

Runder Tisch Pflege
Arbeitsgruppe II

**Verbesserung der Qualität in der
Stationären Betreuung und Pflege**

– Anhang Empfehlungen für die Praxis –

September 2005

Deutsches Zentrum für Altersfragen
Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege

Inhaltsübersicht

	Seite
Vorbemerkung	2
1. Umsetzungshinweise zur Verbesserung der Lebensqualität	3
A. Durch dezentrale Organisations- und Kommunikationsstrukturen ein größtmögliches Maß an Alltagsnormalität und damit Lebensqualität in Heimen erreichen.	3
B. Durch Kooperation mit und Integration von Angehörigen und ehrenamtlichen Helfern die alltagsorientierte Gestaltung der Angebote verbessern.	6
C. Durch Verbesserung der Ess- und Trinkkultur in stationären Pflegeeinrichtungen die gebotene Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner sicherstellen.	9
2. Umsetzungshinweise zur Verbesserung der Stellung der Bewohnerinnen und Bewohner als zahlende Verbraucher	14
D. Durch ortsnahe und regelmäßige Beratung und Unterstützung die Mitwirkungsmöglichkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner stärken.	14
E. Durch kommunale Beschwerdestellen den Verbraucherschutz lokal stärken.	17
3. Umsetzungshinweise zur Verbesserung der Qualität in der stationären Betreuung und Pflege	19
F. Verbesserung der Qualität durch Umsetzung eines einrichtungsinternen Beschwerdesystems.	19
G. Durchführung von Pflegevisiten zur Verbesserung des internen Qualitätsentwicklungsprozesses.	21
H. Planung, Organisation und Durchführung von zahnärztlicher Prophylaxe dezentral für pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen.	24
I. Förderung des Qualitätsentwicklungsprozesses mithilfe von Pflegeaudits.	26
J. Zur Verbesserung des internen Qualitätsmanagements umfassendes und ergebnisorientiertes Sturzmanagement durchführen.	28
4. Umsetzungshinweise zur Verbesserung der Qualifikation des Managements sowie aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stationärer Pflegeeinrichtungen	31
K. Maßnahmen der Qualifizierung und Personalentwicklung mit Maßnahmen und Instrumenten der Gesundheitsförderung verknüpfen.	31
5. Umsetzungshinweise zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen	35
L. Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Sinne der Verhältnisprävention gezielt einsetzen.	35
M. Maßnahmen zur Prävention von Burnout im Sinne der Verhaltensprävention zur Regel machen.	38

Vorbemerkung

In Ergänzung zu den Empfehlungen und Forderungen der AG II enthält dieser Anhang praxisorientierte Umsetzungshinweise. Im Folgenden wird in Kurzform beschrieben, *was, wo, von wem und wie* – unter den gegebenen Rahmenbedingungen – für eine Verbesserung der Qualität in der stationären Betreuung und Pflege getan werden kann. Der Runde Tisch Pflege orientiert sich bei seinen Empfehlungen an guten Praxisbeispielen, die zeigen, dass in vielen Bereichen bereits gute Ansätze und Lösungen entwickelt und umgesetzt wurden. So gesehen haben sie Vorbildfunktion für die Verbesserung der Qualität in der stationären Betreuung und Pflege und leisten damit einen wesentlichen Beitrag zur Steigerung der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner. Daher müssen derartige Methoden und Erfahrungen weit mehr als bisher bekannt und vor allem in der Praxis auch umgesetzt werden.

Es ist zu betonen, dass es sich bei den Beispielen nur zum Teil um überprüfte, evaluierte und damit auch nicht um bewertete Beispiele und Ansätze handelt. Auch ist zu beachten, dass es sich zum Teil um modellhaft geförderte Ansätze handelt. Trotz dieser Einschränkungen besteht der Nutzen der Beispiele darin, Möglichkeiten und Verfahren der Gestaltung von Verbesserungsprozessen zu veranschaulichen und so Orientierung zu bieten. Soweit sich die Beispiele auf einzelne stationäre Pflegeeinrichtungen beziehen, ist damit keine umfassende Bewertung der Einrichtung verknüpft, sondern sie sind lediglich als Hinweise auf bestimmte – nach Auffassung der Arbeitsgruppe erfolgreiche – Verfahrens- oder Umgangsweisen mit einer Problemlage zu verstehen.

1. Umsetzungshinweise zur Verbesserung der Lebensqualität

A. Durch dezentrale Organisations- und Kommunikationsstrukturen ein größtmögliches Maß an Alltagsnormalität und Lebensqualität in stationären Pflegeeinrichtungen erreichen.

Die Wohnsituation in stationären Pflegeeinrichtungen hat entscheidenden Einfluss auf das körperliche und psychische Wohlergehen sowie die sozialen Kontaktmöglichkeiten und Verbindungen der Bewohnerinnen und Bewohner und kann die Lebensqualität in hohem Maße beeinträchtigen. Institutionalisierte Wohnformen mit „anstaltsähnlichem“ Charakter stoßen immer weniger auf Akzeptanz. Ältere und pflegebedürftige Menschen formulieren zunehmend den Wunsch nach Überschaubarkeit, der Möglichkeit zur Gestaltung der eigenen Häuslichkeit, der Selbstbestimmung und häufig auch nach einem Zusammenleben mit anderen Generationen. So sind in den letzten Jahren eine Vielfalt an unterschiedlichen Wohnformen bzw. -modellen außerhalb und innerhalb von Institutionen entstanden, die darauf abzielen, ein weitgehend selbständiges und selbstbestimmtes, gemeinwesenstaugliches, an der Alltagsnormalität ausgerichtetes Wohnen in Kombination mit einem bedarfsgerechten Hilfeangebot zu ermöglichen. Allgemein kann festgestellt werden, dass ein an den genannten Faktoren orientiertes Wohnen und Leben in stationären Pflegeeinrichtungen durch dezentrale Organisationsformen, insbesondere im hauswirtschaftlichen Bereich, und durch Bezugspersonenpflege als pflegerische Grundkonzeption unterstützt werden.

Als Alternative zu konventionellen Pflegeheimen wird im Folgenden das Konzept der Hausgemeinschaften exemplarisch skizziert, die als zugelassene vollstationäre Einrichtungen, besonders im Zusammenhang mit Neubauvorhaben oder im Zuge von Sanierungen, in Deutschland an Bedeutung gewinnen und ordnungsrechtlich als Heime nach dem Heimgesetz betrachtet werden.

Übersicht: Konzept der Hausgemeinschaften

a) Ziele

Bei einer Hausgemeinschaft leben – je nach Zielgruppe und regionaler Anforderung - mehrere Personen mit Pflegebedarf in einem gemeinsamen Haushalt zusammen bei dezentraler, nach Möglichkeit weitestgehend eigenständiger hauswirtschaftlicher Versorgung. Jede/r Bewohner/in hat innerhalb der Hausgemeinschaft ein eigenes Zimmer oder Appartement. Hinzu kommt ein Gemeinschaftsbereich, dessen Zentrum eine große und für die Bewältigung der gesamten Haushaltsführung vollausgestattete Wohnküche ist.

Die gemeinsamen Mahlzeiten sowie die alltäglichen hauswirtschaftlichen Aktivitäten prägen den alltäglichen Rhythmus in der Hausgemeinschaft. Ziel ist eine nach Möglichkeit weitgehend eigenständige hauswirtschaftliche Versorgung. Dabei wird angestrebt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner, auch um ihre Alltagskompetenz aufrechtzuerhalten oder um verschüttete Ressourcen wiederzuerlangen, an den alltäglichen Aktivitäten aktiv teilnehmen oder wenigstens passiv daran teilhaben. Auch zielen Hausgemeinschaften darauf ab, Angehörige selbstverständlich in den Alltag und in die Versorgung zu integrieren.

Ergänzt werden kann das Konzept durch ein Restaurant, das sowohl Bewohnern und Angehörigen als auch der stationären Pflegeeinrichtung selbst für gesellschaftliche Aktivitäten so-

wie Gruppen und Gästen aus dem Wohngebiet nutzt. Das Restaurant sollte eine Verbindung zwischen der Innenwelt und der Öffentlichkeit schaffen (etwa durch Mittagstische, Familienfeiern).

b) Organisation des Haushalts und der Betreuung

In einer Hausgemeinschaft sind die Organisation des Haushalts und die persönliche Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner Aufgaben einer festen Bezugsperson, etwa einer geprüften Fachhauswirtschaftlerin, die über den Tag permanent anwesend ist. Diese hilft den pflegebedürftigen Personen auch bei allen Alltagsverrichtungen, bspw. beim An- und Auskleiden unter Anleitung einer Pflegefachkraft. Weitergehende Pflegeleistungen werden in Abhängigkeit des Bedarfs von Fachkräften eines hausinternen pflegerischen Dienstes erbracht. Wie in anderen stationären Pflegeeinrichtungen ist der Nachtdienst auch hier mit einer Pflegefachkraft besetzt.

In der Regel hat sich eine Größe von bis zu 12 Personen in einer Hausgemeinschaft als geeignet erwiesen. Die Zahl der Betreuungskräfte (Hauswirtschaft und Pflege) ist dann so ausgewogen, dass eine dauernde Betreuung über den gesamten Tag gewährleistet werden kann. Darüber hinaus ist es sinnvoll, Angehörigen zu beteiligen, und Praktikanten, Zivildienstleistende, sozial Engagierte etc. zumindest zeitweilig einzubeziehen.

Insgesamt orientieren sich die einer Hausgemeinschaft zur Verfügung gestellten personellen Ressourcen an einem angemessenen, regelhaften Grundbedarf. Zu Krisenzeiten oder bei kurzzeitig höherem Bedarf einzelner Bewohner werden zusätzlich benötigte Ressourcen bei dem (zentralen) oder/und ambulanten Pflegedienst, dem hauswirtschaftlichen Dienst oder dem Speisenversorger zusätzlich eingekauft, allerdings nur so lange wie erforderlich.

d) Kompetenzpartnerschaften zwischen Hauswirtschaft und Pflege

Durch das Konzept der Hausgemeinschaften erfährt die Hauswirtschaft eine Aufwertung. Hauswirtschaftskräfte und Pflegekräfte sind gleichwertige Partner. Die fachübergreifende Betreuung durch Pflege- und Hauswirtschaftskräfte bewirkt eine effektive Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner. Grundlegend für die Umstrukturierung der Betreuungsaufgaben und die Verlagerung betreuender Aufgaben auf das hauswirtschaftliche Personal ist die Festlegung von eigenständigen Verantwortungsbereichen sowie entsprechender Kernkompetenzen für Hauswirtschaftskräfte (etwa Kommunikationsfähigkeit, übergreifende Alltagsorganisation, entsprechendes fachliches Grundwissen etc.). Weiter bedarf es der klaren Regelung von Schnittstellen sowie dem Aufbau einer für die Belange von Hausgemeinschaften zugeschnittenen Dokumentation. Ein Dokumentationssystem für Hausgemeinschaften muss hauswirtschaftliche und pflegerische Tätigkeiten zugleich erfassen. Alle Tätigkeiten müssen bewohnerbezogen und im Kontext der Hausgemeinschaft als dynamische Gruppe dokumentiert werden; eine Aufgabe, die beiden Professionen in jeweiliger Absprache obliegt. Hierdurch entwickelt sich nicht nur ein stärkeres Bewusstsein über notwendige oder effektiver zu organisierende Dienstleistungen, sondern es wird auch ein weitaus höheres Maß an Kontrolle der Auswirkungen bei den Bewohner/innen möglich.

e) Einige Erfahrungen/positive Effekte

Nach vorliegenden Erfahrungen ist die Betreuung in Form von Hausgemeinschaften nicht aufwendiger als die klassische Pflege in Form von Wohngruppen. Ein wesentlicher Gewinn von Hausgemeinschaften liegt in einer höheren Zufriedenheit bei den Betreuten sowie beim betreuenden Personal. Auch zeigt sich, dass Hausgemeinschaften besonders geeignet für Menschen mit demenziellen Erkrankungen sind. Ein hoher Anteil Demenzerkrankter ist in den Wohnküchenalltag integrierbar. Wenn der Sozialraum der Hausgemeinschaft ausrei-

chend groß ist, ist ein Zusammenleben der Pflegebedürftigen untereinander und mit den Betreuungskräften gut möglich. Dies gilt auch für hochdemente Personen.

Die Erfahrungen zeigen aber auch, dass wie in modernen Haushalten die Zahl der Angehörigen, die selber im Bereich der Küche tätig werden, eher gering ist. Auch beteiligen sich Pflegebedürftige, unabhängig vom Zustand der Demenz oder vom Geschlecht, nur selten regelmäßig an Hausarbeiten. Dies muss bei der Zubereitung von Mahlzeiten berücksichtigt werden. Daher empfiehlt es sich je nach Interesse und Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner, das Mittagessen größtenteils teilgefertigt zu beziehen, um es dann in der Hausgemeinschaft fertig zu stellen. Frühstück, Nachmittagskaffe und Abendessen sowie Salate o.ä. können hingegen problemlos in den Hausgemeinschaften gefertigt werden.

Praxishinweise

In Hausgemeinschaften müssen Ablauf- und Personalorganisation den Bewohnerinteressen untergeordnet werden. Insgesamt kommt es auf die jeweiligen betrieblichen Bedingungen an, die zwischen Anbietern beträchtlich variieren können, jedoch im Hinblick auf die obige Zielstellung unter Mitwirkung aller Beteiligten, insbesondere der Bewohnerinnen und Bewohner, der Angehörigen sowie der Beschäftigten, veränderbar sind. Voraussetzung ist, dass Träger und Einrichtungsleitung über Innovationsbereitschaft, Durchsetzungsfähigkeit und Pioniergeist verfügen. Darüber hinaus müssen die Bewohnerinnen und Bewohner von Hausgemeinschaften noch bis zu einem gewissen Grade mobil sein bzw. gehalten werden, damit sie sich an den alltäglichen Aktivitäten beteiligen können und das Hausgemeinschaftskonzept in Zielen und Anforderungen funktionsfähig ist resp. bleibt.

Hervorzuheben ist, dass jede Hausgemeinschaft, die von der baulichen Seite her sich an Kostenrichtwerten und Flächenparametern zum Bau stationärer Pflegeeinrichtungen orientiert, prinzipiell unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten eine in sich funktionierende Einheit ist. Für eine nachhaltige Funktionsfähigkeit sollten Hausgemeinschaften jedoch im Verbund mit weiteren Hausgemeinschaften und/oder in Anbindung an eine vollstationäre Einrichtung betrieben werden, damit der im Rahmen einer Vergütungsvereinbarung festzulegende Pflegesatz in einem vertretbaren und marktfähigen Rahmen bleibt.

Informationsmaterialien und weitere Auskünfte

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.,
An der Pauluskirche 3, 50677 Köln, Telefon (0221)931 847 0, Fax (0221) 931 847 6,
Internet: www.kda.de

WERKSTATTBERICHT ZUR ENTWICKLUNG FAMILIENÄHNLICHER WOHN- UND LEBENSFORMEN FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE UND/ODER VERWIRRTE ALTE MENSCHEN, ARCHITEKTUR UND GERONTOLOGIE BAND 2 „HAUSGEMEINSCHAFTEN“

*Herausgegeben vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.,
gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung*

Zu Beziehen über:

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V., An der Pauluskirche
3, 50677 Köln, Telefon (0221) 93 184 70, Internet: www.kda.de

B. Durch Kooperation mit und Integration von Angehörigen und ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern die alltagsorientierte Gestaltung der Angebote verbessern.

Der Kooperation mit Angehörigen und ehrenamtlichen Helfern und ihrer Integration ist angesichts der Berücksichtigung der Lebenswelt der Bewohnerinnen und Bewohner in den Einrichtungen ein hoher Stellenwert beizumessen. Insbesondere wird die Wirkung des freiwilligen Engagements als Beitrag zur Erhöhung der Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen und als Möglichkeit zur Mitwirkung und Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern im Gemeinwesen beschrieben. Bisweilen werden allerdings vielerorts die erheblichen Potentiale, d.h. sowohl die Bereitschaft vieler Bürgerinnen und Bürger als auch die positiven Effekte, die mit freiwilligem Engagement erzielt werden können, nicht ausreichend erkannt bzw. nicht genügend ausgeschöpft.

Übersicht: Hinweise zur Förderung der Zusammenarbeit mit Angehörigen und Ehrenamtlichen

a) Vorbereitungsphase

Angehörige pflegebedürftiger Menschen sowie auch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer sind – die Zustimmung der betreffenden Person vorausgesetzt – bereits vor dem Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung ausführlich zu informieren und zu beraten. Das Beratungsgespräch schafft nicht nur die Basis für eine gelingende Zusammenarbeit, sondern bietet den Rahmen, um Erwartungen und Möglichkeiten aufeinander abzustimmen.

b) Einzugsphase

Auch während der Einzugsphase sollten nach Möglichkeit intensive Kontakte zu den Angehörigen oder ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern (sofern sie als Vertrauenspersonen fungieren) gehalten werden. So sollte beispielsweise die Biographiearbeit in gemeinsamen Gesprächen erfolgen, sofern die Bewohnerin oder der Bewohner damit einverstanden ist.

c) Kontinuierliche Information und Transparenz

Zu empfehlen ist die Durchführung von mind. halbjährlichen Informationsveranstaltungen (z.B. problemorientierte, nachgefragte Schwerpunktthemen, Vorstellung des Pflege- und Betreuungskonzeptes des Hauses, Bearbeitung von pflegfachlichen Themen, Darlegung von wirtschaftlichen Aspekten des Hauses, Plattform für Fragen und Diskussionen). In Rundbriefen an Angehörige und Ehrenamtliche (ca. sechsmal jährlich) oder monatliche Hauszeitungen kann über aktuelle Themen informiert werden. So stellen sich auch Kontakte her und es wird Gesprächsbereitschaft signalisiert.

d) Integration in den Wohnalltag

Monatliche Treffen, in denen gemeinsam Verbesserungen im Pflegealltag und in der Freizeitgestaltung angestrebt werden, stellen ein erhebliches Potential für wertvolle Anregungen und zur Zusammenarbeit dar. Darüber hinaus ist eine Mitwirkung in Heimbeiräten und bei Ombudsaufgaben und in Form von Besuchs-, Betreuungs- oder Vorlesediensten denkbar.

e) Aufbau von Gesprächsgruppen

Mit dem Aufbau von Selbsthilfegruppen für Angehörige – insbesondere für Angehörige demenziell erkrankter Bewohnerinnen und Bewohner – kann nicht nur ein Beitrag zur Entlastung der Angehörigen erzielt, sondern auch ein besserer Zugang zu ihnen eröffnet werden.

Praxishinweise

Grundsätzlich sollte für ein verbessertes alltagsorientiertes Angebot jede Einrichtung für sich ausloten, inwieweit Aufgaben in den Bereichen Essen reichen, Kommunikation, Spaziergänge, Kultur- und Freizeitangebote, Unterstützung bei Behördengängen und Arztbesuchen, auf Angehörige, Freunde oder Ehrenamtliche übertragen werden können. Freiwillige Helferinnen und Helfer müssen in jedem Fall hinreichend für ihre Aufgaben qualifiziert und auf ihr Betätigungsfeld vorbereitet sein. Einige Träger leisten hier vorbildliche Arbeit, indem sie etwa Qualifizierungsmaßnahmen und Hospitationen für interessierte Bürgerinnen und Bürger anbieten oder auch Helferinnen und Helfer durch regelmäßige Begleitzirkel, Fortbildungsangebote und Einzelgespräche begleiten und Aufwandsentschädigungen (gem. § 45b SGB XI, zusätzliche Betreuungsleistungen) zukommen lassen.

Weitere Hinweise zur Einbindung ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer

Neben den o.g. einrichtungsbezogenen Maßnahmen bestehen Möglichkeiten der Förderung und Unterstützung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern durch die Kommunen. Beispielhaft hierfür sind die gemeinsamen Empfehlungen zwischen dem Landesseniorenrat Baden-Württemberg und den Kommunalen Landesverbänden („Gemeinsame Empfehlungen zur Arbeit der Kreis-, Stadt- und Ortsseniorenräte in Baden-Württemberg“). Entscheidend war, dass Landkreistag, Städtetag und Gemeindetag die bisherige Arbeit der Seniorenräte als eine der Säulen des bürgerschaftlichen Engagements anerkannten. Ziel der Initiative ist es, dem Wirken der Seniorenräte ein höheres Maß an Verbindlichkeit gegenüber den öffentlichen Verwaltungen und den politisch Verantwortlichen zu geben. Zudem sollen Neugründungen von Seniorenräten als gemeinsame Aufgabe gesehen und gefördert werden.

Seniorenräte arbeiten ehrenamtlich, benötigen für ihr Engagement jedoch eine gesicherte sächliche und finanzielle Ausstattung. Förderlich für die ehrenamtliche Arbeit des Seniorenrates ist die Bereitstellung von geeigneten Räumen, Versicherungsschutz und finanziellen Mitteln für Organisationsbedarf, Informationen, Projekte und Veranstaltungen. Bewährt hat sich, dass Gemeindeverwaltungen den Seniorenräten Schreib-, Druck- und Kopiermöglichkeiten sowie Telefon-, Fax- und E-Mail-Anschlüsse zur Verfügung stellen.

Informationsmaterialien, weitere Auskünfte

BROSCHÜRE ‚GRUPPEN FÜR ANGEHÖRIGE VON DEMENZKRANKEN‘

Herausgegeben von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft

Zu beziehen über:

Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Friedrichstraße 236, 10969 Berlin, Telefon (030) 25 937 95, E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de, Internet: www.deutsche-alzheimer.de

**BROSCHÜRE ,MITEINANDER, DAMIT ES ALLEN BESSER GEHT – ERFAHRUNGEN AUS DEM PROJEKT
,AUFBAU VON ANGEHÖRIGENGRUPPEN IN DER STATIONÄREN ALTENPFLEGE IN SCHLESWIG-
HOLSTEIN'**

Herausgegeben vom Institut für berufliche Aus- und Fortbildung (IBaF) , gefördert vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren

Zu beziehen über:

Institut für berufliche Aus- und Fortbildung (IBaF),Qualifizierungszentrum, Diesterwegstraße 22, 24113 Kiel, Telefon (0431) 64 992 10, Fax (0431) 64 992 18, E-Mail:iq-ki@ibaf.de, Internet: www.ibaf.de.

BROSCHÜRE , > ZU IHRER SICHERHEIT < UNFALLVERSICHERT IM EHRENAMT'

Herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Zu beziehen über:

Referat Information, Publikation, Redaktion, Postfach 500, 53108 Bonn; Best.-Nr. A 329; Internet: www.bmgs.bund.de.

C. Durch Verbesserung der Ess- und Trinkkultur in stationären Pflegeeinrichtungen die gebotene Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner sicherstellen.

Die Sichtung unterschiedlicher Praxisbeispiele ergab, dass eine Verbesserung der Ess- und Trinkkultur durch leicht umsetzbare, zum Teil wenig kostenintensive und sogar Kosten sparende Maßnahmen erzielt werden kann. Gutes Essen und Trinken beeinflusst nicht nur subjektiv die Lebensqualität entscheidend, sondern hat darüber hinaus auch unmittelbare Auswirkungen auf die gesundheitliche Verfassung der Bewohnerinnen und Bewohner. Insbesondere der Ernährung von demenziell erkrankten Menschen ist eine höhere Aufmerksamkeit beizumessen, da spezielle Anleitung und Motivierung notwendig sein kann.

Übersicht: Schritte zur Verbesserung der Ess- und Trinkkultur

a) Risikoerfassung und Problembehandlung zum Bestandteil des Konzeptes machen

Ess- und Trinkanalysen sollten die Methoden der Wahl sein, um Mangelernährung und Dehydratation sowie den sich daraus ergebenden Problemen vorzubeugen. Zur systematischen Risikoerfassung und Problembehandlung liegt beispielsweise das Konzept QuETiA (= Qualitätssicherung Essen und Trinken im Alter) vor. Da Fehlernährungen nicht selten durch Störungen des Mundzustandes (fehlerhafte Gebisse, Zahnlosigkeit, schlecht sitzende Prothesen, Mundschleimhautdefekte) begründet sind, ist neben der regelmäßigen Schulung der Mitarbeiter/innen zum Themenfeld Mundpflege, eine enge Zusammenarbeit der Einrichtungen mit zahnärztlichen Diensten zu empfehlen, etwa in Form von Patenzahnärzten.

Weitere häufig vorkommende Risiken sind Schluckstörungen, Dispraxie bei Menschen mit Demenz und Lähmungen von Armen oder Händen.

b) Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von bewohnerorientierten Ess- und Trinkkonzepten

Zur Förderung einer angemessenen Ess- und Trinkkultur sind in Einrichtungen Verpflegungskonzepte zu entwickeln und umzusetzen, die die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Bedürfnisse in den Mittelpunkt stellen und in besonderem Maße die Eigenständigkeit, Selbstbestimmung und Mitwirkung fördern. Voraussetzung für ein sich im Alltag bewährendes Konzept ist die Zusammenarbeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Küche, der Pflege und nach Möglichkeit des Arztes oder der Ärztin sowie auch der Angehörigen und ggf. der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern. Die Umsetzung eines gemeinsam erarbeiteten Konzeptes sollte durch bereichsübergreifende Schulungen begleitet und fortlaufend evaluiert werden. Ein wichtiger Bestandteil eines einrichtungsinternen Ess- und Trinkkonzeptes sind Verfahrensanweisungen und Richtlinien bei Nahrungsverweigerungen und zum Vorgehen bei verordneter künstlicher Ernährung, die beispielsweise in Ethik-Zirkeln für die jeweiligen Bedingungen entwickelt werden können.

c) Auswahl der Köchin/des Kochs

Eine Voraussetzung für die Umsetzung eines gelingenden Ess- und Trinkkonzeptes ist die sorgfältige Auswahl der Köchin/des Kochs, insbesondere in zentral organisierten Küchen. Diese/r sollte eine hohe Dienstleistungsorientierung aufweisen. Ein guter Informationsstand

über moderne, gesundheitsförderliche Produkte und neue Techniken der Speisenherstellung und –aufbewahrung muss selbstverständlich sein. Koch oder Köchin sollten darüber hinaus auch geriatrische Kenntnisse und spezielle Kenntnisse über Seniorenernährung haben, um die Möglichkeiten konventioneller oraler Ernährung alter und pflegebedürftiger Menschen ausschöpfen zu können.

d) Flexibilisierung hinsichtlich der Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner

Verpflegungskonzepte sollten sich an den Vorstellungen, Wünschen und Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner orientieren, was auch ein gewisses Maß an Flexibilität im Hinblick auf Essenszeiten und die Art der Essenseinnahme (z.B. Angebote an Fingerfood) erfordert. Beispielsweise kann das Frühstück und Abendessen in einem größeren Zeitintervall angeboten und somit Rücksicht auf individuelle Schlafgewohnheiten genommen werden. Zwischenmahlzeiten sollten jederzeit zur Verfügung stehen. Ferner bietet es sich an, Wohnküchen zur gemeinsamen Essenszubereitung einzurichten. Bewohnerinnen und Bewohner sind über den Heimbeirat in die Essensplanung und Gestaltung einzubeziehen.

e) Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen

Um die Qualität der Speisen und Getränke sowie die Atmosphäre bei den Mahlzeiten in einem kontinuierlichen Prozess an die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner anzupassen, sollten regelmäßig Zufriedenheitsbefragungen durchgeführt werden. Zugleich kann eine wachsame Beobachtung der Akzeptanz der Angebote bei den Bewohnerinnen und Bewohnern, insbesondere bei Bewohnern mit demenziellen Erkrankungen, Aufschluss über einen Veränderungsbedarf bei der Mahlzeitengestaltung geben. Auch sollten Köche und Mitarbeiter/innen der Küche in den Wohnbereichen öfter präsent sein. Konkreten Beschwerden ist unmittelbar abzuhelpfen.

f) Festlegung besondere Anlässe

Essen und Trinken und die damit verbundenen Rituale sind wichtige tages- und wochenstrukturierende Elemente, von denen für die Alltagsgestaltung in Einrichtungen aktivierende und gemeinschaftsförderliche Impulse ausgehen. Daher sollte der hohe Stellenwert des Essens und Trinkens, z.B. durch die Einrichtung eines Restaurants, das sowohl von Bewohnern und Angehörigen als auch von Gruppen und Gästen aus der Nachbarschaft aufgesucht werden kann, unterstrichen werden. Gemeinsam geplante und gestaltete Festmenüs bieten Höhepunkte und Abwechslung.

g) Schaffung angenehmer Atmosphäre und Angebot appetitlicher, altersgerechter Speisen

Hierzu zählt auch, für die Schaffung einer gemütlichen und einladenden Atmosphäre (Raum, Lichtgebung, Beschallung, Bestuhlung, Geschirr, Dekoration) Sorge zu tragen. Um Bewohnerinnen und Bewohner generell zum Essen und Trinken zu stimulieren, sind weitere Maßnahmen wie die Einrichtung von Getränke- und Snackinseln, die Schaffung eines Angebots an farb- und aromaintensiven Getränken sowie an regional typischen und auch abwechslungsreichen Speisen zu empfehlen. Appetitlosigkeit ist einer der Hauptgründe für kleiner werdende Verzehrmenngen im Alter. Einer altersgerechten Ernährung entsprechen kleinere, häufigere und abwechslungsreiche Mahlzeiten (drei Haupt- und zwei bis drei Zwischenmahlzeiten). Essenskomponenten sollten grundsätzlich getrennt, nach Möglichkeit nicht zerkleinert, garniert, auf Porzellangeschirr serviert werden.

h) Förderung der Selbständigkeit und Unterstützung hilfebedürftiger Bewohnerinnen und Bewohner

Bewohnerinnen und Bewohner sollten im Rahmen ihrer Fähigkeiten selbst die mundgerechte Zubereitung der Speisen übernehmen können. Gleichzeitig sollte jede Bewohnerin und jeder Bewohner seinen Bedürfnissen entsprechend beim Essen und Trinken fürsorgliche, zugleich aber auch die Selbsthilfepotentiale fördernde, Unterstützung erfahren. Hierzu wird u.a. der Einsatz geeigneter Hilfsmittel zum Essen (z.B. Besteck mit Griffverstärkung, Tellerranderhöhung) und Trinken (z.B. Becher mit Griffverstärkung oder Griffmulde, Nasenbecher oder Becher mit verschließbarem Trinkhalm) zum Erhalt oder zur Verbesserung der Selbständigkeit empfohlen. Das Darreichen der Speisen und Getränke ist dem Tempo des hilfebedürftigen Menschen anzupassen. Ggf. sind hierzu Veränderungen in der Ablauforganisation notwendig – Zeitmangel darf kein Grund sein, Nahrung schneller oder weniger als vom Bewohner gewünscht, darzureichen. Denkbar ist aber auch die Einbindung ehrenamtlich Tätiger bei den Mahlzeiten.

Praxishinweise

Alles in allem erfordert eine systematische, umfassende Veränderung der Ess- und Trinkkultur des Hauses sehr viel Kreativität, Wissen und Engagement seitens des Managements sowie der hauswirtschaftlichen und pflegenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, was oftmals erst erlernt und erprobt werden muss. Darüber hinaus sind einige Maßnahmen mit Veränderungen der räumlichen Gestaltung sowie organisatorischen Anpassungen verbunden, die Veränderungen in der Ablauforganisation, der Dienstplangestaltung und auch im gesamten Pflegeprozess nach sich ziehen. Ebenso sind klare Regelungen an den Schnittstellen Küche, Hauswirtschaft und Pflege zu treffen. Durch bereichsübergreifende Besprechungen und Schulungen ist dafür Sorge zu tragen, dass alle Mitarbeiter/innen der einzelnen Bereiche gemeinsam eine Verbesserung der Ess- und Trinkkultur in der Einrichtung anstreben. Nach der Realisierung von ausgewogener, abwechslungsreicher, gesunder und schmackhafter Ernährung in einer Pflegeeinrichtung durch ein dienstleistungsorientiertes und phantasievolles Küchenteam wird auch die bisherige niedrige Gewichtung der eingesetzten Lebensmittel im Pflegesatzanteil tangiert werden.

Informationsmaterialien und weitere Auskünfte

BUCHVERÖFFENTLICHUNG „DER HEIMKOCH. ESSKULTUR IM HEIM“

Herausgegeben von Markus Biedermann und Alfred Hoffmann unter Mitarbeit von Claire Désenfant

Zu beziehen über:

Direkt über den Buchhandel (ISBN 3-87870-487-9) oder Vincentz Network, Postfach 62 47, 30062 Hannover, Telefon (0511) 99 100 33, Fax (0511) 99 100 29, E-Mail:

buecherdienst@vincentz.net, Internet: www.vincentz.net

LOSEBLATTSAMMLUNG „ERNÄHRUNG VON SENIOREN UND PFLEGEBEDÜRFTIGEN: DER LEITFADEN FÜR ALLE VERANTWORTLICHEN IN PFLEGEEINRICHTUNGEN UND KLINIKEN“

Herausgegeben von. Helmut Heseke (Universität Paderborn) und Volker Odenbach (Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V.)

zu beziehen über:

Direkt über den Buchhandel oder Behr`s Verlag, Averhoffstraße10, 22085 Hamburg, Telefon (040) 22 70 080, Fax (040) 22 01 091, E-Mail: info@behrs.de, Internet: www.behrs.de.

PROJEKT „PRAXISNAHE MÖGLICHKEITEN ZUR VERBESSERUNG DER ERNÄHRUNGSSITUATION UND ALLTAGSMOBILITÄT IM ALTER (PATRAS – PADERBORNER BEWEGUNGSSTUDIE)“

Ein Kooperationsprojekt an der Universität Paderborn in enger Zusammenarbeit mit dem Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V.

Informationen zu beziehen über:

Professor Dr. Helmut Heseke, Universität Paderborn, Warburger Straße 100, 33095 Paderborn, Telefon (05251) 60 38 35, Fax (05251) 60 34 25, E-Mail: heseke@physik.upb.de.

und

Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V., Gesundheits- und Altenhilfe, Referat Altenhilfe, Postfach 1360, 33043 Paderborn, Telefon (05251) 20 92 83, Fax (05251) 20 92 02

BROSCHÜRE „GRUNDSATZSTELLUNGNAHME ERNÄHRUNG UND FLÜSSIGKEITSVERSORGUNG ÄLTERER MENSCHEN“

Herausgegeben vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS)

Zu beziehen über:

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Lützwowstraße 53, 45141 Essen, Telefon (0201) 83 27 0, Fax (0201) 83 27 100, E-Mail: office@mds.de, Internet: www.mds-ev.de (auch als Download verfügbar).

CD-ROM 'QUETIA. QUALITÄTSSICHERUNG ESSEN UND TRINKEN IM ALTER'

Herausgegeben vom Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Zu beziehen über:

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Bundesgeschäftsstelle, Hannoversche Straße 19, 10115 2002 Berlin, Telefon (030) 30 87 88 60, Fax (030) 30 87 88 89, E-Mail: bund@bpa.de, Internet: www.bpa.de

EMPFEHLUNGEN ZUR DIENSTLEISTUNGSKONZEPTION HAUSWIRTSCHAFT IN EINRICHTUNGEN DER STATIONÄREN ALTENHILFE

Herausgegeben vom Berufsverband Hauswirtschaft e.V.

Zu Beziehen über:

Berufsverband Hauswirtschaft e.V., Waiblinger Straße 11/3, 71384 Weinstadt, Telefon (07151) 43 770, Fax (7151) 47 625; E-Mail: info@Berufsverband-Hauswirtschaft.de, Internet: www.Berufsverband-Hauswirtschaft.de

PRAXISHANDBUCH „DIE ERNÄHRUNG DEMENZKRANKER IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN. PRAKTISCHE ERFAHRUNGEN UND EMPFEHLUNGEN AUS DER MILIEUTHERAPIE“

Herausgegeben von der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung e.V.

Zu Beziehen über:

Geschäftsstelle der Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V., Perker Str. 78, 51674 Wiehl, Telefon (02296) 99 96 59, Fax (02296) 90 86 99, E-Mail: info@demenz-ded.de, Internet: www.demenz-ded.de

INFORMATIONSBROSCHÜRE FÜR ANGEHÖRIGE UND PROFESSIONELL PFLEGENDE, DEMENZ UND ERNÄHRUNG: GUT FÜR LEIB UND SEELE - ESSEN UND TRINKEN MIT ALLEN SINNEN.

Herausgegeben vom Social Invest Consult, im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen.

Zu Beziehen über:

SIC – Gesellschaft für Forschung, Beratung, Organisationsentwicklung und Sozialmanagement mbH, Fröhlichstraße 16, 88150 Augsburg, Telefon (0821) 22 79 90, Fax (0821) 22799-15, E-Mail: kontakt@sic-augsburg.de, Internet: www.social-invest-consult.de.

2. Umsetzungshinweise zur Verbesserung der Stellung der Bewohnerinnen und Bewohner als zahlende Verbraucher

D. Durch ortsnahe und regelmäßige Beratung und Unterstützung die Mitwirkungsmöglichkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner stärken.

Gegenwärtig wird die gesetzlich geregelte Mitwirkung des Heimbeirats in der Praxis nur zögerlich umgesetzt, was u.a. auf eine fehlende fachliche Vorbereitung und Anleitung für die Aufgaben zurückgeführt werden kann. Insbesondere die Mitwirkung des Heimbeirats in den Bereichen Qualitätssicherung sowie Leistungs-, Qualitäts- und Vergütungsvereinbarungen sowie bei Prüfungen ist neu, was neue Ansätze einer sachkundigen Unterstützung der Heimbeiratsarbeit erfordert. Ein wesentliches Ziel sollte sein, dem Heimbeirat in Bezug auf seine Mitwirkungsrechte die Grundlagen, Rahmenbedingungen und Abläufe eines Heimbetriebs und seiner Leistungsanforderungen zu vermitteln. Daher regt der Runde Tisch Pflege den Aufbau eines flächendeckenden Angebotes an, das die ortsnahe und regelmäßige Beratung und Unterstützung von Heimbeiräten und Heimfürsprechern über ihre Mitwirkungsmöglichkeiten, deren Um- und Durchsetzbarkeit in Alltag von stationären Pflegeeinrichtungen sowie über politisch bedeutsame Entwicklungen gewährt. Dies ist eine Aufgabe, derer sich die Länder im Rahmen ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Förderung der Heimbeiratsarbeit anzunehmen haben.

Konkrete Anknüpfungspunkte bieten die Erfahrungen des Projekts ‚Multiplikatorenschulung‘, welches die Bundesinteressenvertretung und Selbsthilfeverband der Bewohnerinnen und Bewohner von Altenwohn- und Pflegeeinrichtungen (BIVA) e.V. mit finanzieller Unterstützung des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend entwickelt und erprobt und das die BIVA anschließend im Auftrag einiger Länder weitergeführt hat. Mit dem Projekt wurde zugleich praxisnah und bedarfsorientiert ein Curriculum zur Aus- und Weiterbildung der Multiplikatoren erstellt. Um das gewünschte dezentrale Informationsangebot sicherstellen zu können, wurden im Rahmen des Projekts geeignete Personen (sog. Multiplikatoren) als ehrenamtlich tätige Beraterinnen und Berater für die Heimbeiräte und Heimfürsprecher ausgebildet. Außerdem wurden die Rahmenbedingungen, unter denen die Heimbeiratsarbeit stattfindet und der Unterstützungsbedarf der Heimbeiräte und Heimfürsprecher analytisch erfasst. Auf diese Weise konnten zielgerichtet Anregungen für eine effektive Weiterbildung und Unterstützung der Heimbeiräte und Heimfürsprecher gegeben werden.

Übersicht: Multiplikatorenschulungen

a) Ziele

Multiplikatorenschulungen beinhalten eine Grundausbildung in drei je dreitägigen Ausbildungsblöcken sowie regelmäßige Weiterbildungen zur Aktualisierung des Wissenstandes und zum Austausch über Probleme in der Umsetzungspraxis.

b) Ausbildungsinhalte

Multiplikatoren lernen

- wesentliche Gesetze, Rahmenbedingungen und Abläufe eines Heimbetriebs kennen und verstehen,
- die Rollen und Wirkungen der verschiedenen Akteure, die das Leben in stationären Pflegeeinrichtungen gestalten, kennen und verstehen
- Probleme der Mitwirkungspraxis zu erfassen und Strategien sowie konkrete Möglichkeiten zur Vermeidung und Bewältigung der Probleme zu entwickeln,
- Weiterbildungen für Heimbeiräte und andere an den Belangen der Heimbewohner interessierte Personen zu initiieren, zu organisieren und teilnehmerorientiert effektiv durchzuführen,
- Weiterbildungsmaßnahmen evaluieren zu können.

c) Zielgruppe

In Frage kommen ehrenamtliche und hauptamtliche Personen wie z.B. Seniorenvertretungen/Seniorenräte, Vertreter von Seniorenbüros oder Sozialverbänden, Seniorenbeauftragte und Vertreter der Heimaufsicht, Angehörige und andere an der Unterstützung von Heimbewohnern interessierte Personen.

d) Perspektiven

In den Ländern Berlin, Brandenburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein konnte die BIVA seit März 2002 Multiplikatoren schulen, um dort künftig flächendeckend regelmäßige Ausbildungs- und Informationsveranstaltungen für Heimbeiräte anbieten zu können.

Praxishinweise

Mittlerweile ist ein Handbuch für Multiplikatoren zur Aus- und Weiterbildung von Heimbeiräten verfügbar, in dem auch die länderspezifischen Besonderheiten aufgenommen wurden (Brandenburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein). Dieses Handbuch dient den Multiplikatoren als Grundlage und Arbeitshilfe für ihre Arbeit mit den Heimbeiräten.

Das Ausbildungskonzept kann von den übrigen Ländern im Rahmen ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Förderung der Heimbeiratsarbeit aufgegriffen und von den Ländern, die die Grundausbildung bereits modellhaft gefördert haben, weitergeführt werden. Dies bietet die Chance, dass Heimbeiräten und Heimförsprechern in absehbarer Zeit möglichst flächendeckend Unterstützungen erhalten, die hinsichtlich ihrer Qualität den gesetzlichen und lebenspraktischen Anforderungen genügen, wegen ihrer Ortsnähe zu einer echten Informationsquelle und wegen ihrer Regelmäßigkeit zu einer beständigen Einrichtung werden.

Informationsmaterialien und weitere Auskünfte

BROSCHÜRE „DER HEIMBEIRAT. EIN INFORMATIONSBLETT ÜBER DIE MITWIRKUNG DER BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER IN ANGELEGENHEITEN DES HEIMBETRIEBS“

Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Zu beziehen über:

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Postfach 201551, 53145 Bonn, Telefon (0180) 5 32 93 29; E-Mail: broschuerenstelle@bmfsfj.bund.de; Internet: www.bmfsfj.de, (Download: www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen,did=3168.html)

WIRKSAME INTERESSENVERTRETUNG IM HEIM. HANDBUCH MIT PRAXISBEISPIELEN FÜR HEIMBEIRÄTE, HEIMFÜRSPRECHER, BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER, IHRE ANGEHÖRIGEN UND SONSTIGE VERTRAUENSPERSONEN.

und

HANDREICHUNGEN FÜR DIE PRAXIS DER HEIMBEIRATSARBEIT. EINE ARBEITSHILFE ZUR GESTALTUNG DER MITWIRKUNGSRECHTE

und

MULTIPLIKATORENHANDBUCH ZUR AUS- UND WEITERBILDUNG VON HEIMBEIRÄTEN ZUZÜGLICH HEIMGESETZ UND HEIMMITWIRKUNGSVERORDNUNG

Alle herausgegeben von der Bundesinteressenvertretung und Selbsthilfeverband der Bewohnerinnen und Bewohner von Altenwohn- und Pflegeeinrichtungen. (BIVA) e.V.

Zu beziehen über:

Bundesinteressenvertretung und Selbsthilfeverband der Bewohnerinnen und Bewohner von Altenwohn- und Pflegeeinrichtungen (BIVA) e.V., Vorgebirgsstrasse 11, 53913 Swisttal, Telefon (02254) 70 45, Fax (02254) 7046, E-Mail: info@biva.de, Internet: www.BIVA.de

ANLAUFSTELLE PFLEGE IM HEIM. EIN LEITFADEN FÜR SENIORENRÄTE

Herausgegeben vom Landesseniorenrat Baden-Württemberg

Zu beziehen über:

Landesseniorenrat Baden-Württemberg, Rotebühlstraße 131, Telefon (0711) 61 38 24, E-Mail: lsr-bw@t-online.de, Internet: www.landesseniorenrat-bw.de (Download: <http://www-landesseniorenrat-bw.de/Dokumente/LF-Anlaufst.pdf>)

E. Durch kommunale Beschwerdestellen den Verbraucherschutz lokal stärken.

Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen, ihre Angehörigen und nicht zuletzt auch Heimbeiräte fühlen sich oftmals vom Heimträger abhängig, so dass sie zu häufig zurückhaltend mit Kritik und Verbesserungsvorschlägen sind. Gute Erfahrungen liegen mit der Einrichtung kommunaler Beschwerdestellen vor. Bei Problemen, Missständen und Fehlentwicklungen im Altenpflegebereich besteht so für pflegebedürftige Menschen, ihre Angehörigen sowie auch Pflegende die Möglichkeit, sich neben der Heimaufsicht und der Pflegekasse an eine weitere institutionell unabhängige Instanz zu wenden. Beschwerdestellen beraten Beschwerdeführer und Ratsuchende und vertreten in jedem vorgetragenen Einzelfall die Interessen der betroffenen Menschen gegenüber Leistungserbringern und -trägern. Ziel der Arbeit von Beschwerdestellen ist es, unter Einbeziehung aller Beteiligten den Sachverhalt abzuklären und gemeinsam mit ihnen die individuell bestmögliche Lösung zu entwickeln.

Orientierung zum Aufbau einer kommunalen Beschwerdestelle bieten die Erfahrungen der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung mit geförderten Beschwerdestelle der Stadt München (Übersicht 5), welche bereits im Sommer 1997 eingerichtet wurde. Ähnliche Stellen entstanden in den letzten Jahren im ganzen Bundesgebiet.

Übersicht 5: Beschwerdestelle München

a) Ausgangssituation der Beschwerdestelle München

Nachdem in der Presse Missstände in der Altenpflege gehäuft aufgegriffen wurden, beschloss daraufhin der Münchner Stadtrat einstimmig die Einrichtung der Beschwerdestelle als Ombudsstelle beim Oberbürgermeister. Die Beschwerdestelle ist eine freiwillige Einrichtung der Stadt München, die nur tätig wird, wenn die gesetzlichen Kontrollbehörden noch nicht eingeschaltet und befasst sind. Wenn sich aus der Tätigkeit der Beschwerdestelle die Notwendigkeit ergibt, so leitet die Beschwerdestelle die Problemlage an andere Kontrollinstanzen weiter und bemüht sich grundsätzlich um eine Abstimmung und Kooperation mit diesen.

b) Aufgaben

Die Tätigkeit der Münchener Beschwerdestelle besteht aus

- fachkundiger Beratung, Unterstützung und Begleitung, wenn der Wunsch besteht, die Anliegen selbst weiter zu entwickeln,
- eigenen Recherchen nach Absprache und mit dem Einverständnis der Beschwerdeführenden auf Wunsch unter Wahrung der Anonymität,
- angemeldeten und unangemeldeten Prüfungen der Beschwerden vor Ort auf der Grundlage von Kooperationsvereinbarungen mit den Trägern der Einrichtungen,
- Weiterleitung bei Bedarf an die gesetzlich beauftragten Stellen (Heimaufsicht, Kassen), wenn z.B. Lösungen nicht akzeptiert werden,
- Beratung der Einrichtungen und Träger zu den strukturellen Erkenntnissen über Schwachstellen,
- regelmäßiger Berichterstattung gegenüber dem Oberbürgermeister und Stadtrat, verbunden mit Vorschlägen für gezielte Verbesserungen,

- Vertretung der Interessen pflegebedürftiger alter Menschen in verschiedenen Gremien und in der Öffentlichkeit.

c) Erfahrungen, Erfolge

Mit der Beschwerdestelle wurde eine neutrale und fachkompetente Stelle geschaffen, die sich an den Bedürfnissen und Interessen der pflegebedürftigen alten Menschen orientiert. Die Bearbeitung der Einzelfälle gestaltet sich nicht selten zu einem Lehrstück für die Einrichtungen und Träger mit weiterreichenden Anstößen. Und im Zusammenhang mit der Berichterstattung der Beschwerdestelle beschloss der Stadtrat in den letzten Jahren einstimmig besondere und zusätzliche Leistungen der Stadt München. Diese sind trotz leerer kommunaler Kassen bis heute mit einem Gesamtumfang von über 4,6 Millionen Euro jährlich fortgeführt worden. Die Beschwerdestelle München erreicht in vielen Einzelanliegen für die betroffenen pflegebedürftigen alten Menschen Verbesserungen der am individuellen Bedarf orientierten Qualität der Pflege. Auch verbesserten sich die Kontakte zwischen den Beteiligten und es entschärften sich entstandene Konflikte.

Praxishinweise

Die Beschwerdestelle hat keine Kompetenz zur Erteilung von Auflagen oder anderen Sanktionen.

Informationsmaterialien und weitere Auskünfte

BERICHT ÜBER DIE TÄTIGKEIT DER STÄDTISCHEN BESCHWERDESTELLE FÜR PROBLEME IN DER ALTENPFLEGE IN DEN JAHREN 2003 UND 2005

und

„RATGEBER FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE ALTE MENSCHEN UND IHRE ANGEHÖRIGEN. WIE ERKENNEN SIE DIE QUALITÄT VON PFLEGEDIENSTEN UND ALTEN- UND PFLEGEHEIMEN“

Alle Herausgegeben von der Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege der Landeshauptstadt München

Zu Beziehen über:

Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege der Landeshauptstadt München, Rathaus, Marienplatz 8, 80331 München, Telefon (089) 23 39 69 66, Fax (089) 23 32 19 73)

E-Mail: staedtische_beschwerdestelle.altenpflege@muenchen.de,

Internet: www.muenchen.de/beschwerdestelle-altenpflege

3. Umsetzungshinweise zur Verbesserung der Qualität in der stationären Betreuung und Pflege

F. Verbesserung der Qualität durch Umsetzung eines einrichtungsinternen Beschwerdesystems.

Ein Beschwerdemanagement ist ein institutionalisiertes Verfahren, das aus verbindlichen Regelungen zur Beschwerdestimulierung, -annahme, -bearbeitung, -reaktion und -auswertung besteht und muss Bestandteil des Qualitätsmanagements in Einrichtungen der Altenpflege sein. Für Einrichtungen sind Beschwerden, insbesondere von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie auch von Angehörigen, wichtige Informationsträger für eine dauerhafte und nutzerorientierte Verbesserung der Leistungsqualität. Daher sollten Beschwerden direkt dort erhoben werden, wo sie entstehen. Jede Beschwerde birgt die Möglichkeit, Defizite zu erkennen und die Chance, Situationen oder Prozesse zu verbessern. Der wirtschaftliche Schaden von nicht wahrgenommenen Beschwerden kann hingegen beachtliche Dimensionen annehmen. Ungeachtet dieser Vorteile, werden Beschwerden zu häufig nicht systematisch erhoben und ausgewertet. Ratsam sind Konzepte, die die Bedeutung von Beschwerden für die Einrichtung herausstellen, Beschwerden stimulieren und deren Bearbeitung und Auswertung garantieren.

Übersicht: Umsetzung eines internen Beschwerdesystems

Maßnahmen

- 1.** Bewohnerinnen und Bewohner, deren Angehörige sowie der Heimbeirat und nicht zuletzt auch alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind im Zuge frühest möglicher Information und Öffentlichkeitsarbeit zu ermutigen, sich zu beschweren. Es muss bekannt sein, wo und in welcher (einfachen) Form man sich beschweren kann. Dabei sollte gezeigt werden, dass Beschwerden keine Störungen darstellen, sondern erwünscht sind.
- 2.** Ein standardisiertes Beschwerdeformular kann ein zentrales Instrument eines jeden Beschwerdemanagements sein. Hierdurch lässt sich der Eingang der Beschwerde, Angaben des/der Beschwerdeführer/in und Einzelheiten der Beschwerde erfassen. Hilfreich ist, die erforderlichen Formulare zusammen mit den Beschäftigten zu entwickeln und den Bewohnerinnen und Bewohnern zu erläutern. Alternativ oder aber parallel zur Anwendung eines Beschwerdeformulars kann eine regelmäßige Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern, z.B. alle sechs Monate, zu Problembereichen der Betreuung und Pflege, aus denen sich Beschwerden entwickeln können, zentrales Instrument eines Beschwerdemanagements sein. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in der Interviewtechnik geschult sind, sollten diese Befragung durchführen. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass immer die Mitarbeiter/innen zu den Bewohner/innen geschickt werden, mit denen die Befragten gerne reden.
- 3.** Für die Bearbeitung von Beschwerden ist ein klares Verfahren festzulegen, beispielsweise in Bezug auf Verantwortlichkeiten und den Zeitraum der Beschwerdebearbeitung. Zur Vorbereitung der Auswertung und Bearbeitung ist das Beschwerdegesehen übersichtlich zu dokumentieren.

4. Das Aufkommen an Beschwerden wird regelmäßig in quantitativer Hinsicht analysiert. Leitungs- und Teilleitungskräfte nehmen sich regelmäßig Zeit für die Lektüre, Diskussion und Beantwortung von Beschwerden in Form von moderierten Fallbesprechungen.

5. Beispielsweise in Qualitätszirkeln kann eine Ursachenanalyse vorgenommen und konkrete Verbesserungen unter Nennung von Verantwortlichkeiten geplant werden, was in einem Ergebnisprotokoll festzuhalten ist. Verbesserungsmaßnahmen sind so zügig wie möglich umzusetzen. In Wiederholungsbesprechungen ist zu überprüfen, welche Beschwerde bereits behoben werden konnten und wo noch weiterer Lösungsbedarf besteht.

Praxishinweise

Ein systematisch eingeführtes Beschwerdemanagement kann sich auf alle Bereiche der Einrichtung positiv auswirken. Ergebnisse des Beschwerdemanagements sollten für alle Beteiligten transparent sein, kontinuierlich bekannt gegeben und in einem geeigneten Rahmen diskutiert werden. Wichtig für den Erfolg eines Beschwerdemanagements ist es, dass es von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterstützt wird. Auch sollte sich die Verfahrensweise im Leitbild widerspiegeln. Unbedingt erforderlich ist zudem, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rahmen eines Trainings mit Maßnahmen des Beschwerdemanagements vertraut gemacht werden. Dies betrifft alle Beschäftigten aller Bereiche (Küche, Beschäftigungstherapie, Verwaltung etc.). In Form von Rollenspielen sind konkrete Beschwerdesituationen einzuüben. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden hierdurch im Umgang mit Konflikten geschult, lernen Strategien zur Vermeidung von Konflikten und werden motiviert, Lösungswege zu entwickeln.

Die Einführung eines Beschwerdemanagements kann sowohl durch externe Berater als auch durch Qualitätsbeauftragte der Einrichtung begleitet werden. Um den finanziellen Aufwand so gering wie möglich zu halten, wird empfohlen, Verantwortungsbereiche und Multiplikatoren aufgaben an die mittlere Führungsebene (Wohnbereichsleitungen, Küchenleitung etc.) zu übertragen.

Informationsmaterialien und weitere Auskünfte

SCHRIFTENREIHE ARBEITSHILFEN FÜR DIE PRAXIS (BAND 1) „BESCHWERDEMANAGEMENT – QUALITÄTSSICHERUNG OHNE UMWEGE“

und

SCHRIFTENREIHE ARBEITSHILFEN FÜR DIE PRAXIS (BAND 2) „BESCHWERDEMANAGEMENT: SOFTWARE UND HANDBUCH ZUR BESCHWERDEAUSWERTUNG“

Beide herausgegeben von Gerhardt Tinnefeldt.

Zu Beziehen über:

Buchhandel oder Direktbestellung bei Gerhardt Tinnefeldt, Friedrich-Harkort-Straße 32, 44789 Bochum, Telefon (0234) 46 08 20, Fax (0234) 47 60 69, E-Mail: gerhardt@tinnefeldt.de, Internet: www.tinnefeldt.de.

GEORG BEEZ, SENIORENHEIM INGRID BRICKWEDEL GMBH

Hafenstr. 3, 27624 Drangstedt, E-Mail: verwaltung@seniorenheim-brickwedel.de, Internet: www.seniorenheim-brickwedel.de

G. Durchführung von Pflegevisiten zur Verbesserung des internen Qualitätsentwicklungsprozesses.

Die Pflegevisite stellt ein Instrument der internen Qualitätssicherung dar. Festzustellen ist, dass entsprechend dem gesetzlichen Auftrag in etlichen Einrichtungen inzwischen Pflegevisiten durchgeführt oder zumindest vorbereitet werden. Dabei fällt auf, dass häufig das Konzept der Pflegevisite unklar oder unzweckmäßig ist und dass keine ausreichende Abgrenzung von anderen qualitätssichernden Maßnahmen erfolgt. Die Pflegevisite ersetzt beispielsweise nicht das Beschwerdemanagement und dient ausdrücklich nicht der Mitarbeiterkontrolle bzw. -beurteilung. Ebenso festzustellen ist, dass bei der Anwendung von Pflegevisiten Inhalt und Zielsetzung oft unpräzise bleiben. So sind die vorhandenen Instrumente oftmals aus pflegefachlicher Sicht nicht geeignet, die Qualität erbrachter Leistungen angemessen zu erfassen. Ebenso bleiben die Ergebnisse oft zufällig, subjektiv und nicht vergleichbar.

Die gezielte Anwendung von Pflegevisiten dient der Feststellung des Pflegezustandes sowie der Einschätzung der Wirkung der durchgeführten Maßnahmen auf die/den Betroffene/n anhand festgelegter Kriterien mit dem Ziel der Sicherung der Qualität der Pflege und Betreuung. Sie ist zu verstehen als gezielte Interaktion zwischen Pflegeverantwortlichen und Bewohner(n)/-innen und ggf. deren Angehörigen. Das beinhaltet im direkten Prozess der Pflegevisite die Einbeziehung des/der Bewohner(s)/-in in den Pflege- und Betreuungsprozess, sowie auch die Prüfung der Zufriedenheit des/der Bewohner(s)/-in und die Überprüfung von Eignung und Qualität der erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen.

Übersicht: Durchführung von Pflegevisiten

a) Vorbemerkung

Indirekt dient die Pflegevisite als Instrument der pflegefachlichen Beratung, Grundlagenarbeit, Beratung und Fortbildung für die Praxis der Altenhilfe, der Überprüfung des Grades der Implementierung der internen Qualitätssicherung (z.B. des Einrichtungsleitbildes und pflegetheoretischer Grundlagen), der Feststellung des Optimierungsbedarfs der Pflege- und Betreuungsleistungen (beispielsweise durch Reorganisations- und Fortbildungsmaßnahmen), Verdeutlichung der von der Einrichtung angebotenen und erbrachten Leistungen gegenüber dem/der Bewohner/-in und ggf. seinen/ihren Angehörigen sowie der Ermutigung des/der Bewohner(s)/-in und seiner/ihrer Angehörigen zur kritischen Auseinandersetzung mit den Leistungen der Einrichtung (Beschwerdestimulierung).

b) Anlässe zur Durchführung von Pflegevisiten

Sie wird in der Regel initiiert von Leitungskräften, kann aber auch von Pflegenden oder Bewohner(n)/-innen und ggf. ihren Angehörigen z.B. bei Beratungsbedarf oder aufgrund einer Beschwerde veranlasst werden. Die Pflegevisite kann z.B. im Rahmen von Routine- oder Anlassvisiten der verantwortlichen Pflegefachkraft oder bei aktuellen (positiver o. negativer) Veränderungen des Pflegezustandes eines/einer Bewohner(s)/-in erfolgen. Daneben können Pflegevisiten in schwierigen Pflegesituationen oder vor im Team kontrovers diskutierten pflegerischen Entscheidungen eine Beratungs- und Entscheidungshilfe für die verantwortliche Pflegefachkraft darstellen.

c) Erforderliche Vorbereitungen

- Definition konkreter Umsetzungsregeln (z.B. Häufigkeit der Durchführung, Auswahlkriterien, Art der Dokumentation und Auswertung der Befunde, Vereinbarung geeigneter Maßnahmen und Kontrolle ihrer Durchführung, realistische Zeitplanung)
- Schulung der Mitarbeiter/innen (Ziele, Anwendung und Nutzen von Pflegevisiten)
- Kriterien zur Auswahl der Visiten-Beauftragten entsprechend der Größe, Aufbauorganisation und Personalstruktur der Einrichtung.
- Angepasste Stellenbeschreibungen, Arbeitszeitregelungen und Zeitverteilungsplanungen der Pflegevisiten-Beauftragten
- Regelungen zur Form der Zusammenarbeit mit den Wohnbereichen (Ankündigung und zeitliche Lage der Pflegevisite; Beteiligung der Pflegenden, Auswertungsgespräche, Vereinbarungen und Kontrolle der Umsetzung).
- Festlegung eines Verfahrens zur Form der Dokumentation von Pflegevisiten, Auswertungsgesprächen und Kontrollvisiten.

d) Schritte der Pflegevisiten mithilfe von Checklisten

1. Im ersten Schritt werden Informationen zum Bewohner erfasst, um auf die Bewohner-situation vorzubereiten.
2. Das „Bewohnergespräch“ mithilfe fest vorformulierter Fragen dient dazu, die Zufriedenheit zu erfassen. Die Pflegevisite erfolgt in Form eines Gespräches, in dem die verantwortliche Pflegefachkraft oder eine andere durch die Einrichtung autorisierte Person (beispielsweise der/die Qualitätsbeauftragte) mit dem/der Bewohner/-in und seinen/ihrer Angehörigen über die Durchführung und Wirkung der geplanten Pflege und Betreuung spricht und den Grad der Zufriedenheit des/der Bewohner(s)/-in eruiert. Dieses Bewohnergespräch ist unbedingt zu führen. Wenn der Bewohner selbst nicht mehr auskunftsfähig ist, werden Angehörige zu dem Gespräch gebeten. Ziel ist eine enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen.
3. Der dritte Schritt dient der Dokumentation von Beobachtungen. Die Feststellung des Pflegezustandes erfolgt, indem das Erscheinungsbild einschließlich der Kommunikations- und Orientierungsfähigkeit des/der Bewohner(s)/-in während des Gespräches und/oder während einer Pflegesituation beobachtet wird. Ist der Bewohner nicht auskunftsfähig, ist die Anwesenheit des Anwenders während einer Pflegesituation zwingend erforderlich. Die Beobachtungen werden notiert und bewertet.
4. Der vierte Schritt dient der Überprüfung von Pflegedokumentation und Pflegeplanung. Dabei wird einerseits überprüft, ob mit der Gesamtsituation des Bewohners sach- und fachgerecht umgegangen wird, ob alle erforderlichen Maßnahmen geplant werden und ob die jeweiligen Maßnahmen geeignet sind. Andererseits wird überprüft, inwieweit die Ergebnisse aus dem Bewohnergespräch und der Pflegebeobachtung deckungsgleich sind mit den Informationen aus der Pflegedokumentation. Ziel ist es, zu erfahren, ob die für den Bewohner geplante Pflege wie vorgegeben durchgeführt wurde.
5. Der fünfte und letzte Schritt dient der Auswertung. Dabei werden positive wie kritische Befunde an die Pflegekräfte zurückgemeldet und Vereinbarungen bezüglich des Handlungsbedarfs getroffen. Alle an der Pflege und Betreuung des Bewohners beteiligten Personen werden über die Ergebnisse informiert, es werden Umsetzungsvereinbarungen getroffen und

Kontrolltermine festgelegt. Die Ergebnisse regelmäßiger Pflegevisiten müssen in das Leitungshandeln einfließen (z.B. Einleiten organisatorischer, konzeptioneller oder gestalterischer Veränderungen, Angebote gezielter Schulung/Fortbildung, Coaching von Wohnbereichsleitungen).

Ergebnisse/Erfahrungen aus Praxisberichten

- Bedenken über den hohen Zeitaufwand können im Zuge einer Anwenderoutine entkräftet werden.
- Nach einer systematischen Einführung sind die beteiligten Leitungen und Mitarbeiter/-innen in der Lage, strukturiert mit Wohnbereichs- und Pflegevisiten umzugehen und sie auch einzusetzen. Sie sind gewohnt zu prüfen und auch selbst geprüft zu werden. (Leitungen sind gleichermaßen Lernende als auch Lehrende).
- Die Sprache der Pflegenden erfährt eine Angleichung, d.h. Mitarbeiter benutzen die gleichen Fachbegriffe.
- Insgesamt wird die Fachlichkeit durch diese intensive Arbeit an Pflegefachthemen bei allen Beteiligten deutlich verbessert, alte Schulkenntnisse reaktiviert und neue Erkenntnisse integriert.
- Die Pflege- und Wohnbereichsvisite findet im Alltag eine hohe Akzeptanz, da die Instrumente den beteiligten Mitarbeitern zur eigenen Überprüfung oder zur Kontrolle des eigenen und anderer Wohnbereiche eine praktische und systematische Stütze sind.

Praxishinweise

Praxiserfahrungen zufolge ist die erfolgreiche Implementierung von Pflegevisiten erheblich von sorgfältigen Vorbereitungen sowie einer gelungenen Einführungsphase abhängig. Hierzu ist die Erstellung eines Implementierungsplanes zu empfehlen. Dieser beinhaltet u.a. die konkrete Berechnung der Zeiten, die die jeweilige Person für die Durchführung der Pflegevisite aufwenden muss. Dabei wird von der Nettoarbeitszeit ausgegangen, um das Argument, keine Zeit für die Pflegevisite zu haben, im Vorfeld zu entkräften. Die Zeit für die Wahrnehmung von Kontrollaufgaben ist im jeweiligen Stellenumfang der Mitarbeiter enthalten sowie die Tätigkeitsbeschreibung in der jeweiligen Stellenbeschreibung ergänzt. Außerdem legt der Implementierungsplan die Durchführungshäufigkeit je nach Art der Pflegevisite und die durchführenden Personen in einer Jahresplanung fest und beschreibt die Vorgehensweise bei der Auswertung der Ergebnisse und die Ablage. Wichtige Faktoren bei der Implementierung sind die Schulung der Mitarbeiter sowie die Optimierung der Arbeitsabläufe. Nicht zuletzt spielen auch Faktoren wie eine angstfreie Fehlerkultur und die Information der Bewohnerinnen über Ziel und Ablauf der Pflegevisiten eine wichtige Rolle.

Informationsmaterialien und weitere Auskünfte

IMPLEMENTIERUNG VON PFLEGEVISITE UND WOHNBEREICHSVISITE ALS MAßNAHMEN DER INTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG IN EINRICHTUNGEN DER STATIONÄREN ALTENHILFE (in Druck)

Im Rahmen eines von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projektes wurde das Instrument der Pflegevisite von Frau Ursula Mybes in Einrichtungen erfolgreich implementiert.

Grundlagenarbeit, Beratung und Fortbildung für die Praxis der Altenhilfe, Ursula Mybes, Severinstr. 50, 50678 Köln, Telefon (0221) 93 220 51, Fax (0221) 93 220 53, E-Mail: buero.mybes@netcologne.de

H. Planung, Organisation und Durchführung von zahnärztlicher Prophylaxe dezentral für pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen.

Aus den jahrelangen Erfahrungen im Rahmen zahnmedizinischer Betreuung schwer behandelbarer bzw. behinderter Menschen an der Zahnklinik der Universität München entstand der Eindruck, dass den zahnmedizinischen Bedürfnissen dieser Bevölkerungsgruppe deutlich mehr Rechnung getragen werden muss. Das aus dem Eindruck heraus entwickelte Projekt „Zahngesundheit im Altenheim“ bietet einen Ansatz zur Verbesserung der Planung, Organisation und Durchführung von zahnärztlicher Prophylaxe dezentral für pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen u.a. durch Patenzahnärzten und Schulungen von Pflegekräften.

Übersicht: „Zahngesundheit im Altenheim“

a) Erforderliche Schritte

1. Information interessierter Heimträger durch Informationsveranstaltungen
2. Informationsveranstaltungen in den teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorstellung des Präventionskonzepts bestehend aus einem Basis-Prophylaxemodul (u.a. Ernährungsberatung, Mundhygieneunterweisung) und einem Intensiv-Prophylaxemodul (u.a. vollständige professionelle Plaqueentfernung, lokale antimikrobielle Therapie), zum persönlichen Kontaktaufbau, zum Erhalt der Einwilligung Entscheidungsberechtigter).
3. Durchführung der zahnmedizinisch-präventiven Betreuung unmittelbar am Wohnort. Ein PKW sowie transportables Instrumentarium stehen dafür zur Verfügung, wobei allen rechtlichen Erfordernissen Rechnung getragen wird.
Das Basis-Prophylaxemodul findet bei jedem Teilnehmer im 4-Monats-Abstand Anwendung. Ob und wie das Basis-Prophylaxemodul ergänzt wird, ist abhängig vom individuellen Erkrankungsrisiko. Die Risikoanalyse erfolgt mit speziellen wissenschaftlich erprobten Bewertungssystemen.

b) Ergebnisse/Erfahrungen

Das hier vorgestellte Projekt wurde im Rahmen mehrerer wissenschaftlicher Studien und eines 1-jährigen Pilotprogramms erprobt und optimiert. Aktuell (Stand: Juni 2005) betreuen zwei Teams 26 Einrichtungen mit insgesamt 690 Einrichtungen in München. Auch erscheint eine Zusammenarbeit mit engagierten Zahnärzten, die einzelne Heime betreuen, möglich und konnte im Rahmen des Projektes erzielt werden. Die Zusammenarbeit mit regionalen Zahnärzten ist notwendig, da durch das Projekt nicht in die freie Arztwahl eingegriffen werden soll. Zahnmedizinische Behandlungen sind deshalb von den ortsansässigen Zahnärzten durchzuführen.

Praxishinweise

Die Kontakte mit den Heimleitungen in München und dem näheren Umfeld bestätigen eine hohe Nachfrage. Da die Rahmenbedingungen der zahnmedizinischen Versorgung der Menschen mit Behinderungen in den Bundesländern nahezu identisch sind, besteht eine gute Übertragbarkeit des Projekts. Darüber hinaus ist eine Adaption an die Bedingungen der

häuslichen Pflege vorstellbar und unbedingt nötig. Dies ist für einen späteren Zeitpunkt angedacht.

Die Finanzierung der Betreuung der Heime Münchens und des Umlands ist bisher vollständig durch die Unterstützung der Erich-Lejeune-Stiftung abgesichert. Ein weiter vorgesehenes Fundraising soll zur Ausweitung der Kapazitäten genutzt werden. Langfristig ist eine zumindest teilweise Übertragung der Kosten auf dritte Träger (Einrichtungsträger, gesetzliche Krankenkassen) angedacht.

Informationsmaterialien und weitere Auskünfte

ZAHNGESUNDHEIT IM ALTENHEIM – PRÄVENTION, PROPHYLAXE, VERSORGUNG UND KURATION

Ein Kooperationsprojekt des Zahnärztlichen Bezirksverbandes München, der Zahnklinik der Ludwigs-Maximilians-Universität München und der Landeshauptstadt München

Informationen über:

Zahnärztlicher Bezirksverband München Stadt und Land, Dr. Christian Eschrich, Ehrwalder Straße 2, 81377 München, Telefon (089) 71 73 83, E-Mail: christian.eschrich@arcor.de

und

Ludwig-Maximilians-Universität, Zahnklinik, Prof. Dr. Christoph Benz, Goethestraße 70, 80336 München, Telefon (089) 51 60 76 09, E-Mail: cbenz@dent.med.uni-muenchen.de

I. Förderung des Qualitätsentwicklungsprozesses mithilfe von Pflegeaudits

Wenn man die Qualität der Dienstleistung Pflege analysieren möchte, geht es um deren objektive – oder zumindest objektivierbare – Eigenschaften und den individuellen Nutzen. Das Ziel liegt in der Verknüpfung dieser beiden Perspektiven, dass beispielsweise durch Pflegeaudits erreicht werden könnte.

In dem hier beispielhaft vorgestellten Auditverfahren erfolgte die Steuerung und Bewertung des Pflegeprozesses durch eine externe Beratung unter Einbeziehung von Bewohnern, Angehörigen und /oder gesetzlichen Betreuern. Die pflegfachliche externe Prüfung erfolgt analog zur Qualitätsprüfung nach § 80 SGB XI und berücksichtigt das angewandte Pflegemodell der fördernden Prozesspflege nach Krohwinkel. Das Pflegeaudit gilt als Instrument der externen Qualitätssicherung, welches das Dienstleistungsergebnis der Pflegeeinrichtung (Lebensqualität) in den Mittelpunkt der Betrachtung stellt.

Übersicht: Pflegeaudit

Vorbereitungen

Als Zeitpunkt für eine erste Überprüfung bieten sich vier Wochen nach Einzug an. Diese Zeitspanne ermöglicht es den Pflegefachkräften, eine Beziehung zu der Bewohnerin/dem Bewohner und ihren/seinen Angehörigen aufzubauen und eine geplante, systematische Pflege sowie eine erste Ergebniskontrolle durchzuführen. Zugleich bietet dieser Zeitpunkt die Gelegenheit, frühzeitig Fehlentwicklungen und Verbesserungspotentiale aufzuzeigen, um durch entsprechende Korrekturmaßnahmen den weiteren Verlauf und die Lebensqualität des Betroffenen positiv zu beeinflussen. Das Pflegeaudit ist dann in zwei Phasen durchzuführen.

1. Durchführungsphase

In der ersten Phase finden ein Gespräch mit der Bewohnerin/dem Bewohner (bei Demenzkranken werden Angehörige bzw. Betreuer hinzugezogen) und eine Analyse der Pflegedokumentation statt. Das Feedback aus dem Bewertungsprozess erfolgt in Form eines Berichts, der die Stärken und Verbesserungspotentiale darstellt. Hier finden also eine Überprüfung der sach- und fachgerechten Erstellung von Pflegeanamnese und -planung sowie eine Durchführungskontrolle statt. Nach dieser Bewertung findet dann, wenn nötig eine auf den Einzelfall bezogene, „Nacharbeitung“ mit einer Kleingruppe in der jeweiligen Einrichtung statt.

2. Durchführungsphase

Daran anschließend findet in einer zweiten Phase ein Reflexionsgespräch statt, an dem neben der Bewohnerin/dem Bewohner und dem Sachverständigen auch die Angehörigen, die zuständige Pflegefachkraft sowie Entscheidungsträger der Einrichtung beteiligt sind. Auffallende Themen während der Bewertung aus Sicht des Sachverständigen fließen ebenso in das Gespräch ein, wie Anliegen der Bewohnerin/des Bewohners, der Angehörigen und der Pflegefachkraft. In einer gemeinsamen Diskussion werden mögliche Verbesserungen erörtert und Lösungswege erarbeitet.

Erfahrungen/Effekte

Durch die eingeführten „Reflektionsgespräche“ wird die Einbeziehung von Angehörigen systematisiert und neben dem standardisierten Heimeinzug und dem Beschwerdemanagement ein weiterer Baustein zur Erhöhung der Kundensouveränität geschaffen. Das beschriebene Vorgehen erhöht für den Kunden die Transparenz der Dienstleistungen und er erhält Einblick in fachliche Standards und Prozesse. Dies ist Voraussetzung für ein besseres Miteinander.

Nach den ersten 100 Pflegeaudits in 5 Einrichtungen ist eine deutliche Qualitätssteigerung zu verzeichnen, die unter anderem in folgenden Punkten erkennbar wird:

- Zunahme der Sensibilität für die Bedeutung biographischen Arbeitens bei den Pflegefachkräften
- Verbesserung einer aussagekräftigen Anamnese und Pflegeplanung und Umsetzung des Pflegeprozesses
- Berücksichtigung der Selbstbestimmung der Bewohnerin/des Bewohners durch die Einbindung individueller Lebens- und Pflegegewohnheiten in den Heimalltag
- Verbesserung einer gegenseitigen wertschätzenden Haltung und Kommunikationskultur zwischen Bewohner/innen, Pflegenden und Angehörigen

Praxishinweise

Das vielleicht wichtigste Ergebnis von Pflegeaudits ist, dass es den Pflegefachkräften zunehmend gelingt, die ganzheitliche Sichtweise von Pflege in die Praxis umzusetzen. Waren Aktivitäten wie „sich beschäftigen können“ und „soziale Bereiche des Lebens sichern können“ in der Vergangenheit eher Stiefkinder der Pflegeplanung, so haben die Pflegeaudits hier einen Lernprozess ausgelöst. Von wesentlicher Bedeutung sind diesbezüglich die Reflektionsgespräche. So wurde in diesen Gesprächen deutlich, dass die Aktivitäten der Körperpflege, der Ausscheidung und der Ernährung für den Betroffenen einen ganz anderen Stellenwert einzunehmen scheinen als die Ablauforganisation der Pflege vermuten lässt. Als zentrale Anliegen und als essentiell für ihre Lebenszufriedenheit wurden von den Bewohnerinnen und Bewohnern und von den Angehörigen die sinnvolle Tagesbeschäftigung und der soziale Kontakt zu anderen Menschen in allen Gesprächen thematisiert.

Informationsmaterialien und weitere Auskünfte

Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH, Königstr. 151, 41236 Mönchengladbach, Telefon (02166) 45 50, Fax (02166) 45 51 99, E-Mail: Info@Sozial-Holding.de, Internet: www.sozial-holding.de

J. Zur Verbesserung des internen Qualitätsmanagements umfassendes und ergebnisorientiertes Sturzmanagement durchführen.

Jede zweite Bewohnerin, jeder zweite Bewohner einer stationären Einrichtung stürzt mindestens ein Mal im Jahr. Bei etwa 10% dieser Stürze muss mit behandlungsbedürftigen Folgen gerechnet werden. Die Folgen sind erhöhte Morbidität, erhebliche Einschränkung in der selbständigen Fortbewegung, erhöhter Pflege- und Hilfsmittelbedarf und Bettlägerigkeit mit den sich daraus ergebenden Problemen wie beispielsweise dem erhöhten Dekubitusrisiko. Das Gros der Patienten, das aufgrund eines Sturzes eine Hüftfraktur erleidet, erlangt die ursprüngliche Mobilität nicht zurück, ca. 30% bleiben ständig pflegebedürftig. Dies unterstreicht die Bedeutung von Maßnahmen zur Prävention von Stürzen. Sie tragen zur Beibehaltung körperlichen Wohlbefindens, zur Selbständigkeit und Lebensqualität des Einzelnen bei.

Die nachfolgenden Empfehlungen basieren auf Erfahrungen eines Seniorenzentrums, das seit seiner Eröffnung konsequent bei einer nachgewiesenen Sturzgefährdung mit Hüftprotektoren, ggf. unterstützend mit einem Kopfschutz, arbeitet.

Übersicht: Sturzmanagement

a) Ausgangssituation

Um gesundheitliche Beeinträchtigungen der Bewohnerin/des Bewohners auszuschließen sowie die Mobilität zu erhalten, arbeitet das Seniorenzentrum im Rahmen einer umfassenden Sturzprophylaxe mit Hüftschutzhosen sowie ggf. einem ergänzenden Kopfschutz (Lederkopfschutz). Die Kosten für Hüftschutzhosen werden derzeit gewöhnlich von den Krankenkassen im Rahmen der Hilfsmittelversorgung nicht übernommen. Die Bewohnerin/der Bewohner bzw. ihre/seine gesetzlichen Vertreter übernehmen deshalb bei Bedarf die Aufwendungen für eine sachlich ausreichende Ausstattung dieses Hilfsmittels (5 Hosen, 1 Paar Protektoren ca. 150,00 €, Stand 01/2004).

b) Vorbereitung

Das Management hat das Wissen zu erfassen und hinsichtlich seiner Relevanz für die Einrichtung zu prüfen, so z.B. den Entwurf des Expertenstandards zur Sturzprophylaxe. Hiernach erfolgt der Transfer der neuen Erkenntnisse an die Mitarbeiter mittels einrichtungsinterner Schulungen. Im Rahmen einer fachlichen Abklärung, u.U. mit ärztlicher Unterstützung ist das individuelle Sturzgefährdungsrisiko in der Einrichtung zu erfassen. Des Weiteren sind einrichtungsbezogene/umgebungsbezogene Risikofaktoren zu analysieren. Ärztinnen und Ärzte, Angehörige/Betreuer/innen – alle Beteiligten – sind über das neue Angebot und die Auswirkungen zu informieren. Verantwortlich hierfür sind die Heim- und Pflegeleitung.

c) Konkrete Maßnahmen

- Konsequenter Einsatz von Hüft- und ggf. Kopfschutz. Hüftprotektoren können zudem mittels eines Gels oder Pflasters auch nachts unter Verzicht auf die Hose getragen werden.
- Fachärztliche Begleitung bei der Medikation (Bewertung von Nutzen u. Risiko).
- Umgebungsfaktoren fachlich unterstützend ausrichten (blendfreie und schattenarme Beleuchtung, angemessener, rutschfester Bodenbelag, Barrierefreiheit)

- Verzicht auf freiheitsentziehende Maßnahmen mit Ausnahme des Bettgitters in Einzelfällen (mit Schutzüberzug zur Vermeidung von Verletzungen). Hinsichtlich des Einsatzes des Bettgitters bei sturzgefährdeten Bewohnerinnen und Bewohnern ist der Hinweis auf die erhebliche Eigengefährdung durch selbiges bis hin zu schweren Verletzungen zum Teil mit Todesfolgen dringend geboten.
- Bei Personen, die das Bedürfnis zeigen, häufiger aufstehen zu wollen bzw. die sich unruhig im Bett verhalten und versuchen selbiges über das Bettgitter zu verlassen, kann es hilfreich sein, das Pflegebett komplett aus dem Zimmer zu entfernen. In diesen Fällen empfiehlt es sich, die Schlafstätte mit zwei übereinander liegenden Matratzen auszustatten und die Wand mit einem Stoffbehang zu versehen. Unter Umständen wird eine weitere Matratze vor dieses „Bett“ geschoben. Dadurch können Stürze aus dem Bett verhindert werden.
- In anderen Fällen kann es bereits ausreichend sein, das Pflegebett in die niedrigste Position herunter zu fahren, kein Bettgitter zu nutzen (erneuter Aufbau einer Sturzhöhe) sowie eine Matratze vor das Bett zu schieben. Für den Fall eines Sturzes aus dem Bett, kann durch die weiche Bettvorlage das Verletzungsrisiko gemindert werden.
- Durchführung einer detaillierten Dokumentation in einem Schadensfall (Ort/Zeitpunkt, Situationsbeschreibung, Hergang, Maßnahmen vor dem Sturz, gesundheitliche Verfassung der Person vor/und nach dem Sturz).
- Absicherung der Sturzprophylaxe im Heimvertrag

Praxishinweise

Um die beschriebenen Maßnahmen durchführen zu können, ist es wichtig, bereits vor dem Heimeinzug sowohl die potentielle Bewohnerin/den Bewohner (nach Möglichkeit) sowie auch die Angehörigen auf das Konzept, einschl. der Maßnahmen zu verpflichten. Ferner müssen den Angehörigen die Ängste genommen werden, weil z.B. Gutachter oder Fachärzte freiheitsentziehenden Maßnahmen zugestimmt haben und jetzt ein gerichtlicher Beschluss besteht. Hier ist fachliche Aufklärungsarbeit durch die Heim- und Pflegedienstleitung zu leisten und das Konzept des Hauses zu erläutern. Dieselbe Bedeutung ist der Schulung der Mitarbeiter beizumessen. Angefangen beim Sinn und Zweck der Sturzprävention bis hin zur Anwendung der Hüftschutzhosen, der Sturzgefährdungserfassungsinstrumente sowie der erweiterten Dokumentation. Hierbei ist auch die Wäscherei mit einzubeziehen, denn sie muss sicherstellen, dass der Wäschekreislauf der eingesetzten Produkte reibungslos funktioniert. Eingeschränkter Hüftschutz, weil die Wäscherei nicht entsprechend ausgerichtet ist (zu lange Wäscheumlaufzeiten, keine Wäsche am Wochenende), wäre inakzeptabel.

Informationsmaterialien und weitere Auskünfte

Seniorenzentrum Holle GmbH, Peter Dürrmann, Marktstraße 7, 31188 Holle, Telefon (05062) 96 480, Fax (05062) 96 48 155, E-Mail: info@sz-holle.de, Internet: www.holle.de/seniorenzentrum

EXPERTENSTANDARD STURZPROPHYLAXE IN DER PFLEGE

Herausgegeben vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Zu Beziehen über:

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Caprivistraße 1, 49076 Osnabrück, Telefon (05 41) 96 92 004, Fax (05 41) 96 92 971, E-Mail: j.schemann@fh-osnabrueck.de, Internet: www.dnqp.de (Bestellformular als Download verfügbar (www.dnqp.de/Bestellformular.pdf) sowie ein Auszug aus dem Sonderdruck zum Expertenstandard Sturzprophylaxe (www.dnqp.de/Expertenstandard/Sturz.pdf))

ABSCHLUSSBERICHT DES PROJEKTS „VERMINDERUNG VON STURZBEDINGTEN VERLETZUNGEN BEI ALTEN- UND PFLEGEHEIMBEWOHNERN“

Herausgegeben vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V., gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Zu Beziehen über:

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V., An der Pauluskirche 3, 50677 Köln, Telefon (22193) 1847-0, Internet: www.kda.de, (als Download verfügbar (www.kda.de/bma-modellprogramm/ulm/bericht3.pdf)).

4. Umsetzungshinweise zur Verbesserung der Qualifikation des Managements sowie aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stationärer Pflegeeinrichtungen

K. Maßnahmen der Qualifizierung und Personalentwicklung mit Maßnahmen und Instrumenten der Gesundheitsförderung verknüpfen.

Vor dem Hintergrund häufig beschriebener Defizite im Bereich der Qualifikation und Motivation sowie der ausgeprägten psychischen und physischen Belastungsfolgen der Pflegearbeit sind nachhaltige Maßnahmen erforderlich, die die Personalentwicklung und Gesundheitsförderung miteinander verbinden. Dies ist das Bestreben des Präventionskonzepts 'Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung' (alter Titel 'Betriebliche Gesundheitsförderung durch Schlüsselqualifikationen') der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Übersicht 7). Dies setzt Instrumente der Gesundheitsförderung als Mittel der Personalentwicklung ein.

Übersicht: Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung – Ein Qualifizierungsprogramm für die Pflegenden

a) Ausgangssituation

Um auf die gesundheitliche Situation von Pflegekräften in der stationären Altenpflege mit einem möglichst konkreten Unterstützungsangebot zu reagieren, hat die BGW ein Qualifizierungsprogramm für Einrichtungen der Altenhilfe entwickelt, das bedarfsgerecht an die jeweilige betriebliche Situation angepasst werden kann.

b) Ziele und Zielgruppen

Ziel des Präventionskonzeptes ist es, soziale, organisatorische und personale Kompetenzen der Mitarbeiter und Führungskräfte für einen verbesserten Umgang mit Belastungen zu fördern. Das Qualifizierungsprogramm richtet sich an Mitarbeiter/innen und Führungskräfte im Pflegedienst.

c) Qualifizierungsinhalte

Zentrale Inhalte sind Lerneinheiten, um

- mit Arbeitsaufgaben selbständig, strukturiert und vorausschauend umgehen zu können (organisatorische Kompetenz),
- mit Bewohnern, deren Angehörigen wie auch mit Kollegen konstruktiv kommunizieren zu können (soziale Kompetenz),
- mit sich selbst, das heißt mit den beruflichen Anforderungen und Belastungen sowie mit Körper und Psyche, reflektiert umgehen zu können (personale Kompetenz).

Weitere Lerninhalte für Führungskräfte sind

- Leiten von Besprechungen,
- Zeitmanagement,
- Führen von Mitarbeitergesprächen.

d) Umsetzung

Um Einrichtungen möglichst flächendeckend mit dem Präventionsangebot versorgen und bei der Umsetzung unterstützen zu können, hat die BGW ca. 60 Multiplikatoren weitergebildet. Die Multiplikatoren wurden dahingehend qualifiziert, Einrichtungen in Fragen der Gesundheitsförderung kompetent zu beraten, Trainings von Schlüsselqualifikationen zu planen und zu gestalten und Mitarbeitern und Führungskräften die zur Gesundheitsförderung notwendigen Schlüsselqualifikationen kompetent zu vermitteln. Nach Abschluss vergibt die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (BGW) das Trainerzertifikat ‚Gesundheitsförderung durch Schlüsselqualifikationen‘.

Bisher haben 48 Personen die Multiplikatorenweiterbildung abgeschlossen. 12 weitere kommen aus den laufenden Kursen ab April bzw. Juni 2005 hinzu. Schätzungsweise haben bisher 60-80 Einrichtungen das Programm ‚Gesundheitsförderung durch Schlüsselqualifikationen‘ praktiziert.

e) Finanzierung

Die Kosten für die Umsetzung der Qualifizierungsmaßnahme wurden von den Einrichtungen getragen. Für die Einrichtungen sind die Kosten besonders gering, wenn ein Trainer (Absolvent der Multiplikatorenweiterbildung) über den Träger zur Verfügung gestellt werden kann. Die Kosten für die Weiterbildung zum Multiplikator (Trainer) „Gesundheitsförderung durch Schlüsselqualifikationen“ beschränken sich auf einen Selbstkostenanteil von 10% (ca. € 500) für angestellte Mitarbeiter in Verbänden/Trägern und 20% (ca. € 1000) für freiberufliche Trainer/Berater. Die Reisekosten und der Arbeitsausfall werden vom Verband/Träger oder Teilnehmer getragen.

f) Ergebnisse, Erfahrungen

Um besonders nachhaltige und positive Effekte für die Gesundheit der Mitarbeiter zu erzielen, sind zentrale Erfolgsfaktoren dieses Qualifizierungsprogramms

- die konsequente Orientierung der Qualifizierungsmaßnahme am jeweiligen Bedarf der Einrichtung (Bedarfsorientierung) unter Berücksichtigung der Erwartungen von Mitarbeitern,
- der starke Praxisbezug und die Verständlichkeit des Trainings,
- die Einbeziehung und Qualifizierung von Führungskräften, damit diese die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beim Transfer der gewonnenen Kompetenzen aus der Qualifizierung in den Arbeitsalltag unterstützen (Transfersicherung / Nachhaltigkeit).

Von allen Beteiligten wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass die Unterstützung der Maßnahme durch die Führungsebene, speziell der Einrichtungsleitung eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg der Qualifizierung ist. Darüber hinaus sind günstige äußerliche Rahmenbedingungen in der Gestaltung und Vorbereitung der Trainings wichtig. Hierzu zählt eine rechtzeitige und ausreichende Information über Ziele der Qualifizierung. Ungünstige Faktoren sind hingegen Engpässe bei kurzfristigen Ausfällen durch z.B. Krankheit von Mitarbeitern, ungünstige Termine, Führungswechsel oder auch die zeitgleiche Einführung anderer umfangreicher Maßnahmen (z.B. EFQM).

Praxishinweise

Um die Umsetzungsrate in den Einrichtungen zu erhöhen, erprobt die BGW im Jahr 2006 in Einrichtungen die Finanzierung von Beratertagen. Teilnehmende Einrichtungen (aus dem BGW-Seminar) erhalten eine finanzielle Unterstützung zur Umsetzung des Qualifizierungsprogramms. Interessierte Einrichtungen können ab 2006 das Programm „Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung“ in einem 3 tägigen Seminar der BGW kennen lernen.

Informationsmaterialien und weitere Auskünfte

PROJEKTKURZDARSTELLUNG „GESUNDHEITSFÖRDERUNG DURCH SCHLÜSSELQUALIFIKATIONEN“

und

„GESUNDHEITSFÖRDERUNG DURCH SCHLÜSSELQUALIFIKATIONEN IN DER ALTENPFLEGE“, EVALUATION EINES PRÄVENTIONSORIENTIERTEN MODELLPROGRAMMS

und

DOKUMENTATION „GESUNDHEITSFÖRDERUNG DURCH SCHLÜSSELQUALIFIKATIONEN“

Herausgegeben von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Zu beziehen über:

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Pappelallee 35/37, 22089 Hamburg, Abteilung GPR, Bereich Psychologie, Ansprechpartnerinnen: Sabine Gregersen und Frau Griem, Telefon (040) 20 207 78 92 bzw. (040) 20 207 78 90, E-Mail: sabine.gregersen@bgw-online.de, Internet: www.bgw-online.de

KOMPETENZTRAINING: GESUNDHEITSFÖRDERUNG DURCH SCHLÜSSELQUALIFIKATIONEN (FACHARTIKEL)

und

BROSCHÜRE „GESUNDHEITSFÖRDERUNG DURCH SCHLÜSSELQUALIFIKATIONEN – EIN PRÄVENTIONSKONZEPT FÜR DIE ALTENPFLEGE“

und

FACHARTIKEL „GESUNDHEITSFÖRDERUNG DURCH SCHLÜSSELQUALIFIKATION – WENIGER STRESS DURCH KOMPETENZ“

Alle herausgegeben von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Zu Beziehen über:

Alle Artikel als Download verfügbar: www.bgw-online.de (über Schnellsuche)

HANDBUCH „PERSONALENTWICKLUNG ALS SCHLÜSSEL: MITARBEITENDE IN DER ALTENHILFE STÄRKEN

Herausgegeben vom Caritasverband der Diözese Rottenburg Stuttgart e.V., Strombergstr. 11, 70188 Stuttgart

Zu beziehen über:

als Download verfügbar unter www.equal-altenhilfe.de/produkte_download

BUCHVERÖFFENTLICHUNG „LERNFELD ALTENPFLEGE. PRAXISPROJEKTE ZUR VERBESSERUNG DER DIENSTLEISTUNG AN UND MIT ALTEN MENSCHEN“

Herausgegeben von Ernst Kistler und Dorit Sing, Internationales Institut für Sozialökonomie gGMBH (INIFES), 86391 Stadtbergen

Zu beziehen über den Buchhandel

Rainer Hamp Verlag, ISBN: 3-87988-801-9

„LEITFADEN ZUM GESUNDEN WIEDEREINSTIEG IN DEN ALTENPFLEGEBERUF“

Herausgegeben von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)

Zu beziehen über:

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Friedrich-Henkel-Weg 1-25, 44149 Dortmund, Telefon (0231) 90 71 22 50, Fax (0231) 90 71 23 63, E-Mail: poststelle@baua.de, Internet: www.baua.de

INITIATIVE NEUE QUALITÄT DER ARBEIT (INQA)

Die Initiative hat als ein Themenschwerpunkt Gesund Pflegen. Unter diesem Schwerpunkt laufen verschiedene Projekte in der Praxis, deren Ergebnisse von Relevanz für die ausgesprochene Empfehlung sind.

Informationen zu beziehen über:

Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Friedrich-Henkel-Weg 1-25, 44149 Dortmund, Telefon (0231) 90 71 22 50, Fax (0231) 90 71 23 63, E-Mail: info@inqa.de, Internet: www.inqa.de

THEMATISCHER INITIATIVKREIS „GESUND PFLEGEN“

Teil der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)

Informationen zu beziehen über:

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Team „Gesund Pflegen“, Ansprechpartnerin: Dr. Gabriele Richter, Proschhübelstr. 8, 01099 Dresden, Telefon (0351) 56 39 54 41, Fax (0351) 56 39 52 10, E-Mail: gesundpflegen@baua.bund.de, Internet: www.inqa-pflege.de

5. Umsetzungshinweise zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen

L. Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Sinne der Verhältnisprävention gezielt einsetzen

Ein oft noch nicht ausreichend ausgeschöpftes Potential zur Minimierung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in Altenpflegeheimen bietet die Optimierung der Arbeitsbedingungen und Organisationsstrukturen. Neben einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen können hierdurch auch weitere Effekte, etwa eine Effizienz- und Wirtschaftlichkeitssteigerung sowie eine Verbesserung der Bewohnerorientierung erzielt werden, wie die Erfahrungen aus dem Projekt „Arbeitslogistik in der Altenpflege“ der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zeigen.

Übersicht: ‚Arbeitslogistik in der Altenpflege‘

a) Ziele

Konkrete Maßnahmenziele zur Verbesserung der Arbeitslogistik sind die Optimierung der Personaleinsatzplanung, die Überprüfung und ggf. Optimierung bestehender Arbeitszeitmodelle, die Anpassung der Aufbau- und Ablauforganisation sowie Optimierung der hausinternen Kommunikations- und Kooperationsprozesse.

b) Konzeption

Das Angebot umfasst fünf zweitägige Workshops pro Jahr (gepoolte Beratung), auf denen zum einen ein inhaltlicher Input geleistet wird. Zum anderen bieten die Workshops den Beteiligten die Möglichkeit, sich über Erfahrungen und Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Maßnahmen austauschen zu können. Das Projekt versucht, ein Maximum an Know-how-Transfer bei minimierten Kosten zu erreichen. In diesem Sinne müssen die Projektteilnehmer die Maßnahmen in den Einrichtungen weitestgehend eigenständig umsetzen. Die Qualifizierung für die Übernahme der Eigenarbeit erfolgt überwiegend in den Workshops. Eine externe Beratung liefert durch gezielte Einzelberatungen die notwendige Unterstützung vor Ort. Insgesamt acht Einzelberatungen ergänzen die gepoolte Beratung.

c) Umgesetzte Maßnahmen

Die wichtigsten Maßnahmen, die im Rahmen des Projektes umgesetzt wurden, sind

- Veränderung der Arbeitszeiten (etwa Reduzierung der Wochen-Arbeitstage, Abbau von geteilten Diensten),
- Veränderung des Aufgabenprofils (etwa Verlagerung pflegefremder Tätigkeiten auf hauswirtschaftliche Kräfte, Neuaufteilung der Zuständigkeiten zwischen den Schichten),
- Optimierung der Abläufe an Schnittstellen,
- veränderte Arbeitsabläufe (etwa Neuorganisation der Hol- und Bringdienste)
- Flexibilisierung der Essenszeiten,
- Maßnahmen zum Abbau körperlicher Belastungen,
- bauliche Veränderungen

d) Finanzierung

Um einen Anreiz für ein effektives Projektmanagement in den Einrichtungen zu erzielen, werden Einrichtungen an den Kosten (etwa Übernahme der Kosten für Beratertage vor Ort) beteiligt.

e) Erfahrungen

Einer Evaluation zufolge profitieren die Einrichtungen bei den Vor-Ort-Beratungen insbesondere von der „neutralen Rolle“ des externen Beraters. Akzeptanzprobleme bei der Maßnahmenumsetzung und Schnittstellenkonflikte konnten mit externer Unterstützung oft zufriedenstellend gelöst werden. Auch war den Projektteilnehmern das Feedback des externen Beraters aus der im Rahmen der ersten Begehung vor Ort vorgenommenen „Ist-Analyse“ sehr hilfreich. Durch eine stärkere Ausrichtung an den Bedürfnissen der Bewohner kam es z.T. zu veränderten Leistungsanforderungen, die jedoch i. d. R. mit einer höheren Arbeitszufriedenheit verbunden waren. Vor allem die systematische Einbeziehung der Mitarbeiter und die verbesserten Kommunikationsstrukturen haben zur Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit beigetragen. Wesentliche Erfolge des Projekts sind neben der Entzerrung von Arbeitsspitzen und einer Verringerung körperlicher Belastungen die Abnahme von Stress, Hektik und Zeitdruck. Neben der Senkung des Krankenstandes zeigte sich auch eine Image-Aufwertung der Einrichtung.

Praxishinweise

Voraussetzung für die Eigenarbeit in den Einrichtungen sind neben funktionierenden Projekt- und Koordinationsstrukturen ein klarer Arbeitsauftrag und die damit verbundenen Kompetenzen für den Projektleiter sowie eine angemessene Entlastung von der täglichen Arbeit. Bereits zu Projektbeginn sollte in den Häusern eine Unterstützung für die Projektleitung gewährleistet sein.

Informationsmaterialien und weitere Auskünfte

PROJEKT „ARBEITSLOGISTIK IN DER ALTENPFLEGE“

Ein Projekt der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Informationen zu beziehen über:

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Zentrale Präventionsdienste, Ansprechpartnerin: Sigrid Küfner, Pappelallee 35/37, 22089 Hamburg, Telefon (040) 20 20 77 604, Internet: www.bgw-online.de

INITIATIVE NEUE QUALITÄT DER ARBEIT (INQA)

Die Initiative hat als ein Themenschwerpunkt „Gesund Pflegen“. Unter diesem Schwerpunkt laufen verschiedene Projekte in der Praxis, deren Ergebnisse von Relevanz für die ausgesprochene Empfehlung sind.

Informationen zu beziehen über:

Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Friedrich-Henkel-Weg 1-25, 44149 Dortmund, Telefon (0231) 90 71 22 50, Fax (0231) 90 71 23 63, E-Mail: info@inqa.de, Internet: www.inqa-pflege.de

THEMATISCHER INITIATIVKREIS „GESUNDE PFLEGE OHNE STRESS“ (TIK GEPOS)

Bestandteil der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)

Informationen zu beziehen über:

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Team „Gesund Pflegen“, Ansprechpartnerin: Dr. Gabriele Richter, Proschhübelstr. 8, 01099 Dresden, Telefon (0351) 56 39 54 41, Fax (0351) 56 39 52 10, E-Mail: richter.gabriele@buaa.bund.de, Internet: www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen/Pflege/tik-pflege.html

M. Maßnahmen zur Prävention von Burnout im Sinne der Verhaltensprävention zur Regel machen

Es ist bekannt, dass das so genannte „Burnout-Syndrom“, definiert als geistiger, emotionaler und körperlicher Erschöpfungszustand, eine der gravierenden Folgen berufstypischer Belastungen in der Altenpflege ist. Es zeigt sich, dass der psychische Gesundheitszustand von Altenpflegekräften deutlich schlechter ist als der anderer Berufsgruppen. Auch leiden Altenpflegekräfte deutlich häufiger unter psychosomatischen Beschwerden. Gezielte Maßnahmen zur Prävention von Burnout können dem entgegen wirken.

Praxishinweise

Zahlreiche Erkenntnisse lassen sich hierfür aus dem vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geförderten Projekts „Pflege der Profis“ gewinnen, welches in den Jahren 2001 bis 2004 vom Verein „Neues Soziales Wissen“ in Augsburg durchgeführt wurde. Im Rahmen eines speziellen Gesamtkonzeptes, das darauf abzielte, Strategien gegen das „Burnout“ zu entwickeln, lernten professionell Pflegenden mit ihrer belastenden Arbeitssituation umzugehen und erfuhren eine entsprechende Anerkennung ihrer Arbeit. Konzeptionell wurde versucht, die körperlichen, psychischen, spirituellen, psychosomatischen und intellektuellen Bedarfe und Bedürfnisse aller in der Pflege Beschäftigten ernst zu nehmen, für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein individuelles Konzept zur Stressbewältigung zu erarbeiten und im Rahmen des Modellvorhabens entsprechende Maßnahmen zu erproben.

Die vorliegenden Ergebnisse des Projektes sind sehr ermutigend. So ist z.B. der Krankenstand in den beteiligten Einrichtungen um mehr als 50 % zurückgegangen. Der Abschlußbericht wird zurzeit erarbeitet. Zahlreiche Einrichtungen haben sich bereits hinsichtlich der vorliegenden Zwischenergebnisse des Projektes beraten lassen und viele der erarbeiteten Selbstpflegeansätze übernommen, die zum Teil von den Pflegekassen finanziert werden. Auch die Programme der Krankenkassen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung können wichtige Hilfestellungen leisten.

Informationsmaterialien und weitere Auskünfte

AOK-BUNDESVERBAND, REFERAT BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Ansprechpartner: Roland Krämer Postfach 200 344, Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn, Telefon (0228) 84 34 11, E-Mail: Roland.Kraemer@bv.aok.de