



## Teil B:

# Qualitäts- und Organisationsentwicklung – Hinweise für den Ergebnistransfer

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



# Kapitel 1

## Einleitung





**1. Einleitung**

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



## 1.1 Hinweise zum Umgang mit dem vorliegenden Leitfaden

Wie bereits in der Einleitung dieses Handbuchs angesprochen, hatte das Projekt „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ auch das Ziel, die in der nahezu dreijährigen Modellphase gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen abschließend so aufzubereiten, dass sie zur unmittelbaren Anwendung und Umsetzung für alle vollstationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stehen sollten.

Interessierten Pflegeeinrichtungen sollte damit ermöglicht werden, Anpassungs- und Reorganisationsprozesse in ihren Häusern „in Eigenregie“ auf der Basis eines Handbuchs in Angriff nehmen zu können und somit ohne Unterstützung externer Berater eine Übernahme der so genannten „Konzeptbausteine“ (den so genannten „Transfer“) vornehmen zu können.

Ein solcher Praxisleitfaden für eine Reorganisation von Arbeitsstrukturen und Arbeitsabläufen in Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des Referenzkonzeptes wird hiermit vorgelegt. In ihm sind die erforderlichen Empfehlungen und Hinweise für die Einführung und Anwendung der im Projekt entwickelten Konzeptbausteine bzw. Anforderungen in stationären Pflegeeinrichtungen zusammengefasst.

Dabei beschäftigt er sich im Schwerpunkt nicht mit der Darlegung der mit den Referenzeinrichtungen gemeinsam erarbeiteten und in der Praxis überprüften Konzeptbausteine. Ziel ist es vielmehr aufzuzeigen, welchen vor und während des Prozesses der Umsetzung der Referenzergebnisse auftretenden Hindernissen oder hemmenden Faktoren in besonderer Weise vorausschauend Beachtung geschenkt werden sollte und wie sie abzumildern sind oder sogar weitestgehend vermieden werden können.

Dabei gilt: Abhängig von der vorhandenen Organisations- und Ablaufstruktur einer konkreten Einrichtung werden die im Leitfaden angesprochenen Problematiken in höchst unterschiedlicher Ausprägung auftreten können – rückschauend: „War bei uns überhaupt kein Problem!“ bis hin zu: „Das war unsere schwerste Hürde!“.

Noch einmal: dieser Teil B des nunmehr vorgelegten Praxisleitfadens enthält im Kern nicht die Darstellung der Elemente des Referenzkonzeptes. Diese sind im ersten Teil A des Handbuchs in Form von Konzeptbausteinen zusammengefasst. Es geht vielmehr um Faktoren und Rahmenbedingungen, wie sie sich durch die bisherige Struktur einer Einrichtung, durch das Verhalten von Leitung und Mitarbeiterschaft, aber auch durch externe Einwirkungen, z. B. des Einrichtungsträgers oder durch Heimaufsicht und MDK konkret ergeben können. Kurz: um Fragen, die bei Umsetzung des Referenzkonzeptes aufkommen können – und um Erfahrungen der am Referenzprojekt beteiligten Einrichtungen, die dabei helfen können, zweckdienliche und zielführende Antworten auf Fragen im Organisationsentwicklungsprozess zu finden.

Natürlich ist auch bei dieser Konzentration auf praktische Fragen die Bezugnahme auf die „Bausteine“ des Referenzkonzeptes implizit immer gegeben. So es zur Kennzeichnung und Verdeutlichung der Fragestellung notwendig ist, werden die Konzeptbausteine deshalb im Text noch einmal angesprochen, skizziert und – so weit erforderlich – auch noch einmal ausdrücklich erläutert.



Bei den 11 Konzeptbausteinen handelt es sich um

- Funktion und Aufgaben der „zuständigen Pflegekraft“ zur Sicherung einer angemessenen Pflegeprozesssteuerung und Versorgungscoordination,
- Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege,
- Anforderungen an ein pflegerisches Assessment,
- einen Kriterienkatalog zur Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug,
- verbesserte Dokumentationsformen und Anforderungen an die Pflegeplanung,
- Rahmenkonzepte zur Qualitätssicherung in zentralen Handlungsprozessen und Aufgabenfeldern. Dazu zählen
  - die Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung,
  - die Zusammenarbeit mit Angehörigen,
  - die nächtliche Versorgung von Bewohnern,
  - die Sterbebegleitung,
  - die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten,
  - das Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten.

Vor dem Einstieg in den mit der Übernahme des Referenzkonzeptes verbundenen Organisationsentwicklungsprozess ist es unerlässlich, sich intensiv mit den in den Konzeptbausteinen enthaltenen Innovationsanforderungen und den dazugehörigen Erläuterungen zu beschäftigen. Der bereits angesprochene Teil A dieser Veröffentlichung ist die notwendige Voraussetzung für die Arbeit mit den Umsetzungshinweisen.

### **Womit beschäftigt sich nun dieser Leitfaden im Einzelnen?**

Im den weiteren Abschnitten dieser Einleitung (Kapitel 1) werden die zentralen Zielsetzungen und die Organisation der Referenzmodelle kurz skizziert, um einen Überblick zu ermöglichen. Außerdem wird erläutert und begründet, warum die Umsetzung der Konzeptbausteine auch ohne die stützenden Rahmenbedingungen einer Modellprojektsituation möglich ist.

Im darauf folgenden Kapitel 2 werden Voraussetzungen, Vorgehensweisen und Instrumente beschrieben, die für die Konzeptumsetzung grundlegend sind bzw. diese erleichtern. Hierzu gehören insbesondere die Anforderungen an die Leitungskräfte, bewährte Prinzipien und Vorgehensweisen des Projektmanagements und Hinweise zur Reihenfolge der Umsetzung der Konzeptbausteine.

Die Kapitel 3 und 4 können als Kernbestandteile des Praxisleitfadens angesehen werden. Sie beschreiben praxisbewährte Umsetzungsstrategien.

- Kapitel 3 konzentriert sich auf strukturelle Veränderungen der Aufbau- und Ablauforganisation, die zur Konzeptumsetzung vorgenommen werden sollten. Im Vordergrund steht dabei das Konzept der zuständigen Pflegefachkraft, eingegangen wird aber auch auf Verbesserungen der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Sozialem Dienst.
- Kapitel 4 zeigt die Weiterentwicklung der fachlichen Qualität auf.

Kapitel 5 beschreibt die aus der Umsetzung der Konzeptbausteine resultierenden Anforderungen für Fach- und Leitungskräfte und enthält darüber hinaus Hinweise zu Prinzipien und Vorgehensweisen bezüglich der Personalentwicklung.

Kapitel 6 verdeutlicht, wie durch eine verbindliche Steuerung und kompetente Mitarbeiterführung Veränderungen nachhaltig gesichert werden können.

In Kapitel 7 befinden sich Beiträge, welche die Erfahrungen einiger an der Einführung und Erprobung beteiligten Mitarbeiter aufzeigen. Diese so genannten Modellbeauftragten waren in den Referenzeinrichtungen für die Projektentwicklung und die

Umsetzung der Anforderungen in die Pflegepraxis zuständig. Sie haben nach Abschluss der Projektlaufzeit ihre Erfahrungen und Bewertungen für die Verwendung in diesem Praxisleitfaden zusammengefasst.

Um dem Leser die Arbeit mit diesem Handbuch zu erleichtern, sind die einzelnen Kapitel so verfasst, dass sie auch jeweils für sich allein gelesen und verstanden werden können.

Dies bedeutet gleichzeitig, dass Umsetzungsstrategien und ihre Begründungen auf mehrere Konzeptbausteine bezogen sein können. Wiederholungen, die sich daraus ergeben sind deshalb bewusst in Kauf genommen worden.

Bei der Bezeichnung von Personen haben wir mit Blick auf die bessere Lesbarkeit auf die heute zumeist gewählte Ansprache beider Geschlechter bewusst verzichtet. Die zur Vereinfachung vielfach gewählte ausschließlich männliche oder weibliche Form bitten wir deshalb als Mitdarstellung des jeweils anderen Geschlechts aufzufassen.

## 1.2 Zentrale Ziele des Referenzkonzeptes

Durch den demografischen Wandel und die damit einhergehenden Veränderungen der Alters- und Morbiditätsstruktur bleiben Pflege, Betreuung und Versorgung alter Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen auch zukünftig ein zentrales Thema und zugleich eine ständig wachsende Herausforderung nicht nur der Sozialpolitik.

Hauptziel des Referenzkonzeptes ist es deshalb, vollstationäre Pflegeeinrichtungen bei der Qualitätsentwicklung in der Pflege und der Weiterentwicklung qualitätsgesicherter Versorgungsformen zu unterstützen.

Das im Rahmen eines Modellvorhabens entwickelte Instrumentarium zur Verbesserung der Qualität ist prinzipiell auf andere Einrichtungen übertragbar und kann allen an der Weiterentwicklung der Arbeit in stationären Altenpflegeeinrichtungen Beteiligten eine Orientierungshilfe für die fachliche Arbeit, die Optimierung qualitätsgesicherter Arbeitsabläufe und für die Gestaltung der hierzu erforderlichen sachlichen und personellen Ausstattung sein.

Darüber hinaus enthält es Vorschläge für Problemlösungen, die auf eine Optimierung der Ablaufprozesse gerichtet sind und sich für eine zügige sowie unbürokratische Umsetzung eignen.



## 1.3 Umsetzung jenseits von Modellbedingungen

Die Referenzeinrichtungen waren nicht auf Grund eines außergewöhnlich hohen Qualitätsniveaus ausgewählt worden. Die Ausgangsbedingungen waren so vielfältig, dass die 20 Häuser als ein annähernd repräsentativer Ausschnitt der vorhandenen Institutionen stationärer Altenpflege betrachtet werden können. Probleme und Schwierigkeiten, die von den Referenzeinrichtungen zu bewältigen waren, lassen sich sicher auch in anderen Häusern der stationären Altenpflege in der einen oder anderen Ausprägung auffinden.

Deshalb schildert dieser Leitfaden nicht nur die Einführung der Konzeptbausteine, sondern auch Lösungsstrategien für Hindernisse, die sich erst im Prozess der Umsetzung ergeben können.

Es ist richtig, dass die Entwicklungsprozesse in den Referenzeinrichtungen unter günstigen Rahmenbedingungen stattfanden: die Modellfinanzierung sicherte die Tätigkeit der 20 Modellbeauftragten und die eines/einer Organisationsberater/-beraterin für jeweils fünf Einrichtungen. Andererseits darf nicht unterschätzt werden, dass den Modelleinrichtungen für ein höchst umfangreiches Programm eine Projektlaufzeit von nur zwei Jahren zur Verfügung stand. Die Umsetzung der Konzeptbausteine konnte nicht nacheinander und Schritt für Schritt erfolgen, vielmehr war gefordert, unterschiedliche Anforderungen gleichzeitig und möglichst vollständig zu bearbeiten.

Unter einem solchen Zeitdruck steht ein möglicher Transfer der Ergebnisse in andere, nicht am Projekt beteiligte Einrichtungen nicht. Die Konzeptbausteine sind prinzipiell anschlussfähig an die vorhandene Praxis. Träger und Einrichtungen sind aufgefordert, die in ihnen enthaltenen Innovationsanregungen aufzugreifen und dabei selbst Prioritäten und realistische Umsetzungszeiträume zu bestimmen.

Organisationsentwicklungsprozesse brauchen immer den Einsatz von zusätzlichen Ressourcen. Dies gilt gerade auch für das Feld der stationären Altenpflege, das zu den Bereichen mit hoher Aufgabendichte bei nicht eben großzügiger Personalausstattung gehört. Organisationsentwicklung bringt immer zusätzliche Aufgaben jenseits der Regeltätigkeiten mit sich, für die Personalressourcen, Zeit und Engagement aufzubringen sind und die wirksam und effizient nur in einer angemessenen Projektmanagement-Struktur bearbeitet werden können.

Ob Organisationsentwicklungsprozesse auch die Unterstützung externer Berater benötigen, ist weniger eindeutig positiv oder negativ zu beantworten. Prinzipiell gehört es mit zum Auftrag von Führungskräften, die Fortentwicklung ihrer jeweiligen Einrichtung gezielt zu betreiben und systematisch zu steuern. Innovationsanforderungen gibt es nicht nur durch Modellprojekte, sondern auch durch sozialpolitische und gesellschaftliche Veränderungen, auf die reagiert werden muss. Eine solche Innovationsanforderung ergab sich für alle Felder und Einrichtungen der Wohlfahrtspflege etwa durch die Fachdebatte um die Realisierung eines systematischen Qualitätsmanagements, die im Feld der Altenpflege vor einigen Jahren in eine gesetzlich fixierte Verpflichtung mündete.

Die Frage, ob der Ergebnistransfer des hier dargestellten Modellprojekts in weitere Häuser der stationären Altenpflege externe Organisationsberatung benötigt, hängt zum einen sicher von der Komplexität und dem Umfang angestrebter Veränderungen ab. Zum anderen kann sie genau genommen nur von den Entscheidungsträgern auf Träger- und Einrichtungsebene selbst beantwortet werden. Dann nämlich, wenn diese auf ihre bisherigen Erfahrungen mit extern oder auch nicht extern begleiteten Entwicklungsprozessen im Sinne einer Kosten-Nutzen-Analyse zurückblicken: was war hilfreich, was hat genützt, wo traten Probleme oder vermeidbare Reibungsverluste auf, was wäre in vergleichbaren Zeiträumen ohne externe Unterstützung leistbar bzw. nicht leistbar gewesen, was trauen wir uns zukünftig zu, selbst zu tun und bei welchen Schritten auf einem zukünftig zu beschreitenden Weg sollte uns, um Umwege und Mehrkosten zu vermeiden, ein externer „Scout“ behilflich sein?



# Kapitel 2

## Voraussetzungen und Vorgehensweisen bei der Konzeptumsetzung





## **2. Voraussetzungen und Vorgehensweisen bei der Konzeptumsetzung (Projektmanagement)**

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



## 2.1 Abstimmung mit dem Träger der Einrichtung

Die Umsetzung des Referenzkonzepts und seiner Konzeptbausteine wird nur gelingen, wenn zuvor die Rahmenbedingungen geklärt sind, die die Handlungsmöglichkeiten einer Einrichtung einschränken oder auch begünstigen können. Hierzu gehört nicht nur die Bereitschaft der jeweiligen Einrichtungs- und Pflegedienstleitung, sondern auch das grundlegende Einverständnis der Träger.

Die Umsetzung der Konzeptbausteine berührt das bei allen großen Trägern bereits vorhandene und in allen Einrichtungen mindestens im Aufbau befindliche Qualitätsmanagement (QM)<sup>1</sup>. Die Steuerung dieser QM-Systeme ist in der Regel zentral bei den Trägern angebunden und wird dort von Qualitätsmanagementbeauftragten, meist unterstützt durch einrichtungsinterne Qualitätsbeauftragte, wahrgenommen.

Hinzu kommt, dass es bei einigen großen Trägern so genannte „Verbundzertifizierungen“ bereits gibt oder diese aktuell angestrebt werden. Das heißt, auf regionaler Ebene sind für mehrere Einrichtungen eines Trägers weitgehend identische QM-Handbücher entwickelt worden oder werden zurzeit entwickelt. Die Zertifizierungsaudits finden jeweils nur in einer (oder bei größeren Verbänden in einigen wenigen) Einrichtung statt, gelten aber für den ganzen Verbund.

**Beispiel:** Für die Referenzeinrichtungen solcher Träger bedeutete dies, dass alle Veränderungen, die sich durch die Umsetzung der Konzeptanforderungen ergaben und in den QM-Handbüchern schriftlich festzuhalten waren, mit dem QM-Beauftragten und/oder zuständigen Gremien beim Träger abzustimmen waren. Trotz der grundlegenden Einigkeit zu Beginn des Projekts war diese Abstimmung, wenn es um die Details ging, nicht immer problemlos möglich. In Einzelfällen traten Verzögerungen dadurch auf, dass einrichtungsspezifische Konzepte und Verfahrensregelungen mehrfach von einrichtungsspezifischen Gremien und QM-Instanzen beim Träger beraten wurden, wobei es immer wieder zu Änderungswünschen der einen oder anderen Seite kam. Diese Vorgehensweise kann die Konzeptumsetzung erheblich verzögern, im schlimmsten Fall sogar blockieren.

Wenn sich eine Altenpflegeeinrichtung in Übereinstimmung mit ihrem Träger für die Anwendung des Referenzkonzeptes entscheidet, sollten über diese grundsätzliche Einigkeit hinaus vorab folgende Fragen angesprochen und konkret geklärt werden:

- **Tragen wir gemeinsam die zentralen Leitlinien des Referenzkonzepts?**  
Es gibt in der stationären Altenpflege nach wie vor ein überwiegend medizinisch-somatisch geprägtes Pflegeverständnis. Leitende Handlungsprinzipien wie Biografieorientierung, Ressourcenorientierung und bedarfsgerechte psycho-soziale Begleitung der Bewohner sind nicht immer in die Praxis übersetzt. Wie in Kapitel 4 ausführlich dargestellt wird, benötigt ein Transfer der Konzeptbausteine deshalb nicht nur die prinzipielle Übereinstimmung aller wichtigen Akteure mit diesen Leitorientierungen, sondern erfordert auch deren Konkretisierung für die Praxis.
- **Wie soll die Abstimmung zu Veränderungen konkret organisiert werden?**  
Empfehlenswert ist, wenn der zentrale QM-Beauftragte im einrichtungsinternen Steuerungsgremium und die einrichtungsinterne Projektleitung in einem entsprechenden QM-Gremium des Trägers vertreten sind.
- **Wie können Abstimmungsprozesse effizient und zeitsparend gestaltet werden?**  
Es ist vorab festzulegen, auf welche Weise bei Uneinigkeit über Detailfragen entschieden wird, und wie anschließende Entscheidungen möglichst zügig umgesetzt werden können.

<sup>1</sup> Vgl. auch Kapitel 4, wo auf den Schwerpunkt Qualitätsmanagement noch einmal ausführlich eingegangen wird.



■ **Wie soll verfahren werden, wenn die Konzeptumsetzung in Widerspruch zu bestehenden Festlegungen und Standards des QM-Handbuches des Trägers gerät?**

Ideal ist es, grundsätzlich die Möglichkeit zu haben, das vorhandene QM-Handbuch anpassen zu können. Sowohl von Einrichtungs- als auch von Trägerseite muss dann jeweils konkret und ernsthaft inhaltlich geprüft werden, welche Lösung für die Qualität der Leistungen und im Sinne einer bedarfsgerechten Pflege der Bewohner bei Konkurrenz mehrerer Möglichkeiten die bessere ist. Bei Altenpflegeheimen, die einem Zertifizierungsverbund angehören, ist in diesem Zusammenhang auch zu klären, dass es mindestens für eine Erprobungsphase mit abschließender Bewertung für Einrichtungen Sonderregelungen geben darf.

■ Regelungen, die zu diesen Fragen zwischen Einrichtung und Träger vereinbart werden, sollten – wie alle wichtigen Vereinbarungen und Festlegungen – schriftlich festgehalten werden.

## 2.2 Kooperation mit internen Beteiligungsorganen und externen Prüfinstanzen

Ist die Entscheidung für die Übernahme des Referenzkonzeptes zwischen Träger und Einrichtung gefallen, müssen weitere wichtige interne und externe Akteure von Beginn an einbezogen werden.

Die Mitarbeiterschaft der Einrichtung ist über die Leitung der Pflegeeinrichtung, über ihr Vertretungsgremium (Betriebsrat/Mitarbeitervertretung) möglichst frühzeitig zu informieren und einzubeziehen. Von besonderer Bedeutung sind in diesem Prozess die Bereichsleitungen.

In Leitungsrunden, zu denen auch Vertreter des Betriebs- oder Personalrates einzuladen sind, sollten die beabsichtigte Übernahme des Referenzkonzeptes ausführlich besprochen und vorhandene Bedenken diskutiert und ausgeräumt werden.

Besonders günstige Voraussetzungen bestehen dann, wenn alle Leitungsebenen die Planung mittragen und bereit sind, sich an Analysen, Erprobungen und Umsetzungen aktiv zu beteiligen.

Von grundlegender Bedeutung ist die Pflegedienstleitung, da sich die Konzeptbausteine vorwiegend auf die Inhalte und Organisation der Pflegeprozesse beziehen. Ihr grundlegendes Einverständnis ist für den Erfolg von entscheidender Bedeutung.

Die Erstinformation der Beschäftigten sollte durch eine Auftakt- und Informationsveranstaltung erfolgen, bei der Heim- und Pflegedienstleitung darstellen, warum man sich für das Referenzkonzept entschieden hat, wie man es umsetzen will, welche Veränderungen sich dadurch für die Beschäftigten ergeben und wie die Mitarbeiter im weiteren Verfahren beteiligt werden sollen.

Auch die Bewohner, ihre Interessenvertretung und ihre Angehörigen sind frühzeitig über die beabsichtigten Änderungen zu informieren. Zu vereinbaren ist in diesem Zusammenhang auch, wie Bewohner, Heimbeirat und Angehörige kontinuierlich über den Fortgang bei der Umsetzung des Referenzkonzeptes informiert werden.

Darüber hinaus hat es sich als erfolgsfördernd erwiesen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) und die Heimaufsicht vor Beginn der Konzeptumsetzung zu informieren und verbindliche Formen der Rückkoppelung von (Zwischen-) Ergebnissen zu vereinbaren. Beispielsweise können zur Optimierung der Pflegedokumentation veränderte Formulare und Beispieldokumentationen verbunden mit der Bitte um Bewertung und Rückmeldung an den MDK und die Heimaufsicht versandt werden.

Bei Einrichtungen außerhalb Nordrhein-Westfalens ist zu berücksichtigen, dass Heimaufsicht und der MDK keine oder nur rudimentäre Kenntnisse vom Referenzkonzept haben.

Einrichtungen in NRW können dagegen auf das im Land durchgeführte Modellprojekt verweisen, über dessen grundsätzliche Zielsetzung Heimaufsichten und MDK bereits informiert sein sollten.



## 2.3 Anforderungen an die Leitungskräfte von Einrichtungen

Ob die Einführung des Referenzkonzeptes oder einzelner Konzeptbausteine eher schnell oder langsam, eher konfliktreich oder unproblematisch verläuft, wird von unterschiedlichen Gruppierungen und Personen – Teams, Projektgruppen, Steuerungsrunden, Personalvertretung, informellen Gruppen – beeinflusst.

Für die Kommunikation in und zwischen diesen Gruppen sind Haltung und Verhalten der Leitungskräfte von besonderer Bedeutung. Leitungskräfte sind verantwortlich für die Gesprächsleitung in allen Gremien. Sie haben die Kompetenz, Entscheidungen notfalls auch gegen den Willen von Mitarbeitern oder unterstellten Leitungsebenen zu treffen. Die Art und Weise wie Leitungskräfte mit ihrer Kompetenz und Verantwortung umgehen, beeinflusst in jedem Betrieb die Unternehmenskultur, d. h. wie respektvoll, wertschätzend und vertrauensvoll miteinander gearbeitet und umgegangen wird und ob man sich bei unterschiedlichen Positionen sachbezogen und zielorientiert auseinandersetzt.

Die Managementkompetenz der Leitungskräfte, ihr Rollenverständnis und ihre Gestaltung der Kommunikation und Kooperation mit den Mitarbeitern sind Faktoren, die über das Gelingen von Entwicklungsprozessen wesentlich mitentscheiden.

### 2.3.1 Verbindlicher Umgang mit Vorgaben

Die wesentliche Aufgabe des Managements besteht darin, den Organisationsaufbau mit seinen Funktionsbereichen und den zugehörigen Aufgabenpaketen zu definieren, die hierarchische Ordnung festzulegen und die Abläufe zu regeln. Für die Mitarbeiter sind diese Strukturen und Regeln eine maßgebliche Quelle der Orientierung: Zu einem nicht geringen Teil klären sie, welche Leistung von ihnen erwartet wird, was sie dürfen bzw. nicht dürfen und wann und wodurch sie sich angemessen verhalten. Damit die Strukturen und Regeln orientierende Wirkung entfalten, müssen sie im Alltag verbindlich sein. Viele Festlegungen sind mit der Zeit so selbstverständlich geworden, dass sie niemand mehr in Frage stellt und alle Akteure sich unbewusst daran halten. Andere Regelungen, insbesondere solche, die neu sind und bisher Gewohntes verändern, benötigen jedoch immer eine Zeit der Einübung, bis sie wieder selbst zur Routine werden.

Manche Leitungskräfte unterschätzen in diesem Zusammenhang die Außenwirkung des eigenen Umgangs mit neuen und alten einrichtungsverbindlichen Festlegungen. Sie achten zu wenig auf deren Einhaltung und setzen sich für die eigene Person über manche der Anforderungen hinweg. Ein solches Verhalten vermittelt den Mitarbeitern, dass vorhandene Normen und Standards eigentlich nicht so wichtig genommen werden müssen. Ob man sie einhält oder nicht, zieht keine Konsequenzen nach sich. Mangelnde Verbindlichkeit gegenüber dem vorhandenen Regelwerk einer Einrichtung befördert in hohem Maße eine „Kultur der Unverbindlichkeit“, die sich in alle Bereiche ausbreiten kann.

Bei einem Transfer der Konzeptbausteine wird der Erfolg auch davon abhängen, ob die Leitungskräfte damit einhergehende Veränderungen einfordern und verlässlich überprüfen. Es ist ihre Aufgabe, den Mitarbeitern im Arbeitsalltag zu verdeutlichen, dass die angestrebte Weiterentwicklung ernst zu nehmen und umzusetzen ist.

### 2.3.2 Mitarbeiterbeteiligung

Ohne die Beteiligung der Beschäftigten sind die mit dem Referenzkonzept in Verbindung stehenden Veränderungsprozesse nicht in Gang zu setzen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können oft sehr viel konkreter als ihre Führungskräfte benennen, wo die Unterschiede zwischen Praxis und Konzeptbausteinen liegen, wo und wie die Konzeptbausteine zu Verbesserungen beitragen können und wie diese Verbesserungen konkret aussehen sollten. Gleichzeitig fördert die Beteiligung der Mitarbeiter die Nachhaltigkeit von Verbesserungen, da sie sich durch ihre Beteiligung in viel stärkerem Maße mit den Veränderungen identifizieren. Die Chance, dass Mitarbeiter veränderte Standards und Verfahrensregeln beachten und sie kontinuierlich umsetzen, ist größer, wenn diese nicht nur „von oben“ verordnet sind, sondern von ihnen selbst mitentwickelt wurden.

Gleichzeitig ist die Beteiligung der Beschäftigten ein Ausdruck der Wertschätzung, die ihnen entgegengebracht wird, weil ihre Erfahrungen und Beurteilungen von der Leitung ernst und wichtig genommen werden.

### 2.3.3 Entscheidungen plausibel begründen

Die Beteiligung von Mitarbeitern findet dort ihre Grenze, wo strategische Unternehmensentscheidungen getroffen werden, wie etwa der Beschluss, das Referenzkonzept umzusetzen oder bestimmte Konzeptbausteine zu übernehmen. Dies gilt umso mehr, wenn durch Änderungen von Rahmenbedingungen – wie etwa die Einführung eines Dreischichtsystems für alle anstelle eines festen Nachtdienstes – zunächst für die Mitarbeiter auch Nachteile entstehen können. Es wäre in solchen Fällen geradezu eine Überforderung, von ihnen zu erwarten, dass sie sich engagiert daran beteiligen, die eigenen „Privilegien“ abzubauen.

Darüber hinaus sind unterschiedliche Formen und Verbindlichkeiten der Beteiligung – von der Mitwirkung bei Erarbeitung von Vorschlägen bis hin zur Abstimmung per Mehrheitsentscheid – möglich. Es ist Aufgabe der Führungskräfte, den Rahmen, in dem sich die Formen der Beteiligung bewegen sollen, eindeutig abzustecken und darüber zu befinden, ob und inwieweit die Bearbeitung eines bestimmten Schwerpunktes der aktiven Mitwirkung der Mitarbeiter bedarf.

Zu berücksichtigen ist jedoch immer, dass die Perspektiven von Führungskräften und Mitarbeitern divergieren können. Es kann sein, dass die Faktoren, die eine bestimmte Entscheidung aus Sicht der Leitung sinnvoll erscheinen lassen, von den Mitarbeitern nicht oder nicht vollständig gewürdigt werden. Die Plausibilität mancher Maßnahmen erschließt sich ihnen deshalb nicht unmittelbar. So können Pflegekräfte das vorhandene Qualitätsmanagement oft ausschließlich als formal erforderliche Erfüllung eines gesetzlichen Auftrages betrachten, das den Bewohnern und ihnen selbst jedoch nichts nützt und ihnen nur Mehrarbeit schafft. Entsprechend wenig ausgeprägt ist dann ihr Bemühen zur Einhaltung der mit dem Referenzkonzept in Verbindung stehenden Qualitätsanforderungen. Dass der Sinn eines systematischen Qualitätsmanagements u. a. darin besteht, den Bewohnern eine verlässliche Leistungsqualität zu bieten und Ruf und Ansehen einer Einrichtung zu stärken und auf diesem Weg auch die Arbeitsplätze zu sichern, ist ihnen oft nicht unmittelbar bewusst.

Dennoch sind auch angeordnete Veränderungen zu begründen. Begründungen und Erläuterungen sind auch im Arbeitsalltag anlassbezogen und – wenn nötig – mehrfach zu wiederholen. Zu verdeutlichen, warum bestimmte Entscheidungen getroffen,



Maßnahmen ergriffen und Ziele gesetzt wurden ist deshalb nicht nur Aufgabe der Leitungsspitze – also der Geschäftsführung bzw. der Heim- und Pflegedienstleitung – sondern auch aller nachgeordneten (Wohn-)Bereichsleitungen.

### 2.3.4 Umgang mit Widerstand

In allen Organisationen entwickeln Mitarbeiter individuelle Routinen und ein persönliches Zeitmanagement zur Erledigung ihrer Aufgaben, gewöhnen sich an hergebrachte Vor- und auch Nachteile ihres jeweiligen Berufes und Arbeitsalltags. Veränderungen bedeuten deshalb – neben zusätzlich aufzubringender Zeit - immer auch Verunsicherungen. Hinter Widerständen können sich z. B. Befürchtungen verbergen, neuen Anforderungen nicht gewachsen zu sein, oder auch Vorteile – z. B. Ausgleich zwischen Familie und Berufstätigkeit – aufgeben zu müssen. Darüber hinaus beinhalten Neuerungen immer auch die Tendenz, das Gewohnte abzuwerten. Gerade in Qualitätsentwicklungsprozessen ist nicht selten zu beobachten, dass eine der Wurzeln für Widerstände von Mitarbeitern deren Eindruck ist, die Güte ihrer bisherigen Leistungen werde entwertet.

Bei Widerständen lassen sich zwei Ausprägungen unterscheiden:

In einem Fall werden Kritik und Befürchtungen offen und hierarchieübergreifend verhandelt, wodurch es ermöglicht wird zu Kompromissen zu gelangen und die ursprüngliche Positionierung von Beschäftigten und Führungskräften als Vertreter unterschiedlicher Interessen anzunähern und aufzuweichen. Zwar führt dies zumeist nicht gerade dazu, dass Mitarbeiter die neuen Herausforderungen begeistert annehmen, aber sie akzeptieren sie und mit der Zeit wächst dann auch die Bereitschaft, die in den Neuerungen liegenden Chancen und Verbesserungspotenziale wahrzunehmen. Im anderen Fall wird der Widerstand – wenn überhaupt – nur innerhalb von Subsystemen geäußert und nicht im Beisein von Vorgesetzten mit klaren Bewertungs- und Sanktionsbefugnissen. Statt Kritik und Bedenken offen zu artikulieren, kommt es zu unausgesprochenen Verweigerungen, wodurch deutlich wird, dass der Anweisungs- und Sanktionsmacht von Führungskräften durchaus eine „Verhinderungsmacht“ der Mitarbeiter gegenüberstehen kann.

Beide Formen des Widerstandes lassen sich mit bestimmten, die Kultur prägenden Haltungen von Führungskräften in Verbindung bringen. Idealtypisch finden sich im ersten Fall Leitungspersönlichkeiten, die es verstehen, eindeutige Ziele, Anforderungen und Leistungserwartungen verbindlich zu machen und gleichzeitig prinzipielles Zutrauen in die Leistungsfähigkeit und Innovationsbereitschaft der Mitarbeiterschaft zu signalisieren. Im anderen Fall bleiben Ziele und Erwartungen uneindeutig und die Leistungsfähigkeit und Innovationsbereitschaft von Mitarbeitern wird durch die Leitung eher skeptisch oder gar misstrauisch beurteilt.

Widerstände, die in einer eher von Misstrauen geprägten Kultur auftreten, sind kaum gezielt zu bearbeiten, weil sie nicht offen verhandelt werden können. Führungskräfte neigen dann oft dazu, allein bei ihren Mitarbeitern die Verantwortung für auftretende Blockaden und Hindernisse zu sehen. Weiterführend ist es jedoch, wenn auch das eigene Handeln in solchen Situationen kritisch reflektiert wird. In Kapitel 6 dieses Leitfadens sind Strategien und Instrumente der Steuerung und Mitarbeiterführung beschrieben, deren Anwendung mittelfristig einen angestrebten „Kulturwechsel“ bewirken kann.

**Hinweis:** Führungskräfte sollten in Besprechungen immer die Möglichkeit eröffnen, dass Vorbehalte artikuliert werden können, ohne dass Mitarbeiter dadurch Nachteile befürchten müssten. Allerdings müssen sie dann auch darauf bestehen, dass die Bedenken so konkret wie möglich beschrieben und begründet werden. Auch ist darauf zu achten, dass alle unterschiedlichen Meinungen und Einschätzungen der Beteiligten zum Tragen kommen. Dazu gehört auch die Einschätzung der Sachlage durch die Führungskräfte selbst.

Sind die Kritikpunkte erst einmal konkret benannt, können gemeinsam Problemlösungen entwickelt werden. Produktive und realisierbare Ergebnisse werden am ehesten erzielt, wenn in kleineren kommunikationsfähigen Gruppen überlegt werden kann, was geschehen soll, um Schwierigkeiten zu beheben und artikuliert Bedenken auszuräumen. Nützlich kann es auch sein, in einer Pro-und-Kontra-Diskussion die Vor- und Nachteile sowie unterschiedliche Zielvorstellungen aufzulisten und gegeneinander abzuwägen. Diese Vorgehensweise empfiehlt sich insbesondere dann, wenn der Widerstand nicht so sehr auf einzelne Details von Veränderungen zielt, sondern generell um die Beibehaltung bestimmter einrichtungsinterner Verfahrensweisen gerungen wird. Methodisch kann aber auch die Arbeit mit der SPOT-Analyse weiter führen, die am Ende dieses Kapitels genauer beschrieben wird.

In jedem Fall sind die Mitarbeiter mitverantwortlich einzubinden. Von ihnen ist zu fordern, dass sie Ideen für eigene mögliche Beiträge zur Problemlösung entwickeln.. Auch hier gilt wieder: Die zu erarbeitenden Vorschläge müssen so eindeutig und konkret wie möglich sein.



## 2.4 Grundprinzipien des Projektmanagements

Das Instrumentarium des Projektmanagements befähigt Organisationen, befristete Aufgaben zu bewältigen, die über den eigentlichen Organisationszweck hinausweisen und in der ursprünglichen Aufbau- und Ablauforganisation nicht vorgesehen und zugeordnet sind. Meist handelt es sich um Aufgaben, die sich aus Innovationsanforderungen ergeben.

Ein Beispiel dafür ist die Entwicklung eines systematischen Qualitätsmanagements in der stationären Altenpflege bzw. überhaupt in sozialen Arbeitsfeldern. Als entsprechende Entwicklungsanforderungen hier mit Beginn der 90er Jahre immer deutlicher wurden, gab es dafür in den Organisationen zunächst keine zuständigen Abteilungen, keine für diesen Aufgabenbereich verantwortlichen und qualifizierten Fachkräfte. In dem Bemühen, die Entwicklungsanforderungen weitgehend mit eigenen Ressourcen zu bewältigen, wurden in vielen Einrichtungen, Verwaltungen und Diensten zunächst Projektstrukturen geschaffen, um Standards für ein Qualitätshandbuch zu entwickeln. Arbeits- und Steuerungsgruppen, die i. d. R. anders zusammengesetzt waren als die vorhandenen Teams und Leitungsinstanzen, übernahmen meist zusätzlich zu den vorhandenen Aufgaben die Bearbeitung der neuen Herausforderung.

Inzwischen werden die Aufgaben der Qualitätsentwicklung und -sicherung nicht mehr als befristete Aufgaben behandelt, sondern sind in vielen Organisationsstrukturen durch Stabsstellen oder -abteilungen auf Träger- oder Einrichtungsebene fest verankert. Projektmanagement kann also durchaus zu einer angemessenen und zukunftsorientierten Ergänzung und Erweiterung vorhandener Funktionsbereiche und Abläufe in Organisationen führen.

Die Zielperspektive des Projektmanagements weist über die Bearbeitung neuartiger Aufgabenstellungen hinaus: Projektmanagement beinhaltet prinzipiell die Chance, die Lern- und Entwicklungsfähigkeit einer Organisation zu erhöhen. Vorhandene Strukturen und Festlegungen begrenzen immer auch die Erfahrungs- und Lernhorizonte von Mitarbeitern und Leitungskräften. Eine parallele Projektstruktur eröffnet Möglichkeiten, sich in veränderten Rollen zu begegnen, sich individuell und in Gruppen neues Wissen und neue Fähigkeiten anzueignen. Dies kann die Fähigkeit einer Organisation nachhaltig steigern, neue Anforderungen wahrzunehmen und ihnen angemessen zu begegnen.

Vor diesem Hintergrund ist Trägern und Einrichtungen, die einen Transfer von Modellergebnissen anstreben, unbedingt zu empfehlen, dazu die Strategien des Projektmanagements zu nutzen.

## 2.4.1 Notwendige Projektstrukturen

Um der Vielzahl von Anforderungen eines Innovationsprozesses gerecht zu werden, sind entsprechende Projektstrukturen in den Einrichtungen aufzubauen. Diese Projektstrukturen sollen eine gezielte und systematische Steuerung von Prozessen der Organisationsentwicklung ermöglichen. Zu solchen beispielhaften Projektstrukturen gehören:

### ■ Einrichtung einer Steuerungsgruppe zur Lenkung des gesamten Organisationsentwicklungsprozesses

Zur Steuerungsgruppe gehören: die Einrichtungs- und Pflegedienstleitung, die Projektleitung und ein Vertreter des Betriebsrates bzw. der Mitarbeitervertretung. Außerdem sollte der beim Träger angesiedelte QM-Beauftragte in die Diskussion wichtiger Zwischenergebnisse einbezogen werden. Die Gruppengröße sollte die Zahl von sieben Personen nicht überschreiten. Diese Steuerungsgruppe sollte in regelmäßigen Abständen tagen. Eine externe Organisationsberatung kann bei Bedarf hinzugezogen werden.

Dieses Steuerungsgremium hat die Aufgabe,

- die Rahmenbedingungen für die Projektarbeit zu sichern: Personal, Zeit, Sachressourcen, Finanzen;
- für die Projektanbindung und den Informationsfluss zu sorgen;
- die Planung der Vorgehensweisen im Projekt zu diskutieren und zu genehmigen und erarbeitete und erprobte Verbesserungen zu verabschieden,
- den Projektablauf hinsichtlich Ergebnisqualität, Ressourceneinsatz, Kosten und Terminen zu überwachen,
- die Projektdurchführung durch Initiativen/Vorschläge und bei auftretenden Schwierigkeiten zu unterstützen.

### ■ Projektleitungs- und Stabsfunktion

Aufgabe der Projektleitung ist es, die Planung für die Analyse- und Umsetzungsschritte vorzunehmen, der Steuerungsgruppe vorzulegen und nach deren Zustimmung in Kooperation mit Projektgruppen umzusetzen. Die Projektleitung muss unbeschränkt Zugang zu den Wohnbereichen und Wohnbereichsleitungen haben. Sie leitet und moderiert interne Projektgruppen und Qualitätszirkel und kann in Abstimmung mit der Steuerungsgruppe Informationsveranstaltungen und Schulungen ansetzen und durchführen. Falls eine externe Organisationsberatung in Anspruch genommen wird, arbeitet diese mit der Projektleitung unmittelbar zusammen.

Zur Funktion der Projektleitung gehören insbesondere folgenden Aufgaben:

- Aufbau von Projektteams in Abstimmung mit der Einrichtungsleitung und anderen Vorgesetzten,
- Definition der Anforderungen an Projektmitarbeiter und die Koordination von Aufgaben,
- Schiedsrichterfunktion bei Meinungsverschiedenheiten in Projektgruppen,
- schriftliche Dokumentation der Projektarbeiten,
- ggf. Sicherung der projektübergreifenden Koordination (Abstimmung mit anderen Projekten).

### ■ Einrichtung von Projektgruppen für die Bearbeitung der Analyse- und Umsetzungsschritte

Für die Beteiligung der Beschäftigten an den Analyse- und Umsetzungsschritten können bereichsübergreifende Arbeitsgruppen oder Qualitätszirkel gebildet werden, deren Zusammensetzung sich im Prozess je nach Aufgabenstellung auch verändern kann. Der Vorteil solcher Projektgruppen besteht darin, dass die jeweilige Aufgabe aus unterschiedlichen Perspektiven und auf der Grundlage unterschied-



licher Praxiserfahrungen bearbeitet werden kann. Ebenso ist es aber auch möglich, Aufgabenstellungen in Wohnbereichsteams zu bearbeiten. Hierbei besteht der Vorteil darin, dass

- zeitlich parallel mehrere Aufgaben bearbeitet werden können,
- das vorhandene Kooperationsforum der Teambesprechung als Projektgruppensitzung genutzt werden kann,
- die Projektarbeit die Teamentwicklung unterstützt.<sup>2</sup>

## 2.4.2 Anforderungen an die Projektleitung

Die Funktion einer Projektleitung ist in einer Pflegeeinrichtung normalerweise nicht vorgesehen, eine Stellenbeschreibung dafür gibt es folglich nicht.

Zu Beginn eines Projekts empfiehlt es sich deshalb, Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen für die Projektleitung festzulegen. Dies gilt insbesondere dann, wenn Projektmanagementstrukturen von der vorhandenen Aufbau- und Ablauforganisation abweichen. Status und Rolle der Projektleitung sind so festzulegen, dass durch eine eindeutige Einbindung in die hierarchische Struktur der Pflegeeinrichtung unnötige Konflikte vermieden werden.

Die Arbeit von Projektgruppenmitarbeitern wird maßgeblich von der Projektleitung definiert, andererseits unterstehen diese Mitarbeiter nach wie vor ihren Vorgesetzten. Es ist deshalb notwendig, dass mögliche Konfliktbereiche im Vorfeld angesprochen und Verfahrensweisen zur Konfliktbewältigung festgelegt werden.

Darüber hinaus ist zu klären, ob die Projektleitung in der Steuerungsgruppe selbst stimmberechtigt ist oder nur Vorschlagsrecht hat.

Die Projektleitung muss somit Anforderungen erfüllen und über fachliche Kompetenzen verfügen, die im Arbeitsfeld der stationären Altenpflege nicht automatisch erworben werden. Fehlen diese Kompetenzen, sollte von der Einrichtungsleitung dafür gesorgt werden, dass sie erworben werden können. Zu diesen Kompetenzen gehören:

- Planungsfähigkeit, d. h. die Kompetenz, komplexe Arbeitsaufträge zu gliedern, Ziele und Zwischenziele zu formulieren und in schrittweise Handlungsplanungen umzusetzen,
- die Moderation effektiver und effizienter Arbeitsprozesse in Gruppen,
- die Fähigkeit, Inhalte und Ergebnisse anschaulich und verständlich zu präsentieren,
- Kompetenzen und Techniken der Verhandlungsführung.

Die Übernahme dieser Verantwortung durch eine Leitungskraft kann leicht zu ihrer Überforderung führen. Empfehlenswert erscheint es deshalb, eine eigenständige Projektleitung zu bestimmen oder eine Leitungskraft für die Wahrnehmung der Projektleitung von ihren anderen Leitungsfunktionen zu entbinden.

Die Aufgabe könnte auch von der/dem Qualitätsbeauftragten der Pflegeeinrichtung übernommen werden, da es viele Übereinstimmungen im Aufgabenspektrum von Qualitätsbeauftragten und der Projektleitung gibt.

Eine weitere Möglichkeit könnte darin bestehen, die Projektleitung mit zwei Personen – eine aus der Mitarbeiterschaft oder dem Stab, eine aus der Leitung – zu besetzen. Zum einen würde dies die Ernsthaftigkeit bekräftigen, mit der die Veränderungsziele verfolgt werden, zum anderen können sich unterschiedliche Erfahrungen, Befugnisse und Fachlichkeiten auf diese Weise gut ergänzen.

<sup>2</sup> Auf diesen Aspekt geht auch der Abschnitt 6.3.3 in Kapitel 6 noch einmal ein.

### 2.4.3 Umsetzung der Konzepte

Bei der Umsetzung des Referenzkonzeptes ist in einer bestimmten Schrittfolge vorzugehen, die für jeden Konzeptbaustein prinzipiell gleich und für jeden gesondert zu leisten ist.

1. **Soll-Ist-Analyse:** Aufgabe ist hier, die schriftlichen Konzepte und die zugehörigen Erläuterungen durcharbeiten und sich anzueignen. Auf dieser Grundlage ist dann eine Bestandsaufnahme durchzuführen. Die Arbeiten zur Soll-Ist-Analyse können in Projektgruppen vorgenommen werden.
2. **Zielformulierung:** Aus der Differenz zwischen Referenzkonzept und der konkreten Praxis ergeben sich die einrichtungsspezifischen Veränderungsziele: Was muss in der jeweiligen Einrichtung geändert, konkretisiert oder ergänzt werden? Eine erste Diskussion dazu sollte in der Projektgruppe erfolgen. Die Analyseergebnisse des ersten Schrittes und eine Positionierung der Projektgruppe zu den anzustrebenden Zielen sind dann in der Steuerungsgruppe zu erörtern. Die verbindliche Festlegung von Veränderungszielen ist dann deren Aufgabe.
3. **Zielorientierte Handlungs- und Zeitplanung:** Die Operationalisierung der Veränderungsziele in Umsetzungsschritte (Zeit-Ziel-Perspektive) ist Aufgabe der Projektleitung. Sie wird anschließend der Steuerungsgruppe zur abschließenden Beratung und Genehmigung vorgelegt.
4. **Maßnahmen zur Zielumsetzung:** Die konkrete Festlegung von Maßnahmen und Zielen bei der Umsetzung des Referenzkonzeptes variiert mit dem Stand der Entwicklung der Organisation der Arbeit in der jeweiligen Pflegeeinrichtung. Darüber hinaus hängt sie davon ab, mit welcher Priorität Konzeptbausteine und Einzelaufgaben bearbeitet werden sollen. Einiges kann arbeitsteilig von der Projektleitung, einzelnen Mitarbeitern oder Kleingruppen bearbeitet werden (z. B. die Formulierung schriftlicher Konzeptentwürfe für die Rahmenkonzepte, oder die Abfassung bzw. Überarbeitung von Checklisten), andere Aufgaben kann nur die Pflegedienstleitung (PDL) zusammen mit der Einrichtungsleitung übernehmen (z. B. Veränderungen von strukturellen Bedingungen wie Dienstzeiten u. Ä.), wieder anderes kann von einer oder mehreren Projektgruppen bearbeitet werden (z. B. die Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen für die Versorgung von Bewohnern in den Leistungsbereichen der Mobilitätsförderung und der psychosozialen Versorgung, die Erstellung eines Themenplanes für die fachliche Qualifizierung von Pflegekräften, die Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen für die Kooperation unterschiedlicher Dienstbereiche).
5. **Zielrealisierung, Erprobung, Auswertung:** Sind durch die vorher benannten Umsetzungsschritte alle Voraussetzungen geschaffen, beginnt die eigentliche Zielrealisierung. Dieser Zeitpunkt ist durch die Leitung deutlich zu markieren. Alle Mitarbeiter müssen wissen: Ab jetzt müssen wir uns an veränderte Verfahren und Regelungen halten. Bei manchen Konzeptbausteinen ist es sinnvoll, eine Erprobungszeit vorzusehen, weil die Mitarbeiter erst in veränderte Anforderungen hinein wachsen müssen. Ein Beispiel dafür ist die Einführung der Zuständigen Pflegefachkraft.

Für die ersten drei Phasen lassen sich genauere Hinweise und Instrumente für das Vorgehen beschreiben, die praktisch übergreifend für alle Konzeptbausteine angewandt werden können. Beim vierten und fünften Schritt kann man nur bezogen auf bestimmte Konzeptbausteine und spezifische Veränderungsziele konkreter werden. Deshalb wird dieser Praxisleitfaden in den Kapiteln 3 und 4 ausführlicher darauf eingehen.



## 2.4.4 Bestandsaufnahme und Instrumente

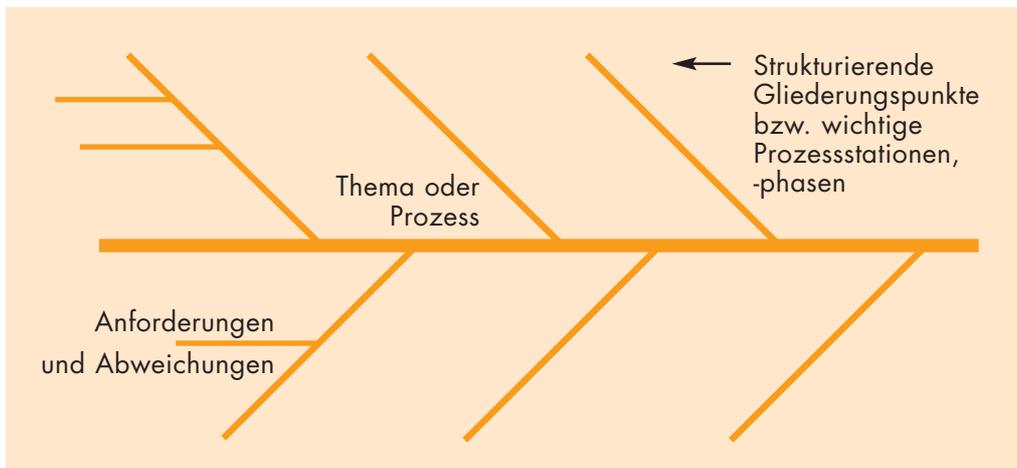
Bei der Umsetzung des Referenzkonzeptes ist der einrichtungsspezifische Abgleich zwischen vorhandener Praxis und den Anforderungen der Konzeptbausteine von zentraler Bedeutung.

Hilfreich dafür ist die Anwendung bestimmter Instrumente, die sich auch gut in Projektgruppen einsetzen lassen. Die in den beiden folgenden Abschnitten beispielhaft vorgestellten Techniken haben den Vorteil, dass sich der Vergleich zwischen IST und SOLL mit der Entwicklung von Veränderungszielen verbinden lässt.

### Exkurs 1: Arbeiten mit dem Ishikawa-Diagramm

Das Ishikawa- oder auch Fischgräten-Diagramm ist ein Instrument zur Visualisierung strukturierter Analyse- und Planungsprozesse. Man kann es als Reflexionshilfe allein anwenden oder auch in einer Gruppendiskussion nutzen. Bei letzterer ersetzt es die sonst zeitaufwändige Protokollierung.

Ein Ishikawa-Diagramm ähnelt optisch einer Fischgräte. Der Gegenstand, um den sich die Diskussion dreht (etwa ein Prozess wie das Rahmenkonzept zur Krankenhausüberleitung oder ein nicht in einen zeitlichen Ablauf zu fassendes Thema), wird durch einen waagerechten geraden Strich dargestellt. Bei der Darstellung von Prozessen ist dieser Strich gleichzeitig die Zeitschiene und markiert Anfang und Ende des Ablaufs. Von unten und oben laufen schräge Linien versetzt zueinander auf diese waagerechte Linie zu; sie bezeichnen – ggf. in chronologischer Reihenfolge – wichtige strukturierende Stationen und Phasen des Prozesses bzw. Unterpunkte des Themas.



Verwendet man dieses Instrument beispielsweise im Zusammenhang mit den Rahmenkonzepten für die Ist-Soll-Analysen, so bilden die schrägen grätenartigen Linien die Gliederungspunkte des jeweiligen Maßstabes ab. Auf den waagerechten Linien können die Anforderungen und Abweichungen in zwei verschiedenen Farben dargestellt werden: schwarz bedeutet: diese Anforderung wird schon erfüllt, rot bedeutet: hier ist Entwicklungsbedarf.

Dient die beschriebene Darstellung eher dem Zweck, einen Diskussionsstand für eine spätere Weiterarbeit abzubilden, so ist die Verwendung dieses Instrumentes auch bei der anschließenden Konkretisierung und Lösungsplanung möglich. So kann man bei der Entwicklung von Lösungsstrategien unterhalb der Hauptgräten die anzustrebenden Ziele und Maßnahmen aufführen. Leitfragestellungen für die Gruppe wären dann: „Was müssen wir tun, um die Anforderungen zu erfüllen?“

## Exkurs 2: Anwendung der SPOT-Matrix

Ein für Gruppen geeignetes Analyse- und Planungsinstrument ist auch die SPOT-Matrix. Gebräuchlich ist auch die Bezeichnung SWOT-Analyse, beide Begriffe bezeichnen das gleiche Instrument. Der Name bezieht sich auf die englischen Bezeichnungen der Leitkategorien der Strukturierung:

- S** = „Satisfactions“ oder „Strengths“, also Umstände, mit denen wir zufrieden sind, Stärken
- P** = Problems, also Probleme, Schwierigkeiten, (alternativ: W = Weaknesses, also Schwächen, Lücken)
- O** = „Opportunities“, also Chancen, günstige Möglichkeiten
- T** = „Threats“, also Bedrohungen, Hindernisse, Befürchtungen

Der besondere Vorteil der SPOT-Analyse besteht darin, dass eine Darstellung als Vier-Felder-Matrix nicht nur die Betrachtung von Stärken und Schwächen erlaubt, sondern auch zwischen Gegenwart und Vergangenheit einerseits und Zukunft andererseits unterscheidet:

	Gegenwart	Zukunft
+	<p><b>Satisfactions</b></p> <p>Was tun wir bereits bzw. welche Anforderungen erfüllen wir bereits? Was ist bzw. was tun wir bereits besonders gut?</p>	<p><b>Opportunities</b></p> <p>Wo sehen wir Entwicklungschancen, -ziele, -möglichkeiten? Was könnten wir noch besser machen? Welche Vorteile hat eine geplante Veränderung?</p>
-	<p><b>Problems</b></p> <p>Was fällt uns schwer? Welche Probleme, Schwächen gibt es derzeit?</p>	<p><b>Threats</b></p> <p>Wo könnten in Zukunft Probleme auftreten? Welche Befürchtungen haben wir?</p>

Die Matrixfelder werden nacheinander bearbeitet, immer beginnend mit den Stärken (S). Dann folgen die Probleme (P), die Chancen (O) und die Hindernisse (T). Die oben in den Feldern aufgeführten Fragestellungen sind beispielhaft gemeint, sie können je nach Thema variiert und angepasst werden. Immer geht es darum, bezogen auf eine gegebene Praxis die derzeit vorhandenen Stärken und Pluspunkte festzuhalten – und damit auch zu würdigen –, dann die derzeit noch auftretenden Probleme, Mängel oder Lücken. Bei den zukunftsbezogenen Feldern geht es um die Formulierung von Zielen, Entwicklungswünschen (oder auch Entwicklungsanforderungen) sowie um die Hindernisse oder Befürchtungen, die sich mit einer Umsetzung verbinden.



Um die Felder gemeinsam mit einer Gruppe mit Inhalt zu füllen, wird die Matrix auf eine große Wandzeitung übertragen. Die Felder werden per Zuruf oder mit Moderationskarten gefüllt. Moderationskarten haben den Vorteil, dass sie umgehängt werden können und so inhaltlich zusammenhängendes nachträglich leicht zu Clustern geordnet werden kann.

Dass mit den Stärken begonnen wird, hat auch einen wichtigen psychologischen Effekt: indem man sich gemeinsam des eigenen Könnens vergewissert, bevor man sich mit den Problemen und zukünftigen Änderungen beschäftigt, kann man den Eindruck der Abwertung bisheriger Praxis meist verhindern. Es ist wichtig, sich ausführlich genug mit diesem Feld zu beschäftigen, um für die vorhandenen positiven Seiten eines Themas ausreichend Wertschätzung zu zeigen.

Für das T-Feld gilt, dass hier Befürchtungen gegenüber Veränderungen und daraus resultierende Widerstände frühzeitig artikuliert werden dürfen und, indem man sich damit beschäftigt, ernst genommen werden. Nach dem Analyseschritt folgt eine Weiterarbeit, bei der es darum geht, vorhandene Probleme und Befürchtungen zu überwinden und Entwicklungsziele zu erreichen. D. h. die Diskussion konzentriert sich auf die Frage, was getan werden kann und muss, um die Negativ-Felder zu leeren.

Die Spot-Analyse eignet sich gut zur Bearbeitung einzelner Themenstellungen, die nicht auf einer Zeitschiene darstellbar sind. Von den Konzeptanforderungen eignen sich dazu besonders die Vorgaben zum Assessment oder die Empfehlungen zur zuständigen Pflegefachkraft.

### 2.4.5 Zielorientierte Handlungs- und Zeitplanung

Zentral für eine erfolgreiche Umsetzung ist ein gut gegliedertes zielorientiertes Vorgehen. Dabei ist es wichtig, wirkliche Ziele von Nur-Tätigkeiten zu unterscheiden. Denn allzu oft wird fälschlich benannt, was getan, aber nicht richtigerweise, was erreicht werden soll.

Als hilfreich hat sich erwiesen, sich an den sogenannten „smarten“ Ziele zu orientieren. Die Buchstaben des Wortes „smart“ stehen dabei für die Kriterien, denen Ziele genügen müssen. Ziele müssen danach sein:

S = spezifisch, eindeutig – als Frage formuliert:

Verstehen wir alle das Gleiche unter unserem Ziel? Ist allen klar, was damit gemeint ist?

M = messbar, überprüfbar – Frage:

Woran werden wir merken, dass wir unser Ziel erreicht haben?

A = akzeptiert, verbindlich – Frage:

Ist allen Beteiligten klar, warum dieses Ziel wichtig ist und dass sich alle an seiner Umsetzung zu beteiligen haben?

R = realisierbar – Frage:

Können wir unser Ziel auch wirklich umsetzen?

T = terminierbar – Frage:

Bis wann können und wollen wir das Ziel umgesetzt haben?

Eine korrekte „Ziel“-Beschreibung ist also nicht: „Wir führen eine Ist-Soll-Analyse durch“, sondern: „Ende Oktober 2005 liegen uns die Ergebnisse der Ist-Soll-Analyse schriftlich vor“.

Typisch für die Zielplanung im Projekt „Referenzmodelle“ war die Prozessabhängigkeit, mit der die Aufgabenstellungen zu bearbeiten waren. D. h., es konnten nicht von Beginn an Entwicklungsziele formuliert, operationalisiert und umgesetzt werden. Vielmehr ergaben sich die Ziele für konkret zu verfolgende Innovationen erst auf der Grundlage von Ist-Soll-Analysen, die für jeden Konzeptbaustein durchzuführen waren.

Je klarer die Zielformulierung, desto leichter ist es, deren Realisierung zu planen. Die Leitfrage für die Operationalisierung lautet: Was muss getan werden, um das Ziel zu erreichen? Diese Arbeitsschritte und Maßnahmen müssen in eine logische zeitliche Reihenfolge gebracht und können dann in ein einfaches Planungsschema eingepasst werden:

Was	Wer/Mit wem	Wie/mit	Bis wann/mit welchen Mitteln	Kontrolle
muss getan werden?	muss es tun bzw. wer ist dabei noch zu beteiligen?	Methoden/Ressourcen muss etwas	muss etwas getan sein?	Auf welche Weise wird von wem überprüft, ob der Schritt getan ist?
Maßnahme 1	....	.....	.....	.....
Maßnahme 2				

Wenn bei der Übernahme des Referenzkonzeptes in relativ kurzer Zeit eine Reihe von Konzeptbausteinen bearbeitet werden soll, sind die Ziele in eine zeitliche Reihenfolge zu bringen. Die Handlungsplanung ist dann für jedes Ziel einzeln vorzunehmen.

## 2.4.6 Personaleinsatz und zeitlicher Aufwand

Wenn ein Vorteil des Projektmanagements darin besteht, Entwicklungsziele mit den in einer Pflegeeinrichtung vorhandenen Ressourcen an Personal, Zeit, Sach- und Finanzmitteln zu erreichen, so ist dies keine leicht zu organisierende Aufgabe. Die regelhaften Aufgaben dürfen nicht vernachlässigt werden. Gleichzeitig kommen die Projektaufgaben hinzu. Funktionieren kann dies nur, wenn man vorhandene Abläufe, z. B. die Besprechungen auf allen Ebenen, durchleuchtet und von den Inhalten entlastet, die vorübergehend ausgesetzt oder deutlich gestrafft werden können. Dabei besteht prinzipiell die Möglichkeit für die Projektarbeit bereits vorhandene Foren, wie Leitungsrunden, Hauskonferenzen, Bereichsteamsitzungen, hausinterne Schulungen u.Ä. zu nutzen. Deren vorherige Aufgaben lassen sich gegebenenfalls kürzen bzw. inhaltlich neu bestimmen.

Auch wenn man bei kritischer Analyse vorhandener Abläufe Zeitressourcen finden kann, so erfordert die Bearbeitung einer komplexen und umfangreichen Organisationsentwicklung doch immer auch den Einsatz zusätzlicher Ressourcen. Hier ist wichtig festzulegen, ob und ggf. in welchem Umfang Mehrarbeitsstunden akzeptiert werden können.

Außerdem muss entschieden werden, ob ggf. finanzielle Ressourcen für externe Beratung und fachliche Unterstützung zur Verfügung gestellt werden können.

Ein Kostenfaktor ist auch die ggf. notwendige Qualifikation von Mitarbeitern. Projektleiter und möglichst auch Führungskräfte sollten die Prinzipien, Verfahrensweisen und Instrumente des Projektmanagements und der Moderation kennen.



## 2.5 Reihenfolge der Umsetzung der Konzeptbausteine

Die Beschreibung der Konzeptbausteine und ihrer Erläuterungen verdeutlicht, dass die Umsetzung einzelner Konzeptbausteine in einem engen konzeptionellen Zusammenhang mit anderen Konzeptbausteinen steht. Sie beeinflussen sich gegenseitig oder bauen konzeptionell sogar aufeinander auf.

Bei der Umsetzung des Referenzkonzeptes ist es deshalb notwendig, mit den Elementen zu beginnen, die ein Fundament für die darüber hinausgehende Qualitätsentwicklung darstellen.

- Dies betrifft an erster Stelle den Konzeptbaustein „Zuständige Pflegefachkraft“ (ZPFK). Die Bezeichnung steht für eine Pflegeorganisation, die einige Übereinstimmungen mit dem Konzept der „Bezugspflege“ aufweist. Da aber unter Bezugspflege durchaus Unterschiedliches verstanden wird, ist bewusst eine andere Bezeichnung für den Konzeptbaustein gewählt worden. Näheres zur Bedeutung der Funktion der Zuständigen Pflegefachkraft, ihren Aufgaben und ihre Einbindung in die Hierarchie der Pflegeeinrichtung enthält Kapitel 3. Es empfiehlt sich, das Konzept der zuständigen Pflegefachkraft zusammen mit der qualifikationsorientierten Arbeitsteilung zu bearbeiten, mit der die mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen erbracht werden sollen. Dies ist für die Entlastung der ZPFK von Pflegehilfsarbeiten notwendig.
- Von ähnlich grundlegender Bedeutung sind die Leistungsbeschreibungen. Durch sie kann das Leistungsprofil einer Einrichtung eindeutig beschrieben werden, darüber hinaus sind sie eine wichtige Grundlage für die Pflegeplanung und für die individuellen Pflegeprozesse und deren Steuerung (vgl. hierzu Kapitel 4).
- Die Konzeptbausteine zum pflegerischen Assessment, einschließlich der Erfassung von biografischen Informationen und der Lebenssituation vor dem Heimeinzug, zur Pflegedokumentation sowie das Rahmenkonzept zur Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung stehen in engem inhaltlichen und hinsichtlich ihrer Umsetzung zu beachtenden zeitlichen Zusammenhang. Es ist deshalb zweckmäßig, diese vier Konzeptbausteine als zusammengehöriges „Paket“ zu betrachten (Vgl. hierzu Kapitel 4).
- In der logischen Schrittfolge des Pflegeprozesses folgt dem Assessment die Pflegeplanung und Pflegedokumentation. Das Referenzkonzept beinhaltet sowohl Elemente für eine verbesserte Pflegeplanung (z. B. Hervorhebung zentraler Pflegeziele, Maßnahmenplanung in Form eines Tagesablaufplanes) als auch solche, die auf eine sinnvolle Reduzierung des Dokumentationsaufwandes zielen. Da im Rahmenkonzept zum Heimeinzug wichtige Elemente enthalten sind (wie z. B. Regelungen für das Erst- und Aufnahmegespräch und die Begleitung des Einlebens in den ersten Wochen des Heimaufenthalts), die für ein Einbeziehen biografischer Informationen in die Pflegeplanung bedeutsam sind, ist es sinnvoll, mit der Bearbeitung dieses Rahmenkonzeptes fortzufahren und den Schwerpunkt Pflegeplanung und Pflegedokumentation unmittelbar daran anzuschließen.

**Hinweis.** Die Praxis der Pflegeplanung und -dokumentation weist fast überall Defizite auf. Die sachgerechte Umsetzung des Referenzkonzeptes erfordert deshalb, dass die vorhandenen Planungs- und Dokumentationsweisen einer kritischen Prüfung unterzogen werden (vgl. hierzu Kapitel 4.5).

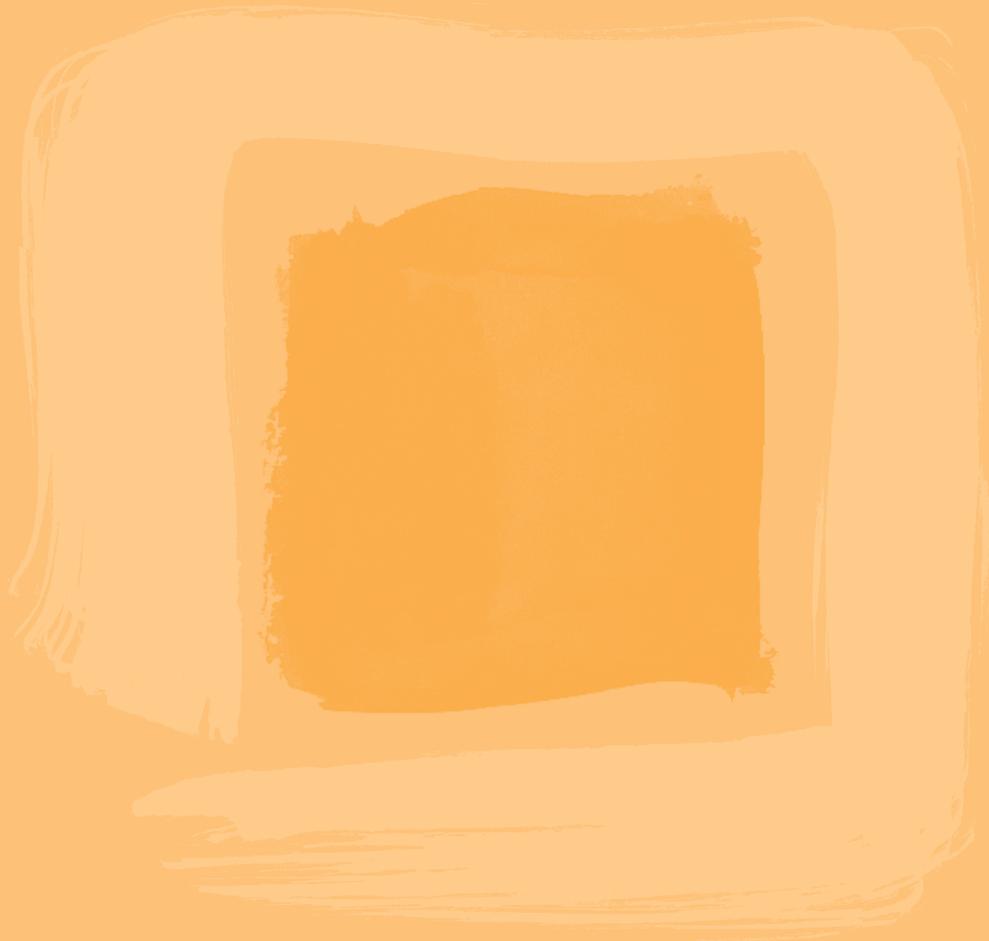
- Bei den Rahmenkonzepten für zentrale Prozesse in der Pflege sollte mit den vier Konzepten angefangen werden, die sich ausschließlich auf einrichtungsinterne Prozesse beziehen. Wenn die Bearbeitung des Konzeptbausteins zur Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung nicht bereits vor der Beschäftigung mit der Pflegedokumentation erfolgt ist, sollte sie sich wegen des inhaltlichen Zusammenhangs spätestens jetzt anschließen.

- Für die Bearbeitungsreihenfolge der Maßstäbe zur Zusammenarbeit mit Angehörigen zur Nächtlichen Versorgung und zur Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen verzichten wir auf eine Empfehlung. Hier können je nach Ausgangslage der Einrichtung unterschiedliche Schrittfolgen sinnvoll sein. Generell halten wir es für günstiger, mit solchen Rahmenkonzepten zu beginnen, bei denen nach erster Prüfung der Konzeptbausteine ein geringerer Verbesserungs- und Anpassungsbedarf besteht. Auf diese Weise haben es die Mitarbeiter und Leitungskräfte der Einrichtung leichter, in die Anforderungen „hineinzuwachsen“, die sich aus der Übernahme des Referenzkonzeptes ergeben.
- Besondere Bedeutung hat für jede Pflegeeinrichtung die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und das Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten von Bewohnern. Die bisherigen Erfahrungen lassen vermuten, dass in vielen Pflegeeinrichtungen in diesen Zusammenhängen vermeidbare Probleme und Reibungsverluste existieren. Im Unterschied zu den anderen Rahmenkonzepten können diese aber nur dann bewältigt werden, wenn sich die externen Kooperationspartner – d. h. Ärzte und Krankenhäuser – aktiv daran beteiligen und zwischen ihnen und der Pflegeeinrichtung entsprechende Vereinbarungen verbindlich getroffen werden können.



# Kapitel 3

## Umsetzung des Referenzkonzeptes und Anforderungen an die Aufbau- und Ablauforganisation





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

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



Die Übernahme des Referenzkonzepts durch eine vollstationäre Pflegeeinrichtung führt auch zu Veränderungen der Aufbau- sowie der Ablauforganisation. Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung ist es, die vorhandenen Strukturen der Einrichtung zu analysieren und den Veränderungsbedarf zu bestimmen. Diese Kapitel enthalten die hierfür entscheidenden Punkte und Erfordernisse sowie Vorschläge und Anregungen für Art und Umfang der Veränderungen.

### 3.1 Was heißt „Aufbau- und Ablauforganisation“?

Die Struktur von Organisationen, wie sie ein Organigramm abbildet, wird auch als Aufbauorganisation bezeichnet. An ihr ist erkennbar, welche Leistungsbereiche zu einer Pflegeeinrichtung gehören und wie der hierarchische Aufbau gestaltet ist.

Mit Ablauforganisation sind die Festlegungen und Vorgaben gemeint, welche die Leistungserbringung und damit die Arbeitsabläufe regeln. D. h. hier ist festgeschrieben, welche Leistungsinhalte in den einzelnen Bereichen und von bestimmten Funktionsträgern zu erbringen sind, welche Entscheidungsbefugnisse einzelnen Bereichen bzw. Funktionsträgern zugeordnet sind und in welchen Gremien, wie oft und mit welchen Beteiligten die Koordination und Kommunikation zwischen den Bereichen und Hierarchieebenen abzustimmen ist. Typische schriftliche Dokumente einer Ablauforganisation sind etwa Stellenbeschreibungen und Tätigkeitsprofile oder auch eine Besprechungsmatrix.

**Hinweis:** Seit in den meisten Einrichtungen der stationären Altenpflege ein systematisches Qualitätsmanagement als Aufgabe erkannt worden ist, finden sowohl der interne Organisationsaufbau als auch die Ablaufregelungen Eingang in Qualitätsmanagement-Handbücher (QMH), die zumeist jedoch noch über das hinausgehen, was früher nur unter Aufbau- und Ablauforganisation verstanden wurde. Im Unterschied zu der gerade dargelegten Definition regeln die QMH auf detaillierte Weise die Prozesse der Leistungserbringung und geben nicht nur Auskunft darüber, was zu tun ist, sondern auch, wie es zu tun ist.



## 3.2 Grundprinzipien: Zielangemessenheit, Eindeutigkeit und Transparenz

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

Zielangemessen sind Aufbau und Ablaufregelungen nur bei klarer Orientierung der Festlegung von Arbeitsbereichen, Koordination und Kommunikation an den zentralen Zielsetzungen einer Altenpflegeeinrichtung.

**Beispiel:** Wenn zu den Zielen gehört, dass die Bewohner eine bedarfsgerechte psychosoziale Betreuung erfahren sollen, kann sich dies zum einen im Vorhandensein eines Sozialen Dienstes, darüber hinaus aber auch in Regeln zur Art der Arbeitsteilung und zur notwendigen Abstimmung zwischen Pflegekräften und Sozialem Dienst widerspiegeln. Es ist dann nicht allein dem Engagement und der individuellen Entscheidung einzelner Fachkräfte überlassen, ob und in welchem Umfang von beiden Bereichen Leistungen der psychosozialen Begleitung erbracht und miteinander vernetzt werden.

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

Die Orientierung an den Konzeptbausteinen wird dazu führen, die vorhandene Aufbau- und Ablauforganisation im Sinne dieser Gütekriterien zu optimieren. Dabei ist insgesamt von Bedeutung,

- welche strukturbezogenen Innovationsanforderungen mit einzelnen Konzeptbausteinen verbunden sind,
- auf welche Ausgangsbedingungen diese Anforderungen treffen,
- auf welche Weise die aufbau- und ablauforganisatorischen Festlegungen verändert und Schwierigkeiten im Umsetzungsprozess erfolgreich bearbeitet werden können.

Eine angemessene, eindeutige und transparente Aufbau- und Ablauforganisation unterstützt zwar gute Arbeit im Alltag, ruft sie aber nicht automatisch hervor. Die in den nachfolgenden Abschnitten dargestellten Lösungswege können ihre produktive Wirkung dann entfalten, wenn sie von weiteren Maßnahmen – etwa der Personalentwicklung, der Mitarbeiterführung oder der systematischen Leistungssteuerung – begleitet werden.

### 3.3 Die „zuständige Pflegefachkraft“ als Ausgangspunkt für die Pflegeorganisation

Das Konzept der zuständigen Pflegefachkraft (ZPFK) ist eine spezifische Form der Pflegeorganisation, bei dem examinierte Pflegefachkräfte jeweils umfassende Planungs- und Steuerungsvorantwortung für die Pflege bestimmter Bewohner übernehmen: Die zuständige Pflegefachkraft

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

Auch die Rahmenkonzepte zum Heimeinzug, zur Kooperation mit Angehörigen, zur Zusammenarbeit mit Ärzten, zur Überleitung bei Krankenhausaufenthalten und zur Sterbebegleitung fordern die eindeutige Zuordnung eines jeden Bewohners zu einem „Hauptansprechpartner“. Idealerweise sollte dies die zuständige Pflegefachkraft sein. Damit ergeben sich weitere inhaltliche Aufgaben, die mit den jeweiligen Prozessen verbunden sind.

#### 3.3.1 Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation zur Umsetzung des ZPFK-Konzepts

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

Bei Neu-Einführung des Konzeptbausteins der zuständigen Pflegefachkraft ist zunächst in einem konzeptionellen Diskurs zu klären, warum die bisherige Arbeitsorganisation verändert werden soll und was damit angestrebt wird.

Die bisherige Alltagspraxis, wie auch immer sie geartet ist, wird von den Beschäftigten automatisch mit Sinn unterlegt. Veränderungen entwerfen diese Sinnkonstruktionen und stoßen deshalb leicht auf Widerstand. Eine vorgeschaltete Diskussion der Ziele kann solchen Reaktionen vorbeugen.

Vorteilhaft erscheint dabei eine Zielverständigung in mehreren Schritten:

- **Zunächst** müssen Träger, Einrichtungsleitung und Pflegedienstleitung sich über die angestrebten Optimierungen verständigen. Es ist sinnvoll, diese Verständigung als Zielvereinbarung schriftlich festzuhalten.



- **Im zweiten Schritt** sind die Wohnbereichsleitungen einzubinden. Dies ist besonders wichtig, weil das Konzept der zuständigen Pflegefachkraft Verantwortlichkeiten und Kompetenzen von der Ebene der Wohnbereichsleitung auf die Ebene der Pflegefachkräfte verlagert. Am besten nutzt man dazu die regelmäßigen Sitzungen zwischen Wohnbereichs- und Pflegedienstleitung.
- **Im dritten Schritt** schließlich müssen die examinierten und nicht examinierten Pflegekräfte auf ihre veränderten Aufgabenprofile und die veränderte Verantwortung eingestimmt werden. Dies kann im Rahmen von Dienstbesprechungen geschehen, an denen die Pflegedienstleitung und ggf. auch die Hausleitung teilnehmen.

Zum einen dienen diese Verständigungsprozesse dazu, die konzeptionelle Begründung für den Konzeptbaustein der zuständigen Pflegefachkraft zu verdeutlichen und gemeinsam zu konkretisieren („Warum ist es für unser Haus erforderlich, was genau wollen wir dadurch erreichen?“).

Zum anderen ermöglicht diese Vorgehensweise den Leitungskräften der unterschiedlichen Ebenen die Übermittlung der Wertschätzung für die bisher geleistete Arbeit gegenüber ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Sie gibt den Mitarbeitern außerdem Gelegenheit, ihre eventuellen Befürchtungen und Bedenken anzusprechen, gemeinsam Lösungen zu deren Überwindung zu entwickeln und ein deutliches Unterstützungsangebot zu formulieren.

Wenn bereits ein Bezugspflegesystem existiert, kann im Anschluss an die auch dann erforderliche Verständigung zwischen Träger und Leitungsebenen einer Einrichtung – die Soll-Ist-Analyse in den Wohnbereichsteams oder auch in einer Projektgruppe durchgeführt werden. Hier kann die SPOT-Analyse gut angewendet werden. Im Abgleich mit der schriftlichen Beschreibung der Anforderungen und den zugehörigen Erläuterungen ist zu fragen:

- Stärken (Gegenwart): Welche Anforderungen erfüllen wir bereits auf gutem Qualitätsniveau?
- Probleme (Gegenwart): Welche Anforderungen erfüllen wir noch nicht oder nur unzulänglich? An welchen Stellen kommt es zu Problemen und Reibungen?
- Chancen (Zukunft): Welche Vorteile und wünschenswerten Verbesserungen bringt das Konzept für Bewohner und Mitarbeiter?
- Befürchtungen (Zukunft): Welche Bedenken haben wir gegenüber dem Konzept oder einzelner Elemente?

Nach der Sammlung dieser Informationen ist zu fragen, was erreicht werden muss, um die bisherigen Lücken und Probleme im Sinne des Konzepts produktiv zu wenden und um den Befürchtungen und Bedenken vorzubeugen. Dies sind dann die einrichtungsspezifischen Veränderungsziele, deren Umsetzung geplant und vorbereitet werden kann.

In den folgenden Abschnitten beschäftigen wir uns mit Problemen und Hindernissen und erläutern, auf welche Weise sie bearbeitet werden können.

### **Bereichsbezogene Analyse der vorhandenen Personal- und Bewohnerstruktur und der Arbeitsorganisation**

Um ein höheres Maß an Flexibilität zu gewinnen, beschäftigen viele Altenpflegeeinrichtungen eine beachtliche Zahl der Pflege(fach)kräfte in Teilzeit. In solchen Fällen wird es kaum möglich sein, nur solchen Fachkräften die Funktion der zuständigen Pflegefachkraft zu übertragen, die Vollzeit oder mit einem Zeitanteil über 70 % beschäftigt sind. Zumindest mittelfristig werden bei der Umsetzung des Konzepts auch solche examinierten Kräfte die Funktion der zuständigen Pflegefachkraft übernehmen müssen, die mit einem 50%igen Zeitanteil oder sogar noch weniger beschäftigt sind. Dies kann zur Folge haben, dass die Kontinuität bei der Arbeit, die durch die zuständige Pflegefachkraft erreicht werden soll, zwangsläufig größere Lücken aufweist.

Um gleichwohl die mit den vorhandenen Kräften bestmögliche Konstruktion zu finden und um Informationen für eine künftige Organisationsgestaltung zu erhalten ist es notwendig, die derzeitige Personalstruktur, die Arbeitsorganisation und die Bewohnerstruktur wohnbereichsbezogen genau zu überprüfen und zwischen den einzelnen Abteilungen abzugleichen. Die Leitfragen einer solchen Analyse könnten sein:

- Wie hoch ist der Anteil der examinieren Pflegefachkräfte? Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass selbst bei nahezu gleichgroßen Einrichtungen die Anzahl der Pflegefachkräfte zum Teil erheblich voneinander abweicht, so dass in einigen Pflegeheimen die Zahl der examinieren Mitarbeiter geringer ausfällt als in anderen Häusern. Diese Unterschiede verweisen auf Gestaltungsspielräume, die es auszuschöpfen gilt.
- Ist die Verteilung des vorhandenen Stellenkontingents auf die beschäftigten Personen wirklich schon optimal? Kann man daran – möglichst im Einverständnis mit Betroffenen – noch etwas verbessern?
- Wie verteilen sich die Dienstzeiten der examinieren Fachkräfte? Lässt sich die Betreuungskontinuität verbessern, indem ihre Dienstzeiten anders verteilt werden?
- Gibt es – bezogen auf Wohnbereiche aber auch auf einzelne Fachkräfte – signifikante Unterschiede in der Leistungsdokumentation, die sich insbesondere auch an unterschiedlichen Ergebnissen bei Höherstufungsanträgen bemerkbar machen? Falls ja, hat dies Auswirkungen auf das verfügbare Personalkontingent. Nur eine regelmäßige Evaluation der Pflegeplanung und eine vollständige und aussagefähige Dokumentation der erbrachten Leistungen können sicherstellen, dass die Einstufung von Bewohnern dem zu leistenden Pflegeaufwand entspricht. Entdeckt man Schwächen in diesem Bereich kann durch geeignete Maßnahmen (z. B. Nachschulungen, Zielvereinbarungen, Kritikgespräche) gegengesteuert werden.
- Ist das Kompetenz- und Leistungsniveau der Wohnbereichsteams annähernd gleich oder gibt es erkennbare Unterschiede? Könnte eine andere Verteilung der examinieren Fachkräfte auf die Wohnbereiche für die Qualitätssicherung vorteilhafter sein? (Aber Vorsicht: solche Eingriffe können, wenn sie gegen den ausdrücklichen Wunsch der Beschäftigten erfolgen, auch zur Demotivierung bisher funktionierender Teams beitragen.)
- Gibt es Unterschiede zwischen den Wohnbereichen in Bezug auf die Anzahl der Mehrarbeitsstunden? Wenn ja, könnte das ein Hinweis auf Unterschiede in der Effizienz der Arbeitsorganisation sein und einen Ansatz für mögliche Verbesserungen liefern. Dabei ist jedoch unbedingt zu beachten, dass solche Unterschiede auch anders, etwa in langfristigen Krankheitsausfällen von Fachkräften, begründet sein können.

Die Antworten auf solche Fragen lösen sicher nicht alle unter den gegebenen Rahmenbedingungen und vorhandenen Problemen. Sie können aber dazu verhelfen, den Einsatz der Beschäftigten auf bestmögliche Art und Weise zu gestalten.

### **Zeit- und Ressourcengewinn durch qualifikationsorientierte Arbeitsteilung**

Bisherige Erfahrungen bestätigen, dass Arbeiten, für deren Ausführung keine besondere Qualifikation erforderlich ist, häufig von Pflege(fach)kräften ausgeführt werden. Pflegekräfte übernehmen dann oft den Transport von Essenswagen und -tablets (bei der Weitläufigkeit mancher Häuser eine zeitraubende Angelegenheit), Tätigkeiten der Wäscheversorgung oder Reinigung.

In den mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen ist ausgeführt, welche Aufgaben und Tätigkeiten nur von ausgewiesenen Fachkräften (überwiegend Pflegefachkräfte, teilweise aber auch Fachkräfte des Sozialen Dienstes) übernommen werden sollten, und welche auch von „Nicht-Fachkräften“ geleistet werden können. Diese Gruppe der Nicht-Fachkräfte ist nicht weiter ausdifferenziert. Ob eine solche genauere Differenzierung hilfreich erscheint oder die eben auch benötigte Flexibilität im Personaleinsatz zu sehr einschränkt, kann nur einrichtungsspezifisch entschieden werden.



Möglichkeiten der Steuerung ergeben sich auch in Bezug auf die Tätigkeiten, die sowohl von Fachkräften wie auch von Nicht-Fachkräften ausgeübt werden können. Auch hier können Einrichtungen durch genaue Prüfung der eigenen Praxis im Alltag Zuordnungen vornehmen, die einen Zeitgewinn bewirken.

Passgenaue Lösungen für solche Probleme (wie z. B. die Klärung der Weisungsbefugnisse der Wohnbereichsleitungen gegenüber Hilfskräften) können dadurch gefunden werden, dass sich bereichsübergreifend zusammengesetzte Qualitätszirkel, mit der Ist-Analyse und der Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen befassen.

Die Umsetzung der qualifikationsorientierten Arbeitsteilung des Konzeptbausteins der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen wird dazu beitragen, die zuständige Pflegefachkraft von Hilfstätigkeiten zu entlasten und so Zeitkontingente für das veränderte Aufgabenprofil zu schaffen.

### **Kompetenzanforderungen an die zuständige Pflegefachkraft und ggf. notwendige Qualifizierungen**

Grundsätzlich muss es sich bei der zuständigen Pflegefachkraft immer um eine examinierte Pflegefachkraft handeln. Erfahrungen zeigen, dass nicht alle examinierten Fachkräfte ohne weitere Vorbereitung den veränderten Anforderungen bei der Einführung des Konzeptbausteins der zuständigen Pflegefachkraft bzw. der Erweiterung des vorhandenen Bezugspflegesystems gewachsen sind. Dann sind die examinierten Pflegekräfte praxisnah zu unterstützen. Dies kann nicht nur durch kompakte Fortbildungen für kleine Gruppen, sondern durchaus auch durch Einzelschulungen geschehen und sollte kontinuierlich über mehrere Wochen beibehalten werden.

Die Fachkräftequalifikation ist darüber hinaus auch für die Umsetzung anderer Konzeptbausteine erforderlich. Auf den qualitativen Personalbedarf und hilfreiche Strategien der Personalentwicklung geht dieser Praxisleitfaden in einem eigenen Kapitel ausführlich ein. Der Abschnitt zum Schwerpunkt Personalentwicklung wird dabei auch der Frage nachgehen, ob und wie interne Qualifizierungen auch ohne Modellfinanzierung möglich sind und wie erreicht werden kann, dass sich der Aufwand in überschaubaren Grenzen hält.

### **Bildung von „Pflegetandems“**

Das ZPFK-Konzept kann auch durch die Bildung von Pflegetandems umgesetzt werden. Einer Pflegefachkraft und einer nicht examinierten Pflegekraft wird nach diesem Prinzip eine bestimmte Anzahl von Bewohnern gemeinsam zugeordnet. Selbstverständlich ist die Funktion der zuständigen Pflegefachkraft einer examinierten Kraft vorbehalten. Trotzdem können solche Tandems die Kontinuität der Unterstützung in höherem Maße sichern als es eine einzelne Person vermag. Außerdem können auf diese Weise Kompetenzen besser vernetzt werden. So können etwa unerfahrene Pflegefachkräfte in solchen Tandems vom Können und den Erfahrungen nicht examinierter erfahrener Pflegehelfer profitieren.

### **Beteiligung der Wohnbereichsleitung und Wohnbereichsteams an der Bildung der Pflegegruppen**

Nicht jede Pflegekraft kommt mit jedem Bewohner zurecht. Die Gründe dafür, dass es zwischen einzelnen Pflegekräften und Bewohnern und deren Angehörigen Probleme und Konflikte geben kann, sind vielfältig. Sie können verursacht oder beeinflusst sein von krankheitsbedingten Symptomen des Bewohners, erschwerter Verständigung wegen kultureller und sprachlicher Unterschiede, mangelnder Sensibilität und Empathie von Pflegekräften, rassistischen Einstellungen gegenüber ausländischen Beschäftigten und anderen Faktoren.

Oft können aber solche Probleme auch als die Kehrseite vorhandener Stärken interpretiert werden: Für einige Bewohner gilt, dass zwar die wechselseitige Beziehung zu bestimmten Mitarbeitern tendenziell schwierig ist, dass es gleichzeitig im Bereichs-

team aber Mitarbeiter gibt, die zu diesen Bewohnern einen guten Zugang gefunden haben. Um solche Ressourcen zu nutzen und vermeidbare Schwierigkeiten möglichst zu umgehen, ist es wichtig, bei der Zuordnung von Bewohnern zur zuständigen Pflegefachkraft bzw. zu Pfl egetandems die Wohnbereichsleitungen und -Teams aktiv zu beteiligen.

Pflegeeinrichtungen, die diese Form der Zuordnung von Mitarbeitern und Bewohnern völlig neu einführen und auch bisher noch nicht nach dem Bezugspflegesystem gearbeitet haben, sollten zunächst eine Probephase von etwa einem halben Jahr vereinbaren und diese Phase dann sorgfältig auswerten. Auf diese Weise gewinnt man Kriterien, anhand derer man die Zuordnung von Pflege(fach)kräften zu Bewohnern verlässlich vornehmen kann.

### **Anpassung der Stellenbeschreibungen/Tätigkeitsprofile**

Der Konzeptbaustein der zuständigen Pflegefachkraft bietet mit seiner detaillierten Beschreibung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten eine gute Grundlage für die Stellenbeschreibung.

Alternativ kann die Festlegung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten auch in einem Tätigkeitsprofil schriftlich festgehalten werden. Dies hat den Vorteil, dass die Aufgabenbeschreibung inhaltlich konkreter und praxisnäher gestaltet werden kann als in den meist formalen Stellenbeschreibungen.

Inhaltlich beziehen sich vorzunehmende Anpassungen vor allem auf die Steuerungs- und Koordinierungsleistungen, die von der zuständigen Pflegefachkraft zu erbringen sind und auf ihre Aufgabe, auch als „Hauptansprechpartner“ im Zusammenhang mit den Rahmenkonzepten für zentrale Aufgabenfelder zu fungieren. Dabei ist es empfehlenswert, diese Steuerungs- und Koordinierungsaufgabe der zuständigen Pflegefachkraft genau zu definieren. Die schon angesprochene genaue Analyse der jeweils gegebenen Ausgangslage kann dazu beitragen, die Zeit zu „finden“, die für diese Leistungen zusätzlich benötigt wird.

Mit der Anpassung der Stellenbeschreibung und Tätigkeitsprofile ist verbunden, dass

- die Vertretungsfrage geregelt wird: Alle zuständigen Pflegefachkräfte eines Wohnbereichs können in ein System wechselseitiger Vertretung eingebunden werden. Bei längerem Ausfall einer zuständigen Pflegefachkraft kann eine Vertretung auch durch die Wohnbereichsleitung erfolgen.
- die hierarchische Positionierung der examinieren zuständigen Pflegefachkraft und der nicht examinieren Pflege- und Hilfskräfte zueinander geregelt wird: Die Steuerungs- und Koordinierungsverantwortung schließt in gewissem Maße auch Weisungsbefugnisse der zuständigen Pflegefachkraft und deren direkte Kommunikation mit Mitarbeitern anderer Dienstbereiche (Sozialer Dienst, Küche, Hauswirtschaft, Haustechnik) ein. Soweit von solchen Diensten auch unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen erbracht werden, gehören diese ebenfalls in die Steuerungsverantwortung der zuständigen Pflegefachkraft.

Es ist empfehlenswert, die Stellenbeschreibungen und Tätigkeitsprofile der Wohnbereichsleitungen entsprechend zu verbessern.

Grundsätzlich könnte es auch ein strategisches Ziel sein, auf eine Leitungsebene zwischen durch zuständige Pflegefachkraft gesteuerte Pfl egeteams und Pfl edgedienstleitung zu verzichten. Ein solcher Schritt will aber gut überlegt sein und hängt u. a. davon ab, wie nah oder fern die Pfl edgedienstleitung den Wohnbereichen ist oder sein kann. Die ZPFK agiert immer in einem Wohnbereich, in dem mit anderen ZPFK oder Tandems ein Austausch zu organisieren und Absprachen zu treffen sind. D. h., es wird nach wie vor eine größeren Anzahl von Mitarbeitern in einem Wohnbereich möglichst reibungslos kooperieren und kommunizieren, Krisen und plötzliche Aus-



fälle bewältigen müssen u. Ä. Am besten funktioniert dies in einem gut eingespielten Team, das sich zwar auch ohne Leitung, dann aber eher zufällig (und nicht notwendigerweise) dahin entwickeln kann und dessen Qualität erfahrungsgemäß von bestimmten Personen abhängig ist. Empfehlenswert scheint es deshalb, wenn ein struktureller Rahmen so gestaltet ist, dass er eine solche Entwicklung befördert. Dies ist der Fall, wenn Wohnbereichsleitungen vorhanden und ausdrücklich damit beauftragt sind, neben der alltäglichen und unmittelbaren Steuerung der Leistungen auch die Entwicklung ihrer Teams anzuleiten und gezielt zu betreiben.

Zur Verdeutlichung der Situation sollte bei der Einführung des Konzeptbausteins der zuständigen Pflegefachkraft eine tabellarische Übersicht erstellt werden, bei der in zwei Spalten die Aufgaben, Befugnisse und Verantwortlichkeiten der Wohnbereichsleitung und der zuständigen Pflegefachkraft einander gegenübergestellt werden. Auf diese Weise lässt sich gut verdeutlichen, dass die zuständige Pflegefachkraft die Wohnbereichsleitung nicht überflüssig macht. Vorgebeugt wird damit auch der Gefahr, dass sich Wohnbereichsleitungen durch dieses Konzept entwertet fühlen.

**Beispiel für eine solche Gegenüberstellung:**

<b>Wohnbereichsleitung</b>	<b>ZPFK</b> <b>(Die Aufgaben sind auf eine Pflegegruppe bezogen, für welche die examinierte Pflegekraft verantwortlich ist)</b>
	Arztanrufe/Medikamente
	Pflegeberatung in/während der Grundpflege
	Administrative Aufgaben
	Wunddokumentation
Medikamentenverwaltung	
Angehörigengespräche	Angehörigengespräche
in besonderen Problemlagen/Kritikgespräche	tägliches Vorbereiten von Medikamenten
Gruppeneinteilung der Mitarbeitern	
	Neuaufnahmen
	Vitalwerte
	Behandlungspläne
	Pflegeplanungen
Kontrolle der Dokumentation	Kontrolle der Dokumentation
Organisation und Durchführung von Teambesprechungen	
Organisation von Fallbesprechungen	Durchführung von Fallbesprechungen
Zimmerkontrolle	Zimmerkontrolle
Hilfsmittel verwalten/organisieren	
Organisation Festbeteiligung MA	Festbeteiligung Bewohner
Übergaben	
Pausenregelung	
	Koordination der Umfeldpflege im Bewohner zimmer
	Auffüllen von Verbandsmaterialien
„Stützpunkt-Ordnung“	
Notfallgeräte/-koffer kontrollieren/ Vollständigkeit und Funktionstüchtigkeit	
	Ordnung im Dienstzimmer
Organisation innerhalb der Lagerräume	
Organisation des Materialbestellwesens	
Delegation an bestimmte Personen	
MA-Gespräche	MA-Gespräche
- fachlich	- fachlich
- Personalentwicklung	
- Kritik ...	
Zusammenarbeit mit Ärzten, Krankengymnastik, Firmen ...	Zusammenarbeit mit Ärzten, Krankengymnastik, Firmen ...
	bei Fragen/Unsicherheiten Austausch mit der WBL
Koordination der Zusammenarbeit mit Abteilungen im Haus	
Delegation an Stellvertretung/Schichtleitung in Abwesenheit der WBL	



## **Anpassung der Dienstzeiten**

Um ihrer Funktion als Hauptansprechpartnerin und als „Navigatorin des Pflegeprozesses“ gerecht werden zu können, muss die zuständige Pflegefachkraft die ihr zugeordneten Bewohner zu unterschiedlichen Tageszeiten und auch am Wochenende erlebt haben. Es gibt durchaus Einrichtungen in denen examinierte Kräfte nur oder schwerpunktmäßig in bestimmten Schichten – z. B. im Frühdienst oder nur in Ausnahmefällen an Wochenenden – tätig sind. Viele Häuser beschäftigen auch Mitarbeiter, die ausschließlich die Nachtdienste übernehmen.

Bei der Umsetzung des Konzeptbausteins der zuständigen Pflegefachkraft sollten die Einrichtungen ggf. diese Merkmale der Arbeitsorganisation verändern. In einigen Häusern werden sich diese Anforderungen eventuell sogar in Planungen auf der Träger-ebene oder unabhängig vom Referenzkonzept begonnene Entwicklungsprozesse einfügen.

Ziel einer veränderten Dienstplangestaltung muss es sein, ausreichend flexible Dienstzeiten für die zuständige Pflegefachkraft bzw. Pflegefachmann festzulegen. Dazu gehört zum einen die Festlegung, dass die Pflege(fach)kräfte in Zukunft sowohl in Früh- als auch Spätdiensten mitarbeiten sollen. Einzelne Einrichtungen werden im Projektverlauf damit beginnen, den reinen Nachtdienst abzubauen und alle Pflege(fach)kräfte in allen Schichten einzusetzen (Dreischichtsystem). Es besteht darüber hinaus die Möglichkeit über den Beschäftigungsumfang der zuständigen Pflegefachkraft zu verhandeln, um allzu geringe Teilzeitstellen zu erweitern.

Möglich ist dies nach intensiven Gesprächen mit den Beschäftigten, in denen die Einrichtungs- und Pflegedienstleitung die Veränderung begründet und um deren Einverständnis wirbt. Unverzichtbar ist dabei, zumindest vorübergehend individuelle Lösungen für Mitarbeiter in besonderen Lebensumständen zu finden. Auf diese Weise wird der Gefahr begegnet, die Pflege(fach)kräfte zu demotivieren und bei ihnen den Eindruck zu erwecken, dass sie Verlierer der Entwicklung seien.

## **Kooperation mit Angehörigen und externen Kooperationspartnern**

Für Angehörige, interne und externe Kooperationspartner und manchmal auch für die einzelnen Bewohner ist die Anwendung des ZPFK-Konzepts nicht unmittelbar erkennbar. Da bestimmte Tätigkeiten, wie die Pflegeplanung oder die Informationen während der Dienstübergabe von Angehörigen und anderen Externen nicht erfasst wird, kann es für sie den Anschein haben, als seien viele Pflege(fach)kräfte – nämlich immer die im Dienst befindlichen – zuständig. Hinzu kommt, dass bei komplizierten Fragen, Problemen oder Beschwerden häufig an die Wohnbereichs- oder Pflegedienstleitung verwiesen wird.

Deshalb ist es selbstverständlich, dass sich jede zuständige Pflegefachkraft gegenüber „ihren“ Bewohnern, deren Angehörigen und allen wichtigen internen und externen Kooperationspartnern auch als solche präsentiert und vorstellt. Der Name der zuständigen Pflegefachkraft sollte sich auch auf allen Schriftstücken befinden, die „ihre“ Bewohner betreffen. Beispielsweise sollte eine angehängte Visitenkarte, die dem Informationsmaterial für Angehörige beigefügt wird und die natürlich auch dem Überleitungsbogen bei Krankenhausaufenthalten hinzugefügt wird, sie als zuständige Pflegefachkraft ausweisen.

Günstig ist es auch, außen neben der Zimmertür der Bewohner oder innen an einer Zimmerwand Schilder anzubringen, auf denen die Namen der zuständigen Pflegekräfte gut lesbar vermerkt sind. So können sich auch Freunde und Bekannte orientieren, die zum ersten Mal einen Bewohner besuchen.

Insbesondere für Bewohner und deren Angehörige erhöht das ZPFK-Konzept die Chance, eine vertrauensvolle Beziehung zu der „hauptzuständigen“ Pflegefachkraft aufzubauen. Eine vorgenommene Entlastung der ZPFK von pflegerischen Aufgaben

stellt keine Reduzierung des Kontakts zum Bewohner dar, sondern verlagert und intensiviert ihn. Um ihre Planungs- und Steuerungsaufgaben gut erfüllen zu können, muss die ZPFK jederzeit darüber informiert sein, wie es „ihren“ Bewohnern geht und ob die Qualität der Pflegeleistung ihrem Bedarf und ihren Bedürfnissen entspricht. Dies kann sie nur, wenn sie in regelmäßigem und intensivem Kontakt zum einzelnen Bewohner steht.

### 3.3.2 Probleme im Umsetzungsprozess – Bewältigungsstrategien

Die Einführung des Konzeptbausteins der zuständigen Pflegefachkraft kann nicht nur in die vorhandene Arbeitsorganisation sondern oft auch in das vorhandene berufliche Selbstverständnis der Pflegekräfte gravierend eingreifen und dadurch ihr Selbstwertgefühl und ihre Selbsteinschätzung berühren. Entsprechend hoch kann die Verunsicherung sein und entsprechend heftig dann auch der daraus resultierende Widerstand. Durch Veränderungen ihrer Positionierung und der Arbeitsteilung kann es zu Reibungen zwischen examinierten und nicht examinierten Pflegekräften kommen. Zur Verhinderung solcher Schwierigkeiten gibt es keine Patentrezepte. Vertrauensvolle Zusammenarbeit, Transparenz in der Vorgehensweise und Beteiligung der Mitarbeiter können solche Widerstände akut dämpfen und damit längerfristig die erfolgreiche Umsetzung des Referenzkonzeptes unterstützen:

- Die Beteiligung der Mitarbeiter an der Ausgestaltung der neuen Arbeitsorganisation ist von wesentlicher Bedeutung. Eine Einbindung der Pflegekräfte bei der Formulierung des Anforderungsprofils der zuständigen Pflegefachkraft, bei der Bildung der Bewohnergruppen sowie bei der Gestaltung der Arbeitsteilung zwischen examinierten und nicht examinierten Kräften fördert deutlich die Akzeptanz in der Vorgehensweise.
- Der Befürchtung, veränderten Aufgaben nicht gewachsen zu sein, können Leitungskräfte entgegenwirken, indem sie dafür sorgen, dass Unsicherheiten oder Fehler ohne Angst vor Sanktionen eingestanden werden können. Statt kritischer Bewertungen muss in solchen Fällen überlegt werden, wie verunsicherte Fachkräfte unterstützt bzw. ein aufgetretener Fehler zukünftig vermieden werden kann.
- Bei grundlegenden Veränderungen der Arbeitsanforderungen benötigen Mitarbeiter Zeit, um diese verinnerlichen. Deshalb ist es empfehlenswert, eine Zeitphase der Erprobung und des Hineinwachsens festzulegen, in der die konkreten Erfahrungen häufig besprochen und ausgewertet werden. Diese Zeitspanne sollte mindestens drei Monate dauern, kann aber bei ungünstiger Ausgangslage auch von Beginn an länger sein oder bei Bedarf später noch verlängert werden.
- Die Erprobungszeit ist durch die Leitungskräfte eng zu begleiten, d. h. Wohnbereichsleitungen müssen aufmerksam beobachten, wie die Fachkräfte mit den Veränderungen zu Recht kommen. Ihre Erfahrungen sollten in Einzel- und Teamgesprächen immer wieder zur Sprache gebracht werden. Der Stand der Erprobung sollte in dieser Zeit regelmäßiger Tagesordnungspunkt bei Besprechungen zwischen Pflegedienst- und Wohnbereichsleitung sein. Zusätzlich sollten die Erfahrungen in vier- bis sechswöchigem Abstand in gemeinsamen Sitzungen von Wohnbereichsleitung, Pflegedienstleitung und Pflegeteam ausgewertet werden.



## 3.4 Verbesserte Zusammenarbeit der Berufsgruppen

Eine gute Vernetzung von Pflege und Sozialem Dienst ist von wesentlicher Bedeutung für die Umsetzung von Anforderungen, die mit den Konzepten zum pflegerischen Assessment und damit verbunden der Erhebung von biografischen Informationen, mit den Leistungsbeschreibungen und den Rahmenkonzepten zum Heimeinzug und zur Angehörigenarbeit einher gehen. Eine erfolgreiche Umsetzung dieser Konzeptbausteine wird gelingen, wenn

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

### 3.4.1 Unzulängliche Kooperation zwischen Pflege und Sozialem Dienst als Hindernis

Die Sammlung von Informationen zur Bedarfslage der Bewohner, Ressourcenförderung und -erhaltung, biografieorientierte Angebote und die Begleitung von Angehörigen sind Querschnittsaufgaben, die meist in mehreren Arbeitsbereichen erbracht werden (z. B. Pflege, Sozialer Dienst, Physiotherapie und in Verbindung von Ehrenamtlichen). Verantwortlich für die Regelung der Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Arbeitsbereichen sind die Leitungsebenen der jeweiligen Pflegeeinrichtung. Dazu müssen möglicherweise hinderliche Strukturen abgebaut werden.

**Beispiel:** Pflege und Sozialer Dienst gehören unterschiedlichen Abteilungen an und haben unterschiedliche Vorgesetzte. Die Pflegekräfte arbeiten wohnbereichsbezogen, der Soziale Dienst überwiegend einrichtungsübergreifend. Es gibt keinen systematischen Austausch, durch den sich die unterschiedlichen Professionen mit ihren verschiedenen und teilweise konkurrierenden fachlichen Vorstellungen gegenseitig zu ihren Erkenntnissen informieren können.

Gründe: Für die Einstufung der Bewohner in Pflegestufen und damit für die Entgelte der Einrichtungen werden primär Leistungen berücksichtigt, die der medizinisch-somatischen Pflege zuzurechnen sind. Dies kann zu einem Pflegeverständnis führen, das die somatischen und die medizinischen Leistungen in Zuständigkeit der Pflege ansiedelt, und die psychosozialen Leistungen als etwas „anderes“ beim Sozialen Dienst verortet. Einzelgespräche werden selbstverständlich auch vom Pflegepersonal geführt, meist aber nicht als geplante oder regelmäßige zielgerichtete Leistung (wie in den Leistungsbeschreibungen des Referenzkonzepts gefordert), sondern meist in Verbindung mit Hilfen bei den alltäglichen Verrichtungen.

Das Pflegekonzept bezieht sich nach dieser Beschreibung nur auf Tätigkeiten des Pflegepersonals. Die Arbeit des Sozialen Dienstes ist von der Tätigkeit der Beschäftigten in der Pflege getrennt. Die Angebote des Sozialen Dienstes werden in der Pflegeprozessplanung nicht berücksichtigt; für dessen Arbeit wiederum das Pflegeprozessmodell keine Bedeutung hat. Die Zusammenarbeit bei der Erstellung einer individuellen Pflegeplanung und bei deren Evaluation ist nicht vorhanden.

### 3.4.2 Optimierte Vernetzung zwischen Pflege und Sozialem Dienst

Hier geht es im ersten Schritt darum, durch Reform der Aufbau- und Ablauforganisation zunächst die strukturellen Voraussetzungen zu schaffen, um sich anschließend auf die fachliche Ausgestaltung der Inhalte zu konzentrieren.

Zu unterscheiden sind bei solchen Strukturinterventionen im Wesentlichen zwei Varianten:

- Die erste zielt auf die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Pflege, Sozialem Dienst und ggf. weiteren Berufsgruppen und beschränkt sich auf Veränderungen in der Ablauforganisation.
- Die zweite verändert hingegen die Aufbauorganisation, wenn sie Fachkräfte unterschiedlicher Dienste in die Pflgeteams der Wohnbereiche integriert.

**Variante 1:** Um herauszufinden, ob und wie vorhandene Regelungen die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Sozialem Dienst fördern, wird empfohlen, mit einer kritischen Bestandsaufnahme bei der Erhebung biografischer Informationen neuer Bewohner zu beginnen.

Wenn die vorhandenen Ablaufregelungen eine Koordination der beteiligten Dienste nicht stützen, fehlt eine wichtige Voraussetzung für die Erbringung bedarfsangemessener Leistungen der psychosozialen Begleitung.

Bei den Veränderungen der Ablaufregelungen im Sinne der ersten Variante kann die Erstberatung von Bewohnern und Angehörigen bei einem bevorstehenden Heimeinzug in der Zuständigkeit der zuvor verantwortlichen Stelle, etwa des Sozialen Dienstes verbleiben. Festzulegen ist dann,

- wie Angehörigen und zukünftigen Bewohnern die Bedeutung der Erhebung biografischer Informationen zu vermitteln ist,
- auf welche Weise die Kontrolle des Rücklaufes von Fragebögen erfolgt,
- wann und auf welche Weise der Biografiebogen an die „Pflege“ übermittelt und zu einer der Grundlagen der Pflegeplanung und zum Bestandteil der Pflegedokumentation wird,
- dass der Biografiebogen fortlaufend zu ergänzen ist und sich nicht nur auf die Vergangenheit beziehen darf - eine Biografie endet nicht mit dem Heimeinzug.

Dieser Fragenkomplex kann in einer Projektgruppe bearbeitet werden, in der Fachkräfte der Pflege und des Sozialen Dienstes vertreten sind und die dann auch den Auftrag erhält, ein Konzept zu entwerfen, das die obigen Fragen beantwortet. Bei dieser Konstellation sind meist nur wenige Korrekturen oder Konkretisierungen der vorhandenen Ablaufregelungen erforderlich.

Schwieriger ist die Frage zu lösen, wie neue Kenntnisse, die unterschiedliche Mitarbeiter im Kontakt mit einzelnen Bewohnern erhalten, transparent und allen verfügbar gemacht werden können. Nicht alle Einrichtungen verfügen über eine EDV-gestützte Pflegedokumentation, die gleichermaßen für alle zugänglich ist.

Aber selbst wenn dies der Fall wäre, ist damit das eigentliche Problem nicht gelöst. Schriftlich dokumentierte Informationen stellen notwendigerweise immer Verkürzungen dar. Selbst wenn sie gut gelungen sind, besteht die Gefahr von Lücken, Missverständnissen und Fehldeutungen. Die Vernetzung des Wissens unterschiedlicher Personen braucht die mündliche Kommunikation. Nur in solchen Diskursen können nicht nur Informationen zusammengetragen, sondern kann auch über deren Bedeutung für den einzelnen Bewohner und seine Unterstützung und Begleitung reflektiert werden.



Ziel muss also sein, die Kommunikation aller Fachkräfte zu verdichten. Um dies zu leisten, ist es empfehlenswert, regelmäßige und systematische gemeinsame Fallbesprechungen von Pflgeteams und Sozialem Dienst einzuführen und dafür zu sorgen, dass Mitarbeiter des Sozialen Dienstes regelmäßig an Übergaben in den Wohnbereichen teilnehmen. Dies kann durch eine entsprechende Strukturintervention seitens der Leitung erreicht werden.

Besonders überzeugend ist die Regelung, Fallbesprechungen zu jedem neuen Bewohner wenige Wochen nach seinem Einzug durchzuführen. Eine schriftliche Ergänzung biografischer Informationen erfolgt nach dieser Besprechung durch die zuständige Pflegefachkraft oder wird von dieser koordiniert.

Um Zeit für gemeinsame Fallbesprechungen zu gewinnen, können diese in andere, bereits existierende Besprechungsforen eingebunden werden.

**Variante 2:** Der Soziale Dienst wird dezentralisiert und den Wohnbereichen zugeordnet. Die Mitarbeiter des Sozialen Dienstes werden Mitglieder der Wohnbereichsteams und unterstehen damit der Wohnbereichsleitung. Verändert werden dann auch die Aufgabenbeschreibungen: Zentrale wohnbereichsübergreifende Angebote für Bewohnergruppen und insbesondere solche für Bewohner mit relativ geringen gesundheitlichen Einschränkungen werden geprüft und ggf. reduziert zugunsten von wohnbereichsbezogenen Angeboten – insbesondere auch solchen, durch die bisher eher vernachlässigte immobile und demenziell erkrankte Bewohner erreicht werden können. Um dies zu gewährleisten werden auch die Dienstzeiten bedarfsangemessen angepasst: Unterstützungsangebote sollen idealer Weise dann an sieben Wochentagen und auch in den Abendstunden erbracht werden können.

Auch hier handelt es sich um eine Strukturintervention durch die Leitung, die unter Beteiligung der Mitarbeitervertretung einzuführen und den betroffenen Mitarbeitern gegenüber zu begründen ist. Die Beteiligung der Mitarbeiter ist für die vorausgehende Soll-Ist-Analyse und die Identifikation von Schwachstellen notwendig, weil dadurch eine grundlegende Einsicht in Verbesserungsnotwendigkeiten und eine prinzipielle Veränderungsbereitschaft gefördert werden kann.

Die Integration von Mitarbeitern des Sozialen Dienstes in die Wohnbereiche macht die Wahrnehmung übergreifender Aufgaben keineswegs überflüssig. Es empfiehlt sich, mit den Fachkräften des Sozialen Dienstes fachliche Schwerpunkte zu vereinbaren und sie mit der Weiterentwicklung vorhandener Konzepte (z. B. Arbeit mit demenziell Erkrankten, Palliativpflege, Werbung und Begleitung von Ehrenamtlichen) zu beauftragen.

# Kapitel 4

## Qualitätsmanagement in der vollstationären Altenpflege





## 4. Qualitätsmanagement in der vollstationären Altenpflege

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



Die Umsetzung des Referenzkonzeptes tangiert in hohem Maße das Qualitätsmanagement (QM) einer Einrichtung. Die Umsetzung der Konzeptbausteine ist ein Teil des QM einer Einrichtung. Sie erweitert bzw. korrigiert bereits vorhandene Standards. Nachfolgend wird ein kurzer Überblick – insbesondere für diejenigen, die sich noch nicht so intensiv mit Fragen des Qualitätsmanagements in stationären Altenpflegeeinrichtungen beschäftigt haben – gegeben.

### Exkurs Qualitätsmanagement (QM):

- Als QM wird in den Einrichtungen der stationären Altenpflege sowohl die Gesamtheit des Führungshandelns – das „Managen der Leistungsqualität“ –, als auch die Summe der Verfahren bezeichnet, welche die Sicherung und Weiterentwicklung der Leistungsqualität regeln.
- Zu den Grundpfeilern der Qualitätsphilosophie gehört die Orientierung am „Kunden“, d. h. an den Bedürfnissen, Wünschen, Bewertungskriterien der Adressaten einer Leistung.
- Zugrunde liegt diesem Prinzip auch ein legitimes marktpolitisches Kalkül: Ein hoher Grad von Kundenzufriedenheit hilft, die Marktchancen eines Unternehmens zu sichern.
- In den sozialen Arbeitsfeldern, wie auch in der Altenpflege, ist dieses Prinzip klar verbunden mit grundlegenden ethischen Prämissen, einem bestimmten Menschenbild und sozialpolitischen Zielorientierungen: „Kunden“-, also Bewohnerorientierung in Altenpflegeheimen wird nicht nur verstanden als Mittel, um im Wettbewerb mit anderen Anbietern die Belegung der eigenen Plätze zu sichern. Vielmehr ist sie gleichzeitig und unverzichtbar Ausdruck einer Haltung. Konkret wird diese in einem pflegerischen Handeln, das alle Kontakte zu Bewohnern respektvoll, empathisch und fachkompetent gestaltet und sich dabei an den Leitprinzipien der Biografie- und Präventionsorientierung und Ressourcenerhaltung und -förderung ausrichtet.<sup>6</sup>
- Für die praktische Realisierung von QM-Systemen können unterschiedliche Modelle herangezogen werden. Als ein verbreitetes Qualitätsmanagementsystem in der stationären Altenpflege ist das Instrument DIN-EN-ISO 9000 ff: 2000 anzusehen, das auch einigen trägerspezifischen Ansätzen als Grundlage dient.<sup>7</sup>

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

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

Das QM-System von Unternehmen ist in einem QM-Handbuch schriftlich darzulegen.

<sup>6</sup> Vgl. Teil A, Kapitel 2

<sup>7</sup> 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](http://www.peter-gerull.de)



## 4.1 Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement

Die Normanforderungen von QM-Systemen regeln nicht die Qualität im Sinne der Güte einer Dienstleistung. Sie stellen vielmehr ab auf überprüfbar gesicherte Rahmenbedingungen und Verlässlichkeitsnachweise für die Dienstleistungsprozesse. D. h. die Normanforderungen beziehen sich nicht auf die inhaltliche Güte eines Prozesses (wie etwa die Begleitung des Einzugs eines neuen Bewohners) sondern darauf, dass Regelungen für diesen Prozess nachweislich existieren und eingehalten werden.

Zum Nachweis dienen entsprechende Dokumentationsinstrumente (Checklisten, Protokolle) und Prüfverfahren wie interne und externe Audits. Die inhaltliche Gestaltung der Prozesse bleibt den Unternehmen selbst überlassen. Im Unterschied dazu beinhalten die Konzeptbausteine des Referenzkonzepts sowohl Anforderungen für die organisatorischen Ablaufregelungen als auch für deren fachlich-inhaltliche Gestaltung.

Es ist nicht auszuschließen, dass Einrichtungen die Anforderungen an ein QM-System lediglich auf dem Papier erfüllen. Die in den QM-Handbüchern getroffenen Regelungen werden dann im Alltag nicht verbindlich eingehalten. Das bedeutet: Die Existenz eines QM-Handbuches allein ist noch keine hinreichende Bedingung für ein hohes Qualitätsniveau.

Umsetzungsschwierigkeiten können sich ergeben, wenn ein bereits eingeführtes QM-System nicht in der alleinigen Verantwortung der Hausleitungen liegt, sondern wesentlich auf der regionalen Trägerebene durch einen dort angesiedelten QM-Stab gesteuert wird. Teilweise ist dies mit einer bereits vollzogenen oder angestrebten Verbundzertifizierung dieser Einrichtungen verknüpft. Von Trägern gibt es deshalb ein großes Interesse, möglichst gleichartige QM-Standards für die Einrichtungen des Verbundes bzw. der Region festzulegen. Veränderungen und Erweiterungen des QM-Handbuches einer einzelnen Einrichtung eines Trägers können dann langwierige Abstimmungen erfordern.

Vor der Bearbeitung und Übernahme von Konzeptbausteinen ist eine frühzeitige und detaillierte Abstimmung zwischen der Einrichtung und ihrem Träger durchzuführen! Zu beachten ist auch, dass die Implementierung sehr weit ausdifferenzierter QM-Systeme zumeist auch einen beträchtlichen Aufwand an Zeit und Einsatz braucht. Zu Recht sind nach solchen Arbeitsprozessen alle Beteiligten stolz, es geschafft zu haben und überzeugt, dass alles Wichtige bereits geregelt ist. Beim Abgleich mit den Bausteinen des Referenzkonzepts besteht die Gefahr, dass vor allem die Übereinstimmungen wahrgenommen werden. Details, die von den bereits vorhandenen Standards abweichen oder deren Ergänzung erfordern, werden dann möglicherweise übersehen.

Hinzu kommt, dass insbesondere die QM-Systeme auf der Basis der ISO-Normen den Qualitätssicherungsaspekt auf stärkere Weise betonen, als den Aspekt der Qualitätsentwicklung. Praktisch bedeutet dies, dass der Aufwand beim Aufbau eines QM-Systems und beim fortlaufenden Controlling sich vorrangig auf den Sicherungsaspekt konzentriert. Die Entwicklung der Standards verfolgt das Ziel, Abläufe und Prozesse auf eine bestimmte Art und Weise festzuschreiben, das Controlling überprüft, ob die Festlegungen eingehalten werden. Zum System gehören zwar auch Foren, deren Aufgabe es ist, die „Verbesserung der Dienstleistungen“ (s. o.) sicher zu stellen. Im Alltag kann dieses Ziel jedoch, verglichen mit der angestrebten Verlässlichkeit eines einmal definierten Qualitätsniveaus, schnell ins Hintertreffen geraten.

Den „weitesten Entwicklungsweg“ haben im Modellprojekt solche Referenzeinrichtungen zurückgelegt, die zu Beginn der Laufzeit verhältnismäßig wenige der Anforderungen bereits erfüllten und bei denen der Aufbau eines QM-Systems erst in den Anfängen steckte.

Vor dem Hintergrund dieser Beobachtungen muss die oben formulierte These erweitert werden: Ein etabliertes Qualitätsmanagement leistet einen wichtigen Beitrag zur Sicherung und Entwicklung der Leistungsqualität, wenn im Alltag sowohl die Festlegungen für die Abläufe verbindlich sind und gleichzeitig regelmäßig auf Verbesserungspotenziale hin überprüft werden.



## 4.2 Leistungsbeschreibungen: das Leistungsprofil der vollstationären Altenpflege

Die Leistungsbeschreibungen erfassen alle unmittelbar und mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen, die eine Einrichtung der stationären Altenpflege prinzipiell vorhalten sollte. Sie sind ein Klassifikationssystem, das die Einzelleistungen „inhaltlich voneinander abgrenzt und übersichtlich darstellt“.<sup>8</sup>

Ein besonderes Merkmal der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen ist, dass sie grundsätzlich zielbezogen beschrieben werden. Das heißt, unterschiedliche Vorrichtungen, die auf ein gleiches Pflegeziel gerichtet sind, gehören zu einer Leistung. So kann die „Hilfe zur Nahrungsaufnahme“ die Begleitung eines in seiner Orientierungsfähigkeit eingeschränkten Bewohners zum Frühstücksraum umfassen und viele Teilvorrichtungen mehr.

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

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

Wie auch andere Elemente des Referenzkonzepts gehen die Leistungsbeschreibungen von grundlegenden Qualitätszielen aus, welche die Praxis jeder Pflegeeinrichtung prägen sollten. „Diese beziehen sich auf die Anforderung einer biografie- und präventionsorientierten und ressourcenerhaltenden/-fördernden Pflege.“ Detaillierte Hinweise dazu finden sich in Teil A, Kapitel 2.

### 4.2.1 Bestandsaufnahme zu den unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungsbeschreibungen und Entwicklungsziele

Bei der Umsetzung der Leistungsbeschreibungen<sup>10</sup> ist im Rahmen der Soll-Ist-Analyse zu prüfen, ob das vorhandene Leistungsprofil einer Einrichtung alle „Maßnahmenbündel“ vollständig umfasst und ob diese Leistungen bedarfsgerecht und auf hinreichendem Qualitätsniveau erbracht werden. Detaillierte Fragestellungen für diese kritische Bestandsaufnahme sind in Teil A, Kapitel 5 bereits enthalten.

Wichtig ist, dass die Soll-Ist-Analyse zum einen anhand einer ausreichenden Zahl exemplarisch ausgewählter Pflegedokumentationen (mindestens zehn) durchgeführt wird und die damit verbundenen Fragen in der Projektgruppe und/oder in jedem Wohnbereichsteam diskutiert und beantwortet werden. Dabei sollte die Prüfung der Pflegedokumentationen und die Moderation der Diskussionen von Fachkräften geleistet werden, die sich zuvor intensiv mit den Leistungsbeschreibungen und den zugehörigen Erläuterungen befasst haben.

<sup>8</sup> Vgl. Teil A, Kapitel 5

<sup>9</sup> Vgl. Teil A, Kapitel 5.2

<sup>10</sup> Hier und in den zunächst folgenden Absätzen sind immer die unmittelbar bezogenen Leistungen gemeint.

Erfahrungsgemäß werden viele Leistungen von den Einrichtungen bereits erbracht. Dazu sind grundsätzlich auch solche Leistungen bzw. Einzelverrichtungen der speziellen Pflege zu zählen, die nicht von Fachkräften der Einrichtung geleistet werden (z. B. die Katheterisierung beim Mann oder intramuskuläre oder intravenöse Injektionen), bei denen das Heim durch Kooperation mit Ärzten jedoch sicherstellt, dass sie bei Bedarf zügig und bedarfsgerecht erbracht werden können.

Die bisherigen Erfahrungen haben wichtige Entwicklungsbedarfe in stationären Pflegeeinrichtungen verdeutlicht:

Defizite in der fachlichen Kompetenz können sich etwa bei Lagerungen (LA) und den Einzel- und Gruppenaktivitäten zur Erhaltung/Förderung der Mobilität (MOB und GAM) zeigen. Auch bei der angemessenen psychosozialen Begleitung können fachliche Mängel sichtbar werden. Beispiele hierfür sind die „Interventionen bei Wandertendenzen“ (IWT), die Einzelbetreuung bei Selbst- und Fremdgefährdung (EBG) und die „Interventionen bei speziellen psychischen Problemlagen“ (ISP). Auch in Bezug auf die Durchführung biografieorientierter Einzel- und Gruppenaktivitäten (BE und GAB) werden sich manche Fachkräfte der Pflege und der Sozialen Dienste überfordert fühlen.

Wenn die Fachlichkeit nicht angemessen ist, werden bestimmte Leistungen gar nicht oder nicht in ausreichender Qualität erbracht. Dadurch können u. a. Mängel bezüglich der Bedarfsgerechtigkeit auftreten. Dies kann dazu führen, dass psychosoziale Unterstützungsangebote vorwiegend die mobilen Bewohner erreichen oder solche, die einen entsprechenden Bedarf einfordern. Zu kurz kommen vielfach die bettlägerigen immobilen und die wegen demenzieller Veränderung verhaltensauffälligen Bewohner. Schließlich können Versorgungsmängel auch damit zusammenhängen, dass die Leitprinzipien zur Ressourcenorientierung und Biografieorientierung zu wenig verinnerlicht sind. In der Veröffentlichung der Konzepte sind diese Leitprinzipien den Leistungsbeschreibungen vorangestellt.<sup>11</sup>

Die wichtigsten Veränderungsziele werden sich bei einem Transfer des „Konzeptbausteins Leistungsbeschreibungen“ voraussichtlich richten auf

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

Hinzu kommt, dass die Mitarbeiter generell für den Umgang mit Leistungsbeschreibungen und deren Nutzung für Pflegeplanung und Pflegedokumentation geschult werden sollten.

<sup>11</sup> Vgl. Teil A Kapitel 5



## 4.2.2 Berufsbegleitende fachliche Qualifizierung<sup>12</sup>

### Steigerung der fachlichen Kompetenz

Sinnvoll ist es, in einer Bestandsaufnahme den Qualifizierungsbedarf möglichst genau festzuhalten und daraus passgenaue Qualifizierungsthemen und Aufträge abzuleiten.

Zu prüfen ist anschließend, auf welche Weise entsprechende Fortbildungsmaßnahmen wirksam durchgeführt werden können. Je nach Themenschwerpunkt ist es sinnvoll, eine oder mehrere interne Schulungen anzubieten, an der möglichst viele oder alle Mitarbeiter (Inhouse-Fortbildungen) teilnehmen. Ggf. sind Fachkräfte auch extern zu qualifizieren.

Zu prüfen ist auch, ob es in der Einrichtung, beim Träger oder bei externen Kooperationspartnern geeignete Schulungsleiter gibt, die Schulungen durchführen können. So können z. B. Kompetenzdefizite bei der bedarfsgerechten Lagerung von Bewohnern oder bei Fragen der medizinischen Behandlungspflege durch so genannte Inhouse-Schulungen überwunden werden. Hierfür sind beispielsweise kooperierende Ärzte bzw. Fachkräfte oder Mitarbeiter aus Sanitätshäusern oder Apotheken zu gewinnen.

Andere Fortbildungsmaßnahmen, wie z. B. zur Umsetzung einer biografieorientierten Praxis oder zur psychosozialen Versorgung demenziell erkrankter Bewohner können möglicherweise durch entsprechend geschulte Fachkräfte beim Träger oder auch durch eigene interne Multiplikatoren angeboten werden. So lassen sich dann sogar mehrteilige Fortbildungen zur Pflege demenziell erkrankter Bewohner organisieren.

Der Vorteil dieser Inhouse-Fortbildungen besteht vor allem darin, dass der Transfer neu erworbener Kenntnisse in die Praxis erheblich leichter ist, wenn Teams oder Gruppen die auch in der Pflegeeinrichtung zusammenarbeiten zugleich geschult werden. Falls inhaltlich möglich, sollten solche Schulungen immer mit praktischen Übungen (z. B. zum Lagern oder zur Mobilitätsförderung) oder Aufgabenstellungen für die Alltagspraxis (z. B. exemplarische Planung einer biografieorientierten Pflege für einen Bewohner) verbunden werden.

Natürlich können nicht alle Themenstellungen durch Inhouse-Schulungen bearbeitet werden. Für komplexe Themen – wie etwa die Pflege demenziell erkrankter Bewohner – empfiehlt sich die Teilnahme ausgewählter Mitarbeiter an externen Weiterbildungsangeboten.

Eine andere Herangehensweise wäre beispielsweise, Fachkräfte mit speziellem Qualifikationen einzustellen und in ihrer Stellenbeschreibung von Beginn festzulegen, dass sie auch als Multiplikatoren tätig sein sollen. Beispielsweise kann es sinnvoll sein, eine Stelle mit einer physiotherapeutischen Fachkraft zu besetzen. Diese Fachkraft soll vor allem die Pflegekräfte schulen und qualifizieren, damit sie eigenständig mobilitätsfördernde Maßnahmen im Alltag durchführen.

### Unterstützung der Fachkräfte für die Anwendung der Leistungsbeschreibungen

Im Unterschied zu anderen Konzeptbausteinen, bei denen der Einstieg in den Transfer durch die Soll-Ist-Analyse erfolgt, ist es bei den Leistungsbeschreibungen möglich, parallel mit der Schulung der Pflegekräfte zu beginnen. Ziel solcher Schulungen ist zunächst, dass sich die Mitarbeiter mit der Systematik der Leistungsbeschreibungen vertraut machen.

<sup>12</sup> Da es sich bei der berufsbegleitenden Qualifizierung um einen Aspekt der Personalentwicklung handelt, verweisen wir zur Ergänzung dieses Abschnittes auch auf Kapitel 5 dieses Praxisleitfadens „Qualitativer Personalbedarf und Personalentwicklung“.

Um die tägliche Arbeit mit den Leistungsbeschreibungen zu erleichtern, sollte jeder Wohnbereich über ein Exemplar des Katalogs verfügen. Hilfreich sind auch kleine „Taschenkarten“ mit einer Auflistung der Leistungsbeschreibungen im Überblick. Diese Taschenkarten bestehen aus einem laminierten Papier in Postkartengröße, welches jeder Mitarbeiter bei sich tragen kann. Diese Taschenkarten sind für die Mitarbeiter sehr hilfreich, da sie bei Bedarf die Auflistung der Leistungsbeschreibungen vor Augen haben und diese zunehmend in die tägliche Arbeit einbinden können.

Um die Mitarbeiter im Hinblick auf die Anwendung zu schulen, ist nicht nur das Verständnis für die Leistungsbeschreibungen zu schaffen, sondern der konkrete Nutzen und die Anwendung für die Pflegedokumentation<sup>13</sup> zu verdeutlichen. Dabei sollten die Leistungsbeschreibungen für die Pflegeplanung entsprechend genutzt werden.

**Beispiel:** Referenzeinrichtungen mit einer EDV-gestützten Pflegedokumentation haben die Leistungsbeschreibungen – sofern das technisch möglich war – in das System eingepflegt. Dabei wurden im System die einzelnen Beschreibungen mit ihren Kürzeln als Textbausteine hinterlegt. Wenn also bei der Pflegeplanung für einen Bewohner eine Maßnahme im Tagesablaufplan eingetragen werden soll, kann der Text der entsprechenden Leistungsbeschreibung aufgerufen und in die Planung eingefügt werden. Allerdings ist dabei immer eine auf den individuellen Bewohner bezogene Ausprägung und Konkretisierung vorzunehmen, die im Textbaustein noch nicht enthalten ist. Die Kürzel können außerdem in einer Suchmaske hinterlegt werden, so dass die einzelnen Leistungen auch über die Kürzel gesucht und gefunden werden können. Im Rahmen der Mitarbeiterschulungen ist der Pflegeprozess in den Vordergrund zu stellen und ein Bewusstsein für die unterschiedlichen Leistungen zu schaffen. Insbesondere sollte die Bedeutung der psychosozialen Betreuung in den Schulungen hervorgehoben werden, aber auch die notwendige Arbeitsteilung im Hinblick auf unmittelbar und mittelbar bewohnerbezogene Leistungen.

- Mitarbeiter brauchen über einen längeren Zeitraum Übung und kritische Begleitung, bis sie die Leistungsbeschreibungen korrekt anwenden können.
- Sie können insbesondere dadurch unterstützt werden, dass sie regelmäßig an Besprechungen, Fallbesprechungen und Dienstübergaben teilnehmen.
- Darüber hinaus können Checklisten erstellt und eine kontinuierliche, stichprobenartige Kontrolle der Pflegedokumentationen mit anschließender Rückmeldung an die Mitarbeiter durchgeführt werden, die sich auf die Nutzung der Leistungsbeschreibungen als Strukturierungs- und Formulierungshilfe beziehen.
- Die Teilnahme an Pflegevisiten mit anschließender Protokollierung und Auswertung ist darüber hinaus ebenfalls hilfreich.

Dies alles sind Aufgaben und Vorgehensweisen, die zunächst von der Projektleitung und der Pflegedienstleitung, später dann auch von den Wohnbereichsleitungen übernommen werden sollten.

Umsetzungsprobleme in der Pflegepraxis bestehen oftmals bei der Abgrenzung von Leistungsbeschreibungen.

- So können beispielsweise Schwierigkeiten dabei auftreten, die Leistungsbeschreibungen BE (Biografieorientierte Einzelaktivitäten) und EG (Einzelgespräche) bzw. IWT (Interventionen bei Wanderungstendenz) und ISP (Interventionen bei speziellen psychischen Problemlagen) in der täglichen Praxis voneinander zu unterscheiden.
- Ebenso können sich Maßnahmen der Leistungsbeschreibung SOK (Unterstützung bei sozialen Kontakten/sozialer Teilhabe) mit der Unterstützung bei der Ernährung (z. B. NA: Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme) in der Pflegepraxis durchaus überschneiden.

<sup>13</sup> Der Zusammenhang zwischen Leistungsbeschreibungen und Pflegedokumentation wird in Teil A, Kapitel 5 verdeutlicht. Vgl. auch Teil A, Kapitel 7 und Teil B Kapitel 4.4



- Es gibt auch Hinweise darauf, dass bestimmte Leistungen im Rahmen anderer pflegerischer Tätigkeiten durchgeführt werden. Dies gilt beispielsweise für MOB (Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität), wenn Bewohner nicht im Rollstuhl zum Speiseraum gefahren würden, sondern bei dieser Gelegenheit mit ihnen das Gehen trainiert würde.

Für die erfolgreiche Bewältigung solcher Schwierigkeiten ist eine erste unabdingbare Voraussetzung, dass die schulenden und begleitenden Personen (Projektleitung, PDL, später auch die Wohnbereichsleitungen) sich genauestens mit den Erläuterungen zu den Leistungsbeschreibungen vertraut gemacht haben. Nur dann können sie den Pflegekräften immer wieder erklären, dass es auf das zentrale Ziel der Tätigkeit ankommt: Was soll erreicht werden? Es ist möglich, dass das Gehen zum Speiseraum tatsächlich in erster Linie auf die Mobilitätsförderung zielt (MOB) und erst in zweiter Linie auf die Ermöglichung der Nahrungsaufnahme (NA). Es wird einige Zeit dauern, bis die Mitarbeiter veränderte Verfahrensanweisungen in ihre eigene Routine übernommen haben und sich verlässlich daran halten. Hier ist Geduld angebracht als die vorschnelle Dramatisierung von Fehlern, die nur demotivierend wirken würde.

Allerdings sind Kontrollen ratsam, um Nachlässigkeiten zu entdecken und sie dann sofort anzusprechen und eine Änderung einzufordern zu können. Wenn allerdings ein Mitarbeiter die gleichen Fehler nicht nur ein- oder zweimal sondern immer macht, sind intensivere Maßnahmen zu ergreifen.<sup>14</sup>

#### 4.2.3 Bedarfsgerechte Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemen

Im Hinblick auf die Interventionen zur psychosozialen Unterstützung ist es wichtig, sich zunächst einen Überblick darüber zu verschaffen

- welche Angebote im eigenen Haus überhaupt vorhanden sind (Art der Aktivität, von welchen Fachkräften oder Ehrenamtlichen durchgeführt),
- wo und wie sie stattfinden (wohnbereichsbezogen oder hauszentral, für kleine/größere Gruppen oder Einzelangebot),
- wann sie stattfinden (gibt es Angebote abends, an den Wochenenden, in den Nachtstunden?) und
- welche Bewohner damit erreicht werden und welche nicht (werden mit diesen Angeboten vielleicht immer nur die gleichen weniger beeinträchtigten Bewohner erreicht?).

Sollten die Angebote überwiegend zentral organisiert, auf größere Gruppen von Interessierten ausgerichtet sein und von immobilen Bewohnern kaum erreicht werden, ist die Weiterentwicklung dieser Angebote inhaltlich und zeitlich so zu gestalten, dass bisher vernachlässigte Bewohner auch teilnehmen können.

<sup>14</sup> Vgl. Teil B, Kapitel 6

**Beispiel:** Durch die Erhöhung von Anzahl und Art kurzzeitiger Angebote wird erreicht, dass jeder Bewohner mindestens zweimal pro Woche ein geplantes Angebot erhält (z. B. 10-Minuten-Aktivierung, Einzelgespräche, Kontaktaufnahme mit geeigneten Materialien, Spaziergänge im Sinnesgarten, Teilnahme an einem Gruppenangebot etc.). Durch verbesserte Arbeitsorganisation, wie etwa die Reduzierung zentraler zu Gunsten dezentraler Angebote, und eine stärkere Anbindung bzw. Integration des Sozialen Dienstes an/in die Wohnbereiche konnte die Zeit für solche Angebotserweiterungen gefunden werden.

#### 4.2.4 Bedarfsgerechte Mobilitätsförderung und -erhaltung

Bei der Bestandsaufnahme zu den Leistungsbeschreibungen können Mängel hinsichtlich der Umsetzung mobilitätsfördernder und -erhaltender Maßnahmen offenkundig werden. Solche Mängel sind nicht ausschließlich auf mangelnde Fachkompetenz der Mitarbeiter zurückzuführen, sondern resultieren aus fehlenden Zeitressourcen für eine systematische Mobilitätsförderung. Das Abweichen von der mobilitätsfördernden Pflege wird häufig auch deshalb nicht als Defizit im pflegerischen Handeln erkannt, weil eine mobilitätsfördernde Pflege mehr Zeit und Geduld braucht als ein Vorgehen, bei dem die Pflegekräfte den Bewohnern viele – oder besser zu viele – Aktivitäten abnehmen.

Hier besteht ein enger Zusammenhang zwischen Assessment und Pflegeplanung. Das Pflegeziel der Mobilitätsförderung muss an den individuellen Bedarf angepasst und in aussagefähiger Beschreibung operationalisiert sein.

Darüber hinaus können sich – ähnlich wie beim Konzeptbaustein zur „Zuständigen Pflegefachkraft“ – Veränderungsziele auf eine verbesserte Arbeitsorganisation und Dienstplanung richten. Dazu ist u. a. zu prüfen, ob

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

Hilfreich kann hier auch die Entwicklung homogener Bewohnerstrukturen in den Wohnbereichen oder die Einteilung in entsprechende Gruppen sein. Es ist zu vermuten, dass eine solche Veränderung die bedarfsgerechte Begleitung und Unterstützung der Bewohner erhöhen kann und damit auch die Möglichkeiten eines effizienten Personaleinsatzes verbessert werden.



#### 4.2.5 Verinnerlichung von Leitorientierungen

Die Haltung, mit der Mitarbeiter aller Bereiche Bewohnern und ihren Angehörigen begegnen, lässt sich jederzeit im Alltag beobachten:

- Sind sie in ihren Interaktionen freundlich zugewandt, hilfsbereit und respektvoll, oder häufiger eher abweisend?
- Ziehen sie sich eher darauf zurück, nicht zuständig zu sein und reagieren gereizt auf anstrengende Verhaltensweisen von Bewohnern und Angehörigen?

Eine Überprüfung der Haltungsfrage ist insbesondere dann erforderlich, wenn sich Mitarbeiter oder auch Teams immer wieder nur in einer „Opferrolle“ präsentieren. Solche Mitarbeiter oder Gruppen fühlen sich immer als diejenigen, denen übel mitgespielt wird, denen es schlecht geht, die unter unzulänglichen Arbeitsbedingungen zu leiden haben. An Fehlleistungen sind demnach vorwiegend die anderen schuld. Solche Haltungen werden dann zu einem größeren Problem, wenn sie nicht nur von einzelnen Mitarbeitern sondern von Teams oder Gruppen gezeigt werden. Sie haben sich dann schon in hohem Maße verfestigt und sind dann nur noch mit hohem Aufwand zu überwinden.

Finden sich im Alltag Indikatoren für Haltungsmängel, so können sie bei einzelnen Mitarbeitern über Maßnahmen der Mitarbeiterführung, wie Kritik- oder Zielvereinbarungsgespräche aufgegriffen werden. Empfehlenswert ist es auch, bei Schulungen zu den Leistungsbeschreibungen (und im Zusammenhang mit weiteren Konzeptbausteinen) die Dimension der Haltung mit zu thematisieren. Die im Konzeptpapier aufgeführten Grundsätze, die jede gute Pflege zu kennzeichnen haben, sollten mindestens zu Beginn, im Bedarfsfall auch wiederholt, Schulungsgegenstand sein.

Zweckdienlich ist es darüber hinaus, dass Teams gemeinsam Konzepte zur Operationalisierung solcher Grundsätze erarbeiten. Hilfreich für die Teamarbeit sind Fragestellungen wie:

- Was bedeutet für uns konkret der Begriff der Bewohnerorientierung?
- Woran kann ein Bewohner oder ein Angehöriger erkennen, dass wir bewohnerorientiert arbeiten?
- Woran würden wir selbst erkennen, dass z. B. die eigene Mutter oder der Vater in einer Altenpflegeeinrichtung bewohnerorientiert unterstützt und begleitet wird?

Dabei ist es wichtig, sich nicht auf die Erarbeitung des schriftlichen Konzepts zu beschränken. Auf der Grundlage entsprechender Vorlagen ist vielmehr mit den Mitarbeitern praxisorientiert weiter zu arbeiten. Konzeptabweichungen müssen dann immer wieder angesprochen und erforderliche Haltungsänderungen konkretisiert und eingefordert werden.

**Bei aller Problematisierung muss der Blick auf die Vorteile, die mit der Einführung der Leistungsbeschreibungen in Verbindung stehen, gerichtet werden:**

- Grundsätzlich bieten sie ein Mehr an Leistungstransparenz.
- Leistungsbeschreibungen haben zur Folge, dass sich die Mitarbeiter mit ihrer täglichen Arbeit in einer neuen Form auseinandersetzen.
- Praxisorientierte Leistungsbeschreibungen unterstützen in den Einrichtungen die Pflegeplanung und -dokumentation, die Durchführung von psychosozialen Maßnahmen und
- sie verbessern die Kooperation der Mitarbeiter untereinander sowie mit den Leitungskräften.

## 4.3 Pflegerisches Assessment und Biografieerfassung

Pflegerisches Assessment und biografische Informationen dienen der Sammlung und Einschätzung pflegerischer Problemlagen und der Ressourcen der pflegebedürftigen Menschen. Daraus ergeben sich Grundlagen für die Gestaltung des Pflegeprozesses. Hierbei ist es wichtig, sich nicht auf körperliche Pflegeprobleme zu beschränken, sondern gerade auch folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- „Person, Persönlichkeit und Biografie,
- psychischer/kognitiver Status,
- Werthaltungen und Einstellungen,
- soziales Umfeld, wichtige Bezugspersonen,
- Verhaltensweisen,
- Bedürfnisse, Vorlieben und Gewohnheiten,
- Wissensstand des Bewohners über seine gesundheitlichen Problemlagen.“<sup>15</sup>

Bei der Umsetzung der Anforderungen an ein pflegerisches Assessment und auch mit Blick auf den Kriterienkatalog zur Erfassung biografischer Informationen werden unterschiedliche Probleme auftreten. Zu deren Vorabklärung sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- Welche Schwierigkeiten können bei der Umsetzung auftreten?
- Welche Lösungsstrategien haben sich bewährt?

Probleme, die aus den Anforderungen eines pflegerischen Assessments und einer biografieorientierten Pflegeplanung resultieren können, beziehen sich auf

- fehlende oder unzureichende Instrumente bzw. Formulare,
- die regelmäßige Aktualisierung des pflegerischen Assessments,
- konkrete Probleme bei der Erfassung von Informationen,
- fehlendes Wissen der Mitarbeiter zur Vorgehensweise,
- unzureichende Biografieorientierung,
- das Einhalten der Anforderungen im Pflegealltag,
- das Fortschreiben von biografischen Informationen.

### 4.3.1 Entwicklung von Instrumenten bzw. Formularen

Zunächst ist ein Abgleich der Anforderungen an ein pflegerisches Assessment mit der bisherigen Vorgehensweise vorzunehmen. Bei Bedarf sollen dann die bislang vorhandenen Assessment-Instrumente entsprechend den im Konzeptbaustein genannten Kriterien angepasst werden.

Instrumente bzw. Verfahren, wie z. B. zur Einschätzung von Dekubitus- und Sturzrisiken, zu Schmerz und zum Risiko einer Mangelernährung (z. B. Expertenstandards) werden hinzugezogen. Bevor die Anforderungen an ein pflegerisches Assessment umgesetzt werden, sind nicht nur die entsprechenden Formulare zu verändern und personelle Zuständigkeiten für das pflegerische Assessment zu regeln, sondern auch die inhaltlichen Bezüge zu den anderen Konzeptbausteinen herzustellen.

<sup>15</sup> Vgl. Teil A, Kapitel 4



### 4.3.2 Regelmäßige Aktualisierung des pflegerischen Assessments

Der Anforderungskatalog zum pflegerischen Assessment gibt vor, dass unmittelbar nach dem Heimeinzug akute Gefährdungen und die wichtigsten Informationen zur Person des/der Pflegebedürftigen vorliegen. Das so genannte „initiale pflegerische Assessment“ wird in den ersten zwei Wochen nach dem Einzug abgeschlossen und innerhalb von sechs Wochen nach einem Einzug aktualisiert. Weitere regelhafte Aktualisierungen sind dann regelmäßig – in Abständen von höchstens sechs Monaten – umfassend durchzuführen, sofern kein besonderer Anlass eine frühere Aktualisierung erfordert.<sup>16</sup>

### 4.3.3 Die Erfassung von Informationen

Bei Bewohnern sowie Angehörigen stehen unmittelbar nach dem Einzug in die Pflegeeinrichtung andere Fragestellungen als die Einbindung in die Planung der Pflege oder die Durchführung biografischer Gespräche im Zentrum ihrer Interessen. Selbst wenn dies nicht der Fall ist und Bewohner und Angehörige bereitwillig Auskunft geben, stehen die zuständigen Pflegefachkräfte häufig vor dem Problem, dass sie unterschiedliche – teilweise widersprüchliche – Informationen erhalten, und unklar bleibt, welche Angaben richtig sind. Ein besonderes Problem stellen in diesem Zusammenhang demenziell erkrankte Bewohner ohne Angehörige dar. Generell sollte deshalb das Sammeln biografischer Informationen auch nach der Eingewöhnungsphase nicht aufgegeben werden, trotz der genannten möglichen Schwierigkeiten. Im Laufe des Aufenthalts von Bewohnern eröffnen sich durchaus Chancen, doch noch wichtige Hinweise zu ihrer Biografie zu erhalten.

Bei der Einschätzung von Bewohnern im Rahmen des pflegerischen Assessments fällt es Mitarbeitern oft schwer, die Beurteilung ihrer kognitiven Fähigkeiten, bestimmter Verhaltensweisen und andauernder psychischer Belastungen vorzunehmen und zu dokumentieren.

So können somatische Aspekte im Rahmen des Pflegeassessments im Vordergrund stehen, wenn die Zusammenhänge zwischen kognitiven Fähigkeiten, biografischen Informationen und einer entsprechenden Pflegeplanung nicht ausreichend geklärt sind. Gleichzeitig können fehlende Informationen die Maßnahmenplanung beeinträchtigen. Schulungen der für das Assessment zuständigen Mitarbeiter können dabei helfen, Probleme bei der Erfassung biografischer Daten einer sachgerechten Lösung zuzuführen.

<sup>16</sup> Vgl. Teil A, Kapitel 4

#### 4.3.4 Auswahl und Schulung der Mitarbeiter

Bei Schulungsmaßnahmen zum pflegerischen Assessment, zur Erfassung biografischer Informationen und zur Erstellung einer biografieorientierten Pflegeplanung sollte ggf. über die konzeptionellen Grundlagen hinaus Folgendes beachtet werden:

- Es hat sich grundsätzlich bewährt, das pflegerische Assessment und den „Kriterienkatalog zur Erfassung biografischer Informationen und zur Lebenssituation vor dem Heimeinzug“ in die Schulungen der Mitarbeiter zur verbesserten Pflegedokumentation zu integrieren und/oder den Schulungen zum Heimeinzug zuzuordnen.
- Der Bedarf der Mitarbeiter hinsichtlich der Förderung der Gesprächsführungskompetenz und zur Aneignung von Kompetenzen für das biografieorientierte Arbeiten ist zu prüfen.
- Die Schulungen sind so gestalten, dass die Mitarbeiter kognitive Fähigkeiten, unterschiedliche Verhaltensweisen und psychische Problemlagen von Bewohnern einschätzen und beschreiben lernen.
- Gleiches gilt für die konkrete Beschreibung von Aktivitäten und Gewohnheiten von Bewohnern.
- Lernziel muss es außerdem sein, diejenigen Pflegeprobleme, Ziele und Maßnahmen aus einem pflegerischen Assessment und den biografischen Informationen ableiten und formulieren zu können, die für die Pflegeplanung und das Erstellen eines individuellen Tagesplans von Bedeutung sind.

Darüber hinaus ist/sind den Mitarbeitern bei der Qualifizierung zur Erfassung biografischer Daten

- der Sinn biografieorientierter Arbeit und ihre Bedeutung für die Lebensqualität der Bewohner zu vermitteln,
- Techniken der Gesprächsführung bzw. zur Durchführung biografieorientierter Gespräche zu nahe zu bringen,
- präzises Arbeiten mit den Instrumenten und das angemessene Ausfüllen von Formularen zur Erfassung biografischer Daten zu erläutern,
- die Möglichkeit einzuräumen, den Transfer der gewonnenen Informationen für die Pflegeplanung und die Steuerung des Pflegeprozesses zu nutzen (d. h. in der Schulung hinreichend praktische Übungen durchführen).

Die besten Erfahrungen werden mit Fortbildungen gemacht, die Workshopcharakter aufweisen und in denen die Wissensvermittlung nicht ausschließlich über Frontalvorträge stattfindet. Diese Workshops sollten als regelmäßige Fortbildungseinheiten für die zuständigen Pflegefachkräfte angeboten werden.



### 4.3.5 Biografieorientierung als Leitprinzip

In vielen Einrichtungen ist den Pflegefachkräften die Bedeutung von Biografieorientierung als ein Leitprinzip für Pflegeplanung und Pflegepraxis nicht wirklich bewusst. Sie haben daher Mühe, ihre Informationssammlung mit der Pflegeplanung in Verbindung bringen. Auch gibt es ab und an Bedenken, eine zu umfassende Sammlung von Informationen könne eine Verletzung des Datenschutzes darstellen.

So bedenkenswert dieser Einwand ist, geht er doch am Kern der Sache vorbei. Die Kernprinzipien der Nutzung biografischer Informationen lassen sich in den folgenden Thesen zusammenfassen:<sup>17</sup>

- Die Erhebung biografischer Informationen ist kein Selbstzweck, sie dient dazu, den Bewohner besser zu erkennen und zu verstehen und ihm damit den Übergang von einer bisher gewohnten Umgebung in die Pflegeeinrichtung zu erleichtern.
- Biografische Informationen und biografieorientierte Gespräche helfen den Fachkräften gerade auch in der Eingewöhnungsphase den Kontakt zu Bewohnern herzustellen, Anknüpfungspunkte für Gespräche und Angebote der psychosozialen Begleitung zu finden und nicht zuletzt auch, das Verhalten von (u. a. auch von demenziell erkrankten) Bewohnern besser einordnen zu können.
- Eine Biografie endet nicht mit dem Heimeinzug. Vorlieben, Interessen, wichtige Erfahrungen und Bedürfnisse können sich auch weiterhin verändern und sind daher fortzuschreiben und bei der Evaluation von Pflegeplanungen immer wieder zu aktualisieren.
- Wichtig ist das Erkennen der Bedeutung von Informationen. So ist z. B. nicht ausschließlich die Anzahl von Kindern, Verwandten, Freunden und Bekannten, sondern die Frage, zu welchen Personen der Bewohner auch weiterhin gern Kontakt hat oder hätte und welche Bedeutung die jeweiligen Verwandtschafts- oder Freundschaftsbeziehungen für ihn haben.
- Pflegekräfte sind dahingehend zu sensibilisieren, dass nicht ihre eigene Bewertung oder Begründung von Informationen und Sachverhalten von primärer Bedeutung ist, sondern die Bedeutung, die diese für den Bewohner selbst hat.

<sup>17</sup> Vgl. Teil A, Kapitel 2

## 4.4 Verbesserung von Dokumentationsformen

Entsprechend den Grundsätzen zur Ausgestaltung verbesserter Dokumentationsformen soll durch ihre Einführung sowohl eine Qualitätsverbesserung als auch eine Vermeidung von unnötigem Dokumentationsaufwand (Entbürokratisierung) erreicht werden.

- In Abhängigkeit vom bestehenden Dokumentationssystem und der Qualität der Dokumentation durch die Mitarbeiter ist hinreichend Zeit für die Vorbereitung, die Schulung der Mitarbeiter und die Umstellung auf veränderte Formulare (inkl. der Begleitung der Mitarbeiter in den Wohnbereichen) einzuplanen.
- Die Anforderungen an eine verbesserte Pflegedokumentationsform lassen sich an die vorhandenen EDV-Versionen, aber auch an solche mit Dokumentationsmappen in Papierform anknüpfen.
- Außerdem ist es sinnvoll, sich mit dem jeweiligen Hersteller des Dokumentationssystems in Verbindung zu setzen und die geplanten Veränderungen abzustimmen. Einige Anbieter helfen bereitwillig bei Veränderungen von Formularen.
- Es empfiehlt sich, die geplanten Veränderungen dem zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) und der zuständigen Heimaufsicht bekannt zu geben, indem man die Anforderungen an eine verbesserte Dokumentationsform und ein Ansichtsexemplar dort vorstellt.

Oft ist das Kernproblem, dass eine unübersichtliche Vielzahl von wenig aussagefähigen Pflegezielen formuliert wird (mancherorts ist es übliche Praxis, zu jedem AEDL ein oder mehrere Ziele zu benennen). Das führt dann dazu, dass

- der logische Zusammenhang zwischen Zielen und Maßnahmen nicht immer ersichtlich ist,
- erbrachte Leistungen – und hier insbesondere auch die von den Pflegekräften geleistete psychosoziale Begleitung von Bewohnern – kaum dokumentiert werden,
- Tagesberichte kaum der schichtübergreifenden Information und der Evaluation und Steuerung des individuellen Pflegeprozesses dienen. Typische Mängel sind dann,
  - dass z. B. der Nachtdienst besondere Vorkommnisse zu sparsam festhält,
  - dass zur emotionalen Befindlichkeit von Bewohnern kaum etwas ausgesagt wird,
  - dass Verhaltensweisen von Bewohnern unkommentiert bleiben. Tagesberichte bestehen in solchen Situationen meist aus der Benennung der tatsächlich durchgeführten Maßnahmen. Dies passiert auch dann, wenn diese bereits in der Pflegeplanung bzw. im Tagesablaufplan benannt sind.

Empfehlenswert ist es, bei der Einführung der Anforderungen an eine verbesserte Dokumentationsform folgendermaßen vorzugehen:

- Erstellung von Ansichtsexemplaren;
- Eine an den Erfordernissen ausgerichtete Ausgestaltung der neuen bzw. veränderten Formulare;
- Frühzeitige Beteiligung ausgewählter Pflegefachkräfte bei der Entwicklung der Formulare, damit diese Mitarbeiter später als Multiplikatoren in den Wohnbereichen andere Mitarbeiter beraten können;
- Umstellung nicht sofort im ganzen Haus, sondern in einem Wohnbereich nach dem anderen einführen;
- Frühzeitige Regelung der Steuerungsverantwortung und der Kontrolle von Dokumentationen;
- Vorteile der Neuerungen gegenüber Mitarbeitern immer wieder durch die Multiplikatoren hervorheben;



- Schulungen der Mitarbeiter in mehreren Etappen durchführen, damit die Schulungsinhalte auf mehrere Termine verteilt werden können;
- Bei Neuerungen möglichst wenig „Parallelprozesse“ in einem Wohnbereich durchführen, so dass sich die Mitarbeiter auf die Veränderungen der Dokumentationsform konzentrieren können und nicht etwa zusätzlich mit der Einführung weiterer Konzepte beschäftigt sind;
- Den für die Pflegedokumentation zuständigen Pflegefachkräften ist bei der Dienstplangestaltung eine entsprechende Arbeitszeit für diese Aufgabe zuzubilligen.

Auch relevante Informationen des Erstgesprächs und des Integrationsgesprächs sollten in die Pflegedokumentation aufgenommen werden.<sup>18</sup>

Nicht vergessen werden darf die Beschreibung des abendlichen bzw. nächtlichen Unterstützungsbedarfs. Es ist darauf zu achten, dass die geplanten nächtlichen Maßnahmen durchgeführt und nächtliche Beobachtungen dokumentiert werden.

Die morgendliche Körperpflege durch die Mitarbeiter des Nachtdienstes ist zu vermeiden.

Wichtige Inhalte der Kommunikation zwischen Bewohnern und anderen Berufsgruppen sind zu dokumentieren. Nicht nur die Verordnungen von Ärzten sind hier angesprochen, sondern auch Inhalte aus Gesprächen mit Mitarbeitern des Sozialen Dienstes, mit Ergo- und Physiotherapeuten, Logopäden etc.

Überleitungsbögen sind bei einer Überleitung in ein Krankenhaus vollständig auszufüllen. Außerdem ist zu dokumentieren, welche Personen den Bewohner auf dem Weg ins Krankenhaus begleitet haben. In den Überleitungsbögen sind die aktuelle Medikation, der Pflegebedarf, Bezugspersonen und Hauptansprechpartner der Einrichtung zu dokumentieren. Auch psychische bzw. kognitive Problemlagen und die bisherige pflegerische Versorgung sind auf dem Überleitungsbogen festzuhalten.<sup>19</sup>

Die Vorbereitung, der Zeitpunkt und die Situation bei der Entlassung sind vom Krankenhauspersonal ebenfalls hinreichend zu beschreiben. Bei der Rückkehr aus dem Krankenhaus muss die aktuelle Situation des Bewohners direkt dokumentiert werden und ggf. eine Anpassung der Pflege- und Maßnahmenplanung erfolgen.

#### 4.4.1 Schwierigkeiten für die zuständigen Mitarbeiter

Die Beschäftigten sollten bei der Umsetzung einer verbesserten Pflegedokumentationsform begleitet werden, indem ihnen Multiplikatoren (z. B. Pflegefachkräfte und Wohnbereichsleitungen) für konkrete Fragen in den Wohnbereichen zur Seite stehen. Kontrollen z. B. durch die Pflegedienstleitungen sind ebenfalls notwendig, damit die Pflegedokumentation regelmäßig überprüft wird und ggf. eine kollegiale Beratung erfolgen kann.

Für viele Mitarbeiter treten in diesem Anpassungsprozess anfangs Schwierigkeiten auf:

- Es fällt ihnen schwer, die Pflegeziele auf die wesentlichen Problem- und Bedarfslagen einzugrenzen, also das Wesentliche vom weniger Wichtigen zu unterscheiden. Relevante Problemlagen und Pflegeziele, insbesondere im psychosozialen Bereich, fehlen nicht selten bzw. werden zwar Problemlagen benannt, ihnen aber keine Pflegeziele zugewiesen.

<sup>18</sup> Vgl. Teil B, Kapitel 4.6

<sup>19</sup> Vgl. Teil B, Kapitel 4.11

- Biografische Informationen liegen häufig nicht vollständig vor und werden dann nicht ausreichend in der Pflegeplanung berücksichtigt.
- Auch die inhaltliche Verknüpfung von Pflegezielen mit der Erstellung eines Tagesplans gelingt nicht immer auf Anhieb. Dass dort auch Maßnahmen enthalten sind, die notwendig, aber nicht aus den Pflegezielen abgeleitet sind, stellt für Mitarbeiter häufiger ein Problem dar.
- Die Verknüpfung von Maßnahmen eines Tagesplans mit Durchführungsnachweisen ist zu Beginn der Umstellung oft schwierig.
- Auch die vom Tagesplan abweichenden Maßnahmen sollen im Durchführungsnachweis zu erkennen sein und im Pflegebericht beschrieben werden. Es wird jedoch häufig doppelt dokumentiert (auf verschiedenen Formularen wird Ähnliches oder Gleiches beschrieben) oder die Zuordnung zu den Formularen ist nicht immer richtig.

#### 4.4.2 Schulung der Mitarbeiter

Grundsätzlich ist bei Schulungsmaßnahmen mittels eines Ansichtsexemplars die Zuordnung von Inhalten zu den Formularen zu verdeutlichen. Die Zusammenhänge zwischen pflegerischem Assessment, biografischen Informationen, der Beschreibung von Pflegezielen, dem Tagesplan, dem Pflegebericht und den Durchführungsnachweisen sollten mit Blick auf die Zuordnung von Inhalten zu den einzelnen Formularen erarbeitet werden, um Doppeldokumentationen oder das Fehlen von Informationen auszuschließen.

Anhand von Fallbeispielen sollten die Pflegeziele auf die wesentlichen Problem- und Bedarfslagen reduziert werden. Dies sollte intensiv geübt werden.

Problemlagen und Pflegeziele im Bereich der psychosozialen Betreuung von Bewohnern sollten besondere Berücksichtigung finden, weil häufig entsprechende Problemlagen erkannt, aber keine dazugehörigen Pflegeziele formuliert werden.

Für Mitarbeiter ist es gelegentlich schwierig, die gewohnte Tagesstruktur eines Bewohners zu bestimmen, zu beschreiben und ggf. bedarfsgerecht anzupassen. Wichtig sind die Erfassung der Aktivitäten am Tage sowie die Beschreibung der abendlichen und nächtlichen Gewohnheiten, wobei der Ablauf auf den Wohnbereichen ggf. stärker an den Bedürfnissen der Bewohner ausgerichtet werden sollte. Um die Tagesstruktur den Bedürfnissen der Bewohner anzupassen, ist auch die Kooperation der zuständigen Pflegefachkräfte mit Mitarbeitern des Sozialen Dienstes notwendig. Grundsätzlich muss vermieden werden, dass bei der Erstellung eines Tagesplans die Tagesstruktur eines Bewohners an den Arbeitsablauf des Wohnbereichs angepasst wird.

Vor und während der Einführung verbesserter Dokumentationsformen sind viele Gespräche erforderlich, wobei die Hoffnung auf weniger Bürokratie bei den Mitarbeitern für eine hohe Motivation bei der Einführung und Erprobung sorgen kann.

Die Konzentration auf wesentliche Problem- und Bedarfslagen, die Bildung von Maßnahmenkomplexen im Durchführungsnachweis sowie die Vermeidung von Doppeldokumentationen in der Pflegeplanung und im Tagesplan werden dann auch konkrete Entbürokratisierungspotenziale aufzeigen.



## 4.5 Rahmenkonzepte als grundlegende Anforderungen für die Arbeit in stationären Pflegeeinrichtungen

Die folgenden Kapitel geben Hinweise für die Anwendung und das Arbeiten mit den Rahmenkonzepten bzw. Qualitätsmaßstäben<sup>20</sup>, sie beziehen sich auf zentrale Prozesse:

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

Mit Hilfe der Empfehlungen sollen für die genannten Prozesse klare Strukturen, konkrete Regelungen und eine klare Zuordnung der Verantwortlichkeiten geschaffen werden.

Bewohner und Angehörige profitieren dadurch von einer größeren Transparenz, für die Einrichtungen wird sich dadurch eine bessere Außendarstellung ergeben. Erhöhte Transparenz kann somit „zur Visitenkarte des Hauses“ werden.

Die originäre Aufgabe der stationären Pflegeeinrichtungen liegt darin, verbindliche Rahmenkonzepte schriftlich zu formulieren und sie in die Praxis umzusetzen.

Für die Umsetzung der Rahmenkonzepte ist es wichtig, dass die Einrichtung für jeden Bewohner einen Hauptverantwortlichen unter den Mitarbeitern benennt, der die konkrete Umsetzung der Maßstäbe bewohnerbezogen koordiniert. Nach Möglichkeit sollte die zuständige Pflegefachkraft mit dieser Aufgabe betraut werden.

### 4.5.1 Konzepterstellung

Ein Konzept, das die zentralen Grundsätze eines Arbeitsprozesses behandelt und gleichzeitig praxisnah Handlungsweisen aufzeigen will, sollte Aussagen zu den folgenden Bereichen beinhalten:

**Grundsätze:** Die Bedeutung der jeweiligen Arbeitsprozesse und die damit verbundene Formulierung grundlegender Ziele lassen sich beispielsweise anhand folgender Fragen ermitteln: Warum stellt der Einzug eines neuen Bewohners für jede Einrichtung eine Herausforderung dar? Welche Ziele sollen durch die Regelung der Arbeitsprozesse grundsätzlich (ggf. auch durch Festlegung bestimmter Prozessphasen) erreicht werden?

**Unterscheidbare Phasen des Arbeitsprozesses:** Wie gliedert sich der Arbeitsprozess, durch den diese Ziele umgesetzt werden sollen? Diese Gliederung sollte der Strukturierung der Rahmenkonzepte folgen. Logisch zusammenhängende Arbeitsschritte sind einzelnen Prozessphasen zugeordnet. Die Überschriften für diese Prozessphasen bilden die Gliederungspunkte des Konzepts. Bei komplexen Prozessen müssen Ziele für jede Prozessphase formuliert werden.

<sup>20</sup> Vgl. Teil A, Kapitel 6

**Arbeitsschritte:** Was ist in welcher chronologischen Reihenfolge auf welche Weise zu tun, um die formulierten Pflegeziele umzusetzen? Wer ist für die Prozesssteuerung bzw. für die operative Erledigung zuständig? Was ist auf welche Weise und wie zu dokumentieren?

**Weitere Dokumente:** Welche anderen Entwürfe bzw. Qualitätsmanagement-Handbuchkapitel weisen Überschneidungen zu diesem Konzept auf? Welche Protokollformulare und Checklisten können ergänzend angewendet werden?

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

**Kontrolle und Steuerung:** Auf welche Art und Weise wird überprüft, ob die getroffenen Regelungen auch eingehalten werden? (Klärung der Zeitabstände und personellen Verantwortlichkeiten).

#### 4.5.2 Vorgehensweisen bei der Mitarbeiterbeteiligung

Bei der Bearbeitung der Rahmenkonzepte ist die Beteiligung derjenigen Mitarbeiter wichtig, die später für die Umsetzung der Konzepte zuständig sind. Unverzichtbar ist dies schon deshalb, weil die immer wieder vorzunehmenden Vergleiche zwischen der vorhandenen Praxis (Ist) und den formulierten Anforderungen (Soll) nur dann aussagekräftig sein können, wenn diejenigen daran beteiligt werden, die diese Abläufe selbst gestalten und im Alltag beobachten.

Die Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kann auf unterschiedliche Weise erfolgen: Als Gesprächs- und Arbeitsplattform können bereichs- und hierarchieübergreifende Qualitätszirkel dienen. Alternativ dazu ist eine Bearbeitung innerhalb der einzelnen Wohnbereichsteams denkbar. Der Vorteil der mit verschiedenen Berufsgruppen und Hierarchieebenen gemischten Qualitätszirkel liegt dabei darin, dass hier die unterschiedlichen Perspektiven berücksichtigt werden und die Besetzung je nach inhaltlichem Anliegen variiert werden kann. Die Bearbeitung durch die Wohnbereichsteams hat den Vorteil, dass in unterschiedlichen Teams mehrere Schwerpunkte parallel bearbeitet werden können. Zudem kann ein solcher Auftrag die Teamentwicklung positiv beeinflussen.

#### 4.5.3 Standardisierung von Arbeitsabläufen zur Qualitätssicherung

Vielen Mitarbeitern fehlt gegenwärtig noch das Bewusstsein für die tatsächliche Bedeutung des Qualitätsmanagements. Aus arbeitsökonomischen Gründen wird auch meist nur eine verhältnismäßig kleine Zahl von Mitarbeitern an der schriftlichen Konzepterstellung auf der Grundlage der Rahmenkonzepte beteiligt. Umso wichtiger ist es deshalb, allen Beschäftigten den Sinn und Zweck der notwendigen Maßnahmen zu vermitteln. Dies ist eine wichtige Herausforderung für die Leitungsebenen. Ohne ausführliche Erläuterung und Erklärung der beabsichtigten Vorgehensweise werden die Beschäftigten die Maßnahmen zur Qualitätssicherung lediglich als Erfüllung externer, gesetzlicher Anordnung betrachten. Die Sinnvermittlung der beabsichtigten Vorgehensweise sollte deshalb integraler Bestandteil von Schulungen und der regelmäßigen Beratungen in den unterschiedlichen Pflegeteams oder der Abstimmung zwischen den Mitarbeitern der jeweiligen Abteilungen sein.



Die meisten Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen haben ihre Berufswahl auch getroffen, um mit Menschen zu arbeiten, ihnen zu helfen, sie zu unterstützen und zu begleiten. In der Realität des Einrichtungalltags geschieht dies allerdings auf sehr unterschiedliche Weise und mit unterschiedlicher Qualität. Grundidee des Qualitätsmanagementkonzepts ist deshalb, ein definiertes Qualitätsniveau verlässlich zu sichern. Die Bewohner und ihre Angehörigen sollen sich auf eine bestimmte Leistungsgüte verlassen können, unabhängig davon, ob sie in dieser oder jener Pflegeeinrichtung, diesem oder jenem Wohnbereich, von dieser oder jener Pflegekraft betreut werden.

Ein wichtiges Kriterium zur Beurteilung des Qualitätskonzeptes ist eine Überprüfung der Wirksamkeit und Effektivität der durchgeführten Maßnahmen. Indikatoren dafür werden aus den zentralen Pflegezielen und der ihnen zu Grunde liegenden physischen und psychischen Befindlichkeit der Bewohner abgeleitet, indem man z. B. fragt: Unterstützen die prophylaktischen Maßnahmen und die Behandlungspflege das Erreichen der Pflegeziele? Wird nachweislich erreicht, dass vorhandene Fähigkeiten erhalten bzw. verbessert werden? Inwieweit entspricht die Versorgung und Betreuung dem tatsächlichen Bedarf?

Ein weiteres übergeordnetes Kriterium ist die Wirtschaftlichkeit (Effizienz). Gemeint ist damit der rationelle Einsatz von Personal, Zeit und Geld, um ein bestmögliches Leistungsniveau zu erhalten oder zu erreichen. Bezogen auf ein definiertes Ziel ist die Umsetzung umso effizienter, je weniger Ressourcen genutzt werden müssen, um es zu erreichen.

Die in diesem Unterkapitel beschriebenen Zusammenhänge müssen den Beschäftigten vermittelt werden, damit sie in ihrem alltäglichen Handeln für eine verlässliche, effektive und effiziente Leistungsqualität sorgen und damit die Grundvoraussetzung für die Wirtschaftlichkeit einer Einrichtung, ihre Konkurrenzfähigkeit und letztlich auch den Fortbestand des eigenen Arbeitsplatzes sichern.

Dort, wo Leistungsqualität und deren Verlässlichkeit, Reibungsverluste und deren Vermeidung regelmäßig Gegenstand der innerbetrieblichen Erörterung und Abstimmung sind, entwickelt sich eine gemeinsame Kultur von Verantwortlichkeit für die zu erbringende Leistungsgüte und ein Qualitätsbewusstsein in der gesamten Mitarbeiterschaft.

#### **4.5.4 Verabschiedung der Konzepte und Schulung der Mitarbeiter**

Sobald die schriftlichen Konzepte als Konkretisierung der Anforderungen in den Rahmenkonzepten erarbeitet und in das Qualitätsmanagement-Handbuch<sup>21</sup> aufgenommen worden sind, muss mit den Schulungen für die Mitarbeiter begonnen werden. Anders als bei den Leistungsbeschreibungen ist es hier nicht notwendig, dass sich alle Mitarbeiter mit den Anforderungen der Konzeptbausteine vertraut machen. Es reicht aus, wenn die Leitungsebenen und die Projektgruppen damit gearbeitet haben. Aber alle Mitarbeiter müssen genauestens orientiert sein, welche Inhalte das hauspezifische Konzept aufweist, und welche Verfahrensweisen sie in Bezug auf jedes dieser Rahmenkonzepte in Zukunft zu beachten haben.

<sup>21</sup> Falls ein solches noch nicht existiert, können die hausinternen Konzepte zu den Rahmenkonzepten die ersten Kapitel darstellen. Auf jeden Fall müssen sie in einer Einrichtung offiziell verabschiedet werden und von einem bestimmten Zeitpunkt an Gültigkeit haben.

## 4.6 Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung

### 4.6.1 Soll-Ist-Analyse

In Teil B, Kapitel 2.3.4 wurden bereits Vorgehensweisen und Instrumente vorgestellt, die sich gut dafür eignen, die Soll-Ist-Analyse zu strukturieren und in Arbeitsgruppen zu leisten. Am Beispiel des Rahmenkonzeptes „Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ soll diese Technik noch einmal exemplarisch dargestellt werden (vgl. Abbildung auf der nächsten Seite).

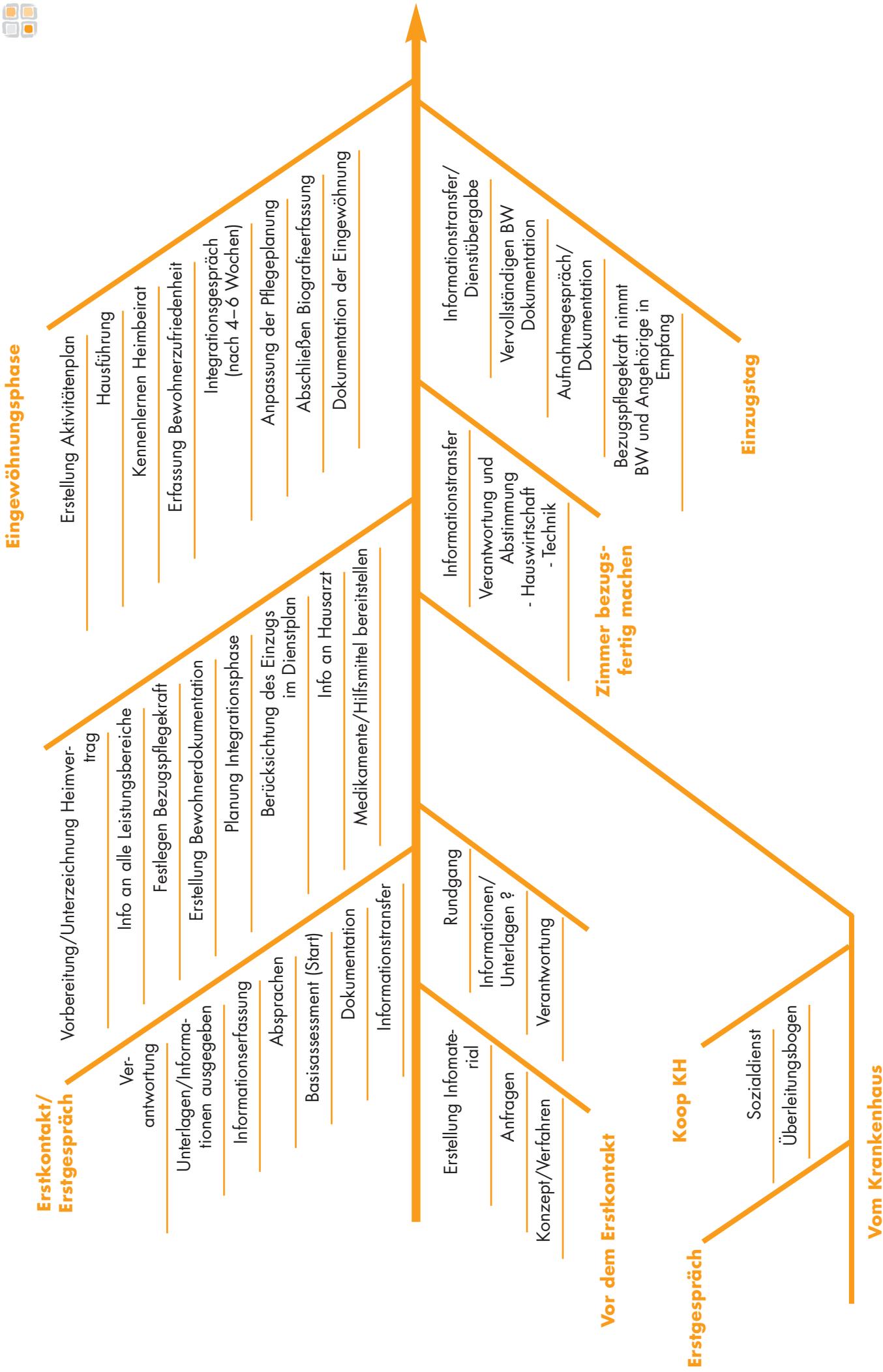
Auf vergleichbare Weise können natürlich auch die anderen Rahmenkonzepte bearbeitet werden. Hilfreich ist das Arbeiten mit Checklisten für die verschiedenen Prozessschritte des Heimeinzugs, wie z. B. das Erstgespräch, die Vorbereitung des Heimeinzugs, der Einzugstag, oder die erste Phase des Heimaufenthalts.

### 4.6.2 Kooperation zwischen Pflege und Sozialem Dienst

Für die Kooperation zwischen Sozialem Dienst und Pflegekräften ist zu berücksichtigen, dass in einigen Einrichtungen die Angebote des Sozialen Dienstes ihren Ausgangspunkt noch nicht in ausreichendem Maße in den Bedürfnissen der Bewohner haben. Die Erkenntnis leitende Frage für die Organisation der Angebote des Sozialen Dienstes muss deshalb lauten: „Was benötigt der jeweilige Bewohner wann, und wie können wir mit der Arbeit des Sozialen Dienstes daran mitwirken seine angemessene und bedürfnisgerechte Betreuung sicherzustellen?“ Diese grundsätzliche Fragestellung gilt allerdings nicht nur für den Heimeinzug, sondern vor allem auch bei Veränderungen des Leistungsprofils der Einrichtung, insbesondere bei der Entwicklung von Angeboten für die Abend- und Nachtstunden.

### 4.6.3 Begleitung der Eingewöhnungsphase

Die Pflegefachkräfte sollten in enger Kooperation mit dem Sozialen Dienst eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Begleitung des Bewohners während der ersten Phase des Heimaufenthalts sicherstellen. Innerhalb der ersten vier bis sechs Wochen sollte stets ein Hauptansprechpartner oder eine adäquate Vertretung für die neuen Bewohner zur Verfügung stehen. Diese sollten in regelmäßigem Kontakt zum Bewohner stehen und in der Lage sein, Bedürfnisse zu erkennen und die daraus resultierenden Erwartungen im Hinblick auf ihre Verwirklichung mit der konzeptionellen Ausrichtung der Angebote des Hauses abzugleichen.



#### 4.6.4 Das Integrationsgespräch

Ein Integrationsgespräch sollte innerhalb der ersten sechs Wochen nach Einzug eines neuen Bewohners stattfinden. Hier kann es hilfreich sein, die in fast allen Einrichtungen vorhandenen Formulare für den Ergebnisbericht der Pflegevisite/Pflegeevaluation zu überarbeiten und zu erweitern, so dass die empfohlenen Themen für das Integrationsgespräch, wie die Privatsphäre, Entscheidungsautonomie, Selbständigkeit, Informationsbedarf, soziale Kontakte, Angebote, Tagesstrukturierung, pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung angesprochen und dokumentiert werden können. Es ist auch vorab zu klären, wer neben dem jeweiligen Bewohner und seinem Hauptansprechpartner an dem Gespräch teilnimmt (z. B. Angehörige, Wohnbereichs-, Pflegedienstleitung).

#### 4.6.5 Berücksichtigung neuer Bewohner in den Übergaben

Neue Bewohner sind bei den Dienstübergaben besonders zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang sollte beispielsweise erörtert werden:

- ob es Erkenntnisse oder Hinweise darauf gibt, dass sich der neue Bewohner wohl fühlt oder nicht, bzw. ob die Angehörigen zufrieden erscheinen und wie diese in die Begleitung eingebunden werden können;
- ob Befürchtungen, Ängste, Beschwerden formuliert werden und wie darauf zu reagieren ist;
- ob es Themen, Interessen, oder Maßnahmen gibt, die dem Bewohner besonders wichtig sind;
- welche Verhaltensweisen und Reaktionen der neue Bewohner zeigt, und wie diese zu verstehen sind;
- welche biografischen Informationen für die ressourcenorientierte und psychosoziale Unterstützung und Begleitung der Bewohner berücksichtigt werden können.

Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass entsprechende Informationen und Hinweise schriftlich festgehalten werden.

#### 4.6.6 Regelmäßige Überprüfung

Eine regelmäßige Überprüfung der Abläufe bei Heimeinzügen sollte in gemeinsamen Beratungen mit allen am Prozess des Heimeinzugs beteiligten Mitarbeitern erfolgen. Dazu müssen die vorhandenen Checklisten bzw. Pflegedokumentationen geprüft, Fallbesprechungen durchgeführt und die unterschiedlichen Erfahrungen reflektiert werden. Pflege- und Leitungskräfte sowie die Mitarbeiter des Sozialen Dienstes können so gemeinsam dazu beitragen, die Qualität von Heimeinzügen zu verbessern und die Situation für den neuen Bewohner zu erleichtern.



## 4.7 Zusammenarbeit mit Angehörigen

Viele Angehörige legen ausdrücklichen Wert darauf, dass sie in die Abläufe des Pflegealltags eingebunden sind. Die Mitwirkung und das freiwillige Engagement von Angehörigen sollte deshalb in jeder Einrichtung ein Konzeptbaustein der fachlichen Organisation der Arbeit sein. Dies setzt bei Beschäftigten ein entwickeltes Verständnis hinsichtlich der Ziele und Grundsätze der Zusammenarbeit voraus. Das Rahmenkonzept zur Zusammenarbeit mit Angehörigen kann dabei helfen, für den Umgang mit Angehörigen zu sensibilisieren und mehr Sicherheit zu vermitteln.

Für das Engagement der Angehörigen als freiwillige Helfer sind allerdings klare Absprachen zu treffen, denn Angehörige können und sollen in einer Pflegeeinrichtung die Arbeit der Fachkräfte nicht ersetzen, sondern sie ergänzen und unterstützen. Entsprechende Konzepte sind auch mit dem Heimbeirat abzustimmen. Dies gilt umso mehr, wenn dort auch Angehörige vertreten sind.

### 4.7.1 Ermittlung des Unterstützungsbedarfs von Angehörigen

Absprachen mit der Vielzahl von Angehörigen sind auf der Grundlage der hierzu im jeweiligen Haus getroffenen konzeptionellen Verabredungen zu treffen.

Ein Hauptansprechpartner für die Angehörigen sollte diese informieren, bei Bedarf beraten und auch Gespräche mit anderen Mitarbeitern der Einrichtung vermitteln. Wenn Informationsveranstaltungen für Angehörige angeboten werden, dann empfiehlt es sich, vorab den Bedarf der Angehörigen mit Blick auf gewünschte Informationen, allgemeine Angehörigenangebote und individuelle Beratung zu ermitteln. Dies kann mit einem kurzen schriftlichen Fragebogen oder mittels eines persönlichen Gesprächs geschehen, in dem die Bedürfnisse thematisiert und geplante Angebote gemeinsam besprochen werden.

### 4.7.2 Entwicklung von Angeboten für Angehörige

Zeitpunkte und inhaltliche Gestaltung von Angehörigenabenden oder Angehörigen-sprechstunden sollten sorgfältig überdacht sein und den Erwartungen der Angehörigen so weit wie möglich entsprechen. Geschieht dies nicht, wird das Angebot nicht angenommen. Angehörige, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen möchten, sollten individuell beraten werden.

Angehörige sprechen bei Problemen nicht immer die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft an, sondern wenden sich an die Person, die gerade verfügbar ist. Solche Kontakte sind für die Gestaltung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen ein wichtiges Medium. Es ist wichtig, dass den Angehörigen in diesen Situationen die prinzipielle Kommunikations- und Hilfsbereitschaft der Pflegekräfte vermittelt wird. Deshalb darf das Ziel nicht darin bestehen, solche spontanen Gespräche prinzipiell zu vermeiden. Vielmehr geht es darum, die richtige Balance zu finden: wenn es im Einzelfall möglich ist, sofort oder nach kurzer Wartezeit miteinander zu sprechen, dann sollte dies auch geschehen. Muss ein Gespräch aus zeitlichen oder auch inhaltlichen Gründen auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden, so sollte ein Zeitpunkt dafür zwischen dem jeweiligen Angehörigen mit dem für die Frage richtigen Gesprächspartner baldmöglichst vereinbart werden.

In allen Einrichtungen der stationären Altenpflege gibt es Zeiten, in denen die Aufgabenfülle besonders groß ist und spontane Kontakte mit Angehörigen die pflegerische Versorgung der Bewohner empfindlich stören. Umso wichtiger ist es, den Angehörigen diesen Sachverhalt zu erläutern. Dies sollte schriftlich in entsprechendem Informationsmaterial, oder auch durch Aushänge auf den Wohnbereichen, immer aber auch mündlich bei den Gesprächen im Zusammenhang mit dem Einzug eines Bewohners geschehen. Dabei können sie gebeten werden, bei weniger dringlichen Problemen einen Gesprächstermin (telefonisch oder persönlich) zu vereinbaren, so dass die zuständigen Mitarbeiter sich auf das Gespräch vorbereiten können.

Eine Tafel bzw. ein Bilderrahmen in den jeweiligen Wohnbereichen mit den Fotos und Namen der zuständigen Pflegefachkräfte trägt dazu bei, dass Angehörige Informationen über die Ansprechpartner erhalten. Eine Broschüre oder ein Merkblatt, das Informationen über die Ansprechpartner, die Bekanntgabe von Sprechstundeterminen und anderen Angeboten enthält, kann den Angehörigen die Kontaktaufnahme mit den Beschäftigten wesentlich erleichtern.

### 4.7.3 Möglichkeiten und Grenzen bei Konflikten

Pflegefachkräfte geraten häufig in Konfliktgespräche mit Angehörigen in Situationen, in denen sie Streitigkeiten zwischen Bewohnern und Angehörigen schlichten sollen. Unterschiedliche Angehörige eines Bewohners haben zu einem Sachverhalt darüber hinaus oftmals unterschiedliche Meinungen. Die Mitarbeiter werden dann mit wechselnden – teilweise widersprüchlichen – Wünschen und Erwartungen konfrontiert. Häufig fühlen sie sich in solchen Augenblicken überfordert. Der Grund dafür kann sein, dass ihnen die Gesprächsführungskompetenzen fehlen oder dass es schwierig ist, die unterschiedlichen Interessenslagen zu durchschauen, um im Sinne der Bewohner handeln zu können.

Grundsätzlich ist in solchen Situationen zu beachten, dass es nicht die Aufgabe der Pflegekräfte sein kann, familiäre Probleme zu lösen. Wenn derartige Schwierigkeiten auftreten, empfiehlt es sich, Gesprächsangebote mit Mitarbeitern des Sozialen Dienstes oder Seelsorgern, ggf. unter Beteiligung der zuständigen Pflegefachkraft anzubieten.

### 4.7.4 Schulung der Mitarbeiter

Bei der Einführung des Konzeptbausteines „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ sollte darauf geachtet werden, frühzeitig Fortbildungen in der Gesprächsführung für die Mitarbeiter anzubieten. Je nach Bedarf sollten die Schulungen Folgendes beinhalten:

- Beschwerdemanagement,
- partnerzentrierte Gesprächsführung,
- Präsentationstechniken,
- Konfliktlösungsstrategien,
- die schwierige, oft mit Spannung (durch z. B. Schuldgefühle und Erleichterung) belastete Situation von Angehörigen erkennen und deuten,
- die Auseinandersetzung mit der beruflichen Rolle bzw. dem Berufsverständnis im Verhältnis zu anderen Berufsgruppen, Angehörigen und Bewohnern analysieren und diskutieren.



## 4.8 Nächtliche Versorgung

Entsprechend den Grundsätzen des Rahmenkonzepts zur nächtlichen Versorgung sollen Einrichtungen der Altenpflege eine „fachkompetente Versorgung und Betreuung über 24 Stunden“ „unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts“ ermöglichen. Demnach sind zunächst Voraussetzungen für eine verbesserte Versorgung in den Abend- und Nachtstunden zu schaffen. Bei der Umsetzung des Rahmenkonzepts zur nächtlichen Versorgung wird sich Reformbedarf vor allem bei der Gestaltung der Dienstzeiten bzw. Dienstpläne, der Zeiten des Zubettgehens für die Bewohner und bei der Entwicklung von Angeboten in den Abendstunden zeigen.

### 4.8.1 Änderung von Dienstzeiten

Bei bewohnerorientierten Veränderungen im Bereich der nächtlichen Versorgung, die möglicherweise andere personelle Zuordnungen nach sich ziehen und entsprechende Veränderungen der Dienstplangestaltung erfordern, ist Flexibilität gefragt. Änderungen der Dienstzeiten und eine Reduzierung bzw. Abschaffung von Dauernachtwachen enthalten jedoch Konfliktpotenzial: einige Mitarbeiter werden die neuen Dienstzeiten kategorisch ablehnen oder sich dadurch zusätzlich belastet fühlen. Eine neue Zuordnung von Mitarbeitern kann darüber hinaus aber auch vorteilhafter für die Bedarfe der Wohnbereiche sein.

Eine Veränderung von Dienstzeiten und der Arbeitsorganisation sollte deshalb gut vorbereitet und mit den Mitarbeitern besprochen werden. Vor der Änderung der Arbeitszeiten sollten insbesondere folgende mitarbeiterbezogene Fragen beantwortet werden: Welche Mitarbeiter sind bereit, ihre Arbeitszeiten zu verändern? Für wen wären Zwischendienste am Morgen oder in den Abendstunden denkbar? Inwieweit können die Arbeitszeiten der jeweiligen Schichten verändert werden? Können die Mitarbeiter des Sozialen Dienstes auch in den Abendstunden eingesetzt werden? Welche Angehörigen und freiwilligen Helfer sind bereit, sich in den Abendstunden zu engagieren? Die systematische Erfassung der Antworten auf diese und ähnliche Fragen sorgt für Rückmeldungen, die bei einer geplanten Umstrukturierung von Arbeitszeiten und Angeboten im Bereich der abendlichen Betreuung hilfreich und notwendig sind.

Die Umstrukturierung des Nachtdienstes kann außerdem nur auf einer genauen Analyse der Organisationsstruktur und der Ressourcen der jeweiligen Schichten aufbauen, weil ansonsten die Gefahr besteht, dass es zugunsten einer optimierten nächtlichen Versorgung zu Engpässen im Tagdienst kommt. Grundsätzlich ist an dieser Stelle darauf zu achten, dass bei Beibehaltung von Dauernachtwachen darauf geachtet wird, diese in die Entwicklung und Umsetzung anderer Konzepte (z. B. Krankenhausüberleitung oder Sterbebegleitung) einzubinden.

### 4.8.2 Verantwortung der Leitungsebenen

Eine Umstrukturierung der nächtlichen Versorgung, die von den Mitarbeitern der Leitungsebenen nicht mitgetragen wird, funktioniert nicht. Insbesondere die Pflegedienst- und Wohnbereichsleitungen werden diejenigen sein, die die Veränderungen auch erfolgreich umsetzen müssen. Somit ist deren Bereitschaft mit Blick auf die geplante Umstrukturierung von besonderer Bedeutung. Sie sind im Umstrukturierungsprozess maßgeblich verantwortlich für den sensiblen Umgang mit Wünschen und Widerständen der Mitarbeiter in den verschiedenen Pflegeteams, die so frühzeitig wie möglich in die Planung und Gestaltung einer veränderten nächtlichen Versorgung eingebunden werden sollten.

### 4.8.3 Kooperation von Tag- und Nachtdienst

Die Einbindung der Nachtwachen in die Pflegeteams, die im Früh- bzw. Spätdienst tätig sind, ist für eine verbesserte Zusammenarbeit der Mitarbeiter der Tag- und Nachtdienste unverzichtbar. Zur Erleichterung des gegenseitigen Verständnisses und zur Verbesserung der Zusammenarbeit sollten die Mitarbeiterinnen des Nachtdienstes regelhaft in die Fortbildungen der Einrichtungen eingebunden werden. Mitarbeiter des Tagdienstes sollten außerdem über ausreichende Erfahrungen im Abend- und Nachtdienst verfügen. Die Mitarbeiter des Nachtdienstes sollten darüber hinaus in die Erstellung der Pflegeplanung einbezogen werden und dabei mit den jeweils zuständigen Pflegefachkräften des Tagdienstes kooperieren. Nicht zuletzt erhalten die Nachtwachen durch eine geänderte Arbeitsorganisation und eine stärkere Einbindung in die Arbeitsabläufe mehr Verantwortung, was sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit auswirken kann.

### 4.8.4 Entwicklung von Angeboten in den Abendstunden

Regelmäßige Angebote können von der Aufwertung eines Fernsehabends zu einem feierlichen „Kinobesuch“ (mit Einladung, Kinokarten, Dekoration etc.) bis hin zur Einführung eines Nachtcafés (unter Beteiligung von freiwilligen Helfern) reichen.

Erfahrungsgemäß sollte bei der Entwicklung von Angeboten in den Abend- und Nachtstunden nicht nur berücksichtigt werden, ob und inwieweit die Bewohner diesbezüglich Wünsche und Gewohnheiten zur Sprache bringen. Verlässt man sich darauf, ist zu befürchten, dass sich die Mitarbeiter auf die Aussage berufen, dass die Bewohner abends „ihre Ruhe haben möchten“ bzw. früh schlafen wollen. Sind die Bewohner an entsprechende Angebote in den Abend- und Nachtstunden bislang nicht gewöhnt, werden sie sich meist mit den Gegebenheiten abfinden und keine Wünsche äußern.

Vor der Entwicklung von Angeboten muss die Situation in den Wohnbereichen genau analysiert werden, wobei die Bewohner gezielt nach ihren Bedürfnissen und Wünschen befragt werden sollten. Insbesondere ihre Schlafgewohnheiten sind hierbei von Interesse, sie sollten erfragt und dokumentiert werden (dabei ist auf die Einnahme von Schlafmitteln zu achten).

Zu berücksichtigen sind neben den Schlafgewohnheiten auch die sozialen, psychischen und physischen Möglichkeiten und Grenzen sowie die Kommunikations-, Konzentrations- und Gesellschaftsfähigkeit der Bewohner.



Grundsätzlich sollten Angebote in den Abend- und Nachtstunden nicht nur für rüstige Bewohner konzipiert werden, sondern auch in regelmäßigen Abständen für immobile oder demenzkranke Bewohner stattfinden. Wichtig ist dabei, dass die Angebote durch entsprechende Animation und Begleitung der Mitarbeiter oder freiwilliger Helfer flankiert werden. Dies gilt insbesondere für Menschen mit demenziellen Erkrankungen.

Angebote und Veranstaltungen sollten immer wieder an die Interessen, Fähigkeiten und Bedürfnisse der Bewohnerschaft angepasst werden. Eine Überprüfung der Angebotsstruktur sollte mindestens einmal im Jahr stattfinden.

#### **4.8.5 Vermeidung von Lärm und Licht**

Eine Sensibilisierung der Mitarbeiter für eine „Schlaf fördernde Umgebung“ – also eine weitgehende Vermeidung von Lärm und Licht – fördert die Lebensqualität der Bewohner erheblich. In der Praxis lassen sich Lärm und störende Lichtquellen normalerweise leicht vermeiden. Dazu ist für ein entsprechendes Verständnis bei den Mitarbeitern zu werben und die Einhaltung entsprechender Regelungen ist zu befolgen. Bauliche Gegebenheiten sollten überprüft und gegebenenfalls verändert werden. Hilfreich ist außerdem:

- die Installation von Bewegungsmeldern (z. B. im Eingangsbereich),
- ein Entfernen von Störfaktoren (z. B. quietschende Türen, lautes Schuhwerk),
- das Einführen von Not-/Nachtbeleuchtung in Bewohnerzimmern, Fluren, Außentritten etc.

## 4.9 Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen

Das Rahmenkonzept zur „Sterbebegleitung“ hat zum Ziel, die Begleitung von Sterbenden in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern und grundlegende Voraussetzungen zur Bewältigung dieser Aufgabe sicherzustellen. Der Kontakt zu externen Fachleuten (z. B. Seelsorgern, Hospizdiensten) kann die Vorbereitung und Umsetzung erleichtern.

Die konkrete Thematisierung von Sterben, Tod und Trauer schafft für viele Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter mehr Sicherheit im Umgang. Das Wissen, dass der Sterbeprozess in der Pflegeeinrichtung gut unterstützt werden kann, wird eine große Hilfe und Beruhigung für die Bewohner darstellen. Auch die Angehörigen werden sich durch die Begleitung gut aufgehoben fühlen und die Beratung durch die Mitarbeiter gerne in Anspruch nehmen.

### 4.9.1 Kontinuierliche Begleitung

Häufig versterben Bewohner im Krankenhaus, die meisten Menschen wünschen sich jedoch ein würdevolles Sterben in vertrauter Umgebung. Um dies zu ermöglichen, sollten Krankenhausaufenthalte, soweit sie nicht zwingend notwendig sind, vermieden werden.

Eine kontinuierliche Sterbebegleitung ist in den alltäglichen Arbeitsablauf nicht immer problemlos zu integrieren. Für die Begleitung eines sterbenden Menschen und seiner Angehörigen müssen die Rahmenbedingungen in den Einrichtungen stimmen. Kündigt sich der Tod eines Bewohners an, sollte unverzüglich eine Anpassung der individuellen Versorgung im Vordergrund stehen. Die Sterbebegleitung muss Vorrang vor anderen Tätigkeiten erhalten. Diese Grundvoraussetzung muss mit den Mitarbeitern gemeinsam abgesprochen werden, dabei sollte auch klargestellt werden, dass niemand ein schlechtes Gewissen haben muss, wenn zugunsten einer Sterbebegleitung weniger vordringliche Arbeiten liegen bleiben.

Wichtig ist außerdem, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lernen, sterbende Menschen zu begleiten. Gerade hierfür ist die Zusammenarbeit mit Hospizdiensten, Seelsorgern, Angehörigen und Ärzten von besonderer Bedeutung.

### 4.9.2 Zusammenarbeit mit Hospizdiensten, freiwilligen Helfern, Angehörigen und Ärzten

Würdevolles Sterben und Abschiednehmen kann in der Pflegeeinrichtung durch professionelle Hilfe und Unterstützung von Hospizdiensten ermöglicht werden. Ehrenamtliche Helfer können die Pflegekräfte bei der Begleitung Sterbender unterstützen und zeitliche Probleme bei der kontinuierlichen Begleitung abmildern.

Bei Einzug eines neuen Bewohners sollten bereits Informationen zu vorhandenen Verfügungen und Wünschen im Zusammenhang mit dem Sterbeprozess bzw. dem Todesfall erfragt werden. Bewohnerwünsche sind soweit wie möglich zu berücksichtigen. Wichtig ist außerdem, dass zwischen den Beschäftigten der Pflegeeinrichtung ein Einvernehmen über die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen hergestellt wird und diese sowie die behandelnden Ärzte über die Vorgehensweise, Angebote und Anforderungen informiert sind.



### 4.9.3 Schulung der Mitarbeiter

Die Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“ weist in einem Zwischenbericht<sup>22</sup> darauf hin, dass in Deutschland erheblicher Verbesserungsbedarf hinsichtlich der palliativmedizinischen Versorgung und der Palliativpflege besteht. Palliativpflege ist ganzheitlich ausgerichtet und schließt deshalb neben schmerztherapeutischen Maßnahmen auch die psychosoziale Begleitung ein. Die Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“ hat festgestellt, dass die Palliativpflege in der Ausbildung des Fachpersonals (Ärzte, Alten- oder Krankenpflegekräfte) keinen angemessenen Stellenwert einnimmt. Sie empfiehlt daher

- die Palliativpflege zu einem wichtigen Schwerpunkt im Rahmen der eigenen Personalentwicklung machen und
- sich aktiv um die Zusammenarbeit mit weitergebildeten Ärzten im Bereich der Palliativmedizin bemühen.

Voraussetzung hierfür ist die Sensibilisierung und die Förderung der Kompetenzen von Mitarbeitern durch Fortbildungen in den Bereichen Sterbe- und Trauerbegleitung. Dies gilt in besonderer Weise für neue Mitarbeiter. Freiwillige Helfer sollten auch an entsprechenden Schulungen teilnehmen können. Dabei sollten insbesondere folgende Themen im Vordergrund stehen:

- Schulungen sollen helfen, den Blick der Beschäftigten für die Anzeichen des nahenden Todes zu schärfen; häufig bestehen Qualifikationsdefizite der Mitarbeiter, so dass der Beginn des Sterbeprozesses nicht erkannt wird.
- Begleitung Sterbender und Konfrontation mit dem Tod als psychisches Belastungsphänomen für die Mitarbeiter.
- Sensibilität und sozial-kommunikative Kompetenz als Voraussetzung für den Umgang mit trauernden Menschen; notwendig sind Lernangebote für die Mitarbeiter, die sie befähigen, Hilfen zur Trauerbegleitung und zur Unterstützung bei der Verlustbewältigung zu leisten und die Kommunikation mit sterbenden Menschen und ihren Angehörigen zu fördern.
- Begleitung des Sterbeprozesses bei verwirrten bzw. demenzkranken Bewohnern.

<sup>22</sup> „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ (BT-Drs. 15/5858), Juni 2005

## 4.10 Kooperation mit niedergelassenen Ärzten

Die gesundheitliche Versorgung der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen soll durch die Anforderungen des Rahmenkonzeptes zur Kooperation mit niedergelassenen Ärzten verbessert werden. Die Anforderungen dieses Konzeptbausteins setzen eine grundlegende Kooperationsbereitschaft der Ärzte voraus, wobei die Gestaltungsmöglichkeiten der Einrichtungen ihre Grenze an der ärztlichen Entscheidungsautonomie finden.

In Vorbereitung auf die Kooperationsgespräche sind Wünsche an die Ärzte zu erörtern und Angebote zu formulieren. Hilfreich für die Kontaktaufnahme sind z. B. einrichtungsspezifische Informationsblätter oder -broschüren für die Ärzte, die ihnen beim ersten Kooperationsgespräch ausgehändigt werden sollten. Wichtig ist, nicht nur Wünsche oder Forderungen an die Ärzte zu formulieren, sondern auch Verbesserungsvorschläge und Angebote seitens der Einrichtungen zu thematisieren. Eine Vereinbarung innerhalb der Pflegeeinrichtung, die besagt, dass Leitungskräfte bei Kooperationsproblemen jederzeit für die Pflegemitarbeiter und die Ärzte ansprechbar sind, ist ebenfalls notwendig.

### 4.10.1 Kontaktaufnahme und Kooperation

Die Umsetzung des Konzepts zur „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“ ist für Pflegefachkräfte oft schwierig. Ihnen fehlen in der Regel die notwendigen Entscheidungsbefugnisse. Erfahrungsgemäß ist die Akzeptanz und Kooperationsbereitschaft bei den Ärzten höher, wenn diese Dinge auf der Leitungsebene der Einrichtung angestoßen und begleitet bzw. durch Qualitätsbeauftragte initiiert und unterstützt werden. Die Ärzteschaft zeigt sich oftmals skeptisch gegenüber bindenden Erklärungen oder Vereinbarungen. Zielvereinbarungen, z. B. in Form von Protokollnotizen nach gemeinsamen Gesprächen sind daher zunächst eher zu erreichen als Vereinbarungen in formaler, vertraglicher Form.

Die bisherigen Erfahrungen bestätigen dennoch, dass die Ärzte frühzeitig in geplante Veränderungsprozesse einzubinden sind. Dabei kann die Beteiligung von Ärzten an hausinternen Arbeitsgruppen zur Umsetzung des Rahmenkonzepts sehr förderlich sein.

Die Kooperation mit den Ärzten kann durch die umgesetzten Anforderungen des Rahmenkonzepts so weit fortschreiten, dass einige Ärzte regelmäßig an Fallbesprechungen von Bewohnern teilnehmen.



#### 4.10.2 Vorbereitung von Arztbesuchen

Die Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten erfordert Verfahrensanweisungen zur

- Vorbereitung von Arztbesuchen,
- Begleitung der Arztvisiten,
- Bereitstellung der Pflegedokumentation und
- Besprechung der gesundheitlichen Probleme der Bewohner etc.

Dies ist von besonderer Bedeutung, weil Ärzte eine aus ihrer Sicht häufig unzureichende Vorbereitung ihres Besuches durch die Pflegefachkräfte beklagen. Die Kritikpunkte beziehen sich im Wesentlichen auf

- eine fehlende Ermittlung der Vitalwerte im Vorfeld,
- eine fehlende Überprüfung der Pflegedokumentation,
- unzureichende fachliche Informationen hinsichtlich des Zustands der Bewohner,
- zu allgemeine Formulierungen bezüglich der Situation von Bewohnern,
- ungenaue Beobachtungen und Fehleinschätzungen.

Diese Kritikpunkte können im Sinne möglicher Verbesserungen als Ausgangspunkt für Kooperationsgespräche mit den Ärzten genutzt werden. Damit können Kooperationsprobleme zumindest teilweise abgebaut werden. Die Verständigung über frühzeitige Terminabsprachen zwischen Ärzten und zuständiger Pflegefachkraft ermöglicht darüber hinaus grundsätzlich eine angemessene Vorbereitung von Arztbesuchen.

#### 4.10.3 Gegenseitige Erreichbarkeit

Die gegenseitige Erreichbarkeit von Arzt und Pflegefachkraft ist für beide häufig ein Problem. Der alltägliche Ablauf in den Arztpraxen begünstigt in der Regel Telefongespräche eher vor oder nach den Sprechstunden. Für den Einrichtungsalltag ist aus diesem Grund der Gebrauch von mobilen Telefonen auf den Wohnbereichen zu empfehlen, damit die Pflegekräfte gut erreichbar sind.

Die gegenseitige Erreichbarkeit sollte im persönlichen Gespräch mit den behandelnden Ärzten thematisiert werden. Vereinbarungen sollten schriftlich fixiert und den Ärzten ausgehändigt werden. Regelungen für Ausnahmesituationen (z. B. Sicherstellung der kontinuierlichen Patientenversorgung in Urlaubszeiten) sollten frühzeitig vereinbart und dokumentiert werden.

Gleiches gilt für die Vereinbarungen über die Notfallversorgung von Bewohnern. Zeichnet sich eine unmittelbare Verschlechterung des Gesundheitszustands ab, ist die zügige Erreichbarkeit des zuständigen Arztes erforderlich. Dies kann auch der Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte dienen. Notwendig sind in diesem Zusammenhang sowohl hausinterne Abstimmungen (auch der Wohnbereiche untereinander) als auch Verabredungen mit den Ärzten über entsprechende Vorgehensweisen. Diese Vereinbarungen sind so zu dokumentieren, dass sie jederzeit für die zuständigen Mitarbeiter zugänglich sind.

Die nachfolgende Seite zeigt ein exemplarisches Faxformular, das dazu dient, einen Hausbesuch des zuständigen Arztes für einen erkrankten Bewohner anzufordern.





## 4.11 Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten

An der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung kommt es häufig zu Reibungen und Konflikten. Die Konsequenz daraus ist, dass Arbeitsabläufe ins Stocken geraten und die Qualität der Versorgung darunter leiden kann. Mögliche Ursachen für Probleme bei der Überleitung sind

- mangelnde Koordination und Kooperation zwischen Pflegeeinrichtung und Krankenhäusern;
- ein daraus resultierender defizitärer Informationsaustausch zwischen Einrichtung und Krankenhäusern;
- unabgestimmte Verfahrensweisen und Überleitungsdokumente;
- mangelnde gegenseitige Kenntnis der jeweils notwendigen Arbeitsabläufe;
- fehlender direkter Kontakt zwischen den beteiligten Fachkräften in beiden Institutionen – es wird meist übereinander statt miteinander geredet;
- veränderte Anforderungen an die Krankenhäuser durch die DRGs (z. B. verkürzte Liegezeiten, Entlassungsdruck etc.).

Diese Reibungen lassen sich jedoch durch einige Maßnahmen vermeiden.

### 4.11.1 Kontaktaufnahme und Kooperation

Ein großer Teil der Heimeinzüge erfolgt direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Ein guter Kontakt zu den Krankenhäusern kann somit am Pflegemarkt einen Wettbewerbsvorteil bedeuten.

Im Hinblick auf die angestrebte Kooperation mit den Krankenhäusern ist zunächst eine Bestandsaufnahme über die bisherige Zusammenarbeit vorzunehmen, die Defizite und Mängel der eigenen Verfahrensabläufe berücksichtigt und darüber hinaus Angebote und Wünsche für eine kompetente Verhandlungsführung mit den Krankenhäusern enthält.

Anfangs sollte eine Auswahl der Krankenhäuser erfolgen, mit denen eine verbesserte Kooperation erprobt werden soll. Die Auswahl könnte beispielsweise anhand der Häufigkeit der Einweisungen von Heimbewohnern in bestimmte Kliniken vorgenommen werden. Andere Krankenhäuser sollten anschließend in die Kooperation eingebunden werden. Begünstigend wirkt gegenwärtig, dass viele Krankenhäuser mit der Umsetzung eines Expertenstandards zum Entlassungsmanagement beschäftigt und daher besonders an einer produktiven Kooperation interessiert sind.

Bei der Vorbereitung und Erstellung eines Konzepts für Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten entsprechend den Anforderungen des Rahmenkonzepts sollten die Kooperationsgespräche gut vorbereitet werden. Die Einrichtungs- und/oder Pflegedienstleitung der Pflegeeinrichtung sollte auf die zuständigen Mitarbeiter der Krankenhäuser zugehen und Gesprächstermine vereinbaren.

Die Kenntnisse über die Arbeitsprozesse in der jeweils anderen Institution, das Pflegen gegenseitiger Kontakte, das Wahrnehmen und Ernstnehmen der Probleme der jeweils anderen sind wichtige Voraussetzungen, um die Zusammenarbeit zu verbessern. Die möglichst frühzeitige Beteiligung der Mitarbeiter der kooperierenden Krankenhäuser an der Konzepterstellung (z. B. Fachkräfte, die in den Krankenhäusern mit dem Qualitätsmanagement beauftragt sind) kann die Vorbereitung entsprechender Vereinbarungen erleichtern.

Wünschenswert wäre es, das Konzept gemeinsam mit anderen Einrichtungen – z. B. auf kommunaler Ebene – zu entwickeln, um grundsätzliches Einvernehmen bei der „Überleitung“ zwischen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern in einer Region zu erzielen. In entsprechenden Beratungen sollten insbesondere folgende Aspekte erörtert werden:

- Gemeinsame Überarbeitung der Überleitungsbögen,
- Voraussetzungen zur Verbesserung des Ausfüllens der Überleitungsbögen (dies setzt eine größere Sensibilisierung der Mitarbeiter und ggf. Schulungen und eine verstärkte Kontrolle durch die Wohnbereichsleitungen voraus),
- einheitliches Fax-Formular für die Kontakte zwischen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern,
- Bereitstellung von Notfalltaschen und die Versorgung der Bewohner im Krankenhaus mit Wäsche etc.,
- Überprüfung organisierter Besuchsdienste,
- kontinuierlicher Informationsaustausch durch die Benennung fester Ansprechpartner in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (empfohlen wird hier insbesondere die Pflegedienstleitung),
- umgehende gegenseitige Kontaktaufnahme bei dem Verdacht von pflegerischen Problemen,
- umgehende Anpassung der Pflegeplanung nach der Krankenhausentlassung.

Nach erfolgreich abgeschlossenen Kooperationsvereinbarungen sollten die getroffenen Vereinbarungen mindestens halbjährlich überprüft werden. Diese Fristen können auch in den Kooperationsvereinbarungen festgelegt werden. Regelmäßige Beratungen können dann zu weiteren Erkenntnissen und Verbesserungsvorschlägen führen.

#### 4.11.2 Entlassung aus dem Krankenhaus

Erfahrungen bestätigen, dass Heimbewohner verstärkt an den Wochenenden oder zu ungünstigen Uhrzeiten aus dem Krankenhaus entlassen werden. Da die Entlassungen darüber hinaus häufig unangekündigt erfolgen, haben die Einrichtungen häufig keine Zeit, Dienstpläne anzupassen, Bewohnerzimmer rechtzeitig herzurichten und Angehörige frühzeitig zu informieren. Zur Regelung des Überleitungsverfahrens gehört deshalb auch, dass Pflegeeinrichtungen rechtzeitig über die Entlassungstermine informiert werden. Weil Haus- und Fachärzte an Wochenenden bzw. am Mittwochnachmittag nicht oder nur in Ausnahmefällen zu erreichen sind, ist die Anschlussmedikation durch einen kleinen „Vorrat“ an Medikamenten sicher zu stellen. Auch dies ist in entsprechende Vereinbarungen aufzunehmen.

Datenschutzvorschriften werden sowohl von den Mitarbeitern der Krankenhäuser als auch von denen der Pflegeeinrichtungen als ein gravierendes Problem beim sachgerechten Ausfüllen der Überleitungsbögen angegeben. Zentrales Anliegen muss es deshalb sein, unter Einhaltung des Datenschutzes verbindliche Regeln für die Übermittlung medizinischer und pflegerischer Informationen zu vereinbaren.

Nach der Krankenhausentlassung von Heimbewohnern kommen u. a. folgende Probleme gehäuft vor:

- Arztbriefe sind oft handschriftlich und unleserlich verfasst; dies behindert die anschließende Versorgung in der Pflegeeinrichtung.
- Bewohner werden während des Klinikaufenthalts oft zu wenig mobilisiert.

Diese Problemfelder sollten ggf. in den Kooperationsgesprächen zwischen Pflegeheimen und Krankenhäusern erörtert werden. Nachfolgend findet sich ein Beispiel für die Zielvereinbarungen aus einer der Referenzeinrichtungen, welches für diese Veröffentlichung gekürzt wurde.



## Zielvereinbarungen zwischen dem ..... und dem Klinikum ..... in .....

### I. Maßnahmen zur Verbesserung des Informationsflusses

1. Grundlage und Voraussetzung für eine möglichst gute pflegerische und medizinische Betreuung der Bewohner bzw. der Patienten sind fundierte Informationen über den pflegerischen Status zum Zeitpunkt der Krankenhauseinweisung und -entlassung. Ein Pflegeüberleitungsbogen muss zu beiden Anlässen stets gut lesbar ausgefüllt und mitgegeben werden. Wichtige Dokumente, wie z. B. Patientenverfügungen sind ebenso als Fotokopie mitzugeben.
2. Bei ungeplanten oder notfallmäßigen Einweisungen bekommt das Krankenhaus am Tag der Einweisung in jedem Fall einen vorläufigen Überleitungsbogen, der folgenden Mindestangaben aufweisen muss:

- persönliche Stammdaten
- Diagnosen
- aktuelle Medikation

Die (Pflegeeinrichtung) wird den Überleitungsbogen in der Einrichtung einführen, der dem im Klinikum .... verwendeten Überleitungsbogen weitgehend entspricht. Bei geplanten Krankenhausaufenthalten wird dieser direkt bei der Einlieferung mitgegeben. Bei ungeplanten oder notfallmäßigen Einweisungen wird er spätestens einen Tag nach der Einweisung per Fax übermittelt. Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus wird der Bewohnerin bzw. dem Bewohner von der entlassenden Station des Klinikums ..... ebenfalls ein Überleitungsbogen mitgegeben, auf dem Statusveränderungen seit der Einweisung dokumentiert wurden.

3. Um einen lückenlosen Informationsfluss über den Zustand des Bewohners auch während des Krankenhausaufenthaltes zu gewährleisten, stellt das Krankenhaus unter Berücksichtigung der Schweigepflicht sicher, dass eine zuvor benannte Kontaktperson (Wohnbereichsleitung der Pflegeeinrichtung) auch telefonisch Auskunft erhält. Voraussetzung dafür ist die Benennung der Kontaktperson und Angabe der telefonischen Durchwahl im Überleitungsbogen.
4. Arztbriefe sollen bei der Entlassung der Bewohner seitens des Krankenhauses immer mitgegeben werden. Diese sollen gut lesbar sein (nach Möglichkeit nicht handschriftlich).

### II. Organisatorisches – Bewohner

1. Die Pflegeeinrichtung .... sorgt für die Bereitstellung der notwendigen Utensilien (persönliche Dinge des Bewohners) während des Krankenhausaufenthaltes. Sie listet alle mitgegebenen Utensilien auf. Das Klinikum ..... bekommt eine Durchschrift dieser Liste und unterstützt das Anliegen, dass bei der Entlassung der Bewohnerin bzw. des Bewohners alle auf der Liste aufgeführten Utensilien wieder mitgegeben werden.
2. Das Klinikum ...informiert die Pflegeeinrichtung .... über zusätzlichen Bedarf z. B. von Kleidungsstücken etc. Die Pflegeeinrichtung sorgt für die zeitnahe Lieferung der angeforderten Utensilien.

### III. Pflegerische Anliegen

1. Das Klinikum ... sorgt für eine frühest mögliche Mobilisierung, sofern es der Gesundheitszustand erlaubt. Gründe für die Nicht-Mobilisierung sind im Überleitungsbogen zu dokumentieren.
2. Sowohl die Pflegeeinrichtung .....als auch das Klinikum ... informieren sich gegenseitig kollegial und zeitnah über pflegerische Auffälligkeiten bei den Bewohnerinnen/Bewohnern bzw. den Patienten.
3. Das Klinikum ... stellt eine umgehende Information der Pflegeeinrichtung über zu erwartende gravierende pflegerische Veränderungen – im Gegensatz zum Einweisungsstatus zur Verfügung. Dieses gilt insbesondere, wenn diese Veränderungen organisatorische Anpassungen erforderlich machen (z. B. regelmäßige Sauerstoffgaben, Einzelzimmer bei ansteckenden Krankheiten, usw.).

### IV. Entlassungen

1. Die Pflegeeinrichtung ... wird frühzeitig über den Entlassungstermin informiert. Wenn sich in den Tagen nach dieser Ankündigung die Umstände derart verändern, dass es einen anderen Entlassungstermin geben wird, so ist die Pflegeeinrichtung ... darüber auch zeitnah zu informieren.
2. Entlassungen an Wochenenden und Feiertagen, sowie Mittwochs- und Freitagnachmittags stellen u. U. für die Pflegeeinrichtung erhebliche organisatorische Probleme dar. Ist eine Entlassung zu diesen Zeitpunkten unumgänglich, bedarf es zur Vermeidung von Versorgungslücken der Rücksichtnahme. Große Schwierigkeiten ergeben sich z. B. durch die Nicht-Erreichbarkeit des Hausarztes. Deshalb werden die benötigten Medikamente in ausreichender Form bis zum nächsten Werktag mitgegeben.

### V. Weiteres Vorgehen

Im Zeitraum zwischen von ... bis.... werden in einem weiteren Treffen die ersten Erfahrungen evaluiert und der Plan zur Festlegung der weiteren Vorgehensweise erstellt.

# Kapitel 5

# Qualitativer Personalbedarf und Personalentwicklung





## **5. Qualitativer Personalbedarf und Personalentwicklung**

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



## 5.1 Was unter Personalentwicklung zu verstehen ist

Um bestmögliche Leistungen zu erbringen, braucht jede Einrichtung die richtige Person am richtigen Platz. Die Beschäftigten müssen über alle Kompetenzen verfügen, die an ihrer Stelle gefordert werden.

Mitarbeiter verbringen einen beträchtlichen Teil ihrer Lebenszeit an ihren Arbeitsplätzen. Sie verbinden damit nicht nur die Notwendigkeit des Broterwerbs, sondern sie wünschen sich in der Mehrzahl auch eine Beschäftigung, die ihnen Freude macht, die auch ihren persönlichen Bedürfnissen nach Wertschätzung und Entwicklung gerecht wird.

Personalentwicklung bedeutet deshalb mehr als gezielt und systematisch Einfluss zu nehmen auf das Kompetenz- und Qualifikationsniveau, d. h. auf die prinzipielle Leistungsfähigkeit der Mitarbeiterschaft. In gleicher Weise muss auf Rahmenbedingungen geachtet werden, welche die Leistungsbereitschaft und damit auch Engagement, Kreativität und Flexibilität von Einzelnen und Teams fördern. Die Kunst besteht darin, das zweckgebundene Organisationsinteresse mit Wünschen und Bedürfnissen der Mitarbeiter zu verbinden.

Dieses Kapitel enthält deshalb Hinweise, die sich nicht nur auf die Qualifizierung von Mitarbeiter beziehen, sondern verdeutlichen, dass die richtige Mitarbeiterauswahl, prägend für die „Einrichtungskultur“ ist.



## 5.2 Personalauswahl

Neue Anforderungen an Funktionen und Positionen in Pflegeheimen erfordern oft Nachqualifikation einzelner Mitarbeiter. Personalentwicklung ist deshalb für die Qualitätssicherung von erheblicher Bedeutung. Personalentwicklung nach dem Referenzkonzept bedeutet, die richtige Person in der richtigen Funktion zu haben. Dies beginnt bei der Personalauswahl.

Notwendig ist im ersten Schritt die Erarbeitung eines eindeutigen Anforderungs- und Kompetenzprofils. Zu den wichtigen Bereichen des Anforderungsprofils gehören neben der pflegerischen Fachkompetenz der Pflegekraft

- die erwünschte grundlegende bewohnerorientierte Haltung, die mit dem Leitbild der Einrichtung übereinstimmen muss,
- bei examinierten Fachkräften die Planungs- und Steuerungskompetenz,
- die Qualifizierungsbereitschaft,
- die Fähigkeit zum Selbst- und Zeitmanagement,
- weitere „soft-skills“ wie Teamfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Konfliktfähigkeit.

Wird eine neue Leitungskraft (Pflegedienst- bzw. Bereichsleitung) eingestellt, so ist zu erwarten, dass der/die Bewerber/in mindestens die hierfür erforderlichen Zusatzqualifikationen und entsprechende Berufserfahrung in Leitungsfunktionen vorweisen kann.

Zusatzqualifikationen, die noch nicht vorhanden sind, müssen umgehend nachgeholt und vom Einstellungsträger ermöglicht werden. In solchen Fällen sollte eine neu eingestellte Leitungskraft von einem erfahrenen Kollegen der gleichen Ebene in den ersten Monaten intensiv begleitet werden (Mentoring).

**Beispiel:** Bei Personalauswahlgesprächen ist es innerhalb des knappen Zeitrahmens oft nicht möglich, zwischen gelungener verbaler Präsentation und tatsächlich vorhandenen Eigenschaften und Fähigkeiten zu unterscheiden. Diese Gespräche bedürfen deshalb einer sorgfältigen Vorbereitung und Strukturierung. Hierzu sind u. a. Fragestellungen vorzubereiten, bei denen Situationen einzuschätzen sind und ein angemessener Umgang damit zu beschreiben ist („was würden Sie tun, wenn...“). Es sollten solche Situationen sein, für die es nicht nur eine – wenn möglich noch nahe liegende richtige – Reaktionsweise gibt, sondern bei denen Vor- und Nachteile mehrerer Möglichkeiten abzuwägen sind. Bei Pflegefachkräften sollte man auch nicht darauf verzichten, die Kompetenzen in Bezug auf die Pflegeplanung zu überprüfen. Dies kann etwa dadurch geschehen, dass man den Bewerbern vor dem Gespräch Assessmentinformationen eines Bewohners (aus Datenschutzgründen anonymisiert und verändert) zuschickt und dazu Fragen formuliert (z. B.: „Welches sind die zentralen Pflegeziele?“ oder „was könnte zu einer biografieorientierten und/oder ressourcenfördernden Pflege dieses Bewohners gehören?“)

Die Hospitation von Bewerbern in den Wohnbereichen kann die Auswahl von Mitarbeitern des Pflegedienstes ebenfalls erleichtern. Aus nahe liegenden Gründen kann dies jedoch nur bei solchen Pflegekräften umgesetzt werden, die man bereits als prinzipiell geeignet ausgewählt hat. Deshalb kann die Hospitation die gut geführten Auswahlgespräche nicht ersetzen.

Die bisherigen Ausführungen könnten den Verdacht nahe legen, dass solche Auswahlverfahren junge unerfahrene Fachkräfte, die gerade die Ausbildung beendet haben, tendenziell ausschließen. Dies ist schon deshalb nicht der Fall, weil Einrich-

tungen selbst Ausbildungsstätten sind. Zu einer zukunftsorientierten Personalentwicklung gehört auch, Praktikanten zu beschäftigen, intensiv zu begleiten und bei Eignung möglichst einzustellen. Auch wenn das Praktikumsende nicht mit einer Stellenvakanz zusammen trifft, so können planbare Übergangszeiten mittelfristig überbrückt werden. In jedem Fall ist es möglich, eine Fachkraft, die man kennen gelernt hat und gern beschäftigen würde, auch dann anzusprechen, wenn sie sich mittlerweile in einem anderen Arbeitsverhältnis befindet. Viele Pflegeeinrichtungen gewinnen so frühere Praktikanten als qualifizierte Mitarbeiter.

### 5.3 Einarbeitung neuer Mitarbeiter

Qualitätshandbücher enthalten eine Vielzahl von Hinweisen und Vorschlägen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Hierzu gehört nicht nur die Regelung von Zuständigkeiten sowie der Anzahl und Abstände von Rückmeldungs- und abschließenden Gesprächen während und nach der Probezeit, sondern auch Dokumentationsformulare, mit denen die Ergebnisse dieser Gespräche festzuhalten sind. Solche Vorgaben helfen vor allem dann, wenn sie auch die Qualifikationsbereiche benennen, auf die in der Probezeit besonders zu achten ist.

Zuständig für die begleitenden Gespräche in der Probezeit ist in der Regel die Wohnbereichsleitung, das abschließende Gespräch führen Wohnbereichs- und Pflegedienstleitung meist gemeinsam. Zusätzlich kann es insbesondere bei jungen Kollegen sinnvoll sein, für die ersten Monate einen Mentor zu bestimmen, der im Alltag zeitnah Rückmeldung gibt und beim Umgang mit schwierigen Aufgaben anleitet und begleitet.

Die Probezeit ermöglicht es, Entscheidungen über die Weiterbeschäftigung in Abhängigkeit von den Erfahrungen der bis dahin geleisteten Arbeit zu treffen, weniger gravierende Schwächen zu erkennen, die durch Stärken in anderen Kompetenzbereichen aufgewogen werden.



## 5.4 Berufsbegleitende Qualifizierung

Keine noch so gute Ausbildung kann den komplexen Anforderungen, die im Alltag auftauchen, vollständig gerecht werden. Andererseits reicht es nicht aus, nur auf die Lernsituationen zu bauen, die sich im Alltag ergeben und gemeistert werden müssen.

Dies liegt auch nicht im Interesse der Fachkräfte. Die Mehrzahl wünscht sich gezielte und systematische Anreize für ihre fachliche und persönliche Entwicklung.

Schulungen und Qualifizierungen zu den Konzeptbausteinen des Referenzkonzeptes sollten überwiegend in Form von Inhouse-Schulungen stattfinden. Für viele Themenbereiche, gibt es in den Einrichtungen oder auf Trägerebene Fachkräfte, die als Multiplikatoren, Referenten und Trainer geeignet sind. Selbst wenn externe Experten gewonnen und honoriert werden, ist diese Lösung, gemessen am Ertrag, kostengünstiger als die Fortbildung Einzelner. Der Transfer neu erworbener Kenntnisse in die Praxis ist erheblich leichter, wenn er nicht von einzelnen fortgebildeten Mitarbeitern geleistet werden muss, sondern wenn Teams oder Gruppen geschult werden. Falls inhaltlich möglich, sollten solche Inhouse-Schulungen immer mit Aufgabenstellungen für die Alltagspraxis verbunden werden, die den Transfer befördern.

Nicht alle Themenstellungen können durch Inhouse-Schulungen bearbeitet werden. Manche Qualifizierungsmaßnahmen (z. B. gerontopsychiatrische oder palliative Zusatzqualifizierungen) erfordern die Teilnahme an längerfristigen externen Weiterbildungen. Klärungsbedürftig ist in diesem Zusammenhang, ob möglichst viele Mitarbeiter über bestimmte Kenntnisse verfügen sollten oder ob eine bzw. wenige Fachkräfte mit Spezialkenntnissen qualifiziert werden, die später als interne Multiplikatoren fungieren.

Über grundsätzliche Leitvorstellungen sollten alle Mitarbeiter – d. h. neben denen im Pflegedienst auch die der Verwaltung, der Hauswirtschaft und der Haustechnik – orientiert sein. Bei der Vermittlung der damit in Verbindung stehenden Kenntnisse und Informationen sind interne Schulungen sicher sachgerechter, als externe Veranstaltungen.

Trägern mehrerer Einrichtungen bietet sich darüber hinaus die Möglichkeit des Benchmarkings, d. h. des einrichtungsübergreifenden Reflektierens, Austauschens und Abstimmens. Dies ermöglicht auch praktische Erfahrungen anderer Einrichtungen in Qualifizierungen einzubringen und aus ihnen zu lernen. Über gegenseitige Visitationen lässt sich außerdem gemeinsam und vertrauensvoll der Stand der Umsetzung des „Erlernen“ und die Überprüfung notwendiger Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung der fachlichen Arbeit abklären. Bei entsprechender Abstimmung mit dem Träger kann eine solche Vernetzung bei der Übernahme des Referenzkonzeptes produktiv für die Qualifizierungen genutzt werden.

Die Qualität des Angebotes einer Einrichtung wird zu einem sehr hohen Anteil auch durch die Kompetenz der Führungs- und Leitungskräfte geprägt. Berufsbegleitende Qualifizierungen, in denen Leitungskompetenzen erworben werden können sind deshalb von elementarer Bedeutung für die Qualitätssicherung und -entwicklung. Sie sind für unterschiedliche Führungsebenen, d. h. für Einrichtungs-, Wohnbereichs- oder Pflegedienstleiter anzubieten.

**Hinweis:** Viele Einrichtungen neigen dazu, Leitungsfunktionen auf der Ebene der Einrichtungs- und Pflegedienstleitung und manchmal auch die Bereichsleiterstellen mit externen Bewerbern zu besetzen. Man verspricht sich davon neue Impulse und entgeht der Gefahr, dass Mitarbeiter, die im eigenen Haus aufsteigen, mit Akzeptanzproblemen zu kämpfen haben. Dies sollte eine überlegte und systematische Förderung eigener Mitarbeiter für die Übernahme von Leitungsfunktionen jedoch nicht verhindern. Wenn man beispielsweise Fachkräften, die eine stellvertretende Funktion für eine Leitung ausüben, den Besuch einer WBL- oder PDL-Weiterbildung ermöglicht, sie aber in solchen Funktionen nicht beschäftigen kann, so wird man diese Fachkräfte vielleicht über kurz oder lang an eine andere Einrichtung verlieren. Wenn man aber andererseits solche Stellen extern besetzt, ist man angewiesen darauf, dass die Bewerber über ausreichende Managementkompetenzen verfügen, die sie in ihren bisherigen Einrichtungen erworben haben.

Wichtig ist es, bei Übernahme des Referenzkonzeptes einen mittelfristigen Schulungsplan zu erstellen, der die benötigten Qualifizierungen in eine sinnvolle Rang- und Zeitfolge bringt und eine Überforderung der Mitarbeiter durch zu viele Maßnahmen in zu kurzer Zeit vermeidet.

## 5.5 Interne Multiplikatoren und richtiger Einsatz vorhandener Fähigkeiten

Fachkräfte, die sich bereits Spezialkenntnisse erworben haben, sollten als interne Multiplikatoren eingesetzt werden. Dies ist ein Weg, ihnen gegenüber Wertschätzung zum Ausdruck zu bringen und ihr Engagement zu belohnen.

Sind benötigte Fachkenntnisse intern nicht verfügbar, könnte bei Neubesetzungen eine Spezialfachkraft eingestellt werden, der ausdrücklich Multiplikatorenfunktionen zugewiesen werden. Das Beispiel der Fachkraft für Physiotherapie, die weniger mit den Bewohnern arbeitet, sondern vielmehr für die Anleitung der Pflegekräfte zuständig ist, kann für eine solche Vorgehensweise nochmals beispielhaft angeführt werden.

Mitarbeiter, mit deren Leistungen man nicht vollständig zufrieden ist, sind manchmal nur an falscher Stelle tätig und meist auch selbst nicht zufrieden. Um dies sowie vorhandene Stärken und Wünsche herausfinden zu können, bedarf es regelmäßiger Mitarbeiterentwicklungsgespräche und klarer ganzheitlicher Bewertungskriterien. (vgl. auch Teil B, Kapitel 6).



## 5.6 Personalentwicklung durch Projektmanagement

Die Strategie des Projektmanagements bietet nicht nur die Chance, Prozesse der Organisationsentwicklung unter verantwortlicher Beteiligung von Mitarbeitern zu realisieren, sie dient auch der Personalentwicklung. Durch die Arbeit in Projektgremien

- können Führungskräfte und Mitarbeiter auf neue Weise aktiven Einfluss auf die Gestaltung des eigenen Arbeitsfeldes nehmen („job-enrichment“)
- erhalten die Beschäftigten Gelegenheit, ihre Erfahrungen und ihr Wissen zu erweitern, öffentlich zu machen und dafür Wertschätzung zu erfahren,
- bewirkt die Vernetzung dieses Wissens eine Kompetenzsteigerung und eröffnet kreative Problemlösungen.

**Beispiel:** In einer Referenzeinrichtung wurden zunächst gute Erfahrungen damit gemacht, die Konzepte für die Rahmenkonzepte arbeitsteilig in den vorhandenen Wohnbereichsteams zu bearbeiten. Später reagierte die Einrichtungsleitung mit diesem Modell auf Problemschwerpunkte, die von den Teams selbst wahrgenommen wurden. Waren es in einem Bereich Reibungsverluste in der Arbeitsorganisation, so waren es in den anderen Fragen in Zusammenhang mit der Ernährung, der Sterbegleitung oder der begonnenen Umsetzung eines Hausgemeinschaftskonzeptes. Mit jedem Team wurde ein konkreter Arbeitsauftrag zum jeweiligen Thema vereinbart, der

- die Erarbeitung theoretischer Grundlagen,
- die Formulierung eines schriftlichen Konzepts,
- die Vermittlung der Konzeptinhalte an die Kollegen und
- die praktische Erprobung und Auswertung des Konzeptes

umfasst. Es zeigte sich, dass sich auch hier die Prinzipien des Projektmanagements bewähren und dass dieses Vorgehen ein praktisches Beispiel für eine gelungene Personalentwicklungsstrategie darstellt.

## 5.7 Kooperation mit Ehrenamtlichen

Der Einsatz von Ehrenamtlichen kann das Leistungsangebot erweitern und die bedarfsangemessene Versorgung der Bewohner verbessern. Dabei ist immer zu beachten, dass Ehrenamtliche keinen Ersatz für Hauptamtliche darstellen und ihr Einsatz sorgfältig begleitet werden muss.

Zu den Angeboten, die von Ehrenamtlichen durchgeführt werden können, gehören Spaziergänge mit Bewohnern, Vorlesen, Singen, Spielkreise, Kochgruppen, Besuch bei Krankenhausaufenthalten u. v. m.

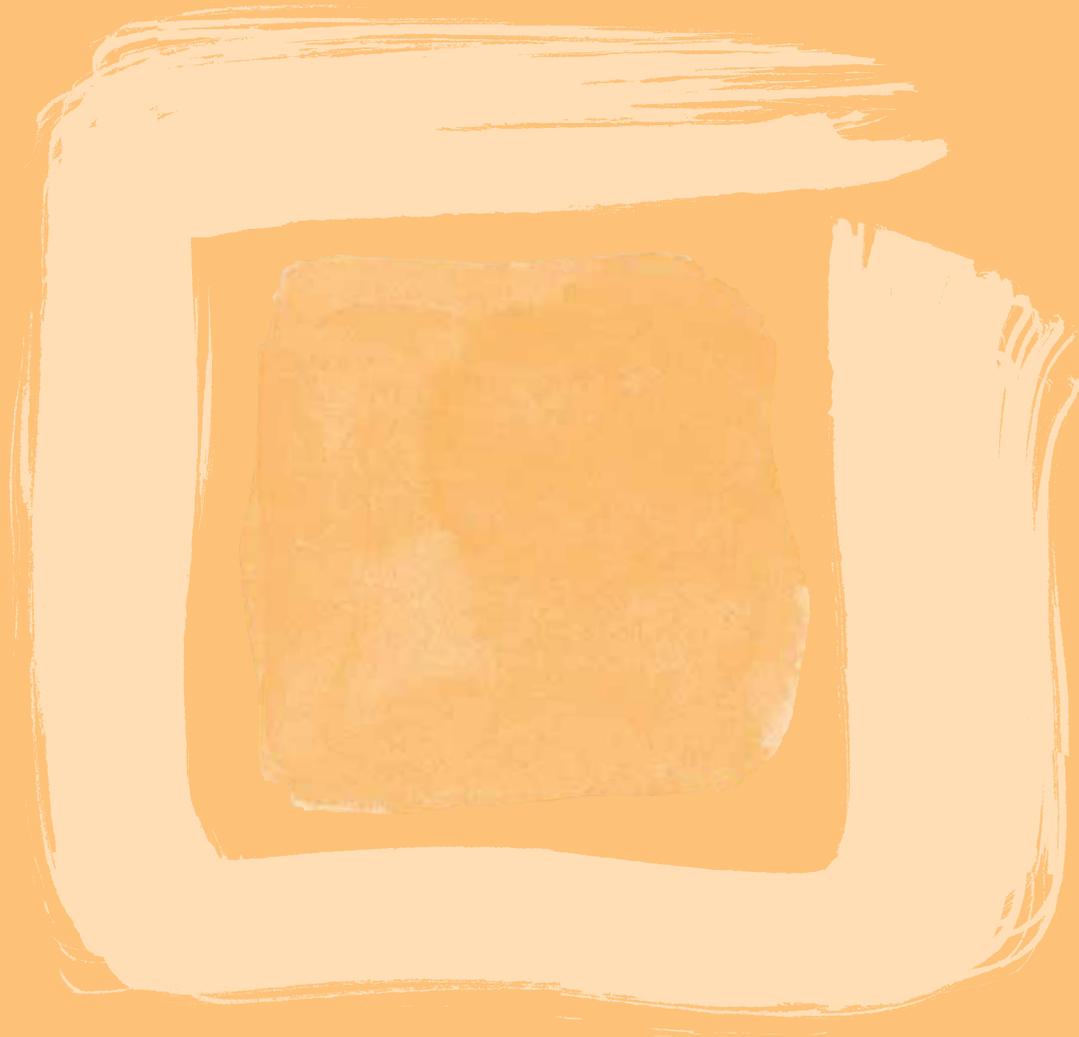
Nicht alle, die freiwillig und unentgeltlich in der stationären Altenpflege mithelfen wollen, sind auch dafür geeignet. Einrichtungen, die mit Ehrenamtlichen kooperieren, sollten für deren Auswahl und Begleitung ausdrücklich Zeitressourcen bestimmter Mitarbeiter und/oder der Leitung reservieren. Erfahrungsgemäß ist der Gewinn für die Versorgung der Bewohner und die Entlastung der Pflegekräfte deutlich höher, als der Aufwand für sorgfältige Begleitung.

Ehrenamtliche Mitarbeiter können auf unterschiedliche Weise gewonnen werden, etwa durch die Kooperation mit Angehörigen oder auch mit Kirchengemeinden im Umfeld. In einigen Kommunen gibt es auch spezielle Vermittlungsinstanzen („Aktiv-Börsen“). Die Motivation dieser Mitarbeiter sollte in regelmäßigen Abständen durch besondere Veranstaltungen, wie etwa gemeinsames Essen mit der Einrichtungsleitung und durch Übermittlung der Wertschätzung für die erbrachten Leistungen gestärkt werden.



# Kapitel 6

## Steuerungsaufgaben der Pflegeleistung und Mitarbeiterführung





## 6. Steuerungsaufgaben der Pflegeleistung und Mitarbeiterführung

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



Zu den größten Problemen bei der Umsetzung der Konzeptanforderungen kann gehören, dass wichtige Regelungen zwar vorhanden sind, aber nicht verbindlich eingehalten werden. Der Mangel an Verbindlichkeit betrifft sowohl die Mitarbeiter in den einzelnen Funktionsbereichen als auch die Führungskräfte auf den unterschiedlichen Ebenen.

Es gibt wohl keine Organisation, die von sich behaupten könnte, das vorhandene Regelwerk in seiner Gesamtheit jederzeit und von allen Beteiligten einzuhalten. Es gibt immer wieder mal Gründe für Abweichungen. Besondere Ereignisse der unterschiedlichsten Art können Prioritäten verschieben oder kurzzeitig Belastungen so anwachsen lassen, dass die eine oder andere Vorschrift unbeachtet bleibt. Es kann sogar sein, dass beim Aufbau eines QM-Systems eine zu große Zahl an Standards, Checklisten, Dokumentationsformularen u. ä. entwickelt wurde, so dass es schwer fällt, den Überblick zu behalten und berechtigterweise geprüft werden muss, ob tatsächlich alle Regelungen der Sicherung und Entwicklung der Leistungsqualität dienen.

Fatal wird es jedoch, wenn sich die Ausnahmesituationen häufen, wenn Abweichungen nicht nur geschehen, sondern auch nicht beachtet werden, und sich gewissermaßen eine allgemeine „Kultur mangelnder Verbindlichkeit“ einschleicht. Dies muss sich nicht unbedingt in deutlichen Pflegefehlern niederschlagen und nicht immer sind die externen Prüfinstanzen in der Lage, hier vorhandene Mängel zu erkennen.

Wenn Standards und Vorgaben der Sicherung und Weiterentwicklung der Leistungsqualität dienen sollen, ist eine verbindliche Steuerung unerlässlich. Dafür hat sich inzwischen der Begriff des Controllings eingebürgert. Controlling schließt zwar Schritte der Kontrolle mit ein, geht aber deutlich darüber hinaus. Der Begriff meint immer den gesamten Steuerungs-Regelkreis, weshalb die Begriffe Steuerung und Controlling synonym verwendet werden können. Dazu gehört

- die Festlegung der Sachverhalte und Schwerpunkte, auf die sich Controlling-Verfahren beziehen sollen,
- die Entwicklung von Verfahren der Informationsbeschaffung und Überprüfung,
- die Auswertung der so generierten Informationen und die Formulierung von Schlussfolgerungen,
- die Rückmeldung an das jeweils einbezogene Subsystem, ggf. auch die Umsetzung korrigierender Interventionen.

Bei einer Übernahme von Bausteinen des Referenzkonzeptes sollen die Qualitätsverbesserungen, die durch die Anforderungspapiere angestoßen werden, nachhaltige Veränderungen bewirken. Dazu ist es notwendig, dass sich das ganze System die Veränderungen zu Eigen macht und in das vorhandene Steuerungssystem integriert.



## 6.1 Voraussetzungen

Um Steuerungsaufgaben im Rahmen des Modellprojekts erfüllen zu können, müssen in den Einrichtungen bestimmte Rahmenbedingungen vorhanden sein. Dazu gehört, dass die Wohnbereichsleitung (WBL) über Weisungs- und Entscheidungsbefugnisse gegenüber den Mitarbeitern ihres Bereichs verfügt und die Grenzen dieser Befugnisse eindeutig geklärt sind.

In vielen Einrichtungen ist diese Voraussetzung durch eine Stellenbeschreibung für die WBL vorhanden. Entwicklungsbedarf besteht oft jedoch hinsichtlich der Frage, welcher Zeitanteil den WBL für Leitungstätigkeiten zur Verfügung steht. Viele WBL sind für die Leitungsfunktion nicht freigestellt, sondern selbst in der Pflege tätig. Ein festes Zeitkontingent für Leitungsaufgaben ist dann oft nicht definiert und wird von manchen Einrichtungen auch als nicht wünschenswert erachtet. Vielmehr erwartet man dort, dass sich die WBL durch ein gutes Selbst- und Zeitmanagement die Zeiten für Kontrollaufgaben und ggf. erforderliche Einzelgespräche zur Leistungssteuerung einplanen kann. Faktisch bedeutet dies jedoch oft eine Überforderung der betroffenen Leitungskräfte.

Die Doppelrolle als Fachkraft und Leitungskraft ist im Alltag nicht immer in Übereinstimmung zu bringen. Dabei ist es oft schwierig, die richtige Balance zwischen Distanz und Nähe zum Team zu finden. Dies gilt in besonderem Maße für Phasen der Organisations- und Qualitätsentwicklung, wenn über die Wohnbereichsleitung neue – und vielleicht von den Kollegen nicht immer begrüßte – Anforderungen durchgesetzt werden müssen. Da es aber für viele Einrichtungen in absehbarer Zeit nicht umsetzbar wäre, von der Pflege freigestellte Wohnbereichsleiter zu beschäftigen, kann es unterstützend sein, Zeitanteile für die Leitungsaufgaben zu definieren, die WBL von Wochenenddiensten zu entlasten und sie regelmäßig zu Tagdiensten einzuteilen. Dabei würde sie die Pflegekräfte sowohl im Früh- als auch im Spätdienst erleben können und ruhigere Phasen des Tages für Leitungsaufgaben nutzen.

Zu den Voraussetzungen gehört auch, dass die Stellenbeschreibung für die Bezugspflegefachkräfte im Sinne des Konzeptbausteins zur zuständigen Pflegefachkraft aktualisiert wird.

Pflegedienstleitung (PDL) und WBL müssen sich die veränderten Anforderungen, die sich aus der Umsetzung der Konzeptanforderungen und -ziele ergeben, intensiv aneignen. Für die Aneignung reicht einmaliges Lesen nicht aus, vielmehr wird es vor allem in der Anfangszeit notwendig sein, sich die Inhalte anlassbezogen immer wieder anzusehen und in Erinnerung zu rufen.

## 6.2 Verantwortung der Leitungskräfte

Organisationsentwicklungen, bei denen gewohnte Routinen verändert werden und neue einzuüben sind, brauchen in der Regel eine Zeit des Übergangs. Erfahrungsgemäß dauert es eine Weile, bis die Veränderungen wirklich von allen Mitarbeitern angenommen sind und umgesetzt werden. Damit dies geschieht, ist es notwendig, insbesondere die Phase der Einführung intensiv zu begleiten. Die damit zusammenhängenden Aufgaben der Steuerung können nicht allein von Stabsstellen, wie etwa Projektleitern oder Qualitätsbeauftragten übernommen werden. Sie sind vielmehr da anzusiedeln, wo sowieso die Controlling-Aufgaben zugeordnet sind – bei den für den Pflegebereich zuständigen Leitungsebenen der Pflegedienst- und Wohnbereichsleitung.

Ein Ziel der Steuerung durch die Leitungskräfte besteht darin, dass sich die Mitarbeiter verbindlich auf die Verbesserungen einlassen. Erreicht werden kann dies nur dann, wenn ihnen die Veränderungen plausibel erscheinen. Wichtig ist, dass die Vermittlung von Sinn und Bedeutung etwa der Leistungsbeschreibungen und der Rahmenkonzepte für zentrale Arbeitsfelder nicht einmalig über einen Vortrag erfolgt, sondern dass sie auch in den Alltag einfließt: als Antwort auf Fragen, als Begründung für Anforderungen und Anweisungen, bei Inkrafttreten neuer QMH-Kapitel und bei Schulungen.

Grundsätzlich gilt für alle Leitungsebenen, dass Leitungskräfte ein verbindliches Einhalten von neuen (oder auch alten) Regeln von den Mitarbeitern nur dann erwarten können, wenn sie dies selbst vorleben.

Die Umsetzung von Regelungen und Standards durch die Pflegekräfte muss von den Leitungskräften unmissverständlich eingefordert werden. Genutzt werden sollte dazu das Forum der Wohnbereichs-Besprechung, wobei es wichtig ist, dass die Forderung der WBL im Protokoll ausdrücklich erscheint. Günstig ist es, mit dem Wohnbereichsteam eine Zielvereinbarung zu treffen, die beinhaltet, was in Zukunft zu beachten und zu tun ist und zu welchem Zeitpunkt (etwa nach zwei bis drei Monaten) in der Teambesprechung gemeinsam diskutiert werden soll, wie gut es gelungen ist, sich an die Vorgaben zu halten.

Vor allem in der ersten Zeit muss den Pflegekräften ausdrücklich Gelegenheit gegeben werden, Fragen zu stellen und Unsicherheiten auszusprechen. Fehlerlosigkeit kann erst nach einer Phase der Einübung erwartet werden. Für die Leitungskräfte ist es wichtig zu erfahren, worauf genau sich Fragen und Unsicherheiten beziehen. In dieser Zeit sollte sich die WBL möglichst als erste Anlaufstelle für solche Fragen anbieten.

Aufgabe der PDL ist es, die WBL in ihrer Steuerungsfunktion gegenüber den Teams anzuleiten, zu unterstützen und zu überprüfen. Hier sollte das Forum der Leitungsbesprechung (PDL und alle WBL) ebenfalls für eine Zielvereinbarung genutzt werden, die beinhaltet

- wie die Steuerung durch die WBL genau aussehen soll,
- welche Unterstützung und Anleitung sie von wem erhalten werden,
- wie viel an Zeitkontingent sie für ihre Steuerungsaufgaben veranschlagen können.



## 6.3 Regelmäßige und geregelte Überprüfung

Es gibt in den Einrichtungen unterschiedliche interne Prüfziele und Anlässe. Bezogen auf die Pflegeleistung kann sich der Fokus richten auf

- die Vollständigkeit der Pflegedokumentation;
- die Plausibilität, Qualität und Bedarfsangemessenheit von Assessment und Pflegeplanung kurze Zeit nach Einzug eines Bewohners sowie die Frage nach dem Verhältnis von Pflegeaufwand und Pflegestufe; später kommt die Evaluation der Pflegeplanung, d. h. die Überprüfung der Umsetzung formulierter Ziele, hinzu;
- den Gesundheitszustand des Bewohners, die Bedarfsangemessenheit der Pflegeplanung und -durchführung, die bewohnerbezogene Kooperation mit internen und externen Schnittstellen sowie die Zufriedenheit des Bewohners und der Angehörigen (entspricht der umfassenden Pflegevisite);
- die Bearbeitung von individuellen Pflegeproblemen und -fragen (z. B. durch Fallbesprechungen);
- die Kooperation unterschiedlicher Bereiche in der Einrichtung (z. B. in Bereichsleitungsbesprechungen oder Qualitätszirkeln).

Für all diese Überprüfungsschritte sollte es in den Einrichtungen verbindliche Festlegungen geben, die regeln, wie oft und in welchen zeitlichen Abständen der jeweilige Schritt erfolgt und wer dafür zuständig ist. Ratsam ist auch, Dokumentationslisten zu führen, in denen vermerkt wird, ob, wann, von wem und mit welchem Ergebnis die Überprüfung vorgenommen wurde.

Die folgende Tabelle (Seite 6–7) gibt eine Übersicht darüber, welche Festlegungen sinnvoll erscheinen und durch welche Leitfragen die jeweiligen Verfahrensweisen für die Überprüfung von Zielen des Referenzkonzeptes genutzt werden können.

## 6.4 Überprüfung der Steuerungsleistung der WBL

Die Steuerungsfunktion der PDL gegenüber den WBL kann auf unterschiedliche Weise wahrgenommen werden:

Dort, wo die PDL allein zuständig für die Pflegevisite ist oder diese stichprobenartig durchführt, müssen die Ergebnisse selbstverständlich nicht nur mit der zuständigen Pflegefachkraft, sondern auch mit der für diese ZPFK zuständigen Wohnbereichsleitung rückgekoppelt werden. Zu thematisieren sind dabei nicht nur die Ergebnisse hinsichtlich der Planungs- und Pflegequalität, sondern auch die Hinweise auf die Führungsqualitäten der WBL, die sich aus solchen Ergebnissen ableiten lassen. Je nach Art solcher Hinweise sollte Positives ausdrückliche Wertschätzung erfahren, während bei entdeckten Mängeln zu überlegen ist, welche Konsequenzen sich daraus für das Leitungshandeln der WBL ergeben. Diese sollten ggf. zu einer entsprechenden Zielvereinbarung zwischen PDL und einzelner WBL führen mit entsprechendem schriftlichen Vermerk und festgehaltenem Überprüfungstermin.

Zum anderen sollten die Steuerungserfahrungen bei der Umsetzung neuer Anforderungen in gemeinsamen Auswertungsgesprächen thematisiert werden, bei denen neben PDL und allen WBL auch die Projektleitung sowie die Einrichtungsleitung teilnehmen.

Wünschenswert ist auch ein eigenes Forum des Austausches für die WBL, wo sie sich auf gleicher Hierarchieebene und, ohne sich durch einen Vorgesetzten gewissermaßen kontrolliert zu fühlen, austauschen und für den Umgang mit Schwierigkeiten voneinander lernen können. Ein solches Forum bietet auch die Möglichkeit, dass sich die WBL über Anforderungen an die übergeordneten Leitungsebenen miteinander verständigen könnten, die „von unten nach oben“ immer schwieriger vorzubringen sind als in umgekehrter Richtung. Ein positiver Nebeneffekt kann dabei sein, dass die Identifikation mit der Arbeit gestärkt wird und sich die WBL im Alltag bei Personal- und Pflegeengpässen in den Wohnbereichen besser gegenseitig unterstützen.

Bei effizienter Gesprächsführung ist ein solches Forum zeitlich umzusetzen, wenn die in vielen Einrichtungen übliche gemeinsame Runde der WBL mit der PDL aufgeteilt wird, so dass den WBL ein Teil dieser sowieso für Besprechungen vorgesehene Zeit für den eigenen Austausch zur Verfügung steht.



<b>Vorgehensweise</b>	<b>Zuständigkeit</b>	<b>Zeitliche Festlegung</b>	<b>Fragestellungen im Zusammenhang mit Anforderungen und Empfehlungen des Modellprojekts</b>	<b>Besonderheiten</b>
Erste Überprüfung der Pflegeplanung und -dokumentation kurz nach Einzug eines Bewohners (BW)	ZPFK Kontrolle, ob dies geschieht, durch WBL mit Rückmeldung an PDL	Spätestens sechs Wochen nach Einzug eines BW	Entspricht das Assessment den Anforderungen des Referenzkonzeptes? Sind die biografischen Informationen und deren Bedeutung für den BW sorgfältig und so vollständig wie möglich erhoben? Sind Pflegeziele und Maßnahmen/Tagesstruktur bedarfsangemessen und plausibel? Orientiert sich die Maßnahmenplanung am Leistungskatalog der Leistungsbeschreibungen? Wird bei Pflegezielen und Maßnahmenplanung die Berücksichtigung biografischer Informationen deutlich? Ist ein etwaiger Bedarf an psychosozialer Betreuung in der Maßnahmenplanung berücksichtigt? Werden die Tagesberichte aussagefähig geführt und ggf. korrekt mit den Kürzeln der Leistungsbeschreibungen verbunden? Werden Grund- und Behandlungspläne sowie psychosoziale Betreuungsmaßnahmen ordnungsgemäß durchgeführt? Ist eine Veränderung/Konkretisierung von Zielen und Maßnahmen notwendig?	Auch bei sorgfältiger Dokumentation von wichtigen Informationen ist davon auszugehen, dass die schriftliche Fassung immer eine Verkürzung darstellt und dass manche Alltagsäußerungen für zu unwesentlich gehalten und nicht schriftlich erfasst werden. Deshalb wird eine mündliche Ergänzung des Dokumentationsmaterials empfohlen. Auch scheint es notwendig, dass die ZPFK in Übergaben ausdrücklich nach den Erfahrungen anderer Pflegekräfte mit ihrem neuen BW fragt und Rücksprache hält mit weiteren Fachkräften (z. B. des Sozialen Dienstes) oder auch Ehrenamtlichen, die mit der Betreuung des neuen BW zu tun hatten.
Regelmäßige Überprüfung der Pflege-dokumentationen auf Vollständigkeit und Einhaltung von Standards	ZPFK	2 x pro Monat und BW	Sind alle erbrachten Leistungen vollständig dokumentiert und regelgerecht abgezeichnet? Sind Abweichungen und Besonderheiten in den Tagesberichten erfasst?	Evaluation der Pflegeplanung
Pflegevisite	PDL, WBL oder ZPFK. Rückmeldung und Qualitätskontrolle (ggf. über WBL) durch PDL	Mindestens 2 x im Jahr pro BW	Fragestellungen wie bei erster Überprüfung. Die ZPFK, Sozialer Dienst, Angehörige des BW und ggf. weitere Kooperationspartner sind einzubeziehen.	Bei neu umgesetztem ZPFK-Konzept kann es günstig sein, die Pflegevisite als Selbstkontrolle durch die ZPFK durchführen zu lassen. Damit kann ein Hineinwachsen in die erweiterte Verantwortung gefördert werden. Voraussetzung dafür ist allerdings eine gute Begleitung/Anleitung durch WBL und eine Kontrolle mit Rückmeldung durch die PDL. Dass die WBL in vielen Häusern nur über eine Teilfreistellung für Leitungsaufgaben verfügen und selbst ebenfalls als ZPFK tätig sind, schließt deren Zuständigkeit für die umfassende Pflegevisite nicht aus. Hier kann es von Vorteil sein, wenn die WBL bei entsprechender Zuständigkeit die Pflegevisite jeweils für BW eines anderen Wohnbereichs durchführen. Gefördert werden kann dadurch die gegenseitige Unterstützung der Wohnbereiche in Notsituationen.

Vorgehensweise	Zuständigkeit	Zeitliche Festlegung	Fragestellungen im Zusammenhang mit Anforderungen und Empfehlungen des Modellprojekts	Besonderheiten
Fallbesprechungen	<p>WBL für die Sicherung der Durchführung, Welche BW jeweils besprochen werden, kann bei Übergaben gemeinsam festgelegt werden. Jede Fachkraft sollte darüber hinaus aber die Möglichkeit haben, BW für Fallbesprechungen vorzuschlagen. Zu sichern ist hier aber, dass nicht nur „Problemfälle“ besprochen werden und andere scheinbar unauffällige Bewohner fehlen. Eine günstige Lösung scheint hier eine gemischte, abwechselnde Auswahl zu sein: einmal alphabetisch, einmal vom Bereich vorgeschlagen.</p>	<p>1 x pro Monat im Rahmen der Teamgespräche in den WB; 1 x pro Monat durch etwas verlängerte Übergabe</p>	<p>Mit Schwerpunkt „Biografieorientierung“: Zusammenfragen des vorhandenen Wissens über einen BW und seine Biografie bzw. sein gegenwärtiges Erleben. Hier geht es insbesondere auch um die mündliche Ergänzung und Erläuterung der notwendigerweise immer verkürzten Darstellung im Biografiebogen. Nach einem solchen Austausch ist zu fragen, welche Bedeutung die vorhandenen Informationen für die Pflege und psychosoziale Begleitung des BW haben können. Mit Schwerpunkt „Rahmenkonzepte für zentrale Arbeitsfelder“: Vorgeschlagen wird, dass die internen Qualitätsbeauftragten (QB) in Absprache mit der zuständigen WBL Fallbesprechungen durchführen, die sich auf die zentralen Arbeitsfelder und die hausinternen gültigen Konzepte beziehen. Vorbereitend sind ggf. vorhandene Checklisten prüfen. Der Schwerpunkt der Fallbesprechung sollte darauf liegen, den faktischen Ablauf zu schildern und Abweichungen festzustellen und Gründe dafür herauszuarbeiten. Falls es solche Abweichungen gegeben hat ist – je nach Art der Gründe – mit den Fachkräften, der WBL, der PDL oder der hausinternen Steuerungsgruppe zu überlegen, wie sie in Zukunft vermieden werden können.</p>	<p>Fallbesprechungen können unterschiedliche Ziele und Schwerpunktsetzungen haben, die wiederum durch unterschiedliche Fragestellungen strukturiert werden. Gemeinsam ist allen Fallbesprechungen, dass es immer auch darum geht, individuell vorhandenes Wissen für alle Beteiligten nutzbar zu machen und so die Kompetenz der jeweils Beteiligten insgesamt zu erhöhen.</p>
Qualitätszirkel (QZ)	<p>Einrichtungsleitung und/oder PDL für die Sicherung der Durchführung. Die personelle Zusammensetzung der QZ richtet sich nach dem jeweiligen Anlass. Moderation durch internen QB</p>	Anlassbezogen.	<p>Fragestellungen für QZ im Rahmen der Umsetzung des Referenzkonzeptes könnten sein: Entwicklung von Checklisten (als mit geltende Dokumente) für die Konzepte in zentralen Arbeitsfeldern. Zusammenarbeit zwischen Tagdiensten und Nachtdienst in der Pflege Gestaltung des Angebotspektrums für die bedarfsgerechte psychosoziale Begleitung von BW, Bearbeitung von Beschwerden Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen für die interne (z. B. Pflege-Hauswirtschaft) und externe (z. B. Ärzte, Krankenhäuser, Ehrenamtliche) Schnittstellenkooperation.</p>	<p>QZ sind in besonderer Weise geeignet, unter Beteiligung von Mitarbeitern vorhandene sach- und ablaufbezogene Reibungsverluste (z. B. in der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit) zu bearbeiten. QZ prüfen die Gründe für solche Probleme und Reibungsverluste und erarbeiten Verbesserungsvorschläge. Anlässe können Beschwerden von BW, Angehörigen oder Mitarbeiter sein. QZ können auch dazu dienen, Detailfragen im Zusammenhang mit der Umsetzung der Rahmenkonzepte für zentrale Arbeitsfelder zu beantworten. Von Nutzen sind QZ nicht nur wegen ihrer Arbeitsergebnisse sondern auch wegen ihrer positiven Wirkung auf die Organisationskultur. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass QZ-Vorschläge immer gewürdigt und ernst genommen werden.</p>



## 6.5 Wohnbereichsbezogene Audits und Hospitationen

Eine Einrichtung, die viele oder alle Bausteine des Referenzkonzeptes umsetzen will, sollte über die Funktion eines internen Qualitätsbeauftragten verfügen. Im Unterschied zur Funktion der Projektleitung ist diese Aufgabe nicht zeitlich befristet und auf die Entwicklung von hausspezifischen Konzepten, Verfahrensregelungen sowie die Durchführung von Schulungen zum Referenzkonzept beschränkt. Die Verfahrensweisen zur Umsetzungsüberprüfung würden die Leitungskräfte zeitlich zu sehr in Anspruch nehmen. Es wird deshalb empfohlen, eine solche Stabsstelle damit zu beauftragen. Dies könnte zumindest in der Anfangszeit auch der Projektleiter sein, da jedoch Nachhaltigkeit anzustreben ist, entfallen diese Überprüfungsschritte nicht mit der Projektbeendigung. Lösungen können darin bestehen, dass die Projektleitung von einem bereits vorhandenen Qualitätsbeauftragten übernommen wird, oder dass der Projektleiter am Ende der Projektphase eine solche Funktion dauerhaft übernimmt.

**Hinweis:** Frühestens einen Monat nach Einführung neuer Standards sollte durch den Projektleiter oder hausinternen Qualitätsbeauftragten damit begonnen werden, in jedem Wohnbereich in regelmäßigen Abständen kleine interne Audits durchzuführen. Diese Audits sollten nicht länger als eine halbe Stunde dauern und ggf. im Rahmen einer zeitlich erweiterten Übergabe stattfinden können.

Für jedes Audit entwickelt der Projektleiter bzw. Qualitätsbeauftragte einen Fragekatalog, der sich auf wichtige Bestandteile der zu überprüfenden Regelung bezieht (z. B. „Was tun Sie, wenn ...?“). Die Mitarbeiter zeigen durch ihre Antworten ob ihnen der jeweilige Ablaufstandard geläufig ist. Die Audits haben sowohl prüfenden wie schulenden/informierenden Charakter. Mit den WBL ist anschließend zu besprechen, wie im Alltag auf die Bearbeitung noch vorhandener Wissens- und Praxislücken geachtet werden kann.

## 6.6 Hospitation in den Wohnbereichen

Projektleiter bzw. Qualitätsbeauftragte sollten bei Einführung neuer Standards in jedem Wohnbereich ihrer Einrichtung regelmäßig hospitieren und dabei wesentliche Zeiträume der unterschiedlichen Dienstzeiten – insbesondere auch den Nachtdienst – abdecken.

**Hinweis:** Bei Umsetzung der Rahmenkonzepte zum Heimeinzug, zur Überleitung ins Krankenhaus oder zur Sterbebegleitung lässt sich die Hospitation möglicherweise so durchführen, dass sie mit persönlichen Eindrücken zur Umsetzung der vereinbarten Standards verbunden werden kann. Die persönliche Anwesenheit des Projektleiters oder Qualitätsbeauftragten ist insbesondere bezogen auf solche Abläufe/Standardisierungen sinnvoll, die deutlich von der vor dem Projekt gewohnten Praxis abweichen. Sinn der Hospitation ist weniger die Kontrolle der Mitarbeiter, sondern die Sammlung von Erfahrungen über die konkreten Schwierigkeiten und Nöte bei der Umsetzung von Bausteinen des Referenzmodells.

Hindernisse, die zu Abweichungen von den Standards führen und nicht unmittelbar abgebaut werden können, sollten vom Projektleiter oder Qualitätsbeauftragten in die hausinterne Projektsteuerungsrunde eingebracht werden, damit dort Lösungen überlegt bzw. geeignete Strategien für die Bearbeitung des Problems entwickelt werden können.

## 6.7 Steuerungsmaßnahmen auf der Basis der Prüfergebnisse

Es ist zu erwarten, dass bei der Umsetzung des Referenzkonzeptes Hindernisse unterschiedlicher Art auftreten können. Bezogen auf die Mitarbeiter in der Pflege kann es beispielsweise sein, dass sie die neuen Anforderungen noch nicht ausreichend verinnerlicht haben, sie vielleicht auch nicht vollständig verstanden haben oder sie sogar ablehnen. Letzteres kann wiederum darin begründet sein, dass ihnen der Sinn der Veränderungen noch nicht ausreichend verdeutlicht wurde. Es kann aber auch sein, dass strukturelle Faktoren – wie etwa eine ungünstige Dienstplangestaltung – oder auch kulturelle Merkmale (z. B. schon vorher bestehende Mängel bei der verbindlichen Einhaltung von Regeln) Hindernisse darstellen. Es gehört zu den Aufgaben der Leitungskräfte auf den unterschiedlichen Ebenen, die Gründe für Abweichungen einzuschätzen und angemessen darauf zu reagieren.



## 6.8 Mitarbeiterführung

Mitarbeiterführung heißt insbesondere, „Rahmenbedingungen zu schaffen, die es ... Mitarbeitern ermöglichen, ihre Aufgaben selbständig und effizient zu erfüllen.“<sup>23</sup> Zu diesen Rahmenbedingungen gehören:

- die Gestaltung einer angemessenen Aufbau- und Ablauforganisation und
- die bewusste Gestaltung der Kultur einer Einrichtung.

Erfahrungen von Organisationsberatern bestätigen, dass kulturelle Faktoren in einer Einrichtung für den Erfolg von Entwicklungsprozessen von mindestens ebenso entscheidender Bedeutung sind, wie strukturelle Aspekte und Interventionen.<sup>24</sup> Bei der Umsetzung der Konzeptbausteine sollte für die kulturprägende Haltung der Führungskräfte kennzeichnend sein, dass

- die Einführung der Konzepte nicht allein als Sache der Projektleitung gesehen wird, sondern dass die Zielsetzungen unmissverständlich auch von Einrichtungsleitung und Pflegedienstleitung getragen werden und diese sich aktiv um ein ebensolches Zieleinverständnis der unterschiedlichen Bereichsleitungen kümmern;
- den Mitarbeitern eher mit Zutrauen in ihre Fähigkeiten als misstrauisch begegnet wird, was sich auch in der beteiligungsorientierten Organisation der Analyse- und Umsetzungsprozesse und der ernsthaften Auseinandersetzung mit Mitarbeitermeinungen und -vorschlägen ausdrücken sollte;
- den Mitarbeitern mit Wertschätzung und positiven Rückmeldungen begegnet wird, aber auch mit deutlichen Reaktionen bei Leistungsmängeln;
- die Führungskräfte bei der Einhaltung von Regeln und Standards, die ihre Steuerung betreffen, ein hohes Maß an Verlässlichkeit und Verbindlichkeit einfordern und „vorleben“.

### 6.8.1 Mitarbeitergespräche

Institutionalisierte Mitarbeitergespräche sind ein wichtiger Baustein der Mitarbeiterführung und der Kulturgestaltung durch Führungskräfte. Sie dienen u. a. dazu, den Kontakt zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern zu verbessern. Durch die Rückmeldung und das gemeinsame Gespräch wird Distanz verringert, was den offeneren Umgang miteinander im Alltag begünstigen kann.

Ein Mitarbeitergespräch ist immer ein bewertendes Gespräch zwischen einem Mitarbeiter und einem Vorgesetzten, das nicht anlassbezogen, sondern in festgelegten größeren Abständen – i. d. R. einmal jährlich – die geleistete Arbeit und die Erfahrungen in der Einrichtung über ein Jahr betrachtet. Wichtig ist, dass es auf der Grundlage bekannter und transparenter Bewertungskriterien geführt wird.

Das Mitarbeitergespräch ist kein Disziplinierungsinstrument, sondern es soll vor allem vorhandene Motivation stützen und helfen, Selbstvertrauen und Selbstverantwortung zu stärken. Primäres Ziel der Bewertung ist es deshalb auch, die Stärken des Mitarbeiters herauszuarbeiten und den Beschäftigten die Sicherheit zu geben, dass sie von ihren vorgesetzten Ebenen wertschätzend wahrgenommen werden.

<sup>23</sup> Dopler/Lauterburg: Change Management, 1996

<sup>24</sup> Vgl. auch Kapitel 2.3 dieses Praxisleitfadens.

Als Instrument der Personalentwicklung bietet das Mitarbeitergespräch den Rahmen, bei Qualifizierungserfordernissen oder Entwicklungswünschen von Fachkräften (z. B. in Bezug auf individuelle Weiterentwicklung und Erweiterung von Fach- oder Entscheidungskompetenzen) zu gemeinsamen Zielvereinbarungen zu kommen. Ziel sind Vereinbarungen, in denen festgelegt wird, was genau bis wann erreicht werden soll und wer dafür welche Schritte zu tun hat. Dabei muss auch die Unterstützung berücksichtigt werden, die ggf. von der Leitung zu erbringen ist.

Mitarbeitergespräche sollten grundsätzlich zwischen dem Beschäftigten und seinem unmittelbaren Vorgesetzten geführt werden. Wenn dennoch Gespräche z. B. mit den Pflegefachkräften von der Pflegedienstleitung geführt werden, sollte die Wohnbereichsleitung einbezogen sein.

Ein Mitarbeitergespräch muss immer vorbereitet werden. Die jeweiligen Beschäftigten sind rechtzeitig über den Gesprächszeitpunkt zu informieren. Mit dieser Einladung werden ihnen zur eigenen Vorbereitung Informationen zum geplanten Gesprächsablauf zur Verfügung gestellt.

Werden die Ergebnisse von Mitarbeitergesprächen mit Zielvereinbarungen zu den Personalakten genommen, sind sie seitens der Personalvertretung zustimmungspflichtig. Widerstände, die sich hier zeigen, können ein Hinweis auf eine vorhandene meist wechselseitig stabilisierte „Misstrauenskultur“ sein. Gleichzeitig sind aber Mitarbeitergespräche ein gutes Mittel, eben solche Kulturmängel auf beiden Seiten überwinden zu helfen.

Erfahrungen verdeutlichen, dass Widerstände gegen das Mitarbeitergespräch auch daraus resultieren können, dass sich diese Mitarbeiter selbst kritischer einschätzen als es die Vorgesetzten tun. Sie wissen um ihre Schwächen und Fehler und befürchten, dass ihnen genau diese in dem Gespräch „vorgehalten“ werden. Diese Befürchtungen bestätigten sich meist nicht, wenn eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, gegenseitiger Respekt und vereinbarte Bewertungskriterien zu nachvollziehbaren Bewertungen des Mitarbeiters durch den Vorgesetzten führen. Wichtig hierfür ist ein guter Einstieg in die Nutzung des Instruments Mitarbeitergespräche, denn natürlich kommunizieren die Beschäftigten ihre Erfahrungen. Da es sicher in jeder Einrichtung Mitarbeiter gibt, bei denen es den Führungskräften schwerer als bei anderen fällt, ein ressourcenorientiertes Gespräch zu führen, sollte man solche Gespräche erst führen, wenn man Übung gewonnen hat.

### 6.8.2 Zielvereinbarungsgespräche

Zielvereinbarungen sind kein geeignetes Instrument, um den Praxisalltag zu steuern und zu (ver-)regeln. Sie dienen immer dazu, Energie und Arbeitskraft auf besondere Vorhaben zu konzentrieren. Sie beinhalten immer eine Delegation von Verantwortung und die Eröffnung von Freiräumen für die praktische Umsetzung von Zielen. Es ist gerade nicht Sinn solcher Vereinbarungen, konkrete Schritte der Zielumsetzung in allen Details festzulegen, sondern sie beschränken sich auf das abgestimmte Ziel, legen Zuständigkeiten, Zeit und Form der Rückmeldung fest.

Zielvereinbarungen gehören zum Projektmanagement, weil sie es einerseits erleichtern, den Fortgang der Arbeit und ggf. auftretende Hindernisse wahrzunehmen und den Erfolg zu messen, andererseits für Projektleitung und -gruppen Gestaltungsspielräume belassen. Der Transfer von Konzepten über Zielvereinbarungen und die Steuerung der Umsetzung kann durch die Anwendung der Instrumente des Projektmanagements erleichtert werden.



Zielvereinbarungen sind immer zu protokollieren. Protokolle sollten folgende Struktur berücksichtigen:

- Angabe von Datum und Beteiligten,
- was bis wann erreicht werden soll,
- wer dafür Verantwortung trägt,
- wann die Überprüfung der Zielumsetzung erfolgen soll,
- wann sie tatsächlich erfolgt ist und
- ob das Ziel erreicht worden ist.

### 6.8.3 Teamentwicklung

Wenn über eine Gruppe von Menschen gesprochen wird, die einem Bereich einer Organisation zugeordnet sind, ist es üblich, diese als Teams zu bezeichnen. Die Pflegekräfte in einem Wohnbereich sind ein Wohnbereichsteam, die der Hauswirtschaft das Hauswirtschaftsteam. Assoziiert wird damit ein persönlicher und fachlicher Zusammenhalt, den es in der Realität so oft nicht gibt.

Aufgabe der Führungskräfte ist es, die Entwicklung von Rahmenbedingungen so zu unterstützen, dass Teams ohne große Reibungen miteinander kommunizieren, mit wechselseitiger Unterstützung zusammenarbeiten und gute Leistungen erbringen.

Es gibt kein Patentrezept, mit dem sich die Mitarbeiter eines Bereiches zu einem solchen Team entwickeln. Gruppendynamische Prozesse und deren systematische Beobachtung bestätigen, dass die Entwicklung von Gruppen, die über einen längeren Zeitraum miteinander arbeiten, bestimmte Stadien durchlaufen. In den Pflegeteams der Wohnbereiche bilden sich oft Untergruppen, die sich zur selben Zeit in verschiedenen Stadien befinden können. Gruppenentwicklungen verlaufen nicht immer kontinuierlich. Vielmehr kann es sein, dass sich durch innere Veränderungen (z. B. Personalfuktuation) oder äußere Einflüsse (z. B. veränderte Anforderungen an eine Gruppe) Entwicklungsverzögerungen oder Rückschritte eintreten. Vier Stadien der Entwicklung werden unterschieden:

- **„Forming“**: Orientierungsphase, in der man sich eher vorsichtig einander annähert, behutsam miteinander umgeht; in dieser Phase sind die Rollen und Arbeitsteilung noch nicht klar festgelegt. Anforderung an die Leitung ist hier, durch klar formulierte Anforderungen und Erwartungen Orientierung zu geben.
- **„Storming“**: Kampfphase, in der mehr oder weniger offen um Profilierung, Macht und Einfluss konkurriert wird; Sympathien und Antipathien treten deutlicher zu Tage, möglich sind Cliquesbildungen. Hier ist die Leitung gefordert, Erwartungen an zu erledigende Aufgaben und deren Methodik weiter zu konkretisieren, Zuständigkeiten zu verdeutlichen und abzugrenzen, Widerstände gegen Aufgaben und Methoden aufzugreifen und abzubauen.
- **„Norming“**: Organisationsphase, in der die Gruppe zu einer akzeptierten Ordnung in Bezug auf Arbeitsteilung, Aufgabenverständnis und Umgangsregeln findet. Leitungsaufgabe ist hier, diesen Prozess eher moderierend und durch eigene Impulse zu begleiten.
- **„Performing“**: Integrationsphase, in der die Gruppe zunehmend selbst organisiert funktioniert, jeder in seinem individuellen Tun das Ganze im Blick behält und Verantwortung für die Leistung des Teams trägt. Aufgabe von Leitung ist jetzt, diese Selbstverantwortung abzusichern und dafür zu sorgen, dass ein Team an seinen Aufgaben wachsen kann und sich neuen Herausforderungen stellt.“

Deutlich wird aus dieser Aufzählung, dass es nicht verwunderlich ist, wenn Arbeitsgruppen auf neue Anforderungen unterschiedlich reagieren. Eine Gruppe, die noch damit beschäftigt ist, sich zu orientieren und zu organisieren, wird sich automatisch schwerer mit der Aneignung veränderter Verfahrensweisen tun. Im ersten Entwicklungsstadium kann starke Verunsicherung und Demotivation durch Überforderung erwartet werden, im zweiten Stadium ist damit zu rechnen, dass die Neuerungen der Gruppe als zusätzlicher Konfliktstoff dienen und vorhandene Konkurrenz ankurbeln. Dann besteht die Gefahr, dass sich die Kampfphase verlängert und im Ergebnis für die Entwicklung eher blockierend ist.

**Beispiel:** Einige der Referenzeinrichtungen haben Veränderungen, wie z. B. eine neue und optimierte Form der Pflegeplanung und -dokumentation, nicht gleichzeitig in allen Wohnbereichen, sondern nach und nach eingeführt. Dies ist ein durchaus empfehlenswertes Verfahren, bei dem sich die Reihenfolge des Vorgehens die Entwicklungsstadien von Teams zu nutzen machen kann.

Eine Arbeitsgruppe kann durchaus die ersten drei Stadien durchlaufen und dann stecken bleiben, ohne je ein gutes Team zu werden. Man versteht sich, man weiß, wie man miteinander umgehen muss, um Probleme zu vermeiden, man hat formelle und informelle Regeln entwickelt – nur muss all dies nicht zwangsläufig im Dienste der Leistungsqualität stehen. Gruppen können sich durchaus auf einem Qualitätsniveau gerade noch erträglicher Mittelmäßigkeit einrichten und der informelle Verhaltenskodex darauf ausgerichtet sein, sich gegenseitig zu decken. Oft eint solche Gruppen ein gemeinsamer „Feind“, etwa ein Gruppenmitglied mit Sündenbockfunktion oder auch eine unbeliebte und abgelehnte Leitungskraft.

Auch wenn es kein garantiert wirksames Rezept gibt, solche Entwicklungen zu verhindern, so sind Leitungskräfte an solchen Entwicklungen doch immer beteiligt. Die Kultur eines Systems entsteht aus dem Zusammenwirken aller Mitglieder und ist nicht allein auf das Handeln Einzelner allein zurückzuführen. Niemand ist „allein schuldig“, alle sind beteiligt und können deshalb auch Einfluss nehmen. Dazu müssen sie ihr eigenes Handeln reflektieren. Am besten gelingt dies durch Coaching und/oder Supervision.

Wichtig für Wohnbereichsleiter ist zum einen, dass sie die Bedeutung ihrer Rolle in der Phase der Orientierung erkennen – und diese Orientierung ist bei veränderten, neuen Anforderungen auch wieder neu einzunehmen. Für ihren Beitrag zu einer günstigen Teamentwicklung ist es unerlässlich, dass sie klar und deutlich sagen, welche Leistungen und welche Verbindlichkeit sie überhaupt bzw. im Rahmen von Veränderungen erwarten und mit welchen Kriterien sie gute Leistung messen.

Zum anderen können sie und auch übergeordnete Leitungskräfte wichtige Anstöße dazu geben, dass ein Team sich gemeinsam für die Qualität der erbrachten Leistungen verantwortlich fühlt. Die Entwicklung eines Teams wird besonders gefördert durch gemeinsame Aufgabenstellungen, die gemeinsam erbracht werden müssen. Deshalb ist es wichtig, die regelmäßigen Zusammenkünfte der Gruppe in Besprechungen inhaltlich durch Fragestellungen und Aufträge zu erweitern, mit denen sich alle oder zumindest viele zielorientiert auseinandersetzen müssen. Im Alltag kann dies z. B. durch die Fallbesprechungen geschehen, die anregen, nicht nur allein sondern gemeinsam darüber nachzudenken, ob die Pflege bestimmter Bewohner bedarfsgerecht ist, wie vorhandene Probleme gelöst werden können und ob Verbesserungen möglich sind. In Prozessen der Organisationsentwicklung, wie sie durch das Modellprojekt in den Referenzeinrichtungen initiiert wurden, können solche Aufgabenstellungen auch aus den umzusetzenden Veränderungszielen und abgeleitet und durch entsprechende Projektaufträge in den Teams bearbeitet werden (vgl. auch Teil B, Kapitel 5).



#### 6.8.4 Umgang mit Leistungsmängeln und Wahrnehmung guter Leistung

Altenpflegeeinrichtungen sind für die Senioren da, die einen berechtigten Anspruch darauf haben, angemessen unterstützt zu werden. Dieses Ziel darf nie aus den Augen verloren werden, weder von Führungskräften, noch von den Mitarbeitern, die auf der Basis dieses Ziels einen verbindlichen Kontrakt eingegangen sind.

Kultur prägend für eine Einrichtung ist nicht zuletzt die Frage, wie seitens der Führungskräfte mit Fehlern und Abweichungen vom erwarteten Leistungsniveau umgegangen wird. Nicht nur in der stationären Altenpflege, sondern in fast allen sozialen Arbeitsfeldern war lange Zeit zu beobachten, dass die Leitungsebenen die ihnen zugeordnete Führungsverantwortung und die an die Leitungsfunktion gebundene Sanktionsmacht nur schwer angenommen haben.

Zu berücksichtigen ist immer, welche Wirkung das Leitungshandeln auf das Gesamtsystem hat. Die Schonung von Mitarbeitern, die nicht die kontraktierte Leistung erfüllen, mag von den Betroffenen als positiv empfunden werden. Für das System liegt darin die Botschaft, dass es gleichgültig ist, ob man gut oder schlecht arbeitet, was fatale Auswirkungen auf Engagement und Motivation haben kann. Ähnliches geschieht, wenn die Leitungsebenen gute Leistungen nicht explizit anerkennen oder sich mit von Mitarbeitern entwickelten Verbesserungsvorschlägen gar nicht erst auseinandersetzen.

Es sind die folgenden Elemente, die einen angemessenen Umgang mit Fehlern und Kritik kennzeichnen:

- **Aufmerksamkeit für die Leistungsqualität:** Führungskräfte sollten den Praxisalltag wertend und positiv konnotierend begleiten. Damit ist nicht gemeint, dass jede selbstverständliche Haltung gelobt werden muss. Es geht vielmehr darum, gerade die immer wieder, aber nicht täglich vorkommenden kleineren Qualitätssteigerungen und Besonderheiten wahrzunehmen: besonders schwierige Situationen mit Bewohnern oder Angehörigen, die bewältigt wurden; gegenseitiges Aushelfen wenn es Ausfälle durch Krankheit gibt; das überraschend gute Erfüllen neuer veränderter Anforderungen u. v. m. Dadurch wird gezeigt, dass die Mitarbeiter mit ihren Leistungen anerkannt und geschätzt werden.
- **Thematisieren der „Systemleistung“ in Teamgesprächen:** Fragestellungen wie „Was brauchen unsere Bewohner? Wie gut ist unsere Leistung bereits? Was könnten wir noch besser machen?“ sollten in größeren Abständen, etwa zwei Mal jährlich, gestellt und systematisch erörtert werden. Damit kann erreicht werden, dass die Leistungsbewertung nicht nur vertikal von oben nach unten verläuft, sondern sich horizontal eine Rückmeldekultur entwickeln kann. Gestärkt wird damit auch die gemeinsame Verantwortung des Teams für die Leistungsqualität und damit die Teamentwicklung.
- **Zeitnahe individuelle Kritik:** Ebenso wie gute Leistungen dürfen Fehler nicht einfach übersehen werden. Eine Reaktion hat möglichst sofort bzw. so zeitnah wie möglich zu erfolgen. Je nach Art des aufgetretenen Fehlers kann dies in Form einer unmittelbaren Rückmeldung („zwischen Tür und Angel“) geschehen oder in einem Kritikgespräch. Kritik darf nie pauschal geäußert werden sondern muss sich immer an die Person(en) richten, deren Handeln kritikwürdig war.
- **Zukunftsorientierung:** die wichtigste Frage bei Fehlern ist nicht „Wer ist schuld?“ sondern immer: „Wie können wir verhindern, dass das wieder passiert?“
- **Abgestuftes Verfahren:** Menschen machen Fehler und nicht selten ist deren konstruktive Aufarbeitung die Grundlage für die fachliche Weiterentwicklung. Dennoch gibt es Vorkommnisse, die nach sorgfältiger Überprüfung des Sachverhaltes die Kündigung von Mitarbeitern rechtfertigen. Das abgestufte Verfahren mit dem auf Leistungsmängel reagiert werden sollte, lässt sich idealtypisch in folgenden Schritten beschreiben:

- Informelle Rückmeldung,
- Formelles Kritikgespräch mit schriftlich protokolliertem Ergebnis und einer angestrebten Vereinbarung zur zukünftigen Leistungserwartung und Fehlervermeidung,
- Zweites Kritikgespräch mit schriftlicher Anweisung,
- Abmahnung,
- Kündigung.

Je nach Art der Mängel kann und muss in der Praxis von dieser Reihenfolge abgewichen werden.



## Literatur

- Ahlemeyer, H. W./Königswieser, R. (Hrsg.) (1997): Komplexität managen. Strategien, Konzepte, Fallbeispiele, Frankfurt/Main
- Brückers, R. (Hrsg.) (2003): Tandem QM. Das integrierte Konzept in der Sozialen Arbeit, Bonn
- Dopler, K./Lauterburg, C. (1996): Change Management. Den Unternehmenswandel gestalten 5. Auflage, Frankfurt, New York
- Gerull, P. (2003): Qualitätsmanagement sozialer Dienstleistungen, CD-Rom
- Grossmann, R./Krainz, E. E./Oswald, M. (Hrsg.) (1995): Veränderung in Organisationen, Wiesbaden
- Heintel, P./Krainz, E. E. (1988): Projektmanagement, Wiesbaden
- König, J. (2003): Was die PDL wissen muss. Das etwas andere Qualitätshandbuch in der Altenpflege, 2. Auflage Hannover
- Königswieser, R./Exner, A. (1998): Systemische Intervention. Architekturen und Designs für Berater und Veränderungsmanager, Stuttgart
- Kühl, S. (1998): Wenn die Affen den Zoo regieren. Die Tücken der flachen Hierarchien, 5. aktualisierte und erweiterte Auflage, Frankfurt/Main, New York
- Loffing, C./Geise, S. (Hrsg.) (2005): Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenpflege, 1. Auflage, Bern
- Pepels, W. (1996): Qualitätscontrolling bei Dienstleistungen, München
- Praxishandbuch Sozialmanagement, Bonn 2004
- Roth, G. (2002): Qualität in Pflegeheimen, Expertise im Auftrag des BMFSFJ, Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V., Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund
- Sattelberger, T. (Hrsg.) (1994): Die lernende Organisation. Konzepte für eine neue Qualität der Unternehmensentwicklung, 2. Auflage, Wiesbaden
- Senge, P. M. (1997): Die fünfte Disziplin, Stuttgart
- Staehe, W. H. (1990): Management. Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive, 5. Auflage München
- Watzlawick, P. (1985): Menschliche Kommunikation, 7. Auflage Bern
- Wimmer, R. (Hrsg.) (1992): Organisationsberatung. Neue Wege und Konzepte, 1. Auflage, Wiesbaden
- Fachzeitschriften: Altenpflege. Fachmagazin für die ambulante und stationäre Altenpflege, Sozialwirtschaft. Zeitschrift für Sozialmanagement, Informationsdienst für Altersfragen

# Kapitel 7

## Stellungnahmen aus den an der Erprobung beteiligten Referenzeinrichtungen





## **7. Stellungnahmen aus den an der Erprobung beteiligten Referenzeinrichtungen**



Die Beschäftigung mit der Umsetzung des Referenzkonzeptes wirft die Frage danach auf, wie es die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen bewerten, die an der Entwicklung und Erprobung des Referenzkonzeptes beteiligt waren.

Dies ist insbesondere für diejenigen wichtig, die sich auch zukünftig mit der Umsetzung des Gesamtkonzeptes oder einzelner Konzeptbausteine beschäftigen und zwischenzeitlich vor der Frage stehen, ob die Konzepte auch in der Praxis umsetzbar sind und zu welchen Bewertungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kommen, die sich zwei Jahre mit der modellartigen Erprobung und Umsetzung beschäftigt haben. Die in diesem Kapitel enthaltenen „Originaltöne“ sind deshalb als Beiträge in dieses Handbuch aufgenommen worden, die angesichts der Fülle von Anforderungen zur Weiterentwicklung der Qualität der Pflege und zur fachlichen Weiterentwicklung der Arbeit motivierende Hinweise benötigen.

Ihnen soll vermittelt werden, dass nicht alle Anforderungen gleichzeitig umgesetzt werden können. Gleichzeitig soll aber auch deutlich werden, dass Veränderungen – auch bei sorgfältiger Vorbereitung und fachlicher Begleitung und Unterstützung – Zeit beanspruchen, die bei dem Bemühen um Qualitätsverbesserung eingeplant werden muss.



## **Jutta Bily** **Modellbeauftragte des Jochen Klepper Hauses in Duisburg**

*Stellungnahme aus dem Jochen Klepper Haus zu der Frage:*

*„Was hat uns das Referenzmodell gebracht? Welchen Nutzen haben wir davon?“*

*Das Referenzmodell hat unserem Jochen-Klepper-Haus viele positive und weiterführende Erkenntnisse gebracht – und das in zweierlei Hinsicht: Wir wissen jetzt besser was – aber auch was nicht – an Überlegungen und Ideen in unserem Haus umsetzbar und möglich ist.*

*Am Anfang der Modellteilnahme stand erst mal die Analyse der Konzepte und der Arbeitsorganisation zur Diskussion – das Urteil: eine durchaus gute Ausgangslage. Denn schnell fiel auf, dass im Haus sehr viel geleistet wird und das Qualitätsbewusstsein und erreichte Qualität in unserer Einrichtung bereits seit Jahren hoch sind.*

*Beim zweiten Blick aber wurde auch deutlich, dass genau diese Überzeugung, nämlich eigentlich auf gutem Qualitätsniveau zu arbeiten, dazu geführt hatte, dass nicht immer alles, was verabredet worden ist und geleistet werden sollte, auch tatsächlich durchgeführt wurde. Im Lauf der Zeit zunehmend vor uns selbst damit gerechtfertigt, dass auch letztlich gar nicht alles geleistet werden könne.*

*Eine Ursache: Bei gleichem Personal wie noch vor Jahren viel zu viele und ständig wachsende Anforderungen u. a. durch Gesetzgeber an uns gestellt.*

*Selbstkritisch muss aber auch gesagt werden, dass die Gesamtsteuerung in manchen Bereichen unseres Hauses Effektivität verloren hatte. Das war zum Teil ja so gewollt, als Steuerungsaufgaben an drei Wohnbereichsleitungen delegiert worden waren. Allerdings: Diese grundsätzliche Entscheidung machte in manchen Bereichen wenig Sinn und hatte unnütze Verwirrung zur Folge.*

*Wichtige Themen von zentraler Bedeutung waren dadurch nicht mehr im gleichen Informationsfluss, gingen nicht selten sogar verloren. Unkoordiniert wurden unterschiedliche Prioritäten gesetzt. Es gab dabei weder einen klaren Anfang noch ein Ende für die Einführung, Durchführung, Kontrolle und Verbesserung von Maßnahmen.*

*Dies zu erkennen war gut und ein wichtiger Schritt, denn daraufhin erfolgte die Umsetzung anders.*

*Für externe Anforderungen heißt das jedoch auch, dass mehr Zeit eingeplant werden muss, damit alles in einen guten PDCA-Fluss kommt, reflektiert und weitergeführt wird. Diese Feststellung beinhaltet eine deutliche und kritische Anforderung an alle, die Auflagen, Gesetze und sonstiges an uns heran tragen. Sie sind aufgefordert, sich im bereits Vorfeld untereinander abzustimmen, um Doppelung von Anforderungen zu vermeiden und um den Einrichtungen genügend Zeit für Planungen zur Einführung und dauerhaften Umsetzung zu geben.*

*Gegen Kontrolle, nach einem angemessenen Zeitraum der Einführung, spricht nichts.*

*Nun zu den inhaltlichen Anforderungen des Referenzmodell.*

*Die umfassende Diskussion der konzeptionellen Grundsatzfragen unter unmittelbarer Einbeziehung der Einrichtungen war gut und sinnvoll, so wurde das meiste von Anfang an mit Blick auf die konkrete Praxis durchdacht. Einige Anforderungen waren bei uns bereits vorab erfüllt, einiges musste „nachgerüstet“ werden.*

Das meiste haben wir auch nach dem Ende der Modellphase beibehalten. Anderes wurde nicht fortgesetzt, weil der Zeitaufwand dafür nicht refinanziert wird. Das macht deutlich: Es fehlt definitiv das Personal, immer alle Konzeptbausteine zu 100% umzusetzen, obwohl diese alle sehr sinnvoll sind und deren beständige hausinterne Weiterentwicklung bestimmt sinnvoll wäre. Jedoch – das meiste wird umgesetzt, wenn auch manches mit unterschiedlicher Prioritätensetzung.

Abgesehen von unserer Mitwirkung an der Entwicklung der Konzepte war auch der praktische Nutzen für unsere Bewohnerinnen und Bewohner offensichtlich. Durch die Modellsituation mit der zusätzlich finanzierten Stelle der Modellbeauftragten hatten wir hinreichend Zeit, etliches in Angriff zu nehmen und vieles zu erledigen. Alle Konzeptbausteine des Modells umzusetzen ist jedoch in zwei Jahren auch bei bereits guten Voraussetzungen einer Einrichtung unserer Meinung nach kaum zu schaffen.

Obwohl die Bewohnerorientierung in unserem Haus auch vor Beginn bereits sehr hoch war, hat sie sich nochmals deutlich verbessert. Um es mit den Bezeichnungen des PDCA-Zyklus zu bezeichnen: Wir sind jetzt gerade in der Check und Act Phase. Vieles ist bereits in alltägliches Tun und Routine übergegangen. Die ursprüngliche Aufgeregtheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat sich gelegt. Auch sie sind Arbeitsstrukturen und -abläufen gegenüber kritischer geworden und reflektieren heute mehr ihr Tun und Handeln, um mehr Zeit für das Wesentliche, die Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, zu bekommen bzw. zu behalten.

Abschließend ist zu sagen, dass unser größter „Profit“ als Einrichtung in der Gewinnung unseres eigenen Profils liegt. Wir sind klarer und verbindlicher in der Leistungserbringung geworden. Wir sind auch klarer im Aufzeigen von Grenzen geworden. Wir gehen gelöster und entspannter mit Themen um, die definitiv noch nicht zu klären sind, weil da noch womöglich die Abstimmung mit anderen Instanzen fehlt. Wir gehen mutig offene Fragen an, aber auch die verdeckten: Das Referenzmodell hat uns gezeigt, dass manche eben nicht offensichtlich sind, sondern im Verborgenen liegen und man ihnen nachspüren muss, um sie überhaupt erst mal zu erkennen.

So stricken wir weiter an unserem roten Faden hin zur optimalen Pflegeeinrichtung, das Ende ist schon zu sehen! Die Rückmeldungen, auch durch die Prüfinstanzen, bestärken uns darin, dass wir auf dem richtigen Weg sind.

Ein letztes Wort: Es wäre gut, wenn sich alle an der Pflege in Einrichtungen Beteiligten einmal an einen Tisch setzten. Ein Runder Tisch, der dann tatsächlich auch Ergebnisse hervorbringen kann, die den Einrichtungen im Pflegealltag Entlastung, statt ständig neue Belastung bringt. Aber kein Runder Tisch, der ewig tagt oder nur einer von vielen zu Teilaspekten ist, bei denen keiner weiß, was bei den anderen beraten wird und vor sich geht. Denn unverändert ist die Arbeitsbelastung extrem hoch. Das Referenzmodell hat uns gezeigt, dass trotzdem noch vieles erreicht werden kann, wenn man sich nur auf einen Veränderungsprozess einlässt und sich dabei öffnet und sich um der Sache willen auch in die Karten schauen lässt.

Vielleicht sollten sich das die Menschen, die in ganz anderen Positionen sitzen als ich als Pflegedienstleitung, auch einmal zu Herzen nehmen.



**Bernd Fimmel**  
**Modellbeauftragter des Mathias-Claudius-Hauses,**  
**Evangelisches Johanneswerk e.V. in Steinhagen**

*„Für mich persönlich gehören die zwei Jahre, die ich mit am Projekt arbeiten durfte, zu den spannendsten in meinem Berufsleben. So viel neues Wissen und neue Erfahrungen, so viele neue Eindrücke und Sichtweisen habe ich durch den Dialog mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Institute und natürlich vor allem auch durch den Austausch mit den anderen Modellbeauftragten bekommen.*

*Aber auch für die Einrichtung war das Projekt sehr bereichernd! Wenn auch nicht alle Projektziele verwirklicht und abgeschlossen werden konnten, so haben wir dennoch unsere eigene Einrichtung im Laufe der letzten zwei Jahre u. a. durch die Ist- und Soll-Analysen und den Abgleich mit den Anforderungskatalogen besser kennen gelernt. Wir haben jetzt auch eine klarere Sichtweise bezüglich unserer Stärken und Schwächen.*

*Dabei war die Auseinandersetzung mit den Leistungsbeschreibungen sehr hilfreich. Diese ermöglichen es, das eigene Leistungsspektrum zielgerichtet und systematisch zu analysieren und abzugleichen. Sicherlich wurde mit der Erarbeitung der Leistungsbeschreibungen im Projekt nicht „das Rad neu erfunden“. Neu ist aber sicherlich, dass so viele Einrichtungen, von den unterschiedlichsten Trägern, sich auf ein gemeinsames Abbild des Leistungsspektrums in der stationären Altenpflege geeinigt haben. Und in diesen Prozess wurden alle Hierarchieebenen mit einbezogen.*

*So haben in unserer Einrichtung neun Pflegefachkräfte zusammen mit dem Modellbeauftragten sich jede einzelne Leistungsbeschreibung angesehen und im Hinblick auf das tatsächliche Leistungsvermögen in der alltäglichen Pflege verglichen. Es tat natürlich gut zu sehen, dass wir sehr viele der dort geforderten Leistungen auch in der Praxis erfüllen. Es wurden aber auch die Defizite deutlich. Mit Hilfe dieser Analysen einigten sich die Hausleitung und die Wohnbereichsleitungen unter der Moderation des Modellbeauftragten auf einen konkreten Handlungsplan. Dieser wiederum wurde vom zentralen Pflegemanagement aufgegriffen und der Fort- und Weiterbildungsplan wurde mit entsprechenden zusätzlichen Angeboten erweitert.*

*Ich kann eine solche Analyse des eigenen Leistungsprofils allen Einrichtungen wirklich empfehlen. Dafür eignen sich die Leistungsbeschreibungen ausgezeichnet als Hilfsmittel, auch weil sie durch die intensive Praxiserprobung im Projekt ein sehr verlässliches Instrument sind.*

*Sehr groß war auch der Gewinn, den wir bei der Bearbeitung und der Beschäftigung mit den übergeordneten Qualitätsmaßstäben (üQM) hatten. Wir haben vor allem von den üQM profitiert, die sich mit den externen Schnittstellen Ärzte und Krankenhäuser beschäftigt haben. Wenn man bezogen auf die genannten Schnittstellen zu konkreten Vereinbarungen und gemeinsamen Absprachen, oder gar zu konkreten Kooperationsverträgen kommen möchte, dann ist das A & O eine sehr gründliche Vorbereitung mit klaren Ist- und Soll-Analysen. Wichtig ist, dass man sich ausgewogen damit beschäftigen muss, was man sich auf der einen Seite vom zukünftigen Kooperationspartner wünscht und wo auf der anderen Seite aber auch die eigenen Defizite und Verbesserungspotenziale liegen.*

*Diese Analysen haben wir bei beiden genannten üQM durchgeführt. Eine weitere Analyse ist auch in beiden Fällen sehr wichtig. Es ist i. d. R. unmöglich, mit allen Krankenhäusern gleichzeitig zu verhandeln. Auch alle Ärzte und Ärztinnen für solche Kooperationsbemühungen zu gewinnen, ist kaum möglich. Man sollte deshalb vorab untersuchen, welches die wichtigsten Partner jeweils sind, d. h. die Frage zu klären, mit welchen Krankenhäusern haben wir die häufigsten Kontakte, bzw. welche Ärzte/Ärztinnen betreuen die meisten Bewohnerinnen und Bewohner in der Einrichtung.*

*Bei den konkreten Verhandlungen sind wir allerdings unterschiedlich vorgegangen. Mit den Krankenhäusern haben wir einzeln verhandelt, die Ärzte haben wir geschlossen zu einem initialen Kooperationsgespräch eingeladen.*

*Sehr (angenehm) überrascht waren wir, wie groß die Offenheit in den Krankenhäusern für solche Gespräche war. Bei den Ärzten und Ärztinnen mussten da schon dickere Bretter gebohrt werden, d. h. es erforderte einen erheblichen Aufwand (fünf Anschreiben und unzählige Telefonate und Gespräche), um überhaupt zu einem solchen initialen Gespräch zu kommen. Aber der Aufwand hat sich letztlich doch gelohnt.*

*Wir haben jetzt – schriftlich in Protokollen festgehalten – Zielvereinbarungen mit der Ärzteschaft, die in unserer Einrichtung tätig ist, und den Krankenhäusern getroffen und gute Lösungen für die meisten Probleme und Defizite gefunden. Mit einem Krankenhaus ist es zudem zu einem konkreten Kooperationsvertrag gekommen und der Abschluss eines Kooperationsvertrags mit mindestens einem weiteren Krankenhaus steht unmittelbar bevor.*

*Trotz aller Schwierigkeiten und Anstrengungen, die wir auch aufgrund von zahlreichen Parallelprozessen in dieser Zeit hatten (und die größtenteils aber auch nicht zu vermeiden waren) sind wir froh, an diesem Projekt teilgenommen zu haben. Dieses Projekt hat vieles angestoßen und es hat zu konkreten Veränderungen geführt. Es ist ein guter Grundstein gelegt worden, bei vielen Prozessen dauerhaft und nachhaltig zu weiteren Verbesserungen in unserer Einrichtung zu kommen.“*



**Johannes Kochanek**  
**Leiter des Altenheims Reginenhaus in Hamm-Rhynern**

*Einmal Referenzeinrichtung sein ...*

*Einmal Referenzeinrichtung sein. Ist das nicht der Traum vieler Altenheimleiter?*

*Sich endlich abheben von der – gerechtfertigten oder zufällig ungerechtfertigten – oft als böswillig empfundenen Kritik á la Fussek oder von unreflektierten aber positionslosen Großkritikern? Allen Anschuldigungen und Rechtfertigungszwängen enthoben zu sein und Zeit haben für die Darstellung von eigenem geplantem, konzeptionellem, professionellem Handeln?*

*Welcher Heimleiter träumt nicht davon?*

*Jedoch nach Beginn unseres Modellprojektes merkte schnell jede der beteiligten Einrichtungen, dass man zwar ausgewählt wurde, aber dass man dadurch noch lange nicht Referenzeinrichtung ist, sondern sich auf den Weg machen soll eine zu werden.*

*Allerdings im Referenzmodell auch nicht alleine, sondern mit 19 anderen Heimen und einer hochqualifizierten professionellen Begleitung, die als Scharnier zwischen Auftraggebern und Nutzern dieses Modellprojekts manchmal schwer zu tragen schien. Den wissenschaftlichen Begleitern fehlte ab und an die Praxisbezogenheit und den Auftraggebern vielleicht das Geld, um mit einem Mehr an Zeit das anvisierte Ziel besser erreichen zu können. Ein Lernprozess für alle Beteiligten.*

*Das gemeinsame Konzert der Begleitung war dann trotzdem hervorragend für uns Referenzeinrichtungen. In dem Orchester der Begleitung fehlte kein Instrument und dies allein war schon für uns ein großes Glück. Die Organisationsberatung durch das ISS und die wissenschaftliche Begleitung durch das Institut für Pflegewissenschaften war so fundiert und sinnvoll, dass sie uns beteiligten Heimleitern fast schon zu selbstverständlich erschien.*

*Ein großes Lob für den Ideengeber, diese Art der Begleitung als Voraussetzung für ein Gelingen eingebaut zu haben. Aber auch die FFG hat durch eine hervorragende Organisation das gesamte Projekt zu guten Ergebnissen geführt.*

*Unter dem Stichwort „Prüfet alles, das Gute behaltet“ fühlte ich mich als Heimleiter gesehen und verstanden. Durch die Organisationsentwicklung der Einrichtung und durch die wissenschaftliche Begleitung wurden Wünsche realisiert, die mir als Heimleiter schon lange am Herzen lagen.*

*Die Mitarbeitermotivation in den Einrichtungen gelang allerdings nur durch die wiederholte Betonung eines Zieles: Eine bessere Personalbemessung für die Pflege und Betreuung demenziell Erkrankter in stationären Altenhilfeeinrichtungen zu erwirken. Ob die Einrichtungen ihr Ziel erreicht haben, wird sich zeigen im dauerhaften Festhalten an den erarbeiteten Ergebnissen.*

*Eine so gründliche Erarbeitung und Schulung der Mitarbeiter beende ich als Heimleiter natürlich nicht mit Ablaufen der Referenzmodellzeit, sondern werde alles daran setzen, diese Arbeit qualitätsgesichert weiter fortzusetzen und weiterzuführen.*

*Wünschenswert wäre in meinen Augen nun noch eine externe Qualitätssicherung im Sinne einer Zertifizierung, um dann wirklich – inhaltlich im Wortsinn und für Außenstehende belegbar – Referenzeinrichtung zu sein und das auch zu bleiben.*

*Andere sind berufen zu reflektieren, ob auch die Ziele der Auftraggeber und die der begleitenden Institute erreicht worden sind.*

*Wir hoffen jedoch für uns, dass dieses eine Ziel im Jahr 2007 erreicht werden wird: Eine bessere Personalmessung. Dieser Wunsch entspricht sicherlich den Hoffnungen aller Nutzer dieses Referenzmodells für die nahe und fernere Zukunft.*

*Einmal Referenzeinrichtung sein: So ist aus dem anfänglich beschriebenen Traum für unser Haus eine wertvolle, arbeitsintensive Zeit geworden, die hoffentlich nicht nur bei uns, sondern auch bei allen anderen Referenzeinrichtungen, nicht zuletzt auch eine gute Grundlage für die Bewahrung des Erreichten und für die Verstetigung unseres Strebens nach ständiger Verbesserung dauerhaft gelegt hat.*



**Hans-Werner Nickerl**  
**Modellbeauftragter des Seniorenzentrums Ernst-Gnoß-Haus**  
**des AWO Bezirksverbandes Niederrhein e.V. in Düsseldorf**

*„Bei der Umsetzung der im Referenzmodell vorgegebenen Bausteine wurde schnell deutlich, dass die Einführung von Leistungsbeschreibungen ohne die Umstellung der Pflegedokumentation nicht möglich war, weil die Beschreibung eines Leistungsspektrums ohne passende Dokumentationsformulare in den Bereichen Pflegeplanung und Nachweisführung nicht logisch umsetzbar ist, und die durchführenden Pflegekräfte vollends überfordert hätte, da dies denken und handeln in zwei verschiedenen Systemen bedeutet hätte.*

*Durch die Grundsatzstellungnahme des MDS zum Thema Dokumentation in der Pflege, und der Empfehlung durch das Referenzmodell bot sich die Möglichkeit an, die Dokumentation komplett umzustellen, und von Überbordung von doppelter Planungen und nicht zielgerichteter Dokumentation zu befreien.*

*So konnten in den Planungsbereichen ursächliche Problemstellungen aus Sicht der Bewohner prägnanter beschrieben werden und auf das eigentliche Pflegeproblem, das sich unter Umständen auf mehrere Planungsbereiche gleichermaßen bezieht, zusammengefasst und so erheblich verkürzt werden. Es wurde ebenfalls auf maximal fünf realistische Pflegeprobleme und -ziele reduziert, um so Ziele auch erreichen zu können; dies wurde durch die Leistungsbeschreibungen ergänzt, die inhaltliche Zusammenhänge von Leistungen wieder erstellen unter spezieller Berücksichtigung von Prophylaxen und Erschwernisfaktoren.*

*Planungsbereiche wurden so auf zirka ein Drittel des Umfangs reduziert.*

*Im gleichen Zusammenhang wurden verlässlich planbare Pflegedurchführungsmaßnahmen mit den Bewohnern oder deren Angehörigen/Betreuern getroffen, die aus der individuellen Planung abgeleitet wurden. Sie wurden in ein Zeitschema gebracht, das auch für den Personaleinsatz und somit auch für die Pflegeorganisation wichtig war. Die so genannten Tagesstrukturen bildeten auch den Pflegeaufwand hinsichtlich der Pflegestufen ab und waren Grundlage für Höherstufungen. Im Pflegebericht wurden nur noch die Abweichungen von der Tagesstruktur, zu Besonderheiten oder Pflegeverläufen vermerkt.*

*Letztendlich hat sich die Umstellung der Pflegedokumentation bewährt und hat auch nach Beendigung des Projekts Bestand.*

*Aus Sicht der Pflegekräfte reduzierte sich der Dokumentationsaufwand um ein Drittel; dies kommt der Pflegezeit für die Bewohner zu gute.*

*Die Pflegekräfte fühlen sich sicherer in der übersichtlichen Dokumentation, die Pflegeplanung ist handlungsleitend geworden durch Tagesstrukturen, nach denen chronologisch gepflegt werden kann, Pflegeprozesse wurden überprüfbarer und damit optimiert.*

*Die Empfehlung von Zuständigkeiten bei der Pflegeorganisation, sowie der Zuständigkeit von Bezugspflegekräften im Steuerungsprozess für Bewohnerangelegenheiten und Angehörigenangelegenheiten hatte bereits vor dem Projekt Tradition, wurde aber konkretisiert und novelliert. Auch wurde das Instrument der Fallbesprechungen installiert und das Instrument der biografischen Aspekte intensiviert.*

*Übergeordnete Qualitätsmaßstäbe wurden alle umgesetzt. Die ÜQM's wurden so formuliert, dass sie nicht nur Mindestanforderungen darstellten, sondern auch klar machten, wer an bestimmten Punkten zuständig ist, wer einzubeziehen ist, und welche Formulare und Checklisten zu führen sind.*

*Die chronologische Abfolge der einzelnen Punkte ist für zuständige Mitarbeiter eine nutzbare Unterstützung. Auch die aus den ÜQM's abgeleitenden Konzepte haben nach Projektende Bestand.*

*Die Befragungen von Bewohnern und Mitarbeitern konnte zur Qualitätsentwicklung genutzt werden. Aspekte in der biografieorientierten Einzelbetreuung isolierter Bewohner konnten personell umgesetzt werden, Mitarbeiter wurden in einen entwickelnden, regelmäßigen Arbeitskreis einbezogen.*

*Alles in allem hat sich das zeitintensive Projekt für die Einrichtung gelohnt, da Qualität gesichert und weiterentwickelt wurde. Qualität für den Adressaten wurde darstellbar und messbar durch Bezugsgrößen.*



## **Tanja Stodt** **Modellbeauftragte des Minna-Sattler-Seniorenzentrums der Arbeiterwohlfahrt Westliches Westfalen in Dortmund**

„Rückblickend auf zwei Jahre Modellprojekt haben wir uns die Frage gestellt, welche Erfolge für unsere Einrichtung verbucht werden können. Gemeinsam mit unserem Organisationsberater haben wir in einer letzten Runde mit allen beteiligten Arbeitsbereichen abgefragt, welche Inhalte des Projektes als Gewinne zu verbuchen sind. Es stellten sich dabei folgende Bereiche mit einer Vielzahl von Nennungen heraus:

- intensivierte Biographiearbeit
- Überprüfung des Leistungsangebotes
- Einführung einer „vereinfachten“ Pflegeplanung
- Optimierung vorhandener Abläufe, vor allem im Bereich des Heimeinzuges
- Ausbau des Betreuungsangebotes insbesondere für bettlägerige Bewohner
- Umstrukturierung des Nachtdienstes

Anhand der Umstrukturierung des Nachtdienstes als auch des Ausbaus des Betreuungsangebotes werden im Folgenden exemplarisch die Erfolge aufgezeigt.

### *Nachtdienst*

Im Rahmen der Bearbeitung des übergeordneten Qualitätsmaßstabes „Nachtdienst“ haben wir vor allem zwei Ziele verfolgt. Ein Ziel ist die Sicherstellung individueller Zubettgehzeiten, ein weiteres die Gestaltung von Betreuungsangeboten in den Abendstunden.

Nach Erfassung des Ist-Zustandes sowie der Bewohnerbedarfe, stellte sich heraus, dass eine Verschiebung von Arbeitszeiten in der Nacht nötig wurde, um mit den vorhandenen personellen Ressourcen den Anforderungen gerecht werden zu können.

Die Forderung lautet, Probleme im Zusammenhang zu betrachten und für BewohnerInnen eine Tagesstrukturierung bezogen auf den Tag und die Nacht zu entwickeln. Zurzeit übliche Ausrichtungen an gegebenen betrieblichen Abläufen waren umzukehren in eine an den individuellen Bedürfnissen der BewohnerInnen ausgerichteten Sichtweise. Dies bedeutet eine Abkehr von starren Versorgungsrunden hin zu flexiblen, individuellen Hilfeleistungen.

Bei den intensiven und nicht immer einfachen Diskussionen mit den MitarbeiterInnen des Nachtdienstes kristallisierten sich schnell zwei Positionen heraus:

- a) die eher inhaltliche Frage einer besseren Orientierung an den Bedürfnissen der Bewohner war schon zu einem frühen Zeitpunkt der Diskussion „erledigt“, d. h. die Notwendigkeit zu Veränderungen war nicht mehr umstritten.
- b) die dann von uns angestrebte Veränderung von Arbeitszeiten war bedeutend schwieriger, da die MitarbeiterInnen teilweise schon langjährig an gewohnten Mustern der Dienstplangestaltung festhalten wollten. Trotzdem wurde mit Ende des Modellprojektes eine Veränderung des Dienstplanes umgesetzt. Die positive Folge ist nun, dass statt vier zukünftig fünf oder auch sechs MitarbeiterInnen pro Nacht tätig werden und so die Voraussetzungen geschaffen wurden, um die veränderten inhaltlichen Anforderungen erfüllen zu können. Wir haben verabredet, dass die Diskussion über angestrebte Veränderungen (Flexibilisierung) fortgesetzt wird und diese Veränderungen weiter evaluiert werden müssen.

Die Umstrukturierung des Nachtdienstes ist z. Zt. noch nicht abgeschlossen.

### *Ausbau des Betreuungsangebotes*

*Die Bearbeitung der Leistungsbeschreibungen machte uns deutlich, dass sich bestehende Betreuungsangebote am Tage vor allem an mobile, kognitiv nicht beeinträchtigte Bewohner richteten. Nach einer umfangreichen Bedarfsanalyse wurde ein Qualitätszirkel eingerichtet mit dem Ziel, verschiedene Angebote für demenziell erkrankte aber auch bettlägerige Bewohner zu entwickeln.*

*Es wurde versuchsweise für einen Wohnbereich ein Snoezelwagen angeschafft, der Snoezeln am Bett ermöglichte und schnell erste positive Reaktionen der Bewohner brachte.*

*Gleichzeitig wurde ein Nachttisch mit einer Kochplatte ausgerüstet, um die Möglichkeit zu haben, direkt am Bewohnerbett oder in Kleingruppenform unter aktiver Beteiligung von Bewohnern zu kochen und damit die Sinne anzuregen. Auch dieses Angebot wurde von Beginn an sehr gut angenommen.*

*Einige Bewohner, die vor allem im Bereich der Gedächtnisleistung Defizite zeigen, konnten weder durch bestehende mobilitätsfördernde noch durch gedächtnisfördernde Maßnahmen erreicht werden. Versuchsweise wurde ein musiktherapeutisches Angebot eingerichtet, das guten Anklang fand. Gemeinsam mit einer Musiktherapeutin wurden Musikinstrumente entdeckt und bekannte Lieder gesungen. Zur Erledigung dieser Aufgaben wurden gezielt qualifizierte Honorarkräfte eingesetzt und über den Budgetansatz „Betreuung“ finanziert. Der uns vorgegebene Rahmen wurde dabei nicht überschritten, es wird aber auf die eine oder andere Ausgabe verzichtet, die bisher den kognitiv voll orientierten Bewohnern mehrheitlich zu Gute kam (weg vom „Gießkannenprinzip“ hin zu einem spezifischem Einsatz von Mitteln).*

*Diese Erfolge machen deutlich, dass es wichtig ist, regelmäßig die Bewohnerbedarfe zu überprüfen und ggf. bestehende Angebote anzupassen, da bestimmte Bewohnergruppen schnell durch ein „Raster“ fallen.*

*Insgesamt lässt sich festhalten, dass wir durch das Referenzmodell viele Impulse erhalten haben, bestehende Angebote und Strukturen kritisch zu überprüfen.*

*Gleichzeitig erhielten wir eine Bestätigung, auch bisher gute Qualität geleistet zu haben.*

*Die Bearbeitung aller übergeordneten Qualitätsmaßstäbe war uns allerdings in der Projektlaufzeit nicht möglich und zeigt auf, dass Veränderungen Zeit brauchen.“*



## **Simone Walter** **Modellbeauftragte des Senioren Ruhesitzes Schloss Rahden in Rahden**

*Stickpunktartiger Erfahrungsbericht zu allen Inhalten des Referenzmodells. Die Reihenfolge macht keine Aussage zur Priorität. Die Anmerkungen (ausschließlich positiv) erfüllen nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.*

### *1. Leistungsbeschreibungen*

#### *Unmittelbare/direkte Leistungen*

- *Optimierung der bestehenden Angebotspalette, explizit im grundpflegerischen Bereich*
- *Erweiterung der bestehenden Angebotspalette, explizit im Bereich der psychosozialen Betreuung*
- *Noch intensivere Ausrichtung auf ressourcenfördernde Aspekte*
- *Transparenz von der Wechselwirkung Maßnahme/ Leistung – Prophylaxe*
- *Nachweis der Durchführung von Maßnahmen im psychosozialen Bereich inkl. klarer Zielformulierungen mit Sicherstellung der Vorhaltung von Maßnahmen, z. B. für dementiell veränderte Bewohner, für geschlechtsspezifische Unterschiede Frau – Mann, für individuell biographieorientierte Vorlieben etc.*
- *Verbessertes Schnittstellenmanagement*

#### *Mittelbare/indirekte Leistungen*

- *Transparenz der Zuständigkeiten für Maßnahmen = klare Aufgabenverteilung unter Berücksichtigung der MA-Qualifikation*
- *Definierte Ansprechpartner bei Rückfragen bzgl. unmittelbarer Leistungen*

### *2. ÜQM`s*

#### *Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung*

- *Vorliegen eines einrichtungsinternen schriftlichen Konzepts zum diesem Thema*
- *Verbessertes Aufnahmeverfahren durch Optimierung des Schnittstellenmanagements, speziell Verwaltung – Pflege in Verbindung mit klarer Definierung von Zuständigkeiten für diesbezügliche Prozesse*
- *Verbesserter Informationsgehalt über den Bewohner von Beginn an*

#### *In Verbindung mit dem Kriterienkatalog Biographie*

- *Vorliegen eines speziellen Instruments zu diesem Thema*
- *Durch vorgegebene Phasen kontinuierlich Ermittlung wertvoller Informationen unter Berücksichtigung steter fortlaufender Ergänzung*

#### *Zusammenarbeit mit Angehörigen*

- *Vorliegen eines einrichtungsinternen schriftlichen Konzepts zum Thema Angehörigenarbeit*
- *Aufnahme von Instrumenten zur Verbesserung/stärken Einbindung der Angehörigen, z. B. Angehörigensprechstunde, Angehörigenabende etc.*

#### *Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen*

- *Vorliegen eines einrichtungsinternen schriftlichen Konzepts zu diesem Thema*
- *Stärkere Einbindung entsprechender seelsorgerischer Begleitung, nicht erst im finalen Stadium sondern schon frühzeitige Ermittlung des Bedarfs bzw. der Wünsche/ Vorlieben*
- *Verbesserte Trauerbewältigung, sowohl für die verbliebenen Bewohner als auch für die Mitarbeiter*
- *Schulung mehrerer Mitarbeiter zu dieser Thematik als „Experten“/Ansprechpartner vor Ort*

#### *Überleitungsverfahren beim Krankenhausaufenthalt*

- *Vorliegen eines einrichtungsinternen schriftlichen Konzepts zu diesem Thema*
- *Transparenz von Grenzen seitens der Einrichtung*
- *Strukturiert geplanter Ablauf der Vorgehensweise bei Abweichungen*

#### Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten

- Vorliegen einer einrichtungsinternen schriftlichen Konzeption zu diesem Thema
- Transparenz von Grenzen seitens der Einrichtung
- Strukturiert geplanter Ablauf der Vorgehensweise bei Abweichungen

#### Nächtliche Versorgung

- Vorliegen eines einrichtungsinternen schriftlichen Konzepts zu diesem Thema
- Noch stärkere Einbindung der Dauer- Nachtdienst- MA in den Pflegeprozess, z. B. regelmäßige Teilnahme an Besprechungen, regelmäßige eigene Besprechungen, PV's durch PDL
- Definierung von Zuständigkeiten bzgl. des Pflegeprozesses mit Festlegung eines Koordinators „Nachtwachenfürsprecher“
- Reflexion bestehender Leistungen im Zeitraum 20:00–06:00 mit Optimierung der Sicherstellung eines bedarfsgerechten Versorgungs- und Betreuungsangebotes

#### 3. Qualifikationsorientierte Arbeitsteilung/Zuständige Pflegefachkraft

- Optimierung des Pflegesystems
- Schriftlicher Nachweis der Zuordnung von zuständigen Pflegefachkräften inkl. deren Vertretung
- Verbessertes Zuständigkeitsgefühl bei den Mitarbeitern

#### 4. Vereinfachte Pflegedokumentation

- im Rahmen der Teilnahme am Referenzmodell bewusst nicht analog der Empfehlung des IPW umgesetzt
- nur punktuelle „Reduktion“ bzw. Verschiebungen vorgenommen, deren Ausrichtung auf zukünftige einrichtungsintern geplante Veränderungen zielt in Verbindung mit den Anforderungen zum pflegerischen Assessment
- Abgleich des Erfüllungsgrad mit punktueller Optimierung schon bestehender Inhalte

#### 5. Sonstiges

- zu allen Punkten Möglichkeit einer ausführlichen IST- Analyse mit damit verbundener Maßnahmenplanung inkl. der Vorhaltung von Controlling- Instrumenten zur regelmäßigen Überprüfung der Nachhaltigkeit
- Optimierung einer Vielzahl mitgeltender Prozesse und Verfahren bzw. strukturierte Planung für die Zukunft von noch ausstehenden Verbesserungen
- Interne Kommunikation: Vorhaltung eines intensiven (=regelmäßigen) personen- als auch bereichsspezifischen Besprechungswesens

#### Fazit:

Durch die Teilnahme der Einrichtung am Referenzmodell konnten bestehende Qualitätssicherungsmaßnahmen optimiert und stabilisiert werden. Die Projektinhalte berücksichtigten positiv zukünftige rechtlich geforderte Aspekte (am Beispiel der neuen QPR), so dass deren geforderte Umsetzung frühzeitig eingeführt und umgesetzt werden konnte. Die Freistellung einer benannten Person für die Umsetzung der Projektinhalte ist unabdingbar. Die Kommunikation auf Leitungsebene bedarf einer vertraulichen als auch einer konstruktiv-kritischen Diskussion bezüglich des Umfangs/Ausgestaltung der extern geforderten/empfohlenen Inhalte/Vorgaben.



# Impressum

## Herausgeber:

Ministerium für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales des  
Landes Nordrhein-Westfalen  
40190 Düsseldorf

Internet: [www.mags.nrw.de](http://www.mags.nrw.de)  
e-mail: [info@mail.mags.nrw.de](mailto:info@mail.mags.nrw.de)

## Inhaltliche Bearbeitung:

U. Korte-Pötters (IPW),  
K. Wingefeld (IPW),  
D. Heitmann (IPW),  
B. Rehling (ISS),  
M. Menke (FFG)  
unter Mitarbeit von  
R. Bernards (ISS),  
H. Heinrich (ISS),  
M. Krohn (ISS),  
A. Kuhlmann (FFG),  
I. Kowalski (FFG),  
E. Schnabel (FFG),  
U. Vogelwiesche (FFG)

## Gestaltung:

Fortmann.Rohleder Grafik.Design,  
Dortmund

## Druck:

Lechte Medien GmbH, Emsdetten

Nachdruck, auch auszugsweise,  
nur mit Genehmigung des  
Herausgebers.

Düsseldorf, April 2007

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und -werbern oder Wahlhelferinnen und -helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie auch für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt.

Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte.

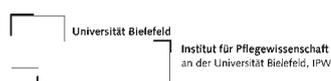
## Finanzierung



## Spitzenverbände der Pflegekassen



## Projekträger



## Wissenschaftliche Begleitung



## Organisationsberatung

