. (Hg.): Autonomie im Alter. Wien: Wilhelm Maudrich, 11–35
- Schaeffer, D./Moers, M. (2003): Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, 447–483
- 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
- Schlettig, H.-J. (1997): Qualitätsmanagement aus der Perspektive der Bezugspflege. In: Büssing, A. (Hg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 223–241
- Schlettig, H.-J./von der Heide, U. (1995): Bezugspflege. Berlin: Springer
- 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 am Main: Mabuse, 243–267
- Schönberg, F./Schnabel, E. (2003): Entbürokratisierungspotenziale in stationären Einrichtungen der Altenpflege. Kurzex-pertise des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Dortmund: Institut für Gerontologie
- Schönlau, K./Kunstmann, W./Plenter, C./Sieger, M. (2005): Versorgungskontinuität – die Perspektive von Pflegeüberleitungskräften. Pflege 18, Nr. 2, 95–104
- Seel, M./Hurling, E. (2001): Die Pflege des Menschen im Alter. Hannover: Schlütersche
- Seibold, H./Köther, I. (2005): Rahmenbedingungen und Arbeitsorganisation im Altenpflegeheim. In: Köther, I. (Hg.): Thiemes Altenpflege. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 756–776
- 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
- Sickendiek, U./Engel, F./Nestmann, F. (2002): Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. Weinheim: Juventa
- Späth, C./Matter, C. (1998): Tagesstruktur Demenzkranker in der häuslichen Pflege und ihre Beziehung zu Tag-Nacht-Rhythmus-Störungen. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 11, Nr. 2, 61–67
- 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
- Stähling, E. (2000): Pflegesysteme und Modelle der Pflegeorganisation. In: Kellnhauser, E./Schewior-Popp, S./Sitzmann, F./Geißner, U./Gümmer, M./Ullrich, L. (Hg.): Thiemes Pflege. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 154–161
- 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: Haus Neuland, 67–89
- Stemmer, R. (2003): Pflegetheorien und Pflegeklassifikationen. Pflege und Gesellschaft 8, Nr. 2, 51–58
- Stemper, T. (2002): Alter, Altern, Alterssport. Zur Bedeutung des körperlichen Trainings für Ältere aus sportwissenschaftlicher Sicht. In: Rösch, H.-E./Yaldai, S. (Hg.): Spektrum der Sportwissenschaft. Heft 14 der Schriftenreihe des Instituts für Sportwissenschaft der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, 38–60
- 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
- Thomas, D. W. (1997): Understanding the wandering patient. A continuity of personal perspective. In: Journal of Gerontological Nursing 23, Nr. 1, 16–24
- WHO Regional Office for Europe (1982): Nursing Process Workbook. Kopenhagen
- WHO – World Health Organization (1990): Cancer Pain Relief and Palliative Care. Genf: WHO
- Wilson, S.A. (1997): The transition to nursing home life: a comparison of planned and unplanned admissions. Journal of Advanced Nursing 26, 864–871
- Wingenfeld, K. (2000): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, S. 339–361
- Wingenfeld, K. (2002): Der Übergang des Krankenhauspatienten in die ambulante Pflege. In: Schaeffer, D./Ewers, M. (Hg.): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern: Huber, 336–364

- Wingenfeld, K. (2004): Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen: Nachtdienste detailliert dokumentieren. *Altenheim* 6, 40–43
- Wingenfeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Huber
- Wingenfeld, K./Korte-Pöitters, U./Heitmann, D. (2006): Qualitätsmaßstäbe für die vollstationäre Pflege, Version 1.0. Heft 3 der Schriftenreihe „Referenzmodelle zur qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004–2006“, hg. vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS). Düsseldorf
- Wingenfeld, K./Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Wipp, M. (2004): Abschlussbericht. Teilbericht des Projekts „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“, hg. vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. München (<http://www.stmas.bayern.de/pflege/stationaer/entbuero.htm>, 26.05.2006)

Teilbericht 3: Organisations- entwicklung

Verfasser/innen:

Brigitte Rehling

unter Mitarbeit von Hildegard Heinrich, Manfred Krohn, René Bernards,
Annegret Zacharias, Marion Menke

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



	Seite
Einleitung	136
1. Konzept der Organisationsberatung und Vorgehensweisen in den Einrichtungen	137
1.1 Das Beraterteam	137
1.2 Ziele der Organisationsberatung	137
1.3 Systemischer Ansatz der Organisationsberatung	138
1.4 Methoden der Beratung	139
1.5 Schwerpunkte der Beratung	141
2. Die Organisationsentwicklung in den Einrichtungen	142
2.1 Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation: Zielangemessenheit, Eindeutigkeit und Transparenz	142
2.2 Die „Zuständige Pflegefachkraft“ als Ausgangspunkt für die Pflegeorganisation	143
2.2.1 Vorhandene Probleme der Bezugspflegepraxis	143
2.2.2 Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation im Sinne der Zuständigen Pflegefachkraft – Beispielhafte Lösungswege	144
2.2.3 Probleme im Umsetzungsprozess und wie sie bewältigt wurden	149
2.2.4 Die Kooperation zwischen Pflege und Sozialem Dienst	150
2.2.5 Strukturelle Hindernisse für Zusammenarbeit und die Umsetzung des Referenzkonzeptes	150
2.2.6 Lösungswege: Optimierte Vernetzung zwischen Pflege und Sozialem Dienst	153
2.2.7 Dezentralisierung des Sozialen Dienstes	153
3. Qualitätsmanagement in der stationären Altenpflege	155
3.1 Gute Pflege und einrichtungsinternes Qualitätsmanagement	156
3.2 Leistungsbeschreibungen: das Leistungsprofil der stationären Altenpflege	157
3.2.1 Bestandsaufnahme zu den unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungsbeschreibungen	157
3.2.2 Berufsbegleitende fachliche Qualifizierung	159
3.2.3 Bedarfsgerechte Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen	161
3.2.4 Bedarfsgerechte Mobilitäts-erhaltung und -förderung	163
3.2.5 Verinnerlichung von Leitorientierungen	163
3.3 Pflegerisches Assessment und Biografieerfassung	164
3.3.1 Entwicklung von Instrumenten bzw. Formularen	165
3.3.2 Regelmäßige Aktualisierung des pflegerischen Assessments	165
3.3.3 Zugang zu relevanten Informationen	166
3.3.4 Fachkompetenz für biografieorientierte Pflege und bedarfsangemessene psychosoziale Unterstützung	166
3.3.5 Schulungen der Mitarbeiter/innen	168
3.4 Pflegeplanung und Pflegedokumentation	168
3.4.1 Einführung verbesserter Planungs- und Dokumentationsformen	169
3.5 Rahmenkonzepte zur Qualitätssicherung in zentralen Arbeitsfeldern stationärer Pflegeeinrichtungen	170
3.5.1 Konzepterstellung	171
3.5.2 Mitarbeiterbeteiligung und mögliche Vorgehensweisen	172
3.5.3 Sinnvermittlung und Ergebnissrückkoppelung	172
3.6 Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung	173
3.6.1 Internes Schnittstellenmanagement	174
3.6.2 Begleitung der Eingewöhnungsphase	174
3.6.3 Das Integrationsgespräch	175



	Seite
3.7 Zusammenarbeit mit Angehörigen	175
3.7.1 Konzepterstellung und Verbesserung von Verfahrensstandards	176
3.7.2 Entwicklung von Angeboten für Angehörige:	176
3.7.3 Möglichkeiten und Grenzen bei Konflikten	177
3.8 Nächtliche Versorgung	178
3.8.1 Verbesserung von Arbeitsabläufen	178
3.8.2 Änderung von Dienstzeiten	179
3.8.3 Kooperation von Tag- und Nachtdienst	179
3.8.4 Entwicklung von Angeboten	180
3.9 Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen	181
3.9.1 Kontinuierliche Begleitung	182
3.9.2 Zusammenarbeit mit Hospizdiensten und freiwilligen Helfern/innen ...	182
3.9.3 Absprachen mit Angehörigen und Ärzten/innen	182
3.9.4 Schulungen der Mitarbeiter/innen	183
3.10 Kooperation mit niedergelassenen Ärzten	184
3.10.1 Die Ausgangssituation und damit verbundene Problemlagen	185
3.10.2 Kontaktaufnahme und Verhandlungsstrategie	186
3.10.3 Kontaktaufnahme und Kooperation	187
3.10.4 Vorbereitung von Arztbesuchen	187
3.10.5 Gegenseitige Erreichbarkeit	188
3.11 Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten	188
3.11.1 Die Ist-Analyse als Voraussetzung für Verbesserungen	189
3.11.2 Ergebnisse der Bestandsaufnahme und damit verbundene Problemlagen	189
3.11.3 Kontaktaufnahme	191
3.11.4 Problemlösungen im Kooperationsprozess	191

Einleitung

Im Juni 2004 wurde das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. (ISS) mit der Organisationsberatung im Rahmen des Modellprojekts „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ beauftragt. Neben der Aufgabe, die beteiligten Referenzeinrichtungen bei der Umsetzung des Referenzkonzeptes zu beraten und zu begleiten, war es ein explizites Ziel des ISS-Frankfurt a. M., aus der Auswertung der Beratungs- und Entwicklungsprozesse Hinweise für einen Transfer der Konzeptbausteine in nicht beteiligte Einrichtungen stationärer Altenpflege zu gewinnen.

In den ersten Monaten nach Beendigung der Erprobungs- und Umsetzungsphase in den Referenzeinrichtungen wurde deshalb in enger Kooperation mit dem Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund ein umfassender Teilbericht für den „Praxisleitfaden zur Qualitätsentwicklung in vollstationären Pflegeeinrichtungen“⁴⁸ erstellt. Für diesen Praxisleitfaden wurden die ausgewerteten Erfahrungen der Organisationsberater/innen in Empfehlungen für die Übernahme des Referenzkonzeptes übersetzt. Berücksichtigt wurden dabei an einigen Stellen auch solche Erkenntnisse der Organisationsberatung, die prinzipiell als hilfreich erachtet wurden, in der Arbeit mit den Referenzeinrichtungen jedoch nicht oder noch nicht zum Tragen gekommen waren.

Der hier vorgelegte Abschlussbericht ist inhaltlich weitgehend identisch mit dem Praxisleitfaden, denn er gibt ebenfalls die im Beratungsprozess gewonnenen Erkenntnisse der Organisationsberatung wieder. Er fokussiert jedoch in stärkerem Maße die Entwicklungsprozesse, wie sie in den Referenzeinrichtungen tatsächlich stattgefunden haben und schildert vorgefundene Ausgangssituationen, Hindernisse im Umsetzungsprozess und wie sie gelöst wurden.

Ebenso wenig wie der Praxisleitfaden werden in diesem Bericht die Konzeptbausteine des Referenzkonzepts detailliert wiedergegeben. Die Kenntnis der Bausteine ist eine unverzichtbare Voraussetzung für das Verständnis der hier beschriebenen Prozesse und Lösungswege.

Die in diesem Bericht wiedergegebenen Einsichten und Einschätzungen sind in intensiver Kooperation mit allen Beteiligten am Modellprojekt entstanden. Wir bedanken uns bei allen Modellbeauftragten, den Pflegedienst- und Einrichtungsleiter/innen, den Wohnbereichsleiter/innen und Pflegekräften für die produktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit. Unser Dank gilt auch den Kollegen und Kolleginnen der beteiligten Institute. Die Rückkoppelung mit ihnen war unverzichtbar für die Beratung in den Einrichtungen. Schließlich bedanken wir uns bei den Mitgliedern des Steuerungskreises und des Begleitausschusses, die unsere Arbeit durch stärkende wie kritische Hinweise und Fragen unterstützt haben.

⁴⁸ Teil B: Qualitäts- und Organisationsentwicklung – Hinweise für den Ergebnistransfer. Teil A dieser Veröffentlichung enthält alle Konzeptbausteine mit ausführlichen Erläuterungen.

1. Konzept der Organisationsberatung und Vorgehensweisen in den Einrichtungen

1.1 Das Beraterteam

Die Organisationsberatung in den Einrichtungen wurde von vier Beratern/innen wahrgenommen. Eine der Berater/innen übte die Funktion der ISS-internen Projektleitung aus. Die Projektleiterin vertrat und verantwortete die Arbeit des ISS nach außen und zur Institutsleitung des ISS. Die mit dem Projekt verbundene Gremienarbeit und Abstimmung mit den anderen beteiligten Instituten sowie den Auftraggebern lag ebenfalls in ihrer Verantwortung.

Das Beratungsteam des ISS wurde von einer Teamleiterin unterstützt, welche die Dienst- und Fachaufsicht innehatte. Diese moderierte und dokumentierte die wöchentlichen Teamsitzungen und singulären Klausuren und entwickelte die Instrumente zur Erfassung und Bewertung des Projekt- und Beratungsverlaufs in Abstimmung mit der Projektleitung und dem Team.

Wie in den vorausgehenden Teilberichten bereits dargestellt, waren die Referenzeinrichtungen vier Regionalgruppen zugeordnet. Jede(r) der vier Berater/innen begleitete jeweils fünf Referenzeinrichtungen, die zu einer Regionalgruppe gehörten.

1.2 Ziele der Organisationsberatung

In Übereinstimmung mit den Modellzielen war die Arbeit der Organisationsberatung darauf gerichtet, die Referenzeinrichtungen bei der Umsetzung der Konzeptanforderungen zu unterstützen. Die zentrale Zielsetzung der Organisationsberatung, auf die Umsetzung der Konzeptbausteine in den Referenzeinrichtungen hinzuwirken, war mit weiteren Zielen verbunden, die sich aus der konkreten Situation und dem spezifischen Entwicklungsbedarf der einzelnen Referenzeinrichtungen ableiteten.

Grundsätzlich ist Beratung immer eine Dienstleistung, die durch den Auftrag und die Kooperationsbereitschaft des Gegenübers gesteuert wird. Der Beratungserfolg ist nie eine nur vom Berater erbrachte Leistung, sondern immer das Ergebnis einer gelungenen Kooperation: nur wer sich beraten lassen will wird von einem Beratungsprozess auch profitieren können.

Im Unterschied zu anderen Organisationsberatungsprozessen wurden die Entwicklungsanforderungen, die sich aus der oben beschriebenen Zielstellung des Modellprojektes ergaben, nicht durch die Einrichtungen selbst sondern durch das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) formuliert. Auch wenn dies mit dialogischer Rückkoppelung zu den 20 Referenzeinrichtungen geschah, so konnte unter diesen Umständen eine vorbehaltlose Identifikation der Leitungsebenen und Modellbeauftragten mit bestimmten Zielvorstellungen nicht immer vorausgesetzt werden. Auch das ISS und seine Organisationsberater/innen wurde nicht direkt von den Einrichtungen oder Trägern sondern von den Auftraggebern und Geldgebern des Modellprojekts ausgewählt und beauftragt.

Für die Organisationsberatung beinhaltete diese Ausgangslage eine doppelte Verpflichtung: Zum Einen fühlten sich die Berater/innen von Beginn an den Zielsetzungen des Modellprojekts verpflichtet, waren also nicht neutral. Auch bei tendenziell skeptischer Positionierung der Einrichtungen zu einzelnen Anforderungen hatten sie um ein Zieleinverständnis zu werben und auf die Umsetzung der Konzeptbausteine

hinzuwirken. Zum Anderen war ein vertrauensvolles Arbeitsbündnis mit den Einrichtungen zu etablieren, bei dem sich Modellbeauftragte, Leitungskräfte und Mitarbeiter/innen der Loyalität der Berater/innen sicher sein konnten.

Gelingen konnte diese Balance, weil sich die ISS-Berater/innen dem Grundprinzip und Leitziel der Bewohnerorientierung verpflichtet fühlten, welches letztlich auch die Träger und Leitungskräfte bewogen hatte, sich für eine Teilnahme am Modellprojekt zu entscheiden. In diesem Grundkonsens traf man sich und konnte auch in schwierigen Situationen produktiv zusammenarbeiten. Mit dem Begriff der Bewohnerorientierung ist hier gemeint, dass die Pflege von Bewohnern/innen in der stationären Altenpflege

- biografieorientiert, ressourcenfördernd und -erhaltend sein soll,
- Risiken für Gesundheit und Unversehrtheit durch Prophylaxen ausschließt bzw. mindert,
- dem individuellen Unterstützungsbedarf aller Bewohner/innen auch der demenziell Erkrankten und Immobilen gerecht werden muss,
- sich nicht nur auf physische Unterstützung und Versorgung beschränkt sondern auch psychosoziale Begleitung bietet,
- auf der Grundlage einer respektvollen, wertschätzenden Haltung gegenüber Bewohner/innen und Angehörigen erbracht wird.

1.3 Systemischer Ansatz der Organisationsberatung

Die Beratung der Einrichtungen erfolgt auf der Grundlage eines systemischen Organisationsverständnisses, das sich in folgenden Thesen skizzieren lässt:

- Die Wirklichkeit der Organisation – ihre Identität, ihr Leistungsniveau, ihre Kultur – wird von allen Organisationsmitgliedern in wechselseitigem Bezug und in wechselseitiger Abhängigkeit gestaltet. Eine Steuerung ist nur möglich, wenn diese Komplexität durch klare Aufbaustrukturen und Ablaufregeln reduziert wird. Für die Beratung bedeutet dies, immer auch die Eindeutigkeit, Transparenz und Angemessenheit der jeweiligen Aufbau- und Ablauforganisation sowie die Kulturen der Einrichtungen in den Blick zu nehmen.
- Eine lineare Logik, die davon ausgeht, dass eine bestimmte Intervention eine berechenbare Wirkung erzielt, wird der wechselwirkenden Interaktion aller Organisationsmitglieder nicht gerecht. Vielmehr ist es nötig – analog zu einem ökologischen Blick auf Zusammenhänge in der Natur – mögliche Wechsel- und Rückwirkungen hypothetisch einzukalkulieren. Auch reicht es nicht aus, sich bei der Umsetzung von Entwicklungszielen z. B. auf die verhaltenssteuernde Wirkung von Anweisungen und Regeln zu verlassen. Vielmehr ist es notwendig, dass tatsächliche Geschehen zu prüfen, Widerstände und unliebsame „Nebenwirkungen“ korrigierend zu bearbeiten. Für die Beratung folgt daraus, sich immer wieder um den Blick auf „das Ganze“ zu bemühen und dem Steuerungshandeln der Leitungsebenen besondere Aufmerksamkeit zu schenken.
- Es gibt keinen Standort, von dem aus die Komplexität von Organisationen objektiv eingeschätzt werden kann. Hierarchischer und informeller Status sowie die jeweils spezifischen Aufgaben bestimmen die Perspektive der einzelnen Akteure und lassen sie Unterschiedliches wahrnehmen. Für die Beratung bedeutet dies, den eigenen externen Blick möglichst durch die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Akteuren und damit unterschiedlichen Perspektiven zu vernetzen, um sich einem vollständigen Bild zumindest zu nähern.
- Die formelle und informelle Ordnung, die jede Organisation entwickelt, entscheidet darüber, was wichtig und was weniger wichtig genommen wird, welche Fragestellungen und Herausforderungen wahrgenommen werden und welche nicht.

Der externe Standort der Organisationsberater/innen macht es möglich, ein System zur Auseinandersetzung mit Fragestellungen anzuregen, die bisher vernachlässigt wurden.

- Das systemische Prinzip, dass Systeme zwar beeinflussbar, nicht aber „beherrschbar“ sind, gilt auch für die Interaktion zwischen Berater und System: Beratungsinerventionen, die aus Ratschlägen bestehen, dem Gegenüber also Handlungs- und Verhaltensrezepte offerieren, sind nicht immer der wirksamste Weg für eine erfolgreiche Beratung. Die Akteure in Organisationen, deren Auftrag es ist, Entwicklungen zu betreiben und zu steuern, werden solche Ratschläge nur dann aufgreifen, wenn sie mit der eigenen Perspektive und Einschätzung kompatibel sind. Wenn nicht, werden sie überhört, uminterpretiert oder bekämpft.
- Das Prinzip der Ressourcenorientierung bedeutet, von der Hypothese auszugehen, dass Systeme prinzipiell fähig sind, Lösungen für Probleme zu finden, bzw. dass die erfolgreiche Bearbeitung von Mängeln und Defiziten nur dann nachhaltig gelingen kann, wenn es sich aus Sicht des Systems um eigene Problemdefinitionen und Lösungen handelt. Insofern ist jeder Beratungsprozess immer ein Akt der „Geburtshilfe“, der das implizite Wissen der Organisation über die eigenen Stärken und Schwächen sowie die grundsätzlich vorhandene Problemlösungskompetenz zu Tage fördert.

Die schrittweise Einführung der Konzeptbausteine des Referenzkonzepts konkretisierte und präzierte auch das Konzept der Organisationsberatung. Erst durch den Abgleich vorhandener Strukturen und gelebter Praxis mit den Konzeptbausteinen wurden die konkreten Entwicklungsbedarfe in den Einrichtungen deutlich, die dann zum Gegenstand der Beratung wurden. Zu diesen Beratungsschwerpunkten formulierten die Organisationsberater/innen konzeptionelle Prämissen und Positionierungen, mit denen die gerade skizzierte systemische Grundhaltung konkretisiert und ergänzt wurde.

1.4 Methoden der Beratung

Die 20 Referenzeinrichtungen starteten mit unterschiedlichen Ausgangssituationen in das Modellprojekt. Diese Heterogenität bezog sich nicht nur auf die Qualität der Pflegeleistung und den Umfang der vorab bereits erfüllten Anforderungen, sondern auch auf Aspekte der Aufbau- und Ablauforganisation, der vertikalen und horizontalen Kooperationskultur und den alltäglichen Umgang mit Bewohnern/innen, Angehörigen und externen Kooperationspartnern. Aus diesem Grund mussten auch die Beratungsprozesse unterschiedlich und prozessorientiert gestaltet werden. Gleichwohl lassen sich bestimmte Schwerpunkte identifizieren, die in allen oder der Mehrheit der Einrichtungen die Vorgehensweise der Berater/innen prägten.

Informationsgewinnung zur „Organisationswirklichkeit“

Um die Situation in den Einrichtungen möglichst ganzheitlich einschätzen zu können, arbeiteten die Berater/innen nicht nur mit den Modellbeauftragten zusammen, sondern suchten auch den Kontakt zu den Führungskräften. In allen Häusern ist es gelungen, Beratungsgespräche mit den Einrichtungsleitern/innen und Pflegedienstleitern/innen zu führen; bei gut der Hälfte der Einrichtungen erstreckte sich die Kooperation auch auf die Ebene der Wohnbereichsleitungen. Darüber hinaus haben die Organisationsberater/innen im Projekt bei einzelnen Kooperationsprozessen hospitiert, etwa bei Übergaben, Fallbesprechungen, einrichtungsinternen Schulungs- und Informationsveranstaltungen, Dienstgesprächen und Fallbesprechungen. Hinzu kam die Prüfung von Pflegedokumentationen, die gemeinsam mit den Modellbeauftragten vorgenommen wurde. Aus all diesen Informationsquellen leiteten die Organisationsberater/innen Einschätzungen zur Prozess- und Verlaufsbewertung des Modellprojekts und der Qualität der hausinternen Rahmenbedingungen ab.

Aufforderung zur kritischen Selbsteinschätzung

Das wichtigste Medium der Organisationsberatung, um zu einer Einschätzung der „Organisationswirklichkeit“ zu gelangen, bestand darin, in den Kontakten mit den Kooperationspartnern/innen immer wieder Fragen nach deren Einschätzung und Bewertung wichtiger Sachverhalte zu stellen. Dies bedeutete gleichzeitig, dass die Akteure in den Einrichtungen zu kritischer Reflexion vorhandener Umstände angeregt wurden und dabei sowohl auf Stärken wie auch auf vorhandene Schwächen und Entwicklungsbedarfe aufmerksam wurden.

„Konfrontative Irritation“

Um gewohnte Routinen, Positionierungen und Sichtweisen zu verlassen bedarf es bei Individuen wie Systemen nicht selten einer gewissen Erschütterung, der nicht immer angenehmen Einsicht, dass das Gewohnte nicht gleichzeitig auch das Angemessenste ist. In diesem Sinne irritierend für die Einrichtungen waren zum einen die inhaltlichen Innovationsanforderungen, die sich aus den unterschiedlichen Konzeptbausteinen des IPW und den durch die Soll-Ist-Analysen entdeckten Defiziten und Mängeln herleiteten. Zum anderen ergaben sich solche Verunsicherungen dadurch, dass die Berater/innen die Einrichtungen mit wahrgenommenen Entwicklungsbedarfen bezogen auf Steuerungs- und Leistungsmängel oder problematische strukturelle oder kulturelle Merkmale konfrontierten.

Anregung der Problemlösungskompetenz der Einrichtungen

Ob ein vorhandener Mangel erfolgreich bearbeitet werden kann, hängt nicht zuletzt davon ab, wie klar und eindeutig beschrieben ist, aus welchen Gründen er vorhanden ist und wie konkret das Ziel benannt ist, zu dem man gelangen will. Zu fragen ist auch, wie man selbst dazu beigetragen hat, dass dieses Ziel bisher nicht erreicht wurde. In diesem Sinne regten die Organisationsberater/innen die Modellbeauftragten, teilweise aber auch die Leitungskräfte in den Einrichtungen dazu an, die hauspezifischen Entwicklungsziele so exakt wie möglich zu beschreiben und zu begründen, um dann die Umsetzungsschritte planen zu können. Auch die Frage danach, ob und wie sich das eigene Handeln verfestigend auf vorhandene Defizite auswirken könnte, wurde mit wichtigen Akteuren in den Einrichtungen mehrfach reflektiert.

Beratung ist immer eine Dienstleistung auf Zeit, gerade auch im Rahmen eines klar befristeten Modellprojekts. Umso wichtiger ist es, durch die Technik des Fragens die Einrichtungen ihre eigenen Antworten finden zu lassen. Ratschläge können zwar dann und wann auch hilfreich sein, sind aber nicht immer der nachhaltigste Weg, ein Problem zu lösen.

Einbringen der eigenen fachlichen Expertise

Das Expertenwissen der Berater/innen bezog sich nicht auf pflegefachliche Fragen sondern auf Schwerpunkte des Organisationsmanagements. Dazu gehörten unterschiedliche Bereiche, wie etwa Fragen der Organisationsstruktur, des Qualitäts- und Projektmanagements, der Mitarbeiterführung und der Teamentwicklung.

Förderung von Synergieeffekten

Dem Prinzip der Ressourcenorientierung im systemischen Ansatz wurde auch dadurch Rechnung getragen, dass die Berater/innen bewusst den Austausch zwischen den Modellbeauftragten innerhalb der Regionalgruppe, aber auch darüber hinaus, förderten. Innovative Praxisaspekte und Problemlösungen einzelner Einrichtungen wurden seitens der Berater/innen nicht nur dort gewürdigt und verstärkt, sondern möglichst auch an andere Einrichtungen weitergegeben.

Coaching und Supervision

Auf ausdrücklichen Wunsch der Beteiligten in unterschiedlichen Referenzeinrichtungen leistete die Organisationsberatung auch individuelle Beratung für die Ausübung der Leitungsrolle (Coaching) und eine Supervision von Teams. Anlass für diese Beratungsformen, die nur in Einzelfällen realisiert wurden, waren jeweils konkrete Probleme, Fragestellungen und Konflikte.

Fortbildung und Mentoring für die Modellbeauftragten

So unterschiedlich wie die Ausgangslage der Einrichtungen war auch die Kompetenz und Qualifikation der Modellbeauftragten für ihre anforderungsreiche Rolle. Die Organisationsberatung unterstützte sie wie erwähnt durch Angebote zur Rollenklärung und zentrale Fortbildungen. Dazu gehörten eintägige Seminare zu den Themen „Moderation“, „Präsentation“, „Projektmanagement“ und „Verhandlungsführung“ sowie die Bearbeitung spezifischer Fragestellungen in zusätzlichen Regionalgruppensitzungen. Beides trug auch dazu bei, die wechselseitige Unterstützung der Modellbeauftragten anzuregen.

Mit einigen der Modellbeauftragten wurden bestimmte Vorhaben, wie etwa die Moderation von projektbezogenen Arbeitsgruppen und Qualitätszirkeln oder schwierige Gespräche mit Leitungskräften, detailliert vorbereitet. Teilweise nahmen die Berater/innen auch an den jeweils ersten Sitzungen teil, um anschließend Stärken und Schwächen gemeinsam mit den Modellbeauftragten zu reflektieren.

Die Bearbeitung jedes einzelnen Konzeptbausteins begann mit einer Soll-Ist-Analyse, bei der überprüft wurde, welche Anforderungen des jeweiligen Konzepts durch die Einrichtung bereits erfüllt wurden und welche noch nicht. Die konkreten einrichtungs-

1.5 Schwerpunkte der Beratung

bezogenen Ziele der Organisationsberatung ergaben sich zum einen aus den bei diesen Analysen festgestellten Lücken und Abweichungen und deren Ursachen, zum anderen auch aus Hindernissen und Schwierigkeiten, die sich im weiteren Verlauf der Konzepterprobung und -umsetzung zeigten. Im Rückblick lässt sich feststellen, dass sich die Beratung in den Referenzeinrichtungen vor allem auf die folgenden Schwerpunkte bezogen hat:

- Gestaltung der organisatorischen Voraussetzungen für die Umsetzung der Modellziele durch die Strategien und das Instrumentarium des Projektmanagements,
- Qualifizierung der Modellbeauftragten für ihre Funktion und ihre Aufgaben,
- Sicherung der Beteiligung der Fachkräfte in den Referenzeinrichtungen an der Konzepterprobung und -umsetzung,
- Optimierung der Aufbau- und Ablauforganisation in einzelnen Einrichtungen zur angemessenen, eindeutigen und transparenten Klärung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, zur Steigerung von Effizienz bei Arbeitsabläufen sowie zur Verbesserung des internen Schnittstellenmanagements (Pflege, Soziale Dienste, Hauswirtschaft),
- Sicherung einer nachhaltigen Konzeptumsetzung im Rahmen eines verbindlichen Qualitätsmanagements,
- Verbesserung der Strategien zur Personalentwicklung,
- Verbesserung der Vorgehensweisen zur Leistungssteuerung und Mitarbeiterführung.

2. Die Organisationsentwicklung in den Einrichtungen

2.1 Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation: Zielangemessenheit, Eindeutigkeit und Transparenz

Die Aufbau- und Ablauforganisation ist gewissermaßen das Gerüst, das den Leistungskräften, den Mitarbeitern und Bewohner/innen im Alltag Halt geben und planvolles, zielgerichtetes Handeln auf Dauer sichern soll. Grundsätzlich kann dies nur eine struktureller Rahmen, der die Kriterien der Zielangemessenheit, der Eindeutigkeit und der Transparenz erfüllt.

Zielangemessen sind Aufbau- und Ablaufregelungen dann, wenn sich die Logik, mit der Arbeitsbereiche definiert und Koordination und Kommunikation festgelegt werden, an den zentralen Zielsetzungen einer Altenpflegeeinrichtung orientiert. Wenn beispielsweise zu diesen Zielen gehört, dass die Bewohner/innen eine bedarfsgerechte psychosoziale Betreuung erfahren sollen, kann sich dies zum einen im Vorhandensein eines Sozialen Dienstes, darüber hinaus aber auch in Regeln zur Art der Arbeitsteilung und zur notwendigen Abstimmung zwischen Pflegekräften und Sozialen Dienst spiegeln. Es ist dann nicht allein dem Engagement und der individuellen Entscheidung einzelner Fachkräfte überlassen, ob und in welchem Umfang von beiden Bereichen Leistungen der psychosozialen Begleitung erbracht und miteinander vernetzt werden.

Eindeutigkeit und Transparenz sind dann vorhanden, wenn die Regelungen unmissverständlich schriftlich fixiert, allen Beschäftigten bekannt und jederzeit mühelos auffindbar und nachzulesen sind.

Die Bestandsaufnahmen zu den Konzeptbausteinen haben viele der Referenzeinrichtungen auf Schwächen der vorhandenen Aufbau- und Ablauforganisation aufmerksam gemacht und oftmals dazu geführt, die vorhandenen Strukturen und Regelungen im Sinne der gerade skizzierten Gütekriterien zu optimieren. Deshalb wollen wir in den folgenden Abschnitten darstellen,

- welche strukturbezogenen Innovationsanforderungen mit einzelnen Modellbausteinen verbunden sind.
- auf welche typischen Ausgangsbedingungen in Referenzeinrichtungen diese Anforderungen trafen,
- auf welche Weise die aufbau- und ablauforganisatorischen Festlegungen verändert und Schwierigkeiten im Umsetzungsprozess erfolgreich bearbeitet werden konnten.

So bedeutsam eine angemessene, eindeutige und transparente Aufbau- und Ablauforganisation als Weichenstellung ist, so ist doch festzuhalten, dass sie gute Arbeit im Alltag zwar unterstützt, aber nicht automatisch hervorruft. Die in nachfolgenden Abschnitten dargestellten Lösungswege konnten ihre produktive Wirkung in den Referenzeinrichtungen deshalb entfalten, weil sie von weiteren Maßnahmen – etwa der Personalentwicklung, der Mitarbeiterführung oder der systematischen Leistungssteuerung – begleitet wurden. Auf diese Aspekte werden wir in nachfolgenden Kapiteln dieses Handbuches ausführlich eingehen.

2.2 Die „Zuständige Pflegefachkraft“ als Ausgangspunkt für die Pflegeorganisation

Die Empfehlungen zur Zuständigen Pflegefachkraft (ZPFK) skizzieren eine Organisationsform der stationären Altenpflege, bei der einzelne examinierte Pflegefachkräfte jeweils umfassende Planungs- und Steuerungsvorantwortung für die Pflege bestimmter Bewohner/innen übernehmen. Die folgenden Inhalte des Konzeptpapiers sind von besonderer Relevanz für die Aufbau- und Ablauforganisation:

Die Zuständige Pflegefachkraft

- „ist verantwortlich für die zielgerichtete, planvolle Gestaltung des individuellen Pflegeprozesses“⁴⁹, d. h. sie erstellt die bedarfsangemessene Pflegeplanungen für „ihre“ Bewohner/innen, übernimmt selbst entsprechende pflegerischer Aufgaben und stellt sicher, dass die Pflegeleistungen jederzeit mit der beschriebenen Qualität erbracht werden,
- koordiniert alle „Personen und Stellen bzw. Institutionen, die in die Versorgung und Unterstützung des jeweiligen Bewohners mit einbezogen sind“⁵⁰,
- soll durch Entlastung von anderen – insbesondere bewohnerfernen aber auch pflegerischen Tätigkeiten – entlastet werden, um über ausreichend Zeit für den erhöhten Planungs-, Steuerungs- und Koordinationsaufwand zu verfügen,
- soll bei Abwesenheit so vertreten werden, dass die Kontinuität der Aufgabenwahrnehmung gewährleistet ist,
- soll bei vollständiger Wahrnehmung aller Aufgaben und Verantwortlichkeiten unter den gegebenen personellen Bedingungen für maximal etwa zehn Bewohner/innen zuständig sein.

Auch die Rahmenkonzepte zum Heimeinzug, zur Kooperation mit Angehörigen, zur Zusammenarbeit mit Ärzten, zur Überleitung bei Krankenhausaufenthalten und zur Sterbegleitung fordern die eindeutige Zuordnung eines jeden Bewohners zu einem „Hauptansprechpartner“. Idealerweise sollte dies die Zuständige Pflegefachkraft sein. Damit ergeben sich weitere inhaltliche Aufgaben, die mit den jeweiligen Prozessen verbunden sind. (Zu weiteren Einzelheiten und zur konzeptionellen Begründung des Konzeptbausteins zur Zuständigen Pflegefachkraft vgl. Teil A des Praxisleitfadens.)

2.2.1 Vorhandene Probleme der Bezugspflegepraxis

Obwohl der Konzeptbaustein zur Zuständigen Pflegefachkraft empfehlenden Charakter hatte, wurde in allen Referenzeinrichtungen dazu gearbeitet. Auch wenn nicht alle Elemente des Konzeptbausteins in allen Einrichtungen umgesetzt wurden, so haben doch kritische Bestandsaufnahmen der vorhandenen Praxis stattgefunden, die zu deutlichen Verbesserungen geführt haben.

Viele der Referenzeinrichtungen gaben zu Beginn der Modelllaufzeit an, nach dem Bezugspflegesystem zu arbeiten, das – zumindest in einigen Veröffentlichungen – viele Übereinstimmungen mit dem Konzept der Zuständigen Pflegefachkraft aufweist. Die durch das Konzept initiierten genaueren Analysen relativierten diese Aussagen jedoch. In der Praxis zeigte sich, dass der Begriff „Bezugspflege“ uneindeutig ist und offensichtlich Unterschiedliches darunter verstanden wird.

In vielen Referenzeinrichtungen war der Pflegealltag eher geprägt durch eine Mischung von Bereichs- und Bezugspflege, d. h. bei Krankheitsausfällen von Bezugspflegefachkräften oder anderen besonderen Vorkommnissen war das System außer Kraft gesetzt, manchmal zeitlich über diesen auslösenden Anlass hinaus.

⁴⁹ Vgl. „Referenzmodelle: Praxisleitfaden zur Qualitätsentwicklung in vollstationären Pflegeeinrichtungen“

⁵⁰ ebd.

Vertretungsregelungen waren, wenn überhaupt vorhanden, unzureichend. Zuständigkeiten der Bezugspflegefachkräfte konzentrierten sich vor allem auf die Pflegeplanung und auf Kurzberichte zu „ihren“ Bewohner/innen in Übergabesituationen. Nicht immer ging damit auch die Verantwortung für die regelmäßige Evaluation und Anpassung der Planung einher. In Einzelfällen – dort, wo es zu Beginn des Projektes keinen Bezugspflegeansatz gab, – oblag die Pflegeplanung ausschließlich den Wohnbereichsleitungen.

Meist war den Bezugspflegefachkräften keine Koordinations- und Steuerungsverantwortung zugeordnet. Diese oblag vielmehr den Wohnbereichs- bzw. Pflegedienstleitungen. Definierte Zeiträume für den Steuerungs- und Koordinationsaufwand gab es nicht.

2.2.2 Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation im Sinne der Zuständigen Pflegefachkraft – Beispielhafte Lösungswege

Soll-Ist-Analyse und konzeptioneller Diskurs zur Zielklärung und Zielverständigung

Wenn eingangs gesagt wurde, dass die Aufbau- und Ablauforganisation zielangemessen sein soll, so ergibt sich daraus, dass die grundlegenden Ziele von strukturellen (und anderen) Veränderungen geklärt, definiert und kommuniziert sein müssen. Einzelne Referenzeinrichtungen, in denen die Organisation der Pflege auf der Grundlage des Konzeptbausteins der Zuständigen Pflegefachkraft verändert wurde, haben zunächst einen konzeptionellen Diskurs initiiert, um zu besprechen, warum das bestehende System verändert werden und was dadurch erreicht werden soll. Aus Sicht der Organisationsberatung war ein solches Vorgehen nicht nur sinnvoll, sondern auch notwendig. Eine vorhandene Alltagspraxis, wie auch immer sie gestaltet ist, wird von den Beschäftigten automatisch mit Sinn unterlegt und gerechtfertigt. Angestrebte Veränderungen entwerfen gewissermaßen diese Sinnkonstruktionen und können deshalb leicht Widerstand produzieren. Die diskursive Zielverständigung konnte solchen Reaktionen vorbeugen. Nur auf ein bestehendes aber schon vor langer Zeit formuliertes Leitbild zu verweisen, reichte ebenso wenig aus wie eine Anordnung ohne Begründung.

Beispielhaft erscheint eine Zielverständigung, die in den Referenzeinrichtungen in mehreren Schritten erfolgte. Zunächst haben sich Träger, Einrichtungsleitung und Pflegedienstleitung über die angestrebten Optimierungen und deren Zielsetzung und Begründung ausgetauscht, und verständigt. Im zweiten Schritt wurden die Wohnbereichsleitungen ins Boot geholt. Dies war besonders wichtig, weil das Konzept der Zuständigen Pflegefachkraft – wie sich in mehreren Referenzeinrichtungen zeigte – Verantwortlichkeiten und Kompetenzen von der Ebene der Wohnbereichsleitung auf die Ebene der Pflegefachkräfte verlagert. Genutzt wurden für die Verständigung mit den Wohnbereichsleitungen die üblichen regelmäßigen Sitzungen zwischen Wohnbereichs- und Pflegedienstleitung. Im dritten Schritt schließlich wurden die examinerten und nichtexaminerten Pflegekräfte auf ihr verändertes Aufgabenprofil und die veränderte Verantwortung eingestimmt. Dies geschah im Rahmen von Dienstbesprechungen, an denen die Pflegedienstleitung und teilweise auch die Einrichtungsleitung teilnahm.

Zum Einen dienten diese Verständigungsprozesse dazu, die konzeptionelle Begründung für das Konzept der Zuständigen Pflegefachkraft zu verdeutlichen und gemeinsam zu konkretisieren („Warum hat es für unser Haus Sinn? Was genau wollen wir dadurch erreichen?“). Zum Anderen ermöglichten sie es den Leitungskräften der unterschiedlichen Ebenen, die bisher geleistete Arbeit ausdrücklich wertzuschätzen, den Mitarbeiter/innen Gelegenheit zu geben, Befürchtungen und Bedenken einzubringen, gemeinsam Lösungen dafür zu skizzieren und ein deutliches Unterstützungsangebot zu formulieren.

Bereichsbezogene Analyse der vorhandenen Personal- und Bewohnerstruktur und der Arbeitsorganisation

Um an Flexibilität zu gewinnen, beschäftigen viele Altenpflegeeinrichtungen eine beachtliche Zahl der Pflege(fach)kräfte in Teilzeit. In den Referenzeinrichtungen war es deshalb kaum möglich, nur solchen Fachkräften die Funktionen der Zuständigen Pflegefachkraft zuzuordnen, die Vollzeit beschäftigt waren. Mindestens mittelfristig mussten bei der Umsetzung des Konzepts auch solche examinierten Kräfte die Funktionen der Zuständigen Pflegefachkraft übernehmen, die mit einem deutlich geringeren Zeitanteil beschäftigt waren. Hier handelte es sich um eine Abweichung von den Konzeptvorgaben, die auch aus Sicht der Organisationsberatung vertretbar war. Dies bedeutete, dass hinsichtlich der Unterstützungskontinuität, die unter anderem durch die Zuständige Pflegefachkraft erreicht werden sollte, zwangsläufig größere Lücken in Kauf genommen werden mussten.

Um gleichwohl die bestmögliche Konstruktion zu finden und um Informationen für eine zukunftsweisende Organisationsgestaltung zu erhalten, war es in mehreren Einrichtungen notwendig, die Personalstruktur, die Arbeitsorganisation und die Bewohnerstruktur wohnbereichsbezogen genau zu betrachten und miteinander zu vergleichen. Die erkenntnisleitenden Fragestellungen in einer solchen Analyse waren:

- Ist die Verteilung des vorhandenen Stellenkontingents auf die beschäftigten Personen so optimal wie möglich? Können wir daran – möglichst im Einverständnis mit Betroffenen – etwas verbessern?
Dies hat in einzelnen Einrichtungen dazu geführt, dass mit Einverständnis der jeweils Betroffenen deren Beschäftigungsumfang verändert werden konnte.
- Wie verteilen sich die Dienstzeiten der examinierten Fachkräfte? Lässt sich die Betreuungskontinuität verbessern, indem wir ihre Dienstzeiten stärker ausdifferenzieren? (vgl. auch den weiter unten folgenden Abschnitt „Anpassung der Dienstzeiten“)
- Gibt es – bezogen auf Wohnbereiche aber auch auf einzelne Fachkräfte – signifikante Unterschiede in der Leistungsdokumentation, die sich insbesondere auch an Ergebnissen von Höherstufungsanträgen bemerkbar machen? Falls ja, hatte dies Auswirkungen auf das verfügbare Personalkontingent. Nur eine regelmäßige Evaluation der Pflegeplanung und eine vollständige und aussagefähige Dokumentation der erbrachten Leistungen konnte sichern, dass die Einstufung von Bewohnern/innen dem zu leistenden Pflegeaufwand entsprach. Entdeckte man Schwächen in diesem Punkt, konnte durch geeignete Maßnahmen (z. B. Nachschulungen, Zielvereinbarungen, Kritikgespräche) gegengesteuert werden.

Dieser Frage sind einige Referenzeinrichtungen besonders im Zusammenhang mit den Empfehlungen zur Pflegedokumentation nachgegangen. In den Einrichtungen, in denen besonders intensiv an einer Optimierung der Pflegeplanung und -dokumentation gearbeitet wurde, wurde deutlich, dass die Pflegeplanung für einige Bewohner/innen zu verändern war und die – teilweise bereits seit einiger Zeit schon erbrachten – Leistungen besser zu dokumentieren waren. Dadurch wurde dann ein höherer Pflegeaufwand sichtbar und damit auch die Notwendigkeit, eine höhere Pflegestufe zu beantragen. Faktisch wurde diesen Anträgen in jedem Fall entsprochen.

- Ist das Kompetenz- und Leistungsniveau der Wohnbereichsteams ähnlich oder gibt es deutliche Unterschiede? Könnte eine andere Verteilung der examinierten Fachkräfte auf die Wohnbereiche günstig sein? Diese zweite Frage wurde seltener diskutiert als die erste, weil man bei Eingriffen in Teams unbedingt Vorsicht walten lassen wollte. Wenn Umbesetzungen gegen den ausdrücklichen Wunsch der Beschäftigten erfolgen, können sie zur Demotivation bisher funktionierender Teams führen und sind kontraproduktiv.

So wurde in einer Einrichtung eine Umverteilung der Beschäftigten vorgenommen, weil gleichzeitig Teams zusammengefasst und Leitungskräfte neu zugeordnet wurden. Auf diese Weise geriet das ganze System in Bewegung und musste sich neu orientieren. Spezifische Benachteiligungen oder Bevorzugungen konnten vermieden werden. In einem anderen Fall kam eine Umsetzung durch das Einverständnis aller Beteiligten zu Stande und war geprägt von dem Bemühen, eine bessere Verteilung von Pflegefachkräften mit ausreichendem Beschäftigungsumfang in den vorhandenen Wohnbereichen zu erzielen.

- Gibt es Unterschiede zwischen den Wohnbereichen in Bezug auf die Anzahl der Mehrarbeitsstunden? Wenn ja, könnte dies ein Hinweis auf Unterschiede in der Effizienz der Arbeitsorganisation sein und einen Ansatz für mögliche Verbesserungen liefern. Dabei ist jedoch zu beachten, dass solche Unterschiede auch anders, etwa in langfristigen Krankheitsausfällen von Fachkräften, begründet sein können. Diese Fragestellung tauchte in einer Referenzeinrichtung gegen Ende der Modelllaufzeit auf. Es wurden weiter gehende Analysen vereinbart, die jedoch zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht abgeschlossen waren.

Zeit- und Ressourcengewinn durch qualifikationsorientierte Arbeitsteilung

Hilfreich für die Umsetzung des Konzeptes der Zuständigen Pflegefachkraft war in mehreren Referenzeinrichtungen, dass die Konzeptempfehlungen zu den mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen mit den darin enthaltenen Hinweisen zu einer qualifikationsorientierten Arbeitsteilung gleichzeitig umgesetzt wurden. Die Bestandsaufnahme zu diesem Konzeptbaustein zeigte auf, dass die qualifikationsorientierte Arbeitsteilung durchaus verbesserungsbedürftig war. In nicht geringem Umfang wurden Arbeiten, für deren Ausführung keine besondere Qualifikation erforderlich war, von Pflege(fach)kräften ausgeführt. Obwohl etwa in allen Referenzeinrichtungen hauswirtschaftliche Servicekräfte in den Wohnbereichen tätig waren, übernahmen Pflegefachkräfte nicht selten den Transport von Essenswagen und -tablets (bei der Weiträumigkeit mancher Häuser eine zeitraubende Angelegenheit) oder Tätigkeiten der Wäscheversorgung oder Reinigung. Reibungsverluste tauchten vereinzelt auch dadurch auf, dass die hauswirtschaftlichen Kräfte der Küchen- oder Hauswirtschaftsleitung unterstellt waren und unklar war, ob sie Anweisungen zur Aufgabenerfüllung von Seiten der Wohnbereichsleitung zu befolgen hatten.

In den mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen ist eindeutig ausgeführt, welche Aufgaben und Tätigkeiten nur von ausgewiesenen Fachkräften (überwiegend Pflegefachkräfte, teilweise aber auch Fachkräfte des Sozialen Dienstes) übernommen werden sollten, und welche auch von „Nicht-Fachkräften“ geleistet werden können⁵¹. Möglichkeiten der Steuerung ergaben sich auch in Bezug auf die Tätigkeiten, die sowohl von Fachkräften wie auch von Nicht-Fachkräften ausgeübt werden können. Auch hier konnten Einrichtungen durch genaue Prüfung der eigenen Praxis im Alltag Zuordnungen vornehmen, die einen Zeitgewinn bewirkten.

Ohne genau zu wissen, an welchen Punkten und unter welchen Bedingungen im Alltag Effizienz mindernde Reibungsverluste auftauchen, ist eine Gegensteuerung kaum möglich. Passgenaue Lösungen für solche Probleme konnten in den Referenzeinrichtungen dadurch gefunden werden, dass sich Qualitätszirkel, die bereichsübergreifend besetzt waren, mit der Ist-Analyse und der Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen befasst haben. Dazu gehörte u.a. auch die Klärung der Weisungsbefugnisse von Wohnbereichsleitungen gegenüber den Hilfskräften aus anderen Bereichen: sind diese nicht im Sinne einer angestrebten Multiprofessionalität sowieso Mitglieder der Wohnbereichsteams, so unterstehen sie während ihrer Anwesenheit auf den Wohnbereichen der Wohnbereichsleitung.

⁵¹ Zu diesen Nicht-Fachkräften zählt das Konzept z.B. Krankenpflegehelfer/innen, Pflegehelfer/innen, Zivildienstleistende und Praktikanten/innen.

Die Bearbeitung des Konzeptbausteins der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen hat in einigen Einrichtungen dazu beigetragen, die Zuständige Pflegefachkraft von Hilfstätigkeiten zu entlasten und so Zeitkontingente für das veränderte Aufgabenprofil zu schaffen.

Kompetenzanforderungen an die Zuständige Pflegefachkraft

Neben der Qualifikation als Pflegefachkraft braucht die Zuständige Pflegefachkraft auch die Kompetenz für Steuerungs- und Koordinationsaufgaben.

In den Referenzeinrichtungen waren nicht alle examinierten Fachkräfte den veränderten Anforderungen bei der Einführung der Zuständigen Pflegefachkraft bzw. der Erweiterung des vorhandenen Bezugspflegesystems gewachsen. Deshalb wurden in mehreren Referenzeinrichtungen die examinierten Pflegekräfte praxisnah unterstützt. Diese Begleitung geschah nicht nur durch kompakte Fortbildungen für kleine Gruppen, sondern durchaus auch durch Einzelschulungen und kontinuierlich über mehrere Wochen. Teilweise haben die Modellbeauftragten diese Qualifizierungen übernommen. Aber selbst wenn diese Aufgabe durch interne Qualitätsbeauftragte, Wohnbereichs- oder Pflegedienstleiter/innen übernommen wurde, so ist doch festzuhalten, dass die besonderen Modellbedingungen und die damit zur Verfügung stehenden erweiterten zeitlichen und personellen Ressourcen diesen Aufwand ermöglicht haben.

Gleichwohl gab es in einzelnen Referenzeinrichtungen auch Pflegefachkräfte, bei denen trotz aller Qualifizierungsbemühungen kein Lernfortschritt erreicht werden konnte. Für die Berater/innen rückte dieses Problem die Frage nach systematischer Personalentwicklung ins Blickfeld, die in diesen Einrichtungen mit Modellbeauftragten und Leitungskräften thematisiert wurde.

Bildung von „Pflegetandems“

Einige der Referenzeinrichtungen haben die Bezugspflege bzw. das Konzept der Zuständigen Pflegefachkraft durch die Bildung von Pflegeteams umgesetzt: einer Pflegefachkraft und einer nichtexamierten Pflegekraft waren oder wurden im Verlauf des Modells eine bestimmte Anzahl von Bewohner/innen zugeordnet. Selbstverständlich war die Funktion der Zuständigen Pflegefachkraft der examinierten Kraft vorbehalten. Trotzdem konnten solche Tandems die Kontinuität der Unterstützung in höherem Maße sichern als die Organisation der Pflege auf einzelne Zuständige Pflegefachkräfte. Außerdem konnten auf diese Weise Kompetenzen besser vernetzt werden.

Anpassung der Stellenbeschreibungen/Tätigkeitsprofile

Die oben skizzierte Ausgangssituation, auf die das Konzept der Zuständigen Pflegefachkraft in den Referenzeinrichtungen traf, deutet es schon an: obwohl in der großen Mehrheit der 20 Einrichtungen nach dem Bezugspflegesystem gearbeitet wurde, waren in einigen Einrichtungen Anpassungen der Stellenbeschreibungen bzw. der Tätigkeitsprofile erforderlich. Das Konzeptpapier mit seiner detaillierten Beschreibung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten bot dafür eine gute Grundlage. Inhaltlich bezogen sich die vorgenommenen Anpassungen insbesondere auf die Steuerungs- und Koordinierungsleistungen, die von der Zuständigen Pflegefachkraft zu erbringen sind und auf die Funktion, als solche auch als „Hauptansprechpartner/in“ im Zusammenhang mit den Rahmenkonzepten zu fungieren. Die oben bereits erwähnte genauere Analyse der jeweils gegebenen Ausgangslage hat dazu verholfen, auch die Zeitkorridore aufzufinden, in denen diese Leistungen erbracht werden konnten.

Mit der Anpassung der Stellenbeschreibung bzw. Tätigkeitsprofile war verbunden, dass

- die Vertretungsfrage geregelt wurde: so wurden etwa alle Zuständigen Pflegefachkräfte eines Wohnbereichs in ein System wechselseitiger Vertretung eingebunden.

- die hierarchische Positionierung der examinierten Zuständigen Pflegefachkräfte und der nicht examinierten Pflege- und Hilfskräfte zueinander geregelt wurde: die Steuerungs- und Koordinierungsverantwortung schloss in gewissem Maße auch Weisungsbefugnisse der Zuständigen Pflegefachkraft und deren direkte Kommunikation mit Mitarbeitern anderer Dienstbereiche (Sozialer Dienst, Küche, Hauswirtschaft, Haustechnik) ein. Soweit von solchen Diensten auch unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen erbracht wurden, gehörten diese ebenfalls in die Steuerungsverantwortung der Zuständigen Pflegefachkraft.

In einzelnen Einrichtungen wurden parallel auch die Tätigkeitsprofile der Wohnbereichsleitungen entsprechend optimiert. Dazu wurde beispielsweise eine tabellarische Übersicht erstellt, bei der in zwei Spalten die Aufgaben, Befugnisse und Verantwortlichkeiten der Wohnbereichsleitung und der Zuständigen Pflegefachkraft einander gegenübergestellt wurden. Auf diese Weise ließ sich gut verdeutlichen, dass die Zuständige Pflegefachkraft die Wohnbereichsleitung nicht überflüssig macht. Vorgebeugt wurde damit auch der Gefahr, dass sich Wohnbereichsleitungen durch die Umsetzung des Konzeptbausteins entwertet fühlen könnten.

Anpassung der Dienstzeiten

Auch eine vollzeitbeschäftigte Zuständige Pflegefachkraft kann nicht rund um die Uhr tätig sein. Um ihrer Funktion als Hauptansprechpartnerin und als „Navigatorin des Pflegeprozesses“ gerecht werden zu können, ist es günstig, wenn sie die ihr zugeordneten Bewohner/innen zu unterschiedlichen Tageszeiten und auch am Wochenende erlebt.

In einigen Häusern gab es examinierte Kräfte, die nur oder schwerpunktmäßig in bestimmte Schichten – z. B. im Frühdienst oder nur in Ausnahmefällen an Wochenenden – tätig waren. Die Mehrzahl der Häuser beschäftigte Mitarbeiter/innen, die ausschließlich die Nachtdienste übernahmen.

Bei der Umsetzung des Konzepts der Zuständigen Pflegefachkraft haben einige der Einrichtungen solche Merkmale der Arbeitsorganisation verändert, wobei die Gründe für Veränderungen manchmal nicht oder nicht nur in den Innovationsanforderungen des Modellprojekts zu verorten waren. In einigen Häusern fügten sich diese Anforderungen passgenau in Planungen auf der Trägerebene oder unabhängig vom Referenzprojekt begonnene Entwicklungsprozesse ein.

Ziel der veränderten Dienstplangestaltung war es, ausreichend flexible Dienstzeiten für die Zuständigen Pflegefachkräfte bzw. Pflegetandems festzulegen. Dazu gehörte zum Einen die Festlegung, dass die Pflege(fach)kräfte in Zukunft sowohl Früh- als auch Spätdienste zu übernehmen hatten. Einzelne Einrichtungen begannen im Projektverlauf damit, den reinen Nachtdienst abzubauen und alle Pflege(fach)kräfte in allen Schichten einzusetzen (Dreischichtsystem oder 24-Stunden-Pflege). Zum Anderen wurde in einzelnen Einrichtungen auch über den Beschäftigungsumfang der Zuständigen Pflegefachkräfte verhandelt, um allzu geringe Teilzeitstellen zu erweitern.

Möglich war dies nach intensiven Gesprächen mit den Beschäftigten, in denen die Einrichtungs- und Pflegedienstleitung die Veränderung begründet und um deren Einverständnis geworben haben. Unverzichtbar war dabei, mindestens vorübergehend individuelle Lösungen für Mitarbeiter/innen in besonderen Lebensumständen zu finden. Auf diese Weise wurde der Gefahr begegnet, die Pflege(fach)kräfte zu demotivieren und in ihnen den Eindruck zu erwecken, Verlierer der Entwicklung zu sein.

Verdeutlichung der Zuordnung gegenüber Bewohner/-innen und Angehörigen

Für Angehörige oder interne und externe Kooperationspartner und manchmal auch für die einzelnen Bewohner/-innen war in den Referenzeinrichtungen eine Bezugspflege nicht immer erkennbar. Da bestimmte Tätigkeiten, wie die der Pflegeplanung oder die Information von Kollegen in der Übergabe von diesen Personen nicht wahr-

genommen wurden, musste es aus ihrer Perspektive so scheinen, als seien viele Pflege(fach)kräfte – nämlich immer die im Dienst befindlichen – zuständig. Hinzu kam, dass bei komplizierten Fragen, Problemen oder Beschwerden in vielen Fällen an die Wohnbereichs- oder Pflegedienstleitung verwiesen wurde bzw. verwiesen werden musste.

Wo dies nicht schon vor Projektbeginn selbstverständlich war, wurde in einigen Referenzeinrichtungen eindeutig festgelegt, dass sich die Zuständige Pflegefachkraft gegenüber „ihren“ Bewohnern/innen, deren Angehörigen und allen wichtigen internen und externen Kooperationspartnern auch als solche zu präsentieren hatte. Darüber hinaus wurde dafür gesorgt, dass sich der Name der Zuständigen Pflegefachkraft auf allen Schriftstücken befand, die zum jeweils einzelnen Bewohner weitergegeben wurden, z.B. wurde eine angehängte Visitenkarte dem Informationsmaterial für Angehörige neuer Bewohner/innen beigelegt. Natürlich wurde der Name der Zuständigen Pflegefachkraft auch auf dem Überleitungsbogen bei Krankenhausaufenthalten vermerkt.

Einige Häuser haben außen neben der Zimmertür der Bewohner/innen oder innen an einer Zimmerwand Schilder mit den Namen der Bezugspflegekräfte angebracht. Solche Maßnahmen mögen verglichen mit anderen banal wirken, sie beinhalteten aber eine nicht zu unterschätzende heimliche Botschaft. Für Bewohner/innen und Angehörige sagten sie: in dieser Einrichtung gibt es jemanden, der sich besonders intensiv kümmern wird, der bei Problemen und Fragen angesprochen werden kann. Nach innen, gegenüber den Pflege(fach)kräften und allen anderen Beschäftigten steckt darin die Aussage: wir meinen es ernst mit der Zuordnung der Verantwortlichkeiten.

2.2.3 Probleme im Umsetzungsprozess und wie sie bewältigt wurden

Je nach Ausgangslage in den Referenzeinrichtungen hat das Konzept der Zuständigen Pflegefachkraft gravierend nicht nur in die vorhandene Arbeitsorganisation, sondern auch in das vorhandene berufliche Selbstverständnis der Pflegekräfte eingegriffen und deren Selbstwertgefühl tangiert. Entsprechend hoch war in manchen Fällen die Verunsicherung und entsprechend heftig ein daraus resultierender Widerstand. Auch kam es manchmal durch Veränderungen der Positionierung und der Arbeitsteilung zu Reibungen zwischen examinierten und nicht examinierten Pflegekräften. Auch wenn es zur Verhinderung solcher Schwierigkeiten keine Patentrezepte gibt, so lassen sich doch aus den Erfahrungen der Referenzeinrichtungen bestimmte Faktoren benennen, die Unruhe und Unmut dämpften und eine erfolgreiche Umsetzung beförderten.

- Von wesentlicher Bedeutung war in den Referenzeinrichtungen die Beteiligung der Mitarbeiter/innen an der Ausgestaltung der neuen Arbeitsorganisation. Die Einbindung der Pflegekräfte bei der Formulierung des Anforderungsprofils der Zuständigen Pflegefachkraft, bei der Bildung der Bewohnergruppen sowie bei der Gestaltung der Arbeitsteilung zwischen examinierten und nicht examinierten Kräften hat die Akzeptanz des Konzepts deutlich befördert.
- Um den Befürchtungen von Fachkräften, den veränderten Aufgaben nicht gewachsen zu sein, entgegenzuwirken, haben Leitungskräfte in Referenzeinrichtungen dafür gesorgt, dass Unsicherheiten oder Fehler ohne Angst vor Sanktionen eingestanden werden konnten. Statt mit kritischen Bewertungen oder Rügen zu reagieren, wurde in solchen Fällen überlegt, wie unterstützt bzw. der Fehler zukünftig vermieden werden könnte.
- Bei grundlegenden Veränderungen der Anforderungen benötigen Mitarbeiter/innen Zeit, diese zu verinnerlichen. Deshalb war es eine empfehlenswerte Strategie, eine Zeitphase der Erprobung und des Hineinwachsens festzulegen, in der die konkreten Erfahrungen häufig besprochen und ausgewertet wurden. Die Erprobungszeit ist durch die Leitungskräfte eng begleitet worden, d. h. die Wohnbereichsleitungen mussten aufmerksam beobachten, wie die Fachkräfte mit den Veränderungen zu Recht kommen und deren Erfahrungen in Einzel- und Teamgesprächen immer wieder erfragen. Der Stand der Erprobung war während

dieser Zeit regelmäßiger Tagesordnungspunkt bei Besprechungen zwischen Pflegedienst- und Wohnbereichsleitung. Zusätzlich wurden die Erfahrungen in gemeinsamen Sitzungen von WBL, PDL und Pflege team ausgewertet.

Als Fazit lässt sich feststellen, dass das ZPFK-Konzept für die Bewohner/innen und deren Angehörige die Chance verbessert hat, eine vertrauensvolle Beziehung zu „ihrer“ Pflegefachkraft aufzubauen. Die vorgenommenen Entlastungen der Zuständigen Pflegefachkräfte von pflegerischen Aufgaben stellte keine Reduzierung des Kontakts zum/zur Bewohner/in dar, sondern verlagerte und intensivierte ihn. Um ihre Planungs- und Steuerungsaufgaben gut erfüllen zu können, musste die Zuständige Pflegefachkraft jederzeit darüber informiert sein, wie es „ihren“ Bewohner/innen ging und ob die Qualität der Pflegeleistung ihrem Bedarf und ihren Bedürfnissen entsprach. Dies konnte sie nur, wenn sie in regelmäßigem und intensivem Kontakt zum/zur einzelnen Bewohner/in stand.

Ängste und Widerstände einzelner Fachkräfte konnten durch die Begleitung und Schulung abgebaut oder gemindert werden. Aus Sicht der Organisationsberatung waren fast alle Referenzeinrichtungen zum Ende der Projektlaufzeit dem Ziel der Konzeptumsetzungen sehr nahe gekommen. Dass nicht überall eine vollständige Realisierung erreicht werden konnte, lag daran, dass einige der dargestellte Hindernisse noch eine zusätzliche Bearbeitungszeit benötigen.

2.2.4 Die Kooperation zwischen Pflege und Sozialem Dienst

Bei der Bearbeitung des Modellkonzeptes sind viele der Referenzeinrichtungen bei der Soll-Ist-Analyse mehrerer unterschiedlicher Konzeptbausteine auf Unzulänglichkeiten in der Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen gestoßen. In besonderem Maße galt dies für die Kooperation zwischen Pflege und Sozialem Dienst. Eine gute Vernetzung von Pflege und Sozialem Dienst ist von wesentlicher Bedeutung für die Umsetzung von Anforderungen, die mit den Konzepten zum pflegerischen Assessment und der damit verbundenen Erhebung von biografischen Informationen, mit den Leistungsbeschreibungen und den Rahmenkonzepten zum Heimeinzug und zur Angehörigenarbeit einher gehen. Eine erfolgreiche Umsetzung dieser Konzeptbausteine kann nur gelingen, wenn

- für die Planung unterschiedliche Informationen zur Bedarfslage des Bewohners miteinander in Verbindung gebracht und genutzt werden,
- alle Fachkräfte, die mit dem Bewohner und seinen Angehörigen vor und nach dem Heimeinzug zu tun haben und auf unterschiedlichen Wegen Kenntnis zu seiner Biografie, seinen Ressourcen und Problemen erhalten, ihr Wissen systematisch und regelmäßig austauschen, so dass es in die Pflegeplanung und deren regelmäßige Evaluation einfließen kann,
- die Durchführung von Leistungen zwischen unterschiedlichen beteiligten Diensten gut koordiniert und abgestimmt werden.

Die Ausgangslage in vielen Referenzeinrichtungen stellte sich anders dar.

2.2.5 Strukturelle Hindernisse für Zusammenarbeit und die Umsetzung des Referenzkonzeptes

Die Sammlung von Informationen zur Bedarfslage von Bewohner/innen, die Erbringung von Leistungen der Ressourcenförderung und -erhaltung, biografieorientierte Angebote und die Begleitung von Angehörigen sind Querschnittsaufgaben, die meist von mehreren Arbeitsbereichen erbracht werden, z.B. von Pflege und Sozialem Dienst sowie Physiotherapeuten, anderen Berufsgruppen und nicht zuletzt auch Ehrenamtlichen. Für die Leitungsebenen ist es eine wichtige Aufgabe dafür zu sorgen, dass die Leistungen der verschiedenen Dienste aufeinander abgestimmt werden.

In vielen der Referenzeinrichtungen fanden sich Strukturen, die eine solche Koordination eher behinderten als förderten. Pflege und Sozialer Dienst gehörten oft unterschiedlichen Abteilungen an und hatten unterschiedliche Vorgesetzte. Die Pflege-

kräfte arbeiteten wohnbereichsbezogen, der Soziale Dienst überwiegend einrichtungsübergreifend. Es gab keinen systematischen Austausch, durch den sich die unterschiedlichen Professionen mit ihren verschiedenen und teilweise konkurrierenden fachlichen Vorstellungen hätten näher kommen können.

Es ist in der Fachwelt unstrittig, dass die Pflegeversicherung in ihrer derzeitigen Form ein verkürztes Pflegeverständnis fördert. Für die Einstufung von Bewohner/innen in Pflegestufen und damit für die Entgelte der Einrichtungen werden praktisch nur Leistungen berücksichtigt, die einer medizinisch-somatischen Betreuung zuzurechnen sind. Entsprechend arbeiteten auch die Einrichtungen der Altenpflege nach diesem verkürzten Pflegeverständnis, das die somatischen und die medizinischen Leistungen in Zuständigkeit der Pflege ansiedelt, die psychosozialen Leistungen beim Sozialen Dienst. Einzelgespräche wurden zwar selbstverständlich auch vom Pflegepersonal geführt, meist aber nicht als geplante regelmäßige zielgerichtete Leistung (wie in den Leistungsbeschreibungen gefordert), sondern wenn Zeit war, in Verbindung mit Hilfen bei den alltäglichen Verrichtungen. Pflegesystem und Pflegekonzept bezogen sich im Verständnis der meisten Heime nur auf das Pflegepersonal und deren Aufgaben. Die Arbeit des Sozialen Dienstes fand fast völlig isoliert von der Pflege statt. Die Angebote für die Bewohner/innen wurden in der Pflegeprozessplanung nicht berücksichtigt; umgekehrt folgte die eigenständige Angebotsplanung des Sozialen Dienstes nicht dem Pflegeprozessmodell. Eine Zusammenarbeit bei der Erstellung individueller Pflegeplanungen und bei deren Evaluation war nicht vorhanden.

In vielen Einrichtungen waren es die Fachkräfte des Sozialen Dienstes, die biografische Informationen beim Heimeinzug erhoben. Nicht selten geschah dies, indem ein entsprechender Fragebogen an die Angehörigen eines Bewohners weitergegeben wurde mit der Bitte ihn auszufüllen. Der Rücklauf wurde kaum kontrolliert. Ausgefüllte Bögen wurden oft auch nicht an die Pflegekräfte weitergegeben. Kontinuierliche Fortschreibung und biografisches Arbeiten als Element des Pflegeverständnisses gab es zwar als Proklamation in Konzeptionen, aber nicht systematisch umgesetzt in der Praxis.

Fast allen Häusern fehlte der Überblick, ob Leistungen der psychosozialen Intervention und der Mobilitätsförderung wirklich bedarfsangemessen erbracht wurden, d. h. ob alle Bewohner/innen, die solcher Maßnahmen bedurften, diese auch erhielten. Wie sich nach genauerer Analyse zeigte, kamen insbesondere demente und in der Mobilität eingeschränkte Bewohner/innen deutlich zu kurz, ein großer Teil dieser Bewohner/innen erhielt auch in den Häusern mit höherem Leistungsniveau keine geplanten Leistungen dieser Art. Umgekehrt wurde jedoch teilweise auch eine Vielzahl von „Betreuungen“ nebenbei erbracht, die den Mitarbeitern/innen nicht als Leistungen bewusst waren, ohne Planung und Absprachen und ohne Dokumentation.

2.2.6 Lösungswege:

Optimierte Vernetzung zwischen Pflege und Sozialem Dienst

Aus Sicht der Organisationsberatung war eine bessere Kooperation und Koordination von Pflege und Sozialem Dienst von zentraler Bedeutung für die erfolgreiche Umsetzung der Konzeptbausteine. Aus diesem Grund wurden, bezogen auf diesen Schwerpunkt besondere Beratungsleistungen erbracht. In Bezug auf die oben skizzierten Probleme und ihre Bedeutung wurde eine schriftliche Handreichung erstellt, die Grundlage war für intensive Diskussionen bei Regionalgruppensitzungen und den Gesprächen in den Einrichtungen vor Ort sowie für bereichsübergreifende Workshops, die in mehreren Einrichtungen durchgeführt wurden.

In einer Reihe von Einrichtungen wurden die in der Handreichung aufgeführten Fragestellungen bearbeitet. Fast überall wurden Bestandsaufnahmen durchgeführt, um zu prüfen, wo in der Zusammenarbeit zwischen Sozialem Dienst und Pflege Probleme auftreten und welche Bewohner/innen durch psychosoziale Angebote erreicht wurden und welche nicht. Diese Analysen deckten Entwicklungsbedarfe auf, die in allen Häusern angegangen wurden, allerdings wurden manchmal weiterreichende struktu-

relle Änderungen auf einen späteren Zeitpunkt verschoben und erst gegen Ende der Modelllaufzeit in Angriff genommen. In manchen Fällen war die Veränderung auch erst für die Zeit nach dem Projekt vorgesehen.

Um die Anforderungen einer biografieorientierten und ressourcenfördernden Pflege im Alltag besser als bisher umzusetzen, sind unterschiedliche Wege möglich. Im Rahmen dieses Kapitels soll dargestellt werden, wie durch die Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation die strukturellen Voraussetzungen für eine Vernetzung von Pflege und Sozialem Dienst geschaffen wurden.

Zu unterscheiden sind für solche Strukturinterventionen im Wesentlichen zwei Varianten. Die Erste zielte auf die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Pflege, Sozialem Dienst und ggf. weiteren Berufsgruppen und beschränkte sich auf Veränderungen der Ablauforganisation. Die Zweite veränderte die Aufbauorganisation, weil Fachkräfte unterschiedlicher Dienste in die Pflegeteams der Wohnbereiche integriert wurden.

Um herauszufinden, ob und wie die vorhandenen Regelungen die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Sozialem Dienst stützten oder nicht, wurde in den Referenzeinrichtungen mit einer kritischen Bestandsaufnahme des Prozesses zur Erhebung biografischer Informationen neuer Bewohner/innen begonnen. Bei der Veränderungen dieser Ablaufregelungen im Sinne der ersten Variante verblieb die Erstberatung von Bewohner/innen und Angehörigen in Zusammenhang mit einem vorgesehenen Heimeinzug i. d. R. in der Zuständigkeit der zuvor verantwortlichen Stelle, etwa dem Sozialen Dienst oder einer der Heimleitung meist direkt unterstellten Heimeinzugsberatung. Festgelegt wurde dann,

- wie Angehörigen und zukünftigen Bewohner/innen die Bedeutung der Erhebung biografischer Informationen nahe zu bringen ist,
- auf welche Weise die Kontrolle des Rücklaufes von Fragebögen erfolgt,
- wann und auf welche Weise der Biografiebogen an die Pflege übermittelt und zu einer der Grundlagen der Pflegeplanung und zum Bestandteil der Pflegedokumentation wird,
- dass der Biografiebogen fortlaufend zu ergänzen ist und sich nicht nur auf die Vergangenheit beziehen soll: die Biografie endet nicht mit dem Heimeinzug!

In den Referenzeinrichtungen waren für diese Schritte meist nur wenige kleine Korrekturen oder Konkretisierungen der vorhandenen Ablaufregelungen erforderlich. Schwieriger war die Frage zu lösen, wie neue Kenntnisse, die unterschiedliche Mitarbeiter/innen im Kontakt mit einzelnen Bewohner/innen erhielten, transparent gemacht werden konnten. Nur einige der Referenzeinrichtungen verfügten über eine EDV-gestützte Pflegedokumentation, die für die unterschiedlichen Dienste zugänglich war und in die von unterschiedlichen Stellen eingetragen werden konnte. Aber selbst wenn dies überall der Fall gewesen wäre, ist damit das eigentliche Problem nicht gelöst. Schriftlich dokumentierte Informationen stellen notwendigerweise immer Verkürzungen dar. Selbst wenn sie gut gelungen sind, besteht die Gefahr von Lücken, Missverständnissen und Fehldeutungen. Die Vernetzung des Wissens unterschiedlicher Personen braucht auch eine mündliche Kommunikation. In solchen Diskursen können nicht nur Informationen zusammengetragen, sondern kann auch über deren Bedeutung für den einzelnen Bewohner und seine Unterstützung und Begleitung reflektiert werden.

Ziel war es also, die Kommunikation aller relevanten Fachkräfte zu verdichten. Um dies zu erreichen, wurden in vielen Referenzeinrichtungen regelmäßige und systematische gemeinsame Fallbesprechungen von Pflegeteams und Sozialem Dienst eingeführt und dafür gesorgt, dass Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes regelmäßig an Übergaben in den Wohnbereichen teilnahmen.

Besonders gelungen scheint eine Regelung aus einigen Referenzeinrichtungen, nach der Fallbesprechungen zu jedem neuen Bewohner wenige Wochen nach seinem Einzug stattzufinden haben. Eine schriftliche Ergänzung biografischer Informationen erfolgte nach dieser Besprechung durch die Zuständige Pflegefachkraft oder von dieser koordiniert.

Diese gemeinsamen Fallbesprechungen wurden in Referenzeinrichtungen – die diese Form systematischer Reflexion vorher nicht kannten – zu einem festen Bestandteil der Besprechungsmatrix. Um Zeit dafür zu gewinnen, wurden andere Besprechungsforen genutzt und deren Ablauf neu festgelegt. So gab es etwa die Lösung, einmal wöchentlich die normalerweise halbstündige Übergabe zwischen Früh- und Spätdienst auf 20 Minuten zu verkürzen, insgesamt aber um fünf Minuten zu verlängern um dadurch 15 Minuten für die Fallbesprechung eines Bewohners zu gewinnen. Oder die Teambesprechungen der Wohnbereiche wurden inhaltlich konzentriert und von allem befreit, was auch schriftlich z.B. über interne Hausmail mitgeteilt werden konnte. Auf diese Weise gewann man ebenfalls Zeit für Fallbesprechungen.

Da die Anzahl der Fallbesprechungen auf diese Weise höher war als Neueinzüge von Bewohner/innen, war es wichtig, ein Auswahlssystem für die zu besprechenden Bewohner/innen festzulegen. Auch hier gab es unterschiedliche Vorgehensweisen. Da der Sinn der Fallbesprechung letztlich darin besteht, die individuelle Pflege so bewohnerorientiert und bedarfsangemessen wie möglich zu gestalten, war es wichtig, ein Prinzip zu finden, durch das möglichst alle Bewohner/innen irgendwann erreicht werden. Wird die Auswahl den Pflegekräfte überlassen, besteht die Gefahr, dass immer wieder nur solche Bewohner/innen besprochen werden, bei deren Pflege Probleme auftauchen. Die regelmäßig anstehende Evaluation der Pflegeplanung könnte eine Lösung darstellen, aber wenn deren Zahl nicht in Einklang zu bringen ist mit den Zeitressourcen für die Fallbesprechungen muss auch hier wieder ein Auswahlprinzip her. Einzelne Einrichtungen haben deshalb den Weg gewählt, bei Besprechungen unabhängig von Neueinzügen – die immer Vorrang haben – im Wechsel vorzugehen: immer ein Bewohner wurde entsprechend einer alphabetischen Reihenfolge ausgewählt, der nächste konnte bei Bedarf von den Pflegekräften aufgrund eines aktuellen Anlasses vorgeschlagen werden, bei der folgenden Fallbesprechung war dann wieder die alphabetische Reihenfolge gültig.

2.2.7 Dezentralisierung des Sozialen Dienstes

Einige Referenzeinrichtungen haben die Zielsetzung der zweiten Variante gewählt und auch die Aufbauorganisation verändert, den Sozialen Dienst dezentralisiert und den Wohnbereichen zugeordnet. Die Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes wurden Mitglieder der Wohnbereichsteams und unterstanden damit der Wohnbereichsleitung. Verändert wurden auch die Aufgabenbeschreibungen: zentrale wohnbereichsübergreifende Angebote für Bewohnergruppen und insbesondere solche für Bewohner/innen mit relativ geringen gesundheitlichen Einschränkungen wurden reduziert zugunsten von wohnbereichsbezogenen Angeboten – insbesondere auch solchen, durch die bisher eher vernachlässigte immobile und demente Bewohner/innen erreicht werden konnten. Um dies zu gewährleisten wurden auch die Dienstzeiten bedarfsangemessen angepasst: Unterstützungsangebote sollten idealerweise an sieben Wochentagen und auch in den Abendstunden erbracht werden können.

Manche Referenzeinrichtungen konnten eine solche Veränderung der Aufbauorganisation im Projektverlauf noch nicht umsetzen, weil die vorhandene personelle Besetzung des Sozialen Dienstes (etwa: zwei Mitarbeiter, vier Wohnbereiche) dies unmöglich machte. In dem erwähnten Strategiepapier der Organisationsberatung wird auf die Möglichkeit mittelfristiger strategischer Zielsetzung und Personalplanung verwiesen: bei Ausscheiden von Fachkräften besteht die Möglichkeit, vorhandene Stellen mit Teilzeitkräften zu besetzen, um so die Flexibilität zu erhöhen.

Die Integration von Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes in die Wohnbereiche machte die Wahrnehmung übergreifender Aufgaben nicht überflüssig. Einige Referenzeinrichtungen haben deshalb mit den Fachkräften des Sozialen Dienstes individuelle fachliche Schwerpunktsetzungen und die Weiterentwicklung vorhandener Konzepte (Arbeit mit demenziell Erkrankten, Palliativpflege, Werbung und Begleitung von Ehrenamtlichen u.ä.) vereinbart. Verbunden mit solchen Schwerpunktsetzungen war auch die Anforderung, einrichtungsintern als Multiplikator des erweiterten Fachwissens zu fungieren.

3. Qualitätsmanagement in der stationären Altenpflege

Die Umsetzung des Referenzkonzeptes hat in hohem Maße das Qualitätsmanagement (QM) der Referenzeinrichtungen berührt. Man kann sagen, dass die Umsetzung der Konzeptbausteine schließlich einen gewichtigen Teil des QM der Einrichtungen ausgemacht und bereits vorhandene Standards erweitert, teils auch korrigiert hat.

Ein überwiegender Teil der stationären Altenpflegeeinrichtungen verfügt über ein systematisches QM-System oder ist dabei, ein solches aufzubauen. Unter den 20 Referenzeinrichtungen gab es aber immerhin vier, die noch nicht mit dem Aufbau eines QM-Systems begonnen hatten.

Als QM wird in den Einrichtungen der stationären Altenpflege sowohl die Gesamtheit des Führungshandelns – das „managen der Leistungsqualität“ –, als auch die Summe der Verfahren bezeichnet, welche die Sicherung und Weiterentwicklung der Leistungsqualität regeln. Zu den Grundpfeilern der Qualitätsphilosophie gehört die Orientierung am „Kunden“, d. h. an den Bedürfnissen, Wünschen, Bewertungskriterien der Adressaten einer Leistung. Zugrunde liegt diesem Prinzip zum einen ein legitimes marktpolitisches Kalkül: ein hoher Grad von Kundenzufriedenheit hilft, die Marktchancen eines Unternehmens zu sichern. In den sozialen Arbeitsfeldern, wie auch in der Altenpflege, ist dieses Prinzip klar verbunden mit grundlegenden ethischen Prämissen, einem bestimmten Menschenbild und sozialpolitischen Zielorientierungen: „Kunden“- , also Bewohnerorientierung in Altenpflegeheimen wird nicht nur verstanden als Mittel, um im Wettbewerb mit anderen Anbietern die Belegung der eigenen Plätze zu sichern. Vielmehr ist sie gleichzeitig und unverzichtbar Ausdruck einer Haltung, die prinzipiell menschenwürdiges Leben gewährleisten will. Konkret wird dies in einem pflegerischen Handeln, das alle Kontakte zu Bewohner/innen respektvoll, empathisch und fachkompetent gestaltet und sich dabei an den Leitprinzipien der Biografie- und Präventionsorientierung und Ressourcenerhaltung und -Förderung ausrichtet.

Für die praktische Realisierung von QM-Systemen können unterschiedliche Modelle herangezogen werden. Als das verbreitetste Qualitätsmanagementsystem in der stationären Altenpflege ist das Modell DIN-EN-ISO 9000 ff: 2000 anzusehen, das auch einigen trägerspezifischen Ansätzen (AWO, Diakonie) als Grundlage dient.⁵²

Die Anforderungen für ein QM-System – hier dargestellt am Beispiel des DIN-EN-ISO 9001 Modells – beziehen sich auf vier zentrale Bereiche, die in einem Unternehmen dazu dienen, die Erbringung von Dienstleistungen sicher zu stellen:

- Die Verantwortung der Leitung für die gesamte Gestaltung des QM-Systems entsprechend des Steuerungskreislaufes der Planung, Ausführung, Überprüfung, und Verbesserung,
- das Managen der Ressourcen, insbesondere Personalmanagement und Personalentwicklung, aber auch die Sorge für die benötigten Arbeits- und Sachmittel,
- die Sicherung der „Produktrealisierung“, also aller Prozesse, durch welche die Dienstleistungen eines Unternehmens erbracht werden,
- die Messung, Analyse und Verbesserung der Dienstleistungen.

Das QM-System eines Unternehmens ist in einem QM-Handbuch schriftlich darzulegen.

⁵² Einen guten Überblick über unterschiedliche Modelle und Vorgehensweisen bieten die Veröffentlichungen von C.Löffing/S. Geise (Hrsg.): Management und Betriebswirtschaftslehre in der ambulanten und stationären Altenpflege, Bern, 1. Auflage 2005 und von P. Gerull: Qualitätsmanagement sozialer Dienstleistungen, vom Autor als CD-Rom vertrieben und 2003 erschienen; erhältlich über www.peter-gerull.de

3.1 Gute Pflege und einrichtungsinternes Qualitätsmanagement

Die Normanforderungen von QM-Systemen regeln nicht die Qualität im Sinne der Güte einer Dienstleistung. Sie stellen vielmehr auf überprüfbar gesicherte Rahmenbedingungen und Verlässlichkeitsnachweise für die Dienstleistungsprozesse ab. D. h. die Normanforderungen beziehen sich nicht auf die inhaltliche Güte eines Prozesses (wie etwa die Begleitung des Einzugs eines neuen Bewohners) sondern darauf, dass Regelungen für diesen Prozess nachweislich existieren und eingehalten werden. Zum Nachweis dienen entsprechende Dokumentationsinstrumente (Checklisten, Protokolle) und Prüfverfahren wie interne und externe Audits. Die inhaltliche Gestaltung der Prozesse mit ihren impliziten Gütekriterien bleibt den Unternehmen selbst überlassen. Im Unterschied dazu beinhalten die Konzeptbausteine sowohl Anforderungen für die organisatorischen Ablaufregelungen als auch für deren fachlich-inhaltliche Gestaltung.

In der Praxis zeigte sich, dass die Mehrzahl der Referenzeinrichtungen, die bereits vor Beginn des Projektes über ein systematisches QM-System und ein gültiges QM-Handbuch verfügten, eine größere Zahl der Konzeptanforderungen bereits erfüllte. Dies ist als ein Hinweis darauf zu werten, dass ein QM-System tatsächlich zur Sicherung der Leistungsqualität, auch im Sinne der Güte der Leistung, einen wichtigen Beitrag leistet.

Bei einigen Einrichtungen wurde bei den Bestandsaufnahmen jedoch festgestellt, dass die Anforderungen nur auf dem Papier erfüllt waren. Die in den QM-Handbüchern getroffenen Regelungen wurden im Alltag nicht verbindlich eingehalten. Das heißt, die Existenz eines QM-Handbuches allein ist noch keine hinreichende Bedingung für ein hohes Qualitätsniveau.

Selbst in Einrichtungen, in denen das Qualitätsmanagement tatsächlich die alltäglichen Abläufe steuerte, war es nicht so, dass die noch zu leistenden Verbesserungen schnell und zügig voranschritten. In manchen Einrichtungen mit QM-System und QM-Handbuch gestalteten sich die vergleichsweise geringen Anpassungen eher schwierig und langwierig. Andere Einrichtungen, die zu Beginn wenige der Konzeptanforderungen bereits erfüllten, kamen schneller vorwärts.

Ein Grund dafür war, dass in vielen Einrichtungen das QM-System nicht in der alleinigen Verantwortung der Hausleitungen lag, sondern wesentlich auf der regionalen Trägerebene durch einen dort angesiedelten QM-Stab gesteuert wurde. Dieser war nicht nur für eine einzelne Einrichtung, sondern für alle Altenpflegehäuser in der Region oder dem Bezirk zuständig. Teilweise war dies mit einer bereits vollzogenen oder angestrebten Verbundzertifizierung dieser Einrichtungen verknüpft. Seitens der Träger gab es deshalb ein großes Interesse daran, möglichst gleichartige QM-Standards für die Einrichtungen des Verbundes bzw. der Region festzulegen. Geplante Veränderungen und Erweiterungen des QM-Handbuches einer einzelnen Einrichtung erforderten manchmal langwierige Abstimmungen.

Aus Sicht der Organisationsberatung gab es für Verzögerungen einen weiteren Grund, der weniger offensichtlich ist: Gerade die ausgefeiltesten QM-Systeme, die in einzelnen Einrichtungen etabliert wurden, hatten einen beträchtlichen Aufwand an Zeit und Einsatz gekostet. Zu Recht waren nach solchen Arbeitsprozessen alle Beteiligten froh, es geschafft zu haben und stolz auf das Ergebnis. Dies konnte bei Beschäftigten auf Leitungs- und Mitarbeiterebene zu einer gewissen Unbeweglichkeit führen. Dabei ging es nicht einmal darum, dass man sich nicht in Frage stellen lassen wollte. Es war vielmehr eine Frage der Wahrnehmung. Überzeugt davon, dass alles Wichtige bereits geregelt wäre, wurden in den Konzeptbausteinen des Modellprojektes vor allem die bestätigenden Übereinstimmungen entdeckt. Details, die von den bereits vorhandenen Standards abwichen oder deren Ergänzung forderten, wurden nicht bzw. erst durch hartnäckige Hinweise der externen Beratung gesehen. Auf

solche Sachverhalte weist eine in Kapitel 2.3 aufgeführte Prämisse der Organisationsberatung ausdrücklich hin: die selbstorganisierte Ordnung einer Organisation schließt die Wahrnehmung bestimmter Sachverhalte aus, die zu dieser Ordnung nicht passen.

Ein weiterer Grund kam hinzu: Insbesondere die QM-Systeme auf der Basis der ISO-Normen betonen den Qualitätssicherungsaspekt auf stärkere Weise, als den Aspekt der Qualitätsentwicklung. Praktisch bedeutet dies, dass der betriebene Aufwand beim Aufbau eines QM-Systems und beim fortlaufenden Controlling sich vorrangig auf den Sicherungsaspekt konzentrierte. Die Entwicklung der Standards verfolgten das Ziel, Abläufe und Prozesse auf eine bestimmte Art und Weise festzuschreiben, das Controlling überprüfte, ob die Festlegungen eingehalten wurden. Zum System gehörten zwar auch solche Foren, deren Aufgabe es war, die „Verbesserung der Dienstleistungen“ (s. o.) sicher zu stellen. Im Alltag konnte dieses Ziel jedoch zu Gunsten der angestrebten Verlässlichkeit eines einmal definierten Qualitätsniveaus schnell ins Hintertreffen geraten.

Vor dem Hintergrund dieses Begründungszusammenhangs ist es aus Sicht der Organisationsberatung nicht verwunderlich, dass den „weitesten Entwicklungsweg“ im Modellprojekt solche Referenzeinrichtungen zurückgelegt haben, die zu Beginn der Laufzeit verhältnismäßig wenige der Anforderungen bereits erfüllten und bei denen der Aufbau eines QM-Systems erst in den Anfängen steckte. Auch muss die oben formulierte These erweitert werden. Ein etabliertes Qualitätsmanagement leistet einen wichtigen Beitrag zur Sicherung und Entwicklung der Leistungsqualität, wenn im Alltag sowohl die Festlegungen für die Abläufe verbindlich gelebt werden und gleichzeitig regelmäßig auf Verbesserungspotentiale hin überprüft werden.

3.2 Leistungsbeschreibungen: das Leistungsprofil der stationären Altenpflege

Die Leistungsbeschreibungen erfassen alle unmittelbar und mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen, die eine Einrichtung der stationären Altenpflege prinzipiell vorhalten sollte. Sie sind ein Klassifikationssystem, das die Einzelleistungen „inhaltlich voneinander abgrenzt und übersichtlich darstellt“⁵³. Ein besonderes Merkmal der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen ist dabei, dass sie grundsätzlich zielbezogen beschrieben sind. Das heißt, unterschiedliche Verrichtungen, die auf ein gleiches Pflegeziel gerichtet sind, gehören zu einer Leistung.

Wie auch andere Elemente des Referenzkonzepts gehen die Leistungsbeschreibungen von grundlegenden Qualitätszielen aus, welche die Praxis jeder Pflegeeinrichtung prägen sollten. „Diese beziehen sich auf die Anforderung einer biografie- und präventionsorientierten und ressourcenerhaltenden/-fördernden Pflege“⁵⁴.

3.2.1 Bestandsaufnahme zu den unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungsbeschreibungen

Bei der Umsetzung der Leistungsbeschreibungen wurde im Rahmen der Soll-Ist-Analyse geprüft, ob das vorhandene Leistungsprofil einer Einrichtung alle „Maßnahme-bündel“ vollständig umfasste, und ob diese Leistungen bedarfsgerecht und auf hinreichendem Qualitätsniveau erbracht wurden. Die Soll-Ist-Analysen wurden durch die Modellbeauftragten zum einen anhand zufällig ausgewählter Pflegedokumentationen, zum anderen durch Befragungen in den Wohnbereichen durchgeführt.

⁵³ Vgl. Praxisleitfaden Teil A

⁵⁴ ebd.

In einigen der Referenzeinrichtungen deckte diese Analyse Mängel der Pflegeplanung und -dokumentation auf. Auf diese Punkte und daraus resultierende Entwicklungsziele und Veränderungsstrategien werden wir in Kapitel 3.4 eingehen.

Im Modellprojekt zeigte sich, dass eine nicht geringe Anzahl der Leistungen von den Einrichtungen prinzipiell erbracht werden konnte und überwiegend auch erbracht wurde. Dazu wurden grundsätzlich auch solche Leistungen bzw. Einzelverrichtungen der speziellen Pflege gezählt, die nicht von Fachkräften der Einrichtung geleistet wurden (z. B. die Katheterisierung beim Mann oder intramuskuläre oder intravenöse Injektionen), bei denen das Heim durch Kooperation mit Ärzten jedoch sicherstellte, dass sie bei Bedarf zügig und bedarfsgerecht erbracht werden konnten. Gleichwohl verwies dieses Modellergebnis auf eine Problematik, die über das Projekt hinausweist: die Frage nämlich, über welche Fachkompetenz vollstationäre Altenpflegeheime in Zukunft verfügen sollten und ob dazu auch eine stärker medizinisch ausgerichtete Kompetenz gehören müsste.

Bei den Entwicklungsbedarfen, die sich in den Referenzeinrichtungen zeigten, ließen sich drei Kategorien unterscheiden.

Zum Einen ging es um Lücken der fachlichen Kompetenz von Pflege- und anderen Fachkräften, die in die Unterstützung und Begleitung von Bewohner/innen eingebunden waren. Solche Kompetenzmängel zeigten sich etwa bei Varianten des Lagerns (LA) und den Einzel- und Gruppenaktivitäten zur Erhaltung/Förderung der Mobilität (MOB und GAM). Auch für einige Leistungen der angemessenen psychosozialer Begleitung reichte die vorhandene Fachlichkeit oft nicht aus. Beispiele dafür sind die „Interventionen bei Wanderungstendenzen“ (IWT), die Einzelbetreuung bei Selbst- und Fremdgefährdung (EBG) und die „Interventionen bei besonderen psychischen Problemlagen“ (ISP). Auch in Bezug auf die Durchführung biografieorientierter Einzel- und Gruppenaktivitäten (BE und GAB) fühlten sich manche Fachkräfte der Pflege und der Sozialen Dienste fachlich überfordert.

Wenn die fachliche Kompetenz nicht angemessen ist, werden bestimmte Leistungen gar nicht oder nicht in ausreichender Qualität erbracht. Dadurch, aber auch aus anderen Gründen können Mängel in Bezug auf die Bedarfsgerechtigkeit auftreten. Wie schon in Kapitel 6.3 erwähnt, bestätigte sich in einigen der Referenzeinrichtungen, was schon in der Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ festgestellt worden war: die vorhandenen psychosozialen Unterstützungsangebote erreichten eher die mobilen Bewohner/innen, bzw. solche, die ein entsprechendes Interesse deutlich artikulieren konnten oder durch ihr Verhalten auf einen Bedarf aufmerksam machten. Zu kurz kamen vielfach die bettlägerigen immobilen und die wegen demenzieller Veränderung verhaltensauffälligen Bewohner/innen.

Schließlich hingen in Einzelfällen Versorgungsmängel auch damit zusammen, dass die Leitprinzipien zur Ressourcenorientierung und Biografieorientierung von den Pflegekräften zu wenig verinnerlicht waren.

Auf der Grundlage dieser Analyseergebnisse richteten sich die wichtigsten Veränderungsziele in Bezug auf die Leistungsbeschreibungen in den Referenzeinrichtungen auf

- die Steigerung der fachlichen Kompetenz,
- Verbesserungen hinsichtlich einer bedarfsgerechten Versorgung,
- die Verinnerlichung und Operationalisierung eines ressourcenorientierten und biografieorientierten Pflegeleitbilds.

Hinzu kam, dass die Mitarbeiter/innen generell für den Umgang mit den Leistungsbeschreibungen zu schulen waren.

3.2.2 Berufsbegleitende fachliche Qualifizierung

Steigerung der fachlichen Kompetenz

Um die Fachkompetenz der Mitarbeiter/innen zu steigern wurden in den Referenzeinrichtungen die Lücken möglichst genau identifiziert und daraus passgenaue Qualifizierungsthemen und Aufträge abgeleitet. Nach Erarbeitung dieser Themenliste einigte man sich auf eine Rang- und Reihenfolge der Bearbeitung.

Geprüft wurde sodann, auf welche Weise eine berufsbegleitende Fortbildung am wirksamsten und kostengünstigsten durchgeführt werden konnte. Bei vielen Referenzeinrichtungen zeigte sich, dass nicht wenige über einzelne spezialisierte Mitarbeiter/innen in den Wohnbereichen, beim Sozialen Dienst und auch auf Leitungsebene verfügten, die in der Lage waren, ihre Kenntnisse als Multiplikatoren/innen zur Verfügung zu stellen.

In einigen Referenzeinrichtungen wurden Kompetenzlücken bei der bedarfsgerechten Lagerung von Bewohner/innen oder bei Fragen medizinischer Behandlungspflege durch Inhouse-Schulungen bearbeitet, für die kooperierende Ärzte bzw. Fachkräfte aus Sanitätshäusern oder Apotheken unentgeltlich oder mit geringfügiger Honorierung gewonnen werden konnten. Andere Themen, wie z. B. die Umsetzung einer biografieorientierten Praxis oder die psychosoziale Versorgung demenziell veränderter Bewohner/innen konnten durch entsprechend geschulte Fachkräfte beim Träger oder auch durch eigene interne Multiplikatoren/innen angeboten werden. In einzelnen Referenzeinrichtungen wurden sogar mehrteilige Fortbildungen zur Pflege dementer Bewohner/innen angeboten, die sich über einen längeren Zeitraum erstreckten.

Einzelne Referenzeinrichtungen haben auch die Möglichkeit genutzt, bestimmte Fachkräfte mit spezifischem Qualifikationsprofil einzustellen und in ihre Stellenbeschreibung von Beginn an aufzunehmen, dass sie zum überwiegenden Teil ihrer Arbeitszeit als Multiplikatoren/innen tätig sein sollen. So hat eine Referenzeinrichtung die Stelle einer Pflegefachkraft mit einer Fachkraft für Physiotherapie besetzt. Diese Fachkraft hat vor allem den Auftrag, die Pflegekräfte zu schulen und zu qualifizieren, um diese in die Lage zu versetzen, selbst mobilitätsfördernde Maßnahmen im Alltag durchzuführen und Alltagsverrichtungen, etwa bei Lagerungen, der Körperpflege, bei den Mahlzeiten und vielen anderen Anlässen mobilitätsfördernd zu gestalten.

Unterstützung der Fachkräfte bei der Anwendung der Leistungsbeschreibungen

Im Unterschied zu anderen Konzeptbausteinen, bei denen der Einstieg in den Transfer durch die Soll-Ist-Analyse erfolgte, war es bei den Leistungsbeschreibungen nicht nur möglich sondern auch notwendig, parallel mit der Schulung der Pflegekräfte zu beginnen. Ziel solcher Schulungen, die von den Modellbeauftragten durchgeführt wurden, war zunächst, dass sich die Mitarbeiter/innen mit der Systematik der Leistungsbeschreibungen vertraut machten.

Um die Mitarbeiter/innen im Hinblick auf die Anwendung zu schulen, war nicht nur das Verständnis für die Leistungsbeschreibungen zu schaffen, sondern der konkrete Nutzen und die Anwendung für die Pflegedokumentation⁵⁵ zu verdeutlichen. Dabei sollten die Leistungsbeschreibungen für die Pflegeplanung entsprechend genutzt werden.

Referenzeinrichtungen mit einer EDV-gestützten Pflegedokumentation haben die Leistungsbeschreibungen – sofern das technisch möglich war – in das System eingelegt. Dabei wurden z. B. im System die einzelnen Beschreibungen mit ihren Kürzeln als Textbausteine hinterlegt. Wenn also bei der Pflegeplanung für eine/n Bewohner/in eine Maßnahme im Tagesablaufplan eingetragen werden sollte, konnte der Text der entsprechenden Leistungsbeschreibung aufgerufen und in die Planung eingefügt werden. Allerdings war dabei immer eine auf den/die individuelle Bewoh-

⁵⁵ Der Zusammenhang zwischen Leistungsbeschreibungen und Pflegedokumentation wird in Teil A Kapitel des Praxisleitfadens verdeutlicht.

ner/in bezogene Konkretisierung vorzunehmen, die im Textbaustein noch nicht enthalten war. Die Kürzel wurden außerdem in einer Suchmaske hinterlegt, so dass die einzelnen Leistungen auch über die Kürzel gesucht und gefunden werden konnten. Angesichts der Systematik der Leistungsbeschreibungen haben einige Einrichtungen – wie bereits oben beschrieben – eine Neuordnung der bislang genutzten Systematik nach den ATL/AEDL vorgenommen und die Systematik der Leistungsbeschreibungen in den Vordergrund gerückt.

Im Rahmen der Mitarbeiterschulungen der Referenzeinrichtungen wurde der Pflegeprozess in den Vordergrund gestellt und ein Bewusstsein für die unterschiedlichen Leistungen geschaffen. Insbesondere wurde die Bedeutung der psychosozialen Betreuung in den Schulungen hervorgehoben, aber auch die notwendige Arbeitsteilung im Hinblick auf unmittelbar und mittelbar bewohnerbezogene Leistungen.

Um die tägliche Arbeit mit den Leistungsbeschreibungen zu erleichtern, haben die Modellbeauftragten den Katalog kopiert und jedem Wohnbereich einen entsprechenden Ordner bzw. jedem/jeder Mitarbeiter/in eine Kopie zur Verfügung gestellt. So konnte jede/r Mitarbeiter/in bei Bedarf darauf zurückgreifen. Auch wurden kleine „Taschenkarten“ mit einer Auflistung der Leistungsbeschreibungen im Überblick erstellt. Diese Taschenkarten bestanden aus einem laminierten Papier in Postkartengröße, welches jede/r Mitarbeiter/in bei sich tragen konnte. Diese Taschenkarten waren für die Mitarbeiter/innen sehr hilfreich, da sie bei Bedarf die Auflistung der Leistungsbeschreibungen vor Augen hatten und diese zunehmend in die tägliche Arbeit einbinden konnten.

Wie zu erwarten war, haben die Mitarbeiter/innen über einen längeren Zeitraum Übung und kritische Begleitung benötigt, bis sie die Leistungsbeschreibungen korrekt verwenden konnten. In den Referenzeinrichtungen haben die Modellbeauftragten unterschiedliche Möglichkeiten gewählt, die kontinuierliche Arbeit mit den Leistungsbeschreibungen zu überprüfen. Beispielsweise haben sie regelmäßig an Dienstbesprechungen, Fallbesprechungen, Übergaben und teilweise auch an Pflegevisiten teilgenommen. Darüber hinaus haben sie Checklisten erstellt und eine kontinuierliche, stichprobenartige Kontrolle der Pflegedokumentationen mit einer anschließenden Rückmeldung an die entsprechenden Mitarbeiter/innen durchgeführt.

Umsetzungsprobleme in der Pflegepraxis sind zunächst in der Abgrenzung einiger Leistungsbeschreibungen voneinander aufgetreten. Zum Beispiel wurde von Schwierigkeiten aus den Referenzeinrichtungen berichtet, die Leistungsbeschreibungen BE (Biografieorientierte Einzelaktivitäten) und EG (Einzelgespräch) bzw. IWT (Interventionen bei Wanderungstendenz) und ISP (Interventionen bei speziellen psychischen Problemlagen) in der täglichen Praxis voneinander zu unterscheiden. Ebenso konnten sich Maßnahmen der Leistungsbeschreibung SOK (Unterstützung bei sozialen Kontakten/sozialer Teilhabe) mit der Unterstützung bei der Ernährung (z.B. NA: Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme) in der Pflegepraxis überschneiden. Einige Mitarbeiter/innen haben z.B. darauf hingewiesen, sie würden bestimmte Leistungen im Rahmen anderer pflegerischer Tätigkeiten durchführen. Dies gelte beispielsweise für MOB (Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität), wenn Bewohner/innen nicht im Rollstuhl zum Speiseraum gefahren würden, sondern bei dieser Gelegenheit mit ihnen das Gehen trainiert würde.

Für die erfolgreiche Bewältigung solcher Schwierigkeiten war es wichtig, dass die Modellbeauftragten auf die Begleitung des Einführungsprozesses gut vorbereitet worden waren. Dies geschah über die ausführliche Bearbeitung der Leistungsbeschreibungen und zugehörigen Erläuterungen in den Regionalgruppensitzungen, aber auch durch unmittelbare Anfragen einzelner Modellbeauftragter bei den Kollegen/innen des IPW. Auch die Organisationsberater/innen wurden hier von den IPW-Kollegen/innen unterstützt, und konnten sich auf diese Weise die erforderlichen

Fachkenntnisse aneignen. Mit der Zeit war es so zunehmend möglich, dass auch die Organisationsberater/innen Fragen unmittelbar beantworten und Unsicherheiten ausräumen konnten.

Ein zentrales Hindernis für die richtige Verwendung der Leistungsbeschreibungen war ein stark maßnahmenbezogenes Denken der Pflegekräfte. Mehrfach musste erläutert werden, dass es für die richtige Zuordnung einer Verrichtung auf das zentrale Ziel ankommt, auf das sich diese Tätigkeit bezieht. So zielt etwa die Begleitung eines Bewohners zum Speiseraum i.d.R. auf die Ermöglichung der Nahrungsaufnahme und gehört deshalb zur Leistung NA. In einem konkreten Fall wurden Bewohner/innen jedoch bewusst zu Fuß statt im Rollstuhl den recht langen Weg zum Speiseraum begleitet, um auf diese Weise ihre Mobilität zu erhalten und zu fördern. Der erheblich höher Zeitaufwand für die Pflegekräfte wurde dabei in Kauf genommen. D.h. hier stand das Ziel der Mobilitätsförderung im Vordergrund und die erbrachte Leistung gehörte zu MOB. Selbstverständlich musste dieses Ziel und diese sowie weitere zugehörigen Leistungen entsprechend auch in der Pflegeplanung hinterlegt sein. Dass bei Mahlzeiten auf dem Wohnbereich die Mitarbeiter/innen mit den Bewohner/innen sprachen, gehörte dagegen zu den Selbstverständlichkeiten guter Pflege, die im Konzept den Leistungsbeschreibungen vorangestellt sind und nicht eigens bei jeder Leistung neu aufgeführt werden.

Es war die Klärung solcher Fragen im Praxisalltag, die den Mitarbeitern/innen mit der Zeit ein stärker zielorientiertes Denken nahe brachten. Bei den wenigsten hat eine einzige Schulung und Information ausgereicht. Von besonderer Bedeutung war dabei auch die Einbindung der Nachtdienstmitarbeiter/innen, da diese in manchen Referenzeinrichtungen häufiger unzureichend dokumentiert hatten.

Auch die Planung und Dokumentation der psychosozialen Betreuungsleistungen durch die Pflegekräfte hat in der Einführungsphase Probleme bereitet. In vielen Referenzeinrichtungen musste durch mehrfache Gespräche und Rückmeldungen zu geprüften Pflegeplanungen und -dokumentationen das Bewusstsein dafür entwickelt und gestärkt werden, auch für solche Leistungen zuständig zu sein.

3.2.3 Bedarfsgerechte Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen

Wie schon ausgeführt, war eine bessere Vernetzung von Pflege und Sozialem Dienst eine wichtige Basis für Verbesserungen, reichte aber noch nicht aus.

In Bezug auf die Interventionen zur psychosozialen Unterstützung war es wichtig, sich zunächst einen Überblick darüber zu verschaffen,

- welche Angebote zur psychosozialen Unterstützung im eigenen Haus überhaupt vorgehalten wurden (Art der Aktivität, durchgeführt von welchen Fachkräften oder Ehrenamtlichen),
- wo und wie diese stattfanden (wohnbereichsbezogen oder hauszentral, für kleine/größere Gruppen oder Einzelangebot),
- wann sie stattfanden (gab es Angebote abends, an den Wochenenden, in den Nachtstunden⁵⁶),
- welche Bewohner dadurch erreicht wurden und welche nicht (wurden mit einem großen Teil der Angebote vielleicht immer die gleichen wenig beeinträchtigten Bewohner/innen erreicht und andere überhaupt nicht?)

In einigen Referenzeinrichtungen wurde durch die Prüfung dieser Fragen festgestellt, dass die Angebote überwiegend zentral für größere Gruppen von Interessierten und in den Nachmittagsstunden durchgeführt und immobile Bewohner/innen kaum

⁵⁶ An dieser Stelle sind die Leistungsbeschreibungen auch verbunden mit dem Konzeptbaustein zur „Nächtlichen Versorgung“, vgl. Kapitel 3.8

erreicht wurden. Entsprechend war die Weiterentwicklung darauf gerichtet, das Angebot inhaltlich und zeitlich auszudifferenzieren und bisher tendenziell vernachlässigte Bewohner/innen besser zu berücksichtigen.

Diese Einrichtungen haben Verbesserungen u.a. dadurch erreicht, dass sie die Anzahl und Art von kurzzeitigen Angeboten deutlich erhöhten. Einzelne Häuser haben als Qualitätsziel festgelegt, dass jede/r Bewohner/in mindestens zweimal pro Woche ein geplantes Angebot erhalten sollte, ob es sich nun um eine 10-Minuten-Aktivierung, Einzelgespräche, eine Kontaktaufnahme mit geeigneten Materialien, Spaziergänge im Sinnesgarten, die Teilnahme an einem Gruppenangebot oder ähnliches handelte. Manche Einrichtungen haben festgestellt, dass ein liebevoll eingerichteter zentraler „Snoezel-Raum“ im Alltag schlechter zu nutzen war als ein Snoezel-Rollwagen auf jedem Wohnbereich, den man zu Einzelgesprächen auf die Bewohnerzimmer mitnehmen konnte. Durch verbesserte Arbeitsorganisation, wie etwa die Reduzierung zentraler zu Gunsten dezentraler Angebote, und eine stärkere Anbindung bzw. Integration des Sozialen Dienstes an/in die Wohnbereiche konnte die Zeit für solche Angebotserweiterungen gewonnen werden.

Natürlich hing die Ausdifferenzierung des Angebotes eng mit der Qualifikation der Fachkräfte zusammen. Aber auch wenn hier Entwicklungsbedarf festgestellt wurde, ist mit den ersten Schritten nicht gewartet worden, bis Schulungen stattgefunden hatten oder gar abgeschlossen waren. Über eine Basisqualifikation verfügen alle Fachkräfte der Pflege und der Sozialen Dienste. In bereichs- und hierarchieübergreifenden Qualitätszirkeln konnte dies vorhandene Wissen produktiv vernetzt werden. Oft entstanden aus solchen Diskursen kreative Ideen, z.B. dazu, wie fachliches Wissen, verbunden mit individuellen Interessen und Hobbies dazu beitragen kann, dass Angebot zu erweitern.

Erwähnenswert ist hier das Beispiel einer Referenzeinrichtung, die Mängel beim Umgang mit solchen Bewohner/innen feststellte, die aufgrund ihrer demenziellen Veränderung Wanderungstendenzen aufwiesen. Die Projektgruppe entwickelte hier den Vorschlag, diese Bewohner/innen tagsüber immer ein Namensschild tragen zu lassen. Gleichzeitig wurde die Zielsetzung formuliert, dass alle Mitarbeiter/innen der Einrichtung, auch die aus Hauswirtschaft, Verwaltung und Haustechnik, sowie die Ehrenamtlichen über Basiskompetenzen für den Umgang mit dementen Bewohner/innen verfügen sollten. Aufgrund dieser Überlegungen wurde eine Verfahrensanweisung zur Realisierung der Namensschilder verfasst und hausinterne Schulungen für alle Mitarbeitergruppen durchgeführt. Das Ergebnis fasste die zuständige Modellbeauftragte folgendermaßen zusammen:

„Die Bewohner erhalten bei auftretender Wanderungstendenz Unterstützung in Form von Einzelgesprächen oder biografieorientierten Einzelaktivitäten, oder sie werden in andere Aktivitäten eingebunden. Verlässt ein Bewohner den Wohnbereich, reagieren die Mitarbeiter anderer Arbeitsbereiche angemessen; frühere Tendenzen, das Problem zu ignorieren, konnten überwunden werden. Bewohner mit Wanderungstendenz haben inzwischen einen „Sonderstatus“: Jeder kennt sie und kann sie mit Namen ansprechen. Sie nehmen dies sehr positiv auf und zeigen weniger Unsicherheit. Nach wie vor kommt es vor, dass Bewohner die Einrichtung verlassen, allerdings werden sie – aufgrund der Öffentlichkeitsarbeit in der Nachbarschaft – meistens von Einwohnern der Umgebung zum ... zurückgebracht.“⁵⁷

Die oben skizzierte Grobanalyse zum Angebotsspektrum und zu den erreichten Zielgruppen beantwortete noch nicht die Frage, ob jede/r einzelne Bewohner/in seinem/ihrer individuellen Bedarf entsprechend unterstützt und begleitet wurde. Diese

⁵⁷ Dieses Beispiel aus einer Referenzeinrichtung wurde bei der Fachtagung zum Referenzkonzept im Februar 2006 in Essen von einer Modellbeauftragten vorgestellt.

individuelle Bedarfsgerechtigkeit war abhängig von der Güte des Assessments sowie der Pflegeplanung und -dokumentation. Da auch dazu im Modellprojekt Konzeptbausteine entwickelt wurden, werden wir in nachfolgenden Abschnitten darauf eingehen.

3.2.4 Bedarfsgerechte Mobilitätserhaltung und -förderung

Die Bestandsaufnahme zu den Leistungsbeschreibungen in den Referenzeinrichtungen machte auch aufmerksam auf Mängel in Bezug auf die Umsetzung mobilitätsfördernder und erhaltender Maßnahmen, obwohl fast alle das Leitziel der Ressourcenerhaltung und -förderung ausdrücklich in das eigene Leitbild aufgenommen hatten. Diese Unzulänglichkeiten hatten nicht ausschließlich mit der schon behandelten Fachkompetenz der Fachkräfte zu tun. Wichtig war auch, welche Zeitressourcen für eine systematische Mobilitätsförderung zur Verfügung standen. Eigentlich wäre es bei vielen Bewohner/innen sinnvoll und notwendig gewesen, zusätzlich zu eigenständigen Maßnahmen viele pflegerische Verrichtungen mobilitätsfördernd zu gestalten. Gleichwohl kam es in der Praxis offensichtlich immer wieder zu Abweichungen, die damit zu tun hatten, dass eine mobilitätsfördernde Pflege mehr Zeit und Geduld braucht als ein Vorgehen, bei dem die Pflegekräfte den Bewohner/innen viele – und bei genauerer Prüfung zu viele – Aktivitäten abnehmen.

Auch hier bestand ein enger Zusammenhang mit der Güte von Assessment und Pflegeplanung. Das Pflegeziel der Mobilitätsförderung musste dem individuellen Bewohnerbedarf angepasst und in aussagefähiger Beschreibung operationalisiert werden.

Veränderungsziele in einigen Referenzeinrichtungen bezogen sich – ähnlich wie beim Konzeptbaustein zur Zuständigen Pflegefachkraft – auch auf Verbesserungen in der Arbeitsorganisation und Dienstplanung. So wurde z. B. geprüft, ob

- sich besonders zeitaufwändige Phasen des Tages (z. B. am Morgen) durch Zwi-
schendienste und eine veränderte Dienstplanung besser besetzen ließen,
- die Anforderungen zur qualifikationsorientierten Arbeitsteilung umgesetzt waren.

Einige der Referenzeinrichtungen begannen auch während des Modellprojekts mit der Entwicklung bedarfshomogenerer Wohnbereiche oder deren Unterteilung in entsprechende Gruppen. Ein solches Ziel ist jedoch nur mittel- und langfristig umzusetzen, so dass aus dem Modellprojekt noch keine Erfahrungen zu den Auswirkungen vorliegen. Es ist aber zu vermuten, dass eine solche Veränderung die bedarfsgerechte Begleitung und Unterstützung der Bewohner/innen erhöhen kann und auch die Möglichkeiten eines effizienten Personaleinsatzes verbessert.

3.2.5 Verinnerlichung von Leitorientierungen

Die Güte der Pflegeleistung in einer Einrichtung ist nicht nur von der Fachkompetenz der Pflegekräfte abhängig, sondern auch davon, ob die Mitarbeiter/innen die Leitprinzipien einer zeitgemäßen bewohnerorientierten Pflege wirklich verinnerlicht haben. Es sei vorweggenommen, dass dies in den Referenzeinrichtungen aus Sicht der Organisationsberatung in hohem Maße der Fall war – nur vereinzelt wurde von den Modellbeauftragten auch Bedenkliches berichtet.

Die Haltung, mit der Mitarbeiter/innen aller Bereiche Bewohner/innen und ihren Angehörigen begegnen, lässt sich auf vielfältige Art und Weise im Alltag beobachten. Sind sie in ihren Interaktionen freundlich zugewandt, hilfsbereit und respektvoll, oder häufiger eher abweisend, ziehen sich wenn eben möglich darauf zurück, nicht zuständig zu sein und reagieren gereizt auf anstrengende Verhaltensweisen von Bewohner/innen und Angehörigen? Die Fragestellungen ließen sich sicher erheblich erweitern, wir wollen hier jedoch zusätzlich nur noch einen Aspekt hervorheben, den wir für besonders aussagefähig halten. Genauerer Hinschauen bei der Haltungsfrage hielten wir im Projekt dann für angebracht, wenn sich Mitarbeiter/innen oder auch Teams immer wieder nur in einer „Opferrolle“ präsentierten. Ob es um Interaktionssituationen mit Bewohner/innen und Angehörigen oder, bei der Konzeptumsetzung, um

Veränderungen und Verbesserungen der Pflegepraxis und -organisation ging: die Mitarbeiter/innen sahen sich vorwiegend als diejenigen, denen übel mitgespielt wurde, die unter unzulänglichen Arbeitsbedingungen zu leiden hatten. An Schwächen waren ausschließlich andere schuld. Solche Haltungen sind fatal, wenn sie nicht nur von einzelnen Mitarbeiter/innen sondern von Teams oder Gruppen gezeigt werden. Sie können sich dort verfestigen und sind dann kaum noch bearbeitbar.

Einzelne Referenzeinrichtungen, die an diesem Punkt Mängel entdeckten, haben den Weg gewählt, ganze Teams Konzepte zur Operationalisierung solcher Leitorientierungen erarbeiten zu lassen. So war eine zu bearbeitende Fragestellung etwa: „Was bedeutet für uns konkret der Begriff der Bewohnerorientierung?“

Wenn solche Haltungsfragen bearbeitet werden, sind Effekte meist erst nach längerer Zeit abzusehen. Die Vorlage eines schriftlichen Konzepts, die in einzelnen Einrichtungen abgeschlossen werden konnte, war ein erster wichtiger Schritt. Auf der Grundlage einer solchen Vorlage muss aber mit den Mitarbeiter/innen kontinuierlich weiter gearbeitet werden. Beobachtungen, die Konzeptabweichungen erkennen lassen, müssen von den Leitungskräften immer wieder angesprochen und eine Haltungsänderung eingefordert werden. Im Rahmen der Modelllaufzeit konnten die erwünschten Wirkungen noch nicht evaluiert werden.

3.3 Pflegerisches Assessment und Biografieerfassung

Das pflegerische Assessment beinhaltet eine systematische Sammlung von Informationen zum einzelnen Bewohner und deren Einschätzung. Es ist die Grundlage für die Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs. Dabei ist es wichtig, „sich nicht auf körperliche Pflegeprobleme zu beschränken, sondern auch folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Person, Persönlichkeit und Biografie,
- psychischer/kognitiver Status,
- Werthaltungen und Einstellungen,
- soziales Umfeld, wichtige Bezugspersonen,
- Verhaltensweisen,
- Bedürfnisse, Vorlieben und Gewohnheiten,
- Wissensstand des Bewohners über seine gesundheitlichen Problemlagen.“
(vgl. Praxisleitfaden Teil A)

Im Rahmen des Modellprojekts waren die Referenzeinrichtungen gefordert, bestimmte Anforderungen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen, den Inhalten und den Zeitpunkten der erstmaligen Erstellung und Aktualisierung des Assessments zu erfüllen. Ergänzt wurden diese Vorgaben durch den „Kriterienkatalog zur Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor Heimeinzug.

Bei der Bestandsaufnahme zum pflegerischen Assessment und zum Kriterienkatalog zur Erfassung biografischer Informationen wurden in Referenzeinrichtungen unterschiedliche Mängel und Entwicklungsbedarfe entdeckt: Zum Teil

- fehlten Instrumente bzw. Formulare zur Erfassung wichtiger Informationen oder erwiesen sich als unzureichend,
- wurde das Assessment nicht oder nicht regelmäßig aktualisiert und – bezogen auf die biografischen Informationen – fortgeschrieben,
- waren nicht alle wichtigen Informationen in gleicher Weise zugänglich,

fehlte manchen Pflegekräften die Kompetenz, die im Assessment gesammelten Informationen in eine bedarfsangemessene Pflegeplanung zu übersetzen. Dies galt insbesondere in Bezug auf eine biografieorientierte Pflege, aber auch in Bezug auf die psychosoziale Unterstützung demenziell Erkrankter.

3.3.1 Entwicklung von Instrumenten bzw. Formularen

Zunächst war ein Abgleich der Anforderungen an das pflegerische Assessment mit der tatsächlichen Vorgehensweise in der jeweiligen Einrichtung vorzunehmen. Viele Einrichtungen hatten sich in ihren bisherigen Verfahren darauf beschränkt, für die Einschätzung des Pflegebedarfs – neben vorhandenen ärztlichen Diagnosen und Verordnungen – vorrangig die AEDL-Systematik zu nutzen. Entsprechend strukturiert sind auch einschlägige Formulare, z. B. von DAN oder Standard. Bezogen auf die in 12 bis 15 Kategorien unterteilten „Aktivitäten (und existenziellen Erfahrungen) des täglichen Lebens“ (ATL/AEDL) wurden jeweils Ressourcen und Probleme des/der einzelnen Bewohners/in beschrieben und nachfolgend dann Pflegeziele und Pflegemaßnahmen formuliert.

Durch das Projekt wurde dieses Verfahren in einigen Einrichtungen deutlich optimiert und erweitert. Dazu wurden oft ergänzende Erhebungsinstrumente etwa zur Einschätzung kognitiver Einschränkungen, von Dekubitus- und Sturzrisiken, Schmerz und des Risikos einer Mangelernährung (z. B. Expertenstandards) in das veränderte Assessmentverfahren integriert. Beim Auffinden solcher Instrumente gab es Unterstützung seitens des IPW. Darüber hinaus half hier aber auch der intensive Austausch der Modellbeauftragten untereinander.

Zur Erfassung biografischer Informationen verfügten fast alle Referenzeinrichtungen zu Beginn des Projektes über ein entsprechendes Frageraster. In den meisten Fällen führten die Anforderungen des Modellprojekts jedoch dazu, dieses vorhandene Instrument zu überarbeiten und dadurch seine Aussagefähigkeit zu verbessern.

3.3.2 Regelmäßige Aktualisierung des pflegerischen Assessments

Der Anforderungskatalog zum pflegerischen Assessment gibt vor, dass unmittelbar nach dem Heimeinzug eines/einer Bewohners/in Angaben zu akuten Gefährdungen sowie weitere Informationen vorliegen, die für die Versorgung in den ersten Wochen relevant sind. Das so genannte „initiale pflegerische Assessment (...)“ wird in den ersten zwei Wochen nach dem Einzug abgeschlossen und innerhalb von sechs Wochen nach einem Einzug aktualisiert“. Dieses soll dann regelmäßig – in Abständen von höchstens sechs Monaten – vollständig durchgeführt werden. Dies gilt dann, wenn nicht bereits zu einem früheren Zeitpunkt wegen gesundheitlicher Veränderungen oder wichtiger Anlässe eine erneute Durchführung erforderlich ist (vgl. Praxisleitfaden Teil A).

In einigen Referenzeinrichtungen herrschte allerdings zunächst eine andere Praxis vor: Dort wurde das pflegerische Assessment in der Regel nicht fortlaufend aktualisiert. Aktuelle Veränderungen wurden nur in die Pflegeplanung aufgenommen. Allerdings hat diese Praxis auch gezeigt, „dass in dieser Zeit gesammelte Informationen nicht immer dem wirklichen IST-Stand entsprechen bzw. zu lückenhaft sind oder aber auch schlicht falsch“ (vgl. Praxisleitfaden IPW-Konzept). Der Allgemeinzustand bzw. der Unterstützungsbedarf von Bewohnern/innen verändert sich häufig, insbesondere während der ersten Wochen nach dem Heimeinzug. Daher ist eine Aktualisierung des pflegerischen Assessments innerhalb der ersten sechs Wochen nach dem Heimeinzug und eine vollständige Durchführung bei wesentlichen Veränderungen oder wichtigen Anlässen unbedingt notwendig. Der Aufwand dafür war zunächst hoch, jedoch haben die Erfahrungen gezeigt, dass die Vorgaben zur Durchführung des pflegerischen Assessments eine grundlegende Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Steuerung des Pflegeprozesses darstellen.

Da es bei einer regelmäßigen Aktualisierung des pflegerischen Assessments im Abstand von „höchstens sechs Monaten“ darum geht, die vorhandenen Informationen auf ihre Aktualität zu überprüfen, kann die Prüfung bereits bestehender Informationen, die sich nicht verändert haben, lediglich auf dem vorhandenen Erhebungsbogen „kenntlich gemacht werden (z.B. Datum und Handzeichen auf dem Assessmentformular)“ (vgl. Praxisleitfaden Teil A). Dadurch kann sich der zeitliche und personelle Aufwand für die Aktualisierung eines pflegerischen Assessments deutlich verringern.

Einige Referenzeinrichtungen haben die regelmäßige Aktualisierung des Assessments mit der Pflegevisite verbunden und dadurch ihr internes fachliches Controlling optimiert.

3.3.3 Zugang zu relevanten Informationen

Mehrfach stießen Fachkräfte der Referenzeinrichtungen auch auf Hürden, die es schwierig machten, relevante Informationen zur Biografie und zu psychosozialen Besonderheiten zu erhalten. So konnten oder wollten manche Bewohner/innen sowie Angehörige zu wichtigen biografischen Erfahrungen keine Auskünfte geben; viele von ihnen waren in der ersten Zeit nach dem Einzug in eine Pflegeeinrichtung mit anderen Problemen beschäftigt, als dass sie Interesse an einer Einbindung bei der Planung der Pflege oder an einem biografischen Gespräch gehabt hätten. Berufsbetreuer/innen waren bei der Sammlung biografischer Angaben nicht immer eine Hilfe, da ihnen die Informationen häufig selbst fehlten. Insbesondere bei demenziell erkrankten Bewohnern/innen ohne Angehörige war es kaum möglich, Erkenntnisse über das frühere Leben der Bewohner/innen zu erhalten. Aber selbst wenn Bewohner/innen und Angehörige bereitwillig Auskunft gaben, stellte sich für die Zuständigen Pflegefachkräfte häufig das Problem, dass sie von diesen unterschiedliche – teilweise widersprüchliche – Informationen erhielten, so dass unklar blieb, welche Angaben richtig waren.

Nur zum Teil ließen – und lassen – sich solche Schwierigkeiten beheben. Umso wichtiger war es daher, dass die Referenzeinrichtungen durch die Vorgaben gefordert waren, die Sammlung solcher Informationen nicht nach der Eingewöhnungsphase neuer Bewohner/innen aufzugeben, sondern fortzuschreiben. Im Laufe des Aufenthalts von Bewohnern/innen ergaben sich so manchmal neue Chancen, durch Etablierung eines Vertrauensverhältnisses zu Bewohnern/innen und Angehörigen oder auch durch die Beobachtung von Bewohnern/innen wichtige Hinweise für eine stärker biografieorientierte und dem psychosozialen Bedarf angemessenere Pflege zu erhalten.

3.3.4 Fachkompetenz für biografieorientierte Pflege und bedarfsangemessene psychosoziale Unterstützung

Der Schwerpunkt der Biografieorientierung im Zusammenhang mit den Assessmentanforderungen spielte im Beratungsprozess der Einrichtungen eine wichtige Rolle. Erfolgskriterium für die Berater/innen war nicht nur die Erstellung eines verbesserten Erhebungsbogens, der dem Kriterienkatalog genügte oder auch, ob die durch den neuen Erhebungsbogen detailliertere Informationserfassung nicht nur bei neu einziehenden Bewohner/innen erfolgte, sondern auch für die anderen nachgetragen wurde. Die Berater/innen legten den Modellbeauftragten vielmehr nahe zu prüfen, ob bzw. auf welche Weise biografische Informationen in die Pflegeplanung einfließen. In vielen Einrichtungen erfolgte eine gemeinsame Durchsicht zufällig ausgewählter Pflegeplanungen aus allen vorhandenen Wohnbereichen durch den/die Modellbeauftragten/n und den/die Berater/in.

Diese Soll-Ist-Analyse deckte auf, dass sich viele Pflegefachkräfte schwer damit taten, den psychosozialen Unterstützungsbedarf insbesondere bei dementen Bewohner/innen angemessen wahrzunehmen und biografische Informationen bei der Planung der Pflegemaßnahmen ausreichend zu berücksichtigen.

Es wurde bereits beschrieben, dass durch Verbesserungen der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Sozialem Dienst eine deutliche Ausdifferenzierung der psychosozialen Angebote und eine Optimierung der Versorgung von immobilen und dementen Heimbewohner/innen erreicht werden konnte. Gleichwohl wurde in einigen Referenzeinrichtungen deutlich, dass darüber hinaus auch eine gerontopsychiatrische Qualifizierung des Pflegepersonals, teilweise auch der Fachkräfte des Sozialen Dienstes anzustreben war. Einige Einrichtungen hatten bereits vor Projektbeginn solche Qualifizierungsstrategien eingeleitet oder taten dies im Projektverlauf. Hier wurden Fachkräften längerfristige externe Weiterbildungen ermöglicht oder entsprechend qualifizierte Fachkräfte dazu ermutigt, interne Schulungen für die Kollegen/innen anzubieten. Da solche Maßnahmen, sofern im Projektverlauf mit der Realisierung begonnen wurde, über die Laufzeit des Modellprogramms hinaus andauerten, waren erkennbare Effekte während des Projekts noch nicht auszumachen.

Die Bedeutung von Biografieorientierung als ein Leitprinzip für Pflegeplanung und Pflegepraxis war vielen Pflegekräften der Referenzeinrichtungen nicht wirklich bewusst. Viele hatten Mühe, wichtige von weniger wichtigen Informationen zu unterscheiden und konnten ihre Informationssammlung nicht ausreichend mit der Pflegeplanung in Verbindung bringen. Am ehesten gelang dies noch in Bezug z. B. auf Zeiten des Aufstehens und Zubettgehens von Bewohnern/innen oder in Zusammenhang mit den Ess- und Trinkgewohnheiten („Trinkt ein Bewohner seinen Kaffee lieber schwarz oder mit Milch und Zucker?“).

In manchen Einrichtungen wurden außerdem Bedenken geäußert, eine zu umfassende Sammlung von Informationen zu biografischen Erfahrungen könnte einer Verletzung des Datenschutzes gleichkommen, weil die Pflegeplanungen auch externen (MDK, Heimaufsicht) zugänglich seien. Es gab auch Beispiele dafür, dass Bewohner/innen wichtige, häufig schmerzvolle oder demütigende Erfahrungen einzelnen Pflegekräften mit der ausdrücklichen Bitte um Verschwiegenheit anvertrauten.

Es ist jedoch nicht Sinn und Zweck der Erfassung biografischer Informationen, den „gläsernen Bewohner“ zu schaffen. Vielmehr lassen sich die Kernprinzipien der Nutzung biografischer Informationen in den folgenden Thesen zusammenfassen:

- Biografische Informationen sind kein Selbstzweck, sie sollen dazu dienen, den Bewohnern/innen den Übergang von einer bisher gewohnten Umgebung in die Einrichtung und die Beheimatung dort zu erleichtern und den/die einzelne/n Bewohner/in besser zu verstehen.
- Biografische Informationen und biografieorientierte Gespräche helfen den Fachkräften gerade auch in der Eingewöhnungsphase den Kontakt zu Bewohner/innen herzustellen, Anknüpfungspunkte für Gespräche und Angebote der psychosozialen Begleitung zu finden und nicht zuletzt auch, das Verhalten (u. a. auch von demenziell erkrankten) Bewohnern/innen besser verstehen zu können.
- Biografie endet nicht mit dem Heimeinzug. Vorlieben, Interessen, wichtige Erfahrungen und Bedürfnisse können sich auch weiterhin verändern und sind daher fortzuschreiben und bei der Evaluation von Pflegeplanungen immer wieder neu zu berücksichtigen.
- Die wichtigen Informationen bestehen oft nicht in den Fakten selbst, sondern in der Bedeutung dieser Fakten für die einzelnen Bewohner/innen. Wichtig ist z. B. nicht die Anzahl von Kindern, Verwandten, Freunden und Bekannten, sondern die Frage, zu welchen Personen der/die Bewohner/in auch weiterhin gern Kontakt hätte und welche Bedeutung die Beziehungen für ihn/sie haben. Es ist auch nicht notwendig, beispielsweise die Missbrauchserfahrung einer Bewohnerin während des Krieges schriftlich festzuhalten; die entscheidende Information kann hier etwa darin bestehen, dass die Bewohnerin bei bestimmten Pflegemaßnahmen von weiblichen und nicht von männlichen Kräften betreut werden möchte.

3.3.5 Schulungen der Mitarbeiter/innen

Bezogen auf die Anforderung einer biografieorientierten Pflege sind in vielen den Referenzeinrichtungen große Anstrengungen unternommen worden, die gerade skizzierten Probleme zu bearbeiten. Zum einen wurden fast überall Schulungen zum Schwerpunkt Biografieorientierung durchgeführt. Als Schulungsleiter/innen standen dafür teilweise entsprechend qualifizierte Mitarbeiter/innen in den Einrichtungen oder auf der übergeordneten Trägerebene zur Verfügung, teilweise wurden auch externe Experten mit der Durchführung beauftragt.

Besonders nachhaltig wirkten dabei solche Schulungen, die sich nicht auf Vorträge und kognitive Wissensvermittlung beschränkten, sondern die Bedeutung der Biografieorientierung über unmittelbares Erleben vermittelten. Exemplarisch dafür waren Maßnahmen in einer Einrichtung, in der die Pflegekräfte aufgefordert wurden, den überarbeiteten Biografiebogen selbst auszufüllen und darüber zu diskutieren, welche Wünsche und Erwartungen sie selbst an eine biografieorientierte Pflege knüpfen würden.

Zusätzlich zu diesen Schulungen führten viele Einrichtungen gemeinsame Fallgespräche von Pflege- und Sozialdienstmitarbeiter/innen ein, die u.a. den ausdrücklichen Auftrag hatten, der Fortschreibung biografischer Informationen und einer angemessenen Berücksichtigung solcher Informationen in der Pflegeplanung und -praxis – und damit auch im alltäglichen Umgang mit dem jeweiligen Bewohner – zu dienen.

Verstärkt bzw. teilweise neu eingeführt wurde in vielen Einrichtungen auch, dass die Pflegevisite auch die angemessene psychosozialen Unterstützung und die „Übersetzung“ biografischer Informationen in die Pflegeplanung prüfte.

Gegen Ende der Projektlaufzeit hatte sich die Erhebung biografischer Informationen in den meisten Einrichtungen deutlich verbessert, auch bei der Nutzung solcher Informationen für die Tagesstrukturierung und Maßnahmenplanung im Einzelfall waren erkennbare Fortschritte zu verzeichnen. Deutlich wurde hier aber auch, dass manche Fachkräfte relativ schnell in der Lage waren, die Veränderungen anzunehmen und praktisch umzusetzen, während andere dazu sehr viel mehr Zeit benötigen.

3.4 Pflegeplanung und Pflegedokumentation

Der Konzeptbaustein „Verbesserte Dokumentationsformen“ zielt darauf, „sowohl eine Qualitätsverbesserung als auch eine Vermeidung von unnötigem Dokumentationsaufwand“ zu erreichen (vgl. Praxisleitfaden Teil A“). Er empfiehlt u.a.:

- eine Verdichtung und Priorisierung der im Assessment zusammengetragenen Probleme, Ressourcen und Bedürfnissen eines Bewohners, d. h., es soll deutlich kenntlich gemacht werden, welches die wesentlichsten Aspekte/Problemlagen sind.
- dass sich die zu formulierende Pflegeziele auf diese priorisierten Problemlagen beziehen und damit gleichzeitig auch quantitativ begrenzt werden können. Nicht alle notwendigen Maßnahmen in der Pflege benötigen die Verknüpfung mit einem Pflegeziel.
- die Maßnahmenplanung in Form eines chronologisch strukturierten Tagesplanes erfolgt.
- mit Ausnahme der stets in Form von Einzelnachweisen zu dokumentierenden Maßnahmen der speziellen Pflege (Behandlungspflege) die Leistungsnachweise für die Maßnahmen des Tagesplanes bezogen auf „Maßnahmenkomplexe“ erbracht werden können (Vgl. Praxisleitfaden Teil A).

Auch bei diesem Konzeptbaustein handelte es sich um eine Empfehlung. Im Unterschied zu dem anderen Baustein mit Empfehlungscharakter, der Zuständigen Pflegefachkraft, zögerten hier viele der Referenzeinrichtungen, alle Inhalte umzusetzen.

Viele Einrichtungs- und Pflegedienstleiter/innen hatten die Befürchtung, ein Abzeichnen von Maßnahmekomplexen könnte Probleme bei MDK- und Heimaufsichtsprüfungen verursachen.

Gleichwohl verstärkte dieser Konzeptbaustein in fast allen Referenzeinrichtungen die intensive Auseinandersetzung mit der Qualität der vorhandenen Pflegeplanung und -dokumentation, die auch durch andere Konzeptbausteine (Leistungsbeschreibungen, Assessment und Biografieorientierung) befördert wurde. Zwar haben nur einige Einrichtungen die Empfehlungen zu verbesserten Dokumentationsformen umgesetzt. In vielen Häusern hat aber dieser Konzeptbaustein zusammen mit anderen dazu geführt, Mängel der Ist-Situation zu entdecken und zu bearbeiten.

Diese Schwächen bestanden darin, dass

- eine unübersichtliche Vielzahl von wenig aussagefähigen Pflegezielen formuliert wurde. Mancherorts war es übliche Praxis, zu jedem AEDL ein oder mehrere Ziele zu benennen;
- der logische Zusammenhang zwischen Zielen und Maßnahmen nicht immer ersichtlich war.
- erbrachte Leistungen – und hier insbesondere auch die von den Pflegekräften „nebenbei“ realisierte psychosoziale Begleitung von Bewohnern/innen – kaum dokumentiert wurde;
- die Tagesberichte kaum der schichtübergreifenden Information und der Evaluation und Steuerung des individuellen Pflegeprozesses dienten. Typische Mängel waren dabei, dass z. B. der Nachtdienst besondere Vorkommnisse allzu sparsam festhielt, dass zur emotionalen Befindlichkeit von Bewohnern/innen kaum etwas ausgesagt wurde, dass Verhaltensweisen von Bewohnern/innen unkommentiert und manchmal etikettierend enthalten waren. In Einzelfällen bestanden die Tagesberichte aus der Benennung der tatsächlich durchgeführten Maßnahmen, auch dann, wenn diese bereits in der Pflegeplanung bzw. im Tagesablaufplan benannt waren.

Auch in Einrichtungen, in denen keine wesentlichen Veränderungen am Dokumentationssystem vorgenommen wurden, waren solche Erkenntnisse zu vorhandenen Mängeln Anlass für Schulungen. Teilweise wurden die entsprechenden Schulungsinhalte mit der Einführung anderer Anforderungen verknüpft, z. B. mit Qualifizierungsmaßnahmen zum Assessment, zu den Leistungsbeschreibungen oder zur Zuständigen Pflegefachkraft.

3.4.1 Einführung verbesserter Planungs- und Dokumentationsformen

Ein Aspekt der Verbesserungen, der auch dem Konzeptbaustein zu Dokumentationsformen zuzuordnen ist, wurde im Kapitel zu den Leistungsbeschreibungen bereits angesprochen. In einigen der Einrichtungen wurden für die Maßnahmeplanung Formulare entwickelt, die sich an der Systematik der Leistungsbeschreibungen orientierten und die AEDL dieser Systematik zuordneten.

In den Beratungen spielten Fragen, die sich auf die Reduzierung des Dokumentationsaufwandes bezogen, eine geringere Rolle. Im Vordergrund stand vielmehr die Tauglichkeit der Ziel- und Maßnahmeplanung für die Steuerung des Pflegeprozesses. Aus Sicht der Organisationsberatung gehörte dazu – neben der Bearbeitung der im vorangegangenen Abschnitt skizzierten Mängel – auch die Einführung von Tagesablaufplänen.

Nur zwei der Referenzeinrichtungen haben die Bearbeitung des Konzeptbausteins zu verbesserten Dokumentationsformen vollständig zurückgestellt, weil die Anstrengungen vorrangig auf die Umsetzung der anderen verbindlichen Konzeptbausteine gerichtet waren. In allen anderen Häusern fand eine Auseinandersetzung statt, die überwiegend dazu führte, dass die vorhandenen Planungs- und Dokumentationsformulare optimiert wurden teilweise bei gleichzeitiger Umstellung auf ein EDV-System.

Die Bearbeitung vorgefundener Mängel und die Verbesserung der vorhandenen Dokumentationsinstrumente hat im Prozess der Organisationsentwicklung viel Zeit und Energie gekostet. Teilweise dauerte es mehrere Monate, sich mit der zuständigen Trägerebene zu verständigen, um die Veränderungen auch über die Projektlaufzeit hinaus abzusichern. Teilweise zogen sich Verhandlungen mit den Anbietern von Dokumentationssystemen recht lange hin. Ähnliches galt für die Umstellung auf ein EDV-gestütztes System oder dessen Anpassung. Vor allem wurde viel Zeit intensiviert, um veränderte Planungs- und Dokumentationsweisen den Mitarbeiter/innen zu vermitteln.

In den meisten Referenzeinrichtungen, selbst in solchen, in denen die Konzeptempfehlungen bereits vor Projektbeginn ganz oder weitgehend erfüllt worden waren, waren in den letzten Monaten der Modelllaufzeit deutliche Verbesserungen zu erkennen: Pflegeziele wurden präziser formuliert, Maßnahmen konkreter beschrieben, Tagesberichte wurden aussagefähiger, psychosoziale Leistungen wurden besser geplant und dokumentiert. In mehreren Einrichtungen gab es auch ausdrücklich positive Rückmeldungen von Seiten der zuständigen Pflegefachkräfte, dass die Veränderungen die Schlüssigkeit der Planung verbessert und damit die Planung selbst erleichtert hätten. Auch sei durch die Einführung bzw. Verbesserung der Tagesablaufpläne eine höhere Betreuungskontinuität erreicht worden. Müsse beim Ausfall einer Pflege(fach)kraft eine Vertretung einspringen, könne sich diese sehr gut an den Tagesablaufplänen orientieren.

3.5 Rahmenkonzepte zur Qualitätssicherung in zentralen Arbeitsfeldern stationärer Pflegeeinrichtungen

Die „Rahmenkonzepte zur Qualitätssicherung in zentralen Arbeitsfeldern“ umfassen sechs Einzelkonzepte zu den Schwerpunkten:

- Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung,
- Zusammenarbeit mit Angehörigen,
- Nächtliche Versorgung,
- Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen,
- Kooperation mit niedergelassenen Ärzten/innen,
- Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten (vgl. zu den Details Praxisleitfaden Teil A IPW-Konzepte).

Die Anforderungen der Konzeptbausteine beziehen sich auf die Gestaltung eindeutiger Rahmenbedingungen und Zuständigkeitsregelungen und auf die inhaltliche Gestaltung bestimmter Schritte in diesen Prozessabläufen. Sie sind durchaus als Rahmenkonzepte für die Abfassung von QM-Handbuchkapitel zu „Schlüsselprozessen“ in jeder stationären Altenpflegeeinrichtung anzusehen. Die Referenzeinrichtungen mit einem bereits recht weit entwickelten Qualitätsmanagement verfügten deshalb schon zu Beginn des Projekts über entsprechende Kapitel und Abschnitte in ihren QM-Handbüchern.

Aufgabe der Referenzeinrichtungen war es, die von der wissenschaftlichen Begleitung vorgelegten Rahmenkonzepte bezogen auf die eigene Einrichtung zu konkretisieren und in die Praxis umzusetzen. Einige Anforderungen waren in allen inhaltlichen Schwerpunkten benannt. Für alle sechs Rahmenkonzepte galt, dass die Einrichtungen für jede(n) Bewohner/in eine Hauptansprechpartner/in zu benennen hatten. Mit dieser Funktion wurden in allen Einrichtungen die Zuständigen Pflegefachkräfte betraut. Auf die damit verbundenen konkreten Aufgaben und auf die Umsetzungswege ist das vorangegangene Kapitel bereits eingegangen.

Darüber hinaus war für jedes Rahmenkonzept ein einrichtungsspezifisches schriftliches Konzept zu erstellen, das bezogen auf den jeweiligen Schwerpunkt

- über Grundsätze, Inhalte und personelle Zuständigkeiten Auskunft gibt,
- die im Rahmenkonzept formulierten Anforderungen enthält,
- allen Mitarbeitern/innen über Information und Schulungen nahe zu bringen ist. (Vgl. Praxisleitfaden Teil A)

3.5.1 Konzepterstellung

In einigen Referenzeinrichtungen zeigte sich, dass die Erstellung eines schriftlichen Konzeptes den Modellbeauftragten relativ schwer fiel. Am besten gelang dies den Modellbeauftragten, die vor dem Modellprojekt als Qualitätsbeauftragte tätig waren oder eine entsprechende Weiterbildung genossen hatten. Sie fassten die Konzepte im Stil von QM-Handbuchkapiteln ab und folgten damit einer Gliederung, die von den Organisationsberatern/innen auch den anderen Modellbeauftragten empfohlen wurde. Demnach sollte ein Konzept, das über die zentralen Elemente eines Schlüsselprozesses informiert, zu den folgenden Schwerpunkten Stellung nehmen:

Grundsätze: Die Bedeutung des jeweiligen Prozesses und grundlegende Ziele lassen sich beispielsweise anhand folgender Fragen ermitteln: Warum ist der Einzug eines neuen Bewohners für die Einrichtung ein besonders wichtiger Prozess? Welche Ziele sollen durch die Regelung dieses Prozesses grundsätzlich (und ggf. auch durch bestimmte Prozessphasen) erreicht werden?

Arbeitsprozess: Wie gliedert sich der Arbeitsprozess, durch den diese Ziele umgesetzt werden sollen? Diese Gliederung sollte der Strukturierung der Konzeptpapiere folgen. Die einzelnen Gliederungspunkte bilden die Überschriften für logisch zusammenhängende Arbeitsschritte. Bei komplexen Prozessen, müssen jeweils die einzelnen Ziele auch für diese Prozessphasen formuliert werden.

Arbeitsschritte (bezogen auf jeden Gliederungspunkt): Was ist in welcher chronologischen Reihenfolge auf welche Weise zu tun, um die Ziele umzusetzen? Wer ist für die Prozesssteuerung bzw. die operative Erledigung zuständig? Was ist auf welche Weise zu dokumentieren?

Weitere („mitgeltende“) Dokumente: Welche anderen Konzepte bzw. QM-Handbuchkapitel weisen Überschneidungen zu diesem Konzept auf? Welche Protokollformulare und Checklisten sind zu verwenden und wo sind diese aufzufinden?

Freigabe: Von welchem Zeitpunkt an ist das jeweilige Konzept verabschiedet und gültig?

Kontrolle und Steuerung: Auf welche Weise wird überprüft, ob die getroffenen Regelungen auch tatsächlich einhalten werden? In QM-Handbüchern ist diese Aufgabe meist in eigenen Ablaufstandards („Messung“ der Dienstleistung) beschrieben.

Aus Sicht der Organisationsberater/innen war für die Verbindlichkeit und Nachhaltigkeit, mit der ein verabschiedetes Konzept – und QM-Regelungen überhaupt – im Alltag umgesetzt wird, besonders bedeutsam,

- ob Mitarbeiter/innen an der Konzepterstellung beteiligt waren und die Ergebnisse solcher partizipativen Arbeitsprozesse auch verwendet wurden und
- ob der Sinn des Qualitätsmanagements verständlich erläutert und vermittelt wurde.

Diese Erfolgsfaktoren für ein nachhaltig wirksames QM waren zu Beginn des Projektes nicht in allen Referenzeinrichtungen gegeben. In einzelnen Häusern waren bereits vorhandene QM-Handbuchkapitel ohne Mitarbeiterbeteiligung durch Leitungskräfte erstellt worden. In anderen hatten zwar hierarchieübergreifend besetzte Arbeitsgruppen an der Erarbeitung einzelner Themen mitgewirkt, es fehlte jedoch an der Einbin-

derung der nicht unmittelbar beteiligten Kollegen/innen. In wieder anderen Häusern hatten partizipative Qualitätszirkel zwar Ergebnisse erarbeitet, aber niemand kümmerte sich um die Einhaltung der entwickelten Regelungen.

3.5.2 Mitarbeiterbeteiligung und mögliche Vorgehensweisen:

Bei der Bearbeitung aller übergeordneten Rahmenkonzepte hat die Organisationsberatung dafür plädiert, diejenigen, die später für die Umsetzung der Konzepte zuständig sein würden, an der hausspezifischen Konkretisierung der Rahmenanforderungen zu beteiligen. Unverzichtbar war dies auch deshalb, weil die immer wieder vorzunehmenden Vergleiche zwischen der vorhandenen Praxis (Ist) und den formulierten Anforderungen (Soll) nur dann vollständig sein konnten, wenn diejenigen daran beteiligt waren, die diese Abläufe selbst gestalteten und im Alltag beobachteten. Es ging ja nicht darum, vorhandene Regelungen auf dem Papier miteinander zu vergleichen, sondern das tatsächliche Geschehen zu den Anforderungen in Beziehung zu setzen.

Wie schon erwähnt geschah die Beteiligung der Belegschaft in den Referenzeinrichtungen auf unterschiedliche Weise. Einige Häuser nutzten dazu bereichs- und hierarchieübergreifende Qualitätszirkel, andere teilten die einzelnen Rahmenkonzepte einzelnen Wohnbereichsteams zur Bearbeitung zu. Mit verschiedenen Berufsgruppen und Hierarchieebenen gemischte Qualitätszirkel hatten den Vorteil, dass hier unterschiedliche Perspektiven einbezogen werden und die Besetzung je nach inhaltlichem Auftrag verändert werden konnte. Die Beauftragung von Wohnbereichsteams war ebenfalls vorteilhaft, da in unterschiedlichen Teams mehrere Schwerpunkte gleichzeitig bearbeitet werden konnten und ein solcher Auftrag die Teamentwicklung positiv beeinflusst hat. Der zeitliche Aufwand hielt sich in Grenzen, weil bereits vorhandene Besprechungsforen genutzt wurden.

3.5.3 Sinnvermittlung und Ergebnissrückkoppelung:

Der Sinn der Qualitätssicherung leitet sich her aus einer grundsätzlichen Haltung der Dienstleistungsorientierung. Damit ist u.a. gemeint, dass Wünsche, Bedürfnisse und Kritik von Leistungsadressaten immer ernst zu nehmen und möglichst zu beantworten sind. Ziel ist, dass die Adressaten das, was getan wird, auch als Leistung, also als für sie hilfreich und nützlich wahrnehmen. Der Begriff der Dienstleistungsorientierung ist in der Altenpflege für die Beschäftigten häufig unverständlich, ist aber eng verknüpft mit der ursprünglichen Motivation, mit der die meisten Beschäftigten in der Altenpflege sich gerade dieses Berufsfeld ausgewählt haben: Die meisten Mitarbeiter/innen möchten mit Menschen arbeiten, wollen sie unterstützen und begleiten. Geschehen kann dies allerdings in der Realität auf sehr unterschiedliche Weise, also mit unterschiedlicher Leistungsqualität. Ziel jedes Qualitätsmanagements ist es, ein definiertes Qualitätsniveau verlässlich zu sichern. Die Bewohner/innen sollen sich auf eine bestimmte Leistungsgüte verlassen können, unabhängig davon, ob sie in dieser oder jener Pflegeeinrichtung, diesem oder jenem Wohnbereich, von dieser oder jener Pflegefachkraft betreut werden. Zu erreichen ist diese Verlässlichkeit nur durch die Standardisierung von Abläufen.

Ein wichtiges Kriterium für die Einhaltung verlässlicher Qualitätsniveaus ist die Wirksamkeit (Effektivität) von entsprechenden Leistungen. Indikatoren dafür werden abgeleitet aus den zentralen Pflegezielen und der physischen und psychischen Befindlichkeit der Bewohner/innen: Sind prophylaktische Maßnahmen und Behandlungspflege zielangemessen? Wird nachweislich darauf hingewirkt, dass vorhandene Fähigkeiten erhalten bzw. erweitert werden? Inwieweit entspricht ihre Versorgung und Betreuung ihrem tatsächlichen Bedarf?

Ein weiteres übergeordnetes Kriterium ist das der Wirtschaftlichkeit (Effizienz). Darunter versteht man einen möglichst rationellen Einsatz von Personal, Zeit und Geld, um ein bestmögliches Leistungsniveau zu erhalten oder zu erreichen. Mit Blick auf ein definiertes Ziel ist die Umsetzung dann umso effizienter, je weniger Ressourcen

genutzt werden müssen. Mit Blick auf die Ressourcen wird dann effizient gearbeitet, wenn mit den vorhandenen Kontingenten an Personal, Zeit und Geld möglichst viel erreicht werden kann.

Beim Aufbau bzw. der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements ist es wichtig, diese Begründungszusammenhänge den Beschäftigten nahe zu bringen und mit ihnen zu diskutieren, denn letztlich kann nur ihr alltägliches Handeln für eine verlässliche, effektive und effiziente Leistungsqualität sorgen. Den Beschäftigten muss deutlich gemacht werden, dass unter den gegebenen Bedingungen eine nachweisbare Wirksamkeit der Leistungen und nicht zuletzt die Wirtschaftlichkeit einer Einrichtung auch die Konkurrenzfähigkeit und damit die eigenen Arbeitsplätze sichern kann. Allerdings darf dies nicht in Frontalvorträgen geschehen, sondern auf eine Weise, welche die Mitarbeiter auffordert, sich mit den eigenen Meinungen, vielleicht auch Befürchtungen in einen Diskurs einzubringen. Sinnvermittlung ist mehr als Information, sondern ein Weg, eine bestimmte Haltung in der Einrichtung zu verankern. Dort, wo über Leistungsqualität und deren Verlässlichkeit, über Reibungsverluste und deren Vermeidung in Abständen immer wieder miteinander gesprochen wird, entwickelt sich ein gemeinsames Gefühl von Verantwortung für die zu erbringende Leistungsgüte, ein Qualitätsbewusstsein der gesamten Mitarbeiterschaft.

Auch vor dem Hintergrund solcher Überlegungen, die in manchen Einrichtungen besprochen wurden, hielten die Organisationsberater/innen Formen der unmittelbaren Beteiligung von Mitarbeiter/innen für unverzichtbar. Allerdings konnte in den Referenzeinrichtungen unabhängig von den oben beschriebenen verschiedenen Beteiligungswegen immer nur eine verhältnismäßig kleine Zahl von Mitarbeitern/innen an der Entwicklung und Konkretisierung der Rahmenkonzepte in Form von schriftlichen Konzepten beteiligt werden. Umso wichtiger war es, die anderen Beschäftigten in Form von Sinnvermittlung und Ergebnissrückkoppelung einzubeziehen. Gerade weil es daran in manchen Einrichtungen in der Vergangenheit gemangelt hatte, fehlte dort vielen Mitarbeitern/innen das Bewusstsein für die tatsächliche Bedeutung des Qualitätsmanagements. Zu befürchten war, dass sie ohne einen hausinternen Diskurs und eine Rückkoppelung der Arbeitsergebnisse auch die Bearbeitung der Rahmenkonzepte bestenfalls für das Erfüllen einer externen Auflage halten würden.

In den Beratungsgesprächen mit Modellbeauftragten, aber auch mit den Leitungskräften mancher Einrichtungen thematisierten die Organisationsberater/innen diese Gefahr und wirkten darauf hin, die vorhandenen Kommunikationsstrukturen und auch die Mitarbeiterschulungen für Sinnvermittlung und Ergebnissrückkoppelung zu nutzen. Wenn die schriftlichen Konzepte erarbeitet, ggf. in das QM-Handbuch aufgenommen und in den Einrichtungen verabschiedet waren, begann jeweils die Schulung der Mitarbeiter/innen, die von den Modellbeauftragten übernommen wurde. Anders als bei den Leistungsbeschreibungen war es hier nicht notwendig, dass sich alle Mitarbeiter/innen mit den Anforderungen der ursprünglichen Konzeptbausteine vertraut machten. Die Schulungen stellten das hausintern erarbeitete Konzept bzw. QM-Handbuchkapitel in den Vordergrund und zielten darauf, alle Mitarbeiter/innen über die Inhalte zu informieren und ihnen zu verdeutlichen, welche veränderten bzw. neuen Verfahrensweisen in Bezug auf jeden dieser Rahmenkonzepte in Zukunft zu beachten waren.

3.6 Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung

Dieses Rahmenkonzept zum Heimeinzug formuliert u.a. Anforderungen an eine gute und koordinierte Vorbereitung, an eine intensive und einfühlsame Begleitung des/der neuen Bewohners/in während der Eingewöhnung und an die Einhaltung von Fristen bezogen auf das vorzunehmende Assessment und die Erstellung der Pflegeplanung. In vielen Refe-

renzeinrichtungen waren zu diesem Schwerpunkt bereits Festlegungen in Form von QM-Handbuchkapiteln oder Verfahrensanweisungen vorhanden. Gleichwohl gab es fast überall kleinere, manchmal auch größere Entwicklungsbedarfe. Gleichwohl konnte gerade bei diesem Rahmenkonzept gut an die vorhandene Praxis angeknüpft werden.

3.6.1 Internes Schnittstellenmanagement

In einigen Referenzeinrichtungen konnten durch die Soll-Ist-Analyse Schwachstellen in Bezug auf die koordinierte Zusammenarbeit zwischen der Pflege und anderen Dienstbereichen der Einrichtung entdeckt und bearbeitet werden. Zum Einen galt dies für die Kooperation mit dem Sozialen Dienst, der vielfach für die Erhebung biografischer Informationen zuständig war. Welche Probleme es gab und wie sie bearbeitet wurden, wurde ausführlich dargestellt.

Zum Anderen deckte die Bestandsaufnahme mehrfach Mängel in der Zusammenarbeit mit der Hauswirtschaft auf. Meist ging es nur um Kleinigkeiten, etwa, dass vergessen worden war, eine Flasche Mineralwasser aufs Zimmer zu stellen. Um hier Abhilfe zu schaffen, wurden in Qualitätszirkeln Checklisten neu entwickelt bzw. überarbeitet. Vor allem wurde dafür gesorgt, dass die Checklisten tatsächlich auch genutzt und von der zuständigen Leitungskraft kontrolliert wurden.

3.6.2 Begleitung der Eingewöhnungsphase

Obwohl in den meisten Referenzeinrichtungen Regelungen zur Gestaltung des Heimeinzugs schriftlich festgelegt waren, fehlten bei vielen Standards zur Begleitung der Eingewöhnungsphase. Im Rahmenkonzept ist die Anforderung formuliert, dass „der Hauptansprechpartner in enger Kooperation mit dem Sozialen Dienst eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Begleitung der Bewohner während der ersten Phase des Heimaufenthalts“ zu sichern hat. Konkret solle er oder seine Vertretung „regelmäßig, nach Möglichkeit täglich“ Kontakt aufnehmen (vgl. Praxisleitfaden Teil A).

Dies ist ein Beispiel dafür, dass sich Qualitätsmanagement nicht nur darauf beschränken darf, Festlegungen für standardisierbare Sachverhalte zu formulieren. Standardisierbar ist die Häufigkeit der Kontaktaufnahme und die Zuständigkeit. Was aber heißt eine „bedarfs- und bedürfnisgerechte Begleitung“ und wie unterscheidet sich dieser Ablauf vom Alltag und der Pflege von Bewohnern/innen, die bereits länger in der Einrichtung leben?

Im Rahmen der Bearbeitung dieses Konzeptbausteins wurden diese Fragen in den Projektgruppen diskutiert und so das Qualitätsbewusstsein der Beschäftigten geschärft.

Manche Einrichtungen haben sich darauf verständigt, dass in Übergaben und bei Fallgesprächen neue Bewohner/innen immer besonders zu berücksichtigen sind. Man tauschte sich z. B. darüber aus,

- ob es Äußerungen oder Hinweise darauf gibt, dass ein/e neue/r Bewohner/in sich wohl fühlt oder nicht, bzw. ob die Angehörigen zufrieden sind und wie diese in der Begleitung genutzt bzw. abgestellt werden können,
- ob Befürchtungen, Ängste, Beschwerden formuliert werden und wie darauf zu reagieren ist,
- ob es Themen, Interessen, Formen der Kontaktaufnahme o.ä. gibt, die dem/der Bewohner/in besonders wichtig sind,
- welche Verhaltensweisen der/die Bewohner/in an den Tag legt und wie diese zu verstehen sind,
- welche biografischen Informationen für die ressourcenorientierte und psychosoziale Unterstützung und Begleitung des/der Bewohner/in relevant sein könnten.

Wichtig war es in diesem Zusammenhang, immer wieder dazu aufzufordern, entsprechende Informationen auch in den Tagesberichten festzuhalten.

Die Erörterung solcher Fragen bei Übergaben und Fallgesprächen dienten der Sensibilisierung der Fachkräfte und führten nicht selten zu konkreten Hinweisen, wie der Kontakt zu einem/einer bestimmten Bewohner/in zu gestalten sei.

3.6.3 Das Integrationsgespräch

Eine weitere Lücke in den vorhandenen QM-Handbüchern betraf die vom Rahmenkonzept geforderte Durchführung eines Integrationsgesprächs innerhalb der ersten sechs Wochen nach Einzug eines/einer neuen Bewohners/in. Umgesetzt wurde diese Anforderung in vielen Referenzeinrichtungen durch die Verbindung dieses Integrationsgesprächs mit der ersten Pflegevisite bzw. Pflegeevaluation. Ähnlich wie bei der Begleitung der Eingewöhnungsphase war es auch hier wichtig, neben der Festlegung von Fristen und Zuständigkeiten die inhaltliche Durchführung mit den zuständigen Pflegefachkräften zu diskutieren. Allerdings konnte hier die Standardisierung weiter gehen als bei der Eingewöhnung. In einigen Referenzeinrichtungen wurden die vorhandenen Formulare für den Ergebnisbericht von Pflegevisite/Pflegeevaluation für diesen Anlass zu überarbeitet und erweitert, so dass die empfohlenen Themen für das Integrationsgespräch, wie die „Privatsphäre, Entscheidungsautonomie, Selbständigkeit, Informationsbedarf, soziale Kontakte, Angebote, Tagesstrukturierung, pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung“ angesprochen und dokumentiert werden konnten (vgl. Praxisleitfaden Teil A „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“). Dabei wurde auch festgelegt, wer neben dem/der jeweiligen Bewohner/in und dem/der Hauptansprechpartner/in teilnimmt (z. B. Angehörige, Wohnbereichs-, Pflegedienstleitung).

3.7 Zusammenarbeit mit Angehörigen

Das Rahmenkonzept zur Zusammenarbeit mit Angehörigen beinhaltet Anforderungen, die deutlich machen, dass zwar an erster Stelle die Bewohner/innen selbst, darüber hinaus aber auch die Angehörigen als Leistungsadressaten und in gewisser Weise auch als Mitwirkende am Leistungsgeschehen betrachtet werden. Wo dies dem Wohl und Interesse des Bewohners dient, sollen die Einrichtungen u. a.

- den Kontakt zwischen Bewohnern/innen und Angehörigen unterstützen,
- Angehörigen gezielt in die Pflegeplanung und – wenn möglich – auch in die Pflegepraxis einbeziehen, was auch erfordert, dass die Gespräche mit Angehörigen zu dokumentieren sind,
- für ein hohes Maß an Informationstransparenz sorgen,
- den Angehörigen verlässliche Zugangswege für Kommunikation, Fragen, Kritik eröffnen.

Schon vor Projektbeginn wurde in allen Referenzeinrichtungen gut mit den meisten Angehörigen von Bewohnern/innen zusammengearbeitet. Abweichungen von den Anforderungen des Rahmenkonzepts bezogen sich vor allem auf die folgenden Punkte:

- Eine überwiegend konzeptkonforme gelebte Praxis war nicht durch Verfahrensanweisungen bzw. QM-Handbuchkapitel standardisiert und somit nicht hinreichend verlässlich.
- Die Dokumentation relevanter Gesprächsinhalte nach Kontakten mit Angehörigen fand vielfach nicht statt.
- Die Einbeziehung von Angehörigen in die Pflegeplanung, vor allem aber in die Pflegepraxis war in einem Teil der Einrichtungen entwicklungsbedürftig. Ersteres beschränkte sich vielfach auf Gespräche im Rahmen der Pflegevisite, der zweite Punkt wurde allzu zufällig realisiert und war z. B. abhängig von Fragen des Zeitdrucks für die Pflegekräfte in bestimmten Pflegephasen oder auch von dem jeweils individuellen Bezug einzelner Pflegekräfte zu einzelnen Angehörigen.

- In einigen Häusern fühlten sich die Pflegekräfte nicht kompetent genug, um auch schwierige und konflikträchtige Kontakte mit Angehörigen zu meistern.

3.7.1 Konzepterstellung und Verbesserung von Verfahrensstandards

Die Bearbeitung des Rahmenkonzeptes zur Zusammenarbeit mit Angehörigen hat in etwa der Hälfte der Referenzeinrichtungen dazu geführt, dass wichtige Elemente dieser Kooperation festgeschrieben wurden. In einigen Fällen war dabei sehr gut auf einer schon vorhandenen Praxis aufzubauen. In den vielfach schon vor dem Projekt vorhandenen QM-Handbüchern waren Bedeutung und Stellenwert der Zusammenarbeit mit Angehörigen nicht immer herausgearbeitet. Teilweise lag dies auch an einer ungünstigen Systematik: Standards zum Umgang mit Angehörigen waren manchmal nicht in einem eigenen Kapitel zusammengefasst. Angaben dazu fanden sich vielmehr in der Beschreibung anderer bewohnerbezogener Prozesse (Heimeinzug, Sterbegleitung u.ä.) oder beschränkten sich auf Festlegungen zum Beschwerdemanagement und zur jährlichen Kundenbefragung. Durch die Konzepterstellung in den Einrichtungen kam es zur Zusammenfassung dieser Elemente in einem eigenen QM-Kapitel.

Zur Entwicklung und Erweiterung von Verfahrensstandards gehörte auch die Auseinandersetzung, auf welche Weise die Kontaktmöglichkeiten von Angehörigen und Pflegekräften zu regeln seien. Mehrere Einrichtungen hatten bereits vor dem Modellprojekt mit Angehörigensprechstunden experimentiert, einige taten dies angeregt durch den Konzeptbaustein. Die Erfahrung war durchgehend, dass die Angehörigen solche Angebote kaum annahmen.

Es zeigte sich immer wieder, dass Angehörige gern unmittelbar mit einer Pflegekraft sprechen wollten, wenn sie Fragen hatten oder ein Problem aufgetaucht war. Sie wandten sich dann in „Tür-und-Angel-Gesprächen“ an die Person, die gerade „greifbar“ war.

Aus Sicht der Organisationsberatung sind solche spontanen Kontakte für die Gestaltung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen ein wichtiges Medium. Es ist bedeutsam, dass den Angehörigen in diesen Situationen die prinzipielle Kommunikations- und Hilfsbereitschaft der Pflegekräfte vermittelt wird. Deshalb durfte im Modellprojekt das Ziel nicht darin bestehen, solche spontanen Gespräche zu vermeiden. Vielmehr ging es in den Einrichtungen darum, die richtige Balance zu finden: wenn es im Einzelfall möglich war, sofort oder nach kurzer Wartezeit miteinander zu sprechen, dann sollte dies auch geschehen. Musste ein Gespräch aus zeitlichen oder auch inhaltlichen Gründen auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden, so sollte alles getan werden, um diesen Zeitpunkt zwischen dem jeweiligen Angehörigen mit dem für die Frage richtigen Gesprächspartner sofort zu vereinbaren.

Selbstverständlich war bei diesen Diskussionen und Planungen zu berücksichtigen, dass spontane Gesprächswünsche von Angehörigen zu bestimmten Zeiten oder in besonderen Situationen auch zu einer empfindlichen Störung der pflegerischen Versorgung von Bewohnern/innen führen konnten. Umso wichtiger war es, die Informationstransparenz zu verbessern. Auch hier wurden von einigen Referenzeinrichtungen Veränderungen vorgenommen, etwa durch eine Überarbeitung und ergänzende Hinweise im vorhandenen Informationsmaterial, das Angehörigen bei Neueinzügen übergeben wurde. Dazu gehörte auch die Information darüber, wer die für sie zuständigen Pflege(fach)kräfte waren und wann diese am ehesten zu erreichen waren.

3.7.2 Entwicklung von Angeboten für Angehörige:

Zu den Verbesserungen, die durch den Konzeptbaustein zur Angehörigenarbeit realisiert wurden, gehörte auch die Optimierung von Angeboten für Angehörige. Zunächst war dazu die Unterstützung und Beratung beim Umgang mit dem/der Bewohner/in zu zählen. Oft fühlten sich Angehörige beim Umgang mit ihrem Verwandten hilflos und überfordert. Dies galt besonders dann, wenn es sich um demen-

ziell veränderte Bewohner/innen handelte oder solche, die nicht mehr sprachlich kommunizieren konnten und bettlägerig waren. Hilfreich war hier, den Angehörigen Möglichkeiten zu geben, bei Betreuungsmaßnahmen anwesend zu sein bzw. sie dabei zu beraten, wie sie den Kontakt gestalten könnten. In einigen Einrichtungen wurden Pflegekräfte auch aufgefordert, mit Angehörigen zu besprechen, wie sie durch das Mitbringen von Gegenständen und Materialien (Bilder, Fotos, aber auch andere Dinge zur Anregung der sinnlichen Wahrnehmung) die Kontaktaufnahme erleichtern und viel dazu beitragen können, das Umfeld ihres Verwandten freundlicher und anregungsreicher zu gestalten. Auch solche Hinweise waren geeignet, den Gefühlen von Hilflosigkeit und Überforderung entgegen zu wirken.

Zur Qualitätsentwicklung der Angebote für Angehörige gehörte auch die Gestaltung von Angehörigenabenden. In einigen Einrichtungen war es schon vor dem Projekt übliche Praxis, solche Angebote auch wohnbereichsbezogen durchzuführen. In vielen Häusern wurden solche wohnbereichsbezogenen Angebote jedoch erst durch den Konzeptbaustein eingeführt. Der inhaltliche Schwerpunkt konnte dabei in stärkerem Maße auf die Beantwortung konkreter Fragen, den Austausch über Erfahrungen mit Bewohnern/innen und die Erläuterung spezifischer Versorgungsleistungen gelegt werden. Sehr gut waren die Erfahrungen in einer Einrichtung, in der die Pflegekräfte gefordert waren, Elemente ihrer Arbeit durch vorbereitete Präsentationen vorzustellen.

3.7.3 Möglichkeiten und Grenzen bei Konflikten

Die Probleme im Umgang mit „schwierigen“ Angehörigen, die im Rahmen der Bestandsaufnahme zu diesem Konzeptbaustein von Mitarbeitern/innen benannt wurden, waren in mehreren Referenzeinrichtungen auch Beratungsschwerpunkt. Sowohl in den Gesprächen mit den Modellbeauftragten als auch in Kontakten zu Wohnbereichsleitungen, in Einzelfällen auch mit ganzen Wohnbereichsteams wurde auf diese Fragen eingegangen.

Deutlich wurde dabei, dass es den Pflegekräften teilweise an Kompetenzen für die Gesprächsführung in Konfliktsituationen mangelt. Zu einer solchen Gesprächsführungskompetenz gehört vor allem auch die Fähigkeit, das Anliegen des Gegenübers, auch wenn es sich um eine Beschwerde handelt, ernst zu nehmen und sich in dessen Situation hineinversetzen zu können. Als schwierig erleben die Pflegekräfte häufig solche Angehörige, die besondere – aus Sicht der Pflegenden „überzogene“ – Anforderungen an die Pflegeleistungen stellen oder sich leicht beschweren, wenn nicht alles so läuft, wie sie sich das vorstellen. Ob Pflegekräfte sich in solchen konflikthaften Kontakten angegriffen oder zu Widerspruch gereizt fühlen, hängt nicht zuletzt davon ab, wie sie solches Verhalten deuten. Wenn sie es als Ausdruck einer persönlichen negativen Charaktereigenschaft verstehen, ist die Gefahr groß, dass sie darauf unangemessen – abweisend oder auch zu ängstlich – reagieren. Deuten sie es als Hinweis, darauf, dass solche Angehörige, wenn sie schon nicht die Pflege des Bewohners selbst übernehmen können, die eigene Fürsorglichkeit auf andere Weise zeigen möchten, fällt es viel leichter, verständnisvoll und zugewandt zu bleiben und die Sorge um das Wohl des Bewohners als die verbindende Gemeinsamkeit herauszustellen.

Einige Referenzeinrichtungen haben durch das Modellprojekt die Notwendigkeit erkannt, diese Thematik in ihr Schulungsprogramm aufzunehmen bzw. inhaltlicher auszurichten und sich nicht nur auf die Informationsvermittlung zum neuen bzw. überarbeiteten Konzept oder zu den Verfahrenswegen beim Beschwerdemanagement zu beschränken. Allerdings haben solche Schulungen im Projektzeitraum erst spät begonnen oder waren wegen anderer Prioritätensetzung sogar erst für einen Zeitraum nach Projektende planbar, so dass Effekte noch nicht beobachtet werden konnten.

3.8 Nächtliche Versorgung

Das Rahmenkonzept zur „Nächtlichen Versorgung“ forderte von den Referenzeinrichtungen die Sicherstellung einer fachkompetenten Versorgung und Betreuung über 24 Stunden unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts (vgl. Praxisleitfaden Teil A „Nächtliche Versorgung“). Zu den zentralen Elementen des Konzeptbausteins gehört u.a., dass

- die Einrichtungen in stärkerem Maße als bisher auf individuelle Pflege- und Betreuungsbedürfnisse in den Abend- und Nachtstunden achtet und ein adäquates abendliches/nächtliches Versorgungsangebot sicher stellt,
- bei Organisationsformen mit nur im Nachtdienst arbeitenden Fachkräften die Beteiligung des Nachtdienstmitarbeiter/innen an der Pflegeplanung und die fachliche Kommunikation zwischen Nachtdienst und Tagdiensten gesichert sein muss,
- Störungsquellen (Lärm, Licht u.ä.) eliminiert werden,
- Nachtdienstmitarbeiter/innen von mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen entlastet sind.

In einigen Referenzeinrichtungen deckte die Bestandsaufnahme vor allem bezogen auf diese Punkte Mängel auf. Sie wurden in den Sitzungen von Modellbeauftragten und jeweiligem Organisationsberater bearbeitet. In die Soll-Ist-Analysen und die Entwicklung von Problemlösungen waren in fast allen Einrichtungen Fachkräfte aus dem Nachtdienst einbezogen. Allerdings wurde das Rahmenkonzept zur nächtlichen Versorgung relativ spät im Projektverlauf vorgelegt. In dieser Zeit waren die Referenzeinrichtungen damit beschäftigt, die vorher eingebrachten Konzeptbausteine einzuführen und zu erproben. Je nach Ausgangssituation war dies mit viel Aufwand verbunden und hat in einigen Fällen dazu geführt, dass die Bearbeitung der nächtlichen Versorgung zurückgestellt wurde. Aus diesem Grund konnten einige Veränderungen, die bezogen auf diesen Schwerpunkt geplant wurden, im Rahmen der Projektlaufzeit noch nicht umgesetzt oder systematisch erprobt werden.

Andererseits hatten einige Einrichtungen mit der Bearbeitung dieses Schwerpunktes bereits begonnen, bevor das Konzeptpapier vorlag. In gemeinsamen Workshops mit Mitarbeiter/innen aus der Tag- und Nachtdienste wurden Verbesserungsvorschläge entwickelt und umgesetzt. Es zeigte sich später, dass diese sich durchaus mit den formulierten Anforderungen deckten.

3.8.1 Verbesserung von Arbeitsabläufen

Unabhängig davon, ob es gelungen ist, noch in der Projektlaufzeit ein einrichtungsspezifisches Konzept zu erarbeiten und umzusetzen, hat die Auseinandersetzung, die in den meisten Einrichtungen zum Thema Nachtdienst stattgefunden hat, an verschiedenen Stellen für Verbesserungen gesorgt. Die Mitarbeiter/innen wurden dafür sensibilisiert, sich so zu verhalten, dass sie die Nachtruhe von Bewohner/innen – etwa durch quietschendes Schuhwerk oder zu helle Lampen u.a. – nicht störten. Vielfach wurden die Arbeitsabläufe genauer analysiert und optimiert. Manche mittelbar bewohnerbezogenen Tätigkeiten – wie das Stellen der Medikamente oder das Herauslegen von Kleidungsstücken für das Ankleiden am Morgen u.ä. – konnte in den vorausgehenden bzw. folgenden Dienst verlagert werden. Dadurch gewannen die Nachtdienstmitarbeiter/innen Zeit für persönliche Gespräche und Kontakte mit Bewohner/innen, insbesondere mit solchen, deren Tag-Nacht-Rhythmus verändert war und sich über eine persönliche Kontaktaufnahme freuten.

Gleichzeitig waren die Nachtdienstmitarbeiter/innen gehalten, genau auf das Verhalten von Bewohner/innen während der Nacht zu achten und Besonderheiten in den Tagesberichten zu dokumentieren. Für Bewohner/innen, die in der Nacht wach und aktiv waren, wurde auf den Wohnbereichen die Möglichkeit geschaffen, sich mit

Getränken und einem Imbiss zu versorgen. Wo dies durch die Architektur möglich war, wurden auch abgegrenzte Sitzecken oder Räume für ein spätes Zusammensitzen oder Fernsehen eingerichtet.

3.8.2 Änderung von Dienstzeiten

Einige Referenzeinrichtungen veränderten die Dienstzeiten von Spät-, Früh- und Nachtdienst. Durch eine Verlängerung des Spätdienstes oder den früheren Arbeitsbeginn am Morgen wurde die Voraussetzung dafür geschaffen, dass die Bewohner/innen in stärkerem Maße selbst bestimmen konnten, wann sie zu Bett gehen oder aufstehen wollten. Auch war eine Teilnahme an abendlichen Angeboten so besser zu organisieren. Dass sich die Dienste stärker zeitlich überschneiden, sorgte für eine Verbesserung der Übergabe und mehr Austausch zu einzelnen Bewohnern/innen.

Einige Einrichtungen haben wechselseitige Hospitationen von Tag- und Nachtdienst eingeführt. Teilweise waren dies nicht nur Ausnahmeregelungen. Vielmehr waren die Pflegekräfte die tagsüber bzw. in der Nacht arbeiteten, gefordert, in jedem Jahr einen definierten Zeitraum in der jeweils anderen Schicht Dienst zu tun.

In manchen Referenzeinrichtungen war der Konzeptbaustein zur nächtlichen Versorgung Auslöser oder Ansporn für weit reichende Veränderungen bzw. Planungen. Diese bezogen sich auf das Konzept der „24-Stunden-Pflege“: Mittelfristig soll erreicht werden, dass alle Pflegekräfte alle Dienstzeiten abdecken und es keine eigene Mitarbeitergruppe für den Nachtdienst mehr gibt. Die 24-Stunden-Pflege wird durch das Konzeptelement nicht eingefordert, allerdings erleichtert sie die Umsetzung einiger inhaltlicher Anforderungen. Manche Träger/Einrichtungen hatten diese Umstrukturierung unabhängig vom Modellprojekt als strategische Zielsetzung formuliert und begannen die Umsetzung in der Projektlaufzeit. Andere einigten sich auf dieses Ziel, nachdem sie sich mit dem Rahmenkonzept auseinander gesetzt hatten, verschoben die Umsetzung jedoch auf die Zeit nach Beendigung des Modellprojekts. In einzelnen Einrichtungen ging die Abschaffung des reinen Nachtdienstes mit einem Wechsel im Unterstellungsverhältnis einher. Meist waren die Nachtdienstmitarbeiter/innen vorher direkt der Pflegedienstleitung unterstellt. Mit der Umstrukturierung wurden sie Mitglieder der Wohnbereichsteams und unterstanden der Wohnbereichsleitung. Eine solche Regelung erleichterte auch die Organisation der Pflege nach dem Konzept der Zuständigen Pflegefachkraft, weil sich die Zahl der examinierten Fachkräfte, die auch im Tagdienst zur Verfügung standen, erhöhte.

Die Veränderungen von Dienstzeiten und insbesondere die Abschaffung des Dreischichtsystems wurde in den Referenzeinrichtungen durch eine intensive Kommunikation mit den Mitarbeiter/innen in Team- und Einzelgesprächen vorbereitet und begleitet. Für manche Pflegekräfte griffen die veränderten zeitlichen Anforderungen merkbar in ihre familiäre Situation und Lebensorganisation ein. Wichtig war, dass nach flexiblen Lösungen für Probleme gesucht wurde und je nach Lebensumständen auch Übergangs- oder Ausnahmeregelungen möglich waren. Diese wurden auch in den Teams offen besprochen, um durch Transparenz dem Eindruck vorzubeugen, einzelne Mitarbeiter/innen würden bevorzugt behandelt.

3.8.3 Kooperation von Tag- und Nachtdienst

In der Mehrzahl der Referenzeinrichtungen blieb es in der Projektlaufzeit bei der Beschäftigung von Dauernachtwachen. Wie die Bestandsaufnahme gezeigt hatte, hatten sich auch hier vielfach zwei unterschiedliche Beschäftigtengruppen gebildet, die kaum miteinander kommunizierten und nebeneinander her arbeiteten: Der Tagdienst wusste nicht viel über die Erfahrungen des Nachtdienstes und umgekehrt. Die Fachkräfte im Tag- und Nachtdienst erlebten einzelne Bewohner/innen oft auf höchst

unterschiedliche Weise, aber der Kommunikationsmangel und teilweise eher nachlässig und wenig informativ geführte Pflegeberichte füllten die Informationslücke nur unzulänglich.

Um eine verbesserte Zusammenarbeit der Mitarbeiter/innen der Tag- und Nachtdienste zu erreichen, wurden zum einen in einigen Einrichtungen die bereits erwähnten wechselseitigen Hospitationen eingeführt und Dienstzeiten mit etwas ausgedehnter Überlappung des Spät- bzw. Frühdienstes mit dem Nachtdienst definiert. Darüber hinaus wurden die Nachtdienstmitarbeiter/innen stärker als bisher in die Kommunikation der Wohnbereichsteams einbezogen, etwa durch Anwesenheit eines/r Nachtdienstvertreters/in in den Teamsitzungen der Wohnbereiche.

Verbessert wurde vor allem die Einbeziehung des Nachtdienstes in die Pflegeplanung und -dokumentation. In mehreren Einrichtungen waren die Fachkräfte aus dem Nachtdienst erstmalig gefordert, in Kooperation mit der jeweiligen zuständigen Pflegefachkraft an der Erstellung der Pflegeplanung mitzuwirken und dabei ihre Beobachtungen des individuellen Bewohnerverhaltens in die Planung einzubringen. In den Referenzeinrichtungen, die teilweise initiiert durch das Projekt mit Tagesablaufplänen arbeiteten, wurden die Planungen für die Nachtstunden detaillierter ausgearbeitet und den Bewohnerbedürfnissen in stärkerem Maße angepasst.

3.8.4 Entwicklung von Angeboten

Zur Entwicklung von Angeboten in den Abend- und Nachtstunden gab es viele Diskussionen in den Referenzeinrichtungen. Nicht selten waren die Pflegekräfte der Meinung, es bestünde kein Bedarf an solchen Angeboten. Tatsächlich machten nicht wenige die Erfahrung, dass Bewohner/innen relativ früh am Abend darauf drängten, ins Bett zu gehen und die dafür individuell notwendigen Unterstützungsmaßnahmen deutlich einforderten.

In der Beratung wurde jedoch immer wieder thematisiert, dass solches Verhalten von Bewohnern/innen auch vom vorhandenen Angebot abhängig sein kann. Sind Bewohner/innen entsprechende Angebote in den Abend- und Nachtstunden in der Einrichtung bislang nicht gewohnt, werden sie sich mit den Gegebenheiten abfinden und können häufig nicht von sich aus Ideen dazu entwickeln. Vielmehr galt es, die Situation auf den Wohnbereichen genau zu prüfen, biografische Informationen über die Bewohner/innen in den Blick zu nehmen und zusätzlich mit Bewohnern/innen und Angehörigen über abendliche und nächtliche Gewohnheiten und Wünsche zu sprechen. Auch die Schlafgewohnheiten der Bewohner/innen, nächtliche Aktivität oder Unruhe sowie die Verabreichung von Schlafmitteln wurden genauer geprüft. Im Ergebnis wurde in mehreren Referenzeinrichtungen damit experimentiert, Angebote ausdifferenzieren und einiges in die späten Nachmittags- und Abendstunden zu verlagern. Hilfreich waren dabei, die bereits in Zusammenhang mit den Leistungsbeschreibungen begonnenen Verbesserungen in der Kooperation von Pflege und Sozialen Dienst und die in manchen Einrichtungen vorgenommenen Strukturveränderungen im Zusammenhang mit dem Sozialen Dienst.

Zum Schwerpunkt der nächtlichen Versorgung war für die Mitglieder des Steuerungskreises ein Expertenworkshop veranstaltet worden. Vertreter/innen aus Einrichtungen, die nicht am Modellprojekt beteiligt waren, hatten dort zu ihren Erfahrungen berichtet. Die Beobachtungen dieser Experten/innen deckte sich weitgehend mit den Erfahrungen solcher Referenzeinrichtungen, in denen die Anforderungen des Rahmenkonzepts schon in der Ausgangssituation des Projektes weitgehend erfüllt waren. In den Beratungsgesprächen gaben die Organisationsberater/innen solche Erkenntnisse in Form von Empfehlungen weiter. Dazu gehörten die folgenden Aspekte:

- Manche Schlafstörungen und Unruhezustände von Bewohner/innen können auch mit einer ungünstigen Tagesstruktur, Unterforderung und Mängeln der psychosozialen Begleitung zu tun haben. Einrichtungen, die systematisch dafür sorgen,

dass jede/r Bewohner/in in Einzel- und bzw. oder Gruppenangebote einbezogen ist und in denen mehrmals wöchentlich auch in den Abendstunden solche Angebote stattfinden, berichten von weniger Störungen in der Nacht und einem deutlich geringeren Einsatz von Schlafmitteln.

- Gruppenangebote, insbesondere solche, die sich an demenziell veränderte Bewohner/innen richten, müssen gut begleitet und angeleitet werden. Es reicht nicht aus, in den Abendstunden die Cafeteria zu öffnen. Diese Form des „Nachtcafés“, die ein paar Einrichtungen vor dem Modellprojekt ausprobiert hatten, wird von den Bewohner/innen nicht angenommen. Vielmehr müssen Mitarbeiter/innen der Pflege, des sozialen Dienstes oder auch freiwillige Helfer/innen ein „Programm“ vorbereiten und Anreize/Anleitung für Beschäftigung und Kommunikation geben.
- Gruppenangebote sollten nicht nur als „offene“ Veranstaltungen angeboten werden. Vielmehr ist bei manchen Angeboten auf den Wohnbereichen gemeinsam zu überlegen, wer für eine Teilnahme in Frage kommt und wer möglicherweise nicht. Es nützt niemandem, wenn sich körperlich und geistig gesunde Bewohner/innen vom Verhalten dementer Bewohner/innen gestört fühlen. Bewährt hat sich in einigen Einrichtungen eine halboffene Form, bei der zu einem Kern fester Teilnehmer/innen auch zusätzliche Bewohner/innen kommen können. Bewährt hat sich dabei auch, einen jeweils relativ homogenen Kreis von Bewohner/innen je nach Gruppenart auszuwählen. Selbstverständlich soll es auch weiterhin solche Angebote geben, die sich an alle Bewohner/innen richten, wie etwa Feste, Musik- und Tanzangebote, Filmabende u.ä.
- Es ist zu unterscheiden zwischen Angeboten zur Einzelförderung und der Gestaltung von Gruppenangeboten in unterschiedlicher Zusammensetzung. Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass Angebote in den Abend- und Nachtstunden nicht nur für rüstige Bewohner/innen konzipiert werden, sondern z.B. auch regelmäßige Angebote für immobile oder demenzkranke Bewohner/innen geschaffen werden.

Aufgrund solcher Hinweise begannen einige Referenzeinrichtungen bereits im Projekt damit, ihr inhaltliches Angebot zu verändern (in anderen Einrichtungen ist dies für die nahe Zukunft vorgesehen) und gingen gleichzeitig dazu über, den Einsatz von Sedativa als einen möglichen Indikator für Versorgungsmängel regelmäßig zu prüfen. Bei manchen Bewohner/innen, die auf Beruhigungs- oder Schlafmittel angewiesen waren, wurden diese später verabreicht, wenn deren Teilnahme an einer abendlichen Veranstaltung ermöglicht werden sollte. Für die Zukunft haben sich fast alle Referenzeinrichtungen vorgenommen, in regelmäßigen Abständen zu prüfen, ob alle Bewohner/innen durch Angebote der psychosozialen Begleitung erreicht werden und ob das inhaltliche Angebotsspektrum sowie die zeitliche Verteilung der Angebote auf Tages- und Abendstunden den Bedürfnissen der Bewohner/innen entspricht.

3.9 Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen

Der Qualitätsmaßstab zur Sterbebegleitung hat zum Ziel, „die Begleitung Sterbender in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern und grundlegende Voraussetzungen zur Bewältigung dieser Aufgabe herzustellen“ (vgl. Praxisleitfaden Teil A). Genau wie der Einzug neuer Bewohner/innen gehört auch das Versterben von Bewohner/innen zum Alltag der stationären Pflege. Auch hier gab es zu Beginn des Modellprojekts in allen Referenzeinrichtungen Regelungen und Verfahrensweisen.

Ein erster Schritt bestand wiederum darin, bereits vorhandene Regelungen oder Konzepte mit den Anforderungen des Rahmenkonzepts abzugleichen. Einige Referenzeinrichtungen haben für die Ausarbeitung eines verbesserten schriftlichen Konzeptes Kontakte zu externen Fachleuten (z.B. Seelsorgern/innen, Hospizdienste) hergestellt und diese eingebunden.

Aus Sicht der Modellbeauftragten und Einrichtungen bestanden Schwierigkeiten vor allem in Bezug auf die Anforderung einer kontinuierlichen Begleitung eines/einer sterbenden Bewohners/in. Aus Sicht der Organisationsberatung gab es darüber hinaus auch Unterschiede in Bezug auf die Kompetenz der Pflegekräfte, dem/der Bewohner/in in dieser schwierigen Phase beizustehen.

In einigen wenigen Einrichtungen zeigten die Erfahrungen, dass die meisten Bewohner/innen im Krankenhaus verstarben. Dies konnte als Hinweis darauf gewertet werden, dass es nicht immer gelang, dem/der Bewohner/in ein würdevolles Sterben in vertrauter Umgebung zu ermöglichen und vermeidbare Krankenhausaufenthalte auszuschließen.

Um dies leisten zu können, reichte es nicht aus, sich – wie einige Einrichtungen anführten – auf die Qualifikation examinierter Pflegekräfte zu verlassen. Als Erfolgsfaktoren für die Umsetzung des Rahmenkonzeptes erwiesen sich vielmehr die in den folgenden Abschnitten dargestellten Sachverhalte.

3.9.1 Kontinuierliche Begleitung

Für die angemessene Begleitung eines sterbenden Menschen und seiner Angehörigen mussten entsprechende Rahmenbedingungen in den Einrichtungen geschaffen werden. Gemeinsam mit den Mitarbeiter/innen in den Qualitätszirkeln und bei der Schulung des Projektes wurde bestimmt, dass die Sterbebegleitung Vorrang vor anderen Tätigkeiten erhalten sollte. Kündigte sich das Versterben eines/einer Bewohners/in an, musste eine unverzügliche Anpassung der individuellen Versorgung erfolgen. „Es darf auch Arbeit liegen bleiben“ fasste eine Fachkraft zusammen. Liegen gebliebene Tätigkeiten konnten dann von nachfolgenden Diensten – soweit wie möglich – aufgearbeitet werden. Die Vorgehensweise im Einzelfall wurde im Team festgelegt, so dass niemand ein schlechtes Gewissen haben musste, wenn er/sie bestimmte Tätigkeiten zu Gunsten einer Sterbebegleitung vernachlässigte.

3.9.2 Zusammenarbeit mit Hospizdiensten und freiwilligen Helfern/innen

Würdevolles Sterben und Abschiednehmen zu ermöglichen, ist ein Ziel, bei dessen Umsetzung Hospizvereine mit ihren Einrichtungen und ambulant und stationär tätigen Ehrenamtlichen seit Jahrzehnten spezifische Kompetenzen und Erfahrungen sammeln konnten. Hier standen ehrenamtliche Helfer/innen zur Verfügung, die zum einen die Pflegekräfte bei der Begleitung Sterbender konkret unterstützen und das real vorhandene zeitliche Problem der kontinuierlichen Begleitung mildern konnten. Einige Referenzeinrichtungen haben eine solche Zusammenarbeit, angeregt durch das Rahmenkonzept neu gesucht, bzw. die vorhandene Kooperation erweitert. Einige Einrichtungen hatten schon vor dem Modellprojekt die vorhandenen Qualifikationsangebote solcher Vereine für die Fortbildung der eigenen Fachkräfte genutzt. Eine Referenzeinrichtung hat über eine solche Vernetzung dafür gesorgt, dass alle Pflegekräfte in der Begleitung sterbender Bewohner und ihrer Angehörigen geschult wurden. In anderen Einrichtungen fungierten einzelne speziell weitergebildete Fachkräfte als Multiplikatoren.

3.9.3 Absprachen mit Angehörigen und Ärzten/innen

Alle Referenzeinrichtungen kümmerten sich beim Einzug eines/einer neuen Bewohners/in darum, Informationen zu vorhandenen Verfügungen und Wünschen im Zusammenhang mit dem Sterben und Todesfall zu erhalten. Diese waren jedoch nicht immer zu bekommen oder eindeutig genug. Im Zweifelsfall konnte es z. B. vorkommen, dass die Zuständige Pflegefachkraft bei der Frage, ob z. B. ein/e sterbende/r Bewohner/in in der Einrichtung verbleiben könne, eine andere Einschätzung vertrat, als Angehörige oder auch behandelnde Ärzte/innen. Auch gab es einzelne Einrichtungen, in denen ein Sterben im Haus kaum vorkam, sondern die Bewohner/innen fast ausschließlich im Krankenhaus verstarben. Von Seiten der Organisationsbera-

tung wurde dies als Hinweis auf mögliche Unsicherheiten bei den Pflegekräften gewertet. In Einzelfällen wurde dies auch bestätigt. In einzelnen Einrichtungen vermieden es die Pflegekräfte überwiegend, eine vom Arzt beabsichtigte Krankenhaus-einweisung zu hinterfragen, auch dann, wenn sie eigentlich meinten, dass diese vermeidbar sei.

Empfohlen wurde deshalb über eine verstärkte Schulung der Fachkräfte hinaus, mit Angehörigen und Ärzten Prinzipien der Sterbebegleitung unabhängig vom konkreten Fall zu thematisieren, um zu einem grundsätzlichen Zieleinverständnis zu kommen. Gelegenheiten dazu konnte die sowieso erforderliche Bearbeitung der beiden Rahmenkonzepte zur Kooperation mit Angehörigen bzw. Ärzten bereit stellen.

3.9.4 Schulungen der Mitarbeiter/innen

Wie die Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“ in einem Zwischenbericht⁵⁸ im Juni 2005 darlegt, gibt es in Deutschland erheblichen Verbesserungsbedarf in Bezug auf Palliativmedizin und Palliativpflege. Palliativpflege geht von einem ganzheitlichen Aufgabenverständnis aus, das nicht nur schmerztherapeutische Maßnahmen, sondern auch die psychosoziale Begleitung einschließt. Die Enquete-Kommission stellt unter anderem fest, dass die Palliativpflege in der Ausbildung des Fachpersonals – weder bei Ärzten/innen, noch bei Alten- oder Krankenpflegekräften – einen angemessenen Stellenwert einnimmt und empfiehlt entsprechende Veränderungen. Umso wichtiger ist es, dass Einrichtungen nicht allein auf die Qualifikation ihrer examinierten Fachkräfte vertrauen, sondern

- die Palliativpflege zu einem wichtigen Schwerpunkt im Rahmen der eigenen Personalentwicklung machen und
- sich aktiv um die Zusammenarbeit mit weitergebildeten Ärzten/innen im Bereich der Palliativmedizin bemühen.

Für die Einführung des Rahmenkonzepts zur Sterbebegleitung war es generell förderlich, dass viele Mitarbeiter/innen eine hohe Sensibilität mit sich und anderen bezogen auf den Umgang mit Sterben, Tod und Verlustbewältigung aufwiesen. Gleichwohl bestand in manchen Einrichtungen der Bedarf, die Sensibilität der Mitarbeiter/innen und die Förderung ihrer Kompetenzen durch Fortbildungen im Bereich der Sterbe- und Trauerbegleitung weiter zu entwickeln. In einigen Einrichtungen geschah dies auch systematisch, wobei in hausinterne Schulungen durch weitergebildete Multiplikatoren/innen zum Teil auch Ehrenamtliche einbezogen wurden. Neben den fachlichen Anforderungen an die Palliativpflege sollten folgende Inhalte besonders beachtet werden:

- Setzt der Sterbeprozess eines Menschen akut ein, ist es häufig schwer, die Personaleinsatzplanung anzupassen. Auch Defizite bezüglich der Qualifikation von Mitarbeitern/innen sind dafür verantwortlich, dass manche von ihnen nicht in der Lage sind zu erkennen, wenn ein/e Bewohner/in im Sterben liegt. In den Schulungen sollte daher verstärkt darauf geachtet werden, die Anzeichen für eine einsetzende Sterbephase und die Sterbephasen generell zu thematisieren.
- Darüber hinaus bedeutet nicht nur die Begleitung Sterbender und die häufige Konfrontation mit dem Tod eine hohe psychische Belastung für die Mitarbeiter/innen. Auch der Umgang mit trauernden Menschen wie den Angehörigen, Kollegen/innen oder anderen Bewohnern/innen erfordert ein hohes Maß an Sensibilität und an sozial-kommunikativen Kompetenzen. Hier gilt es, Schulungen anzubieten, die die persönlichen bzw. beruflichen Erfahrungen der Mitarbeiter/innen in den Mittelpunkt stellen, Maßnahmen zur Trauerbegleitung und Unterstützung bei der Verlustbewältigung aufzeigen und die Kommunikation mit ster-

⁵⁸ „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ (BT-Drs. 15/5858)

benden Menschen und ihren Angehörigen fördern. Die Erfahrungen in den Referenzeinrichtungen haben auch gezeigt, dass die Mitarbeiter/innen im Rahmen von Fallbesprechungen gute Entlastungsmöglichkeiten für sich finden können.

- Im Rahmen der Schulungen sollte außerdem die Begleitung des Sterbeprozesses bei verwirrten bzw. demenzkranken Bewohnern/innen besonders in den Blick genommen werden.

In den Beratungen wurde den Referenzeinrichtungen empfohlen, nach Möglichkeit Schmerztherapeuten/innen, Seelsorger/innen, Hospizdienste und qualifizierte freiwillige Helfer/innen in die Sterbegleitung und Trauerbewältigung einzubinden, wenn Bewohnern/innen bzw. Angehörigen sich nicht dagegen aussprechen. Auch sollten vorhandene Qualifikationsangebote dieser Personen bzw. Institutionen genutzt werden. Einige der Referenzeinrichtungen haben dies systematisch und erfolgreich durchgeführt.

Darüber hinaus wurde den Referenzeinrichtungen nahe gelegt, das hausinterne Konzept zur Sterbegleitung bei der Einarbeitung neuer Pflegekräfte und Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes zu berücksichtigen.

Die Umsetzung der Anforderungen hat in den Referenzeinrichtungen dazu geführt, dass eine insgesamt stärkere Berücksichtigung der Bewohnerwünsche erfolgen konnte. Die Thematisierung von Sterben, Tod und Trauer hat für viele Bewohner/innen, Angehörige und Mitarbeiter/innen mehr Sicherheit gebracht. Das Wissen, dass der Sterbeprozess gut unterstützt werden würde, hat zur Entlastung der Bewohner/innen geführt. Die Angehörigen fühlten sich durch die Begleitung gut aufgehoben und fanden die Beratung durch die Mitarbeiter/innen hilfreich. Schließlich hat die Einführung des Qualitätsmaßstabs den Mitarbeitern/innen mehr Möglichkeiten zum Austausch geboten und die kollegialen Gespräche haben sie zusätzlich entlastet. Insgesamt, so hat es ein/e Modellbeauftragte/r formuliert, „rundet das Konzept unsere Berufsethik ab“.

3.10 Kooperation mit niedergelassenen Ärzten

Zielsetzung dieses Rahmenkonzeptes ist es, zu einer optimalen ärztlichen Versorgung der Bewohner/innen beizutragen und eine gut koordinierte Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Altenheim zu gewährleisten, einschließlich der zugehörigen Kommunikation und Informationstransparenz.

Im Unterschied zu den anderen Rahmenkonzepten des Referenzmodells ging es hier nicht nur um die Entwicklung solcher Qualitätsstandards, die in der alleinigen Verantwortung der Einrichtungen lagen. Vielmehr setzte die Umsetzung der Anforderungen eine grundlegende Kooperationsbereitschaft der Ärzte/innen voraus, wobei „die Gestaltungsmöglichkeiten der Einrichtungen ihre Grenze an der ärztlichen Entscheidungsautonomie finden“ (vgl. Praxisleitfaden Teil A).

Nicht in allen Referenzeinrichtungen ist es auf befriedigende Weise gelungen, diese Kooperationsbereitschaft einzuwerben. Aber alle haben sich darum bemüht, die eigenen Arbeitsabläufe im Sinne des Konzeptes zu verbessern.

Die Hausärzte werden rechtlich grundsätzlich im Auftrag der Bewohner/innen tätig. Der Behandlungsvertrag besteht zwischen den frei praktizierenden Ärzten und den Bewohner/innen. Das Altenpflegeheim unterstützt die Behandlung durch die Bereitstellung von entsprechenden Räumen, Personal etc. Hausärzte sind grundsätzlich unabhängig freiberuflich tätig und können nicht – wie beispielsweise Krankenhausärzte – aufgrund ihres Arbeitsverhältnisses in institutionelle Regelungen einge-

bunden werden. Den Altenpflegeheimen bleibt somit nur die Möglichkeit, Regelungen mit frei praktizierenden Hausärzten auf der Basis der Freiwilligkeit und des guten Willens zu erzielen.

Die Ärzteschaft zeigt sich in der Praxis überwiegend sehr sensibel bezüglich bindender Erklärungen oder Vereinbarungen. Diese Grundhaltung wird durch die hohe zeitliche Eingebundenheit von Hausärzten noch befördert. Die Wahrung ihrer Unabhängigkeit und Flexibilität hat für sie einen hohen Stellenwert. Es hat sich im Beratungsprozess herausgestellt, dass Zielvereinbarungen z.B. eher in Form von Protokollnotizen nach gemeinsamen Gesprächen zu erreichen waren als in formaler, vertraglicher Form.

Vereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten zu erzielen war eine ausgesprochen zeitaufwendige Herausforderung, die viel Geduld erforderte. In einigen Einrichtungen wurde das Thema als sehr heikel bezeichnet und deshalb die Organisationsberatung auch um eine Moderation bei Veranstaltungen mit Ärzten gebeten.

Der Kontakt in den Altenpflegeheimen zu den niedergelassenen Ärzten war sehr unterschiedlich. Dies war zwar einerseits von den beteiligten Persönlichkeiten abhängig, andererseits schienen aber auch die unterschiedlichen sozialen Einbindungen im städtischen und ländlichen Kontext eine Rolle zu spielen. Im Beratungsprozess ist teilweise der Eindruck entstanden, dass in ländlichen Regionen tendenziell der Kontakt zwischen den Ärzten und den Altenpflegeheimen enger war als in den Städten. Andererseits konnte die geringere Anzahl von Ärzten im ländlichen Raum dazu führen, dass die niedergelassenen Mediziner kaum dazu zu bewegen waren, neue Patienten zu übernehmen, weil sie ihr Budget bereits annähernd ausgeschöpft hatten. Da nicht bei allen neuen Bewohner/innen feste Anbindungen an Haus- und Fachärzte existierten bzw. aufrecht erhalten werden konnten, stellte diese Sachlage für manche Bewohner/innen und Pflegeeinrichtungen ein großes Problem dar.

3.10.1 Die Ausgangssituation und damit verbundene Problemlagen

Die Kernprobleme im Schnittstellenmanagement mit den Ärzten lagen nach den Erfahrungen im Modellprojekt

- in der Schaffung von Verbindlichkeit und
- in der Verbesserung der Kommunikation.

In den meisten Häusern regelten die vorhandenen Verfahrensanweisungen der QM-Systeme bereits

- die Vorbereitung der Arztbesuche
- die Begleitung der Arztvisiten
- die Bereitstellung der nötigen Unterlagen
- die Besprechung der gesundheitlichen Probleme der Bewohner/-innen etc.

Die hauptsächliche Schwierigkeit bestand aus Sicht der Organisationsberatung für die Altenpflegeheime darin, aufgrund der bei der Ärzteschaft nicht immer vorhandenen Bereitschaft zu verbindlichen Absprachen die vorhandenen Verfahrensanweisungen einzuhalten. Viele Altenpflegeeinrichtungen wünschten sich beispielsweise feste Visitermine der Hausärzte, um die Visiten sachgerecht vorbereiten zu können und die verantwortlichen Pflegekräfte zur Verfügung zu haben. Faktisch waren aber viele Ärzte zu entsprechenden Absprachen nicht bereit und führten unangekündigt Visiten/Patientenbesuche durch.

Es bedurfte viel zeitlichen und kontinuierlichen Aufwandes, um eine Kultur der Verbindlichkeit zu entwickeln. In einigen Häusern – tendenziell scheinbar eher in ländlichen Regionen – ist dies gelungen. In anderen Fällen waren die Ärzte auch im Rahmen von Kooperationsgesprächen nicht bereit, z.B. feste Visitermine zu vereinbaren oder Besuche rechtzeitig anzukündigen.

Altenpflegeheime haben nach heutigem Haftungsrecht entsprechend dem Grundsatz der Beweislastumkehr die Pflicht, eine fachgerechte Pflege nachzuweisen. Dementsprechend war in der Regel in den Häusern z. B. über Verfahrensanweisungen vorgeschrieben, dass ärztliche Anordnungen (Medikation, medizinische Behandlungspflege) vom Arzt in die Pflegedokumentation eingetragen und abgezeichnet werden. In der Praxis erwies sich in den Häusern die Einhaltung dieser Verfahrensanweisungen aber als großes Problem, weil (z. B. aufgrund fehlender gesetzlicher Regelungen) die Pflegekräfte de facto nur an die Hausärzte appellieren konnten, entsprechende Eintragungen vorzunehmen.

Zu den wichtigsten Aufgaben, die in den Altenpflegeheimen zu bearbeiten waren, gehörte in vielen Einrichtungen die Vorbereitung der Arztvisiten. Die Ärzte beklagten in den Gesprächen zum Teil die in der Praxis festzustellende unzureichende Vorbereitung der Pflegefachkräfte:

- im Vorwege wurden z. B. Vitalwerte nicht ermittelt,
- die fachlichen Informationen an die Ärzte waren teilweise verbesserungswürdig,
- Formulierungen waren zu allgemein gehalten, es fehlten Details,
- Beobachtungen – gerade aus dem Nachtdienst – waren ungenau („Bewohner war unruhig“),
- Es traten Fehleinschätzungen auf.

In Kooperationsgesprächen empfahlen Ärzte den jüngeren Pflegekräften sogar offen, vor möglichen Arztrufen erfahrene hausinterne Pflegekräfte zusätzlich zu konsultieren.

Auch die telefonische Erreichbarkeit der Pflegekräfte bei Nachfragen durch die Ärzte war nicht immer optimal geregelt. Hier halfen manchmal schon einfache Regelungen für den Gebrauch von mobilen Telefonen auf den Wohnbereichen.

Ein spezieller Problempunkt in einigen Pflegeheimen war die Notfallversorgung von Bewohner/innen, bei denen eine unmittelbare Verschlechterung des Gesundheitszustands zu beobachten war, aber noch keine akute Krankenhauseinweisung vorgenommen zu werden brauchte. Hier war u. a. die Erreichbarkeit der Ärzte ggf. auch am Abend oder am Wochenende zu regeln.

In weniger akuten Fällen führte es bei Ärzten zu Verärgerung, wenn sie innerhalb einer Frist von einem oder zwei Tagen, aber unabgestimmt zu unterschiedlichen Zeiten zu Bewohner/innen verschiedener Wohnbereiche gerufen wurden.

3.10.2 Kontaktaufnahme und Verhandlungsstrategie

Grundsätzlich wurde festgestellt, dass die Realisierung des übergeordneten Qualitätsmaßstabes zur Kooperation mit Ärzten für die Referenzeinrichtungen die schwierigste Hürde darstellte und in kaum einer Einrichtung umfassend verwirklicht werden konnte. Hier handelt es sich um einen Aspekt der Versorgungsqualität, der auch außerhalb der Altenpflegeeinrichtungen in entsprechenden übergeordneten Gremien weiter zu beraten ist.

Es hat sich im Beratungsprozess als hilfreich erwiesen, offensiv auf die Ärzte zuzugehen. Dies ist in den Häusern entweder durch

- Einzelgespräche oder
- Veranstaltungen für die Ärzte (günstig: kombiniert z. B. mit einem Weihnachtsessen u. ä.)

geschehen. Wenn nicht alle behandelnden Ärzte gewonnen werden konnten, so hat man sich richtigerweise zunächst auf diejenigen konzentriert, die ein Interesse an Kooperationsabsprachen signalisierten. Meist waren das die Mediziner, bei denen die wenigsten Reibungsverluste auftraten, so dass sich der Grad der Qualitätsverbesserung in Grenzen hielt.

Eine wichtige Voraussetzung für einen erfolgreichen Kontakt zu den Ärzten war eine offene und ehrliche Ist-Analyse und die Bereitschaft zur Selbstkritik in den Referenzeinrichtungen. Günstig war es, wenn die hausinternen Verbesserungs- und Entwicklungsbedarfe vor der Kontaktaufnahme zu den Ärzten angegangen wurden und mindestens teilweise bereits umgesetzt worden waren. Damit war eine wichtige Vorleistung erbracht, auf die man sich dann bei den Erstgesprächen mit den Ärzten beziehen konnte.

Wichtig war es, dass in den Referenzeinrichtungen jeweils eine entscheidungsbefugte Leitungskraft im Haus (Heimleitung, Pflegedienstleitung) die Schaffung von Regelungen mit den Ärzten zu „ihrer Sache“ gemacht hat. Das bei einigen Medizinnern vorhandene ausgeprägte Bewusstsein eigener Unabhängigkeit und überlegener Fachkompetenz – und ebenso wirksam die Zuschreibung einer solchen Haltung – hätte es Pflegefachkräften oder manchen Modellbeauftragten vermutlich eher schwer gemacht, „auf Augenhöhe“ zu verhandeln.

Hilfreich für die Kontaktaufnahme waren auch einrichtungsspezifische Informationsblätter oder -broschüren für die Ärzte/innen, die direkt in Verbindung mit einem ersten Kooperationsgespräch ausgehändigt werden konnten. Als günstig für das Kooperationsklima hat sich in einzelnen Einrichtungen auch eine Vereinbarung erwiesen, die besagte, dass Leitungskräfte bei Kooperationsproblemen jederzeit für die Pflege Mitarbeiter/innen und die Ärzte/innen ansprechbar wären.

3.10.3 Kontaktaufnahme und Kooperation

Es hat sich bewährt, die Ärzte/innen bereits frühzeitig in die geplanten Veränderungsprozesse einzubinden und sie in Form von Einzelgesprächen oder Gruppendiskussionen bei Informationsveranstaltungen zu beteiligen. Auch eine Beteiligung an Arbeitsgruppen zur Umsetzung der Anforderungen des Qualitätsmaßstabs zur Zusammenarbeit verlief in Einzelfällen erfolgreich. Darüber hinaus boten schriftliche oder persönliche ärztliche Befragungen eine Methode der Beteiligung. Allerdings war die Resonanz auf derartige Kooperationsangebote in den Referenzeinrichtungen sehr unterschiedlich. In einzelnen Referenzeinrichtungen konnte die Kooperation mit den Ärzten/innen durch die umgesetzten Anforderungen des Rahmenkonzeptes so weit fortschreiten, dass einige Ärzte/innen regelmäßig an Fallbesprechungen von Bewohnern/innen teilnahmen.

3.10.4 Vorbereitung von Arztbesuchen

Die oben bereits genannten Kritikpunkte der Ärzteschaft deckten sich in mehreren Einrichtungen mit der vorgenommenen Bestandsaufnahme zu diesem Konzeptbaustein und wurden vielfach auch dort bearbeitet, wo Absprachen mit den Medizinnern nicht erreicht werden konnten. Entsprechende Probleme konnten dort abgebaut werden, wo Arztbesuche durch frühzeitige Terminabsprachen angekündigt und nicht (mehr) überraschend erfolgten und für die Einrichtungen bzw. die Zuständigen Pflegefachkräfte ausreichend Zeit vorhanden war, die Visite vorzubereiten.

Wo es gelungen ist, mit den zuständigen Hausärzten/innen regelmäßige Visitenstermine für die Einrichtung zu vereinbaren, konnten die Besuche ausführlicher und sachgerechter vorbereitet werden. Auch konnte die Anwesenheit der Zuständigen Pflegefachkraft durch entsprechende Dienstplanung weitgehend sicher gestellt werden.

3.10.5 Gegenseitige Erreichbarkeit

Die wechselseitige Erreichbarkeit von Arzt und Zuständiger Pflegefachkraft stellt offenbar für beide Seiten ein Problem dar und wurde auch in den Referenzeinrichtungen häufig benannt. In verschriftlichten Vereinbarungen wurde deshalb die telefonische Erreichbarkeit der Zuständigen Pflegefachkräfte mit aufgenommen. Wenn Ärzte/innen Terminabsprachen vornehmen wollten oder wichtige Informationen benötigten bzw. an die Einrichtung weitergeben wollten, war die telefonische Erreichbarkeit der zuständigen Mitarbeiter/innen unerlässlich. Ärzte/innen haben im Rahmen ihrer Tätigkeit nicht immer die Möglichkeit, wiederholt die Einrichtung anzurufen, da sie fortlaufend mit der Behandlung von Patienten/innen in der Arztpraxis beschäftigt sind. Telefongespräche sind daher für die meisten Ärzte/innen am ehesten zu bestimmten Tageszeiten (z.B. vor oder nach den Sprechstunden) möglich. Bewährt hat sich deshalb der Gebrauch von mobilen Telefonen auf den Wohnbereichen.

Ebenso wichtig waren im umgekehrten Fall Regelungen hinsichtlich der telefonischen Erreichbarkeit der Ärzte/innen für die Einrichtungen. In einigen Referenzeinrichtungen konnten solche individuelle Vereinbarungen mit Ärzten/innen (z.B. wichtige Zeiten der Erreichbarkeit, Ankündigung von Urlaubszeiten, frühzeitige Information von Arztbesuchen, Vorgehensweise im Notfall etc.) getroffen und dokumentiert werden.

Besonders schwierig stellte sich in diesem Zusammenhang die Notfallversorgung von Bewohnern/innen dar. Zeichnete sich eine unmittelbare Verschlechterung des Gesundheitszustands eines/einer Bewohners/in ab, war eine zügige Erreichbarkeit des/der zuständigen Arztes/Ärztin von besonderer Bedeutung. Dies diene nicht zuletzt einer Vermeidung von unnötigen Krankenhausaufenthalten. Für die Notfallsituationen vereinbarten viele Referenzeinrichtungen hausinterne Abstimmungen (auch der Wohnbereiche untereinander).

Alle getroffenen Regelungen wurden in den Einrichtungen so dokumentiert, dass sie jederzeit für die zuständigen Mitarbeiter/innen zugänglich waren.

3.11 Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten

Ein zentrales Ziel des Rahmenkonzepts besteht u.a. 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“ (vgl. Praxisleitfaden Teil A „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“). An der Schnittstelle zwischen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen kommt es allerdings erfahrungsgemäß zu Reibungen und Konflikten zwischen den für die Überleitungsverfahren zuständigen Mitarbeiter/innen der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Ressourcen können daher häufig nicht ausreichend genutzt werden, Arbeitsabläufe geraten ins Stocken und die Qualität der Versorgung der pflegebedürftigen Menschen kann darunter leiden.

Mögliche Ursachen für Probleme bei der Überleitung waren:

- eine mangelnde Koordination der Schnittstelle, die in den Einrichtungen nicht systematisch analysiert wurden;
- ein daraus folgender schlechter Informationsfluss zwischen den Einrichtungen und Krankenhäusern;
- keine abgestimmten Verfahrensweisen und Überleitungsdokumente;
- mangelnde gegenseitige Kenntnis der notwendigen Arbeitsabläufe;
- kein direkter Kontakt zwischen den beteiligten Fachkräften der unterschiedlichen Institutionen – es wurde oft nur übereinander geredet statt miteinander;

- veränderte Anforderungen an die Krankenhäuser durch die DRGs (z. B. verkürzte Liegezeiten, Entlassungsdruck etc.).

Ebenso wie beim Rahmenkonzept zur „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“ ging es auch bei diesem Schwerpunkt um Qualitätsverbesserungen, die nicht allein durch die Einrichtungen erreicht werden konnten, sondern von der Kooperationsbereitschaft der Krankenhäuser abhängig waren.

3.11.1 Die Ist-Analyse als Voraussetzung für Verbesserungen

Den Ausgangspunkt bildete in den Referenzeinrichtungen wie immer eine ausführliche Ist-Analyse vorrangig unter Einsatz von themengebundenen Qualitätszirkeln. Durch diesen Schritt wurden auch die kleineren und größeren Defizite und Mängel deutlich, welche die eigenen Verfahrensabläufe kennzeichneten.

Solche Ergebnisse waren aus zwei Gründen wichtig. Zum Einen zeigten sie Handlungsspielräume für eigene, selbst zu gestaltende Verbesserungen auf und entkräfteten die manchmal wahrzunehmende Haltung, die Verantwortung für vorhandene Schwierigkeiten einseitig den Krankenhäusern zuzuschieben. Zum Anderen boten sie die Basis für eine kompetente Verhandlungsführung mit dem Gegenüber. Wie bei den Kooperationsabsprachen mit Ärzten war es auch hier wichtig, sich in der Vorbereitung zu überlegen, wie die Verhandlungsziele auch dem Partner nützen können. Indem man die Bearbeitung und Eliminierung der in der eigenen Institution vorhandenen Mängel ankündigte, formulierte man nicht nur Wünsche, sondern konnte auch Angebote zum Nutzen der Bewohner/innen und beider Institutionen unterbreiten.

Für die beteiligten Altenpflegeheime bestand ein weiterer Anreiz für die Bearbeitung der Schnittstelle zu den Krankenhäusern in dem damit verbundenen Marketingaspekt. Ein sehr großer Teil der Aufnahmen in den Pflegeeinrichtungen erfolgten direkt nach einem Krankenhausaufenthalt. Ein guter Kontakt zu den Krankenhäusern kann somit auch einen Wettbewerbsvorteil bedeuten.

3.11.2 Ergebnisse der Bestandsaufnahme und damit verbundene Problemlagen

Die bestehenden Kontakte zwischen den Altenpflegeeinrichtungen und Krankenhäusern waren unterschiedlich. Einige Altenpflegeheime berichteten über gute Kontakte zu den wichtigsten Krankenhäusern, andere berichteten von nicht sehr optimalen, teilweise frustrierenden Kontaktversuchen. Manche Einrichtungen wiesen selbstkritisch darauf hin, die Schnittstelle und die damit verbundenen Prozesse trotz vorhandener QM-Zertifizierung nicht systematisch bearbeitet zu haben.

Oft konnten die beteiligten Altenpflegeheime nur grob schätzen, welche Krankenhäuser für sie eine besondere Relevanz haben und wie sich die Bewohner/innen bei Einweisungen auf die einzelnen Kliniken verteilen. Die später durchgeführten Analysen schwankten zwischen einem und 15 Krankenhäusern, mit denen die Pflegeheime faktisch zusammenarbeiteten. Erst nach einer genaueren Betrachtung und Gewichtung konnten im Projekt die Krankenhäuser ausgewählt werden, mit denen vorrangig aufgrund ihrer Wichtigkeit Kooperationsvereinbarungen geschlossen werden sollten.

Die in den Häusern durchgeführten Ist-Analysen ergaben, dass nur in wenigen Altenheimen direkte Kontakte zu dem Qualitätsmanagement der für sie wichtigen Krankenhäuser bestanden. Gemeinsame Qualitätszirkel oder Fachgruppen zur Bearbeitung der Schnittstelle waren die Ausnahme. Bestehende Verfahrensanweisungen waren fast ausnahmslos in den Altenpflegeheimen ohne eine Rückkoppelung mit den Krankenhäusern entstanden und auch nicht gemeinsam überprüft worden. Einzelne Einrichtungen berichteten über frühere z. B. durch zentrales Pflegemanagement initiierte Versuche zu Kooperationen zu gelangen, die jedoch nicht selten gescheitert oder nicht mit Leben gefüllt worden waren. Die beteiligten Pflegeheime, die im Projektverlauf zu Vereinbarungen gelangten, betraten somit teilweise Neuland.

Die Pflegeheime berichteten vielfach, dass nach Einführung der DRGs in den Krankenhäusern Bewohner/innen verstärkt an den Wochenenden oder auch fast zu jeder Uhrzeit entlassen würden. Da die Entlassungen darüber hinaus oft unangekündigt vorgenommen wurden, konnten sie Dienstpläne nicht angemessen anpassen, die Bewohnerzimmer nicht immer rechtzeitig herrichten und Angehörige nur kurzfristig informieren.

Ein besonderes Problem stellte in diesem Zusammenhang der Kontakt zu den Hausärzten dar. Weil diese an den Wochenenden bzw. am Mittwochnachmittag nicht oder nur in Ausnahmefällen zu erreichen waren, konnte z. B. die Anschlussmedikation nicht immer zeitnah genug gesichert werden. Dies war besonders bei einem Wechsel der Medikation von erheblicher Bedeutung. Die Krankenhäuser entließen die Bewohner der Altenpflegeheime oft ohne einen kleinen „Sicherheitsvorrat“ an Medikamenten.

Teilweise stellte sich heraus, dass die verwendeten Überleitungsbögen große Mängel aufwiesen. Viele der in der Praxis verwendeten Überleitungsbögen waren nach Angaben der Ärzte zu wenig aussagekräftig und berücksichtigten aus Sicht der Pflegeheime insbesondere die pflegerischen Aspekte nur unvollständig. Aber auch bei Vorhandensein praktikabler Überleitungsbögen wurden die Bögen auf beiden Seiten nicht immer und teilweise unvollständig ausgefüllt.

Bei der Prüfung der Überleitungsbögen zeigte sich, dass die vorhandenen Listen nicht immer vollständig ausgefüllt waren. Dementsprechend war bei Verlusten von Bekleidung etc. in der Praxis nicht genau zu ermitteln, wo welches Bewohnereigentum verloren gegangen war.

Nicht immer waren in den Einrichtungen Notfalltaschen für die Bewohner/innen vorhanden. Solche Taschen konnten vorab mit persönlichen Unterlagen, Hygieneutensilien und Bekleidung gepackt werden und sollten darüber hinaus eine Checkliste für solche Gegenstände enthalten, die wegen täglicher Benutzung nicht dabei waren. Im Akutfall musste bei Fehlen einer solchen Tasche oft improvisiert werden, was in der Notfallsituation Zeit und Ressourcen band. Leicht konnte es dabei passieren, dass Wichtiges vergessen wurde.

In den Altenpflegeeinrichtungen wurden oft unleserliche handschriftliche Arztbriefe aus den Krankenhäusern kritisiert, die eine angemessene medizinische und pflegerische Versorgung der Bewohner/innen nach der Rückkehr erschwerten. Teilweise gaben die Pflegekräfte an, auch keine Dokumente aus den Krankenhäusern erhalten zu haben.

Bei der Auswertung der Arztbriefe war in manchen Referenzeinrichtungen der Eindruck entstanden, dass in den Krankenhäusern zu oft und zu schnell Dauerkatheter gelegt wurden, die in der anschließenden Versorgung in den Altenheimen große Probleme bereiteten. Weiterhin hatten die Fachkräfte der Pflegeheime den Eindruck, die Bewohner/innen würden in den Kliniken zu viel im Bett liegen und zu wenig mobilisiert werden. Dies widerspräche nicht nur einer bedarfsgerechten Versorgung sondern würde auch in den Pflegeheimen nach der Rückkehr einen erhöhten Arbeitsbedarf nach sich ziehen.

Ebenso war in einigen Altenpflegeeinrichtungen der Eindruck entstanden, die Diagnose der Exsikkose (Austrocknung) werde auffällig häufig gestellt. Ob die Ursachen hierfür z. B. im mangelhaften Informationsgehalt der Überleitungsbögen aus den Altenpflegeeinrichtungen oder in verbesserungswürdigen geriatrischen Kenntnissen in den Allgemeinkrankenhäusern lag, konnte auch in den Gesprächen mit den Krankenhäusern nicht geklärt werden. Da aber eine solche Diagnose auf mögliche pflegerische

Fehler schließen ließ, bestand für die Altenpflegeeinrichtungen häufig nach einer Krankenhauserlassung die Notwendigkeit, den Angehörigen in Zusammenwirken mit den Hausärzten die fachgerechte Pflege nachzuweisen.

Die Altenheime haben nach erfolgter Ist-Analyse teilweise erkannt, dass die Anpassung der Pflegeplanung an die veränderte Situation teilweise nicht zeitnah erfolgte. Entsprechende Änderungen und Überprüfungen gehörten zu den wesentlichen internen Aufgaben der Altenpflegeheime. Ebenso selbstkritisch erkannten einige Pflegeheime die Defizite bei der Organisation von Besuchen der Bewohner/innen, wenn sie für einen längeren Zeitraum im Krankenhaus verbleiben müssen.

3.11.3 Kontaktaufnahme

Die Organisationsberatung empfahl den Referenzeinrichtungen, bei der Bestandsaufnahme auch festzustellen, welches die wichtigsten Krankenhäuser waren, mit denen faktisch kooperiert wurde. Das „Pareto-Prinzip“ besagt, dass sich viele Gegebenheiten im Verhältnis 20 zu 80 verhalten, z. B. „20% der Zeit bringen 80% der Ergebnisse“. So war zu erwarten, dass es sich auch bei den Krankenhauseinweisungen auf ähnliche Weise verhielt: Etwa 80% der Krankenhausaufenthalte von Bewohner/innen finden in 20% der Krankenhäuser statt, mit denen eine Einrichtung insgesamt zu tun hat. Durch diesen Hinweis konnten Vorbehalte und Befürchtungen von Modellbeauftragten, die Umsetzung des Rahmenkonzeptes würde einen zu großen Zeitaufwand bedeuten, in manchen Einrichtungen entkräftet werden. Dies galt besonders für die Pflegeheime, in denen sich wegen der großen Anzahl der potentiellen Kooperationspartner zunächst prinzipieller Widerstand gegen die Bearbeitung dieses Konzeptes geregt hatte.

3.11.4 Problemlösungen im Kooperationsprozess

In der Regel wussten die Mitarbeiter/innen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wenig über die jeweiligen Arbeitsprozesse der anderen Institution. Die Herstellung von gegenseitigen Kontakten, das Wahrnehmen und Ernstnehmen der Probleme der jeweils anderen Institution waren wichtige Voraussetzungen, die dort, wo die Kooperation gelang, zu einer Verbesserung des Kooperationsklimas zwischen den Beteiligten geführt hat.

Die Erfahrungen in den Referenzeinrichtungen haben gezeigt, dass in den Kooperationsgesprächen konstruktive Verbesserungen erreicht werden konnten, die sowohl von den Krankenhäusern als auch von den Pflegeeinrichtungen positiv vermerkt wurden. Vor dem Hintergrund der oben genannten Belastungen der Krankenhäuser wurde allerdings auch deutlich, dass ein Zustandekommen von Vereinbarungen Zeit braucht. Die insgesamt erreichten Verbesserungen durch die Umsetzung des Rahmenkonzeptes betrafen insbesondere

- die gemeinsame Überarbeitung der Überleitungsbögen,
- eine qualitative Verbesserung beim Ausfüllen der Überleitungsbögen (dies beinhaltete auch eine größere Sensibilisierung der Mitarbeiter/innen und eine verstärkte Kontrolle durch die Wohnbereichsleitungen),
- ein einheitliches Fax-Formular für die Kontakte zwischen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern,
- die Bereitstellung von Notfalltaschen und Erstellung entsprechender Checklisten, sowie die Versorgung der Bewohner/innen im Krankenhaus mit Wäsche etc.,
- die Aufrechterhaltung von Kontakten zu Bewohner/innen in Krankenhäusern,
- den laufenden Informationsaustausch durch die Benennung fester Ansprechpartner/innen für die Krankenhäuser in den Altenpflegeeinrichtungen. Meist war dies die Pflegedienstleitung,
- umgehende gegenseitige Kontaktaufnahme bei dem Verdacht von pflegerischen Problemen,
- eine umgehende Anpassung der Pflegeplanung nach der Krankenhauserlassung.

Die Krankenhäuser machten in den Gesprächen aber auch deutlich, wo ihre Grenzen liegen. So werden auch zukünftig Entlassungen an den Wochenenden aus Kostengründen vorgenommen werden müssen. Es konnte jedoch teilweise vereinbart werden, dass die Altenpflegeheime nach Möglichkeit vorab informiert werden. Auch konnte erreicht werden, dass die Krankenhäuser bei Entlassungen an Wochenenden oder vor Feiertagen den Bewohnern/innen zumindest einen Medikamentenvorrat für die nächsten Tage mitgaben.

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Einführung und Umsetzung des Rahmenkonzepts für die meisten Referenzeinrichtungen insgesamt einen hohen Nutzen hatte. Dieser wurde vor allem darin gesehen, dass die Einrichtungen mittelfristig durch besser strukturierte Abläufe Zeitersparnisse verzeichnen konnten, auch wenn zunächst zeitliche Ressourcen in Absprachen innerhalb der Einrichtungen sowie zwischen Einrichtung und Krankenhäusern investiert wurden. Die gut strukturierten Arbeitsabläufe haben den Mitarbeitern/innen mehr Sicherheit bei Krankenhausüberleitungen geboten, die nicht nur bei Personalausfällen und Notfallsituationen wichtig war. Darüber hinaus stellten einige Einrichtungen fest, dass für die Bewohner/innen – insbesondere für demenziell erkrankte – aufgrund der umfassenden und besser ausgefüllten Überleitungsbögen eine größere Kontinuität des Pflegeprozesses erfolgen konnte. Mit der Umsetzung des Rahmenkonzepts gab es außerdem weniger Beschwerden seitens der Krankenhäuser.

4. Steuerung der Pflegeleistung und Mitarbeiterführung

Zu den größten Problemen bei der Umsetzung der Modellanforderungen aber auch grundsätzlich bei der Realisierung eines erfolgreichen Qualitätsmanagements gehörte in einigen Referenzeinrichtungen, dass wichtige Regelungen zwar vorhanden waren oder im Projektverlauf eingeführt wurden, diese aber nicht verbindlich eingehalten wurden. Dieser Mangel an Verbindlichkeit betraf sowohl die Mitarbeiter/innen als auch Führungskräfte auf unterschiedlichen Ebenen. Das heißt, in einigen Einrichtungen wurden nicht nur Regelungen für die operativen Prozesse missachtet, sondern auch die Vorgaben zu deren Überprüfung und zum Umgang mit Abweichungen.

Es gibt wohl keine Organisation, die von sich behaupten könnte, das vorhandene Regelwerk in seiner Gesamtheit jederzeit und von allen Beteiligten einzuhalten. Es gibt immer wieder mal Gründe für Abweichungen. Besondere Ereignisse der unterschiedlichsten Art können Prioritäten verschieben oder kurzzeitig Belastungen so anwachsen lassen, dass die eine oder andere Vorschrift unbeachtet bleibt. Es kann sogar sein, dass beim Aufbau eines QM-Systems eine zu große Zahl an Standards, Checklisten, Dokumentationsformularen u.ä. entwickelt wurde, so dass es schwer fällt, den Überblick zu behalten und berechtigterweise geprüft werden muss, ob tatsächlich alle Regelungen der Sicherung und Entwicklung der Leistungsqualität dienen.

Fatal wird es jedoch, wenn sich die Ausnahmesituationen häufen, wenn Abweichungen nicht nur geschehen, sondern auch nicht beachtet werden. Dies muss sich nicht unbedingt in deutlichen Pflegefehlern niederschlagen und nicht immer sind die externen Prüfinstanzen in der Lage, hier vorhandene Mängel zu erkennen.

Wenn Standards und Vorgaben der Sicherung und Weiterentwicklung der Leistungsqualität dienen sollen, ist eine verbindliche Steuerung unerlässlich. Dafür hat sich inzwischen der Begriff des Controlling eingebürgert. Controlling schließt zwar Schritte der Kontrolle mit ein, geht aber deutlich darüber hinaus. Der Begriff meint immer den gesamten Steuerungs-Regelkreis, weshalb die Begriffe Steuerung und Controlling synonym verwendet werden können. Dazu gehört

- die Festlegung der Sachverhalte und Schwerpunkte, auf die sich Controlling-Verfahren beziehen sollen,
- die Entwicklung von Verfahren der Informationsbeschaffung und Überprüfung,
- die Auswertung der so generierten Informationen und die Formulierung von Schlussfolgerungen,
- die Rückmeldung an das jeweils einbezogene Subsystem, ggf. auch die Umsetzung korrigierender Interventionen.

Im Modellprojekt gerieten vorhandene Stärken aber auch die vorhandenen Mängel in der Leistungssteuerung nicht von Beginn an ins Blickfeld. In der ersten Phase konzentrierten sich alle Aktivitäten auf die Soll-Ist-Analyse, die Erstellung von Konzepten bzw. QM-Handbuchkapitel zu den Rahmenkonzepten und auf die Information und Schulung der Mitarbeiter/innen. Nach Beginn der Erprobungen berichteten jedoch Modellbeauftragte einiger Einrichtungen mehrfach, dass sie bei stichprobenartiger Überprüfung mehr oder minder schwerwiegende Abweichungen von den nunmehr gültigen Verfahrensregelungen festgestellt hatten.

Vor diesem Hintergrund entwickelten die Organisationsberater/innen einen Diskussionsentwurf zum Schwerpunkt Controlling, dessen Inhalte in den Beratungssitzungen mit den Modellbeauftragten, teilweise auch im Gespräch mit Einrichtungs- und Pflegedienstleiter/innen besprochen wurde. Wo sich aufgrund dieser Beratungen der Wunsch entwickelte, vertieft in das Thema einzusteigen, wurden hausinterne Work-

shops mit den Leitungskräften durchgeführt. Ein Ziel dieser Workshops war es, durch einen Vergleich des Diskussionsentwurfs mit der vorhandenen Praxis gemeinsam die vorhandenen Schwachstellen herauszufinden und Vereinbarungen zu alternativen Regelungen zu treffen. Darüber hinaus boten sowohl die vorausgehenden Gespräche als auch die Workshops den Organisationsberater/innen die Gelegenheit, mehrfach auf die zentrale Bedeutung der Leistungssteuerung für die Nachhaltigkeit der bis dahin erzielten Entwicklungen einzugehen. In einigen Einrichtungen waren es diese Beratungselemente, die für eine Verlagerung der Steuerungsaufgaben von den Modellbeauftragten auf die Linienvorgesetzten gesorgt haben.

4.1 Voraussetzungen

Um Steuerungsaufgaben im Rahmen des Modellprojekts erfüllen zu können, mussten in den Referenzeinrichtungen bestimmte Rahmenbedingungen vorhanden sein. Dazu gehörte, dass die Wohnbereichsleitung (WBL) über Weisungs- und Entscheidungsbefugnisse gegenüber den Mitarbeitern/innen ihres Bereichs verfügte und die Grenzen dieser Befugnisse eindeutig geklärt waren.

In vielen Einrichtungen war diese Voraussetzung durch eine Stellenbeschreibung für die WBL vorhanden. Wie bereits erwähnt, wurden in einzelnen Einrichtungen im Zuge der Einführung der „Zuständigen Pflegefachkraft“ die Aufgaben der WBL weiter präzisiert und gegenüber den Aufgaben der Zuständigen Pflegefachkraft abgegrenzt. Entwicklungsbedarf bestand in mehreren Einrichtungen hinsichtlich der Frage, welcher Zeitanteil den WBL für Leitungstätigkeiten zur Verfügung steht. Viele WBL waren für die Leitungsfunktion nicht freigestellt, sondern selbst in der Pflege tätig. Ein festes Zeitkontingent für Leitungsaufgaben war dann oft nicht definiert, wurde sogar von einzelnen Trägern als nicht wünschenswert erachtet. Vielmehr erwartete man dort, dass sich die WBL durch ein gutes Selbst- und Zeitmanagement die Zeiten für Kontrollaufgaben und ggf. erforderliche Einzelgespräche zur Leistungssteuerung einplanen konnten. Faktisch bedeutete dies jedoch oft eine Überforderung der betroffenen Leitungskräfte. Die Doppelrolle als Fachkraft und Leitungskraft war im Alltag nicht immer leicht auszufüllen. Tendenziell war dabei eine Rollendiffusion gewissermaßen eingebaut, die es schwer machte die richtige Balance zwischen Distanz und Nähe zum Team zu finden. Dies galt in besonderem Maße für die durch das Modellprojekt angestoßene Organisations- und Qualitätsentwicklung, weil über die WBL neue – und von den Kollegen/innen nicht immer begrüßte – Anforderungen durchgesetzt werden mussten.

Für viele Einrichtungen wäre es unrealistisch gewesen, die Freistellung ihrer WBL von der Pflege anzustreben. In den Sitzungen mit der Organisationsberatung wurde thematisiert, ob es nicht hilfreich sein könnte, Zeitanteile für die Leitungsaufgaben zu definieren, die WBL von Wochenenddiensten zu entlasten und sie regelmäßig zu Tagdiensten einzuteilen. Dabei würde sie die Pflegekräfte sowohl im Früh- als auch im Spätdienst erleben können und könnte ruhigere Phasen des Tages für Leitungsaufgaben nutzen. Einige Einrichtungen haben in diesem Sinne Veränderungen vorgenommen.

Zu den Voraussetzungen gehörte außerdem die Aktualisierung der Stellenbeschreibung für die Bezugspflegefachkräfte im Sinne des ZPFK-Konzepts. Auch hier wurden in einigen Einrichtungen Anpassungen vorgenommen.

4.2 Verantwortung der Leitungskräfte

Organisationsentwicklungen, bei denen gewohnte Routinen verändert werden und neue einzüben sind, brauchen in der Regel eine Zeit des Übergangs. Erfahrungsgemäß dauert es eine Weile, bis die Veränderungen wirklich von allen Mitarbeitern/innen angenommen sind und umgesetzt werden. Damit dies geschieht, ist es notwendig, insbesondere die Phase der Einführung intensiv zu begleiten. Die damit zusammenhängenden Aufgaben der Steuerung konnten nicht allein von den Modellbeauftragten übernommen werden. Sie waren vielmehr bei den für den Pflegebereich wichtigsten Leitungsebenen der Pflegedienst- und Wohnbereichsleitung anzusiedeln.

Die Umsetzung von Regelungen und Standards durch die Pflegekräfte musste von den Leitungskräften unmissverständlich eingefordert werden. Die Organisationberater/innen empfahlen, dafür das Forum der Wohnbereichs-Besprechung zu nutzen und darauf zu achten, dass entsprechende Anforderungen der WBL im Protokoll ausdrücklich erscheinen. Empfohlen wurde auch, mit dem Wohnbereichsteam eine Zielvereinbarung zu treffen, die beinhaltet, was in Zukunft zu beachten und zu tun ist und zu welchem Zeitpunkt (etwa nach zwei bis drei Monaten) in der Teambesprechung gemeinsam diskutiert werden soll, wie gut es gelungen ist, sich an die Vorgaben zu halten.

Vor allem in der ersten Zeit nach Einführung neuer Regelungen sollte den Pflegekräften ausdrücklich Gelegenheit gegeben werden, Fragen zu stellen und Unsicherheiten auszusprechen. Fehlerlosigkeit konnte erst nach einer Phase der Einübung erwartet werden. Für die Leitungskräfte war es wichtig zu erfahren, worauf genau sich Fragen und Unsicherheiten bezogen. In dieser Zeit sollte sich die WBL möglichst als erste Anlaufstelle für solche Fragen anbieten: auch wenn sie vielleicht andere Akteure (wie die hausinterne oder beim Träger angesiedelte Stelle/Abteilung für Qualitätsmanagement) ansprechen musste, um die richtige Antwort geben zu können, so verstärkte ihre Einbeziehung den beabsichtigten Aneignungs- und Lerneffekt, der bei der WBL ebenso stattfinden musste, wie bei den Pflegekräften.

Aufgabe der PDL war es, die WBL in ihrer Steuerungsfunktion gegenüber den Teams anzuleiten, zu unterstützen und zu überprüfen. Hier sollte das Forum der Leitungsbesprechung (PDL und alle WBL) ebenfalls für eine Zielvereinbarung genutzt werden, die beinhaltete

- wie die Steuerung durch die WBL genau aussehen soll,
- welche Unterstützung und Anleitung sie von wem erhalten werden,
- wie viel an Zeitkontingent sie für ihre Steuerungsaufgaben veranschlagen können.

4.3 Regelmäßige und geregelte Überprüfung

Es gibt in den Einrichtungen unterschiedliche interne Prüfziele und Anlässe. Bezogen auf die Pflegeleistung kann sich der Fokus richten auf

- die Vollständigkeit der Pflegedokumentation;
- die Plausibilität, Qualität und Bedarfsangemessenheit von Assessment und Pflegeplanung kurze Zeit nach Einzug eines Bewohners sowie die Frage nach dem Verhältnis von Pflegeaufwand und Pflegestufe; später kommt die Evaluation der Pflegeplanung, d. h. die Überprüfung der Umsetzung formulierter Ziele, hinzu;

- den Gesundheitszustand des Bewohners, die Bedarfsangemessenheit der Pflegeplanung und -durchführung, die bewohnerbezogene Kooperation mit internen und externen Schnittstellen sowie die Zufriedenheit des/der Bewohner/in und der Angehörigen (entspricht der umfassenden Pflegevisite);
- die Bearbeitung von individuellen Pflegeproblemen und -fragen (z. B. durch Fallbesprechungen);
- die Kooperation unterschiedlicher Bereiche in der Einrichtung (z. B. in Bereichsleitungsbesprechungen oder Qualitätszirkeln).

Für all diese Überprüfungsschritte sollte es in den Einrichtungen verbindliche Festlegungen geben, die regeln, wie oft und in welchen zeitlichen Abständen der jeweilige Schritt erfolgt und wer dafür zuständig ist. Ratsam ist auch, Dokumentationslisten zu führen, in denen vermerkt wird, ob, wann, von wem und mit welchem Ergebnis die Überprüfung vorgenommen wurde.

Der Diskussionsentwurf der Organisationsberatung enthielt eine Übersicht, welche Überprüfungsschritte für sinnvoll erachtet wurden und durch welche Leitfragen die jeweiligen Verfahrensweisen für die Überprüfung von Zielen des Referenzkonzeptes genutzt werden konnten. Auf den nachfolgenden Seiten ist diese Übersicht dargestellt.

4.3.1 Überprüfung der Steuerungsleistung der WBL

Die Steuerungsfunktion der PDL gegenüber den WBL sollte auf mehrfache Weise umgesetzt werden. Dort wo die PDL allein für die Pflegevisite zuständig ist oder diese stichprobenartig durchführt, sollten die Ergebnisse selbstverständlich nicht nur mit der Zuständigen Pflegefachkraft, sondern auch mit der zuständigen Wohnbereichsleitung rückgekoppelt werden. Zu thematisieren wären dabei nicht nur die Ergebnisse hinsichtlich der Planungs- und Pflegequalität, sondern auch die Hinweise auf die Führungsqualitäten der WBL, die sich aus solchen Ergebnissen ableiten lassen. Je nach Art solcher Hinweise sollte Positives ausdrückliche Wertschätzung erfahren, während bei entdeckten Mängeln zu überlegen ist, welche Konsequenzen sich daraus für das Leitungshandeln der WBL ergeben. Diese sollten ggf. zu einer entsprechenden Zielvereinbarung zwischen PDL und einzelner WBL führen mit entsprechendem schriftlichen Vermerk und festgehaltenem Überprüfungstermin.

Zum Anderen sollten die Steuerungserfahrungen bei der Umsetzung neuer Anforderungen in gemeinsamen Auswertungsgesprächen thematisiert werden, bei denen neben PDL und allen WBL auch die Projektleitung sowie die Einrichtungsleitung teilnimmt.

Empfohlen wurde auch ein eigenes Forum des Austausches für die WBL, wo sie sich auf gleicher Hierarchieebene und ohne sich durch eine/n Vorgesetzte/n gewissermaßen kontrolliert zu fühlen austauschen und für den Umgang mit Schwierigkeiten voneinander lernen könnten. Bei effizienter Gesprächsführung wäre ein solches Forum zeitlich umzusetzen, wenn die in vielen Einrichtungen übliche gemeinsame Runde der WBL mit der PDL aufgeteilt wird, so dass den WBL ein Teil dieser sowieso für Besprechungen vorgesehenen Zeit für den eigenen Austausch zur Verfügung steht. In einzelnen Einrichtungen wurde diese Empfehlung umgesetzt. Ein solches Forum bot auch die Möglichkeit, dass sich die WBL über Anforderungen an die übergeordneten Leitungsebenen miteinander verständigen könnten, die „von unten nach oben“ immer schwieriger vorzubringen sind als in umgekehrter Richtung. Ein positiver Nebeneffekt war dabei, dass die WBL sich durch einen solchen Austausch näher rückten und sich im Alltag bei Personal und Pflegeengpässen in den Wohnbereichen gegenseitig besser unterstützten.

4.3.2 Wohnbereichsbezogene Audits und Hospitationen

Der Diskussionsentwurf enthielt auch Empfehlungen dazu, welche Überprüfungsmaßnahmen durch den/die Modellbeauftragte/n (oder auch durch den/die hausinternen Qualitätsbeauftragte/n) durchgeführt werden sollten. Beginnend frühestens einen Monat nach Einführung neuer Standards sollten sie in jedem Wohnbereich in regelmäßigen Abständen kleine interne Audits anberaumen. Diese Veranstaltungen sollten nicht länger als eine halbe Stunde dauern und ggf. im Rahmen einer zeitlich erweiterten Übergabe stattfinden können.

Für jedes Audit sollte vom Modellbeauftragten ein Fragekatalog entwickelt werden, der sich auf wichtige Bestandteile der zu überprüfenden Regelung bezog (z. B. „Was tun Sie, wenn ...?“). Die Mitarbeiter/innen könnten dann durch ihre Antworten zeigen, ob ihnen der jeweilige Ablaufstandard geläufig ist. Die Audits sollten sowohl prüfenden als auch schulenden/informierenden Charakter haben. Mit den WBL wäre anschließend zu besprechen, wie im Alltag auf die Bearbeitung noch vorhandener Wissens- und Praxislücken geachtet werden könnte.

4.3.3 Hospitation in den Wohnbereichen

In regelmäßigen festzulegenden Abständen sollten die Modellbeauftragten in der Einführungsphase neuer Standards in jedem Wohnbereich ihrer Einrichtung hospitieren und dabei wesentliche Zeiträume der unterschiedlichen Dienstzeiten – insbesondere auch den Nachtdienst – abdecken. Bei Umsetzung der Konzepte zum Heimeinzug, zur Überleitung ins Krankenhaus oder zur Sterbebegleitung ließ sich die Hospitation so durchführen, dass sie mit persönlichen Eindrücken zur Umsetzung der vereinbarten Standards verbunden werden konnte. Die persönliche Anwesenheit des/der Modellbeauftragten wurde insbesondere bezogen auf solche Abläufe/Standardisierungen empfohlen, die deutlich von der vor dem Projekt gewohnten Praxis abwichen. Sinn der Hospitation sollte weniger sein, den Mitarbeiter/innen kontrollierend oder gar strafend „auf die Finger zu schauen“, sondern vielmehr, etwas zu den konkreten Schwierigkeiten und Nöten des Alltags zu erfahren, die bei der Umsetzung auftauchen konnten. Hindernisse, die zu Abweichungen von den Standards führten und nicht unmittelbar abgebaut werden konnten, sollten vom Modellbeauftragten in die hausinterne Projektsteuerungsrunde eingebracht werden, damit dort Lösungen überlegt bzw. geeignete Strategien für die Bearbeitung des Problems entwickelt werden konnten.

Die Bearbeitung dieses Diskussionsentwurfs hat in mehreren Referenzeinrichtungen dazu geführt, die Verfahrensweisen der Überprüfung und Steuerung des Leistungsgeschehens im Sinne der Empfehlungen zu präzisieren.

Vorgehensweise	Zuständigkeit	Zeitliche Festlegung	Fragestellungen im Zusammenhang mit Anforderungen und Empfehlungen des Modellprojekts¹	Besonderheiten
Erste Überprüfung der Pflegeplanung und -dokumentation kurz nach Einzug eines Bewohners (BW)	ZPFK Kontrolle, ob dies geschieht, durch WBL mit Rückmeldung an PDL	Spätestens sechs Wochen nach Einzug eines BW	Entspricht das Assessment den Anforderungen des Referenzkonzeptes? Sind die biografischen Informationen und deren Bedeutung für den BW sorgfältig und so vollständig wie möglich erhoben? Sind Pflegeziele und Maßnahmen/Tagesstruktur bedarfsangemessen und plausibel? Orientiert sich die Maßnahmenplanung am Leistungskatalog der Leistungsbeschreibungen? Wird bei Pflegezielen und Maßnahmenplanung die Berücksichtigung biografischer Informationen deutlich? Ist ein etwaiger Bedarf an psychosozialer Betreuung in der Maßnahmenplanung berücksichtigt? Werden die Tagesberichte aussagefähig geführt und ggf. korrekt mit den Kürzeln der Leistungsbeschreibungen verbunden? Werden Grund- und Behandlungspflege sowie psychosoziale Betreuungsmaßnahmen ordnungsgemäß durchgeführt? Ist eine Veränderung/Konkretisierung von Zielen und Maßnahmen notwendig?	Auch bei sorgfältiger Dokumentation von wichtigen Informationen ist davon auszugehen, dass die schriftliche Fassung immer eine Verkürzung darstellt und dass manche Alltagsäußerungen für zu unwesentlich gehalten und nicht schriftlich erfasst werden. Deshalb wird eine mündliche Ergänzung des Dokumentationsmaterials empfohlen. Auch scheint es notwendig, dass die ZPFK in Übergaben ausdrücklich nach den Erfahrungen anderer Pflegekräfte mit ihrem neuen BW fragt und Rücksprache hält mit weiteren Fachkräften (z. B. des Sozialen Dienstes) oder auch Ehrenamtlichen, die mit der Betreuung des neuen BW zu tun hatten.
Regelmäßige Überprüfung der Pflegedokumentationen auf Vollständigkeit und Einhaltung von Standards	ZPFK	2 x pro Monat und BW	Sind alle erbrachten Leistungen vollständig dokumentiert und regelgerecht abgezeichnet? Sind Abweichungen und Besonderheiten in den Tagesberichten erfasst?	
Evaluation der Pflegeplanung	ZPFK Kontrolle, ob dies geschieht, durch WBL mit Rückmeldung an PDL	Mindestens 1 x pro Quartal und BW, anlassbezogen auch eher	Fragestellungen wie bei erster Überprüfung. Ergänzung: Wird der Biografiebogen fortgeschrieben?	Welches Maß an Verantwortung die Einrichtungen hier der jeweiligen ZPFK einräumen, kann durchaus unterschiedlich sein. Bei schon länger eingeführtem Bezugspflegesystem und entsprechenden Kompetenzen der Fachkräfte, weitgehende Verantwortung zu übernehmen, reichen Stichprobenkontrollen durch die WBL (z. B. Überprüfung je einer Pflegedokumentation jeder ZPFK). Müssen die Fachkräfte in diese Verantwortung erst hineinwachsen (was auch bei Neueinstellungen gilt) muss die Begleitung enger sein.
Pflegevisite	PDL, WBL oder ZPFK. Rückmeldung und Qualitätskontrolle (ggf. über WBL) durch PDL	Mindestens 2 x im Jahr pro BW	Fragestellungen wie bei erster Überprüfung. Die ZPFK, Sozialer Dienst, Angehörige des BW und ggf. weitere Kooperationspartner sind einzubeziehen.	Bei neu umgesetztem ZPFK-Konzept kann es günstig sein, die Pflegevisite als Selbstkontrolle durch die ZPFK durchführen zu lassen. Damit kann ein Hineinwachsen in die erweiterte Verantwortung gefördert werden. Voraussetzung dafür ist allerdings eine gute Begleitung/Anleitung durch WBL und eine Kontrolle mit Rückmeldung durch die PDL. Dass die WBL in vielen Häusern nur über eine Teilfreistellung für Leitungsaufgaben verfügen und selbst ebenfalls als ZPFK tätig sind, schließt deren Zuständigkeit für die umfassende Pflegevisite nicht aus. Hier kann es von Vorteil sein, wenn die WBL bei entsprechender Zuständigkeit die Pflegevisite jeweils für BW eines anderen Wohnbereichs durchführen. Gefördert werden kann dadurch die gegenseitige Unterstützung der Wohnbereiche in Notsituationen.

Vorgehensweise	Zuständigkeit	Zeitliche Festlegung	Fragestellungen im Zusammenhang mit Anforderungen und Empfehlungen des Modellprojekts	Besonderheiten
Fallbesprechungen	WBL für die Sicherung der Durchführung; Welche BW jeweils besprochen werden, kann bei Übergaben gemeinsam festgelegt werden. Jede Fachkraft sollte darüber hinaus aber die Möglichkeit haben, BW für Fallbesprechungen vorzuschlagen. Zu sichern ist hier aber, dass nicht nur „Problemfälle“ besprochen werden und andere scheinbar unauffällige Bewohner fehlen. Eine günstige Lösung scheint hier eine gemischte, abwechselnde Auswahl zu sein: einmal alphabetisch, einmal vom Bereich vorgeschlagen.	1 x pro Monat im Rahmen der Teamgespräche in den WB; 1 x pro Monat durch etwas verlängerte Übergabe	Mit Schwerpunkt „Biografieorientierung“: Zusammentragen des vorhandenen Wissens über einen BW und seine Biografie bzw. sein gegenwärtiges Erleben. Hier geht es insbesondere auch um die mündliche Ergänzung und Erläuterung der notwendigerweise immer verkürzten Darstellung im Biografiebogen. Nach einem solchen Austausch ist zu fragen, welche Bedeutung die vorhandenen Informationen für die Pflege und psychosoziale Begleitung des BW haben können. Mit Schwerpunkt „Rahmenkonzepte für zentrale Arbeitsfelder“: Vorgeschlagen wird, dass die internen Qualitätsbeauftragten (QB) in Absprache mit der zuständigen WBL Fallbesprechungen durchführen, die sich auf die zentralen Arbeitsfelder und die hausinternen gültigen Konzepte beziehen. Vorbereitend sind ggf. vorhandene Checklisten prüfen. Der Schwerpunkt der Fallbesprechung sollte darauf liegen, den faktischen Ablauf zu schildern und Abweichungen festzustellen und Gründe dafür herauszuarbeiten. Falls es solche Abweichungen gegeben hat ist – je nach Art der Gründe – mit den Fachkräften, der WBL, der PDL oder der hausinternen Steuerungsgruppe zu überlegen, wie sie in Zukunft vermieden werden können.	Fallbesprechungen können unterschiedliche Ziele und Schwerpunktsetzungen haben, die wiederum durch unterschiedliche Fragestellungen strukturiert werden. Gemeinsam ist allen Fallbesprechungen, dass es immer auch darum geht, individuell vorhandenes Wissen für alle Beteiligten nutzbar zu machen und so die Kompetenz der jeweils Beteiligten insgesamt zu erhöhen.
Qualitätszirkel (QZ)	Einrichtungsleitung und/oder PDL für die Sicherung der Durchführung. Die personelle Zusammensetzung der QZ richtet sich nach dem jeweiligen Anlass. Moderation durch internen QB	Anlassbezogen.	Fragestellungen für QZ im Rahmen der Umsetzung des Referenzkonzeptes könnten sein: Entwicklung von Checklisten (als mitgelieferte Dokumente) für die Konzepte in zentralen Arbeitsfeldern. Zusammenarbeit zwischen Tagdiensten und Nachdienst in der Pflege Gestaltung des Angebotspektrums für die bedarfsgerechte psychosoziale Begleitung von BW, Bearbeitung von Beschwerden Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen für die interne (z. B. Pflege-Hauswirtschaft) und externe (z. B. Ärzte, Krankenhäuser, Ehrenamtliche) Schnittstellenkooperation.	QZ sind in besonderer Weise geeignet, unter Beteiligung von Mitarbeitern vorhandene sach- und ablaufbezogene Reibungsverluste (z. B. in der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit) zu bearbeiten. QZ prüfen die Gründe für solche Probleme und Reibungsverluste und erarbeiten Verbesserungsvorschläge. Anlässe können Beschwerden von BW, Angehörigen oder Mitarbeitern sein. QZ können auch dazu dienen, Detailfragen im Zusammenhang mit der Umsetzung der Rahmenkonzepte für zentrale Arbeitsfelder zu beantworten. Von Nutzen sind QZ nicht nur wegen ihrer Arbeitsergebnisse sondern auch wegen ihrer positiven Wirkung auf die Organisationskultur. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass QZ-Vorschläge immer gewürdigt und ernst genommen werden.

¹ Da sich diese Spalte auf solche Fragestellungen beschränkt, die im Zusammenhang mit den Anforderungen des Referenzmodells stehen, müssen die darüber hinausgehenden üblichen Prüffragen für Pflegeevaluation und Pflegevisite in den Einrichtungen ergänzt werden.



5. Zusammenfassung: Die wichtigsten Hindernisse und Erfolgsfaktoren im Umsetzungsprozess

Wie eingangs bereits gesagt, starteten die Referenzeinrichtungen mit unterschiedlichen Ausgangsbedingungen in das Modellprojekt. Es lag nahe zu vermuten, dass in solchen Einrichtungen, in denen vorab bereits viele Anforderungen der Konzeptbausteine erfüllt waren, die Umsetzung der Elemente, die noch zu verändern waren, reibungsloser vor sich gehen würde.

Überwiegend bestätigte sich dies, aber in Einzelfällen wurde auch deutlich, dass manche Einrichtungen mit ungünstigerer Ausgangssituation die Anforderungen schneller und erfolgreicher bearbeiten konnten als solche, die bessere Voraussetzungen hatten. Auch bei Einrichtungen mit weitgehend ähnlicher Ausgangssituation zeigten sich deutliche Unterschiede im Prozess der Erprobung und Umsetzung. Manche Referenzeinrichtungen legten in der Projektlaufzeit einen bemerkenswert weiten Entwicklungsweg zurück, in anderen vollzogen sich die Prozesse deutlich langsamer und hatten mehr Hindernisse zu bewältigen.

Im Austausch der Organisationsberater/innen wurde deshalb mehrfach der Frage nachgegangen, welche Faktoren eine kontinuierlich fortschreitende Umsetzung der Konzeptbausteine in besonderer Weise begünstigt haben. Allerdings scheiterte der Versuch, die Referenzeinrichtungen anhand solcher Faktoren zu gruppieren. Die in den folgenden Abschnitten beschriebenen Merkmale waren in den Referenzeinrichtungen in vielen unterschiedlichen Kombinationen vorhanden. Es gab praktisch keine Einrichtung, in der alle Merkmale nur in positiver oder nur in negativer Ausprägung vorhanden waren. Mehrfach war beobachtbar, dass einige der eher hinderlichen Faktoren durch das Vorhandensein positiver Merkmale in ihrer Wirkung abgeschwächt wurden – und umgekehrt.

Trotzdem mussten sich viele Referenzeinrichtungen mit einem beträchtlichen Teil ihrer personellen und zeitlichen Ressourcen darauf konzentrieren, Organisationsmängel zu beheben, um damit die Bedingungen zu schaffen, die eine erfolgreiche Zielumsetzung im Sinne des Referenzkonzeptes zu ermöglichen. Solche Mängel waren bei Projektbeginn oft noch nicht bekannt. Sie wurden erst durch die tiefgehenden Analyseschritte für die Führungskräfte, die Modellbeauftragten und die Organisationsberatung sichtbar. Je nach Art und Umfang solcher Mängel führte deren Bearbeitung dann dazu, dass sich die Umsetzung der Konzeptbausteine an der einen oder anderen Stelle verzögerte.

5.1 Zieleinverständnis zwischen Träger, Einrichtungs- und Pflegedienstleitung

Selbstverständlich brauchte die Einführung der Konzeptbausteine in den Referenzeinrichtungen nicht nur die Bereitschaft der jeweiligen Einrichtungs- und Pflegedienstleitung, sondern auch das grundlegende Einverständnis der Trägerebene. Obwohl diese Übereinstimmung im Modellprojekt bei allen Referenzeinrichtungen und ihren Trägern grundsätzlich vorhanden war, zeigte sich, dass im Prozess an genau dieser Stelle Reibungsverluste auftauchten, mit denen zu Beginn niemand gerechnet hatte.

Wie bereits erwähnt berührte die Umsetzung der Konzeptbausteine das bei allen großen Trägern bereits vorhandene und in allen Einrichtungen mindestens im Aufbau befindliche Qualitätsmanagement (QM). Die Steuerung dieser QM-Systeme war in der Regel zentral bei den Trägern angebunden und wurde dort von Qualitätsmanage-

mentbeauftragten, meist unterstützt durch einrichtungsinterne Qualitätsbeauftragte, wahrgenommen. Auch die Verbundzertifizierungen, in die mehrere Referenzeinrichtungen eingebunden waren, wurden bereits erläutert.

Für die Referenzeinrichtungen solcher Träger bedeutete dies, dass alle Veränderungen, die sich durch die Umsetzung der Konzeptanforderungen ergaben und in den QM-Handbüchern schriftlich festzuhalten waren, mit dem QM-Beauftragten und/oder zuständigen Gremien beim Träger abzustimmen waren. Trotz der grundlegenden Einigkeit zu Beginn des Projekts war diese Abstimmung, wenn es um die Details ging, nicht immer problemlos möglich.

Vor allem große Träger haben die Beteiligung der Mitarbeiter/innen sowie der Leitungskräfte weitgehend institutionalisiert. So haben z. B. neben den Qualitätszirkeln in den Altenpflegeheimen teilweise trägerübergreifende Qualitätszirkel sowie Arbeitskreise der Einrichtungsleiter/innen und Fachkreise der Pflegedienstleitungen bestanden, die sich im Austauschprozess mit den hausinternen Qualitätsbeauftragten, den beim Träger angesiedelten Qualitätsmanagementbeauftragten und den für das Referenzprojekt eingestellten Modellbeauftragten um eine Integration der Qualitätsstandards in das vorhandene QM-System bemühten. Hierbei waren alle Beteiligten bestrebt, Synergien zu erzielen und die Erkenntnisse aller beim Träger durchgeführten Projekte zu integrieren und damit für alle Häuser nutzbar zu machen.

Derart institutionalisierte Beteiligungsprozesse waren jedoch in der Praxis nicht ohne Tücken. In Anlehnung an Paul Watzlawick, nach dem ein „Mehr desselben“ nicht immer auch ein „Mehr an Resultat“ bedeutet, konnte im Referenzprojekt in Ausnahmefällen das fast paradoxe Phänomen beobachtet werden, dass ein Mehr an Kommunikation und Austausch fast zu einer Blockade der Veränderungsprozesse geführt hätte. So wurden beispielsweise in einem Fall in einem festgelegten Verfahren Vorschläge für Verfahrensanweisungen in verschiedenen Arbeitskreisen diskutiert und zwischen den beteiligten Personen, die parallel mit verschiedenen QM-Prozessen befasst waren und unterschiedliche Prioritäten verfolgten, mehrfach ausgetauscht und abgestimmt. Als Folge des korrekt eingehaltenen Verfahrens verzögerten sich die projektbezogenen Entwicklungsprozesse nicht nur erheblich, sie kamen teilweise vollständig zum Erliegen. Ein Überblick über die inhaltliche Bearbeitung der einzelnen Projektelemente war nicht immer gegeben.

Die Lösung des Problems bestand in diesem Fall darin, die grundsätzlich sinnvollen einzelnen Prozessschritte und Beteiligungen vor dem Hintergrund der begrenzten Projektlaufzeit abzukürzen und zu durchbrechen. In Abstimmung mit der Leitung und dem Träger konnten pragmatisch abgekürzte Verfahren zur Erstellung und Erprobung neuer Verfahrensanweisungen vereinbart werden, die in der beteiligten Altenpflegeeinrichtung zu einer zusätzlichen Qualitätsverbesserung führten.

In einem anderen Haus blieb über mehrere Monate unklar, ob die im Sinne des Referenzkonzeptes optimierte Pflegeplanung und -dokumentation über die Projektlaufzeit hinaus Bestand haben oder ob die angestrebte Verbundzertifizierung die Nutzung einer anderen Systematik erfordern würde. Diese Unklarheit dämpfte die Motivation der Mitarbeiter/innen und zeitweise auch das Engagement des/der Modellbeauftragten. Es kam schließlich zu einer günstigen Entscheidung, gleichwohl war auch hier eine verzögernde Wirkung zu beobachten.

In manchen der Referenzeinrichtungen musste auch parallel zum Referenzprojekt an weiteren Innovationsprozessen gearbeitet werden. Teilweise waren diese Vorhaben nicht nur kompatibel mit den Zielen des Referenzkonzeptes, sie begünstigten sie sogar. Dies betraf die Verstärkung biografieorientierter Pflege, die schrittweise Umstellung des Dienstplanes auf das Dreischicht-Modell und die Einführung des Hausgemeinschaftskonzeptes. Zusätzliche Projekte bedeuteten aber immer auch

zusätzlichen Aufwand. In der Folge fühlten sich die Mitarbeiter/innen in einigen dieser Einrichtungen überfordert. Auch die Einhaltung der Termine für die interne Steuerung des Referenzprojektes war nicht immer in wünschenswerter Weise gegeben, weil Zeit und Energie der Leitungskräfte auch durch andere Aufgaben beansprucht war.

Bei anderen Einrichtungen war es von großem Vorteil, dass Träger, Einrichtungs- und Pflegedienstleitung dem Referenzprojekt von Beginn an eindeutig Priorität eingeräumt hatten und sich den Zielen gemeinsam verpflichtet fühlten.

5.2 Zielangemessenheit, Eindeutigkeit und Transparenz der Aufbau- und Ablauforganisation

Nicht in allen Referenzeinrichtungen erfüllte die vorhandene Aufbau- und Ablauforganisation die Gütekriterien der Zielangemessenheit, Eindeutigkeit und Transparenz. Es gab Referenzeinrichtungen, in denen die Zuständigkeiten und Kompetenzen und die Abläufe im Haus nur lückenhaft verschriftlicht waren. Dies führte zu Auseinandersetzungen und Reibungsverlusten zwischen Leitungskräften der verschiedenen Ebenen, zwischen Dienstbereichen und zwischen Fachkräften.

Es gab zwar Einrichtungen, die bereits vor Projektbeginn mit dem Bezugspflegesystem gearbeitet hatten, doch wie bereits erwähnt deckte die Bestandsaufnahme zur „Zuständigen Pflegefachkraft“ in mehreren dieser Einrichtungen erhebliche Mängel auf. In Einzelfällen kam es sogar vor, dass die Einrichtungsleitungen bei Befragungen zur Struktur ein Bezugspflegesystem angegeben hatten, während die Befragung der Pflegekräfte ergab, dass ihnen ein solches System nicht bewusst war.

In einzelnen Einrichtungen standen Träger und Hausleitung einer zu umfassenden „Verregelung“ von Abläufen ausgesprochen kritisch gegenüber, mit dem Effekt, dass zu wenig klar geregelt war. Vorhandene Vorgaben, wie die, dass ausschließlich die Wohnbereichsleitungen für die Pflegeplanung zuständig war, hatten den Effekt, dass die examinierten Pflegekräfte über Jahre in nur geringem Maße Verantwortung zu übernehmen hatten und den damit einhergehenden Fähigkeiten gewissermaßen entwöhnt waren. Umso schwieriger gestaltete sich die Einführung der Zuständigen Pflegefachkraft. Zum Ende der Modelllaufzeit war das Konzept zwar formal weitgehend umgesetzt, es wird aber noch einige Zeit der Schulung und Begleitung dauern, bis die Pflegefachkräfte den veränderten Aufgaben in vollem Umfang gerecht werden können.

Wie beschrieben war in vielen Referenzeinrichtungen die Vernetzung von Pflege und Sozialem Dienst in hohem Maße entwicklungsbedürftig. Zwar hat es hier in vielen Einrichtungen deutliche und weitreichende Verbesserungen gegeben, die sich positiv auf die Erprobung von Elementen des Referenzkonzeptes – insbesondere bezogen auf die Leistungen der psychosozialen Begleitung ausgewirkt haben. Aber auch diese Veränderungen mussten mit Zeit- und Energieaufwand geplant und umgesetzt werden. Um dies leisten zu können, wurde die Bearbeitung einzelner Konzeptelemente des Referenzprojektes zeitweise zurückgestellt.

Günstigere Voraussetzungen hatten hier die Referenzeinrichtungen,

- bei denen Zuständigkeiten und Kompetenzen eindeutig geklärt waren, mit besonderem Augenmerk auf den Schnittstellen zwischen Pflege, Sozialem Dienst und Hauswirtschaft,
- die eine enge Zusammenarbeit zwischen Sozialem Dienst und Pflege bereits vor Beginn des Modellprojekts verwirklicht hatten,
- die bereits vor dem Projekt mit einem Bezugspflegesystem arbeiteten, das auch bei Ausfällen und Störungen eingehalten wurde.

5.3 Verbindliches Qualitätsmanagement und kompetente Mitarbeiterführung

Aus Sicht der Organisationsberatung hatte das Vorhandensein eines Qualitätsmanagementsystems beträchtlichen und positiven Einfluss auf den Prozess der Konzeptumsetzung. Eine wichtige Voraussetzung war jedoch, dass es nicht nur als formale Vorgabe auf dem Papier existierte, sondern im Alltag gelebt und konsequent zur Steuerung der Pflegeleistungen genutzt wurde. In Referenzeinrichtungen mit lebendigem Qualitätsmanagement tauchten deutlich weniger Reibungsverluste durch unklare Zuständigkeiten und Kompetenzen auf.

So war eine der Referenzeinrichtungen, denen die Evaluation in allen Zwischenberichten gute Erfolge bescheinigte, durch eindeutige und klare Zuordnung von Zuständigkeiten und Kompetenzen bezogen auf die verschiedenen Bereiche und Funktionsträger gekennzeichnet. Abläufe der Pflegepraxis und sonstigen Korporationen und Kommunikation waren durch ein systematisches Qualitätsmanagement geregelt, teilweise standardisiert. Dieses Ablaufreglement wurde von Leitungskräften und Beschäftigten im Alltag mit hoher Verbindlichkeit beachtet, aber auch fortgeschrieben und weiterentwickelt, wenn es sich punktuell als unzulänglich erwies. Es war deshalb auch nicht verwunderlich, dass diese Einrichtung, zusammen mit einigen vergleichbaren Häusern, schon vor Projektbeginn viele der Konzeptanforderungen bereits erfüllte.

Ob ein Qualitätsmanagement gelebt wird oder nur auf dem Papier existiert, ist eine Frage der Leitungskompetenz und Mitarbeiterführung. Auch hier gab es zwischen den Referenzeinrichtungen große Unterschiede. In Einzelfällen waren Führungsdefizite, die durch die Projektbearbeitung deutlich wurden, Anlass für Umbesetzungen. Kompetentes Führungshandeln, wie es in vielen der Referenzeinrichtungen zu beobachten war, zeichnete sich vor allem dadurch aus, dass

- Vorhandene Regelungen verbindlich eingehalten und ihre Einhaltung von den Mitarbeiter/innen auch unmissverständlich eingefordert wurde,
- den Mitarbeiter/innen grundsätzlich wertschätzend begegnet wurde,
- die Beteiligung der Mitarbeiter/innen am Prozess der Organisationsentwicklung gesichert und Ergebnisse solcher Beteiligung ernst genommen wurde,
- Leistungsmängel frühzeitig und angemessen thematisiert und bearbeitet wurden.

Aus Sicht der Organisationsberatung schienen insbesondere die Wohnbereichsleiter/innen auf Führungsaufgaben nur unzureichend vorbereitet zu sein. Sie waren für ihre Leitungsfunktion in vielen Einrichtungen nur teilweise freigestellt, mussten sich also in zwei Rollen bewegen: Kollege/in und Pflegefachkraft in dieser, Leitungskraft in jener Arbeitsphase. Bei den von der Organisationsberatung angebotenen Workshops berichteten fast alle Teilnehmer/innen von Schwierigkeiten und Unsicherheiten im Umgang mit Mitarbeiter/innen. Im Bemühen um die richtige Balance in den beiden Rollen neigten die einen dazu, sich eher als Kollege/in zu sehen und sich die Wertschätzung des Teams zu sichern, wodurch es ihnen schwer wurde, mit Leistungsmängeln in ihrem Team angemessen umzugehen. Andere neigten zur Hervorhebung der eigenen Autorität, mit der Gefahr, für die Pflegekräfte im Team zu wenig Wertschätzung zu zeigen und das Arbeitsklima zu stören.

Im Rahmen des Projektes war es nicht möglich, diese Problematik so weitgehend zu bearbeiten, wie es in einigen Fällen notwendig gewesen wäre. Zu fragen ist hier auch, welchen Qualitätsstandards in Bezug auf Vermittlungsinhalte und Didaktik die angebotenen Weiterbildungen für Leitungsfunktionen in der stationären Altenpflege genügen müssten.

5.3.1 Personalentwicklung

Personalentwicklung als eine systematische und geplante Strategie war nur in wenigen Referenzeinrichtungen aufzufinden. Am ausgeprägtesten war noch die Erstellung von Fortbildungsplänen. Andere Elemente, die der Personalentwicklung zuzurechnen sind und die im Praxisleitfaden ausführlicher beschrieben sind, wurden eher zufällig als zielgerichtet verfolgt.

Bezogen auf die Konzeptbausteine sind in allen Referenzeinrichtungen große Anstrengungen unternommen worden, das Kompetenz- und damit das Leistungsniveau anzuheben. Wünschenswert wäre, wenn diese Impulse auch über die Modelllaufzeit hinaus aufgegriffen werde.

In den Referenzeinrichtungen, die durch ein umfassenderes Verständnis von Personalentwicklung gekennzeichnet waren, war beobachtbar, dass

- die Personalauswahl mit großer Sorgfalt betrieben wurde,
- systematische Fortbildungspläne erstellt wurden, an deren Inhalten die Mitarbeiter/innen beteiligt waren,
- die kompetente Pflegeprozesssteuerung regelmäßig durch die Leitungskräfte überprüft und bei Mängeln nachgeschult wurde,
- interne Multiplikatoren/innen systematisch aufgebaut und eingesetzt wurden,
- Anstrengungen zur Erweiterung fachlicher Kompetenz einher gingen mit der Bearbeitung von Haltungsfragen (Bewohnerorientierung, Biografieorientierung, Ressourcenorientierung)
- Ehrenamtliche Unterstützung systematisch eingeworben und begleitet wurde.

Aus Sicht der Organisationsberatung haben diese Faktoren die Zielumsetzung im Modellprojekt erleichtert und befördert.

5.4 Kompetenzen der Modellbeauftragten

Eine zentrale Funktion hatten während des Projektes die Modellbeauftragten inne. Sie waren verantwortlich für die

- Rückkoppelung der Konzeptbausteine mit ihren Anforderungen,
- Durchführung der Soll-Ist-Analysen,
- Operationalisierung der einrichtungsspezifischen Entwicklungsziele (Handlungsplanung),
- Erstellung der einrichtungsspezifischen Konzepte,
- Schulung der Mitarbeiter/innen.

Hinzu kam, dass sie auch die zahlreichen Evaluationsschritte (mehrfache Befragungen von Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen, Leistungserfassungen, Statuserhebungen zum Entwicklungsfortschritt u.a.) vorbereitet und organisatorisch und inhaltlich begleitet haben.

Die Modellbeauftragten hatten vor dem Modellprojekt unterschiedliche Funktionen inne. Zum Teil handelte es sich um Pflegedienst- oder Wohnbereichsleiter/innen, zum Teil um Qualitätsbeauftragte und teilweise auch um examinierte Pflegekräfte. Um von den Leitungskräften und den Mitarbeitern/innen gehört und ernst genommen zu werden bedurfte es nicht nur der bereits skizzierten fachlichen Kompetenz für kompetentes Projektmanagements. Aus Sicht der Organisationsberatung gehörte dazu auch das Vorhandensein von Status und Autorität in der Einrichtung. Modellbeauftragte,

die auf Grund ihrer vorherigen Funktion schon vor dem Projekt in Entscheidungsprozesse einbezogen waren, denen auf allen Hierarchieebenen Respekt entgegengebracht wurde und die eine „wichtige Stimme“ in ihren Häusern hatten, konnten die Zustimmung von Einrichtungs- und Pflegedienstleitung für Vorschläge müheloser erreichen, als diejenigen, die vorher „nur“ als Pflegekräfte beschäftigt waren. Hinzu kam, dass die Funktion einer Leitungskraft oder eines Qualitätsbeauftragten mehr Gelegenheiten geboten hatte, wenigstens einen Teil der erforderlichen Projektmanagement-Kompetenzen bereits vor Projektbeginn im Alltag einzuüben.

In einzelnen Häusern haben sich zwei Personen die Funktion des Modellbeauftragten geteilt, in einem Fall gehörte diesem Tandem eine in der Pflege ausgewiesene Fachkraft und die Leitungskraft des Sozialen Dienstes an. Diese Lösung barg viele Vorteile. Die damit einhergehende Einbeziehung des Sozialen Dienstes in die Bearbeitung aller Konzeptbausteine hat den Blick erweitert und die bessere Vernetzung zwischen Pflege und Sozialem Dienst deutlich befördert. Auch wenn diese Lösung mit höherem Zeit- und Abstimmungsaufwand einherging, so überwogen aus Sicht der Beteiligten und auch aus Sicht der Organisationsberatung die Vorteile eindeutig.

Es gab auch einzelne Häuser, in denen die ausgewählten Modellbeauftragten den Anforderungen dieser Funktion nicht gewachsen waren. Die von der Organisationsberatung angebotenen Fortbildungsbausteine reichten nicht aus, um die Mängel in kurzer Zeit nachhaltig abzubauen. Gelöst wurden solche Probleme entweder durch eine Neubesetzung der Funktion des Modellbeauftragten oder dadurch, dass dem/der in dieser Funktion tätigen Mitarbeiter/in eine weitere Fach- bzw. Leitungskraft unterstützend zur Seite gestellt wurde. Auch solche Probleme wirkten sich zunächst verzögernd auf den Entwicklungsfortschritt aus.

Ohne die Modellbeauftragten wäre es nicht möglich gewesen, die anspruchsvollen Ziele des Modellprojekts zu verwirklichen. Sie waren die „change agents“ in den Einrichtungen. Auch wenn nicht alle mit vergleichbaren Voraussetzungen starteten, so haben alle einen enormen Entwicklungsprozess gemeistert, der auch die Entwicklung eigener fachlicher Kompetenzen und „soft skills“ einschloss.

Literatur

- Ahlemeyer, Heinrich W.; Königswieser, Roswita (Hrsg.): Komplexität managen. Strategien, Konzepte, Fallbeispiele, Frankfurt/Main 1997
- Brückers, Rainer (Hrsg.): Tandem QM. Das integrierte Konzept in der Sozialen Arbeit, Bonn 2003
- Dopler, Klaus; Lauterburg, Christoph: Change Management. Den Unternehmenswandel gestalten. 5. Auflage, Frankfurt, New York 1996
- Gerull, Peter: Qualitätsmanagement sozialer Dienstleistungen, CD-Rom, 2003
- Grossmann, Ralph; Krainz, Ewald E.; Oswald, Margit (Hrsg.): Veränderung in Organisationen, Wiesbaden 1995
- Heintel, Peter; Krainz, Ewald E.: Projektmanagement, Wiesbaden 1988
- König, Jutta: Was die PDL wissen muss. Das etwas andere Qualitätshandbuch in der Altenpflege, 2. Auflage Hannover 2003
- Königswieser, Roswita; Exner, Alexander: Systemische Intervention. Architekturen und Designs für Berater und Veränderungsmanager, Stuttgart 1998
- Kühl, Stefan: Wenn die Affen den Zoo regieren. Die Tücken der flachen Hierarchien, 5. aktualisierte und erweiterte Auflage, Frankfurt/Main, New York 1998
- Löffing, Christian; Geise, Stephanie (Hrsg.): Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenpflege, 1. Auflage, Bern 2005
- Pepels, Werner: Qualitätscontrolling bei Dienstleistungen, München 1996
- Praxishandbuch Sozialmanagement, Bonn 2004
- Roth, Günter: Qualität in Pflegeheimen, Expertise im Auftrag des BMFSFJ, Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund, 2002
- Sattelberger, Thomas (Hrsg.): Die lernende Organisation. Konzepte für eine neue Qualität der Unternehmensentwicklung, 2. Aufl., Wiesbaden 1994
- Senge, Peter M.: Die fünfte Disziplin, Stuttgart 1997
- Staehe, Wolfgang H.: Management. Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive, 5. Auflage München 1990
- Watzlawick, Paul: Menschliche Kommunikation, 7. Auflage Bern 1985
- Wimmer, Rudolf (Hrsg.): Organisationsberatung. Neue Wege und Konzepte, 1. Auflage, Wiesbaden 1992
- Fachzeitschriften:
- Altenpflege. Fachmagazin für die ambulante und stationäre Altenpflege
- Sozialwirtschaft. Zeitschrift für Sozialmanagement
- Informationsdienst für Altersfragen

Teilbericht 4: Bewertung der Evaluationsergebnisse

Verfasser/innen:

Marion Menke, Uta Vogelwiesche, Andrea Kuhlmann, Ingo Kowalski,
Eckart Schnabel unter Mitarbeit von Lena Oesterlen

Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (FFG)





Einleitung	210
1. Methodischen Vorgehen	210
2. Ausgangssituation in den Einrichtungen	213
3. Abschließende Bewertung der Evaluationsergebnisse	217
4. Ausblick	233
Literatur	237

Einleitung

Die vorliegenden Evaluationsergebnisse sind umfangreich und in Bezug auf jede beteiligte Referenzeinrichtung sehr detailliert. Sie sind in einem umfassenden Forschungsbericht der FFG aufgearbeitet worden und stehen den Auftraggebern zur Verfügung. Aus den Projektergebnissen ist darüber hinaus ein Praxisleitfaden hervorgegangen, der die Konzeptbausteine enthält und Hinweise zur Umsetzung auf der Basis der Erfahrungen der Organisationsberatung und der Evaluationsergebnisse beinhaltet. Für die hier vorliegende Veröffentlichung wird auf eine detaillierte Version der Ergebnisdarstellung verzichtet, da ein Bericht von mehreren hundert Seiten den Rahmen sprengen würde. Daher wird im Folgenden eine kürzere Version dargelegt, die eine Beschreibung des methodischen Vorgehens (Kap. 4.1) und der Ausgangssituation in den Referenzeinrichtungen (Kap. 4.2) sowie eine abschließende Bewertung der Forschungsergebnisse (Kap. 4.3) beinhaltet. Dabei wird auf die analytische Darstellung der Evaluationsergebnisse zugunsten einer deskriptiven Beantwortung der zentralen Forschungsfragen verzichtet. Zum Abschluss wird ein Ausblick auf die zukünftige Situation der vollstationären Pflege (Kap. 4.4) gegeben.

1. Methodisches Vorgehen

Um die Implementierung und Umsetzung der konzeptionellen Kernelemente in den 20 Referenzeinrichtungen analysieren zu können, wurde ein umfassendes Evaluationskonzept umgesetzt. Folgende Aspekte wurden dabei berücksichtigt:

- Formative und summativ Evaluation,
- Messwiederholungsdesign,
- Erhebung und Auswertung qualitativer und quantitativer Daten,
- Befragung unterschiedlicher Quellen: Mitarbeiter/innen, Bewohner/innen, Angehörige, freiwillige Helfer/innen, Leitungskräfte, Modellbeauftragte;
- Einsatz verschiedener Datenerhebungsmethoden: schriftliche Befragung, mündliche Befragung, Verlaufsprotokolle, Dokumentenanalyse (s. Tab. S. 211).

Nachfolgend werden die einzelnen Verfahren bzw. die entsprechenden Zielgruppen der Untersuchungen erläutert.

1. **Strukturdatenerhebung.** Informationen über strukturelle Merkmale der Einrichtung (z. B. Pflegesätze, Mitarbeiterqualifikationen, Aufbauorganisation) wurden zu drei Zeitpunkten während des Projektes von den Leitungskräften der Einrichtungen erfragt.
2. **Schriftliche Mitarbeiterbefragung.** Die Mitarbeiter/innen der Referenzeinrichtungen wurden zu Beginn und zum Ende des Projektes um Bewertungen ihrer Arbeitssituation (z. B. Interne Organisation und Kommunikation, Arbeitszufriedenheit) gebeten. Im Rahmen der Befragung am Projektende wurden außerdem Einschätzungen bzgl. aller konzeptionellen Kernelemente erhoben. Die Fragebögen wurden jeweils an die Modellbeauftragten versandt, die diese an die Mitarbeiter/innen verteilt, wieder eingesammelt und zur Auswertung an die wissenschaftliche Begleitung zurück geschickt haben.

3. Leitfadengestützte Bewohnerbefragung. Zu Beginn und Ende des Projektes wurden ca. 10% der Bewohner/innen der Referenzeinrichtungen mittels leitfadengestützter Interviews zu ihrer Lebenssituation (z.B. Bewertung der Pflegequalität, Wohlbefinden) befragt. Dabei wurden auch Bewohner/innen mit leichten und mittleren kognitiven Einschränkungen befragt – ausgeschlossen wurden lediglich Bewohner/innen, die sich nicht mehr verbal äußern konnten. In einigen Fällen waren zur Unterstützung Angehörige oder Betreuer/innen während der Interviews anwesend.
4. Leistungserfassung. Zu zwei Zeitpunkten im Verlauf des Projektes protokollierten die Mitarbeiter/innen für den Zeitraum einer Woche für mehrere Bewohner/innen die Leistungen, die diese erhielten sowie deren jeweilige Dauer. Darüber hinaus wurden auch mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen in diesem Rahmen erfasst.
5. Umsetzungsdokumentation. Die Modellbeauftragten protokollierten fortlaufend ihre Veränderungsziele, -maßnahmen sowie Probleme und Lösungsstrategien bei der Konzeptumsetzung. Ebenso wurden förderliche und hinderliche Rahmenbedingungen sowie im Rahmen des Projektes durchgeführte Schulungen festgehalten.
6. Statusbefragung und Rückblick. Zusätzlich zu der Protokollierung der Umsetzungsschritte wurden die Modellbeauftragten in standardisierter Form um einen Rückblick auf die Situation vor Projektbeginn bzgl. der Anforderungen in den Rahmenkonzepten gebeten. Außerdem gaben sie zu drei Zeitpunkten (Juni und Dezember 2005, Juni 2006) in standardisierter Form an, welche Anforderungen der konzeptionellen Kernelemente bereits umgesetzt wurden.
7. Anlassdokumentation. Für die Dauer eines Jahres (Juli 2005 bis Juni 2006) protokollierten die Modellbeauftragten alle Heimeinzüge, Krankenhausüberleitungen und Sterbefälle in der Einrichtung.
8. Fokusgruppeninterviews. Am Ende des Projektes wurden in den Regionalgruppen mit den Modellbeauftragten Interviews durchgeführt. Im Fokus standen dabei die Umsetzungserfahrungen bzgl. der einzelnen Konzeptbausteine.

Verfahren	Zielgruppen					
	Mitarbeiter/-innen	Bewohner/-innen	Angehörige	Freiwillige Helfer/innen	Leitungskräfte	Modellbeauftragte
Schriftliche Befragung	Schriftliche Mitarbeiterbefragung				Strukturdatenerhebung	Statusbefragung und Rückblick; Anlassdokumentation
Leitfadengestütztes Interview		Leitfadengestützte Bewohnerbefragung				
Narratives Interview	Narrative Einzelinterviews	Narrative Einzelinterviews	Narrative Einzelinterviews	Narrative Einzelinterviews		
Fokusgruppeninterview						Fokusgruppeninterviews
Protokolle von Arbeitsprozessen	Leistungserfassung					Umsetzungsdokumentation

Datenerhebungsverfahren je Zielgruppe

9. Narrative Einzelinterviews. Zu den Inhalten der Rahmenkonzepte „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ und „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalt“ wurden mit einzelnen Bewohnern/innen, Angehörigen und Mitarbeitern/innen telefonische Interviews geführt. Dabei wurden die Interviewpartner/innen um eine Beschreibung und Bewertung der Abläufe gebeten. Zum Maßstab „Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen“ wurden vergleichbare Interviews mit Angehörigen, Mitarbeitern/innen und freiwilligen Helfern/innen geführt.
10. Dokumentationsanalyse. Die Dokumentationssysteme der Einrichtungen wurden im Hinblick auf ihre Übereinstimmung mit den Anforderungen an eine verbesserte Pflegedokumentation überprüft. Um die Rahmenbedingungen und deren mögliche Auswirkungen auf die Pflegedokumentationsinhalte in den einzelnen Referenzeinrichtungen besser nachvollziehen zu können, wurde den jeweiligen Modellbeauftragten zunächst ein Kurzfragebogen zugesandt. Später wurden offene, einrichtungsspezifische Fragen geklärt. Abschließend wurden die Dokumentationssysteme selbst mittels eines eigens entwickelten, standardisierten Erhebungsbogens (z. B. Vorhandensein und regelmäßige Aktualisierung von Tagesplänen; werden bewohnerbezogene Gespräche mit anderen Berufsgruppen dokumentiert) analysiert.

Die nachfolgende Übersicht zeigt die unterschiedlichen Erhebungen von Daten im Verlauf des Projektes:

Datenerhebungs-
verfahren während
der Projektlaufzeit

Jahr	Monat	Erhebungen
2004	8–10	Mitarbeiterbefragung t_0
2004	10–12	Strukturdaten t_0
2004	10–12	Bewohnerbefragung t_0
2005	fortlaufend	Schulungsdokumentation
2005	7/2005 bis 6/2006	Anlassdokumentation
2005	5–6	Leistungserfassung t_1
2005	7	Statuserfassung t_1
2005–2006	ab 9/2005 fortlaufend	Telefoninterviews zur Anlassdokumentation
2005–2006	ab 4/2005 fortlaufend	Dokumentation der Konzeptumsetzung
2006	1/2006 bis 4/2006	Fokusgruppeninterviews mit den Modellbeauftragten
2005	10–11	Strukturdaten t_1
2005	12	Statuserfassung t_2
2006	1–2	Leistungserfassung t_2
2006	4–5	Mitarbeiterbefragung t_1
2006	4–5	Bewohnerbefragung t_2
2006	2–5	Analyse von Pflegedokumentationen
2006	4–5	Strukturdaten t_2
2006	6	Statuserfassung t_3

2. Ausgangssituation in den Einrichtungen

Wie sind die Einrichtungsstrukturen zu beschreiben?

Für die Durchführung des Modellprojektes wurden in Nordrhein-Westfalen 20 Einrichtungen der vollstationären Altenpflege ausgewählt. Die meisten Einrichtungen waren in städtischen Gebieten und drei Einrichtungen in Mischgebieten angesiedelt⁵⁹. Entsprechend der Trägerverteilung in Nordrhein-Westfalen befanden sich drei Viertel der Referenzeinrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft. Darüber hinaus waren drei Einrichtungen in privater und ein Heim in kommunaler Trägerschaft beteiligt. Die Größe der Einrichtungen, gemessen an der Zahl der verfügbaren Plätze, lag zwischen 60 und 206 Plätzen, im Mittel bei 110. In den Modellheimen wurden im Durchschnitt 108 Pflegebedürftige betreut, was im Vergleich zum Landesdurchschnitt von 75 betreuten Pflegebedürftigen je stationärer Pflegeeinrichtung in NRW als überdurchschnittlich hoch zu bewerten ist (Statistisches Bundesamt, 2005).

Erwartungsgemäß überwog in den Einrichtungen mit durchschnittlich 82,4% der Anteil der Bewohnerinnen. Des Weiteren war Hochaltrigkeit kennzeichnend für die Bewohnerschaft: das Alter der Bewohner/innen lag im Durchschnitt bei 83,2 Jahren⁶⁰. Die gegenwärtige durchschnittliche Verweildauer betrug nach eigenen Berechnungen der Heime 42 Monate⁶¹. Schneekloth & Müller (2000) weisen im Vergleich eine Verweildauer von 52 Monaten aus, die somit in den Referenzeinrichtungen wesentlich unterschritten wurde. Die gegenwärtige Verweildauer darf jedoch nicht mit der tatsächlichen Verweildauer – also dem Zeitraum vom Einzug bis zum Ableben eines Bewohners – die im Einzelfall wesentlich geringer ausfallen kann, gleichgesetzt werden (ebd.).

In den Referenzeinrichtungen überwog die Pflegestufe II mit im Mittel 42%, gefolgt von den Pflegestufen I (29%) und III (21%), die Pflegestufe 0 war mit ca. 7% eher selten. In fünf Einrichtungen waren Bewohner/innen in Pflegestufe III (Härtefallregelung); ihr Anteil fiel im Durchschnitt mit 2,8% sehr gering aus. Die Verteilung der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den zwanzig Modelleinrichtungen stimmte mit geringfügigen Abweichungen nahezu mit der landesdurchschnittlichen Pflegestufenverteilung der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen in Nordrhein-Westfalen (Statistisches Bundesamt, 2005) überein; während der Anteil der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen I und II leicht unterschritten wurde, war in Pflegestufe III eine geringfügig höhere Anzahl zu verzeichnen.

Für die Beschreibung der Mitarbeiterstruktur in den Referenzeinrichtungen werden im Folgenden die Qualifikation und das Beschäftigungsverhältnis, die Fachkraftquote, die gemäß Heimpersonalverordnung mindestens 50% betragen muss, und die Betreuungsrelation dargestellt.⁶²

Zum Projektbeginn überwogen in der Gruppe der Pflegefachkräfte die Altenpfleger/innen mit einem Anteil von 40% am gesamten betreuenden Personal. Auf Krankenpflegefachkräfte entfielen 10%; der Anteil der anderen Fachkräfte (Pfle-gewissenschaftlicher Studienabschluss, Studienabschluss Sozialarbeit/-pädagogik/Pädagogik /Psychologie, Therapeutischer Berufsabschluss) lag hingegen unter 5%. Bei den Hilfskräften stellten die angelernten Mitarbeiter/innen den größten Anteil (31%), gefolgt von einjährig qualifizierten Hilfskräften (Alten- und

⁵⁹ Die Einteilung in Städtische und Mischgebiete erfolgte auf der Grundlage des Landesentwicklungsplanes NRW (Bearbeitung: Ministerium für Umwelt, Raumordnung und Landwirtschaft des Landes NRW, Düsseldorf, 04/1995; WAZ-Druck, Duisburg.).

⁶⁰ Die Einrichtungen wurden gebeten, nach eigenen Berechnungen Angaben zum durchschnittlichen Alter der Bewohnerschaft zu machen; hier liegen Angaben von 19 Einrichtungen vor. Eine Ausnahme stellt eine Einrichtung mit einem Angebotsschwerpunkt für junge Pflegebedürftige dar: hier beträgt das Alter der Bewohnerschaft durchschnittlich 72,8 Jahre.

⁶¹ Hier lagen Angaben von 15 Einrichtungen vor.

⁶² Für die Beschreibung der Ausgangssituation lagen aus allen 20 Einrichtungen vollständige Angaben zur Mitarbeiterstruktur vor.

Krankenpflegehelfer/innen) (8%). Betrachtet man die Mitarbeiter/innen⁶³ der beteiligten Einrichtungen nach Beschäftigungsverhältnis, fällt auf, dass die meisten Fachkräfte über ein Vollzeitbeschäftigungsverhältnis verfügten oder mit mehr als 50% Beschäftigungsumfang einer Teilzeitbeschäftigung nachgingen. Bei den Hilfskräften entfielen hingegen auf Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse (50% und weniger Beschäftigungsumfang) sowie geringfügig Beschäftigte jeweils etwas mehr als 20%.

Die Fachkraftquote, d. h. der Anteil der Pflegefachkräfte am gesamten pflegerischen Personal lag zum Projektbeginn im Mittel bei 54,9%. Neben der Fachkraftquote kommt dem Personalschlüssel – also der Gewichtung des Personalbestandes an der Zahl der betreuten Bewohner/innen – Bedeutung zu. Die Betreuungsrelation gibt an, wie viele Heimbewohner/innen (X) durchschnittlich von einer (1) Vollkraft (in der Pflege und Betreuung tätiges Personal, ohne Zivildienstleistende) betreut werden. In den Referenzeinrichtungen ergab sich im Durchschnitt eine Betreuungsrelation von 1 : 2,5 Pflegebedürftigen (Pflegestufe 0–III) je Betreuungskraft (umgerechnet auf Vollzeitstellen, ohne Zivildienstleistende⁶⁴). Die Spannweite lag zwischen 1 : 1,9 und 1 : 3,3. Die Betreuungsrelation fiel somit besser aus als in der „Vorläuferstudie“, die eine durchschnittliche Betreuungsrelation von 2,7 Pflegebedürftigen (Pflegestufe 0–III) je Betreuungskraft (umgerechnet auf Vollzeitstellen, ohne Zivildienstleistende) ausweist (Wingenfeld & Schnabel, 2002,37), und lag über den Ergebnissen der bundesweiten Erhebung von Schneekloth & Müller (1999,168).

Es ist weitgehend – mit Ausnahme der Einrichtungsgröße – gelungen, die Referenzeinrichtungen so auszuwählen, dass sie als repräsentativ für alle Einrichtungen der stationären Altenpflege in Nordrhein-Westfalen angesehen werden können: hinsichtlich Trägerverteilung, Bewohner- und Mitarbeiterstruktur stimmen sie mit der landesdurchschnittlichen Verteilung in stationären Pflegeeinrichtungen überein. Die Unterschiede zwischen den 20 Referenzeinrichtungen sind dabei erheblich: so waren insbesondere für die Umsetzung der Anforderungen an die „Zuständige Pflegefachkraft“ (ZPFK) – die in nahezu allen Konzepten eine zentrale Rolle spielt – Probleme zu erwarten, da in sechs Einrichtungen nur etwa die Hälfte der Fachkräfte vollzeitbeschäftigt waren. Aufgrund der vielfältigen Anforderungen an die ZPFK war davon auszugehen, dass diese Einrichtungen insgesamt bei Fragen der personellen Zuständigkeiten mehr Probleme haben würden als andere Einrichtungen. Im Rahmen der Mitarbeiterqualifizierung fiel auf, dass viele Themen, die in den Konzepten aufgegriffen wurden, bereits vor Projektbeginn im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen angesprochen wurden. Heterogen dagegen stellte sich das Bild im Bereich des Qualitätsmanagements dar: ein Teil der Einrichtungen war bereits zertifiziert, andere Heime hingegen unternahmen erste Schritte zum Aufbau eines Qualitätsmanagements.

Wie viele und welche der Anforderungen der konzeptionellen Kernelemente wurden in den Einrichtungen bereits vor Projektbeginn erfüllt?

In allen Modelleinrichtungen waren konzeptionelle Grundlagen vorhanden, auf welche im späteren Projektverlauf aufgebaut werden konnte. Anpassungen mussten allerdings in allen Einrichtungen erfolgen. Es gab dabei sowohl Häuser, die unter günstigen Ausgangsbedingungen in das Modellprojekt starteten und bereits viele der Anforderungen erfüllten, aber auch solche, die durch das Projekt mit einer Vielzahl neuer Anforderungen konfrontiert wurden. Und es gab Einrichtungen, bei denen bezogen auf einzelne Konzeptbausteine das eine, bezogen auf andere Bausteine aber auch das andere zutraf.

⁶³ Die Berechnung schließt hier Mitarbeiter/innen der Arbeitsbereiche Pflege und der Sozialen Betreuung ein.

⁶⁴ Schüler/innen/Auszubildende, Teilnehmer/innen des Freiwilligen Sozialen Jahres sowie Praktikant/innen wurden nicht in die Berechnung einbezogen.

Sechs Einrichtungen konnten bereits vor Projektbeginn auf Konzepte zurückgreifen, die den Empfehlungen zur Zuständigen Pflegefachkraft entsprachen und die daher nur geringfügige Anpassungen vornehmen mussten. Die übrigen Einrichtungen konnten auf weniger entwickelte Grundlagen zurückgreifen und waren gefordert, im Projektverlauf die Verantwortlichkeiten der Pflegefachkräfte entsprechend anzupassen.

Auch vor dem Modellprojekt haben die Einrichtungen biografische Informationen ihrer Bewohner/innen erfasst. Allerdings waren die eingesetzten Biografiebögen in den meisten Fällen nicht ausreichend, um den Ansprüchen des Kriterienkatalogs zur Erfassung biografischer Informationen gerecht zu werden, so dass diese zumeist überarbeitet werden mussten. Neun Einrichtungen hatten ihre Biografiebögen vor dem Projekt nicht kontinuierlich fortgeschrieben. Vor Projektbeginn wurden in diesen Einrichtungen lediglich in der Heimeinzugsphase der Bewohner/innen biografische Daten erfasst.

Das Leistungsangebot gemäß den Leistungsbeschreibungen konnte – wenn auch in einigen Fällen durch die Einbindung externer Partner – in den Einrichtungen zunächst weitgehend vorgehalten werden. Somit war es in einigen Einrichtungen notwendig, das Leistungsprofil entsprechend der Leistungsbeschreibungen anzupassen. Darüber hinaus entsprach die Arbeitsteilung zwischen Fach- und Hilfskräften sowie die Aufgabenteilung zwischen den Bereichen Pflege und Sozialem Dienst in einigen Einrichtungen nicht den Empfehlungen, so dass auch hier Anpassungen erforderlich waren.

Im Folgenden werden die bereits vorab erfüllten Kriterien aller sechs Rahmenkonzepte insgesamt im Hinblick auf die einzelnen Einrichtungen dargestellt, so dass die unterschiedlichen Voraussetzungen der Einrichtungen deutlich werden. Die folgende Abbildung zeigt, wie unterschiedlich die Ausgangssituation in den verschiedenen Einrichtungen ausgeprägt ist: die Einrichtung, die gemessen an den Anforderungen der sechs Bausteine die besten Voraussetzungen hatte, weist 91% der Anforderungen als vorab erfüllt aus. Die Einrichtung mit den diesbezüglich schlechtesten Voraussetzungen erfüllte im Vorfeld lediglich 23% der geforderten Kriterien (s. Abb. 2).

Wie stellte sich die Situation in den Einrichtungen aus Sicht der Bewoh-

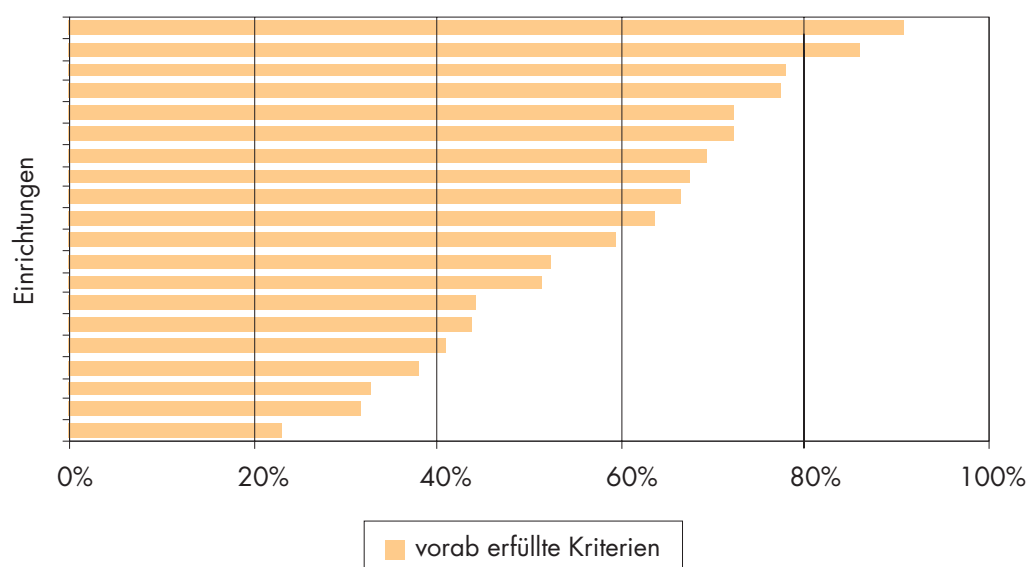


Abb. 2:
Rahmenkonzepte zur
Qualitätssicherung in
zentralen Aufgaben-
feldern – vorab
erfüllte Anforderun-
gen in den Einrich-
tungen

ner/innen und Mitarbeiter/innen dar?

Die Bewohner/innen waren mit ihrer Lebenssituation im Heim zwar insgesamt zufrieden, äußerten im Detail jedoch Kritik in verschiedenen Bereichen, so dass aus ihrer Sicht Handlungsbedarf für eine Verbesserung der Strukturen und Prozesse bestand. Am häufigsten kritisierten die Bewohner/innen Mängel im Bereich des Umgangs der Mitarbeiter/innen mit den Bewohnern/innen sowie im Hinblick auf ihre sozialen Kontakte und die Mahlzeiten. Die Kritik der Bewohner/innen verdeutlichte eindrücklich, dass es nicht den einen richtigen Weg in der Versorgung gibt: so wollten einige Bewohner/innen gerne früher aufstehen, andere gerne länger schlafen; einige wollten gerne früher zu Bett gehen, andere gerne länger aufbleiben; einige wollten vom Personal gerne geduzt, andere gerne gesiezt werden. Demnach können die Mitarbeiter/innen nicht davon ausgehen, dass Wünsche oder Kritik, die ein/e Bewohner/in äußert, in vergleichbarer Form auch für andere Gültigkeit besitzen. Wichtig ist also vielmehr, die Wünsche und Einschätzungen der einzelnen Bewohner/innen zu erfragen, um individuell darauf eingehen zu können.

Auch die Sicht der Mitarbeiter/innen war generell positiv: so beschrieben sie mäßige Arbeitsbelastungen, ein gutes Arbeitsklima und eine hohe Arbeitszufriedenheit. Als stark belastend wurde lediglich der Zeitdruck eingeschätzt. Besonderen Handlungsbedarf im Hinblick auf die Verbesserung der Bewohnersituation sahen die Mitarbeiter/innen bei der Betreuung und Versorgung demenziell erkrankter Bewohner/innen. Die interne Organisation und Kommunikation, verschiedene Qualitätssicherungsinstrumente sowie Angebote der Einrichtung für die Mitarbeiter/innen wurden ebenfalls gut bewertet – lediglich ein Supervisionsangebot wurde in der Regel nicht vorgehalten.

Generell lässt sich festhalten, dass die Projektanforderungen in Einrichtungen mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Strukturen eingeführt und erprobt wurden. Dies war im Hinblick auf die Prüfung der Anschlussfähigkeit der Anforderungen von zentraler Bedeutung: wenn alle Referenzeinrichtungen ähnlich und mit besonders guten Rahmenbedingungen ausgestattet gewesen wären, dann hätte dies das Ergebnis der Erprobung positiv verzerrt. Aus Sicht der Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen war die Ausgangssituation in den Einrichtungen insgesamt positiv – wenn auch im Detail durchaus kritisch – zu bewerten. Dementsprechend wurden die Anforderungen unter heterogenen Ausgangsbedingungen erprobt.

3. Abschließende Bewertung der Evaluationsergebnisse

Die Zusammenarbeit der 20 Referenzeinrichtungen mit den Forschungsinstituten und der Organisationsberatung begann im Juli/August 2004 und endete für einige Einrichtungen im Juni bzw. für die Mehrzahl im August 2006. Grundsätzlich sei festgehalten, dass die Projektlaufzeit mit einer Dauer von ca. zwei Jahren sehr kurz erscheint, wenn man bedenkt, dass in dem Zeitraum die vielschichtigen Konzeptbausteine (Funktion der zuständigen Pflegefachkräfte, Leistungsbeschreibungen, sechs Rahmenkonzepte zur Qualitätssicherung, Anforderungen an ein pflegerisches Assessment und an die Biografieerfassung, Empfehlungen für verbesserte Dokumentationsformen) zunächst entwickelt und abgestimmt werden mussten, bevor sie in der Pflegepraxis erprobt werden konnten. Hinzu kommt, dass die Empfehlungen zur „Zuständigen Pflegefachkraft“ sowie die qualifikationsorientierte Arbeitsteilung im Rahmen der Leistungsbeschreibungen und die Kooperation mit der Organisationsberatung dazu führten, dass die Arbeitsorganisation in Einrichtungen überprüft und ggf. verändert werden musste. Dies war häufig auch im Hinblick auf die Aufgabenteilung von Pflege, Sozialem Dienst und Hauswirtschaft notwendig. Vor diesem Hintergrund soll grundsätzlich festgehalten werden, dass die Erprobung der Bausteine und die Veränderungen der Arbeitsorganisation mit Unterstützung der Organisationsberatung in einem insgesamt verhältnismäßig kurzem Zeitraum stattgefunden hat und die Einrichtungen insgesamt ein hohes Maß an Umsetzungsschritten geleistet haben. Innerhalb der Modelllaufzeit gelang es den meisten Einrichtungen, die einzelnen Projektbausteine zu großen Teilen zu bearbeiten und Qualitätsverbesserungen zu erzielen. Dies geschah trotz der Vielzahl der verschiedenen Konzeptbausteine und der sehr unterschiedlichen Ausgangssituationen der einzelnen Einrichtungen. Der Stand der Umsetzung war in den Einrichtungen zum Ende der Projektlaufzeit ebenfalls unterschiedlich: Einige konnten bestimmte Konzeptbausteine vollständig umsetzen, waren dafür bei der Umsetzung anderer Bausteine noch nicht so weit vorangeschritten, andere konnten aufgrund einer guten Ausgangslage die meisten Bausteine umsetzen, wieder andere haben zahlreiche Anforderungen aus allen Bausteinen umsetzen können, dafür aber Bausteine mit empfehlendem Charakter zurückgestellt.

Wie sind die strukturellen Rahmenbedingungen in den stationären Pflegeeinrichtungen zu bewerten und welche Schlussfolgerungen ergeben sich daraus für eine erfolgreiche Umsetzung der Konzeptbausteine?

In den meisten Bereichen hinsichtlich der Strukturdaten (z. B. Heimentgelte, Auslastung, Pflegestufenverteilung) waren am Projektende im Vergleich zum Projektbeginn nur geringfügige Veränderungen zu verzeichnen. Auch bei der Mitarbeiterstruktur des Pflegedienstes und des Sozialen Dienstes waren hinsichtlich der Qualifikation kaum Veränderungen festzustellen. Demgegenüber waren Veränderungen der Beschäftigungsverhältnisse auffallend: bei den Pflegefachkräften zeichnete sich ein Trend zu mehr Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen mit höherem Beschäftigungsumfang ab (mehr als 50% der regulären wöchentlichen Arbeitszeit). Die durchschnittliche Betreuungsrelation lag 2006 in den Referenzeinrichtungen im Mittel bei 2,5 Pflegebedürftigen (alle Pflegestufen) je Betreuungskraft (umgerechnet auf Vollzeitstellen, ohne ZDL); somit blieb die Anzahl der Bewohner/innen, die durchschnittlich von einer Pflegekraft betreut wird, im Projektverlauf weitgehend unverändert. Die Spannweite lag zwischen 1 : 2,0 und 1 : 3,4. Neben natürlichen Personalschwankungen, die im Projektverlauf deutlich wurden, ist zu berücksichtigen, dass bei der Berechnung ausschließlich die Beschäftigten des Arbeitsbereiches Pflege einbezogen wurden und sonstige Mitarbeiter/innen, insbesondere die Zahl der Auszubildenden, die in den meisten Heimen aufgrund der neuen bundeseinheitlichen Altenpflegeausbildung deutlich zugenommen hat, nicht eingerechnet wurde.

Im Bereich der Aufbauorganisation zeichneten sich unabhängig von projektbedingten Umstrukturierungen in den meisten Heimen keine nennenswerten Veränderungen ab. Auch hinsichtlich der Gestaltung der Dienstzeiten wurden nur in einzelnen Heimen (bewohnerorientierte) Anpassungen vorgenommen (z. B. Verschiebung von Dienstzeiten; Schaffung von Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen zur Bewältigung von Arbeitsspitzen; Einführung von Zwischendiensten); zukünftig planten einzelne Heime sowohl aufbauorganisatorische Veränderungen (z. B. Veränderungen der Zuordnung des Sozialen Dienstes) als auch weitere Anpassungen von Dienstzeiten der Beschäftigten im Arbeitsbereich Pflege (insbesondere Anpassung der Spät- und Nachtdienste) und für Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes (z. B. Einführung von Abend-/Wochenenddiensten). Da derartige strukturelle Anpassungen langfristige Vorbereitungen erfordern, konnten diese innerhalb der Projektlaufzeit nicht (mehr) in der Vielzahl der Einrichtungen realisiert werden.

Im Bereich der Qualitätsentwicklung/-sicherung berichteten alle Einrichtungen über positive Veränderungen; ungeachtet der jeweiligen Ausgangssituation und der z. T. aufwändigen Abstimmungsprozesse, z. B. mit übergeordneten trägerspezifischen Qualitätsvorgaben, wurden die Projektanforderungen mehrheitlich als anschlussfähig bezeichnet. Aus Sicht der Einrichtungsleitungen wurde einerseits der Aufwand für die Einführung und Umsetzung der Konzeptbausteine als sehr hoch bis hoch bewertet; andererseits wurde der damit verbundene Nutzen jedoch überwiegend positiv gesehen (z. B. zunehmende Transparenz von Strukturen und Prozessen, Qualitätsverbesserungen in unterschiedlichen Bereichen usw.). Die Heimleiter/innen beurteilten die Konzeptbausteine prinzipiell als zukunftsweisend für eine qualitätsgesicherte Weiterentwicklung der vollstationären Pflege; gleichzeitig wiesen sie jedoch darauf hin, dass die Einführung und dauerhafte Umsetzung dieser Anforderungen eine überlegte Vorgehensweise (u. a. Zeit- und Ressourcenplanung, erreichbare Zielvorgaben, orientiert an den Ergebnissen einer „ehrlichen“ Ist-Analyse, Veränderungsbereitschaft usw.) erfordert. Diejenigen Einrichtungen, die beim Vergleich der Anforderungen der unterschiedlichen Konzeptbausteine und der tatsächlichen Praxis (Soll-Ist-Vergleich) einen größeren Anteil der geforderten Kriterien bereits vor der Projektlaufzeit erfüllt hatten, brauchten insgesamt weniger Anforderungen in der verhältnismäßig kurzen Laufzeit umzusetzen, als die Einrichtungen, die im Rahmen der Soll-Ist-Analysen feststellen mussten, dass sie den überwiegenden Teil der Anforderungen nicht erfüllt hatten.

Eine Korrelation zwischen den Strukturdaten und einer erfolgreichen Umsetzung der Konzeptbausteine lässt sich angesichts verschiedener Berechnungen nicht feststellen. Weder die Einrichtungsgroße, noch die Personal- oder Bewohnerstruktur sowie die Personalfuktuation waren dabei von Bedeutung. Vielmehr waren diejenigen Einrichtungen erfolgreich, deren Mitarbeiter/innen das „gelebte“ Qualitätsmanagement in der Einrichtung positiv bewerteten. Auch die Unterstützung der Leitungskräfte und die Motivation der Mitarbeiter/innen waren für eine erfolgreiche Umsetzung ausschlaggebend. Einige Einrichtungen mit einem vergleichsweise hohen Anteil von teilzeitbeschäftigten Pflegefachkräften mit einem wöchentlichen Stundenumfang von weniger als 50% der Arbeitszeit hatten vergleichsweise mehr Schwierigkeiten, da diese Mitarbeiter/innen für die erforderlichen Schulungen schwerer verfügbar bzw. erreichbar waren.

Eine weitere Fragestellung bezieht sich auf grundsätzliche Schwierigkeiten, die bereits zu Projektbeginn deutlich wurden und eine Umsetzung der Konzeptbausteine erschwert haben:

An welchen Stellen zeigten sich bereits im Rahmen der Bestandsaufnahme der Rahmenbedingungen in den Einrichtungen Hemmnisse oder Barrieren, die bei der Umsetzung der Maßnahmen von Bedeutung waren?

Ein generelles Hemmnis bei der Umsetzung bestand dann, wenn phasenweise oder langfristig Personal aufgrund von Urlaub, Krankheit oder der Teilnahme an Weiterbildungen ausfiel. Besonders schwerwiegend waren der längerfristige Ausfall von Leitungskräften oder fehlende Leitungskräfte durch unbesetzte Stellen.

Einrichtungen, die keine verbindliche Kommunikationsstruktur und -kultur aufweisen konnten, hatten es im Rahmen der Einführung von Konzeptbausteinen zunächst ungleich schwerer. Auch ungeklärte Zuständigkeiten, insbesondere zwischen den Arbeitsbereichen Pflege und Sozialer Dienst, aber auch unklare Zuständigkeiten zwischen den Leitungsebenen und Mitarbeitern/innen haben den Beginn der Einführung verzögert. Mit Unterstützung der Organisationsberatung wurden diese Aspekte bearbeitet, um entsprechende Strukturen des Projektmanagements zu etablieren und die Kommunikation sowie die Verantwortlichkeiten klären zu können⁶⁵. Mit der genannten Problematik geht ein weiteres Hemmnis einher, welches mit der Überprüfung bzw. Einhaltung von Anforderungen verbunden ist: Fehlt in einer Einrichtung ein verbindliches Kontrollverfahren durch Vorgesetzte und/oder mittels kollegialer Beratung, dann muss auch dieses zunächst eingeführt werden. Im Sinne einer dauerhaften Qualitätsentwicklung und vor allem der Qualitätssicherung bedarf es der Kontrolle mit Blick auf die verbindliche Einhaltung der vorgegebenen Anforderungen. Letztlich konnte die Einführung und Erprobung der Konzeptbausteine für die Einrichtungen mit bereits vorhandenen etablierten Kommunikationsstrukturen, geklärten Zuständigkeiten und verbindlichen Aufgabenbereichen sowie einem vorhandenen Controlling-System einfacher und zügiger vorgenommen werden. Die genannten Voraussetzungen stellen einen wichtigen Aspekt dar, der auf die nächste Fragestellung hinweist:

Inwieweit gelang in der Konzeptions- und Implementierungsphase eine erfolgreiche Verbindung der möglicherweise in einem Spannungsverhältnis stehenden Anforderungen an eine fachliche Fundierung der umzusetzenden Anforderungen einerseits und der praktischen Umsetzbarkeit vor dem Hintergrund der Rahmenbedingungen in den Einrichtungen andererseits?

Ein Ziel des Projektes bestand darin, eine praxisnahe Konzeptentwicklung durchzuführen. Die Beteiligung der Einrichtungen an der Konzeptentwicklung im Rahmen der Regionalgruppentreffen war rückblickend eine wichtige Voraussetzung, um eben dieses Spannungsverhältnis zu verdeutlichen und zu diskutieren. Der Austausch zwischen den Modellbeauftragten, den Wissenschaftlern/innen und der Organisationsberatung untereinander hat dazu geführt, konkrete Möglichkeiten und Grenzen der Einrichtungen vor dem Hintergrund fachlicher Anforderungen aufzuzeigen. Insbesondere die Suche der Modellbeauftragten nach kreativen Lösungen und deren Austausch über Erfahrungen und Vorgehensweisen hat dazu beigetragen, über die Grenzen der einzelnen Einrichtung hinaus zusätzliche Möglichkeiten für die Umsetzung von Anforderungen zu finden.

Innerhalb der Einrichtungen war die Beteiligung der Mitarbeiter/innen an der einrichtungsspezifischen Entwicklung von Konzepten, Checklisten, Formularen etc. von zentraler Bedeutung. Dadurch waren die Akzeptanz und die Identifikation mit den fachlichen Anforderungen der Konzeptbausteine in großen Teilen der Belegschaft hoch. Auch die Einbindung ausgewählter Mitarbeiter/innen in die einrichtungsinter-

⁶⁵ Vgl. hierzu Kap. 3 und außerdem den entsprechenden Praxisleitfaden zum Projekt: MAGS (Hrsg.) (2007): „Referenzmodelle ...“. Teil B, hier werden die Hinweise zur Umsetzung und damit die zu schaffenden Voraussetzungen genau beschrieben.

nen Arbeitsgruppen zu den Projekthaltungen, die dann wiederum als Multiplikatoren dienten und an den Schulungen der Belegschaft mitwirkten, hat die Akzeptanz der Konzeptbausteine bei den Mitarbeitern/innen erhöht.

Insbesondere personelle Engpässe und Zeitdruck wurden immer wieder als problematisch bei der Umsetzung bezeichnet. Hier bestand das größte Spannungsverhältnis zwischen fachlichen Anforderungen und der Umsetzung. Dennoch zeigen die Evaluationsergebnisse, dass die Umsetzung der Konzeptbausteine unter den o.g. Voraussetzungen und bei wenig veränderten Rahmenbedingungen möglich war. Dem generell bemängelten Zeit- und Personalmangel steht eine Zeitersparnis durch besser strukturierte Abläufe, geklärte Zuständigkeiten und Aufgabenbereiche sowie ein gutes internes und externes Schnittstellenmanagement entgegen. Auch konnten durch die qualifikationsorientierte Arbeitsteilung im Rahmen der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen Pflegefachkräfte von Tätigkeiten – wie z. B. der Wäscheversorgung – entlastet werden.

Nicht zuletzt konnte durch die Zuständigen Pflegefachkräfte der Pflegeprozess kontinuierlicher fortgeführt werden (z. B. bei Krankenhauseinweisungen) und die Versorgungskoordination reibungsloser ablaufen (z. B. in der Zusammenarbeit mit Angehörigen oder niedergelassenen Ärzten/innen). Probleme gab es bei der Umsetzung der Stellvertretungsregelungen für die zuständigen Pflegefachkräfte. Die personelle Ausstattung stieß hier an ihre Grenzen, so dass Einrichtungen kurzfristige Lösungen für die Benennung von Vertretern/innen finden mussten. Letztlich ließ sich die Größe der Bewohnergruppe von etwa 10 Personen je vollzeitbeschäftigter Zuständiger Pflegefachkraft in der Praxis realisieren.

Darüber hinaus konnte das Leistungsprofil der Einrichtungen an die Leistungsbeschreibungen angepasst werden, und Angebote für Bewohner/innen wurden weiterentwickelt. Dabei wurden insbesondere immobile und demenzkranke Bewohner/innen berücksichtigt. Die Ergebnisse zu den Veränderungen des Leistungsgeschehens deuten außerdem darauf hin, dass eine verstärkte Ressourcenorientierung und eine gerechtere Leistungsverteilung bei den vorhandenen Rahmenbedingungen der Einrichtungen möglich waren.

Somit konnte trotz der unterschiedlichen Ausgangslage in den verschiedenen Einrichtungen und damit auch unterschiedlicher Spannungsverhältnisse zwischen „Anspruch und Wirklichkeit“ eine Qualitätsentwicklung erreicht werden. Dabei war insbesondere die Personalsituation im Hinblick auf die Qualifikationsvoraussetzungen von Bedeutung. Die folgende Fragestellung bezieht sich auf die ggf. notwendigen Anpassungen mit Blick auf die Qualifikation von Mitarbeitern/innen:

Welche Qualifikationsvoraussetzungen der Mitarbeiter/innen waren gegeben und welche Anpassungsnotwendigkeiten ergaben sich im Hinblick auf die Qualifikationsstruktur?

Im Hinblick auf die Umsetzung der Konzeptbausteine war die Funktion der „Zuständigen Pflegefachkraft“ von besonderer Bedeutung, um den Pflegeprozess zu steuern und die Versorgung zu koordinieren. Betrachtet man in diesem Zusammenhang den Anteil der vollzeitbeschäftigten Pflegefachkräfte wurden erhebliche Unterschiede deutlich: so waren in sechs Einrichtungen weniger als die Hälfte der Fachkräfte vollzeitbeschäftigt. Nur in zwei Einrichtungen verfügten Fachkräfte ausschließlich über Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse mit einem Beschäftigungsumfang von über 50%. Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten lag mit insgesamt 35% unter dem Landesdurchschnitt NRW (41%). Im Verlauf des Projektes ergaben sich geringfügige Veränderungen, die sich auf eine Zunahme von Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen mit einem Beschäftigungsumfang von mehr als 50% beziehen. In der Gruppe der Pflegefachkräfte überwogen die Altenpfleger/innen.

Neben den fachlichen Fort- und Weiterbildungen von Mitarbeitern/innen, die im Bereich der stationären Altenpflege angeboten werden, haben die Einrichtungen zusätzliche Schulungen durchgeführt, die als Grundlage für die Einführung der Konzeptbausteine notwendig waren. Dazu zählten insbesondere Fortbildungen zu Prophylaxen, zur Pflegeplanung und -dokumentation und zur Betreuung demenzkranker Bewohner/innen. Darüber hinaus waren spezielle Schulungen angezeigt, die sich auf die konkreten Informationen bezüglich der Konzeptbausteine und deren Umsetzung bezogen. Die Schulungsdokumentation der Modellbeauftragten zeigte, dass durchschnittlich knapp 122 Schulungen je Einrichtung (bei unterschiedlicher Gruppengröße) über einen Zeitraum von etwa zwei Jahren durchgeführt wurden. Schulungsbedarf zeigten die Evaluationsergebnisse bezüglich der von Mitarbeitern/innen und Modellbeauftragten genannten Probleme hinsichtlich der Pflegeplanung und -dokumentation, der Betreuung von demenzkranken Bewohnern/innen sowie der Förderung von Gesprächsführungskompetenzen. Somit haben die Einrichtungen in den meisten Fällen auf den Schulungsbedarf reagiert. Zur Einführung der Konzeptbausteine hat jede Einrichtung durchschnittlich knapp 90 Schulungen (wiederum mit unterschiedlicher Gruppengröße) während der Projektlaufzeit durchgeführt.

Für die Bewertung der Anforderungen waren die Mitarbeiterbefragungen von zentraler Bedeutung. Diese haben letztendlich mit den Konzeptbausteinen gearbeitet und sie in der Praxis erprobt. Eine der zentralen Forschungsfragen bezieht sich auf die Perspektive der Mitarbeiter/innen:

Wie reagieren die Mitarbeiter/innen auf die veränderten Anforderungen und inwieweit gelang es ihnen, die Konzeptbausteine im Arbeitsalltag umzusetzen?

Es wurden zwei Mitarbeiterbefragungen durchgeführt, wobei die erste vor Beginn der Arbeit mit den Konzeptbausteinen erfolgte, um die Bewertung von Arbeitssituation und -belastungen sowie von Schwachstellen in der Pflege aus ihrer Sicht darstellen zu können. Eine weitere Befragung erfolgte zum Projektende, um die Ausgangslage mit der Bewertung der Situation nach der Erprobung der Konzeptbausteine vergleichen zu können. Darüber hinaus wurden die Mitarbeiter/innen zur Bewertung der verschiedenen Bausteine aufgefordert.

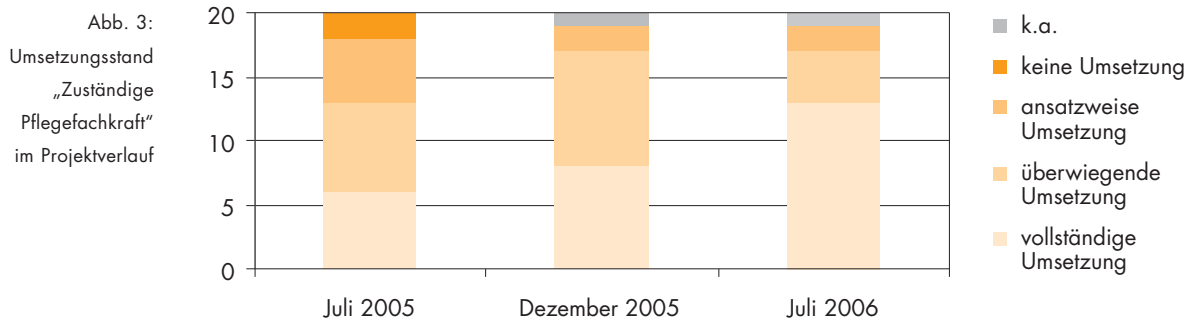
Die Ausgangssituation in den Referenzeinrichtungen gestaltete sich aus der Sicht der Mitarbeiter/innen weitgehend positiv: Die Ergebnisse zeigen insgesamt mäßige Arbeitsbelastungen, ein gutes Arbeitsklima und eine hohe Arbeitszufriedenheit auf. Den größten Handlungsbedarf sahen die Mitarbeiter/innen hinsichtlich der Betreuung von demenzkranken Bewohnern/innen. Die Gesamtbewertung hat sich auch zum Projektende kaum verändert, wobei sich die Einschätzung der Betreuung von demenzkranken Bewohner/innen leicht verbessert hat.

Empfehlungen zur Zuständigen Pflegefachkraft (ZPFK)

Darüber hinaus wurde während der Umsetzung der einzelnen Konzeptbausteine die Reaktion der Mitarbeiter/innen auf die Anforderungen durch die Modellbeauftragten erhoben. Die Anforderungen an die „Zuständige Pflegefachkraft“ wurden von der Belegschaft überwiegend positiv aufgenommen und in die Praxis umgesetzt. Allerdings gab es auch Konflikte bezüglich der zu klärenden Zuständigkeiten und der Frage danach, welche Pflegefachkräfte auch als Zuständige Pflegefachkräfte eingesetzt werden. In den Einrichtungen wurden alle bzw. annähernd alle Fachkräfte auch als solche eingesetzt. Jedoch waren nicht alle Fachkräfte bereit, mehr Verantwortung und mehr Steuerungs- und Koordinationsaufgaben zu übernehmen. Außerdem galt es, die Aufgabenteilung zwischen Wohnbereichsleitungen und Zuständigen Pflegefachkräften zu prüfen und ggf. zu verändern, womit bei einigen Wohnbereichsleitungen damit die Befürchtung einherging, dass sie „wegrationalisiert“ werden könnten. Während des Projektzeitraums konnten die Aufgaben und Zuständigkeiten geklärt und die Arbeitsweise hinsichtlich der Funktion der Zuständigen Pflegefach-

kräfte erprobt werden. Schließlich fiel die Bewertung der Mitarbeiter/innen zum Projektende dann sehr positiv aus: Die Hälfte der befragten Mitarbeiter/innen in der Pflege, wobei sich an der Befragung Fach- und Hilfskräfte beteiligten, waren selbst Zuständige Pflegefachkräfte. Diese Zuständigen Pflegefachkräfte gaben an, dass sich die Versorgung der Bewohner/innen durch die Umsetzung dieses Konzeptbausteins bereits verbessert habe.

Bereits nach der Einführungsphase im Juli 2005 sind in sechs Einrichtungen die Empfehlungen zur „Zuständigen Pflegefachkraft“ vollständig umgesetzt. Eine überwiegende Umsetzung, das heißt eine Umsetzung von mehr als der Hälfte der Empfehlungen, erfolgt in sieben Modelleinrichtungen. In fünf weiteren Häusern waren die Empfehlungen ansatzweise (weniger als die Hälfte der Empfehlungen) umgesetzt. In zwei Einrichtungen wurden die Empfehlungen zur ZPFK zunächst nicht bearbeitet und umgesetzt. Bis Dezember 2005 hat sich die Zahl der Einrichtungen, in denen zu diesem Zeitpunkt die Empfehlungen vollständig angepasst wurden, von sechs auf acht erhöht. Eine überwiegende Umsetzung erfolgte bis dahin in zwei weiteren Einrichtungen, so dass zu dem Zeitpunkt insgesamt neun Einrichtungen die überwiegenden Empfehlungen zur ZPFK umsetzen konnten. Zum Projektende konnten die Empfehlungen von insgesamt 13 Einrichtungen vollständig umgesetzt werden. Weitere vier Häuser haben den überwiegenden Teil der Empfehlungen implementiert. Zwei Einrichtungen haben die Empfehlungen lediglich in Ansätzen umgesetzt. Von einer Einrichtung liegen keine Informationen vor.



Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen

Die Mitarbeiter/innen reagierten auf die Einführung der Leistungsbeschreibungen innerhalb einer Einrichtung aber auch im Vergleich der Referenzeinrichtungen unterschiedlich. Trotz Verunsicherung und Angst vor Überforderung waren größtenteils positive Reaktionen zu verzeichnen. Die Schulungen haben gezeigt, dass die Leistungsbeschreibungen zu mehr Klarheit und Transparenz hinsichtlich des Leistungsprofils insgesamt und einzelner Maßnahmen geführt haben. Im Verlauf der Erprobung wurde deutlich, dass angesichts der qualifikationsorientierten Arbeitsteilung bei den mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen auch eine gewisse Konfliktfreudigkeit aufkam, da die Arbeitsteilung teilweise angepasst werden musste.

Nach der Erprobung bewerteten die Mitarbeiter/innen die Leistungsbeschreibungen positiv: 61% der Mitarbeiter/innen gaben an, dass die Nutzung der Leistungsbeschreibungen für sie eine Verbesserung im Vergleich zur vorherigen Arbeitsweise darstellen. Begründet wird dies hauptsächlich durch eine klare und detaillierte Abgrenzung der Leistungen, die Nutzung der Beschreibungen als Formulierungshilfe für die Pflegeplanung und -dokumentation und eine insgesamt erhöhte Transparenz

der Pflegeleistungen. Bis zum Ende der Projektlaufzeit hat etwa ein Viertel der Einrichtungen die Anforderungen an eine qualifikationsorientierte Arbeitsteilung erfüllen können, etwa zwei Drittel der Einrichtungen stimmten überwiegend mit der qualifikationsorientierten Arbeitsteilung bei den mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen überein.

Im Hinblick auf die Leistungsbeschreibungen lässt sich festhalten, dass alle Einrichtungen ihr Leistungsprofil angepasst haben und die Mitarbeiter/innen trotz einiger Schwierigkeiten bei der Abgrenzung einzelner Leistungen voneinander positive Aspekte sehen, die auch seitens der meisten Modellbeauftragten bestätigt werden: Die Leistungsbeschreibungen haben zu einer reflektierten und zusammenhängenden Arbeits- und Pflegeplanung sowie zu einem größeren Bewusstsein für die Bedeutung der psychosozialen Betreuung der Bewohner/innen geführt. Darüber hinaus haben die Auseinandersetzungen mit den Leistungsbeschreibungen eine bessere Kooperation zwischen den Hierarchieebenen bzw. den Mitarbeitern/innen der Pflege und des Sozialen Dienstes befördert. Die Angebote für die Bewohner/innen wurden geprüft, die Schulungen der Mitarbeiter/innen führten zu einer vermehrten Durchführung von Prophylaxen, es konnte eine Qualitätssteigerung bei der Pflegedokumentation erreicht werden, die Bewohner/innen werden stärker ressourcenorientiert versorgt, und die Leistungen werden gerechter verteilt.

Pflegerisches Assessment

Auch die Reaktionen der Mitarbeiter/innen auf die Anforderungen an das pflegerische Assessment waren weitgehend positiv. Zum Projektende war den zuständigen Mitarbeitern/innen der Erhebungsbogen bekannt, wobei mehr als ein Drittel angab, dass sich die Qualität des Assessments durch die Anforderungen verbessert habe. Ein Viertel der Befragten verzeichnete keine Veränderungen hinsichtlich der Qualität, wobei diese Angaben darauf zurückzuführen sind, dass in einem Viertel der Einrichtungen die Anforderungen an das pflegerische Assessment bereits vor Projektbeginn mit denen des Konzeptbausteins übereinstimmten. Nahezu alle Einrichtungen konnten die Anforderungen an das pflegerische Assessment während der Projektlaufzeit umsetzen; nur in wenigen Einrichtungen wurden einzelne Anforderungen zu dem Zeitpunkt noch bearbeitet. Fast alle Einrichtungen gaben an, den Kriterienkatalog zum pflegerischen Assessment auch künftig beibehalten zu wollen.

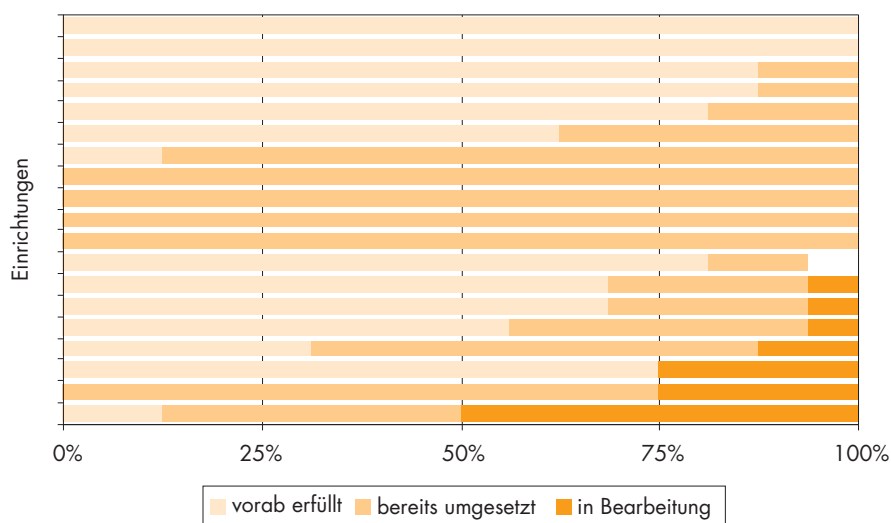
Mehrere Modellbeauftragte gaben an, dass sich seit der Erprobung des angepassten Assessments das Risikomanagement deutlich verbessert hat. Insgesamt wurde der Nutzen von den Modellbeauftragten als ausgesprochen hoch bewertet. Die Anforderungen an das pflegerische Assessment legen „klare Richtlinien für Mitarbeiter“ fest, und die „Individualität der Bewohner tritt stärker in den Vordergrund“. Ein „sehr hoher Nutzen“ wurde seitens der Modellbeauftragten auch darin gesehen, „dass ein umfangreiches Assessment dauerhaft eine präventive und prophylaktische Pflege sichert“ und somit „bei kontinuierlicher Erhebung der Daten eine zeitnahe und qualitätsgesicherte Versorgung möglich ist“.⁶⁶

In der Gesamtschau zeigt sich, dass sich die Menge der umgesetzten Anforderungen während des Projektzeitraums in den Einrichtungen sehr unterschiedlich darstellt. Gemessen an der Anzahl der Anforderungen an ein pflegerisches Assessment zeigte sich zum Ende der Projektlaufzeit (Stand: Juli 2006), dass elf Einrichtungen von 19 alle Anforderungen umgesetzt, sieben Einrichtungen die nicht vollständig umgesetzten Anforderungen zum Befragungszeitpunkt noch bearbeitet haben. Eine Einrichtung machte bei der letzten Datenerhebung keine Angabe. Auffällig ist, dass vier Einrichtungen vor Projektbeginn keine der Anforderungen an ein pflegerisches Assessment erfüllt hatten. Darüber hinaus waren in zwei Einrichtungen bereits vor Projektbeginn

⁶⁶ Die hier zitierten Sätze entstammen der Abschlussbefragung der Modellbeauftragten.

alle Anforderungen erfüllt. Trotz der differierenden Ausgangsvoraussetzungen ist es den Einrichtungen insgesamt weitgehend gelungen, die Anforderungen an ein pflegerisches Assessment in die Praxis einzuführen (s. Abb.: 4).

Abb. 4:
Anforderungen an
das pflegerische
Assessment – Ziel-
erreichung in den
Einrichtungen



Der Großteil der Einrichtungen bewertet die Erprobung des pflegerischen Assessments zum Abschluss der Projektlaufzeit positiv: insgesamt 17 Einrichtungen planen die vollständige (Bearbeitung und) Weiterverwendung des Anforderungskatalogs. Zwei Einrichtungen geben an, lediglich Teile des Anforderungskatalogs zukünftig weiter zu verwenden bzw. umzusetzen.

Kriterienkatalog zur Erfassung biografischer Informationen

Die Reaktionen auf den Kriterienkatalog zur Erfassung biografischer Informationen waren dagegen zunächst unterschiedlich. Einige Mitarbeiter/innen sahen die biografische Arbeit eher als zusätzliche Pflicht und Belastung an, wobei auch – wie bereits oben beschrieben – Überforderungen bei der Durchführung biografischer Gespräche deutlich wurden. Dennoch zeigen die Ergebnisse zum Projektende, dass nahezu alle befragten Mitarbeiter/innen den Einsatz von Biografiebögen bestätigten und hervorhoben, dass diese während der Projektlaufzeit angepasst worden sind. Zum Abschluss erlebte die weit überwiegende Mehrheit das Wissen um biografische Informationen als hilfreich für den Umgang mit den Bewohnern/innen und mehrheitlich wurde eine Verbesserung der Biografiebögen benannt. Probleme bei der dauerhaften Anwendung sahen die Mitarbeiter/innen mehrheitlich nicht. Die übrigen Evaluationsergebnisse zur Umsetzung des Kriterienkatalogs haben allerdings auch gezeigt, dass eine kontinuierliche Fortschreibung biografischer Informationen für alle Heimbewohner/innen in knapp der Hälfte der Einrichtungen gelungen ist und in der anderen Hälfte der Einrichtungen diese zumindest für einige Bewohner/innen erfolgte. Auch die Berücksichtigung biografischer Informationen in der Pflegeplanung gelang in knapp zwei Drittel der Einrichtungen für alle Bewohner/innen. Die übrigen Einrichtungen haben die Anforderungen zumindest für einen Teil der Bewohner/innen umsetzen können. Die weit überwiegende Mehrheit der Einrichtungen gibt zum Abschluss der Projektlaufzeit an, dass sie vollständig mit den Kriterienkatalog weiter arbeiten bzw. die noch fehlenden Anforderungen künftig umsetzen werden.

Verbesserte Dokumentationsformen

Die Empfehlungen für verbesserte Dokumentationsformen galten im Projekt nicht als verpflichtend. Angesichts der Vielzahl der anderen Konzeptbausteine hatte sich daher die Hälfte der Einrichtungen entschlossen, diese Empfehlungen nicht umzusetzen. Die Befragung der Mitarbeiter/innen zum Projektende hat gezeigt, dass etwa 40% die Veränderungen positiv bewerteten. Diese Ergebnisse resultieren aus den Einrichtungen, die ihre Dokumentationsformen entsprechend angepasst hatten. Dabei waren die Mitarbeiter/innen der Ansicht, dass sich sowohl der Umfang der Pflegeplanung reduziert hat und die Tagesablaufpläne für die Versorgung der Bewohner/innen hilfreich waren als auch weniger Zeit für die Dokumentation benötigt wurde. Auch die Ergebnisse der Leistungserfassungen zeigen, dass der Aufwand für die Pflegedokumentation zumindest leicht rückläufig war. Die Modellbeauftragten gaben ebenfalls an, die Pflegedokumentation sei insgesamt übersichtlicher, transparenter und individueller geworden.

Insgesamt wurden – mit einer Ausnahme und vornehmlich aus zeitökonomischen Gründen – von jeder der 20 Referenzeinrichtungen drei Pflegedokumentationen analysiert. Von einer Einrichtung mit scheinbar guter Dokumentationsqualität wurde im Sinne eines „best practice“-Ansatzes eine vierte Dokumentation untersucht, da ein Datensatz sehr unvollständig und damit wenig aussagekräftig war. Der Stichprobenumfang beträgt somit $n=61$.

Die Bewohner/innen, deren Pflegedokumentation untersucht wurde, haben fast zur Hälfte (47%, $n=26$) die Pflegestufe 2, je ein Viertel (26%, $n=14$) die Pflegestufen 1 oder 3, und ein/e Bewohner/in ist als sog. Härtefall eingestuft worden. Sechs Angaben hierzu konnten – meist aufgrund von fehlenden Stammblätern – nicht gemacht werden. Die Bewohner/innen lebten zwischen 2 Wochen und 17,7 Jahren in den Einrichtungen, der Mittelwert beträgt 1,8 Jahre, der Median 6 Monate (wobei die Angaben von zwei Bewohnern/innen fehlten).

Die Referenzeinrichtungen arbeiteten mit unterschiedlichen Systemanbietern, wobei fünf Einrichtungen jeweils unterschiedliche EDV-Anbieter nutzten.

Am häufigsten lagen in den kopierten bzw. ausgedruckten Dokumentationen ausgefüllte Pflegeberichte (98%) – wenn auch sehr unterschiedlichen Zeitraums – und Pflegeplanungen (98%) vor, am seltensten Überleitungsbögen für Krankenhausaufenthalte (15%). Die Schwierigkeit bei Letzteren bestand für die Modellbeauftragten teilweise darin, dass ausgefüllte Bögen den kranken Bewohnern mitgegeben und nicht als Kopie in der Referenzeinrichtung verwahrt oder im Computer gespeichert wurden. In 28% der Fälle wurde zudem auf Bewegungs- bzw. Lagerungspläne verwiesen, die aber nicht in allen Dokumentationen beilagen, sondern im Bewohnerzimmer verblieben.

Nach Aussagen der Modellbeauftragten bestanden in fünf Referenzeinrichtungen verbindliche Regelungen hinsichtlich der Arbeitszeit, die für die Wahrnehmung von dokumentationsbezogenen Aufgaben zur Verfügung steht. 12 äußerten lediglich, die Pflegedokumentation solle möglichst zeitnah erfolgen (Angaben von drei Einrichtungen fehlten). Schulungen zur Pflegedokumentation wurden in 11 Häusern (79%) durchgeführt. Nur drei Einrichtungen (21%) boten bisher noch keine Schulung für ihre Mitarbeiter/innen an (sechs Angaben fehlten).

Laut Modellbeauftragtem/r bereitete diese Prioritätensetzung den Mitarbeiter/innen aber noch Schwierigkeiten. Etwaige farbliche Hervorhebungen waren auf den Kopien der anderen Einrichtungen nicht zu erkennen. In der Pflegeplanung wurde allerdings deutlich, dass nur in 33% ($n=20$) der Dokumentationen alle AEDL in die Planung einfließen, während in 62% ($n=38$) nur eine Auswahl daraus getroffen wurden (drei Angaben fehlten). Daraus ist zu schließen, dass diese Auswahl bereits eine

Fokussierung auf die vorrangigen Probleme und Ressourcen beinhaltete. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass in fast einem Viertel der Pflegedokumentationen nicht allen in der Pflegeplanung beschriebenen Problemlagen Pflegeziele zugeordnet wurden. In einigen Fällen konnten die jeweiligen Reduktionen inhaltlich nicht auf die Selektion vorrangiger Pflegeprobleme zurückgeführt werden, da offensichtlich relevante Problemlagen oder Pflegeziele – insbesondere psychosoziale – fehlten. Schließlich wurde eingeschätzt, inwieweit eine externe Fachperson durch die Informationen aus Pflegeanamnese und -planung ein vollständiges Bild von den wichtigsten Ressourcen und Problemen des Bewohners erhielt: Interessanterweise entstand in jeweils exakt der Hälfte der Dokumentationen ein entweder guter oder schlechter Überblick.

In zwei Dritteln der Pflegedokumentationen lag anstatt einer unzusammenhängenden Planung von Einzelmaßnahmen ein chronologischer Tages- bzw. Pflegeablaufplan für die Bewohner/innen vor. Vier Dokumentationen enthielten (noch) gar keine Maßnahmenplanung. Allerdings entsprachen etwa zwei Drittel der Tagespläne nur teilweise den Anforderungen, da entweder regelmäßige Interventionen, wie z.B. Ansprache oder Kämmen, fehlten oder die zeitliche Abfolge (z.B. von „zu Trinken anbieten, dann Oberkörperhochlagerung“), in sich nicht schlüssig war. In den 38 vorliegenden Dokumentationen mit Pflegeablaufplänen wurden Maßnahmen, die zumindest einmal wöchentlich regelmäßig erbracht werden, meist (68%) im Tagesplan, bei 16% in einem separaten Wochenplan dokumentiert. Auf diesen wurde nur in einem Fall nicht ausdrücklich verwiesen. In weiteren sechs Dokumentationen fanden sich die wöchentlichen Interventionen jedoch weder im Tages-, noch im Wochenplan.

Obwohl fast alle Tagespläne tabellarisch formatiert waren, ließ ihre Übersichtlichkeit in etwa einem Viertel der Fälle noch zu wünschen übrig. Eine Doppeldokumentation von Maßnahmen in der Pflegeplanung und dem Tagesplan wurde meist komplett (87%) oder teilweise vermieden (11%); nur in einer der 38 Dokumentationen fanden sich umfangreiche Doppelungen.

80% der Leistungsnachweise aller Pflegedokumentationen erfolgten, wie bisher üblich, auf einem von der Maßnahmenplanung separaten Formular (eine Angabe fehlte). Insbesondere die Nachweise der EDV-Systeme waren mit den Maßnahmen so verlinkt, dass hier nicht von einer Separierung gesprochen werden konnte. In 82% der Pflegedokumentationen mit Tagesplan wurden im Durchführungsnachweis Maßnahmenkomplexe gebildet, so dass die Mitarbeiter/innen z.B. nur einmal pro Schicht statt lauter Einzelmaßnahmen abzeichnen mussten. Abweichungen vom Tagesplan wurden dort in knapp der Hälfte der Fälle (49%) gekennzeichnet, von denen wiederum je etwa ein Drittel angemessen oder zumindest ansatzweise im Pflegebericht beschrieben wurden. Es ließ sich aber nicht sagen, wie oft Abweichungen von Tagesplan tatsächlich vorgekommen waren. Außerdem bestätigte sich in der Pflegedokumentation die Beobachtung einiger Modellbeauftragten, dass die Pflegekräfte die Funktion des „Abweichungs-Feldes“ auf dem Formular des Durchführungsnachweises missverstanden haben: In manchen Dokumentationen wurde dort jedes Mal unterzeichnet, wenn Eintragungen in den Pflegebericht vorgenommen wurden – auch, wenn diese keine Abweichung vom Tagesplan darstellten.

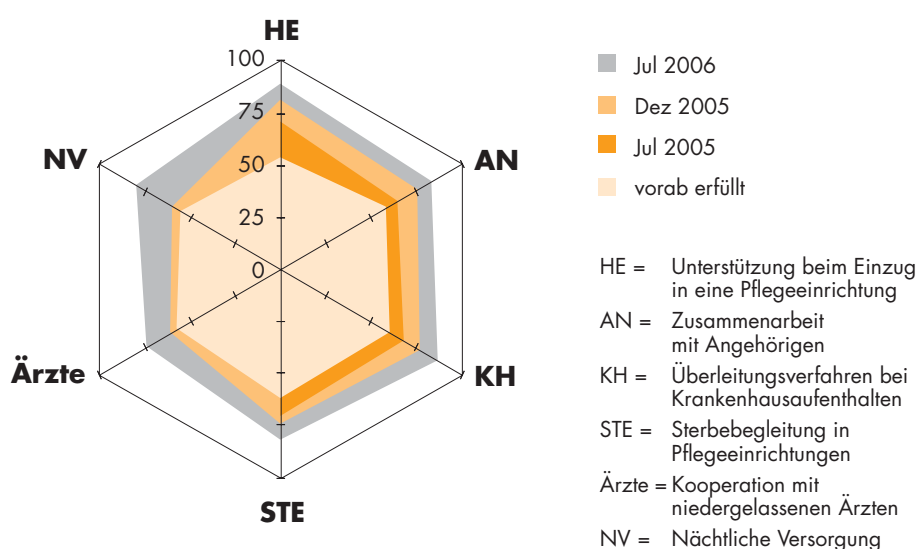
Die Durchführung von pflegerischen oder psychosozialen Interventionen, die weder täglich noch wöchentlich erfolgten, wurde in etwa drei Vierteln gesondert in einem Wochen- bzw. Monatsplan nachgewiesen (drei Angaben fehlten).

Eine einrichtungsbezogene Datenauswertung gestaltete sich aufgrund der kleinen Stichproben und der mangelnden Dokumentationsvergleichbarkeit schwierig, die Interpretationen sind daher nur als Tendenzen zu verstehen. Um einen Überblick über mögliche Stärken und Schwächen der jeweiligen Dokumentationspraxis in den Referenzeinrichtungen zu bekommen, wurden die Analyseergebnisse in neun Themen-

komplexe aufgeteilt und mit einer „vorsichtigen“ Bewertung versehen. Diese Komplexe umfassen neben der eigentlichen Pflegeprozessdokumentation auch die Biografieerfassung und die Rahmenkonzepte; die Bewertung erfolgte mittels „(sehr)gut/mittel/schlecht“-Zuweisungen. Insgesamt ließen sich die Konzeptbausteine des Projektes „Referenzmodelle“ vor allem in den Dokumentationen von vier Modelleinrichtungen wieder finden. Besondere Gemeinsamkeiten dieser vier Referenzeinrichtungen hinsichtlich Dokumentationssystem, dokumentationsbezogener Arbeitszeitregelung, Schulungen o.a. Rahmenbedingungen waren nicht festzustellen. Darüber hinaus fielen acht weitere Referenzeinrichtungen mit besonders guten Analyseergebnissen in einzelnen Dokumentationskomplexen auf (z. B. in der Anamnese; Pflege- und Maßnahmenplanung; Biografieerfassung etc). Betrachtet man weitere Einzelergebnisse, fällt auf, dass die Ergebnisse der Befragung der Modellbeauftragten einerseits und der Dokumentationsanalyse andererseits hinsichtlich der Benennung der Zuständigen Pflegefachkraft fast überall übereinstimmten: Nur in zwei Referenzeinrichtungen wurden nicht wie geplant die Zuständigen Pflegefachkräfte der Bewohner/innen ersichtlich. Weitere Zusammenhänge z. B. zwischen fehlenden Konzepten bzw. Schulungen zur nächtlichen Versorgung oder den Instrumenten der Biografieerfassung und der entsprechenden Dokumentationsqualität in diesen Bereichen konnten nicht hergestellt werden.

Qualitätsmaßstäbe bzw. Rahmenkonzepte

In der Gesamtschau zeigt sich, dass ein Teil der Anforderungen bereits vor Projektbeginn erfüllt wurde. Von den geforderten Kriterien aller Qualitätsmaßstäbe wurden vorab insgesamt 60% erfüllt. Während der Projektlaufzeit setzten die Heime weitere 22% der Anforderungen um; weitere 10% der Anforderungen befanden sich zum Befragungszeitpunkt noch in Bearbeitung. Deutlich wurde, dass die Umsetzung der Rahmenkonzepte zum Heimeinzug (HE), zur Zusammenarbeit mit Angehörigen (AN), zum Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten (KH) und zur Sterbebegleitung (STE) in der Gesamtschau etwas weiter fortgeschritten war, als die Bearbeitung der Rahmenkonzepte zur Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten (ÄRZTE) und zur nächtlichen Versorgung (NV). Dieses Ergebnis lässt sich darauf zurückführen, dass die beiden letztgenannten Rahmenkonzepte im Projektverlauf später eingebracht wurden als die übrigen (vgl. Abb. 5).



Der Qualitätsmaßstab zum Einzug in eine Pflegeeinrichtung wurde von den Mitarbeitern/innen weitgehend positiv bewertet, obgleich einige Mitarbeiter/innen zunächst Skepsis hinsichtlich einer zusätzlichen Arbeitsbelastung äußerten. Knapp 60% der Befragten sahen eine Verbesserung des Heimeinzugsverfahrens aufgrund der umgesetzten Anforderungen. Auch weitere 50 narrative Interviews mit Mitarbeitern/innen zur Bewertung des Heimeinzugs nach Umsetzung der Anforderungen ergaben, dass die anfängliche Skepsis einer wachsenden Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen mit der Umsetzung der Anforderungen dieses Qualitätsmaßstabs gewichen ist. Der Umsetzungsgrad dieses Qualitätsmaßstabs ist bis zum Ende der Projektlaufzeit vergleichsweise am weitesten voran geschritten. Nahezu alle Anforderungen konnten in den meisten Einrichtungen erfüllt werden. Lediglich die Erstellung der Pflegeplanung auf der Basis des pflegerischen Assessments konnte in einem Viertel der Einrichtungen noch nicht spätestens zwei Wochen nach dem Heimeinzug gewährleistet werden.

Der Qualitätsmaßstab zur Zusammenarbeit mit Angehörigen wurde ebenfalls positiv bewertet, auch wenn zunächst wiederum bei einigen Mitarbeitern/innen Angst vor Überforderung vor der Erprobung von Bedeutung war. Etwa die Hälfte der befragten Mitarbeiter/innen registrierte bereits während der Projektlaufzeit Verbesserungen in der Zusammenarbeit mit Angehörigen durch die umgesetzten Anforderungen dieses Qualitätsmaßstabs. Lediglich bei Konflikten mit Angehörigen oder zwischen Bewohnern/innen und Angehörigen fühlten sich Mitarbeiter/innen häufig überfordert. Wie bereits oben beschrieben, werden in diesem Zusammenhang mangelnde Gesprächsführungskompetenzen angezeigt und sollten künftig mit Blick auf die Qualifizierung von Mitarbeiter/innen stärker berücksichtigt werden. Einige Einrichtungen sehen weiteren Aufholbedarf: beispielsweise gelang die Ermittlung von Wünschen und Beschwerden von Angehörigen bis zum Ende der Projektlaufzeit in einem Viertel der Einrichtungen nicht.

Der Qualitätsmaßstab zur nächtlichen Versorgung wurde vergleichsweise spät eingeführt, so dass die diesbezüglichen Veränderungen weniger fortschreiten konnten. Die Reaktionen der Mitarbeiter/innen auf die Einführung bzw. Erprobung dieses Qualitätsmaßstabs waren sehr unterschiedlich, da sie meistens mit einer Veränderung von Dienstzeiten einherging. Einige Einrichtungen haben Zwischendienste eingeführt, die Dienstzeiten bzw. das Schichtsystem verändert. Darauf hat ein Teil der Mitarbeiter/innen mit deutlichem Widerstand reagiert, andere wiederum haben die Veränderungen positiv aufgenommen. Dennoch geben immerhin knapp 30% der befragten Mitarbeiter/innen zum Ende der Projektlaufzeit an, dass sich seit der Einführung des Qualitätsmaßstabs Verbesserungen bei der nächtlichen Versorgung der Bewohner/innen eingestellt haben. Etwa die Hälfte der Befragten gab an, dass eine weitere Umsetzung dieses Konzeptbausteins ohne größere Probleme erfolgen könne.

Trotz der vergleichsweise späten Einführung dieses Konzeptbausteins konnte während der Projektlaufzeit ein Teil der Anforderungen erprobt werden. Nicht zuletzt sollten Angebote für die Bewohner/innen in den Abend- und Nachstunden geschaffen werden. Da mit der Umsetzung dieses Qualitätsmaßstabs teilweise einschneidende Veränderungen der Arbeitszeiten und -planung verbunden waren, konnten die Anforderungen in den meisten Einrichtungen noch nicht in der gewünschten Form umgesetzt werden. Derartige Umstrukturierungen bei der Angebotsentwicklung und der Personaleinsatzplanung hätten in einigen Einrichtungen mehr (Projektlauf-)Zeit benötigt. Dennoch konnten in einem Viertel der Einrichtungen z. B. Angebote in den Abendstunden entwickelt und auch die Flexibilisierung der Zeiten des Aufstehens bzw. Zubettgehens durch die Einführung von Zwischendiensten oder veränderten Schichtdiensten erreicht werden.

Der Qualitätsmaßstab zur Sterbebegleitung wurde von den Mitarbeitern/innen positiv aufgenommen. Mehr als ein Drittel der Befragten hat während der Projektlaufzeit Verbesserungen bei der Sterbebegleitung feststellen können, mehr als zwei Drittel gaben an, die Anforderungen des Qualitätsmaßstabs ohne gravierende Probleme weiterhin umzusetzen. Aus 15 narrativen Interviews mit Mitarbeitern/innen ging darüber hinaus hervor, dass die Zuständigen Pflegefachkräfte die Koordination der Sterbebegleitung weitgehend übernehmen konnten, sofern der Sterbeprozess nicht akut einsetzte und der/die Bewohner/in schnell verstarb. Eine verbesserte Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten/innen hatte in diesem Zusammenhang auch zur Folge, dass Krankenhausaufenthalte vermieden werden konnten, sofern sie nicht unbedingt notwendig waren. Aus Sicht der Modellbeauftragten hatte darüber hinaus eine verbesserte Einbindung von Angehörigen und freiwilligen Helfern/innen eine Entlastung der Mitarbeiter/innen zur Folge. Bei vergleichsweise guten Ausgangsvoraussetzungen konnte der Qualitätsmaßstab in der Mehrheit der Einrichtungen vollständig umgesetzt werden; nur vereinzelt befanden sich Anforderungen zum Abschluss der Projektlaufzeit noch in der Bearbeitung.

Der Qualitätsmaßstab zur Kooperation mit niedergelassenen Ärzten/innen wurde im Vergleich zu den anderen Bausteinen ebenfalls später eingeführt. Von den befragten Mitarbeitern/innen registrierten etwas weniger als ein Drittel bereits Verbesserungen bezüglich der Kooperation mit Ärzten/innen. Den Angaben der Modellbeauftragten zufolge nahmen die Mitarbeiter/innen noch keine gravierenden Veränderungen wahr, da sie bei fehlender Einhaltung von Absprachen (z. B. Arztbesuche, die während der Morgen- oder Abendpflege bzw. Übergaben stattfanden) die Leidtragenden waren. Die Mehrheit der Mitarbeiter/innen sah keine größeren Probleme bei der weiteren Umsetzung der Anforderungen zur Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten/innen, sofern die Kooperationsbereitschaft der Ärzte/innen vorhanden sein würde. Die Leitungskräfte stellten während der Erprobung des Qualitätsmaßstabs eine leichte Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Ärzten/innen fest, wobei die Kooperation mit den Fachärzten/innen tendenziell besser beurteilt wurde als mit den Hausärzten/innen. Zum Abschluss der Projektlaufzeit wurden im Vergleich zu den anderen Konzeptbausteinen am wenigsten Anforderungen umgesetzt. Dies mag zum einen darauf zurückzuführen sein, dass dieser Qualitätsmaßstab später eingeführt wurde und zum anderen darauf, dass die Terminabsprachen mit den Ärzten/innen besonders aufwändig bzw. schwierig waren.

Der Qualitätsmaßstab zu Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten wurde, laut Angaben der Modellbeauftragten, zunächst weder besonders positiv noch negativ bewertet. Während der Erprobung beurteilten die Leitungskräfte und die Mitarbeiter/innen die Kooperation mit den Krankenhäusern zunehmend besser. Etwas weniger als die Hälfte der befragten Mitarbeiter/innen stellte am Projektende eine Verbesserung der Verfahren zur Krankenhausüberleitung fest. Die stärkere Einbindung von Angehörigen wurde als Entlastung erlebt, die mangelnde Auskunftsbereitschaft einiger Krankenhäuser dagegen als problematisch. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wurden die Bewohner/innen häufig intensiver begleitet als früher und auch die Pflegeplanung konnte häufiger zeitnah angepasst werden. Detaillierte Rückmeldungen erfolgten mittels 76 narrativen Interviews mit Mitarbeitern/innen: Diese berichten, dass zwar die Zuständigkeiten für die Verfahren geklärt seien, jedoch insbesondere bei Noffällen immer wieder Abweichungen notwendig würden. Auch sei die Vorbereitungszeit bei den meisten Krankenseinweisungen knapp, wobei die erstellten Checklisten hilfreich waren. Es habe positive Rückmeldungen aus den Krankenhäusern gegeben, da die Überleitungsbögen besser ausgefüllt gewesen seien. Annähernd alle Anforderungen konnten von den meisten Einrichtungen umgesetzt werden bzw. fanden sich zum Abschluss der Projektlaufzeit in der Bearbeitung. Auch hier zeigt sich, dass die Umsetzungsfortschritte in den einzelnen Einrichtungen unterschiedlich waren.

Wie bereits eingangs beschrieben, war es ein wichtiges Ziel des Projektes fachliche Anforderungen zu entwickeln, die auch in der Pflegepraxis anschlussfähig sind. Daher galt dem Projekt eine weitere zentrale Forschungsfrage:

Wie ist die praktische Anschlussfähigkeit der Konzeptbausteine zu bewerten?

Einerseits war das Projektdesign so angelegt, dass Wissenschaft, Organisationsberatung und die Modellbeauftragten der Einrichtungen gemeinsam gearbeitet haben. Diese Vorgehensweise hat grundsätzlich die Anschlussfähigkeit befördert. Die Evaluationsergebnisse haben darüber hinaus gezeigt, unter welchen Voraussetzungen die Anschlussfähigkeit gegeben ist: diese besteht vor allem dann, wenn eine etablierte Kommunikationsstruktur und -kultur vorhanden ist, wenn Zuständigkeiten und Controlling-Systeme geklärt sind, wenn Mitarbeitermotivation und -beteiligung vorhanden sind und die Leitungskräfte sowie der Träger maßgeblich an dem Projektmanagement mitwirken. Während des Projektes stand den Einrichtungen nicht nur eine refinanzierte Stelle für die Modellbeauftragten, sondern auch ein/e Organisationsberater/in zur Verfügung. Diese Ausstattung wird Einrichtungen, die den Anforderungen der Konzeptbausteine insgesamt folgen wollen, nicht zur Verfügung stehen. Umso wichtiger ist es mit Blick auf die Anschlussfähigkeit, dass Träger von Einrichtungen, Leitungskräfte und Qualitätsmanagementbeauftragte bei einem solchen Vorhaben Einigkeit erzielen und maßgeblich unterstützend mitwirken.

Die Installation eines Projektmanagements ist dabei von besonderer Bedeutung⁶⁷. Auch die Einführung der Konzeptbausteine parallel in mehreren Einrichtungen einer Region wäre von großem Vorteil, denn so ließen sich Arbeitsgruppen einrichten, die ähnlich der Regionalgruppen im Projekt gemeinsam arbeiten, sich austauschen und wechselseitige Unterstützung bieten können. Die Projektlaufzeit von ca. zwei Jahren für die Entwicklung und Erprobung der Konzepte war kurz. Nachfolgende Einrichtungen dürften deutlich mehr Zeit einplanen, hätten allerdings auch den Vorteil, die Reihenfolge, die Geschwindigkeit und Einführung der Konzeptbausteine selbst bestimmen zu können.

Die Evaluationsergebnisse haben gezeigt, welche Voraussetzungen förderlich sind bzw. geschaffen werden müssen, wenn Einrichtungen beabsichtigen, die Konzeptbausteine einzuführen. Zeitdruck und Personalmangel sind seit langem zentrale Themen in der Diskussion um die Qualitätsentwicklung in der vollstationären Altenpflege. Auch in den Einrichtungen, die sich an der Erprobung beteiligt waren, herrschten Zeitdruck und personelle Engpässe vor. Die Modellbeauftragten und die Mitarbeiter/innen haben projektbedingte zusätzliche Belastungen auf sich genommen. Die abschließende Mitarbeiterbefragung hat jedoch gezeigt, dass sich die Bewertung der Arbeitsbedingungen und -belastungen trotz der Teilnahme an dem Projekt nicht verschlechtert hat. Diese Ergebnisse waren nicht erwartungsgemäß, denn die Zusatzbelastungen hätten eher ein schlechteres Ergebnis erwarten lassen. Die Unterschiedlichkeit der Referenzeinrichtungen bezogen auf zahlreiche Aspekte wie Größe, Bewohner- und Mitarbeiterstruktur, formaler Stand des Qualitätsmanagements etc. hat keinen nennenswerten Einfluss auf die Umsetzung der Anforderungen im Vergleich der Einrichtungen gehabt. Eine Korrelation zwischen strukturellen Rahmenbedingungen der Einrichtungen und einer erfolgreichen Umsetzung lässt sich, wie oben bereits beschrieben, nicht nachweisen. Vielmehr hängt es weitgehend von den o.g. Voraussetzungen wie der Mitarbeitermotivation, einer etablierten Kommunikationsstruktur und -kultur und einem „gelebten“ Qualitätsmanagement ab, wie erfolgreich die Einrichtungen bei der Umsetzung waren.

⁶⁷ Vgl. hierzu ausführlich MAGS (Hrsg.) (2007): „Referenzmodelle ...“. Teil B

Angesichts der Evaluationsergebnisse zu den einzelnen Konzeptbausteinen hat sich gezeigt, dass die Anforderungen praxistauglich umgesetzt werden können. Lediglich die Stellvertretungsregelung für eine längerfristige Abwesenheit der Zuständigen Pflegefachkräfte bereitete allen Einrichtungen mehr oder weniger große Probleme. Trends zu mehr Teilzeitbeschäftigung sowie ein hoher Anteil von Pflegehilfskräften lagen nicht nur in den Referenzeinrichtungen vor, sondern lassen sich in der Landschaft der stationären Pflegeeinrichtungen insgesamt ausmachen. Dennoch hat die Erprobung gezeigt, dass Einrichtungen mit unterschiedlichen Voraussetzungen und damit auch mit unterschiedlicher personeller Ausstattung die Umsetzung der fachlichen Anforderungen bewältigt haben, wobei eine deutliche Qualitätsentwicklung erreicht wurde. Einige Einrichtungen mit vergleichsweise ungünstigen Voraussetzungen haben sogar sehr deutliche Fortschritte machen können und den Stand der Qualitätsentwicklung in anderen Einrichtungen überholt.

Eine letzte zentrale Forschungsfrage bezieht sich auf die Versorgung und Betreuung der Bewohner/innen:

Welche Auswirkungen konnten durch die Interventionen auf die Pflege- und Lebensqualität der Bewohner/innen festgestellt werden?

Ein zentrales Ziel des Forschungsprojektes bestand darin, eine Verbesserung der Versorgung der Bewohner/innen zu erreichen. Es sei vorweggenommen, dass die Ergebnisqualität nicht im Sinne teilnehmender Beobachtung und Begutachtung geprüft werden konnte, dennoch lassen sich angesichts der schriftlichen und mündlichen Befragungen der Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen sowie der Leistungserfassungen während der Projektlaufzeit zumindest Tendenzen aufzeigen, die Verbesserungen der Pflege- und Lebensqualität andeuten.

Eine verbesserte Betreuung von demenzkranken bzw. kognitiv beeinträchtigten Bewohnern/innen konnte dahingehend erzielt werden, dass psychosoziale Leistungen gerechter auf die Bewohnergruppen mit unterschiedlichen Einschränkungsgraden verteilt wurden. Außerdem lassen sich eine stärkere Mobilisierung der Bewohner/innen sowie eine Ausweitung von Freizeitangeboten bzw. Angeboten im Bereich der psychosozialen Betreuung und eine tendenziell vermehrte Ressourcenorientierung erkennen. Diese zeigt sich auch dahingehend, dass sich manche Bewohner/innen über die geringere Übernahme von Hilfeleistungen beschwerten. Dies wurde nicht als Ressourcenförderung wahrgenommen, sondern als mangelnde Hilfeleistung seitens der Pflegekräfte. Diese Reaktionen zeigen, dass sich Veränderungen von Hilfeformen seitens der Pflegekräfte, die aus fachlicher Sicht wünschenswert sind, durch einige Bewohner/innen als eine mangelnde Unterstützung erlebt werden. Diese Bewertung einiger Bewohner/innen dürfte auch darin begründet liegen, dass sich diese Veränderungen noch nicht langfristig in der Pflegepraxis durchgesetzt haben. Wichtig ist es daher, den Zweck der Ressourcenförderung entsprechend zu vermitteln, um Missverständnissen vorzubeugen.

Eine stärkere Biografieorientierung hat laut Angaben der meisten Modellbeauftragten zu einer individuelleren Planung von Maßnahmen und einer stärkeren Berücksichtigung von Aktivitäten und Gewohnheiten geführt. Die Einrichtungen haben zunehmend Biografiebögen eingeführt und auch biografische Informationen in den Pflegedokumentationen berücksichtigt. Die Befragungsergebnisse haben aber auch gezeigt, wie bedeutsam ein sensibler Umgang bei der Erfassung und Nutzung biografischer Informationen ist, da Bewohner/innen sich nicht nur über ein gesteigertes Interesse an ihrer Person freuen, sondern es auch Bedenken und Zurückhaltung („der gläserne Bewohner“) gibt, die akzeptiert werden wollen. Insgesamt jedoch ist die biografische Arbeit während des Projektzeitraums vorangeschritten, wobei das Fortschreiben von biografischen Informationen auch nach dem Heimeinzug in der Hälfte der Einrichtungen für alle, in den meisten übrigen Einrichtungen zumindest für einen Teil der Bewohner/innen erfolgen konnte. Um eine angemessene Gesprächs-

führung mit den Bewohnern/innen gewährleisten zu können, bedarf es einer entsprechenden Qualifizierung der zuständigen Pflegekräfte. Dieser Bedarf wurde angesichts der Überforderungen einiger Mitarbeiter/innen sehr deutlich.

In der Tendenz haben die Anforderungen an die Zuständigen Pflegefachkräfte durch deren Steuerungsfunktion in der Pflegeprozess- und Versorgungscoordination zu einer verbesserten Planung der Pflege und Kontinuität des Pflegeprozesses geführt. Dies hat sich beispielsweise in den zugeteilten Zuständigkeiten der Fachkräfte für bestimmte Bewohnergruppen gezeigt und sich darüber hinaus positiv auf die Versorgung im Rahmen von Krankenhausaufenthalten oder durch niedergelassene Ärzte/innen ausgewirkt. Darüber hinaus konnten in einigen Einrichtungen vermehrt Angehörige und freiwillige Helfer/innen in die Betreuung eingebunden werden. Deren verstärktes Engagement stellte nicht nur eine Entlastung für einige Mitarbeiter/innen dar, sondern kam auch der Versorgung der Bewohner/innen zugute. Dies hat sich bei der Entwicklung von Angeboten für die Bewohner/innen aber auch im Rahmen der Sterbebegleitung gezeigt.

Neben einer vermehrten Mobilisierung, Ressourcenförderung und Biografieorientierung wurden auch zusätzliche Angebote entwickelt, die u.a. der Förderung von Sozialkontakten dienen (z.B. Grillnachmittag, Kaffeetrinken, hauseigene Cafeteria). Bei der Überprüfung der Angebote und deren Erprobung wurde insbesondere darauf geachtet, dass auch immobile und demenzkranken Bewohner/innen eingebunden wurden. Darüber hinaus hat es einige Verbesserungen in Bezug auf die Freizeitangebote in den Abend- und Nachtstunden gegeben, dabei handelte es sich überwiegend um häufigere Film- und Fernsehabeende, „Klönabende“ oder Stammtischveranstaltungen, die gut von den Bewohnern/innen angenommen wurden. Dennoch wünschten sich einige Bewohner/innen mehr Kontakte und eine stärker familiär geprägte Atmosphäre.

Angesichts der Evaluationsergebnisse, die trotz der zahlreichen Anforderungen und der vergleichsweise kurzen Projektlaufzeit insgesamt als ausgesprochen positiv bewertet werden können, stellt sich die Frage danach, welche Voraussetzungen künftig in stationären Einrichtungen zu schaffen sein werden, um die Qualitätsentwicklung im Sinne der Konzeptbausteine zu befördern:

Welche Schlussfolgerungen ergeben sich im Hinblick auf die zukünftige Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen in stationären Einrichtungen?

Diese Frage sollte mit Blick auf die oben genannten notwendigen Voraussetzungen, die für die weitere Qualitätsentwicklung in stationären Einrichtungen erforderlich erscheinen und auf den Ergebnissen des gesamten Projektes basieren, zu einem großen Teil beantwortet sein. Dennoch ist die stationäre pflegerische Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen in einen gesamtgesellschaftlichen und politischen Kontext eingebunden, so dass sie nicht losgelöst davon betrachtet werden kann. Daher zeigt der folgende Ausblick die Anforderungen an die im Kontext verbundenen Arbeitsfelder und Institution auf.

4. Ausblick

Angesichts der demografischen Veränderungen und der Morbiditätsentwicklung im Alter wird auch die stationäre pflegerische Versorgung zunehmend an Bedeutung gewinnen. Die Pflegeversicherung hat als ein Versicherungszweig in den vergangenen Jahren eine finanzielle Grundlage geboten und steht vor einer Reform, an die die Hoffnung geknüpft ist, bestehende Mängel wie z.B. die unzureichende Berücksichtigung von Leistungen für demenzkranke Menschen, zu beheben. Die zu erwartenden Verbesserungen sollen bei den pflegebedürftigen Menschen ankommen. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind daher gefordert, bestehende Defizite und Mängel auszuräumen und sich bei der Qualitätsentwicklung an fachlichen Vorgaben zu orientieren. Die Träger von stationären Pflegeeinrichtungen stehen in der Verantwortung, gemeinsam mit ihren Einrichtungen die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung zu übernehmen.

Ein zentrales Ziel bei der Weiterentwicklung der Qualität in stationären Pflegeeinrichtungen ist die Sicherung der Lebensqualität älterer pflegebedürftiger Menschen, die in der Regel ihren letzten Lebensabschnitt in der Einrichtung verbringen. Die Konzeptbausteine und Hinweise zu ihrer Anwendung⁶⁸ geben Trägern und stationären Pflegeeinrichtungen eine wichtige Hilfestellung und weisen das anzustrebende Qualitätsniveau pflegerischer Versorgung aus. Die vorhandenen Rahmenkonzepte wurden von Wissenschaft und Praxis gemeinsam weiterentwickelt und in 20 Referenzeinrichtungen erprobt. Sie sind daher anschlussfähig für andere Einrichtungen, die sich auf den Weg machen, um die eigene Qualitätsentwicklung und -sicherung voranzutreiben. Auch die Referenzeinrichtungen haben im Rahmen des Modellprojektes mit unterschiedlichen Voraussetzungen die Umsetzung begonnen, so dass eine Übernahme der Konzeptbausteine für Einrichtungen unterschiedlicher Größe und Trägerschaft sowie mit unterschiedlichem Stand des Qualitätsmanagements möglich ist. Nicht zuletzt verhilft die Weiterentwicklung der Qualität den Pflegeeinrichtungen zu mehr gesellschaftlicher Anerkennung der Altenpflege und zur Etablierung auf dem zunehmend umkämpften Markt pflegerischer Dienstleistungen. Dabei sollen die Bewohnerwünsche und die Einbindung ihrer Angehörigen im Mittelpunkt der Bemühungen stehen.

Darüber hinaus bieten die Konzeptbausteine Transparenz für alle Beteiligten. Nicht zuletzt liefern die Projektergebnisse eine Basis für die Abstimmung mit externen Prüfinstanzen wie dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) und der Heimaufsicht sowie für andere an der pflegerischen Versorgung beteiligten Institutionen. Die Leistungsbeschreibungen, die Entwicklung von Angeboten für die psychosoziale Betreuung sowie die Anforderungen an die Arbeitsprozesse bezüglich des Heiminzugs, der Angehörigenarbeit, der nächtlichen Versorgung, der Sterbebegleitung, der Zusammenarbeit mit Ärzten/innen und Krankenhäusern ermöglichen die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen und bieten gleichermaßen die Möglichkeit, eine Vergleichbarkeit des Leistungsspektrums herzustellen. Darüber hinaus liefern die Anforderungen konkrete Anhaltspunkte für die Gestaltung der internen Kooperation von Mitarbeitern/innen verschiedener Berufsgruppen und in den unterschiedlichen Funktionen in einer Einrichtung sowie für ein verbessertes Schnittstellenmanagement mit externen Institutionen.

Bei der Bearbeitung und Veränderung von Strukturen und Prozessen in der Einrichtung ist die Einbindung der Belegschaft wichtig, denn sie verhilft zur Identifikation mit der Einrichtung und den Konzepten und das wiederum stärkt die Arbeitsmotivation. Nicht zuletzt können Arbeitsbelastungen durch Transparenz und die Verbindlichkeit

⁶⁸ Vgl. MAGS (Hrsg.) (2007): „Referenzmodelle – Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege

von Regelungen reduziert werden. Durch geregelte Zuständigkeiten können eine verbesserte Beziehung zu Bewohnern/innen und eine Entlastung der Mitarbeiter/innen erfolgen. Weitere Entlastungspotentiale bieten die qualifikationsorientierte Arbeitsteilung und eine verbesserte Pflegedokumentationsform sowie geklärte Arbeitsschritte bei konkreten Prozessen (z.B. Überleitung in ein Krankenhaus), die darüber hinaus einen Beitrag zur Entbürokratisierung leisten können. Hier stehen die Einrichtungen in Zukunft vor der Herausforderung, eine Aufgabenteilung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Arbeitsbereichen herzustellen.

Die Pflegeprozesssteuerung und die Koordination der dafür notwendigen Arbeitsprozesse sind Aufgaben von Pflegefachkräften. Die Umsetzung der Rahmenkonzepte wird zukünftig die Anforderungen an Leitungskräfte und die Zuständigen Pflegefachkräfte in vielerlei Hinsicht erhöhen. Während Heim-, Pflegedienst- und Wohnbereichsleitungen sowie Qualitätsbeauftragte maßgeblich für die Einführung und Kontrolle verbesserter Arbeitsabläufe zuständig sind, werden Zuständige Pflegefachkräfte zunehmend stärker die Steuerungsverantwortung für den Pflegeprozess der Bewohner/innen übernehmen und die Arbeitsteilung mit anderen Berufsgruppen und externen Beteiligten koordinieren.

Die vorliegenden Rahmenkonzepte und Hinweise zu ihrer Umsetzung⁶⁹ ermöglichen eine Qualitätsentwicklung auf einem fachlich notwendigen und für alle Beteiligten transparenten Niveau. Die Erfahrungen der 20 Referenzeinrichtungen haben gezeigt, dass die Umsetzung der fachlichen Anforderungen an die Qualitätsentwicklung mit vorhandenen personellen Ressourcen gelingen kann, wobei eine entsprechende Qualifizierung wichtig ist. Ein gutes Qualitätsmanagement durch die Leitungskräfte und eine ausreichende Unterstützung durch z.B. Qualitätsbeauftragte sollte diesen Prozess maßgeblich unterstützen.

Die weitere Qualitätsentwicklung wirkt sich somit auf zukünftige Qualifikationsanforderungen und die Personalentwicklung aus: Leitungskräfte sind gefordert, die Umsetzung mit den Einrichtungsträgern und internen Beteiligungsorganen sowie externen Prüfstellen zu koordinieren. Ein verbindlicher Umgang mit den Regelungen und eine veränderte Arbeitsorganisation sind nur dann möglich, wenn Leitungskräfte notwendige Projektstrukturen etablieren und die Einrichtung im Sinne einer lernenden Organisation führen. Darüber hinaus gilt es, entsprechende Controlling-Systeme in der Einrichtung unter Beteiligung der Belegschaft aufzubauen. Die Bewältigung von Anforderungen an die Pflegefachkräfte sind durch interne und externe Schulungen sicherzustellen. Die Förderung von Kompetenzen, die nicht nur die fachlichen Kompetenzen, sondern insbesondere methodische, sozial-kommunikative und personale Kompetenzen in den Vordergrund rückt, ist dabei von besonderer Bedeutung. Nicht zuletzt gilt es, im Rahmen der Personalentwicklung die richtige Auswahl der Mitarbeiter/innen zu treffen und diese im Sinne eines lebenslangen Lernens weiter zu qualifizieren. Auch die Fort- und Weiterbildung z.B. in den Bereichen Gerontopsychiatrie, Angehörigenarbeit, Gesprächsführung, Pflegeplanung und Pflegedokumentation, Schnittstellenmanagement, Sterbebegleitung bzw. Palliativpflege und Zeitmanagement werden weiter an Bedeutung gewinnen. Des Weiteren wurde deutlich, dass die Einrichtungen bereits im Vorfeld, nämlich bei der Mitarbeiterauswahl, entscheidende Weichen stellen können und zukünftig müssen. So ist bei Neueinstellung u.a. gründlicher auf die Fähigkeit der Bewerber/innen zur Übernahme von Verantwortung und auf Steuerungskompetenzen zu achten, wie sie der Funktion der Zuständigen Pflegefachkräfte entsprechen.

⁶⁹ Vgl. MAGS (Hrsg.) (2007): „Referenzmodelle ...“, Teile A und B.

Eine abschließende Betrachtung der Evaluationsergebnisse zeigt, dass strukturelle Merkmale der Einrichtung nicht direkt mit der Qualitätsentwicklung einer Einrichtung in Verbindung stehen. Vielmehr lassen sich die genannten Merkmale auf der qualitativen Ebene herausstellen, die einer Qualitätsentwicklung förderlich sind.

Eine kritische Auseinandersetzung mit den Leistungsbeschreibungen und ihrer Anwendung hat bereits vor der eigentlichen Erprobung in einigen Einrichtungen zu der Erkenntnis geführt, dass einige Bewohner/innen aus unterschiedlichen Gründen von bestimmten – insbesondere psychosozialen – Angeboten ausgegrenzt werden. Im Hinblick auf die Bewohner/innen soll künftig die Verteilungsgerechtigkeit des Leistungsgeschehens noch deutlich stärker berücksichtigt werden. Bereits 2002 haben Wingenfeld und Schnabel⁷⁰ darauf hingewiesen. Bestimmte Leistungen sind für einige Bewohnergruppen schwer zugänglich. Immobile und kognitiv eingeschränkte Bewohner/innen sollten häufiger an Freizeitangeboten teilnehmen. Mobilisierende, ressourcenfördernde und biografieorientierte Maßnahmen sollen für alle erreichbar sein, die diese Maßnahmen benötigen und wünschen. Demzufolge sollte das Leistungsgeschehen in stationären Einrichtungen von diesen selbstkritisch geprüft und ggf. angepasst werden.

Darüber hinaus wird es nicht ausreichen, dass stationäre Pflegeeinrichtungen die Qualitätsentwicklung mit Hilfe des Referenzkonzeptes betreiben. In der weiteren fachlichen Diskussion ist es notwendig, auch die unterschiedlichen Optionen zu diskutieren, die zu veränderten Rahmenbedingungen beitragen. Die zukünftige Debatte sollte sich insbesondere auf die Qualifikationsanforderungen im Bereich der pflegerischen Versorgung älterer Menschen konzentrieren. Dies betrifft Mitarbeiter/innen in unterschiedlichen Funktionen in Diensten und Einrichtungen (Hilfs- und Fachkräfte, Heim-, Wohnbereichs- und Pflegedienstleitungen, Sozialer Dienst etc.), aber auch verschiedene andere Berufsgruppen (z.B. Physio- und Ergotherapeuten). Eine weitere Auseinandersetzung mit der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegefachkräften sowie mit den (Fach-)Hochschulstudiengängen in Bereichen Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Pflegemanagement und -pädagogik sowie Medizin ist unbedingt dahingehend erforderlich, dass Grundlagen für die Qualitätsentwicklung in der stationären Pflege verstärkt Eingang finden. Daher ist es wünschenswert, dass die Rahmenkonzepte und die Hinweise zu ihrer Umsetzung bzw. die entsprechenden Grundlagen dafür für zukünftige Berufsausbildungen, Studiengänge und entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen in Fort- und Weiterbildungsstätten diskutiert und dort eingebunden werden.

Vor dem Hintergrund der Morbiditätsentwicklung im Alter wird auch die Diskussion hinsichtlich differenzierter Wohn- und Lebensformen weitergeführt werden müssen, nicht zuletzt, um neben der stationären pflegerischen Versorgung auch andere Wohn- und Lebensformen weiter zu etablieren (z.B. Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen). In diesem Zusammenhang sollte die Diskussion über homogene Wohngruppen oder integrierte Konzepte (z.B. für demenzkranke Menschen) durchaus vor dem Hintergrund der Projektergebnisse weiterentwickelt werden.

Weitere Überlegungen zur Zusammenarbeit von Pflegeeinrichtungen und niedergelassenen Ärzten/innen wären zukünftig gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen anzustellen. Auch die Diskussionen über eine zukünftige Bereitstellung von hausinternen Ärzten/innen in Pflegeeinrichtungen sollten weitergeführt werden. Weitere Kooperationsmöglichkeiten mit Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens (z.B. Apotheken, Therapeuten/innen, Rehabilitationseinrichtungen) sind zukünftig ebenfalls von zunehmender Bedeutung. Auch werden die Kommunen mehr denn je ihre Verantwortung für die Weiterentwicklung ihrer Konzepte für Seniorinnen und Senioren in den Blick nehmen müssen. Dabei werden die unter-

⁷⁰ a.a.O.

schiedlichen Bereiche der Stadtentwicklung wie Wohnen, Soziales, Bildung und Kultur, Gesundheitsförderung und pflegerische Versorgung etc. in ihrem Zusammenspiel an Bedeutung gewinnen. Die regionale Vernetzung von Angeboten, Diensten und Einrichtungen spielt dabei eine zentrale Rolle.

Im Hinblick auf die Reform der Pflegeversicherung trifft das Projekt wesentliche Punkte im Kern, die in der Diskussion darüber angesprochen sind, wie z.B. die psychosoziale Betreuung, präventives und rehabilitatives Handeln, den Abbau von Schnittstellenproblemen etwa durch ein verbessertes Entlassungsmanagement oder Entbürokratisierungspotential durch eine verbesserte Pflegedokumentationsformen. Durch die Leistungsbeschreibungen, die auch psychische und soziale Problemlagen und entsprechende Maßnahmen beinhalten, ein biografieorientiertes Arbeiten, eine verstärkte Ressourcenförderung, präventiv und rehabilitativ orientiertes Handeln wird es möglich, einen umfassenden Pflegebegriff in der Praxis wirken zu lassen. Zudem setzen weitere Vorschläge zur Reform – wie etwa die Frage der Konkretisierung des Unterstützungsbedarfs von Menschen mit Demenz oder die weitere Stärkung des ehrenamtlichen Engagements – eine Transparenz des Leistungsgeschehens voraus, wie sie durch die hier vorliegenden Konzeptbausteine sicher gestellt wird. Für eine Weiterentwicklung der Regelungen zur Qualitätssicherung im Rahmen des SGB XI bilden die genannten Aspekte daher eine unabdingbare Voraussetzung.



Literatur und weiterführende Literaturhinweise

- Aust, B. (1994). Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, Berlin.
- BMFSFJ (Hrsg.) (2001). Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. Bonn: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.
- Bruggemann, A. (1974). Zur Unterscheidung verschiedener Formen von „Arbeitszufriedenheit“. *Arbeit und Leistung*, 28, 281–284.
- Farin, E., Meixner, K., Follert, P., Jäckel, W.-H. & Jacob, A. (2002). Mitarbeiterzufriedenheit in Rehabilitationskliniken: Entwicklung des MiZu-Reha-Fragebogens und Anwendung in der Qualitätssicherung. *Rehabilitation*, 41, 258–267.
- Internetredaktion des BMFSFJ (Hrsg.) (2006). Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner (Stand: 15.08.2006). Online Publikation. <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/heimbericht/Service/impressum.html>
- Freundlieb, A., Krämer, K., Sporket, M. & Wienold, K. (2004). Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege. Eine Untersuchung im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Gerste, B. & Rehbein, I. (2002). Qualität und Betriebsvergleich. In: Igl, G., Schiemann, D., Gerste, B. & Klose, J. (Hrsg.). *Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe*. Stuttgart, Schattauer.
- Glaser, J & Büssing, A. (1996). Ganzheitliche Pflege – Präzisierung und Umsetzungschancen. In: *Pflege*, Bd.9, 3, 221–232.
- Heeg, S. (1999). Milieugestaltung für demente Bewohner/innen bezgl. Neubau und Sanierung. In: *Diakonisches Werk Württemberg (Hrsg.). Demenz. Eine Herausforderung für Einrichtungen der Altenhilfe. Dokumentation einer Fachtagung im April 1999*, Stuttgart.
- Laubach, W., Milch, W. & Ernst, R. (1999). Dimensionen der Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Pflege. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 49, 38–47.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS, Hrsg.) (2007): Referenzmodelle. Praxisleitfaden zur Qualitätsentwicklung in vollstationären Pflegeeinrichtungen“. Teil A und Teil B.
- Menke, M. (2005). Pflegeausbildung „mangelhaft“, Pflegeberuf „gut“? Eine Studie zu Arbeits- und Ausbildungsbedingungen sowie Pflegekompetenzen aus Sicht professioneller Pflegekräfte in ambulanten und stationären Einrichtungen der (Alten-)Pflege. Frankfurt a. M.: ISS-Eigenverlag.
- Mybes, U. (1994). Typische Schwachstellen in der Aufbauorganisation von Altenpflegeheimen. In: KDA (Hrsg.). *Qualitätsgeleitetes Planen und Arbeiten in der Altenhilfe. Dokumentation einer KDA Fachtagung*. Köln, Moeker Merkur Druck GmbH.
- Roth, T. (2005). Gleiche Leistung – unterschiedliche Entgelte. In: *Altenheim*, 4, 43–47.
- Scherpner, M. & Wolf, M. (1993). Weiterbildung. In: *Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). (1993). Fachlexikon der sozialen Arbeit*. Frankfurt a. M., Selbstverlag.
- Schnabel, E. & Schönberg, F. (2003). Qualitätssicherung und Nutzerperspektive. In: Schnabel, E. & Schönberg, F. (Hrsg.). *Qualitätsentwicklung in der Versorgung Pflegebedürftiger. Bilanz und Perspektiven*. Münster: LIT.
- Schönberg, F. (2005). Instrumente der internen Qualitätssicherung in der stationären und ambulanten Altenpflege – Bestand und Evaluation – im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Unveröffentlichter (?) Forschungsbericht. Dortmund.
- Schopf, C. (2006). Die Versorgungssituation hörbehinderter alter Menschen in Einrichtungen der Altenhilfe. Abschlussbericht der Forschungsgesellschaft für Gerontologie im Auftrag der Geers-Stiftung.
- Schneekloth, U. & Müller, U. (2000). Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Soberman, L. R., Murray, M., Norton, P. G. & van Maris, B. (2000). The Domains of Satisfaction in Long-Term-Care. In: Cohen-Mansfield, J., Ejaz, F. K. & Werner, P. (eds.). *Satisfaction Surveys in Long-Term Care*. New York, Springer
- Statistisches Bundesamt (2005). 4. Bericht: Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich: Pflegeheime. Bonn. http://www.destatis.de/allg/d/veroe/d_pflege99.htm
- Uman, G. C. et al. (2000). Satisfaction Surveys with the Cognitively Impaired. In: Cohen-Mansfield, J., Ejaz, F. K. & Werner, P. (eds.). *Satisfaction Surveys in Long-Term Care*. New York, Springer
- Wingenfeld, K. & Schnabel, E. (2002). Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen. Duisburg, WAZ-Druck.

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:

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

B. Rehling (ISS)
unter Mitarbeit von
H. Heinrich (ISS)
M. Krohn (ISS)
R. Bernards (ISS)
A. Zacharias (ISS)

M. Menke (FFG)
U. Vogelwiesche (FFG)
A. Kuhlmann (FFG)
I. Kowalski (FFG)
E. Schnabel (FFG)
unter Mitarbeit von
L. Oesterlen (FFG)

Gestaltung:

Fortmann.Rohleder Grafik.Design,
Dortmund

Druck:

Druckerei Schmidt, Lünen

Nachdruck, auch auszugsweise,
nur mit Genehmigung des
Herausgebers.

Düsseldorf, Dezember 2007

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und -werbern oder Wahlhelferinnen und -helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie auch für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt.

Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte.

Finanzierung



Bundesministerium
für Gesundheit

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



Spitzenverbände der Pflegekassen



Verband der
Angestellten-
Kassenvereine e.V.



Projektträger



Diakonisches Werk
der Evangelischen Kirche
von Westfalen



Universität Bielefeld

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW

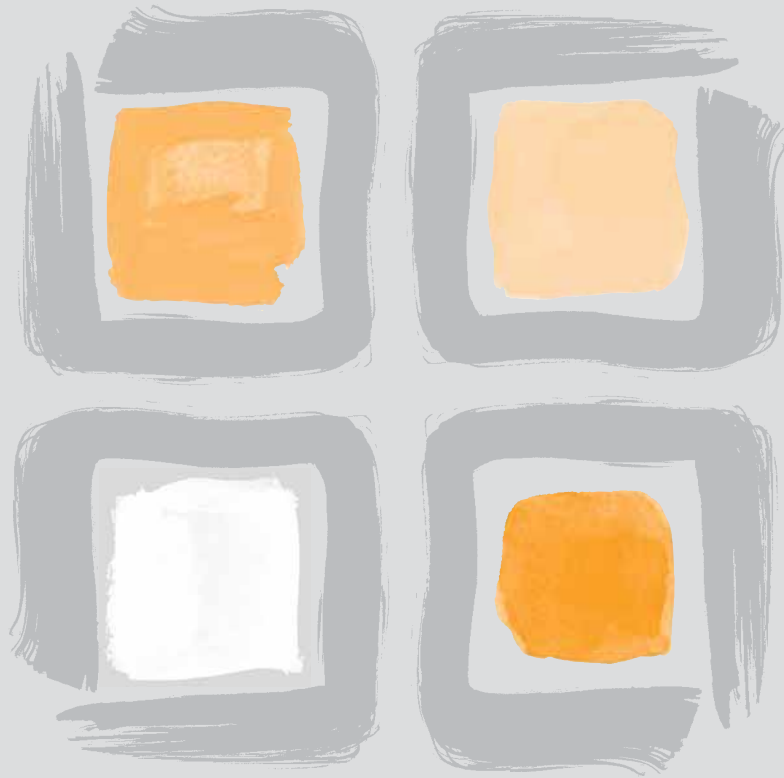


Forschungsgesellschaft
für Gerontologie e.V.
Institut für Gerontologie
an der Universität Dortmund

Organisationsberatung



Gemeinnütziger e.V.



www.mags.nrw.de

Gefördert von:

Spitzenverbände
der Pflegekassen



Bundesministerium
für Gesundheit

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

