

Arbeitsorganisation in der Altenpflege

Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung



Inhalt

| | |
|---|----|
| Einleitung | 17 |
| 1 Begriffserklärungen | 20 |
| 1.1 Pflege | 20 |
| 1.2 Direkte Pflege | 20 |
| 1.3 Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie | 21 |
| 1.4 Indirekte Pflege | 21 |
| 1.5 Verantwortliche Pflegefachkraft, Pflegefachkraft, pflegerische Bezugsperson, Pflegekraft | 22 |
| 1.6 Kunde | 22 |
| 2 Veränderte Rahmenbedingungen in der Altenpflege | 24 |
| 2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen | 24 |
| 2.2 Lean Management | 25 |
| 2.2.1 Kundenorientierung | 25 |
| 2.2.2 Profilierung | 26 |
| 2.2.3 Konzentration auf das Wesentliche | 26 |
| 2.2.4 Qualitätsmanagement | 26 |
| 2.2.5 Interne Kundenorientierung | 26 |
| 2.2.6 Flache Hierarchien | 27 |
| 2.2.7 Neues Führungskonzept | 27 |
| 2.2.8 Teilautonome Teams | 27 |
| 2.2.9 Offener Umgang mit Informationen | 27 |
| 2.2.10 Permanente Qualifizierung | 28 |
| 3 Arbeitsorganisation in der Altenpflege | 29 |
| 3.1 Was ist Organisation? | 29 |
| 3.2 Das Organisationsklima – die innere Umwelt | 31 |
| 3.3 Organisationspezifische Prozesse | 31 |
| 3.4 Arbeitsgruppenspezifische Prozesse | 32 |
| 3.5 Warum Arbeitsorganisation? | 32 |
| 3.6 Aufbau- und Ablauforganisation | 33 |
| Teil I: Strukturqualität – Wichtige Elemente der Aufbauorganisation | |
| 4 Zielorientiertes Arbeiten | 36 |
| 4.1 Arten von Zielen | 38 |
| 4.1.1 Grundsatzziele | 38 |
| 4.1.2 Rahmenziele | 38 |
| 4.1.3 Ergebnisziele | 39 |
| 4.1.4 Persönliche Ziele und Organisationsziele | 39 |
| 4.2 Ziele in der Pflegeplanung | 40 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 4.3 | Beispiele für quantitative und qualitative Ziele in Pflegeeinrichtungen.... | 40 |
| 4.4 | Maßnahmenplan | 41 |
| 5 | Theoriegeleitetes Arbeiten | 43 |
| 5.1 | Pflegemodelle | 44 |
| 5.1.1 | Das Modell »Henderson«..... | 45 |
| 5.1.2 | Das Modell »Roper«..... | 46 |
| 5.1.3 | Das Modell »Juchli« | 47 |
| 5.1.4 | Das Modell »Selbstfürsorge-Defizit-Theorie« nach <i>Dorothea Orem</i> | 47 |
| 5.2 | Das »System der fördernden Prozesspflege« nach <i>Monika Krohwinkel</i> | 48 |
| 5.2.1 | Rahmenmodell (Interessen, Ziele und Handlungsschwerpunkte von Pflege) | 50 |
| 5.2.2 | Pflegeprozessmodell | 51 |
| 5.2.3 | ABEDL®-Strukturmodell | 52 |
| 5.2.4 | Managementmodell | 54 |
| 5.2.5 | Qualitätsentwicklungsmodell | 56 |
| 6 | Leitbildorientiertes Arbeiten | 59 |
| 6.1 | Das Leitbild als grundlegende Orientierung | 59 |
| 6.1.1 | Einrichtungsleitbild einer stationären Pflegeeinrichtung..... | 61 |
| 6.1.2 | Leitbild Kurzzeitpflege-Einrichtung | 62 |
| 6.1.3 | Pflegeleitbild ambulanter Dienst..... | 63 |
| 6.1.4 | Pflegeleitbild stationäre Einrichtung..... | 63 |
| 6.1.5 | Hauswirtschaftsleitbild..... | 64 |
| 6.2 | Umsetzung des Leitbildes | 64 |
| 7 | Konzeptgeleitetes Arbeiten | 67 |
| 7.1 | Konzeptentwicklung ist Chefsache | 67 |
| 7.2 | Qualitätshandbuch | 69 |
| 8 | Gesetzliche Regelungen als Rahmenbedingungen für die Arbeit | 71 |
| 8.1 | Das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) | 72 |
| 8.1.1 | Vertragswerke der Pflegeversicherung und ihre Verflechtungen | 74 |
| 8.1.2 | Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI..... | 75 |
| 8.1.3 | Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI..... | 75 |
| 8.1.4 | Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 SGB XI..... | 79 |
| 8.1.5 | Qualitätsgrundsätze nach § 80 SGB XI..... | 80 |
| 8.1.6 | Das Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQsG)..... | 82 |
| 8.1.7 | Bemessungsgrundsätze nach § 84 SGB XI..... | 88 |
| 8.1.8 | Grundsätze für die Vergütungsregelung der ambulanten Pflegeleistungen nach § 89 SGB XI | 89 |
| 8.1.9 | Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PflEG)..... | 89 |
| 8.1.10 | Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung | 89 |
| 8.2 | Heimgesetz (HeimG) | 92 |

| | | |
|--|--|-----|
| 9 | Organisationsstruktur in Einrichtungen der Altenpflege | 95 |
| 9.1 | Organisationsstruktur..... | 95 |
| 9.1.1 | Linie und Stab | 95 |
| 10 | Festlegung der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten durch Stellenbeschreibungen | 99 |
| 10.1 | Organisationsstandard: Einsatz von Stellenbeschreibungen | 100 |
| 10.2 | Stellenbeschreibung Verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) | 102 |
| 10.3 | Stellenbeschreibung Wohnbereichsleitung..... | 107 |
| 10.4 | Stellenbeschreibung Pflegefachkraft | 111 |
| 10.5 | Stellenbeschreibung Pflegekraft | 114 |
| 10.6 | Stellenbeschreibung Sozialer (Therapeutischer) Dienst..... | 117 |
| 10.7 | Stellenbeschreibung Hauswirtschaftsleitung (HWL) | 121 |
| 10.8 | Stellenbeschreibung Hauswirtschaftliche Servicekraft im Wohn- und Pflegebereich | 126 |
| 10.9 | Stellenbeschreibung Qualitätsbeauftragter..... | 128 |
| 11 | Finanzierung von Dienstleistungen in Einrichtungen der Altenhilfe | 133 |
| 11.1 | Finanzierung ambulanter Leistungen aus Sicht der Patienten..... | 134 |
| 11.2 | Finanzierung stationärer Leistungen aus Sicht der Bewohner..... | 136 |
| 11.3 | Finanzierung stationärer Einrichtungen aus Sicht der Einrichtung | 142 |
| 11.3.1 | Begutachtungsrichtlinien | 143 |
| 11.3.2 | Ermittlung und Einstufung des Pflegebedarfs | 145 |
| 11.3.3 | Organisationsstandard: Ermittlung und Einstufung des Pflegebedarfs | 148 |
| 11.3.4 | Vordruck: Protokoll Bewohnerbegutachtung durch den MDK | 150 |
| 11.4 | Personalbedarfsermittlung am Beispiel stationärer Einrichtungen | 152 |
| 11.4.1 | Ermittlung des notwendigen Pflegeaufwands (Netto-Pflegezeit)..... | 153 |
| 11.4.2 | Ermittlung der Jahresarbeitsstunden einer Mitarbeiterin für mögliche Netto-Pflege | 155 |
| 11.4.3 | Ermittlung der Anzahl der notwendigen Mitarbeiter..... | 155 |
| Teil II: Prozessqualität – Wichtige Kernprozesse der Ablauforganisation | | |
| 12 | Organisation eines Wohn- bzw. Arbeitsbereichs in der stationären Pflege | 158 |
| 12.1 | Modelle der Pflegeorganisation..... | 165 |
| 12.2 | Nahtstelle »Pflegerische Bezugsperson«..... | 167 |
| 12.3 | Nahtstelle »Pflegefachkraft-Pflegekraft«..... | 168 |
| 12.4 | Nahtstelle »Pflege-Hauswirtschaft im Wohnbereich« | 171 |
| 12.5 | Haftungsrechtliche Verantwortung im Rahmen der Arbeitsorganisation | 174 |
| 12.6 | Delegation ärztlicher Tätigkeiten..... | 176 |
| 12.6.1 | Organisationsstandard: Delegation ärztlicher Tätigkeiten | 177 |

| | |
|---|-----|
| 13 Konzept zur Planung der Betreuung und Pflege | 180 |
| 13.1 Die Schritte im Modell des Pflegeprozesses | 182 |
| 13.1.1 Erster Schritt des Pflegeprozesses: Informationssammlung..... | 183 |
| 13.1.2 Zweiter Schritt des Pflegeprozesses: Erkennen von Fähigkeiten (Ressourcen) und Pflegeproblemen, Situationsbeurteilung und Prioritätensetzung, Festlegen der Pflegediagnose(n)..... | 185 |
| 13.1.3 Dritter Schritt des Pflegeprozesses: Festlegen der Pflegeziele | 190 |
| 13.1.4 Vierter Schritt des Pflegeprozesses: Planung von Maßnahmen..... | 192 |
| 13.1.5 Fünfter Schritt des Pflegeprozesses: Durchführung und Dokumentation von Maßnahmen | 194 |
| 13.1.6 Sechster Schritt des Pflegeprozesses: Wirkung von Pflegemaßnahmen beurteilen (evaluieren)..... | 196 |
| 14 Pflegedokumentation | 200 |
| 14.1 Organisationsstandard: Pflegeprozessdokumentation | 217 |
| 14.2 Arbeitsanweisungen zur Pflegedokumentation | 221 |
| 14.2.1 Arbeitsanweisungen und Checklisten zum Schreiben von Pflegeberichten | 221 |
| 14.2.2 Zusammenfassender Pflegebericht..... | 225 |
| 14.2.3 Pflegeberichte zur psycho-sozialen Betreuung | 225 |
| 14.2.4 Checkliste: Dokumentation Dekubitusrisiko | 226 |
| 14.3 Evaluierung der Pflegeplanung und Pflegedokumentation | 227 |
| 14.4 EDV-gestützte Pflegeplanung und Pflegedokumentation | 237 |
| 14.5 Zeit- und Leistungserfassung | 238 |
| 15 Bewohnerbezogene Risiken und Gefahren in der Betreuung und Pflege | 241 |
| 15.1 Risiko: Mangelernährung | 242 |
| 15.1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen | 243 |
| 15.1.2 Allgemeine Rahmenbedingungen in der Einrichtung | 244 |
| 15.1.3 Grundlagenwissen Ernährung, Energie- und Flüssigkeitsbedarf..... | 246 |
| 15.1.4 Möglichkeiten zur Beurteilung des Ernährungszustands (BMI) | 250 |
| 15.1.5 Pflegeplanung ABEDL® 7: Essen und Trinken können | 252 |
| 15.1.6 Was stuft der MDK als Qualitätsmangel (Pflegefehler) im Bereich Ernährung ein? | 254 |
| 15.1.7 Versorgungsstandard Ernährung..... | 260 |
| 15.2 Risiko: Sturz | 262 |
| 15.2.1 Die häufigsten Sturzrisikofaktoren | 264 |
| 15.2.2 Sturzprophylaxen | 267 |
| 15.2.3 Mögliche Maßnahmen bei Sturzgefahr | 268 |
| 15.3 Risiko: Dekubitus | 274 |
| 15.4 Risiko: Alzheimer-Demenz | 278 |
| 15.5 Risiko: Schmerz | 282 |
| 15.5.1 Schmerzanalyse und Schmerzbeurteilung..... | 284 |
| 15.5.2 Strategien zur Behandlung des Schmerzes | 290 |

| | |
|---|-----|
| 16 Standards in der Altenpflege | 293 |
| 16.1 Was Standards regeln..... | 294 |
| 16.2 Einführung und Handhabung von Standards..... | 295 |
| 16.2.1 Organisationsstandard: Handhabung von Standards in der Pflege..... | 296 |
| 17 Kommunikations- und Informationsprozesse | 299 |
| 17.1 Dienstübergabe | 300 |
| 17.1.1 Organisationsstandard: Dienstübergabe..... | 301 |
| 17.2 Dienstbesprechung | 302 |
| 17.2.1 Organisationsstandard: Dienstbesprechung im Pflege-/Wohnbereich | 303 |
| 18 Dienstplanung und Personaleinsatzplanung | 306 |
| 18.1 Ziel und Zweck des Dienstplans..... | 306 |
| 18.2 Rechtliche Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren | 307 |
| 18.2.1 Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) | 307 |
| 18.2.2 Arbeitszeitgesetz (ArbZG) | 307 |
| 18.2.3 Bundesurlaubsgesetz (BurlG)..... | 309 |
| 18.2.4 Tarif- und Arbeitsverträge | 309 |
| 18.2.5 Jugendarbeitsschutzgesetz (JarbSchG) | 309 |
| 18.2.6 Mutterschutzgesetz (MuSchG)..... | 309 |
| 18.3 Formale Anforderungen an den Dienstplanvordruck und Hinweise zur Handhabung | 310 |
| 18.4 Dienstplangrundformen..... | 310 |
| 18.5 Arbeitszeitmodelle aus der Praxis..... | 312 |
| 18.6 Stand-by-Dienst | 316 |
| 18.7 Methodik der Dienstplanerstellung | 317 |
| 18.7.1 Mit 10 methodischen Schritten zum Dienstplan..... | 317 |
| 18.7.2 Organisationsstandard: Dienstplanerstellung..... | 318 |
| 18.8 Dienstplanung per EDV | 320 |
| 18.9 Urlaubsplanung | 320 |
| 18.9.1 Organisationsstandard: Urlaubsplanung..... | 322 |
| 18.10 Personaleinsatzplanung | 324 |
| 18.10.1 Organisationsstandard: Personaleinsatzplanung..... | 326 |
| 19 Mitarbeiterführung | 329 |
| 19.1 Leitungsgrundsätze zur Mitarbeiterführung..... | 330 |
| 19.1.1 Organisationsstandard: Leitungsgrundsätze zur Mitarbeiterführung | 331 |
| 19.2 Mitarbeiter-Selbstprüfung | 333 |
| 19.2.1 Organisationsstandard: Mitarbeiter-Selbstprüfung in der Pflege..... | 334 |
| 20 Mitarbeitergespräche | 336 |
| 20.1 Mitarbeitergespräche..... | 336 |
| 20.1.1 Fehlzeitengespräch | 336 |
| 20.1.2 Rückkehrgespräch | 336 |
| 20.1.3 Abmahnungsgespräch | 337 |
| 20.1.4 Beurteilungsgespräch | 337 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 20.2 | Mitarbeiter-Entwicklungsgespräche | 337 |
| 20.2.1 | Vorbereitungsbogen für Mitarbeiter..... | 338 |
| 20.2.2 | Organisationsstandard: Mitarbeiter-Entwicklungsgespräche..... | 340 |
| 20.2.3 | Zielvereinbarung mit Mitarbeitern | 342 |
| 21 | Einarbeitung neuer Mitarbeiter | 344 |
| 21.1 | Organisationsstandard: Einarbeitung neuer Mitarbeiter im Pflegebereich | 345 |
| 21.2 | Checkliste: Einarbeitung neuer Mitarbeiter im Pflegebereich | 348 |
| 22 | Praktische Ausbildung von Altenpflegerinnen in Einrichtungen der Altenhilfe | 352 |
| 22.1 | Lernziel: Rahmenablauf einer Pflegetätigkeit | 353 |
| 22.2 | Lernziele: ABEDL®-Strukturmodell für das 1. Ausbildungsjahr | 354 |
| 22.2.1 | Lernziele: ABEDL® »Kommunizieren können« | 355 |
| 22.2.2 | Lernziele: ABEDL® »Sich bewegen können« | 356 |
| 22.2.3 | Lernziele: ABEDL® »Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten können« | 357 |
| 22.2.4 | Lernziele: ABEDL® »Sich pflegen können« | 358 |
| 22.2.5 | Lernziele: ABEDL® »Sich kleiden können« | 361 |
| 22.2.6 | Lernziele: ABEDL® »Ausscheiden können« | 362 |
| 22.2.7 | Lernziele: ABEDL® »Essen und trinken können« | 363 |
| 22.2.8 | Lernziele: ABEDL® »Ruhen, schlafen, sich entspannen können« | 364 |
| 22.2.9 | Lernziele: ABEDL® »Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln können« | 365 |
| 22.2.10 | Lernziele: ABEDL® » Die eigene Sexualität leben können« | 366 |
| 22.2.11 | Lernziele: ABEDL® »Für eine sichere/fördernde Umgebung sorgen können« | 367 |
| 22.2.12 | Lernziele: ABEDL® »Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können« | 368 |
| 22.2.13 | Lernziele: ABEDL® »Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können« | 370 |
| 23 | Heimeinzug | 372 |
| 23.1 | Organisationsstandard: Heimeinzug | 373 |
| 23.1.1 | Checkliste: Heimeinzug | 376 |
| 24 | Umgang mit Arzneimitteln | 379 |
| 24.1 | Organisationsstandard: Umgang mit Arzneimitteln | 380 |
| 24.2 | Vordruck: Überprüfung des Medikamentenschanks | 383 |

Teil III: Ergebnisqualität – Qualität, Zielerreichung und Zufriedenheit

| | |
|--|------------|
| 25 Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Altenhilfe | 386 |
| 25.1 Aufbauorganisation Qualitätsmanagement in Einrichtungen..... | 390 |
| 25.1.1 Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen Qualitätszirkelleiter | 391 |
| 25.1.2 Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen Prozessverantwortliche(r) | 391 |
| 26 Die Pflegevisite | 394 |
| 26.1 Organisationsstandard: Pflegevisite..... | 395 |
| 26.2 Leitfaden: Pflegevisite | 397 |
| 27 Fehler- und Beschwerdemanagement | 401 |
| 27.1 Sofortmaßnahmen bei schwerwiegenden Fehlern | 403 |
| 27.2 Fehlerprotokoll..... | 404 |
| 28 Befragungen..... | 406 |
| 28.1 Kunden-/Klientenbefragung | 406 |
| 28.1.1 Fragebogen: Kunden-/Klientenbefragung..... | 407 |
| 28.2 Mitarbeiterbefragung | 408 |
| 28.2.1 Fragebogen für Mitarbeiter | 409 |
| 29 Qualitätszirkel | 411 |
| 29.1 Ausgangspunkte für die Arbeit mit Qualitätszirkeln | 411 |
| 29.1.1 Beteiligung der Mitarbeiter..... | 412 |
| 29.1.2 Problemlösungen..... | 412 |
| 29.1.3 Zusammenarbeit | 412 |
| 29.1.4 Systematische Lösung von Problempunkten..... | 412 |
| 29.1.5 Sieben methodische Schritte der Qualitätszirkelmethode | 413 |
| 29.1.6 Zusammensetzung eines Qualitätszirkels..... | 414 |
| 29.1.7 Bedingungen für die Arbeit mit Qualitätszirkeln | 414 |
| 29.1.8 Qualitätszirkelbeispiel aus der Praxis | 416 |
| 29.1.9 Vordruck: Maßnahmenvorschlag | 420 |
| 30 Qualitätsprüfung durch den MDK | 422 |
| 30.1 Die Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR) | 423 |
| 30.2 Vorbereitung auf die Qualitätsprüfung..... | 428 |
| 30.3 Ablauf der MDK-Prüfung..... | 430 |
| 30.4 Prüfbericht (§ 9 QPR) und Maßnahmenbescheid..... | 431 |
| 31 Ausblick..... | 434 |
| Abkürzungsverzeichnis..... | 437 |
| Glossar (Wörterverzeichnis)..... | 439 |
| Literatur | 445 |
| Register | 448 |

1 Begriffserklärungen

Lernziel:

- Fachbegriffe kennen und anwenden können.

1.1 Pflege

Laut *Duden* ist das »westgermanische Verb *pflegen* dunklen Ursprungs. Zunächst bedeutete es so viel »wie für etwas eintreten, sich für etwas einsetzen«. Daraus entwickelte sich die Bedeutung »sorgen für, betreuen, hegen, (>Pflicht, verpflichten, in Dienst nehmen, durch ein Versprechen binden) und die Bedeutung »sich mit etwas abgeben, betreiben, gewohnt sein.«

Im Wort »pflegen« klingt an, dass Personen in irgendeiner Form vom Pflegenden abhängig und auf seine Zuwendung angewiesen sind. Dieses Phänomen des »Aufeinander-Angewiesenseins« umfasst mehrere Ebenen: Jeder bedarf der Aufmerksamkeit, des Wohlwollens und manchmal (besonders im Alter und bei Krankheit) der konkreten Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen wie bsp. Waschen und Essen.

Der Pflegebegriff ist mehrdimensional und schwer fassbar. Wenn er jedoch auf »Waschen, Anziehen, Essen reichen« usw. reduziert wird, bleibt zweifelhaft, ob der Mensch sich dabei »gepflegt fühlen« kann. In der Vergangenheit wurde eine so reduzierte Pflege oft als »satt und sauber Pflege« bezeichnet.

Am Beispiel des Begriffs »Direkte Pflege«, der die 13 Kategorien des Strukturmodells der fördernden Prozesspflege (ABEDL®) nach *Monika Krobwinkel* umfasst, erkennt man die Breite. Es ist ein Pflegebegriff mit einem ungeheuren Anspruch von **Ganzheitlichkeit**.

1.2 Direkte Pflege

Alle Aufgaben in der Pflege, die unmittelbar am Menschen erbracht werden, sind Aufgaben der direkten Pflege. Die direkte Pflege umfasst insbesondere die *Lebensaktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens*, aus denen sich 13 eigenverantwortlich-pflegerische Aufgabenbereiche ableiten. Diese Aufgaben werden von Pflege(fach)kräften in eigener Verantwortung geleistet. Der Begriff »**Grundpflege**« wurde vom *Agnes-Karll-Institut für Pflegeforschung, Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK)*, bereits 1993 als veraltet bezeichnet.

1.3 Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie

Der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege schlägt vor, statt »**Behandlungspflege**« heute die Umschreibung »*Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie*« zu benutzen. Die bisher übliche Strukturierung pflegerischer Aufgaben orientierte sich an medizinischen Handlungsprozessen. Verstünde man die Behandlungspflege als synonym (sinnverwandt) zum Begriff »Therapie«, so würde dieser Begriff »*therapeutische Pflege*« bedeuten und damit etwas über den eigenständigen Beitrag der Pflege zur Gesundheit aussagen.

Betrachtet man aber die Aufgaben und die Verantwortung unabhängig davon, ob der Arzt diese Tätigkeit an die Pflege oder eine andere Berufsgruppe (z. B. Arzthelferin) delegiert oder ob er sie selbst durchführt, so findet man hier Tätigkeiten wie »*Injektionen verabreichen*«, »*Verbände anlegen*« usw.

Was traditionell als Behandlungspflege bezeichnet wird, ist nicht Pflege. Es ist Mitarbeit bei medizinischer Therapie, bei der die Pflege lediglich eine Durchführungsverantwortung übernimmt (vgl. *Agnes-Karll-Institut für Pflegeforschung, DBfK, 1993*).

1.4 Indirekte Pflege

Um die Pflegeaufgaben zu strukturieren und differenzieren, bietet sich eine Trennung zwischen *pflegerischen Tätigkeiten* (unmittelbar am Menschen) und eher *indirekten Aufgaben* an. Man unterscheidet deshalb in der Pflege zwischen direkten und indirekten Pflegeaufgaben. Indirekte Pflegeaufgaben sind z. B. Pflegemanagement, Pflegeorganisation, Pflegedokumentation, Praxisanleitung/Praxisbegleitung der Mitarbeiter, Kooperation mit anderen Berufsgruppen. Die indirekten Pflegeaufgaben haben Einfluss auf die Qualität der direkten pflegerischen Leistungen.

In Deutschland wird den indirekten Pflegeaufgaben noch immer nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt. In der Praxis trifft man häufig auf die Argumentation, dass es doch wichtiger sei, unmittelbar am/mit dem älteren Menschen zu arbeiten, als z. B. zu dokumentieren. Die direkten Pflegeaufgaben werden oft als höherwertig angesehen und versprechen mehr emotionale Befriedigung als die indirekten Pflegeaufgaben. Im Curriculum zur Altenpflegeausbildung heißt es: »*Pflege soll geplant werden, nach vorgegebenen Richtlinien durchgeführt, systematisch überprüft und in allen Schritten dokumentiert werden. Im Gegensatz dazu steht die zufällige Pflege, die sich alleine auf hergebrachte und wenig bis gar nicht reflektierte Traditionen stützt*«.

Auch der Rahmenvertrag NW entsprechend § 75 Pflegeversicherungsgesetz schreibt für die Einrichtungen der Altenhilfe verbindlich vor: »*Die von der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen sind im notwendigen Umfang täglich in der Pflegedokumentation zu erfassen, von der Pflegekraft zu bestätigen und durch die verantwortliche Pflegefachkraft oder eine andere Pflegefachkraft einmal monatlich zu prüfen*«.

Eine gute Pflegequalität im Bereich der direkten Pflegeaufgaben ist aber ohne die Erledigung von indirekten Pflegeaufgaben nicht zu erreichen.

1.5 Verantwortliche Pflegefachkraft, Pflegefachkraft, pflegerische Bezugsperson und Pflegekraft

Der Begriff **Pflegefachkraft** wird verwendet als Bezeichnung für in der Altenpflege anerkannte Fachkräfte mit in der Regel 3-jähriger Ausbildung und staatlicher Abschlussprüfung und Anerkennung, z. B. Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern, Altenpflegerinnen.

Pflegekräfte sind geeignete Mitarbeiterinnen, die über keine formale Qualifikation in der Pflege verfügen und entsprechend eingearbeitet werden.

Als **verantwortliche (leitende) Pflegefachkraft** wird die Pflegedienstleitung bezeichnet, die im Sinne des Gesetzes gesamtverantwortlich ist für Betreuung und Pflege, die von der Einrichtung geleistet wird.

Pflegerische Bezugsperson beschreibt eine Teilverantwortung. Diese Bezeichnung wird insbesondere im Rahmen der Steuerung des Pflegeprozesses für die Bezugsperson verwendet, die als Pflegefachkraft die Pflegeprozesse einzelner Pflegebedürftiger verantwortlich steuert.

1.6 Kunde

Der Begriff **Kunde** bezeichnet unterschiedliche Interessenpartner der Einrichtungen. Kennzeichen einer funktionierenden Kundenbeziehung ist die **Gleichberechtigung**. Ziel ist es, die Bedürfnisse des Kunden zu verstehen und im Rahmen der Vereinbarungen einzuhalten. Kundenorientierung bedeutet, Leistungen und Abläufe insbesondere an den Wünschen und Erfordernissen der Kunden auszurichten, um ein hohes Maß an Kundenzufriedenheit zu erreichen. Der Kunde entscheidet über die Qualität der Leistungen.

Der Kunde (Pflegebedürftige) ist König!

In den Einrichtungen der Altenhilfe treffen wir auf unterschiedliche Interessenspartner/Kunden. Ein Hauptkunde ist sicherlich der Pflegebedürftige selbst. Daneben gibt es aber noch andere, nicht weniger wichtige Kunden, z. B. Angehörige, Betreuer, Kostenträger (Pflegekasse usw.), Mitarbeiter usw.

Die Zusammenarbeit einzelner Bereiche und Abteilungen der Einrichtung ist häufig nicht eindeutig geregelt und das Verständnis dafür, dass alle Bereiche gemeinsam als Dienstleister für den Kunden »Pflegebedürftiger« tätig sind, ist unterentwickelt. Den Pflegebedürftigen interessiert es nicht, wer für was im Rahmen der Leistungserbringung zuständig ist und welche internen Absprachen und Regelungen gelten. Sein Vertragspartner (Leistungserbringer) ist die Pflegeeinrichtung.

Was im Verhältnis zwischen Einrichtung und Pflegebedürftigem gilt, muss auch im Verhältnis zwischen den einzelnen Bereichen/Abteilungen gelten. Um interne Abläufe zu regeln und Reibungsverluste zu vermeiden, ist die Klärung der **internen Kunden-Lieferanten-Rolle** hilfreich sein. Der einzelne Bereich/Abteilung befindet sich je nach Situation in der Kunden- oder Lieferantenrolle (s. Abb. 1).

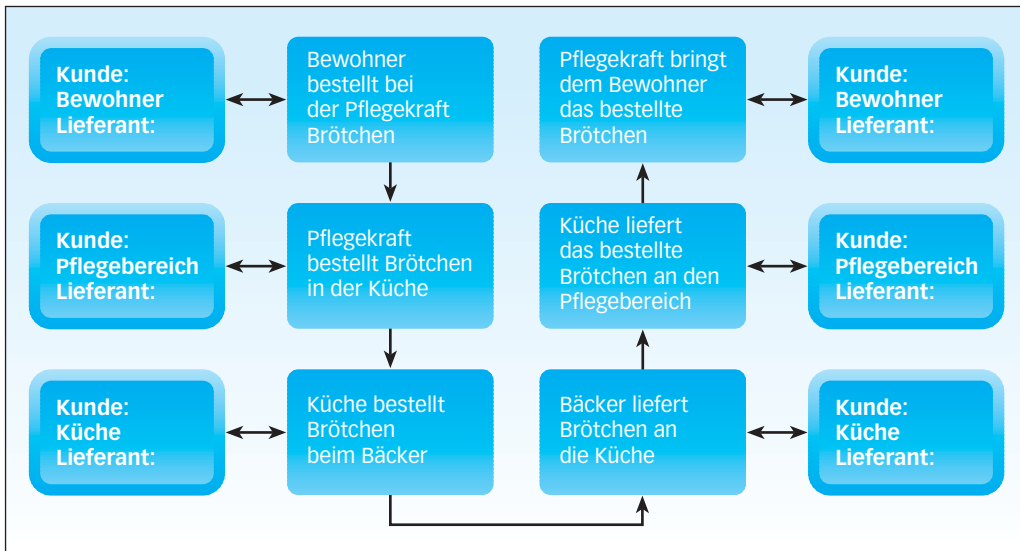


Abb. 1: Kunden- und Lieferantenrollen (in der stationären Pflege) (vgl. Müller 2006).

Memo!

- Bei medizinischer Diagnostik und Therapie verbleibt die Gesamtverantwortung beim Arzt.
- Direkte Pflege wird gesamtverantwortlich von Pflegefachkräften erbracht.
- Die Erledigung indirekter Pflegeaufgaben ist die Voraussetzung für eine gute Qualität der direkten Pflege.
- Pflege ist mehr als rein handwerkliches Können!
- Kennzeichen einer funktionierenden Kundenbeziehung ist die Gleichberechtigung.
- In der Praxis wechseln Kunden- und Lieferantenstatus häufig.

2 Veränderte Rahmenbedingungen in der Altenpflege

Lernziele:

- Einflussfaktoren der äußeren Umwelt auf Einrichtungen der Altenhilfe beschreiben können.
- Anforderungen an Ziele, Strukturen und das Einrichtungsklima in Einrichtungen der Altenhilfe kennen und Möglichkeiten zur Umsetzung beschreiben können.

Das Dilemma, in dem sich das Gesundheits- und Sozialsystem, und damit auch die Altenhilfe in Deutschland, befindet, lässt sich an folgendem Beispiel nachvollziehen: Während in Wirtschaft, Handel, Industrie und Gewerbe steigende Nachfrage und Beschäftigungszahlen als Erfolge gewertet werden, spricht man in der Altenhilfe von einer personalintensiven Dienstleistungsbranche, deren Kosten explodieren. Das heißt, im Gegensatz zur Wirtschaft freut sich niemand (zumindest nicht die Kostenträger und Sozialsysteme) über steigende Beschäftigungszahlen. Deshalb wird es auch weiterhin zu Gratwanderungen zwischen Kostendämpfung und Wachstum kommen. Die Wettbewerbssituation wird sich verschärfen, andererseits wird ein Anstieg der Pflegebedürftigen bis 2020 um 50 % angenommen.

2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Wir leben in einer Zeit, die von Wandel und Veränderungen in Politik, Gesellschaft, Wirtschaft, Gesundheits- und Sozialbereich geprägt ist. Auch das Wertesystem von Gruppen und des einzelnen Menschen ändert sich. Wie werden diese Veränderungen erlebt und verarbeitet? Bedeutet Veränderung Verlust oder Chance? Seit Einführung der Pflegeversicherung haben sich Einrichtungen der Altenhilfe am Markt zu orientieren. Pflege hat sich an den Prinzipien der **Notwendigkeit** und **Wirtschaftlichkeit** zu orientieren.

Gleiche oder höhere Leistungen sind mit immer geringerem Aufwand zu erbringen. In Wirtschaft und Industrie wird dieses Prinzip der Produktivitätssteigerung häufig angewandt. Welche Strategien sind aber für die Altenpflege angemessen? Einerseits sollen die inhaltlichen Anforderungen an die Versorgung und Begleitung pflegebedürftiger Menschen gewährleistet und weiterentwickelt werden (Kundenorientierung, Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung); andererseits sind wirtschaftliche Rahmenbedingungen (Zwänge) zu beachten.

Den Anforderungen an die Leistungserbringer steht auch die gesetzliche Verpflichtung zur Vereinbarung **leistungsgerechter Entgelte** gegenüber. In § 84 Abs. 2 SGB XI heißt es: »Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen.«

Der Versorgungsauftrag wird u. a. im Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI beschrieben. In den Pflegesatzverhandlungen mit den Kostenträgern konnten in der Regel bisher **leider keine** leistungsgerechten Pflegesätze vereinbart werden. Leistungserbringer und Kostenträger sollten sich ihrer Verantwortung für die Pflege bewusst sein.

Register

- ABEDL® 20, 50 ff., 352 ff.
AEDL® 52 ff.
Ablauforganisation 29, 33
Anordnungsverantwortung 176
Arbeitsablauforganisation 201
Arbeitsorganisation 51
Arbeitszeitgesetz 307
Aufbauorganisation 27, 32, 33
Aufnahmegespräch 373
Aufwendungen, pflgebedingte 137
- Barthel-Index 279
Bedürfnispyramide 45
Begutachtungsrichtlinie 144
Behandlungspflege 21, 74
Betriebsführung, wirtschaftliche 152
Bewohnerbefragung 81
Beziehungspflege 374
Bezugsperson 47, 49
–, persönliche 53
–, -pflege 163
–, pflegerische 167
Blindengeld 140
Blindenhilfe 140
Body-Mass-Index 245
Bottom-up-Konzept 61
- Coaching 330, 435
- Datenschutz 184
Dehydratation 254
Dekubitus 245, 274
–, -prophylaxe 274
Delegation 176, 335
–, -(s)verantwortung 54
Demenz 279
Depression 279
Dienstaufsicht 174, 332
Dienstplangrundformen 306
Durchführungsverantwortung 21, 27, 114, 159
- Ebene, ausführende 39
Ehrenamtlich 62
- Energiebedarf 247
Entgelte, leistungsgerechte 24, 83
Entscheidungsverantwortung 54, 159
Ergebnisqualität 33
Ernährung 242
Erstbesuch 373
Evaluationsverantwortung 54
Expertenstandard 275, 293, 295
- Fachaufsicht 174, 332
Flüssigkeitsbedarf 246
Führungskonzept 27
Führungskräfte 329
Führungsstil 62
- Gleichberechtigung 22
Grundpflege 20, 74
- Handeln, eigenverantwortliches 62
Handeln, wirtschaftliches 133
Handlungsverantwortung 342
Hauswirtschaft 64
Heimaufsicht 81, 423
Hilfeleistungen, primäre pflegerische 51
- Interesse, primäres pflegerisches 50
Interessenpartner 22, 129, 387
interne Kunden-Lieferanten-Rolle 22
Investitionskosten 137
- Kennzahlen 389
Kommunikation 330
Kompetenz 335
kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP) 26
Konzept 67
Kosten für Unterkunft 137
Kriegsopferfürsorge 141
Kundenorientierung 24, 25, 26
Kundenzufriedenheit 401
- Lebensaktivität 52
Lebensqualität 61, 158
Leistungsvereinbarung (LQV) 82, 413

- Leitbild 59
 Leitungsaufgabe 163
 Leitungsebene, mittlere 38
 Leitungsebene, oberste 38
 Leitungskräfte 163
 LQN 71
 LQV 71
- MDK 423
 Menschenwürde 72
 Mini-Mental-Status-Test (MMST) 279
 Mini Nutritional Assessment (MNA) 245, 252
 Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie 21
 Mitarbeiterführung 70, 296, 329
- Nahtstelle 158
 Notwendigkeit 24, 43
- Organigramm 98
 Organisationsstandard 295
 Organisationsverantwortung 176
 Orientierungswert 146
- § 80 SGB XI 59
 Personalbedarf 75
 Personalbemessung 75
 Personaleinsatzplanung 306
 Pflege, direkte 20
 Pflege, indirekte 21
 Pflegebedarf 78
 Pflegebericht 224
 Pflegediagnose 187
 Pflegedokumentation 28, 52
 Pflegeeinstufung 142
 Pflegefachkraft 168
 Pflegekonzept 43, 67
 Pflegeleitbild 59 ff.
 Pflegemodell 43 ff.
 Pflegeplanung 40, 41
 Pflegeproblem 186
 Pflegeprozess 47, 51
 –, -modell 49, 52
 Pflegequalität 21, 28, 43, 158
 Pflegestandard 68, 295
- Pflegestufe 142
 –, -(n)zuordnung 75
 Pflgetheorie 43
 Pflegevisite 394
 Pflegewohngeld 139
 Pflegeziel 40
 Prozessqualität 33
 Prozessverantwortlich 392
- Qualifikation, formale 168
 Qualifikation, materielle 168
 Qualität 25, 27
 –, -(s)entwicklung 24, 26
 –, -(s)handbuch 69
 –, -(s)management 25, 26
 –, -(s)prüfung 422
 –, -(s)sicherung 24, 49
 – –, externe 422
 – –, interne 422
 –, -(s)verbesserung 394
 –, -(s)vereinbarung (LQV) 82, 413
 –, -(s)ziel 72
 –, -(s)zirkel 411
 –, -(s)zirkelleiter 391
- Rahmenvertrag 21, 24
 Ressourcen 186
 Risiken 242
 Ruhezeit 308
- Schmerzbeurteilung 282
 Schmerzen 282
 Schmerztherapie 282
 Selbstbestimmung 66, 374
 Selbstpflegekompetenz 48
 Selbstpflegekonzept 47
 Selbstständigkeit 374
 Selbstversorgungsdefizit 187
 Standardleistung 75
 Stellenbeschreibung 330
 Steuerungsgruppe 390
 Strukturqualität 33
 Strukturstandard 293
 Sturzprophylaxe 262
 Sturzrisiko 262
 –, -faktor 264

- System der fördernden Prozesspflege 48
- Tätigkeiten, hauswirtschaftliche 171
- Teams, teilautonome 27
- Teilzeitarbeitsverhältnis 313
- Teilzeitbeschäftigung 313
- Teilziele 65
- Top-Down-Konzept 60
- Urlaubsanspruch 321
- Verbraucherrecht 82
- Verpflegung 137
- Versorgungsauftrag 24, 75
- Versorgungsvertrag 74, 75
- Wirksamkeit 43, 62
- Wirtschaftlichkeit 24, 27, 28, 29, 62
- Wohnbereichsmanagement 27
- Ziel 36 f., 40, 44, 49
- , -setzung, primäre pflegerische 51
- , -vereinbarung 332
- Zusatzleistung 75, 137