



PFLEGE

Herbert Müller

Arbeitsorganisation in der Altenpflege

Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung
und Qualitätssicherung

4., aktualisierte und erweiterte Auflage

Herbert Müller

Arbeitsorganisation in der Altenpflege

Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung
und Qualitätssicherung

4., aktualisierte und erweiterte Auflage

schlütersche



Herbert Müller ist Diplom-Sozialpädagoge, Qualitätsmanager und TQM-Auditor. Er arbeitete mehr als zwölf Jahre als Heimleiter und ist seit 1997 freiberuflich als Qualitätsmanager in sozialen Dienstleistungsunternehmen und in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiter in der Altenhilfe tätig.

*»Qualität nützt nur, wenn sie auch beim Kunden,
dem alten, pflegebedürftigen Menschen, ankommt«.*

*Dieses Buch widme ich meiner Frau Barbara
für die pflegefachlichen Ratschläge und ihre
Unterstützung.*



Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89993-283-6 (Print)

ISBN 978-3-8426-8343-3 (PDF)

**© 2011 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover**

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autors und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Reihengestaltung: Groothuis, Lohfert, Consorten glcons.de

Titelbild: Alexey Romanov – 123rf.com

Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig

Druck und Bindung: Druckhaus »Thomas Müntzer« GmbH, Bad Langensalza

INHALT

	Vorwort zur 4., aktualisierten Auflage	13
	Einleitung	14
1	Begriffserklärungen	19
	1.1 Pflege	19
	1.2 Direkte Pflege	19
	1.3 Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie	20
	1.4 Indirekte Pflege	20
	1.5 Gesundheits- und Krankenpflegerin, Pflegeperson, pflegerische Bezugsperson, leitende Pflegefachperson und verantwortliche Pflegefachperson	21
	1.6 Kunde	22
2	Veränderte Rahmenbedingungen in der Altenpflege	25
	2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen	25
	2.2 Lean Management	26
	2.2.1 Kundenorientierung	27
	2.2.2 Profilierung	27
	2.2.3 Konzentration auf das Wesentliche	28
	2.2.4 Qualitätsmanagement	28
	2.2.5 Interne Kundenorientierung	28
	2.2.6 Flache Hierarchien	29
	2.2.7 Neues Führungskonzept	29
	2.2.8 Teilautonome Teams	30
	2.2.9 Offener Umgang mit Informationen	30
	2.2.10 Permanente Qualifizierung	30
3	Arbeitsorganisation in der Altenpflege	32
	3.1 Was ist Organisation?	32
	3.2 Das Organisationsklima – die innere Umwelt	35
	3.3 Organisationsspezifische Prozesse	35
	3.4 Arbeitsgruppenspezifische Prozesse	36
	3.5 Warum Arbeitsorganisation?	36
	3.6 Aufbau- und Ablauforganisation	38

Teil 1: Strukturqualität – Wichtige Elemente der Aufbauorganisation

4	Zielorientiertes Arbeiten	40
4.1	Arten von Zielen	43
4.1.1	Grundsatzziele	43
4.1.2	Rahmenziele	43
4.1.3	Ergebnisziele	44
4.1.4	Persönliche Ziele und Organisationsziele	44
4.2	Ziele in der Pflegeplanung	45
4.3	Beispiele für quantitative und qualitative Ziele in Pflegeeinrichtungen	46
4.4	Maßnahmenplan	47
5	Theoriegeleitetes Arbeiten	48
5.1	Pflegemodelle	49
5.1.1	Das Modell »Henderson«	50
5.1.2	Das Modell »Roper«	51
5.1.3	Das Modell »Juchli«	52
5.1.4	Das Modell »Selbstfürsorge-Defizit-Theorie« nach Dorothea Orem	53
5.2	Das System der fördernden Prozesspflege nach Monika Krohwinkel	54
5.2.1	Rahmenmodell (Interessen, Ziele und Handlungsschwerpunkte von Pflege)	59
5.2.2	Pflegeprozessmodell	63
5.2.3	ABEDL®-Strukturmodell	64
5.2.4	Managementmodell	70
5.2.5	Qualitätsentwicklungsmodell	75
6	Leitbildorientiertes Arbeiten	77
6.1	Das Leitbild als grundlegende Orientierung	77
6.1.1	Beispiel-Leitbilder aus unterschiedlichen Einrichtungen und Bereichen der Altenhilfe	79
6.2	Umsetzung des Leitbildes	82
7	Konzeptgeleitetes Arbeiten	86
7.1	Konzeptentwicklung ist Chefsache	86
7.2	Qualitätshandbuch	88
7.3	Leistungsbeschreibung	89
7.3.1	Leistungsbeschreibung Betreuung und Pflege	89

8 Gesetzliche Regelungen als Rahmenbedingung für die Arbeit 100

8.1	Das Pflegeversicherungsgesetz	101
8.1.1	Vertragswerke der Pflegeversicherung und ihre Verflechtungen	104
8.1.2	Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI	105
8.1.3	Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI	106
8.1.4	Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 79 SGB XI)	111
8.1.5	Finanzierung der Pflegeeinrichtungen (§ 82 SGB XI)	112
8.1.6	Ehrenamtliche Unterstützung (§ 82b SGB XI)	112
8.1.7	Bemessungsgrundsätze stationär (§ 84 SGB XI)	113
8.1.8	Pflegesatzverfahren (85 SGB XI)	115
8.1.9	Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf (87b SGB XI)	115
8.1.10	Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI)	116
8.1.11	Grundsätze der Vergütungsvereinbarung der ambulanten Pflegeleistungen (§ 89 SGB XI)	118
8.1.12	Qualitätssicherung (§§ 112–117 SGB XI)	118
8.1.13	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG)	122
8.1.14	Pflegezeitgesetz (PflegeZG)	126
8.2	Das Heimgesetz (HeimG) und die landesrechtlichen heimgesetzlichen Regelungen	128
8.3	Das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG)	132

9 Finanzierung von Dienstleistungen in Einrichtungen der Altenhilfe . 138

9.1	Finanzierung ambulanter Leistungen aus Sicht der Patienten	139
9.2	Finanzierung stationärer Leistungen aus Sicht der Bewohner	141
9.3	Finanzierung stationärer Einrichtungen aus Sicht der Einrichtung .	153
9.3.1	Pflegeeinstufung und Begutachtungsrichtlinien (BRi vom 08.06.2009)	154
9.3.2	Ermittlung des Pflegebedarfs und Pflegestufencontrolling	161
9.3.3	Organisationsstandard: Ermittlung und Einstufung des Pflegebedarfs	170
9.3.4	Vordruck: Protokoll Bewohnerbegutachtung durch MDK	172
9.4	Personalbedarfsermittlung am Beispiel stationärer Einrichtungen ..	174
9.4.1	Ermittlung des notwendigen Pflegeaufwands (Netto-Pflegezeit)	176
9.4.2	Ermittlung der Jahresarbeitstunden einer Mitarbeiterin für mögliche Netto-Pflege	178
9.4.3	Ermittlung der Anzahl der notwendigen Mitarbeiter	179

10 Organisationsstruktur in Einrichtungen der Altenpflege 182

10.1	Organisationsstruktur	182
10.1.1	Linie und Stab	183

11	Festlegung der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten durch Stellenbeschreibungen	187
11.1	Organisationsstandard: Einsatz von Stellenbeschreibungen	189
11.2	Stellenbeschreibung Verantwortliche Pflegefachperson (PDL)	191
11.3	Stellenbeschreibung Wohnbereichsleitung (WBL)	196
11.4	Stellenbeschreibung Pflegefachperson	200
11.5	Stellenbeschreibung Pflegeperson	204
11.6	Stellenbeschreibung Betreuungsassistentin (§ 87b SGB XI)	207
11.7	Stellenbeschreibung Sozialer (Therapeutischer) Dienst	210
11.8	Stellenbeschreibung Hauswirtschaftsleitung (HWL)	215
11.9	Stellenbeschreibung Hauswirtschaftliche Servicemitarbeiterin im Wohn- und Pflegebereich	220
11.10	Stellenbeschreibung Qualitätsbeauftragter	223

**Teil 2: **Prozessqualität –
Wichtige Kernprozesse in der Ablauforganisation****

12	Organisation eines Wohn- bzw. Arbeitsbereichs in der stationären Pflege	230
12.1	Modelle der Pflegeorganisation	235
12.2	Bezugspersonenpflege	237
12.3	Nahtstelle »Pflegerische Bezugsperson«	239
12.4	Nahtstelle »Pflegefachperson – Pflegeperson«	240
12.5	Nahtstelle »Pflege – Hauswirtschaft im Wohnbereich«	245
12.6	Haftungsrechtliche Verantwortung im Rahmen der Arbeitsorganisation	249
12.7	Delegation ärztlicher Tätigkeiten	251
12.7.1	Organisationsstandard: Delegation ärztlicher Tätigkeiten	252
13	Konzept zur Planung der Betreuung und Pflege	256
13.1	Die Schritte im Modell des Pflegeprozesses	259
13.1.1	Erster Schritt des Pflegeprozesses: Informationssammlung	260
13.1.2	Zweiter Schritt des Pflegeprozesses: Erkennen von Fähigkeiten (Ressourcen) und Pflegeproblemen, Situationsbeurteilung und Prioritätensetzung, Festlegen der Pflegediagnose(n)	263
13.1.3	Dritter Schritt des Pflegeprozesses: Festlegen der Pflegeziele	268
13.1.4	Vierter Schritt des Pflegeprozesses: Planung von Maßnahmen	271
13.1.5	Fünfter Schritt des Pflegeprozesses: Durchführung und Dokumentation von Maßnahmen	274
13.1.6	Sechster Schritt des Pflegeprozesses: Wirkung von Pflegemaßnahmen beurteilen (evaluieren)	276

14	Pflegedokumentation	280
14.1	Organisationsstandard: Pflegeprozessdokumentation	299
14.2	Arbeitsanweisungen zur Pflegedokumentation	303
14.2.1	Arbeitsanweisung und Checklisten zum Schreiben von Pflegeberichten	304
14.2.2	Zusammenfassender Pflegebericht	307
14.2.3	Pflegeberichte zur psychosozialen Betreuung	308
14.2.4	Checkliste: Dokumentation Dekubitusrisiko	309
14.3	Evaluierung der Pflegeplanung und Pflegedokumentation	310
14.4	EDV-gestützte Pflegeplanung und Pflegedokumentation	319
14.5	Zeit- und Leistungserfassung	321
15	Bewohnerbezogene Risiken und Gefahren in der Betreuung und Pflege	328
15.1	Risiko: Mangelernährung	330
15.1.1	Rechtliche Rahmenbedingungen	330
15.1.2	Allgemeine Rahmenbedingungen in den Einrichtungen	332
15.1.3	Grundlagenwissen Ernährung, Energie- und Flüssigkeitsbedarf ...	334
15.1.4	Möglichkeiten zur Beurteilung des Ernährungszustandes mittels Body-Maß-Index (BMI) und Waist-to-Height Ratio (WHtR)	340
15.1.5	Pflegeplanung ABEDL [®] 7: Essen und Trinken	344
15.1.6	Was stuft der MDK als Qualitätsmangel (Pflegefehler) im Bereich Ernährung ein?	346
15.1.7	Versorgungsstandard Ernährung	352
15.2	Risiko: Sturz	354
15.2.1	Die häufigsten Sturzrisikofaktoren	356
15.2.2	Sturzprophylaxen	360
15.2.3	Mögliche Maßnahmen bei Sturzgefahr	361
15.3	Risiko: Dekubitus	368
15.4	Risiko: Kontraktur	377
15.5	Risiko: Alzheimer-Demenz	381
15.5.1	Demenz – Stadien und Symptome	383
15.6	Risiko: Schmerz	388
15.6.1	Schmerzanalyse und Schmerzbeurteilung	391
15.6.2	Strategien zur Behandlung des Schmerzes	402
16	Standards in der Altenpflege	405
16.1	Expertenstandards	406
16.2	Was Standards regeln	411
16.3	Einführung und Handhabung von Prozess-/Organisationsstandards	412
16.3.1	Organisationsstandard: Handhabung von Standards in der Pflege ..	413

17	Kommunikations- und Informationsprozesse	417
17.1	Dienstübergabe	418
17.1.1	Organisationsstandard: Dienstübergabe	419
17.2	Dienstbesprechung	421
17.2.1	Organisationsstandard: Dienstbesprechung im Pflege-/Wohnbereich	421
18	Dienstplanung und Personaleinsatzplanung	425
18.1	Ziel und Zweck des Dienstplans	426
18.2	Rechtliche Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren	426
18.2.1	Arbeitszeitgesetz (ArbZG)	427
18.2.2	Weitere rechtliche Rahmenbedingungen	429
18.2.3	Anforderungen der Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR)	429
18.3	Formale Anforderungen an den Dienstplanvordruck und Hinweise zur Handhabung	430
18.4	Dienstplangrundformen	430
18.5	Arbeitszeitmodelle aus der Praxis	432
18.6	Stand-by-Dienst	437
18.7	Methodik der Dienstplanerstellung	439
18.7.1	Mit 10 methodischen Schritten zum Dienstplan	439
18.7.2	Organisationsstandard: Dienstplanerstellung	440
18.8	Dienstplanung per EDV	442
18.9	Urlaubsplanung	443
18.9.1	Organisationsstandard: Urlaubsplanung	445
18.10	Personaleinsatzplanung	447
18.10.1	Organisationsstandard: Personaleinsatzplanung	449
19	Mitarbeiterführung	453
19.1	Leitungsgrundsätze zur Mitarbeiterführung	455
19.1.1	Organisationsstandard: Leitungsgrundsätze zur Mitarbeiterführung	455
19.2	Mitarbeiter-Selbstprüfung	458
19.2.1	Organisationsstandard: Mitarbeiter-Selbstprüfung in der Pflege	458
20	Mitarbeitergespräche	460
20.1	Mitarbeitergespräche	460
20.1.1	Fehlzeitengespräch	460
20.1.2	Rückkehrgespräch	461
20.1.3	Abmahnungsgespräch	461
20.1.4	Beurteilungsgespräch	461
20.2	Mitarbeiter-Entwicklungsgespräche	461
20.2.1	Vorbereitungsbogen für Mitarbeiter	463
20.2.2	Organisationsstandard: Mitarbeiter-Entwicklungsgespräche	464
20.2.3	Zielvereinbarung mit Mitarbeitern	466

21	Einarbeitung neuer Mitarbeiter	468
21.1	Organisationsstandard: Einarbeitung neuer Mitarbeiter im Pflegebereich	469
21.2	Checkliste: Einarbeitung neuer Mitarbeiter im Pflegebereich	473
21.3	Modell der sozialen Distanzzonen	476
22	Praktische Ausbildung von Altenpflegern in Einrichtungen der Altenhilfe	478
22.1	Lernziel: Rahmenablauf einer Pflegetätigkeit	479
22.1.1	Rahmenablauf einer Pflegetätigkeit	480
22.2	Lernziele: ABEDL [®] -Strukturmodell für das 1. Ausbildungsjahr	481
22.2.1	Lernziele: ABEDL [®] »Kommunizieren können«	481
23	Heimeinzug	484
23.1	Organisationsstandard: Heimeinzug	486
23.1.1	Checkliste: Heimeinzug	489
24	Umgang mit Arzneimitteln	492
24.1	Lagerung und Stellen der Arzneimittel	497
24.2	Verabreichen von Arzneimitteln	498
24.3	Verfallsdaten und Haltbarkeit	499
24.4	Organisationsstandard: Umgang mit Arzneimitteln	500
24.5	Vordruck: Überprüfung des Medikamentenschanks	503
Teil 3:	Ergebnisqualität – Qualität, Zielerreichung und Zufriedenheit	
25	Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Altenhilfe	508
25.1	Aufbauorganisation Qualitätsmanagement in Einrichtungen	517
25.1.1	Steuerungsgruppe	518
25.1.2	Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen Qualitätszirkelleiter (QZL)	518
25.1.3	Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen Prozessverantwortlicher (PV)	519
26	Die Pflegevisite und Fallbesprechung	522
26.1	Organisationsstandard: Pflegevisite	525
26.2	Leitfaden: Pflegevisite	527
27	Risiko-, Fehler- und Beschwerdemanagement	531
27.1	Das generische Fehlermodellierungssystem (GEMS)	533
27.2	Ohne Fehlermanagement kein Risikomanagement	534

27.3	Sofortmaßnahmen bei schwerwiegenden Fehlern	538
27.4	Fehlerprotokoll	538
28	Befragungen	542
28.1	Kunden-/Klientenbefragung	542
28.1.1	Fragebogen: Kunden-/Klientenbefragung	543
28.2	Mitarbeiterbefragung	547
28.2.1	Fragebogen für Mitarbeiter	547
29	Qualitätszirkel	550
29.1	Ausgangspunkte für die Arbeit mit Qualitätszirkeln	551
29.2	Die sieben methodische Schritte der Qualitätszirkelmethode	552
29.3	Zusammensetzung eines Qualitätszirkels	553
29.4	Bedingungen für die Arbeit mit Qualitätszirkeln	554
29.5	Qualitätszirkelbeispiel aus der Praxis	556
29.6	Vordruck: Maßnahmenvorschlag	561
30	Qualitätsprüfung durch den MDK	563
30.1	Vorbereitung auf die Qualitätsprüfungen	564
30.2	Checkliste zur Vorbereitung auf die Qualitätsprüfung	565
30.3	Ablauf und Durchführung von MDK-Prüfungen	567
30.4	Was wird in stationären Pflegeeinrichtungen geprüft?	568
30.4.1	Qualitätsbereich 1: Pflege und medizinische Versorgung	568
30.4.2	Qualitätsbereich 2: Umgang mit demenzkranken Bewohnern	569
30.4.3	Qualitätsbereich 3: Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	569
30.4.4	Qualitätsbereich 4: Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene	569
30.4.5	Qualitätsbereich 5: Befragung der Bewohner	570
30.5	Was darf der MDK im Rahmen der Qualitätsprüfung?	570
30.6	Mitteilung der Prüfergebnisse	571
30.7	Die Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR)	572
31	Ausblick	579
	Abkürzungsverzeichnis	582
	Glossar	584
	Literatur	591

VORWORT ZUR 4., AKTUALISIERTEN AUFLAGE

Vielen Dank, dass viele das Buch gekauft und weiterempfohlen haben! Es hat sich mittlerweile zu einem Klassiker gemausert, der sowohl in der Ausbildung (speziell für die Lernbereiche 3.1 und 3.2), als auch in der Fort- und Weiterbildung speziell für Managementaufgaben in der Altenhilfe eingesetzt wird. In vielen Einrichtungen steht dieses Buch als Handbuch den Mitarbeitenden zu Verfügung.

Nach der Reform ist vor der Reform! So könnte die Überschrift für die 4. Auflage dieses Buches lauten. Als Autor möchte ich nicht nur Wege aufzeigen, wie Sie Qualität entwickeln und sichern können. Nein, den gleichen Qualitätsanspruch können die Leser/Nutzer auch an dieses Buch stellen. Seit Oktober 2007 hat sich vieles verändert. Die 4. Auflage wurde daher komplett überarbeitet und basiert nun auf dem aktuellen Stand aus Juni 2011.

Auch in der Zukunft muss sich noch vieles ändern und echte Reformen in der Altenhilfe sind dringend notwendig, insbesondere wenn man die demografische Entwicklung in unserem Land in den Blick nimmt.

Im Rahmen der Überarbeitung zur 4. Auflage wurden konsequent die Begriffe »Pflegefachperson« und »Pflegeperson« anstelle der umgangssprachlich immer noch gebräuchlichen Begriffe »Pflegefachkraft« und »Pflegekraft« benutzt. Das mag zunächst einmal banal erscheinen. Dennoch: Wenn wir im Rahmen der Altenhilfe Menschen und Personen mit Hilfebedarf pflegen und betreuen, dann haben die Menschen und Personen, die diese Arbeit leisten auch einen Anspruch darauf, als Person und nicht als »billige Arbeitskraft« gesehen und wertgeschätzt zu werden.

Mit der überarbeiteten 4. Auflage dieses Buches möchte ich Ihnen eine kompetente und praxisnahe Unterstützung für die Herausforderungen im Alltag der Pflegeeinrichtungen anbieten und wünsche bei der Lektüre und Umsetzung viel Erfolg.

Schwerte, Juli 2011

Herbert Müller

EINLEITUNG

Im Interesse der betreuungsbedürftigen Menschen, der Angehörigen, der Kostenträger (Pflegeversicherung, Sozialhilfeträger usw.) einerseits und der Mitarbeiter und Träger von Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe andererseits ist es notwendig, eine Arbeitsorganisation zu schaffen, die ein hohes Maß an Zufriedenheit bei allen Beteiligten anstrebt, gleichzeitig das Erreichen der betrieblichen Ziele (Trägerziele) sichert und die gesetzlichen Anforderungen nach Qualität und Wirtschaftlichkeit erfüllt.

Dieses Buch beschäftigt sich mit dem Thema Arbeitsorganisation auf der Grundlage von Elementen der Aufbau- und Ablauforganisation und macht Vorschläge zur Umsetzung in die Praxis der Einrichtungen und Dienste, die sich im Arbeitsalltag bewährt haben. Eine funktionierende Arbeitsorganisation ist ohne eine gute Aufbauorganisation nicht möglich. Viele Probleme und Konflikte im Berufsalltag haben ihre eigentlichen Ursachen in einer schlechten oder wenig ausgeprägten Aufbauorganisation. Aus diesem Grund beschäftigt sich der erste Teil des Buches ausführlich mit Aspekten der Strukturqualität, den Rahmenbedingungen der Pflegeeinrichtungen und der Aufbauorganisation. So werden die Zusammenhänge transparent und nachvollziehbar und können als Basis für die Entwicklung der notwendigen Strukturqualität genutzt werden.

Der zweite Teil gibt Anregungen zur Entwicklung der Prozessqualität. Ideen, Vorschläge und Möglichkeiten aus der Praxis für die Praxis zeigen, wie fachliche und gesetzliche Anforderungen beispielhaft umgesetzt werden können. Der dritte Teil geht auf die Überprüfung der erreichten Ziele und die Kundenzufriedenheit, die Ergebnisqualität, ein.

Altenpflegeschüler erleben teilweise immer noch die Diskrepanz zwischen der Theorie (dem vermittelten Unterrichtsstoff) und der Möglichkeit der Umsetzung in der konkreten Arbeitspraxis. »Was sollen wir denn damit?« – »Damit kann ich in der Praxis doch gar nichts anfangen« oder: »Dafür ist doch gar keine Zeit«. Diese Äußerungen sind geradezu symptomatisch. Theorie- und Praxisausbildung müssen in der Zukunft noch besser miteinander verknüpft werden. Einerseits muss die schulische Ausbildung noch qualifizierter durchgeführt werden, andererseits müssen sich aber auch die Ausbildungsbetriebe ihrer Verantwortung zur Ausbildung qualifizierter Nachwuchskräfte bewusst sein. Auszubildende sind nicht nur preiswerte Arbeitskräfte, sondern fordern auch Zeit- und Personalressourcen der Pflegeeinrichtung. Auch Mitarbeiter in den Einrichtungen leiden darunter, dass Strukturen immer noch nicht oder nur unzureichend entwickelt, Arbeitsabläufe schlecht organisiert sind und dadurch Belastung und Unzufriedenheit steigen. Der notwendige Wandel ist in den alten Strukturen nicht zu schaffen! Träger und Leitungskräfte müssen bereit sein, vorhandene (verkrustete)

Strukturen kritisch zu hinterfragen und mit neuen Methoden, einem neuen Leitungsverständnis und Mut neue Wege zu gehen, die zu einer guten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität führen. Dabei darf der Bewohner/Klient aber nicht aus dem Blick geraten. Pflege ist eine Dienstleistung und die Bewohner/Klienten dürfen eine zuverlässige, gesicherte und wertschätzende Pflege erwarten. Solange in den Pflegeeinrichtungen immer noch für den MDK dokumentiert wird und nicht, weil das die Basis für eine fachlich gute Pflege und Betreuung ist, solange aus Angst etwas falsch zu machen immer noch doppelt und dreifach dokumentiert wird, solange läuft immer noch etwas falsch in den Pflegeeinrichtungen und die Zeit für die Bewohner wird nicht reichen. Durch eine gute Aufbau- und Ablauforganisation, die konkrete Regelungen und Maßnahmen zur Organisation der Arbeitsabläufe und der Pflege vorsehen, kann in Pflegeeinrichtungen der Wandel von der traditionellen Fürsorge hin zur qualitätsgesicherten Dienstleistung gelingen. Die Managementebenen und Leitungskräfte sind hier in besonderem Maße gefordert. Die Pflegebedürftigen müssen in ihrer Eigenschaft als Verbraucher gestärkt werden und zuverlässig die zugesagten Leistungen erhalten, die sich an ihren Wünschen und Bedürfnissen orientieren. Qualitätsmanagement und Arbeitsorganisation können helfen, diese Anforderungen zu erfüllen und werden damit Aufgabe aller Mitarbeiter auf allen Ebenen.

Der Anteil indirekter Pflegeleistungen nimmt gegenüber den direkten Pflegeleistungen im Praxisalltag überproportional zu und muss zukünftig auf das Notwendige beschränkt werden. Eine effiziente Arbeitsorganisation kann dazu beitragen, möglichst viel Zeit für die Menschen zu haben und leistet damit auch einen entscheidenden Beitrag für mehr Wirtschaftlichkeit.

Jammern, sich über Dinge beklagen die man nicht ändern kann – seien wir ehrlich: Passiert uns das nicht mehr oder weniger oft in der Altenhilfe? Klar, wir alle machen das manchmal, denn es ist manchmal leichter zu jammern, als das Beste aus der Situation zu machen und positiv zu denken!

Die schlechte Nachricht dabei ist: Wenn wir jammern, verfestigen wir damit leider das, worüber wir uns, vielleicht zu Recht, aufregen. Hier gilt das »Gesetz der Anziehung«. Jammern macht die ohnehin schon unangenehme Situation nur noch schlimmer und wir bekommen von dem, worüber wir jammern und womit wir uns in Gedanken beschäftigen, mehr als uns lieb ist, wie Studien aus den USA belegen.

Viele Menschen glauben, dass Jammern dabei hilft, Stress abzubauen. Studien aus dem Bereich der positiven Psychologie weisen aber darauf hin, dass durch Jammern häufig noch mehr Stress entsteht. Durch Jammern können wir evtl. Beachtung und möglicherweise auch Zuwendung finden. Sich gemeinsam über etwas aufzuregen oder gemeinsam zu jammern, schafft ja auch etwas Verbindendes zwischen Menschen. Aber, haben Sie schon einmal erlebt, dass sich durch Jammern etwas zum Besseren

verändert hat? Das ist, wenn überhaupt, wohl eher die berühmte »Ausnahme«. In der Regel bestärken sich die Menschen gegenseitig in der Überzeugung, sowieso nichts ändern zu können. Jammern ist also nicht besonders konstruktiv. Besser wäre es zu überlegen, wo ICH selbst anfangen kann etwas zu verändern, um die Situation zu verbessern. Dabei geht es nicht um den »großen Wurf«, es geht vielmehr um die vielen kleinen Dinge, mit denen jeder selbstständig beginnen kann und die ein erster Schritt in die richtige Richtung sind. Wenn wir immer darauf warten, dass die Anderen sich ändern oder etwas verändern, zementieren wir nur unsere »Jammermentalität«. Also, selbst ist die Frau oder der Mann ...!

Mir fallen spontan viele Dinge ein, wo wir jederzeit mit kleinen Dingen beginnen können, an den immer wieder kritisierten Zuständen in der Altenhilfe etwas zu verändern. Wir müssen nur anfangen, es zu wollen und zu tun! Das Problem ist dabei oft: »Wie überwinde ich meinen inneren Schweinehund«?

Dazu eine kleine Geschichte:

Der amerikanische Pfarrer Willi Bowen schlug seinen Gemeindemitgliedern vor, lila-farbene Armbänder zu tragen und bat sie um Folgendes:

Tragen Sie bitte das Armband am linken oder rechten Handgelenk.

Jedes Mal, wenn Sie sich dabei erwischen, wie Sie gerade jammern, jemanden kritisieren oder über Andere lästern, bewegen Sie das Armband an das andere Handgelenk. In Gedanken zu jammern ist übrigens erlaubt!

Wenn Sie einen anderen Menschen mit dem lila Armband dabei beobachten, wie dieser jammert, lästert oder sich beschwert, dann machen Sie ihn darauf aufmerksam und fordern ihn auf, dass er sein Armband an das andere Handgelenk wechseln muss. Aber: Sie selbst müssen Ihr Armband auch wechseln.

Machen Sie das Ganze so lange, bis Sie Ihr Armband 21 Tage nicht wechseln mussten (bei den meisten Menschen dauert das zwischen 4 und 10 Monaten).

Die Gemeindemitglieder waren zunächst sehr skeptisch, ließen sich aber darauf ein und erreichten viele positive Veränderungen, waren optimistischer und glücklicher und alles nur, weil sie sich weniger beklagten. Das Band am Handgelenk ist lediglich eine Erinnerungshilfe und hilft dabei, sich nicht selbst zu verurteilen. Immer wenn Sie sich selbst beim Jammern erwischen, schimpfen Sie nicht mit sich selbst, sondern wechseln nur das Armband an das andere Handgelenk. So gesehen ist es wohl gut zu jammern, weil das der Weg zu mehr Glück und Zufriedenheit sein kann, wenn man bewusst damit umgeht. So nehmen Sie das Jammern immer öfter bewusst wahr und Ihr Verhalten wird umprogrammiert. Überlegen Sie: Was könnte Ihr »lila Armband« sein?

Natürlich ist es manchmal im Sinne konstruktiver Kritik sinnvoll, sich zu beschweren und auf Missstände hinzuweisen. Also: »Konstruktive Kritik« ist besser als »destruktives Jammern«! Konstruktive Kritik beinhaltet aber immer auch ein Stück Bereitschaft, selbst an der Problemlösung mitzuwirken. Stellen Sie sich also die Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass ich durch meine Kritik etwas zum Besseren verändern kann? Wenn die Wahrscheinlichkeit nicht sehr hoch ist, dann vergessen Sie lieber die Kritik und versuchen stattdessen, das Beste aus der Situation zu machen. Hilfreich ist es, sich dafür Verbündete zu suchen!

Und noch eine Geschichte, die die Stimmung und Einstellungen vieler in der Altenhilfe Handelnder sehr zutreffend beschreibt. Positiv ist, dass diese Geschichte auch einen Weg für die Zukunft aufzeigt.

»Autobiographie in fünf Kapiteln

Kapitel 1

Ich gehe die Straße entlang.

Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.

Ich falle hinein.

Ich bin verloren ... Ich bin ohne Hoffnung.

Es ist nicht meine Schuld.

Es dauert endlos, wieder herauszukommen.

Kapitel 2

Ich gehe dieselbe Straße entlang.

Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.

Ich tue so, als sähe ich es nicht.

Ich falle wieder hinein.

Ich kann nicht glauben, schon wieder am gleichen Ort zu sein.

Aber es ist nicht meine Schuld.

Immer noch dauert es lange, herauszukommen.

Kapitel 3

Ich gehe dieselbe Straße entlang.

Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.

Ich sehe es.

Ich falle immer noch hinein – aus Gewohnheit.

Meine Augen sind offen.

Ich weiß, wo ich bin.

Es ist meine eigene Schuld.

Ich komme sofort heraus.

Kapitel 4

Ich gehe dieselbe Straße entlang.
Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.
Ich gehe darum herum.

Kapitel 5

Ich gehe eine andere Straße.«

Münchhausen, Marco: So zähmen Sie Ihren inneren Schweinehund. Campus-Verlag

Also: Gehen wir doch gemeinsam eine andere Straße! Dieses Buch lädt dazu ein und möchte Begleiter sein. Viel Erfolg!

Der Pflegeberuf und die -ausbildung müssen weiterhin konsequent an den komplexen Anforderungen an Pflege ausgerichtet werden, denn die Menschen werden immer älter und multimorbider, gleichzeitig verschärft sich der Kostendruck. Die Pflege darf sich nicht mehr nur vorrangig an der Kompensation krankheitsbedingter Einschränkungen orientieren, sondern muss die Förderung der Gesundheit des einzelnen Menschen und seine Begleitung und Beratung in den Mittelpunkt stellen. Brauchen wir dazu ein neues Verständnis vom »Pflegeberuf«? Neben der »körpernahen« Unterstützung rücken immer mehr Aufgaben in den Bereichen Beratung, Anleitung, Schulung, Steuerung des Pflege- und Betreuungsprozesses, Koordination und Fallmanagement in den Mittelpunkt. In der Zukunft werden deshalb »Spezialisten« und »Generalisten« benötigt. Für die Ausbildung bedeutet das, einerseits eine breite generalistische Grundausbildung für alle Pflegepersonen sicherzustellen und andererseits Spezialisten auszubilden, die die zunehmend komplexer werdenden Anforderungen bewältigen können. Was bedeutet das für Altenhilfeeinrichtungen? Entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen benötigen, um ihre Fachlichkeit einbringen zu können, eine entsprechend gut entwickelte Aufbau- und Ablauforganisation. Die Mitarbeitenden in der Pflege müssen zukünftig entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt werden. Dadurch steigen Pflegequalität, Kundenzufriedenheit (Bewohner und Mitarbeiter) und die Wirtschaftlichkeit.

Hinweis

Wenn eine weibliche oder männliche Personenkennzeichnung vorkommt, ist damit immer auch das jeweils andere Geschlecht mitgemeint. Allgemein wird der neutrale Begriff »Pflegebedürftiger« benutzt, da sonst je nach Bereich zwischen »Patient«, »Bewohner«, »Gast« usw. unterschieden werden müsste. In speziellen Zusammenhängen wird der entsprechend adäquate Begriff verwendet.

1 BEGRIFFSERKLÄRUNGEN

Lernziel

- Fachbegriffe kennen und anwenden können.

1.1 Pflege

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

Pflegen

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

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

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

1.2 Direkte Pflege

Alle Aufgaben in der Pflege, die unmittelbar am Menschen erbracht werden, sind Aufgaben der direkten Pflege. Die direkte Pflege umfasst insbesondere die Lebensaktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens, aus denen sich 13 eigenverantwortlich-pflegerische Aufgabenbereiche ableiten. Diese Aufgaben werden von Pflege(fach)-

personen in eigener Verantwortung geleistet. Der Begriff »Grundpflege« wurde vom Agnes-Karll-Institut für Pflegeforschung, Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK), bereits 1993 als veraltet bezeichnet.

1.3 Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie

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

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

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

1.4 Indirekte Pflege

Um Pflegeaufgaben zu strukturieren und differenzieren, bietet sich eine Trennung zwischen pflegerischen Tätigkeiten (unmittelbar am Menschen) und eher indirekten Aufgaben an. Man unterscheidet deshalb in der Pflege zwischen direkten und indirekten Pflegeaufgaben.

Indirekte Pflegeaufgaben

Dazu gehören z. B. Pflegemanagement, Pflegeorganisation, Pflegedokumentation, Praxisanleitung/Praxisbegleitung der Mitarbeiter, Kooperation mit anderen Berufsgruppen. Die indirekten Pflegeaufgaben haben Einfluss auf die Qualität der direkten pflegerischen Leistungen.

In Deutschland wird den indirekten Pflegeaufgaben teilweise zu wenig, teilweise aber auch zu viel Bedeutung beigemessen. In der Praxis trifft man häufig auf die Argu-

mentation, dass es doch wichtiger sei, unmittelbar am/mit dem älteren Menschen zu arbeiten, als z. B. zu dokumentieren, da die direkten Pflegeaufgaben oft als höherwertig angesehen werden und mehr emotionale Befriedigung als die indirekten Pflegeaufgaben versprechen. Pflegeplanung und Pflegedokumentation basieren auf dem pflege-theoretischen Modell und Leitbild der Pflegeeinrichtung und sind die unverzichtbare Grundlage für professionelle Betreuung und Pflege. Im Curriculum zur Altenpflegeausbildung heißt es: »Pflege soll geplant werden, nach vorgegebenen Richtlinien durchgeführt, systematisch überprüft und in allen Schritten dokumentiert werden. Im Gegensatz dazu steht die zufällige Pflege, die sich alleine auf hergebrachte und wenig bis gar nicht reflektierte Traditionen stützt«.

Der Rahmenvertrag NW gemäß §75 Abs. 1 Pflegeversicherungsgesetz schreibt für die Einrichtungen der Altenhilfe verbindlich vor: »Die von der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen sind im notwendigen Umfang täglich in der Pflegedokumentation zu erfassen, von der Pflegekraft (Pflegeperson) zu bestätigen und durch die verantwortliche Pflegefachkraft (Pflegefachperson) oder eine andere Pflegefachkraft (Pflegefachperson) einmal monatlich zu prüfen«.

Eine gute Pflegequalität im Bereich der direkten Pflegeaufgaben ist aber ohne die Erledigung von indirekten Pflegeaufgaben nicht zu erreichen. Für Krohwinkel (System der fördernden Prozesspflege) erhält die Pflegeplanung und Pflegedokumentation mit den A(B)EDL® im Strukturierungsmodell eine zentrale Bedeutung und ist Teil der direkten Pflege. Anmerkung: In vielen Pflegeeinrichtungen wird die Pflegedokumentation der indirekten Pflege zugeordnet, obwohl nach dem Pflegemodell der »Fördernden Prozesspflege« gearbeitet wird?

1.5 Gesundheits- und Krankenpflegerin, Pflegeperson, pflegerische Bezugsperson, leitende Pflegefachperson und verantwortliche Pflegefachperson

In den Altenpflegeeinrichtungen erlebt man ein Wirrwarr an Begrifflichkeiten zur Beschreibung der Qualifikation und Funktion der Mitarbeitenden in der Pflege. In Anlehnung an Krohwinkel handelt es sich um Personen, die Pflege leisten. Unterscheidungsmerkmal ist die formale Qualifikation »Fachperson«. Die Begriffe »Pflegefachperson« und »Pflegeperson« treffen genau diese inhaltliche Beschreibung und werden in diesem Buch benutzt.

- Der Begriff **Pflegefachperson** wird verwendet als Bezeichnung für in der Altenpflege anerkannte pflegerische Fachkräfte mit in der Regel dreijähriger Ausbildung und staatlicher Abschlussprüfung und Anerkennung, z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger.

- **Pflegerpersonen** sind geeignete Mitarbeiterinnen, die über keine formale Qualifikation in der Pflege verfügen und entsprechend eingearbeitet werden.
- **Pflegerische Bezugsperson** beschreibt eine besondere Teilverantwortung. Diese Bezeichnung wird insbesondere im Rahmen der Steuerung des Pflegeprozesses für die Bezugsperson verwendet, die als Pflegefachperson die Pflegeprozesse einzelner Pflegebedürftiger verantwortlich steuert.
- **Leitende Pflegefachperson** wird in der Praxis häufig die Leitungskraft auf der unteren bzw. mittleren Managementebene bezeichnet (z. B. Wohnbereichsleitung [WBL]). Sie leitet also einen Teilbereich. Wichtig ist in der Einrichtung zu klären, was »Leitung« in diesem Zusammenhang bedeutet und welche Rahmenbedingungen notwendig sind.
- Als **verantwortliche Pflegefachperson** wird nach SGB XI (§ 71) die Pflegedienstleitung (PDL) bezeichnet, die im Sinne des Gesetzes gesamtverantwortlich ist für Betreuung und Pflege, die von der Einrichtung geleistet wird.

1.6 Kunde

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

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

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

Was im Verhältnis zwischen Einrichtung und Pflegebedürftigem gilt, muss auch im Verhältnis zwischen den einzelnen Bereichen/Abteilungen gelten. Um interne Abläufe zu regeln und Reibungsverluste zu vermeiden, ist die Klärung der internen Kunden-

Lieferanten-Rolle hilfreich. Der einzelne Bereich/Abteilung befindet sich je nach Situation in der Kunden- oder Lieferantenrolle (s. Abb. 1).

Im Rahmen der vielfältigen internen Prozesse der Einrichtung nehmen Mitarbeitende wechselnd die Rolle eines Kunden oder Lieferanten ein. Sich der jeweiligen Rolle bewusst zu sein kann helfen, die interne Kommunikation zu verbessern und Reibungsverluste zu vermeiden. Die Mitarbeitenden sind sich dann jeweils darüber im Klaren, ob sie gerade als Kunde oder Lieferant agieren.

Der Kunde (Pflegebedürftige) ist König!

Wenn für alle im Zweifelsfall der Grundsatz gilt: »Der Kunde ist König«, wird allen deutlich, wer gefordert ist und handeln muss. Im folgenden Beispiel wird anhand einer Handlungskette aus der stationären Altenhilfe das interne Kunden-Lieferanten-Verhältnis verdeutlicht.

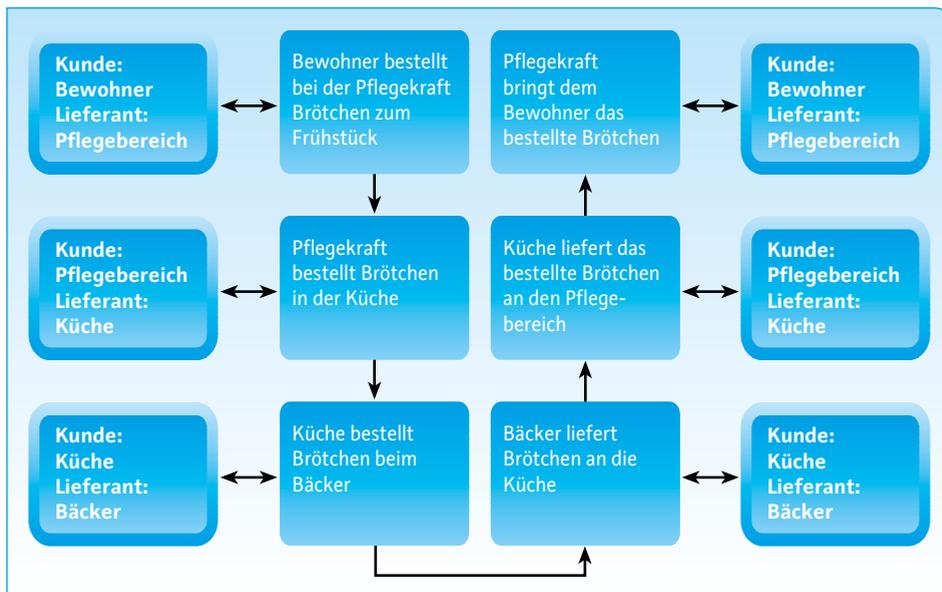


Abb. 1: Internes Kunden-Lieferanten-Verhältnis.

Memo

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

VERÄNDERTE RAHMENBEDINGUNGEN IN DER ALTENPFLEGE

Lernziele

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

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

Das statistische Bundesamt ermittelte auf der Basis der Analyse der Zahlen für das Jahr 2009, dass in Deutschland 2,34 Millionen Menschen pflegebedürftig sind, Tendenz weiter steigend! 83 % der Pflegebedürftigen sind 65 Jahre und älter; ca. 30 % sind älter als 85 Jahre. Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen sind Frauen. Für das Jahr 2020 geht die Prognose von ca. 2,9 Millionen Pflegebedürftigen aus. Der Anteil der Pflegebedürftigen, der zurzeit zu Hause versorgt wird, liegt bei ca. 1,62 Millionen (davon werden mehr als eine Million ausschließlich von Angehörigen gepflegt), in Heimen werden 720 000 Menschen versorgt.

2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Wir leben in einer Zeit, die von Wandel und Veränderungen in Politik, Gesellschaft, Wirtschaft, Gesundheits- und Sozialbereich geprägt ist. Pflegeeinrichtungen müssen sich am Markt und an den Vorgaben der Sozialgesetzbücher, insbesondere »Pflegeversicherung« SGB XI (aber auch »Gesetzliche Krankenversicherung« SGB V, »Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen« SGB IX und »Sozialhilfe« SGB XII) und anderer gesetzlichen Bestimmungen orientieren. Dazu gehört auch, die Leistungen an den Prinzipien von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit auszurichten.

Gleiche oder höhere Leistungen sind zu erbringen, häufig ohne dass eine entsprechende (ausreichende) Vergütung dafür gezahlt wird. In Wirtschaft und Industrie wird das Prinzip der Produktivitätssteigerung häufig angewandt. Welche Strategien sind aber für die Altenhilfe angemessen? Einerseits sollen die inhaltlichen Anforderungen an die Versorgung und Begleitung pflegebedürftiger Menschen gewährleistet und weiterentwickelt werden (Kundenorientierung, Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung); andererseits sind wirtschaftliche Rahmenbedingungen (Zwänge) zu beachten.

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

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

2.2 Lean Management

Eine Strategie, die auch in sozialen Dienstleistungsunternehmen an Bedeutung gewinnt, ist das Konzept des Lean Management, das aus Japan stammt. »Lean« (also: schlank) bedeutet Steigerung von Effizienz, um den Kunden Leistungen zu bieten, die er wirklich will, was zur richtigen Qualität und zu einem möglichst niedrigen Preis führt. Das soll erreicht werden durch eine schlanke Unternehmensführung und flache Hierarchien, durch eine intelligenter Organisation, innovative Veränderungen der unternehmensinternen und -externen Organisation und ein neues Selbstverständnis von führenden und ausführenden Akteuren. Im Prinzip geht es darum, mit einem minimalen Einsatz von Personal, Zeit und Investitionen ein vorgegebenes Ergebnis (Kundenerwartung) bzw. bei gegebenem Einsatz ein maximales Ergebnis (eine optimale Dienstleistung für den Kunden) zu erzielen. Diese Ziele können u. a. durch den kontinuierlichen Verbesserungsprozess erreicht werden.

Das Konzept des Lean Management besteht nicht in einer besonderen Maßnahme, sondern es beschreibt einen komplexen Ansatz, der u. a. aus folgenden zentralen Elementen besteht:

- Kundenorientierung (Ausrichtung aller Tätigkeiten auf den Kunden)
- Profilierung (Konzentration auf die eigenen Stärken)
- Konzentration auf das Wesentliche (Optimierung von Geschäftsprozessen, Konzentration auf die Wertschöpfung)

- Qualitätsmanagement (ständige Verbesserung der Qualität, kontinuierlicher Verbesserungsprozess – KVP)
- Interne Kundenorientierung als Leitprinzip
- Flache Hierarchien
- Neues Führungskonzept (Führen ist Service am Mitarbeiter, Eigenverantwortung, Empowerment und Teamarbeit)
- Teilautonome Teams (mehr Verantwortung und Kompetenz an die Basis)
- Offene Kommunikation und Feedback-Prozesse (verbesserte Kommunikation unternehmensintern und mit den Kunden)
- Permanente Qualifizierung (Mitarbeiter sollen höher qualifiziert sein und verschiedene Aufgaben erledigen können)

Lean Management

Lean Management eignet sich nicht nur als »Modell für schlechte Zeiten«. Es ist vielmehr auch in sozialen Dienstleistungsunternehmen dazu geeignet, einen Beitrag zur Mitarbeiter- und Leitungskräfteentwicklung, Motivation der Mitarbeiter, Stärkung der Mitverantwortung des Einzelnen, Verbesserung des Betriebsklimas, Überprüfung und Festlegung von Leistungsbeschreibungen, Weiterentwicklung des gesamten Unternehmens usw. zu leisten.

2.2.1 Kundenorientierung

Der Kunde wird als gleichberechtigter Partner gesehen und die Ausrichtung der Leistungsplanung und aller Tätigkeiten orientiert sich an der Frage: »Welche Lösung/Leistung braucht gerade dieser Bewohner/Kunde für seine Probleme?« Damit sind eine hohe Kundenwahrnehmung und die Bereitschaft zur Individualisierung des Leistungsangebots verbunden. Als arbeitsorganisatorische Folge dieser Umorientierung werden die Arbeitsabläufe flexibel an die jeweilige Situation angepasst. Konkret kann das bedeuten: Der Kunde bestimmt die Dienst-/Personaleinsatzplanung indirekt weitgehend mit.

2.2.2 Profilierung

Die Einrichtungen können sich nicht allein über die Preise am Markt behaupten. Sie müssen sich von der Konkurrenz durch die Besonderheit und Unverwechselbarkeit ihres Leistungsangebots unterscheiden. Stellen Sie sich z. B. folgende Fragen:

- Warum ist Ihre Einrichtung für den Kunden interessant?
- Warum sollte er ausgerechnet bei Ihnen einziehen?

Zumindest in Teilbereichen sollten die Einrichtungen einen entsprechenden Schwerpunkt bilden. Auch das (Fach-)Personal bestimmt maßgeblich das Betriebsergebnis, den Ruf der Einrichtung bei den Kunden und die Stellung am Markt.

2.2.3 Konzentration auf das Wesentliche

Die Einrichtung konzentriert sich bei der Leistungserbringung auf die primären Leistungsprozesse, also auf das Wesentliche. Mit welchen Leistungen werden die wesentlichen Ziele erreicht? Was sind die Standardleistungen (über Pflegesatz finanziert) und welche Zusatzleistungen (gesonderte Berechnung) werden angeboten?

Insbesondere müssen die Mitarbeiter wissen:

- Welche Leistungen hat der Bewohner (Kunde) eingekauft und was steht ihm zu?
- Welche konkreten Zusatzleistungen sind gegen gesonderte Berechnung möglich?

Es geht aber auch darum, die Leistungsprozesse ständig zu optimieren und bezüglich der Wertschöpfung zu hinterfragen, z. B.: Welchen Nutzen und Mehrwert bringt dieser Leistungsprozess bzw. diese Tätigkeit für den Kunden und/oder die Einrichtung?

2.2.4 Qualitätsmanagement

Die Qualität aller Abläufe rückt in den Mittelpunkt des innerbetrieblichen Geschehens. Qualitätsentwicklung und -verbesserung, Qualitätskontrolle und -sicherung brauchen verlässliche interne Strukturen und sind Aufgaben aller Mitarbeiter. Qualitätsmerkmal ist der kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP).

2.2.5 Interne Kundenorientierung

Das Element der Kundenorientierung wird auch auf die unternehmensinternen Kooperationszusammenhänge übertragen. Zwischen den einzelnen Arbeitsbereichen der Einrichtung besteht eine »Kunden-Lieferanten-Beziehung«. Die einzelnen Arbeitsbereiche erbringen ihre Leistungen im Rahmen einer internen Kunden-Lieferanten-Beziehung und nehmen je nach Situation die Rolle des Kunden oder des Lieferanten ein (vgl. Abbildung 1).

2.2.6 Flache Hierarchien

Weniger Hierarchie führt zu kürzeren Dienstwegen und direkteren Kontakten zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern. Diese kurzen Wege können auch dafür genutzt werden, Schwierigkeiten vor Ort direkt und unbürokratisch anzugehen.

Die Aufbauorganisation und Übertragung der Aufgaben/Kompetenzen auf die untere Leitungsebene (z. B. Wohnbereichsleitung) führt in vielen Einrichtungen zu einer Überforderung dieser Führungskräfte. Einerseits sind diese Mitarbeiter/innen (zum Teil) voll in die Erbringung der pflegerischen Dienstleistungen eingeplant, andererseits sollen sie aber auch die Mitarbeiter im Wohnbereich führen und leiten sowie das gesamte Wohnbereichsmanagement sicherstellen. Das Wohnbereichsmanagement und die Aufgaben im Rahmen von Führen und Leiten füllen weitgehend eine 40-Stunden-Woche. Da vielen Führungskräften zunächst die Bewohner wichtig sind, werden die Aufgaben im Rahmen von Führen und Leiten nicht oder nur am Rande wahrgenommen.

Im Rahmen einer eindeutigen Aufbauorganisation sollten Sie sich folgende Fragen stellen:

- »Warum benötigen wir so viele Führungskräfte (Wohnbereichsleitungen, stellvertretende Wohnbereichsleitungen)?
- Wäre eine Trennung von Management (Führen und Leiten) und pflegerischen Aufgaben sinnvoll?

2.2.7 Neues Führungskonzept

Vorgesetzte sind Dienstleister und Coach ihrer Mitarbeiter. Verantwortlich für eine Arbeit ist grundsätzlich derjenige, der sie tut (Durchführungsverantwortung). Vorgesetzte müssen dafür sorgen, dass die Mitarbeiter ihre Arbeit so gut wie möglich tun können. Die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen, eine klare Führung und gut geübte Abläufe sind Voraussetzungen für eine effiziente Arbeit.

Die neue Art der Führung

Zielvereinbarungen mit den Mitarbeitern sind ein wesentliches Merkmal eines neuen und zeitgemäßen Führungskonzepts. Führen wird als Serviceleistung am und für die Mitarbeiter verstanden. Teamarbeit und Empowerment (Beteiligungsmanagement) sind Bestandteile eines neuen Führungskonzepts.

2.2.8 Teilautonome Teams

Teams sind die Basis des Lean Management. Pflege ist nur arbeitsteilig im Team zu erbringen. Zu den Kernaufgaben der Teams gehört, neben der Erfüllung der Kundenbedürfnisse und der zugesagten Leistungen, die Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit. Sie sind selbst verantwortlich für die Planung und Festlegung, Durchführung und Kontrolle ihrer Arbeitsaufgaben. Im Rahmen der Bezugspflege wird dieses Prinzip weitergeführt und die Verantwortung für die Steuerung des gesamten Pflegeprozesses auf die pflegerische Bezugsperson übertragen.

2.2.9 Offener Umgang mit Informationen

Informationen stehen jedem jederzeit zur Erfüllung seiner Aufgaben zur Verfügung. Hierfür sind wirksame Kommunikationsstrukturen wichtig. Aber bedeutet das gleichzeitig, dass alle Mitarbeiter/innen in der Pflege immer aktuell über alle Bewohner informiert werden müssen? Dieser in der Pflege immer noch anzutreffende Anspruch muss vor dem Hintergrund des Pflegemodells und der entsprechenden Arbeitsorganisation (Bezugspflege) reflektiert werden. Die häufig geübte Form der Übergabe, bei der alle über alles informiert werden, sollte kritisch hinterfragt werden. Eine wesentliche Informationsquelle ist und bleibt die Pflegedokumentation.

Nie mehr ohne Feedback

Teil einer verbesserten einrichtungsinternen Kommunikation können (und müssen) auch Feedback-Prozesse sein. Leitungskräfte und Mitarbeiter/innen sind auf ein konstruktives Feedback angewiesen, um sich weiterentwickeln und ihre Leistung permanent verbessern zu können. Dies trägt auch dazu bei, die Qualität sowie die Mitarbeiter- und Bewohnerzufriedenheit zu steigern.

2.2.10 Permanente Qualifizierung

Selbstverständlich stellt ein Lean Management erhöhte Anforderungen an die Mitarbeiter. Eine wesentliche Anforderung ist die Bereitschaft zu kontinuierlichem und berufsbegleitendem Lernen. Insbesondere sind Fähigkeiten zur Selbstorganisation und vor allem Kooperations-, Kommunikations-, Konsens-, Konflikt- und Entscheidungsfähigkeit erforderlich. Ein wesentlicher Lernort ist der Arbeitsplatz bzw. die Arbeitssituation selbst.

Im Rahmen der Pflegeversicherung ist ein neues Organisationsdenken erforderlich. Vieles spricht dafür, das Konzept des Lean Management auf die Einrichtungen der Altenhilfe zu übertragen. Es bietet die Chance, Wirtschaftlichkeit und Pflegequalität mit der Motivation und der Zufriedenheit der Mitarbeiter zu verbinden.

Memo

- Notwendige Veränderungen in der Altenhilfe bieten eine Chance zur Weiterentwicklung von Einrichtungen und Handelnden in der Altenpflege.
- Kundenorientierung im Rahmen von Pflege und Betreuung bedeutet: Der Mensch (Kunde) wird als gleichberechtigter Partner gesehen.
- Qualitätsentwicklung/-verbesserung und Qualitätskontrolle/-sicherung sind Aufgaben aller Mitarbeiter.
- Zwischen den einzelnen Arbeitsbereichen/Abteilungen der Einrichtung besteht eine interne Kunden-Lieferanten-Beziehung.

Übungsaufgaben

1. Erläutern Sie den Begriff **Lean Management!**
2. Mit welchen arbeitsorganisatorischen Maßnahmen erreichen Sie in der Praxis eine verstärkte Kundenwahrnehmung und Individualisierung im Rahmen der Leistungserbringung?
3. Entwickeln Sie an einem konkreten Beispiel aus der Praxis die Kernaufgaben von teilautonomen Teams im Rahmen des Lean Management.

Lernziele

- Merkmale von Organisationen beschreiben können.
- Beschreiben können, wodurch das Handeln der Organisationsmitglieder (Mitarbeiter) beeinflusst und bestimmt wird.
- Elemente der Aufbau- und Ablauforganisation kennen und unterscheiden können.

3.1 Was ist Organisation?

Bevor wir zur spezifischen Organisation von Einrichtungen der Altenhilfe kommen, zunächst eine allgemein Definition von Organisation.

Als Erinnerung an vermeintlich längst Bekanntes:

Organisation:

- planmäßiger Aufbau, Gliederung
- Gruppe, Verband mit einem bestimmten Zweck
- organisieren: (planvoll) aufbauen, gestalten (vgl. Bertelsmann: Die neue Rechtschreibung)

Wir können den Organisationsbegriff unterscheiden in

- den »**institutionellen** Organisationsbegriff«: Das Unternehmen ist eine Organisation!
- den »**instrumentellen** Organisationsbegriff«: Das Unternehmen hat eine Organisation!
- den »**funktionellen** Organisationsbegriff«: Organisation ist eine Tätigkeit zur Gestaltung der Organisation!

Organisation ist die Grundlage für eine gute Wohnatmosphäre, eine gute Arbeitsatmosphäre und für Wirtschaftlichkeit. Wo Menschen zusammenkommen, bedarf es gewisser Regeln, um ein geordnetes Miteinander zu gewährleisten. Manchmal ergibt sich diese Ordnung ganz von selbst. An der Kasse eines Supermarktes z.B. bilden sich bei starkem Andrang mehr oder weniger lange Warteschlangen; wer aus der Reihe tanzt und sich vordrängelt, wird von den Mitwartenden zurückgepiffen. Bei Theaterkarten ist häufig bereits die Sitzplatznummer aufgedruckt, sodass jeder Kunde auch seinen Sitzplatz findet.

In einem wirtschaftlichen Unternehmen/einer Organisation lässt sich das Ordnungsproblem in der o. g. einfachen Form nicht lösen. Während die Wartenden und Theaterbesucher auf das jeweilige Ereignis bezogen gleiche Interessen bekunden, verbleiben sie in der gegenseitigen Anonymität. Unternehmen/Organisationen hingegen sind produktive soziale Systeme, d. h. »von Menschen geschaffene, reale Gebilde, welche u. a. aus Menschen bestehen und den Zweck verfolgen, irgendwelche Leistungen für die menschliche Gesellschaft bereitzustellen« (Ulrich: Die Unternehmung als produktives soziales System. Grundlagen der allgemeinen Unternehmenslehre. Bern 1968).

Fazit

Eine Organisation ist also ein soziales und zielgerichtetes System, dessen Elemente Menschen und/oder Sachen sind. Kennzeichnende Merkmale sind:

- Zwischen den Elementen besteht ein Netz von geordneten Beziehungen (Struktur).
- Die Ziele werden festgelegt und in geordneter Zusammenarbeit (Kooperation) der Menschen angestrebt.
- Dazu ist Informationsaustausch notwendig (Kommunikation).

Das Ziel könnte bspw. die Betreuung und Versorgung kranker und alter Menschen sein. Primäres Prinzip zur Zielerreichung ist die Arbeitsteilung (vgl. Schweer, 1992). Hierfür müssen (Spiel-)Regeln aufgestellt und eingehalten werden. Auch für Lerngruppen, z. B. im Rahmen der Altenpflegeausbildung, kann es sinnvoll sein, Regeln aufzustellen. Ein praktisches Beispiel könnte so aussehen:

Regeln für die Zusammenarbeit

- Wir legen Wert auf Pünktlichkeit.
- Es spricht immer nur einer.
- Wir vermeiden Störungen.
- Wir tolerieren die Meinung des Anderen.
- Keiner wird ausgelacht bei falschen Fragen/Antworten.
- Wir gehen fair miteinander um.
- Wir sind kooperativ.
- Wir vermeiden »Ja, aber« und »man«. Besser: Ja, Nein, Ich, Wir.
- Alle fühlen sich für das Erreichen der Ziele mitverantwortlich.

Das Handeln von Organisationsmitgliedern wird von komplexen Bedingungsfaktoren bestimmt. Diese zu kennen, fördert das Verständnis für eine Vielzahl von Prozessen und auftretenden Problemen und steigert die Verhaltenssicherheit innerhalb des eigenen Arbeitsbereiches. Die äußere Umwelt und die Ziele beeinflussen die Struktur und die innere Umwelt der Organisation und damit auch die Ergebnisse. Die Ergebnisse wirken wieder auf die äußere Umwelt und die Ziele.

Kommt Ihnen der Inhalt der folgenden Geschichte nicht bekannt vor?

»Ein kleine Geschichte über vier Kollegen namens Jeder, Jemand, Irgendjemand und Niemand. Es ging darum, eine wichtige Arbeit zu erledigen und Jeder war sich sicher, dass sich Jemand darum kümmern würde. Irgendjemand hätte es tun können, aber Niemand tat es.

Jemand wurde wütend, weil es Jeder's Arbeit war. Jeder dachte, Irgendjemand könnte es machen, aber Niemand wusste, dass es Jeder nicht tun würde. Schließlich beschuldigte Jeder Jemand, weil Niemand tat, was Irgendjemand hätte tun können.« (Quelle unbekannt)

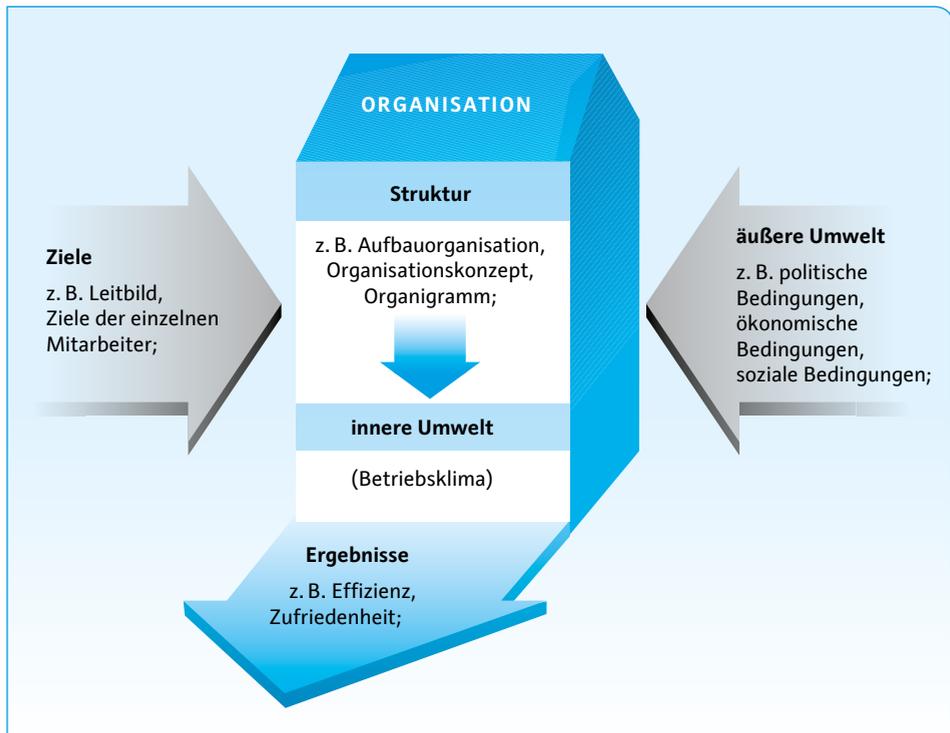


Abb. 2: Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren, die auf/in Organisationen wirken.

3.2 Das Organisationsklima – die innere Umwelt

Die subjektive Wahrnehmung und Beurteilung einer Organisation durch ihre Mitglieder bezeichnet man als Organisationsklima (Betriebsklima). Es ist durch die jeweilige Organisation geprägt und wird durch organisatorische Bedingungen und den (vorherrschenden) Führungsstil beeinflusst. Das Organisationsklima beeinflusst die Motivation und damit das Verhalten der Organisationsmitglieder (Mitarbeiter). Es wird von Mitarbeitern unterschiedlich wahrgenommen.

Ein wichtiger Faktor ist die Qualität der Führungskräfte. Eine Studie der schwedischen Hochschule Mälardalen ergab, dass die Führungsqualitäten von Vorgesetzten die Gesundheit der Mitarbeiter beeinflussen. Danach haben Mitarbeiter mit einem verständnisvollen Chef und einem guten Arbeits-/Betriebsklima mehr Spaß an der Arbeit, fühlen sich gesünder und sind seltener krank. Alten- und Krankenpfleger empfinden es lt. dieser Studie oft als große Belastung, dass sie den an sich selbst und von anderen gestellten Anforderungen nicht immer gerecht werden können. Wenn sie aber die Sicherheit haben, im Zweifelsfall von ihrem Chef Rückendeckung zu bekommen, belastet sie das weniger. Ein mitarbeiterorientierter Führungsstil und konkrete gesundheitsfördernde Maßnahmen können entscheidend zum Betriebsklima beitragen (Quelle: HeimManagement kompakt, 2010).

3.3 Organisationsspezifische Prozesse

Es gibt eine ganze Reihe von organisationsspezifischen Prozessen:

- Kommunikations- und Informationswege, z. B. auch die Offenheit der Kommunikation;
- Entscheidungsprozesse, z. B. Zentralisierung, oder: wie viel Eigenverantwortung wird dem Mitarbeiter eingeräumt, Führungs- und Leitungsgrundsätze;
- Lob/Anerkennung, Kritik, Feedback;
- Reglementierung und Formalisierung der Aufgaben, z. B. inwieweit kann sich der Mitarbeiter mit Ideen einbringen?
- Förderung der Mitarbeiter;
- Innovation und Problemlösungskompetenz der Organisation;
- Ansehen und Beliebtheit der Organisation.



Abb. 3: Aufbauorganisation.

3.4 Arbeitsgruppenspezifische Prozesse

Die arbeitsgruppenspezifischen Prozesse lassen sich folgendermaßen auflisten:

- Leistungsorientierung, gibt es z. B. realistische Leistungsstandards/Zeitvorgaben?
- Gruppen- und Abteilungsegoismen, z. B. Schichtdenken;
- Informelle Kommunikationsprozesse;
- Freundschaftsbeziehungen.

3.5 Warum Arbeitsorganisation?

Durch die Organisation, insbesondere der Routinearbeiten, ergeben sich für die Menschen innerhalb der Organisation **Vorteile**, z. B.:

- Schutz vor Überlastung: anfallende Arbeiten im Rahmen der Versorgung von Menschen werden in Schichten aufgeteilt; Arbeitsleistungen werden nach einem festgelegten Dienst- und Einsatzplan und zu festgelegten Arbeitszeiten erbracht;
- Berücksichtigung der Bedürfnisse der zu versorgenden Menschen und der Mitarbeiter: Durch die Ausrichtung der Arbeitsorganisation in der Praxis, z. B. am System der fördernden Prozesspflege (nach Prof. Monika Krohwinkel), wird eine Pflegeorganisation geschaffen, die auf die Bedürfnisse der zu versorgenden Menschen und der Mitarbeiter abgestimmt ist;
- höhere Motivation und Zufriedenheit der Mitarbeiter: vereinbarte Ziele werden erreicht und das tägliche Arbeitspensum wird erledigt, sodass Erfolgserlebnisse erzielt werden.



Abb. 4: Ablauforganisation.

3.6 Aufbau- und Ablauforganisation

Voraussetzung für eine effiziente Arbeitsorganisation ist eine gut entwickelte Aufbau- und Ablauforganisation. Die Aufbauorganisation ist sozusagen die Struktur des Unternehmens, die durch die Gestaltung der Ablauforganisation und der Leistungsprozesse mit Leben erfüllt wird. Die Aufbauorganisation beeinflusst damit wesentlich die Qualitätsebene der Strukturqualität; die Ablauforganisation wirkt sich entscheidend auf die Qualitätsebene der Prozessqualität aus. Die Aufbau- und Ablauforganisation wirken sich gleichermaßen auf die Qualitätsebene der Ergebnisqualität aus.

Memo

- Der Organisationsbegriff kann unterschieden werden in den »institutionellen«, »instrumentellen« und »funktionalen« Organisationsbegriff.
- Organisationen sind soziale und zielgerichtete Systeme von Menschen, die im Rahmen von geordneten Beziehungen (Struktur) ihre Ziele festlegen und in geordneter Zusammenarbeit (Kooperation) anstreben. Dazu ist Informationsaustausch (Kommunikation) notwendig.
- Das Handeln von Organisationsmitgliedern wird von den Zielen der Organisation, der äußeren Umwelt, den Beziehungen der Organisationsmitglieder (Struktur) und dem Organisationsklima (innere Umwelt) beeinflusst und bestimmt.
- Aufbau- und Ablauforganisation bilden die Grundlagen für die Arbeitsorganisation in Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe.
- Aufbauorganisation ist das Gerüst, die Struktur des Unternehmens/der Organisation und beeinflusst wesentlich die Strukturqualität.
- Ablauforganisation gestaltet die Leistungsprozesse und erfüllt die Aufbauorganisation mit Leben. Sie wirkt sich vor allem auf die Prozessqualität aus.
- Eine gute Aufbau-/Ablauforganisation und Arbeitsorganisation sind wesentlich für eine gute Ergebnisqualität.

Übungsaufgaben

1. Beschreiben Sie die kennzeichnenden Merkmale von Organisationen.
2. Welche komplexen Bedingungsfaktoren bestimmen/beeinflussen das Handeln von Organisationsmitgliedern?
3. Erläutern Sie die Begriffe Aufbau- und Ablauforganisation und nennen Sie beispielhaft Elemente der Aufbau- und Ablauforganisation.

TEIL 1:

STRUKTURQUALITÄT – WICHTIGE ELEMENTE DER AUFBAUORGANISATION

Lernziele

- Grundsatzziele, Rahmenziele und Ergebnisziele unterscheiden können.
- Ziele, Visionen und Maßnahmen unterscheiden können.
- Sinn und Notwendigkeit für die Formulierung von Zielen im Rahmen der pflegerischen Arbeit erkennen.

»Solange das Ziel nicht feststeht, ist jeder Weg der richtige«, sagt ein irisches Sprichwort und Lao Tse sagt: »Der Weg ist das Ziel« oder »Wenn meine Ziele klar sind, erreiche ich sie ohne übertriebene Geschäftigkeit«. Solange Organisationen und Unternehmen ohne Ziel sind, können sie sich in jede Richtung entwickeln. Wer dagegen ein festes Ziel hat, wird den gradlinigsten Weg einschlagen. Das erleichtert die Managementarbeit im Alltag sozialer Dienstleistungsunternehmen ungemein. Wesentlich dabei ist, dass die Ziele von allen Mitarbeitern gemeinsam entwickelt werden. Bei der Formulierung der Ziele muss der größtmögliche gemeinsame Nenner gefunden werden. Die Kunst liegt darin, Ziele zu finden und sie für alle transparent zu machen, d. h. die Ziele werden verstanden und als erreichbar eingeschätzt.

Die Ausgangsfrage lautet: »Was wollen wir erreichen?« Wichtig ist, eine große Übereinstimmung zwischen den Zielen der Organisation und denen der Mitarbeiter zu erreichen. Deshalb können Ziele nicht einfach von oben nach unten verordnet werden. Alle Ebenen der Organisation haben sich gemeinsam an die Zielfindung und -definition zu begeben. Zielformulierungen ergeben sich aus den Antworten auf die gestellten Fragen, und aus den formulierten Zielen ergeben sich die notwendigen Strategien und Arbeitsschritte für die tägliche Arbeit.

Was sind Ziele nicht?

- »Ein Ziel ist ...
- kein Appell,
 - kein Wunsch,
 - kein Merkmal,
 - keine Maßnahme
 - kein Glaubenssatz,
 - keine Wertvorstellung,
 - kein Qualitätsstandard.

Ziele sind ...

- angestrebte Zustände,
- die zu einem bestimmten Zeitpunkt,
- durch eigenes Handeln erreicht werden,
- und die sich an den übergeordneten Richtlinien,
- dem Leitbild und
- den übergeordneten strategischen Zielen der Organisation/des Unternehmens orientieren« (vgl. Kowalzik 2007).

Es ist wichtig, sehr pragmatisch und realitätsnah an das Thema »Ziele« heranzugehen, da es den Praktikern in der Altenpflege häufig zu theoretisch und zu weit entfernt von der täglichen Arbeit erscheint. Ziele müssen realistisch auf die einzelnen Bereiche in der Organisation/Einrichtung heruntergebrochen werden (Was bedeutet das konkret für meinen Aufgabenbereich/meine Tätigkeit?) und sich weniger an übergeordneten Zielen, Leitbildern und Visionen orientieren. Was nutzt ein ausgefeiltes Konzept der Kundenorientierung für Pflegeeinrichtungen, wenn die Ziele nicht von allen mitgetragen werden und lediglich als Alibi das Gewissen beruhigen? Zielorientierung wird im Rahmen des Pflegeprozesses schon seit langem in der täglichen Arbeit umgesetzt. Aus den Zielen im Rahmen der Pflegeprozessplanung werden konkrete Maßnahmen für die tägliche Arbeit abgeleitet, um die Ziele zu erreichen. Gelingt es, in der Praxis so zielorientiert vorzugehen, wie es die Pflege- und Maßnahmenplanung vorsieht, führt das in der Regel zu mehr Arbeitszufriedenheit, zu geringeren Reibungsverlusten bei der Arbeit und besseren Ergebnissen.

Im Rahmen von Mitarbeiterführung sind Ziele ebenso wichtig. Fredmund Malik, Professor für Betriebswirtschaft und Leiter des Managementzentrums St. Gallen, bezeichnet als die fünf Hauptaufgaben von Führung:

1. für Ziele sorgen,
 2. Organisieren,
 3. Entscheiden,
 4. Kontrollieren und,
 5. Menschen entwickeln und fördern.
- (vgl.: Malik 2005 und Kap. 2.2.7 »Neues Führungskonzept«)

Was Sie bei der Zielformulierung beachten sollten (Anforderungen):

- Ziele sind keine Aufgaben und Tätigkeiten.
- Ziele müssen so präzise/konkret/eindeutig wie möglich formuliert werden.
- Ziele müssen messbar sein.
- Ziele müssen wichtig sein.
- Ziele dürfen sich nicht widersprechen.

- Ziele dürfen schwierig, müssen aber auch erreichbar sein.
- Ziele müssen stets positiv beschrieben werden (z. B. »Pflegebedürftiger kann Selbsthilfepotenziale nutzen«).
- Nah- und Fernziele müssen geplant werden. Die Nahziele sollten sehr konkret geplant werden. Das Erreichen der Etappenziele fördert die Motivation.

»Ein Ziel muss beschrieben werden, wenn es das Handeln bestimmen soll. Es ist der Ort, wo ich hin will; es sind Kenntnisse, die ich erwerben soll; eine Situation, die ich herbeiführen muss; ein Zustand, den ich erhalten möchte; eine Meinung, die ich mir bilden will. Ich setze ein Ziel, auf das ich zugehe. Wenn ich mich entschieden habe, ein Ziel zu erreichen, muss ich auch handeln« (vgl. Lotmar, Tondeur 1993).

Ziele sollen die generelle Richtung vorgeben, z. B.: Wo geht es für unsere Pflegeeinrichtung hin: Mehr Dementenbetreuung oder andere Konzepte? Es geht nicht darum, die Systembürokratie weiter aufzublähen, z. B. mit Pflegestandards auf dem Papier, die aber nicht gelebt und umgesetzt werden. Um zu den eigentlichen Zielen zu gelangen, kann es auch hilfreich sein, zunächst zu fragen: Was soll und will ich nicht mehr tun? Was soll von nun an nicht mehr verfolgt werden? Weniger ist oftmals mehr: Deshalb lieber wenige Ziele, aber dafür die wichtigen (großen) Ziele verfolgen!

Ziele und Werte

Besonders in pflegerischen Organisationen/Einrichtungen ist es schwer, Ziele von Werten zu unterscheiden.

Werte sind Grundlegungen, die sich insbesondere in Haltungen/Einstellungen/Handeln von Personen zeigen.

Ein Ziel dagegen ist eher praktisch und sachbezogen.

Überprüfen Sie Ihre Ziele mithilfe dieser Fragen:

- Gibt es widersprüchliche Ziele?
- Handelt es sich wirklich um Ziele oder um Maßnahmen?
- Sind die Ziele quantifiziert?
- Sind alle Mitarbeiter einbezogen?
- Geschieht die Zielerreichung individuell?
- Werden Ziele vorgegeben oder vereinbart?
- Sind die Ziele schriftlich fixiert? (vgl. Kowalzik 2007)

4.1 Arten von Zielen

4.1.1 Grundsatzziele

Grundsatzziele enthalten Grundsätzliches: Wertvorstellungen, Abgrenzungen zu anderen Organisationen und Einrichtungen. Grundsatzziele sind allgemein und umfassend formuliert und für einen langen Zeitraum gültig. Wer zielgerichtet arbeiten will, muss aus den Grundsatzzielen Rahmenziele ableiten. Grundsatzziele sind oft in Leitbildern enthalten. Die Verantwortung liegt hier bei der obersten Leitungsebene, z. B. dem Träger oder dem Vorstand.

4.1.2 Rahmenziele

Rahmenziele sind genauer formuliert und gelten für einen kürzeren Zeitraum (etwa ein bis drei Jahre), d. h. sie unterliegen häufigeren Veränderungen. Konzepte konkretisieren die Grundsatzziele aus dem Leitbild in Form von Rahmenzielen. Die Verantwortung liegt hier bei der mittleren Leitungsebene, z. B. bei der Einrichtungsleitung oder Bereichsleitung (Pflegedienstleitung, Hauswirtschaftsleitung).

Das Grundsatzziel ist klar und wird durch die Rahmenziele näher erläutert. Aber was muss geschehen, damit die Rahmenziele erreicht bzw. realisiert werden können? Aus den Rahmenzielen müssen Ergebnisziele gesucht und abgeleitet werden.



Abb. 5: Zielpyramide.

4.1.3 Ergebnisziele

Die Ergebnisziele sind so konkret wie möglich zu formulieren. Sie legen fest, was bis zu einem bestimmten Zeitpunkt (z. B. innerhalb eines Jahres) erreicht werden soll. Die Ergebnisziele fallen in den Verantwortungsbereich der ausführenden Ebene. Die Mitarbeiter orientieren sich in ihrer Arbeit an den Grundsatz- und Rahmenzielen und formulieren im Einzelfall die Ergebnisziele. Welches nachprüfbare Ergebnis soll bis zu einem festgelegten Zeitpunkt erreicht sein (z. B. in der Pflegeprozessplanung)? Dazu ist es notwendig, Methoden und einen Maßnahmenplan festzulegen. Im Maßnahmenplan wird festgelegt:

- Wer?
- macht was?
- bis wann?
- wie?
- mit welchen Mitteln? usw.

Darüber hinaus können auch persönliche und Organisationsziele unterschieden werden.

4.1.4 Persönliche Ziele und Organisationsziele

Persönliche Ziele hängen von eigenen Ressourcen und Wertvorstellungen ab, werden oft aber mitbestimmt/eingengt durch die Ausstattung und/oder die Ziele der Pflegeeinrichtung. Im Idealfall gibt es eine weitgehende Überlappung der persönlichen Ziele und der Organisationsziele.

Organisationsziele

Organisationsziele beschreiben das zeitlich begrenzte, zielgerichtete Handeln aller Organisationsmitglieder. In der Altenpflege geht es häufig darum, bestimmte soziale Bedürfnisse der Pflegebedürftigen zu befriedigen, die das oft aus eigener Kraft nicht mehr können. Organisationen haben in der Regel mehr als nur ein Ziel.

Es können Haupt- und Nebenziele sowie gleichwertige Ziele unterschieden werden. Hauptziele können z. B. sein:

- Soziale Ziele (daraus leiten sich für Organisationen/Einrichtungen häufig gesellschaftliche Anerkennung und Existenzberechtigung ab)
- Dienstleistungs- oder Outputziele (bezogen auf die Nutzer der Dienstleistungen)
- Investorenziele (z. B. als Gegenleistung an Finanzgeber)
- Systemziele (z. B. die Stabilität der Organisation soll gestärkt werden)

4.2 Ziele in der Pflegeplanung

Im Rahmen der Pflegeprozessplanung werden z. B. Pflegeziele formuliert. Das Pflegeziel soll eine Wegentwicklung vom Pflegeproblem sein, z. B.: »Bewohner läuft wieder selbstständig«. Dabei ist kritisch zu hinterfragen, ob das Ziel tatsächlich »das Ziel des Bewohners« oder eher »das Ziel der Pflegenden« ist. Bei der Zielplanung sollte, wenn möglich und sinnvoll, mindestens ein Fernziel (Fernziele = generelle Ziele) formuliert werden (z. B. »Bewohner kann wieder selbstständig laufen«.). Das Fernziel ist der Leitgedanke des pflegerischen Handelns. Aus dem Fernziel werden dann Nahziele abgeleitet. Zunächst muss die erste Stufe erreicht werden, bevor die nächst höhere Stufe erklommen werden kann! Die Formulierung der Ziele in »vollendeter Gegenwart« macht Ziele überprüfbar!

Beispiel

Ausgangssituation: Pflegebedürftiger ist bisher über den Flur gelaufen und kommt jetzt nach einem Apoplex aus dem Krankenhaus zurück. Pflegebedürftiger kann das rechte Bein nicht bewegen und spüren.

Fernziel: N. N. läuft wieder selbstständig

Nahziele: N. N. spürt Zehen (Kribbeln an den Zehen – spürt wieder etwas)
N. N. bewegt Zehen
N. N. bewegt Fuß
usw.

In der ambulanten Pflege könnte man ein **Grundsatzziel** folgendermaßen formulieren: Die Menschen können mithilfe ihrer Angehörigen, ergänzt durch betreuende, pflegeergänzende und hauswirtschaftliche Hilfeleistungen auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in ihrem eigenen Haushalt den bisher gewohnten Lebensalltag gestalten.

Daraus ergibt sich das **Rahmenziel**: Die hilfeschuchenden Menschen setzen ihre Selbsthilfekräfte ein, ohne dass sie überfordert werden.

So stehen als **Ergebnisziele** fest: Die ungenutzten Fähigkeiten des alten Menschen sind erkannt und eingeübt. Dem Selbstbestimmungsrecht ist entsprechend Raum eingeräumt. Der Hilfeschuchende ist ausreichend informiert, um sich eigenverantwortlich zu informieren und sich für ein Hilfeangebot zu entscheiden (vgl. Rosstauscher; Safian: Qualitätsentwicklung in ambulanten Diensten, 1994).

4.3 Beispiele für quantitative und qualitative Ziele in Pflegeeinrichtungen

Quantitativ

- Der Anteil an Teilzeitkräften im Pflegebereich wird bis zum ... auf ... Prozent erhöht.
- Die Belegung der Einrichtung wird bis zum ... auf ... Prozent gesteigert.
- Die Mitarbeiterausfallzeiten werden bis zum ... um ... Prozent reduziert.
- Der Zeitanteil für direkte Pflege an der Gesamtarbeitszeit der Mitarbeiter wird bis zum ... um ... Prozent gesteigert.

Qualitativ

- Das Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeiter wird bis zum ... eingeführt.
- Das Pflegedokumentationssystem wird bis zum ... überarbeitet.
- Die Spezialisierung im Bereich der Palliativpflege wird bis zum ... eingeführt.

Fazit

»Ziele sind Soll-Zustände, Vorstellungen über Zukünftiges. Damit Ziele zum Maßstab werden können, müssen sie in konkrete, anschauliche Zustände oder Verhaltensweisen übersetzt werden, die sich messen und abwägen lassen« (vgl. Kowalzik 2007).

4.4 Maßnahmenplan

Neben der Festlegung von Maßnahmen und Verantwortlichkeiten ist auch die Terminsetzung wichtig. Tabelle 1 zeigt die Struktur eines Maßnahmenplans.

Tabelle 1: Vordruck für einen Maßnahmenplan.

Maßnahmenplan							
Nr.	Ziel	Maßnahme	Wer?	Bis wann?	Wie?	Welche Mittel?	Wer hilft?

Memo

- Es ist wichtig, dass die Organisationsziele und Einrichtungsziele unter Beteiligung aller Mitarbeiter entwickelt werden.
- Eine große Übereinstimmung zwischen den Zielen der Organisation/Einrichtung und denen der Mitarbeiter soll erreicht werden.
- Aus den formulierten Zielen ergeben sich die notwendigen Strategien und Arbeitsschritte für die tägliche Arbeit.
- Ergebnisziele legen fest, was bis zu einem bestimmten Termin erreicht werden soll, z. B. im Rahmen der Pflegeplanung.

Übungsaufgaben

1. Welche Hierarchieebenen einer Einrichtung sind für Grundsatzziele, Rahmenziele und Ergebnisziele verantwortlich?
2. Formulieren Sie aus dem Bereich der Altenpflege ein Grundsatzziel. Leiten Sie daraus Rahmen- und Ergebnisziele ab und legen Sie einen entsprechenden Maßnahmenplan fest.

Lernziele

- Unterschiedliche Pflegemodelle und Begrifflichkeiten kennen und unterscheiden können.
- Das eigene Pflege-Selbstverständnis reflektieren und den eigenen Standpunkt bestimmen können.
- Die Notwendigkeit der Orientierung der praktischen Arbeit an einem Pflegemodell erkennen; Ideen zur Umsetzung in die Organisationsstruktur der Einrichtung entwickeln können.
- Das ABEDL®-Strukturmodell der fördernden Prozesspflege (nach Krohwinkel) kennen und erläutern können.
- Die Interessen, Ziele und Handlungsschwerpunkte des Systems der fördernden Prozesspflege nach Krohwinkel beschreiben können.
- Die Auswirkungen des Managementmodells nach Krohwinkel für die praktische Organisation der pflegerischen Arbeit beschreiben können.

Theorie soll helfen, die Ziele zu erreichen! Für Mitarbeiterinnen in der Altenpflege ist es teilweise immer noch ungewohnt, sich in der praktischen Arbeit an einer Pflege- theorie oder an einem Pflegemodell zu orientieren. Theoriegeleitetes Arbeiten soll eine fördernde Pflege gewährleisten und damit die Pflegequalität verbessern, kreative Impulse für die Praxis geben und damit das Fundament für die praktische Arbeit bilden.

Im Rahmen der Pflegereform 2008 wurde der § 80 »Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung« gestrichen. Der bisherige § 80 wird als neuer § 113 in den inhaltlichen und systematischen Zusammenhang mit den weiteren Regelungen der Qualitätsentwicklung im 11. Kapitel des SGB XI gestellt. Die Schiedsstelle Qualitätssicherung (nach § 113b SGB XI) veröffentlichte im Juni 2011 die neuen »Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI« in der vollstationären Pflege und in der ambulanten Pflege vom 27.05.2011, die rückwirkend zum 01. Juni 2011 in Kraft getreten sind. Die Qualitätsprüfungs-Richtlinie wurde bereits zum 01. Juli 2009 als neues Prüfinstrument eingeführt (nach § 114ff SGB XI). Auf dieser Basis prüft der MDK in Qualitätsprüfungen (Frage 5.2) beispielsweise, ob in den Einrichtungen ein geeignetes schriftliches Pflegekonzept vorliegt, das auf einer Pflege- theorie basiert und dazu entsprechende Aussagen macht. Damit ist die Orientierung der praktischen Arbeit an einer Pflege- theorie nicht mehr in das Belieben der Mitarbeiterinnen und des Trägers gestellt, sondern Verpflichtung für alle.

Aus Pflegetheorien entwickeln sich Pflegemodelle, die »Gedachtes« in der Praxis erproben sollen. Aus diesem Grund gehören Pflegemodelle und die ihnen zugrunde liegenden Pflegetheorien zusammen. Ziel von Pflegetheorien ist es u. a. Wissen und Verständnis von Pflege im Allgemeinen zu vergrößern und die Notwendigkeit und Wirksamkeit zu begründen. Sie fragen z. B.: Was ist zu tun? (bedürfnisorientiert); wie tun Pflegende das, was sie tun? (interaktionsorientiert) und warum tun sie es? (ergebnisorientiert). Pflegemodelle beschreiben auf dem Hintergrund der Fragestellungen, was zur Pflege in ihrer Gesamtheit gehört und zu beachten ist; welches Menschenbild zugrunde liegt; fragen nach der Umgebung, und dem allgemeinen Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Die Umsetzung von Pflegetheorien erfordert häufig einen langen Prozess der ständigen Auseinandersetzung der Mitarbeiterinnen mit der Theorie und eine ständige Reflexion des eigenen Pflegeverständnisses und pflegerischen Handelns (vgl. hierzu auch: »Handbuch Diakonie-Gütesiegel«).

Die Grundzüge einer zeitgemäßen Pflegeorganisation sind:

- theoriegeleitet,
- leitbildorientiert,
- konzeptgeleitet.

Der erste Schritt zu einem individuellen Leitbild für die jeweilige Einrichtung ist die Suche nach einem geeigneten Pflegemodell. Auf dessen Basis müssen die Ziele der zu erbringenden pflegerischen Dienstleistungen formuliert werden. Die Wahl eines Pflegemodells stellt ein wesentliches, wenn nicht sogar das entscheidende Kriterium für den Erfolg der Einrichtung im pflegerischen Bereich dar.

Die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Theorien der Pflegewissenschaften ist nicht leicht, zumal sich zwar die Modelle in vielen Bereichen sehr ähnlich sind, sich aber ebenso in Ansätzen und Aussagen unterscheiden.

5.1 Pflegemodelle

Erste Formulierungen eines Pflegemodells gehen bis auf Florence Nightingale, geboren 1820, zurück. Sie gilt als Begründerin einer modernen, humanistisch orientierten und vor allem professionellen Krankenpflege. Ihre Forderungen waren für die damalige Zeit revolutionär und führten zu den Grundlagen des eigenständigen Pflegeberufs.

Die heute in der Altenpflege aktuellen Pflegemodelle werden oft als bedürfnisorientierte Pflegemodelle bezeichnet. Die Orientierung der praktischen Arbeit an einem Pflegemodell zeichnet professionelle Pflege aus und unterscheidet sie gleichzeitig von Laienpflege.

Die wesentlichen Gemeinsamkeiten von Pflegemodellen

- »Klientenzentriert, individuell: Der einzelne pflegebedürftige Mensch steht im Mittelpunkt des pflegerischen Handwerks.
- Ganzheitlich: Pflege beachtet Körper, Psyche, Biographie und soziales Umfeld des Pflegebedürftigen.
- Geplant: Der Umfang und die Prioritäten der Pflege setzen eine sich ständig anpassende und auf den Pflegebedürftigen angepasste Planung voraus.
- Professionell: Professionelle Pflege setzt Qualifikationen voraus, die durch Ausbildungen und Fortbildungen erworben werden und durch entsprechende Examen nachgewiesen werden« (vgl. Burr: Qualitätsmanagement in der Altenpflege erfolgreich umsetzen, 1999).

Soll das Pflegemodell nicht als Alibi dienen, stellt sich die Frage nach der Umsetzbarkeit der theoretischen Inhalte. Hierzu werden zunächst theoretische Kenntnisse über die einzelnen wissenschaftlich anerkannten Pflegemodelle benötigt.

5.1.1 Das Modell »Henderson«

»Professionelle Pflege ist notwendig, um Pflegemodelle in die Praxis umzusetzen.«

VIRGINIA HENDERSON.

Die Grundaussagen von Henderson, US-amerikanische Krankenschwester und Pflege-theoretikerin (1897–1996), sind die Basis für weitere Pflegemodelle und Konzepte. Wesentliche Aufgaben der professionellen Pflegepersonen sind die Erhaltung und Wiederherstellung von Eigenverantwortung und Autonomie des Menschen. Henderson formuliert 14 Grundbedürfnisse des Menschen und orientiert sich dabei an der Bedürfnispyramide von Abraham Maslow, amerikanischer Psychologe (1908–1970, siehe Abbildung 5) und weist schon auf die Notwendigkeit der abgestuften Form der Leistungserbringung hin (vgl. Burr, 1999).

Die 14 Grundbedürfnisse des Menschen

1. normal atmen,
2. ausreichend zu essen und zu trinken,
3. Abfallprodukte des Körpers ausscheiden,
4. sich zu bewegen und eine gewünschte Stellung beizubehalten,
5. zu schlafen und zu ruhen,
6. passende Kleidung zu wählen, sich an- und auszuziehen,
7. die Körpertemperatur in einem normalen Bereich zu halten,
8. den Körper rein und gepflegt zu halten sowie die Haut zu schützen,

9. Gefahren der Umwelt zu vermeiden und zu verhindern, andere zu verletzen,
10. mit anderen zu kommunizieren durch das Ausdrücken von Emotionen, Bedürfnissen, Ängsten und/oder Meinungen,
11. seinen Glauben auszuüben,
12. so zu arbeiten, dass man das Gefühl der Erfüllung hat,
13. zu spielen oder an verschiedenen Formen der Erholung teilnehmen,
14. zu lernen, zu entdecken oder die Neugierde zu befriedigen.



Abb. 6: Bedürfnispyramide nach Maslow.

Henderson kommt zu dem Schluss, dass die Pflegeperson eine Partnerschaft mit dem mitbestimmenden Hilfebedürftigen übernehmen muss. Sie untergliedert den Pflegeprozess in so genannte Beziehungsebenen und fordert einen Pflegeplan, den Pflegeperson und Pflegebedürftiger in enger Kooperation erstellen sollen. Hier ist die Pflegefachperson je nach Situation, im Rahmen der Beziehungsebenen, mal Ersatz, Helfer oder Partner des Hilfe- oder Pflegebedürftigen.

5.1.2 Das Modell »Roper«

Die englische Pflegewissenschaftlerin Nancy Roper (1918–2004) führte 1980 den Begriff der Lebensaktivitäten in die Pflege ein. Sie entwickelte die Ideen von Henderson konsequent weiter und benennt zwölf Aktivitäten des Lebens:

1. für eine sichere Umgebung sorgen,
2. kommunizieren,
3. atmen,
4. essen und trinken,
5. ausscheiden,
6. für die persönliche Hygiene sorgen und sich kleiden,
7. die Körpertemperatur regulieren,
8. sich bewegen,
9. arbeiten und sich in der Freizeit beschäftigen,
10. seine Geschlechtlichkeit leben,
11. schlafen,
12. sterben

Damit erweitert Roper den Pflegebegriff und dehnt ihn auf weitere Felder der Pflege-tätigkeit aus. Der pflegenden Person sollen damit Orientierungshilfen für ihre tägliche Arbeit gegeben werden. Pflege und Leben stehen bei Roper in einer engen Beziehung. Wenn der Pflegebedürftige Probleme bei der Bewältigung der zwölf Aktivitäten hat, erhält er aktive Hilfe von Seiten der professionellen Pflegeperson ganz gleich, ob die Defizite auf Grund von Krankheit, Alter oder Hilflosigkeit entstehen.

Das Ropersche Modell und die Aktivitäten machen es dem Pflegenden möglich, Pflegeprobleme zu identifizieren und in Form einer Pflegeanamnese zu ermitteln. Auf Grund dieser Daten und der sich heraus kristallisierenden Problematiken gelingt es, angepasste Pflegetätigkeiten zu planen und durchzuführen (Was kann der Pflegebe-dürftige selbstständig/nicht selbstständig? Welches sind seine früheren Bewältigungs-mechanismen?). Wesentlich hierbei ist, dass ein besseres Verständnis für die Hilfebe-dürftigkeit entwickelt wird.

5.1.3 Das Modell »Juchli«

Schwester Liliane Juchli (*1933) ist Krankenschwester und Ordensschwester (Barm-herzige Schwestern vom Heiligen Kreuz). Sie entwickelte das Pflegemodell der Akti-vitäten des täglichen Lebens und setzt sich für eine Systematisierung, Strukturierung, Vertiefung und Aktualisierung des vorhandenen Krankenpflegewissens sowie eine ganzheitliche Sicht der pflegebedürftigen Person ein. Juchli versteht unter Pflege die Sorge für den Pflegebedürftigen, aber auch die Selbstsorge der Pflegenden. Sie betont, »dass die ATLs ein gutes Raster sind, um Pflegebedürftigkeit zu erfassen«.

Das Modell von Juchli greift ähnlich wie Krohwinkel Gedanken von Henderson und Roper auf. Daraus entwickelte sie die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL). Diese 12 Aktivitäten, die fast identisch mit den 12 Lebensaktivitäten von Roper sind, sieht

Juchli nie isoliert, vielmehr müssen sie in ihrer Gesamtheit betrachtet werden, um die Pflegebedürftigkeit zu erfassen.

Nach Juchli besitzt Pflege folgende fünf Funktionen:

1. Aktivitäten des täglichen Lebens unterstützen oder stellvertretend übernehmen;
2. Begleitung in Krisensituationen;
3. Mitwirkung bei präventiven, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen;
4. Mitwirkung an Verhütung von Krankheiten und Unfällen und Erhaltung/Förderung der Gesundheit;
5. Mitwirkung bei der Verbesserung der Qualität und der Wirksamkeit der Pflege.

Das Pflegemodell der ATL von Juchli ist im deutschsprachigen Raum – insbesondere im Krankenhausbereich – weit verbreitet.

5.1.4 Das Modell »Selbstfürsorge-Defizit-Theorie« nach Dorothea Orem

»Pflege ist der Ausdruck der kreativen Bemühungen eines Menschen, einem anderen Menschen zu helfen.« DOROTHEA OREM

Dorothea Orem (1914–2007) war eine US-amerikanische Krankenschwester und Pflege theoretikerin. Mittelpunkt des Orem-Konzepts ist das so genannte »Selbstpflegekonzept« des Menschen. Dieses Konzept geht davon aus, dass der erwachsene Mensch autonom handelt und in der Lage ist, erlerntes und zielorientiertes Verhalten selbstständig, aus freier, innerer Entscheidung einzusetzen. Pflege dient nach Orem der Wiederherstellung eines verlorenen Zustandes von Ganzheit. Dieses Selbstpflegeverhalten (Theorie der Selbstfürsorge) des Menschen trägt dazu bei, dass der Mensch leben, gesund bleiben, sich wohlfühlen und zu seiner positiven Entwicklung beitragen kann. Dieses Verhalten bezeichnet Orem als Selbstpflegekompetenz.

Orem führt in ihrem Modell auch den Begriff des Pflegeprozesses ein (professionelles Fallmanagement) und geht erstmals auch auf den Aspekt der Angehörigenpflege ein. Zu den Aufgaben der Pflegeperson gehört es auch, Angehörige und Bezugspersonen zu betreuen und anzuleiten, damit sie sich am Pflegeprozess beteiligen können.

Pflege nach Orem vollzieht sich in drei abgestuften Schritten.

1. Stärkung der Selbstpflegekompetenz des Menschen (self-care)
2. Angehörige und Bezugspersonen betreuen und anleiten (cover-care)
3. Professionelle Pflege im Sinne des pflegebedürftigen Menschen (professional-care)

5.2 Das System der fördernden Prozesspflege nach Monika Krohwinkel

»Pflegerinnen wollen das Beste für die Menschen, die sie pflegen. Sie können das auch tun, wenn man ihnen entsprechende Konzepte und Methoden an die Hand gibt und wenn man sie darin unterstützt, die ersten Schritte und Hürden erfolgreich hinter sich zu lassen.«

MONIKA KROHWINKEL

Das System der fördernden Prozesspflege nach Monika Krohwinkel ist zurzeit das am meisten verbreitete Pflegemodell in den Deutschen Altenhilfeeinrichtungen. Krohwinkel (*1941) hat schon in den 1960er Jahren, direkt im Anschluss an ihre Ausbildung zur Krankenschwester, als Wohnbereichsleitung Schüler den Patienten zugeordnet (als Bezugspersonen). Die ausgebildete Krankenschwester und Hebamme arbeitete im In- und Ausland. Als Lehrerin für Pflegepraxis war sie in pflegerischen Aus- und Weiterbildungsinstituten tätig. In Manchester (GB) hat sie Pflegewissenschaften und Erziehungswissenschaften studiert und promoviert. Ihre theoriebildenden Forschungsarbeiten hat sie in englischen Krankenhäusern in den Bereichen Geriatrie und Rehabilitation mit Apoplexiekranken durchgeführt. Nach ihrer Rückkehr aus England arbeitete Krohwinkel zunächst als Vize-Direktorin der Agnes-Karll Krankenpflegehochschule des DBfK, übernahm 1988 den Aufbau des Agnes-Karll Instituts für Pflegeforschung und das Forschungsprojekt »Der ganzheitliche Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken«. 1993 wurde sie zur Gründungsprofessorin für Pflegewissenschaft an der Evangelischen Fachhochschule in Mannheim berufen.

Sie veröffentlichte erstmals 1984 ihr konzeptuelles Modell der Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL). Das Modell wurde in einer vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten »Studie zur ganzheitlich-rehabilitierenden Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken« erprobt, weiterentwickelt und 1991 abgeschlossen. 1993 veröffentlichte Krohwinkel ihr »Rahmenmodell der 13 Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens« (AEDL) und im Juli 2007 stellte sie ihr erneut weiterentwickeltes Modell vor. Unter anderem wurden aus den AEDL[®] jetzt die ABEDL[®], wobei das eingefügte »B« für Beziehungen steht.

Vorzüge des Systems der fördernden Prozesspflege

- Es ist praxisorientiert, da es sich an den Beziehungen, Lebens- und Erfahrungsbereichen der Menschen orientiert.
- Es ist im deutschsprachigen Altenpflegebereich am bekanntesten und hat teilweise Eingang in die »gemeinsamen Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität« im SGB XI gefunden. Insbesondere das Konzept zur Qualitätssicherung des MDK und Teile der Begutachtungsrichtlinien des MDK haben hier ihre Wurzeln.
- Es kann übergreifend in der Pflege und Hauswirtschaft eingesetzt werden und deckt damit die wesentlichen Leistungsbereiche in Einrichtungen ab. Das System der fördernden Prozesspflege eignet sich auch sehr gut für Pflegebedürftige mit demenziellen Veränderungen und lässt sich z.B. auch mit anderen Konzepten (z.B. Bobath-Konzept) kombinieren.

Das Modell von Krohwinkel ist primär ein personenbezogenes, beziehungs-, fähigkeits- und förderorientiertes System und weniger an den Defiziten der Menschen orientiert. Die Fähigkeiten und Beziehungen des Menschen spielen eine große Rolle. In diesem Sinn kann fördernde Prozesspflege auch als familieneinbeziehende Pflege bezeichnet werden, denn die Angehörigen gehören auch zum pflegerischen Interesse der professionellen Pflegepersonen. Das System von Krohwinkel unterscheidet sich von anderen Modellen, weil die Angehörigen nicht der »Umgebung« zugeordnet werden. Die persönlichen Bezugspersonen werden nicht nur als Ressource begriffen. Sind sie im Focus der Pflegenden, müssen wir danach fragen: Was brauchen diese Menschen?

Der Mensch soll seine Bedürfnisse entwickeln und mit seinen Fähigkeiten umgehen können. Wenn er dies nicht mehr kann, übernimmt die Pflegeperson die Verantwortung. Sie tut stellvertretend das, was der Pflegebedürftige selbst tun würde, wenn er das Wissen, den Willen und die Kraft dazu hätte. Es kommt im Rahmen der fördernden Prozesspflege besonders darauf an, zu beobachten und hinzuhören, damit alle an der fördernden Prozesspflege Beteiligten Beziehungen sichern und gestalten, Lebensaktivitäten realisieren und sich auch an den existenziellen Erfahrungen des Menschen orientieren können.

Die fördernde Prozesspflege wird von Krohwinkel mit folgender Kernaussage beschrieben: »Lebens- und Entwicklungsprozesse, Krankheits- und Gesundheitsprozesse, unter Umständen das Leben selbst, hängen ab von Fähigkeiten und Ressourcen des Menschen, die es ihm ermöglichen: Lebensaktivitäten zu realisieren, soziale Beziehungen und Bereiche zu sichern und zu gestalten, mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln können«.

Krohwinkel benennt als Hauptquellen und Einflussfaktoren für die Schlüsselkonzepte Mensch, Umgebung, Gesundheit, Krankheit und Pflege in ihrem Modell Martha Rogers, Dorothea Orem, Nancy Roper et.al. und A. H. Maslow (Bedürfnispyramide nach Maslow). Menschen (Personen) sieht sie als ein einheitliches Ganzes und macht keinen Unterschied, ob es sich um den pflegebedürftigen Menschen, seine persönliche Bezugsperson oder die Pflegeperson handelt. Menschen sind für sie in gleichem Maße entwicklungsfähig und wachsen in ihrer Entwicklung durch eigenverantwortliche Entscheidungen und Handlungen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass auch die Pflegepersonen ihre eigene ganzheitliche Pflege (Körper, Seele, Geist) nicht vernachlässigen. Wer sich selbst nicht gut pflegt, kann auch andere Menschen nicht gut pflegen.

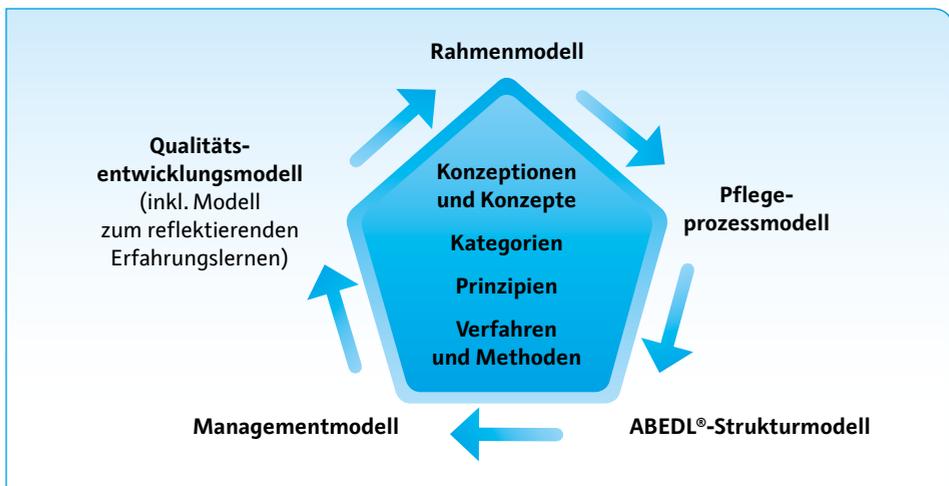


Abb. 7: Modelle im System der fördernden Prozesspflege nach Krohwinkel.

Modelle

Krohwinkel definiert in ihrem System der fördernden Prozesspflege

- Rahmenmodell
- Pflegeprozessmodell
- ABEDL®-Strukturierungsmodell
- Managementmodell
- Qualitätsentwicklungsmodell (integriert ist das Modell des reflektierenden Erfahrungslernens)

Konzeptionen und Konzepte

- Person und Umgebung
 - Unabhängigkeit und Wohlbefinden
 - ABEDL®

Kategorien

- ABEDL®-Kategorien
- Pflegeprozesskategorien
- Kategorien zur Erfassung und Entwicklung von Pflegequalität

Prinzipien

- dynamische Ganzheitlichkeit
 - Offenheit
 - komplementäre Wechselwirksamkeit
 - Synergie
- Personen- und Sachbezogenheit
 - Entwicklungs- und Lebensprozessbezogenheit
 - Fähigkeits-, Ressourcen- und Förderorientiertheit
 - Sinn- und Kontextbezogenheit
 - Prioritätsorientiertheit

Was heißt personenorientiert im System der fördernden Prozesspflege?

Es kommt wesentlich darauf an, die Beziehung zwischen dem pflegebedürftigen Menschen, seiner persönlichen Bezugsperson und dem Pflegepersonal zu gestalten und zu sichern. Mögliche weitere, persönliche Bezugspersonen des pflegebedürftigen Menschen sollen mit einbezogen werden.

Nicht die ABEDL® stehen im Vordergrund, sondern die Personen. Fördernde Prozesspflege kann rehabilitativ und präventiv sein. Was für den Menschen wichtig, von Bedeutung und möglich ist, das ändert sich in der Regel auch. Im Umkehrschluss stellt sich dann die Frage, was bedeutet das für das Management und die Pflegepersonen? Wenn für die Pflegepersonen etwas wichtig ist, finden sie auch die Zeit dafür, es zu tun!

Was bedeutet fördernde Prozesspflege für die Mitarbeiterinnen?

Die fördernde Prozesspflege kann Orientierung geben im Rahmen der Pflege, Betreuung und Behandlung chronisch kranker, behinderter und alter Menschen. Im zentralen Interesse der Pflege/Pflegemitarbeiter stehen der pflegebedürftige Mensch und seine persönliche Bezugsperson. Die Pflegemitarbeiterinnen müssen sich immer wieder darüber klar werden, dass in diesem Pflegemodell, neben dem Pflegebedürftigen selbst, auch ihre persönlichen Bezugspersonen eine wichtige Rolle einnehmen. Nicht immer wurde in der Vergangenheit die Zusammenarbeit mit Angehörigen besonders ernst genommen und wertgeschätzt.

Da die Fähigkeiten und Ressourcen im Mittelpunkt der pflegerischen Betreuung stehen, weniger die Defizite, müssen die Mitarbeiterinnen Folgendes fragen:

Welche konkreten Hilfen benötigt der Pflegebedürftige, um ...

- seine Probleme bewältigen zu können?
- seine Bedürfnisse und Wünsche befriedigen zu können?
- soziale Beziehungen, Kontakte und persönliche Bereiche sichern und gestalten zu können?
- mit seinen existenziellen Erfahrungen umgehen und sich weiterentwickeln zu können?
- seine Unabhängigkeit und sein Wohlbefinden zu erhalten und zu fördern?

Krohwinkel spricht nicht mehr von Problemlösung! Häufig ist in der Langzeitpflege eine Problemlösung nicht erreichbar, eine Problembearbeitung jedoch durchaus.

Was muss die Pflegefachperson tun, um Pflege als Problembearbeitungsprozess in der täglichen Praxis umzusetzen?

- Pflegeprobleme identifizieren
- Ursachen- und Einflussfaktoren erkennen und einbeziehen
- Methoden, Verfahren und Ressourcen kennen
- Ziele setzen können

Krohwinkel sieht den Pflegeprozess auch als zwischenmenschlichen Beziehungsprozess. Deshalb benötigen die Pflegepersonen auch Beziehungs- und Kommunikationskompetenz.

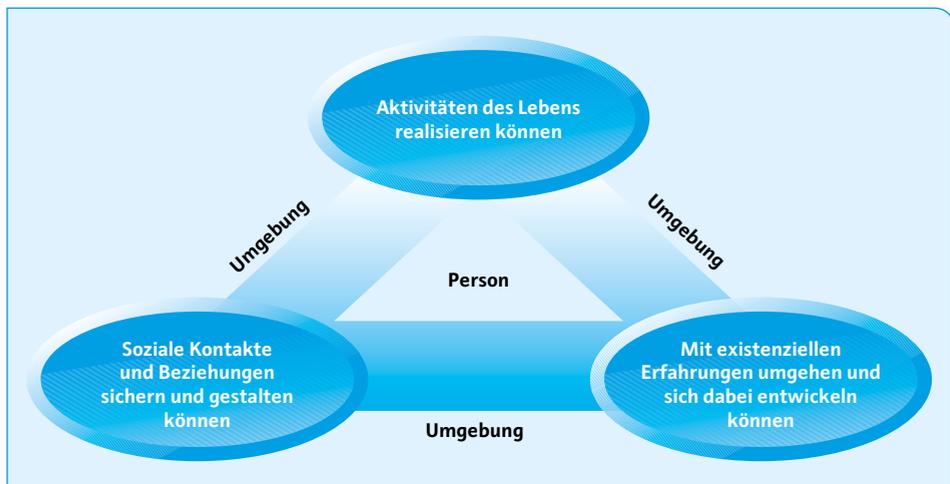


Abb. 8: Wechselwirkung: Person, Umgebung und ABEDL® (vgl. Krohwinkel 2007).

Ein weiteres Prinzip im Rahmen fördernder Prozesspflege ist eine komplementäre Wechselwirksamkeit. Nach Krohwinkel ist Pflege ein Prozess, in dem sich einzelne unterschiedliche Parameter gegenseitig beeinflussen (z. B. der Pflegebedürftige, die

Pflegepersonen, die Umgebung, existenzielle Erfahrungen, Aktivitäten des täglichen Lebens, Beziehungen, Organisation usw.) und ständig verändern (dynamischer Prozess). Für die Pflegepraxis bedeutet das: Veränderungen kann ich nicht vorherbestimmen, aber ggf. erreichbare Ziele definieren. Was für den Menschen Sinn macht (hat) und für ihn wichtig ist, Zusammenhänge und Wechselwirkungen, ist von der Pflegeperson zu beachten (Sinn- und Kontextbezogenheit).

Die Pflegefachperson orientiert sich an Prioritäten und fragt:

- Was hat Vorrang für den Pflegebedürftigen und/oder seine persönlichen Bezugspersonen?
- Was ist für den betroffenen Menschen prioritär von Bedeutung, was ist ihm wichtig?
- Was ist prioritär verursachend für Probleme in anderen Bereichen?

Damit auch »Krohwinkel« drin ist, wenn »Krohwinkel« drauf steht, müssen Einrichtungen prüfen, ob Aufbau-/Ablauforganisation und Arbeitsorganisation sowie das Pflegemodell zusammen passen. Die Managementebene muss die entsprechenden Rahmenbedingungen zur Umsetzung schaffen. Wer im Hochglanzprospekt, auf der Homepage oder im pflegerischen Leitbild die fördernde Prozesspflege als Pflegemodell verspricht, muss auch deren Umsetzung ermöglichen! Pflegebedürftige und Pflegepersonen müssen gefördert werden. Kann die Pflegeeinrichtung eine sichere Pflege nicht ermöglichen, ist fördernde Prozesspflege sinnlos. Das Modell ist ein »Sollmodell«. In der Praxis werden Sie die fördernde Prozesspflege nicht bei jedem Pflegebedürftigen und seinen persönlichen Bezugspersonen immer optimal umsetzen können. Es kommt auf die Tendenz an: »Nicht immer, aber immer öfter!« Was Sie aber auf keinen Fall machen sollten: Die fördernde Prozesspflege als Alibi benutzen, ohne eine echte Umsetzungsabsicht. Es ist die freie Entscheidung der Einrichtung, das Modell Krohwinkel auszuwählen und umzusetzen.

Auf die einzelnen Modelle im System der fördernden Prozesspflege soll im weiteren Verlauf kurz eingegangen werden. In alle von Krohwinkel definierten Modelle sind die o. g. Konzeptionen, Konzepte, Kategorien und Prinzipien integriert.

5.2.1 Rahmenmodell (Interessen, Ziele und Handlungsschwerpunkte von Pflege)

Das Rahmenmodell ist das übergeordnete Modell in Krohwinkels System. Es beschreibt das »primäre pflegerische Interesse« der fördernden Prozesspflege und konkretisiert dies mit entsprechenden primären pflegerischen Zielsetzungen und primären pflegerischen Handlungsschwerpunkten.

Die zentralen Thesen fördernder Prozesspflege

- »Lebensprozesse und Lebensbedingungen chronisch kranker, behinderter und alter Menschen erfordern Handlungssysteme, in denen diese Personen und ihre persönlichen Bezugspersonen im zentralen pflegerischen Interesse von Pflege, Betreuung und Behandlung stehen.
- Hierbei gewinnen die Förderung von Fähigkeiten und Ressourcen an Bedeutung.
- Fähigkeiten und Ressourcen, welche die betroffenen Personen benötigen, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen und ihre Probleme zu bewältigen beim Realisieren ihrer Aktivitäten des Lebens, dem Sichern und Gestalten ihrer sozialen Beziehungen (und Bereiche) und im Umgang mit existenziellen Erfahrungen des Lebens.
- Fördernde Prozesspflege bietet für solche Handlungssysteme theoretische und methodische Grundlagen und gibt Hilfen für die Umsetzung in Praxis, Management und Qualitätsentwicklung« (Krohwinkel, 2007).

Die Interessen, Ziele und Handlungsschwerpunkte der an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen im Zusammenhang mit den ABEDL[®] beschreibt Krohwinkel folgendermaßen:

Primäres pflegerisches Interesse

Das primäre pflegerische Interesse ist gerichtet auf die pflegebedürftige Person und ihre persönliche Bezugsperson mit ihren Fähigkeiten, Problemen und Bedürfnissen in den Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens (ABEDL[®]). Ein Pflegebedarf wird primär durch Probleme in folgenden ABEDL[®]-Kategorien verursacht: Kommunizieren, sich bewegen können, vitale Funktionen aufrechterhalten können, soziale Kontakte und Beziehungen aufrechterhalten können und mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können.

Fördernde Prozesspflege ist keine patientenorientierte Pflege, sondern eine personenbezogene und angehörigenorientierte Pflege, d.h. Angehörige werden als Hilfe einbezogen (z. B. beim Essen reichen usw.). Manchmal werden Angehörige auch vereinnahmt, wie eine Situation aus der ambulanten Pflege beispielhaft zeigt.

Unterschiedliche Wirklichkeiten

Der Pflegebedürftige, der im Haushalt der Kinder/Schwiegerkinder lebt, wird möglicherweise von Angehörigen und der professionellen Pflegeperson des ambulanten Pflegedienstes in unterschiedlichen Wirklichkeiten wahrgenommen. Der Lebensraum der Angehörigen wird aus Sicht der professionellen Pflegeperson zum Arbeitsraum. Das bedeutet aus Sicht der Angehörigen aber unter Umständen eine große Einschränkung. Wie oft kommt es vor, dass Pflegenden hierüber mit den Angehörigen nie gesprochen haben, nicht gefragt und auch keine Absprachen getroffen haben, weil der