

Referenzmodelle

Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege –
Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts

5

Gefördert von:

Spitzenverbände
der Pflegekassen



Referenzmodelle

Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege –
Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts

5

Verfasser/-innen Teil A:

U. Korte-Pötters (IPW), K. Wingenfeld (IPW), D. Heitmann (IPW)

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

Verfasser/-innen Teil B:

B. Rehling (ISS), M. Menke (FFG)

unter Mitarbeit von R. Bernards (ISS), H. Heinrich (ISS), M. Krohn (ISS),

I. Kowalski (FFG), A. Kuhlmann (FFG), E. Schnabel (FFG), U. Vogelwiesche (FFG)

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

Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (FFG)



Eine Vorbemerkung zum Sprachgebrauch:
Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im vorliegenden Handbuch überwiegend die männliche Form der Personenbezeichnung verwendet. Die weiblichen Beteiligten und Betroffenen werden um Verständnis gebeten.

Vorwort

Der Leitfaden „Referenzkonzept Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege“ fußt auf den Erfahrungen, die im Rahmen eines Modellprojektes von zwanzig „Referenzeinrichtungen“ unter Mitarbeit von Pflege- und Organisationswissenschaftlern entwickelt und erprobt wurden. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse, Methoden und Instrumente sind prinzipiell auch in anderen Pflegeheimen anwendbar.

Der Leitfaden soll für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Handreichung und Wegweiser für das Qualitätsmanagement in ihren Heimen sein.

Das dem Leitfaden zu Grunde liegende Referenzkonzept ist ein dynamisches. Dadurch ist es einerseits anschlussfähig, weil es auch bei unterschiedlichen Niveaus bisheriger Pflegequalität in Heimen jederzeit einen Einstieg in den Qualitätsverbesserungsprozess zulässt. Es ist darüber hinaus aber auch fortschreibungsfähig, weil die in ihm enthaltenen Rahmenkonzepte und Grundsätze später noch um weitere Konzeptbausteine ergänzt werden können. Dies gilt insbesondere für das noch in Vorbereitung befindliche Pflegebedarfsgruppenkonzept sowie für die spätere Integration eines Personalbedarf-Bemessungsverfahrens.

Dieser Leitfaden wäre ohne das Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der beteiligten Referenzeinrichtungen, ohne die Unterstützung der Mitglieder des Landespflegeausschusses sowie die Bereitschaft der Spitzenverbände der Pflegekassen und des Bundesministeriums für Gesundheit, sich neben dem Land Nordrhein-Westfalen finanziell an der Projektförderung zu beteiligen, nicht möglich gewesen. Ihnen allen gilt mein Dank ebenso wie dem Diakonischen Werk Westfalen-Lippe, das eine Vielzahl unverzichtbarer organisatorischer Aufgaben übernommen hat.

Meine besondere Anerkennung gilt darüber hinaus dem Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund, dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und dem Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Frankfurt a. M. Sie haben in enger Kooperation mit den zwanzig Modelleinrichtungen die Konzepte und Ideen entwickelt, verfeinert und in der Praxis erprobt. Sie sind hier, verbunden mit einer Vielzahl von Hinweisen und Hilfen für die praktische Übertragung in die tägliche Arbeit von Pflegeheimen, aufbereitet und dargestellt.

Ich würde mich freuen, wenn viele Pflegeheime diesen Leitfaden zur Grundlage ihrer Bemühungen um eine weitere Qualitätssteigerung machen würden – zum Vorteil der eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und in Verantwortung für die ihnen anvertrauten Pflegebedürftigen.



Karl-Josef Laumann
Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen





Danksagung

Das Projekt „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung 2004–2006“ zeichnet sich dadurch aus, dass die Entwicklung der Konzeptbausteine, ihre Umsetzung in die Versorgungspraxis und die Evaluation der Maßnahmen in enger Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis erfolgt ist. Die entwickelten Konzepte konnten direkt in den 20 Referenzeinrichtungen erprobt und hinsichtlich ihrer Eignung geprüft werden. Ein besonderer Dank gilt den Heim- und Pflegedienstleitungen sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der beteiligten Pflegeeinrichtungen, den wissenschaftlichen Instituten, der Organisationsberatung und den Expertinnen und Experten, deren gute Kooperation die Durchführung ermöglicht hat.

Während der Projektlaufzeit haben die Modellbeauftragten der Referenzeinrichtungen die Einführung und Erprobung vor Ort vorbereitet und kontinuierlich begleitet. Für ihre umfangreichen Arbeiten und gewinnbringenden Ideen in dem Projekt danken wir Ihnen sehr:

- Frau Regina Adler, Seniorenzentrum Waldstadt in Iserlohn
- Frau Iris Betken, Altenheim Reginenhaus in Hamm
- Frau Jutta Bily, Jochen-Klepper-Haus in Duisburg
- Frau Burke und Frau Stodt, Minna-Sattler-Seniorenzentrum in Dortmund
- Frau Barbara Bunkus, Stiftung St. Ludgeri in Essen
- Frau Angelika Dworaczek, AWO-Seniorenzentrum Uhlenbrock in Gelsenkirchen
- Herrn Bernd Fimmel, Altenzentrum „Matthias-Claudius-Haus“ in Steinhagen
- Frau Klaudia Grebenstein, „Matthias-Claudius-Haus“ in Bochum
- Herrn Michael Griefß, DRK-Seniorenhaus in Steinbach, Bonn
- Frau Annette Kaiser, St. Elisabeth-Stift in Sendenhorst
- Frau Silvia Keggenhoff, Ludgeristift Bockum in Hamm
- Frau Natalia Klippenstein, Seniorenzentrum Rosenhöhe in Bielefeld
- Frau Monika Kreft und Frau Bischoff Senioren-Pflegeheim Haus Monika in Köln
- Frau Christa Lagodny, Seniorenzentrum Saaler Mühle in Bergisch Gladbach
- Frau Astrid Müller, Seniorenzentrum Altenbeken in Altenbeken
- Herrn Werner Nickerl, AWO Seniorenzentrum Ernst-Gnoß-Haus in Düsseldorf
- Frau Sabine Schulze Dernebockholt, Ludgeristift Hövel in Hamm
- Frau Ursula Vollenbroich-Vogt, Alten- und Pflegeheime St. Josef GmbH, „Haus Waldenrath“ in Heinsberg
- Frau Simone Walter, Senioren Ruhesitz „Schloss Rahden“ in Rahden
- Herrn Heinz-Theo Wilhelmi, CBT Wohnhaus St. Monika in St. Augustin



Einleitung

Für gute Pflege sind verlässliche Rahmenbedingungen unverzichtbar. Dies gilt in besonderer Weise für die Pflege in Heimen. Dabei ist zu beachten, dass die Wahrnehmung, ob die Pflege gut ist oder nicht, wesentlich durch das Beziehungsgeflecht zwischen den Menschen, die pflegen und den Menschen, die gepflegt werden, bestimmt wird. Die Qualität dieser Beziehungen ist von entscheidender Bedeutung für das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen. Gute Pflege setzt deshalb immer am Beziehungsgeflecht zwischen Pflegebedürftigem und Pflegendem an. Voraussetzung dafür, dass die Balance in dieser zwischenmenschlichen Beziehung stimmt, ist wiederum, dass Einstellungen, Kompetenz, Zeitbudget etc. der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegeheimen und die Erwartungen an das Leben im Pflegeheim bei den Heimbewohnern zueinander passen.

Unter dem Begriff des Qualitätsmanagements lassen sich deshalb alle Initiativen und Maßnahmen zusammenfassen, die – auch bei sehr unterschiedlicher Befindlichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen – das Ziel verfolgen, die dortigen Lebensbedingungen und die Lebensqualität möglichst optimal zu gestalten. Die Akzeptanz von Instrumenten und Methoden des Qualitätsmanagements steigt in dem Maße, wie für die Bewohnerinnen und Bewohner ein spürbarer Gewinn an Lebensqualität festgestellt werden kann, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegeheimen in ihrem beruflichen Alltag gleichzeitig von bürokratischem Ballast befreit werden und die Verbesserung der organisatorischen Rahmenbedingungen als eine Unterstützung bei der Weiterentwicklung der pflegefachlichen Arbeit erleben.

Diese Diskussion wurde vom nordrhein-westfälischen Landespflegeausschuss aufgegriffen. Er sprach sich deshalb 2002 dafür aus, in Form eines Modellprojekts konkret und in projektbezogener Zusammenarbeit von Wissenschaft und einer aussagefähigen Zahl von Pflegeeinrichtungen Kriterien und Maßstäbe für eine definierte Qualität in der stationären Pflege zu entwickeln und deren Tauglichkeit praktisch zu erproben.

Daraus entstand von Pflegekassen, Bundesgesundheitsministerium und MAGS gemeinsam finanziert, ein dreijähriges Modellprojekt, in dem zwanzig sogenannte „Referenzeinrichtungen“ in Nordrhein-Westfalen in Zusammenarbeit mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld, dem Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund und dem Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Frankfurt am Main in einem Modellversuch, Strukturen und Arbeitsabläufe der Einrichtungen analysierten, hinsichtlich konkreter Aufgabenstellungen Leistungsbeschreibungen und Rahmenkonzepte entwickelten, diese schrittweise in den Einrichtungen umsetzten und ihre Praxistauglichkeit erprobten.

Dabei ging es um zweierlei: Zum einen sollten belastbare und erprobte Konzepte für die Gewährleistung qualitätsgesicherten Arbeiten in stationären Pflegeeinrichtungen mit Blick auf eine eventuelle Umsetzung als Grundlagen für die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI erarbeitet werden, deren besondere Referenz die bewiesene Tauglichkeit in der praktischen Erprobung sein sollte.

Zum zweiten aber sollte der Entwicklungs- und Erprobungsprozess in den zwanzig beteiligten Referenzeinrichtungen dokumentiert und analysiert werden, um als Grundlage für eine Handreichung zu dienen, mit der alle stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen – und gerne auch darüber hinaus – in die Lage versetzt werden sollten, ihre vorhandenen Arbeitsstrukturen und Arbeitsabläufe zu prüfen, zu bewerten, dabei ggf. vorhandene Defizite zu erkennen und in Nachvollzug der Erfahrungen der Referenzeinrichtungen Reform- und Umstrukturierungsprozesse mit Aussicht auf Erfolg umsetzen zu können.



Der nunmehr vorliegende Leitfaden „Referenzkonzept Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege“ knüpft an diese Vorstellungen an. Er fasst die Erfahrungen zusammen, die in der Zusammenarbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von zwanzig so genannten „Referenzeinrichtungen“ sowie Pflege- und Organisationswissenschaftlern bei der Entwicklung und modellartigen Erprobung von praxisorientierter Maßnahmen und Instrumenten der Qualitätssicherung gesammelt worden sind. Die Erkenntnisse, Methoden und Instrumente sind prinzipiell auch in anderen Pflegeheimen anwendbar.

Der Leitfaden kann Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern deshalb dabei helfen, das Qualitätsmanagement in ihren Heimen aufzubauen, weiter zu entwickeln sowie bereits erprobte Verfahren der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements zu verwerfen, zu bestätigen oder weiterzuentwickeln.

Das dem Leitfaden zu Grunde liegende Referenzkonzept ist ein dynamisches Konzept: Es ist einerseits anschlussfähig, weil es die Chance eröffnet, ausgehend von unterschiedlich entwickelten Niveaus der Qualität der Pflege, den Einstieg in den Qualitätssicherungsprozess zu finden. Es ist darüber hinaus fortschreibungsfähig, weil die in ihm enthaltenen Rahmenkonzepte, Grundsätze und weiteren Konzeptbausteine ergänzungsfähig sind. Dies gilt insbesondere für das noch in Vorbereitung befindliche Konzept zur Bestimmung von Pflegebedarfsgruppen sowie den Vorschlag für ein Personalbedarfsbemessungsverfahren.

Eine Klarstellung vorab: Diese Handreichung zeigt keinen verbindlichen Königsweg auf, auf dem ein Umsetzungskonzept – gewissermaßen Schritt für Schritt wie ein sogenanntes Ablaufdiagramm – abgearbeitet werden könnte. Ein solches allseits verwendbares Konzept kann es angesichts der Vielfalt der Einrichtungen in Größe, Entwicklungsstand, Verschiedenheit der Klientele, Einbindung in Trägerorganisationen und unterschiedlicher Ausrichtung und Selbstsicht der Träger überhaupt nicht geben.

Der Praxisleitfaden gibt vielmehr Orientierung in zwei Richtungen.

In seinem ersten Teil will er Überlegungen und Fakten vermitteln, beschreibt dazu u. a. Handlungsfelder und Aspekte durch Leistungsbeschreibungen und Rahmenkonzepte im Sinne einer „best practise“-Intention. Hier haben die Erkenntnisse und Ergebnisse Eingang gefunden, die in Zusammenarbeit von Praktikern und Wissenschaftlern entwickelt und durch Erprobung für gut befunden wurden. Hier geht es um die Aufzeigung der Inhalte.

Für den Erfolg einer angestrebten Umsetzung von gleichrangiger Bedeutung ist jedoch ein Weiteres: Nämlich die Kenntnis dessen, wie ein Umsetzungsprozess, um erfolgreich zu sein, gestaltet werden muss, was dabei grundsätzlich zu beachten ist, welche Schwierigkeiten sich womöglich überraschend auftun können, welche Aspekte besondere Beachtung verdienen, und, und, und ...

Die hier vorgelegte Darstellung zeigt deshalb auch die Summe der Erfahrungen aus den Prozessen der zwanzig Referenzeinrichtungen auf, entwickelt jedoch absichtsvoll nicht die Idee eines „durchschnittlichen“ Umsetzungsverlaufs. Sie zeigt vielmehr auf, was alles – bei völlig unterschiedlicher Gewichtung und Intensität bis hin zum Fehlen einzelner Aspekte – in Einrichtungen auftreten kann.

Die Umsetzung dieses Referenzkonzepts in weiteren Pflegeeinrichtungen unseres Landes ist an keiner Stelle ein sklavisches Abarbeiten einer Vorlage. Es ist vielmehr eine Aufgabe, die das Selbstdenken aller Beteiligten vor Ort – der Heimleitung, der Pflege-

dienstleitung, der Wohnbereichsleitungen, der Pflegekräfte und auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des hauswirtschaftlichen Bereichs etc. – zur Voraussetzung hat und erfordert. Die Lösung dieser Aufgabe verspricht jedoch lohnenswerten Gewinn.

Aber nicht nur das eigene Denken ist unerlässlich. Unerlässlich ist auch die Bereitschaft, das eigene bisherige Handeln einer objektiven Prüfung zu unterziehen und die Bereitschaft, sich auf Neues einzulassen, weil es zu besseren Ergebnissen führen kann.

Wir wissen aus den Referenzeinrichtungen, dass gerade der Prozess der Selbstprüfung von etlichen Mitarbeitern als das Schwierigste angesehen wurde, dass aber absolute Offenheit und Ehrlichkeit gegenüber sich selbst verbunden mit der Bereitschaft zur Arbeit für das gemeinsame Ziel entscheidende Faktoren sind, die über Erfolg oder Misserfolg des Reformprozesses entscheiden können.



Inhaltsübersicht

Teil A:

Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Verfasser: U. Korte-Pöppers, K. Wingenfeld, D. Heitmann
 Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

1. Einleitung	1
2. Grundsätze der Versorgung	
2.1 Berücksichtigung psychischer und sozialer Problemlagen und Bedürfnisse	1
2.2 Biografieorientiertes Arbeiten	2
2.3 Ressourcenförderung und Ressourcenerhalt	5
2.4 Präventiv orientiertes Handeln	7
Literatur	8
3. Pflegeprozesssteuerung und Versorgungskoordination	
Einführung	1
3.1 Aufgabenprofil der zuständigen Pflegefachkraft	3
3.2 Qualifikation und Benennung der zuständigen Pflegefachkraft	5
3.3 Vertretung	7
3.4 Bewohnerkreis	7
3.5 Entlastung von anderen Aufgaben	8
Literatur	10
4. Pflegerisches Assessment und Biografieerfassung	
4.1 Einführung	1
4.2 Kriterienkatalog: Pflegerisches Assessment	5
1. Organisatorische Rahmenbedingungen	5
2. Pflegerisches Assessment: Inhalte	6
3. Pflegerisches Assessment: Zeitpunkt der Erstellung/Aktualisierung	8
4.3 Kriterienkatalog: Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor Heimeinzug	10
1. Grundsätze	10
2. Erfassung und Dokumentation der Versorgung vor dem Heimeinzug	13
3. Erfassung und Dokumentation personenbezogener Aspekte	14
4. Erfassung und Dokumentation weiterer personenbezogener Aspekte	15
5. Erfassung und Dokumentation lebensgeschichtlicher Informationen	16
Literatur	17



5. Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen (Version 2.0)

5.1 Einführung zu den Leistungsbeschreibungen	1
5.1.1 Merkmale der Leistungsbeschreibungen	1
5.1.2 Aufbau und Nutzung der Leistungsbeschreibungen für unmittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen	6
5.1.3 Aufbau und Nutzung der Leistungsbeschreibungen für mittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen	14
5.2 Unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen	16
5.2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität	17
5.2.2 Unterstützung bei der Ernährung	27
5.2.3 Unterstützung im Bereich Ausscheidungen	31
5.2.4 Unterstützung im Bereich der Körperpflege	35
5.2.5 Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen	40
5.2.6 Spezielle Pflege	56
5.2.7 Besondere interventionsrelevante Faktoren	62
5.2.8 Übersicht zum präventiven/prophylaktischen Pflegehandeln	64
5.3 Mittelbar bewohnerbezogene Leistungen	66
Literatur	74

6. Rahmenkonzepte für besondere Aufgabenfelder (Version 2.0)

6.1 Einführung	1
6.2 Rahmenkonzept „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“	5
1. Grundsätze	6
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	7
3. Personelle Zuständigkeiten	7
4. Erstgespräch	8
5. Vorbereitung des Heimeinzugs	10
6. Einzugstag	11
7. Erste Phase des Aufenthaltes	12
6.3 Rahmenkonzept „Zusammenarbeit mit Angehörigen“	15
1. Grundsätze	17
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	19
3. Personelle Zuständigkeiten	19
4. Förderung des Kontaktes zwischen Bewohner und Angehörigen	20
5. Allgemeine Angebote	22
6. Individuelle Angehörigenarbeit	23
7. Verfahrensweisen in besonderen Situationen	26
8. Umgang mit Kritik, Anregungen und Beschwerden	27
6.4 Rahmenkonzept „Nächtliche Versorgung“	28
1. Grundsätze	31
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	32
3. Bedarfsgerechtes abendliches/nächtliches Versorgungsangebot	33
4. Rahmenbedingungen	35
5. Personelle Regelungen	37
6. Pflegerische Versorgung und Betreuung	38
7. Information, Dokumentation und Pflegeplanung	40
8. Förderung der Kommunikation zwischen den Mitarbeitern	41
9. Verfahrensweisen in besonderen Situationen	42
6.5 Rahmenkonzept „Sterbebegleitung in vollstationären Pflegeeinrichtungen“	44
1. Grundsätze	46
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	47
3. Personelle Zuständigkeiten	48

4. Begleitung des Sterbeprozesses	49
5. Maßnahmen im Todesfall	54
6. Reflexions- und Entlastungsangebote für Mitarbeiter	57
6.6 Rahmenkonzept „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“	58
1. Grundsätze	59
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	60
3. Personelle Zuständigkeiten	61
4. Kooperation mit Ärzten zur Verbesserung der Versorgung	62
5. Pflegeplanung und Dokumentation	64
6. Arztbesuche	66
7. Notfallsituationen	68
8. Qualifikation	69
6.7 Rahmenkonzept „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“	70
1. Grundsätze	72
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	73
3. Personelle Zuständigkeiten	74
4. Übergang in das Krankenhaus	75
5. Aufgaben während des Krankenhausaufenthalts	78
6. Rückkehr in die Pflegeeinrichtung	79
Literatur	81

7. Verbesserte Dokumentationsformen

7.1 Einführung	1
7.2 Grundsätze zur Ausgestaltung verbesserter Dokumentationsformen	4
1. Organisatorische Rahmenbedingungen und Voraussetzungen	5
2. Identifizierung vorrangiger Problemlagen	6
3. Formulierung von Pflegezielen	7
4. Tagesplan (Maßnahmenplanung)	7
5. Durchführungs-/Leistungsnachweise	11
Literatur	13



Teil B: Qualitäts- und Organisationsentwicklung – Hinweise für den Ergebnistransfer

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

1. Einleitung

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

2. Voraussetzungen und Vorgehensweisen bei der Konzeptumsetzung (Projektmanagement)

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

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

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

4. Qualitätsmanagement in der vollstationären Altenpflege

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



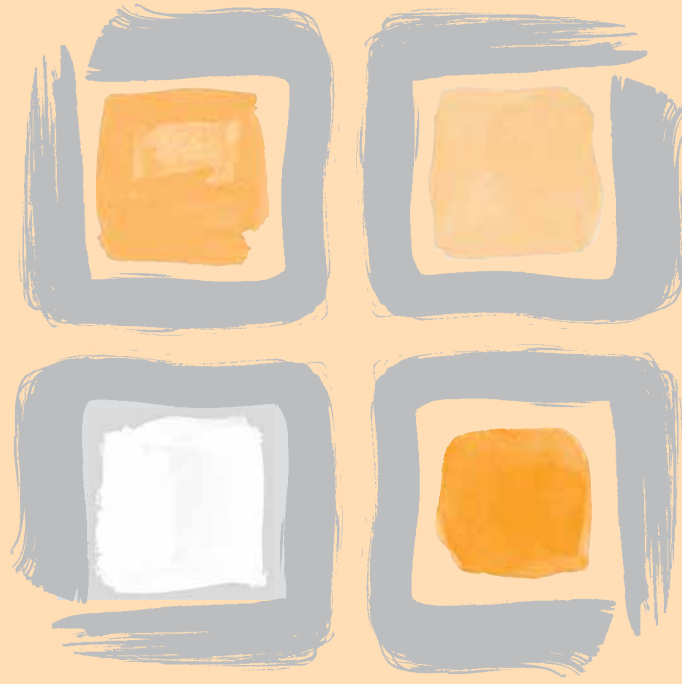
5. Qualitativer Personalbedarf und Personalentwicklung

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

6. Steuerungsaufgaben der Pflegeleistung und Mitarbeiterführung

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

7. Stellungnahmen aus den an der Erprobung beteiligten Referenzeinrichtungen



Teil A:

Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Pflege- einrichtungen

Verfasser: U. Korte-Pötters, K. Wingenfeld, D. Heitmann
Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

Kapitel 1

Einleitung



Einleitung

Mit der steigenden Lebenserwartung in unserer Gesellschaft wächst die Zahl der Menschen, die im Alter von Krankheit und Pflegebedürftigkeit betroffen und auf professionelle Unterstützung angewiesen sind. Auch stationäre Pflegeeinrichtungen stehen vor der Herausforderung, sich auf diese Entwicklung einzustellen und ihre Bemühungen zur Sicherstellung von Lebens- und Versorgungsqualität zu verstärken. Über geeignete Wege der Qualitätsentwicklung in stationären Pflegeeinrichtungen wird vor diesem Hintergrund schon seit vielen Jahren intensiv diskutiert.

Mit dem vorliegenden Praxisleitfaden wird eine Qualitätsentwicklungsstrategie vorgestellt, die im Modellprojekt Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege unter Beteiligung von 20 Pflegeeinrichtungen erfolgreich erprobt wurde. Er richtet sich vorrangig an Qualitätsbeauftragte und Leitungskräfte der Pflegeeinrichtungen sowie an die Einrichtungsträger bzw. Trägerverbände, die ihre Häuser bei der Sicherstellung und Weiterentwicklung von Qualität unterstützen wollen. Er greift nicht alle, aber doch die meisten Entwicklungsanforderungen auf, denen sich die Pflegeeinrichtungen heute und in Zukunft stellen müssen:

Die Konzepte zielen auf eine Weiterentwicklung des Leistungsspektrums der Einrichtungen, die den heute bestehenden fachlichen Anforderungen entspricht und eine Reduzierung der Pflege auf körperbezogene Hilfen vermeidet. Der Alltag in den Einrichtungen ist mehr und mehr durch die Problem- und Bedarfslagen alter Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen geprägt. Doch auch unabhängig davon darf sich die Pflege nicht allein auf körperliche Defizite beziehen. Die Förderung und der Erhalt von Selbständigkeit, soziale Teilhabe, Biografiearbeit, präventives Handeln und anderes mehr sind Grundsätze, an denen sich pflegerisches Handeln wie selbstverständlich ausrichten sollte.

Aus der Bewohnerperspektive gibt es bestimmte, besonders wichtige Fragen, Ereignisse oder Situationen, von denen die Lebens- und Versorgungsqualität sehr stark abhängt. Dazu gehört der Verlauf des Heimeinzugs, die Begleitung in der Sterbephase, die Einbeziehung von Angehörigen, die Krankenhausbehandlung, die nächtliche Versorgung und auch die ärztliche Behandlung. Sie stellen zugleich wichtige Handlungsfelder für die Mitarbeiter der Einrichtungen dar.

Qualität ist kein Zufallsprodukt, sondern Ergebnis eines planvollen und koordinierten Vorgehens der Mitarbeiter einer Pflegeeinrichtung. In dieser Hinsicht erweist sich die pflegerische Versorgung als optimierungsbedürftig. Oft fehlen wichtige Voraussetzungen für die bewusste, zielgerichtete, an Bedarf und Bedürfnissen orientierte Steuerung des Pflegeprozesses.

Die Konzepte zeigen Wege auf, die Lebens- und Versorgungsqualität in den Einrichtungen in diesen Bereichen zu verbessern. Jedes Konzept kann für sich genommen, also unabhängig von anderen verwendet werden und einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung leisten. Bei der Umsetzung ist es allerdings empfehlenswert, sie nicht isoliert voneinander zu betrachten. Man würde dann möglicherweise feststellen, dass an der einen oder anderen Stelle Voraussetzungen für die angestrebten Entwicklungsschritte fehlen. Die Bausteine bilden Bestandteile eines in sich stimmigen Ansatzes zur Sicherstellung bzw. Weiterentwicklung von Qualität.

Der Praxisleitfaden repräsentiert eine Qualitätsentwicklungsstrategie, die auf bestimmten Grundsätzen und Zielen beruht. Diese Grundsätze sind für das Verständnis der im Folgenden vorgestellten Rahmenkonzepte und Empfehlungen sehr wichtig. Sie sollen daher an dieser Stelle zusammenfassend dargelegt werden.



Praxistauglichkeit erfordert die Einbeziehung der Praxis in die Konzeptentwicklung

Rahmenkonzepte, die nachhaltige Veränderungen im Versorgungsalltag herbeiführen sollen, müssen nicht nur fachliche Kriterien, sondern auch die Arbeitsweise und die Arbeitsbedingungen in der Praxis berücksichtigen. Aus diesem Grunde erfolgte die Konzeptentwicklung in Zusammenarbeit mit Vertretern der insgesamt 20 Pflegeeinrichtungen, die am Modellprojekt beteiligt waren. Damit sollte sichergestellt werden, dass die Konzepte praxistauglich, d. h. ausreichend auf die Handlungsbedingungen und Probleme im Versorgungsalltag zugeschnitten sind.

Realistisches Qualitätsniveau

Konzepte zur Qualitätsverbesserung verfehlen ihre Wirkung, wenn sie die Grenzen der Praxis ignorieren. Realistische Konzepte müssen das berücksichtigen und eine Überforderung der Einrichtungen vermeiden. Mit der Qualitätsentwicklung kann im Interesse der Bewohner nicht darauf gewartet werden, dass sich grundlegend veränderte Rahmenbedingungen einstellen. Konzepte müssen deshalb einen sinnvollen Kompromiss finden. Setzen sie sich „optimale“ Qualität zum Ziel, werden sie unter den gegebenen Bedingungen rasch scheitern.

Nachhaltige Lösungen sind auf Transparenz und breite Akzeptanz angewiesen

Einbezogen in die Entwicklungsarbeiten bzw. in die darauf bezogenen Beratungen waren neben den Einrichtungen einzelne Fachexperten und ein Begleitausschuss, in dem u. a. Leistungsanbieter, Kostenträger, Medizinische Dienste der Krankenversicherung, Vertreter von Heimaufsichtsbehörden und die Landesseniorenvertretung mitwirkten. Alle Beteiligten hatten die Möglichkeit, ihre Erfahrungen und jeweilige Problemsicht einzubringen. Mit diesem Vorgehen sollte so früh wie möglich ein breiter Konsens über inhaltliche Fragen angestrebt werden, der auch von Trägerverbänden, Kostenträgern und anderen Stellen, die auf die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung Einfluss nehmen, mitgetragen wird. Die Konzepte beruhen somit nicht allein auf fachlichen Überlegungen eines pflegewissenschaftlichen Instituts, sondern stellen in vielen Punkten das Ergebnis umfangreicher, zum Teil kontroverser Beratungen dar, in die verschiedenste Erfahrungen und Blickwinkel eingeflossen sind.

Einfache, unbürokratische Lösungen entfalten meist die stärkste Wirkung

Die Entwicklung der Konzepte folgte dem Grundsatz, eine zügige und unbürokratische Umsetzung zu ermöglichen. Die notwendigen Schritte zur Umsetzung sollten unter den gegebenen Voraussetzungen innerhalb eines überschaubaren Zeitraums leistbar sein. So wurde beispielsweise kein neues Pflegedokumentationssystem entwickelt, sondern ein Anforderungskatalog, mit dem die Einrichtungen Dokumentationsverbesserungen und Vereinfachungen erzielen können, ohne die vorhandenen Dokumentationssysteme komplett umzustellen. Ein weiteres Beispiel stellen die Leistungsbeschreibungen dar. Sie bilden in übersichtlicher Form ein Angebotsprofil ab, das heute von den Einrichtungen vorgehalten werden sollte, und sind wesentlich einfacher aufgebaut als andere Klassifikationssysteme für pflegerische Leistungen.

Qualitätsentwicklung ist ohne Organisationsentwicklung nicht denkbar

Qualitätsverbesserungen in Versorgungseinrichtungen setzen immer organisatorische Veränderungen voraus. Es geht nicht allein um Veränderungen des Handelns der einzelnen Mitarbeiter, die eventuell mit Schulungsmaßnahmen erreicht werden könnten. Qualität kann sich nur in einer geeigneten Aufbau- und Ablauforganisation entfalten. Aus diesem Grund werden mit dem Praxisleitfaden nicht nur Konzepte, sondern auch empfehlenswerte Schritte der Organisationsentwicklung vorgestellt.

Im Anschluss an diese Einleitung erfolgt zunächst eine Darlegung der Versorgungsgrundsätze bzw. der allgemeinen fachlichen Handlungsorientierungen, auf denen die Konzepte beruhen. Sie dient nicht nur dazu, ein besseres Verständnis der Rahmenkonzepte zu vermitteln, sondern kann auch als Orientierungshilfe zur Prüfung der Frage genutzt werden, inwieweit in einer Einrichtung zentrale Voraussetzungen für die Qualitätsentwicklung vorhanden sind (z. B. Grundhaltung und Qualifikation der Mitarbeiter). Danach werden die Konzepte in folgender Reihenfolge aufgeführt:

- Pflegeprozesssteuerung und Versorgungscoordination
- Pflegerisches Assessment und Erfassung biografischer Informationen
- Leistungsbeschreibungen (zur Weiterentwicklung und Qualifizierung des Leistungsprofils)
- Rahmenkonzepte für die Aufgabenfelder: Unterstützung beim Heimeinzug, Angehörigenarbeit, nächtliche Versorgung, Sterbebegleitung, Kooperation mit Ärzten und Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten
- Verbesserte Dokumentationsformen.

Neben diesen Konzepten wurde im Projekt „Referenzmodelle“ ein System zur Bedarfsklassifikation entwickelt, mit dem Aussagen zu Art und Umfang des Unterstützungsbedarfs des Bewohners im Zusammenhang mit der Personalbemessung getroffen werden können. Diese Bedarfsklassifikation ist allerdings nicht Gegenstand des vorliegenden Leitfadens.



Kapitel 2

Grundsätze der Versorgung



2. Grundsätze der Versorgung

2.1 Berücksichtigung psychischer und sozialer Problemlagen und Bedürfnisse	1
2.2 Biografieorientiertes Arbeiten	2
2.3 Ressourcenförderung und Ressourcenerhalt	5
2.4 Präventiv orientiertes Handeln	7
Literatur	8

Die Sicherstellung von Lebens- und Versorgungsqualität, Selbstbestimmung, eines menschenwürdigen Lebens und Sterbens sowie von sozialer Teilhabe sind zentrale Anforderungen an alle Einrichtungen und Mitarbeiter, die hilfebedürftige Menschen begleiten. Sie sind zugleich übergeordnete Ziele, an denen sich die im Folgenden vorgestellten Konzeptbausteine ausrichten.

Sämtliche Konzeptbausteine, die im Rahmen des Projekts Referenzmodelle erarbeitet wurden, beruhen außerdem auf einem bestimmten Pflegeverständnis und auf bestimmten fachlichen Grundsätzen. Es ist wichtig, diese Grundsätze zu kennen: Sie sind nicht nur Voraussetzung für das Verständnis der einzelnen Konzeptbausteine, sondern auch eine unverzichtbare Orientierungshilfe bei der praktischen Umsetzung.

2.1 Berücksichtigung psychischer und sozialer Problemlagen und Bedürfnisse

Pflege wird leider oftmals einseitig als Hilfestellung bei körperlichen Einschränkungen des Pflegebedürftigen verstanden. Fragen der Bewältigung psychischer Erkrankungen und ihrer Folgeprobleme, die den heutigen Lebensalltag in den stationären Pflegeeinrichtungen stark prägen, werden zwar nicht gänzlich vernachlässigt, aber auch nicht systematisch aufgegriffen (vgl. Wingefeld/Schnabel 2002). Manchen Mitarbeitern ist gar nicht bewusst, dass beispielsweise ein entlastendes Gespräch mit einem Bewohner, der unter starken Angstzuständen oder einer anderen Form von psychischem Druck leidet, eine *pflegerische Maßnahme* darstellt. Das Gespräch wird als etwas Alltägliches, eben als „Reden mit dem Bewohner“ gesehen, als selbstverständliche menschliche Zuwendung. Wenn jedoch nicht bewusst ist, dass eine Handlung den Charakter einer pflegerischen Hilfestellung besitzt, kann diese Handlung auch nicht zielgerichtet als pflegerische Hilfestellung eingesetzt werden.

Das Referenzkonzept zielt auf eine stärkere Gewichtung von Unterstützungsleistungen, die nicht auf körperliche Defizite, sondern auf psychische Problemlagen und Bedürfnisse ausgerichtet sind. Hierzu ist nicht nur ein entsprechendes Bewusstsein der Mitarbeiter erforderlich, sondern auch eine Berücksichtigung psychischer/sozialer Problemlagen und Bedürfnisse bei den verschiedenen Schritten des Pflegeprozesses. Man kann sich in einer Einrichtung rasch ein Bild davon machen, inwieweit dies im Alltag geschieht, z. B. indem man die Pflegedokumentation anhand folgender Fragen prüft: Werden bei der Informationssammlung (pflegerisches Assessment) kognitive Einbußen und Verhaltensweisen des Bewohners konkret und differenziert erfasst? Werden darauf aufbauend konkrete Pflegeziele formuliert und Maßnahmen geplant? Finden sich im Pflegebericht konkrete Beschreibungen von Problemverhalten des Bewohners, aus denen sich Rückschlüsse auf Anlass, Häufigkeit, Intensität des Verhaltens und eventuelle tiefere Ursachen ziehen lassen?

Eine stärkere Berücksichtigung psychischer und sozialer Problemlagen und Bedürfnisse sowie die Weiterentwicklung des pflegerischen Handlungspotenzials in diesem Bereich spielt in nahezu allen Konzeptbausteinen eine Rolle. Schritte zur Qualitätsverbesserung werden hier mit kontinuierlichen Bemühungen zur Stärkung des Problembewusstseins der Mitarbeiter einhergehen müssen.



2.2 Biografieorientiertes Arbeiten

Biografieorientiertes Arbeiten¹ stellt ebenfalls eine grundlegende Qualitätsanforderung dar, auf der die Konzeptbausteine aufbauen. Es verlangt von den Mitarbeitern einer Einrichtung eine Grundhaltung, die „Achtung vor der Lebensleistung“ (Friebe 2004: 5) und Interesse an der Lebensgeschichte der Bewohner beinhaltet. Eine solche Grundhaltung ermöglicht es, einen besseren Zugang zum Bewohner zu erhalten und „Verständnis für das ‚Gewordensein‘ des Gegenübers, seine Ressourcen, Defizite, Eigenheiten, Normen und Wertvorstellungen“ (Zank/Schacke 2004: 8) zu entwickeln.

Die Auseinandersetzung mit der Lebensgeschichte der Bewohner kann die Entwicklung einer biografieorientierten Grundhaltung fördern, da Mitarbeitern bewusst wird, dass Bewohner nicht immer alt und pflegebedürftig waren, sondern ihr Leben gemeistert haben – jeder auf seine ganz individuelle Art. Die Lebensgeschichte, ihre Verbindung zur Gegenwart und zur aktuellen Lebenssituation kann außerdem Hinweise auf derzeitige Bedürfnisse, Wünsche und Prioritäten des Bewohners geben und zeigen, dass auch im Alter Entwicklung stattfinden kann (Clarke 2000).

Hinter dem Begriff Biografiearbeit verbirgt sich häufig ein Sammelsurium unterschiedlichster Ansätze, vom Gruppenangebot bis zur Erfassung biografischer Informationen (Kricheldorf 2005, Müller/Schesny-Hartkorn 1998). Eine allgemeine, für den vorliegenden Zweck brauchbare Definition von „Biografiearbeit“ gibt Bischoff-Wanner: „Biographiearbeit ist die Arbeit mit den Erinnerungen alter Menschen“ (Bischoff-Wanner 2004: 5). Im Rahmen der pflegerischen Versorgung geht es überwiegend um Biografiearbeit im Sinne von Erinnerungsarbeit (Bischoff-Wanner 2004, Müller/Schesny-Hartkorn 1998)². Sie verfolgt die übergreifenden Ziele:

- „Lebenskontinuität zu wahren,
- Identitäts- und Selbstwertgefühle zu sichern,
- zur Versöhnung mit der eigenen Lebensgeschichte und
- zum subjektiven Wohlbefinden beizutragen“ (Erlemeier 2002: 242).

Biografiearbeit besitzt nicht nur, aber besonders bei der Versorgung demenziell erkrankter Bewohner eine große Bedeutung. Bei dieser Bewohnergruppe kommt der Berücksichtigung der Lebensgeschichte und des individuellen Erlebens bei der Ausgestaltung von Maßnahmen nicht zuletzt die Funktion der Stabilisierung und Erhaltung personaler Identität zu (Kitwood 2003). Biografiearbeit beinhaltet aber auch einen „Unterhaltungsaspekt“ (Weingandt 2001), da z. B. das Schwelgen in Erinnerungen oder die Beschäftigung mit alten, vertrauten Gegenständen meist positive Gefühle stimuliert. Findet Biografiearbeit in Gruppen statt, können zudem soziale Kontakte und Zugehörigkeitsgefühle gefördert werden.

Bei der Umsetzung des Referenzkonzeptes sollte darauf geachtet werden, dass sie nicht auf der Grundlage eines verkürzten Verständnisses des biografieorientierten Arbeitens erfolgt. Folgende Kernaussagen können hilfreich sein, die Mitarbeiter entsprechend zu schulen oder anzuleiten:

Biografieorientiertes Arbeiten ist mehr als Informationssammlung.

Die Erfassung biografischer Informationen kann nicht mit Biografiearbeit gleichgesetzt werden (vgl. u. a. Falk 2005). Dieses Missverständnis ist in der Pflege leider noch weit verbreitet. Entscheidend ist vielmehr, ob und wie Informationen in die indi-

¹ Die Begriffe „Biografiearbeit“ und „Biografieorientiertes Arbeiten“ werden im vorliegenden Praxisleitfaden synonym verwendet. Sie beziehen sich vorrangig auf die Berücksichtigung biografischer Kenntnisse bei der Planung und Durchführung von Alltagshandlungen, Einzel- und Gruppenaktivitäten.

² In der Literatur werden daneben zwei weitere Ansätze der Biografiearbeit unterschieden: Biografiearbeit kann danach im Rahmen einer therapeutischen Intervention oder als generationenübergreifender Ansatz (Weitergabe von Wissen an nachfolgende Generationen) eingesetzt werden. Diese beiden Ansätze werden bei den weiteren Ausführungen nicht weiter berücksichtigt.

viduelle Versorgung des Bewohners einfließen. Auf der Basis erfasster Informationen sollte also eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung geplant werden, welche die Biografie eines Bewohners bei Alltagshandlungen und in Einzel-/Gruppenaktivitäten berücksichtigt.

Biografieorientiertes Arbeiten im Rahmen von Alltagshandlungen

Frau A. hat immer großen Wert auf ihre äußere Erscheinung gelegt und sich stets sorgfältig gekleidet. Die Mitarbeiter nutzen diese Information im Rahmen von Gesprächen mit Frau A., bei der Unterstützung beim Ankleiden (indem sie ihr z. B. Schmuck/Halstuch anbieten), indem sie Frau A. einen Blick in den Spiegel ermöglichen etc.

Biografieorientiertes Arbeiten im Rahmen von Einzelaktivitäten

Frau A. ist früher gerne und viel durch Deutschland gereist. Die Mitarbeiter nutzen diese Information, indem sie gemeinsam mit Frau A. entsprechende Bildbände, Postkarten oder Fotos ansehen und über ihre Reiseerlebnisse bzw. Reisen allgemein sprechen.

Biografieorientiertes Arbeiten im Rahmen von Gruppenaktivitäten

Frau A. hat in letzter Zeit eine Vorliebe für das Hören von Schlagermusik entwickelt. Die Mitarbeiter laden Frau A. daher ein, an einem entsprechenden Gruppenangebot (Anhören von alten Schlagern, gemeinsames Singen) teilzunehmen.

Biografieorientiertes Arbeiten setzt aussagekräftige Informationen voraus.

Das Referenzkonzept stellt eine Kriterienliste zur Sammlung biografischer Informationen zur Verfügung (Kriterienkatalog „Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug“). Es ist allerdings entscheidend (und setzt gewisse Kenntnisse und Erfahrungen voraus), dass *aussagekräftige* Informationen erfasst und in geeigneter Form dokumentiert werden.

Für biografieorientiertes Arbeiten ist nicht allein die Abfolge von Lebenssituationen und Ereignissen, sondern vor allem das subjektive Erleben des Bewohners entscheidend.

Der Lebenslauf eines Menschen sagt noch nichts über sein Erleben aus. Zu wissen, dass eine Bewohnerin im Jahr 1944 geheiratet hat, ist ohne weitere Informationen wenig nützlich. Wie hat sie die Feier erlebt? War es ihr „schönster Tag“ im Leben? Wie änderte sich ihr Lebensgefühl? Diese und ähnliche Fragen sollten im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen. Die Biografie eines Menschen enthält die persönliche Lebensbeschreibung. „Wenn jemand den Lebenslauf aus seiner persönlichen Sicht schildert, bilden die objektiven Daten den äußeren Rahmen. Die persönlich bedeutsamen Stationen bilden die Biografie“ (Kerkhoff 2002: 831).

Biografie ist nicht statisch.

Subjektives Erleben und die damit verbundenen Wertigkeiten ändern sich im Verlauf des Lebens. Aus der Kenntnis, dass eine Bewohnerin hauswirtschaftliche Arbeiten früher gern erledigt hat, muss nicht unbedingt folgen, dass ein entsprechendes Beschäftigungsangebot für sie auch heute noch zufrieden stellend wäre.

Beispiel: Den Mitarbeitern ist bekannt, dass Frau A. immer für ihre Familie gesorgt hat und sich selbst gern als gute Hausfrau bezeichnet. Daher wird Frau A. regelmäßig in hauswirtschaftliche Tätigkeiten einbezogen. Allerdings beobachten die Mitarbeiter, dass Frau A. in der letzten Zeit diese Aufgaben anscheinend mit wenig Freude durchführt. Aufgrund von Äußerungen wird zudem deutlich, dass Frau A. lieber in Ruhe Musik hören würde (wozu sie als Hausfrau wenig Zeit hatte).



Den Pflegenden sollte also bewusst sein, dass Gewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen Wandlungen unterworfen sein können, so dass immer wieder achtsames Zuhören und Beobachten erforderlich sind, um Veränderungen und Neuerungen wahrzunehmen. Gegenwärtige Ereignisse nehmen Einfluss auf das aktuelle Erleben, und vergangene Ereignisse können im Rückblick eine andere Deutung erfahren als zuvor.

Biografie endet nicht mit dem Einzug in eine Pflegeeinrichtung.

Die Biografie eines Menschen reicht bis zum Lebensende. Selbstredend können sich auch nach dem Heimeinzug neue Entwicklungen oder Veränderungen in der Lebenssituation, im Erleben und in Bezug auf Gewohnheiten, Vorlieben, Abneigungen etc. ergeben.

Erinnern kann auch problematische Erlebnisse und Erfahrungen wachrufen.

Biografiearbeit kann auch unangenehme Erinnerungen beim Bewohner wecken. Es scheint zwar eher selten vorzukommen, dass im Rahmen der Biografiearbeit negativ geprägte Erinnerungen zu einer ernsten Krise führen (Weingandt 2001). Dennoch muss allen Beteiligten bewusst sein, dass Biografiearbeit in der Pflege keine therapeutische Intervention darstellt (Hirt 2003). Vor allem die Generationen, die heute in den Pflegeeinrichtungen leben, haben zum Teil schwerwiegende Krisen in ihrem früheren Leben durchgemacht (Kriegserlebnisse, Faschismus, Vertreibung etc.).

Biografieorientiertes Arbeiten setzt geeignete Rahmenbedingungen (Struktur- und Prozessqualität) voraus.

Die Verankerung biografieorientierten Arbeitens im Versorgungsalltag lässt sich nicht durch einen bloßen Willensakt oder eine Dienstanweisung erreichen. Sie ist das Ergebnis nachhaltiger Bemühungen um die Schaffung der hierzu notwendigen Voraussetzungen. Hierzu gehören insbesondere:

- Die Entwicklung einer biografieorientierten Grundhaltung wird bei den Mitarbeitern gefördert, z. B. im Rahmen von Schulungen, Fallbesprechungen.
- Die Mitarbeiter verfügen über ausreichende Kenntnisse und Fähigkeiten im Bereich Gesprächsführung, Ermittlung und Umgang mit biografischen Informationen (u. a. Dokumentation von Beobachtungen). Bei Bedarf sollten entsprechende Schulungen angeboten werden.
- Es existieren klare Zuständigkeiten für die Aufgaben, die im Rahmen des biografieorientierten Arbeitens zu berücksichtigen sind, insbesondere Regelungen zur Zusammenarbeit zwischen Pflege und Sozialen Diensten.
- Biografiearbeit muss bei der Erstellung der Pflegeplanung berücksichtigt werden. Die Einhaltung dieses Vorgehens sollte regelmäßig, z. B. im Rahmen von Fallbesprechungen oder Pflegevisiten, überprüft werden.

2.3 Ressourcenförderung und Ressourcenerhalt

Ressourcenförderung bzw. Ressourcenerhalt stellen einen unverzichtbaren Grundsatz für die Ausgestaltung der Versorgung dar. Sie sollte also nicht nur darauf ausgerichtet sein, einen Selbstständigkeitsverlust, der auf gesundheitlichen Problemen beruht, auszugleichen. Vielmehr sollte der Bewohner auch bewusst darin unterstützt werden, Selbständigkeit soweit wie möglich wiederzuerlangen oder zumindest zu erhalten. Dabei geht es nicht nur um körperliche Fähigkeiten, sondern auch um geistig-psychische und soziale Aspekte des Lebens³.

Deshalb sollte das Handeln aller Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen von einer *ressourcenorientierten Grundhaltung* geprägt sein. Ebenso wichtig ist eine *konkrete, planvolle Umsetzung* dieses Anspruchs im Rahmen der individuellen Pflegeplanung.

Allerdings setzt dies eine inhaltliche Klärung voraus. Denn so häufig die Begriffe „Ressourcen“ und „Ressourcenförderung“ in der Fachliteratur verwendet werden, so selten finden sich klare Aussagen dazu, was mit ihnen eigentlich gemeint ist. Charakteristisch sind vielmehr ein uneinheitliches Verständnis dieser Begriffe und eher diffuse Handlungsorientierungen (vgl. Reisach/Zegelin-Abt 1998). Möglichkeiten, Fähigkeiten, Talente, Wirkkräfte, Kraftquellen, Begabung, Potenziale, Kompetenzen – dies ist nur eine kleine Auswahl der Begriffe, mit denen in der Literatur versucht wird, Ressourcen zu definieren. Häufig wird auf sprachliche Bilder Bezug genommen oder auf andere Begriffe, die jedoch ihrerseits undefiniert bleiben. Eine systematische Auseinandersetzung mit der Thematik steht in Deutschland noch aus.

Die Konzeptbausteine der Referenzmodelle gehen von einem bestimmten Verständnis von Ressourcen bzw. Ressourcenförderung aus: Der Begriff „Ressourcen“ wird, vor allem in den Leistungsbeschreibungen (vgl. Kapitel 5), vorrangig unter Bezugnahme auf die *Person des Pflegebedürftigen* verwendet (Ressourcen der materiellen und sozialen Umgebung bleiben daher an dieser Stelle außer Betracht, was nicht heißen soll, dass sie für den Versorgungsalltag ohne Relevanz sind).

Ressourcen des Pflegebedürftigen in diesem Sinne sind personale Eigenschaften, die den Bewohner dazu befähigen, selbständig zu handeln, den eigenen Bedürfnissen nachzugehen und Anforderungen oder Probleme des Alltags zu bewältigen.

Ressourcen sind also nicht einfach gleichzusetzen mit der Fähigkeit, konkrete Handlungen durchzuführen. Die Fähigkeit, selbständig Nahrung zu sich zu nehmen oder sich einen Verband anzulegen, ist für sich genommen keine Ressource. Diese Fähigkeit ergibt sich vielmehr aus dem Zusammenspiel von Grob- und Feinmotorik, Handlungsmotivation, optischer und sensorischer Wahrnehmung, Körperkraft, Bewegungskoordination, Wissen, Erfahrung und ähnlichem mehr. Somit spricht der Begriff Ressourcen zwar auch Fähigkeiten an, doch handelt es sich dabei um *grundlegende körperliche Fähigkeiten*. Darüber hinaus verdeutlichen die Beispiele, dass Ressourcen auch *Wissen/Erfahrung, kognitive Fähigkeiten und psychische Strukturen* umfassen.

Ressourcenfördernde Pflege wird dementsprechend als Pflege verstanden, die sich zielgerichtet um den Erhalt, die Wiedererlangung oder Förderung dieser personalen Eigenschaften bemüht. Es geht mit anderen Worten darum, die grundlegenden Voraussetzungen für selbständiges Handeln zu stabilisieren bzw. herzustellen.

³ Die Erhaltung von Ressourcen spielt in der Pflege alter Menschen eine große Rolle. Schon die Stabilisierung des Ist-Zustandes und das Abwenden von Selbstständigkeitsverlust, gesundheitlichen Verschlechterungen und Komplikationen kann als Erfolg gewertet werden.



So gesehen lassen sich prinzipiell zwei Ansätze der Ressourcenförderung unterscheiden:

- *Direkte Ressourcenförderung* umfasst Maßnahmen, die sich unmittelbar auf Erhalt, Entwicklung oder Verbesserung einzelner Ressourcen ausrichten. Hierzu gehören beispielsweise Übungen zur Förderung von Muskelkraft, Gangsicherheit oder Feinmotorik, ebenso jedoch Gedächtnistraining oder zielgerichtete beratende Gespräche.
- Hiervon unterschieden werden kann eine *ressourcenfördernde Ausgestaltung von Maßnahmen*. Fast jede Unterstützung bei alltäglichen Handlungen kann in einer Form durchgeführt werden, mit der Pflegebedürftige zu eigenständigen Handlungen (etwa zur Übernahme von Teilhandlungen) motiviert werden. Hierdurch wiederum können Ressourcen angesprochen („aktiviert“) und, eine gewisse Stetigkeit vorausgesetzt, erhalten oder sogar verbessert werden.

Konsequente Ressourcenförderung ist unter den gegenwärtigen Bedingungen des Versorgungsalltags häufig schwer zu realisieren. Ressourcenförderung sollte auch nicht zum Selbstzweck und um jeden Preis durchgeführt werden, sondern sich an den Möglichkeiten und der Belastbarkeit des Bewohners ausrichten.

Die Kunst – diesen Begriff kann man hier zu Recht benutzen – besteht darin, *individuell geeignete Formen der Ressourcenförderung* zu entwickeln und Freiräume zur Realisierung herzustellen. So stellt sich die Frage, ob der Anspruch, nach Möglichkeit *jede* Maßnahme nach den Grundsätzen der Ressourcenförderung zu gestalten, tatsächlich zu nennenswerten Ergebnissen führt. In der Praxis bleiben solche globalen Handlungsorientierungen nur allzu häufig ohne Konsequenz. Bessere Chancen der Umsetzung bieten zielgerichtete, individuelle und in der Pflegeplanung fixierte Programme, die Art, Umfang, Rhythmus, Situationen und Zeitpunkte für ressourcenfördernde Maßnahmen klar definieren.

Die Bausteine des Referenzkonzepts enthalten größtenteils keine differenzierten Ausführungen zu den denkbaren Möglichkeiten und Formen der Ressourcenförderung. Sie beschränken sich in der Regel auf beispielhafte Hinweise oder auf die Benennung von Ansatzpunkten. Im Rahmen der Umsetzung ist es daher sehr wichtig, dass Einrichtungen konkrete Maßnahmen einleiten, mit denen der Grundsatz der Ressourcenförderung im Versorgungsalltag verankert werden kann. Eine entscheidende Rolle spielt dabei die Grundhaltung, das Wissen und die Kompetenz der Pflegefachkraft, die für die Steuerung des individuellen Pflegeprozesses verantwortlich ist (siehe Kapitel 3). Sie kann entscheidend dazu beitragen, dass Ressourcenförderung zum festen Bestandteil der Pflegeplanung und -durchführung wird.

2.4 Präventiv orientiertes Handeln

Der Grundsatz des präventiven Handelns bildet einen weiteren wichtigen Eckpfeiler, auf dem die Konzeptbausteine, insbesondere die Leistungsbeschreibungen aufbauen. Präventiv handeln heißt, dass das Pflegehandeln grundsätzlich auf die Abwehr von Gefährdungen, die Vermeidung von Risiken sowie die Erhaltung der Selbständigkeit und Gesundheit der Bewohner ausgerichtet ist. Liegen bereits Einschränkungen vor, zielt das präventiv orientierte Handeln auf die Vermeidung bzw. zumindest das zeitliche Hinauszögern einer weiteren Verschlechterung.

Lange Zeit standen körperliche Aspekte im Rahmen des präventiv orientierten Pflegehandelns im Vordergrund. Die „klassischen“ pflegerischen Prophylaxen wie z. B. Dekubitus-, Pneumonie-, Kontrakturenprophylaxe orientierten sich ausschließlich hieran. Präventives Handeln bezieht sich jedoch ebenso auch auf die psychische Gesundheit. Drohende soziale Isolation, Wanderungstendenzen und Neigung zu Angstzuständen sind nur einige Beispiele für Situationen, die präventives Handeln erforderlich machen können.

Präventives bzw. prophylaktisches Handeln ist nicht mit der Durchführung einer Einzelmaßnahme gleichzusetzen. Einzelne Maßnahmen können in der Regel nicht das gesamte Spektrum des prophylaktischen Handelns widerspiegeln. So erschöpft sich z. B. die Kontrakturenprophylaxe nicht in Bewegungsübungen und regelmäßigen Lagerungen, sondern findet auch durch Förderung von (Eigen-)Bewegungen beim Waschen, Ankleiden, Transfer oder bei der Inkontinenzversorgung statt. Auch wird ein Gespräch allein nicht ausreichen, um wirksam einer sozialen Isolation vorzubeugen. Zudem lassen Interventionen für sich genommen häufig keinen direkten Bezug auf die ermittelten Risikofaktoren erkennen: Die Anpassung einer Sehhilfe etwa kann eine Maßnahme zur Verringerung des Sturzrisikos darstellen, allerdings auch völlig unabhängig von diesem Risiko notwendig sein.

Präventives Handeln ist also ein prozesshaftes, komplexes Geschehen, das sich von der Beobachtung und Einschätzung von Gefährdungen über die individuelle Planung und Durchführung von Maßnahmen bis hin zur Überprüfung der Zielerreichung (Pflegeprozess) erstreckt.

Prävention als Leitlinie des Handelns bezieht sich allerdings nicht nur auf den unmittelbaren Kontakt zum Bewohner, sondern schließt z. B. auch die Verbesserung des Kenntnisstandes bzw. den Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter zu den verschiedenen Prophylaxen, die Bereitstellung geeigneter Hilfsmittel, eine angemessene Gestaltung der Umgebung (z. B. zur Sturzprophylaxe) oder die Ausgestaltung der Kooperation zwischen den Berufsgruppen ein. Der Versorgungsalltag sollte durch eine präventionsorientierte Grundhaltung der Mitarbeiter geprägt sein, d. h. Mitarbeiter bewerten präventiv orientiertes Handeln als sinnvoll, ungeachtet der jeweils beim Bewohner vorliegenden offensichtlichen Einschränkungen. Sie reflektieren ihr Handeln daraufhin, ob alle Möglichkeiten des präventiv orientierten Handelns in angemessener Form berücksichtigt werden.



Literatur

- Bischoff-Wanner, C. (2004): Biographiearbeit. Studienbrief WK 02, Diplom-Fernstudiengang Pflege/Pflegemanagement. Jena: Fachhochschule
- Clarke, A. (2000): Using biography to enhance the nursing care of older people. *British Journal of Nursing* 9, Nr. 7, 429–433
- Erlemeier, N. (2002): Alternspsychologie. Grundlagen für Sozial- und Pflegeberufe. Münster: Waxmann Verlag
- Falk, J. (2005): Biografiearbeit in Ausbildung und Praxis. Ein Seminarkonzept für Lehrende. *Pflegemagazin* 6, Nr. 4, 52–58
- Friebe, J. (2004): Der biografische Ansatz in der Pflege. *Pflege & Gesellschaft* 9, Nr. 1, 3–5
- Hirt, R. (2003): Biographiearbeit zwischen Erinnerung und Therapie. http://www.sw.fh-jena.de/peple/rainre.hirt/aufsaetze/Biographiearbeit_zwischen_Erinnerung_und%20Therapie.pdf, 09.02.2006
- Kerkhoff, B. (2002): Biografiearbeit – Schlüssel für eine individuelle Begleitung in der Pflege. *Die Schwester/Der Pfleger* 41, Nr. 10, 830–833
- Kitwood, T. (2003): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Huber
- Kricheldorf, C. (2005): Biografisches Arbeiten und Lernen. Lebensgeschichtliche Prägungen als Ressourcen. *Pflegemagazin* 6, Nr. 4, 4–12
- Müller, D./Schesny-Hartkorn, H. (1998): Biographiegestützte Arbeit mit verwirrten alten Menschen – ein Fortbildungsprogramm. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe
- Reisach, B./Zegelin-Abt, A. (1998): Die Ressourcen des Patienten erkennen – was ist das? *Die Schwester/Der Pfleger* 37, Nr. 8, 672–675
- Weingandt, B. (2001): Biografische Methoden in der Geragogik – qualitative und inhaltsanalytische Zugänge. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe
- Wingenfeld, K./Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Zank, S./Schacke, C. (2004): Psychosoziale Interventionen in Gerontologie und Pflege. *Pflegemagazin* 5, Nr. 1, 4–11

Kapitel 3

Pflegeprozesssteuerung und Versorgungs- koordination



3. Pflegeprozesssteuerung und Versorgungskoordination

Einführung	1
3.1 Aufgabenprofil der zuständigen Pflegefachkraft	3
3.2 Qualifikation und Benennung der zuständigen Pflegefachkraft	5
3.3 Vertretung	7
3.4 Bewohnerkreis	7
3.5 Entlastung von anderen Aufgaben	8
Literatur	10

Einführung

In Pflegeeinrichtungen existiert häufig eine Diskrepanz zwischen dem Anspruch einer planvollen und bedürfnisgerechten Versorgung und der Versorgungswirklichkeit. Dem Anspruch nach ist die Pflege in den meisten Einrichtungen nach den Grundsätzen der Bezugspflege organisiert: Eine Pflegefachkraft übernimmt die gesamte Verantwortung für mehrere Bewohner und führt einen möglichst großen Teil aller unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen selbst durch (Seibold/Köther 2005; Menche/Bazlen 2004). Tatsächlich gelingt es jedoch in vielen Fällen nicht, eine zielgerichtete, planvolle Versorgung und eine zufriedenstellende Koordination aller an der Unterstützung der Bewohner beteiligten Personen sicherzustellen. Verantwortlich hierfür ist nicht allein der allgegenwärtige Zeitdruck im Versorgungsalltag. Häufig findet sich auch eine ungünstige Verteilung von Aufgaben und Zuständigkeiten. Insbesondere die Frage, welcher Mitarbeiter mit welcher Qualifikation welche Aufgaben übernehmen soll, ist oftmals nicht hinreichend geklärt (Müller 2001). Hinzu kommt, dass die fachlichen Anforderungen an die Entwicklung einer Pflegeplanung häufig unterschätzt werden.

Nachhaltige Qualitätsentwicklung ist jedoch nicht möglich, wenn das fachliche Können von Mitarbeitern nicht richtig eingesetzt wird und die Steuerung und Koordination der Versorgung Defizite aufweist. Die nachfolgenden Empfehlungen beschäftigen sich mit diesen Fragen und geben Hinweise zur Ausgestaltung der Rolle der „zuständigen Pflegefachkraft“ (ZPFK). Mit diesem Begriff ist eine Pflegefachkraft angesprochen, die für einen definierten Bewohnerkreis die Verantwortung für die Steuerung des Pflegeprozesses und die Koordination sämtlicher Unterstützungsleistungen übernimmt.

Es gibt in der Fachdiskussion verschiedene Bezeichnungen für Mitarbeiter, denen eine solche Verantwortung zukommt, z. B. Primary Nurse oder Bezugspflegekraft. Oftmals fehlen jedoch eindeutige Begriffsklärungen, so dass leicht Missverständnisse entstehen. Zudem sind in der Praxis häufig Mischformen verschiedener Pflegesysteme anzutreffen. Worauf es in erster Linie ankommt, sind konkrete Festlegungen von Aufgaben und Funktionen der betreffenden Mitarbeiter sowie dazu passende Kooperationsstrukturen. Aus diesem Grund haben wir uns für den eher neutralen Ausdruck „zuständige Pflegefachkraft“ entschieden.

Um ein mögliches Missverständnis gleich an dieser Stelle auszuschließen: Mit den nachfolgenden Empfehlungen soll *kein neues Pflegesystem bzw. Pflegeorganisations-system* kreiert werden. Vielmehr bestehen sehr große Überschneidungen mit Organisationssystemen, die in der aktuellen Fachliteratur vorgestellt werden, insbesondere mit bestimmten Formen der Bezugspflege.



Die Klärung von Zuständigkeiten hat zentrale Bedeutung

Im Rahmen des Referenzkonzeptes stellen sich in Bezug auf die Klärung von Zuständigkeiten, die Koordination und die Pflegeplanung relativ hohe Anforderungen. Die Umsetzung fast aller Konzepte, die in diesem Praxisleitfaden vorgestellt werden, setzt klare Definitionen und personelle Zuordnungen von Zuständigkeiten voraus.

Dabei ist es nicht damit getan, neue Stellenbeschreibungen einzuführen. Definiert man Zuständigkeiten der prozesssteuernden Pflegefachkraft, ist stets auch die Frage der generellen Arbeitsteilung angesprochen – z. B. die Rolle der Wohnbereichsleitung oder der Mitarbeiter des Sozialen Dienstes, aber auch der Pflegehilfskräfte. In Abhängigkeit von der bisherigen Form der Arbeitsorganisation können sich also Veränderungen im Aufgabenprofil *mehrerer* Mitarbeitergruppen ergeben.

Die folgenden Ausführungen sollen den Einrichtungen eine Orientierungshilfe zur Verfügung stellen, mit der sie die bestehende Aufgabenteilung zwischen den Mitarbeitern und die Zuordnung von Verantwortlichkeiten prüfen und bei Bedarf modifizieren können.

3.1 Aufgabenprofil der zuständigen Pflegefachkraft

Sowohl die zielgerichtete Steuerung als auch eine ausreichende Koordination der Unterstützung des einzelnen Bewohners ist am ehesten zu gewährleisten, wenn die *Steuerungs- und Koordinationsverantwortung in einer Hand* liegt. Der Grundgedanke zur Ausgestaltung der Rolle der zuständigen Pflegefachkraft lautet daher:

Die Verantwortung für die Gestaltung der individuellen Versorgung (Pflegeprozess), die Durchführung von Abstimmungsprozessen, die Informationsweitergabe und andere Kommunikationsaufgaben wird von *einer* Person übernommen. Sie ist *dauerhaft* zuständig für einen bestimmten Bewohnerkreis. Sie trifft mit den Bewohnern und ggf. mit Angehörigen, Ärzten, dem Sozialen Dienst und anderen Berufsgruppen Absprachen über die Ausgestaltung der Versorgung und überwacht deren Qualität. Es muss sich dabei um eine Pflegefachkraft handeln, die über die hierzu notwendigen Qualifikationen verfügt. Ihr müssen aber auch die Entscheidungskompetenzen und zeitlichen Spielräume gewährt werden, um diese Verantwortung wahrnehmen zu können.

In den Aufgabenbereich der zuständigen Pflegefachkraft fallen somit die *planvolle Gestaltung des individuellen Pflegeprozesses* für eine bestimmte Anzahl von Bewohnern und die *Koordination* aller Personen und Stellen bzw. Institutionen, die in die Versorgung und Unterstützung dieser Bewohner einbezogen sind.

Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben sollte die zuständige Pflegefachkraft eng mit anderen Mitarbeitern der Einrichtung zusammenarbeiten, insbesondere mit dem Sozialen Dienst, mit dem regelmäßige Absprachen zur Arbeitsteilung getroffen werden sollten. Dies setzt voraus, dass es zwischen den Mitarbeitern des Sozialen Dienstes und der Pflege generelle Vereinbarungen zur Zusammenarbeit gibt, die durch die Leitungsebene initiiert werden sollten.

Generell ist zu unterscheiden zwischen Arbeiten,

- die die zuständige Pflegefachkraft selbst durchführt, und
- die ggf. von anderen Mitarbeitern erledigt werden können, bei denen die zuständige Pflegefachkraft jedoch die Verantwortung für die Durchführung trägt (in diesem Fall wird im Folgenden von „Sicherstellung“ gesprochen).



Zu den Aufgaben, die der zuständigen Pflegefachkraft vorbehalten bleiben sollten, gehören insbesondere:

Aufgaben, welche die zuständige Pflegefachkraft durchführt:

1. Regelmäßige Durchführung des pflegerischen Assessments (Informationssammlung und Einschätzung von Pflegeproblemen und Ressourcen) unter Einbeziehung biografischer Informationen
2. Formulierung von Pflegezielen
3. Erstellung einer auf den Pflegezielen aufbauenden Maßnahmenplanung, einschl. Entwicklung einer geeigneten Tagesstrukturierung und Herstellung des Zugangs zu ressourcenfördernden Einzel-/Gruppenaktivitäten und zu Beschäftigungsangeboten (entsprechend der individuellen Möglichkeiten und Interessen des Bewohners)
4. Anleitung und Beratung anderer Mitarbeiter im Hinblick auf die Durchführung der Pflege nach den Vorgaben der jeweiligen Pflegeplanung (einschl. Wahrnehmung von Fachaufsichtsfunktionen)
5. Information, Anleitung und Beratung von Angehörigen und freiwilligen Helfern, die in die Betreuung des Bewohners einbezogen sind
6. Regelmäßige Überprüfung der Maßnahmenplanung und ihrer Umsetzung, Aktualisierung der Pflegeplanung
7. Regelmäßige Prüfung der Qualität und Vollständigkeit der Pflegedokumentation, im Bedarfsfall Anleitung/Beratung der Mitarbeiter
8. Prozesssteuerung und Koordination im Zusammenhang mit dem Heimeinzugverfahren, der individuellen Angehörigenarbeit, der Zusammenarbeit mit Ärzten, der Sterbebegleitung und des Überleitungsverfahrens bei Krankenhausaufenthalten¹

Aufgaben, welche nicht in jedem Fall von der zuständigen Pflegefachkraft durchgeführt werden, bei denen sie aber die Verantwortung für die Durchführung trägt:

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

Diese Aufgaben beziehen sich auf diejenigen Bewohner, für deren Versorgung die zuständige Pflegefachkraft die Verantwortung übernommen hat.

¹ Welche Steuerungs- und Koordinationsaufgaben im Einzelnen gemeint sind, ist in den betreffenden Rahmenkonzepten nachzulesen (vgl. Kapitel 6)

3.2 Qualifikation und Benennung der zuständigen Pflegefachkraft

Qualifikationsanforderungen

Die Übernahme der Funktion einer zuständigen Pflegefachkraft setzt eine gute Qualifikation voraus. Doch nicht jede Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenzen und Erfahrungen, die für diese Funktion erforderlich sind. Denn hier geht es nicht allein um *Fachwissen* und *pflegerische Fertigkeiten*. Die zuständige Pflegefachkraft benötigt darüber hinaus *Steuerungs-, Koordinations-, Anleitungs-, Beratungs- und Problemlösungskompetenz* und nicht zuletzt *sprachliche Kompetenz* (angemessene mündliche und schriftliche Ausdrucksfähigkeit).

Natürlich stehen auch gut qualifizierte Pflegefachkräfte gelegentlich vor Anforderungen, bei denen sie auf eine kollegiale Beratung oder zusätzliche Informationen angewiesen sind. Die zuständige Pflegefachkraft sollte in der Lage sein, diese Situationen zu erkennen und aktiv nach geeigneten Problemlösungen zu suchen, z. B. durch eine gezielte Informationsrecherche (Fachliteratur) oder den inhaltlichen Austausch mit Kollegen.

Personalauswahl und Qualifizierung

Es ist entscheidend, eine sorgfältige Personalauswahl zu treffen, und nicht auszuschließen, dass Einrichtungen über zu wenig qualifizierte Mitarbeiter verfügen, die den genannten Anforderungen gerecht werden und somit auch nicht ohne Weiteres als zuständige Pflegefachkraft einsetzbar sind. Daher sind ggf. Qualifizierungsmaßnahmen erforderlich, wie z. B.

- gezielte Schulungsmaßnahmen
- Anleitung/Unterweisung durch erfahrene Pflegefachkräfte
- Schrittweise Übernahme von Aufgaben unter Anleitung (z. B. Übernahme der Verantwortung zunächst nur für 1–3 Bewohner)

Bei *Neueinstellungen* sollte verstärkt das angesprochene Qualifikationsprofil beachtet werden. Bei konsequenter Einführung einer qualifikationsorientierten Arbeitsteilung, die auf der Funktionsbeschreibung der „zuständigen Pflegefachkraft“ aufbaut, sind auch herkömmliche *Qualifizierungsstrategien* zu überprüfen und ggf. anzupassen. Das bedeutet vor allem, dass

- Schulungen jeweils auf den Aufgabenbereich einer Mitarbeitergruppe zugeschnitten werden und nicht alle Mitarbeiter an identischen Schulungen teilnehmen;
- zuständige Pflegefachkräfte durch Schulungen befähigt werden, als „Multiplikatoren“ zu arbeiten, um Wissen in geeigneter Art und Weise an andere Mitarbeiter weiterzugeben.

Für die Übernahme der Funktion einer zuständigen Pflegefachkraft spielen neben der Qualifikation auch der Beschäftigungsumfang sowie die Verteilung von Arbeitszeiten eine Rolle. Teilzeitbeschäftigte können nur unter bestimmten Bedingungen als zuständige Pflegefachkraft eingesetzt werden. Die Größe des Bewohnerkreises sollte in diesem Fall vom Beschäftigungsumfang abhängig gemacht werden. Die betreffenden Mitarbeiter müssen außerdem regelmäßig und während des Tages in der Einrichtung zugegen sein, um als Ansprechpartner für Bewohner, Angehörige und andere zur Verfügung zu stehen. Mitarbeiter beispielsweise, die regelmäßig nur an zwei Tagen pro Woche anwesend sind, können die beschriebene Steuerungs- und Koordinationsverantwortung nicht übernehmen. Gleiches gilt für Pflegefachkräfte, die ausschließlich oder überwiegend im Nachtdienst tätig sind.



Benennung der zuständigen Pflegefachkraft

Die für einen Bewohner zuständige Pflegefachkraft sollte nach Möglichkeit schon vor dem Heimeinzug des Bewohners bestimmt werden. Damit kann sie – ggf. in Absprache mit dem Sozialen Dienst – bereits die Steuerungsverantwortung für die Gestaltung des Heimeinzugs übernehmen. Sie muss dem jeweiligen Bewohner, seinen Angehörigen, den behandelnden Ärzten und allen Mitarbeitern des Wohnbereichs namentlich und in ihrer Funktion bekannt sein. Die personelle Zuordnung sollte außerdem schriftlich fixiert werden und jederzeit einsehbar sein.

3.3 Vertretung

Zur Sicherstellung von Kontinuität ist es unerlässlich, eine Vertretungsregelung für den Fall einer *längeren Abwesenheit der zuständigen Pflegefachkraft* (z. B. Urlaub, Krankheit) festzulegen. Es ist auf jeden Fall empfehlenswert, die Regelung schriftlich zu dokumentieren.

Es gibt mehrere Möglichkeiten der Vertretungsregelung:

- Jede zuständige Pflegefachkraft hat eine *ständige Vertretung* (Pflegefachkraft), die allen Beteiligten namentlich und in ihrer Funktion bekannt ist.
- Die Wohnbereichsleitung benennt *im Bedarfsfall* eine oder mehrere Pflegefachkräfte als Vertretung. Der Bewohnerkreis der abwesenden zuständigen Pflegefachkraft wird also von einer anderen übernommen oder auf mehrere Pflegefachkräfte aufgeteilt.
- Die Wohnbereichsleitung oder die stellvertretende Wohnbereichsleitung übernimmt die Vertretung für alle zuständigen Pflegefachkräfte (für den gesamten Zeitraum der Abwesenheit der zuständigen Pflegefachkraft oder nur bis zur Klärung der Vertretungsfrage).

Die Vertretung sollte nur Entscheidungen bzw. Aufgaben übernehmen, die nicht warten können, bis die zuständige Pflegefachkraft sich wieder im Dienst befindet.

3.4 Bewohnerkreis

Die Anzahl der Bewohner, für die die zuständige Pflegefachkraft Verantwortung übernimmt, muss anhand der jeweiligen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen bestimmt werden. Hierbei ist nicht nur die Frage nach ausreichend qualifizierten Mitarbeitern von Bedeutung, sondern auch der Versorgungsbedarf der betreffenden Bewohner. Außerdem sollte die Zahl der Bewohner so definiert werden, dass die zuständige Pflegefachkraft einen Teil der unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen selbst übernehmen oder zumindest begleiten kann.

Aus den Erfahrungen im Verlauf des Projekts „Referenzmodelle“ folgern wir, dass eine vollzeitbeschäftigte Pflegefachkraft die Steuerungs- und Koordinationsverantwortung für eine Gruppe von etwa 10 Bewohnern übernehmen kann, wenn

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

Ist eine zuständige Pflegefachkraft ausschließlich für Bewohner mit komplexen Problemlagen verantwortlich, kann diese Richtgröße sicherlich nicht zugrunde gelegt werden. Es ist deshalb zu betonen, dass die angegebene Gruppengröße nur ein *grober Anhaltswert* sein kann und in jeder Einrichtung nach individuellen Lösungen gesucht werden muss.



3.5 Entlastung von anderen Aufgaben

Die konsequente Übernahme von Steuerungs- und Koordinationsverantwortung durch ausgewählte zuständige Pflegefachkräfte wird im Regelfall nur dann umsetzbar sein, wenn diese Mitarbeiter von anderen Aufgaben entlastet werden. Für sie kommt es beispielsweise zu einem hohen Zeitaufwand im Bereich der Sichtung und Weitergabe von Informationen, des Einschätzens und Planens, der Dokumentation, der Kommunikation mit dem Bewohner, anderen Mitarbeitern, Kooperationspartnern und Angehörigen sowie bei der Qualitätskontrolle im Rahmen des individuellen Pflegeprozesses.

Voraussetzung ist mit anderen Worten eine *andere Verteilung von Arbeiten* innerhalb des pflegerischen Teams. Insbesondere bewohnerferne Arbeiten, für die keine Fachqualifikation erforderlich ist, sollten so weit wie möglich von anderen Mitarbeitern übernommen werden (vgl. Hinweise in den „Leistungsbeschreibungen“). Die Durchführung von unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen durch die zuständige Pflegefachkraft sollte nur in begrenztem zeitlichen Umfang erfolgen (nicht mehr, aber auch nicht weniger als erforderlich ist, um sich ein verlässliches Bild vom Bewohner im Rahmen der alltäglichen Versorgung machen zu können).

Der Übergang zu einer Arbeitsteilung nach den oben beschriebenen Grundsätzen verspricht viele Vorteile, kann jedoch auch Skepsis hervorrufen. Die Entlastung der zuständigen Pflegefachkraft von unmittelbar bewohnerbezogenen Arbeiten scheint dem Grundsatz zu widersprechen, für den Bewohner größtmögliche *personelle Kontinuität* in der Pflege zu gewährleisten. Tatsächlich ist diese Kontinuität heute nur in engen Grenzen gegeben. Das dokumentieren u. a. die Ergebnisse der Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur“ (Wingenfeld/Schnabel 2002). Allein wechselnde Dienste und Teilzeitbeschäftigung führen aus der Sicht des Bewohners zu einer verhältnismäßig starken Personenfluktuation. Kontinuität bemisst sich außerdem nicht allein am zeitlichen Umfang der geleisteten Unterstützung, sondern hat aus der Perspektive des Bewohners sehr viel mit der Qualität der Beziehung zu tun. Diese wiederum hängt stark davon ab, inwieweit die Mitarbeiter auf das Befinden, die Problemlagen und die Bedürfnisse des Bewohners eingehen. Gerade in dieser Hinsicht kommt der zuständigen Pflegefachkraft eine wichtige Rolle zu. Entscheidend ist aber: Personelle Kontinuität in der direkten Bewohnerversorgung kann auch durch andere Mitarbeiter gewährleistet werden. Voraussetzung hierfür ist eine durchdachte Dienstplanung, die sicherstellt, dass die Versorgung eines Bewohners bevorzugt immer durch bestimmte Mitarbeiter erfolgt.

Qualifikationsorientierte Arbeitsteilung heißt, sich ein Stück weit von der Vorstellung „*gleichberechtigter*“ Mitarbeiter und einer „*gleichmäßigen*“ Verteilung von Arbeiten zu verabschieden. Die zuständige Pflegefachkraft trägt Gestaltungsverantwortung; sie berät sich zwar mit anderen Mitarbeitern, trifft jedoch selbstverantwortlich Entscheidungen. Ein großer Teil der Gestaltungs- und Entscheidungsverantwortung wird also von einigen wenigen Mitarbeitern mit herausgehobener Qualifikation getragen. Andere werden zwar einbezogen, ihre Arbeit trägt jedoch vorwiegend den Charakter der Umsetzung von Vorgaben ihrer Kollegen.

Faktisch existiert bereits heute – allein aufgrund rechtlicher Vorgaben und der Anforderungen, die im Rahmen von Qualitätsprüfungen zu berücksichtigen sind – ein *Verantwortungsgefälle* in der vollstationären Pflege (vgl. u. a. MDS 2005). Außerdem sollte die Durchführung der Pflege *immer* auf den Vorgaben der Pflegeplanung beruhen, sie ist in vielen Fällen also *immer* Ausführung der Entscheidungen anderer Mitarbeiter. Und schließlich stellt sich die Frage, ob die Aufgaben, die der zuständigen Pflegefachkraft zufallen, von anderen Mitarbeitern tatsächlich als interessant und angenehm gewertet werden. Arbeiten im Zusammenhang mit der Pflegeplanung, die vielen Abstimmungen im Arbeitsalltag etc. werden von Mitarbeitern häufig eher als unattraktive Aufgaben bezeichnet.

Diese und andere mit einer qualifikationsorientierten Arbeitsteilung verbundenen Probleme sind prinzipiell lösbar. Allerdings dürfte deutlich geworden sein, dass Einrichtungen zum Teil erst im Verlauf einer gezielten Personal- und Organisationsentwicklung die Voraussetzungen herstellen können, unter denen sie – mit Hilfe gut qualifizierter zuständiger Pflegefachkräfte – nachhaltige Verbesserungen der Pflegeprozesssteuerung und Versorgungskoordination erreichen können.



Literatur

- Arets, J./Obex, F./Vaessen, J./Wagner, F. (1996): Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Band 1. Bocholt: Eicanos
- Büssing, A. (1997): Neue Entwicklungen in der Krankenpflege. Reorganisation von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. In: Büssing, A. (Hg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 15–48
- Elkeles, T. (1994): Arbeitsorganisation in der Krankenpflege: Zur Kritik der Funktionspflege. Frankfurt a. M.: Mabuse
- Elkeles, T. (1997): Kritik an der Funktionspflege. In: Büssing, A. (Hg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 49–63
- Ersser, S./Tutton, E. (2000): Primary Nursing – Worum geht es? In: Ersser, S./Tutton, E.: Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems. Bern: Huber, 3–35
- Glaser, J./Büssing, A. (1996): Ganzheitliche Pflege – Präzisierung und Umsetzungschancen. Pflege 9, Nr. 3, 221–232
- Manthey, M. (2005): Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern: Huber
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2005): Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Richtlinien/Erhebungsbogen/MDK-Anleitungen. Essen: MDS
- Menche, N./Bazlen, U. (2004): Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. München: Urban und Fischer
- Mischo-Kelling, M. (2005): Vorwort zur deutschen Ausgabe. In: Manthey, M.: Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern: Huber, 7–16
- Müller, H. (2001): Arbeitsorganisation in der Altenpflege. Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und -sicherung. Hannover: Schlütersche
- Richter, D. (1998): Ganzheitliche Pflege – Trauen die Pflegenden sich zuviel zu? Pflege 11, Nr. 5, 255–262
- Schlettig, H.-J. (1997): Qualitätsmanagement aus der Perspektive der Bezugspflege. In: Büssing, A. (Hg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 223–241
- Seibold, H./Köther, I. (2005): Rahmenbedingungen und Arbeitsorganisation im Altenpflegeheim. In: Köther, I. (Hg.): Thiemes Altenpflege. Stuttgart: Thieme, 756–776
- Wingefeld, K./Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf

Kapitel 4

Pflegerisches Assessment und Biografieerfassung



4. Pflegerisches Assessment und Biografieerfassung

4.1 Einführung	1
4.2 Kriterienkatalog: Pflegerisches Assessment	5
1. Organisatorische Rahmenbedingungen	5
2. Pflegerisches Assessment: Inhalte	6
3. Pflegerisches Assessment: Zeitpunkt der Erstellung/Aktualisierung	8
4.3 Kriterienkatalog: Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor Heimeinzug	10
1. Grundsätze	10
2. Erfassung und Dokumentation der Versorgung vor dem Heimeinzug	13
3. Erfassung und Dokumentation personenbezogener Aspekte	14
4. Erfassung und Dokumentation weiterer personenbezogener Aspekte	15
5. Erfassung und Dokumentation lebensgeschichtlicher Informationen	16
Literatur	17

4.1 Einführung

Der Pflegeprozess stellt eine Abfolge von Handlungsschritten dar, mit denen eine ziel- und bedarfsgerechte Versorgung der Bewohner umgesetzt werden soll. Das pflegerische Assessment, d. h. die *Informationssammlung und Einschätzung von Pflegeproblemen und -ressourcen*, ist Ausgangspunkt dieser Handlungsschritte und Grundlage für

- die Formulierung von Pflegezielen,
- die Maßnahmenplanung sowie
- die Evaluation, d. h. die Beurteilung der Pflegemaßnahmen im Hinblick auf die Erreichung der Pflegeziele.

Die Erfassung biografischer Informationen ist ein wichtiger Teilaspekt des pflegerischen Assessments. Aufgrund ihrer Bedeutung beinhaltet das Referenzkonzept hierzu jedoch einen gesonderten Kriterienkatalog.

Mit den beiden folgenden Kriterienkatalogen werden Anforderungen zusammenfassend dargestellt, die aus pflegefachlicher Sicht seit langem als notwendig erachtet werden (Arets et al. 1996). Nach wie vor besteht jedoch in vielen Einrichtungen Optimierungsbedarf. Mit der Verwendung der Kriterienkataloge im Rahmen eines Soll-Ist-Vergleichs kann ein solcher Bedarf festgestellt und in praktische Schritte der Qualitätsentwicklung umgesetzt werden.

Pflegerisches Assessment: Informationssammlung und Einschätzung

Ein pflegerisches Assessment („assessment“ heißt übersetzt: „Einschätzung“, „Beurteilung“) umfasst zwei Arbeitsschritte:

Erster Arbeitsschritt: *Systematisches Zusammentragen umfassender Informationen über den Bewohner.*

Hierzu zählen unter anderem der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Daneben werden Probleme, Fähigkeiten, Funktionsstörungen und Bedürfnisse erfasst sowie die körperlichen, psychischen, sozialen und kulturellen Faktoren, die darauf Einfluss nehmen. Ebenso wichtig sind biografische Informationen.

Zweiter Arbeitsschritt: *Feststellung und Einschätzung von Pflegeproblemen, individuellen Bedürfnissen und Ressourcen des Bewohners auf der Basis der zuvor zusammengetragenen Informationen.*

Hiermit ist ein Prozess des Identifizierens, Beschreibens und Interpretierens angesprochen. Dabei ist die Einschätzung von großer Bedeutung, welche Aspekte aus fachlicher Perspektive und/oder aus Sicht des Bewohners *wesentlich* sind und damit eine differenzierte Zielformulierung und Maßnahmenplanung erforderlich machen.

Pflegeprobleme werden in der Regel beschreibend in Textform dokumentiert. Neben der Problembeschreibung sollten auch – soweit dies möglich ist – Problemursachen sowie die Symptome bzw. Anzeichen, anhand derer das Problem erkennbar ist, aufgeführt werden (Heering 2004).

Auch der Einschätzung der *Ressourcen* des Bewohners kommt im pflegerischen Assessment eine wichtige Funktion zu.



„**Ressourcen**“ meint an dieser Stelle personale Eigenschaften, die den Bewohner dazu befähigen, selbständig zu handeln, den eigenen Bedürfnissen nachzugehen und Anforderungen oder Probleme des Alltags zu bewältigen (vgl. Kapitel 2.3).

Mitarbeitern fällt es manchmal schwer, den Begriff „Pflegerisches Assessment“ von anderen geläufigen Ausdrücken abzugrenzen. Für die Informationssammlung und Bewertung als Grundlage der Erstellung der Pflegeplanung wird in den Einrichtungen oftmals der Begriff „Anamnese“ oder „Pflegeanamnese“ verwendet. Streng genommen stellt die Anamnese jedoch lediglich einen Teilbereich des pflegerischen Assessments dar: Mit der Anamnese wird, wie in der Medizin, lediglich die Informationssammlung bezeichnet. Den sehr wichtigen Prozess der Einschätzung (in der Medizin: das Stellen der Diagnose) umfasst der Anamnesebegriff für gewöhnlich aber nicht (Brobst et al. 1996; Arets et al. 1996).

Bedeutung und Inhalte des pflegerischen Assessments

Das Assessment ist besonders wichtig, da es die Grundlage für alle folgenden Schritte im Pflegeprozess darstellt. Ist es unvollständig oder fehlerhaft, so kann es leicht zu Unter-, Über- oder Fehlversorgung kommen. Der vorliegende Kriterienkatalog soll daher einen Beitrag dazu leisten, die für eine adäquate Bewohnerversorgung relevanten Informationen vollständig zu erfassen. Das bedeutet unter anderem, sich nicht auf körperliche Pflegeprobleme bzw. Ressourcen zu beschränken, sondern auch folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Persönlichkeit und Biografie,
- psychischer/kognitiver Status,
- Werthaltungen und Einstellungen,
- soziales Umfeld und wichtige Bezugspersonen,
- Verhaltensweisen,
- Bedürfnisse, Vorlieben und Gewohnheiten,
- Wissensstand des Bewohners über seine gesundheitlichen Problemlagen.

Zwei Varianten des pflegerischen Assessments

Beim pflegerischen Assessment können zwei Varianten unterschieden werden:

- initiales pflegerisches Assessment und
- Assessments zur Aktualisierung.

Das initiale pflegerische Assessment wird im Rahmen des Einzugs in eine Pflegeeinrichtung, also in der ersten Phase der Versorgung in der Einrichtung, durchgeführt.

Die Ergebnisse des initialen Assessments beschreiben die Situation zu Beginn des Heimaufenthaltes und dienen als Grundlage für das Erstellen der ersten Pflegeplanung.

Nachfolgende pflegerische Assessments zur Aktualisierung von Informationen und Einschätzungen werden im weiteren Verlauf des Aufenthalts des Bewohners in der Einrichtung durchgeführt (Sauter et al. 2004; Heering 2004; Brobst et al. 1996).

Pflegerisches Assessment und Biografieerfassung sind kein einmaliger Akt, sondern müssen im Laufe des Aufenthaltes des Bewohners in der Einrichtung immer wieder überprüft und aktualisiert werden, um den Unterstützungsbedarf ggf. neu bestimmen zu können.

Biografische Informationen als Teilaspekt des pflegerischen Assessments

Bei der Erfassung der Biografie von Bewohnern werden in der Regel Jahreszahlen bzw. Zeitabschnitte dokumentiert, denen bestimmte Ereignisse und Abläufe (z. B. Einschulung, Heirat oder Berufsausbildung/-tätigkeit) zugeordnet werden können. Anhand der zeitlichen Struktur eines Lebenslaufs kann auch nachvollzogen werden, welche gesellschaftlich-politischen Ereignisse die jeweilige Zeit prägten bzw. welche allgemeinen Lebensbedingungen vorherrschten. Diese Einordnung setzt geschichtliche Grundkenntnisse der Mitarbeiter voraus.

Der *Lebenslauf* eines Menschen sagt allerdings nichts über das Erleben des Betroffenen („seine Wahrheit“) aus. Die Aussage einer alten Frau „Wir haben 1944 geheiratet“ ist ohne weitere Informationen wenig aussagekräftig. Die *Biografie* eines Menschen enthält dagegen die persönliche Lebensbeschreibung. „Wenn jemand den Lebenslauf aus seiner persönlichen Sicht schildert, bilden die objektiven Daten den äußeren Rahmen. Die persönlich bedeutsamen Stationen bilden die Biografie“ (Kerhoff 2002: 831).

Lebenslauf – Persönliche Beschreibung (Biografie)

1944 Heirat Die Hochzeit fand während des Fronturlaubs des Mannes statt und Frau A. betont immer wieder, dass es trotz zahlreicher Einschränkungen (sie hat z. B. kein Hochzeitskleid beschaffen können, sondern in ihrem besten Kostüm geheiratet; auch das Festessen fiel bescheiden aus) eine wunderschöne Feier war und viele Freunde und Verwandte teilgenommen haben. Das Eingebundensein in einen großen Freundes- und Familienkreis war ihr auch in späteren Jahren immer sehr wichtig, etc.

Eine Biografie kann vor dem Tod niemals als abgeschlossen bezeichnet werden, da gegenwärtige Ereignisse Einfluss auf das aktuelle Erleben des Bewohners nehmen und vergangene Ereignisse im Rückblick eine andere Deutung erfahren können als zuvor: Vielleicht hat Frau A. im Jahre 1944 nach ihrer Hochzeitsfeier durchaus die Einschränkungen in ihren Erzählungen hervorgehoben und diese beklagt. Und erst nach einigen Jahren hat sich im Nachhinein ihre Bewertung der Feier verändert und sie hat andere Dinge als wichtiger erachtet. Subjektiv geprägte Erzählungen sind daher sehr hilfreich, um einen Einblick in das Leben und Erleben eines anderen Menschen zu erhalten. Dabei spielt es keine Rolle, ob Ereignisse in allen Details (z. B. Abläufe, beteiligte Personen, Daten) korrekt erinnert werden.

Aufgrund biografischer Kenntnisse kann ein besseres Verständnis für Verhaltensweisen, Stimmungslagen und Erwartungen der Bewohner entstehen und im Rahmen der Planung und Durchführung der Versorgung genutzt werden. Die Auseinandersetzung mit der Biografie kann Mitarbeiter zudem dabei unterstützen, einen „lebendigen Zugang“ zum Bewohner zu erhalten und entsprechend die wechselseitige Kommunikation erleichtern (vgl. Gereben/Kopinitsch-Berger 1998). Voraussetzung ist hierzu eine biografieorientierte Grundhaltung der Mitarbeiter, d. h. das grundsätzliche Interesse an den Bewohnern und deren Lebensgeschichten (zu weitergehenden Fragen einer biografieorientierten Arbeitsweise vgl. Kapitel 2.2).

Erfassung biografischer Informationen

Die Erfassung biografischer Daten sollte sich aus den genannten Gründen nicht auf Lebensdaten im Sinne eines Lebenslaufs beschränken, sondern das Erleben des Menschen in den Mittelpunkt stellen. Der folgende Kriterienkatalog „Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug“ berücksichtigt beide Aspekte und gibt zudem Hinweise, welche Informationen zu welchem Zeitpunkt im Rahmen des Heimaufenthalts erfasst werden sollten.



Der Kriterienkatalog bezieht sich allerdings nur auf die Erfassung biografischer Informationen und nicht auf ihre weitere Nutzung im Rahmen der Versorgung. Ausführungen hierzu finden sich in anderen Konzeptbausteinen, schwerpunktmäßig in den „Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege“.

Charakter und Quellen von Informationen

Informationen werden aus unterschiedlichen Quellen zusammengetragen. Hierzu gehören der Bewohner selbst, seine Angehörigen, Pflegekräfte oder Mitarbeiter anderer Berufsgruppen. Ferner finden sich wichtige Informationen oftmals in Dokumenten, wie beispielsweise in Überleitungsbögen oder Arztbriefen.

Bestimmte Sachverhalte lassen sich messen und/oder beobachten und sind somit überprüfbar, sie werden deshalb als „objektive Daten“ bezeichnet. Äußerungen vom Bewohner selbst oder seinen Angehörigen hingegen lassen sich nicht immer überprüfen, so dass diese auch als „subjektive Daten“ bezeichnet werden. Sie geben u. a. wichtige Hinweise auf das individuelle Erleben des Bewohners. Ein pflegerisches Assessment berücksichtigt stets beide Informationsarten.

Voraussetzungen und Rahmenbedingungen

Ein aussagekräftiges pflegerisches Assessment einschließlich der Erfassung biografischer Informationen ist an einige Voraussetzungen und Rahmenbedingungen gebunden. Dazu gehören u. a.:

- Die Bedeutung des Assessments für die Umsetzung des Pflegeprozesses und die Versorgung des Bewohners ist den Mitarbeitern bekannt.
- Bewohner und deren Bezugspersonen werden über die Zielsetzung der Erfassung von Informationen und den Umgang mit diesen Daten informiert.
- Die Mitarbeiter sind in der Lage, Problemlagen, Funktionsstörungen, Bedürfnisse und Ressourcen des Bewohners zu erkennen, im Gespräch zu ermitteln und zu dokumentieren. Hierzu benötigen sie Fertigkeiten des Beobachtens, Befragens, Zuhörens und Dokumentierens. Da Informationen ohne eine Bewertung aussagefähig sind, sollten Pflegefachkräfte außerdem in der Lage sein, Informationen zu interpretieren, um daraus den Pflege- und Betreuungsbedarf ableiten zu können. Diese Fertigkeiten setzen ausreichendes Fachwissen voraus (Heering 2004).

Darüber hinaus sind natürlich geeignete Dokumentationsinstrumente erforderlich. Alle relevanten Informationen, die im Rahmen eines pflegerischen Assessments gewonnen werden, müssen schriftlich dokumentiert werden. Hierzu gibt es unterschiedliche Dokumentationssysteme oder EDV-gestützte Lösungen. Es sollte stets überprüft werden, ob die verfügbaren Instrumente zur Erfassung und Bewertung von Informationen geeignet sind. Ebenso wichtig ist es, Ergebnisse strukturiert und übersichtlich darzustellen. Am Ende des Assessments sollte ein aussagekräftiges Profil der Pflegebedürftigkeit des Bewohners stehen, das die wichtigsten Pflegeprobleme und Ressourcen des Bewohners hinsichtlich seines körperlichen Status, aber auch seiner kognitiven Fähigkeiten, Gewohnheiten und Vorlieben abbildet.

Die Dokumentation sollte auch eine übersichtliche und nachvollziehbare Verlaufsdarstellung beinhalten. Das Dokumentationssystem muss dementsprechend Möglichkeiten der Ergänzung von Informationen und Veränderung von Einschätzungen bieten (Stockwell 2002).

4.2 Kriterienkatalog: Pflegerisches Assessment

1. Organisatorische Rahmenbedingungen

- 1.1 In der Einrichtung existieren verbindliche Regelungen zur Sicherstellung eines aussagekräftigen pflegerischen Assessments. Sie umfassen u. a. Aussagen über personelle Zuständigkeiten und die zur Verfügung stehende Arbeitszeit bezogen auf die Erstellung, Überprüfung und Aktualisierung des pflegerischen Assessments. Das pflegerische Assessment wird von Pflegefachkräften durchgeführt.**
- 1.2 Die für das pflegerische Assessment zuständige Pflegefachkraft nutzt alle zur Verfügung stehenden Informationen und vermeidet so eine doppelte Erfassung von Informationen durch verschiedene Personen. Bei Bedarf bezieht sie weitere Personen ein (z. B. Angehörige, Mitarbeiter der Pflege/des Sozialen Dienstes).**

■ zu 1.1

Sowohl die Durchführung des initialen Assessments als auch nachfolgende Assessments zur Aktualisierung erfordern, neben bestimmten Fähigkeiten der Pflegefachkräfte, ausreichend Zeitressourcen und klare Zuständigkeiten. Es ist nicht möglich, ein Assessment „nebenbei“ durchzuführen. Einrichtungen sollten daher eine angemessene Regelung finden und Zeiten für das Durchführen des pflegerischen Assessments festlegen (z. B. längerfristig im Dienstplan vorplanen). Wie viel Zeit erforderlich ist, hängt dabei von unterschiedlichen Faktoren ab. Zu nennen sind beispielsweise die Qualifikation und die Erfahrung der Pflegefachkraft, die Komplexität der Problemlagen des Bewohners oder Möglichkeiten des Informationszugangs.

Insbesondere bei akuten gesundheitlichen Veränderungen wird es erforderlich sein, das Assessment oder Teile davon ohne zeitliche Vorausplanung durchzuführen bzw. zu wiederholen. In solchen Situationen sind kurzfristige Absprachen zwischen den Mitarbeitern erforderlich, um die Pflegefachkraft, die das Assessment durchführen soll, von anderen Aufgaben zu entlasten.

■ zu 1.2

Informationen werden insbesondere durch Beobachtungen, Messungen (z. B. Vitalwerte), die Befragung von Personen (der Bewohner selbst, der Angehörigen, anderer Pflegekräfte oder externer Kooperationspartner, z. B. aus Krankenhäusern) oder aus Dokumenten gewonnen (z. B. Pflegeüberleitungsbögen oder Arztbriefe). Wichtige Informationen werden ggf., insbesondere beim initialen pflegerischen Assessment, vom Sozialen Dienst erhoben. Verbindliche Absprachen zwischen den Mitarbeitern des Sozialen Dienstes und den Pflegefachkräften sind daher wichtig, um Mehrfacherhebungen von Informationen bzw. Informationsdefizite zu vermeiden. Informationen aus anderen Quellen können unter Umständen Unklarheiten oder Widersprüche enthalten. Es kann daher erforderlich sein, Fremdinformationen durch eigene Beobachtung, Befragungen oder Messungen zu überprüfen. Die *Biografieerfassung* auf der Grundlage des Kriterienkatalogs „Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug“ (s. u.) sollte als Bestandteil des pflegerischen Assessments verstanden werden, unabhängig davon von welchen Mitarbeitern biografierelevante Informationen bereitgestellt werden.



2. Pflegerisches Assessment: Inhalte

Die Einrichtung stellt sicher, dass für jeden Bewohner ein pflegerisches Assessment durchgeführt wird, das mindestens die Erfassung und Einschätzung der folgenden Aspekte umfasst:

- a. **Kognitive Fähigkeiten**
(z. B. zeitliche/räumliche Orientierung, Kurz-/Langzeitgedächtnis, Sprachverständnis)
- b. **Andauernde psychische Belastungen**
(z. B. Angstzustände, Verlusterfahrungen, depressive Stimmungslage)
- c. **Körperlicher Status und funktionelle Fähigkeiten**
(z. B. Mobilität, Schmerzen, Hautzustand, Mundstatus)
- d. **Kontinenz**
(z. B. Harn-/Stuhlinkontinenz, differenzierte Beschreibung der Inkontinenz)
- e. **Selbständigkeit bzw. Unselbständigkeit bei alltäglichen Lebensverrichtungen**
(z. B. Mahlzeiteinnahme, Körperpflege, Kontaktaufnahme)
- f. **Soziale Situation des Bewohners**
(z. B. Angehörige, wichtige Bezugspersonen, soziale Kompetenzen)
- g. **Verhaltensweisen des Bewohners**
(z. B. Reaktionen auf Pflegemaßnahmen oder die Teilnahme an Aktivitäten; Verhaltensweisen, aus denen für den Bewohner selbst oder für seine soziale Umgebung Gefährdungen oder Belastungen erwachsen)
- h. **Individuelle Bedürfnisse und Gewohnheiten, die für die Ausgestaltung des Versorgungs- und Lebensalltags von Belang sind** (z. B. spirituelle/religiöse Bedürfnisse, Wünsche zur Ernährung, gewohnte Tagesstrukturierung, bevorzugte Körperpflegemittel)
- i. **Teilnahme an Aktivitäten: Wünsche und Interessen des Bewohners; Erfassung/Einschätzung der grundlegenden bewohnerbezogenen Voraussetzungen zur Teilnahme an Gruppen-/Einzelaktivitäten** (z. B. Motivation, Kommunikationsverhalten; aber auch Prüfung bereits genannter Aspekte, wie z. B. Mobilität, mögliche Auswirkungen auf die Teilnahme an Aktivitäten)
- j. **Besondere gesundheitliche Risiken, insbesondere**
 - Dekubitusrisiko
 - Risiken im Zusammenhang mit dem Ernährungszustand (Unter-/Mangelernährung, Flüssigkeitsmangel)
 - Sturzrisiko
 - Kontrakturen
- k. **Besondere interventionsrelevante Faktoren (vgl. Kapitel 5.2), sofern diese nicht bereits in einem der bisher genannten Aspekte erfasst werden.**

Dieser Kriterienkatalog umfasst in komprimierter Form die wesentlichen Punkte, die in Fachbeiträgen zur Ausgestaltung des Assessments immer wieder genannt werden (vgl. z. B. Garms-Homolová/Gilgen 2000). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass es sich nicht um eine vollständige Auflistung handelt. Aufgrund der individuellen Situation des Bewohners können Ergänzungen notwendig sein (z. B. Einschätzung weiterer gesundheitlicher Risiken).

Bei dem vorliegenden Kriterienkatalog handelt es sich auch nicht um ein differenziertes Instrument zur Erhebung von Informationen im Rahmen des pflegerischen Assessments. Die Einrichtungen sollten überprüfen, ob ihre vorhandenen Erhebungsinstrumente (z. B. Formulare der Pflegeanamnese) ausreichend differenzierte Aussagen zu den einzelnen, hier aufgeführten Kriterien zulassen.

■ zu 2 a.

Die kognitiven Fähigkeiten des Bewohners haben maßgeblichen Einfluss auf dessen Selbständigkeit bzw. den Unterstützungsbedarf.

Unter kognitiven Fähigkeiten werden diejenigen Hirnleistungen verstanden, die der Erkenntnis dienen, z. B. Gedächtnis/Erinnerungsfähigkeit, Sprache, Wahrnehmung, Urteilen, Denkfähigkeit (Hafner/Meier 2005).

Im Rahmen des Assessments genügt es nicht festzustellen, dass eine Einschränkung in einem oder mehreren Bereichen der kognitiven Fähigkeiten vorliegt. Für eine gezielte Maßnahmenplanung ist vielmehr wichtig, die Einschränkungen genauer zu bestimmen. Wurde z. B. festgestellt, dass eine Orientierungsstörung vorliegt, ist es wichtig zu erheben, welche Bereiche betroffen sind: zeitliche, örtliche, situative Orientierung sowie die Orientierung zur eigenen Person sind zu unterscheiden. Auch sollte berücksichtigt werden, dass Orientierungsstörungen je nach Tageszeit oder Situation unterschiedlich ausgeprägt sein können (z. B. gestörte örtliche Orientierung außerhalb/ innerhalb der Einrichtung oder bezogen auf den Wohnbereich oder auch das eigene Zimmer).

■ zu 2 b.

Andauernde psychische Belastungen eines Bewohners sollten stets Anlass sein, Überlegungen zu wirksamer Unterstützung anzustellen. Zu diesen Belastungen zählen z. B. andauernde Angstzustände, die dazu führen können, dass der Bewohner in seiner Handlungsfähigkeit erheblich eingeschränkt ist. Verlusterfahrungen, um ein anderes Beispiel für eine psychische Belastung zu nennen, können in eine andauernde depressive Stimmungslage oder aber in Schuldgefühle, Einsamkeit und Schlaflosigkeit münden (Sauter et al. 2004). Im Rahmen des pflegerischen Assessments ist es wichtig, die in Frage kommenden Belastungsfaktoren zu bestimmen und deren Bedeutung (die Folgen) für den Bewohner zu interpretieren, um hieraus ggf. Pflegemaßnahmen ableiten zu können.

■ zu 2 c.

Aus der Beurteilung des körperlichen Status und der funktionellen Fähigkeiten des Bewohners ergeben sich wichtige Hinweise auf die Selbständigkeit bzw. Einschränkungen im Bereich der Lebensaktivitäten sowie ggf. weitere, für die Maßnahmenplanung wichtige Erkenntnisse. Hier sollte nicht vergessen werden, neben Einschränkungen auch die Ressourcen des Bewohners zu erfassen. Dies gilt insbesondere für die Mobilität, deren Erhaltung und Förderung entscheidende Bedeutung für den Autonomieerhalt besitzt.

■ zu 2 d.

Probleme der Harn- und/oder Stuhlkontinenz ziehen oftmals erst in Kombination mit Einschränkungen der Mobilität und/oder kognitiven Defiziten einen Pflegebedarf nach sich. Bei der Beurteilung der Kontinenz ist es wichtig, einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen zu berücksichtigen. Für die Bestimmung angemessener Pflegemaßnahmen kommt einer genauen Beschreibung eine besondere Bedeutung zu. Erst hierdurch wird eine Bestimmung der Inkontinenzform möglich, die wiederum eine Voraussetzung für das Einschätzen ihrer Beeinflussbarkeit, z. B. durch ein entsprechendes Kontinenztraining, darstellt (Köther/Gnam 2000).

■ zu 2 e.

Die verlässliche Beurteilung der Selbständigkeit bzw. Unselbständigkeit bei alltäglichen Lebensaktivitäten ist in der Regel erst dann möglich, wenn ausreichende Informationen über kognitive Fähigkeiten, psychische Belastungen, den körperlichen Status und funktionelle Fähigkeiten vorhanden sind.

■ zu 2 f.

Bei der Erfassung und Bewertung der sozialen Situation, die für das Wohlbefinden des Bewohners einen wichtigen Stellenwert einnimmt, ist das Augenmerk auf die sozialen Beziehungen zu Angehörigen und Freunden, zu anderen Bewohnern, aber auch den Mitarbeitern der Einrichtung zu legen (Garms-Homolová/Gilgen 2000). Neben der Anzahl an Sozialkontakten ist es wichtig, die Qualität der Beziehungen



einzuschätzen. Insbesondere konfliktbeladene Beziehungen stellen oftmals eine Belastung dar. In diesem Zusammenhang sind die sozialen Kompetenzen des Bewohners ein nicht zu unterschätzender Einflussfaktor, z. B. die Fähigkeit, Kontakte herzustellen, aufrechtzuerhalten oder Konflikte angemessen zu lösen.

■ zu 2 g.

Problematische Verhaltensweisen treten oftmals im Verlauf von demenziellen Erkrankungen auf. Verbale Auffälligkeiten, Umhergehen und aggressives Verhalten gehören zu den häufig festzustellenden Verhaltensweisen bei Heimbewohnern (Cohen-Mansfield et al. 1993). Auch die Ablehnung von Hilfen (z. B. bei der Nahrungsaufnahme) ist in Einrichtungen zu beobachten.

Die Häufigkeit des Vorkommens, die Anzahl und Intensität problematischer Verhaltensweisen sowie deren Beständigkeit sollten mit dem pflegerischen Assessment erfasst und beurteilt werden.

■ zu 2 h./i.

Die Berücksichtigung von Gewohnheiten und Bedürfnissen ist entscheidend für die Lebensqualität von Bewohnern. Sie setzt natürlich voraus, dass Gewohnheiten und Bedürfnisse bekannt sind. Wichtige Hinweise zu diesem Punkt ergeben sich aus dem Kriterienkatalog zur „Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug“ (s. u.).

■ zu 2 j.

Es ist zu betonen, dass hier nicht sämtliche gesundheitlichen Risiken aufgeführt sind, die ggf. berücksichtigt werden müssen. Im Zusammenhang mit der Einschätzung gesundheitlicher Risiken sind insbesondere die Expertenstandards des DNQP sowie die Arbeiten der Spitzenverbände der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung zu beachten (MDS 2003; DNQP 2005a/b, 2002).

■ zu 2 k.

Bei der Durchführung des Assessments ist es wichtig, die in den „Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege“ (vgl. Kapitel 5.2) formulierten besonderen interventionsrelevanten Faktoren für die Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen. Sie sind u. a. für die Ausgestaltung von Pflegemaßnahmen wichtig.

3. Pflegerisches Assessment: Zeitpunkt der Erstellung/Aktualisierung

3.1 Die Einrichtung stellt sicher, dass unmittelbar nach Heimeinzug akute Gefährdungen und andere relevante Informationen für die erste Versorgung erfasst werden. Das initiale pflegerische Assessment (Status bei Einzug) zu den in Punkt 2 aufgeführten Inhalten wird innerhalb von zwei Wochen nach dem Einzug des Bewohners abgeschlossen und innerhalb von sechs Wochen nach dem Einzug aktualisiert.

3.2 Beim Auftreten gesundheitlicher Veränderungen, bei Anzeichen neuer gesundheitlicher Gefährdungen oder anderer wichtiger Anlässe wird das pflegerische Assessment aktualisiert. Dies gilt insbesondere, wenn sich wesentliche Veränderungen bezüglich der folgenden Aspekte ergeben:

- Kognitive Fähigkeiten (2 a.)
- Verhaltensweisen (2 g.)
- Andauernde psychische Belastungen (2 b.)

- Soziale Situation (2 f.)
- Selbständigkeit bzw. Unselbständigkeit bei alltäglichen Lebensverrichtungen (2 e.)
- Besondere gesundheitliche Risiken (2 j.)

Handelt es sich um gravierende Veränderungen, die eine weitreichende Umstellung der Pflegeplanung erforderlich machen (z. B. Mobilitätsverlust oder anhaltende, erhebliche kognitive Einbußen), so wird das pflegerische Assessment vollständig wiederholt. Ansonsten ist eine partielle Aktualisierung, d. h. nur des betreffenden Aspekts bzw. der betreffenden Aspekte, ausreichend.

- 3.3 Bei jedem Bewohner wird in Abständen von höchstens sechs Monaten ein vollständiges Assessment durchgeführt, sofern sich nicht zu einem früheren Zeitpunkt die Notwendigkeit einer Aktualisierung in Teilen oder im Ganzen ergeben hat (siehe 3.2).

■ zu 3.1

Im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Heimeinzug sollten zumindest solche Informationen erhoben werden, die eine erste Einschätzung der wichtigsten Problemlagen und somit eine fachgerechte Versorgung vom ersten Tag an ermöglichen.

In der Regel liegen nicht alle erforderlichen Informationen bereits am Einzugstag vor. Das kann beispielsweise daran liegen, dass wichtige Dokumente erst später verfügbar sind oder Angehörige, deren Auskünfte wichtig wären, noch nicht befragt werden konnten. Nach spätestens zwei Wochen sollte das initiale pflegerische Assessment allerdings vollständig abgeschlossen werden.

Pflegeprobleme, Fähigkeiten und Ressourcen von Bewohnern sind in den ersten Wochen nach Heimeinzug zum Teil großen Schwankungen unterworfen. Daher ist es notwendig, zeitnah (innerhalb der ersten sechs Wochen nach Heimeinzug) zu überprüfen, ob die Einschätzungen des initialen Assessments weiterhin gültig sind. Da ein Integrationsgespräch mit dem Bewohner (vgl. Kapitel 6.2) im gleichen Zeitraum stattfinden sollte, ist es sinnvoll, dessen Ergebnisse ebenfalls zu berücksichtigen und die Überprüfung und ggf. Aktualisierung im Anschluss an dieses Gespräch durchzuführen.

■ zu 3.2

Im Verlauf des Aufenthalts von Bewohnern in der Einrichtung treten oftmals gesundheitliche Veränderungen auf, die eine teilweise oder vollständige Aktualisierung des pflegerischen Assessments erforderlich machen. So ist es nach einem akuten Krankheitsereignis oder nach dem Aufenthalt des Bewohners in einem Krankenhaus in der Regel erforderlich, das Assessment zu aktualisieren.

■ zu 3.3

Problemlagen oder Ressourcen des Bewohners können über einen längeren Zeitraum stabil bleiben, sich schleichend oder in vergleichsweise kurzer Zeit verändern. Mitunter treten neue gesundheitliche Probleme oder Risiken hinzu, die ebenfalls nicht auf den ersten Blick erkennbar sind. Für die pflegerische Versorgung ist daher eine regelmäßige Wiederholung der pflegerischen Einschätzung eine wichtige Voraussetzung (Aktualisierung des pflegerischen Assessments), um angemessen und zeitgerecht auf veränderte Bedarfslagen reagieren zu können.

Die erneute Durchführung des pflegerischen Assessments bedeutet, alle Informationen und Einschätzungen hinsichtlich ihrer Aktualität zu überprüfen, d. h. faktisch: den Status des Bewohners neu einzuschätzen. Bei Einschätzungen, die sich nicht ändern, genügt es kenntlich zu machen, dass sie überprüft worden sind (z. B. durch Datum und Handzeichen auf dem Assessmentformular).



4.3 Kriterienkatalog: Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor Heimeinzug

1. Grundsätze

- 1.1 Die Einrichtung verfügt über Dokumentationsinstrumente zur Erfassung von Informationen zur Biografie und zur Lebenssituation vor dem Heimeinzug. Diese Instrumente berücksichtigen die nachfolgend aufgeführten Informationen.
- 1.2 Informationen werden nicht nur zu Beginn des Heimaufenthaltes, sondern bei neuem Kenntnisstand fortlaufend dokumentiert. Die Dokumentation zu Beginn des Aufenthaltes umfasst jedoch mindestens die in den Punkten 2 und 3 aufgeführten Informationen.
- 1.3 Bei allen dokumentierten Informationen wird kenntlich gemacht, wann und durch wen sie dokumentiert wurden und von wem die Informationen stammen (z. B. Bewohner, Angehörige, ehemalige Nachbarn).
- 1.4 Verfahrensweisen zur Erfassung von Informationen zur Biografie und zur Lebenssituation vor dem Heimeinzug sind den Mitarbeitern, die an der Erfassung beteiligt sind, bekannt und werden von ihnen beachtet.
- 1.5 Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft trägt die Verantwortung für die Sicherstellung einer ausreichenden Qualität und ggf. notwendigen Ergänzung der Dokumentation im Verlauf des Heimaufenthaltes.

■ zu 1.1

Der vorliegende Kriterienkatalog enthält Vorgaben zur inhaltlichen Gestaltung eines Biografieerfassungsbogens, ist aber nicht mit einem solchen Instrument gleich zu setzen.

Zur Dokumentation der aufgeführten Informationen können geeignete herkömmliche Instrumente verwendet werden. Allerdings sollte überprüft werden, ob diese alle Vorgaben des Kriterienkatalogs enthalten und genügend Raum für Anmerkungen lassen; ggf. ist eine Anpassung des bestehenden Biografieerfassungsbogens erforderlich.

Der inhaltliche Aufbau des Biografieerfassungsbogens muss hinsichtlich der Reihenfolge nicht mit dem Kriterienkatalog identisch sein, die Angaben zur zeitlichen Staffelung der Erfassung sollten allerdings berücksichtigt werden. Zur fortlaufenden Dokumentation während des Heimaufenthaltes (siehe Grundsatz 1.2) kann es sinnvoll sein, einen separaten bzw. ergänzenden Biografieerfassungsbogen zu nutzen.

■ zu 1.2

Die Erfassung biografischer Daten geschieht fortlaufend, d. h. beginnend mit den ersten Kontakten bis zum Versterben des Bewohners. Der Kriterienkatalog führt Informationen auf, die im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Heimeinzug benötigt werden, um eine bewohnerorientierte Versorgung planen zu können (siehe Punkt 2 und 3). Darüber hinaus gibt es Informationen, die oftmals nicht vor bzw. unmittelbar nach dem Heimeinzug ermittelt werden können, da hierzu zunächst eine bestimmte Vertrautheit zwischen Bewohner und Mitarbeitern erforderlich ist. Der Kriterienkatalog unterscheidet hier zwischen Informationen, die bis ca. 6 Wochen nach dem Heimeinzug vorliegen (siehe Punkt 4) bzw. fortlaufend erfasst werden sollten (siehe Punkt 5).

Punkt 5 des Kriterienkatalogs beinhaltet unter Umständen für den Bewohner sehr persönliche Aspekte und sollte daher nicht zwingend zu Beginn des Heimaufenthaltes thematisiert werden. Signalisieren Bewohner bzw. Bezugspersonen bereits zu einem frühen Zeitpunkt die Bereitschaft auch zu sehr persönlichen Aspekten Auskunft zu geben, sollte dies selbstverständlich möglich sein.

Bei der Ermittlung und Erfassung der Informationen ist deren Bedeutung für die jetzige bzw. zukünftige Begleitung und Versorgung des Bewohners nicht immer direkt ersichtlich. Dennoch macht es Sinn, Informationen zu dokumentieren, die im Moment keine direkte Verwendung finden, aber z. B. im Rahmen einer fortschreitenden Demenzerkrankung bedeutsam werden können.

■ zu 1.3

Biografische Informationen können aus vielen Quellen stammen. An erster Stelle stehen sicherlich der Bewohner und/oder seine Bezugspersonen. Aber auch Beobachtungen der Mitarbeiter – insbesondere bei demenziell erkrankten Bewohnern – und Informationen weiterer Personen können wertvolle Hinweise enthalten. Um den Bedeutungsgehalt und die Relevanz von Informationen zumindest annähernd einschätzen zu können, ist es notwendig, zu vermerken, von wem welche Information stammt.

■ zu 1.4

In der Einrichtung sollte verbindlich festgelegt sein, welche unterschiedlichen Vorgehensweisen zum Einsatz kommen, um biografische Informationen zu erfassen.

- **Geplante Gespräche** (vgl. z. B. Qualitätsmaßstab „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“: Erstgespräch)
- **Informationen aus Alltagsgesprächen/ungeplanten Gesprächen.** Die Grenzziehung zwischen für die Versorgungssituation relevanten bzw. nicht-relevanten Informationen kann mitunter äußerst schwierig sein und die Entscheidung liegt dann im Einzelfall im Ermessen des jeweiligen Mitarbeiters.
- **Beobachtungen der Mitarbeiter.** Reaktionen der Bewohner, z. B. auf die Durchführung von Pflegehandlungen, können Rückschlüsse auf Vorlieben und/oder Abneigungen ermöglichen. Beobachtungen spielen insbesondere bei demenziell erkrankten Bewohnern, die sich nur noch eingeschränkt verbal mitteilen können, eine große Rolle. Sie sind oftmals die einzige Möglichkeit, biografieorientierte Informationen von ihnen selbst zu erhalten. Erschwert wird die Biografieerfassung, wenn diese Bewohner keine Bezugspersonen haben, die Auskünfte geben können. In diesem Fall sind die Mitarbeiter in verstärktem Maße auf ihre Beobachtungen angewiesen.
- **Überleitungsbogen.** Zur Erfassung der Versorgungssituation unmittelbar vor Heimeinzug kann ggf. auch auf den Überleitungsbogen eines Krankenhauses bzw. ambulanten Pflegedienstes zurückgegriffen werden.
- **Schriftliche Informationen des Bewohners und/oder seiner Bezugspersonen.** Bereits vor dem Heimeinzug können Bewohner bzw. Bezugspersonen einen (ggf. speziell zu diesem Zweck gestalteten) Biografieerfassungsbogen mit der Bitte erhalten, diesen soweit möglich selbständig auszufüllen. Dieses Vorgehen setzt, ebenso wie bei Gesprächen zur Biografieerfassung, voraus, dass die Zielsetzung den betreffenden Personen vermittelt wird. Dieses Vorgehen ist aber nur zu empfehlen, wenn zusätzlich Gespräche geführt werden. Auch ist fraglich, ob alle Bewohner bzw. Bezugspersonen in der Lage und Willens sind, das Ausfüllen des Biografieerfassungsbogens zu übernehmen.

Bei der Erfassung biografischer Informationen ist nicht nur wichtig, dass Informationen erfasst werden, sondern auch wie dies erfolgt. Eine Situation, in der bedeutsame lebensgeschichtliche Aspekte ausschließlich anhand einer Checkliste abgefragt werden, ohne dass dem Bewohner und/oder den Bezugspersonen die Gelegenheit zu einem Gespräch gegeben wird („Verhörsituation“), ist abzulehnen. Es kann unter



Umständen sinnvoll sein, während des Gesprächs auf eine Dokumentation zu verzichten und diese erst im Anschluss vorzunehmen, um den Erzählfluss des Bewohners und/oder seiner Bezugspersonen nicht zu hemmen.

Die Forderung nach einem aussagekräftigen Biografieerfassungsbogen beinhaltet nicht, dass ein Bewohner zu seinem gesamten Leben Auskunft geben muss. Vielmehr sollte, nach entsprechender Information zur Zielsetzung der Erfassung biografischer Daten und deren Verwendung, dem Bewohner und/oder den Bezugspersonen die Entscheidung überlassen werden, welche Informationen sie weitergeben möchten. Zudem sollte akzeptiert werden, dass Informationen nicht in chronologischer Reihenfolge oder vollständig wiedergegeben werden. Im Biografieerfassungsbogen sollte kenntlich gemacht werden, wenn bestimmte Angaben nicht erfasst werden konnten.

Mitarbeiter benötigen, neben einer biografieorientierten Grundhaltung, besondere Kenntnisse und Fähigkeiten zur Gestaltung von Gesprächssituationen zur Biografieerfassung. Generell sei darauf hingewiesen, dass die fortlaufende Erfassung und der Umgang mit biografischen Daten ein sensibles Vorgehen erfordert und entsprechende Schulungen hierzu hilfreich sein können.

■ zu 1.5

Die Gesamtverantwortung für den Prozess der Biografieerfassung sollte in den Händen der jeweils für den Bewohner zuständigen Pflegefachkraft liegen. Hiermit ist nicht gemeint, dass diese ausschließlich mit der Biografieerfassung betraut ist. Hieran sind ggf. auch Mitarbeiter der unterschiedlichen Berufsgruppen beteiligt (z. B. Pflege, Sozialer Dienst, Hauswirtschaft).

Koordinations- und Steuerungsaufgaben der jeweils für den Bewohner zuständigen Pflegefachkraft im Rahmen der Biografieerfassung werden im Folgenden kurz dargestellt:

Sicherstellung der fortlaufenden Erfassung und Dokumentation biografischer Informationen

Die Mitarbeiter verfügen durch regelmäßige Kontakte zum Bewohner in der Regel über ein umfangreiches Wissen z. B. zu Vorlieben, Abneigungen, Gewohnheiten, dokumentieren dies aber nicht immer. Hier ist die zuständige Pflegefachkraft gefordert, z. B. bei Dienstübergaben oder in Fallbesprechungen, auf die Bedeutung dieser Informationen hinzuweisen und darauf hinzuwirken, dass diese durch die Mitarbeiter dokumentiert werden.

Sicherstellung einer ausreichenden Qualität der Dokumentation

Die zuständige Pflegefachkraft achtet ferner darauf, dass biografische Informationen so dokumentiert werden, dass sie für die weitere Planung der Pflege genutzt werden können. So lässt z. B. die Kenntnis um die letzte Wohnsituation vor dem Heimeinzug (z. B. allein lebend) ohne weiterführende Informationen nur bedingt Rückschlüsse auf das Erleben des Bewohners zu. Soweit möglich, sollten daher die Bewertungen durch den Bewohner ebenfalls dokumentiert werden („allein lebend“ kann für den einen Menschen mit Einsamkeit/Isolation, für einen anderen mit Selbständigkeit/Unabhängigkeit verbunden sein).

Bündelung von Informationen

Sie hat die Aufgabe, Informationen zu bündeln und so zu vermeiden, dass identische Informationen mehrfach durch unterschiedliche Personen beim Bewohner und/oder seinen Bezugspersonen erhoben werden.

2. Erfassung und Dokumentation der Versorgung vor dem Heimeinzug

- 2.1 **Allgemeine Merkmale der Wohnsituation vor dem Heimeinzug**
z. B. lebte in einer Klein-/Großstadt, allein oder zusammen mit Angehörigen, in einer anderen Einrichtung, Verfügbarkeit und Nutzung von Garten etc.
- 2.2 **Art und Umfang der pflegerischen, hauswirtschaftlichen und sozialen Unterstützung durch Angehörige, Freunde, Nachbarn etc.**
- 2.3 **Art und Umfang der Unterstützung durch ambulante Pflegedienste**
- 2.4 **Nutzung anderer Einrichtungen und Dienste**
z. B. Menübringdienste, hauswirtschaftliche Leistungen, teilstationäre Pflege
- 2.5 **Hilfsmittel, die in der häuslichen Umgebung verwendet wurden**
- 2.6 **Pflegerische Erfordernisse (Bedarf) und Maßnahmen vor dem Heimeinzug**
- 2.7 **Akzeptanz weiblicher/männlicher Pflegepersonen**

Zeitraum der Ersterfassung:

Phase zwischen dem Zeitpunkt, zu dem über den Heimeinzug definitiv entschieden wurde, und dem Zeitpunkt ca. zwei Wochen nach dem tatsächlichen Heimzug.

Informationen zur Wohn- und Versorgungssituation unmittelbar vor dem Heimeinzug können den Mitarbeitern wertvolle Hinweise zur Planung der weiteren Versorgung geben. Für den Bewohner soll hierdurch – trotz Einzug in die Pflegeeinrichtung – ein Höchstmaß an Kontinuität angestrebt werden. Auch wenn sich die Versorgungssituation durch einen Krankenhausaufenthalt unmittelbar vor dem Heimeinzug aktuell verändert hat, sollten Informationen zur vorherigen Versorgung in der eigenen Häuslichkeit erfasst werden.



3. Erfassung und Dokumentation personenbezogener Aspekte

- 3.1 Staatsangehörigkeit und ggf. Herkunftsland
- 3.2 Muttersprache, Beherrschen von Fremdsprachen
- 3.3 Ehe/Partnerschaft, Familie und für den Bewohner wichtige Angehörige/Bezugspersonen
- 3.4 Religionszugehörigkeit
- 3.5 Einrichtungsgegenstände von besonderer persönlicher Bedeutung (einschl. Fotos, Bücher etc., vgl. Qualitätsmaßstab „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“)
- 3.6 Gewohnte Tages- und Wochenstrukturierung
z. B. Zeit des Aufstehens und zu Bett Gehens, Mittagsruhe, Essenszeiten, feste Termine
- 3.7 Gewohnte Aktivitäten und Beschäftigungen im Lebensalltag
- 3.8 Besonderheiten im Rahmen der Kommunikation
z. B. Lautstärke bei der Ansprache, Verwendung vertrauter Begriffe/Gesten
- 3.9 Ernährungsgewohnheiten
z. B. Vorlieben und Abneigungen bei Speisen und Getränken, Haupt-/Zwischenmahlzeiten, Art und Menge der Flüssigkeitsaufnahme, Gewohnheiten bezüglich der Nahrungszubereitung, Konsum alkoholischer Getränke
- 3.10 Rauchgewohnheiten
- 3.11 Gewohnte und bevorzugte Kleidung
- 3.12 Gewohnheiten im Bereich der Körperpflege
z. B. gewohnte Abläufe, Gewohnheiten in Bezug auf Duschen/Baden, Vorlieben/Abneigungen gegenüber Körperpflegeprodukten
- 3.13 Schlafgewohnheiten
z. B. Position des Bettes im Raum, Zeiten der Bettruhe, Einschlafrituale
- 3.14 Erwartungen/Wünsche des Bewohners und/oder der Angehörigen in Bezug auf die zukünftige Wohn-/Lebenssituation in der Einrichtung und die pflegerische Unterstützung

Zeitraum der Ersterfassung:

Phase zwischen dem Zeitpunkt, zu dem über den Heimeinzug definitiv entschieden wurde, und dem Zeitpunkt ca. zwei Wochen nach dem tatsächlichen Heimeinzug.

Die hier aufgeführten personenbezogenen Aspekte sollen einen ersten Einblick in das Leben des neuen Bewohners geben, ohne dass der Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird. Da sie vor bzw. in der ersten Phase des Heimaufenthaltes erfragt werden, ist es durchaus möglich, dass zu einem späteren Zeitpunkt, nachdem sich ein Vertrauensverhältnis zwischen Bewohner bzw. seinen Bezugspersonen und den Mitarbeitern entwickelt hat, differenziertere Informationen erfolgen. Diese sollten, entsprechend des Grundsatzes 1.2, fortlaufend dokumentiert werden. Insbesondere Erwartungen und Wünsche (3.14) in Bezug auf den Heimaufenthalt können nach einiger Zeit in der Einrichtung ggf. präziser beantwortet werden als zu Beginn.

4. Erfassung und Dokumentation weiterer personenbezogener Aspekte

- 4.1 Ort, der als Heimat empfunden wird
(muss nicht zwingend identisch mit letztem Wohn- oder Herkunftsort sein)
- 4.2 Familiäre Kontakte, weitergehende soziale Kontakte und Beziehungen (Art, Intensität und Stellenwert)
- 4.3 Religiosität – individuelle Bedeutung der Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft und der Religionsausübung
- 4.4 Wünsche in Bezug auf die Sterbephase bzw. den Todesfall
z. B. Information/Anwesenheit bestimmter Personen in der Sterbephase/im Todesfall, Bestattungswünsche, Kleidung nach dem Versterben (vgl. Kapitel 6.5).

Zeitraum der Ersterfassung:

bis ca. 6 Wochen nach Heimeinzug



5. Erfassung und Dokumentation lebensgeschichtlicher Informationen

- 5.1 **Lebensphase Kindheit und Jugend/Informationen zur Herkunftsfamilie**
z. B. Wohnort und Wohnsituation, wirtschaftliche Verhältnisse, verwandtschaftliche Beziehungen, Namen/Kosenamen der Großeltern/Eltern/Geschwister, eigener Kose-/Spitzname, Schulbildung, bevorzugte Freizeitbeschäftigungen, erlebte Erziehung, Pflichten im Elternhaushalt, Haustiere, Beziehung zu den Geschwistern, wichtige Personen, kirchliches Engagement, Wechsel des Wohnortes etc.
- 5.2 **Lebensphase Erwachsenenalter**
z. B. Ausbildung/Studium, Berufstätigkeit (z. B. Wunschberuf, tatsächlich ausgeübter Beruf, Arbeitszeiten, wichtige Personen im beruflichen Umfeld, Arbeitslosigkeit), Partnerschaften, Familiengründung, Geburt von Kindern, Namen/Kosenamen, familiäre Beziehungen, Lebensverhältnisse, Freundeskreis, Interessen/Freizeitbeschäftigung, Wechsel des Wohnortes etc.
- 5.3 **Lebensphase Rentenalter**
z. B. familiäre Situation, Beziehung zu Enkelkindern, Lebensverhältnisse, Freundeskreis, Interessen/Freizeitbeschäftigung, Wechsel des Wohnortes, Versterben nahestehender Personen etc.
- 5.4 **Prägende Lebensereignisse**
Prägende Lebensereignisse sollen in den vorangegangenen Punkten bereits aufgeführt sein. Die Dokumentation soll jedoch herausstellen, welche Lebensereignisse bzw. Erinnerungen den Bewohner in besonderer Weise emotional beschäftigen, wie z. B. Partnerschaften, Kriegserlebnisse, beruflicher Aufstieg, persönliche Verluste etc.

Zeitraum der Erfassung:

Fortlaufende Ergänzung der Dokumentation während des Heimaufenthaltes

Ziel der Dokumentation der in diesem Abschnitt aufgeführten biografischen Informationen ist es erstens, Anknüpfungspunkte für eine ressourcenfördernde Pflege und psychosoziale Betreuung zur Verfügung zu stellen. Sie soll zweitens dabei helfen, Bedürfnisse, emotionales Erleben und Verhaltensweisen besser nachvollziehen und bei Bedarf gezielte Unterstützung leisten zu können.

Nicht alle der aufgeführten Themen haben bei jedem Bewohner den gleichen Stellenwert. Insofern müssen nicht notwendigerweise alle Details erfasst werden, die in den Erläuterungen zu den einzelnen Punkten aufgeführt sind. Es kommt vielmehr darauf an, diejenigen Aspekte zu entdecken und ausreichend differenziert zu erfassen, die für den individuellen Bewohner, seinen Lebensalltag und sein inneres Erleben von Bedeutung sind.

Literatur

- Arets, J./Obex, F./Vaessen, J./Wagner, F. (1996): Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Band 1. Bocholt: Eicanos
- Brobst, R. A. (1996): Der Pflegeprozess in der Praxis. Bern: Huber
- Clarke, A. (2000): Using biography to enhance the nursing care of older people. *British Journal of Nursing* 9, Nr. 7, 429–433
- Cohen-Mansfield, J./Werner, P./Marx, M. S./Lipson, S. (1993): Assessment and management of behavioral problems in the nursing home. In: Rubenstein, L. Z./Darryl, W. (Hg.): *Improving Care in the Nursing home. Comprehensive Reviews of Clinical Research*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications, 275–313
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.) (2002): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück: DNQP
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.) (2005a): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Osnabrück: DNQP
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.) (2005b): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Osnabrück: DNQP
- Faltermeier, T. (2005): *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer
- Friebe, J. (2004): Der biografische Ansatz in der Pflege. *Pflege & Gesellschaft* 9, Nr. 1, 3–5
- Garms-Homolová, V./Gilgen, R. (2000): RAI 2.0 – Resident Assessment Instrument. Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation. 2. Aufl. Bern: Huber
- Gereben, C./Kopinitsch-Berger, S. (1998): *Auf den Spuren der Vergangenheit. Anleitung zur Biographiearbeit mit älteren Menschen*. Wien/München/Bern: Verlag Wilhelm Maudrich
- Hafner, M./Meier, A. (2005): *Geriatrische Krankheitslehre. Teil I: Psychiatrische und neurologische Syndrome*. 4. Aufl. Bern: Huber
- Heering, C. (2004): Systematische Pflegearbeit mit dem Pflegeprozess. In: Heering, C. (Hg.): *Das Pflegevisitenbuch*. Bern: Huber, 27–37
- Heitmann, D./Bonato, M. (i. E.): Qualitätsentwicklung in der stationären Altenpflege. Befunde einer Studie in Nordrhein-Westfalen. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 37, Nr. 2
- Hornung, R./Gutscher, H. (1994): Gesundheitspsychologie: Die sozialpsychologische Perspektive. In: Schwenkmezger, P./Schmidt, L.R. (Hg.): *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Ferdinand Enke, 65–87
- Kerkhoff, B. (2002): Biografiearbeit – Schlüssel für eine individuelle Begleitung in der Pflege. *Die Schwester/Der Pfleger* 41, Nr. 10, 830-833
- Köther, I./Gnam, E. (Hg.) (2000): *Altenpflege in Ausbildung und Praxis*. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme
- Kricheldorf, C. (2005): Biografisches Arbeiten und Lernen. Lebensgeschichtliche Prägungen als Ressourcen. *Pflegemagazin* 6, Nr. 4, 4–12
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) (Hg.) (2003): Grundsatzstellungnahme. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Abschlussbericht der Projektgruppe P 39. Essen: MDS
- Nationale Pflegeassessmentgruppe Deutschland (2005): Positionspapier zur MDS Grundsatzstellungnahme „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“. *Pflegemagazin* 6, Nr. 3, 16–24
- Needham, I. (1990): *Pflegeplanung in der Psychiatrie*. 2. Aufl. Basel: Recom
- Sauter, D./Abderhalden, C./Needham, I./Wolff, S. (Hg.) (2004): *Lehrbuch psychiatrische Pflege*. 2. Aufl. Bern: Huber
- Schwarzer, R./Leppin, A. (1991): Soziale Unterstützung und Wohlbefinden. In: Abele, A./Becker, P. (Hg.): *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik*. Weinheim, München: Juventa, 175–189
- Stockwell, F. (2002): *Der Pflegeprozess in der psychiatrischen Pflege*. Bern: Huber
- Townsend, M.C. (2000): *Pflegediagnosen und Maßnahmen für die psychiatrische Pflege. Handbuch zur Pflegeplanerstellung*. 2. Aufl. Bern: Huber
- Wingenfeld, K. (2000): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa, 339–361



Kapitel 5

Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen



5. Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen (Version 2.0)

5.1 Einführung zu den Leistungsbeschreibungen	1
5.1.1 Merkmale der Leistungsbeschreibungen	1
5.1.2 Aufbau und Nutzung der Leistungsbeschreibungen für unmittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen	6
5.1.3 Aufbau und Nutzung der Leistungsbeschreibungen für mittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen	14
5.2 Unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen	16
5.2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität	17
5.2.2 Unterstützung bei der Ernährung	27
5.2.3 Unterstützung im Bereich Ausscheidungen	31
5.2.4 Unterstützung im Bereich der Körperpflege	35
5.2.5 Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen	40
5.2.6 Spezielle Pflege	56
5.2.7 Besondere interventionsrelevante Faktoren	62
5.2.8 Übersicht zum präventiven/prophylaktischen Pflegehandeln	64
5.3 Mittelbar bewohnerbezogene Leistungen	66
Literatur	74

5.1 Einführung zu den Leistungsbeschreibungen

Die Leistungsbeschreibungen stellen in erster Linie ein *Leistungsklassifikationssystem* dar, das Leistungen bzw. Maßnahmen, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden, ordnet und näher definiert. Hierdurch sollen Leistungen inhaltlich voneinander abgegrenzt und übersichtlich dargestellt werden.

Die Leistungsbeschreibungen bilden zugleich ein Leistungsprofil ab, welches angesichts der gesundheitlichen Problem- und Bedarfslagen der Bewohner von Einrichtungen prinzipiell vorgehalten werden sollte. So wird beispielsweise besonderer Wert darauf gelegt, dass Pflege nicht nur als Hilfe bei der Durchführung von körperlichen Verrichtungen begriffen wird, sondern auch bei psychischen und sozialen Problem-lagen der Bewohner fachgerechte Unterstützung leistet.

Die Leistungsbeschreibungen stellen ein Anforderungsprofil dar, welches teilweise über die derzeitige Versorgungspraxis in vollstationären Pflegeeinrichtungen hinausreicht. Pflegeeinrichtungen bieten zwar den überwiegenden Teil der beschriebenen Leistungen an, jedoch werden einige Leistungen nicht, selten oder nur ansatzweise erbracht. Dies bezieht sich insbesondere auf Maßnahmen zur Förderung bzw. Erhaltung der Mobilität und zur Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen.

Die Leistungsbeschreibungen können des Weiteren als Grundlage für die *Zuordnung von Maßnahmen und Fachqualifikation* dienen, da mit ihnen sämtliche an der Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen angesprochen sind. Wird das Leistungsspektrum einer Einrichtung an die Erfordernisse, die sich mit den Leistungsbeschreibungen verbinden, angepasst, so setzt dies ggf. Organisationsentwicklungsprozesse voraus, mit denen die Aufgabenteilung der Berufsgruppen neu zu ordnen ist. Dies gilt insbesondere für die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Sozialem Dienst sowie für die Kooperation zwischen Fachkräften und anderen Mitarbeitern.

Ein System zur Leistungsklassifikation kann lediglich ein Hilfsmittel zur Qualitätsentwicklung in vollstationären Pflegeeinrichtungen sein. Seine Wirkung hängt stark ab von der Art und Weise, wie es in den Versorgungsalltag integriert wird. Trotz zum Teil schwieriger Rahmenbedingungen können jedoch Verbesserungen im Sinne einer nachhaltigen Qualitätsentwicklung erreicht werden.

5.1.1 Merkmale der Leistungsbeschreibungen

Gegenstand

Die Leistungsbeschreibungen sind in zwei große Maßnahmenbereiche unterteilt, die jeweils einen spezifischen Typus von Leistungen beinhalten.

- Der erste Typus umfasst insgesamt 32 *unmittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen*, also Maßnahmen, die in direktem Kontakt mit Bewohnern durchgeführt werden.
- Zum zweiten Typus zählen 12 *mittelbar bewohnerbezogene Leistungen*, die zwar ebenso wichtig für die Gewährleistung einer fachgerechten Versorgung sind, jedoch eben nicht in direktem Kontakt mit Bewohnern erbracht werden. Zu Letzteren gehören etwa koordinierende Tätigkeiten, Dienstübergaben oder Tätigkeiten im Rahmen der Pflegeplanung und -dokumentation.



Damit deutet sich bereits an, welche *Handlungsbereiche* von den Leistungsbeschreibungen berücksichtigt werden und welche nicht: Die Leistungsbeschreibungen beziehen sich auf die pflegerische und psychosoziale Unterstützung der Bewohner im engeren Sinne. Sie beschreiben entsprechende Maßnahmen, machen aber keine Angaben zur konkreten Ausgestaltung der Maßnahme (wie, wann, wie oft etc.). Dies erfolgt im Rahmen der individuellen Pflegeplanung.

Maßnahmen im Rahmen der Qualitätsentwicklung, Fortbildungen/Schulungen, hauswirtschaftliche Leistungen, Verwaltungsarbeiten oder technische Dienste der Mitarbeiter, die nicht direkt in die Bewohnerversorgung einbezogen sind, bilden eigenständige Bereiche und werden daher nicht erfasst.

Leistungsbeschreibungen und AEDL-Systematik

Das in der Praxis weit verbreitete Modell der Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL), welches von Monika Krohwinkel entwickelt wurde, findet im Rahmen der Leistungsbeschreibungen keine Erwähnung. Dies liegt darin begründet, dass die Leistungsbeschreibungen universal, d. h. unabhängig vom jeweils eingesetzten Pflegemodell, genutzt werden können.

Eine parallele Nutzung von Leistungsbeschreibungen und AEDL-Systematik, z. B. im Rahmen der Pflegeplanung, ist aber durchaus möglich. Allerdings sollte hierbei beachtet werden, dass Leistungsbeschreibungen nicht in Einzelhandlungen „zerlegt“ und anschließend einzelnen AEDL zugeordnet werden.

Leistungsbeschreibungen und Pflegestandards

Auch wenn die Leistungsbeschreibungen unmittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen zum Inhalt haben, können sie nicht mit prozessorientierten Pflegestandards gleich gesetzt werden. Leistungsbeschreibungen enthalten Hinweise zu Teilhandlungen einer Maßnahme, machen aber keine konkreten Angaben zum Ablauf der einzelnen Tätigkeiten und können somit im Unterschied zu prozessorientierten Pflegestandards nicht als detaillierte Anleitung zur fachgerechten Durchführung einzelner Pflegehandlungen verstanden werden.

Leistungsbeschreibungen und Klassifikationssystemen für Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse

Pflegeklassifikationssysteme dienen dazu, den Gegenstandsbereich der Pflege „durch möglichst umfassende Auflistung und Definition relevanter Begrifflichkeiten“ (Stemmer 2003: 53) zu erfassen. Inzwischen gibt es eine Vielzahl von Klassifikationssystemen, die Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse zum Inhalt haben (vgl. u. a. van der Bruggen 2002)¹.

Das Klassifikationssystem der Leistungsbeschreibungen kann nicht mit Pflegediagnosen und einem Pflegeklassifikationssystem für Pflegeergebnisse gleichgesetzt werden. Im Gegensatz zu anderen Klassifikationssystemen sind die Leistungsbeschreibungen auf die Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen zugeschnitten. Wenngleich sie in Teilen auch für die ambulante Pflege bzw. die Versorgung im Krankenhaus nutzbar sind, wurden sie nicht für diese Versorgungsbereiche entwickelt. Zudem wurde, wie bereits oben erwähnt, bewusst eine zusammenfassende, übersichtliche und keine detaillierte Form der Darstellung der Leistungen gewählt (zum Vergleich: Die „Nursing Intervention Classification“ führt mehr als über 500 Pflegeinterventionen auf).

¹ Pflegediagnosen stellen eine systematische Darstellung von Pflegeproblemen dar, auf deren Grundlage angemessene Maßnahmen geplant werden können (Georg 2005). Bekanntestes Beispiel hierfür sind sicherlich NANDA-Pflegediagnosen (NANDA: North American Nursing Diagnosis Association). Ein Pflegeinterventionsklassifikationssystem beschreibt Pflegehandlungen, die von Pflegenden durchgeführt werden, um den Gesundheitszustand der zu Pflegenden zu beeinflussen. Das System NIC (Nursing Intervention Classification) zum Beispiel stellt jede Pflegeintervention differenziert mit Titel, Definition und einer Liste von Aktivitäten (die im Zusammenhang mit dieser Intervention durchgeführt werden können) dar (McCloskey Docheran et al. 2003). NOC (Nursing Outcomes Classification), als Beispiel für ein Klassifikationssystem für Pflegeergebnisse, benennt „Patientenergebnisse/-zustände“, die auf pflegerisches Handeln zurückzuführen sind (Stemmer 2003: 55; Johnson et al. 2005). – Weiterführende Informationen z. B. zu Entwicklungsstand, Inhalten, Verknüpfungen und Umsetzung dieser Klassifikationssysteme finden sich u. a. bei Oud et al. 2005 und Clark 2003.

Biografieorientierung, präventiv orientiertes Pflegehandeln und Ressourcenförderung

Die Leistungsbeschreibungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen beinhalten bestimmte *Qualitätsanforderungen*. Diese beziehen sich u. a. auf die Anforderung einer biografie- und präventionsorientierten und ressourcenerhaltenden/-fördernden Pflege (ausführliche Darstellung vgl. Kapitel 2). Hierfür geeignete Konzepte zu entwickeln und umzusetzen stellt eine der größten Herausforderungen für die Qualitätsentwicklung in der vollstationären Pflege dar. Die Leistungsbeschreibungen geben Hinweise auf Ansatzpunkte und Orientierungshilfen zur Realisierung einer solchen Pflege. Es ist allerdings zu betonen, dass sie keinen Ersatz für Pflegestandards darstellen und auch keine detaillierten Hinweise auf die fachgerechte Durchführung einzelner Pflegemaßnahmen (z. B. Lagerungstechniken, orientierungsfördernde Maßnahmen) geben. Sie setzen vielmehr voraus, dass sich die pflegerischen Methoden in den Einrichtungen am aktuellen Stand des Wissens orientieren, wie er im Rahmen der Pflegeausbildungen vermittelt und in Nationalen Expertenstandards sowie in der einschlägigen Fachliteratur dargelegt wird.

In den Leistungsbeschreibungen finden sich dort, wo dem *biografieorientierten Arbeiten* ein besonderer Stellenwert zukommt, entsprechende Erläuterungen. Vor allem bei Leistungen, die nicht auf körperliche, sondern auf psychische und soziale Problemlagen und Bedürfnisse ausgerichtet sind, bildet Biografieorientierung häufig das grundlegende Merkmal eines qualitativ hochwertigen Unterstützungsangebotes.

Präventives Handeln ist ein prozesshaftes, komplexes Geschehen (vgl. Kapitel 2.4) und kann somit nicht mit Hilfe einer oder auch mehrerer Leistungsbeschreibungen angemessen dargestellt werden. Es ist als Funktion bzw. Bestandteil vieler Maßnahmen berücksichtigt worden und in den jeweiligen thematischen Einführungen zu den einzelnen Leistungsbeschreibungen entsprechend ausgewiesen. Ergänzend findet sich in einem gesonderten Abschnitt eine Übersicht zu den Grundsätzen und wichtigsten Maßnahmen präventiven/prophylaktischen Pflegehandelns.

Leistungen als Maßnahmenbündel

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

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

Nicht nur die *Anzahl der Leistungsbeschreibungen* differiert von Bereich zu Bereich, sondern auch die *Anzahl der Ausgestaltungsmöglichkeiten einer Leistung* kann von Leistungsbeschreibung zu Leistungsbeschreibung variieren. Dies kann anhand von zwei Beispielen zur „Unterstützung im Bereich der Körperpflege“ verdeutlicht werden. Die Leistungsbeschreibung „Unterstützung beim Duschen/Baden“ beinhaltet weniger Variationen der Maßnahme als z. B. die „Unterstützung bei der sonstigen Körperpflege“ (Rasur, Haarwäsche, Kämmen, Gesichtspflege, Zahn-/Prothesenpflege, Nagelpflege etc.). Letztere vereint in sich wesentlich mehr Leistungen als die zuerst genannte. Insbesondere in den Leistungsbeschreibungen aus dem Bereich „Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen“ wurden zahlreiche Variationen einer Maßnahme gebündelt und sind somit inhaltlich komplexer als andere Leistungsbeschreibungen.

Neben den Ausgestaltungsmöglichkeiten einer Leistung enthält jede Leistungsbeschreibung auch eine *Auflistung von Einzelhandlungen* (Teilhandlungen), aus denen sich die Leistung in der Regel zusammensetzt. Dies kann am Beispiel der Leistungs-



beschreibung „Hilfen beim Toilettengang“ veranschaulicht werden. Zu dieser Maßnahme gehören z. B. die folgenden Einzelhandlungen: Unterstützung bei der Fortbewegung, beim Ent-/Bekleiden, ggf. beim Wechsel der Inkontinenzversorgung, beim Händewaschen etc.

Vor diesem Hintergrund sollen die Leistungsbeschreibungen ein möglichst schlankes, *überschaubares* Klassifikationssystem zur Verfügung stellen, damit die Handhabung im Versorgungsalltag keinen unnötigen Aufwand nach sich zieht. Die Gliederung und Feindifferenzierung der Leistungsbeschreibungen folgt daher bestimmten Grundsätzen, die zu ihrem Verständnis und noch mehr für die praktische Umsetzung wichtig sind:

- Die Leistungsbeschreibungen umfassen nur Leistungskategorien, die sich auf *eigenständige* Maßnahmen beziehen. Eigenständig heißt, dass die jeweilige Leistung ein Ziel verfolgt, welches unabhängig von anderen Maßnahmen zu sehen ist. Die Unterstützung bei der Fortbewegung im Rahmen des Toilettengangs beispielsweise ist eine Teilleistung und verfolgt kein eigenständiges Ziel, sondern wird nur durchgeführt, um eben den Toilettengang zu ermöglichen. Nicht jede Hilfestellung ist also im Sinne der Leistungsbeschreibungen eine eigenständige Maßnahme.
- Die Leistungsbeschreibungen verweisen dementsprechend jeweils auf ein Bündel *verschiedener Handlungen*, die notwendig sind, um den Bewohner bei der Bewältigung eines Problems oder einer Anforderung etc. zu unterstützen. Entscheidend für die Abgrenzung von Maßnahmen im Sinne der Leistungsbeschreibungen ist damit die Frage, auf welches Problem, auf welche Anforderung oder auf welches Bedürfnis sich die Unterstützung bezieht, mit anderen Worten: worin das jeweilige *Pflegeziel* besteht. Identische Maßnahmen bzw. Einzelhandlungen einer Gesamtmaßnahme können somit unterschiedlichen Leistungsbeschreibungen zugeordnet werden. Dies wird anhand der Einzelhandlung „Unterstützung bei der Fortbewegung“ im Folgenden beispielhaft aufgezeigt:

Ziel	„Unterstützung bei der Fortbewegung“ erforderlich im Rahmen eines ...	Entsprechend der Zielsetzung zutreffende Leistungsbeschreibung
Förderung der Kontinenz	... Toilettengangs	„Hilfen beim Toilettengang“
Förderung der Mobilität	... Gehtrainings	„Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität“
Ortswechsel ermöglichen	... Spaziergangs	„Unterstützung beim Gehen, Stehen, Treppensteigen, Fortbewegen im Rollstuhl“

Die Konsequenzen dieser Grundsätze lassen sich auch am Beispiel der Durchführungs-/Leistungsnachweise im Rahmen der Pflegedokumentation verdeutlichen: Es ist unter *fachlichen Gesichtspunkten* weder notwendig noch sinnvoll, jede einzelne Teilhandlung zu dokumentieren, also z. B. den Nachweis zu führen, dass eine Unterstützung bei der Fortbewegung, beim Entkleiden, beim Wechsel der Inkontinenzversorgung, beim Ankleiden, beim Händewaschen erfolgt ist. Wichtig ist zwar die Frage, ob diese Unterstützung im Rahmen des Toilettengangs erforderlich ist, aber diese Information ist nur für die *Planung und Durchführung der Maßnahme*, nicht für die Dokumentation der Durchführung von Bedeutung. Der Logik der Leistungsbeschreibungen folgend, kann sich der Durchführungs-/Leistungsnachweis auf den Punkt „Unterstützung beim Toilettengang“ (im Sinne eines Maßnahmenbündels/Leistungskomplexes) beschränken, vorausgesetzt der genaue Ablauf (individuelle Vorgehensweise/Einzelhandlungen) kann anhand der Pflegeplanung nachvollzogen werden.

Grundlegende Teilhandlungen

Um eine überschaubare Systematik zu erhalten, wurden nicht nur Maßnahmen gebündelt, sondern es wurde auch auf die Beschreibung grundlegender Bestandteile von Maßnahmen verzichtet. Hierbei handelt es sich um *grundlegende Teilhandlungen* wie z. B.:

- Angemessene Gestaltung der Kontaktaufnahme/-beendigung im Rahmen der Maßnahme
- Angemessene Kommunikation während der Durchführung der Maßnahme
- Maßnahmenbezogene Information und Beratung
- Förderung der Motivation z. B. zur Kooperation oder Mithilfe bei der Durchführung von Maßnahmen, zur Teilnahme an Aktivitäten (u. a. Teilnahmewunsch erfragen)
- Beobachtung, z. B. Reaktionen des Bewohners auf Maßnahmen, Verhaltensweisen, körperliche Veränderungen etc.
- Gestaltung der Maßnahme unter Berücksichtigung der intellektuellen und kognitiven Fähigkeiten und der emotionalen Befindlichkeit des Bewohners
- Erkennen von Bedürfnissen (z. B. aufgrund von verbalen/nonverbalen Äußerungen des Bewohners, Beobachtungen) und deren angemessene Berücksichtigung
- Maßnahmen zur Wahrung der Intimsphäre
- Maßnahmen zur Gewährleistung einer angemessenen Raumtemperatur und -beleuchtung
- Zusammenstellung, Vor- und Nachbereitung von Materialien (nur bezogen auf Aktivitäten in Anwesenheit des Bewohners, d. h. in der Regel findet dies im Bewohnerzimmer statt; Aktivitäten, die außerhalb des Bewohnerzimmers stattfinden, werden den mittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen zugerechnet, vgl. Kapitel 5.3)
- Beurteilung durchgeführter Maßnahmen z. B. auf zukünftigen Veränderungsbedarf (Ergebnisevaluation)

Die grundlegenden Teilhandlungen finden in den Leistungsbeschreibungen keine gesonderte Erwähnung.

Die überschaubare Systematik zur Beschreibung unmittelbar bewohnerbezogener Leistungen ist also damit verbunden, dass

- mehrere Variationen einer Maßnahme in einer Leistungsbeschreibung zusammengefasst sind;
- Einzelhandlungen, die erforderlich sind, um die Zielsetzung der jeweiligen Maßnahme zu erreichen, in der betreffenden Leistungsbeschreibung gebündelt werden;
- grundlegende Teilhandlungen, die selbstverständlicher Bestandteil jeder Maßnahme sein sollten, in den Leistungsbeschreibungen nicht aufgeführt sind.



5.1.2 Aufbau und Nutzung der Leistungsbeschreibungen für unmittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen

Die Beschreibungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen sind im Kern identisch aufgebaut. Anhand eines Beispiels („Biografieorientierte Einzelaktivitäten“) soll der Aufbau erläutert werden:

Titel/Abkürzung: Jede Leistungsbeschreibung ist mit einem Titel („Leistungskategorie“) und einer Abkürzung versehen. Die Abkürzung kann im Rahmen der Pflegedokumentation genutzt werden, um die Zuordnung von individuell geplanten Maßnahmen zu einer Leistungsbeschreibung auf einen Blick ersichtlich zu machen.

Biografieorientierte Einzelaktivitäten

BE

Thematische Einführung: Die thematische Einführung beschreibt in kurzer Form den Gegenstand der Leistungsbeschreibung, weist auf besonders wichtige Aspekte (z. B. hinsichtlich Prävention/Prophylaxe) und – sofern erforderlich – Abgrenzungen zu anderen Leistungsbeschreibungen hin.

Die vorliegende Leistungsbeschreibung legt den Fokus verstärkt auf die Bedeutung biografischer Arbeit in Form von Einzelaktivitäten und geht somit über die bisher dargestellte generelle Bedeutung einer Biografieorientierung in der vollstationären Pflege hinaus (Biografieorientierung bei der Durchführung von Alltagshandlungen). etc.

Hauptkriterien für den Bedarf: Die Hauptkriterien für den Bedarf geben unabhängig vom Krankheitsbild bzw. der Diagnose Hinweise darauf, welche Bewohner die genannte Leistung benötigen.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Drängendes Bedürfnis nach kommunikativem Austausch über die Vergangenheit
- Kognitive Defizite mit zunehmendem Verlust der Orientierung und Identität
- Apathie, Interessenlosigkeit (z. B. aufgrund von depressiven Stimmungen)
- Eingeschränkte soziale Kontakte (z. B. aufgrund einer dauerhaften Bettlägerigkeit)

Vorrangige Ziele: Die aufgeführten Ziele stellen eine Auswahl dar und decken nicht alle vorstellbaren Ziele ab. Bei Leistungen, die der speziellen Pflege zuzurechnen sind, wurde auf Zielformulierungen verzichtet, da diese implizit in den ärztlichen Ver-/Anordnungen enthalten sind.

Vorrangige Ziele:

- Erhaltung/Stabilisierung personaler Identität
- Förderung des Erinnerungsvermögens
- Erinnerungserleben ermöglichen
- Erhaltung und Förderung des Selbstwertgefühls/subjektiven Wohlbefindens
- Wahrnehmungsförderung
- Rückzugstendenz entgegen wirken

Teilhandlungen: Die Teilhandlungen beschreiben die Elemente bzw. den möglichen Ablauf der Maßnahme (nicht alle aufgeführten Teilhandlungen müssen zwangsläufig Bestandteil der Maßnahme sein, der Ablauf kann bewohnerbezogen variieren). Die Aufstellung der Teilhandlungen macht deutlich, dass die Leistungsbeschreibungen

Gesamtmaßnahmen zum Thema haben, die aus verschiedenen Handlungen bzw. Maßnahmen bestehen. Hierbei ist unbedingt zu berücksichtigen, dass grundlegende Teilhandlungen nicht explizit aufgeführt sind.

Teilhandlungen:

- Unterstützung beim Aufsuchen eines geeigneten Raumes (ruhige und angemessen gestaltete Umgebung, Vermeidung von Reizüberflutung)
- Durchführung der Aktivität (siehe Variationen der Maßnahme) unter Berücksichtigung der kognitiven Fähigkeiten und emotionalen Befindlichkeit des Bewohners

Variationen der Maßnahme: Der Abschnitt „Variationen der Maßnahme“ weist darauf hin, dass die beschriebene Gesamtmaßnahme unterschiedlich ausgestaltet sein kann. Hierbei handelt es sich nicht um eine vollständige Auflistung, sondern um die Benennung gängiger Formen.

Variationen der Maßnahme:

- Geplante und ungeplante Aktivitäten
- Einzelgespräche, die Erinnerungen zum Inhalt haben
- Betrachten von Erinnerungstücken, z. B. Fotos, vertraute Gegenstände, alte Zeitschriften, Bücher/Bildbände, Postkarten
- Aktivierung und Wahrnehmungsförderung mit Hilfe von vertrauten Handlungen (z. B. Tisch decken, Wäsche zusammenlegen, Blumenpflege), Gegenständen (z. B. alte Haushaltsgegenstände), Gerüchen (z. B. Aromaöle)

Ressourcenförderung: Die meisten Leistungsbeschreibungen enthalten Hinweise zur Ressourcenförderung. Hierbei kann unterschieden werden zwischen Maßnahmen, die auf eine direkte Ressourcenförderung abzielen und Maßnahmen, die sich für eine ressourcenfördernde Ausgestaltung bestimmter Teilhandlungen anbieten (vgl. Kapitel 2.3). Alle Maßnahmen können, je nach Ausgestaltung, zur Ressourcenförderung genutzt werden. Da es jedoch Maßnahmen gibt, bei denen eine entsprechende Eignung für den Großteil der Bewohner zur Zeit nicht erkennbar ist bzw. realistisch erscheint, wurde darauf verzichtet, zu allen Leistungsbeschreibungen Hinweise zur Ressourcenförderung zu formulieren.

Ressourcenförderung:

- Unabhängig von der gewählten Variation können alle aufgeführten Maßnahmen zur gezielten Ressourcenförderung genutzt werden, z. B. Motivierung zur aktiven Teilnahme an Gesprächen, Förderung der Selbstwirksamkeit (der Überzeugung, einzelne Handlungen ausführen und Hindernisse überwinden zu können)

Besondere interventionsrelevante Faktoren: Jede Leistungsbeschreibung enthält einen Hinweis auf die Aufstellung der besonderen interventionsrelevanten Faktoren, die sich im Anschluss an die Leistungsbeschreibungen befindet.

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- Siehe Übersicht Seite 16

Diese Faktoren beziehen sich auf personale Merkmale oder Pflegeprobleme, auf welche die jeweilige Maßnahme zwar nicht direkt abzielt, die jedoch gleichwohl erheblichen Einfluss auf die Durchführung bzw. die Gesamtsituation des Bewohners ausüben können. Es kann sich beispielsweise um körperliche Merkmale (Schmerz, Einschränkungen der Mobilität etc.), um den psychischen Status (Ängstlichkeit, Apathie etc.) oder um bestimmte Verhaltensweisen (etwa Abwehr von Unterstützung) handeln.



Besondere interventionsrelevante Faktoren können die Durchführung der jeweiligen Maßnahme erschweren oder ein besonderes Vorgehen notwendig machen. Zum Beispiel können verlangsamte Bewegungsabläufe oder eine eingeschränkte Belastbarkeit des Bewohners dazu führen, dass für die Durchführung einer Maßnahme mehr Zeit als ansonsten üblich eingeplant werden muss.

Zugleich soll die Aufstellung der besonderen interventionsrelevanten Faktoren die Aufmerksamkeit für Problemlagen der Bewohner, die für sich genommen Interventionen bzw. Unterstützung auslösen sollten, schärfen. Ihnen kommt auch deshalb ein besonderer Stellenwert zu, weil ihre Behebung oder Reduzierung maßgeblich dazu beitragen kann, Belastungen der Bewohner zu verringern, Wohlbefinden zu fördern und die Voraussetzungen für eine wirksame bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung zu verbessern.

Anhand der Aufstellung der besonderen interventionsrelevanten Faktoren sollte für jeden Bewohner überprüft werden, ob sie

- eigenständige Problemlagen darstellen, die unabhängig von der ursprünglich geplanten Maßnahme einen Handlungsbedarf nach sich ziehen und/oder
- eine spezielle Ausgestaltung der betreffenden Maßnahme erforderlich machen.

Das Vorgehen kann am Beispiel „Schmerz“ verdeutlicht werden. „Schmerzen beeinflussen das physische, psychische und soziale Befinden und somit die Lebensqualität der Betroffenen“ (DNQP 2005: 22). Schmerz stellt daher, unabhängig von der Durchführung von Maßnahmen, ein eigenständiges Problem dar, welches einen unmittelbaren Handlungsbedarf nach sich zieht.

Schmerz als eigenständiges Problem:

Systematische Schmerzeinschätzung, Kontaktaufnahme und Kooperation mit dem Hausarzt zwecks Diagnosestellung und Therapie, etc.

Spezielle Ausgestaltung von Maßnahmen aufgrund einer bestehenden Schmerzsymptomatik:

Ggf. veränderte Durchführung von Maßnahmen (Verwendung von Hilfsmitteln, veränderte Abläufe) zur Förderung der Schmerzfreiheit bzw. -linderung etc.

Überprüfung und Weiterentwicklung des Leistungsangebots

Anhand der Leistungsbeschreibungen können vollstationäre Pflegeeinrichtungen überprüfen, ob sie die aufgeführten Leistungen zur Zeit erbringen bzw. erbringen könnten. Es wird immer wieder Situationen geben, in denen aufgrund der aktuellen Bedarfslagen der Bewohnerschaft bestimmte Leistungen (z. B. aus dem Bereich der Speziellen Pflege) nicht erbracht werden müssen. Die Einrichtung sollte überprüfen, ob bei sich verändernder Bedarfslage solche Leistungen ohne zeitliche Verzögerung erbracht werden könnten. Ist dies der Fall, so können die Leistungen zum aktuellen Leistungsangebot gezählt werden.

Aktuelles Leistungsangebot – Bestandsaufnahme:

- Welche Leistungen werden zur Zeit in der Pflegeeinrichtung angeboten?
- Welche Leistungen/Variationen von Maßnahmen werden nicht erbracht? Welche Gründe liegen hierfür vor?
- Welche Leistungen werden zur Zeit nicht erbracht, könnten aber kurzfristig angeboten werden?
- Können erbrachte Leistungen anhand der Pflegedokumentation nachvollzogen werden? Kann die Dokumentation als aussagekräftig bezeichnet werden? Werden Leistungen erbracht, die aber nicht dokumentiert werden?

Ergibt die Überprüfung des Leistungsangebots, dass einige Leistungen oder wesentliche Teilhandlungen/Variationen von Maßnahmen nicht erbracht werden bzw. erbracht werden können, sollte die Einrichtung über eine Erweiterung des Leistungsangebots nachdenken. Hierbei sollte überprüft werden, ob alle Maßnahmen bzw. Variationen von Maßnahmen für die Einrichtung relevant sind. Zum Beispiel ist vorstellbar, dass aufgrund einer Spezialisierung der Einrichtung bzw. von Wohnbereichen für bestimmte Maßnahmen bzw. Variationen von Maßnahmen generell kein Bedarf besteht.

Aber auch Leistungen, welche die Einrichtung zur Zeit bereits vorhält, sollten hinsichtlich Qualität und Quantität überprüft werden. Die Überprüfung sollte sowohl die Berücksichtigung der grundlegenden Qualitätsanforderungen (Ressourcenförderung, biografieorientiertes Arbeiten, präventives Handeln), die grundlegenden Teilhandlungen (z. B. Gestaltung der Kontaktaufnahme zum Bewohner, Motivierung), die Beachtung der besonderen interventionsrelevanten Faktoren im Rahmen der Erbringung von Leistungen als auch die Quantität (z. B. Häufigkeit und Dauer von Maßnahmen) einbeziehen.

Überprüfung des aktuellen Leistungsangebots:

Berücksichtigt das derzeitige Leistungsangebot in ausreichendem Maße

- Ressourcenförderung (vgl. Kapitel 2.3)?
- Präventives Handeln (vgl. Kapitel 2.4)?
- Biografieorientiertes Arbeiten (vgl. Kapitel 2.2)?
- Grundlegende Teilhandlungen (z. B. Motivierung)?
- Besondere interventionsrelevante Faktoren?

Erreicht das derzeitige Leistungsangebot bezogen auf Maßnahmen zur Förderung der Mobilität, biografieorientierte und orientierungs-/gedächtnisfördernde Maßnahmen alle Bewohner?

- Werden alle (mobilen, immobilen, bettlägerigen, kognitiv uneingeschränkten, kognitiv eingeschränkten etc.) Bewohner entsprechend ihrer Bedarfslage bei der Planung/Durchführung von Einzel-/Gruppenaktivitäten berücksichtigt? Oder profitiert zur Zeit nur ein Teil der Bewohner vom bestehenden Angebot?



- Entspricht das derzeitige Leistungsangebot dem aktuellen Bedarf der Bewohner? Sollten ggf. einige Angebote verändert (z. B. hinsichtlich Zielgruppe, Inhalt, Dauer, Häufigkeit) oder aufgegeben werden?

Erweiterung/Verbesserung des Leistungsangebots:

Soll das Leistungsangebot der Einrichtung erweitert und verbessert werden?

- Welche bisher nicht erbrachten Leistungen/Variationen von Maßnahmen sind hierbei für die Einrichtung relevant?
- Welche Leistungen des derzeitigen Angebots bedürfen der Weiterentwicklung, z. B. hinsichtlich grundlegender Qualitätsanforderungen?

Welche Schritte sind zur Erweiterung bzw. Weiterentwicklung des Leistungsangebots erforderlich?

- Konzeptionelle Anpassungen?
- Qualifizierungsmaßnahmen?
- Organisatorische Anpassungen?
- etc.

Qualifikationsorientierte Arbeitsteilung

Zusätzlich zum Leistungsangebot sollte auch überprüft werden, welche Berufsgruppen/Mitarbeiter zur Zeit welche Leistungen erbringen und wie Zuständigkeiten und der Austausch untereinander geregelt sind.

- Wer ermittelt den Bedarf des Bewohners in Bezug auf die erforderlichen Leistungen? Erfolgt dies durch mehrere Mitarbeiter/Berufsgruppen? Wer koordiniert und steuert den Informationsaustausch (vgl. Kapitel 3)?
- Ist geregelt, welche Mitarbeiter (mit welcher Qualifikation) die Leistungen erbringen oder machen „alle Mitarbeiter alles“?
- Wenn Pflegekräfte und Mitarbeiter des Sozialen Dienstes bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen gleichermaßen beteiligt sind: Wie und durch wen erfolgt die Koordination und Steuerung?

Arbeitshilfe zur Gestaltung und Dokumentation des Pflegeprozesses

Die Leistungsbeschreibungen enthalten keine expliziten Hinweise zur Gestaltung der Pflegedokumentation, können aber dennoch im Sinne einer Arbeitshilfe genutzt werden. Auf eine ausführliche Darstellung des Pflegeprozesses und der Anforderungen an eine angemessen gestaltete Pflegedokumentation wurde bewusst verzichtet, da die theoretischen Grundlagen u. a. in Pflegelehrbüchern enthalten und Gegenstand der Pflegeausbildung sind sowie andere Veröffentlichungen hierzu vorliegen (siehe z. B. MDS 2005, Kellnhauser et al. 2004, Menche/Bazlen 2004, Seel/Hurling 2001, Arets et al 1996).

Statt der Darstellung theoretischer Grundlagen soll im Folgenden gezeigt werden, wie die Beschreibungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen als Arbeitshilfe zur Gestaltung und Dokumentation des Pflegeprozesses genutzt werden können. Die Arbeitshilfe bezieht sich hierbei schwerpunktmäßig auf die Planung und Dokumentation von Pflegezielen und -maßnahmen.

Um die Leistungsbeschreibungen sinnvoll als Arbeitshilfe nutzen zu können, sind einige Voraussetzungen erforderlich:

- Den Mitarbeitern ist das Grundanliegen und die Systematik der Leistungsbeschreibungen bekannt.
- Fragen der Zuständigkeit für die Steuerung des Pflegeprozesses und somit auch die Verantwortung für die Pflegedokumentation sind geklärt (z. B. gemäß den Vorschlägen zur qualifikationsorientierten Arbeitsteilung und der Empfehlung zu Funktion und Aufgaben der zuständigen Pflegefachkraft, vgl. Kapitel 3).
- Die Mitarbeiter verfügen über ausreichende Kenntnisse u. a. zu den Themen Ressourcenförderung, präventives Pflegehandeln, Biografieorientiertes Arbeiten, Pflegeplanung und -dokumentation.
- Die Biografieerfassung erfolgt gemäß den Vorgaben des Kriterienkatalogs „Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimzugang“ (vgl. Kapitel 4).
- Das pflegerische Assessment wird entsprechend der Anforderungen des Kriterienkatalogs „Pflegerisches Assessment“ durchgeführt (vgl. Kapitel 4).

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, so kann die jeweils für die Erstellung der Pflegeplanung verantwortliche Pflegefachkraft die Leistungsbeschreibungen als Arbeitshilfe hinzuziehen. Die Pflegefachkraft prüft – auf der Grundlage der Ergebnisse des pflegerischen Assessments – den gesamten Katalog der Leistungsbeschreibungen hinsichtlich der Relevanz der Leistungen für den betreffenden Bewohner. Dies wird zu Beginn sicherlich mehr Zeit in Anspruch nehmen als ansonsten für die Erstellung der Pflegeplanung erforderlich ist, aber je häufiger und intensiver die Auseinandersetzung mit den Leistungsbeschreibungen erfolgt, desto unproblematischer und damit auch mit einem geringeren Zeitaufwand verbunden wird deren Nutzung sein.

Die *thematische Einführung* dient als kurze Einleitung zur Leistungsbeschreibung und enthält einige wenige Hinweise (u. a. Hinweise zum präventiven Handeln, zur Abgrenzung zu anderen Leistungsbeschreibungen). Es ist davon auszugehen, dass diese Einführung von einer erfahrenen Pflegefachkraft nicht unbedingt benötigt wird, da sie in der Regel über entsprechende Kenntnisse verfügt. Für andere Mitarbeiter kann die Einführung, aber auch die Leistungsbeschreibung an sich, bisher nicht bekannte Aspekte beinhalten, die Anstoß zur weiteren Auseinandersetzung mit der Thematik geben können.

Unter Verwendung der Ergebnisse des pflegerischen Assessments werden die *Hauptkriterien für den Bedarf* daraufhin überprüft, ob sie für den Bewohner zutreffend sind und somit Leistungen der vorliegenden Leistungsbeschreibung relevant sind. Da es sich hier um eine Auflistung von Hauptkriterien handelt, können Leistungen auch durchaus aufgrund weiterer Kriterien erforderlich werden (Erweiterung der Hauptkriterien aufgrund der individuellen Bewohnersituation).

Anschließend werden die *vorrangigen Ziele* hinsichtlich ihrer Relevanz für den Bewohner überprüft. Es ist unbedingt zu beachten, dass auch die Auflistung der Ziele keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Die Formulierungen sollten nicht in der dargestellten Form als Pflegeziel im Rahmen der Pflegeplanung übernommen werden. Pflegeziele sollten vielmehr individuell auf den Bewohner bezogen (so konkret wie möglich) und nicht anhand „standardisierter“ allgemeiner Vorgaben formuliert werden. Es ist auch zu überprüfen, ob „Prävention/Prophylaxe“ und „Ressourcenförderung“ bei der Formulierung der Zielsetzung berücksichtigt werden können/sollen.



Bei der Planung von Maßnahmen, die zur Zielerreichung führen sollen, können die Abschnitte *Teilhandlungen*, *Variationen der Maßnahme*, *Ressourcenförderung* und *Besondere interventionsrelevante Faktoren* herangezogen werden. Diese vier Abschnitte der Leistungsbeschreibungen geben jeweils Hinweise für die Auswahl und Gestaltung der Maßnahme, daher sind sie bei der Planung gemeinsam in den Blick zu nehmen.

Bei der Planung und Formulierung von Pflegemaßnahmen ist jeweils darauf zu achten, dass

- alle Teilhandlungen differenziert beschrieben werden (und sich daher von der allgemeinen Ebene der Leistungsbeschreibungen deutlich unterscheiden, z. B. sollte die Teilhandlung „Unterstützung bei der Fortbewegung“ konkret auf den jeweiligen Bewohner bezogen beschrieben werden),
- überprüft wird, ob die Maßnahme zur Ressourcenförderung genutzt werden kann bzw. sollte (vgl. Kapitel 2.3),
- überprüft wird, welche besonderen interventionsrelevanten Faktoren für den Bewohner zutreffen und welche bei der Durchführung der Maßnahme beachtet werden müssen bzw. welche sich als eigenständige Problemlage erweisen und daher Interventionen unabhängig von der geplanten Maßnahmen erforderlich machen.

Die Leistungsbeschreibungen beziehen sich nicht ausschließlich auf planbare Maßnahmen, sondern beziehen auch ungeplante Maßnahmen ein. Ungeplante Maßnahmen sind unter Darstellung der einzelnen Teilhandlungen (im Pflegebericht) detailliert zu beschreiben. Der in der Pflegeplanung beschriebene Ablauf von Maßnahmen (Teilhandlungen) ist dagegen nicht Gegenstand des Pflegeberichts (Vermeidung von Doppeldokumentation). Die Beschreibung von Besonderheiten, z. B. bezüglich der Reaktion des Bewohners auf die Durchführung der Maßnahme, der Eigenaktivität des Bewohners, der konkreten Situation oder verwendeter Materialien, sollte allerdings im Pflegebericht erfolgen. Dieser ist zur Evaluation der Pflegeziele heranzuziehen und kann bei der Aktualisierung der Pflegeplanung wertvolle Hinweise geben.

Die folgende Auflistung kann ergänzend zur Nutzung der Leistungsbeschreibungen als Arbeitshilfe dazu beitragen, *besonders wichtige Aspekte* bei der Entwicklung von Pflegezielen und Planung von Maßnahmen nicht aus dem Blick zu verlieren. Der Fragenkatalog erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit; die Reihenfolge der Fragen stellt zudem keine wertende Rangfolge dar.

Grundsätze der Pflegeplanung (Pflegeziele und Maßnahmenplanung)

- Werden der Bewohner und/oder seine Angehörigen in die Entwicklung von Pflegezielen und in die Maßnahmenplanung einbezogen?
- Werden Kenntnisse der individuellen Biographie bei der Entwicklung von Zielen und Maßnahmen genutzt?
- Werden Interessen/Vorlieben, die sich erst nach dem Heimeinzug entwickelt haben, berücksichtigt?
- Wird bei der Festlegung von Zielen und Maßnahmen die individuelle Situation des Bewohners angemessen und in ausreichendem Maße berücksichtigt (z. B. Vermeidung von Über-/ Unterforderung)?
- Wird bei der Entwicklung von Pflegezielen darauf geachtet, dass sie bewohnerorientiert, realistisch, erreichbar und überprüfbar sind?
- Sind die geplanten Maßnahmen verständlich und konkret („wer, was, wann, wie oft, wo, wie“) formuliert (vgl. MDS 2005)?

Ressourcenförderung und präventives Handeln

- Existieren Ansatzpunkte für Ressourcenerhaltung bzw. -förderung? Wurden darauf bezogene Pflegeziele und eine Maßnahmenplanung entwickelt, in der ressourcenfördernde Maßnahmen ausdrücklich aufgeführt sind?
- Werden alle bestehenden gesundheitlichen Risiken in der Maßnahmenplanung berücksichtigt? Ist anhand der Pflegedokumentation nachvollziehbar, warum ggf. trotz bestehender gesundheitlicher Risiken keine darauf bezogenen Maßnahmen ausgewiesen sind?
- Wird die Erhaltung bzw. Förderung der Mobilität und der kognitiven Fähigkeiten in ausreichendem Maße in der Maßnahmenplanung berücksichtigt?

(Weitere Aspekte der Ressourcenförderung/des präventiven Handelns können sich bei der Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen bzw. Bedürfnissen ergeben, siehe unten)

Tagesstrukturierung und nächtlicher Unterstützungsbedarf

- Existiert ein Bedarf an Unterstützung bei der Entwicklung einer individuell geeigneten Tagesstrukturierung? Wird dies in den Pflegezielen und der Maßnahmenplanung berücksichtigt?
- Werden besondere Problemlagen am Abend bzw. in der Nacht (z. B. Unruhe, Einschlaf-/ Durchschlafstörungen) angemessen berücksichtigt? Wurde im Rahmen des Assessments überprüft, ob diese Problemlagen möglicherweise durch eine ungünstige Tagesstrukturierung oder unzureichende Beschäftigungsangebote während des Tages verursacht/gefördert werden, und wurden daraus Konsequenzen für die Tagesstrukturierung gezogen (vgl. Kapitel 6)?

Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen bzw. Bedürfnissen

- Wird einem bestehenden Unterstützungsbedarf bei psychischen und sozialen Problemlagen bzw. Bedürfnissen oder konfliktbehafteten Situationen durch geplante Einzel- und/oder Gruppenaktivitäten oder andere Maßnahmen entsprochen?
- Bei der geplanten Teilnahme an Gruppenaktivitäten: Wurde die Angemessenheit von Angebotsart, -dauer, -ort und Teilnehmerzahl entsprechend der Situation des Bewohners überprüft?
- Berücksichtigt die Maßnahmenplanung die besondere Situation von Bewohnern, die gleichzeitig von kognitiven Einbußen und Immobilität betroffen sind? Sind bei diesen Bewohnern in ausreichendem Umfang Maßnahmen zur Förderung der sozialen Teilhabe und zur Entlastung bei psychischen Problemlagen vorgesehen?
- Werden selbst- und fremdgefährdendes Verhalten und andere problematische Verhaltensweisen bei der Zielsetzung bzw. Maßnahmenplanung berücksichtigt?
- Wird die Förderung des Kontaktes zwischen Bewohner und Angehörigen im Bedarfsfall als Zielsetzung aufgenommen (vgl. Kapitel 6)?

Dokumentationsanforderungen müssen nicht nur im Hinblick auf die Leistungsbeschreibungen, sondern im Zusammenhang mit weiteren Bausteinen des Referenzkonzeptes gesehen werden, u. a. den Kriterienkatalogen „Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug“ und „Pflegerisches Assessment“ sowie den Qualitätsmaßstäben (vgl. Kapitel 4 und 6).

Die in diesen Konzeptbausteinen in Bezug auf die Pflegedokumentation aufgeführten Anforderungen enthalten sowohl inhaltliche („Was soll dokumentiert werden“) als auch organisatorische („Wer dokumentiert was zu welchem Zeitpunkt“) Vorgaben.



5.1.3 Aufbau und Nutzung der Leistungsbeschreibungen für mittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen

Inhalt und Aufbau der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen

Bei den mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen handelt es sich fast ausschließlich um Leistungen, die im Unterschied zu den unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen nicht in direktem Kontakt zum Bewohner erbracht werden. Es gibt einige wenige Ausnahmen, z. B. die Erhebung des pflegerischen Assessments einschließlich der Erfassung biografischer Informationen oder die Abstimmung der Pflegeplanung mit dem Bewohner. Auch die Zusammenarbeit mit Angehörigen kann im Beisein des Bewohners erfolgen, z. B. bei gemeinsamen Gesprächen oder bei der Teilnahme von Angehörigen an der Bewohnerversorgung. Allerdings handelt es sich dabei nicht um Versorgungsleistungen im engeren Sinne, wie sie die Leistungsbeschreibungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen vorsehen.

Insgesamt wurden 12 Kategorien zur Beschreibung der *mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen* gebildet. Die Beschreibungen mittelbar bewohnerbezogener Maßnahmen weichen in ihrem Aufbau von den anderen Leistungsbeschreibungen deutlich ab. Wie die nachfolgend beispielhaft aufgeführte Kategorie „Pflegeplanung und -dokumentation“ zeigt, beinhalten diese Leistungsbeschreibungen lediglich eine Zuordnung von Maßnahmen ohne nähere Erläuterungen oder Hinweise auf fachliche Anforderungen.

Pflegeplanung und -dokumentation

Anlegen einer Pflegedokumentation beim Einzug neuer Bewohner

Erstellen des ersten pflegerischen Assessments und Erfassung biografischer Informationen im Rahmen des Heimeinzugs (in Kooperation zwischen Pflege und Sozialem Dienst und unter Einbezug der Angehörigen) und Aktualisierung bzw. Fortschreibung während des Heimaufenthaltes.

Weiterführende Informationen hierzu enthalten der Kriterienkatalog „Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug“ und die Qualitätsmaßstäbe „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ und „Zusammenarbeit mit Angehörigen“.

- Erfassung und Dokumentation von Ressourcen und Problemen/Risiken/Gefährdungen
- Erstellen der Pflegeplanung
- Regelmäßige inhaltliche Überprüfung und Aktualisierung der Pflegeplanung
- etc.

Empfehlungen für eine qualifikationsorientierten Arbeitsteilung

Der vorliegende Katalog kann auch als Grundlage zur Entwicklung einer qualifikationsorientierten Arbeitsteilung dienen. Pflegefachkräfte sollte ihre Arbeit auf solche Aufgaben konzentrieren, die vergleichsweise hohe fachliche Anforderungen mit sich bringen. Dies betrifft ganz besonders die Übernahme der Verantwortung für die *Steuerung und Koordination* des individuellen Pflegeprozesses (siehe auch Konzeptbaustein „Funktion und Aufgaben der zuständigen Pflegefachkraft“) und aller sonstigen individuellen Versorgungsleistungen. Sie sollten dementsprechend soweit wie möglich von anderen Tätigkeiten, für die keine besondere Fachqualifikation erforderlich ist, entlastet werden. Empfehlungen zur qualifikationsorientierten Arbeitsteilung wurden daher in den Katalog der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen integriert. Anhand von Symbolen wird erkennbar, welche Leistungen ausschließlich von Pflegefachkräften, von „Nicht-Fachkräften“ bzw. sowohl von Pflegefachkräften als „Nicht-Fachkräften“ erbracht werden sollten.

- Tätigkeiten, die in den Zuständigkeitsbereich einer Pflegefachkraft oder Wohnbereichsleitung fallen sollten
- Tätigkeiten, die anderen Mitarbeitern („Nicht-Fachkräften“) vorbehalten bleiben können
- Tätigkeiten, für die sich eine Zuständigkeit nicht klar definieren lässt, die also sowohl von Pflegefachkräften als auch von anderen Mitarbeitern durchgeführt werden.

Bestandsaufnahme der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen

In erster Linie dienen die Beschreibungen der übersichtlichen Darstellung der *mittelbar* bewohnerbezogenen Leistungen. Hierdurch wird erkennbar, dass unabhängig von den *unmittelbar* bewohnerbezogenen Leistungen eine Vielzahl weiterer Aufgaben von den Mitarbeitern der Wohnbereiche der Pflegeeinrichtung zu erfüllen ist.

Bei mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen ist es im Gegensatz zu anderen Maßnahmen größtenteils nicht möglich, einen Leistungsumfang in Abhängigkeit vom individuellen Pflegebedarf zu bestimmen. Übernimmt z. B. ein Mitarbeiter Aufgaben im Rahmen der Wäscheversorgung für alle Bewohner, kann kaum der zeitliche Aufwand in Bezug auf den einzelnen Bewohner exakt ermittelt werden. Dahingegen kann der zeitliche Aufwand z. B. bei der Unterstützung bei Waschungen, bewohnerbezogen erfasst werden. Auch aufgrund dieses Sachverhalts wurden unmittelbar und mittelbar bewohnerbezogene Leistungen voneinander abgegrenzt.

Anhand des Katalogs können Einrichtungen ermitteln, welche mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen sie erbringen, um erstens ihr komplettes Leistungsangebot (unmittelbar und mittelbar bewohnerbezogene Leistungen) darstellen und es zweitens auf Zweckmäßigkeit überprüfen zu können.

- Welche mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen werden (auf dem Wohnbereich) erbracht?
- Ist die Erbringung dieser Leistungen erforderlich oder gibt es Leistungen, die nicht (mehr) erbracht werden sollten?
- Gibt es Leistungen, die zusätzlich erbracht werden müssten?

Pflegeeinrichtungen sollten sich außerdem einen Überblick darüber verschaffen, welche Mitarbeiter welche mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen erbringen. Anschließend sollte, ausgehend von der jeweiligen Mitarbeiterqualifikation, geprüft werden, ob die bestehende Arbeitsteilung als sinnvoll erachtet wird oder ob Veränderungen (z. B. entsprechend der oben erwähnten Empfehlungen) vorgenommen werden sollten. Zur Klärung dieser Frage, sollte auch der Konzeptbaustein „Funktion und Aufgaben der zuständigen Pflegefachkraft“ hinzu gezogen werden.

- Welche Mitarbeiter erbringen zur Zeit welche mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen?
- Gibt es Regelungen, wonach die Erbringung mittelbar bewohnerbezogener Leistungen in Abhängigkeit von der Mitarbeiterqualifikation erfolgt?
- Wenn ja, werden diese Regelungen konsequent umgesetzt? Besteht Veränderungsbedarf?
- Wenn nein, wie sollte eine entsprechende Regelung aussehen?
- Sind bestehende bzw. neue Regelungen zur Arbeitsteilung Bestandteil von Stellenbeschreibungen?
- Berücksichtigt das Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeiter die aktuellen Regelungen?



5.2 Unmittelbar bewohnerbezogene Leistungen

Unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen auf einen Blick

		Seite
5.2.1	Unterstützung im Bereich der Mobilität	17
1	Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität	MOB 18
2	Gruppenaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität	GAM 20
3	Lagerungen	LA 22
4	Unterstützung beim Aufstehen und Zubettgehen	AZB 23
5	Unterstützung beim An-, Aus- und Umkleiden	KL 24
6	Unterstützung beim Gehen, Stehen, Treppensteigen, Fortbewegen im Rollstuhl	GSTR 25
5.2.2	Unterstützung bei der Ernährung	27
7	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	NA 28
8	Hilfe bei der Sondenernährung	SONA 30
5.2.3	Unterstützung im Bereich Ausscheidungen	31
9	Hilfen beim Toilettengang	TG 32
10	Hilfen bei der Ausscheidung	AUS 34
5.2.4	Unterstützung im Bereich der Körperpflege	35
11	Unterstützung bei Waschungen	WA 36
12	Unterstützung beim Duschen/Baden	DB 37
13	Unterstützung bei der sonstigen Körperpflege	SK 38
5.2.5	Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen	40
14	Einzelgespräche	EG 41
15	Biografieorientierte Einzelaktivitäten	BE 43
16	Biografieorientierte Gruppenaktivitäten	GAB 44
17	Orientierungs-/gedächtnisfördernde Einzel- und Gruppenaktivitäten	OGA 46
18	Einzel- und Gruppenaktivitäten zur Beschäftigung	BA 47
19	Religiös/spirituell geprägte Einzel- und Gruppenaktivitäten	RA 49
20	Unterstützung bei sozialen Kontakten/sozialer Teilhabe	SOK 50
21	Interventionen bei Wanderungstendenz	IWT 52
22	Einzelbetreuung bei Selbst- und Fremdgefährdung	EBG 54
23	Interventionen bei speziellen psychischen Problemlagen	ISP 55
5.2.6	Spezielle Pflege	56
24	Wundversorgung und Verbände	WV 57
25	Medizinische Einreibung	ME 57
26	Medikamentengabe	MED 58
27	Subcutane Injektionen	SC 59
28	Kontrolle Vitalparameter/Gewicht	VIT 59
29	Blutzuckerkontrollen	BZ 60
30	Rektale Abführmethoden	RAB 60
31	Blasenkatheter legen/wechseln	BKAT 61
32	Sonstige spezielle Pflege	SSP 61
5.2.7	Besondere interventionsrelevante Faktoren	62
5.2.8	Übersicht zum präventiven/prophylaktischen Pflegehandeln	64

5.2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Dieser Maßnahmenbereich umfasst Leistungen zur expliziten Förderung bzw. Erhaltung der Mobilität (direkte Ressourcenförderung), Lagerungen, Unterstützung beim Aufstehen und Zubettgehen, beim Kleiden, bei der Fortbewegung und beim Verlassen bzw. Wiederaufsuchen der Einrichtung.

Mobilitätseinbußen haben erhebliche Auswirkungen auf nahezu alle alltäglichen Verrichtungen. Empirische Studien belegen, dass das Ausmaß der Abhängigkeit von Fremdhilfe außerordentlich stark vom Grad der Mobilität abhängt (Wingenfeld/Schnabel 2002, Schneekloth/Potthoff 1993). Sie nehmen Einfluss auf die gesamte individuelle Lebensgestaltung, auch in sozialer Hinsicht. So können Bewohner aufgrund von Einschränkungen der Mobilität z. B. nicht mehr in der Lage sein, ihre sozialen Kontakte zu pflegen, und bedürfen hierbei der Unterstützung. Der Mobilität kommt somit eine zentrale Bedeutung im Zusammenhang mit Lebensqualität und subjektiv empfundenem Wohlbefinden zu (Bourret et al. 2002; Stemper 2002).

Um die grundlegende Relevanz des Themas „Mobilität“ zu unterstreichen, wurde dieser Themenbereich allen anderen vorangestellt.

„Im Alter verschlechtern sich alle Dimensionen der Bewegung wie Kraft, Ausdauer, Koordination und Beweglichkeit“ (Oster et al. 2005: 11). Dennoch kann die körperliche Leistungsfähigkeit auch noch im hohen Alter trainiert werden, um einerseits Risiken (z. B. Sturzrisiko) zu mindern und andererseits die selbständige Alltagsbewältigung zu fördern (Stemper 2002, Meusel 2000, Fiatarone et al. 1990).

Bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Erhaltung bzw. Förderung der Mobilität sollten neben der konkreten Gestaltung von Maßnahmen u. a. auch folgende Fragestellungen einbezogen werden:

- Ist im Vorfeld eine ärztliche Einschätzung erforderlich?
- Besteht die Möglichkeit, Kontakt zu weiteren Berufsgruppen (z. B. Physiotherapie) aufzunehmen und Maßnahmen abzustimmen?
- Ist das aktuelle Aktivitäts-/Bewegungsprofil des Bewohners bekannt?
- Sind biografische Informationen zu den Themen „Sport und Bewegung“ bekannt, die ggf. genutzt werden können, um den Bewohner zur Teilnahme an der Aktivität anzuregen?
- Ist sicher gestellt, dass die Maßnahme regelmäßig durchgeführt wird?

Maßnahmen zur Förderung der Mobilität sollten alle Aspekte der körperlichen Leistungsfähigkeit umfassen und sich daher, z. B. bei stehfähigen Bewohnern, nicht nur auf Übungseinheiten in sitzender Position („Sitzgymnastik“) beschränken. Ein körperliches Training macht zudem nur dann Sinn, wenn es regelmäßig erfolgt (u. a. Oschütz/Belinová 2003). Positive Entwicklungen durch Maßnahmen zur Mobilitätsförderung konnten u. a. auch bei kognitiv eingeschränkten Bewohnern festgestellt werden (Oswald et al. 2005).

Die im Folgenden aufgeführten Maßnahmen verfolgen unterschiedliche Zielsetzungen. Hervorzuheben sind jedoch zwei allen Leistungen gemeinsame und somit zentrale Aspekte: Ressourcenförderung und präventives/prophylaktisches Handeln.

Aus den oben genannten Gründen verdient die *Förderung bzw. Erhaltung der Mobilität* als Grundlage zahlreicher Aktivitäten des täglichen Lebens besondere Aufmerksamkeit im Versorgungsalltag. Gruppen- bzw. Einzelaktivitäten zur Förderung der Mobilität (siehe MOB und GAM) können und sollten gezielt zur Ressourcenförderung genutzt werden. Auch die Unterstützung beim Aufstehen und Zubettgehen (AZB), Kleiden (KL) oder bei der Fortbewegung (GSTR) bietet zahlreiche Möglichkeiten,



Ressourcenförderung zu praktizieren. So haben z. B. regelmäßige muskuläre Beanspruchungen im Rahmen von Alltagshandlungen auch leistungs- und gesundheits-erhaltende Effekte (vgl. Jeschke/Zeilberger 2004)

Einschränkungen der Mobilität tragen dazu bei, dass Bewohner besonderen Gefährdungen (z. B. Dekubitus, Kontrakturen, Sturz) ausgesetzt sind. Vor diesem Hintergrund kommt dem präventiven/prophylaktischen Handeln ein besonderer Stellenwert zu. Jede der aufgeführten Leistungen beschreibt Möglichkeiten des präventiven/prophylaktischen Handelns. In Abhängigkeit von der konkreten Ausgestaltung der Situation können z. B. Positionswechsel im Bett oder Stuhl, Transfers oder Bewegungsabläufe im Rahmen des Ankleidens Teilaspekte der Sturz-, Dekubitus-, Kontrakturen-, Thromboembolie-, Pneumonie- oder Obstipationsprophylaxe umfassen.

1. Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität (MOB)

Die unter „Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität“ aufgeführten Maßnahmen dienen vorrangig der *Förderung von Ressourcen* und der *Prävention/Prophylaxe*. Sie sind nicht gleichzusetzen mit der Mobilitätsförderung im Rahmen von *Alltagsverrichtungen* (z. B. während der Körperpflege). Auch der Transfer von Bewohnern aus dem Bett in einen Rollstuhl/Sessel und anschließendes Verbleiben in der Sitzposition (im Pflegealltag häufig als „Bewohner wird mobilisiert“ bezeichnet) fällt nicht unter diese Leistungsbeschreibung.

Vielmehr handelt es sich um eigenständige Maßnahmen, die in den Tagesablauf der Bewohner integriert werden. Zur Planung ist im Vorfeld eine systematische Erfassung und Einschätzung der individuellen Ressourcen und Probleme erforderlich. Der Grundsatz, Ressourcenförderung auf der Basis einer sorgfältigen Einschätzung von Verbesserungsaussichten und Belastungstoleranz durchzuführen, gilt hier in besonderem Maße.

Die Maßnahmen können bei gezielter Planung und sachgerechter Durchführung die Körperwahrnehmung fördern und Teilaspekte der Sturz-, Kontrakturen-, Thromboembolie-, Pneumonie-, Dekubitus- und Obstipationsprophylaxe umfassen (Köther/Gnam 2000).

Die Leistung ist insbesondere für Bewohner relevant, die aus unterschiedlichen Gründen nicht an Gruppenaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität (GAM) teilnehmen bzw. aufgrund bestehender individueller Problemlagen einer intensiveren Mobilitätsförderung bedürfen.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Bewohner/-in kann sich im Bett/Sessel/Rollstuhl nicht oder nur eingeschränkt selbständig bewegen (ggf. auch aufgrund einer Fixierung)
- Steh-/Gehunfähigkeit
- Sturzrisiko
- Kontrakturen-, Thrombose-, Pneumonie-, Dekubitus-, Obstipationsgefährdung
- Ausgeprägte körperliche, kognitive und/oder psychische Beeinträchtigungen führen dazu, dass Bewohner/-in nicht an Gruppenaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität teilnehmen kann

Vorrangige Ziele:

- Förderung und Erhaltung der Mobilität (Grob-, Feinmotorik, Bewegungsradius, Muskelkraft, Gleichgewicht)
- Förderung und Erhaltung der Körperwahrnehmung
- Förderung des venösen Rückstroms zum Herzen
- Druckentlastung dekubitusgefährdeter Körperstellen
- Verbesserte Belüftung der Lunge
- Anregung der Darmperistaltik
- Abwechslung im Tagesablauf ermöglichen

Teilhandlungen:

- Unterstützung beim Aufsuchen eines geeigneten Raumes (ruhige und angemessen gestaltete Umgebung, Vermeidung von Reizüberflutung)
- Unterstützung bei der Einnahme einer günstigen Körperhaltung
- Durchführung der Aktivität (siehe Variationen der Maßnahme)
- Lagerung des Bewohners nach Abschluss der Aktivität

Variationen der Maßnahme:

- Übungen mit/ohne Hilfsmittel
- Passive, assistive, aktive, resistive Bewegungsübungen
- Training von Schritt-/Standfestigkeit, Gehübungen, Gleichgewichtsübungen, Übungen zum Gebrauch von Aufsteh-/Gehhilfen (Teilaspekt der Sturzprophylaxe)
- Übungen zur Aktivierung der Muskel-Venen-Pumpe (Teilaspekt der Thromboembolieprophylaxe)
- Atemübungen, atemstimulierende Einreibung (Teilaspekt der Pneumonieprophylaxe)
- Bewegungsübungen zur Druckentlastung dekubitusgefährdeter Körperstellen, Mikrobewegungen (Teilaspekt der Dekubitusprophylaxe)
- Bewegungsübungen zur Erhaltung der Gelenkbeweglichkeit (Teilaspekt der Kontrakturen-/ Spitzfußprophylaxe)
- Bewegungsübungen zur Anregung der Darmperistaltik (Teilaspekt der Obstipationsprophylaxe)
- Mobilitätstraining (z. B. zum Erhalt physiotherapeutischer Erfolge, nach einer Phase der Immobilität)
- Transferübungen (z. B. Bett – Stuhl/Rollstuhl)
- Motivierung/Anleitung zur aktiven Teilnahme

Ressourcenförderung:

- Unabhängig von der gewählten Variation können alle aufgeführten Maßnahmen zur gezielten Ressourcenförderung genutzt werden, z. B. Verbesserung der Beweglichkeit, Förderung des Selbstvertrauens in die eigenen körperlichen Fähigkeiten, verbesserte Körperwahrnehmung, Erlernen veränderter Bewegungsabläufe zur besseren Alltagsbewältigung (z. B. durch Übungen zum Gebrauch von Hilfsmitteln)

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



2. Gruppenaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität

(GAM)

Diese Leistung umfasst ein breites Spektrum unterschiedlicher Variationen der Maßnahmen zur Förderung/Erhaltung der Mobilität. Sie hat, vergleichbar mit der Leistung „Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität“ (MOB), vorrangig die Funktion der *Ressourcenförderung und der Prävention/Prophylaxe*.

Die Angebotsplanung orientiert sich an der Bewohnerstruktur. Vermieden werden sollte eine Angebotsfülle, die nur von wenigen Bewohnern genutzt wird. Es ist vielmehr anzustreben, zielgruppenorientierte Aktivitäten anzubieten, damit möglichst viele Bewohner angesprochen und einbezogen werden können (Jenull-Schiefer/Janig 2004).

In Abhängigkeit von der Zielsetzung können sich diese Gruppenaktivitäten hinsichtlich Angebotsart, -dauer, -ort und Teilnehmerzahl stark voneinander unterscheiden. So sollten z. B. Angebote für kognitiv beeinträchtigte Bewohner aufgrund der ggf. eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit von relativ kurzer Dauer sein, in kleinen Gruppen stattfinden und Übungen beinhalten, die keiner komplizierten Erläuterung bedürfen. Eine Gruppenaktivität für kognitiv unbeeinträchtigte, aber mobilitätseingeschränkte Bewohner wird sich wiederum an anderen Kriterien orientieren müssen. Auch die zum Aufsuchen des entsprechenden Raumes zurückzulegende Wegstrecke und der hierbei ggf. erforderliche Unterstützungsbedarf ist zu berücksichtigen. Es kann daher, in Abhängigkeit von den räumlichen Gegebenheiten der Einrichtung, sinnvoll sein, Gruppenaktivitäten wohnbereichsintern anzubieten. Auch wenn es sich in der Regel um geplante Aktivitäten handeln wird, ist ein wohnbereichsinternes „spontanes“ Angebot durchaus vorstellbar.

Bewohner, die zur Teilnahme an einer Gruppenaktivität zur Förderung bzw. Erhaltung der Mobilität nicht in der Lage sind, benötigen ein individuelles Angebot („Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität“ MOB).

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Ein Bedarf gilt bei allen Bewohnern als gegeben, soweit sie Bereitschaft aufweisen und zur Teilnahme an Gruppenaktivitäten in der Lage sind.

Vorrangige Ziele:

- Förderung und Erhaltung der Mobilität (Grob-, Feinmotorik, Bewegungsradius, Muskelkraft, Gleichgewicht)
- Förderung und Erhaltung der Körperwahrnehmung
- Förderung des venösen Rückstroms zum Herzen
- Verbesserte Belüftung der Lunge
- Gemeinschaftserleben ermöglichen und fördern
- Abwechslung im Tagesablauf ermöglichen

Teilhandlungen:

- Hilfe bei der Fortbewegung (zum Ort der Aktivität und zurück)
- Begleitung/Unterstützung während der Aktivität
- Durchführung der Aktivität (siehe Variationen der Maßnahme)

Variationen der Maßnahme:

- Wohnbereichsübergreifende und -interne Aktivitäten
- Geplante und ungeplante Aktivitäten
- Gruppenaktivitäten für kognitiv unbeeinträchtigte Bewohner
- Gruppenaktivitäten für kognitiv beeinträchtigte Bewohner und/oder Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten
- Gruppenaktivitäten für mobile/eingeschränkt mobile Bewohner
- Übungen zur Förderung/Erhaltung der Mobilität (Bewegungsspiele, Sitzgymnastik, Stehen, Gehen, Aufstehen, ...)
- Training von Schritt-/Standfestigkeit, Gleichgewichtsübungen, Übungen zum Gebrauch von Aufsteh-/Gehhilfen (Teilaspekt der Sturzprophylaxe)
- Übungen zur Aktivierung der Muskel-Venen-Pumpe (Teilaspekt der Thromboembolieprophylaxe)
- Atemübungen (Teilaspekt der Pneumonieprophylaxe)
- Bewegungsübungen zur Erhaltung der Gelenkbeweglichkeit (Teilaspekt der Kontrakturenprophylaxe)
- Motivierung/Anleitung zur aktiven Teilnahme

Ressourcenförderung:

- Unabhängig von der gewählten Variation können alle aufgeführten Maßnahmen zur gezielten Ressourcenförderung genutzt werden, z. B. Verbesserung der Beweglichkeit, Förderung des Selbstvertrauens in die eigenen körperlichen Fähigkeiten, verbesserte Körperwahrnehmung, Erlernen veränderter Bewegungsabläufe zur besseren Alltagsbewältigung (z. B. durch Gleichgewichts- und Gehübungen)

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



3. Lagerungen

(LA)

Lagerungen können verschiedene Aspekte des präventiven/prophylaktischen Handelns umfassen, so z. B. Teilaspekte der Kontrakturen-, Thromboembolie-, Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe (Bienstein et al. 1997). Die Bedeutung weiterführender Maßnahmen sollte hierbei allerdings nicht außer Acht gelassen werden, da regelmäßige Lagerungen als alleinige Maßnahme in der Regel nicht ausreichend sind, um eine besondere Gefährdung abzuwenden (DNQP 2002). Einen besonderen Stellenwert nimmt hierbei die Förderung und Erhaltung der Mobilität ein (vgl. MOB/GAM). Die Leistungsbeschreibung macht keine Angaben zu konkreten Lagerungsarten, sondern allgemeine Vorgaben zur Zielsetzung der Lagerung, wie z. B. „Lagerung zur besseren Belüftung der Lunge“. Die konkrete Ausgestaltung, d. h. das „WIE“, muss individuell geplant und durchgeführt werden (zutreffend für alle Leistungsbeschreibungen).

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Selbständiger Positionswechsel im Bett/Sessel/Rollstuhl erfolgt nicht in ausreichendem Maße
- Kontrakturen-, Thrombose-, Pneumonie- und/oder Dekubitusgefährdung

Vorrangige Ziele:

- Druckentlastung dekubitusgefährdeter Körperstellen
- Erhaltung und Förderung der Beweglichkeit der Gelenke
- Verbesserung des venösen Blutflusses
- Ausreichende Belüftung der Lungen
- Schmerzfreiheit bzw. -linderung
- Förderung der Körper- und Umgebungswahrnehmung

Teilhandlungen:

- Lagerung bzw. Lagerungswechsel mit geeigneten Hilfsmitteln einschließlich gezielter Bewegungsförderung
- Laken/Kissen/Decke richten
- Beziehen des Bettes (komplett/teilweise) bei bettlägerigen Bewohnern mit anschließender Lagerung

Variationen der Maßnahme:

- Lagerung ohne/mit druckreduzierenden Hilfsmitteln
- Ganzkörperlagerung oder Teilkörperlagerung
- Lagerung bzw. Lagerungswechsel im Bett oder im Sessel/Roll-/Liegestuhl
- Lagerung kontrakturgefährdeter Gelenke in Beuge- bzw. Streckstellung (Teilaspekt der Kontrakturenprophylaxe, einschließlich der Spitzfußprophylaxe)
- Hochlagerung der Beine (Teilaspekt der Thromboembolieprophylaxe)
- Lagerung zur besseren Belüftung der Lunge (Teilaspekt der Pneumonieprophylaxe)
- Lagerung zur Druckentlastung (Teilaspekt der Dekubitusprophylaxe)

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

4. Unterstützung beim Aufstehen und Zubettgehen

(AZB)

Aufstehen und Zubettgehen sind regelmäßig erfolgende Alltagsverrichtungen, die viele Bewegungselemente und damit Möglichkeiten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität beinhalten. Abläufe können gezielt eingeübt und so die Selbständigkeit des Bewohners gefördert werden. Eindeutige Berührungen und bewusste Bewegungen tragen zur Förderung der Körperwahrnehmung bei (Buchholz/Schürenberg 2003).

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Selbständiger Transfer vom Rollstuhl zum Bett bzw. vom Bett zum Rollstuhl nicht möglich
- Bewohner/-in kann nicht selbständig stehen und gehen
- Erhöhtes Sturzrisiko
- Bewohner/-in kann nicht selbständig die Liege- bzw. Sitzposition einnehmen
- Kognitive Defizite (z. B. korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte wird nicht erkannt, Notwendigkeit der Maßnahme wird nicht erfasst)

Vorrangige Ziele:

- Förderung und Erhaltung der Mobilität (Grob-, Feinmotorik, Bewegungsradius, Muskelkraft, Gleichgewicht)
- Förderung und Erhaltung der Körperwahrnehmung
- Förderung des venösen Rückstroms zum Herzen
- Verbesserte Belüftung der Lunge

Teilhandlungen:

- Unterstützung bei der Fortbewegung (zum Bett hin bzw. vom Bett weg)
- Unterstützung beim Transfer vom Stehen über das Sitzen zur Liegeposition bzw. vom Liegen über das Sitzen zum Stehen, Transfer aus dem Rollstuhl/in den Rollstuhl
- Laken/Kissen/Decke richten
- Entfernen von Fixierungen, z. B. Seitenschutz
- Gebrauch von Hilfsmitteln, z. B. Lifter

Variationen der Maßnahme:

- Aufstehen
- Zubettgehen
- Beobachtende Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention (z. B. bei Sturzrisiko)
- Motivierung/Anleitung zur (teilweise) selbständigen Durchführung

Ressourcenförderung:

- Selbständige Durchführung von Anteilen der Gesamtmaßnahme nach Anleitung, z. B. eigenständige Bewegungen/Drehungen, selbständiges Stehen
- Fähigkeit zur selbständigen Steuerung von Bewegungsabläufen fördern

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



5. Unterstützung beim An-, Aus- und Umkleiden

KL

Bei dieser Maßnahme ist zu berücksichtigen, dass Kleidung nicht nur zum Schutz des Körpers vor äußeren Einflüssen dient, sondern auch eine ästhetisch-soziale Funktion hat (Kötter/Gnamm 2000). Kleidungsgewohnheiten entwickeln und verändern sich im Laufe des Lebens in Abhängigkeit von zahlreichen Faktoren (z. B. soziales Umfeld, finanzielle Möglichkeiten). Um individuelle Vorlieben und Abneigungen der Bewohner berücksichtigen zu können, sind Informationen zum Kleidungsstil und zu Kleidungsgewohnheiten notwendig. Durch eine eindeutige Unterscheidung zwischen Tag- und Nachtkleidung kann die zeitliche Orientierung kognitiv beeinträchtigter Bewohner unterstützt werden (sofern dies dem gewohnten Handeln des Bewohners entspricht). Bewohner, die den überwiegenden Teil des Tages im Bett verbringen, sollten daher nicht ausschließlich Nachtkleidung (Nachthemd, Schlafanzug), sondern – zumindest teilweise – ihre normale Tageskleidung (z. B. Bluse, Hemd, Pullover) tragen. Das Anziehen bzw. Ausziehen von Kompressionsstrümpfen wird dieser Leistungsbeschreibung zugeordnet (unabhängig von der Kompressionsklasse bzw. der Zuordnung zur speziellen Pflege). Das Anlegen von Kompressionsverbänden hingegen ist Bestandteil der Leistungsbeschreibung „Wundversorgung und Verbände“ (WV).

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Kognitive Defizite (z. B. korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte wird nicht erkannt, Notwendigkeit der Maßnahme wird nicht erfasst)
- Einschränkungen der Feinmotorik (z. B. Knöpfe, Reißverschlüsse können nicht geschlossen werden)
- Eingeschränkter Bewegungsradius (z. B. der Arme, durch Gipsverbände)
- Bewohner/-in kann nicht selbständig stehen und gehen/Sturzrisiko
- Stehfähigkeit
- Sehbeeinträchtigung

Vorrangige Ziele:

- Beibehaltung des persönlichen Kleidungsstils
- Gewährleistung einer angemessenen temperatur- und anlassbezogenen Kleidung
- Erhaltung und Förderung der Körpermotorik

Teilhandlungen:

- Hilfe bei der Fortbewegung
- Kleidungsauswahl/-zusammenstellung/Kleidung wegräumen
- Auskleiden
- Ankleiden

Variationen der Maßnahme:

- Durchführung der Maßnahme bei Bettlägerigkeit
- Durchführung der Maßnahme bei Stehfähigkeit
- Durchführung der Maßnahme bei Sitzfähigkeit
- Komplettes An-, Aus- und Umkleiden
- Teilweises An-, Aus- und Umkleiden (z. B. Oberbekleidung, Mantel)
- Anziehen/Ausziehen von Kompressionsstrümpfen
- Anbringen/Entfernen von Körperprothesen, Stützkorsetten, Orthesen, Hüftprotektoren
- Beobachtende Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention (z. B. bei Sturzrisiko)
- Motivierung/Anleitung zur (teilweise) selbständigen Durchführung

Ressourcenförderung:

- Selbständige Durchführung von Anteilen der Gesamtmaßnahme nach Anleitung, z. B. gemeinsame Kleidungsauswahl mit der Pflegekraft, Mithilfe durch Anheben der Arme und Beine

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

6. Unterstützung beim Gehen, Stehen, Treppensteigen, Fortbewegen im Rollstuhl

(GSTR)

Unterstützung bei der Fortbewegung ist in der Versorgungspraxis nur selten eine eigenständige Maßnahme im Sinne der Leistungsbeschreibungen. Zumeist steht sie in engem Zusammenhang mit der Hilfestellung im Rahmen einer anderen Verrichtung. Zum Beispiel ist die Hilfestellung beim Zurücklegen des Weges vom Bewohnerzimmer zum Tagesraum, um dort Unterstützung bei der Einnahme der Mahlzeiten zu erhalten, Teil der Leistungsbeschreibung „Hilfe bei der Nahrungsaufnahme“ (NA). Ein weiteres Beispiel ist das Treppensteigen. Erfolgt Unterstützung beim Treppensteigen im Sinne eines gezielten Mobilitätstrainings, so ist sie als Teilhandlung der Leistung „Förderung/Erhaltung der Mobilität“ (MOB) einzustufen. Für die Unterstützung außerhalb der Einrichtung gilt entsprechendes: Besteht z. B. ein Hilfebedarf beim Verlassen der Einrichtung, um gezielt soziale Kontakte pflegen zu können, greift die Leistungsbeschreibung „Unterstützung bei sozialen Kontakten/sozialer Teilhabe“ (SOK). Findet das Verlassen der Einrichtung statt, um dem Bewohner eine gezielte biografieorientierte Aktivität anbieten zu können, ist die Leistungsbeschreibung „Biografieorientierte Einzelaktivitäten“ (BE) bzw. „Biografieorientierte Gruppenaktivitäten“ (GAB) relevant. Wird ein Ausflug für die Bewohner angeboten, so kann dieser der Leistungsbeschreibung „Einzel- und Gruppenaktivitäten zur Beschäftigung“ (BA) zugeordnet werden, sofern der Ausflug keiner Zielorientierung im Sinne anderer Leistungsbeschreibungen folgt.

Die Leistungsbeschreibung GSTR ist somit relevant, wenn eine Unterstützung beim Stehen und der Fortbewegung erforderlich ist, diese aber keiner anderen Leistungsbeschreibung zugeordnet werden kann.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Einschränkungen der Mobilität (Grobmotorik, Bewegungsradius, Muskelkraft, Gleichgewicht)
- Bewohner/-in kann nicht selbständig stehen/gehen
- Steh-/Gehunfähigkeit (Fortbewegung im Rollstuhl aber mit Hilfe möglich)
- Sturzrisiko
- Zielgerichtetes Auffinden von Räumlichkeiten, z. B. des Tagesraums, des Bewohnerzimmers aufgrund von kognitiven Defiziten nicht möglich
- Angstzustände beim Verlassen der gewohnten Umgebung
- Nichterkennen von Gefahren außerhalb der gewohnten Umgebung
- Antriebsarmut
- Befriedigung des Bewegungsdrangs
- Eingeschränkte Sehfähigkeit

Vorrangige Ziele:

- Orts-/Raumwechsel innerhalb/außerhalb der Einrichtung, z. B. auf Wunsch des Bewohners
- Anlassbezogenes Verlassen der Einrichtung, z. B. auf Wunsch des Bewohners, zur Teilhabe am kulturellen Leben, zur Tätigkeit von Arztbesuchen/Behördengängen/Einkäufen

Teilhandlungen:

- Hilfe beim Transfer (z. B. vom Stuhl zum Rollstuhl, vom Sitzen zum Stehen)
- Unterstützung beim Stehen
- Hilfe bei der Fortbewegung (Gehen, Treppensteigen und/oder Fortbewegung im Rollstuhl)

Variationen der Maßnahme:

- Gehen mit/ohne Hilfsmittel
- Stehen mit/ohne Hilfsmittel
- Treppensteigen



- Fortbewegung im Rollstuhl
- Motivierung/Anleitung zur (teilweise) selbständigen Durchführung, z. B. durch Berührung, motivierendes Gespräch
- Beobachtende Begleitung der Fortbewegung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention
- Unterstützung bei der Fortbewegung innerhalb der Einrichtung
- Unterstützung bei der Fortbewegung außerhalb der Einrichtung (z. B. Spaziergang, Aufsuchen einer Arztpraxis)
- Unterstützung beim An-/Aus-/Umkleiden (soweit aus Anlass des Verlassens/Wiederaufsuchens der Einrichtung)
- Unterstützung beim Verlassen/Wiederaufsuchen der Einrichtung ohne Begleitung außerhalb der Einrichtung (z. B. bis zum Taxi begleiten)
- Ausflüge

Ressourcenförderung:

- Selbständige Durchführung von Anteilen der Gesamtmaßnahme nach Anleitung, z. B. längeres Stehen, Gehen von Teilstrecken ohne Hilfe, sichere Nutzung von Hilfsmitteln, selbständige Fortbewegung mit dem Rollstuhl

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

5.2.2 Unterstützung bei der Ernährung

Der Bereich „Unterstützung bei der Ernährung“ bezieht sich sowohl auf die orale Nahrungsaufnahme als auch auf die Ernährung mittels Sonde. Sie umfasst die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr und verfolgt mehrere Zielsetzungen, die u. a. berücksichtigen, dass Essen und Trinken elementare Bestandteile des Lebens sind und mit Genuss und Wohlbefinden verbunden sein sollten. Daher reduziert sich Unterstützung bei der Ernährung keineswegs auf eine ausreichende Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit als Voraussetzung für einen angemessenen Ernährungszustand. Mahlzeiten sind tagesstrukturierende Situationen von zentraler Bedeutung (vgl. Graber-Dünow 2003) und gehören zu den wichtigsten Anlässen sozialer Interaktion. Das gemeinschaftliche Einnehmen von Mahlzeiten bietet einen ungezwungenen Rahmen für Kommunikationsbedürfnisse und fördert Kontakte. Ansprechend gestaltete Mahlzeitsituationen machen den Genussfaktor des Essens erlebbar. Kurz: Die Mahlzeiteinnahme stellt im Leben von Bewohnern ein wichtiges Ereignis dar, dessen Bedeutung weit über Aspekte der körperlichen Gesundheit hinausreicht.

Die folgenden Ausführungen enthalten keinen Hinweis auf die Notwendigkeit einer Beurteilung des Ernährungsstatus. Daher sei an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Ernährungszustand regelmäßig mit geeigneten Methoden erfasst werden muss (MDS 2003, siehe auch Kriterienkatalog „Pflegerisches Assessment“). Die Ergebnisse sind zu dokumentieren und die erforderlichen Interventionen im Bedarfsfall in die Pflegeplanung aufzunehmen. Dieses bezieht sich auch auf Bewohner, die mittels Sonde ernährt werden, da auch hier das Risiko einer Mangelernährung besteht (Frank 2005). Die Gewichtskontrolle (u. a. zur Bestimmung des Body-Mass-Index) als gebräuchliche Methode zur Feststellung von Veränderungen im Ernährungsstatus (MDS 2003) ist Gegenstand der Leistungsbeschreibung „Kontrolle Vitalparameter/Gewicht“ (VIT).



7. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme

(NA)

Die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme stellt eine äußerst komplexe Leistung mit zahlreichen Teilhandlungen dar. Je nach Bedarfslage beinhaltet die Unterstützung alle Vorrichtungen, die mit der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme in einem ursächlichen Zusammenhang stehen können, z. B. die Begleitung zum Ort der Nahrungsaufnahme, das Anreichen der Nahrung/Flüssigkeit, das Händewaschen vor/nach der Mahlzeit und der evtl. erforderliche Kleidungswechsel aufgrund von Verunreinigungen.

Hilfe bei der Nahrungsaufnahme beinhaltet in Abhängigkeit von der Zielsetzung auch verschiedene Gestaltungsmöglichkeiten der konkreten Situation. Eine gezielte Anleitung kann Bewohner bei der eigenständigen Nahrungsaufnahme unterstützen. Bei demenziell Erkrankten kann diese Anleitung durch den gezielten Einsatz von Impulsen (u. a. die Gabel in die Hand geben/die Hand zum Mund führen) oder durch Körperberührungen erfolgen (Wagener et al. 1998). Eine weitere Möglichkeit besteht in der Berücksichtigung der spezifischen Problemlagen demenziell erkrankter Bewohner bezüglich der Beschaffenheit der Nahrung. Kann Nahrung z. B. ohne adäquate Nutzung von Besteck eingenommen werden („Finger food“), so kann dies erheblich zur selbständigen Nahrungsaufnahme beitragen.

Für diese Personengruppe ist Ermutigung und Förderung von Eigenaktivität bei der Mahlzeiteinnahme besonders wichtig, weil die Fähigkeit, selbständig Nahrung zu sich zu nehmen, im Vergleich zu anderen Fähigkeiten sogar in fortgeschrittenen Stadien des Krankheitsverlaufs verhältnismäßig lange erhalten bleibt. Dabei ist auch die Bedeutung der orientierungserleichternden Gestaltung der Rahmenbedingungen nicht zu unterschätzen. Demenziell erkrankte Bewohner verlieren leicht den Überblick und sind dadurch ggf. nicht mehr in der Lage, die Mahlzeit (teilweise) selbständig einzunehmen (Frank 2005, Becker 1995). Deshalb sollten Essplatz und direktes Umfeld eindeutig erkennen lassen, dass die Einnahme einer Mahlzeit ansteht. Der Essplatz ist übersichtlich zu gestalten und z. B. nicht gleichzeitig mit Suppentasse, Trinkglas, Hauptgericht und Dessert zu bestücken.

Die Leistungsbeschreibung „Hilfe bei der Nahrungsaufnahme“ (NA) bezieht sich auf Maßnahmen, die im direkten Bewohnerkontakt erfolgen. In Abgrenzung hierzu sind Maßnahmen ohne direkten Bewohnerkontakt, wie z. B. das Verteilen der Mahlzeiten oder die mundgerechte Zubereitung ohne nachfolgende Unterstützungsleistung, den mittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen zuzuordnen.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Bewohner/-in kann aufgrund von Störungen der Grob-, Feinmotorik, Einschränkungen des Bewegungsradius und/oder der Muskelkraft Nahrung/Flüssigkeit nicht selbständig mundgerecht zubereiten und/oder zum Mund führen
- Bewohner/-in kann nicht selbständig die Sitzposition einnehmen bzw. beibehalten
- Bewohner/-in kann aufgrund von kognitiven Defiziten die Situation der Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme nicht erkennen und daher nicht selbständig ausführen
- Apathie, Interessenlosigkeit (z. B. aufgrund einer depressiven Stimmungslage)

Vorrangige Ziele:

- Gewährleistung einer ausreichenden Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit
- Erhaltung und Förderung der selbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- Förderung des Wohlbefindens (Essen als Genuss, gemeinschaftliche Mahlzeiteinnahme)

Teilhandlungen:

- Mundgerechte Zubereitung/Bereitstellen von Hilfsmitteln (z. B. Trinkbecher)
- Hilfe bei der Fortbewegung
- Unterstützung beim Einnehmen einer angemessenen Körperhaltung
- Schaffung eines geeigneten Umfeldes zur Nahrungsaufnahme (z. B. übersichtlich gestalteter Essplatz, Vermeidung einer Reizüberflutung)
- Anreichen der Nahrung/Flüssigkeit
- Kleidungsschutz gewährleisten
- Wechseln beschmutzter Kleidung (Verschmutzung infolge der Nahrungsaufnahme)
- Händewaschen vor/nach den Mahlzeiten ermöglichen
- Mundpflege, Waschen des Gesichtes

Variationen der Maßnahme:

- Nahrungsaufnahme/Anreichen von Getränken im Bett
- Nahrungsaufnahme/Anreichen von Getränken im Stuhl/Rollstuhl sitzend
- Anreichen der kompletten Nahrung/Flüssigkeit
- Anreichen eines Teils der Nahrung/Flüssigkeit (Bewohner/-in übernimmt einen Teil selbständig)
- Motivierung/Anleitung zur (teilweise) selbständigen Durchführung (auch im Sinne einer Initiierung/Impulsgebung)
- Beobachtende Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention
- Maßnahme erfolgt als Einzelfallhilfe oder als Gruppenbetreuung (zwei oder mehr Bewohner erhalten gleichzeitig Hilfestellung)
- Unterstützung bei der Einnahme von Hauptmahlzeiten/von Zwischenmahlzeiten

Ressourcenförderung:

- Selbständige Durchführung von Anteilen der Maßnahme nach Anleitung, z. B. Trinken, Essen von manuell greifbarer Nahrung (Brot, „Finger food“)

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



8. Hilfe bei der Sondenernährung

(SONA)

Diese Leistung wird ungeachtet der Notwendigkeit einer ärztlichen Ver-/Anordnung nicht dem Bereich „Spezielle Pflege“ zugerechnet, da die inhaltliche Zuordnung in diesem Fall als vorrangig vor der sozialrechtlichen eingestuft wird.

Ebenso wie bei der Leistung „Hilfe bei der Nahrungsaufnahme“ ist auch bei der Gabe von Sondennahrung auf eine angemessene Gestaltung der Gesamtsituation zu achten, insbesondere auf eine adäquate Vorbereitung der Bewohner (Arets et al. 1999).

Bei Personen, die mittels Sonde ernährt werden, sollte eine (zusätzliche) orale Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr nach vorheriger Abklärung durch den behandelnden Arzt angestrebt werden (MDS 2003).

Innerhalb der Leistungsbeschreibung wird hinsichtlich der Sondenart und Lage (z. B. nasogastrale Sonde, perkutane endoskopisch kontrollierte Gastrostomie/PEG) nicht unterschieden. Auch auf die unterschiedlichen Erfordernisse an die Sondennahrung, den Umgang mit derselben und eine Bewertung der jeweiligen Vor- und Nachteile der Applikationsformen kann im Rahmen der Leistungsbeschreibungen nicht eingegangen werden.

Die Leistungsbeschreibung „Hilfe bei der Sondenernährung“ (SONA) bezieht sich auf Maßnahmen, die im direkten Bewohnerkontakt erfolgen. In Abgrenzung hierzu sind Maßnahmen ohne direkten Bewohnerkontakt, wie z. B. das Vorbereiten der Sondenkost außerhalb des Bewohnerzimmers, den mittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen zuzuordnen.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Ärztliche Ver-/Anordnung

Vorrangiges Ziel:

- Gewährleistung einer ausreichenden Zufuhr von Nahrung und/oder Flüssigkeit

Teilhandlungen:

- Vorbereitung des Bewohners auf die besondere Situation der Nahrungsaufnahme, z. B. durch Information, Anfeuchten der Mundschleimhaut
- Unterstützung beim Einnehmen einer angemessenen Körperhaltung
- Verabreichen der Sondenkost

Variationen der Maßnahme:

- Sondenernährung mittels Ernährungspumpe (kontinuierlich oder Bolusgabe)
- Sondenernährung mittels Spritze (Bolusgabe)
- Sondenernährung mittels Schwerkraft

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

5.2.3 Unterstützung im Bereich Ausscheidungen

Unterstützungsmaßnahmen im Bereich Ausscheidungen umfassen vor allem Hilfen beim Toilettengang, bei der Inkontinenzversorgung und der Versorgung künstlicher Ausgänge. Erbrechen, als eine Sonderform des Ausscheidens (Menche/Bazlen 2004), findet in diesem Zusammenhang keine Erwähnung. Die hierbei erforderlichen Hilfestellungen (z. B. Lagerung, Mundpflege) können in der Regel anderen Leistungsbeschreibungen zugeordnet werden.

Insbesondere Hilfen beim Toilettengang und die Inkontinenzversorgung spielen im Versorgungsalltag eine zentrale Rolle, da ein Großteil der Bewohner einen entsprechenden Bedarf aufweist (vgl. Wingenfeld/Schnabel 2002). Sie sind fester Bestandteil der Abläufe sowohl am Tag als auch in der Nacht. Aus der Bewohnerperspektive kommt ihnen noch aus anderen Gründen eine besondere Bedeutung zu: Durch die Notwendigkeit und Regelmäßigkeit dieser Unterstützung wird ihnen die weitreichende Abhängigkeit von anderen Personen täglich vor Augen geführt. Die Unterstützung stellt außerdem einen erheblichen Eingriff in die Intimsphäre dar und provoziert häufig Schamgefühle. Eine angemessene, einfühlsame Vorbereitung und Gestaltung der jeweiligen Situation ist daher unbedingt erforderlich (vgl. Kellnhauser et al. 2004).

Beobachtungen spielen bei der Unterstützung im Bereich Ausscheidungen eine bedeutende Rolle. Aus Verhaltensweisen (z. B. motorische Unruhe aufgrund von Harndrang) kann auf einen entsprechenden Bedarf geschlossen werden, auch wenn die Bewohner ihn nicht explizit äußern. Sorgfältige Beobachtung bezogen auf Defäkation und Miktion (z. B. Entleerungsfrequenz, Konsistenz) gehört zu den obligatorischen Bestandteilen professioneller Pflege. Wie auch in anderen Fällen ist die Dokumentation der Beobachtungsergebnisse und der im Bedarfsfall eingeleiteten Interventionen von außerordentlicher Wichtigkeit.

Informations-/Beratungsgespräche, z. B. zu einer verdauungsfördernden Ernährung, gehören nicht zur „Unterstützung im Bereich Ausscheidungen“, sondern werden der Leistungsbeschreibung „Einzelgespräche“ (EG) zugeordnet.



9. Hilfen beim Toilettengang

(TG)

Diese Leistung schließt die Unterstützung bei Benutzung von Toilettenstuhl, Steckbecken und Urinflasche mit ein. Besteht zusätzlich die Notwendigkeit eines Wechsels von Inkontinenzmaterial, so ist dieses eine weitere Teilhandlung. Wechseln von Inkontinenzmaterial ohne Toilettengang fällt hingegen unter die Leistungskategorie „Hilfen bei der Ausscheidung“ (AUS).

Eine wichtige Form der Hilfe beim Toilettengang ist die Durchführung von Kontinenztraining. Dieses setzt voraus, dass vorab eine Diagnose der Inkontinenzform und eine Klärung hinsichtlich der Beeinflussbarkeit durch ein entsprechendes Training erfolgt (Köther/Gnam 2000).

Inkontinenz stellt für sich genommen kein Kriterium für einen Hilfebedarf beim Toilettengang im Sinne dieser Leistungsbeschreibung dar. Vielmehr resultiert der Bedarf aus Einschränkungen der Mobilität und/oder kognitiven Defiziten (siehe Hauptkriterien für den Bedarf). Dennoch sei darauf hingewiesen, dass Personen mit bestehender Inkontinenz, unabhängig vom Hilfebedarf beim Toilettengang, durchaus einen Informations- und Beratungsbedarf haben können. Eine Unterstützung in dieser Form fiel unter die Kategorie „Einzelgespräche“ (EG).

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Harn-/Stuhlinkontinenz kombiniert mit Einschränkungen der Mobilität, Immobilität, Sturzrisiko und/oder kognitiven Defizite (z. B. Nichterkennen der Situation, korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte wird nicht erkannt)
- Einschränkungen der Mobilität oder kognitive Defizite bei bestehender Kontinenz

Vorrangige Ziele:

- Erhaltung und Förderung der Kontinenz
- Schaffung kontinenzfördernder Rahmenbedingungen
- Erhaltung/Förderung des Wohlbefindens
- Aufrechterhaltung einer ausreichenden Intimhygiene
- Wahrung der Intimsphäre

Teilhandlungen:

- Unterstützung bei der Fortbewegung
- Unterstützung beim Transfer auf die Toilette bzw. den Toilettenstuhl (einschließlich Transfer Rollstuhl – Toilette/Toilettenstuhl)
- Teilent-/bekleidung
- Reinigung des Intimbereichs
- Wechseln von Inkontinenzmaterial
- Wechseln beschmutzter Kleidung
- Waschen der Hände

Variationen der Maßnahme:

- Toilettengang ohne/mit Wechseln von Inkontinenzmaterial
- Toilettengang mit anschließendem Kleidungswechsel
- Toilettengang mit anschließender Intimpflege
- Toilettengang mit beobachtender Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention
- Benutzen von Toilettenstuhl/Steckbecken/Urinflasche
- Kontinenztraining nach Plan
- Motivierung/Anleitung zur (teilweise) selbständigen Durchführung

Ressourcenförderung:

- Selbständige Durchführung von Anteilen der Gesamtmaßnahme nach Anleitung, z. B. Mithilfe beim Ent- und Bekleiden oder beim Verwenden von Inkontinenzmaterial
- Förderung der Aufmerksamkeit für Harn-/Stuhl drang einschließlich der Motivation zu anschließender Hilfeanforderung

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



10. Hilfen bei der Ausscheidung

(AUS)

Diese Leistungsbeschreibung beinhaltet die Inkontinenzversorgung ohne Benutzung von Toilette, Toilettstuhl, Steckbecken oder Urinflasche, außerdem die Reinigung und Versorgung künstlicher Ausgänge und das Leeren bzw. Wechseln von Urinbeuteln/-flaschen. Hinsichtlich der Art der künstlichen Ausgänge (z. B. Ileostomie, Colostomie, Urostomie) und der daraus resultierenden Anforderungen an die Versorgung werden innerhalb der Leistungsbeschreibung keine Differenzierungen vorgenommen.

Inkontinenz, das Vorhandensein einer Stomaanlage oder eines Blasenkatheters ist kein Kriterium für einen Hilfebedarf bei der Versorgung im Sinne der vorliegenden Leistungsbeschreibung. Vielmehr resultiert der Bedarf aus Einschränkungen der Mobilität und/oder kognitiven Defiziten (siehe Hauptkriterien für den Bedarf), da hierdurch eine eigenständige Versorgung nicht möglich ist. Führen Bewohner die Versorgung selbständig durch, können sie dennoch der Unterstützung durch Beratung bedürfen (Arets et al. 1999). Erfolgen außer Beratung keine weitergehenden Hilfen, wäre dies der Leistungsbeschreibung „Einzelgespräche“ (EG) zuzuordnen.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Harn-/Stuhlinkontinenz kombiniert mit Einschränkungen der Mobilität, Sturzrisiko und/oder kognitiven Defiziten (z. B. Nichterkennen der Situation, korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte wird nicht erkannt)
- Stomaanlage/Blasenkatheter kombiniert mit Einschränkungen der Mobilität und/oder kognitiven Defiziten

Vorrangige Ziele:

- Erhaltung von Wohlbefinden trotz Inkontinenz, Stomaanlage oder Blasenkatheter
- Beseitigung und Reduzierung von Risikofaktoren (z. B. Schutz vor Nässe)
- Aufrechterhaltung einer ausreichenden Intimhygiene
- Wahrung der Intimsphäre

Teilhandlungen:

- Unterstützung bei der Fortbewegung
- Unterstützung beim Transfer bzw. Aufstehen
- Teilent-/bekleidung
- Intimpflege bzw. Reinigung des Stomas
- Wechseln beschmutzter Kleidung
- Wechseln von Inkontinenzmaterial bzw. Versorgung des Stomas

Variationen der Maßnahme:

- Wechseln von Inkontinenzmaterial im Liegen oder im Stehen
- Reinigung und Versorgung künstlicher Ausgänge
- Leeren/Wechseln von Urinbeuteln oder Urinflaschen
- Beobachtende Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention
- Motivierung/Anleitung zur (teilweise) selbständigen Durchführung

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

5.2.4 Unterstützung im Bereich der Körperpflege

Im Versorgungsalltag steht ein Großteil der Unterstützung im Bereich der Körperpflege in der Regel am Beginn bzw. am Ende des Tages. Wie bei den meisten Menschen stellen die Morgen- und Abendpflege somit feste Bezugspunkte in der Tagesstruktur der Bewohner dar. Abweichungen von dieser Regel sind allerdings erwägenswert. So kann die Körperpflege und die darauf folgende unmittelbare Einnahme des Frühstücks für manche Bewohner eine Überforderung darstellen. Eine veränderte zeitliche Planung, die z. B. eine Erholungsphase vorsieht, kann dazu beitragen, dass sie mehr Eigeninitiative entwickeln und ggf. Teilbereiche selbständig übernehmen können.

Ressourcenförderung ist bei nahezu allen in diesem Abschnitt aufgeführten Leistungen vorstellbar. Ob sie im Einzelfall für den Bewohner sinnvoll ist, muss im Rahmen der Pflegeplanung entschieden werden. Auch kann es legitim sein, im Rahmen der Körperpflege auf eine Ressourcenförderung zu verzichten, um diese zu einem anderen Zeitpunkt des Tages mit besseren Erfolgsaussichten gezielt durchführen zu können, z. B. im Rahmen einer Einzelaktivität zur Förderung der Mobilität (siehe Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität“ MOB).

Die Unterstützung im Bereich der Körperpflege bietet zugleich – mehr als die meisten anderen körperbezogenen Hilfestellungen – zahlreiche Ansatzpunkte zur Nutzung biografischer Informationen. In der Regel handelt es sich bei der Körperpflege um Abläufe, die jahrzehntelang eigenständig und nach eigenen Vorstellungen und Gewohnheiten durchgeführt wurden. Zur Förderung des Wohlbefindens und der Selbständigkeit sollten bisherige Rituale und Vorlieben (z. B. hinsichtlich Ablauf, Tageszeit, Körperpflegemittel) bei der individuellen Pflegeplanung Beachtung finden. Die vorbereitende Information, die Anleitung oder das Gespräch während einer Maßnahme sollte, neben den kognitiven Möglichkeiten der Bewohner, ebenfalls den biografischen Hintergrund beachten (Bell/Troxel 2004).

Die Unterstützung im Bereich der Körperpflege stellt, vergleichbar mit der Unterstützung im Bereich Ausscheidungen, eine sehr intime Hilfeleistung dar. Schamgefühle können sowohl bei Bewohnern als auch bei Mitarbeitern auftreten. Dies trifft im besonderen Maße bei Unterstützungsbedarf im Rahmen der Intimpflege zu (Sowinski 2003). Dieser Sachverhalt muss bei der Planung und Durchführung Beachtung finden.

Da Unterstützung bei der Körperpflege in der Regel einen längeren Kontakt zwischen Bewohner und Pflegekräften erfordert, ist es wichtig, diesen zum gezielten Beziehungsaufbau zu nutzen. Maßnahmen der Körperpflege bieten zudem die Gelegenheit zur diskreten Beobachtung (z. B. Hautzustand, Beweglichkeit, Mundstatus), ohne dass diese als „Inspektion“ erlebt wird.



11. Unterstützung bei Waschungen

(WA)

Diese Leistung sollte, wie einleitend erwähnt, unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Bewohners gestaltet werden. Unterstützung bei der Körperpflege bietet Möglichkeiten, präventives/prophylaktisches Handeln zu integrieren. Durch die gezielte Förderung der Beweglichkeit während des Waschens bzw. Abtrocknens sollten Aspekte der Kontrakturen- oder Obstipationsprophylaxe berücksichtigt werden (in diesem Fall handelt es sich allerdings nicht um eine eigenständige Maßnahme im Sinne der „Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität“). Die Intertrigoprophyllaxe sollte, ebenso wie die Bewegungsförderung, selbstverständlicher Bestandteil jeder Unterstützung bei Waschungen sein, sofern hierunter das Reinigen und gründliche Trocknen der Haut verstanden wird (Menche/Bazlen 2004).

Zu beachten ist die Abgrenzung zu anderen Leistungsbeschreibungen. Findet während der Körperpflege ein Gespräch statt, so ist dieses unter die Leistungsbeschreibung „Unterstützung bei Waschungen“ (WA) zu subsumieren und nicht als eigenständige Leistung im Sinne der Leistungsbeschreibung „Einzelgespräche“ (EG) zu verstehen (weitere Informationen siehe dort). Das gleiche Prinzip gilt für die Förderung der Mobilität. Findet diese im Rahmen der Körperpflege statt, handelt es im Sinne der Leistungsbeschreibungen um keine eigenständige Leistung.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Einschränkungen der Mobilität (Grobmotorik, Bewegungsradius, Muskelkraft, Gleichgewicht)
- Steh-/Gehunfähigkeit
- Bewohner/-in kann sich im Bett/Sessel/Rollstuhl nicht selbständig bewegen
- Sturzrisiko
- Kognitive Defizite führen dazu, dass der Bewohner die korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte nicht mehr kennt bzw. die Notwendigkeit der Maßnahme nicht erfasst

Vorrangige Ziele:

- Förderung des Wohlbefindens
- Förderung der Körperwahrnehmung und Beweglichkeit
- Erhaltung/Förderung eines intakten Hautzustands
- Erhaltung individueller Gewohnheiten
- Reinigung des Körpers

Teilhandlungen:

- Unterstützung bei der Fortbewegung
- Unterstützung beim Positionswechsel im Bett/Rollstuhl
- Waschen und Abtrocknen (Teilaspekt der Intertrigoprophyllaxe)
- Hautbeobachtung
- Hautpflege (entsprechend des Hautzustands)

Variationen der Maßnahme:

- Ganzwaschung im Bett/am Waschbecken
- Teilwaschung im Bett/am Waschbecken/auf der Bettkante sitzend
- Katheterpflege im Rahmen der Intimpflege
- Beobachtende Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention
- Motivierung/Anleitung des Bewohners zur (teilweise) selbständigen Durchführung

Ressourcenförderung:

- Selbständige Durchführung von Anteilen der Gesamtmaßnahme nach Anleitung, z. B. Waschen, Abtrocknen, Eincremen, eigenständiges Bewegen

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

12. Unterstützung beim Duschen/Baden

(DB)

Siehe Anmerkungen zu „Unterstützung bei Waschungen“ (WA)

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Einschränkungen der Mobilität (Grobmotorik, Bewegungsradius, Muskelkraft, Gleichgewicht)
- Steh-/Gehunfähigkeit
- Bewohner/-in kann sich im Bett/Sessel/Rollstuhl nicht oder nur eingeschränkt selbständig bewegen
- Sturzrisiko
- Kognitive Defizite führen dazu, dass der Bewohner die korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte nicht mehr kennt bzw. die Notwendigkeit einzelner Handlungen nicht erfasst

Vorrangige Ziele:

- Förderung des subjektiven Wohlbefindens
- Förderung der Körperwahrnehmung und Beweglichkeit
- Erhaltung/Förderung eines intakten Hautzustands
- Erhaltung individueller Gewohnheiten
- Reinigung des Körpers

Teilhandlungen:

- Unterstützung bei der Fortbewegung, ggf. unter Verwendung eines Lifters
- Hilfen beim Transfer bzw. Aufstehen
- Waschen und Abtrocknen (Teilaspekt der Intertrigoprophyaxe)
- Hautbeobachtung
- Hautpflege (entsprechend des Hautzustands)

Variationen der Maßnahme:

- Verrichtungen werden durch die Pflegekraft übernommen
- Verwendung von Hilfsmitteln, z. B. Duschstuhl, Bettbadewanne, mobile Badewanne
- Beobachtende Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention
- Motivierung/Anleitung zur (teilweise) selbständigen Durchführung

Ressourcenförderung:

- Selbständige Durchführung von Anteilen der Gesamtmaßnahme nach Anleitung, z. B. Waschen, Abtrocknen, Eincremen, eigenständiges Bewegen

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



13. Unterstützung bei der sonstigen Körperpflege

(SK)

Diese Leistung umfasst zahlreiche Maßnahmen, die im Rahmen der Körperpflege zusätzlich zum Waschen bzw. Duschen/Baden erforderlich sein können. Hierzu gehören Maßnahmen, die täglich (z. B. Rasur, Mundpflege, Kämmen) bzw. regelmäßig (z. B. Nagelpflege, Haarwäsche) erbracht werden. Im pflegerischen Alltag treten sie meist in direkter Verbindung mit der „Unterstützung bei Waschungen“ (WA) bzw. der „Unterstützung beim Duschen/Baden“ (DB) auf. Eine veränderte zeitliche Zuordnung kann aufgrund der individuellen Situation des Bewohners durchaus berechtigt sein, um z. B. Überforderung zu vermeiden.

Die Maßnahmen der sonstigen Körperpflege bestimmen, neben der Kleidung, maßgeblich das äußere Erscheinungsbild. Auch wenn Bewohner aufgrund einer fortschreitenden demenziellen Erkrankung immer weniger entsprechende Bedürfnisse äußern, sollte die gewohnte Frisur/Rasur, das bisher gewählte Make up, das Tragen von Uhr/Schmuck etc. beibehalten werden, da dies die Erhaltung der personalen Identität unterstützt (Oelke et al. 1995).

Gezielte Ressourcenförderung kann auch im Rahmen der Maßnahmen der sonstigen Körperpflege sinnvoll sein. Wird die für den Bewohner gewohnte Abfolge der Maßnahmen eingehalten und werden gezielt Impulse gegeben, so können u. U. auch demenziell Erkrankte zur selbständigen Durchführung einzelner Handlungen motiviert werden.

Einen besonderen Stellenwert nimmt die Mundpflege bei Personen ein, die unter Mundtrockenheit leiden oder mittels Sonde (ohne zusätzliche orale Ernährung) ernährt werden. Je nach Problemlage sind unterschiedliche Materialien/Pflegemittel zu wählen und die Häufigkeit der Mundpflege den jeweiligen Erfordernissen anzupassen (Gottschalck et al. 2004). Die Mundpflege stellt einen Teilaspekt der Prophylaxe gegen Munderkrankungen dar. Findet sie im ursächlichen Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme statt, so ist sie als Teilhandlung der „Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme“ (NA) anzusehen.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Einschränkungen der Körpermotorik, dadurch Verwendung von z. B. Kamm, Rasierapparat oder Zahnbürste nicht möglich
- Kognitive Defizite führen dazu, dass der Bewohner die korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte nicht mehr kennt bzw. die Notwendigkeit der Maßnahme nicht erfasst

Vorrangige Ziele:

- Aufrechterhaltung eines gepflegten äußeren Erscheinungsbildes
- Förderung des subjektiven Wohlbefindens
- Erhaltung/Förderung einer intakten Mundschleimhaut
- Erhaltung individueller Gewohnheiten

Teilhandlungen:

- Hilfe bei der Fortbewegung
- Durchführung der sonstigen Körperpflege (siehe Variationen der Maßnahme)

Variationen der Maßnahme:

- Nass-/Trockenrasur, ggf. auch bei Frauen
- Haarwäsche einschließlich Trocknen der Haare und Richten der Frisur
- Kämmen
- Individuelle Gesichtspflege
- Zahn- und (Teil-)Prothesenpflege
- Mundspülungen, Auswischen/Befeuchten der Mundhöhle, etc. (Teilaspekt der Prophylaxe gegen Munderkrankungen)
- Fuß-/Handbad
- Nagelpflege; Fingernägel, Fußnägel schneiden und/oder reinigen
- Reinigen der Brille, Reinigen/Einsetzen des Hörgerätes, Anlegen von Uhr/Schmuckstücken etc.
- Motivierung/Anleitung zur (teilweise) selbständigen Durchführung
- Beobachtende Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention

Ressourcenförderung:

- Selbständige Durchführung von Anteilen der Gesamtmaßnahme nach Anleitung, z. B. Kämmen, Mundspülung

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



5.2.5 Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen

Die in diesem Maßnahmenbereich zusammengefassten Leistungen richten sich nicht auf körperliche, sondern auf psychisch-geistige und soziale Bedürfnisse und Problemlagen der Bewohner. Zu berücksichtigen sind einige wichtige Besonderheiten dieser Leistungen:

Zum einen ergibt sich Unterstützungsbedarf vielfach daraus, dass Bewohner nicht in der Lage sind, ihren Bedürfnissen eigenständig nachzugehen. So sind die Maßnahmen

- „Einzelgespräche“ (EG),
- „Biografieorientierte Einzelaktivitäten“ (BE),
- „Biografieorientierte Gruppenaktivitäten“ (GAB),
- „Orientierungs-/gedächtnisfördernde Einzel- und Gruppenaktivitäten“ (OGA),
- „Einzel- und Gruppenaktivitäten zur Beschäftigung“ (BA),
- „Religiös/spirituell geprägte Einzel- und Gruppenaktivitäten“ (RA) und
- „Unterstützung bei sozialen Kontakten/sozialer Teilhabe“ (SOK)

nicht nur erforderlich, wenn bei Bewohnern gesundheitliche Problemlagen im engeren Sinne bestehen, sondern auch bei Vorliegen entsprechender Bedürfnisse, z. B. beim Bedürfnis nach sozialen Kontakten oder der Teilnahme an Gottesdiensten. Die Unmöglichkeit, einem Bedürfnis von individuell hoher Bedeutung nachzugehen, stellt aus der Perspektive der Bewohner eine relevante Problemlage dar.

Die Leistungen

- „Interventionen bei Wanderungstendenz“ (IWT),
- „Einzelbetreuung bei Selbst- und Fremdgefährdung“ (EBG) und
- „Interventionen bei speziellen psychischen Problemlagen“ (ISP)

beziehen sich hingegen auf spezifische Problemlagen. Diese treten meist bei Personen auf, die auch Einschränkungen der Orientierung aufweisen (Wingenfeld/Schnabel 2002).

Wie die Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ belegt, werden Maßnahmen, die aufgrund der hier beschriebenen Bedürfnisse und Problemlagen notwendig sind, in den Einrichtungen oftmals nur selten mit einer eigenständigen Zielsetzung geplant (Wingenfeld/Schnabel 2002). Sie finden meist im Kontext von Alltagsverrichtungen oder aufgrund eines akuten Geschehens statt. Das aus Bewohnersicht zentrale Anliegen erfährt durch dieses Vorgehen oftmals keine nachhaltige Berücksichtigung. Eine Verstärkung bestehender Problemlagen kann ebenso die Folge sein wie die Entwicklung neuer Problemlagen durch Nichtbeachtung elementarer Bedürfnisse.

Wenn psychische oder soziale Problemlagen und Bedürfnisse vorliegen, ist eine personenzentrierte Haltung gegenüber dem Bewohner, die sich durch Echtheit, Wertschätzung und Empathie ausdrückt (Pörtner 2004), besonders wichtig. Sie beinhaltet auch die Berücksichtigung persönlicher Erfahrungen des Bewohners in allen Alltagsbezügen, ist also für alle unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen von Bedeutung. Eine angemessene pflegerische Versorgung und Betreuung beachtet stets die Lebensgeschichte, z. B. in Bezug auf Kontaktaufnahme/Kommunikation und die Berücksichtigung persönlicher Rituale/Gewohnheiten. Für den Bereich „Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen“ gilt dies jedoch im besonderen Maße.

14. Einzelgespräche

(EG)

Einzelgespräche im Sinne dieser Leistungsbeschreibung sind zielgerichtete Gespräche, die mit der Absicht geführt werden, Unterstützung bei der Bewältigung äußerer und „innerer“ Anforderungen zu leisten. Sie besitzen informierenden, beratenden, motivierenden oder entlastenden Charakter. Neben den alltäglichen Anforderungen, mit denen sich Bewohner infolge von Krankheit und/oder Pflegebedürftigkeit konfrontiert sehen, beziehen sie sich auch auf besondere Ereignisse und Erfahrungen. Sie sind beispielsweise zu Beginn des Heimaufenthaltes eine wichtige Unterstützung bei der Bewältigung der Verlusterfahrungen und der Integration in eine zunächst fremde Umgebung, die sich mit der Übersiedlung in eine stationäre Pflegeeinrichtung ergeben (siehe auch Qualitätsmaßstab „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“). Auch erleben alte Menschen vermehrt das Versterben nahestehender Personen, woraus ggf. ein Bedarf an gezielter Trauerbegleitung erwächst. Einzelgespräche leisten mitunter einen erheblichen Beitrag zur Ressourcenförderung, indem dem Bewohner Handlungsalternativen aufgezeigt werden oder das Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten gestärkt wird.

Die Leistung „Einzelgespräche“ (EG) vereint diese und weitere Aspekte in sich. Es handelt sich also um (meist ungeplant stattfindende) Gespräche, die einer bestimmten Intention folgen, unabhängig von anderen unterstützenden Maßnahmen. Gespräche im Rahmen von Pflegehandlungen, wie z. B. während des Essenreichens oder der Körperpflege, sind trotz ihres zweifellos wichtigen Stellenwertes auch dann nicht als Einzelgespräch im Sinne der vorliegenden Leistungsbeschreibung zu verstehen, wenn sie beratenden Charakter haben. Gespräche und Informationen dieser Art sind vielmehr grundlegende Teilhandlungen der jeweiligen Maßnahmen.

Ausgegrenzt aus der vorliegenden Leistungsbeschreibung sind orientierungs-, gedächtnisfördernde oder biografieorientierte Gespräche (siehe „Biografieorientierte Einzelaktivitäten“ BE und „Orientierungs-/gedächtnisfördernde Einzel- und Gruppenaktivitäten“ OGA), Kommunikation im Rahmen von „Interventionen bei Wanderungstendenz“ (IWT), einer „Einzelbetreuung bei Selbst- und Fremdgefährdung“ (EBG) und von „Interventionen bei speziellen psychischen Problemlagen“ (ISP).

Auch motivierende Gespräche zur Teilnahme an Einzel-/Gruppenaktivitäten bzw. Kooperation bei der Durchführung von Maßnahmen gehören jeweils zur entsprechenden Leistungsbeschreibung und fallen nicht unter „Einzelgespräche“. Dies trifft auch dann zu, wenn die Motivierung scheitert und der Bewohner die Aktivität bzw. Maßnahme ablehnt.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Bewohner benötigt konkrete Informationen (die nicht in Verbindung mit anderen Maßnahmen erfolgen)
- Bewohner äußert den Wunsch nach einem Einzelgespräch
- Bewohner befindet sich in einer anhaltenden, emotional belastenden Situation (Unruhe, Angstzustände, depressive Stimmungslage etc.)
- Unrealistische Einschätzung der persönlichen Fähigkeiten, z. B. Bewohner verfügt über Ressourcen, die er allerdings nicht nutzt
- Mangelnde Mitarbeit bei der Durchführung von Maßnahmen, z. B. Bewohner ist „nicht motiviert“, sich aktiv an der Pflege zu beteiligen (bezogen auf allgemeine Grundhaltung und nicht auf eine bestimmte Einzelmaßnahme)
- Einschneidende Verlusterfahrungen

Vorrangige Ziele:

- Eigenständige Gestaltung und Strukturierung des Alltags
- Bewältigung belastender aber auch freudiger Ereignisse
- Motivationsförderung zur aktiven Teilhabe am Tagesgeschehen
- Erhaltung und Förderung der persönlichen Identität



Teilhandlungen:

- Unterstützung beim Aufsuchen eines geeigneten Raumes (ruhige und angemessen gestaltete Umgebung, Vermeidung von Reizüberflutung)
- Führen des Gesprächs (gezielter Einsatz von Gestik/Mimik, validierende Aspekte, aktives Zuhören, situationsgerechter Einsatz von Gesprächstechniken und nonverbaler Kommunikation etc.)

Variationen der Maßnahme:

- Geplante Gespräche: Gespräche zu einem verabredeten Zeitpunkt (z. B. Beratung in persönlichen Angelegenheiten)
- Ungeplante Gespräche nach einem verbal geäußerten oder durch nonverbale Äußerungen erkennbaren Wunsch des Bewohners (nonverbal: z. B. deutliche Anzeichen von Unruhe, Traurigkeit, Wut)
- Gespräch findet auf Initiative der Pflegekraft statt (erkennt Bedarf, z. B. bei demenziell Erkrankten)
- Gespräche im Rahmen der Sterbebegleitung
- Gespräche mit Hilfsmitteln, z. B. mit Schreibtafeln, Symbolkarten
- Gespräche am Tag/in der Nacht

Ressourcenförderung:

- Motivierung zu aktivem Handeln, zu selbständiger Alltagsgestaltung, zur Entwicklung eigenständiger und wirksamer Bewältigungsstrategien für das jeweilige Problem bzw. die aktuelle Situation
- Förderung der Selbstwirksamkeit (der Überzeugung, einzelne Handlungen ausführen und Hindernisse überwinden zu können)

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

15. Biografieorientierte Einzelaktivitäten

(BE)

Die vorliegende Leistungsbeschreibung legt den Focus verstärkt auf die Bedeutung biografischer Arbeit in Form von Einzelaktivitäten und geht somit über die bisher dargestellte generelle Bedeutung einer Biografieorientierung in der vollstationären Pflege hinaus (Biografieorientierung bei der Durchführung von Alltagshandlungen).

Als Basis für die Gesamtheit der Aktivitäten dient der biografische Hintergrund des Bewohners. Dies setzt voraus, dass für jeden Bewohner eine gezielte Planung erfolgt, um die Maßnahmen auf den biografischen Hintergrund und die individuellen Ressourcen und Probleme zuschneiden zu können. Das Ziel der Erhaltung und Förderung von Selbstwertgefühl, Identität und subjektivem Wohlbefinden sollte hierbei handlungsleitend sein.

Biografieorientierte Einzelaktivitäten haben insbesondere für Bewohner, die nicht an entsprechenden Gruppenaktivitäten teilnehmen und über eingeschränkte soziale Kontakte verfügen, eine hohe Relevanz (Graber-Dünnow 2003). Zudem bietet eine Einzelaktivität im Gegensatz zur Gruppenaktivität die Möglichkeit, ein gezieltes Angebot für einzelne Bewohner zu schaffen. Ein individuelles biografieorientiertes Gespräch kann zum Beispiel durch den Einsatz von Foto- oder Erinnerungsalben (Powell 2002) unterstützt werden und damit helfen, (angenehme) Erinnerungen aufzufrischen.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Drängendes Bedürfnis nach kommunikativem Austausch über die Vergangenheit
- Kognitive Defizite mit zunehmendem Verlust der Orientierung und Identität
- Apathie, Interessenlosigkeit (z. B. aufgrund von depressiven Stimmungen)
- Eingeschränkte soziale Kontakte (z. B. aufgrund einer dauerhaften Bettlägerigkeit)

Vorrangige Ziele:

- Erhaltung/Stabilisierung personaler Identität
- Förderung des Erinnerungsvermögens
- Erinnerungserleben ermöglichen
- Erhaltung und Förderung des Selbstwertgefühls/subjektiven Wohlbefindens
- Wahrnehmungsförderung
- Rückzugstendenz entgegen wirken

Teilhandlungen:

- Unterstützung beim Aufsuchen eines geeigneten Raumes (ruhige und angemessen gestaltete Umgebung, Vermeidung von Reizüberflutung)
- Durchführung der Aktivität (siehe Variationen der Maßnahme) unter Berücksichtigung der kognitiven Fähigkeiten und emotionalen Befindlichkeit des Bewohners

Variationen der Maßnahme:

- Geplante und ungeplante Aktivitäten
- Einzelgespräche, die Erinnerungen zum Inhalt haben
- Betrachten von Erinnerungsstücken, z. B. Fotos, vertraute Gegenstände, alte Zeitschriften, Bücher/Bildbände, Postkarten
- Aktivierung und Wahrnehmungsförderung mit Hilfe von vertrauten Handlungen (z. B. Tisch decken, Wäsche zusammenlegen, Blumenpflege), Gegenständen (z. B. alte Haushaltsgegenstände), Gerüchen (z. B. Aromaöle)

Ressourcenförderung:

- Unabhängig von der gewählten Variation können alle aufgeführten Maßnahmen zur gezielten Ressourcenförderung genutzt werden, z. B. Motivierung zur aktiven Teilnahme an Gesprächen, Förderung der Selbstwirksamkeit (der Überzeugung, einzelne Handlungen ausführen und Hindernisse überwinden zu können)

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



16. Biografieorientierte Gruppenaktivitäten

(GAB)

Biografieorientierte Gruppenaktivitäten bieten ein breites Spektrum an Gestaltungsmöglichkeiten. In vielen Einrichtungen gibt es themenbezogene Gruppenaktivitäten, wie z. B. hauswirtschaftliche Angebote (u. a. Kochgruppe), die bevorzugt Bewohnerinnen ansprechen, aber auch Angebote, die in der Regel eher von Bewohnern genutzt werden (u. a. Handwerksgruppe) (Graber-Dünow 2003, Jochems/Kirchner 2005). Unter dem Punkt „Variationen der Maßnahme“ sind weitere Alternativen aufgeführt, die aber nur als Auswahl zu verstehen sind und durch weitere Formen ergänzt werden können. Gemeinsam ist allen Aktivitäten der (gemeinsame) biografische Hintergrund der Bewohner als Basis für die Planung und Durchführung.

Aufgrund der Bewohnerstruktur in den Einrichtungen ist es notwendig, Angebote unterschiedlicher Art zu konzeptionieren, um möglichst vielen Bewohnern eine Teilnahme ermöglichen zu können. Bei der Planung von Gruppenaktivitäten sollten daher u. a. die folgenden Fragen berücksichtigt werden: Welche Bewohner wünschen an welchen Angeboten teilzunehmen? Gibt es Bewohnergruppen, für die zur Zeit keine angemessenen Angebote vorgehalten werden? Ist die Hilfe bei der Fortbewegung zum Ort der Aktivität durch die Mitarbeiter notwendig? Ist es sinnvoll, Angebote in den Räumlichkeiten des Wohnbereichs durchzuführen?

Gruppenaktivitäten können auch Angebote außerhalb der Einrichtung umfassen. Allerdings muss es sich hierbei eindeutig um eine Aktivität mit Biografiebezug handeln. Aktivitäten außerhalb der Einrichtung, die keinen Biografiebezug aufweisen sind in Abhängigkeit von der jeweiligen Zielsetzung z. B. der „Unterstützung beim Gehen, Stehen, Treppensteigen, Fortbewegen im Rollstuhl“ (GSTR) oder „Einzel- und Gruppenaktivitäten zur Beschäftigung“ (BA) zuzuordnen.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Bedürfnis nach kommunikativem Austausch über die Vergangenheit
- Wunsch des Bewohners nach Abwechslung im Tagesablauf
- Bedürfnis nach Gemeinschaftserleben
- Krankheitsbedingte Rückzugstendenz (Gefahr der Isolation)
- Kognitive Defizite mit zunehmendem Verlust der Orientierung und Identität

Vorrangige Ziele:

- Förderung der persönlichen Orientierung
- Förderung des Erinnerungsvermögens
- Erhaltung/Förderung des Selbstwertgefühls und Wohlbefindens
- Wahrnehmungsförderung
- Gemeinschaftserleben ermöglichen und fördern

Teilhandlungen:

- Hilfe bei der Fortbewegung (zum Ort der Aktivität und zurück)
- Begleitung/Unterstützung während der Aktivität
- Durchführung der Aktivität (siehe Variationen der Maßnahme)

Variationen der Maßnahme:

- Geplante und ungeplante Aktivitäten
- Gruppenaktivitäten außerhalb der Einrichtung, z. B. Wochenmarktbesuch
- Gruppenaktivitäten für kognitiv unbeeinträchtigte Bewohner
- Gruppenaktivitäten für kognitiv beeinträchtigte Bewohner und/oder Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten
- 10-Minuten-Aktivierung
- Erzählrunden/Gesprächskreise
- Kreative Angebote, z. B. Malen
- Handwerkliche Angebote
- Gedächtnistraining
- Singen
- Kochgruppe o. ä.
- Vorlesen (z. B. „Zeitungsrunde“)

Ressourcenförderung:

- Unabhängig von der gewählten Variation können alle aufgeführten Maßnahmen zur gezielten Ressourcenförderung genutzt werden, z. B. Motivierung zur aktiven Teilnahme an Gesprächen, Förderung der Selbstwirksamkeit (der Überzeugung, einzelne Handlungen ausführen und Hindernisse überwinden zu können)

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



17. Orientierungs-/gedächtnisfördernde Einzel- und Gruppenaktivitäten (OGA)

Unter „Orientierungs-/gedächtnisfördernde Einzel- und Gruppenaktivitäten“ fallen sowohl Kurzinterventionen als auch gezielte Einzel-/Gruppenangebote zur Wahrnehmungs-, Gedächtnisförderung und zur Förderung der zeitlichen, örtlichen, situativen oder persönlichen Orientierung. Eine entsprechende Gestaltung der räumlichen Umgebung (z. B. Uhren, Kalender, jahreszeitliche Gestaltung) und ein gleichbleibend zeitlich strukturierter Tagesablauf zur Orientierungsförderung (Berücksichtigung im Rahmen der Erstellung der individuellen Pflegeplanung) werden dagegen den mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen zugeordnet.

Maßnahmen zur Orientierungs-, Gedächtnis- und Wahrnehmungsförderung müssen sich immer an den individuellen Ressourcen und Problemen der Bewohner orientieren und hinsichtlich ihrer Angemessenheit überprüft werden, um Über- bzw. Unterforderung aber auch Versagens- und Schamgefühle beim Bewohner zu vermeiden.

Maßnahmen der „Basalen Stimulation“ können dieser Leistungsbeschreibungen nur dann zugeordnet werden, wenn sie nicht im Zusammenhang mit anderen Leistungen erbracht werden (z. B. im Rahmen der Körperpflege oder der Nahrungsaufnahme). Allerdings sei darauf verwiesen, dass sich „Basale Stimulation“ nicht auf Einzelmaßnahmen reduzieren sollte. „Die Basale Stimulation beschreibt neben Maßnahmen zur Anregung der Sinnesorgane auch eine grundsätzlich pflegerische Haltung, die bei allen Begegnungen das Ziel verfolgt, die Individualität des alten Menschen zu erhalten, seine Selbstwahrnehmung zu fördern und Körpererfahrungen zu vermitteln“ (Bartoszek/Nydahl 2000: 332).

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Kognitive Defizite
- (Zunehmender) Verlust der Orientierung und Identität
- Eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit
- Bewohner, die ihre Gedächtnisfunktion trainieren möchten

Vorrangige Ziele:

- Erhaltung/Förderung der Orientierungsfähigkeit
- Erhaltung/Förderung der Wahrnehmungsfähigkeit
- Erhaltung/Förderung der Gedächtnisleistung
- Erhaltung und Förderung des Selbstwertgefühls/subjektiven Wohlbefindens

Teilhandlungen:

- Hilfe bei der Fortbewegung (zum Ort der Aktivität und zurück)
- Begleitung/Durchführung der Aktivität (siehe Variationen der Maßnahme)

Variationen der Maßnahme:

- Geplante und ungeplante Einzel- bzw. Gruppenaktivitäten
- Maßnahmen zur Förderung der Wahrnehmung (sensorisch, akustisch, visuell etc.)
- Gezielte Ansprache zur zeitlichen, örtlichen, situativen und/oder persönlichen Orientierung, ggf. unterstützt durch Berührungen und/oder besondere Gestik
- Orientierungsübungen, z. B. gemeinsames Ansehen und Benennen von Orientierungsmöglichkeiten (Symbole an Türen, Kalender, Uhr, Spiegel, Fotos, ...)
- Gedächtnistraining

Ressourcenförderung:

- Unabhängig von der gewählten Variation können alle aufgeführten Maßnahmen zur gezielten Ressourcenförderung genutzt werden, z. B. Förderung der Orientierung zur eigenen Person oder im Wohnbereich

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

18. Einzel- und Gruppenaktivitäten zur Beschäftigung

(BA)

Die Beschäftigung bzw. Gestaltung der Freizeit mit aus Bewohnersicht sinnvollen Tätigkeiten kann als ein elementares Bedürfnis bezeichnet werden (Köther/Gnamm 2000). Bewohner, die hierzu nicht mehr selbständig in der Lage sind, benötigen daher entsprechende Angebote durch Mitarbeiter der Einrichtung. Hierbei sollte aber nicht ein „Beschäftigungsprogramm“ anvisiert werden, welches die Einrichtungen als auch die Bewohner überfordert. Vielmehr geht es um Angebote, die aus Bewohnersicht sinnvoll zur Tagesstrukturierung beitragen können. Andere in den Leistungsbeschreibungen enthaltenen Einzel- und Gruppenaktivitäten (z. B. biografieorientierte Angebote, Angebote zur Förderung der Mobilität) können hierzu ebenfalls beitragen, auch wenn sie vorrangig andere Ziele verfolgen. Daher ist es wichtig, diese Leistungsbeschreibungen von der vorliegenden abzugrenzen.

Die Leistungsbeschreibung „Einzel- und Gruppenaktivitäten zur Beschäftigung“ ist nicht zutreffend, wenn

- die Aktivitäten einen eindeutigen Biografiebezug aufweisen (Biografieorientierte Einzel- bzw. Gruppenaktivität BE/GAB),
- die Förderung/Erhaltung der Mobilität in den Mittelpunkt gestellt wird (Einzel- bzw. Gruppenaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität MOB/GAM),
- primär das Ziel der Orientierungs-/Gedächtnis-/Wahrnehmungsförderung verfolgt wird (Orientierungs-/gedächtnisfördernde Einzel- und Gruppenaktivitäten OGA) oder
- religiöse/spirituelle Aspekte im Vordergrund stehen (Religiös/spirituell geprägte Einzel- und Gruppenaktivitäten RA).

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Mehrzahl der Einzel- und Gruppenangebote der Einrichtungen sich nicht der vorliegenden sondern den oben aufgeführten Leistungsbeschreibungen zuordnen lassen. Die vorliegende Leistungsbeschreibung ist nur dann relevant, wenn Angebote weder Biografieorientierung noch Mobilitäts-, Orientierungs-/Gedächtnis-/Wahrnehmungsförderung oder religiöse Aspekte beinhalten.

Die Aktivitäten zur Beschäftigung/Freizeitgestaltung sollten sich ebenso wie alle anderen Aktivitäten an den Bedürfnissen der Bewohner orientieren und insbesondere bei Einzelaktivitäten (z. B. Bewohnern, die das Bett nicht mehr verlassen können) auf individuelle Vorlieben eingehen.

„Snoezelen“ wird in dieser Leistungsbeschreibung als eine Möglichkeit eines Entspannungsangebotes aufgeführt. Unter Snoezelen, das ursprünglich aus dem Bereich der Behindertenhilfe stammt, wird „das bewusst ausgewählte Anbieten primärer Reize in angenehmer Atmosphäre“ (Schwanecke 2002: 35) verstanden. Dies kann in hierfür speziell eingerichteten Snoezelenräumen bzw. -ecken (z. B. auf dem Wohnbereich) erfolgen. Zudem ist der raumunabhängige Einsatz von Snoezelenmaterialien (z. B. bei Bewohnern, die das Bett nicht mehr verlassen können) möglich.

Im Vordergrund stehen beim Snoezelen Wohlbefinden, Anregung und Entspannung und keine therapeutischen Zielsetzungen (Evangelischer Verband für Altenarbeit 1998). Allerdings können durch das Snoezelen durchaus therapeutische Interventionen gefördert werden (Schwanecke 2002). Snoezelenangebote sollten nicht ohne entsprechende Fachkenntnisse durchgeführt werden, da negative Folgen für den Bewohner entstehen können. Diese können u. a. aus dem nicht angemessenen Umgang mit den Materialien zur Sinnesanregung und den Gefühlen und Reaktionen des Bewohners resultieren (Falk 2003, Schwanecke 2002). Snoezelenangebote, die von entsprechend qualifizierten Mitarbeitern durchgeführt werden und den hier aufgeführten vorrangigen Zielen entsprechen, können der vorliegenden Leistungsbeschreibung zugeordnet werden. Steht die Wahrnehmungsförderung im Mittelpunkt, so ist das entsprechende Angebot der Leistungsbeschreibung „Orientierungs-/gedächtnisfördernde Einzel- und Gruppenaktivitäten“ (OGA) zuzuordnen.



Hauptkriterien für den Bedarf:

- Bedürfnis nach angemessener Freizeitgestaltung
- Selbständige Beschäftigung/Freizeitgestaltung aufgrund kognitiver Defizite, psychischer Beeinträchtigungen, Einschränkungen der Mobilität und/oder der Unfähigkeit zur selbständigen Fortbewegung nicht möglich

Vorrangige Ziele:

- Erhaltung und Förderung des subjektiven Wohlbefindens
- Entspannung ermöglichen
- Rückzugstendenz entgegen wirken
- Abwechslung im Tagesablauf ermöglichen
- Gemeinschaftserleben ermöglichen und fördern

Teilhandlungen:

- Hilfe bei der Fortbewegung (zum Ort der Aktivität und zurück)
- Begleitung/Durchführung der Aktivität (siehe Variationen der Maßnahme)

Variationen der Maßnahme:

- Geplante und ungeplante Einzel- bzw. Gruppenaktivitäten
- Gesellschaftsspiele
- Teilnahme an Festen (z. B. Sommerfest)
- Angebote zur Entspannung (z. B. Snoezelen)
- Ausflüge

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

19. Religiös/spirituell geprägte Einzel- und Gruppenaktivitäten (RA)

Diese Leistung bezieht sich auf die Befriedigung religiöser/spiritueller Bedürfnisse sowohl als Einzel- als auch Gruppenaktivität. Ausgehend von der Bewohnerstruktur kann die Berücksichtigung unterschiedlicher Glaubensrichtungen notwendig sein. Zu beachten ist auch, dass die Zugehörigkeit zu einer Glaubensrichtung noch nichts über den gelebten Glauben aussagt. Daher ist die Ermittlung und Einschätzung der individuellen Bedürfnisse von großer Bedeutung (Kellnhauser et al. 2004).

In Abhängigkeit von der Trägerschaft der Einrichtungen kann das Angebot religiös geprägter Aktivitäten variieren. Einige Einrichtungen bieten täglich entsprechende Aktivitäten als festen Bestandteil des Alltags (z. B. Tischgebete) oder wöchentlich Gottesdienste/Andachten an. Vergleichbar mit anderen Gruppenaktivitäten können auch bei religiös/spirituell geprägten Aktivitäten Angebote für unterschiedliche Zielgruppen sinnvoll sein, etwa Angebote, die speziell auf die Bedürfnisse demenziell veränderter Bewohner zugeschnitten sind (geringe Teilnehmerzahl, kurze Dauer, Umhergehen möglich etc.). Religiös/spirituell geprägte Einzelaktivitäten, wie z. B. das Sprechen von Gebeten gemeinsam mit dem Bewohner oder die Durchführung anderer vertrauter Rituale, können sich noch stärker an den individuellen Bedürfnissen des Bewohners orientieren als dies Gruppenaktivitäten vermögen.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Religiöse/spirituelle Bedürfnisse des Bewohners (Bedürfnis wird geäußert, wahrgenommen bzw. aus den biografischen Kenntnissen abgeleitet)

Vorrangige Ziele:

- Befriedigung religiöser/spiritueller Bedürfnisse
- Halt durch religiöse Rituale/Orientierung vermitteln

Teilhandlungen:

- Hilfe bei der Fortbewegung (zum Ort der Aktivität und zurück)
- Begleitung/Durchführung der Aktivität (siehe Variationen der Maßnahme)

Variationen der Maßnahme:

- Geplante und ungeplante Einzel- bzw. Gruppenaktivitäten
- Gemeinsames Beten, z. B. vor/nach den Mahlzeiten
- Gemeinsames Singen von religiösen Liedern
- Beten und/oder Singen mit einem Bewohner
- Teilnahme an Gottesdiensten/Andachten (ggf. spezielle Angebote für psychisch erkrankte Bewohner)
- Durchführung der Aktivität (z. B. Tischgebete) oder Begleitung während der Aktivität (z. B. Andacht) durch Mitarbeiter der Einrichtung

Ressourcenförderung:

- Förderung der Motivation zu aktivem Handeln z. B. in der Gemeinschaft

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



20. Unterstützung bei sozialen Kontakten/sozialer Teilhabe

(SOK)

Können Bewohner eigenständig soziale Kontakte pflegen und bedürfen hierzu keiner Unterstützung, so wird von Seiten der Mitarbeiter keine Leistung erbracht und die folgende Leistungsbeschreibung kann nicht herangezogen werden.

Da sich das soziale Netzwerk aber meist schon vor dem Heimeinzug entscheidend verändert hat (Kors/Seunke 2001) und körperliche bzw. kognitive Einschränkungen dazu führen, dass Kontakte nicht mehr wie früher aufrechterhalten werden können, weisen viele Bewohner einen Unterstützungsbedarf in diesem Bereich auf. Darüber hinaus darf nicht übersehen werden, dass die Gestaltung tragfähiger Beziehungen unter den Bewohnern selbst in einem Milieu, das oftmals stark durch die Folgen psychischer Erkrankungen geprägt ist, im Grunde ein hohes Maß an Toleranz, Konfliktfähigkeit und weiteren Kompetenzen im Umgang mit spannungsgeladenen Situationen abverlangt – eine Anforderung, die gleichfalls einen Bedarf an Unterstützung bei der Gestaltung von Kommunikation und tragfähigen sozialen Beziehungen begründet.

Maßnahmen, die das *ausdrückliche* Ziel verfolgen, soziale Kontakte zu ermöglichen, sind unter dieser Leistungsbeschreibung zusammengefasst. Sie können sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtung stattfinden. Allerdings gilt nicht jede Unterstützung, die eine gemeinschaftlich erlebte Situation ermöglicht, als eine Maßnahme zur Erhaltung bzw. Förderung sozialer Kontakte. Vielmehr sollte jede Aktivität auf ihre Hauptzielsetzung (Biografieorientierung, Mobilitäts-, Orientierungsförderung etc.) überprüft werden und der entsprechenden Leistungsbeschreibung (z. B. GAB, GAM, OGA) zu zuordnen. Auch ist kritisch zu hinterfragen, ob erbrachte Leistungen tatsächlich soziale Kontakte ermöglichen oder fördern können. Wird ein Bewohner z. B. in den Gemeinschaftsraum begleitet und verbringt einige Zeit in einer Gruppe anderer Bewohner, die ebenfalls nicht zur eigenständigen Aufnahme von Kontakten in der Lage sind, so kann dies nicht der vorliegenden Leistungsbeschreibung zugeordnet werden. Unternimmt der Mitarbeiter aber Anstrengungen, um einen sozialen Kontakt zwischen den Bewohnern herzustellen (auch wenn dies scheitern sollte), handelt es sich um eine Unterstützung im Sinne der Leistungsbeschreibung.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Bewohner hat keine/wenige soziale Kontakte/Teilhabe
- Bewohner äußert (verbal/nonverbal) den Wunsch zur Aufnahme bzw. zur Pflege sozialer Kontakte
- Krankheitsbedingte Rückzugstendenz
- Aufnahme bzw. Pflege sozialer Kontakte aufgrund kognitiver Defizite, psychischer Beeinträchtigungen, Einschränkungen der Mobilität und/oder der Unfähigkeit zur selbständigen Fortbewegung erschwert

Vorrangige Ziele:

- Soziale Kontakte erhalten und fördern
- Gemeinschaftserleben ermöglichen
- Rückzugstendenz entgegen wirken

Teilhandlungen:

- Unterstützung bei der Aufnahme/Pflege sozialer Kontakte anbieten
- Soziale Kontakte unterschiedlicher Form (siehe Variationen der Maßnahme) ermöglichen, beinhaltet auch Hilfe bei der Fortbewegung, beim Telefonieren, beim Schreiben etc.
- Individuelle soziale Kommunikation bei Bedarf fördern und moderieren

Variationen der Maßnahme:

- Unterstützung bei der Pflege sozialer Kontakte, die bereits vor dem Heimeinzug bestanden haben (Angehörige, ehemalige Nachbarn etc.): Telefonate ermöglichen, Karten/Briefe vorlesen bzw. gemeinsam verfassen, Bewohner gemeinsam mit Besucher z. B. zur hauseigenen Cafeteria begleiten (Unterstützung bei der Fortbewegung) etc.
- Unterstützung bei der Aufnahme und Pflege sozialer Kontakte innerhalb der Einrichtung: Bewohner mit anderen Bewohnern bekannt machen, Besuche bei anderen Bewohnern ermöglichen (z. B. Hilfe bei der Fortbewegung, Terminabsprachen treffen), Kontakte im öffentlichen Bereich der Einrichtung ermöglichen (z. B. Cafeteria, Eingangsbereich), Unterstützung in konkreten Konfliktsituationen oder bei der Klärung sozialer Beziehungen
- Unterstützung bei der Aufnahme und Pflege sozialer Kontakte außerhalb der Einrichtung, z. B. Teilnahme an Veranstaltungen der Gemeinde/des Stadtteils

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



21. Interventionen bei Wanderungstendenz

(IWT)

Der Begriff „Wanderungstendenz“ lehnt sich an den international gebräuchlichen pflegerischen Fachbegriff „wandering“ an (vgl. z. B. Algase 1999). Auf den in Deutschland gängigen, aber fachlich umstrittenen Begriff „Weglauftendenz“ wird daher verzichtet.

„Wandering“ umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher Verhaltensweisen kognitiv beeinträchtigter Bewohner. Hierzu gehört das Verlassen des Wohnbereichs oder der Einrichtung ohne Begleitung, verknüpft mit Unfallrisiken oder der Gefahr, nicht mehr allein zurück zu finden. Eingeschlossen ist ferner das scheinbar ziellose Umhergehen im Wohnbereich, das allerdings nur dann Anlass zu Interventionen sein sollte, wenn es Ausdruck einer autonom nicht zu bewältigenden psychischen Belastung ist oder solche Belastungen eher verstärkt. Schließlich ist auch das „unbefugte“ Aufsuchen von Räumlichkeiten gemeint, die der Bewohner nicht ohne Begleitung betreten sollte (z. B. Zimmer anderer Bewohner, Küche im Wohnbereich etc.).

Die Interventionen beschränken sich nicht auf das Feststellen der Wanderungstendenz und die Unterstützung beim Aufsuchen der gewohnten Räumlichkeiten, da es nicht Ziel sein sollte, den Bewohner wieder zurück in ein Zimmer zu begleiten, ohne auf die individuelle Befindlichkeit einzugehen. Vielmehr sollte das frühzeitige Erkennen einer Wanderungstendenz aufgrund von Äußerungen des Bewohners oder Beobachtungen der Mitarbeiter dazu dienen, im Vorfeld Gespräche oder sonstige angemessene Interventionen anzubahnen. Interventionen bei Wanderungstendenz sind ein Beispiel dafür, dass unmittelbar bewohnerbezogene Hilfen bei manchen Problemlagen nur einen begrenzten Teilaspekt professioneller Pflege darstellen. Bei zahlreichen Verhaltensweisen psychisch erkrankter Bewohner kommt es in erster Linie darauf an, Hintergründe und fördernde Bedingungen des Verhaltens sorgfältig abzuklären und sich auf präventives Handeln zu konzentrieren. Häufig lässt sich motorische Unruhe bereits durch eine geeignete Tagesstrukturierung und ausreichende Bewegung/Beschäftigung reduzieren. Ausgehend von der Kenntnis des früheren Lebens-/Tagesrhythmus und der individuellen Empfindungen und Vorstellungen, die der Unruhe zugrunde liegen, kann im Vorfeld durch sorgsame zeitliche Planung von Hilfen und gezielte entlastende Maßnahmen wirksame Unterstützung geleistet werden.

Es ist allerdings ebenso wichtig, einzuschätzen, inwieweit eine Wanderungstendenz *aus der Perspektive der betroffenen Bewohner* eine Problemlage darstellen, inwieweit sich damit also psychische Belastungen oder Gefährdungen verbinden, die eine Intervention notwendig machen. Mitunter stellen Verhaltensweisen infolge psychischer Erkrankungen eher für die Mitarbeiter, zum Teil auch für andere Bewohner eine Belastung dar, weniger für den Betroffenen selbst. Hier muss stets eine sorgfältige Abwägung zwischen verschiedenen Interessen und Bedürfnissen erfolgen.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Neigung zum Verlassen des gewohnten Bereiches ist bekannt
- Eindringen des Bewohners in die Privatsphäre anderer Personen (aufgrund kognitiver Defizite/Orientierungsstörungen kombiniert mit vorhandener Mobilität, einschließlich der eigenständigen Fortbewegung im Rollstuhl)
- Drohende Selbst-/Fremdgefährdung

Vorrangige Ziele:

- Reduktion motorischer Unruhe
- Befriedigung des Bewegungsdrangs
- Sicherheit gewährleisten (unter Beachtung der persönlichen Wertschätzung und eines respektvollen Umgangs)
- Förderung der persönlichen Orientierung

Teilhandlungen:

- Begleitung beim Gehen
- Suchen des Bewohners, nachdem er die gewohnten Räumlichkeiten verlassen hat
- Unterstützung beim Aufsuchen der gewohnten Räumlichkeiten
- Einzelgespräche (entlastende, orientierungsfördernde Gespräche; Beachtung biografischer, validierender Aspekte etc.)
- Einbindung in ein ausreichendes Bewegungs-/Beschäftigungsangebot

Variationen der Maßnahme:

- Vorbeugende Intervention (z. B. Gespräche, Bewegungs-, Beschäftigungsangebot)
- Innerhalb des Wohnbereiches, innerhalb/außerhalb der Einrichtung
- Während des Tages/der Nacht

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



22. Einzelbetreuung bei Selbst- und Fremdgefährdung

(EBG)

Diese Leistungsbeschreibung umfasst Interventionen, die aufgrund einer (drohenden) verhaltensbedingten Selbst- bzw. Fremdgefährdung erfolgen.

Der Ausdruck „Selbst- und Fremdgefährdung“ wird in der Literatur nicht einheitlich verwendet. Wie so häufig bei der fachlichen Bewertung von Verhaltensweisen stellt sich auch hier die Frage, von welchem Punkt an und unter welchen Umständen von „Gefährdung“ gesprochen werden kann. Die Leistungsbeschreibung legt eine relativ enge Definition zugrunde: Angesprochen ist ein Verhalten, das die eigene körperliche Gesundheit oder die körperliche Gesundheit und Unversehrtheit anderer Personen gefährdet. Primär psychische Gefährdungen sind ausgeklammert bzw. der Leistung „Interventionen bei speziellen psychischen Problemlagen“ (ISP) zugeordnet. Ähnliches gilt für Gefährdungsrisiken im Zusammenhang mit einer Wanderungstendenz („Interventionen bei Wanderungstendenz“ – IWT). Schließlich bleiben auch Gefährdungen infolge eines Sturzrisikos unberücksichtigt, sofern nicht von intendiertem (absichtsvollem) Verhalten auszugehen ist.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Gefährdendes Verhalten (Übergriffe) gegenüber anderen Personen
- Autoaggressives Verhalten, agitiertes Verhalten mit Risiko der Selbstverletzung
- Suizidgefährdung
- Abwehr zwingend notwendiger therapeutischer Maßnahmen (z. B. Infusion) oder Weigerung, lebensnotwendige Handlungen durchzuführen (z. B. Nahrungsaufnahme)
- Gefährdung infolge unrealistischer Selbst- oder Situationseinschätzung (z. B. Bewohner versucht ständig aufzustehen bei Stehunsfähigkeit, möchte mit dem Rollstuhl die Treppe hinab fahren)

Vorrangiges Ziel:

- Sicherheit gewährleisten (unter Beachtung des Grundsatzes persönlicher Wertschätzung und eines respektvollen Umgangs)

Teilhandlungen:

- Einzelgespräche (z. B. unter Beachtung biografischer, validierender Aspekte etc.)
- Bewohner von anderen Personen abschirmen (Rückzugsmöglichkeit schaffen)
- Direkte körperliche Intervention, z. B. Berührungen, Körperkontakt (situationsabhängig)
- Hilfe bei der Fortbewegung (Bewegungsangebot), Einbindung in Beschäftigung
- Anwesenheit/Beobachtung

Variationen der Maßnahme:

- Primär kommunikativ ausgerichtete Maßnahmen (während des Tages/der Nacht)
- Fixierung aufgrund akuter Gefährdung (nach Ausschöpfung aller anderen zur Verfügung stehenden Maßnahmen und unter Berücksichtigung der rechtlichen Anforderungen)

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

23. Interventionen bei speziellen psychischen Problemlagen (ISP)

Im Rahmen dieser Leistung werden Maßnahmen beschrieben, die bei Angst, Wahn, Halluzinationen, depressiver Stimmung und Unruhezuständen ergriffen werden können. Diese Maßnahmen sollen vor allem psychische Entlastung bieten und zur Steigerung des subjektiven Wohlbefindens beitragen (Höft 2003). Ähnlich wie im Falle von Wanderungstendenzen kommt hier dem Grundsatz einer präventiv orientierten Unterstützung durch Milieugestaltung, Tagesstrukturierung und einer auf Ursachenabklärung beruhenden Intervention im Vorfeld akuter psychischer Belastungen ein besonderer Stellenwert zu (vgl. Bair et al. 1999, Hutchinson/Wilson 1998).

Kommt es aufgrund der oben genannten Problemlagen zum Auftreten einer Wanderungstendenz oder zur Selbst- bzw. Fremdgefährdung, so greifen die Leistungsbeschreibungen „Interventionen bei Wanderungstendenz“ (IWT) bzw. „Einzelbetreuung bei Selbst- und Fremdgefährdung“ (EBG).

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Angstzustände
- Wahnvorstellungen
- Halluzinationen
- Depressive Stimmung
- Unruhezustände

Vorrangige Ziele:

- Psychische Entlastung bei Angst, Wahn, Halluzinationen, depressiver Stimmung, Unruhezuständen etc.
- Steigerung des subjektiven Wohlbefindens
- Förderung des Gefühls der Sicherheit

Teilhandlungen:

- Einzelgespräche (z. B. unter Beachtung biografischer, validierender Aspekte etc.)
- Anwesenheit, Beobachtung aus einer räumlichen Distanz
- Berührung/Körperkontakt (situationsabhängig)
- Begleitung beim Verlassen der konkreten Situation
- Beschäftigungs-, Bewegungsangebot

Variationen der Maßnahme:

- Primär kommunikativ ausgerichtete Maßnahmen (während des Tages/der Nacht)
- Begleitung in sozialen Situationen (in Anwesenheit anderer Bewohner)

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



5.2.6 Spezielle Pflege

Bei den Maßnahmen dieses Bereichs handelt es sich in der Regel um Leistungen, die auf der Basis ärztlicher Ver-/Anordnungen erbracht werden. Es handelt sich um die Leistungen „Wundversorgung und Verbände“, „Medizinische Einreibung“, „Medikamentengabe“, „Subcutane Injektionen“, „Kontrolle Vitalparameter/Gewicht“, „Blutzuckerkontrollen“, „Rektale Abführmethoden“ und „Blasenkatheter legen/wechseln“. Maßnahmen, die in der Praxis erfahrungsgemäß nur selten anfallen, werden in der Leistungsbeschreibung „Sonstige spezielle Pflege“ zusammengefasst. Hierbei handelt es sich um die Gabe intramuskulärer Injektionen, das Wechseln von Infusionen, die Trachealkanülenpflege, das Absaugen, die Inhalation und die Gabe von Sauerstoff. Eine weitere Maßnahme, „Hilfe bei der Sondenernährung“, wurde bereits im Bereich „Unterstützung bei der Ernährung“ aufgeführt. Bei dieser Maßnahme wurde die thematische Zuordnung zu einem Bereich als wichtiger erachtet als die sozialrechtliche Zuordnung.

Bei Leistungen der speziellen Pflege wird auf gesonderte Zielformulierungen verzichtet, da diese in den ärztlichen Ver-/Anordnungen implizit enthalten sind.

Die Hauptkriterien für den Bedarf enthalten in der Regel stets den Punkt „Ärztliche Ver /Anordnung“. Bei einigen Leistungsbeschreibungen (z. B. „Medikamentengabe“, „Subcutane Injektionen“) findet sich der Zusatz „Ärztliche Ver-/Anordnung kombiniert mit Einschränkungen der Mobilität und/oder kognitiven Defiziten“. Dies trifft auf Maßnahmen zu, welche der Bewohner selbständig durchführen könnte (z. B. das Einnehmen der Medikamente), wenn keine Einschränkungen der Mobilität bzw. kognitiven Defizite vorliegen würden.

In der Praxis ist der Aufwand und die Bedeutung aus Bewohnersicht hinsichtlich der aufgeführten Maßnahmen der speziellen Pflege sehr unterschiedlich.

Das Verabreichen von Medikamenten ist die mit Abstand am häufigsten auftretende, meist wenig zeitintensive Maßnahme (Wingenfeld/Schnabel 2002). Ebenso kann es sich bei der speziellen Pflege jedoch auch um sehr aufwändige und für den Bewohner belastende Situationen handeln. Sie erfordern nicht nur die Beherrschung der jeweiligen Technik, z. B. die Vorgehensweise bei der Trachealkanülenpflege, sondern bedürfen eines besonderen Einfühlungsvermögens und einer geeigneten Einbettung in die Gesamtsituation der Bewohner.

Im Rahmen der Leistungsbeschreibungen wird auf die Begriffe „Grundpflege“ und „Behandlungspflege“ weitestgehend verzichtet, da deren Verwendung aus pflegewissenschaftlicher Sicht eher irreführend ist (Nauerth 2000, Müller 2001). Innerhalb dieser Zweiteilung wird die Behandlungspflege gegenüber der Grundpflege oftmals überbewertet. Maßnahmen der „Behandlungspflege“ erscheinen zudem häufig losgelöst von anderen Aufgaben der Pflege. Diese Problematik wird durch das Ersetzen von Begriffen sicherlich nicht nachhaltig behoben. Die vorliegenden Leistungsbeschreibungen bemühen sich jedoch vorrangig um eine pflegefachlich konsistente Begrifflichkeit, und aus dieser Perspektive erscheint es sinnvoller, von spezieller Pflege zu sprechen.

24. Wundversorgung und Verbände

(WV)

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Ärztliche Ver-/Anordnung

Teilhandlungen:

- Unterstützung beim Einnehmen einer angemessenen Körperposition
- Teilent-/bekleidung
- Entfernen des Verbandes
- Wundbeobachtung
- Reinigung der Wunde/der Haut
- Anbringen des neuen Verbandes

Variationen der Maßnahme:

- Dekubitusbehandlung
- Sonstige Wundversorgung
- Verbände ohne Vorliegen einer Wunde (z. B. Kompressionsverband)
- Wundversorgung mit/ohne Anbringen/Einlegen verordneter Medikamente/Tamponden
- Sterile/unsterile Wundversorgung

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

25. Medizinische Einreibung

(ME)

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Ärztliche Ver-/Anordnung kombiniert mit Einschränkungen der Mobilität und/oder kognitiven Defiziten (z. B. Nichterkennen der Situation, korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte wird nicht erkannt)

Teilhandlungen:

- Unterstützung beim Einnehmen einer angemessenen Körperposition
- Vorbereitung der einzureibenden Körperstelle (z. B. Teilent-/bekleidung, Waschung)
- Einreibung

Variationen der Maßnahme:

- keine

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



26. Medikamentengabe

(MED)

Diese Leistungsbeschreibung umfasst die Unterstützung bei der oralen Einnahme von Medikamenten; die Gabe von Augen-, Ohren-, Nasentropfen bzw. -salben; die Unterstützung bei der Verwendung von Dosieraerosolen, das Anbringen von Arzneimittelpflastern und rektale/vaginale Applikation von Medikamenten.

Die rektale Verabreichung von Medikamenten (Suppositorium) mit der Zielsetzung der Darmentleerung wird der Leistungsbeschreibung „Rektale Abführmethoden“ (RAB) zugeordnet.

Da das so genannte Stellen der Medikamente in der Regel nicht im Beisein des Bewohners erfolgt, wird es den mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen zugerechnet und fällt somit nicht unter die vorliegende Leistungsbeschreibung.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Ärztliche Ver-/Anordnung kombiniert mit Einschränkungen der Mobilität und/oder kognitiven Defiziten (z. B. Nichterkennen der Situation, korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte wird nicht erkannt)

Teilhandlungen:

- Medikamente verteilen (kombiniert mit weitergehender Unterstützung)
- Unterstützung beim Einnehmen einer angemessenen Körperhaltung
- Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme, ggf. Unterstützung bei der hierzu notwendigen Flüssigkeitsaufnahme
- Teil-/entkleiden (z. B. beim Anbringen von Arzneimittelpflastern, rektaler/vaginaler Applikation)

Variationen der Maßnahme:

- Zerkleinern/zermörsern von Tabletten
- Motivierung/Anleitung zur selbständigen Medikamenteneinnahme
- Anreichen/Eingeben/Einbringen der Medikamente
- Beobachtende Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention im Rahmen der Medikamenteneinnahme
- Maßnahme erfolgt als Einzelfallhilfe oder als Gruppenbetreuung (zwei oder mehr Bewohner erhalten gleichzeitig Hilfestellung)
- Medikamentengabe über eine Sonde
- Entfernen/Anbringen eines Arzneimittelpflasters (ggf. mit teilweisem Ent- und Bekleiden)
- Beobachtung der Wirksamkeit/Nebenwirkungen der Medikamente

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

27. Subcutane Injektionen

(SC)

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Ärztliche Ver-/Anordnung kombiniert mit Einschränkungen der Mobilität, kognitiven Defiziten (z. B. Nichterkennen der Situation, korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte wird nicht erkannt) und/oder Sehbeeinträchtigung bzw. Hörbeeinträchtigung (bei Verwendung eines Insulinpens mit akustischem Signal)

Teilhandlungen:

- Teilent-/bekleidung
- Unterstützung beim Einnehmen einer angemessenen Körperposition
- Durchführen der Injektion (siehe Variationen der Maßnahmen)

Variationen der Maßnahme:

- Insulingabe mittels Pen/Einmalspritze
- Sonstige subcutane Injektionen
- Motivierung/Anleitung zur selbständigen Durchführung
- Beobachtende Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention bei der selbständigen Durchführung der subcutanen Injektion durch den Bewohner

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

28. Kontrolle Vitalparameter/Gewicht

(VIT)

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Ärztliche Ver-/Anordnung
- Akute Veränderungen im Befinden des Bewohners
- Gewichtskontrolle: Verlaufsbeobachtung, zur Bestimmung des Body-Mass-Index, bei bestehendem Über-/Untergewicht, bei drohender/bestehender Mangelernährung

Teilhandlungen:

- Teilent-/bekleidung
- Unterstützung beim Einnehmen einer angemessenen Körperposition (z. B. bei der rektalen Temperaturmessung)
- Durchführung der Kontrolle (siehe Variationen der Maßnahme)

Variationen der Maßnahme:

- Temperaturmessung (rektal, axillar, im Ohr)
- Atemkontrolle
- Pulskontrolle
- Blutdruckmessung
- Gewichtskontrolle mit Steh- bzw. Sitzwaage
- Kontrolle des Körperumfangs

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



29. Blutzuckerkontrollen

(BZ)

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Akute Veränderungen im Befinden (z. B. bei Diabetes mellitus)
- Ärztliche Ver-/Anordnung kombiniert mit Einschränkungen der Mobilität und/oder kognitiven Defiziten (z. B. Nichterkennen der Situation, korrekte Reihenfolge der erforderlichen Handlungsschritte wird nicht erkannt)

Teilhandlungen:

- Gewinnung von Blut
- Durchführung der Kontrolle mit entsprechenden Hilfsmitteln (Blutzuckergerät, Teststreifen)

Variationen der Maßnahme:

- Erstellung eines Blutzuckertagesprofils
- Blutzuckerkontrolle vor jeder Insulingabe
- Motivierung/Anleitung zur selbständigen Durchführung
- Beobachtende Begleitung ohne direkte Intervention/mit direkter Intervention bei der selbständigen Durchführung der Blutzuckerkontrolle durch den Bewohner

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

30. Rektale Abführmethoden

(RAB)

Rektale Abführmethoden (Klistier, Einlauf, Suppositorium) können aus unterschiedlichen Gründen erforderlich werden. Anlass für eine entsprechende ärztliche Ver-/Anordnung kann z. B. das Vorliegen einer Obstipation sein (Arets et al. 1999).

Wird ein Obstipationsrisiko ermittelt, sollten prophylaktische Maßnahmen in die Pflegeplanung aufgenommen werden. Damit ist sichergestellt, dass eine rektale Abführmethode nur erforderlich wird, wenn alle zur Verfügung stehenden prophylaktischen Maßnahmen (z. B. Bewegungsförderung, angemessene Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme, Colonmassage als unterstützende Maßnahme) ausgeschöpft wurden.

Das in Einzelfällen erforderliche so genannte digitale Ausräumen kann der vorliegenden Leistungsbeschreibung zugeordnet werden. Allerdings sei ausdrücklich darauf verwiesen, dass diese Maßnahme nur auf ärztliche Ver-/Anordnung erfolgen sollte.

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Ärztliche Ver-/Anordnung

Teilhandlungen:

- Teilent-/bekleidung
- Angemessene Lagerung (Seitenlagerung)/Körperhaltung
- Durchführung der Maßnahme (siehe Variationen der Maßnahme)
- Intimpflege

Variationen der Maßnahme:

- Durchführung eines Klistiers
- Durchführung eines Einlaufs
- Verabreichung eines Suppositoriums

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

31. Blasenkatheter legen/wechseln

(BKAT)

Die so genannte Katheterpflege im Rahmen der Intimpflege (Menche/Bazlen 2004) ist nicht Gegenstand dieser Leistungsbeschreibung, sondern gilt als Teilhandlung der Leistung „Unterstützung bei Waschungen“ (WA).

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Ärztliche Ver-/Anordnung

Teilhandlungen:

- Teilent-/bekleidung
- Angemessene Lagerung
- Entfernen des liegenden Katheters
- Intimpflege
- Katheterisieren der Harnblase

Variationen der Maßnahme:

- Legen/Wechseln eines Blasenverweilkatheters
- Legen eines Einmalkatheters

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63

32. Sonstige spezielle Pflege

(SSP)

Hauptkriterien für den Bedarf:

- Ärztliche Ver-/Anordnung

Teilhandlungen:

- Unterstützung beim Einnehmen einer angemessenen Körperposition
- Durchführung der Maßnahmen (siehe Variationen der Maßnahme)

Variationen der Maßnahme:

- Intramuskuläre Injektionen
- Infusion wechseln (mit/ohne Wechsel des Infusionsbestecks, bei intravenösen, subcutanen oder rektalen Infusionen)
- Trachealkanülenpflege
- Absaugen
- Inhalation
- Gabe von Sauerstoff

Besondere interventionsrelevante Faktoren:

- siehe Übersicht S. 62/63



5.2.7 Besondere interventionsrelevante Faktoren

(Erläuterungen hierzu finden sich in Kapitel 5.1.2)

Mobilität

- Verlangsamte Bewegungsabläufe
- Unkontrollierte Bewegungsabläufe
- Eingeschränkte Beweglichkeit, z. B. durch Kontrakturen, Frakturen, spastische Lähmungen
- Eingeschränkte Belastbarkeit, z. B. bei Atembeschwerden, bei Kreislaufschwäche
- Körpergewicht über 80 kg bzw. unter 40 kg
- Dauerhafte Bettlägerigkeit
- (Gips-)Verbände

Hautzustand

- Wunden, z. B. Dekubitus, Hautdefekte im Genital-/Analsbereich
- Hauterkrankungen, z. B. Allergien, Ekzeme

Schmerz

- Akuter Schmerz
- Chronischer Schmerz

Nahrungsaufnahme und Medikamenteneinnahme

- Schluckstörungen/Atemstörungen
- Aspirationsgefahr (z. B. durch überhastete Nahrungsaufnahme)
- Verlangsamte Kautätigkeit/insgesamt verlangsamte Nahrungsaufnahme
- Einschränkung der Kaufähigkeit (z. B. durch Munderkrankungen, fehlende Zähne)
- Eingeschränkter Geschmacks-/Geruchssinn, Geschmackshalluzinationen

Hören/Sehen/Sprechen

- Einschränkungen der Sehfähigkeit
- Einschränkungen der Hörfähigkeit
- Sprach- und/oder Sprechstörungen, gestörtes Sprachverständnis

Ausscheidungen

- Massive chronische Diarrhö
- Ständiger Austritt geringer Stuhlmengen
- Ständiger Stuhl-/Harndrang
- Anatomische Veränderungen im Genital-/Analsbereich (z. B. durch Hämorrhoiden, Harnröhrenverengung)

Stimmungslage

- Traurigkeit
- Ängstlichkeit
- Apathie/Interessenlosigkeit
- Gesteigerter Antrieb
- Antriebsarmut/-losigkeit
- Stimmungsschwankungen

Psychomotorik

- Zielloses Herumgehen, ohne Rücksicht auf Bedürfnisse oder Sicherheit
- Sich ständig wiederholende Bewegungsmuster
- Rastlosigkeit
- Motorische Unruhe

Sozialverhalten

- Aggressives Verhalten (z. B. verbal, körperlich)
- Verlassen einer konkreten Situation durch den Bewohner, z. B. bei den Mahlzeiten oder bei der Morgenpflege
- Ablehnung von Maßnahmen (willentlich/absichtlich oder krankheitsbedingt)
- Problematisches Sozialverhalten (Belästigung/Störung anderer Personen)

Andere Verhaltensweisen bzw. Faktoren

- Manipulationen an Sonde, Blasenkatheter oder Stomaversorgung durch den Bewohner
- Häufiges Entfernen des Inkontinenz-/Versorgungsmaterials durch den Bewohner
- Unangemessener Umgang mit Ausscheidungen durch den Bewohner (z. B. Beschmutzen des direkten Umfeldes)
- Häufiges Erbrechen
- Ständiger Speichelfluss



5.2.8 Übersicht zum präventiven/prophylaktischen Pflegehandeln

Präventives/prophylaktisches Handeln in der Pflege beginnt mit der

- Beobachtung, *Einschätzung der Gefährdung*
- *Planung* unmittelbar und mittelbar bewohnerbezogener Maßnahmen unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Bewohner

Je nach Ausgangslage können folgende *Maßnahmen* Bestandteil des präventiven/prophylaktischen Handelns sein:

- Information und Beratung von Bewohnern und Angehörigen
- Kooperation mit anderen Berufsgruppen/Informationsweitergabe
- Führen von Einzelgesprächen (z. B. zur Förderung der Motivation, zur realistischen Einschätzung von Ressourcen)
- Interventionen bezogen auf die ermittelten Risikofaktoren
- Überprüfung von Hilfsmitteln auf Tauglichkeit/Funktionsfähigkeit
- Angemessene Gestaltung der Umgebung

Daneben gibt es Maßnahmen, die schwerpunktmäßig den einzelnen Prophylaxen zugeordnet werden können. Der folgende Überblick, der keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, lässt teilweise Verknüpfungen zu Leistungsbeschreibungen (z. B. LA, WA, MOB/GAM, GAB) zu. Allerdings sei darauf hingewiesen, dass die Durchführung einer Teilhandlung/Variation nicht mit einem umfassenden präventiven/prophylaktischen Handeln gleichzusetzen ist.

Die Nationalen Expertenstandards zu den Themen Dekubitus- und Sturzprophylaxe (DNQP 2002, DNQP 2006) sollten im Rahmen der Implementierung eines präventiven/prophylaktischen Handelns im umfassenden Sinne (und nicht Reduzierung auf einzelne Maßnahmen) herangezogen werden.

Prophylaxe gegen soziale Isolation:

- Anbieten von Einzelgesprächen
- Teilnahme an Einzel-/Gruppenaktivitäten fördern
- Gemeinschaftliches Einnehmen von Mahlzeiten
- Organisation regelmäßiger Besuche (z. B. durch freiwillige Helfer)
- etc.

Dekubitusprophylaxe:

- Maßnahmen zur Förderung/Erhaltung der Mobilität
- Druckentlastung durch regelmäßige Bewegung/Lagerungswechsel
- Hautbeobachtung
- Schutz der Haut vor übermäßiger Feuchtigkeit
- Förderung des sensorischen Empfindungsvermögens
- Ernährungsplanung (u. a. ausreichende Flüssigkeitszufuhr)
- etc.

Thromboembolieprophylaxe:

- Maßnahmen zur Förderung/Erhaltung der Mobilität
- Unterstützung des venösen Blutflusses durch regelmäßige Bewegung/Lagerungswechsel
- Ausstreichen der Venen
- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- etc.

Pneumonieprophylaxe:

- Maßnahmen zur Förderung/Erhaltung der Mobilität
- Unterstützung der Atmung durch regelmäßige Atemübungen/Lagerungswechsel
- Ausreichende Frischluftzufuhr
- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- Mundpflege
- etc.

Sturzprophylaxe:

- Maßnahmen zur Förderung/Erhaltung der Mobilität
- Einsatz von Hilfsmitteln (z. B. Rollator, Gehhilfen) zur Förderung der Gangsicherheit
- Einsatz von Hilfsmitteln (z. B. Hüftprotektoren) zur Reduzierung körperlicher Sturzfolgen
- Maßnahmen zur Förderung der visuellen/kognitiven Wahrnehmung
- Auswahl eines geeigneten Schuhwerks
- etc.

Kontrakturenprophylaxe

- Maßnahmen zur Förderung/Erhaltung der Mobilität
- Lagerungen
- etc.

Obstipationsprophylaxe:

- Erstellen eines Trink- und Ernährungsplans (z. B. ballaststoffreiche Ernährung, ausreichende Flüssigkeitszufuhr)
- Maßnahmen zur Förderung/Erhaltung der Mobilität
- etc.

Dehydrationsprophylaxe:

- Erstellen eines Trinkplans
- Führen eines Einfuhrprotokolls
- Erfragen und Anbieten von bevorzugten Getränken, verschiedene Getränke anbieten
- Auswahl eines geeigneten und ansprechenden Trinkgefäßes
- etc.

Prophylaxe gegen Munderkrankungen:

- Durchführen der allgemeinen Mundpflege
- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr, Auswischen der Mundhöhle, Stimulation der Speichelproduktion zur Feuchterhaltung der Mundhöhle
- Einfetten der Lippen
- Entfernen von Borken auf der Zunge
- etc.

Intertrigoprophylaxe:

- Hautbeobachtung (speziell in Hautfalten)
- Gründliches Abtrocknen
- Ggf. Einlegen von Leinenläppchen/Mullkompressen
- etc.

Prophylaxe gegen Harnwegsinfekte:

- Beobachtung der Harnausscheidung
- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- Regelmäßige Intimpflege
- Angemessene Bekleidung
- Einwirkung von Kälte und Nässe vermeiden
- etc.



5.3 Mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen

Übersicht der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen

1. Pflegeplanung und -dokumentation
2. Stellen der ärztlich verordneten Medikation
3. Zusammenarbeit mit externen Stellen
4. Arbeitsbesprechungen (einrichtungstern)
5. Koordination, Organisation, Verwaltung
6. Kontakte zu Angehörigen/Bezugspersonen der Bewohner
7. Kooperation mit freiwilligen Helferinnen und Helfern
8. Wäscheversorgung
9. Mahlzeitenversorgung
10. Aufräum-, Reinigungs- und Wartungsarbeiten
11. Tätigkeiten zur Vor- und Nachbereitung von unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen
12. Sonstige mittelbar bewohnerbezogene Leistungen

Die Vorschläge für eine mögliche qualifikationsorientierte Arbeitsteilung bezogen auf die mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen sind im vorliegenden Katalog durch unterschiedliche Symbole kenntlich gemacht worden:

- **Tätigkeiten, die in den Zuständigkeitsbereich einer Pflegefachkraft oder Wohnbereichsleitung fallen sollten**
Einige mittelbar bewohnerbezogene Leistungen werden in der Regel vorrangig von Mitarbeitern des Sozialen Dienstes durchgeführt und nicht ausschließlich von Pflegefachkräften. Diesbezügliche Hinweise wurden an den entsprechenden Stellen in den Katalog aufgenommen.
- **Tätigkeiten, die anderen Mitarbeitern („Nicht-Fachkräften“) vorbehalten bleiben können**
Da die Personalstruktur in den Einrichtungen sehr unterschiedlich ist, werden an dieser Stelle keine weiteren Differenzierungen (z. B. Krankenpflegehelfer, Pflegehelfer, Zivildienstleistende, Praktikanten) vorgenommen. Letztendlich sollten die Einrichtungen anhand ihrer Personalstruktur eine weitere Aufgliederung entsprechend der jeweiligen Zuständigkeitsbereiche vornehmen, wenn sie dies für erforderlich halten.
- **Tätigkeiten, für die sich eine Zuständigkeit nicht klar definieren lässt**, die also sowohl von Pflegefachkräften als auch von anderen Mitarbeitern durchgeführt werden.

1. Pflegeplanung und -dokumentation

- Anlegen einer Pflegedokumentation beim Einzug neuer Bewohner
- Erstellen des ersten pflegerischen Assessments und Erfassung biografischer Informationen im Rahmen des Heimeinzugs (in Kooperation zwischen Pflege und Sozialem Dienst und unter Einbezug der Angehörigen) und Aktualisierung bzw. Fortschreibung während des Heimaufenthaltes
Weiterführende Informationen hierzu enthalten der Kriterienkatalog „Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug“ (vgl. Kapitel 4) und die Qualitätsmaßstäbe „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ und „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ (vgl. Kapitel 6).
- Erfassung und Dokumentation von Ressourcen und Problemen/Risiken/Gefährdungen
- Erstellen der Pflegeplanung
- Regelmäßige inhaltliche Überprüfung und Aktualisierung der Pflegeplanung
- Regelmäßige Überprüfung der Gesamtpflegedokumentation auf Vollständigkeit und Aktualität
- Anleitung anderer Mitarbeiter zur fachgerechten Umsetzung der Pflegeplanung und zur Dokumentation
- Führen von Durchführungsnachweisen
- Führen von Flüssigkeitsbilanzierungen, Bewegungs-/Lagerungsplänen etc.
- Dokumentation von Besonderheiten, (Verhaltens-)Auffälligkeiten, Abweichungen vom Pflegeplan, bewohnerbezogener Kommunikation mit anderen Berufsgruppen etc.
- Archivierung ausgefüllter/nicht mehr verwendeter Dokumentationsblätter aus der Bewohnerdokumentation und Bereitstellen/Einheften neuer Dokumentationsblätter

2. Arzneimittel vorbereiten

- Stellen der ärztlich verordneten Medikamente
Diese Maßnahme umfasst unter anderem die Überprüfung der richtigen Dosierung, des Haltbarkeitsdatums und farblicher oder sonstiger Veränderungen der Medikamente.



3. Zusammenarbeit mit externen Stellen

- Begleitung/Mitwirkung bei Arztvisiten, ärztlichen Maßnahmen
- Fachlicher Austausch und bewohnerbezogene Absprachen mit Ärzten (z. B. bezogen auf die Medikation, Eintragungen in die Pflegedokumentation), Therapeuten, anderen Einrichtungen und Pflegekräften (z. B. ambulanter Dienst bei Heimeinzug)
- Begleitung/Mitwirkung bei MDK-Begutachtungen
- Begleitung/Mitwirkung bei nichtärztlichen therapeutischen Maßnahmen (z. B. Physiotherapie, Logopädie) und/oder Einholen von Informationen bezüglich dieser Maßnahmen
- Telefonischer Kontakt zu Mitarbeitern anderer Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser, Kostenträger, Sanitätshäuser, Pflegeschulen) und externen Berufsgruppen (z. B. Physiotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, Fußpflege, Rettungsdienst) Diese Aufgabe sollte bevorzugt von Pflegefachkräften wahrgenommen werden.
- Persönlicher Kontakt zu Mitarbeitern anderer Einrichtungen (z. B. beim Besuch von Bewohnern im Krankenhaus) und zu anderen Berufsgruppen (z. B. wenn diese Bewohner aufsuchen) Diese Aufgabe sollte bevorzugt von Pflegefachkräften wahrgenommen werden.

4. Arbeitsbesprechungen (einrichtungstern)

Die Hinweise zur qualifikationsorientierten Arbeitsteilung beziehen sich nicht auf die Moderation der hier aufgeführten einrichtungsternen Arbeitsbesprechungen, sondern auf die Teilnahme der Mitarbeiter.

- Besprechungen/Beurteilungsgespräche im Rahmen der Ausbildung von Pflegegeschülern (z. B. Erstgespräch, Gespräche mit Vertretern der Pflegeschulen) und Anleitung von Pflegegeschülern
- Fachliche Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- Übergabegespräche
- Teambesprechungen (z. B. wohnbereichsbezogen, auf Leitungsebene)
- Team-/Einzelbesprechungen mit anderen einrichtungsternen Berufsgruppen (z. B. sozialer Dienst)
- Einweisung neuer Mitarbeiter
- Mitarbeitergespräche (z. B. Reflexions-, Beurteilungs-, Entwicklungsgespräche), Supervision
- Fallbesprechungen
- Situationsbedingte, ungeplante Besprechungen (ad-hoc-Besprechungen)

5. Koordination, Organisation, Verwaltung

- Leitungsaufgaben im Wohnbereich (z. B. Dienstplangestaltung, Moderation von Arbeitsbesprechungen und Mitarbeitergesprächen)
- Bestellung von Arzneimitteln (Kontakt zu Arztpraxen und Apotheken/Bestellwesen)
- Mitwirkung bei der Durchführung allgemeiner Verwaltungsaufgaben (z. B. Antragstellung bei Krankenkassen, Anregung von Betreuungsverfahren, Barbetragsverwaltung)
- Materialbestellungen (z. B. Inkontinenzartikel, Pflegeartikel, Formblätter für die Pflegedokumentation, sonstige Dokumentationsblätter, Büromaterial)
- Materialverwaltung (z. B. Überprüfung des Bestandes)
- Erstellung/Aktualisierung schriftlicher Informationen (Informationen für Bewohner/Angehörige/Heimbeirat/Mitarbeiter, „Schwarzes Brett“, Planungstafeln o. a.)
- Wohnbereichs-, Bewohnerpost und Tageszeitungen verteilen

6. Kontakte zu Angehörigen/Bezugspersonen der Bewohner

Weiterführende Informationen enthält der übergeordnete Qualitätsmaßstab „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ (vgl. Kapitel 6).

- Geplante persönliche Gespräche mit den Angehörigen (z. B. Informationen zur Situation der Bewohner, zu Angeboten der Einrichtung für Angehörige; entlastende Gespräche/Beratung bezogen auf die Situation der Angehörigen, Planung von Aktivitäten)
- Anleitung der Angehörigen, z. B. im Umgang mit dem Bewohner, zur Gestaltung der gemeinsamen Zeit mit dem Bewohner
- Telefonische Beratung
- Durchführung von Gruppenangeboten für Angehörige (oftmals eine Leistung der Mitarbeiter des Sozialen Dienstes)
- Ungeplante persönliche Gespräche mit den Angehörigen (z. B. Informationen zur Situation der Bewohner, zu Angeboten der Einrichtung für Angehörige; entlastende Gespräche/Beratung bezogen auf die Situation der Angehörigen, Planung von Aktivitäten)
Diese Aufgabe sollte bevorzugt von Pflegefachkräften wahrgenommen werden.
- Telefonische Auskünfte/Informationsaustausch/-weitergabe



7. Kooperation mit freiwilligen Helfern

Unter freiwilligen Helfern werden Personen verstanden, die Aufgaben ehrenamtlich wahrnehmen; nicht eingeschlossen sind beispielsweise Personen, die ein Praktikum ableisten. Die Tätigkeiten dieser Leistungskategorie werden oftmals auch von Mitarbeitern des Sozialen Dienstes durchgeführt.

- Geplante persönliche Gespräche mit freiwilligen Helfern (z. B. Informationen zur Situation der Bewohner, entlastende Gespräche/Beratung, Information zu Angeboten der Einrichtungen)
- Anleitung der freiwilligen Helfer, z. B. im Umgang mit den Bewohnern oder zur Gestaltung der mit ihnen gemeinsam verbrachten Zeit
- Herstellen des Kontaktes zwischen freiwilligen Helfern und Bewohnern
- Koordination des Einsatzes der freiwilligen Helfer
- Durchführung von Gruppenangeboten für freiwillige Helfer, z. B. Schulungen
- Wertschätzung der geleisteten Unterstützung, z. B. durch Übermittlung von Geburtstagsgrüßen, Festveranstaltungen ausschließlich für die freiwilligen Helfer
- Durchführung von Maßnahmen zur Gewinnung freiwilliger Helfer
- Ungeplante persönliche Gespräche mit freiwilligen Helfern (z. B. Informationen zur Situation der Bewohner, entlastende Gespräche/Beratung)
- Telefonische Kontakte, z. B. Terminabsprachen

8. Wäscheversorgung

Überwiegend Zuständigkeitsbereich von Hauswirtschaftskräften

- Reinigung von Wäsche
- Bereitstellung und Transport von Wäsche
(Wäschesäcke auf den Bereichen zum Abholen bereitstellen, Transport zur Sammelstelle, Zeichnung neuer Wäsche/Kleidung: Einsammeln und zur Bearbeitung weiterleiten, Sortieren der sauberen Wäsche und Transport auf die Wohnbereiche, Privatwäsche/Inkontinenzartikel in die Bewohnerzimmer verteilen und ggf. einräumen, Wohnbereichswäsche/Inkontinenzartikel verteilen und einordnen in die Schränke/Regale, Wäsche für die chemische Reinigung sammeln, für den Transport zur Wäscherei sorgen, Rücktransport, Rückgabe an die Bewohner)
- Abrechnung von Reinigungskosten
- Ausbessern der hauseigenen Wäsche und der Privatwäsche und/oder Vermittlung an externe Leistungsanbieter (Schneiderei)
- Schuhpflege (Bewohnerschuhe)

- Reklamationen in Bezug auf die Leistungen der Wäscherei (Erfassung, Weiterleitung, Kontrolle)
- Entsorgung von Inkontinenzartikeln, Schmutzwäsche einsammeln und sortieren
Die Übernahme durch Pflegefachkräfte erscheint hier – aus organisatorischen Gründen – sinnvoll, wenn Tätigkeiten im direkten Zusammenhang mit einer unmittelbar bewohnerbezogenen Leistung durchgeführt werden.

9. Mahlzeitenversorgung

Überwiegend Zuständigkeitsbereich von Hauswirtschaftskräften

Tätigkeiten, die im Zusammenhang mit den Hauptmahlzeiten (Frühstück, Mittagessen, Nachmittagskaffee, Abendessen) durchgeführt werden:

- Transport von Essenswagen auf die Wohnbereiche und Rücktransport
- Mundgerechtes Vorbereiten der Mahlzeiten ohne direkten Bewohnerkontakt
Findet diese Tätigkeit im direkten Kontakt mit dem Bewohner statt, so wird diese Tätigkeit der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistung „Hilfe bei der Nahrungsaufnahme/NA“ zugeordnet.
- Tische bestücken, abdecken und säubern
- Tablett bestücken, austeilen, einsammeln, abräumen und säubern
- Serviceleistungen im Speisesaal (z. B. Anbieten von Speisen, Getränken)
- Ein- und Ausräumen der Spülmaschine

Tätigkeiten, die unabhängig von den Hauptmahlzeiten durchgeführt werden:

- Zubereitung und Bereitstellen bzw. Ausgeben/Verteilen von Getränken und Zwischenmahlzeiten (ohne Hilfe bei der Nahrungsaufnahme)
- Informationsweitergabe an die Küche (Anzahl der Bewohner, Kostformen, Sonderwünsche, Lebensmittel-/Getränkebedarf des Wohnbereichs etc.)
- Transport der Lebensmittel-/Getränkelieferungen und Einordnen in Schränke/Regale
- Spülen von Medikamentenbehältern, Thermoskannen etc.
- Essplätze bei Bedarf reinigen (Verschmutzungen der Stühle, des Fußbodens)
- Küche aufräumen, Küchenschränke, Geräte, Hilfsmittel etc. sauber halten
- Tischdecken/Tischdekoration erneuern



10. Aufräum-, Reinigungs- und Wartungsarbeiten

Mit „Wartungsarbeiten“ sind in diesem Fall nicht sämtliche Wartungsarbeiten gemeint, die in einer Einrichtung anfallen können, sondern nur solche, die für die Sicherstellung der Voraussetzungen für eine fachgerechte Pflege notwendig sind. Überwiegend Zuständigkeitsbereich von Hauswirtschaftskräften.

- Reinigung bzw. Desinfektion von medizintechnischen Geräten (z. B. Absauggeräte)
- Aufräum-/Reinigungsarbeiten außerhalb des Bewohnerzimmers (einschl. Funktionsräume) und Abfallentsorgung
- Reinigung von Rollstühlen, Gehwagen, Lifter, Toilettenstühlen, Transport-, Wäsche-, Essens-, Pflegearbeitswagen etc.
- Bestand an Seifen-/Desinfektionsmittelspender, Toilettenpapier, Einmalhandtücher etc. kontrollieren und ggf. auffüllen
- Reinigungsarbeiten im Zusammenhang mit der Haltung von Haustieren (z. B. Vogelkäfige)
- Blumenpflege in den Bewohnerzimmern und auf dem Wohnbereich
- Vor-/Nachbereitung des Bewohnerzimmers: vor/nach Krankenhausaufenthalten, bei Heimeinzug bzw. -auszug, nach dem Versterben des Bewohners
Vor-/Nachbereitung umfasst z. B.: Beziehen/Abziehen des Bettes, Bereitstellen bzw. Entfernen von Pflegemitteln/Hilfsmitteln, Bereitlegen schriftlicher Informationen (z. B. beim Heimeinzug)
- Aufräum- und Reinigungsarbeiten im Bewohnerzimmer (einschl. regelmäßiges Beziehen der Betten)
Die Übernahme durch Pflegefachkräfte erscheint hier – aus organisatorischen Gründen – sinnvoll, wenn Tätigkeiten im direkten Zusammenhang mit einer unmittelbar bewohnerbezogenen Leistung durchgeführt werden.
- Kontroll-/Wartungsarbeiten
Bestimmte Tätigkeiten, wie z. B. die Temperaturkontrolle der Kühlschränke zur Medikamentenaufbewahrung, sollte Pflegefachkräften vorbehalten sein.
- Reinigung von Badewanne/Dusche nach Benutzung
- Reinigung von Serviertisch nach Benutzung (z. B. Mahlzeiten)
- Kot-/Urinverunreinigung entfernen und beschmutzte Fläche bzw. Kleidung reinigen

Die Übernahme der drei zuletzt genannten Tätigkeiten durch Fachkräfte erscheint (aus organisatorischen Gründen) sinnvoll, wenn sie im direkten Zusammenhang mit einer unmittelbar bewohnerbezogenen Leistung durchgeführt werden.

11. Tätigkeiten zur Vor- und Nachbereitung von unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen

Zum Teil wurden solche Tätigkeiten bereits oben (z. B. im Zusammenhang mit der Mahlzeitenversorgung) angesprochen. Ansonsten ist dieser Tätigkeitsbereich schwer zu systematisieren. Es handelt sich überwiegend um die folgenden Tätigkeiten:

- Zusammenstellen und Vorbereiten von Materialien/Hilfsmitteln (z. B. vor dem Legen eines Dauerkatheters, vor der Morgenpflege)
- Entsorgen/Wegräumen/Reinigen von Material/Hilfsmitteln
- Vor- und Nachbereitung von Gruppen-/Einzelaktivitäten (oftmals eine Leistung der Mitarbeiter des Sozialen Dienstes)

Zu den mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen zählen nur die Tätigkeiten zur Vor- und Nachbereitung, die ohne direkten Kontakt zum Bewohner stattfinden. Vorbereitungen im Bewohnerzimmer sind in der Regel grundlegende Teilhandlungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen.

12. Sonstige mittelbar bewohnerbezogene Leistungen

- Einkäufe für die Bewohner (Gegenstände für den persönlichen Gebrauch, z. B. Artikel zur Körperpflege, Kleidung etc.)
Finden Einkäufe gemeinsam mit dem Bewohner statt, so ist dies der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistung „Unterstützung beim Gehen, Stehen, Treppensteigen, Fortbewegen im Rollstuhl/GSTR“ zuzuordnen.
- Hol- und Bringdienste (sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtung)
- Gestaltung der Räumlichkeiten (zur Gewährleistung einer sicheren und orientierungsfördernden Umgebung und zur Förderung von Wohlbefinden)



Literatur

- Algase, D.L. (1999): Wandering in dementia. *Annual Review of Nursing Research* 17, Nr. 3, 185–218
- Arets, J./Obex, F./Ortmans, L./Wagner, F. (1999): *Professionelle Pflege 2. Fähigkeiten und Fertigkeiten*. Bern: Huber
- Arets, J./Obex, F./Vaessen, J./Wagner, F. (1996): *Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlage*. Bocholt: Eicanos Verlag
- Bair, B./Toth, W./Johnson, M.A./Rosenberg, C./Hurdle, J.F. (1999): Interventions for disruptive behaviors: use and success. *Journal of Gerontological Nursing* 25, Nr. 1, 13–21
- Bartoszek, G./Nydahl, P. (2000): Basale Stimulation. In: Köther, I./Gnam, E. (Hg.): *Altenpflege in Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Thieme, 332–337
- Becker, J. (1995): *Die Wegwerf-Windel auf der Wäscheleine. Die Handlungslogik dementer alter Menschen verstehen lernen. afw-Arbeitshilfe Demenz*. Darmstadt: Eigenverlag
- Bell, V./Troxel, D. (2004): *Personenzentrierte Pflege bei Demenz. Das Best-Friends-Modell für Aus- und Weiterbildung*. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Bienstein, C./Schröder, G./Braun, M./Neander, K.-D. (Hg.) (1997): *Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegenden*. Stuttgart: Thieme
- Bischoff-Wanner, C. (2004): *Biographiearbeit. Studienbrief WK 02, Diplom-Fernstudiengang Pflege/Pflegemanagement*. Jena: Fachhochschule
- Bourret, E. M./Bernick, L. G./Cott, C. A./Kontos, P. C. (2002): The meaning of mobility for residents and staff in long-term care facilities. *Journal of Advanced Nursing* 37, Nr. 4, 338–345
- Buchholz, T./Schürenberg, A. (2003): *Lebensbegleitung alter Menschen. Basale Stimulation® in der Pflege alter Menschen*. Bern: Huber
- Clark, J. (Hg.) (2003): *Naming Nursing*. Bern: Huber
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2006): *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung*. Osnabrück: DNQP
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2005): *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege*. Osnabrück: DNQP
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2002): *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege*. Osnabrück: DNQP
- Evangelischer Verband für Altenarbeit (Hg.) (1998): *Snoezelen in der Altenarbeit*. Düsseldorf: Evangelischer Verband für Altenhilfe im Rheinland
- Falk, J. (2003): Pflegeverständnis auf dem Prüfstand – Snoezelen ein Konzept für Demenzkranke? *Pflegemagazin* 4, Nr. 2, 48–52
- Fiatarone, M. A./Marks, E. C./Ryan, N. D./Meredith, C. N./Lipsitz, L. A./Evans, W. J. (1990): High-intensity strength training in nonagenarians. Effects on skeletal muscle. *Journal of the American Medical Association* 263, Nr. 22, 3029–3034
- Frank, R. (2005): Pflegekompetenz – aufgezeigt am Beispiel „Essen und Trinken“. *Pflegemagazin* 6, Nr. 2, 29–41
- Georg, J. (Hg.) (2005): *NANDA International. NANDA-Pflegediagnosen. Definition und Klassifikation 2005–2006*. Bern: Huber
- Gottschalk, T./Dassen, T./Zimmer, S. (2004): Empfehlung für eine Evidenzbasierte Mundpflege bei Patienten in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. *Pflege* 17, Nr. 2, 78–91
- Graber-Dünnow, M. (2003): *Milieu-therapie in der stationären Altenhilfe. Lehr- und Arbeitsbuch für Altenpflegeberufe*. Hannover: Brigitte Kunz Verlag
- Höft, B. (Hg.) (2003): *Empfehlungen für Leistungsstandards in der gerontopsychiatrischen Pflege. Psychosoziale Arbeits-hilfen 13*. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Hutchinson, S.A./Wilson, H.S. (1998): The theory of unpleasant symptoms and Alzheimer's disease. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 12, Nr. 2, 143–162
- Jenull-Schiefer, B./Janig, H. (2004): Aktivierungsangebote in Pflegeheimen. Eine Studie zur Inanspruchnahme und Zufriedenheit. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37, Nr. 5, 393–401
- Jeschke, D./Zeilberger, K. (2004): Altern und körperliche Aktivität. *Deutsches Ärzteblatt* 101, Nr. 12, 789–798
- Jochems, J./Kirchner, H. (2005): Selbst gekocht schmeckt besser. Kochen und Backen mit demenziell veränderten Bewohnern. *Die Schwester/Der Pfleger* 44, Nr. 11, 864–869
- Johnson, M./Maas, M. L./Moorhead, S. (Hg.) (2005): *Pflegeergebnisklassifikation NOC*. Bern: Huber
- Kellnhäuser, E./Schewior-Popp, S./Sitzmann, F. (Hg.) (2004): *Thiemes Pflege. Professionalität erleben*. Stuttgart: Thieme
- Kors, B./Seunke, W. (2001): *Gerontopsychiatrische Pflege*. München: Urban und Fischer
- Köther, I./Gnam, E. (Hg.) (2000): *Altenpflege in Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Thieme
- Lauber, A. (2001): *Pflegediagnosen*. In: Lauber, A. (Hg.): *Grundlagen beruflicher Pflege*. Stuttgart: Thieme, 219–231
- McCloskey Docherman, J. C./Bulechek, G. M./Moorhead, S./Johnson, M./Maas, M. (2003): Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC): overview and current status. In: Clark, J. (Hg.): *Naming Nursing*. Bern: Hans Huber, 113–122
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hg.) (2003): *Grundsatzstellungnahme. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Abschlussbericht der Projektgruppe P 39*. Essen: MDS
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hg.) (2005): *Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege*. Essen: MDS
- Menche, N./Bazlen, U. (2004): *Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe*. München: Urban und Fischer
- Meusel, H. (2000): *Grundlagen der Bewegungstherapie in der geriatrischen Rehabilitation*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33, Nr. 1, 35–44
- Müller, E. (2001): Grundpflege und Behandlungspflege – Altlasten einer theoriefernen Pflegedidaktik. *Pflegemagazin* 2, Nr. 6, 4–17
- Nauerth, A. (2000): *Praxisforschung*. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.) *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa, 771–817
- Oelke, U./Flohr, H.-J./Ruwe, G./Reuter, J. (Hg.) (1995): *Lernen in der Pflege. Pflege-techniken und Pflegemaßnahmen: Haut- und Körperpflege, Mund- und Zahnpflege*. Baunatal: Baunataler VERLAG/SOFTWARE GmbH

- Oschütz, H./Belinová, K. (2003): Training im Alter. In: Denk, H./Pache, D./Schaller, H.-J. (Hg.): Handbuch Alterssport. Grundlagen – Analysen – Perspektiven. Band 139 der „Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport“. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann, 147–198
- Oster, P./Pfisterer, M./Schuler, M./Hauer, K. (2005): Körperliches Training im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38, Nr. 1, 10–13
- Oswald, W. D./Ackermann, A./Süß, B. (2005): Selbständigkeit im höheren Lebensalter für Pflegeheimbewohner (SimA@P). Forschungsprojekt „Rehabilitation im Altenpflegeheim“. SimA@P in Stichworten. <http://www.sima.geronto.uni-erlangen.de/pdfs/simapsw.pdf>, 29.03.2006
- Oud, N./Sermeus, W./Ehnfors, M. (2005): Acendio 2005. Pflege dokumentieren. Bern: Huber
- Pörtner, M. (2004): Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. Stuttgart: Klett Cotta
- Powell, J. (2002): Hilfen zur Kommunikation bei Demenz. Köln: KDA
- Schneekloth, U./Potthoff, P. (1993): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Stuttgart: Kohlhammer
- Schwanecke, F. (2002): Snoezelen: Gemischte Gefühle. Altenpflege 27, Nr. 2, 35–37
- Seel, M./Hurling, E. (2001): Die Pflege des Menschen im Alter. Hannover: Schlütersche
- Sowinski, C. (2003): Grenzüberschreitungen bei der Intimpflege. In: Schindler, U. (Hg.): Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Praxisalltag. Hannover: Vincentz Verlag, 67–75
- Stemmer, R. (2003): Pflege-theorien und Pflegeklassifikationen. Pflege und Gesellschaft 8, Nr. 2, 51–58
- Stemper, T. (2002): Alter, Altern, Alterssport. Zur Bedeutung des körperlichen Trainings für Ältere aus sportwissenschaftlicher Sicht. In: Rösch, H.-E./Yaldai, S. (Hg.): Spektrum der Sportwissenschaft. Heft 14 der Schriftenreihe des Instituts für Sportwissenschaft der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, 38–60
- van der Bruggen, H. (2002): Pflegeklassifikationen. Bern: Huber
- Wagener, R./Berkemeyer, C./Hock, G./Schneider, A./Winterberg, C./Ulmer, E.-M. (1998): Essen und Trinken bei Menschen mit Alzheimer-Demenz. Pflege 11, Nr. 2, 89–95
- Wingenfeld, K./Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf

Zusätzlich bei der Erstellung der Leistungsbeschreibungen herangezogene Literatur:

- Abraham, A. (2001): Sport und Bewegung im biografischen Kontext. Aktivitätsprofile im Alter vor dem Hintergrund des gelebten Lebens. In: Dauts, R./Emrich, E./Igel, C./Kindermann, W. (Hg.): Aktivität und Altern. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann, 329–344
- Alessi, C.A./Yoon, E. J./Schnelle, J. F./Al-Samarrai, N. R./Cruise, P. A. (1999): A randomized trial of a combined physical activity and environmental intervention in nursing home residents: do sleep and agitation improve? Journal of the American Geriatrics Society 47, Nr. 7, 784–791
- Alexander, M. F./Fawcett, J./Runciman, P. J. (1994): Nursing Practice. Hospital and Home. The Adult. Edinburgh, London, New York: Churchill Livingstone
- Becker, C./Kron, M./Lindemann, U./Sturm, E./Eichner, B./Walter-Jung, B./Nikolaus, T. (2003): Effectiveness of a multifaceted intervention on falls in nursing homes residents. Journal of the American Geriatrics Society 51, Nr. 3, 306–313
- Besselmann, K./Sowinski, C./Rückert, W. (1998): Qualitätshandbuch Wohnen im Heim – Wege zu einem selbstbestimmten und selbständigen Leben. Ein Instrument zur internen Qualitätsentwicklung in den AEDL-Bereichen. Köln: KDA
- Bienstein, C./Klein, G./Schröder, G. (Hg.) (2000): Atmen. Die Kunst der pflegerischen Unterstützung der Atmung. Stuttgart: Thieme
- Bienstein, C./Fröhlich, A. (2003): Basale Stimulation®. Die Grundlagen. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben
- Brieskorn-Zinke, M. (2004): Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. Stuttgart: Kohlhammer
- Brüggemann, J./Kutschke, A. (2005): Das Problemfeld Demenz in der stationären Pflege. Qualitätsanforderungen, Widersprüche, Verfahrensweisen für die Praxis. Die Schwester/Der Pfleger 44, Nr. 1, 34–39
- Bücking, B. (2004): Warum Essen manchmal zum Problem wird. Mangelernährung unter älteren Menschen weit verbreitet. Pflegen Ambulant 15, Nr. 2, 12–16
- Chapman, A./Jackson, G. A./McDonald, C. (2004): Wenn Verhalten uns herausfordert ... Ein Leitfaden für Pflegekräfte zum Umgang mit Menschen mit Demenz. Stuttgart: Demenz Support Stuttgart gGmbH
- Darmann, I. (2002): Bewegung als Interaktion – Systemisch-konstruktivistische Sichtweise von Bewegung und Konsequenzen für die Pflege. Pflege 15, Nr. 5, 181–186
- DBFK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2003): Brennpunkt Medikamentengabe. Informationsbroschüre für Pflegenden und Pflegeeinrichtungen. Potsdam
- Depping, K. (2000): Depressive alte Menschen seelsorgerlich begleiten. Auswege aus Schwermut und Verzweiflung. Hannover: LVH
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2006): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Osnabrück: DNQP
- Feil, N. (2004): Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Füsgen, I. (2005): Harnkontinenz im Alter – State of the Art. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38, Nr. 1, 4–9
- Gardner, M. M./Robertson, M. C./Campbell, A. J. (2000): Exercise in preventing falls and fall related injuries in older people: a review of randomised controlled trials. British Journal of Sports Medicine 34, Nr. 1, 7–17
- Garms-Homolova, V./Gilgen, R. (Hg.) (2000): Resident Assessment Instrument (RAI) 2.0. Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation. Bern: Huber
- Gordon, M. (2003): Handbuch Pflegediagnosen: Das Buch zur Praxis. München: Urban und Fischer



- Gottschalck, T. (2004): Pflegeziel: Mundgesundheit. Mundhygienische Maßnahmen auf dem wissenschaftlichen Prüfstand. *Die Schwester/Der Pfleger* 43, Nr. 5, 344–349
- Haarhaus, F. (2006): Seelsorge für demente Menschen. Religiöse Aufgaben mit sozialpflegerischem Wert. *Pflegezeit-schrift* 59, Nr. 2, 96–98
- Hantikainen, V./Riesen-Uru, S./Raemy-Röthl, B./Hirsbrunner, T. (2006): Die Bewegungsunterstützung nach Kinästhetik® und die Entwicklung und Förderung von Körperwahrnehmung, Bewegungsfähigkeiten und funktioneller Unabhängigkeit bei alten Menschen. *Pflege* 19, Nr. 1, 11–22
- Harper, I. G. (2002): Daily life in a nursing home. Has it changed in 25 years? *Journal of Aging Studies* 16, Nr. 4, 345–359
- Hassel, A. J./Koke, U./Drechsel, A./Kunz, C./Rammelsberg, P. (2005): Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, Nr. 5, 342–346
- Hauer, K. (2000): Körperliche Bewegung und Training im Alter. In: Nikolaus, T. (Hg.): *Klinische Geriatrie*. Berlin: Springer, 815–823
- Hauer, K./Pfisterer, M./Schuler, M./Bärtsch, P./Oster, P. (2003): Two years later: a prospective long-term follow-up of a training intervention in geriatric patients with a history of severe falls. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 84, Nr. 10, 1436–1432
- Heinemann-Knoch, M./Korte, E./Heusinger, J./Klunder, M./Knoch, T. (2005): Kommunikationsschulung in der stationären Altenpflege. Ergebnisse der Evaluation eines Modellprojektes zur Entwicklung der Kommunikationskultur und zur Transfersicherung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, Nr. 1, 40–46
- Heinze, C./Prof. Dr. Dassen, T. (2002): Sturzprävention im Pflegeheim. *Die Schwester/Der Pfleger* 41, Nr. 10, 810–814
- Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitsförderung – Neue Perspektiven für die Pflege. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa, 591–607
- Innes, A./Capstick, A. (2001): Communication and personhood. In: Cantley, C. (Hg.): *A handbook of dementia care*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press, 135–143
- Institut für Sportwissenschaft und Sport (Hg.) (2005): Dritter Newsletter des Modellprojektes „Fit für 100. Bewegungsangebote für Hochaltrige“. Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. http://www.ff100.de/php/3_newsletter.php, 06.03.2006
- Käppeli, S. (Hg.) (2000): *Pflegekonzepte 3. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld*. Bern: Huber
- KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.) (2005): „Wie geht es Ihnen?“ Konzepte und Materialien zur Einschätzung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz. Landesinitiative Demenz-Service NRW. http://www.demenz-service-nrw.de/files/bilder/veroeffentlichungen/Band_3.pdf, 09.02.2006
- Kerkhoff, B. (2002): Biografiearbeit – Schlüssel für eine individuelle Begleitung in der Pflege. *Die Schwester/Der Pfleger* 41, Nr. 10, 830–833
- Kiefer, B./Rudert, B. (2005): TTb – der Therapeutische Tischbesuch. Wertschätzende Kurzzeitaktivierung. *Pflegen Ambulant* 16, Nr. 5, 37–39
- Kiewitt, K. (2006): Künstlerische Therapien in Altenpflegeheimen. Beschäftigungsangebote zum Zeitvertreib? *Pflegezeit-schrift* 59, Nr. 2, 92–95
- Kim, M. J./McFarland, G. K./McLane, A. M. (1999): *Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen*. Wiesbaden: Ullstein Medical
- Klie, T./Buhl, A./Entzian, H./Schmidt, R. (Hg.) (2003): *Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen. Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorenübergreifender Perspektive*. Frankfurt am Main: Mabuse
- Kutschke, A./Perrar K. M. (2005): Künstliche Ernährung. Der PEG-Konflikt – Lebensqualität versus Sterbehilfe. *Die Schwester/Der Pfleger* 44, Nr. 10, 782–784
- Lauber, A./Schmalstieg, P. (Hg.) (2001): *Wahrnehmen und Beobachten*. Stuttgart: Thieme
- Lauber, A./Schmalstieg, P. (Hg.) (2003): *Pflegerische Interventionen*. Stuttgart: Thieme
- Lauber, A./Schmalstieg, P. (Hg.) (2004): *Prävention und Rehabilitation*. Stuttgart: Thieme
- Lazowski, D.-A./Ecclestone, N./Myers, A./Paterson, D./Tudor-Locke, C./Fitzgerald, C./Jones, G./Shima, N./Cunningham D. (1999): A randomized outcome evaluation of group exercise programs in long-term care institutions. *Journal of Gerontology* 54 A, Nr. 12, M621–M628
- Lindner, E. (2005): *Aktivierung in der Altenpflege: Arbeitsmaterialien für die Praxis*. München: Urban und Fischer
- Long, B. C./Phipps, W. J./Cassmeyer V. L. (1995): *Adult Nursing. A nursing process approach*. St. Louis, USA: Mosby
- Maciejewski, B./Sowinski, C./Besselmann, K./Rückert, W. (2001): *Qualitätshandbuch Leben mit Demenz*. Köln: KDA
- MacRae, P. G./Asplung, L. A./Schnelle, J. F./Ouslander, J. G./Abrahamse, A./Morris, C. (1996): A walking program for nursing home residents: effects on walk endurance, physical activity, mobility, and quality of life. *Journal of the American Geriatrics Society* 44, Nr. 2, 175–180
- Marburger, C./Oster, P. (2002): Körperliche Aktivität im hohen Lebensalter. In: Samitz, G. (Hg.): *Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie*. München: Marseille-Verlag, 219–223
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hg.) (2000): *MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege*. Essen: MDS
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hg.) (2005): *MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege*. Essen: MDS
- Müller, F./Nitschke, I. (2005): Mundgesundheit, Zahnstatus und Ernährung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, Nr. 5, 334–341
- Nationale Pflegeassessmentgruppe Deutschland (2005): *Positionspapier zur Grundsatzstellungnahme „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“*. Abschlussbericht Projektgruppe P 39 des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen 2003. Witten
- Neulist, A./Moll, W. (Hg.) (2005): *Die Jugend alter Menschen. Gesprächsanregungen für die Altenpflege*. München: Urban und Fischer
- Neumeier, P. (2005): Aggressionen richtig begegnen. Die Pflege verhaltensauffälliger Demenzpatienten. *Pflegen Ambulant* 16, Nr. 5, 19–22
- Nowalk, M. P./Prendergast, J. M./Bayles, C. M./D’Amico, F. J./Colvin, G. C. (2001): A randomized trial of exercise programs among older individuals living in two long-term care facilities: The FallsFREE program. *Journal of the American Geriatrics Society* 49, Nr. 7, 859–865
- Neander, K.-D./Zegelin, A./Gerlach, A. (2001): *Thrombose*. München: Urban und Fischer
- Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.) (2000): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa

- Oelke, U./Menke, M. (2002): Gemeinsame Pflegeausbildung. Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Bern: Huber
- Oswald, W. D./Hagen, B./Rupprecht, R./Gunzelmann, T. (2002): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA). Teil XVII: Zusammenfassende Darstellung der langfristigen Trainingseffekte. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 15, Nr. 1, 13–31
- Politis, A. M./Vozzella, S./Mayer, L. S./Onyike, C. U./Baker, A. S./Lyketsos, C. G. (2004): A randomized, controlled, clinical trial of activity therapy for apathy in patients with dementia residing in long-term care. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 19, Nr. 11, 1087–1094
- Reisach, B. (2005): So gelingt die qualifizierte Pflegedokumentation. Rechtliche Anforderungen an die Dokumentation am Beispiel der Ernährung. *Die Schwester/Der Pfleger* 44, Nr. 3, 192–197
- Rensburg, R. E./Armocost, K. A./Radu, C./Bennett, R. G. (1999): Two models of restorative nursing care in the nursing home: designated versus integrated restorative nursing assistants. *Geriatric Nursing* 20, Nr. 6, 321–326
- Resnick, B. (1999): Motivation to perform activities of daily living in the institutionalized older adult: can a leopard change its spots? *Journal of Advanced Nursing* 29, Nr. 4, 792–799
- Resnick, B./Spellbring, A. M. (2000): Understanding what motivates older adults to exercise. *Journal of Gerontological Nursing* 26, Nr. 3, 34–42
- Rösler, A./Schwerdt, R./von Renteln-Kruse, W. (2005): Was die Sprache Alzheimer-Kranker mit der Celans verbindet – Über Kommunikation mit schwer betroffenen Demenzpatienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, Nr. 5, 354–359
- Sander, K. (2003): Biographie als Ressource im Pflegeprozess – Herausforderungen für die professionelle Pflege. *Unter-richt Pflege* 8, Nr. 3, 11–13
- Schaller, H.-J. (2003): Bewegungskoordination im Alter. In: Denk, H./Pache, D./Schaller, H.-J. (Hg.): *Handbuch Alters-sport. Grundlagen – Analysen – Perspektiven*. Band 139 der „Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport“. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann, 199–241
- Schilder, M. (2004): Die Bedeutung lebensgeschichtlicher Erfahrungen in der Situation der morgendlichen Pflege in der stationären Altenpflege. Eine explorative Studie anhand zweier Fallbetrachtungen. *Pflege* 17, Nr. 6, 375–383
- Schindler, U. (Hg.) (2003): *Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Praxisalltag*. Hannover: Vincentz
- Schmidt-Hackenberg, U. (1996): Wahrnehmen und Motivieren. Die 10-Minuten-Aktivierung für die Begleitung Hochbetagter. Hannover: Vincentz
- Schnelle, J. F./Cruise, P. A./Rahman, A./Ouslander, J. G. (1998): Developing rehabilitative behavioral interventions for long-term care: technology transfer, acceptance, and maintenance issues. *Journal of the American Geriatrics Society* 46, Nr. 6, 771–777
- Schoenfelder, D. P./Rubenstein, L. M. (2004): An exercise program to improve fall-related outcomes in elderly nursing home residents. *Applied Nursing Research* 17, Nr. 1, 21–31
- Schoppmann, S./Schmitte, H. (2000): Pflege bei psychischen Störungen. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa, 535–553
- Sherrington, C./Lord, S. R./Finch, C. F. (2004): Physical activity interventions to prevent falls among older people: update of the evidence. *Journal of Science Medicine in Sport* 7, Nr. 1, 43–51
- Sitvast, J./van Meijel, B. (2005): Die Anwendung von Lebensbüchern in der Gerontopsychiatrie: Brücke zwischen gestern und heute. *Pflegezeitschrift* 58, Nr. 9, 551–555
- Sitzmann, F. (Hg.) (1998): *Pflegehandbuch Herdecke*. Heidelberg: Springer
- Spieker, A./Bartoszek, G. (2004): Mangelernährung vorbeugen, erkennen und begegnen. *Pflegen Ambulant* 15, Nr. 2, 17–20
- Stefan, H./Allmer, F. (1999): *Praxis der Pflegediagnosen*. Wien, New York: Springer
- Steiner, I. (2004): Erinnerungspflege. Eine kreative Umsetzung von Biographiearbeit für den Alltag mit Hochbetagten und Demenzkranken. In: Gan, M. (Hg.): *Kunsttherapie mit demenzkranken Menschen*. Frankfurt a. M.: Fachhochschule, 92–105
- Stuhlmann, W. (2004): *Demenz – wie man Bindung und Biografie einsetzt*. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Tackenberg, P./Abt-Zegelin, A. (Hg.) (2004): *Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung*. Frankfurt am Main: Mabuse
- Tennstedt, S. L./Lawrence, R. H./Kasten, L. (2001): An intervention to reduce fear of falling and enhance activity: who is most likely to benefit? *Educational Gerontology* 27, Nr. 3/4, 227–240
- Titze, S. (2002): Bewegungsförderung im Altenheim – Intervention und Evaluation. *Gesundheitssport und Sporttherapie* 18, Nr. 2, 59–63
- Tompson, J. M./Wilson, S.F. (1996): *Health Assessment for Nursing Practice*. St. Louis, USA: Mosby
- Trautwein, I. (2004): Bewohneraktivierung. Arbeitskreis Küche. *Küche im Altenheim* 43, Nr. 5, 6–8
- Trilling, A./Bruce, E./Hodgson, S./Schweitzer, P. (2001): *Erinnerungen pflegen. Unterstützung und Entlastung für Pflegenden und Menschen mit Demenz*. Hannover: Vincentz
- von Zedlitz-Herpertz, S. (2004): *Aktivierende Förderung mit älteren Menschen. Übungssammlung*. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Zegelin, A. (2002): *Sprache und Pflege*. München: Urban und Fischer



Kapitel 6

Rahmenkonzepte für besondere Aufgabenfelder



6. Rahmenkonzepte für besondere Aufgabenfelder (Version 2.0)

6.1 Einführung	1
6.2 Rahmenkonzept „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“	5
1. Grundsätze	6
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	7
3. Personelle Zuständigkeiten	7
4. Erstgespräch	8
5. Vorbereitung des Heimeinzugs	10
6. Einzugstag	11
7. Erste Phase des Aufenthaltes	12
6.3 Rahmenkonzept „Zusammenarbeit mit Angehörigen“	15
1. Grundsätze	17
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	19
3. Personelle Zuständigkeiten	19
4. Förderung des Kontaktes zwischen Bewohner und Angehörigen	20
5. Allgemeine Angebote	22
6. Individuelle Angehörigenarbeit	23
7. Verfahrensweisen in besonderen Situationen	26
8. Umgang mit Kritik, Anregungen und Beschwerden	27
6.4 Rahmenkonzept „Nächtliche Versorgung“	28
1. Grundsätze	31
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	32
3. Bedarfsgerechtes abendliches/nächtliches Versorgungsangebot	33
4. Rahmenbedingungen	35
5. Personelle Regelungen	37
6. Pflegerische Versorgung und Betreuung	38
7. Information, Dokumentation und Pflegeplanung	40
8. Förderung der Kommunikation zwischen den Mitarbeitern	41
9. Verfahrensweisen in besonderen Situationen	42
6.5 Rahmenkonzept „Sterbebegleitung in vollstationären Pflegeeinrichtungen“	44
1. Grundsätze	46
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	47
3. Personelle Zuständigkeiten	48
4. Begleitung des Sterbeprozesses	49
5. Maßnahmen im Todesfall	54
6. Reflexions- und Entlastungsangebote für Mitarbeiter	57
6.6 Rahmenkonzept „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“	58
1. Grundsätze	59
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	60
3. Personelle Zuständigkeiten	61
4. Kooperation mit Ärzten zur Verbesserung der Versorgung	62
5. Pflegeplanung und Dokumentation	64
6. Arztbesuche	66
7. Notfallsituationen	68
8. Qualifikation	69
6.7 Rahmenkonzept „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“	70
1. Grundsätze	72
2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption	73
3. Personelle Zuständigkeiten	74
4. Übergang in das Krankenhaus	75
5. Aufgaben während des Krankenhausaufenthalts	78
6. Rückkehr in die Pflegeeinrichtung	79
Literatur	81

6.1 Einführung

Die nachfolgenden Rahmenkonzepte – im Referenzmodell ursprünglich als „Übergeordnete Qualitätsmaßstäbe“ bezeichnet – stellen im Kern Anforderungskataloge zur Ausgestaltung von Strukturen und Prozessen in besonders wichtigen Bereichen des Versorgungsalltags dar. Sie sollen einen Beitrag zur Sicherung und Weiterentwicklung der Lebens- und Versorgungsqualität in den Einrichtungen leisten und beziehen sich auf folgende Aufgabenfelder:

- Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung,
- Zusammenarbeit mit Angehörigen,
- Kooperation mit niedergelassenen Ärzten,
- Überleitung bei Krankenhausaufenthalten von Bewohnern,
- Sicherstellung einer bedarfsgerechten nächtlichen Versorgung,
- Begleitung sterbender Heimbewohner.

Funktion und Charakter der Rahmenkonzepte

Die Rahmenkonzepte stellen Anforderungskataloge zur Ausgestaltung der betreffenden Arbeitsfelder dar, mit denen ein bestimmtes Qualitätsniveau angestrebt wird. Sie verstehen sich zugleich als Arbeitshilfe und liefern Pflegeeinrichtungen eine Grundlage zur Überprüfung und Weiterentwicklung ihrer bisherigen Konzepte bzw. ihrer Praxis. Je nach Ausgangsbedingungen werden Einrichtungen eine mehr oder weniger große Übereinstimmung zwischen den Anforderungskatalogen und ihrer bisherigen Arbeitsweise feststellen: Zum Teil greifen die Rahmenkonzepte Verfahrensweisen und Problemlösungen auf, die sich in der Praxis bereits vielfach bewährt haben, zum Teil formulieren sie jedoch Anforderungen, die in der Praxis bislang eher selten berücksichtigt wurden.

Die Vorgaben, die in den Rahmenkonzepten enthalten sind, können und sollten, wenn es für sinnvoll gehalten wird, einrichtungsindividuell durch die Formulierung weitergehender Qualitätsanforderungen ergänzt werden.

Zum besseren Verständnis der Rahmenkonzepte sollte berücksichtigt werden, dass sie sich auch auf solche Handlungsfelder beziehen, in denen Ergebnisqualität auf die erfolgreiche Kooperation der Einrichtungen mit anderen Personen bzw. Organisationen angewiesen ist. Ein Rahmenkonzept kann die Einrichtungen jedoch ebenso wenig wie vergleichbare Handlungsleitlinien dazu verpflichten, Qualität sicherzustellen, die maßgeblich vom Wirken anderer Institutionen oder Personen abhängt. Diese Problematik kommt besonders bei der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und beim Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten zum Tragen, aber auch in der Zusammenarbeit mit Angehörigen. Die Rahmenkonzepte folgen in dieser Hinsicht dem Grundsatz, sich auf Maßgaben zu konzentrieren, deren Umsetzung sich von den Einrichtungen tatsächlich gestalten lassen. Sie fordern die Einrichtungen beispielsweise dazu auf, Angehörigen adäquate Unterstützungsangebote oder niedergelassenen Ärzten bestimmte Kooperationsangebote zu unterbreiten und hierfür die notwendigen Voraussetzungen zu entwickeln. Inwieweit solche Angebote aufgegriffen werden und damit eine Verbesserung der Lebens- und Versorgungsqualität für den Bewohner bewirken, liegt jedoch nicht im Einflussbereich der Einrichtungen.

Aufbau der Rahmenkonzepte

Am Beginn eines jeden Rahmenkonzepts findet sich eine Einleitung, in der das Thema und Besonderheiten des Maßstabs kurz vorgestellt werden. Darüber hinaus folgt die Darstellung der folgenden Gliederung:



- **Grundsätze:** Die Grundsätze benennen die Ausrichtung des im Rahmenkonzept beschriebenen Arbeitsfeldes. Alle weiteren Ausführungen dienen der Konkretisierung der Grundsätze auf der Handlungsebene.
- **Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption:** Alle Rahmenkonzepte schreiben die Verfügbarkeit eines schriftlichen Konzepts vor. Weitere Erläuterungen hierzu finden sich weiter unten.
- **Personelle Zuständigkeiten:** Ein wichtiges Anliegen der Rahmenkonzepte besteht darin, planvolle und zielgerichtete, am Bedarf und an den Bedürfnissen der Bewohner orientierte Verfahrensweisen sicherzustellen. Aus diesem Grund finden sich in allen Rahmenkonzepten Vorgaben zur Regelung von Zuständigkeiten, wobei der für den jeweiligen Bewohner zuständigen Pflegefachkraft (vgl. Kapitel 3) eine zentrale Rolle zugeschrieben wird.
- **Weitere Anforderungen:** Darüber hinaus beinhalten die Rahmenkonzepte themenspezifische Anforderungen, die in ihrer Anzahl variieren. Sie haben häufig eine sehr unterschiedliche Bedeutung für die Ausgestaltung von Strukturen und Prozessen.

Diese unterschiedliche Bedeutung kann am Beispiel der Zusammenarbeit mit Angehörigen aufgezeigt werden:

Anforderung 6.2

Auf Initiative der Mitarbeiter und/oder der Angehörigen finden im Bedarfsfall neben geplanten Gesprächen auch ungeplante Gespräche (telefonisch, persönlich) statt.

Anforderung 6.5

Die Einrichtung stellt Räumlichkeiten bereit, in denen ungestörte Gespräche zwischen Mitarbeitern und Angehörigen stattfinden können.

Ein zur Verfügung gestellter Raum kann zwar dazu dienen, Gespräche in einem geeigneten Rahmen durchführen zu können, aber für sich genommen hat dieser Raum keine Bedeutung. Um es überspitzt auszudrücken: Ein Raum, der für Gespräche zur Verfügung steht, aber nicht genutzt wird, da Mitarbeiter und Angehörige nicht miteinander sprechen, hat keinerlei Bedeutung für die Angehörigenarbeit, auch wenn formal gesehen eine Anforderung des Rahmenkonzepts erfüllt wurde. – Die Anforderungen sollten daher als Gesamtheit und in ihrem Zusammenwirken gesehen werden, um den Zielsetzungen und inhaltlichen Schwerpunkten des jeweiligen Arbeitsfeldes (z. B. Zusammenarbeit mit Angehörigen) gemäß der vorangestellten Grundsätzen gerecht werden zu können.

Dass Anforderungen eng miteinander verknüpft sind, kann anhand eines weiteren Beispiels deutlich gemacht werden. Die Anforderung 4.2 des Rahmenkonzepts „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ lautet

„Der Hauptansprechpartner vermittelt im Bedarfsfall (z.B. bei auftretenden Differenzen) zwischen Bewohner und Angehörigen. Die Wahrung der Bewohnerinteressen erfährt hierbei eine besondere Berücksichtigung.“

und ist von großer Bedeutung für die Förderung bzw. Weiterentwicklung des persönlichen Kontakts zwischen Bewohner und Angehörigen. Dennoch wird diese Anforderung nur dann umsetzbar sein, wenn zuvor andere Anforderungen erfüllt wurden, wie z. B. die Information und Beratung der Angehörigen in persönlichen Gesprächen (3.2). Erst hierdurch kann eine Beziehung aufgebaut werden, die es erlaubt, eine Vermittlerposition zwischen Bewohner und Angehörigen einzunehmen. Einige Anforderungen bilden folglich die Basis für die Umsetzung weiterer Anforderungen.

Nahezu alle Anforderungen wurden mit kurzen Erläuterungen versehen. Sie umfassen:

- Konkretisierende inhaltliche Ausführungen
- Fragen der Relevanz für den Versorgungsalltag
- Beispiele zur konkreten Umsetzung in die Praxis
- Benennung von wichtigen Besonderheiten.

Entwicklung/Verfügbarkeit schriftlicher Konzeptionen der Einrichtung

Konzepte können verstanden werden als Entwürfe von Handlungsplänen, in denen die Ziele, Inhalte, Vorgehens- bzw. Handlungsweisen in einen sinnvollen Zusammenhang gebracht werden (Geißler/Hege 2001, von Spiegel 2004). Sie erfüllen nur dann ihren Zweck, wenn sie von Mitarbeitern im Arbeitsalltag tatsächlich als verbindliche Vorgabe akzeptiert und verinnerlicht werden.

Die Rahmenkonzepte selbst haben den Charakter eines Anforderungskatalogs, nicht eines konkreten Konzepts. Sie stecken den Rahmen für die Entwicklung bzw. Anpassung einrichtungsspezifischer Konzepte ab.

Um den unterschiedlichen Voraussetzungen und Möglichkeiten von Einrichtungen Rechnung zu tragen, ist das Anforderungsprofil der Rahmenkonzepte an vielen Stellen allgemein formuliert. Damit soll ermöglicht werden, die konkrete Ausgestaltung an die Bedingungen der Einrichtungen anzupassen, ohne ein definiertes Qualitätsniveau zu unterschreiten. Das bedeutet zugleich, dass die Rahmenkonzepte einer Konkretisierung in Form eines einrichtungsspezifischen Konzeptes bedürfen – eines Konzeptes, das im Versorgungsalltag tatsächlich gelebt wird. Bei der Entwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte können und sollten die Einrichtungen auf von ihnen bereits erarbeitete Konzepte zurückgreifen.

Die Rahmenkonzepte sind insofern kein Ersatz für die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Verfahrensabläufen, Regelungen für Zuständigkeiten, Schulungsmaßnahmen, Kommunikationsregeln etc. Dies muss von den Einrichtungen selbst geleistet werden. Die „Umsetzung“ eines Rahmenkonzepts setzt erhebliches Eigenengagement und die Bereitschaft voraus, auch gewohnte Handlungsroutinen zu hinterfragen und ggf. anzupassen.

Bei der Konzeptentwicklung bzw. -anpassung sollte darauf geachtet werden, wie konkret die Vorgaben des Rahmenkonzepts ausfallen. Einige Anforderungen sind bereits sehr differenziert und handlungsleitend formuliert, bei den meisten handelt es sich jedoch um allgemeine Qualitätsanforderungen, die bei der Konzeptentwicklung konkretisiert werden müssen. Es ist daher nicht sinnvoll, die Anforderungen aus den Maßstäben wortwörtlich zu übernehmen. Für Mitarbeiter ist es wenig hilfreich, wenn Einrichtungskonzepte so allgemein bleiben wie die Rahmenkonzepte selbst. Ein Beispiel aus dem Rahmenkonzept „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ kann dies verdeutlichen:

Anforderung 5.3 aus dem Rahmenkonzept „Zusammenarbeit mit Angehörigen“: Die Mitarbeiter wirken darauf hin, dass sich Angehörige regelmäßig und aktiv an der Gestaltung von Festen, Veranstaltungen und Ausflügen beteiligen.

Diese Anforderung sagt nichts darüber aus, was Mitarbeiter konkret unternehmen sollen, um Angehörige entsprechend zu beteiligen. Diese Konkretisierung ist aber erforderlich, damit Mitarbeiter und auch außenstehende Personen nachvollziehen können, was zu tun ist, um diese Anforderung zu erfüllen.



Beispiel zur Konkretisierung der Anforderung 5.3 aus dem Rahmenkonzept „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ im Rahmen eines Konzeptes:

- Jeder Wohnbereich verfügt über eine Informationstafel, an der aktuelle Termine (mit dem Hinweis auf die Möglichkeit der Beteiligung von Angehörigen und Ansprechpartner) nachzulesen sind. Für die Aktualisierung der Informationen ist die jeweilige Wohnbereichsleitung verantwortlich.
- Außerdem spricht die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft bzw. deren Vertretung Angehörige persönlich an, wenn diese die Einrichtung aufsuchen, und informiert über geplante Feste, Veranstaltungen, Ausflüge etc. und die Möglichkeit der Beteiligung.
- (...)

Konzepte sollten also so konkret formuliert sein, dass alle Mitarbeiter der Einrichtung Klarheit über Zuständigkeiten, Aufgaben und Abläufe gewinnen.

Personelle Zuständigkeiten

Die Rahmenkonzepte setzen voraus, dass in den Einrichtungen ein Pflegeorganisationsmodell bzw. -system existiert, in dem die Verantwortung für die Gestaltung des individuellen Pflegeprozesses eindeutig personell zugeordnet ist¹. Unabhängig davon, wie eine solche Organisation im Detail ausgestaltet ist und benannt wird (z. B. „Bezugspflege“), handelt es sich bei den Trägern dieser Verantwortung stets um eine Pflegefachkraft. Um Missverständnisse aufgrund der häufig zu beobachtenden Unterschiede in der Begriffsverwendung zu vermeiden, wird in den Rahmenkonzepten die neutrale Formulierung „Zuständige Pflegefachkraft“ benutzt.

Bei der Durchsicht der Rahmenkonzepte wird auffallen, dass der zuständigen Pflegefachkraft einige Aufgaben der Steuerung und Koordination zugeordnet werden, die über die Gestaltung des individuellen Pflegeprozesses hinausreichen. Diese Zuordnung beruht auf dem Ziel einer größtmöglichen Integration von Unterstützungsleistungen für den Bewohner, die ggf. von vielen verschiedenen Beteiligten erbracht werden (vgl. Kapitel 3). Je komplexer die Unterstützung ausfällt, umso wichtiger wird es, dass eine Person die Verantwortung für die Gestaltung der individuellen Versorgung, die Durchführung von Abstimmungsprozessen, die Informationsweitergabe und andere Kommunikationsaufgaben übernimmt. Die zuständige Pflegefachkraft übernimmt ohnehin eine Steuerungsverantwortung im Rahmen des individuellen Pflegeprozesses. Diese wird nun mit den Rahmenkonzepten um einige weitere Aufgaben ergänzt.

¹ Ausnahme ist das Rahmenkonzept „Nächtliche Versorgung“, das im Unterschied zu den anderen keinen abgrenzbaren Prozess, sondern die tägliche regelhafte Versorgung der Bewohner während der Abend-/Nachtstunden thematisiert. Er enthält keine besonderen Anforderungen zur personellen Zuständigkeit.

6.2 Rahmenkonzept „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“

Der Umzug alter Menschen in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung stellt eine einschneidende Verlusterfahrung dar. Die Betroffenen müssen u. a. den eigenen Wohnraum aufgeben, der den Lebensmittelpunkt darstellt, in dem der überwiegende Teil des Alltags verbracht wird und von dem aus soziale Beziehungen gestaltet werden. Er ist in besonderem Maße ein Ort der Erinnerung und leistet einen wichtigen Beitrag für die persönliche Identität. Darüber hinaus stellt er eine vertraute und überschaubare Umgebung dar und gewährleistet somit Privatheit und Sicherheit. Daher verwundert es nicht, dass die meisten alten Menschen sich dafür aussprechen, auch im Alter in der eigenen Wohnung bleiben zu wollen (Schachtner 1987, Nolan et al. 1996).

Der Heimeinzug und die damit verbundene Auseinandersetzung mit der völlig anderen, zunächst fremdartigen Umgebung einer vollstationären Pflegeeinrichtung ist für die neuen Bewohner insofern ein kritisches Lebensereignis. Es trifft sie zudem in der Regel unvorbereitet (Lehr 2003). Vielfach sieht sich der alte Mensch, insbesondere bei einem Einzug im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, ad hoc vor eine Entscheidung gestellt, oder die Entscheidung wird ihm von den Angehörigen abgenommen. Zahlreiche Forschungsarbeiten zeigen, dass „kritische Lebensereignisse“ besser bewältigt werden, wenn sie durch Information, Beratung und Erfahrungsmöglichkeiten vorbereitet und begleitet werden. Für den Umzug in eine Pflegeeinrichtung gilt dies ganz besonders (Klingensfeld 1999; Lehr 2003; Pinquart/Devrient 1991; Lee et al. 2002).

Das vorliegende Rahmenkonzept „Unterstützung beim Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung“ setzt an dieser Stelle an: Er macht Vorgaben für die Planung und Organisation des Heimeinzugs im Zusammenwirken mit den Bewohnern bzw. ihren Angehörigen, womit deren Bewältigungsanstrengungen unterstützt werden sollen. Er konzentriert sich auf die Vorbereitung des Heimeinzugs, den Übergang in die Einrichtung und die für das Einleben sehr wichtigen ersten vier bis sechs Wochen nach dem Einzug. Eine erfolgreiche Bewältigung dieses Zeitraums beeinflusst nachweislich die langfristige Entwicklung des Wohlbefindens und der aktiven Lebensgestaltung positiv (Lee et al. 2002; Thiele et al. 2002).

Das Ziel, die Bewältigung durch geeignete Rahmenbedingungen und direkte Unterstützung zu fördern, war ausschlaggebend für die Entscheidung, welche Fragen mit dem Rahmenkonzept aufgegriffen werden und welche nicht. So finden administrative Aufgaben bzw. allgemeine Managementaufgaben (z. B. im Zusammenhang mit dem Abschluss von Heimverträgen oder Anfragen von Pflegebedürftigen und Angehörigen, die einen Heimplatz suchen) keine Berücksichtigung.



1. Grundsätze

- 1.1 Im Vordergrund der fachgerechten Begleitung des Umzugs von Menschen in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung stehen die Integration in das neue soziale Umfeld, die Reduzierung psychischer Belastungen sowie die Sicherstellung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung von Beginn des Heimaufenthaltes an.**
- 1.2 Hierzu ist eine planvolle Vorbereitung der Versorgung und eine individuelle Unterstützung erforderlich, die u. a. auf den Abbau von Ängsten, die Förderung von Eigenaktivität und die Schaffung von Vertrauen abzielt.**
- 1.3 Ein wesentlicher Aufgabenbereich ist hierbei die Information der Bewohner und ihrer Angehörigen über das Angebot der Einrichtung bezüglich Unterkunft, Pflege und anderer Versorgungsleistungen sowie die Ermittlung des individuellen Unterstützungsbedarfs.**
- 1.4 Orientierungs- und Integrationsschwierigkeiten der Bewohner werden von der Einrichtung in besonderer Weise berücksichtigt.**

Die Förderung der sozialen Integration stellt eine sehr wichtige Aufgabe dar, denn nicht selten haben neue Bewohner Schwierigkeiten, Sozialkontakte zu knüpfen oder aufrechtzuerhalten (Thiele et al. 2002, Saup 1990). In diesem Zusammenhang ist erfahrungsgemäß weniger die Zahl der Kontakte als vielmehr die Qualität der Beziehungen von Bedeutung. Einen besonderen Stellenwert für das Wohlbefinden nehmen dabei die Sozialkontakte zu Verwandten, ehemaligen Nachbarn sowie Freunden ein.

Integrationsfördernde Maßnahmen werden im vorliegenden Rahmenkonzept an unterschiedlichen Stellen berücksichtigt, etwa bei der Erfassung biografischer Daten bzw. der Einschätzung des Stellenwerts sozialer Kontakte im Erstgespräch. Auch die Zuordnung einer festen pflegerischen Bezugsperson in der ersten Phase des Aufenthalts soll die Eingewöhnung erleichtern. Im Rahmen des Integrationsgesprächs ist die Einrichtung gehalten, Integrationsschwierigkeiten aufzugreifen und ggf. Maßnahmen zur Förderung des Einlebens einzuleiten.

In den ersten Wochen nach dem Umzug in eine Pflegeeinrichtung äußert sich die psychische Belastung der Bewohner oftmals in Form von Hoffnungslosigkeit, geringer Lebenszufriedenheit und depressiver Stimmung. Entlastend wirkt häufig die Erfahrung, über Entscheidungsmöglichkeiten und Handlungsspielraum zu verfügen. Im vorliegenden Rahmenkonzept finden sich Vorgaben, die darauf abzielen, eine größtmögliche Selbstbestimmung der Bewohner zu gewährleisten.

2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption

- 2.1 Die Einrichtung verfügt über ein schriftlich fixiertes Konzept zum Heimeinzug.
- 2.2 Das Konzept macht Aussagen zu den Grundsätzen und Inhalten des Heimeinzugsverfahrens, zu den beteiligten Berufsgruppen und jeweiligen Zuständigkeiten. Diese Aussagen tragen den im vorliegenden Rahmenkonzept formulierten Anforderungen Rechnung. Das Konzept der Einrichtung ist allen Mitarbeitern bekannt und entsprechende Einweisungen bzw. Schulungen finden statt.

Erläuterungen zum Thema „schriftliche Konzeption“ finden sich in Kapitel 6.1.

3. Personelle Zuständigkeiten

- 3.1 Die Einrichtung benennt für die ersten vier bis sechs Wochen des Heimaufenthalts eine Pflegefachkraft als Hauptansprechpartner für den neuen Bewohner sowie eine Vertretung (ebenfalls Pflegefachkraft). Diese stellen in enger Kooperation mit dem Sozialen Dienst eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Begleitung des Bewohners während der ersten Phase des Heimaufenthalts sicher.
- 3.2 Hauptansprechpartner und Vertretung sind allen Mitarbeitern, die an der pflegerischen und sozialen Betreuung unmittelbar beteiligt sind, sowie den Angehörigen in dieser Funktion namentlich bekannt.

Rechtzeitig vor dem Einzug sollte der Hauptansprechpartner für den Bewohner benannt und festgelegt werden, wer ihn in dieser Funktion (bei längerer Abwesenheit) vertritt. Der Hauptansprechpartner ist für die Sicherstellung der Durchführung der in diesem Rahmenkonzept formulierten Maßnahmen verantwortlich. Das bedeutet nicht, dass er sämtliche Aufgaben, die mit den Anforderungen verbunden sind, auch selbst durchführen muss. Manche Aufgaben lassen sich an andere Pflegekräfte übertragen. Der Hauptansprechpartner soll von Beginn an eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen und die Unterstützungsleistung anderer Mitarbeiter bzw. Berufsgruppen koordinieren.

Das Rahmenkonzept sieht vor, dass die genannten Aufgaben Pflegefachkräften zugeordnet werden. Im Idealfall sind dies jene Mitarbeiter, die auf Dauer für den Bewohner zuständig sind. Diese Konstellation bietet die besten Voraussetzungen für personelle Kontinuität, auf die neue Bewohner in hohem Maße angewiesen sind. Besonders bei kurzfristigen Heimeinzügen können sich allerdings organisatorische Schwierigkeiten ergeben, die es notwendig machen, für die erste Phase des Heimaufenthalts eine Zwischenlösung zu finden.

In den ersten Wochen nach dem Heimeinzug ist es sehr wichtig, die alltägliche Versorgung und weitergehende Unterstützung an die besondere Situation der neuen Bewohner anzupassen und nach dem Grundsatz des biografieorientierten Arbeitens auszugestalten. Dabei ist ein enger Informationsaustausch zwischen Pflege und Sozialem Dienst unerlässlich, vor allem dann, wenn der Soziale Dienst wichtige Aufgaben im Vorfeld des Heimeinzugs übernimmt.



Die Hauptansprechpartner müssen allen Beteiligten in ihrer Funktion bekannt sein, um eine reibungslose Kommunikation zu gewährleisten. Insbesondere müssen natürlich die Bewohner selbst wissen, auf wen sie mit ihren Fragen und Belangen zugehen können. Einrichtungen, die nicht die auf Dauer zuständige Pflegefachkraft, sondern eine andere Person als Hauptansprechpartner für die Angehörigen bestimmen (vgl. Kapitel 6.3) sollten besonders darauf achten, dass die unterschiedliche personelle Zuständigkeit allen Beteiligten transparent ist.

4. Erstgespräch

- 4.1 Vor dem Heimeinzug findet ein Erstgespräch mit den Bewohnern und/oder ihren Angehörigen statt, entweder in ihrer Häuslichkeit oder im Krankenhaus. Die personelle Verantwortung für die Durchführung des Erstgesprächs ist festgelegt. Kann ein Erstgespräch aufgrund der Kurzfristigkeit des Heimeinzugs oder anderer wichtiger Faktoren nicht durchgeführt werden, so sind die Inhalte (Punkt 4.2) nach erfolgtem Heimeinzug zu bearbeiten.
- 4.2 Die Inhalte des Erstgesprächs sind in Form von Vorgaben für die betreffenden Mitarbeiter definiert. Es ist insbesondere festgelegt,
 - welche Informationen den zukünftigen Bewohnern und/oder deren Angehörigen übermittelt werden sollen,
 - welche Absprachen mit ihnen zu treffen sind,
 - dass pflege- und betreuungsrelevante Basisinformationen erfasst werden (allgemeines Befinden, körperliche Verfassung, kommunikative und kognitive Fähigkeiten, Stimmungslage und Verhalten, Selbstpflegedefizite und -ressourcen, medizinische Diagnosen, spezielle Behandlungen, behandelnde Ärzte sowie Informationen zur Medikation/zu benötigten Hilfsmitteln),
 - dass mit der Erfassung der im „Kriterienkatalog: Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor Heimeinzug“ unter den Punkten 2. und 3. (siehe Kapitel 4) aufgeführten Informationen begonnen wird,
 - dass die Bewohner bzw. ihre Angehörigen darüber unterrichtet werden, dass besonderer Wert auf das Mitbringen von persönlichen Erinnerungstücken gelegt wird (Fotos, Gegenstände).
- 4.3 Die Ergebnisse, Informationen und Absprachen des Erstgesprächs werden dokumentiert.

■ zu 4.1

Unter „Erstgespräch“ wird ein *strukturiertes Gespräch* verstanden, mit dem ein wechselseitiger Informationsaustausch zwischen der Einrichtung und den zukünftigen Bewohnern bzw. deren Angehörigen begonnen wird und erste Absprachen zur Gestaltung des Heimaufenthaltes und zur Zusammenarbeit getroffen werden (Alten- und Pflegezentren Main-Kinzig-Kreis 1999). Dies setzt voraus, dass bereits eine definitive Entscheidung zum Heimeinzug gefallen ist. Das Erstgespräch ist also von allgemeinen Informationsgesprächen, die vor dem Entschluss zum Heimeinzug stattfinden (oftmals als „Erstkontakte“ bezeichnet), zu unterscheiden.

Auch mit Bewohnern, die in die Kurzzeitpflege aufgenommen werden und bei denen absehbar ist, dass sie in eine Dauerpflege übergehen, ist ein Erstgespräch zu führen. War der Übergang in die vollstationäre Dauerpflege bei Aufnahme des Bewohners in die Kurzzeitpflege nicht absehbar und wurde aus diesem Grund kein Erstgespräch geführt, sollten die unter Punkt 4.2 aufgeführten Aspekte in Gesprächen berücksichtigt werden, die in den ersten Tagen nach erfolgtem Einzug geführt werden.

Die Durchführung eines Erstgesprächs ist besonders schwierig oder zum Teil sogar nicht möglich, wenn Heimeinzüge sehr kurzfristig erfolgen. *Die Einrichtungen sollten jedoch versuchen, organisatorische Anpassungen vorzunehmen, um auch bei kurzfristigen Heimeinzügen (1–3 Tage Vorbereitungszeit) ein Erstgespräch zu ermöglichen.*

Kann es in Einzelfällen (z. B. am geplanten Termin erhöhter Krankenstand in der Einrichtung, zukünftiger Bewohner lebt weit entfernt) nicht stattfinden, so sollten die unter Punkt 4.2 aufgeführten Aspekte in Gesprächen berücksichtigt werden, die in den ersten Tagen nach erfolgtem Einzug geführt werden (vgl. Punkt 6. und 7). Informationen von zentraler Bedeutung (z. B. über die Medikation/Hilfsmittel) müssen dann vor dem Heimeinzug telefonisch ausgetauscht werden.

Es ist wichtig, die personelle Verantwortung für das Erstgespräch festzulegen, da diese Aufgabe nicht selten ein Überlappungsbereich zwischen Sozialem Dienst und den Pflegekräften der Einrichtungen darstellt. *Um größtmögliche personelle Kontinuität herzustellen, wird empfohlen, die Durchführung des Erstgesprächs dem Hauptansprechpartner zu übertragen. Insbesondere bei sehr kurzfristigen Einzügen wird nicht immer der spätere Hauptansprechpartner das Erstgespräch führen können. Dann muss diese Aufgabe anderen Mitarbeitern übertragen werden.*

Es ist nicht immer möglich, mit den Bewohnern selbst das Gespräch zu führen. In diesen Fällen nehmen die Angehörigen eine Stellvertreterfunktion ein.

■ zu 4.2

Informationen über das Heimleben sowie Angebote der Einrichtung (z. B. Gruppenaktivitäten, Maßnahmen zur Förderung der sozialen Teilhabe) erleichtern das Einleben der Bewohner in ihr neues Lebensumfeld (Beaver 1979, Kowalski 1981, Pinquart/Devrient 1991). Daher sollte ausreichend über die Wohnsituation, die hauswirtschaftlichen Leistungen sowie die sozialen Angebote, aber auch über allgemeine Fragen der Alltagsgestaltung in der Einrichtung informiert werden.

Informationen müssen jedoch in angemessener Form gegeben und auf die wichtigsten Fragen begrenzt werden. Es kann hilfreich sein, mündliche Information durch schriftliches Material zu ergänzen. Zu viel oder zu komplexe Information wird – vor allem in Belastungssituationen – nicht aufgenommen und kann sogar zu einem zusätzlichen Stressfaktor werden (vgl. Wingenfeld 2005: 215ff).

Das Erstgespräch soll der Einrichtung auch ermöglichen, erste, für die Pflege relevante Informationen zu erhalten. Gemeint ist damit kein vollständiges Assessment, sondern die Erfassung grundlegender Informationen über Versorgungsanforderungen, die sich nach dem Heimeinzug voraussichtlich stellen werden.

In diesem Zusammenhang sind Informationen zur Lebensgeschichte und bisherigen Lebenssituation von besonderer Bedeutung. Insbesondere bei demenziell Erkrankten, aber auch bei anderen Bewohnern entstehen hierdurch kommunikative Zugangswege (Kerkhoff/Halbach 2002). Voraussetzung ist eine Informationssammlung, die auf der Grundlage des „Kriterienkatalogs zur Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor Heimeinzug“ (vgl. Kapitel 4.3) durchgeführt wird. Mit dem Erstgespräch kann damit begonnen werden. Weitere Anknüpfungspunkte bieten persönliche Gegenstände der neuen Bewohner.



Im Erstgespräch ist es meist noch zu früh, die Gestaltung der Wohn- und Pflegesituation im Detail abzustimmen. Dies sollte besser zu einem späteren Zeitpunkt geschehen. Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass viele Absprachen aus der Sicht der Bewohner und ihrer Angehörigen erst dann möglich sind, wenn sie sich ein konkretes Bild von der neuen Lebensumgebung machen können, also bereits erste Erfahrungen gesammelt haben und eine gewisse Sicherheit entwickeln konnten. Abstimmung ist in diesem Zusammenhang also als ein längerer Prozess zu sehen, in dem die Einrichtung bzw. ihre Mitarbeiter flexibel auf die Bedürfnisse der Bewohner eingehen.

■ zu 4.3

Neben der Dokumentation der Inhalte des Erstgesprächs ist auch dafür Sorge zu tragen, dass die Informationen an die jeweils zuständigen Mitarbeiter (z. B. Pflege, Hauswirtschaft, Verwaltung) weitergeleitet werden (siehe auch Punkt 5.2). Eine wiederholte Erfassung identischer Informationen durch unterschiedliche Personen und der damit verbundene vermehrte Dokumentationsaufwand kann hierdurch vermieden werden.

5. Vorbereitung des Heimeinzugs

5.1 Die Einrichtung bietet den zukünftigen Bewohnern und/oder ihren Angehörigen vor dem Einzugsstermin eine Hausbesichtigung an und sorgt dafür, dass diese auf Wunsch durchgeführt wird. Im Rahmen der Hausbesichtigung findet eine erste Planung zur Gestaltung der Wohn- und Pflegesituation statt.

5.2 Die Einrichtung stellt sicher, dass die Mitarbeiter und alle anderen Leistungsbereiche (z. B. Hauswirtschaft, Haustechnik, Sozialer Dienst) rechtzeitig über den Heimeinzug informiert und ihnen notwendige Informationen übermittelt werden.

5.3 Die Einrichtung leitet bei Bedarf Maßnahmen ein, um auf die rechtzeitige Verfügbarkeit der benötigten Medikamente und Hilfsmittel hinzuwirken.

■ zu 5.1

Bei kurzfristigen Einzügen, insbesondere unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, ist eine Hausbesichtigung durch die zukünftigen Bewohner in der Regel nicht möglich. In diesen Fällen können die Angehörigen stellvertretend die Einrichtung besuchen. Während der Hausbesichtigung sollte die zukünftige Wohn- und Pflegesituation gemeinsam mit den Bewohnern bzw. ihren Angehörigen besprochen werden. Es ist hilfreich, die Gestaltung der Hausbesichtigung im Einrichtungskonzept näher zu bestimmen.

■ zu 5.3

Die Vorbereitung des Heimeinzugs sollte auch die Verfügbarkeit notwendiger Hilfsmittel und Medikamente der neuen Bewohner berücksichtigen. Es versteht sich von selbst, dass die Einrichtung nicht die Verantwortung für verspätetes Handeln anderer Stellen übernehmen kann (z. B. verzögerte Hilfsmittellieferung). Sie kann jedoch durch ein planvolles Vorgehen dazu beitragen, solche Probleme zu vermeiden. Es ist beispielsweise möglich, bereits vor dem Heimeinzug Kontakt zum Hausarzt herzustellen. Durch das Erstgespräch (Punkt 4) sollte bekannt sein, ob in dieser Hinsicht Handlungsbedarf besteht.

6. Einzugstag

- 6.1 Es ist festgelegt, welche Aufgaben die Hauptansprechpartner im Rahmen der Begleitung der neuen Bewohner am Einzugstag übernehmen. Diese Aufgaben umfassen mindestens:**
- die neuen Bewohner sowie deren Angehörige zu empfangen, ihnen das Zimmer und den Wohnbereich zu zeigen sowie ihnen die Mitarbeiter des Wohnbereichs und ggf. die Mitbewohner des Zimmers vorzustellen,
 - den neuen Bewohnern die Bedienung der Rufanlage zu erklären und sie bei der Einrichtung des Zimmers zu unterstützen,
 - die Durchführung eines Aufnahmegesprächs (das Aufnahmegespräch kann, wenn es die Umstände nahe legen oder die Bewohner aufgrund zu vieler Eindrücke überfordert wären, auf den nächsten Tag verschoben werden).
- 6.2 Im Aufnahmegespräch erfolgt auch:**
- die Fortführung des pflegerischen Assessments (vgl. Kapitel 4),
 - die Fortsetzung der Informationssammlung entsprechend des „Kriterienkatalogs: Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor Heimeinzug“ (vgl. Kapitel 4).
- 6.3 Versorgungsrelevante Informationen werden dokumentiert und in die Dienstübergabe eingebracht.**
- 6.4 Der Hausarzt und ggf. weitere behandelnde Ärzte werden über den Heimeinzug informiert.**

■ zu 6.2

Das Aufnahmegespräch am Einzugstag fällt in den Aufgabenbereich des Hauptansprechpartners. Die Einrichtung sollte in ihrem Konzept festlegen, was neben den unter Punkt 6.1 festgelegten Inhalten im Aufnahmegespräch thematisiert werden soll. Um eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Pflege unmittelbar beginnen zu können, ist es wichtig, das pflegerische Assessment in zentralen Fragen so weit wie möglich abzuschließen (vgl. MDS 2005) und mit der Erfassung biografischer Informationen fortzufahren. Ist der Bewohner aufgrund kognitiver Einschränkungen nicht zu einem Aufnahmegespräch in der Lage, sollte es mit den Angehörigen geführt werden.

Die Durchführung des Aufnahmegesprächs verfolgt unterschiedliche Zielsetzungen. Es geht nicht nur um die Ermittlung und einen wechselseitigen Austausch von Informationen, sondern auch um den Aufbau einer Beziehung zum Bewohner. Dies sollte bei der Durchführung des Aufnahmegesprächs berücksichtigt werden, indem z. B. Informationen nicht bloß abgefragt werden, sondern Wert darauf gelegt wird, dass sich ein Gespräch entwickelt. Es kann auch sinnvoll sein, das Aufnahmegespräch nicht am Einzugstag abzuschließen, sondern es zu einem späteren Zeitpunkt (bzw. am zweiten Tag) fortzusetzen. Auch bei der Informationsübermittlung oder der Vorstellung anderer Personen (Mitarbeiter, Bewohner) sollte darauf geachtet werden, dass Bewohner und Angehörige nicht überfordert werden.



7. Erste Phase des Aufenthaltes

- 7.1 Während der ersten vier bis sechs Wochen des Heimaufenthaltes nimmt der Hauptansprechpartner oder seine Vertretung regelmäßig, je nach Bedarf der neuen Bewohner gegebenenfalls auch täglich, Kontakt zu ihnen auf und leistet Unterstützung zur Bewältigung des Heimeinzugs.
- 7.2 Spätestens am dritten Tag des Aufenthalts werden mit den neuen Bewohnern vorläufige Absprachen zum Tagesablauf (einschl. Verpflegung/Einnahme der Mahlzeiten) getroffen. Bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern werden die Angehörigen (soweit vorhanden) beim Festlegen des vorläufigen Tagesablaufs beteiligt.
- 7.3 Die neuen Bewohner erhalten, sofern sie dazu in der Lage sind und es ihren Bedürfnissen entspricht,
 - Informationen über die Hausabläufe und die Wäscheversorgung sowie die Angebote der Einrichtung,
 - eine Hausführung, bei der ihnen das Wohnumfeld und Angebote außerhalb des Wohnbereichs sowie ggf. Mitarbeiter außerhalb des Wohnbereichs vorgestellt werden,
 - die Möglichkeit, den Heimbeirat und ggf. den Heimförsprecher persönlich kennenzulernen.
- 7.4 Gemeinsam mit den neuen Bewohnern werden unter Berücksichtigung ihrer Biografie Aktivitäten geplant.
- 7.5 Die Vitalwerte werden innerhalb der ersten Woche ermittelt.
- 7.6 Wenn die notwendigen Hilfsmittel beim Einzug der Bewohner noch nicht verfügbar sind, strebt die Einrichtung an, die Verfügbarkeit möglichst innerhalb der ersten Woche sicherzustellen.
- 7.7 Die Erfassung der im „Kriterienkatalog: Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor Heimeinzug“ unter den Punkten 2 und 3 aufgeführten Informationen (vgl. Kapitel 4) wird abgeschlossen. Die Erfassung der dort unter den Punkten 4 und 5 aufgeführten Informationen wird begonnen und so weit wie möglich vervollständigt.
- 7.8 Spätestens zwei Wochen nach dem Heimeinzug liegt eine erste (ggf. noch nicht vollständige) Pflegeplanung auf der Grundlage des initialen pflegerischen Assessments vor (vgl. Kapitel 4).
- 7.9 Die Angehörigen werden bei Bedarf über den Verlauf der ersten Aufenthaltsphase informiert. Die Einrichtung wirkt darauf hin, dass die Angehörigen dazu motiviert werden, sich aktiv an der Gestaltung dieser Phase zu beteiligen, sofern sie sich nicht in einer schwierigen Belastungssituation befinden. Die Beteiligung Angehöriger setzt das Einverständnis der Bewohner voraus.
- 7.10 Vier bis maximal sechs Wochen nach dem Heimeinzug wird ein Integrationsgespräch mit dem Bewohner geführt. Das Konzept der Einrichtung legt fest, wer neben dem Bewohner selbst, ggf. seinen Angehörigen und dem Hauptansprechpartner an diesem Gespräch teilnimmt. Die Beteiligung Angehöriger und ggf. weiterer Personen setzt das Einverständnis des Bewohners voraus. Die Inhalte und Ergebnisse des Integrationsgesprächs werden dokumentiert.

7.11 Auf der Basis der Ergebnisse des Integrationsgesprächs wird die Pflegeplanung ggf. angepasst und vervollständigt. Die Einrichtung stellt sicher, dass Anregungen und Kritik der neuen Bewohner geprüft und ggf. Konsequenzen gezogen werden.

Das Einleben in das neue Wohn- und Lebensumfeld kann in zwei Phasen unterteilt werden: in die Phase der anfänglichen und die Phase der längerfristigen Eingewöhnung (Saup 1993; Prochaska et al. 1992). Die Phase der anfänglichen Eingewöhnung kann unterschiedlich lang sein. Zum Teil erstreckt sie sich auf einige Wochen, mitunter aber auch auf einen wesentlich längeren Zeitraum (Lehr 2003; Pinquart/Devrient 1991). Die ersten vier Wochen des Aufenthalts sind dabei besonders wichtig, denn auf die weit reichenden Umstellungen reagieren neue Bewohner zum Teil mit ausgeprägter Hoffnungslosigkeit, geringer Lebenszufriedenheit und depressiver Stimmung. Mitunter treten gehäuft psychosomatische Beschwerden auf, das Unfallrisiko, insbesondere das Sturzrisiko, ist erhöht (Saup 1993). Das vorliegende Rahmenkonzept fokussiert diese besonders wichtige Phase der anfänglichen Eingewöhnung, die – wenn sie erfolgreich bewältigt wird – auch die längerfristige Entwicklung positiv beeinflusst (Thiele et al. 2002).

■ zu 7.1

Der Hauptansprechpartner hat die Aufgabe, die neuen Bewohner beim Einleben zu unterstützen. Dabei ist zu bedenken, dass deren psychische Situation nicht nur von ihrem gesundheitlichen Zustand abhängt, sondern auch von der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung innerhalb und außerhalb der Einrichtung (Wirsing 1987). Den Bedarf an sozialer Unterstützung einzuschätzen und ggf. Maßnahmen zur Förderung sozialer Kontakte zu initiieren kann sehr wichtig sein. Hier ist in erster Linie an die Angehörigen gedacht, wobei berücksichtigt werden sollte, dass diese oftmals durch die vorangegangene häusliche Pflege belastet waren und ggf. selbst der Entlastung bedürfen. Daher ist abzuwägen, ob bzw. zu welchem Zeitpunkt sie hinzugezogen werden sollten (Boeger/Pickartz 1998; Gröning et al. 2004). Auch ehemalige Nachbarn oder Freunde können einen wichtigen Beitrag zur emotionalen Stützung leisten. Daneben ist es natürlich auch wichtig, neue Kontakte innerhalb der Einrichtung zu fördern.

Der Hauptansprechpartner sollte besonderes Augenmerk auf Bewohner mit kognitiven Einbußen legen. Bei ihnen kann ein stark ausgeprägter Bedarf an Orientierungshilfen und Unterstützung beim Herstellen sozialer Kontakte vorliegen. Es sollte auch darauf geachtet werden, ob neue Bewohner eine realitätsangemessene Vorstellung vom Heimleben mitbringen.

■ zu 7.2

Wichtig für das Einleben in die Einrichtung ist weiterhin, den neuen Bewohnern Gestaltungsmöglichkeiten einzuräumen, ihre Privatsphäre zu respektieren und die Wohn- und Lebensbedingungen so wenig wie organisatorisch notwendig zu reglementieren (Saup 1993). In diesem Kontext sind u. a. Absprachen zum *vorläufigen* Tagesablauf hilfreich. Es ist nicht immer sinnvoll, diese Absprachen bereits am Einzugstag zu treffen, da der Bewohner zu diesem Zeitpunkt mitunter noch gar nicht in der Lage ist, sich ein Bild von der neuen Lebensumgebung zu machen und darauf bezogen eigene Bedürfnisse zu formulieren. Es liegt im Ermessen des Hauptansprechpartners, den hierfür geeigneten Zeitpunkt zu wählen. Bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern sollten, neben den Angehörigen, auch biografische Informationen einbezogen werden.



■ zu 7.3/7.4

Um Institutionalisierungseffekte wie Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, Nachlassen des Aktivitätsniveaus oder Veränderung des Zeitbezugs (Wirsing 1987) zu vermeiden, ist die Planung von Aktivitäten von besonderer Bedeutung. Eine vorläufige Planung sollte spätestens mit Ablauf der ersten Woche abgeschlossen werden. Angebote sind besonders dann hilfreich, wenn sie vor dem Hintergrund biografischer Erkenntnisse geplant werden. Das Planen der Aktivitäten sollte – soweit möglich – gemeinsam mit dem Bewohner erfolgen. Die Planung sollte als Bestandteil der Pflegeplanung in der Pflegedokumentation festgehalten werden.

Daneben ist wichtig, mit den neuen Bewohnern, soweit sie gesundheitlich dazu in der Lage sind und dies wünschen, eine Hausführung durchzuführen, das Wohnumfeld zu zeigen (z. B. den Garten, Spaziermöglichkeiten, Geschäfte) sowie Angebote (z. B. Friseur) und bestimmte Mitarbeiter (z. B. Heimleitung, Verwaltung) außerhalb des Wohnbereichs vorzustellen. Es ist nicht immer förderlich, eine Hausführung unmittelbar am Einzugstag durchzuführen. Ggf. benötigen die Bewohner noch Zeit, um überhaupt aufnahmefähig zu werden, so dass die Besichtigung auch auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden kann. Eine Hausführung ist auch dann sinnvoll, wenn bereits vor dem Heimeinzug eine Hausbesichtigung erfolgt ist. Nach dem Einzug werden die Bewohner zusätzliche Informationen erhalten und andere Fragen haben als noch vor dem Einzug.

■ zu 7.5

Die Vitalwerte der Bewohner werden im Regelfall im Laufe der ersten Woche des Aufenthalts ermittelt. Ob es nötig ist, Vitalwerte früher zu erfassen, ergibt sich aus den Ergebnissen des Aufnahmegesprächs am Einzugstag. Aufgrund des Krankheitsbildes kann es beispielsweise notwendig sein, die Vitalwerte bereits am Einzugstag zu ermitteln.

■ zu 7.8

In den ersten beiden Wochen nach Einzug des Bewohners in die Einrichtung wird das initiale pflegerische Assessment durchgeführt (vgl. Kapitel 4). Auf dieser Grundlage soll eine erste Pflegeplanung erstellt werden. In den ersten Wochen des Aufenthalts können die Problemlagen des Bewohners oftmals noch nicht vollständig bzw. nicht verlässlich eingeschätzt werden. Aus diesem Grund ist die erste Pflegeplanung in der Regel unvollständig und vorläufig, was eine zeitnahe Aktualisierung erforderlich macht.

■ zu 7.10

Das Integrationsgespräch dient dazu, gemeinsam den Stand des Einlebens zu reflektieren und Lösungen für etwaige Probleme zu entwickeln. In einem Integrationsgespräch sollten mindestens die folgenden Themen mit konkreten Fragen angesprochen werden:

- Privatsphäre (z. B. Anklopfen der Mitarbeiter)
- Entscheidungsautonomie (z. B. Auswahl der Kleidung)
- Selbstständigkeit (z. B. Motivation, Anleitung zur Körperpflege)
- Informationsbedarf (z. B. Besuchsmöglichkeiten, Haustiere)
- Soziale Kontakte (z. B. Kontakt zu Mitbewohnern oder Personen außerhalb der Einrichtung)
- Angebote (z. B. Gruppenangebote, Einzelangebote)
- Tagesstrukturierung
- Pflegerische Versorgung (z. B. Berücksichtigung von Wünschen, Einbeziehung in die Pflegeplanung)
- Hauswirtschaftliche Versorgung (z. B. Speisen und Getränke, Wäsche, Reinigung).

Das Integrationsgespräch kann wichtige Informationen sowohl für die Pflegekräfte als auch für alle anderen an der Versorgung beteiligten Mitarbeiter liefern. Anregungen und Kritik, die von Bewohnern und/oder ihren Angehörigen geäußert werden, sollte die Einrichtung aufnehmen und entsprechende Maßnahmen einleiten.

6.3 Rahmenkonzept „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ (Angehörigenarbeit)

Angehörigenarbeit, d. h. der geplante und organisierte Umgang einer Einrichtung mit den Angehörigen der Bewohner (vgl. Daneke 2000), findet in erster Linie im Interesse der Bewohner statt. Aber auch Angehörige und Mitarbeiter profitieren hiervon: „Angesichts der positiven Wirkungen, die die Einbeziehung der Angehörigen auf die Integration der Bewohner und die Berufszufriedenheit der Mitarbeiter hat, sollten die Altenhilfeeinrichtungen sich verstärkt um die Einbindung der Angehörigen bemühen. Lebensqualität im Heim wird sich immer auch daran messen lassen, wie sich die Beziehungen zu den Angehörigen gestalten“ (KDA 2000: 135).

Erwartungen von Angehörigen und Mitarbeitern

Sowohl die Einrichtung als auch die Angehörigen haben Erwartungen hinsichtlich der Zusammenarbeit. Diese Erwartungen weichen zum Teil erheblich voneinander ab und bergen daher Konfliktpotential in sich. Manche Mitarbeiter erwarten z. B., dass sich Angehörige intensiv um die Bewohner kümmern. „Entsprechen Angehörige diesen Erwartungen weitestgehend, interessieren sie sich also für das Leben ihres Familienmitgliedes im Heim, pflegen sie intensive und häufige Kontakte, so zeigen sich die Professionellen jedoch häufig irritiert“ (Kronberg 1999: 9) und erleben das Verhalten der Angehörigen als Einmischung in ihre Aufgaben. Angehörige wiederum haben oftmals die Erwartung „(...) sich einerseits von der Sorgerolle zu entlasten und zu entpflichten, sich andererseits aber einzubringen und mitverantwortlich zu sein und in der Rolle als Angehöriger respektiert zu werden“ (Bauer et al. 2001: 16).

Konflikte zwischen Mitarbeitern und Angehörigen sind absehbar, wenn unterschiedliche Erwartungen aufeinander treffen und nicht thematisiert werden. Hierdurch kann ein Beziehungsaufbau zwischen Mitarbeitern und Angehörigen gefährdet oder sogar völlig unmöglich werden. Eine durch Konflikte geprägte Beziehung wiederum hat Auswirkungen auf die Bewohnersituation, z. B. kann sie durchaus zu einer geringeren Besuchshäufigkeit der Angehörigen führen (Port 2004).

Für eine gelingende Angehörigenarbeit ist es daher wichtig, dass sich Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen mit den unterschiedlichen Erwartungshaltungen von Angehörigen auseinandersetzen und auch ihre eigenen Erwartungen an Angehörige hinterfragen (Gröning/Lienker 2003a/b) – z. B. im Rahmen hausinterner Fortbildungen.

Bewusste Angehörigenarbeit

Mit dem vorliegenden Rahmenkonzept wird u. a. die Absicht verfolgt, eine *konzeptgestützte, bewusste und planvolle Angehörigenarbeit* zu fördern. Konzeptionell verankerte Angehörigenarbeit bietet zahlreiche Vorteile für alle Beteiligten. „Dort, wo eine Angehörigenarbeit systematisch betrieben wird, stellen sich positive Effekte ein: Angehörige werden aktiver, die Integration der Bewohner gelingt erfolgreicher und es ist ein besseres soziales Klima in den Wohngruppen zu verzeichnen“ (Schmidt 2003: 247). Konzepte zur Angehörigenarbeit „wirken handlungsleitend innerhalb der Institution, setzen also Standards. Außerhalb der Einrichtung können sie dazu dienen, die Angehörigen oder andere Interessenten zu informieren und ihnen eine erste Orientierung zu geben, wie sie sich innerhalb der Einrichtung positionieren können“ (Rensing 2001: 27).

Ziel ist ferner eine *kontinuierliche* Angehörigenarbeit. Die Intensität der Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern und den Angehörigen unterliegt im Laufe der Zeit Schwankungen. „Am intensivsten wird beim Einzugs, bei der Verschlechterung des körperlichen oder psychischen Zustandes des Heimbewohners und in der Sterbephase zusammengearbeitet“ (KDA 2000: 104). Es ist unstrittig, dass die Phase der ersten Kontaktaufnahme zur Einrichtung und die Einzugsphase eine entscheidende



Bedeutung für die weitere Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern und Angehörigen haben. In dieser Zeit wird der Grundstein zur Einbindung der Angehörigen in die institutionelle Pflege gelegt. Im Rahmen einer professionellen Angehörigenarbeit ist es allerdings nicht ausreichend, ausschließlich in der Einzugsphase und in kritischen Phasen den Kontakt zwischen den Angehörigen und der Einrichtung zu fördern. Setzt die Angehörigenarbeit erst zu einem Zeitpunkt ein, in dem die Unzufriedenheit oder Not der Angehörigen schon groß ist, kann ein konstruktiver Umgang miteinander erschwert sein. Angehörigenarbeit ist daher kontinuierlich während des gesamten Heimaufenthaltes der Bewohner erforderlich.

Angehörigenbegriff

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass mit dem Begriff „Angehörige“ nicht allein Verwandte der Bewohner angesprochen sind, sondern auch andere wichtige Bezugspersonen (vgl. George/George 2003). Ausschlaggebend bei der Frage, auf wen sich die Bemühungen der Einrichtung richten sollten, ist das Vorhandensein einer sozialen Bindung und emotionalen Nähe zwischen Bewohner und der jeweiligen Person. Im Einzelfall kann es also mehrere Ansprechpartner für die Einrichtung geben. Allerdings sollte im Rahmen des Heimeinzugverfahrens geklärt werden, welche Person der erste Ansprechpartner für die Einrichtung und daher zu kontaktieren ist, wenn bewohnerbezogene Informationen weitergeleitet bzw. Absprachen getroffen werden müssen. Dies regelhaft mit mehreren Personen im gegenseitigen Einvernehmen durchzuführen, würde die Möglichkeiten der Einrichtung weit übersteigen. Andere Anteile der Angehörigenarbeit können sich aber durchaus auf mehrere Bezugspersonen eines Bewohners beziehen, z. B. die Beteiligung an Festen oder Veranstaltungen. In Bezug auf Betreuer bzw. Angehörige, die keine enge Bindung zum Bewohner haben, ist im Einzelfall zu entscheiden, welche Anforderungen des vorliegenden Katalogs relevant sind.

1. Grundsätze

- 1.1 Die vorrangigen Ziele der Angehörigenarbeit bestehen darin, die Mitwirkung und Integration von Angehörigen sowie den Kontakt zwischen Angehörigen und Bewohnern zu fördern.
- 1.2 Die Einrichtung fördert die Kommunikation und das Verständnis zwischen den Mitarbeitern und den Angehörigen. Die Angehörigen erfahren in ihrer Situation Unterstützung. Die Grundlage hierfür bilden Beratung und die Herstellung von Transparenz durch Information.

Professionelle Angehörigenarbeit ist eine bewusste, planvolle Aktivität, mit der Beziehungen gestaltet werden und zielgerichtet Unterstützung geleistet wird. Sie setzt Transparenz und ein gemeinsames Verständnis der Mitarbeiter voraus. Die oben genannten Grundsätze markieren die Kernelemente eines Verständnisses, auf denen die Angehörigenarbeit aufbauen sollte und beruhen auf folgenden Überlegungen:

Beziehung Bewohner – Angehörige

Bewohnern von Pflegeeinrichtungen ist in der Regel der Kontakt zu Familie und Freunden sehr wichtig (Josat et al. 2006). Die Einbeziehung der Angehörigen und die Förderung des Kontaktes zwischen Bewohnern und Angehörigen ist für vollstationäre Pflegeeinrichtungen daher eine wichtige Aufgabe, ggf. aber auch eine schwierige Herausforderung. Dem Heimeintritt geht vielfach bereits eine längere Phase der Pflegebedürftigkeit voraus, in der sich eine Veränderung ihrer Beziehungen und eine Neuverteilung bzw. Umstrukturierung gewohnter Rollen vollzogen hat (vgl. Kauffeld et al. 1995). Dies zieht auf beiden Seiten oftmals Irritationen, mitunter auch erhebliche Spannungen und psychische Belastungen nach sich, die wiederum Anlass zur Aktualisierung früherer Konflikte geben können: „Beziehungsprobleme entstehen nicht nur aus der Pflegesituation heraus, sondern es werden häufig bereits alte, unverarbeitete Konflikte in die Pflege mit hineingebracht“ (Fuchs 2000: 111).

So sehr die Bewohner auf tragfähige Beziehungen zu den Angehörigen angewiesen sind, so wenig darf also übersehen werden, dass es sich zum Teil um konfliktbeladene, belastete Beziehungen und keineswegs immer identische Interessenlagen handelt. Angehörigenarbeit bewegt sich also zum Teil in einem Spannungsfeld, in dem erst noch geeignete Formen der Einbeziehung unter Beachtung von Interessen und Bereitschaft der Beteiligten gefunden werden müssen. Die Einrichtungen stehen hier vor der Herausforderung, „mit den vielfältigen Einstellungen und Handlungsperspektiven, die durch Angehörige eingebracht werden, dynamisch und erprobend umzugehen“ (Steiner 2001: 87).

Bedeutung des Kontakts zu Angehörigen aus Bewohnersicht

Der Kontakt zu den Angehörigen ist für die Bewohner in mehrerer Hinsicht von großer Bedeutung:

- Er stiftet eine gewisse „emotionale Sicherheit durch die Kontinuität in ihren Beziehungen, auch unabhängig von der *Qualität* dieser Beziehungen“ (Daneke 2000: 10). Der Übergang in eine Pflegeeinrichtung bringt eine biografische Zäsur mit sich, die oftmals von der allmählichen Auflösung früherer sozialer Bindungen begleitet wird. Die Beziehung zu den Angehörigen bietet eine vergleichsweise stabile Grundlage zur Erhaltung sozialer Bindungen.



- Angehörige übernehmen in vielen Fällen die Rolle von Fürsprechern des Pflegebedürftigen und vertreten seine Belange, wenn er selbst hierzu nicht mehr oder nur noch eingeschränkt in der Lage ist. Sie beraten ihn oftmals in vielen wichtigen Fragen der Gestaltung des Alltags, aber auch bei der Regelung von Angelegenheit jenseits von Fragen des Lebens im Heim. Tragfähige Beziehungen zwischen Bewohnern und ihren Angehörigen können viel dazu beitragen, sich sicher und nicht durch äußere Anforderungen überfordert zu fühlen (Mc Garry Logue 2003).

Angehörige sind zugleich wichtige Partner bei der Realisierung einer adäquaten Unterstützung der Bewohner. Insbesondere bei demenziell Erkrankten, aber auch bei anderen Bewohnern können sie wertvolle Informationen und Hinweise zur bedarfs- und bedürfnisgerechten Gestaltung der Versorgung geben.

Heimaufenthalt aus Angehörigensicht

Der Heimaufenthalt stellt nicht nur für die Bewohner, sondern oftmals auch für die Angehörigen eine neue, belastende Situation dar (vgl. Sidell 1997). Angehörige leiden unter Umständen noch lange nach dem Heimeinzug unter psychischen Belastungen (Reggentin 2006). Auch sie benötigen zur Orientierung Informationen und Beratung, und die Einbeziehung in den Heimalltag kann für sie hilfreich sein, etwaige Unsicherheiten und Belastungen besser zu bewältigen. Vor allem in der ersten Phase des Heimaufenthaltes sollten sich die Einrichtungen daher in besonderer Weise um klare Information, Beratung und Transparenz bemühen, auch um Fehleinschätzungen und unrealistischen Erwartungen vorzubeugen (vgl. KDA 2000).

Grenzen der Angehörigenarbeit

Es kann sinnvoll sein, dass die Einrichtung gegenüber allen Beteiligten auch Grenzen der Angehörigenarbeit aufzeigt, um keine unerfüllbaren Erwartungen zu wecken bzw. diesen zu begegnen. Personalengpässe und hohe Arbeitsbelastung können die Mitarbeiter zum Beispiel zwingen, im Arbeitsalltag Prioritäten zu setzen, die von den Angehörigen nicht unmittelbar nachvollziehbar sind und leicht das Gefühl fördern, zu wenig Aufmerksamkeit zu erhalten. Die Erfahrung in vielen Einrichtungen zeigt, dass der Umgang mit solchen Situationen allen Beteiligten um so leichter fällt, je besser die Angehörigen über die Arbeitsweise der Mitarbeiter und die täglich anfallenden Aufgaben und Anforderungen informiert sind.

Bewohnerinteressen stehen im Mittelpunkt

Auch wenn es in den folgenden Ausführungen nicht stets explizit benannt ist, sollte das Bewohnerinteresse in allen Bereichen der Angehörigenarbeit vorrangig Berücksichtigung finden und nicht der Eindruck entstehen, die Belange der Angehörigen seien als wichtiger einzustufen als die der Bewohner selbst. An vielen Stellen ist eine Einbeziehung der Angehörigen in die pflegerische Versorgung nur sinnvoll, wenn ein entsprechender Wunsch und das Einverständnis des Bewohners vorliegt oder dieser zumindest positiv auf die Einbeziehung reagiert.

2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption

- 2.1 Die Einrichtung verfügt über ein schriftlich fixiertes Konzept zur Angehörigenarbeit.
- 2.2 Das Konzept definiert den Begriff „Angehörige“ und macht Aussagen zu Zielen, Inhalten und Begründungen für die entsprechenden Angebote und Verfahren, zur kontinuierlichen Angehörigenarbeit über alle Phasen des Heimaufenthaltes hinweg, zu den beteiligten Berufsgruppen und jeweiligen Zuständigkeiten. Diese Aussagen tragen den im vorliegenden Rahmenkonzept formulierten Anforderungen Rechnung. Durch Einweisungen/Schulungen sorgt die Einrichtung dafür, dass das Konzept allen Mitarbeitern bekannt ist.

Erläuterungen zum Thema „schriftliche Konzeption“ finden sich in Kapitel 6.1.

3. Personelle Zuständigkeiten

- 3.1 Die Einrichtung bestimmt für die Angehörigen jeweils einen Hauptansprechpartner sowie dessen Vertretung und sorgt dafür, dass diese den jeweiligen Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern des betreffenden Wohnbereichs bekannt sind.
- 3.2 Der jeweilige Hauptansprechpartner informiert und berät die Angehörigen in persönlichen Gesprächen und vermittelt im Bedarfsfall Gespräche mit anderen Mitarbeitern der Einrichtung.

■ zu 3.1

Für Angehörige ist es oftmals schwierig, Zuständigkeiten und Abläufe in einer stationären Pflegeeinrichtung nachzuvollziehen, und daher äußerst wichtig, nicht wechselnde, sondern feste Ansprechpartner zu haben, die ihre Fragen und Belange aufgreifen (Janzen 2001). Auch die Förderung des Kontaktes zwischen Bewohner und Angehörigen setzt, da es sich um eine regelmäßig anfallende Aufgabe handelt, personelle Kontinuität auf Seiten der Mitarbeiter voraus.

Es ist dringend zu empfehlen, dass die Rolle des Hauptansprechpartners von der für den jeweiligen Bewohner zuständigen Pflegefachkraft übernommen wird. Dies hat gegenüber anderen Lösungen den Vorteil, dass sich die Angehörigen direkt über die Situation des Bewohners informieren können und z. B. auch eine Einbeziehung in den Pflegeprozess möglich ist, ohne dass aufwändige Rücksprachen innerhalb der Mitarbeiterschaft notwendig werden. Kurze Kommunikationswege, verlässliche Information und eine sensible Einschätzung der Beziehung zwischen Angehörigen und Bewohnern lassen sich am ehesten gewährleisten, wenn die Zuständigkeiten in dieser Art und Weise festgelegt werden.

Es bestehen verschiedene Möglichkeiten, Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter über die Zuständigkeiten des Hauptansprechpartners zu informieren, beispielsweise:

- Bereits im Rahmen des Heimeinzugverfahrens erhalten der zukünftige Bewohner und Angehörige eine diesbezügliche schriftliche Information (z. B. in einer Einzugsbroschüre).



- Der Bewohner erhält eine schriftliche Information (z. B. eine ansprechend gestaltete Karte)
- Auf dem Wohnbereich sind entsprechende Aushänge (mit Fotos der Mitarbeiter) vorhanden.
- Der Dienstplan enthält Angaben zur Zuständigkeit der Mitarbeiter für Bewohner.
- Die Pflegedokumentation enthält einen entsprechenden Hinweis.

■ zu 3.2

Hauptansprechpartner zu sein bedeutet nicht, sämtliche Arbeiten im Rahmen der Angehörigenarbeit selbst zu übernehmen. Information und Beratung der Angehörigen bleiben, soweit sie sich auf die jeweiligen Bewohner beziehen, eine dem Hauptansprechpartner vorbehaltene Aufgabe. Ansonsten sorgt er für die Koordination der Beteiligten und unterstützt die Angehörigen in der Kommunikation mit anderen Mitarbeitern der Einrichtung. Grundsätzlich ist zu unterstreichen, dass Angehörigenarbeit „nicht als Domäne einer Profession reklamiert werden (kann). Pflege und Hauswirtschaft, Verwaltung und Sozialer Dienst sind prinzipiell hierin involviert“ (Schmidt 2003: 249). Allerdings muss gewährleistet sein, dass die individuelle Angehörigenarbeit koordiniert und planvoll verläuft. Nicht zuletzt aus diesem Grund sind klare Zuständigkeiten für die Koordination der individuellen Angehörigenarbeit unerlässlich.

4. Förderung des Kontaktes zwischen Bewohner und Angehörigen

- 4.1 Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft (bzw. ihre Vertretung) berücksichtigt die Förderung des Kontaktes zwischen Bewohner und Angehörigen als Zielsetzung in der Pflegeplanung.**
- 4.2 Der Hauptansprechpartner vermittelt im Bedarfsfall (z. B. bei auftretenden Differenzen) zwischen Bewohner und Angehörigen. Die Wahrung der Bewohnerinteressen erfährt hierbei eine besondere Berücksichtigung.**
- 4.3 Besuche der Angehörigen in der Einrichtung sind jederzeit möglich. Darüber hinaus fördern die Mitarbeiter bei Bedarf und in einem angemessenen Rahmen den telefonischen/schriftlichen Kontakt zwischen Bewohner und Angehörigen.**
- 4.4 Es ist gewährleistet, dass Bewohner Besuche im privaten Rahmen, d. h. ohne Anwesenheit weiterer Personen, empfangen und private Feiern in der Einrichtung durchführen können.**

■ zu 4.1

Die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Kontaktes zwischen Bewohner und Angehörigen ist ein grundlegendes Ziel der Angehörigenarbeit und bedarf daher der konkreten Umsetzung in Maßnahmen. Dabei steht die Pflegeplanung an erster Stelle. Sie muss nicht nur den Unterstützungsbedarf auf körperlicher Ebene, sondern auch die sozialen Bedürfnisse und die Gestaltung der sozialen Beziehungen des Bewohners berücksichtigen. Hierbei ist stets zu klären, wie Interessen, Bedürfnisse, Möglichkeiten und Bereitschaft der Beteiligten ausgeprägt sind und inwieweit (bzw. wodurch)

ihre Beziehung belastet ist. Erst unter dieser Voraussetzung können adäquate Ziele für die individuelle Unterstützung des Bewohners formuliert und daraus konkrete Maßnahmen abgeleitet werden. Auch hier ist stets das Bewohnerinteresse in den Mittelpunkt zu stellen und die Kontaktförderung entsprechend ihrer Bedürfnisse zu gestalten.

■ zu 4.2

Die Unterstützung der Verständigung zwischen Bewohner und Angehörigen in Situationen, die durch Konflikte oder Spannungen gekennzeichnet sind, kann ebenfalls zur Erhaltung bzw. Förderung des Kontaktes erforderlich sein. Trotz zum Teil begrenzter Einflussmöglichkeiten sollte dies fester Bestandteil der Angehörigenarbeit sein.

■ zu 4.3/4.4

Da „die Besuchshäufigkeit von Angehörigen wesentliches Bestimmungsmoment für die Qualität der Beziehungen in der neuen Lebenswelt und objektives Kriterium für eine intensive Zusammenarbeit mit Angehörigen ist“ (KDA 2000: 71f), sollte der Einrichtung daran gelegen sein, Besuche zu fördern und zu unterstützen. Eine wichtige Voraussetzung ist die Besuchsmöglichkeit zu jeder Tageszeit und die Möglichkeit, ungestört miteinander sprechen zu können. Diese Anforderung ist relativ unproblematisch umzusetzen, wenn der Bewohner in einem Einzelzimmer wohnt. Leben Bewohner in Doppelzimmern, sind die Interessen beider Bewohner zu berücksichtigen; die Besuche von Angehörigen dürfen nicht zu Lasten des Mitbewohners gehen. Beispielsweise können andere Räumlichkeiten für Besuche zur Verfügung gestellt werden. Ähnliches gilt auch für private Feiern innerhalb der Einrichtung.

Eine andere Form der Förderung der Beziehung besteht in der Unterstützung telefonischer bzw. schriftlicher Kontakte zwischen Bewohner und Angehörigen. Die Formulierung „in einem angemessenen Rahmen“ verweist auf Grenzen, entsprechenden Wünschen nachzukommen. Diese Grenze kann nicht konkret bezeichnet werden, sie ist von den Einrichtungen selbst bzw. in Abhängigkeit vom Einzelfall zu definieren. Wenn täglich mehrere Telefongespräche für einen Bewohner zu arrangieren sind, so ist dies auf Dauer möglicherweise nicht leistbar und sollte dann Anlass für die Aushandlung einer konkreten Vereinbarung sein.



5. Allgemeine Angebote

- 5.1 Die Angehörigen erhalten die Möglichkeit, sich regelmäßig über Geschehnisse in der Einrichtung und deren Aktivitäten zu informieren.
- 5.2 Veranstaltungen für Angehörige werden regelmäßig angeboten. Die hiermit verbundenen Ziele sind im Konzept definiert. Die Inhalte der Veranstaltungen werden aufgrund eines Verfahrens festgelegt, das ermittelt, welche Inhalte thematisiert werden sollen (Bedarfsbestimmung aus Sicht der Bewohner, der Einrichtung, der Angehörigen). In Abhängigkeit von der Art der Veranstaltung erfolgen Festlegungen hinsichtlich Teilnehmer, Organisation, Durchführung und Dokumentation.
- 5.3 Die Mitarbeiter wirken darauf hin, dass sich Angehörige regelmäßig und aktiv an der Gestaltung von Festen, Veranstaltungen und Ausflügen beteiligen.

■ zu 5.1

Zur Förderung der Transparenz sollte Angehörigen Informationen zum Geschehen in der Einrichtung zugänglich gemacht werden. Sie sind eine Grundvoraussetzung für Beteiligung der Angehörigen an Aktivitäten der Einrichtung und der Nutzung ihrer Angebote. Informationen können auf unterschiedlichen Wegen übermittelt werden, z. B. über Heimzeitungen, Veranstaltungskalender, Aushänge oder persönliche Gespräche. Auch Angehörige, welche die Einrichtung nicht regelmäßig aufsuchen, sollten auf geeigneten Wegen (z. B. postalisch) Informationen erhalten.

■ zu 5.2

Veranstaltungen für Angehörige werden in vollstationären Pflegeeinrichtungen bereits seit langer Zeit durchgeführt und können daher als „klassischer Ansatz der Angehörigenarbeit“ (Rensing 2001: 24) bezeichnet werden. Form, Inhalt und Häufigkeit sollten auf einer entsprechenden Bedarfsermittlung beruhen (z. B. Befragung der Angehörigen, Auswertung von Anregungen aus Bewohner- und Angehörigengesprächen). Vorstellbar sind gemeinsame Veranstaltungen für Bewohner und Angehörige, aber auch solche, die den Angehörigen vorbehalten bleiben (z. B. Gesprächskreise). Veranstaltungen müssen nicht immer der Information, dem Erfahrungsaustausch oder der Verständigung in Versorgungsfragen dienen. Sie können auch die Geselligkeit in den Mittelpunkt stellen.

Das Erfordernis einer Dokumentation muss für jede Veranstaltung einzeln geprüft werde. Nicht in jedem Fall ist ein solches Erfordernis gegeben. Eine Dokumentation ist vor allem dann sinnvoll, wenn sich aus einer Veranstaltung wichtige Anregungen für die Mitarbeiter zur Gestaltung der Angehörigenarbeit oder des Versorgungsalltags ergeben, konkrete Vereinbarungen getroffen werden, eine gemeinsame Planung der weiteren Zusammenarbeit erfolgt oder Öffentlichkeit hergestellt werden soll. Die Dokumentation wird, je nach Charakter der Veranstaltung, auf unterschiedliche Art und Weise erfolgen. Ein geselliger Nachmittag kann z. B. in der Heimzeitung oder über einen entsprechenden Aushang in der Einrichtung dokumentiert und damit öffentlich gemacht werden. Gesprächskreise wiederum erfordern eine andere Form der Dokumentation, z. B. Teilnehmerlisten, Erfassung der Tagesordnungspunkte oder Ergebnisprotokolle.

Veranstaltungen können allen Angehörigen offen stehen und/oder wohnbereichsbezogen durchgeführt werden. Jede Einrichtung sollte anhand ihrer Erfahrungen und unter Abwägung von Aufwand und Nutzen die Auswahl der Veranstaltungsform(en) treffen.

■ zu 5.3

Bei der Einbeziehung in Feste, Ausflüge etc. sind die Angehörigen weniger Adressaten der Angebote als vielmehr Mitwirkende. Eventuell können sie bereits in der Planungsphase einbezogen werden. Aktive Mitwirkung der Angehörigen setzt oftmals Initiative und Engagement der Mitarbeiter voraus. Hierzu gehört nicht nur Information und Motivationsförderung. Viele Angehörigen benötigen Anleitung und Begleitung bei der aktiven Mitwirkung.

6. Individuelle Angehörigenarbeit

Information und Beratung:

- 6.1 Die Einrichtung ermöglicht geplante Gespräche zwischen Angehörigen und dem jeweiligen Hauptansprechpartner. Entsprechende Regelungen (z. B. feste Sprechzeiten, Möglichkeit individueller telefonischer Terminabsprachen) sind allen Mitarbeitern, Angehörigen und Bewohnern bekannt.
- 6.2 Auf Initiative der Mitarbeiter und/oder der Angehörigen finden im Bedarfsfall neben geplanten Gesprächen auch ungeplante Gespräche (telefonisch, persönlich) statt.
- 6.3 Die Mitarbeiter dokumentieren die Inhalte von Gesprächen mit Angehörigen, sofern sie für die weitere Angehörigenarbeit oder die Unterstützung des Bewohners relevant sind.
- 6.4 Ein regelmäßiger Austausch der an der Versorgung der Bewohner beteiligten Mitarbeiter über Kontakte und Gespräche mit den Angehörigen ist organisiert und findet statt. Besonderheiten und/oder problematische Aspekte in der Betreuung durch die Angehörigen bzw. in der Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Einrichtung werden systematisch erfasst und in geeigneter Form thematisiert. Im Bedarfsfall werden entsprechende Maßnahmen geplant und durchgeführt.
- 6.5 Die Einrichtung stellt Räumlichkeiten bereit, in denen ungestörte Gespräche zwischen Mitarbeitern und Angehörigen stattfinden können.

■ zu 6.1/6.2

Individuelle Information und Beratung der Angehörigen sind zentrale Bestandteile der Angehörigenarbeit. Einzelberatungen werden von den Angehörigen bevorzugt nachgefragt (KDA 2000).

Information und Beratung können im Rahmen von geplanten und ungeplanten Gesprächen stattfinden. Angehörige bevorzugen häufig ungeplante Gespräche, wohingegen die Mitarbeiter im pflegerischen Alltag hierfür nur wenig Spielraum sehen. „Diese sich spontan ergebenden Gesprächssituationen sind (...) dadurch belastet, daß kein zeitlicher Rahmen dafür gegeben ist; sie werden daher auch von den Mitarbeitern kritisch bewertet“ (Urlaub 1995: 43). Formelle Gesprächsangebote (feste Sprechzeiten) treffen auf eine vergleichsweise geringe Nachfrage. Daher empfiehlt sich die Vereinbarung individueller Termine, so dass sowohl für die Angehörigen als auch die Mitarbeiter Planbarkeit besteht. Die Mitarbeiter sollten also anstreben, ungeplante Gespräche von voraussichtlich längerer Dauer auf ein Minimum zu



reduzieren und in geplante Gespräche zu überführen. Dennoch sind ungeplante Gespräche, vor allem wenn aus der Sicht der Angehörigen ein dringlicher Bedarf besteht, aus einer professionellen Angehörigenarbeit nicht wegzudenken.

Die Initiative zu Gesprächen sollte nicht ausschließlich von den Angehörigen ausgehen, sondern auch von den Mitarbeitern (bevorzugt vom Hauptansprechpartner). Gespräche mit den Angehörigen bieten den Rahmen, in dem viele wichtige Anforderungen der Angehörigenarbeit aufgegriffen werden können.

■ zu 6.3

In welcher Form die Dokumentation relevanter Gesprächsinhalte erfolgen soll, ist im Konzept der Einrichtung festzulegen.

■ zu 6.4

Unter Hinzuziehung der Dokumentation sollten sich alle beteiligten Mitarbeiter über Kontakte und Gespräche mit den Angehörigen regelmäßig austauschen. Auf diesem Weg können Bedürfnisse der Angehörigen ermittelt und Konflikte frühzeitig erkannt werden. Abweichende Vorstellungen von Angehörigen und Mitarbeitern zur Planung und Durchführung der Pflege beispielsweise sollten im Rahmen des Austauschs thematisiert und Verfahrensweisen zur Problemlösung festgelegt werden. Es liegt in der Verantwortung der Hauptansprechpartner, den regelmäßigen Austausch zu koordinieren bzw. sicherzustellen. Es empfiehlt sich, hierzu die regulären Dienstübergaben zu nutzen.

Je nach Sachverhalt kann unter Umständen das Hinzuziehen anderer Personen (z. B. Einrichtungsleitung, Hausarzt) sinnvoll sein. Dieser Austausch wird in der Regel im telefonischen oder persönlichen Kontakt erfolgen.

■ zu 6.5

Jede Einrichtung sollte über Räumlichkeiten verfügen, die ungestörte Gespräche zwischen Angehörigen und Mitarbeitern ermöglichen. Hierdurch wird gewährleistet, dass Gespräche nicht immer zwischen „Tür und Angel“ stattfinden müssen.

Einbeziehung in die Versorgung des Bewohners

6.6 Die Möglichkeiten und Wünsche der Angehörigen, sich an der Versorgung und Pflege des Bewohners zu beteiligen, werden systematisch ermittelt und dokumentiert.

6.7 Angehörige erhalten die Möglichkeit, sich an der pflegerischen, hauswirtschaftlichen Versorgung und/oder psychosozialen Unterstützung des Bewohners zu beteiligen bzw. werden von den Mitarbeitern einbezogen.

6.8 Die Mitarbeiter leisten individuelle Beratung und Anleitung der Angehörigen bei der Durchführung pflegerischer, hauswirtschaftlicher und/oder psychosozialer Hilfen, sofern die Angehörigen hierzu eine Bereitschaft zeigen.

6.9 Angehörige werden beim pflegerischen Assessment, bei der Biografieerfassung und bei der Planung der Pflege einbezogen.

6.10 Es ist sichergestellt, dass bei aktuellen, schwierigen Pflegesituationen eine Abstimmung mit den Angehörigen erfolgt und individuelle (bewohnerbezogene) Maßnahmen abgesprochen werden.

Die Hauptansprechpartner steuern und koordinieren die Einbeziehung der Angehörigen in die Versorgung. Es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass das jeweilige Bewohnerinteresse Vorrang hat vor den Interessen und Wünschen der Angehörigen oder den Vorstellungen der Mitarbeiter.

Trotz aller Bemühungen der Mitarbeiter können aus unterschiedlichen Gründen nicht alle Angehörigen in dem hier beschriebenen Sinne zur Zusammenarbeit und Mitwirkung motiviert werden. Es ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Angehörigen nicht in der Lage ist oder nicht wünscht, eingebunden zu werden.

■ zu 6.6/6.7/6.8

Viele Angehörige haben bereits eine längere „Pflegerkarriere“ hinter sich und legen zum Teil Wert darauf, ihre Unterstützung in irgendeiner Form fortsetzen zu können. Dies geschieht allerdings unter gänzlich anderen Bedingungen, „die Rolle der Angehörigen von der ‚ersten Pflegenden‘ zu Hause (hat sich) zu einer ‚Außenseiterin in der Pflege‘ in der Institution“ (Zürcher 1997: 200) verändert. Die Einbeziehung dieser Angehörigen wird sich anders darstellen als die von Angehörigen ohne Pflegeerfahrung (Hertzberg et al. 2001). Die Bereitschaft der Angehörigen, sich an der Versorgung der Bewohner zu beteiligen, wird von den Pflegeeinrichtungen zum Teil unterschätzt, nicht erkannt und somit nicht genutzt (Ryan/Scullion 2000).

Angehörige benötigen zunächst die grundsätzliche Information, dass sie sich in die pflegerische, hauswirtschaftliche und psychosoziale Versorgung und Betreuung einbringen und hierbei Unterstützung erhalten können. Der anschließenden Ermittlung der individuellen Möglichkeiten und Interessen der Angehörigen kommt ein wichtiger Stellenwert zu und kann z. B. im Rahmen von geplanten bzw. ungeplanten Gesprächen erfolgen. Die Initiative muss gezielt von den Mitarbeitern der Einrichtung ausgehen.

Die Art der Einbindung von Angehörigen in den Versorgungsalltag kann eine große Vielfalt aufweisen, das Spektrum reicht von der (passiven) Anwesenheit der Angehörigen bei pflegerischen Maßnahmen bis zur aktiven Übernahme wichtiger Bestandteile der Pflege. Einige Angehörige sehen ihre Aufgabe in der psychosozialen Unterstützung der Bewohner und möchten nicht in die körperbezogene Pflege einbezogen werden (Bauer/Nay 2003).

■ zu 6.9/6.10

Neben der direkten Einbindung in die Versorgung sollten nicht nur Bewohner, sondern auch Angehörige bei Assessment, Biografieerfassung und Pflegeplanung einbezogen werden. Dieses Vorgehen kann u. a. zur Zufriedenheit der Angehörigen mit der Versorgung des Bewohners beitragen (Levy-Storms et al. 2005) und die Qualität der Beziehung zwischen Angehörigen und Mitarbeitern fördern. Zudem nehmen Angehörige hier eine wichtige Funktion wahr, indem sie Informationen bereitstellen und durch ihre Mitarbeit das pflegerische Handeln unterstützen. Des Weiteren erhöht sich die Akzeptanz pflegerischer Handlungen, wenn diese zuvor mit den Angehörigen abgestimmt bzw. besprochen und im Kontext der Gesamtsituation des Bewohners dargestellt werden. Auf diesem Weg kann den Angehörigen z. B. die Bedeutung und Relevanz einer ressourcenorientierten Pflege näher gebracht werden, die häufig Anlass zu Missverständnissen bietet. So können sie die selbständige Durchführung von (Teil-)Aktivitäten durch Bewohner als geplante Handlung identifizieren (und nicht als Vernachlässigung der Mitarbeiterpflichten missverstehen).

Der Einbezug der Angehörigen in die Erstellung des pflegerischen Assessments, der Biografie und der Pflegeplanung bedeutet nicht, dass sie z. B. bei der schriftlichen Abfassung oder jeder Evaluation der Pflegeplanung anwesend sein müssen. Dies ist weder aus Sicht der Einrichtung noch aus der Perspektive der Angehörigen realistisch. Vielmehr sollten Angehörige ebenso wie Bewohner inhaltlich beteiligt werden



(z. B. in geplanten Gesprächen) und Abstimmungen zu zentralen Aspekten der Pflegeplanung angestrebt werden. Wenn der Bewohner hierzu nicht mehr in der Lage ist, ist die Einbeziehung der Angehörigen umso wichtiger.

Darüber hinaus ist mit den Angehörigen eine Abstimmung anzustreben, wenn sich aufgrund einer aktuellen und problematischen Situation Veränderungen für die Versorgung ergeben (siehe auch 7.4). Hierdurch soll den Angehörigen, neben der Informationsübermittlung, auch die Möglichkeit zum Austausch über die veränderte Situation gegeben werden. Durch dieses Vorgehen können Konflikte vermieden werden, die durch die Nichteinbeziehung von Angehörigen in wichtige, den Bewohner betreffende Entscheidungen entstehen können (Almberg et al. 2000).

7. Verfahrensweisen in besonderen Situationen

- 7.1 Die Angehörigen werden gemäß des Rahmenkonzepts „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ in den Prozess des Heimeinzugs einbezogen.**
- 7.2 Sie werden ferner gemäß des Rahmenkonzepts „Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen“ in die Begleitung des sterbenden Bewohners einbezogen.**
- 7.3 Die Einrichtung kooperiert mit den Angehörigen nach den Vorgaben der Rahmenkonzepte „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“ und „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“.**
- 7.4 Bei schwerwiegender Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder besonderen psychischen Problemlagen des Bewohners werden die Angehörigen unverzüglich bzw. entsprechend der dokumentierten Wünsche informiert. Die Information erfolgt im direkten (i. d. R. telefonischen) Gespräch mit den Angehörigen. Können Angehörige nicht erreicht werden, setzen die Mitarbeiter ihre Kontaktversuche fort (das Hinterlassen einer Nachricht allein ist nicht ausreichend).**

■ zu 7.1/7.2/7.3

Die Verfahrensweisen in den besonderen Situationen des Heimeinzugs, eines Krankenhausaufenthaltes und des Sterbeprozesses sowie im Rahmen der Kooperation mit niedergelassenen Ärzten werden in separaten Rahmenkonzepten thematisiert. Nähere Erläuterungen finden sich dort.

■ zu 7.4

Angehörige müssen so rasch wie möglich über gravierende gesundheitliche Veränderungen der Bewohner informiert werden. Es genügt dabei nicht, eine Nachricht (z. B. bei anderen Personen, auf dem Anrufbeantworter, Mobilbox etc.) zu hinterlassen, da sie ihren Adressaten möglicherweise erst Tage später erreicht. Fälle dieser Art kommen im Versorgungsalltag leider immer wieder vor. Es ist empfehlenswert, mit den Angehörigen bereits zu Beginn des Heimaufenthaltes klare Vereinbarungen über den Weg der Benachrichtigung zu treffen und diese zu dokumentieren.

8. Umgang mit Kritik, Anregungen und Beschwerden

- 8.1 Die Angehörigen werden über das systematische Beschwerdemanagement in der Einrichtung informiert.**
- 8.2 Die Wünsche und Bedürfnisse der Angehörigen werden regelmäßig erfasst und beurteilt.**

■ zu 8.1

Jede Einrichtung sollte über ein Beschwerdemanagement verfügen, das geregelte Verfahrensweisen zur Ermittlung und Überprüfung von Kritik, Anregungen und Beschwerden sowie Maßgaben zu ihrer Bearbeitung definiert. Das vorliegende Rahmenkonzept setzt die Existenz eines solchen Beschwerdemanagements voraus, ohne detaillierte Anforderungen zu formulieren. Auch wenn an dieser Stelle nur von den Angehörigen gesprochen wird, sollten entsprechende Regelungen auch andere Personengruppen – nicht zuletzt die Bewohner – einbeziehen.

■ zu 8.2

Wünsche und Bedürfnisse der Angehörigen können sich auf alle Bereiche der vollstationären Versorgung (z. B. Pflege, Verwaltung, Hauswirtschaft) beziehen. Die Erfassung kann auf unterschiedliche Art und Weise erfolgen, z. B. durch Befragungen oder die Auswertung von Angehörigengesprächen (Nübling et al. 2004).



6.4 Rahmenkonzept „Nächtliche Versorgung“

Die Gestaltung der nächtlichen Versorgung ist im Hinblick auf die Erstellung eines Rahmenkonzepts ein Sonderfall. Prinzipiell stellt sich die Frage, was es rechtfertigt, für bestimmte Tageszeiten ein Rahmenkonzept zu entwickeln, wo doch unabhängig von der zeitlichen Lage eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung sichergestellt sein sollte. Im Grundsatz müssen für alle Dienste identische Qualitätsanforderungen gelten.

Faktisch erfährt die nächtliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen jedoch schon immer eine Sonderbehandlung, die sich u. a. in einer im Vergleich zu anderen Versorgungsphasen stark reduzierten Personalbesetzung ausdrückt. In den meisten Fällen umfasst sie nicht mehr als zwei oder drei Mitarbeiter, welche die Versorgung der gesamten Bewohnerschaft abdecken müssen.

Diese Dienstorganisation geht stillschweigend davon aus, dass die Nacht eine Phase des Ruhens und Schlafens darstellt, in der weit weniger Unterstützungsbedarf abzudecken ist als während des Tages. Angesichts der heutigen Bewohnerstruktur ist diese Annahme jedoch als Wirklichkeitsfern zu bezeichnen. Aufgrund dieser Erfahrung wird in der Fachdiskussion mitunter gefordert, den Nachtdienst „abzuschaffen“, d. h. Versorgungsvoraussetzungen zu schaffen, die sich der Situation während des Tages zumindest annähern. Auch die Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ zog das Fazit, dass im Hinblick auf die nächtliche Versorgung dringender Handlungsbedarf besteht und die heute vielfach übliche Dienstorganisation („Nachtwachen“) unter Qualitätsgesichtspunkten auf Dauer nicht tragfähig ist (Wingefeld/Schnabel 2002). Perspektivisch müssen in den Einrichtungen Strukturen geschaffen werden, die den veränderten, mehr und mehr durch psychische Erkrankungen geprägten Bedarfslagen der Bewohnerschaft Rechnung tragen. Diese Strukturen setzen eine Abkehr vom traditionellen „Nachtwachensystem“ voraus und beinhalten andere Versorgungskonzepte, -angebote und eine flexiblere Dienstorganisation.

Unter den heutigen Rahmenbedingungen kann dieses Ziel oftmals jedoch nicht kurzfristig realisiert werden. Dessen ungeachtet verlangt die nächtliche Versorgungssituation in vielen Einrichtungen nach zeitnahen Veränderungen. Daher beschränkt sich das Rahmenkonzept nicht auf Vorgaben, die erst nach langjährigen Prozessen der Anpassung von Organisationsstrukturen und Personalausstattung umsetzbar sind, sondern strebt auch kurzfristig realisierbare Problemlösungen an. *Das Rahmenkonzept kann für eine konzeptionelle Neuorientierung und Reorganisation der nächtlichen Versorgung genutzt werden. Es greift jedoch auch Anforderungen und Problemfelder auf, die unabhängig von solchen Bemühungen, d. h. auch in traditionellen Organisationsformen, von Bedeutung sind.*

Die Umsetzung der Anforderungen wird zwangsläufig nicht nur Auswirkungen auf die Versorgung in der Nacht und die Gestaltung des Nachtdienstes haben, sondern auch Veränderungen während des Tages nach sich ziehen. Dies kann sich z. B. auf die Verlagerung von Aufgaben oder auf die Kooperation bei der Planung der Pflege beziehen.

Zum Verständnis der Problematik der nächtlichen Versorgung und des Rahmenkonzepts ist es u. a. vor diesem Hintergrund wichtig, sich folgende Punkte zu vergegenwärtigen:

„Nachtdienst“ und „Nächtliche Versorgung“

Der Begriff „Nachtdienst“ meint im Rahmen des vorliegenden Rahmenkonzepts stets die Form der Dienstorganisation (wie z. B. auch Früh-, Spät-, Zwischendienst) und ist nicht mit dem Begriff „Nächtliche Versorgung“ gleichzusetzen.

Mit „Nachtdienst“ wird also kein bestimmtes Versorgungskonzept angesprochen (z. B. „Nachtwachensystem“). Unabhängig vom Versorgungskonzept wird die nächtliche Versorgung stets im Rahmen einer durch Schichtdienste gekennzeichneten Dienstorganisation erbracht, und entsprechend sind bestimmte Fragen der Kooperation zwischen den Diensten immer von Bedeutung.

Einige Anforderungen des Rahmenkonzepts beziehen sich aus den oben genannten Gründen auf das traditionelle Schichtsystem (Früh-, Spät-, Nachtdienst) mit festen Mitarbeitern für den Tag- und Nachtdienst. Dies ist allerdings nicht mit einer generell positiven Bewertung dieser Dienstorganisation gleichzusetzen. Da aber die Anforderungen an die derzeit gängige Praxis anschlussfähig und kurzfristig umsetzbar sein sollen, ist es erforderlich, sie in der jetzigen Form zu berücksichtigen.

Ziel sollte jedoch auf Dauer eine an die Problemlagen und Bedürfnisse der Bewohner angepasste Dienstorganisation sein. Dies setzt eine entsprechende Analyse voraus, die in regelmäßigen Abständen zu wiederholen ist, um den sich wandelnden Bedarfslagen gerecht werden zu können. Das Rahmenkonzept greift diesen Gedanken auf (insbesondere Punkt 3) und eröffnet somit Wege, den traditionellen Nachtdienst zu verändern.

Tagesstrukturierung

„Eine wichtige Voraussetzung zur Entspannung der nächtlichen Versorgungssituation besteht darin, Probleme im Zusammenhang zu betrachten, also nicht als Sonderfragen des Nachtdienstes“ (Wingenfeld 2004: 41). Der Tagesstrukturierung (bezogen auf Tag und Nacht) kommt hierbei eine erhebliche Bedeutung zu. Zur Zeit orientiert sie sich oftmals eher an betrieblichen Abläufen, weniger an den individuellen Bedürfnissen der Bewohner, und lässt somit auch nächtliche Problemlagen (z. B. veränderter Tag-Nacht-Rhythmus, Schlafstörungen) außer acht. Es fehlen sinnvolle Beschäftigungsangebote am Tag bzw. Abend (Jonas/Sowinski 2000). Die bestehenden Strukturen der nächtlichen Versorgung fördern unter Umständen Einschlaf-, Durchschlafstörungen und Wanderungstendenzen in der Nacht. *Eine individuell angepasste Tagesstrukturierung über 24 Stunden kann daher dazu beitragen, nächtliche Problemlagen zu reduzieren.*

Qualifikationsanforderungen

Die nächtliche Versorgung erfolgt meist unter schwierigen Rahmenbedingungen und zeichnet sich durch häufige Störungen aus. Insbesondere die Durchführung körperbezogener Maßnahmen kann als „Pflege im Minutentakt“ bezeichnet werden (Wingenfeld/Schnabel 2002: 114). Zudem variiert der ungeplante Unterstützungsbedarf der Bewohner von Nacht zu Nacht, so dass die Mitarbeiter sich immer wieder auf aktuelle Situationen einstellen müssen. In solchen Situationen müssen sie Prioritäten setzen und andere Maßnahmen zurückstellen. Entscheidungen im Rahmen der nächtlichen Versorgung erfordern daher große Handlungskompetenz der Mitarbeiter und setzen eine entsprechende Qualifikation voraus.

Kooperation und Kommunikation

Neben der bisher beschriebenen Problematik existieren in vielen Einrichtungen Schwierigkeiten in der Kooperation und Kommunikation zwischen Mitarbeitern des Tag- und Nachtdienstes (Zeissler 1998; Holitzner-Bade 1994). Informationsdefizite bei den Mitarbeitern oder mangelnde Teamintegration der Nachtdienstmitarbeiter sind nicht selten. Diese Problematik scheint insbesondere dann aufzutreten, wenn es einen festen Mitarbeiterstamm im Nachtdienst gibt und dieser, abgesehen von Übergaben, keinen Kontakt zu Tagdienstmitarbeiter hat. Mehrere Vorgaben des Rahmenkonzepts greifen dieses Thema auf.



Gesundheitliche Belastungen

Infolge der Nachtarbeit können gesundheitliche Belastungen der Mitarbeiter wie z. B. Schlafstörungen, Müdigkeit oder Leistungsbeeinträchtigungen auftreten, die sich letztendlich auch negativ auf die Bewohnerversorgung auswirken (Muecke 2005; Fischer-Doetzki/Georg 2005). Das vorliegende Rahmenkonzept behandelt diese Problematik nicht explizit. Daher sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sowohl das Verhalten der Mitarbeiter (z. B. eine in Bezug auf den Nachtdienst angepasste Ernährung, Schlafgewohnheiten, Gestaltung von Erholungsphasen) als auch eine veränderte Dienstplangestaltung (Mitarbeiterbeteiligung, langfristige Dienstplanung, Verkürzung der Nachtschichten auf maximal acht Stunden, Einhaltung von Ruhezeiten) die gesundheitlichen Belastungen der Mitarbeiter reduzieren können (Fischer-Doetzki/Georg 2005).

1. Grundsätze

- 1.1 Die Einrichtung ermöglicht unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts der Bewohner eine an den physischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen der Bewohner orientierte fachkompetente Versorgung und Betreuung über 24 Stunden.
- 1.2 Die Einrichtung stellt sicher, dass die Planung der Versorgung und Betreuung in enger Kooperation zwischen den Mitarbeitern des Tag- und Nachtdienstes erfolgt. Diese folgt u. a. dem Grundsatz, dass allen Bewohnern entsprechend der individuellen Bedürfnisse und unter Berücksichtigung des biografischen Hintergrunds ausreichende Ruhe- bzw. Schlafphasen ermöglicht werden.
- 1.3 Die Einrichtung trägt dafür Sorge, dass geeignete Rahmenbedingungen für eine ausreichende Nachtruhe der Bewohner existieren.

Das Schlafbedürfnis und die Schlafgewohnheiten ändern sich im Alter nicht nur krankheitsbedingt, z. B. aufgrund demenzieller Erkrankungen (Motohashi et al. 2000; Jonas/Sowinski 2000). Auch gesunde alte Menschen benötigen in der Regel weniger Schlaf in der Nacht, sie wachen häufiger auf, Tiefschlafphasen reduzieren sich, kurze Schlafphasen finden während des Tages statt und die Zeiten des Zubettgehens und des Aufstehens liegen früher als im mittleren Erwachsenenalter (Münch et al. 2005).

Die Ergebnisse der Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ zeigen, dass mehr als die Hälfte der Bewohner nächtliche Unruhe und einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus aufweist (Wingefeld/Schnabel 2002). „Nicht langanhaltende Ruhe ist das vorherrschende Kennzeichen der Nacht in stationären Pflegeeinrichtungen, sondern ein häufig auftretender Versorgungsbedarf aufgrund körperlicher, psychischer und verhaltensbezogener Probleme“ (Wingefeld 2004: 40).

Wie bereits angesprochen, ist es für eine bewohnerorientierte nächtliche Versorgung nicht ausreichend, ausschließlich die Nachtzeit in den Blick zu nehmen. Mitarbeiter des Tag- und Nachtdienstes sind gemeinsam (und nach Möglichkeit unter Einbeziehung der Bewohner) dafür verantwortlich, eine Tagesstrukturierung zu planen, die u. a. individuelle Bedürfnisse nach Aktivität und Ruhe berücksichtigt. Hierbei sind sowohl Umgebungsfaktoren (z. B. Raumgestaltung, Beleuchtung) als auch individuelle Faktoren (z. B. ausreichende körperliche Aktivität am Tag) zu berücksichtigen (Schnelle et al. 1999). Nicht vereinbar hiermit sind institutionelle Vorgaben, die z. B. besagen, dass sich alle Bewohner zu einer bestimmten Zeit am Abend im Bett befinden sollten.

Die hier formulierten Grundsätze benennen übergreifende Intentionen des Rahmenkonzepts zur nächtlichen Versorgung und werden in den folgenden Anforderungen konkretisiert.



2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption

- 2.1 Die Einrichtung verfügt über ein schriftlich fixiertes Konzept zur nächtlichen Versorgung.
- 2.2 Das Konzept definiert Ziele, Maßnahmen, Zuständigkeiten und Verfahrensweisen, die den im vorliegenden Rahmenkonzept formulierten Grundsätzen und Anforderungen Rechnung tragen. Art und Umfang des Versorgungsangebotes sowie die eingesetzten Personalressourcen werden hierbei explizit benannt. Durch Einweisungen/Schulungen sorgt die Einrichtung dafür, dass das Konzept allen /Mitarbeitern, die an der Versorgung der Bewohner während des Tages oder der Nacht beteiligt sind, bekannt ist.

Erläuterungen zum Thema „schriftliche Konzeption“ finden sich in Kapitel 6.1.

Das Rahmenkonzept „Nächtliche Versorgung“ enthält neben Anforderungen, die sich auf Aufgaben der Kooperation und Organisation beziehen, auch Anforderungen in Bezug auf die direkte Versorgung und Betreuung der Bewohner. Das Thema „*Kooperation*“ bezieht sich schwerpunktmäßig auf die Zusammenarbeit zwischen Tag- und Nachtdienst (insbesondere Punkte 7 und 8). Fragen der *Organisation* umfassen sowohl Rahmenbedingungen für die nächtliche Versorgung als auch personelle Regelungen und Vereinbarungen, z. B. bezüglich Pflegedokumentation und Verhalten in besonderen Situationen (insbesondere Punkte 4, 5, 7 und 9).

Die Anteile des Einrichtungskonzeptes, welche sich auf die *direkte Versorgung und Betreuung der Bewohner* beziehen (insbesondere Punkte 3 und 6), sollten in zusammenfassender, übersichtlicher Form darstellen, welche Leistungen in der Zeit zwischen Ende des regulären Spätdienstes und Beginn des nächsten Frühdienstes erbracht bzw. welche Angebote in dieser Zeit vorgehalten werden sollen. Sofern nicht bereits an anderer Stelle erfolgt, soll dieser Konzeptteil darüber hinaus verdeutlichen, wie die Versorgung während dieser Zeit *organisiert* ist (Dienstplangestaltung, Personaleinsatz).

Die Darstellung zur Versorgung und Betreuung der Bewohner kann beispielsweise folgende Punkte enthalten:

- regelmäßig zu erbringende, in der individuellen Pflegeplanung vorgesehene Maßnahmen (z. B. Lagerungen, Inkontinenzversorgung, Spätmahlzeiten etc.)
- individuelle Unterstützung für Bewohner mit Durchschlafschwierigkeiten, motorischer Unruhe oder anderen Problemlagen und Bedürfnissen, die zu einem nächtlichen Bedarf führen (Unterstützungsleistungen, die nicht planbar sind, die bei den betreffenden Bewohnern jedoch häufiger erbracht werden müssen)
- organisierte zentrale oder wohnbereichsspezifische Angebote in den Abendstunden (z. B. „Nachtcafé“)
- nächtliche Kontrollgänge (vgl. Punkt 6.1)
- Zwischendienstleistungen oder andere Formen der Flexibilisierung der Dienstzeiten, die eine individuelle Unterstützung in den Abend- und Nachtstunden ermöglichen
- Dienstplanung und Personaleinsatz in den Abend- und Nachtstunden.

Der *Umfang* des abendlichen/nächtlichen Versorgungsangebotes sollte dabei ebenfalls deutlich werden. Bei klar abgrenzbaren Gruppenangeboten ist dies problemlos möglich, indem Dauer und Häufigkeit (z. B. pro Woche) angegeben werden. Bei geplanten oder ungeplanten individuellen Maßnahmen treten größere Schwierigkeiten auf. Hier ist jedoch nicht an eine differenzierte Aufstellung der nächtlich erbrachten

ten Leistungen gedacht, sondern an eine zusammenfassende Übersicht, die erkennen lässt, wie viele Bewohner regelmäßig in der Nacht versorgt werden müssen und welche Maßnahmen dabei im Vordergrund stehen.

Die Darstellung der direkten Versorgung und Betreuung der Bewohner im Rahmen des Gesamtkonzepts wird im Regelfall nicht mehr als zwei bis vier Seiten Umfang haben.

3. Bedarfsgerechtes abendliches/nächtliches Versorgungsangebot

- 3.1 Die Einrichtung überprüft mindestens einmal jährlich, inwieweit ihr Versorgungsangebot (entsprechend ihres Konzeptes, siehe Punkt 2.2) dem am Abend und in der Nacht anfallenden Bedarf der Bewohner entspricht. Hierzu ermittelt und dokumentiert sie diesen Bedarf.**
- 3.2 Erweist sich, dass das Versorgungsangebot während des Abends und in der Nacht nicht dem nach Punkt 3.1 ausgewiesenen Bedarf entspricht, nimmt die Einrichtung entsprechende konzeptionelle Anpassungen vor. Sie überprüft dabei die Möglichkeit, diese Anpassungen durch eine Reorganisation der Dienstplanung umzusetzen, und dokumentiert das Ergebnis dieser Prüfung. Bei der Prüfung ist zu beachten, dass die Qualität der Versorgung der Bewohner während des Tages (z. B. durch Personal-Umschichtungen) nicht beeinträchtigt wird.**

Die unter diesem Punkt beschriebenen Anforderungen dienen der systematischen Weiterentwicklung der abendlichen/nächtlichen Versorgung und sollen helfen, typische nächtliche Problemlagen der Bewohner und die hiermit verbundenen Anforderungen an die Mitarbeiter positiv zu beeinflussen.

■ zu 3.1

Die Anforderung 3.1 steht im engen Zusammenhang zur Anforderung 2.2. Eine regelmäßige Bedarfsanalyse des abendlichen bzw. nächtlichen Versorgungsangebots ist zwingend erforderlich, um das Angebot den Bewohnerbedürfnissen bzw. -wünschen anpassen zu können. Für die Bedarfsermittlung sollte es genügen, die Pflegedokumentation bzw. die darin enthaltene Beschreibung von Pflegeproblemen und Bedürfnissen der Bewohner auszuwerten (vgl. insbesondere 7.2 und 7.3 des Rahmenkonzepts). Zusätzlich können z. B. auch Pflegevisiten oder Fallbesprechungen für eine entsprechende Bedarfsermittlung genutzt werden.

Es empfiehlt sich, bei der Bedarfsermittlung nach Wohnbereichen zu unterscheiden und u. a. folgende Fragen zu berücksichtigen:

- Welche bzw. wie viele Bewohner benötigen bzw. wünschen ein regelmäßiges Angebot an Gruppenaktivitäten nach dem Abendessen?
- Wie groß ist die Anzahl der Bewohner mit kognitiven Einbußen bzw. psychischen Problemlagen, die nach dem Abendessen regelmäßig Einschlafschwierigkeiten, Ängstlichkeit, eine Wanderungstendenz oder andere Formen gesteigerter Aktivität aufweisen (auch unter Berücksichtigung immobiler Bewohner)?



- Wie groß ist die Anzahl der Bewohner mit Durchschlafschwierigkeiten, die in der Zeit nach Mitternacht und deutlich vor Beginn des Frühdienstes aufwachen und Ängstlichkeit, eine Wanderungstendenz oder andere Formen gesteigerter Aktivität aufweisen (einschließlich immobiler Bewohner und Bewohner, die aufgrund von aktivitätsbegrenzenden Maßnahmen das Bett nicht verlassen können)?

Das Ergebnis der Bedarfsermittlung sollte als zusammenfassende Einschätzung des abendlichen und nächtlichen Versorgungsbedarfs der Bewohner dokumentiert werden.

■ zu 3.2

Zeigt sich aufgrund der Ergebnisse der Bedarfsermittlung, dass das aktuelle Versorgungskonzept bzw. Versorgungsangebot nicht ausreicht, so soll die Einrichtung alle Möglichkeiten ausschöpfen, die Versorgung entsprechend anzupassen.

In einem ersten Schritt soll sie definieren, wie sich die abendliche/nächtliche Versorgung bzw. die in dieser Zeit vorgehaltenen Angebote verändern müssen, um dem bestehenden Bedarf gerecht zu werden. Auf dieser Grundlage kann ein neuer Konzeptentwurf für die abendliche/nächtliche Versorgung entwickelt werden.

In einem zweiten Schritt wäre zu prüfen, ob das neue Konzept durch eine Veränderung der Dienstplanung bzw. durch die Umschichtung von Personalressourcen umgesetzt werden kann. Hierzu ist eine sorgfältige Ist-Analyse erforderlich. Das Ergebnis dieser Prüfung sollte in nachvollziehbarer Form dokumentiert werden.

Erweist sich dabei, dass das neue Versorgungskonzept mit einer Reorganisation der Dienstplanung umgesetzt werden kann, sind entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Anderenfalls sollte die Einrichtung Überlegungen anstellen, auf welchem Weg die abendliche/nächtliche Versorgung zumindest mittel- oder langfristig verbessert werden kann.

Inzwischen gibt es in Deutschland eine Reihe von Initiativen zur Verbesserung des abendlichen und nächtlichen Versorgungsangebots. Je nach Ergebnis der Bedarfsanalyse kann z. B. die Einrichtung von Gruppenangeboten zur Abendgestaltung („Nachtcafé“) (Kuratorium Deutsche Altershilfe 1999; Chwalek 1998; Ruhkamp 1999) oder eine flexible Dienstplangestaltung (z. B. Zwischendienste, Dienstbeginn zu versetzten Zeiten) sinnvoll sein, um eine individuelle Betreuung der Bewohner zu ermöglichen (Dürrmann 2005).

4. Rahmenbedingungen

- 4.1 Die Einrichtung sorgt dafür, dass Lärm und störende Lichtquellen die Nachtruhe der Bewohner nicht beeinträchtigen. Das Verhalten der Mitarbeiter trägt zu einer ungestörten Nachtruhe bei, indem sie während ihrer Tätigkeit Lärm vermeiden und für angemessene Lichtverhältnisse sorgen.
- 4.2 Materialien, die zur pflegerischen Versorgung benötigt werden, und Zwischenmahlzeiten stehen in ausreichender Anzahl zur Verfügung. Hinsichtlich der Aufbewahrungsorte gibt es verbindliche Absprachen zwischen den Mitarbeitern des Tag- und Nachtdienstes.
- 4.3 Die Mitarbeiter überprüfen entsprechend schriftlicher einrichtungsinterner Vorgaben die Sicherheitsvorkehrungen des Hauses (z. B. ob Fenster und Außentüren geschlossen sind).
- 4.4 Die Einrichtung bietet ansprechend gestaltete Gemeinschaftsräumlichkeiten an, die Bewohner auch am Abend bzw. in der Nacht aufsuchen können.
- 4.5 Die Mitarbeiter des Nachtdienstes werden von mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen weitestgehend entlastet, sofern es sich nicht um Aufgaben handelt, die im Zusammenhang mit der Dokumentation und nächtlichen Versorgung stehen.

■ zu 4.1

Die Nachtruhe der Bewohner kann durch eine Vielzahl von Umgebungsfaktoren beeinträchtigt werden. Zum Teil handelt es sich hierbei um Störungen durch Geräusche und Licht, die sich schwerlich vermeiden lassen – allerdings nicht durchgängig: Zum Beispiel können störende Geräusche beim Öffnen/Schließen von (Schrank-)Türen, beim Anbringen/Entfernen des Seitenschutzes, beim Höherstellen der Betten, beim Transport von Nachstühlen/Pflegewagen etc. durch einen technisch einwandfreien Zustand ggf. deutlich reduziert werden. In den Bewohnerzimmern sollte nach Möglichkeit eine Alternative zu störenden Lichtquellen gesucht werden bzw. die Verwendung eines Sichtschutzes, v. a. in Doppelzimmern, ermöglicht werden. Die Mitarbeiter sollten angehalten werden, entsprechende Mängel an die jeweils zuständige Person zu melden. Eine Behebung der Mängel sollte möglichst kurzfristig erfolgen. Mitarbeiter sollten während der Nacht entsprechendes Schuhwerk tragen, störende Geräusche während ihrer Tätigkeit so weit möglich vermeiden und eine der jeweiligen Situation angemessene Beleuchtung (soweit vorhanden) wählen. Bei der Versorgung von Bewohnern in Doppelzimmern ist besondere Sorgfalt angezeigt, um Mitbewohner nicht unnötig zu stören.

■ zu 4.2

Dieser Punkt beschreibt eine grundlegende, sowohl am Tag als auch in der Nacht wichtige Voraussetzung für die Versorgung der Bewohner. Sie wurde aufgenommen, da es im Rahmen der nächtlichen Versorgung immer wieder zu Situationen kommt, in denen benötigtes Material, wie z. B. Bettwäsche, Handtücher, Blutdruckmessgeräte, Fieberthermometer, Inkontinenzmaterial usw. nicht bzw. nicht an den hierfür vorgesehenen Stellen vorhanden ist. Dies bedeutet für die Mitarbeiter eine zusätzliche Belastung, da Zeit zur Beschaffung der Materialien oder für ein improvisiertes Vorgehen benötigt wird, die nicht mehr für die Bewohnerversorgung zur Verfügung steht. Die Anforderung schließt auch die Verfügbarkeit von Zwischenmahlzeiten ein. Hierdurch soll, neben der geplanten, auch die nicht geplante Einnahme von Zwischenmahlzeiten auf Wunsch der Bewohner ermöglicht werden.



■ zu 4.3

Schriftliche Vorgaben im Rahmen des Einrichtungskonzeptes (ggf. ergänzt durch eine Checkliste), sorgen dafür, dass den Mitarbeitern der Umfang/Ablauf der routinemäßigen Kontrolle der Sicherheitsvorkehrungen am Abend bekannt ist. Vergleichbare Maßnahmen, die am Morgen durchzuführen sind, wie z. B. Abschalten der Alarmanlage, Aufschließen von Außentüren, sollten ebenfalls aufgeführt werden.

In Abhängigkeit von der räumlichen Gestaltung der Einrichtung kann die Durchführung der hier beschriebenen Maßnahmen einen nicht unerheblichen Zeitaufwand für die Mitarbeiter nach sich ziehen.

■ zu 4.4

Es sollte sich um leicht erreichbare Räumlichkeiten handeln, die ein Zusammensein mehrerer Personen ohne die Störung anderer Bewohner ermöglichen, ansprechend gestaltet sind (Sitzgelegenheiten, Beschäftigungsmaterial, Radio, Fernsehen) und über eine Notrufanlage verfügen. Je nach baulichen Gegebenheiten kann es in der Einrichtung einen Raum oder auch mehrere, z. B. je Wohnbereich, geben. Da in den meisten Einrichtungen Tages- oder Aufenthaltsräume, Wohnzimmer o. ä. vorhanden sind, sollte überprüft werden, ob diese hierzu geeignet sind.

Diese Räumlichkeiten können für die Bewohner eine Alternative zum eigenen Zimmer darstellen und die „normale“ Trennung von Wohn- und Schlafbereich unterstützen. Insbesondere bei Bewohnern von Doppelzimmern kann ein solcher Gemeinschaftsraum eine Ausweichmöglichkeit darstellen.

Die Verfügbarkeit eines Gemeinschaftsraums im Sinne dieser Anforderung ist die Grundvoraussetzung für die Erfüllung der Anforderung 6.5.

■ zu 4.5

Wie bereits in der Einleitung dargestellt, erfolgt die nächtliche Versorgung häufig unter erheblichem Zeitdruck. Bewohnerbedürfnisse können hierdurch ggf. nicht alle berücksichtigt werden. Die Entlastung der Nachtdienstmitarbeiter von mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen soll Freiräume für die individuelle Versorgung oder Betreuung schaffen und hervorheben, dass der Bewohnerversorgung stets der Vorrang gegenüber anderen Leistungen zu geben ist.

Unter mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen werden Leistungen verstanden, die nicht im direkten Kontakt mit Bewohnern stattfinden (vgl. Kapitel 5), z. B. Reinigungs- und Aufräumarbeiten, die nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der nächtlichen Versorgung stehen (z. B. routinemäßiges Säubern der Rollstühle, Auswaschen von Schränken/Pflegewagen). Auch das Stellen der Medikamente für den nächsten Tag oder die kommende Woche sollte am Tag erfolgen, da in der Nacht Störungen absehbar sind und es infolge dessen zu einer erhöhten Fehlerquote kommen kann.

Ist die Bewohnerversorgung in der Nacht in ausreichendem Maße sicher gestellt und haben die Mitarbeiter zeitliche Ressourcen, können sie durchaus einige mittelbar bewohnerbezogene Aufgaben übernehmen – jedoch stets unter dem Vorbehalt, dass die Betreuung der Bewohner an erster Stelle steht.

5. Personelle Regelungen

- 5.1 Die Einrichtung verfügt über eindeutige Regelungen zur Vorgehensweise bei Ausfall eines Mitarbeiters des Nachtdienstes, damit eine Vertretung sicher gestellt wird.
- 5.2 Sind mehrere Mitarbeiter zeitgleich im Nachtdienst tätig, bestehen verbindliche Regelungen zur Aufgabenteilung. Für Situationen, in denen ein Mitarbeiter aufgrund akuter Vorkommnisse die Versorgung der Bewohner nicht sicherstellen kann, ist geregelt, wie Unterstützung erfolgen kann.
- 5.3 Ist bereits während des Tages absehbar, dass im Laufe des Abends bzw. der Nacht ein außergewöhnlich hoher Unterstützungsbedarf der Bewohner bestehen wird, bemüht sich die Einrichtungsleitung bzw. Pflegedienstleitung, die Planung des Mitarbeiterereinsatzes kurzfristig daran anzupassen.

■ zu 5.1

Kann ein Mitarbeiter kurzfristig den Dienst nicht antreten, so muss in der Einrichtung Klarheit darüber herrschen, wie in dieser konkreten Situation zu verfahren ist. Dies schließt auch Regelungen ein, wie zu verfahren ist, wenn ein Mitarbeiter nach Antritt des Nachtdienstes die Arbeit nicht fortsetzen kann (z. B. aus Krankheitsgründen). Die Verfahrensweisen sollten zumindest regeln, welche Personen unverzüglich über den Mitarbeiterausfall zu informieren sind und wer für die Organisation einer Vertretung zuständig ist.

Um Missverständnissen vorzubeugen, sei betont, dass die Anforderung nicht besagt, dass ein ständiger Bereitschaftsdienst vorgehalten werden muss.

■ zu 5.2

Die hier beschriebene Aufgabenteilung kann sich z. B. auf die Zuständigkeit für einzelne Wohnbereiche oder für bestimmte Aufgabenbereiche (z. B. Maßnahmen der speziellen Pflege, Betreuung insbesondere von nachtaktiven Bewohnern) beziehen und Gegenstand von Stellenbeschreibungen sein. Zusätzlich sollten Regelungen zur Einhaltung von Ruhepausen entsprechend des Arbeitszeitgesetzes berücksichtigt werden, indem z. B. geregelt ist, dass Mitarbeiter sich in dieser Zeit gegenseitig vertreten.

In besonderen Situationen (z. B. Krankenhauseinweisungen, Todesfälle, Bewohner ist nicht auffindbar) kann zudem eine Unterstützung notwendig werden. Die Anforderung einer solchen Unterstützung in besonderen Situationen sollte nur in den Fällen erfolgen, in denen auch eine den neuen Gegebenheiten angepasste Arbeitsorganisation nicht ausreichend ist, um die Versorgung der Bewohner sicherzustellen. Eine Unterstützung in besonderen Fällen kann z. B. durch weitere im Dienst befindliche Mitarbeiter oder wohnbereichsübergreifend eingesetzte Mitarbeiter („Springer“) erfolgen. Eindeutige Regelungen zur Unterstützungsleistung (in welchen Situationen, Anforderung und Erbringung der Unterstützung) sind erforderlich.

■ zu 5.3

Ein absehbarer erhöhter Unterstützungsbedarf kann sich ergeben, wenn z. B. mehrere Bewohner im Sterben liegen oder zahlreiche Bewohner aufgrund einer Erkrankung (z. B. grippaler Infekt, Diarrhoe) einen kurzzeitig erhöhten Pflegebedarf aufweisen. Da ein erhöhter Pflegebedarf in der Regel nicht nur in der Nacht, sondern auch am Tag besteht, sollte die Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitung sich darum bemühen, die Mitarbeiterplanung entsprechend anzupassen. Da sich das vorliegende Rahmenkonzept auf die nächtliche Versorgung bezieht, findet der Mitarbeiterereinsatz am Tag allerdings keine explizite Erwähnung.



Die Umsetzung dieser Vorgabe stellt Einrichtungen sicherlich vor Herausforderungen. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass es sich nicht um regelmäßig auftretende Situationen, sondern Ausnahmen handeln wird. Es ist auch zu überlegen, ob ein zusätzlicher Mitarbeiter die ganze Nacht oder nur stundenweise benötigt wird.

6. Pflegerische Versorgung und Betreuung

- 6.1 Die Einrichtung verfügt über verbindliche, am Bedarf der Bewohner orientierte Regelungen für nächtliche Kontrollgänge. Außergewöhnlicher Beobachtungsbedarf wird von den anwesenden Mitarbeitern festgestellt und nach Anpassung der Arbeitsplanung berücksichtigt. Der Wunsch des Bewohners, nicht in Kontrollgänge einbezogen zu werden, ist zu respektieren, sofern er schriftlich vom Bewohner fixiert wurde und er in der Lage ist, im Bedarfsfall Hilfe anzufordern.
- 6.2 Die Einrichtung stellt sicher, dass die Bewohner über die Zeit des Zubettgehens selbst entscheiden. Können Bewohner diese Entscheidung aufgrund von kognitiven Einschränkungen nicht treffen, wird der Zeitpunkt unter Berücksichtigung des biografischen Hintergrunds und entsprechend der individuellen Tagesstrukturierung geplant.
- 6.3 Die Durchführung von Maßnahmen erfolgt entsprechend der Pflegeplanung (z. B. schlaffördernde Maßnahmen, Einzelgespräche, Inkontinenzversorgung, Toilettengänge, Lagerungen, Anreichen von Getränken/Zwischenmahlzeiten) bzw. der ärztlichen Anordnung (Durchführung von Maßnahmen der speziellen Pflege, u. a. Gabe von Medikamenten). Abweichungen im begründeten Einzelfall (Maßnahmen werden zeitlich verschoben bzw. nicht erbracht) werden dokumentiert (einschließlich Begründung).
- 6.4 Die Einrichtung stellt sicher, dass die Durchführung der morgendlichen Körperpflege nicht während des Nachtdienstes erfolgt, es sei denn, dieses Vorgehen entspricht dem ausdrücklichen Wunsch oder Bedürfnis des Bewohners.
- 6.5 Die Mitarbeiter informieren die Bewohner über die Möglichkeit, am Abend/in der Nacht einen Gemeinschaftsraum aufzusuchen, und unterstützen sie im Bedarfsfall beim Aufsuchen und Verlassen der entsprechenden Räumlichkeiten.

■ zu 6.1

Leistungen in der Nacht werden nur in geringem Maße infolge einer direkten Anforderung der Bewohner (Rufanlage) erbracht (vgl. Dühring/Claus 1999). Einige Bewohner verkennen aufgrund von psychischen Einschränkungen Situationen, die Hilfe auslösen sollten, oder sind nicht in der Lage, die Rufanlage zu betätigen.

Kontrollgänge in der Nacht sind somit unerlässlich, wobei die Anzahl bewohnerbezogener variieren kann. Die Anzahl der Kontrollgänge ist abhängig vom Bedarf des Bewohners und sollte in der Pflegedokumentation festgehalten werden. Der Bedarf kann sich jedoch aufgrund einer aktuellen Situation (z. B. bei akut erkrankten Bewohnern oder Bewohnern, die sich in einer psychisch-emotional belastenden Situation befinden) verändern.

Benötigt der Bewohner zusätzlich zu den Kontrollgängen in der Nacht pflegerische Unterstützung, so wird diese entsprechend der individuellen Pflegeplanung erbracht. Während des Kontrollgangs kann die geplante pflegerische Unterstützung entspre-

chend der Bedarfslage des Bewohners erbracht werden. Es sollte aber vermieden werden, dass pflegerische Leistungen sich ausschließlich am Zeitpunkt des Kontrollgangs orientieren und nicht an den individuellen Bedürfnissen des Bewohners. Die Durchführung pflegerischer Maßnahmen sollte zeitlich individuell geplant werden, um Schlafunterbrechungen so weit wie möglich zu vermeiden. Dieses gilt im besonderen Maße für die Inkontinenzversorgung während der Nacht (Ouslander et al. 2001). Werden Bewohner von Kontrollgängen ausgenommen, sollte im Rahmen der Evaluation der Pflegeplanung regelmäßig überprüft werden, ob die Voraussetzungen hierfür noch gegeben sind.

■ zu 6.2/6.3/6.4

Diese Anforderungen beziehen sich auf die Durchführung der individuell geplanten Versorgung und Betreuung der Bewohner. Besonderer Wert wird darauf gelegt, dass die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner Berücksichtigung finden. Insbesondere sollte sich der Zeitpunkt des Zubettgehens nach der individuellen bewohnerbezogenen Planung richten. Ein bedürfnisorientiertes Vorgehen kann dazu führen, dass Dienstplananpassungen oder veränderte Schichtzeiten erforderlich werden.

Die Durchführung der morgendlichen Körperpflege sollte nicht von den Mitarbeitern des Nachtdienstes regelhaft durchgeführt werden, um z. B. die Tagdienstmitarbeiter zu entlasten. Diese Vorgehensweise stellt „einen klaren Verstoß gegen die Qualitätsanforderungen dar, die ein Pflegeheim zu erfüllen hat“ (Weiss 2001: 48).

Ausnahmen sollten auf Situationen begrenzt bleiben, in denen dieses Vorgehen dem ausdrücklich geäußerten Bewohnerbedürfnis entspricht und in der Pflegeplanung dokumentiert ist. Holitzner-Bade (1994) fordert darüber hinaus, dass Ausnahmen vom „Nachtwaschverbot“ in begründeten Einzelfällen im Vorfeld durch die Heim- oder Pflegedienstleitung schriftlich genehmigt werden sollten.

■ zu 6.5

Diese Anforderung ist in Verbindung mit Punkt 4.4 zu sehen. Mitarbeiter sollten Bewohner nicht nur über die Möglichkeit, den Abend in einem Gemeinschaftsraum zu verbringen, informieren, sondern diese im Bedarfsfall auch dazu motivieren, das Angebot wahrzunehmen. Hierzu ist ein aktives Zugehen der Mitarbeiter auf die Bewohner erforderlich.



7. Information, Dokumentation und Pflegeplanung

- 7.1** Die Mitarbeiter des Früh-, Spät- und Nachtdienstes erhalten bei Dienstantritt neben bewohnerbezogenen Informationen auch Informationen zu besonderen Vorkommnissen in der Gesamteinrichtung (z. B. Erbringung von Unterstützungsleistungen in anderen Wohnbereichen am Tag/in der Nacht, Todesfälle, Mitarbeiterausfall).
- 7.2** Die Mitarbeiter des Nachtdienstes werden in die Erstellung der Pflegeplanung einbezogen. Die für die Erstellung der jeweiligen Pflegeplanung zuständige Pflegefachkraft (bzw. ihre Vertretung) ermittelt in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern des Nachtdienstes systematisch den Pflegebedarf und das Vorliegen besonderer Bedürfnisse/Problemlagen am Abend bzw. in der Nacht. Sich hieraus ergebende Zielsetzungen und Maßnahmen werden untereinander abgestimmt. Hierbei werden insbesondere folgende Aspekte berücksichtigt bzw. überprüft:
- Biografische Aspekte
 - Angemessenheit der Tagesstrukturierung (bezogen auf 24 Stunden)
 - Rituale/Gewohnheiten am Abend bzw. in der Nacht
- 7.3** Die Mitarbeiter beobachten das Schlafverhalten, das physische und psychische Befinden der Bewohner und etwaige Veränderungen. Sie dokumentieren hierfür relevante Beobachtungen und schätzen den sich daraus ergebenden Handlungsbedarf ein. Im Bedarfsfall werden erforderliche Maßnahmen umgehend eingeleitet. Zusätzlich kann eine zeitnahe Abstimmung mit der für die Pflegeplanung des jeweiligen Bewohners zuständigen Pflegefachkraft zwecks Anpassung der Pflegeplanung bzw. Einleitung anderer Maßnahmen (z. B. Hinzuziehung eines Arztes) erforderlich sein.

■ zu 7.1

Mitarbeiter sollten bei Dienstantritt wichtige Informationen über die aktuelle Situation der Bewohner erhalten. Dies schließt ein, dass Mitarbeiter des Spätdienstes über besondere Vorfälle in der vorangegangenen Nacht informiert werden. In der Regel wird dies in Form von mündlichen Übergaben, unter Hinzuziehung der Pflegedokumentationen, erfolgen.

Zusätzlich zu bewohnerbezogenen Informationen sollten auch Informationen zum Geschehen in der Einrichtung gegeben werden, damit Mitarbeiter sich einbezogen fühlen (siehe auch Punkt 8) und ggf. Verhaltensweisen von Bewohnern im Gesamtkontext besser einschätzen und beurteilen können (z. B. Störungen der Bewohner am Tag durch Renovierungsarbeiten).

■ zu 7.2/7.3

Pflegeplanungen, die u. a. eine Tagesstrukturierung über 24 Stunden berücksichtigen, sollten unter Einbeziehung von Nachtdienstmitarbeitern erstellt werden. Bewohnerbedürfnisse können sich am Tag und in der Nacht unterschiedlich darstellen; über die in der Anforderung beschriebenen Vorgehensweise soll sicher gestellt werden, dass alle relevanten Beobachtungen (Tag/Nacht) in das Assessment und die Pflegeplanung einfließen. Hierbei ist zu beachten, dass auch die Dokumentation von Beobachtungen, die keinen unmittelbaren Handlungsbedarf nach sich ziehen, sinnvoll sein kann (z. B. Informationen zum Schlafverhalten).

Die für die Erstellung der Pflegeplanung zuständige Pflegefachkraft wird in der Regel ein Mitarbeiter des Tagdienstes sein. Ihre Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Mitarbeitern des Nachtdienstes kann persönlich, z. B. durch Fallbesprechungen (soweit zeitlich möglich) oder auch schriftlich erfolgen. Die Zusammenarbeit/Abstimmung erfolgt mit einem Mitarbeiter des Nachtdienstes, der regelmäßig für die Versorgung und Betreuung des betreffenden Bewohners verantwortlich ist.

8. Förderung der Kommunikation zwischen den Mitarbeitern

- 8.1 Während der Einarbeitungszeit sind Mitarbeiter, die dauerhaft am späten Abend bzw. in der Nacht tätig sein werden, für eine begrenzte Zeit im Tagdienst tätig.**
- 8.2 Die Mitarbeiter des Nachtdienstes werden kontinuierlich und systematisch in einrichtungsinterne Aktivitäten einbezogen (z. B. Teilnahme an Fortbildungen, Qualitätszirkeln).**
- 8.3 Es finden regelmäßig gemeinsame Besprechungen der Mitarbeiter des Tag- und Nachtdienstes statt. Nähere Festlegungen dazu (Zielsetzung, Teilnehmer, Terminierung, Inhalte) werden von der Pflegedienst- oder Wohnbereichsleitung vorgenommen.**
- 8.4 Besprechungen der Mitarbeiter, die dauerhaft im Nachtdienst eingesetzt sind, finden regelmäßig statt.**

Wie bereits angesprochen, wird der Kontakt und die Kommunikation zwischen Mitarbeitern des Tag- und Nachtdienstes häufig als defizitär beschrieben (Holitzner-Bade 1994; Zeissler 1998). Unzureichende Kommunikation kann zu Brüchen in der Bewohnerversorgung führen, indem z. B. Nachtdienstmitarbeiter die Versorgung nicht gemäß der Pflegeplanung (an deren Erstellung sie in der Regel nicht beteiligt waren) durchführen oder ein fachlicher Austausch über Bewohnerbedürfnisse oder Verhaltensweisen fehlt.

Die unter Punkt 8 aufgeführten Anforderungen gehen eher von herkömmlichen Organisationsformen („feste“ Nachtdienstmitarbeiter) aus und lassen sich nur bedingt auf Einrichtungen übertragen, die ein anderes Vorgehen (z. B. rotierendes Schichtsystem) gewählt haben. Die letztgenannten Einrichtungen werden z. B. die Anforderung 8.4 nicht in ihr Konzept aufnehmen müssen, da sie über keinen festen Mitarbeiterstamm im Nachtdienst verfügen.

■ zu 8.1

Neue Mitarbeiter, die dauerhaft im Nachtdienst tätig sein werden, sollten die Abläufe in der Einrichtung und das Verhalten der Bewohner sowohl am Tag als auch in der Nacht kennen lernen. Eine Ausweitung dieser Regelung auf alle Mitarbeiter (Tagdienstmitarbeiter sind regelmäßig für eine begrenzte Zeit im Nachtdienst eingesetzt) kann eine weitere Option zur Förderung der Kommunikation zwischen den Mitarbeitern einer Einrichtung sein. Zudem ist es sinnvoll, dass Mitarbeiter, die dauerhaft im Nachtdienst arbeiten, auch nach Abschluss der Einarbeitungsphase regelmäßig für eine begrenzte Zeit im Tagdienst eingesetzt werden. Einrichtungen, deren Mitarbeiter regelmäßig sowohl im Tag- als auch im Nachtdienst eingesetzt sind, erfüllen diese Anforderung per se.

■ zu 8.2/8.3

Aus der Praxis wird immer wieder darüber berichtet, dass Mitarbeiter des Nachtdienstes nicht in einrichtungsinterne Aktivitäten, Besprechungen und Fortbildungen einbezogen werden. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Mangelndes Interesse oder fehlende Information der Nachtdienstmitarbeiter können beispielsweise eine Rolle spielen. Mitarbeiter des Nachtdienstes fühlen sich zum Teil auch nicht zur Mitwirkung verpflichtet oder haben wegen anderer Verpflichtungen wenig Zeit dazu (z. B. aufgrund von Kinderbetreuung).

Dies ist vor allem vor dem Hintergrund problematisch, dass Mitarbeiter, die im Nachtdienst tätig sind, oftmals einen erhöhten Schulungsbedarf aufweisen und diese Schulungen speziell auf die Anforderungen im Nachtdienst zugeschnitten sein sollten



(Glass et al. 1999; Johansson et al. 2005). Die Einrichtung sollte nach Wegen suchen, um den Mitarbeitern solche Schulungen anbieten zu können und Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine Teilnahme ermöglichen.

Um Ausgrenzungen von Nachtdienstmitarbeitern zu vermeiden, ist es erforderlich, sie ausreichend zu informieren (z. B. schriftlich). Hierzu bedarf es der Klärung von Zuständigkeiten. Es kann hilfreich sein, wenn Einrichtungen, die über einen festen Mitarbeiterstamm für die nächtliche Versorgung verfügen, einen Sprecher aus diesem Kreis benennen, welcher die Interessen der Nachtdienstmitarbeiter (z. B. in wohnbereichsübergreifenden Besprechungen) wahrnimmt und für die Informationsweitergabe an andere Nachtdienstmitarbeiter verantwortlich ist. Außerdem sollte bei gemeinsamen Besprechungen (Mitarbeiter des Tag- und Nachtdienstes) darauf geachtet werden, dass die Terminfestlegung sich auch an den Bedürfnissen der Nachtdienstmitarbeiter orientiert.

Die bisher beschriebene Problematik stellt sich in der Regel nur in Einrichtungen, die über einen festen Mitarbeiterstamm im Nachtdienst verfügen.

■ zu 8.4

Regelmäßige Besprechungen der Nachtdienstmitarbeiter sollten dazu dienen, Informationen zu vermitteln, einen Erfahrungsaustausch zu fördern und Absprachen zu treffen. In Einrichtungen, in denen die Nachtdienstmitarbeiter einem bestimmten Wohnbereich zugeordnet sind, können sich diese Besprechungen erübrigen, wenn sie an Besprechungen der Mitarbeiter des Wohnbereichs teilnehmen.

9. Verfahrensweisen in besonderen Situationen

- 9.1 Den Mitarbeitern sind die einrichtungsinternen Verfahrensweisen zum Umgang mit medizinischen Notfallsituationen bekannt (vgl. Kapitel 6.6 Punkt 7.1). Sie handeln entsprechend.
- 9.2 Den Mitarbeitern ist das Einrichtungskonzept zum „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalt“ (vgl. Kapitel 6.7) bekannt. Sie richten ihr Handeln im Falle einer Krankenseinweisung daran aus.
- 9.3 Die Mitarbeiter tragen der besonderen Situation des Heimeinzugs Rechnung, indem sie sich zu Beginn des Nachtdienstes beim neu eingezogenen Bewohner vorstellen, ihr Aufgabenfeld angemessen erläutern und den Bewohner mehrmals in der Nacht aufsuchen, wenn dies angebracht erscheint.
- 9.4 Den Mitarbeitern ist das Einrichtungskonzept zur „Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen“ (vgl. Kapitel 6.5) bekannt und sie richten ihr Handeln daran aus.
- 9.5 Die Zuständigkeit und Erreichbarkeit von Personen, die bei einem technischen Notfall während der Nacht (z. B. Ausfall der Heizung) anzusprechend sind, ist geregelt bzw. bekannt.
- 9.6 Situationen, in denen Einrichtungs- und/oder Pflegedienstleitung auch während der Nacht unverzüglich zu benachrichtigen sind, und die telefonische Erreichbarkeit der Leitungskräfte sind dokumentiert und jederzeit einsehbar.

■ zu 9.1/9.2/9.3/9.4

Mitarbeiter des Nachtdienstes müssen in manchen Situationen eigenständig Entscheidungen treffen, ohne sich mit anderen beraten zu können. Daher sollten sie über eine ausgeprägte Beurteilungs- und Entscheidungsfähigkeit verfügen. Sie tragen die alleinige Verantwortung für viele Bewohner und müssen in besonderen Situationen Prioritäten setzen bzw. entscheiden, ob sie entsprechend der Anforderung Unterstützung benötigen.

Um die Versorgung und Betreuung der Bewohner in besonderen Situationen während des Nachtdienstes zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass den Mitarbeitern die Einrichtungskonzepte zu den Aufgabenbereichen

- „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“ (vgl. Kapitel 6.6)
- „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“ (vgl. Kapitel 6.7)
- „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ (vgl. Kapitel 6.2)
- „Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen“ (vgl. Kapitel 6.5)

bekannt sind und sie entsprechend geschult werden.

■ zu 9.5/9.6

Technische Notfälle oder andere besondere Situationen (Einbruch, Brand in der Einrichtung, Suizid eines Bewohners) können die Benachrichtigung bestimmter Personen erforderlich machen. Daher sollte allen Mitarbeitern bekannt sein, welche Personen in welchem Fall zuständig sind und wie sie telefonisch erreicht werden können. Es empfiehlt sich, hierzu eine Liste zu erstellen, die den jeweiligen Mitarbeitern jederzeit zugänglich ist.



6.5 Rahmenkonzept „Sterbebegleitung in vollstationären Pflegeeinrichtungen“

Sterbebegleitung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Die Begleitung Sterbender gehört zu den zunehmend wichtigen Aufgaben vollstationärer Pflegeeinrichtungen. Die durchschnittliche Verweilzeit alter Menschen, die heute in eine Einrichtung umziehen, sinkt stetig und erstreckt sich in vielen Häusern nur noch auf zwei bis drei Jahre. Die Pflegeeinrichtungen haben sich also mehr und mehr von Stätten langjährigen Wohnens zu Einrichtungen der Pflege und Krankheitsbewältigung in den Spät- und Endstadien chronischer Krankheiten entwickelt (Schaeffer/Wingenfeld 2004; Salis Gross 2005). Und es ist zu erwarten, dass sich dieser Trend im Zuge des demografischen Wandels weiter fortsetzt.

Sterben und Tod sind insofern längst Alltag in der vollstationären Pflege und werden hier zukünftig noch weiter an Bedeutung gewinnen. Ein Sterben in Würde zu ermöglichen, stellt daher eine der größten aktuellen Herausforderungen für die Einrichtungen dar – eine Herausforderung, für deren Bewältigung nicht nur in Deutschland, sondern weltweit noch erhebliche Anstrengungen unternommen werden müssen (vgl. WHO 2004, Singer/Bowman 2005).

Grundgedanken einer Palliativversorgung

Das heutige Verständnis der Aufgabe, Menschen in ihrer letzten Lebensphase zu begleiten, wird maßgeblich durch programmatische Verlautbarungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geprägt. Die WHO entwickelte bereits im Jahr 1990 eine Definition der Palliativversorgung („palliative care“), die heute vielfach als gemeinsame Plattform für die in diesem Feld engagierten Akteure gilt. Sie versteht Palliativversorgung als *„aktive, umfassende Versorgung von Patienten, deren Erkrankung einer kurativen Behandlung nicht länger zugänglich ist. Die Linderung von Schmerzen, die Kontrolle anderer Symptome sowie die Bewältigung psychischer, sozialer und spiritueller Probleme sind handlungsleitend. Ziel ist die Herstellung der bestmöglichen Lebensqualität für die Patienten und ihre Familien“*.

Der WHO zufolge ist *Palliativversorgung – entgegen des Missverständnisses, es handele sich im Wesentlichen um eine medizinische Aufgabe – eine multidisziplinäre, sektor- und einrichtungsübergreifende Aufgabe* (Ewers/Schaeffer 2005). Inzwischen existieren auch in Deutschland zahlreiche Fort- und Weiterbildungsangebote für die beteiligten Berufsgruppen, so auch für die Pflege. Der Begriff „Palliativpflege“ findet im deutschsprachigen Raum zunehmend Verbreitung.

Aufgrund der großen Bedeutung, die vollstationären Pflegeeinrichtungen heute bei der Begleitung sterbender alter Menschen zukommt, wird auf internationaler Ebene eine stärkere Integration der Palliativpflege in die vollstationäre pflegerische Versorgung gefordert (WHO 2004). Es gibt auch in Deutschland immer mehr Einrichtungen, die einzelne Mitarbeiter mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation beschäftigen. Dies allein ist jedoch, wenngleich eine wichtige Verbesserung der Strukturqualität, nicht ausreichend. Die Integration psychosozialer Unterstützung in alltägliche Abläufe beispielsweise, die Etablierung einer Abschiedskultur oder Verbesserungen der palliativmedizinischen Versorgung stellen im Sinne der WHO ebenfalls wichtige Anforderungen dar. Vielfach sind Einrichtungen dabei auf die Kooperation und Vernetzung mit anderen Akteuren bzw. Organisationen angewiesen. Die Verbesserung der Schmerzbehandlung und die Einbeziehung von Hospizdiensten sind Beispiele dafür.

Reichweite des Rahmenkonzepts

Mit dem vorliegenden Rahmenkonzept wird das Ziel verfolgt, die Begleitung Sterbender in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern und grundlegende Voraussetzungen zur Bewältigung dieser Aufgabe herzustellen. Er soll eine Orientierungshilfe auf dem Weg zu einer Versorgungssituation bieten, die international anerkannten Zielen im Zusammenhang mit der Begleitung Sterbender entspricht.

Dabei ist zu betonen, dass das vorliegende Rahmenkonzept dem Grundsatz folgt, die heutigen Rahmenbedingungen der Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu beachten. Eine idealtypische Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen, wie sie sich beispielsweise aus Verlautbarungen der WHO ableiten ließe, wird daher nicht zum Maßstab erhoben. Das Rahmenkonzept versteht sich eher als Initiative zur Förderung einer Qualitätsentwicklung, deren langfristige Ziele weiter reichen sollten als die Ziele, die dem Rahmenkonzept selbst zugrunde liegen. Dies ist einer der Gründe, weshalb das Rahmenkonzept auf den Begriff *Sterbebegleitung* zurückgreift und nicht von *Palliativversorgung* gesprochen wird.

Sterbeverläufe

Sterbeverläufe in den Einrichtungen können sehr unterschiedlich sein (vgl. Salis Gross 2005). Der Tod von Heimbewohnern kann plötzlich und ohne vorherige Anzeichen eintreten, ihm kann aber auch eine kurze oder längere Phase mit erheblichen gesundheitlichen Veränderungen vorausgehen. Viele der im Rahmenkonzept enthaltenen Anforderungen sind auf Heimbewohner zugeschnitten, die nicht plötzlich versterben, sondern deren Sterbeprozess sich auf einige Tage oder Wochen erstreckt.

Krankenhausaufenthalte

In diesen Fällen stellt sich oftmals die Frage des Krankenhausaufenthalts. Im Rahmenkonzept wird davon ausgegangen, dass sich alle Beteiligten, d. h. die Mitarbeiter der Einrichtung, die behandelnden Ärzte und auch die Angehörigen am Grundsatz orientieren, dem Bewohner ein Sterben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen, wenn dies seinem Wunsch entspricht und der Krankenhausaufenthalt nicht zwingend erforderlich ist (weil z. B. eine komplexe Symptombehandlung erforderlich ist, die nach Einschätzung der behandelnden Ärzte nicht in der Pflegeeinrichtung durchführbar ist).

Kommt es zu einem Krankenhausaufenthalt, verlieren einige Anforderungen dieses Rahmenkonzepts ihre Geltung, andere bleiben allerdings relevant. Beispielsweise ist auch in dieser Situation eine Informationsweitergabe an beteiligte Personen oder die Unterstützung bei der Trauerbewältigung der Angehörigen und/oder Mitbewohner von Bedeutung. Näheres dazu findet sich in den Erläuterungen zum Rahmenkonzept. Auf entsprechende Anmerkungen wird allerdings verzichtet, wenn offensichtlich ist, dass Anforderungen bei Krankenhausaufenthalten keine Relevanz haben können.



1. Grundsätze

- 1.1 Die Einrichtung gewährleistet geeignete Rahmenbedingungen für ein würdevolles Sterben und Abschiednehmen. Die Bewohner und Angehörigen erhalten fachkompetente und einfühlsame Unterstützung bei der Gestaltung und Bewältigung des Sterbeprozesses. Dies schließt einen respektvollen Umgang mit dem verstorbenen Bewohner ein.
- 1.2 Die Unterstützung berücksichtigt den individuellen biografischen, kulturellen und religiösen Hintergrund sowie die individuellen Wünsche und Vorstellungen des Sterbenden und der Angehörigen. Sie orientiert sich an dem Ziel, bestmögliche Lebensqualität in der letzten Lebensphase herzustellen.

Die Rahmenbedingungen, die für ein würdevolles Sterben und eine wirksame Unterstützung zur Bewältigung von Sterben und Trauer wichtig sind, umfassen nicht nur Konzepte, bestimmte Formen der Unterstützung, Umgebungsbedingungen oder andere konkret greifbare Aspekte, sondern auch eine bestimmte Haltung aller beteiligten Mitarbeiter im alltäglichen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer (vgl. z. B. Anderson 2003). *In den Einrichtungen sollte eine Abschiedskultur vorhanden sein, die das Sterben nicht tabuisiert, sondern als Bestandteil des Lebens versteht* (vgl. WHO 1990).

Hierzu gehört auch die Begleitung des Bewohners über dessen Tod hinaus. Ein würdevoller Umgang mit dem Verstorbenen, der einfühlsame Kontakt zu Angehörigen oder Abschiedsrituale können der Trauerbewältigung sehr förderlich sein. Die Etablierung bzw. Pflege einer geeigneten Abschiedskultur ist eine wichtige Aufgabe der Leitungskräfte. Eine Abschiedskultur lässt sich aber nicht erzwingen, sie ist das Ergebnis eines Wachstumsprozesses (Wilkening/Kunz 2003). Dabei ist es wichtig, die Mitarbeiter dazu anzuhalten, Sterben, Tod und Trauer zu thematisieren. Es sollte aber auch akzeptiert werden, wenn einzelne Mitarbeiter hierzu (noch) nicht bereit sind.

Fachkompetenz

Die professionelle Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen ist eine fachlich anspruchsvolle Aufgabe, die umso besser erfüllt werden kann, je mehr im Arbeitsalltag auf spezifische Fachqualifikationen zurückgegriffen werden kann. *Aufgrund der zunehmenden Bedeutung vollstationärer Pflegeeinrichtungen für die Begleitung in der letzten Lebensphase ist es unbedingt wünschenswert, wenn Mitarbeiter mit einer Zusatzqualifikation zur Palliativpflege verfügbar sind.*

Berücksichtigung individueller Bedürfnisse

Die individuelle Begleitung sterbender Bewohner und der Angehörigen sollte sich, wie auch in anderen Lebensphasen, am Ziel der bestmöglichen Lebensqualität und damit an den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Bewohner orientieren. Diesem Grundsatz zu folgen erweist sich in vollstationären Pflegeeinrichtungen allerdings vielfach als schwierig, insbesondere bei demenziell erkrankten und anderen Bewohnern in fortgeschrittenem Krankheitsstadium, die zur verbalen Kommunikation nicht mehr oder nur noch begrenzt in der Lage sind. *Es ist deshalb besonders wichtig, biografische Informationen, religiöse Bedürfnisse, kulturelle Aspekte und auf den Sterbeprozess bzw. den Todesfall bezogene Wünsche frühzeitig zu ermitteln.*

Das Rahmenkonzept enthält hierzu keine gesonderten Ausführungen, sondern setzt voraus, dass dies im Rahmen des pflegerischen Assessments und in anderen Arbeitsfeldern (z. B. Angehörigenarbeit) berücksichtigt wird. Dies hängt u. a. damit zusammen, dass im Einzelfall entschieden werden muss, wann das Thema Sterben im Gespräch mit Bewohnern bzw. Angehörigen angeschnitten wird. Es ist sicherlich

nicht empfehlenswert, auf den Sterbeprozess bezogene Bedürfnisse und Vorstellungen beim Heimeinzug standardmäßig abzufragen, wenn nicht eine schwere Erkrankung mit absehbar geringer Lebenserwartung vorliegt. Die zuständigen Mitarbeiter müssen den geeigneten Zeitpunkt mit Bedacht auswählen und gezielt, aber einfühlsam Anlässe nutzen, dieses schwierige Thema anzuschneiden. Allerdings darf diese Aufgabe nicht aus dem Blick verloren werden.

Schmerz- und Symptommanagement

Die Gewährleistung größtmöglicher Schmerz- bzw. Symptomfreiheit – als multidisziplinäre Aufgabe – ist eine weitere wichtige und zentrale Forderung in der Diskussion um eine professionelle Begleitung Sterbender. Die Pflegeeinrichtungen sollten anhand des Nationalen Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege“ (DNQP 2005) prüfen, ob sie in diesem Zusammenhang ausreichend auf Anforderungen vorbereitet sind, die entstehen, wenn Bewohner im Verlauf des Sterbeprozesses eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik entwickeln.

2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption

- 2.1 Die Einrichtung verfügt über ein schriftlich fixiertes Konzept zur Sterbebegleitung.**
- 2.2 Das Konzept der Einrichtung macht Aussagen zu den Zielen, Maßnahmen, Zuständigkeiten und Verfahrensweisen, die bei einer fachgerechten Begleitung sterbender Bewohner und ihrer Angehörigen sowie im Todesfall zu beachten sind. Diese Aussagen tragen den im vorliegenden Rahmenkonzept formulierten Anforderungen Rechnung. Das Konzept der Einrichtung ist allen Mitarbeitern bekannt. Entsprechende Einweisungen/Schulungen finden statt.**

Erläuterungen zum Thema „schriftliche Konzeption“ finden sich in Kapitel 6.1.



3. Personelle Zuständigkeiten

- 3.1 Die Steuerungs- und Koordinationsverantwortung im Rahmen der Sterbebegleitung und der Begleitung im Todesfall trägt die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft oder (im Falle ihrer Abwesenheit) ihre Vertretung.**
- 3.2 Die zuständige Pflegefachkraft ist zugleich Hauptansprechpartner für den Bewohner und die Angehörigen. Haben andere Mitarbeiter ein besonderes Vertrauensverhältnis zum Bewohner und/oder zu den Angehörigen entwickelt, werden sie von der zuständigen Pflegefachkraft intensiv in die Begleitung einbezogen.**

Zur Sicherstellung einer bedürfnisgerechten und kontinuierlichen Begleitung im Sterbeprozess ist es erforderlich, die Steuerungs- und Koordinationsverantwortung hierfür eindeutig festzulegen. Diese Verantwortung sollte schon allein zur Gewährleistung von Kontinuität jene Pflegefachkraft übernehmen, die bereits in der Vergangenheit Hauptansprechpartner für den Bewohner und die Angehörigen war. Um eine angemessene Sterbebegleitung auch bei Abwesenheit der jeweils zuständigen Pflegefachkraft sicherzustellen, sind in der Einrichtung entsprechende Vertretungsregelungen zu treffen. Die Vertretung kann nach den Vorgaben des Rahmenkonzepts nur durch eine Pflegefachkraft erfolgen.

Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft koordiniert die Maßnahmen, die im Rahmen des Sterbeprozesses und des Todesfalls anstehen, ohne dass sie diese alle selbst durchführen müsste. Sie sorgt dafür, dass alle beteiligten Mitarbeiter ihr Handeln an den individuellen Bedürfnissen des Bewohners bzw. der Angehörigen und an den individuellen Versorgungserfordernissen ausrichten. Sie sorgt ferner für eine ausreichende Kommunikation zwischen den Beteiligten, vermittelt im Bedarfsfall Kontakte und bezieht ggf. andere Personen/Stellen gezielt ein (z. B. Seelsorger, freiwillige Helfer oder Hospizdienste). Hierbei kann es sinnvoll sein, bei bestimmten Aufgaben Personen intensiv einzubeziehen, die ein besonderes Vertrauensverhältnis zum Bewohner bzw. den Angehörigen entwickelt haben.

In Punkt 3.2 wird noch einmal darauf hingewiesen, dass die zuständige Pflegefachkraft Hauptansprechpartner für den Bewohner sein soll. Dieser Hinweis wurde aufgenommen, weil es in Einrichtungen mitunter eine Arbeitsteilung gibt, in der andere Mitarbeiter diese Funktion wahrnehmen. Das Rahmenkonzept zielt hingegen auf die Festlegung klarer Zuständigkeiten. Dies schließt allerdings nicht aus, dass andere Vertrauenspersonen intensiv einbezogen werden.

4. Begleitung des Sterbeprozesses

Information

4.1 Im Falle des plötzlichen Versterbens oder einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Bewohners werden die Angehörigen unverzüglich bzw. entsprechend ihrer dokumentierten Wünsche informiert. Die Information erfolgt im direkten (i.d.R. telefonischen) Gespräch mit den Angehörigen. Können Angehörige nicht erreicht werden, setzen die Mitarbeiter ihre Kontaktversuche fort (das Hinterlassen einer Nachricht allein ist nicht ausreichend). Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft überprüft ferner die Notwendigkeit ärztlicher Hilfe und benachrichtigt bei Bedarf unverzüglich den zuständigen Arzt.

Angehörige müssen so rasch wie möglich über das Versterben bzw. gravierende gesundheitliche Veränderungen der Bewohner informiert werden. Es genügt dabei nicht, eine Nachricht (z. B. bei anderen Personen, auf dem Anrufbeantworter, Mobilbox etc.) zu hinterlassen, da sie ihren Adressaten möglicherweise erst Tage später erreicht. Fälle dieser Art kommen im Versorgungsalltag leider immer wieder vor. Es ist empfehlenswert, mit den Angehörigen bereits zu Beginn des Heimaufenthaltes klare Vereinbarungen über den Weg der Benachrichtigung zu treffen und diese zu dokumentieren.

Das Handeln der Mitarbeiter sollte sich an der Zielsetzung ausrichten, ein Sterben in vertrauter Umgebung auch dann zu ermöglichen, wenn das Erfordernis einer medizinischen Versorgung zur Linderung von Symptomen wie beispielsweise Schmerzen oder Atemnot besteht. Hierzu ist es notwendig, unverzüglich den jeweils zuständigen Arzt einzubeziehen bzw. zu benachrichtigen. Es ist empfehlenswert, Verfahrensweisen mit Ärzten bereits im Vorfeld abzustimmen und zu dokumentieren. Hilfreich kann in diesem Zusammenhang sein festzustellen, ob Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten vorliegen, anhand derer sich die Wünsche der Bewohner am Lebensende in Erfahrung bringen lassen.

Sicherstellung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Unterstützung

4.2 Kündigt sich das Versterben des Bewohners an, erfolgt unverzüglich eine Anpassung der individuellen Versorgung. Sie trägt dem veränderten Bedarf und den individuellen Bedürfnissen des Bewohners Rechnung und berücksichtigt ausdrücklich die Frage der Einbeziehung der Angehörigen in die weitere Betreuung sowie ärztlich verordnete oder empfohlene Maßnahmen, insbesondere solche zur Schmerzlinderung. Veränderungen der Versorgung werden dokumentiert.

4.3 Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft überprüft in Abstimmung mit dem Bewohner und/oder den Angehörigen die Notwendigkeit der Einbeziehung weiterer Akteure, informiert diese und übernimmt im weiteren Verlauf die Koordinationsverantwortung in der Zusammenarbeit der Beteiligten. Vereinbarungen zwischen den Beteiligten werden dokumentiert.

4.4 Die Einrichtung stellt sicher, dass der Bewohner, sofern er keine anderen Wünsche äußert und ein Krankenhausaufenthalt nicht zwingend notwendig ist, in der vertrauten Umgebung bleiben kann. Sie sorgt für eine Umgebung, die ein würdevolles Sterben ermöglicht und in der der Bewohner von Angehörigen, Mitbewohnern und Mitarbeitern in Ruhe Abschied nehmen kann.



4.5 Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft bemüht sich um die Sicherstellung einer kontinuierlichen Betreuung des Bewohners während der Sterbephase. Hierzu bindet sie, sofern möglich und sofern dies mit den Bedürfnissen des Bewohners in Einklang steht, Angehörige, seelsorgerische Unterstützung, Mitarbeiter der Einrichtung und ggf. ausreichend qualifizierte und erfahrene freiwillige Helfer ein.

■ zu 4.2

Im Sterbeprozess ergeben sich fast immer Veränderungen des Versorgungsbedarfs bzw. der Hilfsbedürftigkeit, so dass pflegerische Leistungen entsprechend angepasst werden müssen. Pflegerisches Handeln sollte dabei stets die Wahrung der menschlichen Würde und Autonomie sowie die Erhaltung einer der Situation entsprechenden Lebensqualität berücksichtigen (Wilkening/Kunz 2003).

Daher sind alle pflegerischen Maßnahmen auf ihre Notwendigkeit zu überprüfen, um z. B. unnötige Anstrengungen oder Belastungen für sterbende Bewohner zu vermeiden. In begründeten Fällen kann beispielsweise auf übliche Ganzkörperwaschungen zugunsten von Teilwaschungen verzichtet werden (Heimerl et al. 2000). Andere Maßnahmen hingegen können im Sterbeprozess eine besondere Relevanz erfahren, wie z. B. die regelmäßige Befeuchtung der Mundhöhle.

Die Dokumentation solcher Anpassungen dient vorrangig dem Zweck, allen beteiligten Mitarbeitern eine ausreichende Handlungsorientierung zu vermitteln. Sie sollte aussagekräftig sein, sich aber auf das Notwendige beschränken, weil sich die pflegerischen Erfordernisse im Verlauf des Sterbeprozesses kurzfristig ändern können und der Dokumentationsaufwand überschaubar bleiben sollte. Eine Möglichkeit besteht darin, die Dokumentation der angepassten Maßnahmenplanung im Pflegebericht vorzunehmen, da eine zeitnahe Anpassung der Gesamtpflegeplanung oftmals aus zeitlichen Gründen nicht möglich ist.

Angehörige vermitteln den Bewohnern in den meisten Fällen Vertrautheit und Geborgenheit in einem Ausmaß, das nicht ohne weiteres durch professionell Pflegende ersetzt werden kann (Schnepp 2002). Folglich sollte die Einbeziehung der Angehörigen in die Sterbebegleitung von der für den jeweiligen Bewohner zuständigen Pflegefachkraft gezielt gefördert werden, wobei die Möglichkeiten und Belastungsgrenzen der Angehörigen unbedingt zu beachten sind. Neben der Beteiligung bei der pflegerischen Versorgung kann auch die bloße Anwesenheit der Angehörigen für Bewohner entlastend sein und Sicherheit spenden.

Ungeachtet vieler positiver Aspekte ist zu bedenken, dass die Einbeziehung der Angehörigen von sterbenden Bewohnern aus unterschiedlichen Gründen auch als Belastung erlebt werden kann. Die Klärung dieser Situation erfordert von den Mitarbeitern ein sensibles und einfühlsames Vorgehen, welches zuvor z. B. im Rahmen von Fallbesprechungen geplant werden sollte.

■ zu 4.3

Neben der Einbindung Angehöriger und ärztlicher Unterstützung kann die Kooperation mit weiteren Personen/Berufsgruppen im Rahmen der Sterbebegleitung sinnvoll sein. Hierbei kann es sich z. B. um Seelsorger, ambulante Hospizdienste oder freiwillige Helfer handeln. Die Entscheidung darüber sollte – soweit möglich – gemeinsam mit dem Bewohner und/oder den Angehörigen getroffen werden. Kommt es zu einer entsprechenden Kooperation, ergeben sich hieraus Koordinationsaufgaben, welche die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft wahrnimmt. Ihr obliegen Kontaktaufnahme, Informationsweitergabe, Terminabsprachen usw. Zudem ist sie dafür verantwortlich, dass getroffene Vereinbarungen dokumentiert werden, um Transparenz für alle beteiligten Mitarbeiter zu schaffen (siehe auch Punkt 4.5).

■ zu 4.4

Wie aus Untersuchungen hervorgeht, lehnen die meisten Bewohner eine Krankenhauseinweisung im Zusammenhang mit lebensverlängernden Maßnahmen ab (Heimerl et al. 1998). Allerdings kann bei der Entscheidung für einen Krankenhausaufenthalt unter Umständen noch nicht deutlich erkennbar sein, ob der Sterbeprozess bereits begonnen hat. *Der jeweils zuständige Arzt sollte nach Möglichkeit gemeinsam mit der zuständigen Pflegefachkraft in enger Kooperation mit dem Bewohner (soweit sein Zustand dieses zulässt) und den Angehörigen überprüfen, ob eine Krankenhauseinweisung zwingend erforderlich ist.* Die Verlegung sterbender Bewohner in ein Krankenhaus sollte so weit wie möglich vermieden werden.

Zur Gewährleistung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Unterstützung in der Einrichtung zählt auch die *Schaffung einer angemessenen Umgebung*, die das Abschiednehmen ermöglicht. Das Wohnen in Doppelzimmern kann dies erschweren. Allerdings sollten auch in diesem Fall alle Anstrengungen unternommen werden, um den sterbenden Bewohnern ebenso wie den Mitbewohnern gerecht zu werden. Mitbewohner sind über die Situation zu informieren und, falls vorhanden, sollte ihnen eine räumliche Ausweichmöglichkeit angeboten werden. Verbleiben Mitbewohner im Zimmer, so kann – wenn das Bedürfnis danach besteht – durch den Einsatz von Trennwänden/-vorhängen ein Mindestmaß an Intimsphäre für beide Bewohner gewährleistet werden.

Die Gestaltung der räumlichen Umgebung sollte unter Beachtung des biografischen Hintergrundes auch weitere Aspekte einbeziehen, wie z. B. (in Abhängigkeit von der konkreten Situation) das Aufstellen religiöser Symbole oder den Einsatz von Musik.

■ zu 4.5

Sterbende Menschen sollten eine an ihren Bedürfnissen ausgerichtete kontinuierliche Betreuung erfahren. In der Regel wollen sie in ihrer Situation nicht allein gelassen werden, wobei die Begleitung der Bewohner während der Nacht eine besondere Herausforderung darstellt. Die konkrete Umsetzung ist unter den derzeitigen Rahmenbedingungen nicht immer unproblematisch. Bezüglich der meist kurzfristig erforderlichen Anpassungen der Arbeitsorganisation ist ein hohes Maß an Kreativität und Flexibilität erforderlich. Eine veränderte Arbeitsplanung (Festlegung vorrangig durchzuführender Tätigkeiten in der Nacht) oder eine angepasste Dienstplangestaltung (sofern absehbar ist, dass ein hoher Unterstützungsbedarf in der Nacht besteht) können Freiräume für die Betreuung des sterbenden Bewohners geben.

Eine kontinuierliche Begleitung des Sterbenden kann durch das Hinzuziehen weiterer geeigneter Personen unterstützt werden. Es obliegt der für den jeweiligen Bewohner zuständigen Pflegefachkraft, eine entsprechende Kooperation anzustreben bzw. – sofern möglich und sinnvoll – auch Angehörige einzubeziehen.

Sollen freiwillige Helfer einbezogen werden, so ist es empfehlenswert, ihr Aufgabenfeld im Konzept der Einrichtung klar zu definieren, die persönliche Eignung zu prüfen und eine geeignete Anleitung sicherzustellen. Freiwillige Helfer gelten von jeher als wichtiger Stützpfiler der Sterbebegleitung (vgl. Student 1999). Gezielte psychosoziale Hilfen zur Bewältigung von Krankheit, Sterben und Tod stellen allerdings eine anspruchsvolle professionelle Aufgabe dar, die einen geeigneten Qualifikationshintergrund erfordert und daher nicht ohne weiteres an ehrenamtlich tätige Personen delegiert werden kann.

Befindet sich der Bewohner im Krankenhaus, kann die jeweils zuständige Pflegefachkraft die unter Punkt 4.5 genannte kontinuierliche Begleitung bzw. die soeben skizzierten Maßnahmen nicht gewährleisten oder einleiten. Sie kann aber andere Beteiligte durch Informationen darin unterstützen und ermutigen, den Bewohner im Krankenhaus aufzusuchen, und (ggf. in Absprache mit dem Krankenhaus) die Frage prüfen, ob ein Besuch besonders wichtiger Bezugspersonen unter den Mitarbeitern der Einrichtung sinnvoll und möglich ist.



Begleitung der Angehörigen

- 4.6 Die Einrichtung gewährleistet, dass ein Ansprechpartner, der über den betreffenden Bewohner kompetent Auskunft geben kann, für die Angehörigen jederzeit kurzfristig erreichbar ist.**
- 4.7 Die Einrichtung eröffnet den Angehörigen eine Übernachtungsmöglichkeit oder, wenn hierzu keine geeigneten räumlichen Voraussetzungen bestehen, unterstützt sie bei der Suche nach einer geeigneten Übernachtungsmöglichkeit.**
- 4.8 Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft gewährleistet, dass der Unterstützungsbedarf und die Situation der Angehörigen eingeschätzt, ihnen kompetente Hilfe angeboten (Information, Beratung) und bei Bedarf Kontakte zu anderen Stellen vermittelt werden, die Unterstützung leisten können. Sie stellt außerdem sicher, dass die Angehörigen bei Bedarf in der Kommunikation mit dem Sterbenden angeleitet werden.**
- 4.9 Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft überprüft die Möglichkeit und Bereitschaft der Angehörigen, aktiv in die Versorgung des Sterbenden einbezogen zu werden, und trägt ggf. dafür Sorge, dass die Angehörigen eine entsprechende Anleitung erhalten.**

■ zu 4.6

Angehörigen sollte es jederzeit möglich sein, sich über den aktuellen Zustand des sterbenden Bewohners persönlich bzw. telefonisch zu informieren. Dies setzt voraus, dass bei Abwesenheit der jeweils zuständigen Pflegefachkraft in jeder Schicht eine Pflegefachkraft benannt wird, die kompetent Auskunft geben kann. Alle Mitarbeiter müssen darüber informiert sein, damit sie Angehörige sofort an den Ansprechpartner weitervermitteln können. Ist absehbar bzw. vereinbart, dass Angehörige Auskunft einholen, sollte diesen gegenüber der Ansprechpartner ebenfalls namentlich benannt werden.

Befindet sich der Bewohner im Krankenhaus, so ist es vorrangig wichtig, Angehörigen gegenüber Ansprechpartner des Krankenhauses benennen zu können.

■ zu 4.7

Möchten Angehörige den Bewohner während des Sterbeprozesses begleiten, kann im Einzelfall eine Übernachtungsmöglichkeit in der Einrichtung bzw. der näheren Umgebung erforderlich sein. Je nach Einrichtung kann ggf. ein Gästezimmer oder eine Übernachtungsmöglichkeit im Bewohnerzimmer angeboten werden. Ist dies aufgrund der räumlichen Gegebenheiten oder aus anderen Gründen nicht möglich, sollten die Angehörigen bei der Suche nach ortsnahen Übernachtungsmöglichkeiten, z. B. durch Anschriftenlisten von Hotels/Pensionen, unterstützt werden.

■ zu 4.8

Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft sollte im Rahmen von Gesprächen und Beobachtungen feststellen, welcher Informations- und Gesprächsbedarf bei den Angehörigen besteht. Offene Gespräche über das Sterben können nicht nur für Sterbende, sondern auch für die Angehörigen eine entlastende Wirkung haben (Heimerl 1998). Je nach Erfordernis sollte die Pflegefachkraft informierende und/oder beratende Gespräche anbieten.

Eine besondere Unterstützung benötigen Angehörige unter Umständen in der Kommunikation mit dem sterbenden Bewohner. So können sie es unter Umständen schon als hilfreich erleben, wenn sie bei ihren Besuchen in das Bewohnerzimmer begleitet werden und eine erste Kontaktaufnahme zum Bewohner durch einen Mitarbeiter erfolgt.

Angehörige, die dem sterbenden Bewohner nahe sein möchten, wissen oftmals nicht, wie sie die gemeinsame Zeit gestalten sollen. Hier können Gespräche mit der zuständigen Pflegefachkraft nicht nur entlastend wirken, sondern auch Alternativen zum bisherigen Kommunikationsverhalten aufzeigen. Dabei ist zu beachten, dass die nonverbale Kommunikation im Kontakt mit dem Bewohner (z. B. durch Berührungen) ggf. einen höheren Stellenwert als die verbale Kommunikation einnehmen kann.

Der Unterstützungsbedarf der Angehörigen kann so spezifisch oder umfangreich sein, dass weitere Personen bzw. Berufsgruppen hinzugezogen werden sollten. Dies betrifft beispielsweise Angehörige, die einen besonderen Informationsbedarf in medizinischen Fragen haben, seelsorgerische oder psychotherapeutische Hilfe benötigen. In solchen Fällen können die Mitarbeiter Unterstützung leisten, indem sie z. B. Kontakte zum zuständigen Arzt oder zu anderen Stellen (z. B. Angebote zur Trauerbegleitung) vermitteln.

■ zu 4.9

Die direkte Einbeziehung der Angehörigen in die Versorgung kann für den Bewohner wie auch für die Angehörigen selbst von großer Bedeutung sein. Der Bewohner hat dadurch Gelegenheit, die Nähe und Fürsorge vertrauter Bezugspersonen direkt zu erfahren, was insbesondere dann wichtig sein kann, wenn er zu verbaler Kommunikation nicht mehr oder nur eingeschränkt in der Lage ist. Umgekehrt stellt die Übernahme von Versorgungsaufgaben für viele Angehörige eine Möglichkeit dar, das Gefühl zu überwinden, dem Sterbeprozess von außen, d. h. passiv und hilflos zusehen zu müssen. Sie kann daher einen Beitrag dazu leisten, Schuldgefühlen auf Seiten der Angehörigen entgegenzuwirken und die Trauerbewältigung zu fördern.

Art und Ausmaß der von Angehörigen geleisteten Unterstützung können stark variieren. Es kann sich um kleinere Handreichungen handeln (z. B. Getränk reichen, Kissen aufschütteln), aber auch um die teilweise Übernahme von Maßnahmen der Körperpflege (unter Anleitung) (vgl. z. B. Burkhardt-Weber 1996). Im Bedarfsfall ist eine geeignete Beratung und Anleitung der Angehörigen sicherzustellen. Wie intensiv die Angehörigen bei der Einbeziehung in die Versorgung zu begleiten sind, ist im Einzelfall zu prüfen. Es sollte jedoch der Grundsatz gelten, dass stets ein Mitarbeiter anwesend ist, wenn die von Angehörigen geleistete Unterstützung über kleinere Handreichungen hinausgehen und/oder Angehörige trotz Bedürfnis nach Einbeziehung Unsicherheit zeigen.

Allerdings bedarf es im Vorfeld einer sorgfältigen Einschätzung, ob bzw. in welcher Form eine Einbeziehung sinnvoll ist. So kann das Bedürfnis und Einverständnis des Bewohners häufig nur vermutet oder durch Beobachtung seiner Reaktionen auf die Einbeziehung der Angehörigen festgestellt werden. Bei der Überprüfung der grundlegenden Möglichkeit und Bereitschaft der Angehörigen sollte die Frage berücksichtigt werden, inwieweit sie mit den Belastungen, die eine Einbeziehung ggf. mit sich bringt, umgehen können.

Befindet sich der Bewohner im Krankenhaus, kann die Einrichtung die Einbeziehung der Angehörigen weder ermöglichen noch gestalten.



5. Maßnahmen im Todesfall

Versorgung des verstorbenen Bewohners

5.1 Die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft gewährleistet, dass das äußere Erscheinungsbild des Verstorbenen seinem persönlichen bzw. religiösen Hintergrund entspricht.

■ zu 5.1

Auch nach dem Versterben sollte ein wertschätzender Umgang mit den Bewohnern selbstverständlich sein (Wilkening/Kunz 2003). Hierzu zählt u. a. die Sorge für ein würdevolles Erscheinungsbild nach Eintritt des Todes (z. B. Augen schließen, Unterkiefer unterpolstern, Entfernen von Sonden/Kathetern), die Berücksichtigung des religiösen Hintergrunds (z. B. Falten der Hände, Rosenkranz in die Hände legen, Entzünden einer Kerze) und sonstiger Wünsche (z. B. hinsichtlich der Kleidung).

Innerhalb der Einrichtung sollten Regelungen bestehen, wie nach der Versorgung des Verstorbenen, insbesondere bei Abwesenheit von Angehörigen, mit persönlichen Wertgegenständen zu verfahren ist.

Information und Dokumentation

5.2 Nach dem Versterben des Bewohners werden die Angehörigen bzw. Betreuer unverzüglich bzw. entsprechend ihrer dokumentierten Wünsche informiert. Die Information erfolgt im direkten (i.d.R. telefonischen) Gespräch mit den Angehörigen bzw. Betreuer. Können Angehörige bzw. Betreuer nicht erreicht werden, setzen die Mitarbeiter ihre Kontaktversuche fort (das Hinterlassen einer Nachricht allein ist nicht ausreichend).

5.3 Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft übermittelt unverzüglich eine Information an den zuständigen Arzt.

5.4 Es erfolgt zeitnah eine Informationsweitergabe bezüglich des Versterbens des Bewohners an alle Mitarbeiter des Wohnbereichs, die Mitbewohner, die Einrichtungsleitung und andere Bereiche der Einrichtung (z. B. Hauswirtschaft, Verwaltung).

5.5 Die Hinzuziehung eines Bestattungsunternehmens kann in Absprache mit den Angehörigen bzw. Betreuern durch Mitarbeiter der Einrichtung erfolgen. Unabhängig hiervon ist sichergestellt, dass die Mitarbeiter des Bestattungsunternehmens spätestens bei ihrer Ankunft Informationen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhalten.

Die Nachricht über den Tod des Bewohners sollte Angehörigen unverzüglich und möglichst in einem persönlichen Gespräch übermittelt werden (Ausnahme: anderslautende Vereinbarungen wurden auf Wunsch der Angehörigen getroffen und sind entsprechend dokumentiert).

Eine zeitnahe Information über den Tod des Bewohners erhält auch der jeweils zuständige Arzt. Bevorzugt sollte hierbei der Hausarzt hinzugezogen werden, allerdings bedarf dieses im Einzelfall gesonderter Absprachen (z. B. Benachrichtigung in

der Nacht, am Wochenende). Das Rahmenkonzept „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“ (vgl. Kapitel 6.6) enthält weitere Hinweise zur Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und der Einrichtung.

Mit dem Versterben des Bewohners ergeben sich für die Einrichtung vielfältige Informationsaufgaben. Alle im Rahmenkonzept aufgeführten Personen sollten zeitnah und (unter Berücksichtigung der individuellen Situation) angemessen informiert werden. Es ist zu berücksichtigen, dass während der Nachtzeit nicht alle aufgeführten Personen unverzüglich zu informieren sind und daher unterschiedliche Vorgaben für den Tag und die Nacht gemacht werden sollten.

Die Information der Mitbewohner erfordert ein Vorgehen, welches deren Gesamtsituation und Beziehung zum verstorbenen Bewohner berücksichtigt (siehe auch 5.11). Daher ist es erforderlich, dass Mitarbeiter jeweils entscheiden, ob die Information in einem Einzelgespräch und/oder in der Bewohnergruppe erfolgen sollte. In vielen Einrichtungen wird die Information mit einem Ritual kombiniert, wie z. B. Entzünden einer Kerze, Sprechen eines Gebetes.

Die Information des Bestattungsunternehmens kann durch Mitarbeiter der Einrichtung erfolgen, wenn im Vorfeld entsprechende Vereinbarungen mit den Angehörigen getroffen wurden. Die Mitarbeiter des Bestattungsunternehmens werden darüber informiert, welche Vorgehensweise in der Einrichtung gewünscht wird, z. B. Transport des Sarges durch den Haupteingang und nicht durch einen Hintereingang. Es ist zu empfehlen, dass die Mitarbeiter des Bestattungsunternehmens durch einen Mitarbeiter der Einrichtung begleitet werden.

Begleitung der Angehörigen

5.6 Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft stellt sicher, dass der Unterstützungsbedarf der Angehörigen nach Versterben des Bewohners festgestellt und eine entsprechende Beratung geleistet wird.

5.7 In Fragen, bei denen die Mitarbeiter der Einrichtung nicht weiterhelfen können, informieren sie über Unterstützungsangebote anderer Stellen.

Die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft bzw. ihre Vertretung hat die Aufgabe, im Gespräch mit den Angehörigen herauszufinden, ob sie Hilfe bei der Bewältigung des erlittenen Verlustes benötigen. Sie sollte die Angehörigen bei Bedarf über Möglichkeiten der Inanspruchnahme einer Trauerbegleitung informieren. Dies setzt voraus, dass der Einrichtung diese Möglichkeiten bekannt sind (z. B. Angebote zur Trauerbegleitung durch ambulante Hospizdienste).



Trauerbegleitung und Trauerkultur

- 5.8 Die Einrichtung sorgt für geeignete räumliche Voraussetzungen, die es Angehörigen, Mitbewohnern und Mitarbeitern ermöglichen, vom Verstorbenen würdevoll Abschied zu nehmen.**
- 5.9 Auf Wunsch wird den Angehörigen die Teilnahme an der Versorgung des verstorbenen Bewohners ermöglicht.**
- 5.10 Die Einrichtung sollte allen Mitbewohnern und Mitarbeitern, die Hauptbezugspersonen des Verstorbenen waren, ermöglichen, an der Beerdigung teilzunehmen.**
- 5.11 Nach dem Versterben des Bewohners wird überprüft, ob Mitbewohner, die ihm nahe standen, Unterstützung bei der Trauerbewältigung benötigen. Besteht ein solcher Bedarf, so leitet die jeweils zuständige Pflegefachkraft entsprechende Maßnahmen ein.**

■ zu 5.8

Das Abschiednehmen von Verstorbenen sollte stets in angemessen gestalteten Räumlichkeiten stattfinden. In einigen Einrichtungen gibt es zu diesem Zweck so genannte Abschiedsräume, in denen eine Möglichkeit zur Aufbahrung besteht.

Aber auch der Verbleib im Bewohnerzimmer wird in vielen Einrichtungen praktiziert, wobei hier auf die bereits angesprochene Problematik bei Bewohnern in Doppelzimmern hingewiesen sei (siehe Punkt 4.4). Die Räumlichkeiten sollten ein Abschiednehmen in ruhiger und würdevoller Atmosphäre ermöglichen (Falkenstein 2001). Generell sollten nahestehende Personen dazu ermutigt werden, vom Verstorbenen Abschied zu nehmen. Den meisten Menschen fällt es dadurch leichter, den Tod als tatsächliches Ereignis zu akzeptieren. Bewusstes Abschiednehmen ist eine wichtige Voraussetzung für die Trauerbewältigung.

Das Abschiednehmen innerhalb der Einrichtung kann insbesondere für Bewohner, die nicht an der Beerdigung teilnehmen (siehe Punkt 5.10), große Relevanz besitzen. Rituale und besondere Formen des Gedenkens (z. B. Aufstellen von Foto/Kerze im Wohnbereich, einrichtungsinterne Trauerfeier) können sehr hilfreich sein, den Tod vertrauter Personen besser zu verarbeiten (Falkenstein 2001).

■ zu 5.9

Die Einbeziehung der Angehörigen in die Versorgung des Verstorbenen kann im Rahmen der Trauerbewältigung als hilfreich erlebt werden. Allerdings muss im Vorfeld ermittelt bzw. eingeschätzt werden, ob Angehörige dies wünschen und mit den Belastungen, die die Einbeziehung ggf. mit sich bringt, umgehen können.

■ zu 5.10/5.11

Die Teilnahme an der Beerdigung sollte für Mitbewohner und Mitarbeiter, die in einer engen Beziehung zum Verstorbenen standen, ermöglicht werden. Darüber hinaus ist es wichtig, etwaige Probleme der Trauerbewältigung bei den Bewohnern in den Blick zu nehmen und bei Bedarf gezielte Unterstützung zu leisten (z. B. durch Gespräche oder Friedhofsbesuche). *Es kann in Einzelfällen notwendig sein, gezielte Unterstützung zur Trauerbewältigung über einen längeren Zeitraum zu leisten.* Die jeweils zuständige Pflegefachkraft trägt die Verantwortung dafür, dies im Rahmen ihrer Beobachtungen und bei der Pflegeplanung zu berücksichtigen.

6. Reflexions- und Entlastungsangebote für Mitarbeiter

Die Einrichtung bietet allen an der Sterbebegleitung beteiligten Mitarbeitern einen geeigneten Rahmen zur Aufarbeitung ihrer Erfahrungen und Belastungen an.

Neben den Angehörigen und den Mitbewohnern benötigen auch Mitarbeiter, die an der Versorgung sterbender Bewohner beteiligt sind, Unterstützung, um die stetige Konfrontation mit Sterben und Tod bewältigen zu können. Dieses Anliegen hat oft zu wenig Raum im Versorgungsalltag und bedarf daher besonderer Vorgehensweisen, die über die Teilnahme an der Beerdigung hinausgehen. Gesprächskreise oder spezielle Schulungsangebote können hier eine sinnvolle Ergänzung sein. Aber auch Besprechungen nach Versterben der Bewohner, zur Reflexion des gesamten Prozesses, können hilfreich sein.



6.6 Rahmenkonzept „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“¹

Das Rahmenkonzept „Kooperation mit niedergelassenen Ärzten“ enthält Vorgaben, deren Umsetzung die Qualität der gesundheitlichen Versorgung von Heimbewohnern und die Kooperation zwischen Pflege und Medizin fördern soll und somit den Handlungsempfehlungen der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ folgt (Landtag Nordrhein-Westfalen 2005).

Reichweite und Grenzen des Rahmenkonzepts

Es handelt sich dabei um einen Aufgabenbereich, in dem die Gestaltungsmöglichkeiten vollstationärer Pflegeeinrichtungen ihre Grenze an der ärztlichen Entscheidungsautonomie finden. *Die Einrichtungen können sich – darauf zielen viele der folgenden Vorgaben ab – darum bemühen, die Voraussetzungen für eine tragfähige Zusammenarbeit herzustellen. Der Erfolg ihrer Bemühungen bleibt jedoch in hohem Maße von der Kooperationsbereitschaft der behandelnden Ärzte abhängig.* Es kommt hinzu, dass die jeweilige Einrichtung mit einer Vielzahl von Ärzten zusammenarbeitet. Beim Treffen von Absprachen über die Kooperation entsteht für die Einrichtungen natürlich ein hoher Aufwand.

Dennoch dokumentiert die Erfahrung vieler Einrichtungen tragfähige und mitunter sehr produktive Kooperationsbeziehungen zwischen Pflege und Medizin. Trotz vieler Begrenzungen können die Einrichtungen hierzu einen wichtigen Beitrag leisten.

Äußerst wünschenswert wäre es darüber hinaus, Fragen der Kooperation zwischen vollstationären Pflegeeinrichtungen und Ärzten mit den Ärztevertretungen abzustimmen. Eine solche Abstimmung kann nicht von der einzelnen Einrichtung geleistet werden, sie erfordert vielmehr eine Initiative auf anderer Ebene.

Charakter einzelner Anforderungen

Aufgrund der genannten Besonderheiten enthält das vorliegende Rahmenkonzept auffällig häufig Formulierungen wie „die Einrichtung strebt an“, „bietet an“ oder „wirkt darauf hin“. Diese Formulierungen tragen dem begrenzten Gestaltungsspielraum der Einrichtungen Rechnung, sollten allerdings nicht als unverbindliche Appelle missverstanden werden. *Sie markieren vielmehr Anforderungen an das Handeln der Einrichtung bzw. Mitarbeiter, verweisen jedoch darauf, dass die Einrichtung das angestrebte Ergebnis ihres Handelns nicht allein gewährleisten kann.*

Erwartungen an die niedergelassenen Ärzte

Mit der Umsetzung des Rahmenkonzepts verdeutlichen die Einrichtungen ihre Vorstellungen zur Kooperation. Sie unterbreiten damit ein Kooperationsangebot, dass vor allem mit folgenden Erwartungen an die Ärzte verknüpft ist:

- Bereitschaft zur Teilnahme an Kooperationsgesprächen,
- Bereitschaft, verbindliche Absprachen zu treffen, z. B. bezüglich der Terminierung von Hausbesuchen in der Einrichtung, der Dokumentation von An-/Verordnungen in der Pflegedokumentation,
- Bereitschaft, die Mitarbeiter der Einrichtung über versorgungsrelevante Sachverhalte zu informieren, z. B. über Besonderheiten im Zusammenhang mit ärztlichen An-/Verordnungen oder Veränderungen der medizinischen Versorgung,
- Interesse an Informationen der Mitarbeiter, die im Rahmen der ärztlichen Versorgung von Bedeutung sein können.

¹ Erstellt in Zusammenarbeit mit Dr. med. Dipl.-Psych. Barbara Höft (Institutsambulanz Gerontopsychiatrie der Rheinischen Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, ehem. Landesärztin für Gerontopsychiatrie) und Dr. med. Wolfgang Seyfarth (ehem. Grundsatzreferent Pflegeversicherung beim MDK Nordrhein)

1. Grundsätze

- 1.1 Die Pflegeeinrichtung unterstützt ihre Bewohner bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und bei der Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen. Hiermit soll ein Beitrag zur Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit der Bewohner geleistet werden. Die Einrichtung gewährleistet eine freie Arztwahl und unterstützt die Bewohner auf Wunsch bei der Sicherstellung von Kontinuität in der ärztlichen Versorgung.
- 1.2 Die Einrichtung unterstützt die Ärzte bei der Sicherstellung einer bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung der Bewohner. Sie bemüht sich um stabile Kooperationsbeziehungen zu den behandelnden Ärzten und strebt die Vereinbarung gemeinsamer Regelungen der Zusammenarbeit an. Sie sorgt dafür, dass eine Informationsübermittlung an die behandelnden Ärzte erfolgt und diese geeignete Ansprechpartner finden, wenn das Erfordernis einer Abstimmung entsteht.
- 1.3 Die Einrichtung orientiert sich in der Zusammenarbeit mit Ärzten an der Zielsetzung, dass pflegerische, diagnostische, präventive und therapeutische Maßnahmen so weit wie möglich aufeinander abgestimmt sind.

■ zu 1.1

Um die ärztliche bzw. fachärztliche Versorgung der Bewohner sicherzustellen, sind oftmals der Kontakt und die Kommunikation zwischen Arzt und Patient allein nicht ausreichend. Viele Bewohner sind aufgrund kognitiver Einschränkungen nicht mehr in der Lage, Kontakt zum Arzt aufzunehmen, diesem ihr Anliegen zu vermitteln oder ärztliche An-/Verordnungen umzusetzen. Diese und andere Aufgaben übernehmen dann die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung. Zur optimierten Gestaltung des Schnittstellenbereichs zwischen Arzt und Pflegeeinrichtung ist eine Kooperation notwendig, die alle Aspekte zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bewohner einschließt. Wie bereits in der Einleitung thematisiert, handelt es sich hierbei keineswegs um eine Selbstverständlichkeit, sondern erfordert immer wieder Aushandlungsprozesse zwischen den beteiligten Personen.

■ zu 1.2

Die in diesem Rahmenkonzept aufgeführten Grundsätze geben eine allgemeine Orientierung zur Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen der Pflegeeinrichtung und den Ärzten, wobei Fachärzte stets mitgemeint sind. Bei der Durchsicht des Rahmenkonzepts kann der Eindruck entstehen, dass die Kooperationsbemühungen allein von der Einrichtung ausgehen und nicht von den Ärzten. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass im Rahmenkonzept Anforderungen an die Pflegeeinrichtungen formuliert werden, nicht an Ärzte. Deshalb sei klargestellt, dass die Gestaltung einer Schnittstelle niemals allein von einer Partei zu verantworten ist und somit die Ärzte – ebenso wie die Pflegeeinrichtungen – ihren Anteil zur Kooperation beitragen sollten.

Im Rahmen der ärztlichen Versorgung der Bewohner spielt die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und Arzt eine herausragende Rolle. Im Idealfall gelingt es, Vereinbarungen zu treffen, die der Kooperation größere Verbindlichkeit verleihen. Ärzte, die mehrere Bewohner betreuen, stehen dabei aus der Perspektive der Einrichtung sicherlich im Mittelpunkt der Bemühungen.



2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption

- 2.1 Die Einrichtung verfügt über ein schriftlich fixiertes Konzept zur Kooperation mit niedergelassenen Ärzten.
- 2.2 Das Konzept definiert Ziele, Maßnahmen, Zuständigkeiten und Verfahrensweisen, die den im vorliegenden Rahmenkonzept formulierten Anforderungen Rechnung tragen. Durch Einweisungen/Schulungen sorgt die Einrichtung dafür, dass das Konzept der Einrichtung allen Mitarbeitern, die an der Versorgung der Bewohner beteiligt sind, bekannt ist.
- 2.3 Sie stellt ferner sicher, dass die Bewohner und ihre Angehörigen bzw. Betreuer über die Grundsätze, Zuständigkeiten und Verfahrensweisen, wie sie im Konzept der Einrichtung enthalten sind, informiert werden.
- 2.4 Die für die Bewohner tätigen Ärzte erhalten entweder ein Exemplar der schriftlichen Konzeption oder eine schriftliche Information, in der die für die Zusammenarbeit wichtigen Teile des Konzeptes in geeigneter Weise dargestellt werden.

Erläuterungen zum Thema „schriftliche Konzeption“ finden sich in Kapitel 6.1.

■ zu 2.3

Die Information der Bewohner, Angehörigen/Betreuer und Ärzte über die relevanten Inhalte des Konzepts der Einrichtung kann auf unterschiedliche Weise erfolgen. Bewohner und Angehörige können zum Beispiel direkt nach dem Heimeinzug informiert werden. Ebenso ist es möglich, Angehörigentreffen für die Information zu nutzen.

■ zu 2.4

Denkbar ist beispielsweise, eine Informationsbroschüre für niedergelassene Ärzte zu erstellen, in der die Einrichtung zentrale Punkte ihres Konzeptes bzw. ihre Vorstellungen und Erwartungen zur Kooperation beschreibt.

3. Personelle Zuständigkeiten

- 3.1 Die Sicherstellung der notwendigen einrichtungsbezogenen Voraussetzungen zur Kooperation zwischen den Mitarbeitern der Einrichtung und den jeweiligen Ärzten liegt in der Verantwortung der Heimleitung und/oder der Pflegedienstleitung.**
- 3.2 Die Durchführung sämtlicher ärztlich verordneter bzw. angeordneter Maßnahmen (einschließlich Medikation) liegt in der Verantwortung von Pflegefachkräften. Die Pflegedienstleitung legt, ggf. in Abstimmung mit dem Träger der Einrichtung, in schriftlicher Form fest, ob und welche Maßnahmen an andere Mitarbeiter delegiert werden können. Findet eine Delegation der Durchführung an andere Mitarbeiter statt, beschränkt sich diese auf ausgewählte Maßnahmen und setzt eine ausreichende Anleitung sowie eine regelmäßige Kontrolle der fachgerechten Durchführung voraus.**
- 3.3 Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft (bzw. ihre Vertretung) ist für alle an der Versorgung des Bewohners beteiligten Ärzte Ansprechpartner und nimmt die Aufgaben wahr, die im Rahmen der Kooperation anfallen.**

■ zu 3.1

Die Kooperation zwischen Pflege und Medizin innerhalb einer Einrichtung sollte auf einheitlichen, förderlichen Bedingungen aufbauen. Um welche Voraussetzungen es sich handelt, ist in den weiteren Ausführungen des Rahmenkonzepts näher beschrieben. In erster Linie handelt es sich um die Regelung von Fragen der Schweigepflichtentbindung, die Führung von Kooperationsgesprächen mit neu hinzu kommenden Ärzten und die Behebung von Kooperationsproblemen.

■ zu 3.2

Die Delegation der Durchführung von ärztlich verordneten bzw. angeordneten Maßnahmen auf „Nichtfachkräfte“ sollte sich nur auf einige wenige Maßnahmen (z. B. Überwachung der Medikamenteneinnahme im Rahmen der Mahlzeiten oder Anziehen von Kompressionsstrümpfen) beziehen. Hierbei ist besonderer Wert auf eine entsprechende Anleitung und Kontrolle zu legen. Es muss schriftlich konkretisiert werden, welche Maßnahmen delegierbar sind.

■ zu 3.3

Die hier angesprochenen Aufgaben im Rahmen der Kooperation werden in anderen Punkten konkretisiert (z. B. 4.3, 4.4, 6.2).

Bei ungeplanten Arztbesuchen in der Einrichtung kann nicht davon ausgegangen werden, dass die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft oder ihre Vertretung immer im Dienst ist (vgl. Punkt 6.4).



4. Kooperation mit Ärzten zur Verbesserung der Versorgung

- 4.1 Die Heimleitung wirkt zusammen mit der Pflegedienstleitung darauf hin, dass die Kooperation zwischen Pflegekräften und Ärzten nicht durch die Pflicht zur Verschwiegenheit beeinträchtigt wird.
- 4.2 Die Einrichtung strebt Absprachen mit den niedergelassenen Ärzten zur Übermittlung der ärztlichen Verordnung (Rezepte etc.) an.
- 4.3 Die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft bietet dem jeweiligen behandelnden Arzt Unterstützung in Form von schriftlicher und mündlicher Information bei der Verordnung von Medikamenten, Therapien, Heil- und Hilfsmitteln sowie bei der Vorbereitung einer geplanten Krankenhauseinweisung an.
- 4.4 Die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft strebt zu den folgenden Punkten Absprachen mit dem behandelnden Arzt an:
 - Beobachtung und Dokumentation der Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikation und anderer therapeutischer Maßnahmen,
 - Einbeziehung der Angehörigen, Betreuer oder anderer Bezugspersonen in die Entscheidung über ärztliche Verordnungen/Anordnungen,
 - Hinzuziehung von Fachärzten,
 - Modalitäten der Unterrichtung des Arztes beim Auftreten neuer, bislang unbekannter Krankheitssymptome bzw. deutlicher gesundheitlicher Veränderungen.Die Absprachen werden in die Pflegedokumentation aufgenommen.
- 4.5 Die Heimleitung und/oder die Pflegedienstleitung bietet den niedergelassenen Ärzten ein initiales (einführendes) Kooperationsgespräch an.
- 4.6 Die Einrichtung verfügt über Regelungen zum Umgang mit Kooperationsproblemen im Rahmen der ärztlichen Versorgung.

■ zu 4.1

Der Sachverhalt der Verschwiegenheit und dessen Regelung in der Beziehung zwischen Bewohner, Arzt und Pflegeeinrichtung wurde bisher in der Praxis oftmals nicht als problematisch bewertet. Dennoch gilt grundsätzlich, dass der Bewohner den Arzt gegenüber den Mitarbeitern der Einrichtung von der Schweigepflicht entbinden muss. Dies ist eine Angelegenheit zwischen Arzt und Bewohner, doch sollte die Einrichtung dem Arzt vorsorglich einen entsprechenden Hinweis geben und ggf. darauf hinwirken, die Schweigepflichtsentbindung schriftlich zu dokumentieren.

Umgekehrt sollten auch die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung vom Bewohner ermächtigt werden, Informationen an den behandelnden Arzt weiterzugeben. Es empfiehlt sich, eine entsprechende Einwilligung bereits beim Abschluss des Heimvertrages einzuholen.

■ zu 4.2

Um den Aufwand der Pflegeeinrichtung bei der Beschaffung von Medikamenten, Hilfsmitteln oder Verbrauchsmaterialien (z. B. Katheter, Verbände) so gering wie möglich zu halten, sollten Absprachen zwischen der Einrichtung und dem Arzt bzw. der Arztpraxis getroffen werden. So sollte z. B. vermieden werden, dass Mitarbeiter der Einrichtung viel Zeit aufwenden müssen, um Rezepte aus der Arztpraxis zu besorgen. Diesbezügliche Absprachen sollten Gegenstand des initialen Kooperationsgesprächs (siehe 4.5) sein.

■ zu 4.3

Die tagtäglichen Beobachtungen der Mitarbeiter zu den Wirkungen, Nebenwirkungen und Problemen ärztlicher Verordnungen können ggf. maßgeblich zur Optimie-

rung der ärztlichen Behandlung beitragen. Da sich die Ausprägung von Krankheitszuständen und Symptomen ändert, sollte die Dosierung der Medikation regelmäßig geprüft und angepasst werden, wobei der Arzt in hohem Maße auf die Information durch die Pflegekräfte angewiesen ist. Sie ist auch und besonders dann von Bedeutung, wenn Bewohner zahlreiche Medikamente erhalten, die Medikation während eines Krankenhausaufenthaltes verändert wurde, nach einem solchen Aufenthalt angepasst werden muss oder wenn der behandelnde Arzt selbst Verordnungen verändert hat.

Das Unterstützungsangebot sollte gegenüber den behandelnden Ärzten deutlich vorgetragen werden. Die Mitarbeiter haben allerdings keinen Einfluss darauf, inwieweit die Ärzte es tatsächlich nutzen.

■ zu 4.4

Dieser Punkt bezieht sich auf konkrete Absprachen, die zwischen dem Arzt und der für den Bewohner zuständigen Pflegefachkraft getroffen werden sollten. Hierzu gehören besondere Aspekte der Beobachtung, aber auch die Kontaktaufnahme zu anderen Personen (Angehörige, Fachärzte). Mit letzterem ist gemeint, dass die Pflegefachkraft ansprechen sollte, ob das Hinzuziehen weiterer Personen sinnvoll sein könnte. Der letzte Unterpunkt in 4.4 bezieht sich auf Situationen, in denen auch unabhängig von Notfällen eine Benachrichtigung des Arztes erforderlich ist. Im Unterschied zu Notfallsituationen ist in diesem Fall (z. B. bei Beobachtungen im Nachtdienst) zumeist keine umgehende Information notwendig, jedoch sollte der Arzt möglichst rasch von der veränderten Situation in Kenntnis gesetzt werden. Absprachen sollten insbesondere zur Frage getroffen werden, unter welchen Voraussetzungen, in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt die Information übermittelt wird.

Absprachen sollten dokumentiert werden, wobei es sich empfiehlt, angestrebte Absprachen, die in der Kooperation mit dem Arzt nicht umgesetzt werden konnten, ebenfalls zu dokumentieren.

■ zu 4.5

Mit dem initialen Kooperationsgespräch ist ein einführendes Gespräch mit niedergelassenen Ärzten gemeint, mit denen die Einrichtung erstmals kooperiert.

Im Rahmen eines solchen Gesprächs sollte über die einrichtungsinternen Regelungen und Angebote zur Kooperation mit der Ärzteschaft informiert sowie die Frage der Schweigepflicht angesprochen werden. Darüber hinaus können ggf. bereits zu diesem Zeitpunkt Vereinbarungen zur zukünftigen Zusammenarbeit getroffen oder zumindest angeregt werden. Es ist empfehlenswert, die Gesprächsergebnisse zu dokumentieren. Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft sollte über die Ergebnisse informiert werden.

Darüber hinaus kann es sinnvoll sein, den kooperierenden Ärzten regelmäßige Besprechungen zu Fragen der Organisation der ärztlichen Versorgung anzubieten. Erfahrungsgemäß äußern niedergelassene Ärzte zumeist keinen Bedarf an regelmäßigen Besprechungen. Sie haben sich jedoch dort, wo sie stattfinden, als qualitätsfördernd erwiesen. Sie bieten beispielsweise Gelegenheit, Erfahrungen auszutauschen oder Verfahrensweisen und Verantwortlichkeiten gemeinsam zu überprüfen.

■ zu 4.6

In Einrichtungen ist nicht immer gewährleistet, dass Probleme in der Kooperation mit niedergelassenen Ärzten transparent gemacht und produktiv bearbeitet werden. Die Konsequenzen und Belastungen einer misslungenen Kooperation und die daraus resultierenden Arbeitsbeeinträchtigungen tragen dann die jeweiligen Mitarbeiter. Um dies zu vermeiden und die Kooperation zwischen Pflege und Medizin zu verbessern, sollte die Heimleitung in Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung einen entsprechenden internen Austausch über Fragen der Kooperation ermöglichen und Verantwortlichkeiten konkret regeln (z. B. festlegen, unter welchen Umständen die Pflegedienstleitung tätig werden sollte).



5. Pflegeplanung und Dokumentation

- 5.1 In der Pflegedokumentation sind ärztlich verordnete bzw. angeordnete Maßnahmen und deren Durchführung aufgeführt. Darüber hinaus berücksichtigt die Pflegeplanung, als ein Bestandteil der Pflegedokumentation, ärztlich verordnete bzw. angeordnete Maßnahmen, sofern sich hieraus pflegerische Anforderungen ergeben.
- 5.2 Die behandelnden Ärzte können auf Wunsch Einsicht in die Pflegedokumentation nehmen und erhalten – ebenfalls auf ausdrücklichen Wunsch – Gelegenheit zu einem Gespräch zur Abstimmung von Pflegeplanung und medizinischer Therapie.
- 5.3 Die Pflegedokumentation enthält alle in der Einrichtung verfügbaren Informationen, die für die Sicherstellung einer den gesundheitlichen Problemlagen des Heimbewohners entsprechenden ärztlichen Versorgung relevant sind.
- 5.4 Die Einrichtung wirkt darauf hin, dass die Dokumentation ärztlicher Ver-/Anordnungen durch die behandelnden Ärzte selbst vorgenommen wird und dass diese telefonisch angeordnete medizinische Maßnahmen nachträglich selbst abzeichnen. Sie wirkt ebenfalls darauf hin, dass die in der Einrichtung dokumentierten medizinischen Diagnosen vollständig und mit Datum versehen sind.

■ zu 5.1

Die Pflegeplanung richtet sich zwar auf pflegerische Problemlagen, doch kann durchaus die Notwendigkeit entstehen, sie aufgrund eines spezifischen Unterstützungsbedarfs im Rahmen der ärztlichen Behandlung anzupassen. Dieser Fall tritt beispielsweise ein, wenn sich im Rahmen der Therapie ein pflegerisches Problem zeigt (etwa die Verweigerung der Medikamenteneinnahme) oder der selbständige Umgang des Bewohners mit Anforderungen ärztlich verordneter Maßnahmen als Pflegeziel formuliert wird. Inwieweit ärztlich verordnete/angeordnete Maßnahmen bei der Pflegeplanung explizit berücksichtigt werden sollten, muss insofern im konkreten Einzelfall entschieden werden. Es ist jedoch wichtig, die Notwendigkeit hierzu zu prüfen. Unabhängig davon muss eine fachgerechte Dokumentation sichergestellt werden. Die heute weit verbreitete und auch von den MDS-Empfehlungen (MDS 2005) gestützte Vorgehensweise besteht in einer gesonderten Dokumentation (außerhalb der Pflegeplanung, aber als Bestandteil der Pflegedokumentation) ärztlich verordneter/angeordneter Maßnahmen.

■ zu 5.2

Insbesondere bei der Behandlung psychischer Erkrankungen ist es wünschenswert, dass sich Pflege und medizinische Behandlung an gemeinsamen Zielen ausrichten und sich in ihrer Wirkung gegenseitig verstärken (beispielsweise Medikation und Tagesstrukturierung) (Höft 2003). Hierzu bedarf es einer gegenseitigen Information und Abstimmung. Wenngleich bekannt ist, dass Ärzte sich nur selten für eine Einsicht in die Pflegedokumentation interessieren, sollte diese Möglichkeit grundsätzlich bestehen.

■ zu 5.3

Zu den hier angesprochenen Informationen gehören insbesondere:

- Angabe der behandelnden Ärzte, Informationen zu ihrer Erreichbarkeit und ggf. Hinweise auf besondere Vereinbarungen zur Zusammenarbeit,

- Angaben zu den ärztlich verordneten/angeordneten Maßnahmen, einschl. Dokumentation von Maßnahmen, die ein Arzt während des Besuchs in der Einrichtung selbst durchgeführt hat (nur möglich entsprechend der Beobachtung der Pflegefachkraft bei der Begleitung oder nach Auskunft des Arztes),
- Beobachtungen zu Krankheitssymptomen sowie Veränderungen im psychischen und körperlichen Befinden,
- Informationen zu Anlass, Dosierung der Einzelgabe und Maximaldosis der Bedarfsmedikation,
- Fragen/Hinweise, die dem behandelnden Arzt bei nächster Gelegenheit (z. B. Arztbesuch in der Einrichtung) vorgelegt werden sollen.

Besonders hingewiesen sei an dieser Stelle nochmals auf die Dokumentation von Beobachtungen von Verhaltensauffälligkeiten, anderen Krankheitssymptomen, Medikamentenwirkungen und Nebenwirkungen. Die Behandlung chronischer Krankheiten – um diese geht es überwiegend – ist auf solche Informationen in hohem Maße angewiesen.

■ zu 5.4

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind bei der Dokumentation zum Teil auf die Kooperationsbereitschaft und Sorgfalt der niedergelassenen Ärzte angewiesen. Im Versorgungsalltag zeigen diese allerdings ein sehr unterschiedliches Dokumentationsverhalten, und eine vollständige ärztliche Dokumentation im Sinne dieser Maßgabe ist nicht immer zu gewährleisten.

Für viele Einrichtungen ist der Umgang mit telefonischen Anordnungen besonders problematisch. Hier kann eine Möglichkeit sein, sich die Anordnungen per Fax übermitteln zu lassen (Däbritz 2003). Bei unvollständiger ärztlicher Dokumentation empfiehlt es sich, in der Pflegedokumentation zu vermerken, dass und wann entsprechende Aufforderungen an den betreffenden Arzt ergangen sind.

Von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang nicht nur ärztliche Leistungen, sondern auch Diagnosen. Es liegt in der Verantwortung der behandelnden Ärzte, die in der Einrichtung dokumentierten Diagnosen präzise zu formulieren, mit Datum zu versehen, auf Vollständigkeit zu prüfen und auf dem aktuellen Stand zu halten. Pflegeeinrichtungen sollten in der Kooperation mit Ärzten dennoch darauf hinwirken.

Wenn ein unleserliches Schriftbild der Ärzte Probleme aufwirft, kann es sinnvoll sein, z. B. Medikamentennamen oder sonstige Verordnungen von den Mitarbeitern dokumentieren und den Arzt lediglich die An-/Verordnung abzeichnen zu lassen.



6. Arztbesuche

- 6.1 Die Einrichtung informiert alle Heimbewohner entsprechend ihres individuellen Bedarfs über die Bedeutung regelmäßiger Arztbesuche (in der Einrichtung oder in der Arztpraxis). Sie unterstützt die Bewohner ggf. bei der Kontaktaufnahme bzw. Terminvereinbarung.
- 6.2 Bei anstehenden Besuchen in der Arztpraxis klärt die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft ab, inwieweit eine Begleitung (durch Angehörige oder Mitarbeiter) erforderlich ist und durch wen die Begleitung erfolgen sollte. Sie gewährleistet, wenn notwendig, eine dem individuellen Bedarf entsprechende Begleitung.
- 6.3 Die Einrichtung formuliert Maßgaben zur Vorbereitung von Arztbesuchen und trägt dafür Sorge, dass diese erfüllt werden. Sie strebt Vereinbarungen mit ihren ärztlichen Kooperationspartnern an, die sich insbesondere auf die Festlegung von Besuchsterminen, die Information des Bewohners und ggf. der Angehörigen, die Vorlage der Pflegedokumentation sowie auf die Begleitung während des Besuchs beim Bewohner beziehen.
- 6.4 Die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft (oder bei deren Abwesenheit eine andere Pflegefachkraft) begleitet den Arzt während des Besuchs beim Bewohner, es sei denn, Bewohner oder Arzt wünschen ein Gespräch ohne Anwesenheit der Pflegefachkraft.

■ zu 6.1

Die Beratung sollte durch die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft erfolgen. Hierbei sind ggf. die Angehörigen zu beteiligen. Etliche Bewohner benötigen darüber hinaus Unterstützung bei der Kontaktaufnahme mit einer Arztpraxis bzw. bei einer Terminvereinbarung mit ihrem behandelnden Arzt. Die Beratung sollte ferner – unter Berücksichtigung des Rechts auf freie Arztwahl (Tiebe 2005) – die Möglichkeit der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen umfassen. Denn die fachärztliche Versorgung, beispielsweise durch Neurologen, Gerontopsychiater, Augen-, Frauen- und HNO-Ärzte, ist nach wie vor als nicht ausreichend zu bezeichnen (Hallauer et al. 2005).

Des Weiteren ist es empfehlenswert, den bei Heimbewohnern zum Teil wenig präsenten Bedarf an Vorsorge-/Nachsorgeuntersuchungen anzusprechen. Präventive Maßnahmen, z. B. Impfungen, sollten ebenfalls verstärkt in den Blick genommen werden (Becker et al. 2005).

■ zu 6.2

Wie die „Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen“ zeigt, suchen nur ca. 20 % der Bewohner eine Arztpraxis außerhalb der Einrichtung auf (Hallauer et al. 2005). Nur wenige Bewohner sind in der Lage, diesen Arztbesuch selbständig durchzuführen. Ob und durch wen eine Begleitung beim Aufsuchen einer Arztpraxis notwendig ist, hängt vom Anlass des Arztbesuchs ab, vom Bedarf des Bewohners an Unterstützung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Einrichtung und von der Frage, inwieweit der Bewohner Unterstützung bei der Kommunikation und bei Absprachen mit dem Arzt benötigt.

Ergibt sich ein Bedarf an Begleitung ausschließlich aus Mobilitätseinschränkungen oder daraus, dass sich der Bewohner nicht ohne Hilfe außerhalb der Einrichtung zurechtfinden kann, so sollte die Begleitung durch Angehörige angestrebt werden. Anderenfalls oder wenn die Begleitung durch Angehörige nicht möglich ist, sollte die jeweils zuständige Pflegefachkraft abklären, durch welchen Mitarbeiter mit welcher

Qualifikation die Begleitung erfolgen kann. Hierbei ist es ggf. sinnvoll, sich im Vorfeld mit dem Arzt bzw. der Arztpraxis abzustimmen, um z. B. lange Wartezeiten zu vermeiden.

Es kann im Interesse der Einrichtungen, aber auch im Interesse der Bewohner empfehlenswert sein, dass Arztbesuche vorrangig in der Einrichtung stattfinden. Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung im Versorgungsalltag haben Mitarbeiter nur selten Gelegenheit, die Einrichtung für längere Zeit zu verlassen, ohne dass dies zu Engpässen in der Bewohnerversorgung führt. Bei Visiten in der Einrichtung bieten sich dem Arzt außerdem Gelegenheiten, den Bewohner in seiner vertrauten Lebens- und Versorgungsumgebung zu erleben. Auch ist die Frage zu berücksichtigen, ob und inwieweit der Besuch in der Praxis für Bewohner eine Belastung darstellt.

■ zu 6.3

Um einen möglichst reibungslosen Arztbesuch zu gewährleisten und die Belange der Kooperationspartner, aber auch der Bewohner ausreichend zu berücksichtigen, empfiehlt sich die Formulierung gemeinsamer Regelungen zur Vorbereitung und Durchführung von Arztbesuchen.

Der Besuch des Arztes bzw. der Besuch in der Arztpraxis kann und sollte dazu genutzt werden, diesen bei Bedarf über gesundheitliche Veränderungen des jeweiligen Bewohners zu unterrichten und ggf. eine Überprüfung anzuregen, inwieweit eine Anpassung der ärztlichen Behandlung notwendig sein könnte (z. B. Veränderung der Medikation).

Es empfiehlt sich außerdem, im Vorfeld des Besuches die Pflegedokumentation zu überprüfen und die an den Arzt zu richtenden Fragen und Hinweise zu sichten und ggf. auf die Ergänzung ärztlicher Einträge (z. B. Verordnungen oder Befunde) hinzuwirken. Arzt- bzw. Praxisbesuche sollten ferner Anlass sein, im gemeinsamen Gespräch Beobachtungen und Einschätzungen zur gesundheitlichen Situation und zu den Bedürfnissen des Bewohners auszutauschen, um auf dieser Grundlage die medizinische ebenso wie die pflegerische Versorgung zu optimieren.

■ zu 6.4

Ist eine Begleitung während des Arztbesuchs beim Bewohner erforderlich, wird diese von der für den Bewohner zuständigen Pflegefachkraft übernommen. Diese Anforderung ist jedoch bei ungeplanten Besuchen zum Teil nicht zu erfüllen. Trotz intensiver Kooperationsbemühungen wird es immer wieder zu ungeplanten Besuchen kommen. Daher ist es wichtig festzulegen, wer die Begleitung übernimmt, wenn die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft nicht anwesend ist.

Arztbesuche sollten grundsätzlich auch ohne Anwesenheit einer Pflegefachkraft möglich sein. Findet während des Besuchs keine Begleitung durch Mitarbeiter der Einrichtung statt, sollten andere Wege gesucht werden, um den Informationsaustausch zwischen Einrichtung und Arzt zu gewährleisten.



7. Notfallsituationen

- 7.1 Die Einrichtung verfügt über geregelte Verfahrensweisen zum Umgang mit medizinischen Notfällen. Diese sind schriftlich fixiert und allen Pflegekräften bekannt. Die Verfahrensregelungen beinhalten explizite Vorgaben zum Umgang mit Notfällen und berücksichtigen die besondere Situation des Nachtdienstes.
- 7.2 Die Einrichtung strebt Vereinbarungen mit den behandelnden Ärzten zur Zusammenarbeit in medizinischen Notfällen an, die deren Einsatzbereitschaft sowie die Verfügbarkeit und Weitergabe von besonders wichtigen Krankheitsbefunden regeln.
- 7.3 Nach dem Eintreten eines medizinischen Notfalls werden die Angehörigen bzw. Betreuer des Bewohners unverzüglich bzw. entsprechend der dokumentierten Wünsche informiert. Die Information erfolgt im direkten (i. d. R. telefonischen) Gespräch mit den Angehörigen. Können Angehörige nicht erreicht werden, setzen die Mitarbeiter ihre Kontaktversuche fort (das Hinterlassen einer Nachricht allein ist nicht ausreichend).

■ zu 7.1

Dieser Punkt bezieht sich zum einen auf konkrete Verhaltensweisen im Umgang mit Notfällen (z. B. bei akuter Atemnot), zum anderen aber auch auf die Modalitäten im Rahmen der Benachrichtigung von (Not-)Arzt und/oder Krankentransport/Rettungsdienst. Sinnvoll können zudem generelle Vereinbarungen zwischen der vollstationären Pflegeeinrichtung und dem Krankentransport/Rettungsdienst sein, die sich z. B. auf die Nutzung bestimmter Eingänge/Aufzüge oder die Verfügbarkeit notwendiger Unterlagen beziehen. Liegen Patientenverfügungen/Organspendeausweise vor, so ist der Notarzt oder der Arzt und, sollte es zur Einweisung kommen, auch das aufnehmende Krankenhaus entsprechend darüber zu unterrichten. Auch sind die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung zu stellen (vgl. Rahmenkonzept „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“).

■ zu 7.2

Damit eine Krisenintervention schnell und zuverlässig gelingt, sollte ein Verfahren mit den behandelnden Ärzten abgestimmt werden, das deren Einsatzbereitschaft transparent macht. Dies dient auch dem Ziel, Krankenhausaufenthalte so weit wie möglich zu vermeiden. Die Frage nach dem Einsatz eines Notarztes bleibt davon unberührt.

Zur Vorbereitung auf Notfallsituationen ist es außerdem sinnvoll, mit den behandelnden Ärzten abzustimmen, welche wichtigen Krankheitsbefunde als Kopie in der Pflegedokumentation aufbewahrt und im Bedarfsfall den Notärzten und ggf. dem Krankenhaus zugänglich gemacht werden sollen.

■ zu 7.3

Es ist empfehlenswert, mit den Angehörigen bereits zu Beginn des Heimaufenthaltes klare Vereinbarungen über den Weg der Benachrichtigung zu treffen und diese zu dokumentieren.

8. Qualifikation

- 8.1 Die Einrichtung berücksichtigt im Rahmen der Personalentwicklung und der Fortbildung ihrer Mitarbeiter die Kenntnisse, Fertigkeiten und pflegediagnostischen Kompetenzen, die zu einer fachgerechten Durchführung ärztlich verordneter/angeordneter Maßnahmen und zur Beobachtung ihrer Wirkungen und Nebenwirkungen erforderlich sind.**

Um die Anforderungen einer fachgerechten Pflege und einer produktiven Kooperation zwischen Pflege und Medizin erfüllen zu können, benötigen die Einrichtungen ausreichend qualifizierte Mitarbeiter – insbesondere Mitarbeiter, die technisch anspruchsvolle Maßnahmen sicher durchführen können und Beobachtungen im Hinblick auf mögliche Zusammenhänge mit der Medikation (insbesondere bei psychischen Erkrankungen) bzw. ärztlichen Behandlung einschätzen können (vgl. Hallauer et al. 2005). Hinzu kommt, dass in der Regel Pflegefachkräfte entscheiden, ob in konkreten Situationen ein Arzt hinzugezogen werden muss (Hallauer et al. 2005) und sie daher über entsprechendes Fachwissen verfügen sollten.

In dieser Hinsicht sollte jede Einrichtung den Qualifikationsbedarf ihrer Mitarbeiter anhand der im Alltag zu bewältigenden Anforderungen konkretisieren.



6.7 Rahmenkonzept „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“

Besonders für ältere Menschen bringen Krankenhausaufenthalte hohe Belastungen und das Risiko mit sich, dass eine bedarfsgerechte Versorgung bei Übergängen zwischen verschiedenen Versorgungsumgebungen nicht gewährleistet ist (Schaeffer 2000). Um dieses Risiko zu reduzieren, ist ein systematischer Austausch relevanter Informationen zwischen allen Beteiligten von großer Bedeutung.

Der Übergang des Bewohners von Pflegeeinrichtungen in das Krankenhaus und zurück in die Einrichtung sollte daher im Rahmen eines geregelten Überleitungsverfahrens erfolgen.

Pflegeüberleitung

In Deutschland gibt es seit Ende der 1980er Jahre vermehrt Bemühungen, in den Krankenhäusern ergänzend zu den Sozialen Diensten Konzepte der Pflegeüberleitung umzusetzen (vgl. Wingefeld 2002, Joosten 1993). Der im Herbst des Jahres 2002 vorgestellte Nationale Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2004) stellt einen weiteren wichtigen Schritt zur Verbesserung der Unterstützung bei Übergängen zwischen verschiedenen Versorgungsumgebungen dar.

Die Verantwortung für das Überleitungsverfahren liegt aber nicht allein bei den Krankenhäusern, sondern bei allen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung – auch bei den Pflegeeinrichtungen.

Bedeutung von Informationen im Rahmen von Überleitungsverfahren

Die Mitarbeiter im Krankenhaus sind, wenn sie eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung sicherstellen wollen, in hohem Maße auf Informationen über den neu aufgenommenen Patienten angewiesen. Zum Teil sind auch Rücksprachen mit der Pflegeeinrichtung erforderlich. Handelt es sich beispielsweise um demenziell erkrankte Heimbewohner, wäre es für die Pflege im Krankenhaus äußerst wichtig, Informationen zur gewohnten Tagesstrukturierung, zu Verhaltensweisen, zum biografischen Hintergrund und möglichen Zugangswegen in der Kommunikation zu erhalten.

Ähnliches gilt umgekehrt für Informationen über die Versorgung und den Verlauf des Krankenhausaufenthaltes, welche die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung benötigen. Pflegebedürftige in höherem Alter erleben mit dem Krankenhausaufenthalt und der Entlassung häufig einen weiteren Verlust ihrer ohnehin eingeschränkten Selbständigkeit. Viele Forschungsergebnisse zeigen, dass körperliche, ggf. auch kognitive Einbußen charakteristische Begleiterscheinungen sind und zum Teil noch lange nach der Entlassung andauern (vgl. z. B. Hansen et al. 1999; Rosswurm/Lanham 1998; Kresevic et al. 1997). Für die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen ist es wichtig, solche Veränderungen und mögliche Hintergründe einschätzen zu können und sich ein Bild von der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus zu machen, um sich sofort auf die neue Situation einstellen und wirksame Unterstützung leisten zu können. Hierzu benötigen sie Informationen, die nur das Krankenhaus liefern kann.

Überleitungsverfahren in der Verantwortung von Krankenhaus und Pflegeeinrichtung

Ein geregeltes Überleitungsverfahren der Krankenhäuser, wie es der Nationale Expertenstandard vorsieht, sollte im Idealfall durch entsprechende Bemühungen auf Seiten der Pflegeeinrichtungen ergänzt werden. Derzeit existieren für die vollstationäre Pflege jedoch keine vergleichbaren Handlungsrichtlinien. Die für die Krankenhäuser entwickelten Konzepte des Entlassungsmanagements können nicht ohne weiteres auf die Altenhilfe übertragen werden, da es bedeutende strukturelle Unterschiede gibt (vgl. Föcher/Mangei 2001). Das vorliegende Rahmenkonzept soll dazu

beitragen, diese Lücke zu schließen. *Ein geregeltes Überleitungsverfahren liegt sowohl im Interesse der Bewohner als auch im beiderseitigen Interesse von Pflegeeinrichtung und Krankenhaus.*

Gegenstand des Rahmenkonzepts

Das Rahmenkonzept benennt die wichtigsten Anforderungen an stationäre Pflegeeinrichtungen, die sich bei Krankenhausaufenthalten ihrer Bewohner ergeben. Die Anforderungen betreffen nicht nur den Tag des Übergangs in ein Krankenhaus, sondern auch die Unterstützung während des Aufenthaltes und die Rückkehr in die Pflegeeinrichtung.

Der vorliegende Anforderungskatalog bezieht sich auf *geplante und ungeplante Krankenhausaufenthalte* sowie auf Aufenthalte in *stationären Rehabilitationseinrichtungen*. Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung werden im Folgenden jedoch nur noch die Begriffe „Krankenhaus“ bzw. „Krankenhausaufenthalt“ verwendet.

Das Rahmenkonzept beschränkt sich auf Anforderungen, die im Einflussbereich der Einrichtung liegen. Anforderungen an die Krankenhäuser werden also nicht benannt.



1. Grundsätze

- 1.1 Das Überleitungsverfahren soll eine bedarfsgerechte Unterstützung der Bewohner vor und nach dem Krankenhausaufenthalt sicherstellen und gewährleisten, dass dem Krankenhaus alle notwendigen Informationen zur Versorgung der Bewohner vorliegen. Hierzu sorgt die Einrichtung für eine ausreichende Informationsübermittlung und für geeignete Ansprechpartner für das Krankenhaus.
- 1.2 Das Überleitungsverfahren soll ferner gewährleisten, dass weitere an der Versorgung und Begleitung der Bewohner beteiligte Personen (einschl. der Angehörigen) über den Krankenhausaufenthalt und gesundheitliche Veränderungen in geeigneter Weise unterrichtet werden.
- 1.3 Die Einrichtung unternimmt konkrete Schritte, um stabile Kooperationsbeziehungen zu Krankenhäusern, die regelmäßig ihre Bewohner aufnehmen, aufzubauen und dauerhaft zu erhalten. Sie strebt ferner die Vereinbarung gemeinsamer Überleitungsregelungen an.

■ zu 1.1/1.2

Die Grundsätze unterstreichen die Bedeutung des Informationsflusses zwischen allen beteiligten Institutionen und Personen. Es ist unabdingbar, „sich untereinander abzusprechen, um die Arbeit bewältigen zu können, die anfällt, wenn ein Bewohner in ein Krankenhaus eingewiesen oder entlassen wird“ (Braun 2003: 60). Fehlende oder mangelhafte Informationen gefährden die Qualität der Versorgung der Bewohner und können Krankenhausaufenthalte verlängern bzw. erneut notwendig machen (Bartholomeyczik 2000). Die Kooperation zwischen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern ist daher als äußerst wichtig einzustufen. Allerdings ist die Kooperation oftmals mit Problemen behaftet. Fehlende oder nicht eingehaltene Absprachen prägen vielfach das Bild der Zusammenarbeit (Domscheit/Wingenfeld 1996). *Eine systematische Kooperation ist nicht ausschließlich durch die Pflegeeinrichtung zu gewährleisten, sondern erfordert gegenseitigen Austausch und gemeinsam vereinbarte Verfahrensweisen, die beide Seiten als bindend betrachten.*

Eine Verbesserung der Kooperation setzt unter anderem voraus, dass in den Einrichtungen auf allen Ebenen, einschließlich der Leitungsebene, Einvernehmen über die Bedeutung der Kommunikation zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung herrscht.

■ zu 1.3

Auch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege stellt fest, dass über den Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ hinaus „dringend weitere einrichtungsübergreifende Regelungen zu treffen (sind), um die Kooperation zwischen den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsberufen zu forcieren“ (DNQP 2004: 46).

Pflegeeinrichtungen sollten nicht abwarten, bis Krankenhäuser die Initiative ergreifen, sondern selbst aktiv werden – auch wenn einige Krankenhäuser auf den ersten Blick keine ausgeprägte Kooperationsbereitschaft zeigen. Die Bemühungen der Einrichtungen sollten sich zunächst auf solche Krankenhäuser konzentrieren, die erfahrungsgemäß den größten Anteil der Bewohner aufnehmen. Unter Umständen ist es erforderlich, mehrmals Kontakt zu einem Krankenhaus aufzunehmen, um eine entsprechende Kooperation einzuleiten.

Kooperationsvereinbarungen sollten unter anderem folgende Punkte berücksichtigen:

- Regelungen zum schriftlichen und telefonischen/persönlichen Informationsaustausch (Inhalte, Zuständigkeiten, Zeitpunkte, Instrumente wie z. B. Überleitungsbogen etc.)
- Umgang mit Kooperationsproblemen (z. B. Nichteinhaltung von Vereinbarungen)
- Vorgehensweisen für eine regelmäßige Überprüfung der Kooperation (z. B. hat sich das bisherige Verfahren bewährt oder sind Anpassungen erforderlich).

Da sowohl Pflegeeinrichtungen als auch Krankenhäuser mit mehreren Institutionen kooperieren, wäre es wünschenswert, wenn Einrichtungen einer Region sich auf ein gemeinsames Überleitungsverfahren einigen könnten.

2. Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption

- 2.1 Die Einrichtung verfügt über ein schriftlich fixiertes Konzept zur Überleitung.
- 2.2 Das Konzept definiert Ziele, Maßnahmen, Zuständigkeiten und Verfahrensweisen, die den im vorliegenden Rahmenkonzept formulierten Anforderungen Rechnung tragen. Durch Einweisungen/Schulungen sorgt die Einrichtung dafür, dass das Konzept allen Mitarbeitern, die an der Versorgung der Bewohner und der Begleitung der Angehörigen beteiligt sind, bekannt ist.

Erläuterungen zum Thema „schriftliche Konzeption“ finden sich in Kapitel 6.1.



3. Personelle Zuständigkeiten

- 3.1 Maßnahmen zum Aufbau und zur kontinuierlichen Fortführung einer verbesserten Kooperationsbeziehung zu Krankenhäusern, die regelmäßig Bewohner der Pflegeeinrichtung aufnehmen, gehen von der Einrichtungsleitung und/oder Pflegedienstleitung aus.**
- 3.2 Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft bzw. deren Vertretung übernimmt die Steuerungsverantwortung für die Überleitung.**
- 3.3 In Notfallsituationen bzw. bei kurzfristigen, ungeplanten Krankenseinweisungen bzw. -entlassungen liegt die Verantwortung zur Einleitung von Sofortmaßnahmen bei den Pflegefachkräften, die sich zum gegebenen Zeitpunkt im Dienst befinden. Für das weitere Vorgehen übernimmt die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft die Steuerungsverantwortung.**

■ zu 3.1

Wie bereits erläutert wurde, ist ein geregeltes Überleitungsverfahren auf eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und Krankenhaus angewiesen. Die Initiative hierzu sollte von der Heim- und/oder Pflegedienstleitung ausgehen, indem sie das Gespräch mit dem Krankenhaus sucht. Es kann sinnvoll sein, im weiteren Verlauf auch Wohnbereichs- und Stationsleitungen einzubeziehen. Die Darstellung relevanter Aspekte und Probleme des bisherigen Überleitungsverfahrens – aus Sicht der Pflegeeinrichtung und des Krankenhauses – kann als Grundlage für die Festlegung eines gemeinsamen Vorgehens dienen (Cortes et al. 2004).

Hilfreich kann es sein, wenn Mitarbeiter das jeweils andere Arbeitsfeld im Rahmen einer Hospitation kennen lernen. Dadurch können sie die jeweiligen Arbeitsbedingungen und -abläufe und die mit dem Überleitungsverfahren verbundenen Probleme aus Sicht der jeweils anderen Institution besser einschätzen (Cortes et al. 2004).

■ zu 3.2

Pflegefachkräften wird im Rahmen des Überleitungsverfahrens eine wichtige Rolle zugeschrieben. Der Expertenstandard Entlassungsmanagement geht, bezogen auf die Situation im Krankenhaus, davon aus, „dass im Entlassungsprozess die Pflegefachkraft aufgrund ihrer Nähe zu Patienten und Angehörigen die entscheidende Koordinationsfunktion einnimmt. Das heißt jedoch nicht, dass sie alle Schritte des Entlassungsmanagements selbst durchführt“ (DNQP 2004: 47).

Dieser Grundgedanke sollte auch auf die vollstationäre Pflege übertragen werden: Die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft bzw. ihre Vertretung nimmt die Steuerungsverantwortung für die Überleitung wahr. Sie führt nicht zwangsläufig alle anfallenden Tätigkeiten selbst aus, sondern trägt die Verantwortung für den Gesamtprozess der Überleitung. Im vorliegenden Rahmenkonzept bezieht sich diese Steuerungsverantwortung nicht allein auf den Übergang in das Krankenhaus, sondern auch auf Maßnahmen der Einrichtungsmitarbeiter, die während des Krankenhausaufenthaltes und nach der Rückkehr des Bewohners in die Pflegeeinrichtung getroffen werden. Die Vertretung der zuständigen Pflegefachkraft wird im weiteren Text nicht mehr ausdrücklich benannt. Sind beide nicht anwesend, greift die Anforderung 3.3.

■ zu 3.3

Akute Ereignisse bieten wenig Spielraum für Planungen. Aus Sicht der Pflegeeinrichtungen sind Maßnahmen im Zusammenhang mit der Entlassung ebenfalls schwer planbar, wenn die Entlassung sehr kurzfristig erfolgt.

Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, Regelungen für Situationen zu treffen, in denen sowohl zuständige Pflegefachkraft als auch ihre Vertretung abwesend sind.

4. Übergang in das Krankenhaus

Unterstützung der Bewohner

- 4.1 Die Unterstützung der Bewohner beim Übergang in das Krankenhaus umfasst Gespräche zur Vorbereitung auf den Krankenhausaufenthalt und die Begleitung bis zur Übernahme der Begleitung durch Personen, die nicht Mitarbeiter der Einrichtung sind.
- 4.2 Bei geplanten Krankenhausaufenthalten wird darauf hingewirkt, dass Angehörige die Bewohner bei der Krankenhausaufnahme begleiten.
- 4.3 Ist eine Begleitung der Bewohner bei einer geplanten oder ungeplanten Krankenhausaufnahme aufgrund der individuellen Situation dringend erforderlich und stehen hierzu keine Angehörigen oder sonstigen Personen zur Verfügung, findet die Begleitung durch einen Mitarbeiter der Einrichtung statt, sofern die Versorgung von anderen Bewohnern hierdurch nicht gefährdet wird.

Für Bewohner ist der Krankenhausaufenthalt ebenso wie für andere Menschen gleichbedeutend mit einem Bruch des gewohnten Alltagslebens (vgl. Wingenfeld 2005). Besonders diejenigen, die aufgrund eines hohen Unterstützungsbedarfs und/oder aufgrund von kognitiven Einbußen auf eine Umgebung angewiesen sind, die Vertrautheit und Sicherheit bietet, erleben den Übergang ins Krankenhaus als schwerwiegenden, zum Teil beängstigenden Einschnitt. Es ist für die Bewohner daher oftmals eine große Hilfe, wenn sie im Vorfeld des Übergangs von den Mitarbeitern der Einrichtung Unterstützung erfahren und einfühlsam begleitet werden.

■ zu 4.1

Zwischen Bekanntwerden der Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthaltes und der Krankenhausaufnahme kann eine Zeitspanne von Minuten (Notfallsituation) bis zu mehreren Wochen (z. B. geplante Untersuchungen/Operationen) liegen.

Bewohner sollten entsprechend des gegebenen zeitlichen Spielraums auf den Krankenhausaufenthalt vorbereitet werden. Hierzu gehören die Weitergabe von Informationen (z. B. Name des Krankenhauses, erforderliche Unterlagen) und ggf. entlastende Gespräche (z. B. bei Angst vor dem Krankenhaus). Die Ausgestaltung sollte neben der zeitlichen Komponente insbesondere vorhandene kognitive Einschränkungen der Bewohner berücksichtigen.

Unabhängig davon, wie der Transport in das Krankenhaus erfolgt (z. B. Rettungs-, Krankentransport, Taxi), sollten Bewohner so lange durch die jeweils zuständige Pflegefachkraft begleitet werden, bis die Begleitung durch andere Personen fortgeführt wird (z. B. durch Angehörige, Mitarbeiter des Rettungsdienstes). Wünschenswert ist eine Verabschiedung der Bewohner durch die zuständige Pflegefachkraft unmittelbar am Transportfahrzeug und nicht bereits auf dem Wohnbereich.

■ zu 4.2/4.3

Bei der Begleitung der Bewohner spielen die Unterschiede zwischen geplanter und ungeplanter Einweisung ebenfalls eine große Rolle. Handelt es sich um einen geplanten Krankenhausaufenthalt, so kann eine Begleitung am Tag der Aufnahme durch die Einrichtung organisiert werden, indem Angehörige bzw. andere Bezugspersonen oder ehrenamtliche Helfer im Vorfeld gezielt angesprochen werden.

Wie Erfahrungen aus der Praxis zeigen, erfolgt eine Begleitung durch Mitarbeiter derzeit eher selten. Vereinzelt begleiten Mitarbeiter die Bewohner, meist allerdings nur, wenn es sich um geplante Einweisungen handelt (und die Angehörigen die Begleitung nicht übernehmen können) oder wenn sich „zufällig“ eine ausreichende Anzahl Mitarbeiter im Dienst befindet. Eine Begleitung in der Nacht ist oft überhaupt nicht realisierbar.



Allerdings sollten alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, vor allem bei Bewohnern mit einem Unterstützungsbedarf, der nicht durch die den Transport durchführenden Personen abgedeckt werden kann. Beispielhaft sind hier Bewohner mit ausgeprägten Angstzuständen oder schweren kognitiven Einbußen mit massivem Verlust der situativen Orientierung zu nennen. Allerdings kann eine solche Begleitung, auch wenn sie als notwendig erachtet wird, nur dann realisiert werden, wenn die Versorgung anderer Bewohner hierdurch nicht gefährdet wird.

Organisatorische Aufgaben

4.4 Bei Bedarf wird ein Krankentransport angefordert.

4.5 Den Mitarbeitern ist bekannt, welche Kleidung und persönlichen Gegenstände dem Bewohner in das Krankenhaus mitgegeben werden. Die Reisetasche wird, ggf. gemeinsam mit dem Bewohner, gepackt.

4.6 Im Bewohnerzimmer finden Nachbereitungen nach erfolgter Einweisung statt.

Die Formulierung der hier aufgeführten Anforderungen scheint auf den ersten Blick verzichtbar, da es sich um Aufgaben handelt, die regelhaft bei nahezu jeder Krankenhauseinweisung erbracht werden sollten (sofern ein entsprechender Bedarf vorliegt). Es gibt aber Hinweise darauf, dass hierzu in der Praxis nach wie vor Regelungsbedarf besteht. Zudem ist es sinnvoll, diese Anforderungen hier aufzuführen, um eine weitestgehende Vollständigkeit in der Beschreibung der anfallenden Aufgaben im Rahmen eines Überleitungsverfahrens zu erreichen.

■ zu 4.4

Die Einrichtung sollte alle ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nutzen, um bei Bedarf einen zeitnahen Transport zu organisieren. Hierbei ist die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (z. B. Hausarzt, Krankenkassen, Krankentransportdienst) von großer Wichtigkeit, damit die für die Krankenhauseinweisung und den Krankentransport erforderlichen Unterlagen rechtzeitig vorliegen.

■ zu 4.5

Innerhalb der Einrichtung sollten Verfahrensweisen etabliert sein, die gewährleisten, dass den Bewohnern entsprechend ihrer Wünsche und den jeweiligen Erfordernissen Kleidung, persönliche Gegenstände und sonstige Utensilien in das Krankenhaus mitgegeben werden. Hilfreich können dabei z. B. Checklisten, Standards oder Hinweise in der jeweiligen Pflegedokumentation sein.

Die Mitgabe von persönlichen Gegenständen (z. B. Fotos, Handtasche, Stofftiere) ist insbesondere für kognitiv beeinträchtigte Bewohner von großer Bedeutung. Sie können ihnen in der fremden Umgebung Orientierung geben und sind ggf. auch für die Mitarbeiter des Krankenhauses im Rahmen der Kommunikation (Kontaktaufnahme) sehr hilfreich.

■ zu 4.6

Nachbereitungen im Bewohnerzimmer können z. B. folgende Tätigkeiten umfassen: Bett richten, Aufräumen, Wertgegenstände in Verwahrung nehmen, Abschließen des Zimmers.

Information und Dokumentation

4.7 Die Einrichtung stellt dem Krankenhaus folgende Unterlagen und Informationen (im Überleitungsbogen) zur Verfügung:

- Ärztliche Überweisung/Einweisung
- Informationen zum Pflegebedarf und zur bisherigen pflegerischen Versorgung (unter Berücksichtigung von Besonderheiten, z. B. Umgang mit Verhaltensweisen, Gewohnheiten, Tagesstrukturierung)
- Informationen zur aktuellen Medikation (einschl. Bedarfsmedikation, sonstige ärztliche Verordnungen)
- Angaben zu den Angehörigen bzw. Betreuern und den zuständigen Mitarbeitern der Einrichtung für Rücksprachen in pflegerischen Fragen.

4.8 Es bestehen schriftliche Vorgaben, welche Personen (Angehörige, Betreuer, Haus-/Facharzt, Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen in der Einrichtung) zu welchem Zeitpunkt über die (bevorstehende) Krankenhauseinweisung zu informieren sind. Die Durchführung erfolgt entsprechend dieser Vorgaben.

4.9 Im Falle einer Krankenhauseinweisung werden die Angehörigen unverzüglich bzw. entsprechend der dokumentierten Wünsche informiert. Die Information erfolgt im direkten (i. d. R. telefonischen) Gespräch mit den Angehörigen. Können Angehörige nicht erreicht werden, setzen die Mitarbeiter ihre Kontaktversuche fort (das Hinterlassen einer Nachricht allein ist nicht ausreichend).

4.10 Es erfolgt eine Dokumentation der Krankenhauseinweisung und der hiermit verbundenen Informationen (u. a. genauer Zeitpunkt und Grund der Krankenhauseinweisung, Angaben zum Krankenhaus, Angaben zum einweisenden Arzt, Information der Angehörigen).

■ zu 4.7

Voraussetzung für die Gewährleistung einer pflegerischen Kontinuität ist die Weiterleitung von Informationen. Hierzu werden in der Regel Überleitungsbögen verwendet. Die in der Praxis gängigen Überleitungsbögen sind recht unterschiedlich gestaltet (vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung 2004).

Gemeinsam sollte allen Formularen sein, dass sie *aussagekräftige* Informationen beinhalten und nicht auf körperliche Aspekte der Pflegebedürftigkeit begrenzt sind. Sie sollten beispielsweise auch biografische Informationen, individuelle Gewohnheiten und Verhaltensweisen berücksichtigen (insbesondere bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern). Den Krankenhausmitarbeitern kann durch entsprechende Informationen z. B. die Deutung besonderer Verhaltensweisen erleichtert werden. Auch die in der Pflegeeinrichtung diesbezüglich gewählten Vorgehensweisen sollten dem Krankenhaus mitgeteilt werden, um eine angemessene und kontinuierliche Versorgung zu fördern.

Bei ungeplanten Krankenhausaufenthalten steht der Einrichtung weniger Planungs- und Vorbereitungsraum als bei geplanten Aufenthalten zur Verfügung. Dennoch sollte der Kontinuitätsgedanke handlungsleitend sein und die für die Krankenhauseinweisung erforderlichen Unterlagen dem Krankenhaus unverzüglich zur Verfügung gestellt werden, d. h. in der Regel gleichzeitig mit dem Eintreffen der Bewohner. Daher sollte die Einrichtung gewährleisten, dass bei jeder Krankenhauseinweisung, gleichgültig ob diese am Tag oder in der Nacht erfolgt, ein aussagekräftiger Überleitungsbogen vorliegt.

Im Anschluss an eine Krankenhausaufnahme kann es auch sinnvoll sein, telefonischen Kontakt zur aufnehmenden Station herzustellen, um abzuklären, ob weitere Informationen benötigt werden.



■ zu 4.8/4.9

Mit der Einweisung in ein Krankenhaus ergeben sich vielfältige Informationsaufgaben für die jeweils zuständige Pflegefachkraft. Sie ist verantwortlich dafür, dass alle Personen, die im Anforderungskatalog aufgeführt sind, angemessen informiert werden. Hierzu sollten in der Einrichtung einheitliche Vorgehensweisen bestehen (häufig wird im Tag- und Nachtdienst und bei geplanten bzw. ungeplanten Krankenhausaufenthalten unterschiedlich verfahren).

5. Aufgaben während des Krankenhausaufenthalts

5.1 Um Informationen über die Situation der Bewohner zu erhalten, nimmt die Einrichtung regelmäßig (telefonischen) Kontakt zum Bewohner, zu den Angehörigen und/oder zum Krankenhaus auf. Die Zuständigkeiten für diese Kontaktaufnahmen, die Häufigkeit und die entsprechende Dokumentation sind im Konzept der Einrichtung festgelegt.

5.2 Es wird sicher gestellt, dass dem Bewohner während des Krankenhausaufenthaltes ausreichend Kleidung und persönliche Gebrauchsartikel zur Verfügung stehen.

5.3 Mitbewohner im Wohnbereich werden über den Krankenhausaufenthalt informiert.

■ zu 5.1

Oftmals erhalten Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen keine Auskünfte von Krankenhausmitarbeitern, da eindeutige Regelungen zur Weitergabe von Informationen fehlen. Um die Zusammenarbeit von Krankenhaus und Pflegeeinrichtung und damit auch den Informationsfluss zu verbessern, sind generelle Absprachen zwischen beiden Institutionen hilfreich. Daher sei nochmals auf die Bedeutung der Anforderung 1.3 hingewiesen.

In jedem Fall sollten sich die jeweils zuständigen Pflegefachkräfte um bewohnerbezogene Informationen bemühen und das Krankenhaus kontaktieren. Der Kontakt zu Angehörigen kann ebenfalls genutzt werden, um mehr über den Gesundheitszustand und die Gesamtsituation des Bewohners oder den Entlassungstermin in Erfahrung zu bringen.

Hierzu sind Krankenhausbesuche von Mitarbeitern der Einrichtung nicht zwingend erforderlich. Bei einigen Bewohnern sind sie allerdings wünschenswert. Sie dienen der Kontaktpflege zu den Bewohnern und ermöglichen direkte Kontakte zu den Mitarbeitern des Krankenhauses. Zudem kann die Präsenz der Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung im Krankenhaus zur besseren Verständigung zwischen beiden Institutionen beitragen und z. B. helfen, Absprachen bezüglich der Entlassung zu treffen.

■ zu 5.2

Die ausreichende Versorgung der Bewohner mit Kleidung und persönlichen Gebrauchsartikeln kann auf verschiedene Weise von der Einrichtung sichergestellt werden. Unkompliziert lässt sich dies regeln, wenn Besuche durch die Mitarbeiter stattfinden. Anderenfalls können Angehörige um Mithilfe gebeten werden.

■ zu 5.3

Mitbewohner sollten über den Krankenhausaufenthalt eines Bewohners unterrichtet werden, sofern zwischen beiden näherer Kontakt besteht (z. B. Bewohner im Doppelzimmer, Tischnachbarn im Speisesaal, befreundete Bewohner).

6. Rückkehr in die Pflegeeinrichtung

Information und Dokumentation, Pflegeplanung

- 6.1 Sobald der Einrichtung durch die regelmäßigen (telefonischen) Kontakte zum Bewohner, zu den Angehörigen und/oder zum Krankenhaus (siehe 5.1) bekannt wird, dass die Entlassung bevorsteht, wird Kontakt zum Krankenhaus aufgenommen, um Informationen zum Entlassungstermin zu erhalten. Dieses Vorgehen erübrigt sich nur, wenn die benötigten Informationen bereits auf Initiative des Krankenhauses in der Einrichtung vorliegen.
- 6.2 Es bestehen schriftliche Vorgaben, welche Personen (Angehörige, Betreuer, Haus-/Facharzt, Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen in der Einrichtung) zu welchem Zeitpunkt über die (bevorstehende) Krankenhausentlassung zu informieren sind. Die Durchführung erfolgt entsprechend dieser Vorgaben.
- 6.3 Es erfolgt eine Dokumentation der Krankenhausentlassung und der hiermit verbundenen Informationen.
- 6.4 Die bestehende Pflegeplanung wird unmittelbar nach Rückkehr des Bewohners überprüft, die Maßnahmenplanung wird ggf. kurzfristig dem veränderten Unterstützungsbedarf angepasst.
- 6.5 Spätestens zwei Wochen nach der Entlassung erfolgt ein pflegerisches Assessment und ggf. eine Überarbeitung der Pflegeplanung.

■ zu 6.1

Die Rückkehr in die Pflegeeinrichtung kann durch eine Planung im Vorfeld sowohl für die Bewohner als auch Mitarbeiter erleichtert werden. Hierfür sind Anstrengungen gemäß der Anforderung 6.1 (kann nur in Verbindung mit der Anforderung 5.1 erfüllt werden) notwendig, um vom Krankenhaus Informationen zum Entlassungstermin (Datum, Uhrzeit) zu erhalten. Informationen zum aktuellen Versorgungsbedarf (Pflegebedarf, medizinische Versorgung) können ebenfalls Gegenstand dieser Gespräche sein.

Die Verantwortung für diesen Informationsaustausch trägt vorrangig das jeweilige Krankenhaus. So wird im Expertenstandard Entlassungsmanagement u. a. folgendes eingefordert: „Die Pflegefachkraft stimmt in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen rechtzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin und den Unterstützungsbedarf des Patienten ab. Die Pflegefachkraft bietet den Mitarbeitern der weiterbetreuenden Einrichtungen eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen an“ (DNQP 2004: 56). Hätte sich der Expertenstandard Entlassungsmanagement bereits flächendeckend durchgesetzt, wäre die Anforderung 6.1 überflüssig.

■ zu 6.2

Vergleichbar mit den Aufgaben der Informationsvermittlung bei der Krankenseinweisung sind nun wiederum alle beteiligten Personen über die geplante bzw. erfolgte Rückkehr des Bewohners zu informieren.

■ zu 6.3/6.4/6.5

Gekoppelt an die Rückkehr des Bewohners ergeben sich hinsichtlich der Pflegedokumentation mehrere Anforderungen, die in der Verantwortung der jeweils zuständigen Pflegefachkraft liegen. Insbesondere die Überprüfung der bestehenden Pflegeplanung ist notwendig, um aktuelle Veränderungen angemessen berücksichtigen zu können.



nen. Die Dokumentation der aktuell veränderten Maßnahmenplanung kann zunächst im Pflegebericht erfolgen, da eine sofortige Anpassung der Gesamtpflegeplanung oftmals aus zeitlichen Gründen nicht möglich ist.

Eine erneute Überprüfung und ggf. Anpassung der Pflegeplanung sollte spätestens zwei Wochen nach der Rückkehr aus dem Krankenhaus erfolgen.

In Abhängigkeit von der spezifischen Situation des Bewohners kann eine Aktualisierung des pflegerischen Assessments erforderlich sein (vgl. Pflegerisches Assessment).

Vorbereitungen in der Einrichtung

6.6 Das Bewohnerzimmer wird für die Ankunft des Bewohners vorbereitet.

6.7 Die Betreuung des Bewohners und Aufgaben im Rahmen der Entlassung (z. B. Kontakte zu Angehörigen, zum Hausarzt, Dokumentation der aktuellen Situation, Pflegeplanung) werden bei der Arbeitsorganisation im Wohnbereich berücksichtigt.

Um Vorbereitungen für die Rückkehr des Bewohners treffen zu können, sind Informationen bezüglich des Entlassungstermins notwendig (siehe oben).

Die Arbeitsorganisation auf dem Wohnbereich wird dahingehend angepasst, dass die mit der Entlassung verbundenen Aufgaben (Kontakte zu Angehörigen und Ärzten, Pflegedokumentation etc.) erfüllt werden können.

Eintreffen der Bewohner in der Einrichtung

6.8 Begrüßung und Empfang finden unmittelbar nach Eintreffen des Bewohners in der Einrichtung statt.

6.9 Es erfolgt eine Entgegennahme und Überprüfung der Entlassungsunterlagen (z. B. Arztbrief, Überleitungsbogen) und der Reisetasche des Bewohners.

6.10 Die Einrichtung wirkt darauf hin, dass direkt nach der Krankenhausentlassung die erforderlichen Medikamente, Verbandsmaterialien, Sondenkost etc. zur Verfügung stehen.

Fehlen trotz Entlassungsunterlagen pflegerelevante Informationen, sollte im Krankenhaus bzw. beim Hausarzt nachgefragt werden.

Krankhausentlassungen, bei denen die notwendige Versorgung der Bewohner mit Medikamenten, Verbandsmaterialien, Sondenkost etc. nicht sichergestellt ist, ziehen etliche Probleme nach sich. Dies lässt sich besonders häufig bei Entlassungen am Freitagnachmittag beobachten, da der Hausarzt u. U. zur Rezeptierung der benötigten Medikamente/Hilfsmittel bzw. für einen Hausbesuch nicht zur Verfügung steht. Die Möglichkeiten der Einflussnahme der Einrichtungen sind gering. Dies unterstreicht nochmals den Abstimmungsbedarf sowohl mit den Krankenhäusern als auch den (Fach)Ärzten (vgl. Kapitel 6.6).

Literatur

- Almberg, B./Grafström, M./Krichbaum, K./Winblad, B. (2000): The interplay of institution and family caregiving: relations between patient hassles, nursing home hassles and caregivers' burnout. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15, Nr. 10, 931–939
- Alten- und Pflegezentren Main-Kinzig-Kreis (Hg. 1999): Sozialarbeit im Altenheim: Standards und Perspektiven für die praktische Arbeit. Kulmbach: Baumann
- Anderson, P. (2003): Zur Sterbekultur in stationären Seniorenzentren. Eine Untersuchung im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt als Grundlage für die Entwicklung von Standards zur Sterbebegleitung (Eigendruck)
- Antonucci, T.C. (2001): Social Relations. An Examination of Social Networks, Social Support, and a Sense of Control. In: Birren, J.E./Schaie, K.W. (Hg.): *Handbook of the Psychology of Aging*. Fifth Edition. San Diego, San Francisco: Academic Press, 427–453
- Bartholomeyczik, S. (2000): Gegenstand, Entwicklung und Fragestellungen pflegewissenschaftlicher Forschung. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa, 67–106
- Bauer, A./Gröning, K./Kunsmann, A.-C./Rensing, E. (2001): Praxis der Angehörigenarbeit in den stationären Altenhilfeeinrichtungen – Kritik und Impulse für die Konzeptentwicklung. In: Denzer, K. (Hg.): *Handbuch Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen*. Bielefeld, 15–33
- Bauer, M./Nay, R. (2003): Family and staff partnerships in long-term care. A review of the literature. *Journal of Gerontological Nursing* 29, Nr. 10, 46–53
- Beaver, M.L. (1979): The Decision-Making Process and its Relationship to Relocation Adjustment in Old People. *The Gerontologist* 19, Nr. 6, 567–574
- Becker, C./Koczy, P./Rissmann, U./Lindemann, B. (2005): Medizin im Altenheim – eine „alte“ Domäne der Geriatrie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, Nr. 1, 24–27
- Boeger, A./Pickartz, A. (1998): Die Pflege chronisch kranker in der Familie. Psychosoziale Beeinträchtigungen und Wohlbefinden bei pflegenden Frauen. *Pflege*, Nr. 11, 319–323
- Braun, U. (2003): Statement zum Expertenstandard „Entlassungsmanagement“: „Schnittstellen bei der Altenhilfe besonders problematisch“. *Pro Alter* 36, Nr. 1, 60–61
- Burkhardt-Weber, S. (1996): Mithilfe von Angehörigen bei der Pflege von Patienten auf der Intensivstation. *Intensiv* 4, Nr. 4, 170–175
- Chwalek, A. (1998): Wenn die Nacht nicht mehr zum Schlafen da ist – Nachtpflegekonzepte in der BRD. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* 49, Nr. 3, 108–112
- Cortes, T./Wexler, S./Fitzpatrick, J.J. (2004): The transition of elderly patients between hospitals and nursing homes. Improving nurse-to-nurse communication. *Journal of Gerontological Nursing* 30, Nr. 6, 10–15
- Däbritz, S. (2003): Anspruch und Wirklichkeit von Pflegedokumentation in stationären Einrichtungen der Altern- und Behindertenhilfe. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge* 83, Nr. 1, 17–20
- Daneke, S. (2000): Angehörigenarbeit. München: Urban & Fischer
- Dangel, B./Korporal, J. (2001): Instrument für das Entlassungsmanagement: Bericht zur Pflegeüberleitung muss von allen Beteiligten verstanden werden. *Pflegezeitschrift* 54, Nr. 7, 475–478
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hg.) (2004): *Überleitung und Case Management in der Pflege*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2005): *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung*. Osnabrück: DNQP
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2004): *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung*. Osnabrück: DNQP
- Domscheit, S./Wingenfeld, K. (1996): *Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen. Konzeptionelle Entwicklungen, Problemfelder und Anforderungen. Bericht über eine erste Bestandsaufnahme*. Schriftenreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
- Dühring, A./Claus, S. (1999): Schlaflose Nächte. Eine Leistungserhebung in Bremen hat nächtliche Tätigkeiten im Pflegeheim transparenter gemacht. *Altenpflege* 24, Nr. 6, 22–25
- Dürmann, P. (Hg.) (2005): *Besondere stationäre Dementenbetreuung 2. Konzepte, Kosten, Konsequenzen*. Hannover: Vincentz
- Ewers, M./Schaeffer, D. (2005): Versorgung am Ende des Lebens – Einführung. In: Ewers, M./Schaeffer, D. (Hg.): *Am Ende des Lebens – Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase*. Bern: Huber, 9–18
- Falkenstein, K. (2001): *Die Pflege Sterbender als besondere Aufgabe der Altenpflege*. Hagen: Brigitte Kunz Verlag
- Feichtinger, L./Thiele, C./Baumann, U./Mitmansgruber, H./Somweber, M. (2002): Der Umzug ins Seniorenheim aus der Sicht von nicht institutionalisierten Senioren. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 15, Nr. 4, 125–137
- Filipp, S.H. (1995): *Kritische Lebensereignisse*. 3. Aufl. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union
- Fischer-Doetzki, E./Georg, J. (2005): Shift-Work-Manager in der Pflege. *Pflege Aktuell* 59, 2, 72–75
- Föcher, L./Mangei, K. (2001): Die Pflegeüberleitung verbessern. Praxishilfe für die Altenpflege. Ein Beitrag zur Verbesserung der Pflegeüberleitung zwischen Krankenhaus und Pflegeheim. Bruchsal: ASTEX-Verlag
- Fuchs, S. (2000): *Arbeitshilfen für die Bildungsarbeit mit pflegenden Angehörigen*. Hagen: Brigitte Kunz Verlag
- Garms-Homolová, V. (1998): Was verstehen niedergelassene Ärzte unter Kooperation? In: Garms-Homolová, V./Schaeffer, D.: *Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung*. Wiesbaden: Ullstein Medical, 113–125
- Garms-Homolová, V. (2000): *Pflege im Alter*. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa, 485–505
- Geißler, K.A. / Hege, M. (2001): *Konzepte sozialpädagogischen Handelns. Ein Leitfaden für soziale Berufe*. 10. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- George, W./George, U. (2003): *Angehörigenintegration in der Pflege*. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Glass, J. C./Todd-Atkinson, S. (1999): Continuing education needs of nurses employed in nursing facilities. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 30, Nr. 5, 219–228
- Gräfe, R. (1983): Probleme bei der Übersiedlung ins Pflegeheim/Krankenhaus. *Evangelische Impulse* 3, 18–19
- Gröning, K./Kunsmann, A.-C./Rensing, E. (2004): In guten wie in schlechten Tagen. Konfliktfelder in der häuslichen Pflege. Frankfurt a. M.: Mabuse
- Gröning, K./Lienker, H. (2003a): „... dann klappt's auch mit den Angehörigen“. *Heim und Pflege* 34, Nr. 2, 39–41
- Gröning, K./Lienker, H. (2003b): „... und dann hat es Klick gemacht“. *Heim und Pflege* 34, Nr. 3, 88–91



- Hahn, M. (1983): Vom Krankenhaus ins Pflegeheim. *Mitteilungen der Altenhilfe* 2, 15–19
- Hallauer, J./Bienenstein, C./Lehr, U./Rönsch, H. (2005): SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz
- Hansen, K./Mahoney, J./Palta, M. (1999): Risk factors for lack of recovery of ADL independence after hospital discharge. *Journal of the American Geriatric Society* 47, Nr. 3, 360–265
- Heimerl, A./Heller, A./Zepke, G./Zimmermann-Seitz, H. (1998): Organisationskultur des Sterbens – das DID-IFF-Projekt. Düsseldorf
- Hertzberg, A./Ekman, S.-L./Axelsson, K. (2001): Staff activities and behaviour are the source of many feelings: relatives' interactions and relationships with staff in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 10, Nr. 3, 380–388
- Holtzner-Bade, C. (1994): Wenn andere schlafen ... Zur Situation der Nachtwache in Alten- und Pflegeheimen. *Altenheim* 33, Nr. 12, 860–865
- Hummel, K. (1989): Wohnen im Alter. In: Döhring, B. (Hg.): *Zu Hause leben oder im Altenheim: Eine Entscheidungshilfe für ältere Menschen und ihre Familien*. Frankfurt a.M.: Fischer-Taschenbuch-Verlag
- Jansen, B./Klie, T. (1999): Häuslichkeit. In: Jansen, B./Karl, F./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hg.): *Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis*. Weinheim, Basel: Beltz, 521–539
- Janzen, W. (2001): Long-term care for older adults: the role of the family. *Journal of Gerontological Nursing* 27, Nr. 2, 36–43
- Johansson, P./Oléni, M./Fridlund, B. (2005): Nurses' assessments and patients' perceptions: development of the night nursing care instrument (NNCI), measuring nursing care at night. *International Journal of Nursing Studies* 42, Nr. 5, 569–578
- Jonas, I./Sowinski, C. (2000): Krankheitsbedingte Schlaflosigkeit. Was tun, wenn man nicht ruhen kann? *Pro Alter* 33, Nr. 3, 70–73
- Joosten, M. (1993): Die Pflege-Überleitung vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenheimpflege. „Von der Lücke zur Brücke“. Eine Handlungsforschung in der Pflege. Eigenverlag
- Josat, S./Schubert, H.-J./Schnell, M.W./Köck, C. (2006): Qualitätskriterien, die Altenpflegeheimbewohnern und Angehörigen wichtig sind. *Pflege* 19, Nr. 2, 79–87
- Kauffeld, S./Kühnert, S./Wittrahm, A. (1995): *Psychologische Grundlagen der Altenarbeit*. Bonn: Ferdinand Dümmlers Verlag
- KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.) (2000): *Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen*. Köln: KDA
- Kerkhoff, B./Halbach, A. (2002): *Biografisches Arbeiten: Beispiele für die praktische Umsetzung*. Hannover: Vincentz
- Klingensfeld, H. (1999): Heimübersiedlung und Lebenszufriedenheit älterer Menschen. Person- und Umweltfaktoren und ihr Einfluss auf die Anpassungsleistung an das Heimleben. Frankfurt a.M., Berlin, Bern, New York, Paris, Wien: Peter Lang
- Kowalski, N.C. (1981): Institutional Relocation: Current Programs and Applied Approaches. *The Gerontologist* 21, Nr. 5, 512–519
- Krešević, D.M./Landefeld, C.S./Palmer, R./Kowal, J. (1997): Der Umgang mit akuten Verschlechterungen bei chronisch kranken älteren Menschen. In: Funk, S. G./Tornquist, E. M./Champagne, M. T./Wiese, R. (Hg.): *Die Pflege chronisch Kranker*. Bern: Huber, 155–165
- Kronberg, G. (1999): *Literaturbericht. Praxis der Angehörigenarbeit*. Bielefeld: Haus Neuland
- Kunz, R. (2003): Entscheidungen am Lebensende. Palliative Care für Patienten mit fortgeschrittener Demenz: Values Based statt Evidence Based Practice. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36, Nr. 5, 355–359
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.) (1999): *Schlaflos (un)glücklich*. Fachtagung zur Nachtpflege. 21. Oktober 1998 in Düsseldorf. Köln
- Landtag Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2005): *Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“*. Düsseldorf
- Lazarus, R. S. (1990): Streß und Streßbewältigung – Ein Paradigma. In: Filipp, S.-H. (Hg.): *Kritische Lebensereignisse*. 2., erw. Aufl. München: Psychologie Verlags Union, 198–232
- Lee, D. T./Woo, J./Mackenzie, A. E. (2002): A Review of Older People's Experiences with Residential Care Placement. *Journal of Advanced Nursing* 37, Nr. 1, 19–27
- Lehr, U. (2003): *Psychologie des Alterns*. 10., korr. Aufl. Wiebelsheim: Quelle & Meyer
- Levy-Storms, L./Miller-Martinez, D. (2005): Family caregiver involvement and satisfaction with institutional care during the 1st year after admission. *The Journal of Applied Gerontology* 24, Nr. 2, 160–174
- McGarry Logue, R. (2003): Maintaining family connectedness in long-term care. An advanced practice approach to family-centered nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing* 29, Nr. 6, 24–31
- MDS – Medizinische Dienste der Spitzenverbände der Krankenversicherung e.V. (2005): *Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege*. Essen: MDS
- Motohashi, Y./Maeda, A./Wakamatsu, H./Higuchi, S./Yuasa, T. (2000): Circadian rhythm abnormalities of wrist activity of institutionalized dependent elderly persons with dementia. *The Journal of Gerontology* 55A, Nr. 12, 740–743
- Muecke, S. (2004): Effects of rotating night shifts: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 50, Nr. 4, 433–439
- Münch, M./Cajochen, C./Wirz-Justice, A. (2005): Schlaf und zirkadiane Rhythmik im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, Supplement 1, 21–23
- Nolan, M./Walker, G./Nolan, J./Williams, S./Poland, F./Curran, M./Kent, B. C. (1996): Entry to Care: Positive Choice or fait Accompli? Developing a more Proactive Nursing Response to the Needs of Older People and their Carers. *Journal of Advanced Nursing* 24, Nr. 2, 265–274
- Nübling, R./Kriz, D./Kress, G./Schrempp, C./Löschmann, C./Schmidt, J. (2004): Angehörigenbefragungen – Potenziale für das interne Qualitätsmanagement in Altenpflegeeinrichtungen. *Gesundheitswesen* 66, Nr. 6, 380–386
- Ouslander, J. G./Al-Samarrai, N./Schnelle, J. F. (2001): Prompted voiding for nighttime incontinence in nursing homes: is effective? *Journal of the American Geriatrics Society* 49, Nr. 6, 706–709
- Pinquart, M./Devrient, F. (1991): Einflussfaktoren auf die Eingewöhnung in ein Feierabend- und Pflegeheim. Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Zeitschrift für Altersforschung* 46, Nr. 2, 119–122
- Pleschberger, S./Heimerl, K./Wild, M. (Hg.) (2002): *Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht*. Wien: Facultas Universitätsverlag
- Port, C.L. (2004): Identifying changeable barriers to family involvement in the nursing home for cognitively impaired residents. *The Gerontologist* 44, Nr. 6, 770–778

- Prochaska, J. O./DiClemente, C. C./Norcross, J. C. (1992): In Search of how People change. Applications to addictive behaviours. *American Psychologist* 47, 1101–1114
- Reggentin, H. (2006): Belastungen von Angehörigen demenziell Erkrankter: Die Versorgungsform spielt eine Rolle. *Pflegezeitschrift* 59, Nr. 1, 25–28
- Reinardy, J.R. (1992): Decisional Control in Moving to a Nursing Home: Postadmission Adjustment and Well-Being. *The Gerontologist* 32, Nr. 1, 96–103
- Reitinger, E./Heller, A./Tesch-Römer, C./Zeman, P. (2004): Leitkategorie Menschenwürde. Zum Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Freiburg i. B.: Lambertus
- Rensing, E. (2001): Die Praxis der Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme. In: Haus Neuland (Hg.): *Praxis der Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen*. Fachtagung am 7./8. Dezember 2000. Bielefeld, 24–30
- Rosswurm, M. A./Lanham, D. M. (1998): Discharge planning for elderly patients. *Journal of Gerontological Nursing* 24, Nr. 5, 14–21
- Ruhkamp, C. (1999): „Wer geht schon freiwillig um sieben Uhr ins Bett?“ Das Modellprojekt „Nachtcafé Stern“ in Düsseldorf-Garath, *Pro Alter* 32, Nr. 1, 54–57
- Ryan, A. A./Scullion, H. F. (2000): Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing* 32, Nr. 3, 626–634
- Salis Gross, C. (2005): Der ansteckende Tod: Sterbeverläufe im Alters- und Pflegeheim. In: Ewers, M./Schaeffer, D. (Hg.): *Am Ende des Lebens – Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase*. Bern: Huber, 155–174
- Saup, W. (1984): Streß und Streßbewältigung bei der Heimübersiedlung älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie* 17, Nr. 4, 198–204
- Saup, W. (1990): Übersiedlung und Aufenthalt im Alten- und Pflegeheim. In: Mayring, P./Saup, W. (Hg.): *Entwicklungsprozesse im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer, 75–104
- Saup, W. (1993): Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer
- Saup, W./Schröppel, H. (1993): Wenn Altenheimbewohner selbst bestimmen könnten. Möglichkeiten und Grenzen der Interventionsgerontologie. Augsburg: Verlag für Gerontologie
- Schachtner, C. (1987): Wie sich alte Menschen ihr Leben wünschen. Ergebnisse einer Umfrage. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hg.): *Ergraute Gesellschaft*. Berlin: DZA, 387–404
- Schaeffer, D. (2000): Bruchstellen in der Versorgung chronisch kranker alter Menschen. In: Seidl, E./Stanková, M./Walter, I. (Hg.): *Autonomie im Alter*. Wien/München/Bern: Wilhelm Maudrich, 11–35
- Schaeffer, D./Günnewig, J./Ewers, M. (2003): Versorgung in der letzten Lebensphase. Analyse einzelner Fallverläufe. P 03–120 Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Bielefeld: IPW
- Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (2004): Pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kruse, A./Martin, M. (Hg.): *Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*. Bern: Huber, 477–490
- Schmidt, R. (2003): Angehörigenarbeit in der vollstationären Pflege von Menschen mit Demenz – eine Übersicht über den „Stand der Kunst“. In: Klie, T./Buhl, A./Entzian, H./Schmidt, R. (Hg.): *Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen. Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorenübergreifender Perspektive*. Frankfurt a. M.: Mabuse, 243–267
- Schnelle, J.F./Alessi, C.A./Al-Samarrai, N.R./Fricker, R.D./Ouslander, J.G. (1999): The nursing home at night: effects of an intervention on noise, light and sleep. *Journal of the American Geriatrics Society* 47, Nr. 4, 430–438
- Schnepp, W. (Hg.) (2002): *Angehörige pflegen*. Bern: Huber
- Scholz, T. (1996): Discharge Planning in Großbritannien – Pflegeüberleitung in Deutschland. *Pflegezeitschrift* 6, Dokumentation Pflegepraxis, 1–12
- Severson, M. A./Smith, G. E./Tangalos, E. G./Peterson, R. C./Kokmen, E./Ivnik, R.J./Atkinson, E.J./Kurland, L. T. (1994): Patterns and predictors of institutionalization in community-based dementia patients. *Journal of the Geriatrics Society* 42, Nr. 2, 181–185
- Sidell, N.L. (1997): Easing transitions: solution focused principles and the nursing home resident's family. *Clinical Gerontologist* 18, Nr. 2, 21–41
- Singer, P./Bowman, K. (2005): Versorgungsqualität am Lebensende: Eine globale Herausforderung. In: Ewers, M./Schaeffer, D. (Hg.): *Am Ende des Lebens – Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase*. Bern: Huber, 19–40
- Steiner, I. (2001): Systematische Zusammenarbeit mit Angehörigen als Bestandteil eines nachhaltigen Dienstleistungskonzeptes für Altenhilfeeinrichtungen – Bedeutung, Funktion und Praxisbausteine. In: Haus Neuland (Hg.): *Praxis der Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen*. Fachtagung am 7./8. Dezember 2000. Bielefeld, 67–89
- Student, J.C. (Hg.) (1999): *Das Hospiz-Buch*. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Thiele, C./Feichtinger, L./Baumann, U./Mitmansgruber, H./Somweber, M. (2002): Der Umzug ins Seniorenheim – Erfahrungen von Senioren und Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 35, Nr. 6, 556–564
- Tiebe, S. (2005): *Strafrechtlicher Patientenschutz. Die Bedeutung des Strafrechts für die individuellen Patientenrechte*. Frankfurt a. M./Berlin: Peter Lang
- Urlaub, K. H. (1995): *Angehörigenarbeit in Heimen. Konzepte und Erfahrungen. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung*. Köln
- von Kondratowitz, H.-J./Schmitz-Scherzer, R. (1999): Über den Alltag im Alter. In: Jansen, B./Karl, F./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hg.): *Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis*. Weinheim und Basel: Beltz, 490–503
- von Spiegel, H. (2004): *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Wahl, H.-W./Reichert, M. (1994): Übersiedlung und Wohnen im Altenheim als Lebensaufgabe. In: Kruse, A./Wahl, H.-W. (Hg.): *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?* Bern: Huber, 15–47
- Weiss, T. (2001): Waschechte Probleme. *Altenpflege* 26, Nr. 10, 48–49
- WHO – World Health Organization (1990): *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. Genf: WHO
- WHO – World Health Organization (2004): *Better Palliative Care for Older People*. Hg. von E. Davies und I. Higginson. Kopenhagen: WHO
- Wilkening, K./Kunz, R. (2003): *Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht



- Wingenfeld, K. (2002): Der Übergang des Krankenhauspatienten in die ambulante Pflege. In: Schaeffer, D./Ewers, M. (Hg.): *Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerverkrankter*. Bern: Huber, 336–364
- Wingenfeld, K. (2004): Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen: Nachtdienste detailliert dokumentieren. *Altenheim* 43, Nr. 6, 40–43
- Wingenfeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Huber
- Wingenfeld, K./Korte-Pötters, U./Heitmann, D. (2006): Qualitätsmaßstäbe für die vollstationäre Pflege, Version 1.0, Heft 3 der Schriftenreihe „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004–2006“, hg. vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS). Düsseldorf: MAGS
- Wingenfeld, K./Schnabel, E. (2002): *Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen*. Düsseldorf
- Wirsing, K. (1987): *Psychologisches Grundwissen für Altenpflegeberufe. Ein praktisches Lehrbuch*. 3. Aufl. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Zeissler, U. (1998): Wie Tag und Nacht. *Altenpflege* 23, Nr. 9, 42–43
- Zürcher, K. (1997): Pflegeheimtritt. In: Holenstein, H. (Hg.): *Spielräume in der Pflege*. Bern: Huber, 189–208

Kapitel 7

Verbesserte Dokumentationsformen



7. Verbesserte Dokumentationsformen

7.1 Einführung	1
7.2 Grundsätze zur Ausgestaltung verbesserter Dokumentationsformen	4
1. Organisatorische Rahmenbedingungen und Voraussetzungen	5
2. Identifizierung vorrangiger Problemlagen	6
3. Formulierung von Pflegezielen	7
4. Tagesplan (Maßnahmenplanung)	7
5. Durchführungs-/Leistungsnachweise	11
Literatur	13

7.1 Einführung

Grundsätzliche Regelungen für die schriftliche Dokumentation sind unerlässlich, um eine qualitätsgesicherte Versorgung von Bewohnern sicherzustellen. Zugleich muss jedoch ein Übermaß an Regulierungen, die mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden sind, vermieden werden. Mit sehr umfangreichen Pflegedokumentationen versuchen Einrichtungen, Anforderungen (z. B. durch Qualitätsprüfungen) zu erfüllen und sich „nach allen Seiten“ abzusichern. Häufig unterschiedslos werden wichtige und unwichtige Informationen ausführlich dokumentiert. Dies ist nicht nur sehr aufwändig, sondern führt auch zu einer großen Unübersichtlichkeit in der Pflegedokumentation. Daher sind trotz oftmals sehr umfangreicher Pflegedokumentationen Mängel in der Abbildung des Pflegeprozesses weit verbreitet.

Verbesserte Dokumentationsformen setzen an dieser Stelle an: Sie zielen darauf, einen aus fachlicher Sicht unnötigen Aufwand zu vermeiden, gleichzeitig die Qualität der Pflegedokumentation zu steigern und somit letztlich auch Verbesserungen der Versorgungsqualität zu erreichen.

In der öffentlichen Wahrnehmung ist das Thema schon länger präsent. Unter dem Stichwort „Entbürokratisierung“ hat es unterschiedliche politische Initiativen gegeben, mit denen die für den Bereich der stationären Altenhilfe geltenden Regelungen auf den Prüfstand gestellt wurden (z. B. Runder Tisch Pflege: DZA 2005).

Funktionen der Pflegedokumentation

In erster Linie hat die Pflegedokumentation die Aufgabe, den Pflegeprozess nachvollziehbar abzubilden (Heering 2004). Die an der Versorgung Beteiligten sollen mit Hilfe der Dokumentation in die Lage versetzt werden, sich ein umfassendes Bild von der Person und Situation sowie den Bedarfslagen des Bewohners machen zu können, wozu ausreichend konkret und somit handlungsleitend dokumentiert werden muss (Bartholomeyczik 2005).

Die Pflegedokumentation dient auch dazu, Nachweise gegenüber externen Stellen zu erbringen. Hierzu zählen bspw. die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie die Heimaufsichtsbehörden. Eine qualitativ hochwertige Pflegedokumentation ist immer eine wichtige Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Pflege. Denn ohne eine klare Maßnahmenplanung, ohne handlungsleitende Pflegeziele, die für alle Mitarbeiter transparent sind, ist ein hohes Risiko für Versorgungsmängel zu erwarten.

Normative Anforderungen – Auswirkungen auf die Dokumentationspraxis

Nach Einführung der Pflegeversicherung hat sich die Dokumentationspraxis zunehmend an Kriterien orientiert, die sich aus Sicht der Einrichtungen aus folgenden Anforderungen ergeben:

- Qualitätsprüfungen und Begutachtungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung,
- Prüfungen der Heimaufsichtsbehörden,
- Nachweis der erbrachten Leistungen gegenüber Kostenträgern,
- Zivil- und haftungsrechtliche Absicherung.

Negative Auswirkungen ergeben sich u. a. aus der Strategie vieler Einrichtungen, sich durch eine ausführliche und umfangreiche Dokumentation gegenüber einer möglichen Kritik durch die genannten Stellen soweit wie möglich abzusichern. Dies



betrifft z. B. den Nachweis erbrachter Leistungen, der akribisch in Form von – zum Teil seitenlangen – Auflistungen einzelner Tätigkeiten geführt wird (Mybes 2005; BMFSFJ 2005).

Ein weiteres Beispiel sind Pflegeplanungen, die häufig zahlreiche Seiten füllen und dabei unübersichtlich gestaltet sind. Dies kann insbesondere dann zutreffen, wenn Pflegeplanungen anhand von Aktivitäten (z. B. Lebensaktivitäten, ATL, AEDL) strukturiert werden und diese Systematik so genutzt wird, dass alle Ressourcen/Probleme, Zielsetzungen und Maßnahmen den einzelnen Aktivitäten formalistisch zugeordnet werden. So ist mitunter festzustellen, dass ein bestimmtes Pflegeproblem in viele Teilprobleme zerlegt und dann unterschiedlichen Aktivitäten zugeordnet wird. Die Einrichtungen wählen dieses Vorgehen unter der Annahme, es sei eine Forderung der Prüfinstanzen (MDK und/oder Heimaufsicht). Diese Annahme ist allerdings nicht belegbar (BMFSFJ 2005).

Beispiel:

Ein Bewohner benötigt sowohl beim Aufsuchen des Speiseraums als auch bei der anschließenden Nahrungsaufnahme und dem Händewaschen nach Einnahme der Mahlzeit Unterstützung.

Die unterschiedlichen Hilfestellungen (beim Aufsuchen des Speiseraums, bei der Nahrungsaufnahme, beim Händewaschen) sind alle mit der Einnahme der Mahlzeit verbunden und stehen somit in einem engen Zusammenhang (vgl. Kapitel 5). Durchführungs-/Leistungsnachweise für jede einzelne dieser Maßnahmen, anstelle eines einzigen Nachweises für das gesamte Maßnahmenbündel, sind in der Praxis nicht üblich.

Erfolgt die Pflegeplanung anhand der Aktivitäten des täglichen Lebens, kann es auch vorkommen, dass sich die oben beschriebenen Maßnahmen unter drei verschiedenen Aktivitäten wiederfinden (jeweils mit eigener Problem- und Zielformulierung) und nicht mehr im Zusammenhang nachvollzogen werden können:

- „Sich bewegen können“ (Aufsuchen des Speiseraums),
- „Essen und trinken können“ (Nahrungsaufnahme) und
- „Sich pflegen können“ (Händewaschen).

Um den Zusammenhang zwischen einzelnen Aspekten der Pflegeplanung dennoch ersichtlich zu machen, werden z. T. identische Informationen mehrfach dokumentiert, was wiederum zu einem erhöhten Aufwand führt und die Übersichtlichkeit beeinträchtigt.

Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass der Pflegeprozess und die Pflegedokumentation von den Pflegekräften nicht mehr als ihr eigenes Werkzeug betrachtet werden, sondern zunehmend als Belastung. Denn die eigentliche Funktion der Pflegedokumentation, den Pflegeprozess strukturiert und nachvollziehbar abzubilden, geht über diese bürokratischen Auswüchse verloren.

Projekte zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation

Unter dem Stichwort „Entbürokratisierung“ wurden in einigen Bundesländern Initiativen zur Behebung der geschilderten Problematik ins Leben gerufen, z. B. in Schleswig-Holstein, Bayern und Rheinland-Pfalz (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz Schleswig-Holstein 2005; Wipp 2004; Kamm 2004; Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz 2006). Als gemeinsame Ziele dieser Vorhaben lassen sich die Reduzierung des Dokumentationsaufwandes bei gleichzeitiger Erfüllung der gesetzlichen Regelungen und die Abbildung des Pflegeprozesses in verbesserter Qualität identifizieren. Folgende Aspekte spielen bei allen genannten Initiativen eine Rolle:

- Der Bewohner soll wieder in den Mittelpunkt des Geschehens rücken, indem sein individueller Tagesablauf einen zentralen Stellenwert erhält.
- Die Dokumentation soll für die Mitarbeiter eine Unterstützung und keinen zusätzlichen Aufwand darstellen.
- Eine Aufwandsverminderung soll erreicht werden, indem die üblichen Durchführungsnachweise vereinfacht und bei den Pflegezielen Prioritäten gesetzt werden.

Verbesserte Dokumentationsformen im Referenzkonzept

Im Referenzkonzept wird das Thema „Entbürokratisierung“ aufgegriffen, indem Anforderungen und Vorgehensweisen zur Einführung und Umsetzung verbesserter Formen der Pflegedokumentation festgelegt werden. Mit den verbesserten Dokumentationsformen wird angestrebt, die Pflegedokumentation wieder auf ihre ursprüngliche Funktion zurückzuführen. Diese Rückbesinnung erfolgt unter Beachtung externer Vorgaben und Richtlinien zur Qualitätssicherung. Die gewonnene Zeit durch die Reduzierung Aufwands soll in die Pflegeplanung und Dokumentation investiert werden, um diese qualitativ zu optimieren.

Im Folgenden wird der Begriff „Verbesserte Dokumentationsformen“ verwendet und nicht „Vereinfachte/Entbürokratisierte Dokumentation“. Hiermit soll möglichen Missverständnissen vorgebeugt werden:

Vorrangig wird das Ziel einer (inhaltlichen) Verbesserung der Pflegedokumentation angestrebt. In diesem Zusammenhang wird auch ein unnötiger Aufwand vermieden. Es geht jedoch nicht um eine Reduzierung der Abbildung des Pflegeprozesses, sondern um die Reduzierung bzw. Vermeidung fachlich unwichtiger Dokumentationsanteile!

Verbesserte Dokumentationsformen im Referenzkonzept lehnen sich auf der einen Seite zwar an die zentralen Aspekte und Erfahrungen aus abgeschlossenen Initiativen/Projekten (siehe oben) an, es gibt jedoch auch einige Unterschiede. So wird z. B. keine Musterdokumentation vorgeschlagen. Hierdurch soll Einrichtungen eine über Gebühr aufwändige und kostspielige Umstellung ihrer gesamten Pflegedokumentation erspart bleiben. Natürlich ist es immer notwendig, einen Teil des Formularwesens anzupassen, was mit einem gewissen zeitlichen und organisatorischen Aufwand verbunden ist. Es kommt jedoch darauf an, diesen Aufwand so weit wie möglich zu begrenzen.

Anstelle einer Musterdokumentation werden *Grundsätze zur Ausgestaltung verbesserter Dokumentationsformen* festgelegt. Deren Umsetzung macht kein vollständig neues Dokumentationssystem erforderlich, sondern eine Modifizierung von Anteilen des vorhandenen Systems. Hierdurch kann den unterschiedlichen Bedingungen in der Praxis Rechnung getragen werden. Denn es gibt ja nicht nur unterschiedliche Formulare Systeme in Papierform. Immer mehr Einrichtungen arbeiten mit EDV-gestützten Lösungen oder mit einer Kombination aus Beidem.

Die Ausgestaltung der Pflegedokumentation gemäß den Grundsätzen kann in der Praxis durchaus in unterschiedlicher Art und Weise erfolgen. Die Grundsätze gestalten den Rahmen und lassen Handlungsspielraum für Einrichtungen zu. So können z. B. bewährte Vorgehensweisen beibehalten bzw. träger- oder einrichtungsspezifische Besonderheiten berücksichtigt werden.



7.2 Grundsätze zur Ausgestaltung verbesserter Dokumentationsformen

Durch die Einführung verbesserter Dokumentationsformen soll sowohl eine Qualitätssteigerung als auch eine Vermeidung von unnötigem Dokumentationsaufwand erreicht werden. Hierbei sind die folgenden Aspekte von zentraler Bedeutung:

- Regelung organisatorischer Rahmenbedingungen,
- Bedarfsgerechte Zielplanung,
- Bewohnerorientierter Versorgungsablauf,
- Aufwandsreduzierung bei der Leistungsdokumentation.

Die nachfolgenden Grundsätze beziehen sich ausschließlich auf diese Aspekte. Rechtliche und andere normative Anforderungen an die Pflegedokumentation (z. B. MDS 2005, Heimrecht) müssen bei der Umsetzung verbesserter Formen der Pflegedokumentation selbstverständlich wie bisher berücksichtigt werden, auch wenn sie im Folgenden nicht explizit angesprochen werden.

Die Grundsätze zielen darauf ab, die Dokumentation von unnötigem Aufwand zu befreien und ihre eigentliche Funktion wieder in den Mittelpunkt zu rücken, um dadurch eine wichtige Voraussetzung für eine planvolle Pflege und Betreuung zu schaffen. Um dieses Ziel zu erreichen ist es hilfreich, auch die anderen Bausteine des Referenzkonzepts zu implementieren. Aber auch unabhängig davon kann die Umsetzung bei Beachtung der Grundsätze und Erläuterungen vorgenommen werden.

1. Organisatorische Rahmenbedingungen und Voraussetzungen

- 1.1 Die Verantwortung für die Sicherstellung einer fachgerechten Durchführung der individuellen Pflege und Dokumentation ist eindeutig personell zugeordnet.
- 1.2 Es bestehen Regelungen hinsichtlich der Arbeitszeit, die für Aufgaben im Rahmen der Pflegedokumentation zur Verfügung steht.
- 1.3 Die Mitarbeiter sind im Umgang mit verbesserten Dokumentationsformen geschult.
- 1.4 Das bestehende Dokumentationssystem ist entsprechend den Grundsätzen der verbesserten Dokumentationsformen angepasst.
- 1.5 Ein vollständiges, fachlichen Kriterien genügendes und an den Bedarfslagen der Bewohner orientiertes pflegerisches Assessment wird durchgeführt.

■ zu 1.1

Die Verantwortung für die *Steuerung und Koordination* der individuellen Versorgung des Bewohners soll der jeweils für den Bewohner zuständigen Pflegefachkraft (z. B. Bezugspflegekraft) vorbehalten bleiben. Die personelle Zuständigkeit soll auch für außenstehende Personen nachvollziehbar und dokumentiert sein. Hierzu kann u. a. der Dienstplan oder ein Arbeitsablaufplan genutzt werden.

■ zu 1.2

Die der zuständigen Pflegefachkraft für Planungs- und Dokumentationsaufgaben zur Verfügung stehenden Arbeitszeit (wöchentlich/monatlich) wird festgelegt und soll allen Mitarbeitern bekannt sein. Dies ist wichtig, um eine Abstimmung mit den Aufgaben anderer Mitarbeiter zu gewährleisten.

■ zu 1.3

Schulungen der Mitarbeiter sollten mindestens folgende Inhalte haben:

- Bedeutung und Konsequenzen der Zuweisung von Verantwortlichkeiten,
- Anpassungen des Pflegedokumentationssystems (z. B. Gestaltung des „verbesserten“ Dokumentationssystems),
- Umgang mit verbesserten Dokumentationsformen (z. B. mit neuen/veränderten Formularen).

Vorab können Schulungen zu Grundlagen des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation erforderlich werden. Es reicht nicht aus, lediglich die Unterschiede zwischen herkömmlichen und verbesserten Dokumentationsformen zu vermitteln. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn Mitarbeiter mit Dokumentationsaufgaben betraut sind, die Wissensdefizite bei den Themen „Pflegeprozess“ und „Pflegedokumentation“ haben.

Eine wichtige Voraussetzung für die Einführung verbesserter Dokumentationsformen ist die fachliche Kompetenz der zuständigen Pflegefachkräfte in der Anwendung des Pflegeprozesses und dem Führen einer aussagekräftigen Pflegedokumentation. Sie sollten eine Multiplikatorenfunktion übernehmen, indem sie ihr Wissen an andere Mitarbeiter weitergeben und diese anleiten.



■ zu 1.4

Wie bereits erwähnt, ist die Einführung eines vollständig neuen Dokumentationssystems zur Einführung verbesserter Dokumentationsformen gemäß den vorliegenden Grundsätzen nicht zwingend erforderlich. Dennoch werden in den meisten Fällen Anpassungen einzelner Formulare/Dokumente erfolgen müssen. Hierbei sind unterschiedliche Vorgehensweisen vorstellbar:

- Anpassung bestehender bzw. Entwicklung einzelner neuer Formulare in Zusammenarbeit mit dem Anbieter des bisher genutzten Dokumentationssystems,
- Modifizierte/neue Formulare werden von der Einrichtung eigenständig als Ergänzung zum genutzten Dokumentationssystem erstellt.

■ zu 1.5

Dem pflegerischen Assessment kommt im Rahmen des Pflegeprozesses eine grundlegende Bedeutung zu. Für die Umsetzung verbesserter Dokumentationsformen ist es wichtig, ein pflegerisches Assessment durchzuführen, das fachlichen Kriterien genügt und an den Bedarfslagen der Bewohner ausgerichtet ist. Hierzu gehört beispielsweise, dass kognitive Einbußen und Verhaltensprobleme hinreichend eingeschätzt werden. Hierbei kann es hilfreich sein, den Baustein „Assessment und Biografieerfassung“ des Referenzkonzepts zu nutzen.

2. Identifizierung vorrangiger Problemlagen

Auf der Grundlage der Ergebnisse des pflegerischen Assessments werden Prioritäten unter den individuellen Pflegeanforderungen identifiziert und als solche in der Dokumentation kenntlich gemacht.

Die Ergebnisse des pflegerischen Assessments können auf unterschiedlich gestalteten Formularen dokumentiert werden (je nach Gepflogenheit in der Einrichtung). Entscheidend ist, dass ein Überblick über alle Ressourcen, Problemlagen und Bedürfnisse des Bewohners vorliegt. Auf dieser Grundlage soll die Entscheidung getroffen werden, welche Aspekte/Problemlagen aus Bewohnersicht bzw. pflegefachlicher Sicht wesentlich sind und welche Prioritäten innerhalb dieser Problemlagen vorliegen (MDS 2005). Wesentlich sind die Problemlagen dann, wenn sie aus gesundheitlichen Einschränkungen bzw. körperlichen/kognitiven Funktionseinbußen und/oder psychischen/sozialen Problemlagen hervorgehen und eine Zielplanung erforderlich machen. Anhand der Schwere der Einschränkungen und Problemlagen lassen sich dann Prioritäten festsetzen.

Die Kenntlichmachung wesentlicher Problemlagen kann auf unterschiedlichen Wegen erfolgen. Viele Dokumentationssysteme lassen bereits heute eine entsprechende Dokumentation zu, indem auf dem Assessmentformular angekreuzt werden kann, welche Problemlagen zentral bzw. weniger zentral sind. Ansonsten kann auch eine besondere farbige Kennzeichnung erfolgen. Die Auflistung zentraler Problemlagen kann ebenso auf separaten Formularen erfolgen.

3. Formulierung von Pflegezielen

Die ausformulierten Pflegeziele können auf das Wesentliche (unter Bezugnahme auf die individuell prioritären Pflegeanforderungen) reduziert werden. Problemlagen, die nicht als wesentlich eingestuft werden, aber dennoch eine Maßnahmenplanung erforderlich machen, benötigen keine Zielformulierung.

Die Identifizierung vorrangiger Problemlagen und Bedürfnisse (vorrangig aus Sicht des Bewohners oder aus pflegfachlicher Sicht) ist die Grundvoraussetzung für die Vermeidung überdimensionierter Pflegeplanungen. Die Formulierung von Pflegezielen kann begrenzt werden, indem nur für die vorrangigen Problemlagen Pflegeziele aufgeführt werden und inhaltlich zusammengehörende Probleme gemeinsam dargestellt werden (MDS 2005). Das heißt, es soll die Frage beantwortet werden, welche Ziele für die wesentlichen Problemlagen im Rahmen des pflegerischen Handelns angestrebt werden sollen.

Wird im Rahmen der Pflegeplanung eine Systematik der Aktivitäten des täglichen Lebens genutzt, ist Folgendes zu beachten:

- Auch bei einer Zuordnung der Pflegeprobleme zu den Aktivitäten des täglichen Lebens sollte erkennbar sein, welche Bedeutung ihnen beizumessen ist, d. h. welchen Stellenwert sie für die Versorgung einnehmen.
- Von der weit verbreiteten Praxis, für jede Aktivität des täglichen Lebens (ATL/AEDL) ein eigenes Pflegeziel zu formulieren und alle Pflegeleistungen mit einem eigenständigen Pflegeziel zu verbinden, sollte Abstand genommen werden. Stattdessen sollte man sich auf die Formulierung *vorrangiger* Pflegeziele konzentrieren.

4. Tagesplan (Maßnahmenplanung)

- 4.1 Für jeden Bewohner liegt ein zeitlich gegliederter Tagesplan (z. B. Früh-, Spät- und Nachtdienst) vor, der die folgenden Anforderungen erfüllt:
 - Im Tagesplan sind alle Maßnahmen in zeitlicher Abfolge aufgeführt, die ein Bewohner in 24 Stunden regelmäßig erhält.
 - Außerdem enthält er Hinweise auf Maßnahmen, die zumindest einmal wöchentlich regelmäßig erbracht werden.
- 4.2 Der Tagesplan beinhaltet sowohl Maßnahmen, die zur Erreichung der in der Pflegeplanung formulierten Ziele notwendig sind, als auch Maßnahmen, die zwar notwendig, aber nicht mit schriftlich formulierten Zielen im Rahmen der Pflegeplanung verbunden sind.
- 4.3 Maßnahmen, die aus den formulierten Zielen der Pflegeplanung resultieren, Pflegestandards und Maßnahmen der Behandlungspflege sind jeweils als solche gekennzeichnet.

Die im Folgenden grau hinterlegten Textpassagen beziehen sich auf das am Ende des Kapitels stehende Beispiel und zeigen jeweils konkrete Umsetzungsmöglichkeiten auf.



Das Beispiel zeigt nur *eine Möglichkeit* zur Gestaltung eines Tagesplans und stellt kein Musterbeispiel dar. Andere Varianten der Ausgestaltung der oben genannten Grundsätze sind durchaus vorstellbar. Der Tagesplan sollte – ebenso wie die Pflegeplanung – gemeinsam mit dem Bewohner und/oder seinen Angehörigen erstellt bzw. besprochen werden.

Zuordnung der geplanten Maßnahmen zur jeweiligen Tageszeit

Anhand des Tagesplans wird die zeitliche Abfolge von Maßnahmen ersichtlich. Hierzu ist es nicht immer zwingend notwendig, *konkrete* Uhrzeiten zu hinterlegen. Es kann sinnvoller sein, einen Zeitrahmen vorzugeben. Die Entscheidung – konkrete Uhrzeit oder *Zeitrahmen* – ist immer in Abhängigkeit von der jeweiligen Maßnahme und den Bewohnerwünschen zu treffen. Ist z. B. ein Bewohner eine bestimmte Weckzeit gewohnt, so sollte diese konkret aufgeführt werden. Um jedoch die Realisierbarkeit zu überprüfen, ist es erforderlich, alle Tagespläne der Bewohner eines Wohnbereichs in den Blick zu nehmen, um z. B. zu vermeiden, dass zeitgleich ein nicht zu bewältigender Arbeitsaufwand entsteht.

■ **Beispiel** „Feste Uhrzeit“: Abschnitte 2 und 3 im Tagesplan

■ **Beispiel** „Zeitrahmen“: Abschnitte 1 und 4 im Tagesplan

Maßnahmenbeschreibung

Die stichwortartige aber aussagekräftige Beschreibung der Maßnahmen ist erforderlich und umfasst z. B.

- Konkreter Ablauf (was wird wie gemacht)
- Ggf. Durchführung durch zwei Pflegekräfte
- Verwendung von Hilfsmitteln
- Beachtung von Ritualen
- Andere individuelle Besonderheiten

Anhand der Maßnahmenbeschreibung soll der Ablauf der Maßnahme gut nachvollziehbar sein. Hierbei ist insbesondere Wert auf Dokumentation individueller Besonderheiten (z. B. Art der Ansprache) zu legen. Die im Rahmen des pflegerischen Assessments erfassten Gewohnheiten des Bewohners stellen eine wesentliche Grundlage für das Erstellen eines bedürfnisorientierten Tagesplanes dar. Entsprechendes gilt für biografische Informationen.

■ **Beispiel** „Konkreter Ablauf“: Abschnitt 4 im Tagesplan

■ **Beispiel** „Individuelle Besonderheiten“: Abschnitt 1 (kurze Information über die aktuelle Wetterlage)

Kennzeichnung von Pflegemaßnahmen

Pflegemaßnahmen, die aus schriftlich formulierten Pflegezielen abgeleitet sind, sollen kenntlich gemacht werden. Dabei muss eindeutig nachvollziehbar sein, welche Maßnahmen welchem Ziel zugeordnet sind. Die Einrichtungen können dies lösen, indem sie zum Beispiel die Maßnahmen farblich hervorheben oder mit Ziffern beschriften, die mit den Pflegezielen verknüpft werden. Auf diese Weise ist im Tagesplan sofort erkennbar, welche Maßnahmen zielbezogen sind. Legt man dann die Pflegeplanung neben den Tagesplan, ist überdies die Zuordnung der Pflegeziele zu den Maßnahmen des Tagesplanes erkennbar.

Beispiel Tagesplan:

Gehtraining (Abschnitt 4) als Pflegemaßnahme, die mit einem Pflegeziel verbunden ist: Farbige Kennzeichnung (im Beispiel kursiv) und Aufführung der Ziffer 3, die auf das dritte Pflegeziel der Pflegeplanung verweist.

Die Doppeldokumentation der Maßnahmen in der Maßnahmenplanung und im Tagesplan soll vermieden werden. Es ist auch vorstellbar (abweichend vom Beispiel), die mit Pflegezielen verbundenen Maßnahmen in der Maßnahmenplanung zu dokumentieren und im Tagesplan nur entsprechend darauf zu verweisen.

Maßnahmen der speziellen Pflege und Verweise auf Pflegestandards

Die Kennzeichnung von Maßnahmen der speziellen Pflege (Behandlungspflege) und Verweise auf Pflegestandards können z. B. durch Vermerke in separaten Spalten oder durch farbliche Hervorhebungen erfolgen.

Beispiel Tagesplan:

Spezielle Pflege (Abschnitt 2): Kennzeichnung der Maßnahme „s.c.-Injektion“ durch farbige Gestaltung (im Beispiel kursiv)

Pflegestandard (Abschnitt 1): Hinweis auf den zugrunde liegenden „Pflegestandard I/21“ zur Durchführung einer Ganzkörperwaschung am Waschbecken in einer separaten Spalte.

Wöchentlich zu erbringende Maßnahmen

Maßnahmen, die nicht täglich, aber zumindest einmal wöchentlich erbracht werden, können auf dem Tagesplan oder auf einem separaten Wochenplan festgehalten werden. Existiert ein separater Wochenplan, soll ein entsprechender Hinweis auf dem Tagesplanformular erfolgen.

Beispiel Tagesplan:

Teilnahme an Gruppenangeboten (Abschnitt 3) zweimal pro Woche: als fester Bestandteil im Tagesplan aufgenommen mit dem Verweis auf die jeweils zutreffenden Tage (Montag und Donnerstag).

Gehtraining (Abschnitt 4): findet jeden Tag statt, außer am Donnerstag, da der Bewohner an diesem Tag bereits an einer Bewegungsgruppe teilnimmt.

Nicht wöchentlich zu erbringende Maßnahmen

Für die Dokumentation/Planung von Maßnahmen, die weder täglich noch wöchentlich durchgeführt werden, z. B. Nagelpflege oder Begleitung zum monatlich stattfindenden Gottesdienst in der Einrichtung, eignet sich der Tagesplan nicht. Hierfür sollte ein separates Formular eingesetzt werden.

Zusätzliche Hinweise

Es ist wichtig Informationen, die bei nahezu jedem Kontakt mit dem Bewohner zu beachten sind, auf dem Tagesplan an zentraler Stelle zu vermerken, z. B. „vor Ansprache intensiven Blickkontakt herstellen“. Neben Maßnahmenbeschreibungen können auch Beschäftigungen/Gewohnheiten des Bewohners, bei denen er keiner Unterstützung bedarf, in den Tagesplan aufgenommen werden. Hierdurch sind Mitarbeiter über den gewohnten Tagesablauf des Bewohners informiert und können z. B. besser einschätzen, ob bzw. zu welchen Zeiten der Bewohner ggf. zusätzliche Angebote (Einzel-, Gruppenaktivitäten) benötigt.



Beispiel: Auszug aus einem Tagesplan (Frühdienst)

Hinweis: Die linke Spalte (Nummerierung der Abschnitte) wurde eingefügt, um die vorangegangenen Erläuterungen mit dem Beispiel verknüpfen zu können.

Verwendete Abkürzungen:

MO = Montag, DO = Donnerstag

HB = Hilfebedarf: A = Anleitung, U = Unterstützung, TÜ = teilweise Übernahme etc.

QUAL = Mitarbeiterqualifikation; erforderlich, wenn die Maßnahme ausschließlich durch Mitarbeiter mit einer bestimmten Qualifikation erbracht wird, z. B. durch eine Pflegefachkraft (PFK)

PS = Pflegestandard

	Zeit (geplant)	Maßnahmenbeschreibung	HB	QUAL	PS
1	zwischen 7.00 und 7.30	Anklopfen, Licht im Vorflur anmachen, Begrüßung, kurze Information über die aktuelle Wetterlage, Getränk anbieten, Licht im Zimmer anmachen, ... Ganzkörperwaschung am Waschbecken, ...	TÜ		1/21
2	8.00	s.c.-Injektion nach Plan		PFK	
			
3	9.30–10.15 (MO/DO)	Frau X nimmt am Gruppenangebot (MO: Singkreis/DO: Bewegungsgruppe) im Gemeinschaftsraum auf dem Wohn- bereich teil, Unterstützung beim Aufsuchen des Raumes (Vorgehen siehe „Gehtraining“) erforderlich	A/U		
4	zwischen 10.00 und 12.00 (außer DO)	10 Minuten Gehtraining (3): Wohnbereichs- flur zweimal auf und ab gehen unter Nut- zung des Handlaufs, ggf. zeitweise zusätz- lich leichte Unterstützung am Unterarm; Frau X darauf hinweisen, dass sie zwischen- durch eine (Sitz-)Pause einlegen kann	A/U		
			

Im vorliegenden Beispiel wurde auf die Darstellung der folgenden Aspekte verzichtet:

- Datum der Erstellung des Tagesplans und Handzeichen des Mitarbeiters
- Spalten für Maßnahmenänderungen/-ergänzungen einschließlich Datum und Handzeichen (diese würden sich bei einem Formular im Querformat an die Spalte „PS“ anschließen)

5. Durchführungs-/Leistungsnachweise

- 5.1 Maßnahmen der speziellen Pflege (Behandlungspflege) werden stets in Form von Einzelnachweisen durch die durchführende Pflegefachkraft dokumentiert.**
- 5.2 Aus den Maßnahmen des Tagesplans (ausgenommen Maßnahmen der speziellen Pflege) werden Maßnahmenkomplexe gebildet. Je Maßnahmenkomplex ist ein Durchführungsnachweis erforderlich.**
Die Zuständigkeiten für Durchführungsnachweise erbrachter Leistungen je Bewohner sind geregelt, dokumentiert und jederzeit einsehbar. Je nach Regelung können Nachweise durch den durchführenden Mitarbeiter oder durch die jeweils für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft erbracht werden.
- 5.3 Abweichungen vom Tagesplan werden im Durchführungsnachweis kenntlich gemacht. Eine Beschreibung der Abweichung erfolgt im Pflegebericht.**
- 5.4 Der Nachweis für Maßnahmen, die nicht täglich oder wöchentlich erfolgen, wird gesondert geführt.**

■ zu 5.2

Um eine Reduzierung der Durchführungsnachweise und damit des Dokumentationsaufwandes zu erreichen, sollten erbrachte Pflegemaßnahmen, mit Ausnahme der speziellen Pflege, in übersichtlicher und zusammenfassender Form dokumentiert werden. Hierzu ist die Bildung von Maßnahmenkomplexen auf der Grundlage des Tagesplans erforderlich. Die Dokumentation der Durchführungsnachweise erfolgt nicht auf dem Tagesplan, sondern, wie bisher üblich, auf einem separaten Formular.

Variante A:

Zusammenfassung von Maßnahmen, die im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang erbracht werden, z. B. „Morgendliche Versorgung“ (Unterstützung beim Aufstehen, bei der Körperpflege, beim Toilettengang, beim Ankleiden etc.) oder „Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme“ (Begleitung zum Essraum, Anreichen von Speisen und Getränken, Unterstützung beim Verlassen des Essraumes, Händewaschen nach dem Essen etc.). Bei dieser Variante werden pro Schicht mehrere Maßnahmenkomplexe gebildet, wodurch *pro Komplex ein Durchführungsnachweis* erforderlich ist. Im Gegensatz zu Einzelnachweisen je erbrachter Maßnahme ergibt sich bereits hierdurch eine deutliche Reduzierung des Dokumentationsaufwandes.

Bei der Festlegung von Maßnahmenkomplexen können die Leistungsbeschreibungen (vgl. Kapitel 5) als Grundlage genutzt werden.

Variante B:

Zusammenfassung aller Maßnahmen einer Schicht (Früh-, Spät-, Nachtschicht), d. h. alle Einzeltätigkeiten der jeweiligen Schicht bilden einen Maßnahmenkomplex. Bei dieser Variante ist für alle Maßnahmen nur ein Durchführungsnachweis pro Schicht erforderlich.

Nachweise erbrachter Leistungen können durch unterschiedliche Mitarbeiter erfolgen und zwar durch

- Mitarbeiter, welche die Leistungen selbst durchgeführt haben
- Mitarbeiter, welche verantwortlich für die Sicherstellung der Durchführung der Leistungen sind, diese aber nicht selbst erbracht haben.



Die erste Möglichkeit ist das übliche Verfahren in den meisten Pflegeeinrichtungen. Bei der Bildung von Maßnahmenkomplexen sind beide Varianten (A und B) vorstellbar, allerdings muss bei der Variante B ein Mitarbeiter alle Leistungen bezogen auf einen Bewohner pro Schicht erbracht haben.

Die zweite Möglichkeit sieht vor, dass bestimmte Mitarbeiter für den Durchführungsnachweis zuständig sind, obwohl sie die Leistungen nicht selbst erbracht haben. Entscheidet sich eine Einrichtung für diese Vorgehensweise, sollten die personellen Zuständigkeiten unbedingt vorab nachvollziehbar festgelegt werden. Denn: Zeichnet die jeweils zuständige Pflegefachkraft Maßnahmen ab, die andere Mitarbeiter (Pflegefachkräfte und/oder Pflegehilfskräfte) erbracht haben, erklärt sie damit die vollständige und fachgerechte Durchführung durch entsprechend qualifizierte Mitarbeiter¹ (Kamm 2004).

Deshalb muss nachvollziehbar geregelt sein, dass die für den jeweiligen Bewohner zuständige Pflegefachkraft verantwortlich für die Sicherstellung der Durchführung aller am Bewohner erbrachten Maßnahmen ist. Daraus folgt, dass sie sich im Einzelfall darüber informieren muss, ob alle an der Versorgung des Bewohners beteiligten Fach- und Hilfskräfte alle Maßnahmen gemäß Tagesplan tatsächlich und fachgerecht durchgeführt haben (ebd.). Zudem müssen eindeutige Vertretungsregelungen für den Fall der Abwesenheit der zuständigen Pflegefachkräfte existieren.

Arbeitspläne, feste Gruppenzuordnungen, in denen Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte den Bewohnern zugeordnet werden, und entsprechende Vermerke auf dem Dienstplan können hierbei hilfreich sein. Allgemeine Regelungen können z. B. auch in einem Standard oder einer Verfahrensanweisung zur Handhabung der Pflegedokumentation aufgeführt werden.

■ zu 5.3

Kommt es zu Abweichungen vom Tagesplan (z. B. nicht alle der dort aufgeführten Maßnahmen oder zusätzliche Maßnahmen wurden durchgeführt), kann die Gesamtheit der geplanten Maßnahmen als erbracht abgezeichnet werden, wenn aus dem Durchführungsnachweis erkennbar ist, dass eine Abweichung aufgetreten ist – z. B. indem in einer separaten Zeile ein entsprechender Hinweis erfolgt. Hierdurch ist sofort – auch im Monatsüberblick – ersichtlich, an wie vielen Tagen bzw. in welchen Schichten es zu Abweichungen gekommen ist. Diese Informationen sollten bei der Evaluation der Pflegeplanung und des Tagesplans genutzt werden.

Die ausführliche Darstellung der Abweichung erfolgt hingegen im Pflegebericht. Letztlich muss nachvollziehbar sein, welche Maßnahmen des Tagesplanes der Bewohner erhalten hat und an welchen Stellen es zu Abweichungen gekommen ist.

■ zu 5.4

Die Durchführung von Maßnahmen, die nicht täglich oder wöchentlich erbracht werden (z. B. Nagelpflege), muss gesondert nachgewiesen werden. Hierfür können Wochen- oder Monatspläne verwendet werden.

¹ Dieses Vorgehen ist im Modellvorhaben „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ des Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2002–2003) rechtlich geprüft worden (www.stmas.bayern.de/pflege/stationaer/entbuero.htm v. 18.10.2006).

Literatur

- Bartholomeyczik, S. (2005): Entbürokratisierung der Pflegedokumentation: Unterstützung statt Ersatz der Praxis. *Pflegezeitschrift* 58, Nr. 3, 143–146
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2005): Forschungsprojekt „Kompetenzteam“ zur Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland. Zwischenergebnisse zum Untersuchungsschwerpunkt „Entbürokratisierungspotenziale bei der Pflegedokumentation“. <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=29722.html>, 26.05.2006
- DZA – Deutsches Zentrum für Altersfragen (2005): Runder Tisch Pflege. Arbeitsgruppe III. Entbürokratisierung. <http://www.dza.de/download/ErgebnisseRunderTisch.Arbeitsgruppelll.pdf>, 16.05.2006
- Heering, C. (2004): Pflegedokumentation. In: Heering, C. (Hg.): *Das Pflegevisitenbuch*. Bern: Huber, 38–41
- Kamm, J. (2004): Rechtliche Bewertung der Pflegedokumentation. Teilbericht des Projekts „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“, hg. vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. München <http://www.stmas.bayern.de/pflege/stationaer/entbuero.htm>, 26.05.2006
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2005): Grundsatzstellungnahme: Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Essen: MDS
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz (Hg.) (2006): *Musterdokumentation für die stationäre Pflege*. Mainz
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein (Hg.) (2005): *Das schleswig-holsteinische Modell der „Vereinfachten Pflegeplanung und -dokumentation“*. Ergebnisse des Modellprojektes. Kiel
- Mybes, U. (2005): Optimierungspotenziale der Pflegedokumentation. *Pflege aktuell* 59, Nr. 2, 86–90
- Wipp, M. (2004): Abschlussbericht. Teilbericht des Projekts „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“, hg. vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. München <http://www.stmas.bayern.de/pflege/stationaer/entbuero.htm>, 26.05.2006

