



Heimaufsicht: Aspekte der Pflege
Fachinformation zur Fortbildungsveranstaltung

Fachinformation zur Fortbildungsveranstaltung „Heimaufsicht“

Wie ist der aktuelle Stand der Pflegewissenschaft, welches sind Empfehlungen für die Praxis und welche Beispiele können diese veranschaulichen? Das vorliegende Heft ist als Internetveröffentlichung und Druckversion konzipiert und soll als Arbeitshilfe für das in der Heimaufsicht für Heime der Altenhilfe tätige Fachpersonal sowie als Hilfestellung beim Einstieg in das Themengebiet der Heimaufsicht dienen. Die Literaturliste, Anhänge sowie die Zusammenstellung interessanter Internetressourcen am Ende des Dokuments sollen Anregung zur Vertiefung des Themas geben.

Allen an der Konzeption der Fortbildung Beteiligten, allen voran den Referenten der Fortbildung, danken wir für Ihre wertvollen Beiträge und Anregungen.

Herausgeber:

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Eggenreuther Weg 43
91058 Erlangen

Telefon: 09131/764-0
Telefax: 09131/764-102

E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de
Internet: www.lgl.bayern.de

Bearbeitung:

Dipl. Soz.- Päd. Patricia Ehrensperger, Dipl. Pflegewirtin Tanja Schneider, HD Friederike Ott, PD Dr. med. Manfred Wildner

Referenten:

Dr. Stefan Ackermann (Geschäftsführer Social Cert, Augsburg), Volker Fenchel (Dipl.-Gerontologe M.A. Hans-Weinberger-Akademie, Fort-, Weiterbildung und Beratung), Winfried Fischer (Referent externe Qualitätssicherung, Ressort Pflege MDK in Bayern), Helga Hanusa-Friedl (Dipl. Päd. Supervisorin, Regensburg), Fred Hermann (Dipl. Soz.- Päd. Supervisor DGSv, Landratsamt Roth), Gerda Katheder (Altenpflegerin, Pflegemanagement, PDL, Pflegefachkraft, Heimaufsicht, Regierung von Oberbayern), Claudia Keller (Dipl. Pflegewirtin, Qualitätsmanagerin DGQ, SMA, Krankenschwester, Landratsamt München), Helma Kriegisch (Altenpflegerin, Qualitätsberaterin Landeshauptstadt München Sozialreferat, Amt für Soziale Sicherung Hilfe im Alter bei Pflege und Betreuung)

Bei fachlichen Fragen wenden Sie sich bitte an:

Patricia Ehrensperger	Tanja Schneider
Tel.: 089/31560-304	Tel: 089/31560-165
patricia.ehrensperger@lgl.bayern.de	tanja.schneider@lgl.bayern.de

Stand:

September 2005

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars erbeten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Publikation wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Druckschrift wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden.

Inhaltsverzeichnis

1.	Fortbildungsveranstaltung der Heimaufsicht für Heime der Altenhilfe	2
1.1	Gesetzliche Grundlage	2
1.2	Aufgaben der Heimaufsicht	3
1.3	Hauptthemen der Fortbildungsveranstaltung	4
2.	Pflegefachliche Grundlagen	5
2.1	Pflegerische Grundbegriffe zur Begutachtung im Rahmen der Heimaufsicht	5
2.2	Spezielle Arbeits - und Pflege Techniken in der Altenpflege	11
2.3	Hospizpflege – Palliativpflege – Palliativmedizin	18
2.4	Mangelernährung im Alter	20
3.	Aktuelle Konzepte und Modelle der gerontopsychiatrischen Pflege	22
3.1	Grundbegriffe in der gerontopsychiatrischen Pflege	22
3.2	Konzepte und Modelle am Beispiel Demenz	25
4.	Grundlagen des Qualitätsmanagements	30
4.1	Ziele des Qualitätsmanagements	31
4.2	Qualität – Begriffsbestimmung	32
4.3	Qualitätsmanagement in der Pflege	33
5.	Pflegerische Begutachtungen	38
5.1	Praxis der Heimaufsicht – die Perspektive des ÖGD	39
5.2	Beurteilung der Ergebnisqualität – die Perspektive des medizinischen Dienstes der Krankenkassen	53
6.	Planspiel Heimbegehung	72
6.1	Fiktiver Beschwerdebrief und Rollenbeschreibung	74
6.2	Kommunikationstheorien	76
7.	Zusammenfassung und Ausblick	81
8.	Literatur	82
9.	Anlaufstellen in Bayern	86
10.	Internet-Links	87
11.	Abkürzungsverzeichnis	88
12.	Anhang	89

1. Fortbildungsveranstaltung der Heimaufsicht für Heime der Altenhilfe

Nach Vorarbeiten einer interministeriellen Arbeitsgruppe unter Beteiligung von StMAS und StMUGV konnten von 2003-2005 acht Veranstaltungen zum Thema „Fortbildung des in der Heimaufsicht für Heime der Altenhilfe (nach dem Heimgesetz) tätigen Fachpersonals“ durchgeführt werden. Damit wurde eine bayernweit flächendeckende Kapazitätsbildung erfolgreich umgesetzt. Die folgende Darstellung ist eine zusammenfassende Dokumentation der Themenbereiche, welche im Rahmen dieser Fortbildungsveranstaltungen vorgestellt wurden. Zielgruppe der Veranstaltung waren Ärzte¹ im Gesundheitswesen sowie Sozialmedizinische Assistenten. Im Bezug auf diese Zielgruppen umfassen die Themen vor allen Dingen die medizinisch-pflegerische Begutachtung. Beispielhaft werden Handreichungen zu verschiedenen Themen vorgestellt, welche zur weiteren Entwicklung in dieser Form anregen sollen. Eine Formulierung von verbindlichen Prüfkriterien und Mindeststandards wird langfristig notwendig werden, um die Arbeit der Heimaufsicht im Hinblick auf Qualitätssicherung nachhaltig zu verbessern.

1.1 Gesetzliche Grundlage

Rechtliche Grundlage für die Heimaufsicht ist im wesentlichen das Heimgesetz (HeimG).

Dieses Gesetz gilt für Heime (§ 1 Anwendungsbereich). Heime im Sinne dieses Gesetzes sind Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten, und die in ihrem Bestand von Wechsel und Zahl der Bewohner und Bewohnerinnen unabhängig sind und entgeltlich betrieben werden.

Einrichtungen im Sinne des Heimgesetzes sind:

- Altenheime
- Heime für erwachsene behinderte Menschen
- Einrichtungen der Kurzzeit- und Tagespflege
- Hospize

Der Zweck des Heimgesetzes ist der umfassende Schutz der Bewohner. Der Träger soll zu diesem Zweck umfassend beraten werden, dabei aber in der Selbständigkeit von Zielsetzung und

¹ Die im Text gewählte männliche Form dient der besseren Lesbarkeit und umfasst auch weibliche Personen.

Durchführung unberührt bleiben. Ebenso soll das Gesetz die Zusammenarbeit der beteiligten Behörden fördern.

1.2 Aufgaben der Heimaufsicht

Gemäß der im Heimgesetz näher definierten Anforderungen überprüfen die Heimaufsichtsbehörden den Betrieb Heim. Anforderungen, die an ein Heim gestellt werden, sind (§ 11 HeimG):

- *Schutz von Würde, Interessen und Bedürfnissen der Bewohner,*
- *Wahrung und Förderung von Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner,*
- *Angemessene Betreuungsqualität, Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse,*
- *Sicherung von ärztlicher und gesundheitlicher Betreuung,*
- *Förderung der Eingliederung behinderter Menschen,*
- *Angemessene Lebensgestaltung ermöglichen, erforderliche Hilfen gewähren,*
- *Hauswirtschaftliche Versorgung und angemessene Qualität des Wohnens bereitstellen,*
- *Sicherstellung einer Pflegeplanung,*
- *In Einrichtungen der Behindertenhilfe Erstellung und Umsetzung von Hilfs- und Förderplänen sicherstellen,*
- *Ausreichenden Schutz vor Infektionen gewährleisten und dabei die einschlägigen Anforderungen einhalten,*
- *Sicherstellen des fachgerechten Umgangs mit Medikamenten.*

Außerdem darf ein Heim nur betrieben werden, wenn der Träger *zuverlässig* und wirtschaftlich *leistungsfähig* den Betrieb erhält, *sicherstellt*, dass Zahl der Beschäftigten sowie ihre persönliche und fachliche Eignung *ausreicht*, *angemessenes* Entgelt verlangt und Qualitätsmanagement betreibt. Ein Heim darf außerdem betrieben werden, wenn § 3 HeimG eingehalten wird, welcher die Form der Leistungen des Heimes bestimmt, vertragliche Leistungen erbracht werden und § 14 HeimG eingehalten wird, welcher regelt, wie mit außervertraglichen Leistungen an Träger und Beschäftigte umgegangen werden muss.

1.3 Hauptthemen der Fortbildungsveranstaltung

Die folgenden Ausführungen erheben nicht den Anspruch der Vollständigkeit, sondern sind ein Versuch, die wesentlichen Aufgabenfelder der Heimaufsicht in Bezug auf die Pflege darzustellen. Hauptthemen in Hinblick auf pflegerische Aspekte waren:

- Pflegefachliche Grundlagen,
- Gerontopsychiatrische Erkrankungen,
- Qualitätsmanagement,
- Pflege- und Ergebnisqualität,
- Kommunikationstheorien.

Die Aspekte der Pflege stellen nur einen Teil des Aufgabenfeldes der Heimaufsicht dar. Eine umfassendere Abhandlung findet sich z.B. im „Handbuch zur Praxis der Heimaufsicht“, herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugendliche (2005; www.bmfsfj.de).

2. Pflegefachliche Grundlagen

Helma Kriegisch

Für die Begutachtung von Pflege als einer zentralen Aufgabe der Heimaufsicht ist es notwendig, sich mit dem Wesen von Pflege zu befassen, und sowohl theoretische als auch praktische Grundlagen zu kennen.

Pflege selbst sowie die Anforderungen an die Pflege veränderten sich in den letzten Jahren stark. Die zu beobachtende Professionalisierung und Akademisierung wird auch im 21. Jahrhundert weiter zur Entwicklung der Pflege beitragen.

Dieses Kapitel bietet einen Einblick in die theoretischen und praktischen Grundlagen von Pflege. Die Geschichte von Pflege wird kurz vorgestellt. Zwei insbesondere in der vollstationären Altenpflege vielfach angewandte Pflegemodelle - die Modelle von Krohwinkel und Böhm - werden ebenfalls kurz präsentiert. Bei weiterem Interesse kann die angegebene Literatur zu Rate gezogen werden.

2.1 Pflegerische Grundbegriffe zur Begutachtung im Rahmen der Heimaufsicht

Die Begriffe Pflegemodell und Pflege Theorie stammen aus der Pflegeforschung. Die Pflegeforschung existiert erst seit Beginn des 20. Jahrhunderts. Ein Pflegemodell bzw. eine Pflege Theorie bietet den praktisch tätigen Pflegenden einen Handlungsrahmen zur Systematisierung der täglichen Arbeit. Inhalt ist - stark vereinfacht - die Auseinandersetzung mit dem Pflegeverständnis und dem Berufsbild. Die Pflege Theoretiker/-innen versuchen:

Pflege

- zu beschreiben und
- zu definieren

um so *Pflegewissen*

- zu sammeln und
- zu systematisieren

Pflegemodell²

Ein Pflegemodell beschreibt und kennzeichnet die Pflege mit ihren Strukturen, Charakteristika, Feldern und Verlaufsformen. Darüber ist es im Modell möglich, komplexe Sachverhalte vereinfacht darzustellen, um sich einen Gesamtüberblick zu verschaffen.

Das Meta - Paradigma der Pflege umfasst vier zentrale Konzepte der Person, welche für die Entwicklung von Pflegemodellen relevant sind:

- Mensch und Gesellschaft,
- Pflege,
- Gesundheit,
- Umwelt.

Beispiele hierfür sind das Pflegemodell nach Monika Krohwinkel oder das Pflegemodell nach Erich Böhm.

Pflegetheorien

Eine Theorie ist eine abstrakte Betrachtungsweise, ein System wissenschaftlich begründeter Aussagen. Eine Pflegetheorie beschreibt die Pflege mit Konzepten aus anderen Wissenschaften, wie der Soziologie oder der Psychologie. Ziel ist die Beschreibung, Erklärung, Vorhersage oder Entwicklung von Vorschriften für pflegerische Versorgung. Hierüber wird das Verständnis für Schlüsselbegriffe und Prinzipien entwickelt, die zur Pflegeperspektive gehören. Pflegetheorien leisten damit einen wichtigen Beitrag zur begrifflichen Unterscheidung von Pflege und Medizin.³

Afaf Ibrahim Meleis⁴ klassifiziert die vorhandenen Pflegetheorien folgendermaßen:

- Bedürfnismodelle
- Interaktionsmodelle
- Pflegeergebnismodelle.

Im Folgenden werden exemplarisch einzelne Pflegetheorien der Klassifizierung zugeordnet.

² Kühne-Ponesch S. Modelle und Theorien in der Pflege. Facultas UTB, Wien 2004. S. 39ff.

³ Walker A. Theoriebildung in der Pflege. Ullstein Verlag, Wiesbaden, 1998.

⁴ Meleis AI. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Hans Huber, Bern 1999.

Tabelle 1: Ausgewählte Pflege-theorien

Bedürfnismodelle	Interaktionsmodelle	Pflegeergebnismodelle
Virginia Henderson	Imogene King	Dorothy Johnson
Modell der 14 Grundbedürfnisse eines Menschen	Zielerreichungstheorie	Verhaltenssystemmodell
Dorothea E. Orem	Hildegard Peplau	Levine
Selbstfürsorgedefizitmodell	Modell der psychodynamischen Krankenpflege	Erhaltungsprinzipien
Fay Abdellah	Ida J. Orlando Pelletier	Martha Rogers
Modell der 21 Pflegeprobleme	Pflegeprozessmodell/-theorie	Wissenschaft vom unitären Menschen

Pflegekonzepte

Pflegekonzepte stellen dar, auf welcher Grundlage, mit welchen Mitteln und wie die Pflege für einen bestimmten Personenkreis durchgeführt werden soll. Die theoretische Basis von Pflegekonzepten bilden Erkenntnisse aus der Pflegewissenschaft, den Pflegemodellen und im Bereich der Altenhilfe der Gerontologie.⁵ Beispiel sind spezifische Hauskonzepte oder Wohngruppenkonzepte.

Der Pflegebegriff

Historisch betrachtet kann Pflege als eine selbstverständliche, zwischenmenschliche Handlung am Nächsten angesehen werden. Wurzeln von Pflege finden sich u.a. in der ägyptischen Heilkunst wieder. Durch die Jahrhunderte veränderte sich das Verständnis von Pflege, von der Sichtweise als „Gottesdienst“, Dienst zum eigenen Seelenheil, Pflege als einem der ersten Frauenberufe, bis hin zur derzeitigen Bestrebung weiterer Professionalisierung. Eine bedeutende Vertreterin dieser Entwicklung ist Florence Nightingale (1820-1910). Sie definierte Pflege Mitte des 19. Jahrhunderts folgendermaßen:

„Krankenpflege ist eine Kunst und zwar eine Kunst, die eine organisierte praktische und wissenschaftliche Schulung erfordert, denn sie ist die gelernte Dienerin der Medizin, Chirurgie und Hygiene.“⁶

Spätere einflussreiche Vertreterinnen der Pflege sind Virginia Henderson im angloamerikanischen Raum oder Juliane Juchli aus der Schweiz.

Nach Virginia Henderson besteht die einzigartige Funktion der Krankenschwester darin *„[...] dem Menschen, ob krank oder gesund, zu helfen, bei Handlungen, die zur Gesundheit oder deren Wiedererlangen beitragen (oder zu einem friedlichen Tod), die er ohne Hilfe ausführen*

⁵ Kammer K. Schroder B. Pflegemanagement in Alteneinrichtungen. Schlütersche Verlagsanstalt, Hannover 2000.

⁶ Katscher L. Geschichte der Krankenpflege. Berlin 1989.

würde, wenn er die notwendige Kraft, den Willen oder das Wissen hätte. Und das ist so zu machen, dass er so schnell wie möglich wieder unabhängig wird.“⁷

Liliane Juchli sagte:

„Die Krankenpflege steht im Dienste des Menschen, der in der Gesundheit oder Entwicklung gehindert oder gestört ist und der Hilfe bedarf.“⁸

Pflege ist dabei ihrer Natur entsprechend eine vielschichtige Tätigkeit. Es handelt sich dabei nicht nur um das Ausführen von Pflegehandlungen und medizinischen Verordnungen, sondern auch um das Unterstützen von Krankheitsbewältigungsprozessen durch Beratung, Information und Bildung/Erziehung, sowie das Fördern von Selbsthilfekräften und Selbsthilfestrategien mit dem Ziel, die Selbstpflegekompetenz und –fähigkeit des Patienten zu unterstützen.

Vom Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN, International Council of Nurses) wurde 1953 erstmals ein internationaler Ethikkodex formuliert, welcher über die Jahre hin ständig überprüft wurde. In seiner letzten Überarbeitung vom Jahr 2000 wird in der Präambel Pflege definiert. Pflegenden kommen danach vier grundlegende Aufgaben zu:

- Gesundheit zu fördern
- Krankheit zu verhüten
- Gesundheit wiederherzustellen
- Leiden zu lindern.

Pflegende üben ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus; sie koordinieren ihre Dienstleistungen mit denen anderer beteiligter Gruppen. Dabei ist Pflege untrennbar von der Achtung der Menschenrechte, einschließlich dem Recht auf Würde und einer respektvollen Haltung.

„Sie wird ohne Wertung des Alters, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts des Glaubens, der Hautfarbe, der Kultur, der Nationalität, der politischen Einstellung, der Rasse oder des sozialen Status ausgeübt.“⁹

Der Standard ethischer Verhaltensweisen wird durch vier Grundelemente genauer bestimmt (ICN-Ethikkodex für Pflegende):

- Pflegende und ihre Mitmenschen
- Pflegende und die Berufsausübung
- Pflegende und die Profession
- Pflegende und ihre Kollegen.¹⁰

⁷ Henderson V. Das Wesen der Pflege. In: Schaeffer/ Steppe, Pflege-theorien-Beispiele aus den USA.

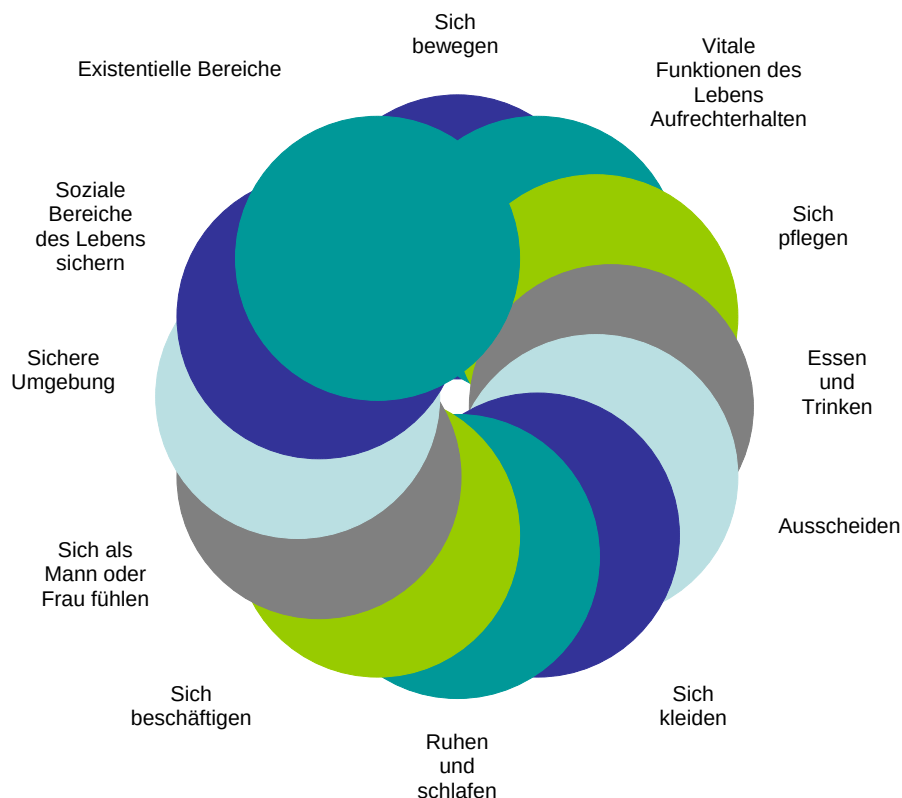
⁸ Juchli L. Krankenpflege. Thieme Verlag, Stuttgart 1987. S.87.

⁹ DBfK, ICN- Ethikkodex für Pflegende, 2001/ <http://www.icn.ch>

¹⁰ DBfK, ICN- Ethikkodex für Pflegende, 2001/ <http://www.icn.ch>

Im Feld der Pflege-theorien sind heute für uns vor allem die Überlegungen Virginia Hendersons von Bedeutung, sowie die von Roper, Logan und Tierny. Anhand dieser Theorien entwickelte Monika Krohwinkel ihr Modell der fördernden Prozesspflege als Erweiterung ihrer Vordenkerinnen.¹¹ Dieses Modell findet heute im Bereich der Altenpflege und für die Entwicklung des Pflegeprozesses große Anerkennung. Über die darin enthaltenen 13 Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) werden in der Pflegeplanung Entwicklungspotentiale, Ressourcen und Problem-bereiche eines Bewohners formuliert. In der Pflegeanamnese sowie mit Assessments werden die wichtigsten Bereiche fokussiert und gezielt in die Pflegeplanung aufgenommen. Die AEDL-Bereiche sind nie getrennt voneinander zu begreifen. Sie stehen miteinander in einer gegenseitigen Wechselbeziehung und bedingen sich gegenseitig.

Abbildung 1: Die 13 Lebensaktivitäten



¹¹: Krohwinkel M. Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranken. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlag, Baden-Baden 1993.

Die *primäre pflegerische Zielsetzung* ist das Erhalten, Fördern bzw. Wiedererlangen von Unabhängigkeit und Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person in ihren Aktivitäten des Lebens und in ihrem Umgang mit existentiellen Erfahrungen des Lebens. Um dies zu erreichen, sind insbesondere auch die Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person und/oder ihrer persönlichen Bezugspersonen (Lebenspartner, Familienangehörige, Freunde) gezielt systematisch zu erfassen, zu stützen und zu fördern. Pflegende leisten direkte Pflege, arbeiten bei ärztlicher Therapie und Diagnostik mit. Ihnen stehen fünf grundlegende Methoden zur Hilfeleistung zur Verfügung:

1. Für den pflegebedürftigen Menschen handeln,
2. ihn führen und leiten,
3. für eine Umgebung sorgen, die einer positiven Entwicklung förderlich ist,
4. ihn unterstützen,
5. den Pflegebedürftigen und/oder seine Bezugsperson anleiten, beraten, unterrichten und fördern.

Die indirekte Pflege unterstützt im Managementbereich das Gelingen des Pflegeprozesses. Im Managementmodell von Krohwinkel hat Pflege die Entscheidungs-, Durchführungs- und Evaluationsverantwortung.¹²

Ein weiteres Pflegemodell im Bereich der Altenpflege ist das von Prof. Erich Böhm entwickelte psychobiographische Modell.¹³ Die psychogeriatrische Pflege nach Erich Böhm berücksichtigt die Gewohnheiten und die individuelle Art der Coping- oder Lebensbewältigungsstrategien alter Menschen. Viele Menschen mit herausforderndem Verhalten könnten besser verstanden werden, wenn bekannt wäre, was sie wirklich meinen und was sie bewegt. Dieses Verstehen soll in die Pflege einbezogen werden. Die Selbständigkeit, die soziale Kompetenz der alten Menschen soll so lange wie möglich erhalten bzw. gefördert werden. Selbständigkeit ist hier nicht vorrangig auf körperliche Aktivitäten bezogen, sondern auf Geist und Psyche. Das bedeutet, selbständig denken, fühlen und natürlich selbst entscheiden oder mitentscheiden dürfen. Reaktivierende Pflege nach Böhm ist ein Impuls zur Wiederbelebung der „Altersseele“. Dieser Impuls ergibt sich nach der Interpretation der einzigartigen „thymopsychischen“ Biographie¹⁴. Reaktivierende Pflege heißt wieder aufrufen, was einmal aktive Funktion war. Reaktivierende Pflege ist dabei nicht allein die Durchführung einer aktivierenden Pflegemethode, reaktivierende Pflege ist eine differenzierte fachspezifische Pflegemethode, die in erster Linie vor jede somatische Mobilisation und Aktivierungspflege die Reanimation der seelischen Kräfte des Betroffenen setzt.

¹²: Sowinski C et al. Theoriegeleitetes Arbeiten in Ausbildung und Praxis - Ein Baustein zur Qualitätssicherung in der Altenpflege. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) Forum 24, Köln 1997.

¹³ Kühne-Ponesch S. Modelle und Theorien in der Pflege. Facultas Verlag, Wien 2004.

¹⁴Thymopsyche ist nach Böhm jener Anteil der Seele, der vorwiegend mit den Gefühlen (Stimmung, Befindlichkeit, Triebe, Gefühlsausbrüche) zu tun hat.

2.2 Spezielle Arbeits - und Pflege Techniken in der Altenpflege

Pflege in Alten- und Pflegeheimen

Laut Heimgesetz darf ein Heim nur betrieben werden wenn [...] der Träger und die Leitung

1. die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner vor Beeinträchtigungen schützen,
2. die Selbständigkeit, die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner wahren und fördern, insbesondere bei behinderten Menschen die sozialpädagogische Betreuung und heilpädagogische Förderung sowie bei Pflegebedürftigen eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde gewährleisten [...] (§ 11 HeimG Absatz 1, (1) (2)). Diese gesetzliche Forderung beachtend, sollte ein Heim gut darlegen können, wie Arbeitsabläufe gesteuert und organisiert werden. Dabei sollte dargestellt sein, in welcher Form Pflege organisiert ist, wo die Pflege innerhalb der Leitlinien platziert ist und welche Besonderheiten im Haus vorliegen. Einige wichtige Begrifflichkeiten werden im Folgenden näher erläutert.

Individualität wahren

Ausgehend von dem Grundsatz, die Würde des Menschen zu wahren, lässt sich eine Vielzahl von Forderungen für die Betreuung und Pflege im Heimaltag aufstellen. Die Individualität des Einzelnen, unterschiedliche Neigungen, Interessen, Eigenheiten und Einstellungen des Menschen, basieren u. a. auf seiner Biografie und der Verarbeitung seiner Erfahrungen in seinem sozialen Umfeld. Die vorhandenen persönlichen Möglichkeiten und Ressourcen des alten Menschen sind durch reaktivierende und mobilisierende Pflege und Betreuung zu fördern, um somit die Selbständigkeit des Bewohners, entsprechend seiner Möglichkeiten, zu erhalten. Die dadurch ermöglichte Selbstbestimmung steigert das Selbstwertgefühl und damit die physische und psychische Verfassung. Für die Gestaltung von Lebenswelten leiten sich für Alten- und Pflegeheime daraus ab:

- Biografieorientierung und Umsetzung in die Praxis,
- Individualisierung der Angebote und Abläufe,
- Selbstverantwortung und -bestimmung der Menschen mit Demenz,
- Milieugestaltung (Alltagsnähe, Wohlfühlbereiche etc.),
- soziale Teilhabe.

Pflegestandards

Pflegestandards sind festgelegte Handlungsschritte, wie z.B. bestimmte Arbeiten in einem Heim durchgeführt werden. Sie dienen der Vereinheitlichung bzw. zur Kontinuität in der Pflegeleistung. Es gibt Standards auf nationaler Ebene, auf Trägerebene (Makroebene), Hausebene (Metaebene) und individuell dem Betroffenen angepasste Standards.

Einzelne Pflegebereiche oder das ganze Heim sollten sich klare Bestimmungen zur Pflege aufstellen, damit die Bewohner/-innen nicht von jeder Pflegenden nach einem anderen Schema versorgt werden. Die Qualität der Pflege zeichnet sich dabei durch professionelles Handeln aus. So stützt sich professionelle Pflege auf spezifische Pflegekonzepte, deren einheitliche Anwendung und Umsetzung charakterisierend für Kontinuität ist. Wenn in einer Pflegedokumentation erkennbar ist, dass verschiedene Pflegende ganz eigene Pflegestile anwenden, so ist eine gute Pflege in Frage zu stellen. Zum flexiblen Umgang mit Standards kann sinnvoll die Pflegedokumentation zu Hilfe genommen werden. Wenn besondere Pflegeereignisse oder individuelle Bedürfnisse des Bewohners dem vorgegebenen Standard des Heimes nicht entsprechen, dies aber sinnvoll und professionell in der Pflegedokumentation begründet wird, so muss ein Pflegestandard nicht als starre Struktur wahrgenommen werden.

Prophylaxen

Pflegeprophylaxen helfen, wenn sie rechtzeitig und kontinuierlich durchgeführt werden, die körperliche, seelische, geistige und soziale Gesundheit zu erhalten und zu fördern und um somit die Entstehung von Folge- und Begleiterkrankungen zu verhindern. Bei der Durchführung von Prophylaxen müssen folgende Punkte bedacht werden:

- Mitarbeit des Bewohners und des ganzen therapeutischen Teams,
- Integration der Prophylaxen in den individuellen Pflegeplan und in den Tagesablauf,
- Regelmäßigkeit und Sorgfalt der Durchführung,
- Individuelle Auswahl der Mittel und Maßnahmen,
- Ressourcenorientierung der Prophylaxen ausnutzen.

Nachfolgend werden für ausgewählte Bereiche der Prophylaxe besonders zu beachtenden Punkte aufgeführt.

Dekubitalulcera – siehe unten,

Kontrakturen – Lagerung, Mobilisation, Bewegungspläne,

Pneumonie – Lagerung, Mobilisation, Atemtraining,

Aspiration – Ernährung (Schluckstörungen, Demenzerkrankung, Sondenkostgabe),

Harnwegsinfektionen – In(kontinenz), strenge medizinische Indikationsstellung von Dauerkathetern, suprapubischen Kathetern,

Infektionen – allgemeine Hygiene, Desinfektion, Umgang mit sterilem Material, Schutzkleidung,

Karies – Zahnpflege,

Obstipation – Gewohnheiten, Ernährung, Bewegung, alternative Methoden zur medikamentösen Behandlung.

Beispielhaft werden im Folgenden die Elemente der Dekubitusprophylaxe näher dargestellt. Die Dekubitusentstehung beruht auf den Faktoren Druck, Zeit und Disposition. Zur Prophylaxe von Dekubitalgeschwüren ist es wichtig diese Faktoren zu beachten. Ziele hierbei sind:

- Erkennen von Dekubitusgefährdungen
- Verhindern eines Dekubitus
- Wohlbefinden des Bewohners und Akzeptanz der Pflegemaßnahmen.

Zur Erkennung der Dekubitusgefahr können z.B. die Norton- oder die Bradenskala angewandt werden. Anhand verschiedener Faktoren wird hier eingeschätzt, wie hoch die Gefahr einer Dekubitusentstehung ist. Die wichtigste Maßnahme zur Dekubitusprophylaxe ist Druckentlastung. Diese kann sowohl über ausreichende Bewegung bei gehfähigen Bewohnern als auch über konsequente Lagerung bei nicht gehfähigen Bewohnern gewährleistet werden. Des Weiteren ist eine gute Hautpflege wichtig. Alle Maßnahmen, die zur Dekubitusprophylaxe durchgeführt werden, auch die Lagerungen, müssen in der Pflegeplanung dokumentiert werden. Zur Erkennung eines Dekubitus ist es nötig, den Hautzustand zu begutachten. Liegt eine Hautschädigung vor, kann man diese mittels folgender Beschreibung definieren, um so eine nötige Behandlung festzulegen.

Tabelle 2:¹⁵ Stadieneinteilung von Dekubitalgeschwüren

Stadium (Grad)	Beschreibung
1	Persistierende, umschriebene Hautrötung bei intakter Haut. Weitere klinische Zeichen können Ödembildung, Verhärtung und lokale Überwärmung sein.
2	Teilverlust der Haut, Epidermis bis hin zu Anteilen der Dermis (Korium) sind geschädigt. Der Druckschaden ist oberflächlich und kann sich klinisch als Blase, Hautabschürfung oder flaches Geschwür darstellen.
3	Verlust aller Hautschichten und Schädigung oder Nekrose des subcutanen Gewebes, die bis auf die darunter liegende Faszia reichen kann. Der Dekubitus zeigt sich klinisch als tiefes, offenes Geschwür.
4	Verlust aller Hautschichten mit ausgedehnter Zerstörung, Gewebnekrose oder Schädigung von Muskeln, Knochen oder unterstützenden Strukturen (Sehnen, Gelenkkapsel).

Um bei einem Dekubitus ersten Grades festzustellen, ob nicht eine andere Hauterscheinung vorliegt, kann man den „Fingertest“ durchführen. Dabei wird mit einem Finger in die betroffene Rötung gedrückt. Wenn die Haut rot bleibt, liegt eine Schädigung der Haut vor, wird die Stelle zunächst weiß, so ist dies eine normale Reaktion der Haut auf Druck, es liegt kein Dekubitus vor.¹⁶

¹⁵ MDS, Grundsatzstellungnahme Dekubitus, Juni 2001 (Die Definition orientiert sich an der Einteilung des National Pressure Ulcer Advisory Panel 1989)

¹⁶ Phillips J. Dekubitus und Dekubitusprophylaxe – verstehen – verhindern – verändern. Hans Huber Verlag, Bern 1997.

Nationale Standards – Expertenstandards

Seit 2000 entstehen an der Universität Osnabrück Expertenstandards. Bisher erschienen sind Standards zu Dekubitusprophylaxe, Schmerzmanagement und Entlassungsmanagement. Derzeit in Bearbeitung sind Standards zu Sturzprophylaxe und Kontinenzförderung. Die Standards sind immer nach dem gleichen Konzept aufgebaut und stellen primär ein Führungswerkzeug dar. Der darin vorgegebene Prozess muss zwingend mit geeigneten Arbeitspraktiken ausgefüllt werden. Insofern ist die sinnvolle Implementierung dieser Standards sehr wichtig. Nur alleine im Besitz dieses Dokuments zu sein, sagt nichts über die entsprechende Versorgung aus. Das Modell muss in das System der Pflegedokumentation eingebaut sein, einzelne Werkzeuge, wie zum Beispiel zu verwendende Pflegemittel, müssen genau bezeichnet werden. So bearbeitet kann der zunächst als Gerüst dienende Expertenstandard später als Nachschlagewerk benutzt werden.

Risikomanagement

Im Sinne der frühzeitigen Risikoerkennung und Minimierung sollte ein hausinternes Risikomanagement eingeführt sein. Es kann z.B. Protokolle umfassen hinsichtlich Sturzgefährdung, der Auswertung von Stürzen und deren Ursachen, der Anzahl von Personen mit Dekubitusgefährdung, Mangelernährung, Dehydration, Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen, Psychopharmakaeinsatz, Anzahl der Dauerkatheter, Umgang mit Sondenkost, insulinpflichtigem Diabetes.

Assessment

Erhebungen von speziell formulierten Kriterien zur Bestimmung von z.B. Dekubitusrisiken, Sturzrisiken, Grad einer Demenzerkrankung. Das Resident Assessment Instrument (RAI) ist ein Instrument des Risikomanagements und bezieht sich auf 18 Problembereiche, die über die Dokumentation überwacht werden.

Sturz: Sturzrisiko-Assessment, Sturzursachenassessment

Dekubitus: Braden Skala, Norton Skala

Demenz: Mini-Mental-Status Examination nach Folstein, Nosger, Reisberg-Skala

Pflegediagnosen: Barthel – Index, FIM (Functional Independence measure)

Ernährung: Mini Nutritional Assessment, Body Mass Index.

Ernährung

Pflegenden obliegt es, prinzipielle Beobachtungen zu Hunger und Durst im Rahmen ihrer Arbeit zu machen und ggf. entsprechende Interventionen im Rahmen der Pflegeplanung und Kooperation mit dem behandelnden Hausarzt folgen zu lassen. Instrumente sind hierfür u.a. das Trinkprotokoll, ggf. eine Bilanzierung sowie regelmäßige Gewichtskontrollen.

In Alten- und Pflegeheimen ist ein Augenmerk auf die Agnosie der Nahrung und des Hungers und die Apraxie im Umgang mit Besteck, Tassen etc., zu legen. Weiterhin sind Aussagen zu Schluckstörungen, Krankheitsverlauf, Krisen, Akuterkrankungen (u.a. mit Fieber, Diarrhoe, Obstipation) unter Einbezug von Biografie, aktuellen Veränderungen und Bedürfnissen zu treffen. In der Grundsatzstellungnahme des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen vom Juli 2003 finden sich entsprechende Informationen.

In der Versorgung der pflegebedürftigen Menschen ist auf Zwischenmahlzeiten (früh und spät nicht nur für Diabetiker), „eat by walking“, Fingerfood, Leibspeisen, Eiweißkonzentrate, Zusatzkost etc. zu achten. Mit entsprechender Ernährung (Ballaststoffe, eingeweichtes Dörrobst, Buttermilch, Sauerkrautsaft etc.) und ausreichender Trinkmenge (attraktive Angebote über Geruch, Geschmack und Farbe, Einbindung von Gewohnheiten) ist der Einsatz von Abführmitteln oftmals vermeidbar. Voraussetzung für die Sondenernährung ist die medizinische Indikation, nicht die Pflegeerleichterung. Die Verordnung ist differenziert nach Ernährungsform, Definition der Applikation, Verteilung über den Tag, Höhe der Kalorienzufuhr und Gesamtmenge der Flüssigkeitszufuhr zu betrachten. Besonders bedeutend ist die Höhe der Kalorienzufuhr und Zusammensetzung der Nahrung zur Sicherstellung der Ernährung. Zur Unterstützung der Alten- und Pflegeheime können Ernährungsberater/-innen hinzugezogen werden.

Bei der Abklärung der ärztlichen Anordnung ist zu bedenken, dass Heimbewohner/-innen freie Arztwahl haben. Die Mitarbeiter/-innen sind gegenüber dem Arzt nicht weisungsgebunden, sie unterstehen der Einrichtung, tragen jedoch die Durchführungsverordnung. Träger und Leitung des Heimes tragen die Verantwortung für die Durchführung der Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse sowie die Sicherung der ärztlichen und gesundheitlichen Betreuung (§ 11 Abs. 3 HeimG). Sie stehen für den Schutz der Bedürfnisse der Bewohner/-innen vor Beeinträchtigungen (§ 11, Abs. 1 HeimG)¹⁷.

Verschiedene Beispiele pflegerischer Konzepte

Basale Stimulation

Basale Stimulation wurde entwickelt von dem Sonderpädagogen und heilpädagogischen Psychologen Andreas Fröhlich. Aus dem Frühförderbereich behinderter Kinder wurde sie in Zusammenarbeit mit der Krankenschwester Christel Bienstein in den 80er Jahren in die Erwachsenenpflege übertragen. Die Grundhaltung der Basalen Stimulation nimmt den Menschen aus ganzheitlicher Sicht wahr. Insofern ist die Basale Stimulation nicht als eine einzelne Pflegetechnik, sondern als ein Gesamtkonzept zu betrachten mit dem Anspruch, Pflege aus einer anderen Perspektive heraus zu organisieren. Basale Stimulation ist ein ganzheitliches, wachstums- und entwicklungsorientiertes Konzept. Die Stimulation wird deshalb basal genannt, weil die angebotenen Sinnesreize einfach-

¹⁷ Kuntz E Butz M Wiedemann E. Heimgesetz Kommentar. Verlag C.H. Beck, München 2003.

ter Art sind. Beispiele: somatische Erfahrung (Lagerung, Blickfeld, Einreibung, Waschrichtung/Wuchsrichtung der Haare, ätherische Substanzen), Erfahrung von Lage im Raum und Gleichgewicht (Lagerungswechsel, Sitzen, Schaukeln), orale Erfahrung (Geruch, Geschmack, Parfüm), auditive Erfahrung (Sprechen, Rhythmus, Musik – gezielte Reize, keine Überflutung), Berührungserfahrung (Hände, Tastbretter) u.a.m.

Basal stimulierende Pflege zeichnet sich aus durch:

- Leben erhalten und Entwicklung erfahren,
- das eigene Leben spüren,
- Sicherheit erleben und Vertrauen aufbauen,
- den eigenen Rhythmus entwickeln,
- Außenwelt erfahren,
- Beziehung aufnehmen und Begegnung gestalten,
- Sinn und Bedeutung geben,
- sein Leben gestalten,
- Autonomie und Verantwortung.

Das Bobath – Konzept

Das Bobath – Konzept wurde 1943 von der Krankengymnastin Berta Bobath und ihrem Ehemann, dem Neurologen Dr. Carl Bobath entwickelt, welche erkannten, dass sich Spastiken in Abhängigkeit von der Lagerung und Stellung des Körpers entwickeln.

Das heute empirisch weltweit anerkannte krankengymnastische Pflegekonzept beinhaltet eine ganzheitliche therapeutische Behandlungspflege über 24 Stunden für Hemiplegiker.

Heute behandeln Therapeuten verschiedener Fachrichtungen (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopädinnen) Patienten mit zerebralen Bewegungsstörungen sowie mit sensomotorischen Auffälligkeiten und anderen neurologischen und neuromuskulären Erkrankungen einschließlich kognitiver Beeinträchtigungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter nach dem Bobath – Konzept. Durch spezielle Arten der Lagerung und der Bewegung des Patienten werden bleibende Spastiken verhindert und durch Lähmung verlorene Bewegungen wieder angebahnt. Dabei macht man sich die lebenslange Lernfähigkeit und die Kapazitätsreserven des Gehirns zu Nutze.

Die Ziele des Bobaths Konzepts lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Verbesserung der hemiplegischen Seite in Koordination mit der gesunden Seite,
- Wiedererlernen verlorengegangener Bewegungsfähigkeiten,
- Hemmung der Spastizität und der abnormen Haltungs- Bewegungsmuster,
- Entwicklung der Körpersymmetrie und des Gefühls von Körpermitte,
- Verhindern von Schmerzen und Kontrakturen,
- Erhöhen von Selbständigkeit und Sicherheit in alltäglichen Situationen.

Snoezelen

"Snoezelen" nennt sich eine aus den Niederlanden stammende Aktivierungsmethode. Mit Hilfe von Licht, Gerüchen oder Geräuschen sollen Klienten angenehme sinnliche Erfahrungen machen können. Inzwischen wird das Konzept auch in Alten- und Pflegeheimen immer populärer. Der Begriff "Snoezelen" (sprich: snuselen) stellt eine Verknüpfung der niederländischen Wörter "sniffelen" (schnüffeln, riechen) und "doezelen" (dösen, ruhen) dar und erinnert an die englische Vokabel "to snooze" (dösen).

Snoezelen wird heute auch als ein "multifunktionales, pädagogisches und therapeutisches Konzept" in unterschiedlichsten Fachbereichen, wie bei der beziehungsbegleitenden Stimulation, der fokussierten Stimulation, der Entspannung, der Rückerinnerung, der Assoziation, der Mobilisation, der klassischen Wahrnehmungsförderung, der strukturierten therapeutischen Arbeit sowie der Krisenintervention und Krisenprävention eingesetzt.¹⁸

Kinästhetik

Der Begriff Kinästhetik ist eine Kombination aus den Wörtern „kinesis“ (Bewegung) und „aesthetics“ (Wahrnehmung). Bei der Kinästhetik geht es vor allem darum, humanes und respektvolles Behandeln von kranken Menschen zu verwirklichen. Kinästhetik ist dabei ein pragmatisches Konzept über die körperlichen Grundbedingungen des menschlichen Lernens. Basierend auf Forschungsarbeiten von K. U. Smith formulierten die Amerikaner Frank Hatch und Lenny Maietta dieses Konzept. Sie verknüpften dieses Wissen aus der Verhaltenskybernetik mit verschiedenen tanzpädagogischen und körpertherapeutischen Ansätzen sowie mit der humanistischen Psychologie und entwickelten damit die Kinästhetik als Ansatz zur bewussten Bewegung sowie zur Weiterentwicklung von Kommunikationsfähigkeiten.

Im Fall der Pflege von Menschen sollen Bewegungen, die bei der Pflege notwendig sind, möglichst schmerzlos und angenehm für die Bewohner sein. Durch einfachste Hilfsmittel, die in jedem Haushalt vorhanden sind, sowie dem nötigen Fachwissen, können Bewohner leicht und schmerzlos im Bett höher bewegt oder gedreht werden oder in einen Stuhl gesetzt werden. Diese Methode ist nicht nur für die Bewohner angenehm, sondern auch körperschonend für die Pflegenden – und verblüffend einfach wenn man sie kann.

Aus einer kinästhetischen Perspektive bedeutet Mobilisation „in Bewegung“ bringen. Jeden Austausch zwischen Pflegenden und Bewohnern kann man als Mobilisation verstehen. Kinästhetik in der Pflege deckt zwei Bedürfnisse der Pflege gleichzeitig. Sie reduziert die Verletzungsgefahr beim Heben und Tragen von Bewohnern und erhöht die Kompetenz und Produktivität im Beruf durch Verbesserung der praktischen Pflegefähigkeiten.

¹⁸ Dittmar M. Vanilleduft und Lavalampe. Altenpflege 03/2001, Vincentz Verlag, Hannover 2001.

Validation

Validation ist eine von Naomi Feil entwickelte Methode zur Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen. Nicole Richard hat daraus das Modell der integrativen Validation entwickelt. Idee der Validation ist, die Menschen in ihrer aktuellen Lebenssituation abzuholen und die Demenzerkrankung zu akzeptieren, um so die Menschen besser zu verstehen.

Validation (=Wertschätzen) heißt: in die innere Welt des Menschen mit Demenz folgen, diese innere Welt akzeptieren, benennen und bestätigen. Wenn der Prozess weiter fortschreitet, stehen dem Menschen mit Demenz keine Worte mehr zur Verfügung. Jetzt sind andere Menschen wichtig, um die Worte für sie auszusprechen. Es gilt, das Gefühl, den Antrieb des Menschen mit Demenz wahrzunehmen, zu erspüren. Ist es Wut, Traurigkeit, Fröhlichkeit oder ähnliches? Validation dieser Aspekte heißt, in direkten kurzen Sätzen die Gefühle anzunehmen, zu akzeptieren, wertzuschätzen. Wichtig ist es ein persönliches Echo zu geben: Niemals Fragen stellen, sondern Feststellungen äußern und wenn möglich kurz und knapp, da lange Sätze oft nicht richtig verarbeitet werden.

Solche Sätze können z.B. sein: „Sie sind sehr traurig.“ „Das macht Sie richtig wütend.“ Oder: „Darüber freut man sich.“ Die Stimmlage sollte mit der Verfassung des Bewohners in etwa übereinstimmen. Eine andere Methode in der Validation ist die Manifestation von Gesprächen, von Gesagtem. Hier wird anhand von Sprichwörtern, die dem älteren Menschen aus früherer Zeit gut bekannt sind, das Gesagte endgültig gemacht. Dem Bewohner wird vermittelt, dass er mit einer Äußerung absolut Recht hat und nicht, dass er verlacht oder in Frage gestellt wird. Solche Sprichwörter können sein: „Ordnung ist das halbe Leben“, „Vorsicht ist die Mutter der Porzellankiste“ etc.

2.3 Hospizpflege – Palliativpflege – Palliativmedizin

Tanja Schneider

Trauer- und Sterbebegleitung sind wichtige Aufgaben, an welchen die Qualität einer Einrichtung von Mitarbeitern, Bewohnern und Angehörigen gemessen werden kann. Die Hospizbewegung hat innerhalb der Sterbe- und Trauerbegleitung Pionierarbeit geleistet. Insbesondere unter den Begriffen "Palliative Care", „Palliativmedizin“ und / oder „Palliativpflege“ wurden in den letzten Jahren wertvolle Erkenntnisse und Erfahrungen gesammelt.

Die unterschiedlichen Bezeichnungen wie Hospizpflege – Palliativpflege – Palliativmedizin sind nicht leicht zu durchschauen. International hat man sich mittlerweile darauf geeinigt, dass die Begriffe Hospizpflege und Palliativpflege, also Hospice Care und Palliative Care, gleichzusetzen sind. Als Überbegriff für den gesamten Bereich scheint sich Palliativmedizin durchzusetzen, da hier die wissenschaftliche Verankerung liegt.

Palliativpflege ist aktive Lebenshilfe für Menschen, deren Erkrankung nicht geheilt werden kann, die Betreuung erstreckt sich also auf den Zeitraum einer terminalen Erkrankung. Palliativpflege ist dabei eine umfassende und angemessene Versorgung Schwerkranker und Sterbender sowie ihrer Angehörigen. Palliativpflege entstand in der Betreuung von unheilbar kranken Krebspatienten. Abgeleitet wird der Begriff „palliativ“ von dem lateinischen Wort *pallium*: Mantel, Hülle, Bedeckung. Betreuung in der Palliativpflege stellt Linderung vor unangebrachte Bemühungen um Heilung und beinhaltet Maßnahmen, die dem Erhalt und der Verbesserung von Lebensqualität dienen. Sie befasst sich mit Schmerz- und Symptomkontrolle, erkundet und versucht die Bedürfnisse und Nöte körperlicher, psychosozialer und spiritueller Natur von Patienten und Angehörigen zu lindern. Der Tod wird als Teil des Lebens begriffen; er wird in dieser Phase weder beschleunigt noch verzögert. Das Konzept von Palliativpflege beinhaltet folgende Kernelemente:

- Schmerztherapie
- Symptomkontrolle
- Kommunikation
- Ethik
- Akzeptanz von Leben und Tod
- Psychosoziale Betreuung von Patient und Angehörigen
- Seelsorge
- Multidisziplinäre Teamarbeit

Von der Weltgesundheitsorganisation stammt die Definition:

Palliative Care ist ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen und deren Familien verbessert. Dies geschieht durch Vorbeugen und Linderung von Leiden und wird erreicht durch frühzeitiges Erkennen, einwandfreies Feststellen und Behandeln von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur (WHO, 2002).

Für viele Heimbewohner hat die Definition der WHO hohe Relevanz. Gerade Heimbewohner mit geriatrischen Erkrankungen leiden häufig an unheilbaren fortschreitenden Erkrankungen mit begrenzter Lebenserwartung. Auch sie wollen ihre Lebensqualität bis zuletzt erhalten.

Die Möglichkeiten der Palliativpflege und Palliativmedizin sind in Alten- und Pflegeheimen jedoch noch wenig bekannt. Derzeit werden vielerorts Versuche gestartet, das Konzept der Palliativpflege in Alten- und Pflegeheimen zu implementieren. Es gilt, das bekannte Modell auf die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen anzupassen. Diese Bedürfnisse und Wünsche zu erkennen, ist ein Ziel von geriatrischer Palliativpflege. Schmerztherapie und Symptomkontrolle stellen dabei eine große Herausforderung dar. Alte Menschen haben weniger Kompensationsmöglichkeiten, um auf

Erkrankungen zu reagieren, eine Demenzerkrankung nimmt ihnen oft die Möglichkeit, Schmerzen zu artikulieren. Viele alte Menschen leiden so unter oft chronischen Schmerzen.

Generell und besonders in der Betreuung von Demenzkranken spielt die Kommunikation eine sehr große Rolle. Erst wenn ein Zugang zu einem Menschen gefunden ist, kann seine Bedürfnislage – vielleicht – erkannt werden.

Altenheime, die mit diesem Konzept arbeiten wollen, müssen sich und ihre Mitarbeiter gut darauf vorbereiten. Spezielle Fortbildungen in Palliativ sind Grundvoraussetzung. Palliativpflege ist jedoch sicher nicht zu implementieren, wenn behandelnde Ärzte nicht einbezogen werden. Optimal ist die Zusammenarbeit mit einem speziell in Palliativmedizin ausgebildetem Arzt. Ebenso ist die besondere Unterstützung durch ehrenamtliche Helfer gerade im Bereich der Sterbebegleitung nicht zu unterschätzen.

Eine Wohnung im Altenheim zu beziehen ist ein Schritt im letzten Lebensabschnitt eines Menschen. Spätestens hier beginnt die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und Abschiednehmen. Ein selbstbestimmtes Leben führen zu können, das eigene Leben spüren und leben zu können, scheint in der Institution Altenheim oft unmöglich. Die Kernelemente von Palliativpflege können, wenn sie im ambulanten oder stationären Bereich implementiert werden, dazu beitragen, dass selbstbestimmtes Leben bis zuletzt möglich ist.

2.4 Mangelernährung im Alter

Friederike Ott

Mangelernährung ist ein stark vernachlässigtes Problem in unseren Alten- und Pflegeheimen. 40 – 85 % der Heimbewohner zeigen Zeichen von Mangelernährung. Die steigende Lebenserwartung und damit die Zunahme des Anteils der über 85jährigen an der Gesamtbevölkerung führt zu einem erheblichen Anstieg an fortgeschrittenen Alzheimer-Demenz-Kranken mit einem hundertprozentigen Ernährungsrisiko, fokussiert im stationären Langzeitpflegebereich. Maßnahmen zur Erfassung, Prävention und Behandlung von Mangelernährung sind dringend zu ergreifen. Die Zielvorgabe ist, durch Prävention rechtzeitig eine drohende Mangel- und Fehlernährung zu vermeiden und/oder durch Detektion, frühzeitig Ernährungsrisikopatienten zu erkennen.

Ein bisher gering beachteter Umstand ist die Tatsache, dass der Alzheimer-Demenzkranke im fortgeschrittenen Stadium eine sich allmählich ausbildende und sich schleichend manifestierende, oft nicht rechtzeitig wahrgenommene, intentionale Ess- und Trinkstörung entwickelt. Sind die Bewusstseins-scheinwerfer in den Arbeitsgedächtnissen im zentralen Bewertungssystem in diesem eng verbundenen retikulären Formation auf ein Dämmerlicht eingestellt, verlieren wir alle adopti-

ven Vorteile, die uns als Menschen auszeichnen: Sprache, Lernfähigkeit, Intelligenz, die Verwendung der Hände zur Handhabung von Objekten und vieles mehr; auch die Fähigkeit, Nahrung bedarfsgerecht aufzunehmen. Die intentionale Ess- und Trinkstörung des fortgeschrittenen Alzheimer-Demenzkranken kann von einer anorektischen Störung im Alter stammen, verursacht durch einen Mangel an Begehrungsvermögen auf Nahrungsmittel. Es ist das Emotionalgehirn betroffen und es fehlt das Hungergefühl.

Prinzipiell ist ein monatlich durchgeführtes Ernährungszustandsmonitoring bei allen Seniorinnen und Senioren in Langzeitbetreuung vorteilhaft. Es filtert die Ernährungsrisikopatienten heraus und reflektiert die Fragen nach dem Ernährungsziel, der Detektion, dem korrekten Umgang mit Messgrößen, dem Erfolg einer effizienten Ernährungstherapie, hier unter der Zuhilfenahme der Mindestbedarfsangaben für Energie-, Protein- und Flüssigkeitszufuhr. Das Ernährungsziel bei der Betreuung der Seniorinnen und Senioren in der Langzeitpflege ist, die Bedarfsdeckung des isokalorischen Solls, die Bedarfsdeckung an Proteinen, Vitaminen und Spurenelementen sowie an Flüssigkeit zu garantieren.

Obwohl die Notwendigkeit eines guten Ernährungszustandes für die Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden, für höhere Lebenserwartung und gute Lebensqualität weitgehend bekannt ist, ist der Stellenwert, den die Ernährung im Rahmen ärztlicher und pflegerischer Maßnahmen einnimmt, meist zu gering. Häufig werden Ernährungsprobleme in Krankenhäusern oder Altenpflegeeinrichtungen nicht, oder zu spät wahrgenommen und keine Konsequenzen daraus gezogen. Mit einem besonderen Augenmerk auf den Ernährungsstatus eines Patienten, könnten viele Mangel- und Fehlernährungszustände vermieden und pflegerische Komplikationen verhindert werden.

3. Aktuelle Konzepte und Modelle der gerontopsychiatrischen Pflege

Volker Fenchel

3.1 Grundbegriffe in der gerontopsychiatrischen Pflege

Gerontologie und Gerontopsychiatrie

Gerontologie (griechisch gerōn – der *Greis*, *logos* – die Lehre) ist die Wissenschaft vom Altern. Sie umfasst folgende Disziplinen:

- Biogerontologie – Erforschung der biologischen Ursachen
- Psychogerontologie – Erforschung der psychologischen Auswirkungen
- Sozialgerontologie – Erforschung der sozialen Aspekte

Gerontopsychiatrie ist die Lehre der psychischen Alterserscheinungen und Erkrankungen.

Als Fachgebiet der Psychiatrie beschäftigt sich die Gerontopsychiatrie mit älteren Menschen und ihren psychischen Erkrankungen. Als Grenze zum Alter wird zumeist das 60.-65. Lebensjahr bezeichnet. Besonders beschäftigt sich die Gerontopsychiatrie mit Erkrankungen, welche erst in hohen Lebensjahren auftreten. Die häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter sind Demenzen, Depressionen und Angsterkrankungen. Die Gerontopsychiatrie ist ein junges, sich entwickelndes Gebiet der Psychiatrie, welches auch auf Grund des demographischen Wandels an Bedeutung zunimmt.

Demenzen

Im Folgenden werden die Formen der Demenzen vorgestellt. Demenzen werden unterschieden in primäre und sekundäre Demenzen.

Primäre Demenzen

- Erkrankungen, die direkt im Gehirn entstehen
- sind in der Regel irreversibel

Beispiele:

- Alzheimer Demenz
- Multi-Infarkt Demenz (vaskuläre Demenzen)
- Creutzfeld-Jacob-Erkrankung

Sekundäre Demenzen

- Demenzsymptome infolge unterschiedlicher Grunderkrankungen
- Sind in der Regel reversibel

Beispiele:

- Exsikkose, Mangelernährung
- Herz-Kreislaufkrankungen
- Depressionen
- Vergiftungen mit Alkohol oder Drogen

Als häufigste Erkrankung im Bereich der primären Demenz ist die Alzheimer Erkrankung zu nennen, welche nach ihrem Entdecker Alois Alzheimer benannt ist. Eine fortgeschrittene Demenz ist oft ein Grund für einen Umzug in ein Altenheim. Wenn die Pflege eines Menschen zu Hause nicht mehr zu bewältigen ist, benötigen pflegende Angehörige Unterstützung.

Diagnose - Kriterien der Alzheimererkrankung nach ICD-10

- Vorliegen einer Demenz
- schleichender Beginn mit langsamer Verschlechterung
- Fehlen klinischer Hinweise oder spezieller Untersuchungsergebnisse, die auf eine System- oder Hirnerkrankung hinweisen
- Fehlen eines plötzlichen apoplektischen Beginns oder neurologischer Herdzeichen in der Frühphase

Die drei Stadien der Alzheimer Demenz sind:

- Leichte Demenz; der Betroffene kann noch weitgehend unabhängig leben (Dauer: im Schnitt 3 Jahre nach Diagnosestellung)
- Mittelschwere Demenz; der Betroffene kommt ohne fremde Hilfe nicht mehr zurecht
- Schwere Demenz; der Betroffene benötigt permanente pflegerische Betreuung

Leichte Demenz

Zur Primärsymptomatik der leichten Demenz zählen:

- Gedächtnisstörungen: Merkfähigkeitsschwäche, verstärkte Vergesslichkeit, v. a. zeitliche Orientierungsstörungen
- Urteilsschwäche wie z.B. Fehlentscheidungen
- Störungen des abstrakten Denkens
- Antriebsstörungen

Zur Sekundärsymptomatik der leichten Demenz zählen:

- Persönlichkeitsstörungen wie z.B. Reizbarkeit und Desinteresse

- Depressive Stimmungen wie z.B. Traurigkeit, Unlust, Apathie und sozialer Rückzug
- Wahnideen wie z.B. Eifersuchts-, Bestehungs- und Verfolgungsideen

Mittelschwere Demenz

Zur Primärsymptomatik der mittelschweren Demenz zählen:

- Zeitliche und örtliche Desorientierung mit der Bestrebung wegzulaufen
- Sprachstörungen (v. a. Sprachverständnis)
- Störungen bei Bewegungen und Handlungen (Apraxien)
- Urteils- und Handlungsfähigkeiten
- Wahrnehmungsstörungen

Zur Sekundärsymptomatik der Mittelschweren Demenz zählen:

- Gefühlsstörungen wie z.B. Euphorie, Aggressivität und Angst
- Schlafstörungen, Tag/Nacht-Umkehr
- Psychomotorische Unruhen
- Perseveration (ständige Wiederholung der gleichen Fragen und Handlungen)

Schwere Demenz

Zur Symptomatik der schweren Demenz zählen:

- Gedächtniszerfall (auch Langzeitgedächtnis)
- Sprachzerfall
- Agnosien (selbst Angehörige werden nicht mehr erkannt)
- Persönlichkeitszerfall
- Schwere Verhaltensstörungen
- Körperliche Störungen wie z.B. Gangstörungen, Stürze
- Inkontinenz
- Psychotische Explorativreaktionen

Fremd- und Selbstbild bei Demenzkranken

Fremdbild	Selbstbild
Alt	jung
krank	gesund
gebrechlich	leistungsfähig
verhaltensauffällig	unauffällig
auf fremde Hilfe angewiesen	selbständig und unabhängig

Therapeutische Möglichkeiten bei der Alzheimer-Demenz

Es stehen derzeit keine kausalen medikamentösen Therapiemöglichkeiten zur Verfügung. Große Bedeutung haben sog. nicht-medikamentöse Therapieansätze:

- *Verhaltenstherapeutische Ansätze in Bezug auf den Betroffenen selbst*
- *Milieutherapeutische Maßnahmen in Bezug auf seine Umwelt*

Ein an Demenz erkrankter Mensch ist zunehmend weniger in der Lage, sich an seine Umwelt anzupassen; daher muss sich die Umwelt an ihn anpassen.

3.2 Konzepte und Modelle am Beispiel Demenz

Wandel in den Zielvorstellungen der institutionellen Betreuung Demenzkranker

- Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit und Erhaltung der damit verbundenen Kompetenzen
- Abbau problematischer Verhaltensweisen
- Förderung der Lebenszufriedenheit und Erhaltung von Lebensqualität

Prinzipien für die Gestaltung des Betreuungsmilieus

- Normalität
- Kompetenz und Autonomie
- Biografieorientierung
- Stetigkeit und Sicherheit
- Flexibilität
- Geborgenheit
- Stimulierung

Normalität

- Keine künstliche Wohnatmosphäre in sterilen Zimmern mit Standardmöbeln und PVC-Böden
- stattdessen: "wohnliche Zimmer" mit vertrauten Möbeln, Teppichen, Bildern
keine „künstlichen“ Beschäftigungen wie z.B. Körbe flechten
- stattdessen: anknüpfen an biografisch vertraute Beschäftigungen wie Zeitung lesen, gärtnern etc.

Kompetenz und Autonomie

- Frustrationserfahrungen verschlimmern die Sekundärsymptomatik wie z.B. innere Unruhe, Aggressivität
- ungestört den eigenen Interessen nachgehen zu können reduziert die Sekundärsymptomatik
- dazu ist die gezielte Förderung und Erhaltung von Kompetenzen wichtig

Biografieorientierung

- Familiensituation

- ausgeübter Beruf
- Interessen und Gewohnheiten
- kritische Lebensereignisse in den verschiedenen Altersphasen
- dadurch leichteres Verstehen heutiger Verhaltensweisen

Stetigkeit

- Personale Stetigkeit
- Bezug- bzw. Gruppenpflege
- interaktive Stetigkeit
- durchgängiger Kommunikations- und Betreuungsstil
- tageszeitliche Stetigkeit
- tagesstrukturierende Beständigkeit
- räumliche Stetigkeit
- vertraute Räume als Lebensmittelpunkt

Flexibilität

- Anpassung der Pflege an das krankheitsbedingte Belastungsniveau
- Anpassung der Pflege und Betreuung an die augenblickliche Tagesform
- Orientierung der Pflege und Betreuung an Zeiträumen, nicht an Zeitpunkten

Geborgenheit

Stabilität	Akzeptanz	Sensorik
Rituale	Lächeln	Musik
Ruhe	Loben	Haptik
Name	Locken	Farbe
Biografie	Lassen	Düfte

Therapeutische Ansätze

- Realitäts-Orientierungs-Training
- Validation
- Reminiszenztherapie
- Selbsterhaltungs-Therapie-Konzept
- Kunsttherapie
- Musiktherapie

Milieutherapie

Integration verschiedener ökologischer Ansätze, wie:

- Räumlich-architektonische Gestaltung
- Organisation (Konzept)
- Einstellung/Haltung und Verhalten des betreuenden Personals.

Folgende Darstellung bietet eine Übersicht der verschiedenen Betreuungsangebote. Ziel ist die Gestaltung einer fördernden Lebenswelt.

Tabelle 3: Übersicht über stationäre Wohnangebote¹⁹

Normales Heim	Integriert wohnen im Heim	Integriert Heim und Gruppe	Station Spezielle Wohngruppe	Wohngruppe Milieu
Ohne gesondertes Konzept für Demenzkranke	Mit gesondertem Konzept	Mit Tagesgruppe	Spezieller Wohnbereich, maximal 14 BewohnerInnen	Feste Gruppe selbständig, 6-12 Bewohnerinnen
Demenzkranken und nicht Demenzkranken	Demenzkranken und nicht Demenzkranken	Demenzkranken zum Teil als Gruppe tagsüber	Feste Gruppe, evtl. tagsüber offen für weitere Bewohner	Familienähnlich

Das Wohnangebot „Integriert wohnen im Heim“ macht als *integratives Versorgungskonzept* den Versuch, Bewohnern mit einer Demenzerkrankung gemeinsam mit gesunden Bewohnern zu betreuen. Sinnvoll ist dies nur im frühen Stadium umzusetzen, mit dem Ziel, alle Bewohner in den Tagesablauf des Hauses zu integrieren und so Konflikte zu vermeiden.²⁰ Voraussetzung dafür sind Rückzugsmöglichkeiten, aber auch Angebote, die auf Interessen und Möglichkeiten beider Seiten zugeschnitten sind.

Das Wohnangebot Integriertes Heim und Gruppe setzt das vorherige Konzept in den Grundzügen um, ermöglicht aber sehr viel klarere Rückzugsmöglichkeiten, indem für einen gewissen Teil der Tagesstruktur die Bewohner in Gruppen aufgeteilt sind. Es gibt spezielle therapeutische Angebote, musische, spielerische und andere Beschäftigungen. Im *teil-integrativen Konzept* werden demenziell erkrankte Heimbewohner/innen zeitweise, über Stunden oder den ganzen Tag, in eine spezielle Betreuung genommen.

Das Wohnangebot *spezieller Wohngruppen* innerhalb eines Heimes bzw. Wohngruppen innerhalb eines familienähnlichen Milieus sieht eine völlig neue Form der Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen vor. Dabei stehen zwei Möglichkeiten im Vordergrund. Bei den aus den USA bekannten „Special Care Units“, denen die deutschen Domus-Einrichtungen ähnlich sind, werden Demenzkranke je nach Schweregrad betreut. Speziell ausgebildetes Personal gestaltet daran angepasst die Umgebung sowie die einzelnen Betreuungskonzepte. Personal ist speziell dafür ausgebildet, die Umgebung entsprechend gestaltet und es gibt spezifische Betreuungskonzepte. In diesen „Domus-Einrichtungen“ liegt der Schwerpunkt vor allem in der Fachlichkeit der Mitarbeiter bezogen auf die Erkrankung.

Daneben steht als zweite Möglichkeit eine milieugerechte Wohngruppe. In diesem Konzept werden hauswirtschaftliche Aspekte stärker betont. Mit dem Ziel größtmöglicher Normalität leben hier

¹⁹ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg: Demenz als sozialpolitische Herausforderung: Bestandsaufnahme und Perspektiven der Versorgung Demenzkranker in Brandenburg. Beiträge zur Gesundheits und Sozialberichterstattung. Potsdam 2002.

²⁰ S.O.

sechs bis zwölf Personen in familienähnlichen Gruppen zusammen. Die Betreuung übernimmt eine Bezugsperson, die gerontopsychiatrisch qualifiziert oder/und hauswirtschaftlich versiert ist. Jede/r Bewohner/in beteiligt sich nach seinen Möglichkeiten und Wünschen an hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Die pflegerische Versorgung kommt hinzu, prägt aber nicht den Lebensalltag. Die Tendenz geht heute zu dieser **segregativen** Betreuungsform, da diese eine optimale Anpassung an die Bedürfnisse Demenzkranker zu sein scheint. Von Bedeutung ist es hier, die Zielgruppe genau zu definieren und die Wohngruppen über den Schweregrad der Demenz zusammenzusetzen.

Psychotherapeutische Maßnahmen für Demenzkranke sollen dabei zu einer Verbesserung ihrer Lebensqualität beitragen. Sie betreffen in diesem Fall nicht den Kernbereich der Psychotherapie. Zu ihnen gehören:

- Realitätsorientierung: Eine Förderung, die auf Ereignisse, Orte und Personen gerichtet ist, aber auch Zeitgefühl, die Erinnerung an die eigene Person sowie Tast-, Geruchs und Geschmacksinn anregen und solange wie möglich erhalten soll,
- validierendes Verhalten: Eine Therapieform, die die Sicht des Demenzkranken auf die Welt respektiert, auch wenn sie nicht mit der Realität übereinstimmt,
- Erinnerungstherapie: Arbeit mit alten Fotos, bekannten Musikstücken, Tönen, Licht und Gerüchen,
- kognitive Förderung (in frühen Phasen der Demenz)
- Kunst- und Musiktherapie,
- Verhaltenstherapie in frühen oder mittleren Stadien der Demenz, um die Selbständigkeit so lange wie möglich zu erhalten.

Therapien können ein Fortschreiten der Krankheit verlangsamen und ihre Begleitscheinungen mildern.

Anforderungen an ein Altenheim im Umgang mit dementen Menschen

Mögliche Prüfkriterien sind

- Gibt es spezielle Konzepte im Umgang mit an Demenz Erkrankten?
- Integrierte oder segregierte oder teil-segregierte Betreuung?
- Gibt es speziell ausgebildetes Fachpersonal?
- Wie ist die soziale Betreuung organisiert?
- Wird Biographiearbeit durchgeführt?
- Sind Diagnosen vorhanden?
- Präventive Demenzbehandlung?
- Strukturelle Situation?

Aktuelle Problemfelder

- Wenige funktionierende Betreuungskonzepte,
- unzureichend qualifiziertes Personal (hoher Anteil an Helfern),
- konzeptionslose gemeinsame Unterbringung mit geistig rüstigen Bewohnern,
- auf spezifische Bedürfnisse Demenzkranker wird nicht angemessen eingegangen,
- Unsicherheit in den Heimen über rechtliche Situation,
- wenig Spielraum für „Experimente“ vor Ort.

Wenigstens eine der Mitarbeiterinnen sollte eine gerontopsychiatrische Zusatzausbildung absolviert haben. Bewohnerorientiertes Arbeiten, nahe am Patienten, sowie wenn mögliche intensive Angehörigenarbeit ist wichtig, um eine mögliche Demenz frühzeitig zu erkennen, bzw. um die Unterscheidung zwischen der primären und der sekundären Demenz zu erkennen. Folgende Tabelle bietet eine Übersicht darüber, welche Kriterien von Heimen bezogen auf die Bewohner, das Personal, die Struktur, die bauliche Situation und die Gesamtorganisation besonders beachtet werden müssen, um die Wohnbedürfnisse demenzerkrankter Bewohner befriedigen zu können.

Tabelle 4: Anpassungsmaßnahmen an die Wohnbedürfnisse Demenzkranker²¹

	Geringer Aufwand	Erhöhter Aufwand	Hoher Aufwand
Bewohnerbezogene Maßnahmen	Therapie, Rehabilitation einzel- oder gruppenbezogen, teiltintegrative Pflege	Stationsweise Anpassung Domusprinzip	Aufbau von BewohnerInnen-Gruppen mit 6-12 Personen, milieutherapeutischer Ansatz
Organisatorische und personalbezogene Maßnahmen	Fortbildung des Personals, Beziehungspflege mit Ansatz zum Biografiebezug	Fortbildung in gerontopsychiatrischen Themen, Betreuung, Beziehungspflege biografiebezogen, Fallbesprechungen	Wohngruppenverantwortung, Personalschlüssel etwa 1:1,7, Beziehungspflege biografiebezogen, Fallbesprechungen
Bauliche Maßnahmen	Farb- und Lichtgestaltung, Material, Möblierung, Einbeziehung der Angehörigen	Wegeführung, Gemeinschaftsflächen, bewohnergerechte Gestaltung, Angehörigenarbeit	Milieugerechte Gestaltung, Wohnküche, Gartengestaltung, wohnliche Einrichtung, Licht, Farben, Material, Angehörige als Teil des Konzeptes
Strukturverbessernde Maßnahmen	Regelmäßige Absprachen eines Teils der Dienste, Arbeitskreis	Teilvernetzung mit Beratungseinrichtungen, formell und zum Teil informell	Gesamtvernetzung, Organisationsstruktur, Moderation

²¹ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg: Demenz als sozialpolitische Herausforderung: Bestandsaufnahme und Perspektiven der Versorgung Demenzkranker in Brandenburg. Beiträge zur Gesundheits- und Sozialberichterstattung. Potsdam 2002.

4. Grundlagen des Qualitätsmanagements

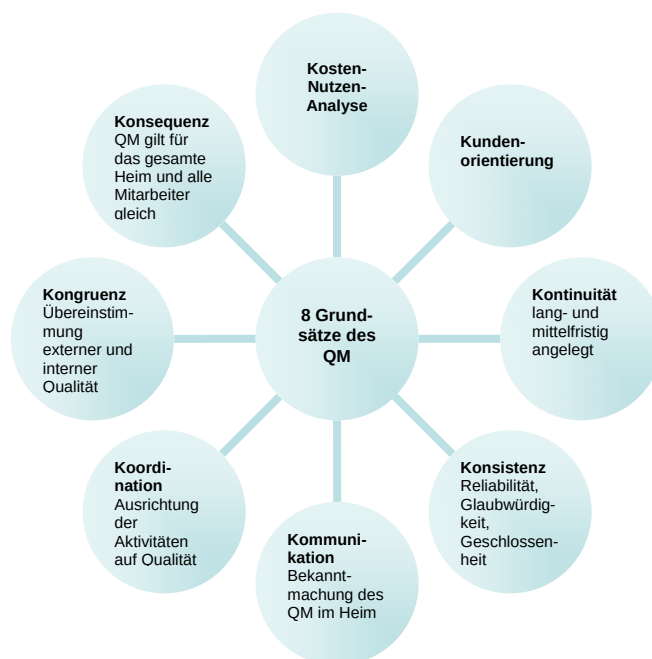
Claudia Keller, Stefan Ackermann, Patricia Ehrensperger

Mit diesem Kapitel wird auf die aktuellen Bestrebungen eingegangen, welche fordern, dass vermehrt Kriterien und Methoden in die sozialen Bereiche aus Gründen der finanziellen und qualitativen Kontrolle eingebracht werden müssen. „Kaum ein Träger sozialer Einrichtungen und Empfänger öffentlicher Zuschüsse, der sich auf dem enger werdenden Markt sozialer Dienstleistungen behaupten will, kann heute auf den Aufbau, die sorgfältige Durchführung und flexible Weiterentwicklung von Qualitätsstandards und Qualitätssicherung verzichten.“²²

Die Überprüfung und die Beurteilung der Qualität einer Einrichtung ist eine sehr schwierige und umfangreiche Aufgabe, der neben dem MDK auch die Heimaufsicht nachkommen muss. Seitens der Heime besteht die gesetzliche Verpflichtung zur Beteiligung an Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie deren Offenlegung. All dies lässt sich am ehesten mit einem gut funktionierenden Qualitätsmanagementsystem verwirklichen.

Ziel des Qualitätsmanagements (QM) ist die Ermöglichung einer objektiven Bewertung und somit Schaffung von Vergleichsmöglichkeiten vorhandener Einrichtungen, Prozesse, Strukturen und Ergebnisse. Die ist auch in der Pflege gewünscht und sinnvoll. Ein funktionierende QM - System trägt dazu bei, die Qualität der Dienstleistung und der Prozesse besser zu beherrschen, Kosten zu sparen und dadurch größere Kundenzufriedenheit, bessere Ergebnisse zu erzielen.

Abbildung 2: Prinzipien eines Qualitätsmanagements (modifiziert nach Bruhn 1998)



²² Engelhardt HD. Total Quality Management (TQM): Konzept – Verfahren – Diskussion. Ziel Verlag, Augsburg 2001.

4.1 Ziele des Qualitätsmanagements

- Erhöhung der Transparenz, z.B. durch die Installation eines einrichtungsinternen Ordnungs- oder Organisationssystems (Ablauforganisation),
- Senkung der Fehlerrate / Fehlerkosten; Senkung der Komplikationsrate z.B. durch prophylaktische Maßnahmen (Risikoerfassungsbögen),
- Konkurrenzfähigkeit, Sicherungen der Belegungen z.B. durch Steigerung der Kundenzufriedenheit,
- Erhöhung der Effizienz durch Verbesserung der Mitarbeitermotivation (z.B. Einführung flexibler Arbeitszeiten, Lob und Anerkennung).

Gesetzliche Forderung zum QM in der Pflege sind u. a. verankert in:

Heimgesetz

- § 2 Abs. 1 (5.) „Zweck des Gesetzes ist es, eine dem *allgemeinen Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität* des Wohnens und der Betreuung zu sichern“.
- § 11 Anforderungen an den Betrieb eines Heimes Abs. 1
Ein Heim darf nur betrieben werden, wenn der Träger und die Leitung (3.) „*eine angemessene Qualität der Betreuung* der Bewohnerinnen und Bewohner, auch soweit diese pflegebedürftig sind, in dem Heim selbst oder in angemessener anderer Weise einschließlich Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse sowie die ärztliche und gesundheitliche Betreuung sichern“. § 11 Abs. 2 Ein Heim darf nur betrieben werden, wenn der Träger (3.) angemessenes Entgelt verlangt und *Qualitätsmanagement betreibt*.
- § 13 Der Träger eines Heims hat [...] *die Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Ergebnisse so zu dokumentieren*, dass sich aus ihnen der ordnungsgemäße Betrieb des Heims ergibt. Insbesondere muss ersichtlich werden: (8) *die Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung sowie zur Qualitätssicherung*.

SGBXI § 80 (2) und PQSG § 112 (2) § 112 (2)

„Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind *verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen* und in regelmäßigen Abständen die *erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen*; bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (SGB XI § 87) sowie auf die Zusatzleistungen (SGB XI § 88) [...]. Die Prüfungen sind auf die Qualität der Pflege, der Versorgungsabläufe und der Pflegeergebnisse zu erstrecken.“

- Pflegeversicherungsgesetz

4.2 Qualität – Begriffsbestimmung

Zentrale Begriffe werden im Folgenden erläutert und Beispiele für Pflegeheime gegeben:²³

Begriff	Erläuterungen	Beispiel für Pflegeheime
Ablauforganisation	Umfasst alle Regeln im Zusammenhang mit den Arbeitsabläufen der Organisation/Heime (Prozessqualität, siehe Abb. 3)	z.B. Regelungen von Verantwortlichkeiten, Schnittstellen Arbeitszeiten, Stellenpläne, allgemeine Prozesse,
Akkreditierung	Das Feststellen und Bescheinigen, dass eine Prüfstelle die Voraussetzungen zur Durchführung z.B. von Zertifizierungen von Qualitätsmanagement-Verfahren erfüllt.	z.B. TÜV, DEKRA oder die Deutsche Gesellschaft für Qualität
Audit	Systematischer unabhängiger, dokumentierter Prozess zur Erlangung von Auditnachweisen und zu deren objektiver Auswertung, um zu ermitteln inwieweit, Auditkriterien erfüllt sind.	Die Auditoren prüfen im Audit z.B. ob die vorhandenen Standards umgesetzt werden und die gewünschten Ergebnisse erzielen. Z.B. gibt es weniger Stürze seit eine Risikoeinschätzung durchgeführt wird? Wenn ja/bzw. nein: wieso?
Aufbauorganisation	Entscheidungs- und Kontrollmechanismen im Heim. Darstellung meist in Form eines Organigramms. (Strukturqualität, siehe Abb. 3)	Festlegung: Strukturelemente z.B. Anzahl der Mitarbeiter, Anzahl der Fachkräfte, Vorhandensein von Pflegehilfsmitteln, Ausstattung von Räumlichkeiten usw.
Erfolgskriterien	Konkrete Anhaltspunkte, an denen man den Grad der Zielerreichung erkennen, messen und beurteilen kann.	z.B. Anzahl an Dekubitalgeschwüren, Stürzen, eingegangene Beschwerden, Grad der Mobilisation, Anzahl PEG-Sonden, Zahl an inkontinenten Bewohnern.
Leitbild	Leitsätze (kurze Darstellung) des Selbstverständnisses der Ziele und Haltungen einer Organisation zu allen wichtigen internen als auch externen Bereichen; Unternehmensphilosophie.	u. a. Darstellung von Menschenbild: Welche Stellung haben darin die Mitarbeiter, welche die Bewohner? Formulierung des pflegerischen Selbstverständnisses.
Normen	Für allgemeine und wiederkehrende Anwendung erstellte allgemeingültig anerkannte Regeln (keine gesetzliche Regelung), Leitlinien oder Merkmale für Tätigkeiten, um möglichst einheitliche Ergebnisse zu erreichen.	z.B. Pflegestandards wie Dekubitusprophylaxe oder erarbeitete Checklisten für Übergaben.
Qualität	Grad in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt.	„Pflegequalität ist der Grad des erreichten Erfolgs der Pflege, der mit verantwortlichem Gebrauch von Mitteln und Leistungen erreicht wird.“(Prof. Donabedian)
Qualitätssicherung	Summe aller Maßnahmen, die gewährleisten, dass die Qualitätsanforderungen erfüllt werden. Man unterscheidet Eigenbewertung und Fremdbewertung.	Systematische Reflexion von Aufbau- und Ablauforganisation z.B. Verfahrensanweisungen wie Stellenbeschreibungen, Standards Eigenbewertung: z.B. in Form von Stichproben der PDL auf Station, Pflegevisiten, Beschwerdemanagement Fremdbewertung: externe Audits; gesetzlich: MDK/ Heimaufsicht; freiwillig: Zertifizierung durch z.B. TÜV, DEKRA

²³ <http://www.quality.de/lexikon>, Engelhardt HD.: Total Quality Management (TQM): Konzept – Verfahren – Diskussion.
<http://www.bva.bund.de/aufgaben/win/beitraege/00285/>,
<http://www.de.tuv.com/germany/de/aktuell/presse/rupprechtstegen.html>

Qualitätsmanagement	Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich der Qualität. Qualitätsmanagement ist die Gesamtheit der qualitätsbezogenen Tätigkeiten und Zielsetzungen	Leiten und Lenken bezüglich Qualität umfassen üblicherweise das Festlegen der Qualitätspolitik und -ziele, der Qualitätsplanung, der Lenkung, der Sicherung und zum Schluss der Qualitätsverbesserung. (s. a. Abb. 2, 3)
Qualitätsmanagementsysteme	Managementsystem zum Leiten und Lenken einer Organisation bezügl. der Qualität.	Durch Prozessbeschreibungen und Qualitätsaufzeichnungen, die im Handbuch detailliert beschrieben sind, werden die Dienstleistungsangebote dargestellt
Qualitätszirkel	Dauerhaft angelegte Arbeitsgruppen, die Problemlösungsvorschläge erarbeiten. Nach Freigabe werden durch die AG die Umsetzung und das Ergebnis beobachtet.	AG Kommunikation: Wie funktioniert die Kommunikation im Team/stationsübergreifend, zu Ärzten, Lieferanten, mit Bewohnern, Vorgesetzten usw. Ist festgelegt: wer, wann an wen usw. Infos weitergibt bzw. wo treten Probleme auf und weshalb?
Verfahrensanweisungen (z.B. Pflegestandards)	Reihenfolge der Arbeitsschritte, die sehr genau definiert sein können und je nach Umfang auch Tätigkeitsbündel sind. Welches Arbeitsmaterial wird verwendet, wer darf die Tätigkeit durchführen.	Siehe Anhang 4 bzw. z.B. Nationale Expertenstandards wie Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe.
Zertifizierung, Zertifizierungsstellen	Überprüfung vom gesamten Unternehmen, Betriebsabläufen oder Produkten im Hinblick auf die Erfüllung bestimmter Kriterien. Wird meist durch ein Gütesiegel oder -zeichen bestätigt. Große Zertifizierungsstellen sind z.B. DQS, TÜV oder DEKRA	Wird durch ein Zertifikat bestätigt, die im Heim meistens aushängen. Auf Gültigkeit bzw. Datum achten. So gibt es z.B. das Zertifikat "Qualitätsprüfung plus: Pflege" der TÜV Rheinland Group. (Siehe Anhang 1)

4.3 Qualitätsmanagement in der Pflege

Die öffentlichen Forderungen nach mehr Qualität in der Pflege sind allgegenwärtig. Nicht nur in Medienberichten werden Pflegemissstände immer wieder thematisiert und bilden die Grundlage für Diskussionen. Betroffene und Angehörige, aber auch die disziplinübergreifende Fachwelt ist sich einig, dass Qualität im Bereich der Pflege von existenzieller Bedeutung ist. Bund und Länder haben ebenfalls reagiert, was in den entsprechenden Gesetzen zum Ausdruck kommt. Die bayerische Staatsregierung hat ein Konzept für umfangreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität in der Pflege in Bayern beschlossen, welches stetig weiterentwickelt wird. Die aktuelle Version kann auf der Internetseite <http://www.stmas.bayern.de/pflege/konzept/index.htm> nachgelesen werden. Bereiche anhand derer die Heimaufsicht Qualität in der Pflege erkennen kann, sind:

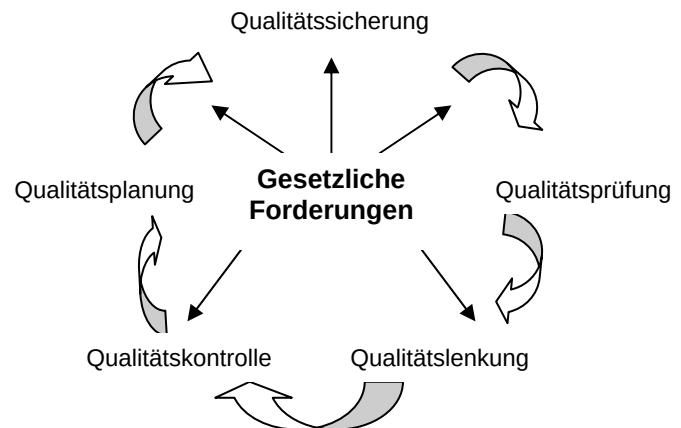
- Pflegerische Versorgung
- Soziale Betreuung, Tagesgestaltung
- Ausstattung, sowohl mit Hilfs- und Heilmittel
- Umsetzung von innovativen, organisatorischen bzw. pflegewissenschaftlichen Konzepten z.B. Expertenstandards

Errungenschaften und Entwicklungen in der Pflege sind, wie die Expertenstandards zeigen, zu-
meist Folgen von dynamischen Prozessen. Im ständigen Überprüfen und Anpassen von Hand-
lungsschritten und Methoden soll ein möglichst optimales Ergebnis erzielt werden, sowohl für die
Bewohner als auch für die Einrichtung mit ihren Mitarbeitern. Welche Schritte hierfür erforderlich
sind, soll anhand von zwei Kreisläufen verdeutlicht werden.

Abbildung 3²⁴ Zielentwicklungsprozess



Abbildung 4²⁵ Qualitätsentwicklung u. -sicherungskreislauf



Einführung und Pflege des Qualitätsmanagement (QM)

Es ist nicht genug zu wissen,
man muss auch anwenden;
es ist nicht genug zu wollen,
man muss auch tun!

Johann Wolfgang von Goethe

Häufig sind in den Pflegeberufen grundsätzliche Widerstände gegen die differenzierte Messung, Objektivierung und Standardisierung der Pflege zu finden. QM steht für die Beschäftigten oft im Kontrast zu Ansätzen von ‚Ganzheitlichkeit‘, ‚Bedürfnisorientierung‘ und ‚individueller Pflege‘. Diese Einstellung ist jedoch Folge der historisch gewachsenen Pflegelandschaft mit der entsprechenden Gesetzeslage. Im angloamerikanischen Raum wurde bereits früher der Weg in Richtung QM in der Pflege beschritten. „Ein wesentlicher Aspekt der in den USA sehr erfolgreich und zügig durchgesetzten gesetzlichen Reformen von 1987 dürfte sein, dass [...] ein breiter *interdisziplinärer* Konsens auf hohem Niveau angestrebt und erreicht wurde, bei dem z.B. die ‚Ganzheitlichkeit‘ der

²⁴ <http://www.bva.bund.de/aufgaben/win/beitraege/00021/>

²⁵ Barth M. Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Altenpflege. Urban & Fischer, München 2002.

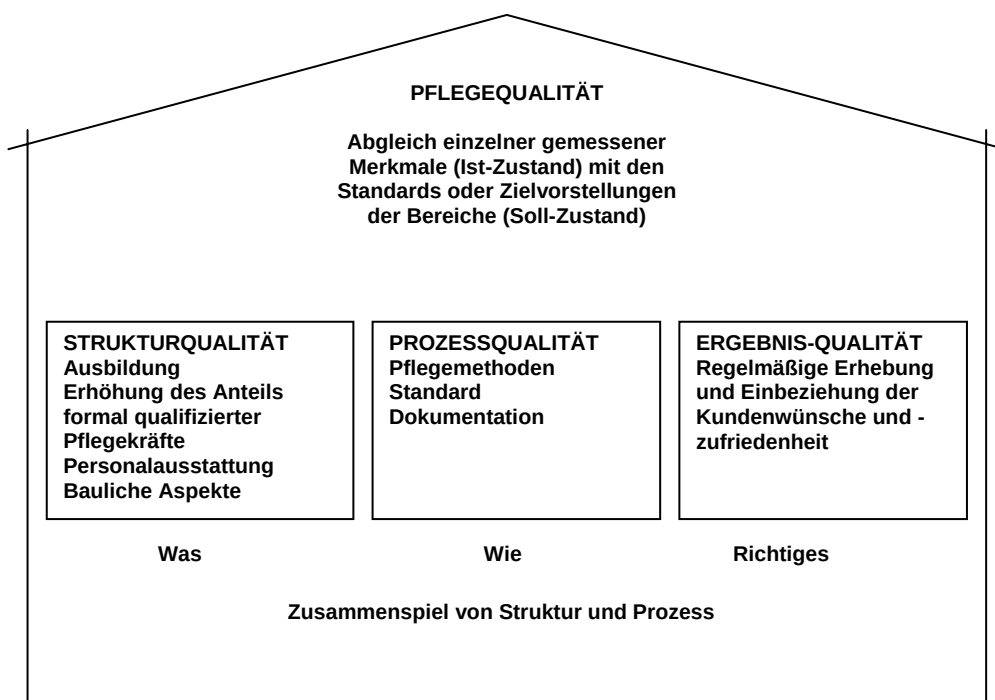
Pflege oder Bewohnerinteressen durchaus im Einklang mit der Messung vieler einzelner Indikatoren, d.h. der differenzierten und validen sowie reliablen Erfassung von Pflegebedarf und -planung sowie Qualitätskontrolle stehen.“²⁶

In Deutschland ist das klassische Modell die Einteilung der Pflegequalität in die drei Beurteilungskriterien nach Donabedian:

- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität.

Diese 1966 entstandene Einteilung wurde mehrfach ergänzt, weiterentwickelt bzw. modifiziert, z.B. von Myriam Barth (siehe Literaturliste).

Abbildung 5: Einteilung nach Donabedian (1966)



Die oben genannte Gesetzesvorlage ermöglicht in den USA den flächendeckenden Einsatz des Resident Assessment Instrument (RAI) und des Minimum Data Set (MDS). „Dies ermöglicht die Pflegequalität repräsentativ für alle Einrichtungen einheitliche und zuverlässig abzubilden sowie deren Auswertung vorzunehmen. Kern dieses Instrumentes bildet die ständige Vorhaltung und Anwendung zahlreicher individueller Daten zum Zustand jedes Bewohners, das „Minimal Data Set“ (MDS), die mit Pflegeanweisungen und Pflegeplänen, den ‚Resident Assessment Protocols‘ RAPs) gekoppelt werden als Voraussetzung einer umfassenden Qualitätsmessung (vgl. u. a. Schnelle et

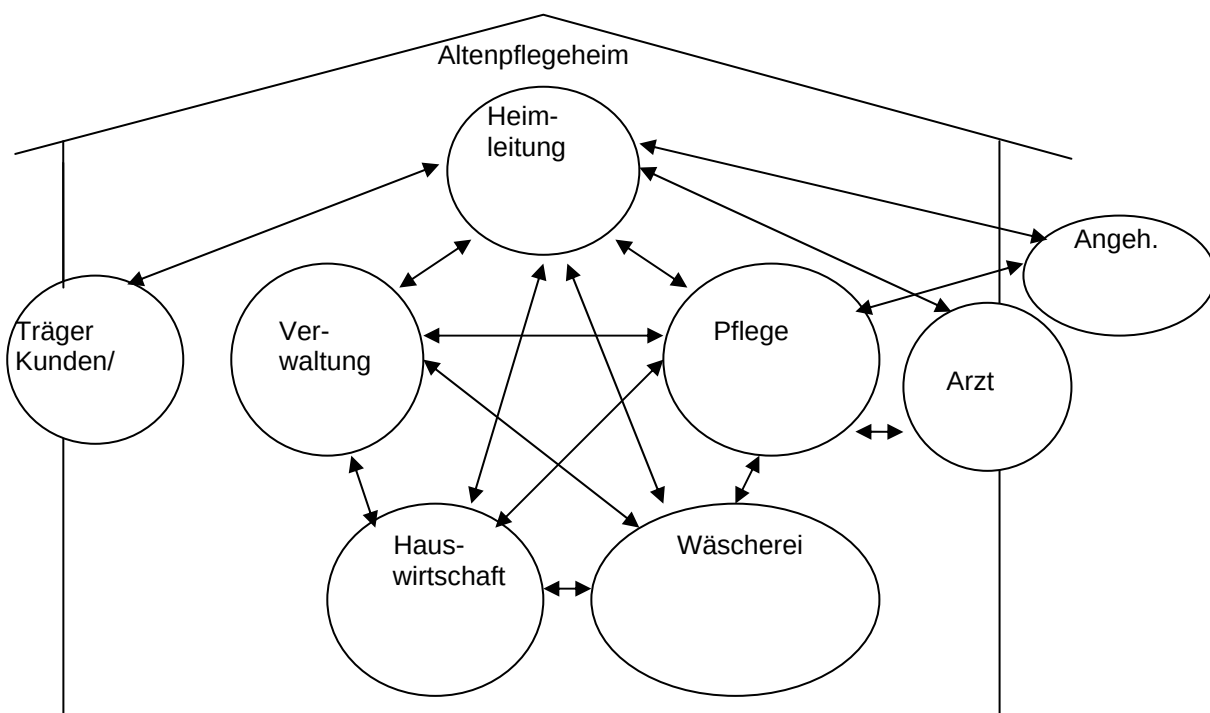
²⁶ <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/PRM-24077-Expertise--Qualitat-in-Pflegeh,property=pdf.pdf>

al. 1997).²⁷ Die Grundvoraussetzung hierfür sind kollektive Qualitätskriterien, wofür in Deutschland noch kein Konsens besteht. Durch den KDA wurde ein erster Vorstoß in Richtung Festsetzung von Qualitätskriterien und Standards durch die Veröffentlichung der Expertenstandards (bisher: Dekubitusprophylaxe, Schmerzmanagement, Entlassungsmanagement und Sturzprophylaxe)²⁸ unternommen. Weitere Standards sind in Bearbeitung. Deren Umsetzung in die Praxis stellt sich jedoch als schwierig dar. Ob dies auf einen noch zu geringen Bekanntheitsgrad oder echte Implementierungsschwierigkeiten zurückzuführen ist, bleibt zu überprüfen.

Organisations- und Personalentwicklung

Um Qualität in Organisationen erlebbar zu machen und die Umsetzung der Kriterien und Instrumente wie z.B. Standards zu ermöglichen, müssen die Strukturen der Organisation und deren Ressourcen benannt und überprüft werden. Gerade im sozialen Sektor, in diesem Fall die Alten- und Pflegeheime, stellt das Personal die entscheidende Ressource dar und Personalentwicklung wird somit als Managementaufgabe gesondert hervorgehoben. Im folgenden Schaubild werden die Schnittstellen in einem Altenheim dargestellt, da diese anhand mangelnder Absprachen/ Kommunikation eine der Hauptfehlerquellen darstellen.

Abbildung 6: Schnittstellenmodell eines Altenheims²⁹



²⁷ <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/PRM-24077-Expertise--Qualitat-in-Pflegeh,property=pdf.pdf>

²⁸ <http://www.dnqp.de>

²⁹ modifiziert nach: Steinel M, Schade A. Qualitätsmanagement in Großhaushalten (Band 3), Hochschule Anhalt, Bernburg 2000.

Instrumente des QM, die *innerhalb* der Organisation möglich sind:

- Pflegevisiten³⁰
- Beschwerdemanagement, Mitarbeiterbefragungen
- Arbeitsgruppen, Besprechungen
- Qualitätszirkel
- Position des QM-Beauftragten im Haus installieren
- Hausinterne Aus-, Weiter- und Fortbildung u. a. m.

Externe Instrumente des QM:

- Supervision
- Beratung und Begehung durch den MDK
- Beratung und Begehung durch die Heimaufsicht
- Beratung und Kontrolle durch externe QM-Berater/ Zertifizierungsstellen
- Aus-, Weiter- und Fortbildung u. a. m.

Mit *Professionalität* Qualität erzielen, indem:

- Ein fachlich umfassendes Fundament vorgehalten/ ermöglicht wird
- aktuelle pflegewissenschaftliche Erkenntnisse einbezogen werden
- Professionalität und Qualität in Zusammenhang gesetzt wird
- Professionalität als Inter- und Transprofessionalität erkannt und genutzt wird³¹.

Schlüsselqualifikationen für Fachpersonal:

- Fachkompetenz
- Methodenkompetenz
- Sozialkompetenz
- Persönlichkeitskompetenz
- Ökologisch-systemische Kompetenz.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass bei allem Verständnis für die Skepsis, die dem Qualitätsmanagement - sowohl von Pflegewissenschaftlern als auch von der Fachbasis - entgegengebracht wird, das gemeinsame Ziel „mehr Qualität in der Pflege“ für Betroffene wie auch für die in der Pflege Tätigen im Vordergrund steht. QM kann hierfür, durch entsprechende Umsetzung der QM-Instrumente, einen entscheidenden Beitrag leisten. Indem der Fokus darauf gelegt wird, Prozesse zu verbessern, vergleichbarer zu machen und die Qualität in den Mittelpunkt zu rücken, kann dies langfristig zu einer Kostenreduzierung führen.

³⁰ sehenswert hierzu: Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung. Von Roland Hübsch-Swoboda. (25.05.99) auf der Internetseite: <http://www.pflegenet.com/>

³¹ Robert Bosch Stiftung (Hrsg); Pflege neu denken – Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart 2000.

5. Pflegerische Begutachtungen

Die Kernaufgabe der Heimaufsicht ist die Begutachtung der Einrichtungen im Sinne von Beratung - in bestimmten Bereichen auch im Sinne von Kontrolle - mit dem Ziel, die Bewohner zu schützen und ihnen ein höchstmögliches Maß an Selbstbestimmung zu gewährleisten.

Die pflegerische Beurteilung spielt hierbei eine sehr große Rolle, stellt Pflege doch für die meisten Einrichtungen im Sinne des HeimG ein Kerngeschäft dar. Zum einen gilt es hier, Pflege nach klaren Kriterien zu überprüfen, um so den Schutz und die Würde der Bewohner zu gewährleisten. Andererseits zählen jedoch nicht ausschließlich objektive Kriterien, sondern ebenso pflegerisches Gespür und intuitive pflegerische Kompetenz. Obwohl die einzelnen Prüfsituationen sich immer voneinander unterscheiden werden, ist es sinnvoll, sich auf ein Prüfschema einzulassen. Gleichzeitig gilt es allerdings auch, Situationen flexibel einzuschätzen, um so „hinter“ die Dinge zu blicken. Grobe Mängel werden eindeutig zu erkennen sein, vieles ist allerdings nur im bewussten, aufmerksamen Beobachten erkennbar. So ist es ratsam, während der Prüfung besondere „kleine“ Situationen genau anzusehen. Wie werden z.B. Bewohner angesprochen, wie wird ein „privater“ Raum betreten? Wie werden Fremde den Bewohnern vorgestellt? Wie werden die Speisezeiten gestaltet? Gibt es Rituale? etc.

Pflegequalität muss überprüfbar sein. Prüfkriterium für die Messung der Ergebnisqualität kann das Pflegeergebnis (pflegebezogenes Outcome) sein. Hierunter fallen Aspekte wie bio-psycho-sozialer Gesundheitszustand, Lebensqualität, soziale Integration sowohl der einzelnen als auch die Gesamtheit der Bewohner betreffend.

Wie oben bereits angesprochen, gibt es von verschiedener Seite Kriterien, anhand derer die Prüfung ablaufen kann. Im Folgenden erläutern zwei Kapitel solche möglichen Kriterien. Das erste Kapitel gibt eine Erläuterung der Heimaufsicht aus der Perspektive des ÖGD mit konkreten Beispielen eines Prüfberichts und Handreichungen zur Pflegedokumentation und dem Umgang mit Fixierungen. Das zweite Kapitel beschreibt die Beurteilungskriterien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen.

5.1 Praxis der Heimaufsicht – die Perspektive des ÖGD

Gerda Katheder

Rechtlicher Hintergrund

Pflegerische Beurteilungen müssen angelehnt an folgende Paragraphen des HeimG durchgeführt werden:

§ 2 Zweck des Gesetzes ist u. a.

- die Würde sowie Interessen und Bedürfnisse der Bewohner von Heimen vor Beeinträchtigungen zu schützen
- eine dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität des Wohnens und der Betreuung zu sichern (Betreuung beinhaltet nicht nur die pflegerische Versorgung)

§ 11 auf Anforderungen an den Betrieb eines Heimes

Wichtige Punkte sind:

- die Selbständigkeit, die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung der BewohnerInnen fördern,
- Pflegebedürftigen eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde gewährleisten,
- Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse sowie die ärztliche und gesundheitliche Betreuung sichern,
- sicherzustellen, dass für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner Pflegepläne aufgestellt und deren Umsetzung aufgezeichnet werden,
- sicherzustellen, dass die Zahl der Beschäftigten und ihre persönliche und fachliche Eignung für die von ihnen zu leistende Tätigkeit ausreicht.

§ 13 regelt Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflicht. Insbesondere muss ersichtlich werden:

- Erhalt, Aufbewahrung und Verabreichung von Arzneimitteln einschließlich der pharmazeutischen Überprüfung der Arzneimittelvorräte und der Unterweisung der Mitarbeiter über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln,
- Pflegeplanungen und Pflegeverläufe für pflegebedürftige Bewohner,
- Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung sowie zur Qualitätssicherung,
- freiheitsbeschränkende und die freiheitsentziehende Maßnahmen bei Bewohnern sowie Angabe des für die Anordnung der Maßnahme Verantwortlichen.

§ 15 bezieht sich auf die Überwachung

§ 16 auf die Beratung bei Mängeln

§ 17 auf Anordnungen

Indikatoren für die Ergebnisqualität

Die Beurteilung der Pflegequalität ist ein bis heute ungelöstes Problem. Insbesondere in Deutschland besteht hinsichtlich der Messung der Pflegequalität Entwicklungsbedarf.

Die meisten diesbezüglichen Arbeiten befassen sich mit den Aspekten der Struktur- und Prozessqualität (z.B. Personalbemessung, Pflegeplanung etc.). Notwendig ist die Entwicklung von standardisierten und vor allem empirisch-wissenschaftlich abgesicherten Verfahren, insbesondere zur Messung der Ergebnisqualität. Diese sollten die Qualität der Pflege auch aus unterschiedlichen Sichtweisen (Bewohner, Angehörige, Betreuer, Hausärzte, mitbehandelnde Fachärzte u. a.) erfassen.

Aus Sicht der Bewohner sind vor allem Kriterien wie

- die Möglichkeit zur Selbstbestimmung,
- die vom Personal entgegengebrachte Empathie und Akzeptanz,
- die Wahrung einer Privatsphäre,
- die empfundene Sicherheit.

relevant.

Als wesentliche Indikatoren für Ergebnisqualität werden vor allem die Lebensqualität und die Zufriedenheit von Bewohnern, sowie die Zufriedenheit von Angehörigen und Mitarbeitern gesehen. In der Beurteilung von Pflege sind verschiedene Ergebniskriterien relevant:

- Dekubitus (wie viele Dekubitalgeschwüre gibt es im Haus, bei wie vielen Bewohnern sind diese neu entstanden, wie werden sie behandelt, wie wird dokumentiert?),
- gesundheitlicher Status der Bewohner,
- Anteil Fixierungen von Bewohnern,
- Krankenhauseinweisungen,
- Unfälle/Stürze,
- Infektionserkrankungen,
- Psychopharmakagebrauch,
- AEDL (Aktivitäten und Existentielle Erfahrungen Des Lebens),
- Ernährungszustand, Flüssigkeitszufuhr, Gewichtsveränderungen.

Weitere wichtige zu beachtende Strukturkriterien sind:

- die Pflegephilosophie,
- das vorhandene materielle Potential,
- die personelle Ausstattung,
- die Fähigkeiten/Qualifikation des Personals,
- bauliche Gegebenheiten,
- die Fähigkeiten des Managements/der Leitung.

Umgang mit Medikamenten

Gerda Katheder und Peter Dekant

Die Fachkräfte (Krankenschwester, Krankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Altenpfleger/in, Heilerziehungspfleger/in) tragen die Verantwortung für den Umgang mit Medikamenten im jeweiligen Zuständigkeitsbereich (z.B. Pflegebereich, Wohnbereich, Wohngruppe etc.). Dabei gilt jedoch, dass Medikamente nur auf ärztliche Anordnung, d.h. Anweisung hin sowie personenbezogen abgegeben bzw. verabreicht werden dürfen. Die schriftliche Verordnung muss dabei die Verabreichungsform, die Dosis und den Zeitpunkt der Verabreichung enthalten. Diese Regelung gilt sowohl für die Bedarfs- als auch für die Dauermedikation.

Die Fachkräfte sind für das Stellen und Verabreichen von Medikamenten verantwortlich. Unter folgenden Voraussetzungen dürfen aber auch Pflegekräfte (Hilfskräfte) Medikamente stellen und verabreichen:

- sie besitzen die fachlichen und persönlichen Voraussetzungen. Diese liegen vor, wenn sich eine verantwortliche Fachkraft, sowie ggf. auch ein in der Einrichtung tätiger (behandelnder) Arzt sich von den fachlichen Fähigkeiten überzeugt haben und keine Anhaltspunkte vorliegen, die gegen die erforderliche persönliche Zuverlässigkeit sprechen,
- eine Fachkraft ist benannt, welche die Tätigkeit der Pflegekraft (Hilfskraft) insoweit laufend verantwortlich begleitet,
- in der Einrichtung sind entsprechende Standards festgelegt, die den Umfang und die Aufgaben der jeweiligen Pflegekraft (Hilfskraft) präzise festlegen und damit auch Aussagen zum Stellen und Verabreichen der Medikamente enthalten,
- es gibt außerdem entsprechende Tätigkeitsbeschreibungen für diejenigen Pflegekräfte (Hilfskräfte), die aufgrund der nachgewiesenen Befähigung damit betraut sind, Medikamente zu stellen und zu verabreichen.

Die Unterlagen müssen nachvollziehbar und transparent sein und insbesondere auch für Prüfinstitutionen (Heimaufsicht, Gesundheitsamt, MDK) jederzeit im jeweiligen Bereich einzusehen sein. Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Stellen und Verabreichen von Medikamenten auf Basis der ärztlichen Verordnung, grundsätzlich durch Fachkräfte professionell gesteuert und kon-

trolliert werden muss, dass aber innerhalb dieses Verantwortungsspektrums unter bestimmten, klar definierten Voraussetzungen (s. o.) grundsätzlich auch Pflegekräfte (Hilfskräfte) tätig werden können.

Pflegedokumentation

Die inhaltliche Qualität der Pflegedokumentation ist in stationären Einrichtungen allgemein – vor allem jedoch bei der Pflegeplanung – verbesserungsbedürftig. Die Prozess- bzw. Ergebnisqualität ist oftmals nicht oder nur in Einzelfällen erkennbar. Eine sichere Pflege ist dadurch beeinträchtigt. Gerade bei pflegeintensiven Bewohnern, aus dem Krankenhaus rückverlegten Bewohnern und vor allem bei neu aufgenommenen ist sie unabdingbar, um Problemsituationen zu erkennen und einheitliche Pflegemaßnahmen durchzuführen.

Anhand der Pflegedokumentation sollten die individuellen Gewohnheiten und Ressourcen der Bewohner (nach Priorität) nachvollziehbar, Verlauf und Stand des Pflegeprozesses jederzeit erkennbar sein. Dabei ist es nicht sinnvoll, für jeden Bewohner die Pflegeplanung als Regelplanung generell über alle AEDL's anzulegen, ohne Rücksicht auf Planungserfordernisse im Einzelfall sowie den Sinn und Nutzen eines solchen Unterfangens. Grundsätzlich geben wir die Empfehlung, dass Pflegeplanungen stets unter Einbeziehung aller an der Pflege des entsprechenden Bewohners beteiligten Mitarbeiter erstellt werden sollten, um eine Symbiose zwischen schriftlicher Fixierung und tatsächlicher Durchführung bzw. Ausführung zu erreichen. Diese Voraussetzung für die Umsetzung einer gemeinsamen geplanten Pflege ist unabdingbar, wenn langfristig die nachfolgend aufgeführten Verbesserungen erreicht werden sollen.

- Die Pflegeplanungen sollten hinsichtlich der erforderlichen Pflegemaßnahmen auf dem aktuellen Stand sein. Sie sollten grundsätzlich Angaben zu Mobilisierung und Ernährung enthalten. Auch die Wünsche der Bewohner, deren individuelle Möglichkeiten, als auch Defizite müssen Bestandteil der Pflegeplanung sein.
- Zwischen den Informationen aus der Pflegeanamnese und den Maßnahmen in der Pflegeplanung muss Übereinstimmung gegeben sein, analog müssen Eintragungen im Verlaufsbericht und somit gesehene bzw. festgestellte Veränderungen berücksichtigt werden.
- Bei pflegerelevanten Veränderungen in der Situation des Bewohners, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder allgemeiner gesundheitlicher Verschlechterung, muss eine zeitnahe Überprüfung und ggf. Anpassung der Pflegeziele und der pflegerischen Maßnahmen erfolgen.
- Auch die Formulierung der genauen Pflegemaßnahmen ist meist noch unzureichend, es sollten klare und nachvollziehbare Handlungsanweisungen daraus hervorgehen. So sollten im Pflegeplan konkret z.B. die Anzahl der Häufigkeit der Mundpflege, wann ein Toilettengang bzw. Einlagenwechsel (Häufigkeit/Zeitpunkt) stattfinden soll, oder ob eine Ein- und Ausfuhrliste not-

wendig ist und wenn ja, ob sie geführt wird und von welchem Zeitpunkt an Konsequenzen folgen müssen, vermerkt werden.

- Bei Bewohnern mit Ernährungssonde oder Blasenkatheter muss aus der Dokumentation klar die Indikation hervorgehen.
- Bei Bewohnern, die über eine PEG- Sonde ernährt werden, muss zudem ersichtlich sein, ob orale Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr möglich ist oder nicht, insbesondere ob evtl. die Zuführung hochkalorischer Nahrung notwendig ist. Eine optimale Versorgung sollte hier das Ziel sein, die Flüssigkeits- und Kalorienzufuhr muss ausreichend erfolgen. Bei den betroffenen Bewohnern ist verstärkt auf die ausreichende Häufigkeit der Mundpflege zu achten und dieses auch in der Pflegeplanung konkret zu benennen, z.B. Durchführung alle 3 Stunden oder jeweils, wenn die geplante Lagerung stattfindet.
- Ebenso ist es wichtig, das Gewicht und die Vitalwerte am Aufnahmetag (oder zumindest zeitnah) zu messen und schriftlich zu fixieren. Bei Bewohnern mit Problemen bei der Nahrungsaufnahme bzw. Zuführung sollte regelmäßig einmal im Monat eine Gewichtskontrolle (als Parameter des Ernährungszustandes) durchgeführt und dokumentiert werden. Gegebenenfalls sind hier gemeinsame Zielvereinbarungen mit dem Bewohner, seinen Angehörigen und dem behandelnden Arzt erforderlich.
- Es ist erforderlich, die Entstehung von Beugekontrakturen nachvollziehbar in der Pflegedokumentation festzuhalten, bzw. sollte es vermerkt sein, wenn Kontrakturen bereits bei Einzug vorlagen, welche Gliedmaßen betroffen sind und in welchem Grad.
- Behandlungspflegerische Maßnahmen müssen vom Arzt schriftlich verordnet werden mit Datum und Unterschrift und gesondert für jeden Bewohner. Sofern dies ausnahmsweise nur mündlich erfolgt, ist dieser Sachverhalt in der Pflegedokumentation zu vermerken und bei der nächsten Visite die Richtigkeit vom Arzt gegenzuzeichnen.
- Ein bestehendes Dekubitusrisiko kann ggf. mit Hilfe einer Skala (Norton, Braden) erkannt werden. Die Anwendung erleichtert die anfängliche Einschätzung des Dekubitusrisikos. Bei Dekubitusgefahr sind die erforderlichen Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe nachzuweisen (siehe auch nationaler Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe).
- Bei vorliegendem Dekubitus müssen die Entstehung (wurden Prophylaxen durchgeführt?), der Verlauf und die Behandlung nachvollziehbar dokumentiert sein. Die Behandlung/Versorgung von Dekubitalulcera muss nach den aktuellen medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen erfolgen. Es ist darauf zu achten, dass die ärztlichen Anordnungen identisch sind mit der aktuell durchgeführten Leistung. Eine engmaschige Führung bei den angelegten Wundverlaufsbögen (Empfehlung), vor allem aussagekräftige Einträge, ist anzustreben. Des Weiteren sollte wegen der Übersichtlichkeit für jede Wunde ein separates Blatt verwendet und ggf. mit Bild dokumentiert werden.

Folgende Punkte müssen hierbei nachvollziehbar sein:

- Liegt eine schriftliche ärztliche Verordnung vor?
 - Sind alle durchgeführten Maßnahmen mit Datum und Unterschrift dokumentiert (Fachkraft!)?
 - Ist eine Überwachung der Wirkung der Maßnahmen (Fachkraft!) erfolgt?
 - Sind die Information und Rückmeldungen an den Arzt nachvollziehbar (Fachkraft und evtl. PDL)?
-
- Eine engmaschige Führung der Verlaufsberichte (Berichtsblatt) ist anzustreben. Die Verlaufsberichte sollten den Langzeitverlauf und die aktuelle Befindlichkeit widerspiegeln und folgende Aspekte berücksichtigen: Pflegeerfolge, aktuelle Ereignisse wie Stürze (Info an den Arzt?), physische und psychische Befindlichkeiten (Schmerzen, Freude, Angst).
 - Auch wenn Bedarfsmedikation gegeben wird, ist eine genaue Dokumentation erforderlich; (welches Medikament wurde in welcher Dosierung verordnet). Auch die Reaktionen des Bewohners darauf bzw. die Auswirkungen müssen festgehalten werden.
 - Eine konsequente Anlage und Führung von Bilanzierungsbögen (Ein- und Ausfuhr) und Lageungsplänen bei Problembewohnern wird empfohlen.

Mitwirkung bei ärztlicher Therapie und Diagnostik (Behandlungspflege)

Die Begriffe Grund- und Behandlungspflege werden in der Pflegefachsprache nach Möglichkeit nicht mehr verwandt, obwohl diese in Gesetzestexten immer wieder auftauchen.

Die Begrifflichkeiten, die hauptsächlich verwendet werden, sind Direkte Pflege anstelle von Grundpflege und Mitwirkung bei ärztlicher Therapie und Diagnostik anstelle von Behandlungspflege. Bei der Mitwirkung bei ärztlichen Tätigkeiten handelt es sich um Tätigkeiten, die eigentlich dem Arzt obliegen und die er an Pflegekräfte delegiert. Bei Feststellung der Eignung der Pflegekräfte für diese „ärztlichen Tätigkeiten“ unterscheidet man generell zwischen formaler und materieller Qualifikation. *Die formale Qualifikation* wird durch die staatlich anerkannte Ausbildung vermittelt, wobei davon ausgegangen werden kann, dass durch das Bestehen der Prüfung und Zulassung zum Beruf die in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen festgelegten fachlichen Fähigkeiten und Fachkompetenzen erworben werden. *Die materielle Qualifikation* bezeichnet die tatsächlich vorhandene Qualifikation, die sowohl von der einzelnen Pflegekraft als auch von der jeweiligen Situation abhängt.

Haftungsrechtlich wird einerseits nach fester Spruchpraxis der ordentlichen Gerichte darauf abgestellt, dass die medizinischen Tätigkeiten und auch die Pflege so zu organisieren sind, dass jede vermeidbare Gefährdung der Pflegebedürftigen bzw. Patienten ausgeschlossen bleibt. Andererseits wird maßgebend nicht auf die formale, sondern auf die materielle Qualifikation abgestellt. Das bedeutet in der Praxis, dass die einzelne Pflegekraft ihre Qualifikation für die jeweilige Behand-

lungspflege besonders nachweisen muss, z.B. durch entsprechende Aus- bzw. Fortbildungsbelege oder mit Hilfe eines Arztes. Also unabhängig von jeglicher formaler Qualifikation ist haftungsrechtlich immer die materielle Qualifikation entscheidend. Hier sind natürlich auch der Träger und die Leitung einer Einrichtung betroffen, denn sie sind letztendlich für den Einsatz der geeigneten Mitarbeiter verantwortlich – siehe § 11 Abs. 1 Nr. 3 und § 11 Abs. 2 Nr. 2 HeimG. Ergänzend ist zur formalen Qualifikation festzustellen, dass Krankenpflegekräfte zur sach- und fachkundigen, umfassenden geplanten Pflege des Patienten ausgebildet werden und zur gewissenhaften Vorbereitung, Assistenz und Nachbereitung bei Maßnahmen der Diagnostik und Therapie qualifiziert (§ 4 Krankenpflegegesetz) sind.

Nach § 3 des neuen Altenpflegegesetzes wird eine Altenpflegefachkraft „zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen“ ausgebildet. Hierzu gehört u.a. die Mitwirkung bei der Behandlung kranker und behinderter Menschen einschließlich der Ausführung ärztlicher Verordnungen. Im Vergleich zu den bisherigen Ausbildungskonzepten wird ein deutlicherer Akzent auf den medizinisch-pflegerischen Bereich gelegt. Dies geschah u. a. deshalb, um eine weitgehende Gleichstellung mit den Krankenschwestern und Krankenpflegern in den Arbeitsfeldern der Pflege alter Menschen zu erlangen. Das Altenpflegegesetz vermittelt ebenso wie das Krankenpflegegesetz einen Berufsbezeichnungsschutz bzw. das Recht, die entsprechende Bezeichnung zu führen. Das Altenpflegegesetz vermittelt aber ebenso wenig wie das Krankenpflegegesetz das „Exklusiv-Recht“, bestimmte Berufstätigkeiten auszuführen: Einen Berufsausübungsschutz und Vorbehaltsaufgaben für die Pflege kennt das deutsche Pflegerecht derzeit nicht.

Tabelle 5: Begriffserklärungen aus dem Lehrbuch Altenpflege - Rechtskunde³²

Begriff	Gesetz	Bedeutung für die Altenpflege
AltenpflegerIn	§ 1 AltPflG	Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung, verbunden mit der Erwartung an die AltenpflegerIn, den jeweiligen allgemein anerkannten Stand in der Altenpflege in der praktischen Berufstätigkeit eigenverantwortlich und selbständig zu garantieren.
Fachkraft	§ 6 HeimPersVO	AltenpflegerInnen gelten als Fachkräfte im Sinne der Heimpersonalverordnung
Geeignete Pflegekräfte	§ 37 SGB V	AltenpflegerInnen kommen bei entsprechender Qualifikation in Fragen der „Behandlungspflege“ als geeignete Pflegekräfte für die Durchführung der häuslichen Krankenpflege in Betracht.
Geeignete Pflegekraft	Grundsätze und Maßstäbe gemäß § 80 SGB XI	AltenpflegerInnen gelten regelmäßig als geeignete Pflegekräfte zur Durchführung der Pflege nach dem SGB XI

³² Klie T. Lehrbuch Altenpflege – Rechtskunde. Vincentz Verlag, Hannover 2001.

Im Einzelnen gilt, dass die Übertragung ärztlicher Aufgaben auf Pflegekräfte dann zulässig ist, wenn

- Der Patient mit der Behandlungsmaßnahme und der Durchführung durch Pflegekräfte einverstanden ist,
- die Maßnahme vom Arzt verordnet wurde,
- die Art des Eingriffes das persönliche Handeln des Arztes nicht erforderlich macht,
- die ausführende Pflegekraft zur Durchführung der Maßnahme befähigt ist,
- die Pflegekraft zur Ausführung der ärztlichen Aufgabe bereit ist, sofern nicht ausnahmsweise eine entsprechende Verpflichtung besteht.³³

Berichte der Heimaufsicht

Nachfolgend werden Beispiele gegeben, wie ein Bericht der Heimaufsicht aus Sicht der Pflege formuliert sein kann. Zwei unterschiedliche Möglichkeiten der Ergebnisformulierung werden vorgestellt.

Beispielbericht 1

Anschrift der Heimaufsicht, Name der überprüften Einrichtung

Teilnehmer: Heimleiter, Pflegedienstleitung, Heimaufsicht LRA-XY, Gesundheitsamt XY

Unterzeichnende

Pflege und Betreuung der Bewohner

Nach dem Zufallsprinzip wurden vier Bewohner ausgewählt. Nach dem sie ihr Einverständnis erklärten, wurden sie über die Versorgungssituation – soweit möglich – befragt und hinsichtlich des Pflegezustandes untersucht/überprüft, unter Hinzuziehung der Pflegedokumentationen.

Bei diesen Bewohnern besteht augenscheinlich ein befriedigender Pflegezustand: Haare, Finger- und Fußnägel sind gepflegt. Der allgemeine Hautzustand ist nicht zu beanstanden.

Bei Harn-/Stuhlinkontinenz ist ein korrekter Einsatz entsprechender Hilfsmittel festzustellen, ggf. wird Toilettentraining durchgeführt. Bei einer Bewohnerin bestehen Dekubitalulcera, welche nicht im Haus entstanden sind, eine Wunddokumentation erfolgt, eine aktuelle Erfassung des Status ist jedoch derzeit nur schwer nachvollziehbar. Der Lagerungswechsel der Bewohnerin, bei welcher ausgeprägte Kontrakturen vorliegen, wird in einem Lagerungsnachweis dokumentiert. Hilfen in den grundpflegerischen Bereichen werden anscheinend „zumindest in der Praxis“ unter Berücksichtigung der Wünsche und Ressourcen der Bewohner erbracht, die Privatsphäre respektiert (dies wird in der Pflegeplanung leider nicht deutlich). Auf eine adäquate Mobilisierung unter Einbeziehung

³³ Klie T Lehrbuch Altenpflege – Rechtskunde. Vincentz Verlag, Hannover 2001.

vorhandener Ressourcen wird offensichtlich geachtet. Bei Bettlägerigkeit und Immobilität sind Antidekubitusmatratzen vorhanden, regelmäßige Lagerungen werden durchgeführt.

Die meisten Bewohner befinden sich während der Mittagszeit in den Aufenthaltsbereichen der Station, tragen saubere Tageskleidung, erhalten bei den Mahlzeiten ggf. Unterstützung durch das Pflegepersonal. Die Zimmer der besuchten Bewohner sind teilweise individuell gestaltet und hinterlassen – ebenfalls wie die sanitären Anlagen und Aufenthaltsbereiche der Station – einen sauberen Eindruck.

Pflegerische Defizite/negatives Ergebnis

Das Ergebnis bei den besuchten Bewohnern ist gerade noch befriedigend; es ist jedoch derzeit schon eine bedenkliche Pflegesituation eingetreten.

Pflegerische Defizite sind am deutlichsten in nachfolgend genannten Bereichen festzustellen. So schien die Mundpflege bei der Begutachtung von einzelnen Pflegebedürftigen zu wenig durchgeführt, Lippen waren trocken, auf der Zunge schon ein borkiger Belag zu sehen. Auch die Bereiche Nagelpflege und allgemeine Hautpflege waren vernachlässigt.

Es treten offensichtlich auch Verzögerungen bei der Durchführung der morgendlichen Grundpflege auf. Wenn jedoch bei bettlägerigen Bewohnern die komplette grundpflegerische Versorgung erst am späteren Vormittag erfolgt bzw. so geplant ist, so sind zumindest notwendige Lagerungen, die Inkontinenzversorgung und die erste Mundpflege und Flüssigkeitsgabe vorab durchzuführen. Die Lagerungspositionen– und Intervalle bzw. Art und Weise der Durchführung gaben ebenso Grund zur Beanstandung. Gerade bei Pflegebedürftigen mit erhöhtem Risiko oder schon bestehendem Dekubitus sollten diese Maßnahmen geplant und mit Sorgfalt durchgeführt werden, damit bei Verschlechterung ein Pflegefehler auszuschließen ist. Weiteres Verbesserungspotential sehen wir hinsichtlich der uns zu gering erscheinenden Anzahl an Toilettengängen und Einlagenwechsel sowie in der Sicherstellung einer adäquaten Wundversorgung, da keine geplante und einheitliche Vorgehensweise erkennbar ist. Bei der Verwendung von Antidekubitusmatratzen ist darauf zu achten, dass die Wirkungskraft nicht durch zu viele Lagerungskissen und zusätzliche Unterlagen beeinträchtigt wird. Außerdem ist die korrekte Einstellung der Wechseldruckmatratze (meist nach Gewicht) regelmäßig zu überprüfen. Bei Bewohnern, die über PEG-Sonde ernährt werden, sollte eindeutig geregelt sein (ärztliche Anordnung), welche Flüssigkeitsmenge bzw. Kalorienzufuhr benötigt wird, um eine Unterversorgung auszuschließen, ferner, ob ergänzend orale Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr möglich ist.

Die Sicherstellung der Flüssigkeitszufuhr muss insoweit in Frage gestellt bzw. als problematisch bezeichnet werden, weil die geführten Bilanzierungsnachweise teilweise lückenhaft und daher als Nachweis nicht geeignet waren.

Es ist insgesamt notwendig, einige Strukturveränderungen und evtl. neue Regelungen, welche die Durchführung einer geplanten *Pflege* fördern, einzuführen, bzw. bestehende Regelungen zu kon-

trollieren. Die Pflegedienstleitung (PDL) sollte Pflegevisiten durchführen, d.h. einen Ist-Stand bei jedem Bewohner - zumindest auf Station III - erheben und verstärkte Präsenz vor Ort zeigen und somit die engagierten Mitarbeiter unterstützen.

Dies kann auch durch Teilnahme bzw. Begleitung bei der Grund- und Behandlungspflege bei pflegeintensiven Bewohnern erfolgen. Nach den aus den Pflegevisiten gewonnenen Erkenntnissen sollten die geeigneten bzw. erforderlichen Handlungsanweisungen von der PDL vorgegeben, das Team kontinuierlich begleitet, aber auch die Ergebnisqualität überprüft werden.

Ferner sollten Fallbesprechungen stattfinden.

Positive Ergebnisformulierungen

Bei der zuletzt durchgeführten Heimnachschaufand sich eine gute Ergebnisqualität.

Verbesserungspotential war im Bereich der Medikamentenhandhabung und der Dokumentation gegeben. Die Gesamtbereichsleitung der Pflege hat seit ... Herr / Frau ...

Der Gestaltung der Wohnräume entsprechend den angemessenen Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit wird Rechnung getragen.

Die Ausstattung der Einrichtung wird den Anforderungen (gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Bewohner) gerecht. Alle erforderlichen Hilfsmittel stehen ausreichend zur Verfügung.

Die Einrichtung bietet einen sehr sauberen Eindruck.

Die Durchführung der medizinischen Behandlungspflege ist gesichert. In der Regel liegen schriftliche ärztliche Anordnungen vor. Alle durchgeführten Maßnahmen sind mit Datum und Unterschrift (Handzeichen) dokumentiert.

Die Medikamente werden in allen Wohnbereichen in abgeschlossenen Schränken aufbewahrt.

Jeder Bewohner hat ein eigenes Fach, die Medikamente sind namentlich beschriftet. Im direkten Vergleich zwischen der ärztlichen Dosierungsanordnung bei Neuroleptika und der fehlenden Menge aus den Flaschen konnte kein erkennbares Defizit festgestellt werden. Auch bei dem Vergleich der Medikamentenanordnung und der bereits hergerichteten Medikation fanden sich keine Diskrepanzen.

Pflegebezogene Fortbildungen werden umfangreich angeboten, sowohl intern als auch extern.

Themen hier u.a. Prophylaxe, basale Stimulation, Behandlungspflege.

Die Fortbildungen finden innerhalb der Arbeitszeit statt. Alle Mitarbeiter werden in die Fortbildung miteinbezogen.

Ein detailliertes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter wird angewandt.

Zur Sicherstellung der Informationsweitergabe erfolgen Übergabegespräche, teilweise anhand der Pflegedokumentation. Es werden zusätzlich Teambesprechungen durchgeführt.

Der Umgang mit den Bewohnern ist angemessen.

Wenn freiheitseinschränkende Maßnahmen festzustellen waren, ist dies entsprechend dokumentiert bzw. geschieht auf Anordnung eines Betreuers mit richterlichem Beschluss, eines Angehörigen oder des Pflegebedürftigen selbst.

Der Umgang mit Dekubitus, Ernährung oder Inkontinenz erfolgt sachgerecht.

Beispielbericht 2

Anschrift der Heimaufsicht, Name der überprüften Einrichtung

Teilnehmer: Heimleiter, Pflegedienstleitung, Heimaufsicht LRA-XY, Gesundheitsamt XY

Unterzeichnende

Ergebnis/Bewohner – Prozess/Pflegedokumentation

- Die einfache grundpflegerische Versorgung war i.d.R. gewährleistet, ebenso wurden Wünsche von Bewohnern, die sich noch äußern konnten, berücksichtigt.
Sobald jedoch pflegerisches Fachwissen erforderlich war (Status ermitteln, beobachten, Konsequenzen ziehen, Arztgespräche, Behandlungspflege etc.), war sichere Pflege nicht mehr gewährleistet und entsprach keinesfalls den gesetzlichen Anforderungen nach § 11 Heimgesetz.
- Risikofaktoren wurden nicht adäquat analysiert. Prophylaxen wurden zwar in einzelnen Fällen geplant, deren Durchführung geschah im Pflegeprozess eher zufällig. Ein Ergebnis der geleisteten Qualität ließ sich auf Grund der Aufzeichnungen nicht messen.
- Eine gezielte Erhebung und Analyse von Gefahrenpotential im Bereich der speziellen Pflege fand nicht statt. Demzufolge wurden auch keine sichernden Maßnahmen geplant und durchgeführt. Dies bedeutet, dass Bewohner nicht nach einem einheitlichen Konzept versorgt werden, sondern je nach Wissensstand und Motivation der einzelnen Mitarbeiter, siehe Beispiel Inkontinenzversorgung, die pflegerische Versorgung ist somit ein „Zufallsprodukt“.
- Biografieerhebungen und Pflegeanamnesen sind überwiegend unvollständig oder nicht vorhanden. Pflegeplanungen sind teilweise gar nicht vorhanden oder werden nicht zeitnah und fachgemäß evaluiert, sie entsprechen nicht dem jeweils aktuellen Bewohnerstatus.

Bewohnerbezogene Daten, Pflegedokumentation

WB 2 Herr B., PII, geb. am [...], lebt seit [...] in der Einrichtung. Diagnosen: z.n. Hinterwandinfarkt, z.n. Prostataektomie, lat. Diabetis mellitus., KHK, Herzinsuffizienz.

Die Pflegeanamnese auf dem Stammbblatt wurde am [...] erhoben, keine Biografiedaten, keine Pflegeplanung. Dekubitusprophylaxe mit PC 30V, Kontrakturenprophylaxe wird auf dem Durchführungsnachweis abgezeichnet, Inkontinenzversorgung mit lila geschl. System Tag und Nacht. Es wurde noch keine Pflegevisite durchgeführt.

Der Bewohner ist bettlägrig und liegt auf einer Wechseldruckmatratze (80Kg) - Auflagen, am Steiß gerötet, wird mit PC 30V Lösung behandelt.

WB 2 Herr W., PIII, geb. am [...], lebt seit [...] in der Einrichtung, Betreuer ist einverstanden mit Besuch. Ein Beschluss liegt vor, für FEM Bettgitter, Bauchgurt im Bett und Rollstuhl, dies wird jedoch nur bei Unruhe angewandt. Diagnosen: Parkinson, Epilepsie, chron. Subdurale Hämatome bds.

Die Pflegeanamnese auf dem Stammbblatt wurde am [...] erhoben, in der Pflegeplanung AEDL 2,4,5 Erhebung in 8 bzw.9 /02 – jedoch ohne weitere Überprüfung/Auswertung, Biografie noch nicht vollständig. Am [...] wurde eine Pflegevisite durchgeführt nach Einschätzung mit Norton-skala 16 Punkte = sehr gefährdet – fehlende Konsequenz, auch fehlt eine Risikoeinschätzung bzgl. des Anfallsleidens.

Der Bewohner ist bettlägrig, er liegt auf einer WDM (50Kg) in sehr unbequemer Haltung und wirkt ungepflegt, mangelnde Mundhygiene, fettige Haare etc. Die linke Ferse ist gerötet vom Aufliegen, hier liegt Gefährdungspotential. Seit [...] wird Herr W. über eine PEG-Sonde ernährt, 1000ml Isosource und 500ml Wasser, zusätzlich werden täglich ca. 2-2,5 Liter Flüssigkeit Oral zugeführt. Inkontinenzversorgung erfolgt durch Anlegen einer Windelhose (geschl. System).

WB 1 Frau P., PIII, geb. am [...], lebt in der Einrichtung seit [...], Betreuer ist einverstanden mit Besuch. Keine Angabe der Diagnosen. Die Bewohnerin wird seit ... über eine PEG-Sonde ernährt. Gewicht am [...] - [...]Kg. Die Pflegeanamnese auf dem Stammbblatt wurde am ... erstellt. Die vor Ort festgestellten Gelenkkontrakturen an Armen und Beinen sind jedoch nicht vermerkt, obwohl schon bei der Aufnahme vorhanden. Biografieerhebung sehr minimal, noch keine Pflegeplanung – keine Erhebung von Risikofaktoren. Lagerungsplan vorhanden, die Lagerung selbst jedoch wenig professionell (evtl. FB), die Durchführung der Mundpflege ist unbefriedigend.

WB 1 Frau H., PII, war am Vormittag mobilisiert jetzt lag sie im Bett. Bekleidet mit einem Kompletanzug (Schlafsack), dies stellt eine FEM dar, welche nicht genehmigt ist. Des weiteren trug Frau H. eine Windelhose, obwohl nach Aussage der anwesenden Schwester die Bew. auf den Toilettenstuhl geht und kein geschl. System angelegt wird.

WB 1 Frau G., PIII, geb. am [...], lebt seit [...] in der Einrichtung in einem 4-Bett Zimmer (Kein Paravant zur Intimsphäre, keine Zahnbecher für die Bürste, alle Handtücher hängen im Zimmer nah beieinander und werden nur 2x die Woche gewechselt!!). Diagnosen: bds. amputiert, insulinpflichtiger Diabetes, z.n. Apoplex mit Hemipl. links. Der Betreuer ist einverstanden mit dem Besuch. Gewicht [...] Kg?? Unstimmigkeiten in der Doku, die Bewohnerin wird seit [...] über eine PEG-Sonde ernährt und erhält zusätzlich Diabetiker - Breikost. Biografiedaten wurden erhoben, die Pflegeanamnese wurde am [...] nur für den Bereich Kommunikation erstellt, eine Pflegeplanung ist nicht vorhanden. Bei Frau G. wird zur Inkontinenzversorgung ein geschl.

Windelsystem angelegt, dies ist nicht nachvollziehbar, da nach Eintrag im Berichtsblatt bereits im Januar Probleme (Bläschenbildung) auftraten. Die Mundpflege sollte häufiger durchgeführt werden. Der Lagerungsplan ist nicht zu beanstanden.

WB 1 Frau B., PII, geb. am [...], lebt seit [...] in der Einrichtung. Diagnosen: z.n. Apoplex mit Hemiparese re., globale Aphasie, Diabetes mell., der Betreuer ist einverstanden mit Besuch. Es wurde keine Pflegeanamnese erstellt (außer dem Punkt Kommunikation), keine Pflegeplanung vorhanden, ein Lagerungsplan sollte zukünftig geführt werden, Einfuhrliste?

WB 1 Frau S., PII, geb. am [...], lebt in der Einrichtung seit [...] Diagnosen: insulinpflichtiger Diabetes, Schluckstörung nach Apoplex, art. Hypertonie. Der Betreuer ist Einverstanden mit dem Besuch. Frau Sch. liegt im Bett, auf einer normalen Matratze welche mit einem Gummiüberzug versehen ist, es bestehen ausgeprägte Gelenkkontrakturen, die linke Ferse ist gerötet, eine Druckstelle ersichtlich, bis 10/02 erhielt sie KG, danach?, dokumentierter Gewichtsverlust von 9 Kg in 4 Wochen?, keine Reaktion, die Pflegeanamnese wurde am [...] erstellt, eine Pflegeplanung liegt bisher noch nicht vor. Eine am [...] durchgeführte Pflegevisite hatte keine Konsequenz, die Auswertung, welche am [...] stattfinden sollte ist nicht erfolgt. Nach Ernährungsplan erhält die Bewohnerin 1000 ml Nahrung und 1000 ml Flüssigkeit über eine PEG-Sonde, zusätzlich orale Flüssigkeitszufuhr?

Fazit und Verbesserungsmöglichkeiten

Es fehlt die Systematik und Transparenz, sowie eine Risikoeinschätzung der Bewohner, daher ist Gefahrenpotential gegeben. Vor allem der Umgang mit spezieller Pflege, Erkennen und Handeln bei Risikofaktoren muss dringend verändert werden.

Um dieses zu Gewährleisten sind nachfolgende Maßnahmen einzuleiten:

- Es ist insgesamt notwendig, einige Strukturveränderungen und evtl. neue Regelungen, welche die Durchführung einer geplanten Pflege fördern, einzuführen, bzw. bestehende Regelungen zu kontrollieren.
- Die Pflegedienstleitung sollte baldmöglichst wieder verstärkt Pflegevisiten durchführen und Präsenz vor Ort zeigen und somit die engagierten Mitarbeiter unterstützen.
- Wichtig ist, dass die vorgegebene „Papierstruktur“ auch gelebt wird!

Dokumentation:

- Die Stammbblätter müssen vollständig geführt, alle Daten auf aktuellem Stand sein.
- Pflegeanamnesen bei Neueinzügen sind innerhalb der ersten Woche zu erstellen damit, wie im Leitbild benannt, auch die Ressourcen und Bedürfnisse zu erkennen sind. Dies ist auch der Sinn „nach Krohwinkel/AEDL“.
- Risikoeinschätzung bei Bewohnern mit Gefahrenpotentialen – z.B. in den Bereichen Ernährung, Bewegung (Kontrakturen) und Hautzustand (Erfassung und Auswertung).

- Die Erarbeitung bzw. Überarbeitung der Pflegeplanungen mit Pflegezielen und Maßnahmen sollte sukzessive erfolgen. Es ist bei deren Erstellung jedoch unbedingt zu berücksichtigen, dass auch die Umsetzung der festgeschriebenen Ziele und Maßnahmen erfolgt bzw. gewährleistet wird – was kann das Personal erbringen? – eine Evaluation muss deshalb regelmäßig ca. ¼ jährlich erfolgen, nach einem Ereignis wie Sturz oder Krankenhausaufenthalt unverzüglich.
- Notwendige Vitalwert- und Gewichtskontrollen müssen nachweislich durchgeführt werden, bei Abweichungen muss eine Konsequenz erfolgen und aus den Aufzeichnungen ersichtlich werden.
- Umsetzung des nationalen Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe.
- Eine nachvollziehbare Wunddokumentation ist zu führen.

Ernährung

- Bei Bewohnern, die über eine PEG-Sonde ernährt werden, muss ersichtlich sein, ob orale Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr möglich ist oder nicht, insbesondere ob evtl. Zuführung hochkalorischer Nahrung notwendig ist. Eine optimale Versorgung sollte hier das Ziel sein, die Flüssigkeits- und Kalorienzufuhr ausreichend erfolgen.
Bei den betroffenen Bewohnern ist verstärkt auf die ausreichende Häufigkeit der Mundpflege zu achten und dieses auch in der Pflegeplanung konkret zu benennen.

Kontrakturenprophylaxe

Hier haben die Pflegekräfte Schulungsbedarf. Ebenfalls sollte ermittelt werden, ob die vorhandenen Hilfsmittel adäquat und ausreichend sind.

Inkontinenzversorgung

- Die Bewohner waren überwiegend mit einer Windelhose versorgt. Das Anlegen eines geschlossenen Windelsystems ist zu überdenken, da sich feuchte Kammern bilden können und dieses einen Wundheilungsprozess verzögern bzw. sich dekubitusfördernd auswirken kann. Auch Gummiüberzüge auf Matratzen sind zu vermeiden.

Wechseldrucksysteme

- Bei der Verwendung von Wechseldrucksystemen sollte auf unnötige Auflagen verzichtet werden um die Wirkung nicht zu beeinträchtigen, des weiteren ist auf eine korrekte Einstellung zu achten.

5.2 Beurteilung der Ergebnisqualität – die Perspektive des medizinischen Dienstes der Krankenkassen

Winfried Fischer

Im Rahmen eines Projektes im Zusammenhang mit der Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Wirksamkeitsprüfungen nach § 79 SGB XI wurde durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) in Bayern ein Instrument zur vergleichbaren Beurteilung von Pflegeleistungen entwickelt und in einem Pretest in 10 Einrichtungen der stationären Altenhilfe erprobt.

Die im Rahmen dieses Projektes gewonnenen Erkenntnisse sollen hier zusammengefasst werden und können allen im Bereich externe Qualitätsberatung und –sicherung tätigen Pflegefachkräfte und Ärzte als Orientierungsrahmen für die Beurteilung der Ergebnisqualität beim Bewohner dienen.

Grundlagen des Prüfinstrumentes

Dem vom MDK in Bayern entwickelten Instrument zur Messung der Ergebnisqualität liegt das im Pflegeversicherungsgesetz geforderte Pflegeverständnis zugrunde:

Nach den Vorgaben des SGB XI ist die Pflege nach dem „allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse“³⁴ aktivierend darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wieder zu gewinnen oder zu erhalten, so dass diese „trotz des Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben“ führen können, „das der Würde des Menschen entspricht“³⁵.

Gefordert sind also Professionalität und eine aktivierende Pflege, welche die körperlichen, geistigen und auch seelischen Kräfte des Pflegebedürftigen berücksichtigt. Diese Begrifflichkeiten finden in der Fachliteratur wie auch in weiteren Gesetzen ihre Entsprechung bzw. Präzisierung.

Professionelle Pflege ist gekennzeichnet durch das Erstellen pflegerischer Diagnosen, der Planung, Durchführung und der Evaluation von Pflege auf der Grundlage theoretischen Wissens, der Forschung und der klar festgelegten Richtlinien (Standards) für die Interventionen in der Praxis.³⁶ Aktivierende (fähigkeitsorientiert-fördernde) Pflege steht in der Tradition der Theorien und Modelle aus dem angelsächsischen Raum (u.a. die 14 Grundbedürfnisse des Menschen nach Virginia Henderson und die 12 Lebensaktivitäten nach Nancy Roper), von Monika Krohwinkel wurde ein eigenständiges Rahmenmodell „Fördernde Prozesspflege“ entwickelt.³⁷ In diesem im Altenpflegebereich weit verbreiteten Modell erhalten die Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen einen

³⁴ § 11 Abs. 1 SGB XI

³⁵ § 2 Abs. 1 SGB XI

³⁶ Arets J et al. Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Eikos Verlag, Bocholt 1996.

³⁷ Krohwinkel M. Fördernde Prozesspflege – Konzepte, Verfahren und Erkenntnisse. In: Osterbrink J (Hrsg.): Erster internationaler Pflegetheorienkongress. Hans Huber Verlag, Bern 1998.

besonderen Stellenwert. In diesem Modell sind die primär pflegerischen Handlungen „ausgerichtet auf die Unterstützung und Förderung zur Erhaltung, zur Wiedererlangung bzw. zur Entwicklung von Fähigkeiten in den für die jeweiligen Personen wesentlichen AEDL's“. ³⁸ Nach Monika Krohwinkel sind in realen Praxissituationen „sowohl Indikatoren und Muster defizitär-versorgender wie auch Indikatoren und Muster fähigkeitsorientiert-fördernder Pflege identifizierbar, beschreibbar und nachweisbar“. ³⁹ Diese Begrifflichkeiten finden sich auch im neuen Altenpflegegesetz (AltPflG). Hier werden u. a. folgende zentrale Aufgabenfelder der Altenpflege genannt:

- Die sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege,
- die Erhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten im Rahmen geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitationskonzepte,
- die Gesundheitsvorsorge einschließlich der Ernährungsberatung,
- die Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung einschließlich der Förderung sozialer Kontakte. ⁴⁰

In einem Vorschlag für den Aufbau des theoretischen und praktischen Unterrichts auf Basis des Altenpflegegesetzes steht im Mittelpunkt der Ausbildung die so genannte „theoriegeleitete Pflegeprozessessteuerung“ bei der Pflege und Begleitung älterer Menschen. ⁴¹

Entscheidend für die Qualität des Pflegeergebnisses ist die Anwendung der verschiedenen Schritte dieses Pflegeprozesses bezogen auf die verschiedenen Lebensbereiche des Menschen (unter Zugrundelegung eines Pflegemodells):

- *Informationen* aus allen Bereichen des Lebens des Bewohners *sammeln*, ihn vor diesem Hintergrund *beobachten*,
- Probleme und Risiken *erkennen* (Pflegediagnostik),
- aus der Perspektive und unter Einbeziehung des Bewohners realistische, prüfbare *Ziele setzen*,
- individuelle Pflegemaßnahmen *planen*,
- zu handeln und dabei Wünsche, Gewohnheiten und Ressourcen *berücksichtigen/ nutzen* (Pflegeintervention),

³⁸ Krohwinkel M. Fördernde Prozeßpflege – Konzepte, Verfahren und Erkenntnisse. In: Osterbrink J (Hrsg.): Erster internationaler Pflege theorienkongreß. Hans Huber Verlag, Bern 1998.

³⁹ Krohwinkel M. Fördernde Prozeßpflege – Konzepte, Verfahren und Erkenntnisse. In: Osterbrink J (Hrsg.): Erster internationaler Pflege theorienkongreß. Hans Huber Verlag, Bern 1998.

⁴⁰ AltPflG § 7

⁴¹ Sowinski C, Behr R. Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Materialien für die Umsetzung der Studentafel. KDA Köln 2002.

- die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen in festgelegten Abständen zu bewerten und diese bei Bedarf *anpassen* (Evaluation).

Dieser Pflegeprozess findet zwar primär im Kopf jedes einzelnen Mitarbeiters statt, mitentscheidend für die Qualität, die beim Bewohner ankommt, ist jedoch die Abstimmung innerhalb des Pflgeteams über die individuelle Vorgehensweise mit einem gemeinsam festgelegten Ziel. Diese Kontinuität in der Pflege ist primär herstellbar über die Pflegedokumentation, soweit sie als fachliche Grundlage von allen Mitarbeitern genutzt wird. Von Bedeutung ist daneben der verbale Austausch, der insbesondere bei stabilen Pflgeteams mit einer gemeinsamen, am Leitbild der Einrichtung orientierten Grundhaltung einen wesentlichen Beitrag zu einer guten Ergebnisqualität leisten kann.

Neben dem sich unmittelbar auf den Bewohner auswirkenden Pflegeprozess spielen weitere Elemente der Struktur- und Prozessqualität eine wichtige Rolle, unter anderem die baulichen Strukturen und personellen Ressourcen, die Qualifikation der Leitung und der Mitarbeiter und die Organisation der pflegerischen Abläufe. Jede Einrichtung hat unter Berücksichtigung ihrer Standortfaktoren, ihrer Größe und ihrer pflegfachlichen Schwerpunkte darauf angepasste Ressourcen vorzuhalten und Abläufe zu regeln. *Im Sinne einer Vergleichbarkeit der Einrichtungen ist jedoch die Güte der Ergebnisqualität entscheidend und nicht die Art ihrer Generierung.*

Um die Qualität eines Pflegeergebnisses beurteilen zu können, ist es notwendig, den Ausgangsstatus zu bestimmen. Auf diesen wird dann in der Begutachtung Bezug genommen und beurteilt, inwieweit Probleme und Risiken bzw. Ressourcen und Gewohnheiten erkannt und im Sinne einer aktivierenden Pflege genutzt wurden. Sechs Monate können u. E. in diesem Zusammenhang als überschaubarer und dennoch aussagekräftiger Zeitraum angesehen werden. Um die Ergebnisqualität feststellen zu können, ist daher nicht nur die „aktuelle Momentaufnahme“ entscheidend, sondern es ist erforderlich, den bewohnerbezogenen Pflegeprozess insgesamt zu betrachten.

Für die Beurteilung der Ergebnisqualität sind vom Gutachter daher mehrere Informationsquellen zu berücksichtigen:

- Schriftliche Aufzeichnungen der letzten sechs Monate (Pflegedokumentation, Pflegeverlaufsberichte, Krankenhausberichte),
- Informationen von der (Bezugs-)Pflegefachkraft bzw. der Stationsleitung,
- eigene Beobachtungen, orientierende Untersuchung und Befragung des Pflegebedürftigen im Rahmen der Prüfung.

Bei der Messung der Ergebnisqualität besteht eine Herausforderung darin, zu unterscheiden, welche Ergebnisse auf einen „schicksalhaften Verlauf“ und welche auf „mangelnde pflegerische Interventionen“ zurückzuführen sind. Daraus resultiert zum einen die Notwendigkeit einer eindeutigen Definition der Qualitätsindikatoren und des Bewertungsmaßstabes. Zum anderen ergibt sich

daraus, dass diese Bewertung nur durch erfahrene Gutachter vorgenommen werden kann, die aufgrund eines erheblichen bereichsspezifischen Vorwissens bei der Vielzahl der vorgefundenen individuellen Pflegesituationen eine zutreffende Differenzierung vornehmen können.

Auf Basis der gesetzlichen Definition des Pflegebegriffes ergibt sich der Anspruch an das Prüfinstrument, die Ergebnisqualität in sämtlichen Bereichen einer Bewertung zu unterziehen. Die Unterstützung des Menschen bei den Aktivitäten bzw. Grundbedürfnissen des täglichen Lebens ist der eigentliche und weitgehend selbständige Aufgabenbereich der Pflege⁴². Dabei sind die in Deutschland verbreiteten „bedürfnisorientierten Modelle“ inhaltlich in vielen Bereichen kongruent. Als wichtigste Pflegemodelle seien hier genannt:

- Die (14) Grundbedürfnisse des Menschen nach Virginia Henderson⁴³,
- die (12) Lebensaktivitäten (LA) nach Nancy Roper⁴⁴,
- die (12) Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) nach Liliane Juchli⁴⁵,
- die (13) Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) nach Monika Krohwinkel⁴⁶.

Eine weitere in Deutschland bekannte und auch angewandte Theorie ist die Selbstpflegedefizit-Theorie nach Dorothea Orem. Sie unterscheidet zwischen allgemeinen, entwicklungsbedingten und gesundheitsbedingten Selbstpflegeerfordernissen. Bei einem auftretenden Selbstpflegedefizit (Selbstpflegekompetenz reicht nicht aus für bestehende Selbstpflegeerfordernisse) ist es Aufgabe der Pflegenden, durch vollständige/teilweise kompensatorische bzw. unterstützende/erzieherische Handlungen dieses Defizit auszugleichen.⁴⁷

Pflegerische Betreuung wird also notwendig, wenn die Selbstverantwortung und/oder Selbstversorgung im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigt sind. Nur dann ist auch eine Bewertung dieses Bereiches im Rahmen einer Prüfung der Ergebnisqualität möglich. Je nach Art und Ausmaß der (drohenden) Beeinträchtigung gestaltet sich die professionelle Pflege unterschiedlich und reicht von Beratung, Motivierung, Anleitung und Unterstützung bis zur Übernahme von Verrichtungen. Sie muss sich dabei an den individuellen Bedürfnissen des Einzelnen orientieren.

⁴² Seel M. Die Pflege des Menschen. Kunz Verlag, Hagen 1998.

⁴³ Henderson V. Das Wesen der Pflege. In: Schaeffer D, Moers M, Steppe, H, Meleis Al. (Hrsg.). Pflege-theorien. Beispiele aus den USA. Hans Huber Verlag, Bern 1997.

⁴⁴ Roper N, Logan W, Tierney A. Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht; Basel 1993.

⁴⁵ Juchli L. Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. Thieme Verlag, Stuttgart 1994.

⁴⁶ Krohwinkel M. Fördernde Prozeßpflege – Konzepte, Verfahren und Erkenntnisse. In: Osterbrink J (Hrsg.): Erster internationaler Pflege-theorienkongreß. Hans Huber Verlag, Bern 1998.

⁴⁷ Michalke C. Altenpflege konkret. Pflege-theorie und Praxis. Urban und Fischer München 2001.

In diesem Zusammenhang gibt es Pflegebereiche, in welchen die Anwendung bzw. Nichtanwendung pflegerischer Tätigkeiten zu eindeutigen Ergebnissen führt (z.B. Dekubitusprophylaxe). In anderen Bereichen ist die Beeinflussbarkeit der Ergebnisse durch pflegerische Handlungen stärker abhängig von der Kooperation des Bewohners bzw. der Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung/Betreuung Beteiligten. Dies erfordert eine unterschiedliche Gewichtung der Ergebnisindikatoren.

Stufen der Pflegequalität

Da sich die pflegerische Ergebnisqualität in einem Kontinuum zwischen den Polen „defizitäre Pflege“ und „ganzheitlich-aktivierende Pflege“ bewegt, kann in Anlehnung an die im deutschsprachigen Raum verbreiteten „Stufen der Pflegequalität“ (Fiechter und Meier 1981; Kämmer und Huhn 1994) eine Operationalisierung der einzelnen Prüfbereiche in vier Qualitätsstufen durchgeführt werden.

Tabelle 6: Bewertungsmatrix in Anlehnung an Fiechter und Meier (1981) bzw. Kämmer und Huhn (1994)

Qualitätsstufe I Defizitäre Pflege	Qualitätsstufe II Passivierende Pflege	Qualitätsstufe III Aktivierende Pflege	Qualitätsstufe IV Ganzheitlich-Aktivierende Pflege
Bewohner erleidet Schaden Es liegen Pflegefehler vor	Bewohner wird versorgt Ressourcen/Wünsche und Gewohnheiten werden nicht einbezogen	Bewohner wird gefördert Ressourcen/Wünsche und Gewohnheiten werden angemessen berücksichtigt	Bewohner / Angehörige gestalten mit Umfassende, individuelle Gestaltung der Pflege

Die Qualitätsstufe I definiert die defizitäre Pflege. Hierbei erleidet der Bewohner Schaden. Es liegen Pflegefehler vor. Die Qualitätsstufe II beschreibt die passivierende Pflege. Der Bewohner wird hier zwar versorgt, Ressourcen/Wünsche und Gewohnheiten werden jedoch nicht in die Pflege einbezogen. Bei der Qualitätsstufe III handelt es sich um die aktivierende Pflege, wie sie als Mindestanforderung im SGB XI beschrieben wird. Hier wird der Bewohner gefördert. Ressourcen/Wünsche und Gewohnheiten werden im Ablauf angemessen berücksichtigt. Bei der Qualitätsstufe IV liegt eine ganzheitlich aktivierende Pflege vor. Zusätzlich zur aktivierenden Pflege werden hier Bewohner/Angehörige mit in den Pflegeprozess eingebunden. Es findet eine umfassende und individuelle Gestaltung der Pflege statt. Aufgrund der knappen personellen und finanziellen Ressourcen ist davon auszugehen, dass eine ganzheitlich aktivierende Pflege derzeit unter den bestehenden Bedingungen nur unter erheblichem persönlichem Einsatz des Pflegepersonals erbracht werden kann.

Prüfbereiche und Bewertung

Bei näherer Beschäftigung mit den einzelnen Pflegemodellen und der intensiven Beschäftigung mit derzeit vorhandenen gültigen Richtlinien (professionellen Standards) wurde recht schnell deutlich,

dass eine umfassende Bewertung sämtlicher Dimensionen dieser Modelle aus folgenden Gründen nicht durchführbar ist:

- Es besteht eine starke Überschneidung zwischen den einzelnen Dimensionen (z.B. „Für eine sichere Umgebung sorgen“ strahlt in alle anderen Dimensionen aus).
- Für manche Dimensionen (z.B. Sinn finden, mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen, sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten) ist ein Bewertungsmaßstab nicht zu erstellen.
- Aufgrund des begrenzten zeitlichen Rahmens kann die Ergebnisqualität unmittelbar nur Ausschnittsweise betrachtet werden, ein größerer Teil der Angaben können nur mittelbar über die Angaben / Aussagen des Bewohners / des Pflegepersonals aus der Pflegedokumentation erfasst werden. Dies betrifft fast alle Dimensionen, da im Rahmen der Prüfung die zum Zeitpunkt der Leistungserbringung erbrachte Qualität nicht beobachtet werden kann. Daraus resultiert z.B., dass die Dimension „Kommunizieren“ insbesondere im Hinblick auf die Qualität der Interaktion mit dem Bewohner ebenfalls auf messbare Ausschnitte begrenzt bleiben muss.

Bei der Auswahl und Definition der Indikatoren erfolgt daher eine Beschränkung auf die bei einem Bewohner in einer ca. einstündigen Prüfsituation beurteilbaren Dimensionen der Ergebnisqualität. Insoweit erhebt dieses Prüfinstrument nicht den Anspruch, die Qualität der Pflege in allen seinen Dimensionen zu erfassen. Es konzentriert sich auf die im Rahmen dieser Prüfung aus fachlicher Sicht beurteilbaren Indikatoren.

Dabei ist jeweils die Beeinflussbarkeit durch die Pflege und ihrer Auswirkung auf die Lebensqualität der Bewohner zu berücksichtigen. Die unterschiedliche Gewichtung erfolgt auf Basis der umfangreichen Erfahrungen des MDK in Bayern im Rahmen von Qualitätsprüfungen sowie den Ergebnissen einer Literaturanalyse zu pflegerischer Ergebnisqualität im Hinblick auf „ihre tatsächliche Relevanz wie auch ihre Pflegesensitivität für den Bereich der stationären Altenpflege“ (vgl. Höwer 2002).

Obwohl viele dieser Indikatoren sich auf die „risikoreichen Gesundheitsprobleme im Alter“ (Garms-Homolova 2000) und die daraus resultierenden Anforderungen an die Pflege beziehen, wurde, trotz der oben beschriebenen Einschränkungen, die Qualität der Pflege auch im Hinblick auf den erreichten Grad der Aktivierung und Individualisierung („Ganzheitlichkeit“) bewertet. Auf eine Reduktion des Prüfinstrumentes auf die Bewertung der erfolgreichen bzw. nicht erfolgreichen Bewältigung der risikoreichen Gesundheitsprobleme im Alter wurde also bewusst verzichtet.

Unter Berücksichtigung der oben genannten Kriterien lassen sich Prüfbereiche bzw.-indikatoren herauskristallisieren.

Tabelle 7: Prüfbereiche und Indikatoren des Prüfinstrumentes des MDK Bayern

Körperpflege	Ausscheidung	Ernährung	Mobilität	Psychosoziale Betreuung	Vitale Funktionen
Management von Risikopotenzialen	Kontinenz-erhaltung	Management von Risikopotenzialen	Physische Aktivierung	Psychische Aktivierung	Kranken-beobachtung / Notfallsituationen
(Körper)Pflege-zustand inkl. Kleidung	Inkontinenz-versorgung	Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr	Dekubitus-prophylaxe	Kommunikation	Management von Risikopotenzialen
			Sturzprophylaxe		Umgang mit Therapeutika / Behandlungspflege

Gewichtung 1-fach	Gewichtung 3-fach	Gewichtung 6-fach
-------------------	-------------------	-------------------

Die einzelnen Prüfbereiche bzw. Indikatoren werden im Folgenden näher vorgestellt.

Körperpflege

Tabelle 8: Management von Risikopotentialen

Qualitätsstufe I	Qualitätsstufe II	Qualitätsstufe III	Qualitätsstufe IV
Probleme und Risiken werden nicht erkannt - mit Haut- und Schleimhautschäden -	- Probleme und Risiken werden erkannt, angemessene/ ausreichende Maßnahmen werden nicht oder nur unregelmäßig angewandt - Fehlende ärztliche Einbindung	Probleme und Risiken werden erkannt und geeignete Maßnahmen eingeleitet	Probleme und Risiken werden erkannt. Gründliche Analyse der Haut / Hautpflegeplan

Prüfhinweise

- Indikator umfasst folgende Prophylaxen:
Parotitis, Soor, Parodontose/Karies, Intertrigo, Mykosen, Hauttyp erkennen (trockene, Hyperhidrosis)
- Sind evtl. bestehende Hautveränderungen erkannt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet?

Tabelle 9: Pflege(zustand) inklusive Bekleidung

Qualitätsstufe I	Qualitätsstufe II	Qualitätsstufe III	Qualitätsstufe IV
Defizite in der Körperpflege werden nicht erkannt	Starres, von der Einrichtung vorgegebenes Schema der Körperhygiene	Körperpflege orientiert sich an Bedürfnissen u. Gewohnheiten des Bewohners	Körperpflege orientiert sich an Bedürfnissen u. Gewohnheiten des Bewohners
- Ressourcen werden nicht erkannt - Hilfebedarf wird nicht erkannt	Wünsche/Ressourcen werden erkannt, jedoch nicht angemessen berücksichtigt	Ressourcen werden genutzt, geeignete Hilfs- bzw. Pflegemittel werden angewandt	Ressourcen werden genutzt, geeignete Hilfs- bzw. Pflegemittel werden angewandt
Wünsche zur Bekleidung sind nicht bekannt/ Bekleidung entspricht nicht der Tages- bzw. Jahreszeit	Wünsche zur Bekleidung sind bekannt, werden nur selten berücksichtigt (weniger als 4-mal/Woche)	- Wünsche zur Bekleidung sind bekannt und werden angemessen berücksichtigt - Anleitung beim Umgang mit Anziehhilfen	- Zusätzlich wird zeitnah auf besondere Wünsche eingegangen/ Wellness Angebote - Zusätzliche Übungen für das An-, Um- und Auskleiden werden angeboten

Prüfhinweise

- Weist der Zustand der Haut, der Haare, der Finger- und Fußnägeln, der Schleimhäute auf gute Pflege hin?
- Wird die persönliche Einstellung zur Sauberkeit berücksichtigt?
- Werden Wünsche zur Körperpflege berücksichtigt:
 - Waschen/Duschen/Teil- bzw. Vollbäder
 - Häufigkeit der Körperpflege
 - Individuell bevorzugte Pflegemittel
 - Individuelle Vorlieben bei Haartracht, Bartpflege/Rasur, Gesichtspflege/Schminken, Nagelpflege
 - Individuelle Kleidungsgewohnheiten
 - Wasser- und Raumtemperatur
- Wird z.B. basal stimulierende Ganzkörperwäsche angeboten?
- Wie ist die Integration in den Tagesablauf (Uhrzeit)?
- Werden Ressourcen zur Erhaltung/Förderung der Selbstpflegefähigkeit genutzt:
 - speziell adaptierte Zahnbürsten, Haarbürsten
 - speziell geschnittene Kleider, Klettverschlüsse, Anziehhilfen (Strumpfanziehhilfe, spez. Schuhlöfeln), spezielle Techniken

Ausscheidung

Tabelle 10: Kontinenzerhaltung

Qualitätsstufe I	Qualitätsstufe II	Qualitätsstufe III	Qualitätsstufe IV
Gewohnheiten, Ressourcen, Ausscheidungsprobleme werden nicht erkannt	Gewohnheiten, Ressourcen, Ausscheidungsprobleme sind bekannt – werden aber nicht angemessen berücksichtigt	Gewohnheiten, Ressourcen, Ausscheidungsprobleme sind bekannt und werden angemessen berücksichtigt	Individuelle Beratung bei Ausscheidungsproblemen

Prüfhinweise

- Sind Ursachen bestehender Probleme bei Ausscheidungsvorgängen bekannt?
- Sind Risiken, die zu Kontinenzverlust führen, bekannt?
- Werden die Intimsphäre und individuelle Gewohnheiten bei der Ausscheidung berücksichtigt?
- Die Urinausscheidung betreffend:
 - Sind Ursachen einer Inkontinenz wie Stressinkontinenz, Reflexinkontinenz, Dranginkontinenz, funktionelle Inkontinenz, totale Inkontinenz, Harnverhalten (akut/chronisch), Überlaufblase bekannt?
 - Wird, wo sinnvoll, ein Training der Bauch- und Beckenbodenmuskulatur angeregt?
 - Wird, wo sinnvoll, ein Miktionsprotokoll bzw. ein Kontinenztrainingsplan geführt?
 - Wird eine „abhängige Kontinenz“ (bei Mobilitätseinschränkung) erhalten?
 - Wurden mögliche Ursachen eines Harnverhalts/mangelnder Urinausscheidung geprüft wie ausreichende Flüssigkeitszufuhr, Vorliegen einer Blasenentzündung, Nebenwirkungen von Medikamenten.
- Die Darmentleerung betreffend:
 - Verstopfung: Werden Einflussfaktoren wie Bewegung, Flüssigkeit, Ballaststoffe, Medikamente überprüft? Sind Stuhlgangsbeschwerden wegen Hämorrhoiden/ Fissuren/ Hautläsionen bekannt?
 - Durchfall: Werden Einflussfaktoren wie fehlende Kautätigkeit, Stress, Übermaß an Laxanzien erkannt? Wird für eine regelmäßige Möglichkeit der Stuhlentleerung bei Stuhlinkontinenz (Ausscheidung im Sitzen ermöglichen) gesorgt? Werden Hilfsmittel zur Erhaltung der Kontinenz eingesetzt wie Toilettenstuhl, Urinflasche, Steckbecken?

Tabelle 11: Inkontinenzversorgung

Qualitätsstufe I	Qualitätsstufe II	Qualitätsstufe III	Qualitätsstufe IV
▪ Unzureichende Inkontinenzversorgung, lange Intervalle beim Wechsel des Inkontinenzmaterials mit Folge einer Windeldermatitis ▪ Bewohner ohne medizinische Indikation (bzw. Indikation „Harninkontinenz“) mit Blasendauerkatheter versorgt	▪ Keine bedürfnisorientierte Inkontinenzversorgung, orientiert sich an standardisierten Abläufen der Einrichtung	▪ Situations- und sachgerechter Einsatz von Inkontinenzprodukten	▪ Situations- und sachgerechter Einsatz von Inkontinenzprodukten ▪ Individueller, situationsgerechter Einsatz von Inkontinenzprodukten, Frequenz beim Wechseln des Inkontinenzmaterials wird individuell festgelegt

Prüfhinweise

- Erfolgt die Inkontinenzversorgung unter Berücksichtigung der Ressourcen (Einsatz von Einlagen/Slips bzw. Windelhosen)? Wird die Inkontinenzversorgung der Tageszeit angepasst? Wird dadurch die Mobilität nicht eingeschränkt?
- Ist die Indikation für suprapubischen bzw. transurethralen Dauerkatheter medizinisch-pflegerisch nachvollziehbar?
- Ist der Umgang mit Harnableitungssystemen sachgerecht (Katheterwechsel, geschlossenes System)?
- Erfolgt eine fach- und sachgerechte Stomapflege?

Ernährung

Tabelle 12: Management von Risikopotentialen

Qualitätsstufe I	Qualitätsstufe II	Qualitätsstufe III	Qualitätsstufe IV
▪ Unzureichender Ernährungszustand (BMI < 18,5 kg/m²) wird nicht erkannt; (ungewollte) Gewichtsabnahme wird nicht registriert bzw. bleibt ohne Reaktion (mehr als 5 % in einem Monat und mehr als 10 % in 6 Monaten) ▪ Keine Gewichtskontrolle ▪ Flüssigkeitsmangel/Exsikkose wird nicht erkannt	▪ Probleme/Risiken werden identifiziert, aber Ressourcen/Vorlieben beim Essen/Trinken werden nicht berücksichtigt, bzw. keine geeigneten Maßnahmen bei Gewichtsabnahme/ drohendem Flüssigkeitsdefizit ergriffen ▪ Nur fallweise Gewichtskontrolle ▪ Keine Auswertung von Trinkprotokollen / keine Zielvorgaben	▪ Ressourcen/Vorlieben beim Essen/Trinken werden berücksichtigt. ▪ Geeignete Maßnahmen bei Gewichtsabnahme/ drohendem Flüssigkeitsdefizit werden eingeleitet ▪ Regelmäßige Gewichtskontrolle ▪ Auswertung von Trinkprotokollen bei Zielvorgaben	▪ Ressourcen/Vorlieben beim Essen/Trinken werden berücksichtigt. Geeignete Maßnahmen bei Gewichtsabnahme/ drohendem Flüssigkeitsdefizit werden eingeleitet ▪ Regelmäßige Gewichtskontrolle ▪ Auswertung von Trinkprotokollen bei Zielvorgaben ▪ Zusätzlich: Individuelle Risikoanalyse z.B. MNA – Mini Nutritional Assessment, Ernährungsplan, Ernährungsberatung, ▪ Umfassende Berücksichtigung der Ressourcen, am Pflegeprozess Beteiligte wirken mit

Prüfhinweise

- Sind Gewohnheiten, Vorlieben beim Essen/Trinken bekannt? Werden diese berücksichtigt?
- Werden notwendige Gewichtsmessungen durchgeführt (BMI) und Trinkprotokolle mit Zielvorgaben erstellt?
- Sind Symptome einer Dehydratation bekannt (plötzlich auftretende oder zunehmende Verwirrtheit, Muskelschwäche, -krämpfe, Bewusstseinsstrübung/Somnolenz, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Tachykardie, eingesunkene Augäpfel)?

Tabelle 13: Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr

Qualitätsstufe I	Qualitätsstufe II	Qualitätsstufe III	Qualitätsstufe IV
- Keine Anleitung/ Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme/ Flüssigkeitszufuhr - Hilfebedarf wird nicht erkannt - Indikation der PEG-Sonde nicht bekannt - Kein fach- und sachgerechter Umgang mit PEG-Sonde	- Keine adäquate Anleitung/ Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme/ Flüssigkeitszufuhr - Sondenernährung ohne Berücksichtigung des individuellen Kalorien- bzw. Flüssigkeitsbedarfs - Ressourcen, wie z.B. orale Abgabe werden nicht (ausreichend) genutzt	- Adäquate Anleitung/ Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme/ Flüssigkeitszufuhr unter Berücksichtigung von Vorlieben und Bedürfnissen, Ressourcen werden genutzt - Adäquate Sondenernährung in Absprache mit Arzt oder auch Ernährungsberatung - Ressourcen, wie z.B. orale Abgabe werden genutzt	- Adäquate Anleitung/ Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme/ Flüssigkeitszufuhr unter Berücksichtigung von Vorlieben und Bedürfnissen, Ressourcen werden genutzt - Adäquate Sondenernährung in Absprache mit Arzt oder auch Ernährungsberatung - Ressourcen, wie z.B. orale Abgabe werden genutzt - Darüber hinaus gehend: Wunschkost, individuelle Essenszeiten - Therapeutische Ansätze (Schlucktraining) - Regelmäßige Überprüfung der Indikation einer PEG-Sonde

Prüfhinweise

Finden folgende Aspekte Berücksichtigung:

- Körperhaltung/Lagerung beim Essen
- Hilfsmittel (adaptiertes Besteck, spezielles Geschirr, u. a.)
- eingeschränktes Sehvermögen
- Bewegungseinschränkungen
- Einschränkungen der Feinmotorik
- Einschränkung des Geschmackssinnes
- schlecht sitzende, schmerzende oder gar fehlende Zahnprothesen
- eingeschränkte Orientierung
- Hinweise auf Zeitmangel bei der Hilfestellung
- Umfeldgestaltung (häusliche Tischsituation)
- Berücksichtigung spezieller Erfordernisse bei dementen Bewohnern? (kleinere, häufigere Mahlzeiten, Fingerfood)

Perkutane Endoskopische Gastrostomie (PEG), Anlegen einer Ernährungssonde:

- Einbeziehung aller relevanten Gruppen (in erster Linie der Betroffene / gesetzlicher Betreuer) bei der Entscheidung für eine PEG? (Berücksichtigung weiterer Kriterien wie Biographie, psychische Befindlichkeit, Diagnosen, Ressourcen (Bewohner- und umfeldbezogene), (mutmaßlicher) Wille des Bewohners, Aspekte der Lebensqualität)

- Sind Ursache und Ausprägung einer bestehenden Schluckstörung bekannt?
- Ist geprüft, ob zusätzlich Nahrung/Flüssigkeit oral zugeführt werden kann?
- Regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit einer PEG?
- Ist die Verträglichkeit der Nahrungsart und –menge bekannt?
- Wird die Durchflussgeschwindigkeit reflektiert? Maßnahmen zur Refluxvermeidung?
- Hygienische Aspekte / Erhalt der Durchgängigkeit?

Mobilität

Tabelle 14: Physische Aktivierung

Qualitätsstufe I	Qualitätsstufe II	Qualitätsstufe III	Qualitätsstufe IV
▪ Es werden keine Maßnahmen zur Mobilisation/Bewegungsförderung angewandt, daraus resultierender Mobilitätsabbau/ Kontrakturen ▪ Regelmäßige und/ oder langdauernde Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen (Fixierungen, Einsatz von Psychopharmaka), weniger belastende Alternativen werden erkennbar nicht geprüft, daraus resultierender Mobilitätsabbau/ Kontrakturen	▪ Bewohner wird nach Vorgaben der Einrichtung mobilisiert/ gelagert; keine Berücksichtigung der Ressourcen ▪ Regelmäßige Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen (Fixierungen, Einsatz von Psychopharmaka), weniger belastende Alternativen werden erkennbar nicht geprüft, auf biographisch bekannte Mobilitätsgewohnheiten und – bedürfnisse der Bewohner wird nicht eingegangen, Betreuer/ Angehörige werden nicht mit einbezogen	▪ Bewohner wird regelmäßig mobilisiert/ gelagert; Möglichkeiten und Wünsche werden angemessen berücksichtigt ▪ Prüfung von Alternativen zu Fixierungsmaßnahmen, Aktivierung von Ressourcen, Berücksichtigung von Wünschen	▪ Zusätzlich zu Qualitätsstufe III: Integration mit sozialer Betreuung, z.B. Gymnastik, Spaziergänge und therapeutische bzw. rehabilitative Angebote / Integration von Elementen nach Bobath / Elementen der Kinästhetik ▪ Alternative Maßnahmen haben Vorrang vor Fixierungsmaßnahmen und werden regelmäßig angewandt

Prüfhinweise

- Werden Ressourcen und Probleme systematisch erfasst?
- Gibt es Angebote zur Bewegung außerhalb der pflegerischen Tätigkeiten in der Grundpflege?
Werden Bewohner zu bewegungsfördernden Beschäftigungen angehalten?
- Werden bei der Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen notwendige Voraussetzungen beachtet:
 - richterliche Genehmigung (Grundrechtseingriff)
 - Anwendung nur in Notfallsituationen
 - zeitliche Begrenzung
 - Maßnahme unter ständiger Aufsicht
 - lückenlose Dokumentation

Tabelle 15: Dekubitusprophylaxe

Qualitätsstufe I	Qualitätsstufe II	Qualitätsstufe III	Qualitätsstufe IV
▪ Dekubitusrisiko wird nicht erkannt bzw. keine geeigneten Maßnahmen ergriffen ▪ Kein Einsatz geeigneter Lagerungshilfen und -techniken ▪ Dekubitus/Hautschädigung als Folge	▪ Schematische Durchführung von prophylaktischen Maßnahmen – keine durchgängige/individuelle Einschätzung des Dekubitusrisikos bzw. keine individuell abgestimmte Maßnahmen zur Prophylaxe ▪ Maßnahmen entsprechen nicht den Vorgaben des „Nationalen Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege“	▪ Dekubitusprophylaxe erfolgt gemäß den Vorgaben des „Nationalen Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (E1, E2, E3, E4, E7)	▪ Umfassende Anwendung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe (einschließlich E5 / E6) Integration von Elementen der basalen Stimulation/ Kinästhetik/Lagerung nach Bobath

Prüfhinweise

- Erfolgt eine systematische Risikoerfassung (z.B. Braden Skala)?
- Ist ein individueller Lagerungs- und Bewegungsplan erstellt?
- Werden geeignete Hilfsmittel eingesetzt (druckreduzierende Unterlage)?
- Sind die durchgeführten Interventionen schlüssig zu den erhobenen Risiken?
- Information der Bewohner / Angehörigen / therapeutisches Team?

Tabelle 16: Sturzprophylaxe

Qualitätsstufe I	Qualitätsstufe II	Qualitätsstufe III	Qualitätsstufe IV
▪ Gehäufte Stürze mit Folgen wie Hämato- men/Frakturen/Prellungen ▪ Ohne Risikoanalyse / keine geeigneten Maßnahmen ▪ bzw. systematische Immobilisierung als Maßnahme	▪ Keine systematische Risikoanalyse / keine gezielten Maßnahmen zur Sturzprophylaxe bei bestehender Sturzgefahr	▪ Geplante, fach – und sachgerechte Maßnahmen zur Sturzprophylaxe werden ergriffen, Einsatz geeigneter Mobilitätshilfen	▪ Geplante, fach – und sachgerechte Maßnahmen zur Sturzprophylaxe werden ergriffen, Einsatz geeigneter Mobilitätshilfen ▪ Darüber hinaus: Mobilitäts- und Falltraining, individuelle Lösungen

Prüfhinweise

- Sturz ist ein „natürliches Lebensrisiko“!
- Erfolgt eine systematische Risikoerfassung (Skala)?
- Werden Sturzeignisprotokolle geführt/systematisch ausgewertet (Sekundärprävention)?
- Finden folgende Aspekte Berücksichtigung:
 - Bewohnerbezogene Faktoren: Sehbehinderung, allgemeine Schwäche, Medikamente, Inkontinenz.
 - Umfeldbezogene Faktoren: Möbel, Bodenbeläge, Kleidung (Schuhe /Stopper-socken), Lichtverhältnisse, Greifhilfen, Hilfsmittel.
- Werden geeignete Maßnahmen ergriffen:

- Absenkung des Bettniveaus, Hüftprotektoren/Sturzhelme, Mobilitäts-/Kraft- und Balance-training, zusätzliche Kontrollgänge, Einsatz geeigneter Hilfsmittel/ Möbel
- Werden diese individuell ausgewählt?

Psychosoziale Betreuung

Tabelle 17: Psychische Aktivierung

Qualitätsstufe I	Qualitätsstufe II	Qualitätsstufe III	Qualitätsstufe IV
▪ Mangelnde geistige/psychische Aktivierung des Bewohners ▪ Daraus resultierende Gefühle der Angst/Isolation und Resignation/kognitive Einbußen ▪ z.B.: Bewohner erhält keine Beschäftigungsangebote, Tagesstrukturierung nicht erkennbar / regelmäßige Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen ohne Prüfung von Alternativen	▪ Angebote zur geistigen/psychischen Aktivierung orientieren sich an der vorgegebenen Ablauforganisation der Einrichtung, ▪ Vorgegebene Tagesstruktur ▪ Individuelle Wünsche/ Bedürfnisse sind bekannt, werden jedoch nicht bzw. unzureichend berücksichtigt ▪ Regelmäßige Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen (Fixierungen, Einsatz von Psychopharmaka), weniger belastende Alternativen werden erkennbar nicht geprüft, auf biographisch bekannte Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner wird nicht eingegangen, Betreuer/Angehörige werden nicht mit einbezogen	▪ Bewohner erhält regelmäßiges und ausgewogenes Angebot zur geistigen/psychischen Aktivierung ▪ Individuelle Wünsche, Bedürfnisse und Ressourcen werden berücksichtigt ▪ Bei der Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen werden Alternativen ausgeschöpft	▪ Bewohner erhält regelmäßiges und ausgewogenes Angebot zur geistigen/psychischen Aktivierung ▪ Individuelle Wünsche, Bedürfnisse und Ressourcen werden berücksichtigt ▪ Bei der Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen werden Alternativen ausgeschöpft ▪ Zusätzliche Einbeziehung von Erkenntnissen aus der Biografie, aktive Einbeziehung von Angehörigen ▪ Maßnahmen der Einzelbetreuung ▪ Alternative Maßnahmen haben Priorität vor freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und werden regelmäßig angewandt

Prüfhinweise

- Milieugestaltung? Individuelle Tagesstrukturierung?
- Sind die persönlichen Vorlieben, Interessen und Bedürfnisse des Bewohners zur Unterhaltung und Beschäftigung bekannt?
- Sind Hindernisse (körperliche, geistig/kognitive, psychische, sozial-integrative, biografisch begründete) bekannt, die dazu führen, dass ein Bewohner an der angebotenen Beschäftigung nicht teilnimmt? Werden diese thematisiert? Resultieren daraus spezielle Angebote?
- Werden Betreuungsangebote an den Möglichkeiten des Bewohners ausgerichtet?
- Werden bei der Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen notwendige Voraussetzungen beachtet:
 - richterliche Genehmigung (Grundrechtseingriff)
 - Anwendung nur in Notfallsituationen
 - zeitliche Begrenzung
 - Maßnahme unter ständiger Aufsicht
 - lückenlose Dokumentation

Tabelle 18: Kommunikation

Qualitätsstufe I	Qualitätsstufe II	Qualitätsstufe III	Qualitätsstufe IV
▪ Aus nicht erkannten Kommunikationsproblemen resultierende Gefühle der Angst/Isolation und Resignation ▪ Relevante Diagnosen sind nicht bekannt bzw. werden nicht verstanden ▪ Hilfsmittel sind nicht bekannt/erfasst bzw. werden nicht eingesetzt	▪ Geeignete Maßnahmen zur Erhaltung/Verbesserung der Kommunikation werden unzureichend bzw. nicht durchgehend, nicht von allen Mitarbeitern angewandt (Angabe von Zeitmangel) ▪ Hilfsmittel sind bekannt, jedoch mangelnde Sorgfalt beim Einsatz (technische Defekte/unregelmäßiger Einsatz/ keine Überprüfung der Zweckmäßigkeit)	▪ Ursachen für Kommunikationsprobleme sind erfasst und kommunikationsfördernde Maßnahmen werden angewandt ▪ Fach- und sachgerechter Einsatz von Hilfsmitteln	▪ Individuelle Ziele/ geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit sind in Absprache mit anderen Berufsgruppen (z.B. Logopädin) definiert und werden von allen Mitarbeitern angewandt. ▪ Regelmäßige Überprüfung/Evaluation vorhandener Hilfsmittel im Hinblick auf Optimierbarkeit in Abstimmung mit anderen Berufsgruppen

Prüfhinweise

- Sind die Ursachen von Kommunikationsproblemen bekannt (Aphasie, Hemianopsie, Wahrnehmungsstörungen, neurologische/demenzielle Einschränkungen)?
- Werden alternative Kommunikationswege eingesetzt (Zeichensprache, Ja/Nein – Code)?
- Verwendung kurzer/klarer/einfacher Formulierungen?
- Umformulieren statt wiederholen! Auf kleinste Erfolge aufmerksam machen / loben!
- Werden notwendige Hilfsmittel eingesetzt (Notrufanlage, Telefon, Hörgerät, Brille, Schreibtafel, Zahnprothesen)?

Vitale Funktionen

Tabelle 19: Management von Risikopotentialen

Qualitätsstufe I	Qualitätsstufe II	Qualitätsstufe III	Qualitätsstufe IV
▪ Risiken werden nicht erkannt, entsprechende Maßnahmen eingeleitet ▪ Daraus resultieren negative Auswirkungen auf die Gesundheit des Bewohners	▪ Risiken sind teilweise bekannt – adäquate prophylaktische Maßnahmen werden nicht geplant/ergriffen	▪ Risiken sind bekannt - adäquate/prophylaktische Maßnahmen werden durchgeführt	▪ Umfassende Angaben zu bestehenden gesundheitlichen Risiken werden erhoben und individuelle Maßnahmen regelmäßig durchgeführt und evaluiert

Prüfhinweise

- Bestehen Kenntnisse über Risiken, kritische Symptome bei bestehenden Erkrankungen (insbes. Diabetes, Atemwegs- und Kreislauferkrankungen)?
- Werden individuelle Präventivmaßnahmen regelmäßig durchgeführt?
- Bestehen Kenntnisse über Diabetologie und Diätetik?
- Adäquate Ernährung/Zwischenmahlzeiten

- Erfolgt die BZ-Einstellung bzw. die Erstellung von Insulin-Plänen in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt?
- Sind Hygiene- und Infektionsrisiken bekannt (Diabetes, MRSA)?
- Werden Eintrittsstellen von Sonden/Kathetern gezielt beobachtet?

Tabelle 20: Krankenbeobachtung / Notfallsituationen

Qualitätsstufe I	Qualitätsstufe II	Qualitätsstufe III	Qualitätsstufe IV
- Medizinische Notfälle werden nicht erkannt - Fehlende/fehlerhafte Reaktion führt zu gesundheitlichen Folgeschäden	- Veränderungen des körperlichen und psychischen Zustandes wie Schmerzen, Fieber, Verwirrheitszustände werden erkannt - Eingeleitete Maßnahmen sind nicht adäquat - Tragweite der aktuellen Situation wird unterschätzt - Informationsweitergabe an Fachkraft und/oder Hausarzt ist nicht gewährleistet - Nachbeobachtung bei auffälligen Vitalwerten nicht ausreichend	Symptome/Notfallsituation werden richtig eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen ergriffen	- Bereits bei subakuten Problemsituationen werden diese richtig eingeschätzt - Einleitung entsprechender Maßnahmen in enger Abstimmung mit dem Hausarzt

Prüfhinweise

- Werden Messwerte adäquat erfasst, angeordnete Maßnahmen durchgeführt und überwacht (Körpertemperatur, Blutdruckwerte, Pulswerte, Blutzuckerwerte)?
- Werden Symptome rechtzeitig erkannt, richtig eingeschätzt und ggf. Maßnahmen eingeleitet (Atembeschwerden, Schwindel, Schwitzen, Erbrechen, Durchfall, Schmerzen, Nachbeobachtung nach Stürzen, Bewusstseinsveränderungen, Verhaltensauffälligkeiten, Farbe des Urins, Konsistenz des Stuhls, Beobachtung Hautzustand, etc.?)
- Effektives Schmerzmanagement (hier insbesondere Schmerzeinschätzung/-erfassung).

Tabelle 21: Umgang mit Therapeutika / Behandlungspflege

Qualitätsstufe I	Qualitätsstufe II	Qualitätsstufe III	Qualitätsstufe IV
▪ Richten der Medikamente fehlerhaft ▪ Nicht dokumentierte Fehlbestände ▪ Verantwortlichkeiten unklar ▪ Eigenmächtige Abgabe von Medikamenten ▪ Ärztlich delegierte Behandlungspflege wird nicht fachgerecht durchgeführt ▪ Eigenmächtiges Handeln ohne ärztliche Anordnung ▪ Daraus resultierend negative Auswirkungen auf die Gesundheit des Bewohners	▪ Medikamente werden entsprechend der ärztlichen Verordnung gestellt ▪ Verantwortlichkeiten nicht immer nachvollziehbar ▪ Unreflektierter Einsatz ärztlich verordneter Bedarfsmedikation ▪ Vorgegebene Indikationen werden nicht (immer) eingehalten ▪ Ärztlich delegierte Behandlungspflege wird nicht gemäß aktuellem medizinisch-pflegerischem Standard durchgeführt ▪ Durchführung / Dokumentation der Behandlung bei bestehendem Dekubitus nicht gemäß aktuellem pflegewissenschaftlichem Standard	▪ Medikamente werden entsprechend der ärztlichen Verordnung gestellt ▪ Adäquater Einsatz gemäß ärztlich vorgegebener Indikation ▪ Dosierung nachvollziehbar ▪ Ärztlich delegierte Behandlungspflege wird gemäß aktuellem medizinisch-pflegerischem Standard durchgeführt ▪ Durchführung / Dokumentation der Behandlung bei bestehendem Dekubitus gemäß aktuellem pflegewissenschaftlichem Standard	▪ Wirkungen/ Nebenwirkungen von Medikamenten sind bekannt und werden im Verlauf beobachtet/dokumentiert ▪ Spezielle Kenntnisse der differenzierten Wundbehandlung

Prüfhinweise

- Medikamentenabgabe gemäß ärztlicher Verordnung?
- Beobachtung im Hinblick auf Wirkung/Risiken/Nebenwirkungen? Rückmeldung an den behandelnden Arzt?
- Entspricht die Wundbehandlung/-dokumentation dem aktuellen pflegewissenschaftlichen Standard (Dekubitus, Ulcus cruris, Mykosen, Dermatitis)?

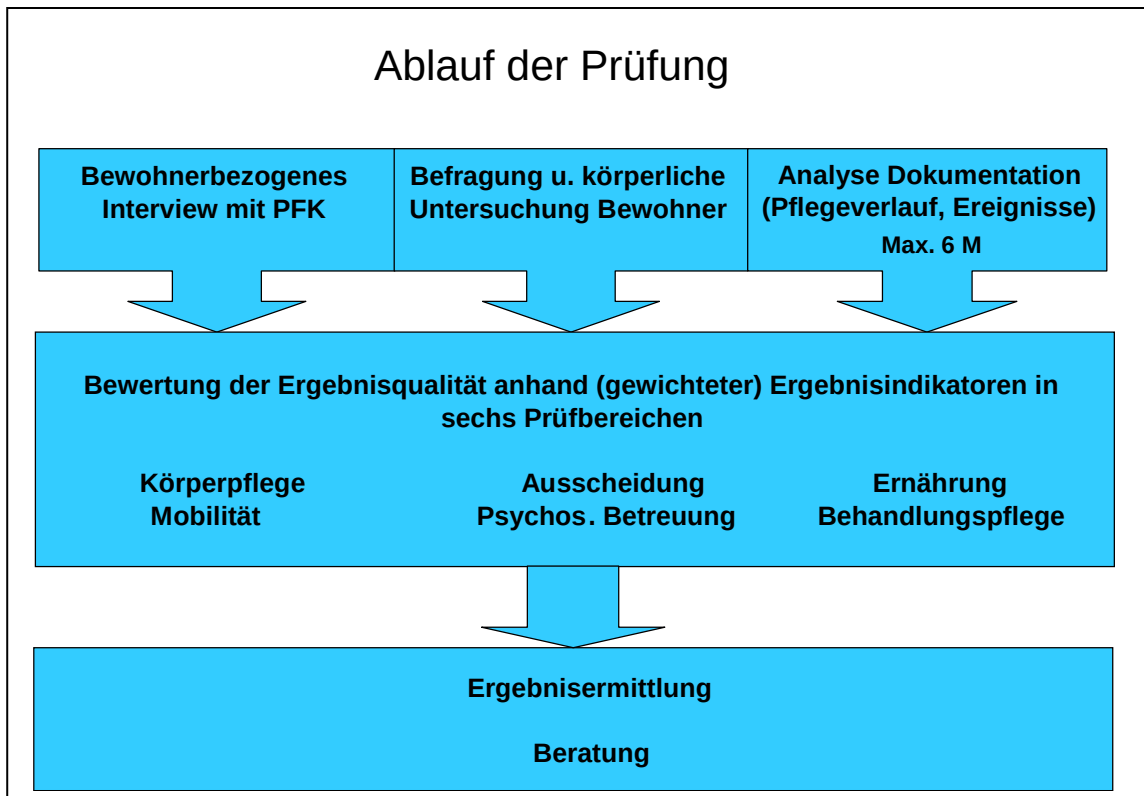
Begutachtung beim Bewohner

Die Begutachtung der Bewohner erfolgt auf der Basis von pflegerelevanten Beobachtungen im Rahmen einer orientierenden Untersuchung des Bewohners. Darüber hinaus werden zur retrospektiven Beurteilung des Pflegeverlaufs (während der letzten 6 Monate bzw. seit Aufnahme) Informationen aus dem Pflegedokumentationssystem und Angaben der Bezugspflegefachkraft und von Angehörigen hinzugezogen. Berücksichtigt wird dabei jeder Indikator, bei dem eine Pflegeabhängigkeit beim Bewohner besteht. Um Aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, wird die Einbeziehung einer Stichprobe von mindestens 10 Prozent bzw. mindestens drei Bewohnern (in kleineren Einrichtungen) empfohlen. Bei der Auswahl der Stichproben sollte auf die Einbeziehung folgender Bewohnergruppen geachtet werden:

- Bewohner mit Pflegeproblemen
- Ausgewogene Pflegestufenverteilung
- Verteilung nach Wohnbereichen / Wohndauer

- Einbeziehung kommunikationsfähiger Bewohner

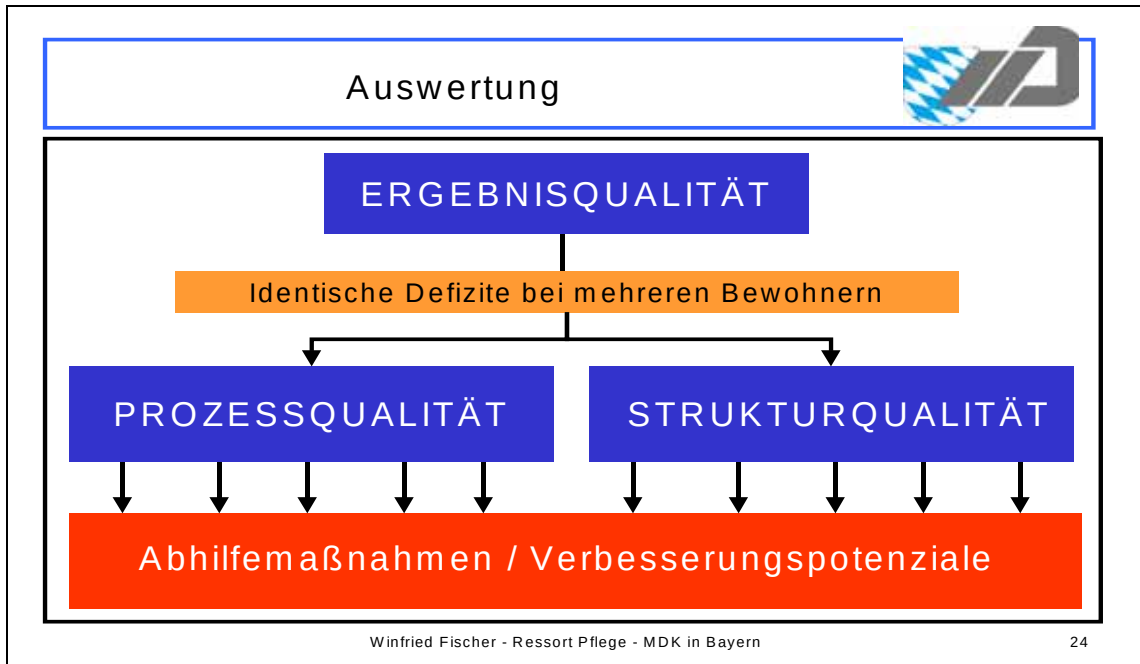
Abbildung 7: Ablauf der Prüfung



Aus den in der Begutachtung bei den Bewohnern gewonnenen *Ergebnissen* können dann im Rahmen der Analyse spezifische Beratungsansätze für die jeweilige Einrichtung gewonnen werden:

- Einschätzung der Entwicklung insgesamt im Vergleich zur letzten Heimbegehung / Qualitätsprüfung,
- Schwankungen bei den Ergebnissen in den Wohnbereichen (Hinweise auf Probleme im mittleren Management/Umsetzung der Prozesse/fehlerhafte Steuerung des Personaleinsatzes in der Einrichtung u.a.m.),
- Schwankungen bei den Ergebnissen in den einzelnen Prüfbereichen (Hinweise auf Fortbildungsbedarf / mangelnde Fachlichkeit bzw. Fachkräfte / Prozesse in bestimmten Bereichen nicht ausreichend definiert bzw. umgesetzt / Steuerung des Hilfsmitelesinsatzes unzureichend u.a.m.).

Abbildung 8: Auswertung der Prüfung



Diese systematische Vorgehensweise ermöglicht spezifische Empfehlungen für Verbesserungen in den Bereichen Prozess- und Strukturqualität auf sicherer Grundlage abzugeben. Diese werden erfahrungsgemäß, weil konkret mit dem Bewohner in Verbindung zu bringen, von den Einrichtungen besser akzeptiert als über die in die Kritik geratene struktur- und prozesslastige Herangehensweise.

6. Planspiel Heimbegehung

Im Rahmen der Fortbildung wurde ein fiktiver, jedoch nahe an der Realität der Heimaufsicht angelegter Fall (siehe Anhang) entwickelt. Dieser kann in mehreren Schritten in Kleingruppen bearbeitet werden.

- Schritt 1: Sammlung der Auffälligkeiten/ Besonderheiten
- Schritt 2: Muss/Soll die Heimaufsicht gegebenenfalls tätig werden und wenn ja, wie ist die Vorgehensweise?
- Schritt 3: Rollenspiel Heimaufsicht
- Schritt 4: Reflexion des im Rollenspiel erfahrbarem Eigen- und Fremderlebens

Ergebnis der Gruppenarbeiten war stets eine Vielzahl an unterschiedlichen Lösungsansätzen. Die Ergebnisse sind hier auszugsweise anhand zweier Aufnahmen der Pinboards aus einer der Weiterbildungsveranstaltungen dargestellt.

Abbildung 9 zeigt die von den Gruppen erarbeiteten Problemfelder, die bereits nach strukturellen, prozessorientierten und ergebnisorientierten Aspekten vorsortiert sind.

Abbildung 9: Sammlung und Strukturierung der Auffälligkeiten



Abbildung 10 veranschaulicht die unterschiedlichen Herangehensweisen im Umgang mit der fiktiven Beschwerde des Fallbeispiels. Die einzelnen Schritte und Reihenfolgen waren die Ergebnisse der Kleingruppen und wurden sowohl intern als auch im Plenum diskutiert, Erfahrungen mit den verschiedenen Verhaltensweisen konnten ausgetauscht werden.

Abbildung 10: Herangehensweise im Umgang mit Beschwerden



Im Anschluss erfolgte die Durchführung eines Rollenspiels mit dem Thema „Gesprächssituation nach der Begehung zwischen Heimaufsicht (SMA/Verwaltungskraft/Arzt/MDK) und der Heimseite (Heimleitung/PDL/Stationsleitung)“. Die Gruppe wurde hierfür geteilt. Eine der Rollenspielsituationen wurde hierbei mit Video aufgezeichnet und im Anschluss in der Großgruppe nach kommunikationstheoretischen Ansätzen analysiert. Die folgenden beiden Abschnitte beziehen sich auf den Rahmen des Planspiels (fiktiver Beschwerdebrief und Rollenbeschreibungen) sowie die kommunikationstheoretischen Grundlagen der Nachbesprechung.

6.1 Fiktiver Beschwerdebrief und Rollenbeschreibung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin vom Amtsgericht zum gesetzlichen Vertreter für meinen Vater, Herrn Karl, bestellt. Eine Kopie des Betreuerausweises liegt diesem Schreiben bei.

Wegen eines Schlaganfalls mit einer rechtsseitigen Lähmung ist mein Vater seit einem halben Jahr im Pflegeheim Abendrot. Aufgrund seiner Erkrankung kann er sich nur sehr schwer sprachlich äußern. Ebenfalls bestehende Schluckstörungen machten die Versorgung mit einer PEG - Sonde notwendig, wobei im Rahmen seines Reha – Aufenthaltes

(vor dem Umzug ins Pflegeheim) die Pflegekräfte ihm schon wieder Joghurt und sogar etwas Breikost eingeben konnten. Zuletzt wurde er dort auch regelmäßig (zweimal am Tag für jeweils zwei Stunden) in den Rollstuhl gesetzt.

Seit er im Pflegeheim Abendrot ist, hat sich der Zustand meines Vaters stark verschlechtert. Was mich besonders erschreckt ist die offensichtlich massive Gewichtsabnahme. Er bekommt seit er im Pflegeheim ist nur noch zwei Flaschen Sondenkost statt wie vorher drei. Auch geben die Pflegekräfte ihm nichts mehr zusätzlich zu essen, lt. Stationsleitung sei dies „zu gefährlich“. Er wird jetzt nur noch sporadisch in den Rollstuhl gesetzt, wirkt zunehmend apathisch, m.E. kein Wunder bei der wenigen Ansprache die er bekommt.

Am 23.01.03 um 10 Uhr habe ich meinen Vater erneut besucht und ihn im Bett liegend angetroffen. Zu diesem Zeitpunkt war bei meinem Vater offensichtlich noch keine Körperpflege durchgeführt worden (Ablagerungen in Augen -und Mundwinkeln) und er schwamm in seiner völlig durchnässten Windel.

Eine umgehend auf diesen Sachverhalt angesprochene Pflegekraft äußerte dazu wörtlich nur „schön, dass sie auch mal wieder nach ihrem Vater schauen“ und verwies mich auf die Stationsleitung. Diese entschuldigte sich zwar für die Äußerung ihrer Mitarbeiterin, begründete diese Aussage, sowie den Zustand meines Vaters mit einer Personalknappheit aufgrund krankheitsbedingter Ausfälle. Sie beklagte sich mir gegenüber, dass sie mit den Problemen in der personellen Besetzung bei Heim- und Pflegedienstleitung auf taube Ohren stoße. Außerdem sei mein Vater ein „Langschläfer“ (was mir neu ist) und werde daher in der Regel als letzter gewaschen und herausgesetzt.

Nach diesem Erlebnis habe ich noch mehrmals zu verschiedenen Tageszeiten meinen Vater besucht und habe teils erschütternde Beobachtungen gemacht. Einmal fand ich meinen Vater um sechs Uhr nachmittags allein im Tagesraum vor, mit dem Rollstuhl an den Tisch geschoben, seitlich vorn über gebeugt und kaum ansprechbar, der Fernseher lief in voller Lautstärke. Offensichtlich musste er Stunden da sitzen und es kümmerte sich niemand um ihn. Ein anderes Mal fand ich ihn mittags im Bett quer liegend, die Beine im Bettgitter so verkantet, dass ich die Pflegerinnen (die rauchend im Stationszimmer saßen) holen musste. Je häufiger ich meinen Vater besuchte, desto abweisender und misstrauischer verhielt sich das Personal. Die verschiedenen Gespräche, die ich mit Heim- und Pflegedienstleitung seither geführt habe, brachten keine Besserung. Auf der Leitungsebene wird beschwichtigt und die Pflegerinnen auf der Station fühlen sich entweder nicht zuständig und behandeln mich als Störenfried und ich bekomme Sätze zu hören wie, „wir

haben noch andere Bewohner“. Ich habe es auch über den Heimbeirat versucht – der jedoch vertritt offensichtlich hauptsächlich seine eigenen Interessen.

Als ich bei meinem letzten Besuch nachfragte, warum mein Vater denn jetzt überhaupt nicht mehr rausgesetzt wird, bekam ich die lakonische Antwort „er hat doch eine offene Stelle am Steiß.“

Ich bitte sie darum eine Kontrolle der Einrichtung schnellstmöglich und unangemeldet in die Wege zu leiten.

Rollenbeschreibungen des Planspiels

Vertreter des MDK:

Ehemaliger Krankenpfleger mit Zusatzausbildung, 40 J., hat Interesse an Qualitätsentwicklung und weiterer Professionalisierung der Pflege, vertritt den Arzt des MDK

Pflegedienstleitung:

Altenpflegerin, 55J., sie fürchtet um ihren Ruf gegenüber der Heimleitung, ist überarbeitet und seit 15 Jahren im Amt.

Stationsleitung:

Altenpflegerin, 30J., dynamisch idealistisch, sie bildet sich weiter und hat viele neue Vorstellungen.

Amtsarzt:

40 J., überlastet, ausgleichend, hofft auf Konsens

Heimleitung:

Betriebswirt, 45J., fürchtet um den Ruf der Einrichtung, spürt immensen Spardruck, seit fünf Jahren im Dienst als Heimleiter, privat: er zieht zur Zeit um

Sozialmedizinische Assistentin:

Krankenschwester, 30 J., sie möchte einen hohen Pflegestandard im Landkreis etablieren.

Praktikant im Altenheim:

Begleitet die Stationsschwester

6.2 Kommunikationstheorien

Fred Herrmann

Das menschliche Gehirn ist eine großartige Sache:
Es funktioniert vom Augenblick der Geburt an -
bis zu dem Moment, wo man aufsteht eine Rede zu halten.
Mark Twain

Die Heimaufsicht muss zwar keine Rede im Sinne Mark Twains halten, jedoch vor Ort sowie im Rahmen der alltäglichen Arbeit des Öfteren auch mit heiklen Gesprächssituationen umgehen. Deshalb wird an dieser Stelle auf einige Grundlagen der menschlichen Kommunikation und Gesprächsführung hingewiesen, die es Ihnen ermöglichen, bewusster in Gesprächssituationen zu agieren: Kommunikation ist mehr als nur der bloße Austausch von Informationen.

Kommunikation passiert:

- verbal (Sprache)
- nonverbal (Mimik, Gestik, Sprache).

Nonverbale Sprache drückt sich unter anderem in der Körperhaltung aus. Signale gehen sowohl von der Kopf- und Oberkörperhaltung als auch von der Beinhaltung aus. Entsprechend ihrer Ausrichtung signalisieren sie entweder Zustimmung, positive Einstellung und Interesse oder Ablehnung, negative Einstellung und Desinteresse. So wirkt z.B. eine stark nach vorne gelehnte Haltung auf die meisten Menschen aggressiv und beängstigend, da das Gefühl entstehen kann, der Gesprächspartner springt gleich auf einen zu. Ein Beispiel für Ablehnung wären die verschränkten Arme vor dem Körper. Sie vermitteln der Person selber Sicherheit, bei sich zu sein, demonstrieren aber dem Gesprächspartner Verschlossenheit.

Signale dieser Art sind allerdings mit Vorsicht zu interpretieren, weil es kulturell große Unterschiede gibt. Im Folgenden werden einige kommunikationstheoretische Grundkonzepte vorgestellt.

Die fünf Verständlichmacher

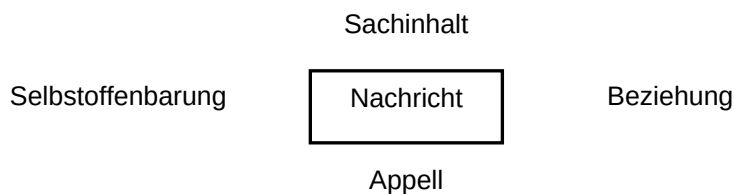
1. Einfachheit (kurze Sätze mit wenig Fremdwörtern, Erklärungen, konkrete und anschauliche Sprache)
2. Gliederung, Ordnung ("Roter Faden")
3. Kürze, Prägnanz („auf den Punkt bringen“)
4. Anregende Sätze (Spannung, markante Sätze)
5. Darbietung (Rhetorik: Sprache, Artikulation, Modulation der Stimme, Mimik, Gestik, Körperhaltung, Blickkontakt)

Fünf Axiome der Kommunikation nach Watzlawick

1. *Man kann nicht Nicht – Kommunizieren*
Immer, wenn Menschen sich wahrnehmen und aufeinander beziehen können, findet Kommunikation statt.
2. *Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt*
Der Inhaltsaspekt einer Kommunikation betrifft den Sachverhalt, der Beziehungsaspekt legt fest, wie ein Sender seine Beziehung zum Empfänger bestimmt.
3. *Jede Kommunikation enthält eine Verlaufsstruktur (Interpunktion von Ereignisfolgen)*
Wir neigen dazu, eigenes Verhalten immer als Reaktion auf etwas Vorausgegangenes zu erleben (Die Frage wer hat Schuld?).
4. *Die menschliche Kommunikation kann in digitaler und/oder analoger Weise erfolgen*
Digital: In Worten, in Schriftzeichen; Analog: Körpersprache (Mimik, Gestik).
5. *Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär*
Dies hängt davon ab, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht.

Die vier Seiten einer Nachricht

Friedemann Schulz von Thun erklärt Kommunikation und Kommunikationsstörungen anhand von vier Dimensionen - besser bekannt als „die Vier Seiten einer Nachricht“.



1. *Sachinhalt*
Der Sachinhalt der Nachricht bezieht sich auf die Übermittlung von Sachinformation an den Empfänger („Wie ist der Sachverhalt zu verstehen“).
2. *Selbstoffenbarung*
Information über die Befindlichkeit des Senders („Was ist das für einer?“).
3. *Beziehung*
Information über die Einschätzung des Senders bezüglich der Art der Beziehung zum Empfänger („Wie steht er zu mir?“).
4. *Appell*
Information über die Wünsche des Senders an den Empfänger („Wozu will ich dich veranlassen?“).⁴⁸

⁴⁸ Wirsing K. Psychologisches Grundwissen für Altenpflegeberufe. Beltz, Psychologie-Verl.-Union, Weinheim 2000

Das aktive Zuhören

Beim aktiven Zuhören versuche ich, Empfindungen oder Botschaften des Senders zu verstehen. Dies geschieht durch zwei „Techniken“:

- dem „Spiegeln“
Der Sender versucht mit eigenen Worten das Gesagte des Empfängers zu wiederholen
- dem „Verbalisieren“
Der Sender meldet zurück, was nach seinem Gefühl nach dessen Botschaft bedeutet (Er spricht das dahinterliegende Gefühl an).

Vorteile des aktiven Zuhörens

- vertrauensvolle Beziehung wird gefördert
- es findet eine offene Kommunikation über Gefühle statt
- eine Aussprache über Probleme ist möglich
- verschlüsselte Botschaften werden entschlüsselt

Die vier Kommunikationsmuster nach Virginia Satir

Die amerikanische Familientherapeutin Virginia Satir erkannte vier Kommunikationsmuster, die auftreten, wenn Menschen auf Spannungen reagieren und dabei ihr Selbstwertgefühl bedroht ist.

49

1. *Beschwichtigen* (placate): einschmeicheln, will negative Stimmung vermeiden, um keine Gegenwehr zu erhalten nach dem Motto „ich tu Dir nichts – tu Du mir nichts!“
2. *Anklagen* (blame): demonstrierte Stärke, um Unsicherheit zu kaschieren.
3. *Rationalisieren* (compute): zeigt keine Gefühle, wirkt kühl, gelassen, unbeteiligt, um emotional nicht's an sich ranzulassen.
4. *Ablenken* (distract): ignorante, ausweichende bzw. verschleiernde Taktik, möchte keine Verantwortung übernehmen.

Die Transaktionsanalyse nach Eric Berne

Die Transaktionsanalyse wurde von Eric Berne begründet. Sie ist eine auf die Tiefenpsychologie und Psychoanalyse ausgerichtete pragmatische Persönlichkeitstheorie. Die Transaktionsanalyse wurde auch von der Individualpsychologie Alfred Adlers beeinflusst.

Unterschieden werden vier Bereiche:

⁴⁹ Vgl. <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/#Satir>

1. Die Strukturanalyse als Analyse der Persönlichkeit. Hier unterscheidet Eric Berne drei verschiedene Ich-Zustände:

- das Eltern-Ich (als moralische, einschränkende Instanz, fürsorglich oder kritisch)
- das Erwachsenen-Ich
- das Kind-Ich (als freie, angepasste oder rebellische Instanz)

Jeder Ich - Zustand wird als eine Gesamtheit von Verhaltensweisen, Denkmustern und Gefühlen verstanden.

2. Die Transaktionsanalyse als Analyse von Kommunikationsstrukturen, Streicheleinheiten und Arten von Zeitgestaltung (Transaktionen nach Ich – Zuständen im Rollenmodell)

3. Die Skriptanalyse

4. Die Spielanalyse.⁵⁰

Die Selbstakzeptanz und die Akzeptanz des anderen ("Ich bin O.K." – „Du bist O.K.“) sind das wichtigste Ziel des transaktionsanalytischen Prozesses. Die Transaktionsanalyse geht von einem positiven Menschenbild aus, das durch die humanistische Psychologie geprägt ist.

Metakommunikation

Nach Watzlawick bedeutet Metakommunikation die Kommunikation über die Kommunikation selbst. Gemeint ist das Sprechen darüber, wie miteinander kommuniziert und umgegangen wird. Dabei werden Wörter verwendet, die nicht Teil der Kommunikation sind, sondern diese deuten und sich auf sie beziehen. Somit entsteht das Problem, dass mit Hilfe des gleichen Mittels (Sprache) über das Mittel selbst kommuniziert wird. Jedoch müssen alle Beteiligten metakommunizieren *wollen*, um Ergebnisse zu erzielen.

Kommunikationsregeln⁵¹

- Kommunikation soll eindeutig sein:
 - leichter bei verbaler Kommunikation
 - eher schwieriger bei nonverbaler Kommunikation
- Rückmeldung sollte eindeutig sein
- Rückmeldung soll sich auf die Sache und nicht auf die Person beziehen
- Kritik als Rückmeldung annehmen und überdenken

In Besprechungen nach der Begehung, sowie im Gespräch mit dem Personal, sollte man möglichst klare und deutliche Rückmeldungen geben, um Missverständnisse zu vermeiden und Klar-

⁵⁰ Deutscher Verein: Fachlexikon der sozialen Arbeit. Eigenverlag, Frankfurt am Main, 2002.

⁵¹ <http://www.pflegeintensiv.de/Examen/Psychologie/thema9.html>

heit beim Gesprächspartner zu schaffen. Hierfür sollten jedoch die genannten sowie die folgenden Punkte beachtet werden, damit sich ein konstruktives Gespräch entwickelt.

Feedback-Regeln

Die Fünf Regeln, um Feedback zu geben:

1. Vorwurfsfreies Feedback geben
2. sachlich bleiben, nicht persönlich werden
3. Ich-Botschaften, statt Du-Botschaften
4. Spiegel vorhalten – keine Rechtfertigung oder Anweisung geben
5. Mit positivem Feedback führen

Die Fünf Regeln, um Feedback anzunehmen:

1. Offenheit und Sachlichkeit sollten vereinbart werden
2. Zuhören! – nicht rechtfertigen oder verteidigen
3. Verständnisfragen stellen
4. Aussortieren was zutrifft – den Rest fallen lassen
5. Für die Rückmeldung bedanken

7. Zusammenfassung und Ausblick

Die Begutachtung von Pflegeheimen setzt eine umfassende Herangehensweise voraus, die im Besonderen der Sicherheit der Bewohner, der Sicherung ihrer Würde und der Sicherung der Pflegequalität dient. Außerdem sollen die Überprüfungen für die Betreiber Sicherheit in ihre tägliche Arbeit bringen. Die in dieser Nachlese zusammengefassten Beiträge haben ihren Schwerpunkt in der pflegerischen Begutachtung. Die für ein Verständnis der „Pflegesprache“ z.B., in der Pflegedokumentation, notwendigen Grundbegriffe, wurden im zweiten Kapitel erläutert. Gleichzeitig sind in diesem Kapitel wichtige und häufig angewendete, Pflegekonzepte erläutert. Oft ist es nötig, gezielt nachzufragen, um Probleme, Unstimmigkeiten oder Pflegedefizite zu erkennen. Die vorgestellten Konzepte und Pflegemethoden beziehen sich auf die am häufigsten verwendeten Modelle und bieten so einen Überblick über die verschiedenen Arbeitsweisen.

Das umfassende Kapitel zur Qualitätssicherung stellt in gleicher Weise die wichtigsten Grundbegriffe zusammen und ermöglicht zusammen mit den Literaturangaben weiteres Arbeiten in diesem Bereich. Wie auch im Handbuch zur Praxis der Heimaufsicht des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend dargestellt, wird es zukünftig nötig sein, klare Kriterien zu formulieren, um Heimaufsicht betreiben zu können. Das Kapitel zur Beurteilung der Ergebnisqualität stellt beispielhaft Möglichkeiten der Prüfung dar. Auch hier ist der Fokus auf den Bereich der Betreuung und Pflege gerichtet.

Ein wichtiger Baustein der Fortbildungsveranstaltung war das Planspiel, welches naturgemäß hier nur in seiner Konzeption dargestellt werden konnte. Es zeigte sich, dass diese Form der Aufarbeitung von Prüfsituationen als hilfreich für die Praxis empfunden wurde, unter anderem da systematisch typische Problemfelder aufgearbeitet werden konnten. Der Abschnitt über Kommunikationstheorien gibt eine kleine Einführung in den fachlichen Hintergrund.

Der Fachinformation angehängt sind praxisorientierte Unterlagen wie Zertifizierungsbögen und Leitlinien. Adressen von einschlägigen Institutionen sowie Internet-Links dienen der weiterführenden Vertiefung der Thematik.

8. Literatur

- Ammenwerth E, Eichstädter, R Schrader U. EDV in der Pflegedokumentation. Schlütersche GmbH & Co. KG, Hannover 2003.
- Arets J et al. Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Eikos Verlag, Bocholt 1996.
- Barth M. Qualitätsentwicklung und –sicherung in der Altenpflege. Urban & Fischer, München 2002.
- Bartholomeyczik S et al. Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs, Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2001.
- Becker C, Lindemann U et al. Sturzprophylaxe. Sturzgefährdung und Sturzverhütung in Heimen. Vincentz Verlag, Hannover 2003.
- Becker C, Lindemann U, et al. Verminderung von sturzbedingten Verletzungen bei Alten- und Pflegeheimbewohner: Erster/Zweiter Jahresbericht des Ulmer Modellvorhabens. Ulm 1999.
- Besselmann K, Sowinski C et al. Qualitätshandbuch Wohnen im Heim. Wege zu einem selbstbestimmten und selbständigen Leben. Ein Instrument zur internen Qualitätsentwicklung in den AEDL- Bereichen. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 1998.
- Blonski H (Hrsg.). Qualitätsmanagement in der Altenpflege - Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfen. Brigitte Kunz Verlag, Hagen 1998.
- Bruhn M. Wirtschaftlichkeit des Qualitätsmanagements. Qualitätscontrolling für Dienstleistungen. Springer Verlag, Berlin Heidelberg 1998.
- Bruhn M. Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Springer Verlag, Berlin Heidelberg 2004.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Gregor V. Wegweiser Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Urban & Fischer Verlag, München 1998.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Stand: April 2002 <http://www.bmfsfj.de>.
- Crößmann G, Iffland S, Mangels R. Taschenkommentar zum Heimgesetz. Vincentz Verlag, Hannover 2002.
- Deutscher Verein: Fachlexikon der sozialen Arbeit. Eigenverlag, Frankfurt am Main, 2002.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP (Hrsg.) Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück 2004.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP (Hrsg.) Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück 2004.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP (Hrsg.) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Einschließlich Kommentierung und Literaturanalyse. Osnabrück 2004.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) Pflegeberichterstattung im Überblick - Eine Studie über Pflegedaten im In- und Ausland. dip/Schlütersche GmbH & Co. KG, Hannover 2003.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) Pflege-Thermometer 2003. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Personalwesens in der stationären Altenhilfe in Deutschland. Köln, Bermuthshain 2003. Download unter: www.dip-home.de.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege Arbeitstexte zur 1. Konsensus-Konferenz in der Pflege. Thema Dekubitusprophylaxe Osnabrück 2000.
- Dittmar M. Vanilleduft und Lavalampe. Altenpflege 03/2001, Vincentz Verlag, Hannover 2001.

- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care; in: Milbank Memorial Fund Quarterly, 1966; 44/66: 166-206.
- DIN EN ISO 9001 – Anleitung für kleine Organisationen INFO 1809. Beuth-Verlag, Berlin 2004.
- Ehmann M, Völkl I. Pflegediagnosen in der Altenpflege. Urban & Fischer Verlag, München 2000.
- Ehmann M, Völkl I. Spezielle Pflegeplanung in der Altenpflege.
Urban & Fischer Verlag, München 2000.
- Engelhardt HD. Total Quality Management (TQM): Konzept – Verfahren – Diskussion. Ziel Verlag, Augsburg 2004.
- Faust R. Indikatoren zur Beurteilung pflegesensitiver Ergebnisqualität in Pflegeheimvergleichen. Messung und Risikobereinigung ausgewählter RAI MDS basierter Qualitätsindikatoren. Diplomarbeit an der Fachhochschule Frankfurt am Main 2003.
- Füsgen I, Melchior H. Inkontinenzmanual: Diagnostik – Therapie – Rehabilitation; Berlin 1997.
- Garms-Homolová V, Schaeffer D. (Hrsg.) Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag, Kassel 2000.
- Hellmann S. Formulierungshilfen für die Pflegeplanung nach den AEDL's - Checklisten für die tägliche Praxis. Brigitte Kunz Verlag, Hagen 2002.
- Henderson V. Das Wesen der Pflege. In: Schaeffer D, Moers M, Steppe H, Meleis A (Hrsg.). Pflegetheorien Beispiele aus den USA. Hans Huber Verlag, Bern 1997.
- Heumann F-W. Gesetze für Pflegekräfte. Brigitte Kunz Verlag, Hagen 2004.
- Huhn S, Kämmer K. Stufen der Pflegequalität. KDA, Köln 1995.
- Höwer, O. Pflegequalität – Was sollte gemessen werden? Notwendigkeit und Möglichkeiten zur Messung pflegebeeinflussbarer Ergebnisqualität in Altenpflegeheimen. Diplomarbeit an der Fachhochschule Frankfurt am Main 2002.
- Huber H. RAI 2.0 – Resident Assessment Instrument Hans Huber Verlag, Bern 2000.
- Igl G, Schiemann D et al. Qualität in der Pflege. Schattauer Verlag, Stuttgart 2002.
- Juchli L. Pflege Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. Thieme Verlag, Stuttgart 1994.
- Kammer K, Schroder B. Pflegemanagement in Alteinrichtungen. Schlütersche Verlagsanstalt, Hannover 2000.
- Kaminske GF, Brauer J-P. Qualitätsmanagement von A bis Z. Hanser Fachbuchverlag, München 2003.
- Katscher L. Geschichte der Krankenpflege. Berlin 1989.
- Klie T. Lehrbuch Altenpflege – Rechtskunde. Vincentz Verlag, Hannover 2001.
- Köther I, Gnamm E. Altenpflege in Ausbildung und Praxis. Thieme-Verlag, Stuttgart 2000.
- Krohwinkel M. Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranken. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlag, Baden-Baden 1993.
- Krohwinkel M. Fördernde Prozeßpflege – Konzepte, Verfahren und Erkenntnisse. In: Osterbrink J (Hrsg.): Erster internationaler Pflegetheorienkongreß. Hans Huber Verlag, Bern 1998.
- Kühne-Ponesch S. Modelle und Theorien in der Pflege. Facultas UTB, Wien 2004. S. 39ff.
- Kuntz E Butz M Wiedemann E. Heimgesetz Kommentar. Verlag C.H. Beck, München 2003.
- Kunz W. Gesetzessammlung für Pflegeberufe. Brigitte Kunz Verlag, Hagen 2003.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V. (KDA). Kleine Datensammlung Altenhilfe.
Moeker Merkur Druck GmbH, Köln 2003.

- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) Grundsatzstellungnahme Dekubitus Stand: Juni 2001. http://www.mds-ev.org/download/P32_Dekubitus.pdf
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 114 SGB XI – überarbeiteter Entwurf, Stand 19.02.03. Essen 2003.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Abschlussbericht Projektgruppe P 39. Essen 2003.
- Meleis AI. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Hans Huber, Bern 1999.
- Michalke C. Altenpflege konkret. Pflege Theorie und Praxis. Urban und Fischer, München 2001.
- Molter-Bock E. Arzneimittel – insbesondere Psychopharmaka – in Münchener Altenpflegeheimen. Einsatz und potentielle Einflussfaktoren. Dissertation. (Vorläufige Fassung vom 04.04.2003). München 2003.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg, Demenz als sozialpolitische Herausforderung - Bestandsaufnahme und Perspektiven der Versorgung Demenzkranker in Brandenburg. Beiträge zur Gesundheits- und Sozialberichterstattung. Potsdam 2002.
- Orem D. Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Ullstein Mosby, Berlin 1997.
- Rantz M, Popejoy L, Lori L. Using MDS Quality Indicators to Improve Outcomes, Gaithersburg 1998.
- Roper N, Logan W, Tierney A. Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht; Basel 1993.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg) Pflege neu denken – Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Schattauer, Stuttgart 2000.
- Rennen-Allhoff B, Schaeffer D (Hrsg.) Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag, Weinheim und München 2003.
- Schäffler A et al. Pflege Heute. Thieme Verlag, Stuttgart 1998.
- Schmitz M, Hofmann W. Qualitätsmanagement für Senioreneinrichtungen - DIN EN ISO 9001 - § 80 SGB XI - Aus der Praxis für die Praxis. Schlütersche GmbH & Co. KG, Hannover 1999.
- Schreier M-M, Bartholomeyczik S. Mangelernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen. Ursachen und Prävention aus pflegerischer Perspektive. Schlütersche GmbH & Co. KG, Hannover 2004.
- Seel M. Die Pflege des Menschen; Kunz Verlag, Hagen 1998.
- Sellmer W. Die zeitgemäße Versorgung chronischer Wunden; Hamburg 2002.
- Sowinski C, Behr R. Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Materialien für die Umsetzung der Stundentafel; KDA Köln 2002.
- Sowinski C et al. Theoriegeleitetes Arbeiten in Ausbildung und Praxis - Ein Baustein zur Qualitätssicherung in der Altenpflege. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) Forum 24, Köln 1997.
- Sozialgesetzbuch SGB. Fachverlag CW Haarfeld GmbH, Essen 2004.
- Schulz von Thun F, Ruppel J, Stratmann R. Miteinander reden: Kommunikationspsychologie für Führungskräfte. Rowohlt Tb Verlag, Reinbek bei Hamburg 2003.
- Schulz von Thun F. Miteinander Reden 1. Störungen und Klärungen. Rowohlt Tb Verlag, Reinbek bei Hamburg 2003.
- Schulz von Thun F. Miteinander Reden 2. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Rowohlt Tb Verlag, Reinbek bei Hamburg 2002.

- Schulz von Thun F. Miteinander Reden 3. Das Innere Team und situationsgerechte Kommunikation. Rowohlt Tb Verlag, Reinbek bei Hamburg 2002.
- Tackenberg P, Abt-Zegelin A. Demenz und Pflege. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2003.
- Thomann C, Schulz von Thun F. Klärungshilfe. Rowohlt Tb Verlag, Reinbek bei Hamburg 2003.
- Vitt G. Pflegequalität ist messbar - Auswirkungen des SGB XI auf die Qualität der ambulanten Pflege. Schlütersche GmbH & Co. KG, Hannover 2002.
- Walker A. Theoriebildung in der Pflege. Ullstein Verlag, Wiesbaden 1998.
- Watzlawick P, Beavin, JH, Jackson D. Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Hans Huber Verlag, Bern 2000.
- Weigert J. Der Weg zum leistungsstarken Qualitätsmanagement - Ein praktischer Leitfaden für die ambulante, teil- und vollstationäre Pflege. Schlütersche GmbH & Co. KG, Hannover 2003.
- Zollondz H-D. Grundlagen Qualitätsmanagement. Einführung in Geschichte, Begriffe, Systeme und Konzepte. Oldenbourg Verlag, München 2002.

9. Anlaufstellen in Bayern

Landeshauptstadt München

Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege

Rathaus, Marienplatz 8,

2. Stock, Zi.-Nr. 283

80331 München

Tel.: 089 / 233 -969 66

Fax: 089 / 233 - 219 73

e-Mail: staedtische_beschwerdestelle.altenpflege@muenchen.de

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

Landesverband Bayern e.V.

Romanstr. 67

D-80639 München

Telefon: 089/17 99 70 -0

Telefax: 089/17 85 647

E-Mail: bayern@dbfk.de

Seniorenamt/Stadtseniorenrat

Beschwerde- und Schlichtungsstelle Pflege

Veilhofstraße 34

90489 Nürnberg

Ansprechpartnerin: Heide Stumm

Telefon: 0911 - 231 65 55

Fax: 0911 - 231 65 12

E-Mail: Heide_Stumm@sena.stadt.nuernberg.de

Beratungsstelle der Bayerischen Architektenkammer

"Planen und Bauen für alte und behinderte Menschen"

Nymphenburger Str. 171,

Alten- und Service-Zentrum, EG

80634 München

Tel. 13 03 96 99,

Sprechzeiten 15.00 -17.00 Uhr

10. Internet-Links

http://www.quality.de/lexikon	Begriffe im Qualitätsmanagement
http://www.ktg.de/	QM im Gesundheitswesen
http://www.aqs.de/organisationen/zertifizierungsstellen.htm	Liste akkreditierter Zertifizierungsstellen
http://www.dip-home.de	Institut für angewandte Pflegeforschung
http://www.stmas.bayern.de/pflege/konzept/index.htm	Ministeriumsseite
http://www.cultus.info/	Gesetze, Verordnungen, Standards, Download
http://www.menschen-pflegen.de/enid/1b4546911192ace313a934cea28481e7,55a304092d09/a5.html	Musterdokumentation Download
http://www.dnqp.de/	Veröffentlichungen Expertenstandards
http://www.geroweb.de/altenheim/heimmindestbauverordnung.html	Gesetze, Startseite mit vielen Infos
http://www.Pflege-Deutschland.de	Online-Magazin rund um Pflege
http://www.pflegenet.com	Internet Server für Pflege, interessante Facharbeiten
http://www.pflegeboard.de	Forum rund um Pflege
http://www.pflegelinks.de	zusätzliche Links zum Thema Pflege
http://www.pflegen.online.de	Forum rund um Pflege
http://www.pflegerechtportal.de	Entgeltliche Seite zu Pflege-rechtsfragen
http://www.dbfk.de	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
http://www.muenchen.de/beschwerdestelle-altenpflege	Beschwerdestelle der LHS München
http://www.medical-tribune.de	Informationen zu medizinischen Aspekten
http://www.wernerschell.de	Info für Pflege- u. sonstige Gesundheitsberufe
http://www.nutriinfo.de	Infos und Datenbank rund um Ernährung
http://www.nahrungsverweigerung.de	Ernährung und Demenz
http://www.bagso.de	Bundes-AG der Senioren-Organisationen
http://www.ernaehrung.de	Infos, Fragebögen , Adressen zum Thema Ernährung
http://www.hospiz.net/bag/	Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG)
http://www.eapcnet.org	European Association for Palliative Care (EAPC)
http://www.dgpalliativmedizin.de	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin DGP

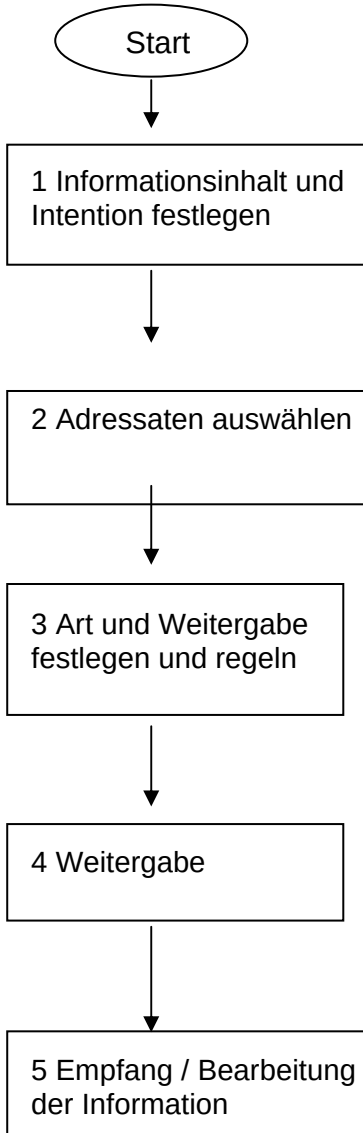
11. Abkürzungsverzeichnis

AEDL	Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens (nach Krohwinkel)
AltPflG	Altenpflegegesetz
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens (nach Roper / Juchli)
BA	Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DBVA	Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.
DIN	Deutsche Industrie Norm
DPR	Deutsche Pflegerat e.V.
DPV	Deutscher Pflegeverband
EFQM	European Foundation for Quality Management
EQA	Europäischer Qualitätspreis
IADL	Instrumental Activities of Daily Living Scale (Lawton und Brody)
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
MDS	Minimum Data Set
PDL	Pflegedienstleitung
PQsG	Pflegequalitätssicherungsgesetz
PVG	Pflegeversicherungsgesetz
RAI	Resident Assessment Instrument
RAPs	Resident Assessment Protocols
SGB	Sozialgesetzbuch
SL	Stationsleitung
TQM	Total Quality Management

12. Anhang

Anhang 1: Beispiel für einen Ablaufplan zum Thema Kommunikation im Heim

Ablaufplan



Beispiel: Übergabe:

Pflegefachkraft im Dienst. – Gedanken zu der aktuellen Schicht: Was ist wichtiges passiert, welche Vorkommnisse gab es, was muss der nächsten Schicht mitgeteilt werden, was muss noch erledigt werden, weil keine Zeit mehr war, u.a.m.

An wen aus der nächsten Schicht muss welche Info weitergegeben werden. Hilfskraft <-> Fachkraft. Gibt es Informationen, die die PDL erhalten muss. z.B. neue Dekubitusfälle, u.a.m.

Art: z.B. mündlich <-> schriftlich, z.B. in Form von Protokoll, Mitschriften oder ähnliches, Festlegung, wer an wen und wie oft, wo? z.B. in der Stationsküche mit SL, Fachkräfte Hilfskräfte und Zivi, Dauer eine Stunde, PDL bei Bedarf dabei?, u.a.m.

Tatsächliche Übermittlung: z.B. Gespräch, stattfindenden Übergabe, u.a.m.

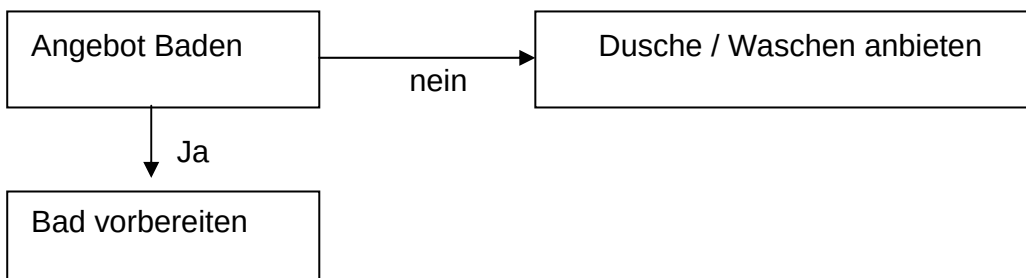
Umsetzung der in der Übergabe besprochenen Tätigkeiten: z.B. Bewohner x baden, da in der Frühschicht kein Zeit war, aber ein Bad vom Bewohner gewünscht

Wenn Fehler auftreten: z.B. Bewohner x ist nicht gebadet worden!

Anhand des Ablaufs überprüfen, woran es gelegen hat. So ist z.B. ein möglicher Fehler bei 2, dass das falsche Personal informiert wurde. Wenn Baden eine Tätigkeit im Zuständigkeitsbereich von Frau Y ist, muss diese auch der Adressat sein.

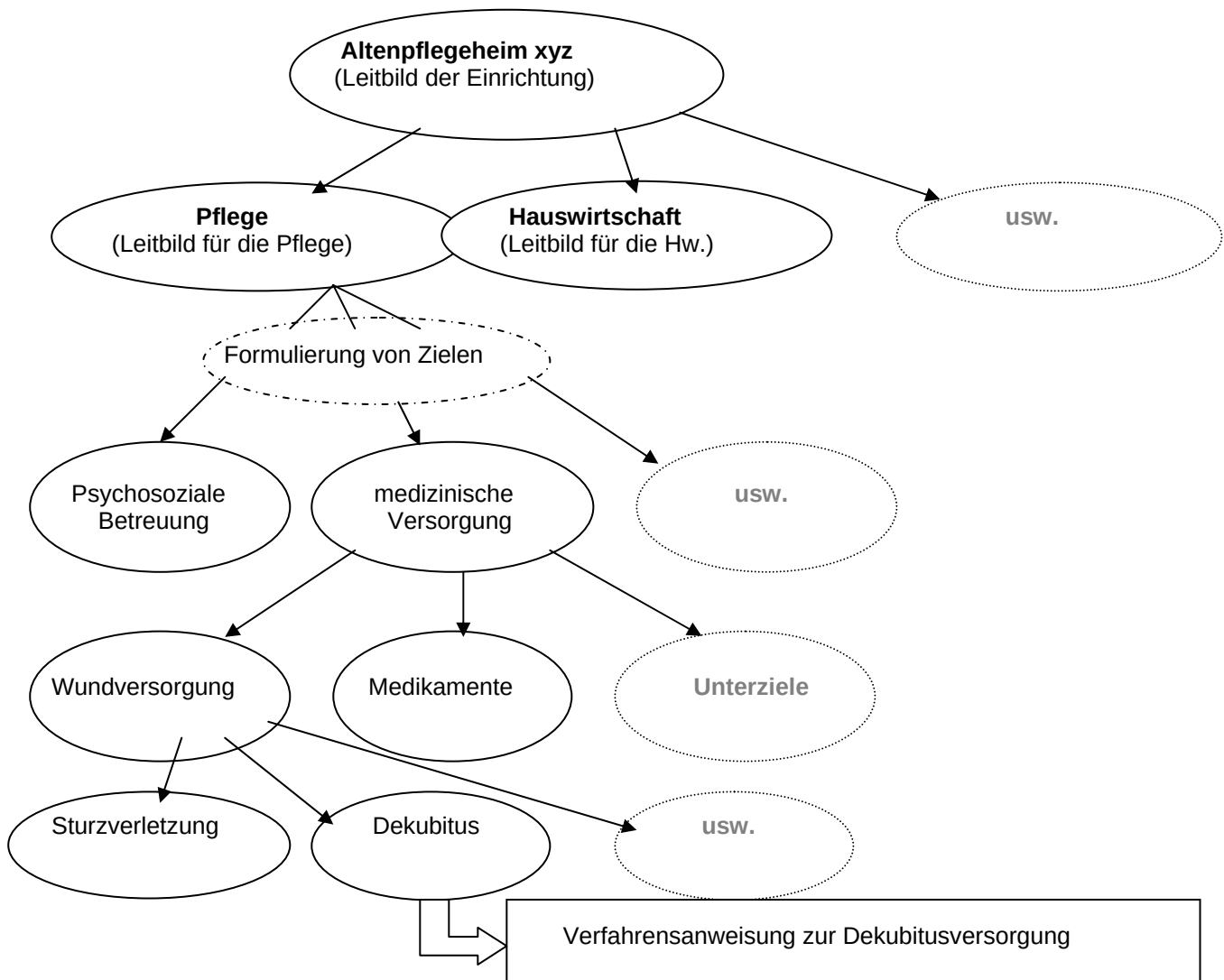
Oder Fehler bei 4: Weitergabe mangelhaft: eine Möglichkeit ist, dass der Pflegestandard vorhanden ist, aber nicht auf der Station ausliegt.

Häufig gibt es auch ja – nein Unterteilungen mit daraus resultierenden Handlungsalternativen:



Anhang 2: Beispiel eines Baumdiagramms für die Zieldefinition in Verfahrensanweisungen

Verfahrensanweisungen sind Anweisungen durch den Arbeitgeber, wie in einer bestimmten Situation verfahren werden soll.



Anhang 3: Auszüge aus einer Verfahrensweisung hauswirtschaftliche Versorgung - Ernährung⁵²

Beachten Sie:

- Wünsche, Bedürfnisse und (Ess-)Gewohnheiten der Patienten stehen im Vordergrund.
- Trinken und Essen werden altersgerecht, nahrhaft und schmackhaft zubereitet.
- Religiöse Erfordernisse und Gebräuche werden berücksichtigt.....

Akteure:

- Alle hauswirtschaftlichen Mitarbeiter
- Alle Mitarbeiter, die hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernehmen (auch examinierte)
- Pflegekräfte....

Ziel:

- Die Wünsche bei der Auswahl der Speisen und eines Mahlzeitendienstes werden unter medizinischen Notwendigkeiten berücksichtigt.
- Der Patient nimmt seine Mahlzeiten in seinem gewohnten Rhythmus und zu einer fest vereinbarten Zeit in Ruhe ein.
- Abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung der Patienten

Verfahrensablauf

Grundsätzlich:

- Der Kunde ist, wenn pflegefachlich indiziert, regelmäßig nach seinen Ess- und Trinkwünschen zu befragen.
- Alle Leistungen werden in der Patientendokumentation dokumentiert.
- Bei der Zubereitung von Nahrung ist auf den sorgsamen Umgang mit dem Eigentum des Patienten zu achten (Geschirr usw.)....
- Bei jedem Einsatz wird der Patient angeregt, ausreichend Flüssigkeit zu sich zu nehmen.....

Speisenabstimmung und Kostenklärung:

- Frühstückszubereitung durch Mitarbeiter
- Mittagessenzubereitung durch Mitarbeiter
- Abendbrotzubereitung durch Mitarbeiter
- Festlegung des Haushaltsgeldes und deren Verfahren (s. Dokumentationsmappe).....

Zubereitung der Nahrung:

- Der Speiseplan wird mit dem Patienten abgestimmt.
- Die Nahrung wird den Fähigkeiten entsprechend mundgerecht zubereitet.
- Die Nahrung wird unter Berücksichtigung von Essgewohnheiten und med. Notwendigkeiten zubereitet.
- Ein routinemäßiges mundgerechtes Zubereiten ist zu vermeiden, die bestehende Kaufähigkeit/ Schluckfähigkeit des Patienten soll genutzt werden.....

Übergabe und Verteilung und Abholung der Speisen:

- sämtliche warmen Speisen werden in geschlossenen Wärmewägen aufbewahrt
- Der bestückte Wagen wird auf direktem Weg auf die Station gebracht
- Übergabe auf der Station an die zuständige Pflegekraft
- Abholung der Wägen erfolgt in zeitlicher Nähe....

Zugehörige Unterlagen:

- Pflegedokumentation
- Pflegevisite
- Verfahrensweisung
- Leitbild hauswirtschaftliche Versorgung

Zu dokumentieren:

- Pflegedokumentation / Leistungsbogen

Zu ändern nur durch:

- Verantwortliche Pflegefachkraft

Fassung: Nr.

Erstellungsmonat: Juli 04

Erstellt von: Name, Position

Überarbeitungsmonat:

⁵²<http://www.pdl-konkret.de/download.php3?file=content/pflege-management/22.pdf>

Anhang 4: Checkliste Hygiene in Alten- und Pflegeheimen⁵³

Personaleinsatz/Kenntnisse im Bereich der Hygiene

Ist eine Hygienefachkraft vorhanden?

☐ ja ☐ nein

☐ im Hause beschäftigt Std/Woche

☐ externe Fachkraft

Einsatzzeiten:

☐ Std/Monat ☐ Tage/Monat

☐ auf Anforderung

☐ nicht festgelegt

Ausbildung gemäß Anlage zu Ziffer 5.3.7 RKI-Richtlinie

☐ ja ☐ nein

Gibt es einen/eine "Hygienebeauftragten" ?

☐ ja ☐ nein

Wird das Personal hygienisch geschult?

☐ ja ☐ nein

Wer führt die Schulung durch?

- ☐ Hygienefachkraft
- ☐ Hygienebeauftragte
- ☐ Heimleitung
- ☐ externe Fortbildung

In welchen Abständen erfolgen die Schulungen?

- ☐ halbjährlich
- ☐ jährlich
- ☐ nicht festgelegt

Nachweise über die Schulung vorhanden

☐ ja ☐ nein

Nachweise eingesehen

☐ ja ☐ nein

Erfolgt bei Neueinstellung eine Hygieneschulung/Belehrung?

☐ ja ☐ nein

⁵³ Billing J. Bischoff H. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Erlangen u. Oberschleißheim 2005 Gesetzliche Grundlagen: § 12 Heimgesetz, § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG), Art. 8 GDG.

Hygienestandards

Für folgende hygienerelevante Tätigkeiten liegen schriftliche und vom Pflegepersonal jederzeit einsehbare Hygienestandards vor:

- ☐ Händewaschen, Händedesinfektion
- ☐ Durchführung von Injektionen und Infusionen
- ☐ Pflege peripherer Verweilkanülen
- ☐ Legen eines Harnblasenkatheters
- ☐ Harnblasenkatheterpflege/-wechsel
- ☐ Anlegen von Wundverbänden
- ☐ Durchführung von Verbandswechseln
- ☐ Dekubitusprophylaxe
- ☐ Pneumonieprophylaxe und Absaugung
- ☐ Durchführung von Inhalationen
- ☐ Infektionsprävention bei Sondenernährung
- ☐ Stomapflege

Die Standards wurden erstellt von

- ☐ Hygienefachkraft
- ☐ Hygienebeauftragte
- ☐ Heimleitung
- ☐ sonstige:

Standards eingesehen

- ☐ ja ☐ nein

Zur Hände- und Hautdesinfektion werden folgende Präparate verwendet:

Hände:

Haut:

DGHM-gelistet

- ☐ ja ☐ nein

Die verwendeten Mittel stimmen mit den in den Standards aufgeführten Mitteln überein

- ☐ ja ☐ nein

Hygiene- und Desinfektionspläne

Für folgende Bereiche liegen Hygienepläne vor:

- ☐ Flächenreinigung/-desinfektion Pflegebereich
- ☐ Wäschereinigung/-desinfektion
- ☐ Küchenbereich
- ☐ Abfallentsorgung

Verwendete Desinfektionsmittel/-verfahren

Fläche: DGHM-gelistet ☐ ja ☐ nein

Wäsche: DGHM-gelistet ☐ ja ☐ nein

Küche

Händedesinfektion: DGHM-gelistet ☐ ja ☐ nein

Händedekontamination: DGHM-gelistet ☐ ja ☐ nein

Flächendesinfektion: DVG-gelistet ☐ ja ☐ nein

Die verwendeten Mittel stimmen mit den in den Hygieneplänen aufgeführten Mitteln/Verfahren überein

☐ ja ☐ nein

Prüfung von Desinfektions- und Sterilisationsverfahren

Instrumentenreinigung/-desinfektion

- ☐ manuell
☐ in Reinigungs-Desinfektionsautomaten

bei automatischer Reinigung/Desinfektion

Prüfungsintervall (mikrobiologisch)

- ☐ vierteljährlich
☐ halbjährlich
☐ anders:

Prüfprotokolle

- ☐ vorhanden
☐ nicht vorhanden

bei manueller Reinigung/Desinfektion:

Verwendete Mittel:

- ☐ DGHM/RKI-gelistet
☐ sonstige

Sterilisation

- ☐ Dampfsterilisation (DIN 58946-6; DIN EN 285; DIN EN 554)

Laufende Kontrolle der Sterilisationsprozesse

☐ ja ☐ nein

Chargendokumentation (Registrierung von Druck, Temperatur, Zeit)

☐ ja ☐ nein

Verwendung von Chemoindikatoren

☐ ja ☐ nein

Dampfdurchdringungstest vor Sterilisationsbeginn (Bowie-Dick-Test)

☐ ja ☐ nein

Periodische Kontrolle / Bioindikatoren (DIN EN 866-3)

- ☐ vierteljährlich
☐ halbjährlich
☐ anderes Intervall:
☐ keine Kontrolle

☐ Heißluftsterilisation

Die Heißluftsterilisation sollte wegen Unzulänglichkeiten wie materialabhängiger Ausgleichszeiten und fehlender Möglichkeiten einer Verfahrensvalidierung durch die Dampfsterilisation ersetzt werden (Anwendungen nur zur Sterilisation von Glaswaren im Labor- und/oder Apothekenbereich).

Maßnahmen bei Auftreten von übertragbaren Erkrankungen

Erfolgt bei Auftreten von gehäuft auftretenden Infektionen

☐ ja ☐ nein

eine Meldung an das Gesundheitsamt (§ 6 IfSG)?

Welche Maßnahmen werden vorgenommen?

- bei Heimbewohnern

- ☐ Klärung des Übertragungsmechanismus/Infektionsquelle
- ☐ Festlegung von Distanzierungsmaßnahmen
- ☐ Überprüfung hygienischer Maßnahmen
- ☐ Einleitung mikrobiologischer Untersuchungen
- ☐ Aufklärung der Erkrankten bezüglich Übertragung/Symptomatik/Hygienemaßnahmen

- bei Mitarbeitern

- ☐ Einhaltung sorgfältiger Händedesinfektionsmaßnahmen
- ☐ Tragen von Gesichtsmasken
- ☐ Tragen von Schutzhandschuhen

Bei Durchfallerkrankungen Mitteilung an

- ☐ Pflegedienstleitung
- ☐ Küchenleitung
- ☐ Heimleitung

(zu Maßnahmen gegen das Auftreten von übertragbaren Erkrankungen siehe auch arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen § 36 IfSG und § 15 BiostoffV)

Umgang mit Trägern multiresistenter Keime, z. B: MRSA, VRE

(siehe auch Empfehlungen der RKI-Richtlinie)

Existiert ein spezieller Hygieneplan zur Vorgehensweise

☐ ja ☐ nein

bei Auftreten von multiresistenten Erregern

Bestehen Schutzmaßnahmen bei Bewohnern mit Immundefiziten

☐ ja ☐ nein

oder großflächigen Wunden oder nässenden Ekzemen vor Bewohnern, die als Träger multiresistenter Keime bekannt sind?

Welche speziellen Maßnahmen werden bei bekannter Kolonisierung durchgeführt, sofern die Bewohner eine Infektionsgefährdung darstellen?

- ☐ Einzelzimmerunterbringung
- ☐ Standard-Kohortisolierung

Sanierung in Abstimmung mit dem Heimarzt

- ☐ Mupirocin
- ☐ andere nasale Antiseptika
- ☐ antiseptische Mundspülungen/Waschungen

Wird der Informationspflicht bei Klinik- bzw. Heimverlegung nachgekommen?

- ☐ ja ☐ nein

Ist der Trägerstatus in den Unterlagen dokumentiert?

- ☐ ja ☐ nein

Erfolgt bei Auftreten von MRSA-Fällen Kontaktaufnahme mit dem Gesundheitsamt?

- ☐ ja ☐ nein

Welche Grundsätze gelten bei unbekanntem Trägerstatus von Heimbewohnern mit großen offenen Wunden, Atemwegsinfekten und Stuhlinkontinenz?

- ☐ Einzelzimmerunterbringung
- ☐ bakteriologisches Screening
- ☐ laufende Desinfektionsmaßnahmen nach DGHM-Liste
- ☐ Besondere personelle Hygienemaßnahmen

Sonstiges:

Finden Fortbildungen zum Thema multiresistente Erreger statt?

- ☐ ja ☐ nein

Letzte Fortbildung:

Hinsichtlich weitergehender Informationen bezüglich räumlich-funktioneller Gegebenheiten sowie betrieblich-organisatorischer Maßnahmen siehe Literaturverzeichnis.



Heimaufsicht
der Regierung
von Oberbayern



Landeshauptstadt
München

Beschwerdestelle
für Probleme in der Altenpflege
Betreuungsstelle beim Sozialreferat
Heimaufsicht beim
Kreisverwaltungsreferat
Referat für Gesundheit und Umwelt



Medizinischer Dienst
der Krankenversicherung
in Bayern

An alle stationären Einrichtungen der Altenpflege in München

Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen

Aus einigen Einrichtungen wurde der Wunsch an die städtische Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege herangetragen, die unterschiedliche Handhabung zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen aufeinander abzustimmen und zu vereinheitlichen. Deshalb haben alle damit befassten Institutionen in einem Arbeitskreis die nachfolgenden Empfehlungen, in die auch die Erfahrungen aus Probeläufen in einigen Einrichtungen eingeflossen sind, erarbeitet. Die Heimaufsicht der Regierung von Oberbayern und des Kreisverwaltungsreferates der Landeshauptstadt München, verschiedene Dienststellen der Landeshauptstadt München und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern werden künftig diese Empfehlungen zur Grundlage ihrer beratenden und kontrollierenden Tätigkeit machen.

Da freiheitsentziehende Maßnahmen ein elementares Grundrecht berühren, gilt grundsätzlich, solche Maßnahmen, wenn irgendwie möglich, zu vermeiden.

Wenn freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB erforderlich erscheinen, so ist dringend zu empfehlen, dies in offenen Gesprächen mit allen Beteiligten (Betroffene, Angehörige, rechtliche Betreuer oder Bevollmächtigte, Ärzte, Pflegekräfte usw.) zu erörtern, um möglichst viele Perspektiven einzubeziehen und einvernehmlich die beste Lösung zu finden.

Die nachfolgenden Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen sind wie folgt unterteilt:

Empfehlungen für Pflegekräfte: Eine leicht verständliche, kurze Zusammenfassung für alle Pflegekräfte zum Aushang auf Stationen (siehe Rückseite).

Empfehlungen an die Leitungen (Heim-, Pflegedienst-, Stationsleitungen): Eine ausführliche Darstellung der rechtlichen Grundsätze, der von Pflegenden zu ergreifenden Maßnahmen und der erforderlichen Dokumentation.

Adressen der Ansprechpartner bei Problemfällen

Dokumentations- Einlegeblätter zu den verschiedenen Fällen mit jeweils beigelegter Beispieldokumentation zur Verwendung in den Dokumentationsunterlagen.

Kontakt: Städt. Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege München, Tel: 089/233-2 06 60, Fax: 089/233-2 19 73;
Internet: <http://www.muenchen.de/beschwerdestelle-altenpflege>
Stand: Juni 2001



Heimaufsicht
der Regierung
von Oberbayern



Landeshauptstadt
München

Beschwerdestelle
für Probleme in der Altenpflege
Betreuungsstelle beim Sozialreferat
Heimaufsicht beim
Kreisverwaltungsreferat
Referat für Gesundheit und Umwelt



Medizinischer Dienst
der Krankenversicherung
in Bayern

Zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen: Empfehlungen für Pflegekräfte

Grundsätzliches:

Wenn die Bewegungsfähigkeit einer Person eingeschränkt werden soll, kann es sich um eine freiheitsentziehende Maßnahme nach § 1906 Abs. 4 BGB handeln

Freiheitsentziehende Maßnahmen können z. B. sein:

Mechanische Maßnahmen: Bettgitter, Bauchgurt im Bett oder Stuhl, Vorsatztisch, Festbinden der Arme und / oder Beine, Schutzdecken etc.

Verabreichung von Medikamenten (Psychopharmaka), die mit dem Ziel gegeben werden, Betroffene am Verlassen des Bettes oder der Einrichtung zu hindern. Bei Verabreichung von Medikamenten zu Heil- und therapeutischen Zwecken liegt keine freiheitsentziehende Maßnahme vor, auch wenn als Nebenwirkung der Bewegungsdrang Betroffener eingeschränkt wird.

Fall A: **Selbst einwilligungsfähige Betroffene: keine richterliche Genehmigung, aber schriftliche Einwilligung der/des Betroffenen**

Grundsätzlich entscheidet der/die Betroffene selbst über die Anwendung, Dauer und Beendigung von freiheitsentziehenden Maßnahmen. Dazu muss er/sie in der Lage sein, den Sinn und Zweck der freiheitsentziehenden Maßnahme zu verstehen. Bei **Zweifeln an der Einsichtsfähigkeit** ist ein **ärztliches Attest** darüber einzuholen.

Fall B: **Nicht einwilligungsfähige und nicht bewegungsfähige Betroffene: keine richterliche Genehmigung, aber ärztliches Attest über die Bewegungsunfähigkeit**

Keine freiheitsentziehende Maßnahme ist bei Bewegungsunfähigkeit des/der Betroffenen z.B. ein Bettgitter, das ausschließlich dem Schutz vor Stürzen aus dem Bett bei ungesteuerten und unwillkürlichen Bewegungen dienen soll. Hierzu ist jedoch ein **ärztliches Attest** erforderlich, das die **Bewegungsunfähigkeit** der/des Betroffenen bestätigt.

Fall C: **Nicht einwilligungsfähige aber bewegungsfähige Betroffene: nur mit richterlicher Genehmigung**

Ist der/die Betroffene nicht mehr in der Lage selbst einzuwilligen, **muss** die **Genehmigung** einer freiheitsentziehenden Maßnahme **beim Vormundschaftsgericht** in der Regel durch Betreuer oder Bevollmächtigte beantragt werden. Andere Personen wie Heimpersonal, Angehörige usw. haben grundsätzlich keinerlei Entscheidungsbefugnis.

Fall D: **Akute Gefährdungssituation: keine richterliche Genehmigung, sorgfältige Dokumentation und Prüfung von Alternativen**

Bei Gefahr im Verzug (akute Selbst- oder Fremdgefährdung) muss das Pflegepersonal selbstverantwortlich handeln und über freiheitsentziehende Maßnahmen **bis zu 3 Tagen*** selbst entscheiden. Ein **Beschluss** des Vormundschaftsgerichts ist dazu **nicht erforderlich**. Bei anhaltender Selbst- oder Fremdgefährdung über einen Zeitraum **von länger als 3 Tagen*** oder **im wiederholten Fall** ist ein **Beschluss** des Vormundschaftsgerichts **erforderlich**. (Dann tritt Fall C ein) (*Handhabung in München)



Heimaufsicht der Regierung
von Oberbayern



Landeshauptstadt
München

Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege - Betreuungsstelle beim Sozialreferat
- Heimaufsicht beim Kreisverwaltungsreferat - Referat für Gesundheit und Umwelt



Medizinischer Dienst der
Krankenversicherung in Bayern

Zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen

Empfehlungen an die Leitungen (Heimleitungen, Pflegedienstleitungen, Stationsleitungen)

- Wenn die Bewegungsfreiheit von nicht einwilligungsfähigen Betroffenen eingeschränkt werden soll, kann es sich um freiheitsentziehende Maßnahmen gemäß § 1906 Abs. 4 BGB handeln. Dazu können mechanische Maßnahmen (Bettgitter, Gurte, Vorsatztisch, Schutzdecken...) oder die Verabreichung von Medikamenten gehören (der/die Betroffene soll am Verlassen des Bettes oder der Einrichtung gehindert werden).
- Grundsätzlich entscheidet die/ der Betroffene selbst über die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen. Ist sie/er hierzu nicht in der Lage, muss dafür eine richterliche Genehmigung erwirkt werden. Diese beantragen in der Regel für sie/ihn Bevollmächtig mit Antragsrecht laut Vorsorgevollmacht oder rechtliche Betreuer mit dem Aufgabenkreis „Aufenthaltsbestimmung und Gesundheitsvorsorge“. Andere Personen wie Heimpersonal, Ärzte oder Angehörige haben keine Entscheidungsbefugnis. Nur bei Gefahr im Verzug (akute Selbst- oder Fremdgefährdung) dürfen und müssen sie handeln. Wenn es weder Betreuer noch Bevollmächtigte gibt, unterrichtet die Einrichtung das Vormundschaftsgericht von der Notwendigkeit einer freiheitsentziehenden Maßnahme und sollte sich auch über den Stand der Bearbeitung auf dem Laufenden halten.

Im Folgenden werden einige Fallkonstruktionen erläutert, mit denen die Aufsichts- und Beratungsbehörden besonders häufig in den Einrichtungen befasst werden.

Kontakt: Städt. Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege München, Tel: 089/233-2 06 60, Fax: 089/233-2 19 73; Internet: <http://www.muenchen.de/beschwerdestelle-altenpflege> Juni 2001

Ansprechpartner für Leitungen bei Problemen sind:

➤ **Betreuungsstelle der Landeshauptstadt München**

Mathildenstr. 3a,
80336 München,
Tel. 233-25990 Fax: 233-25056

➤ **Vormundschaftsgericht**

Linprunstr. 22,
80335 München,
Tel. 5597-4903 Fax: 5597-4900

➤ **Referat für Gesundheit und Umwelt
Geschäftsstelle kommunale Psychiatrie**

für Fragestellungen zu Psychopharmakatherapie und Einsatz von Psychopharmaka als freiheitsentziehende Maßnahme

Implerstr. 9,
81371 München,
Frau Dr. Gaupp, Tel. 233 – 21 855
Frau Dr. Trenner, Tel. 233 – 21 853
Fax: 233 – 21 903

Anhang 6: Empfehlungen zum Umgang mit der Pflegedokumentation

Empfehlungen zum Umgang mit der Pflegedokumentation

In den stationären Einrichtungen der Altenpflege finden wir sehr große Unterschiede im Entwicklungsstand und Umgang mit der Pflegedokumentation. Mit den nachfolgenden Empfehlungen möchten wir zur Qualitätsentwicklung in diesem Bereich beitragen.

- Es sollen damit Impulse und Orientierungshilfen für eine professionelle Pflegedokumentation gegeben werden, um diese als Instrument zur Verbesserung der Qualität der Pflege zu verstehen.
- Wir bieten Hinweise auf fachliche Gütekriterien und stetige Entwicklungsmöglichkeiten.
- Wir geben Anregungen für konkrete Verbesserungen, auch Vereinfachungen und eine Konzentration auf Wesentliches (z.B. als Anstoß für Qualitätszirkel).
- Diese Empfehlungen berühren oder verändern nicht den Prüfauftrag der gesetzlich damit beauftragten Organe. Sie sind nicht als Checkliste für Prüforgane oder zur Vorbereitung auf Kontrollen miss zu verstehen.

Eine professionell geführte Pflegedokumentation sollte folgende übergeordnete Ziele verfolgen:

- Die Dokumentation erfasst individuelle Bedürfnisse und ermöglicht eine fachkompetente, ineinander übergreifende und von konkret beschriebenen Zielen geprägte Pflege für die betroffenen alten Menschen.
- Sie zeigt Entwicklungen und Prozesse sowie die Wirkung von pflegerischen Maßnahmen auf und verringert die Beliebigkeit und Willkürlichkeit der Pflege. Pflegedokumentation ist ein Spiegel der Qualität der Pflege und kein Selbstzweck.
- Sie gibt Pflegenden fachliche und persönliche Sicherheit und Klarheit. Sie erreicht mehr Transparenz für alle Beteiligten und schafft letztlich größere Arbeitszufriedenheit.
- Gute Pflegedokumentation erleichtert die Arbeit. Schlechte Dokumentation erschwert Abläufe, reduziert Qualität, verringert die Zufriedenheit aller Beteiligten und grenzt in manchen Fällen auch an eine gefährliche Pflege.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass wir uns der Grenzen der gegebenen Rahmenbedingungen bewusst sind. Trotz allem gilt es die Spielräume des Möglichen für Träger, Einrichtungen und die einzelnen Pflegenden verantwortungsbewusst, kreativ und konstruktiv zu nutzen.

Diese Empfehlungen werden an alle Träger und Leitungen der stationären Einrichtungen der Altenpflege in München, an die Fachschulen für Altenpflege in München und an die Berufsverbände der Pflege in München versandt.



91058 **Erlangen**
Eggenreuther Weg 43
Tel.: 09131/764-0



85764 **Oberschleißheim**
Veterinärstr. 2
Tel.: 089/31560-0



97082 **Würzburg**
Luitpoldstr. 1
Tel.: 0931/41993-0

www.lgl.bayern.de

**Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit**
Eggenreuther Weg 43, 91058 Erlangen

Telefon: 09131/764-0
Telefax: 09131/764-102

Internet: www.lgl.bayern.de
E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de

Druck: Print Com, Erlangen