

# Referenzmodelle

zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung  
der vollstationären Pflege 2004–2006

4

Fachtagung

**„Qualitätssicherung und Entbürokratisierung in der Pflege“**

21. Februar 2006

Congress Center Essen West

Gefördert von:

Spitzenverbände  
der Pflegekassen



Bundesministerium  
für Gesundheit



Ministerium für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales  
des Landes  
Nordrhein-Westfalen

**NRW.**



# Referenzmodelle

zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung  
der vollstationären Pflege 2004–2006



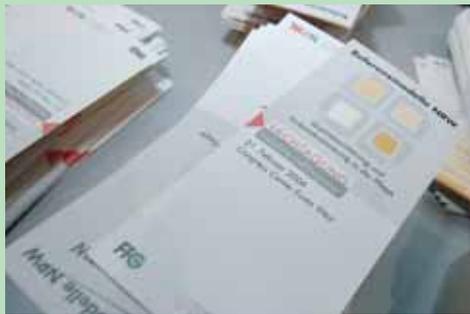
Fachtagung

**„Qualitätssicherung und Entbürokratisierung in der Pflege“**

21. Februar 2006

Congress Center Essen West

zusammengestellt von  
Dr. Marion Menke, Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.





## Vorwort



Qualitätsentwicklung und Entbürokratisierung in der Pflege sind zentrale Herausforderungen der Sozial- und Pflegepolitik. Um neue Lösungen zu finden, fördern das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, das Bundesministerium für Gesundheit und die Spitzenverbände der Pflegekassen das Projekt „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ in 20 Heimen des Landes NRW. Hauptziel des Projektes ist es, die Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen zu verbessern und allen daran Beteiligten einen verlässlichen Orientierungsrahmen zur Weiterentwicklung der fachlichen Arbeit zur Verfügung zu stellen.

Im „Modellprojekt Referenzmodelle“ werden differenzierte Hilfeangebote entwickelt. Hierzu gehören u. a. Veränderungen in der Arbeitsorganisation, übergeordnete Qualitätsmaßstäbe, eine überschaubare Zahl an Leistungsbeschreibungen, neue Bedarfsklassifikationen, vereinfachte Formen der Dokumentation der pflegerischen Leistungen sowie die Verbesserung der Kooperation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus unterschiedlichen Berufsgruppen. Seit Sommer 2004 werden 20 Referenzeinrichtungen in NRW durch das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (Frankfurt a. M.) und das Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund bei der Umsetzung dieser konzeptionellen Bausteine in die Pflegepraxis unterstützt.

Die Fachtagung am 21.2.2006 hat Leitungskräften und Mitarbeitern/innen in stationären Pflegeeinrichtungen, Trägervertretern/innen und Interessierten aus Forschung, Beratung, Politik und Praxis einen Überblick über den gegenwärtigen Projektstand und ein Forum für einen fachlichen Austausch ermöglicht.

Pastor Günther Barenhoff  
Vorsitzender des Landespflegeausschusses

# Inhalt

## Eröffnung

Pastor Günther Barenhoff, Vorsitzender des Landespflegeausschusses NRW . . . . .7

## Einführung

**„Die Bedeutung von Qualitätsentwicklung und Entbürokratisierung  
in der Pflege für die Sozialpolitik in NRW“**

Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW . . . . .11

## Grußworte

Dr. Matthias von Schwanenflügel, Leiter der Unterabteilung Pflegeversicherung im BMG . . . . .

Paul-Jürgen Schiffer (VdaK/AEV) . . . . .19

## Referat

**„Qualitätsgesicherte Weiterentwicklung der vollstationären Pflege –  
eine Herausforderung an die Sozialpolitik, Träger und Einrichtungen“**

Professor Dr. Gerhard Naegele, Direktor des Instituts für Gerontologie  
an der Universität Dortmund . . . . .23

## Forum 1

**„Qualität und Übersichtlichkeit in der Pflege durch  
überschaubare Leistungsbeschreibungen“** . . . . .35

Projektberichte:

1.1 Einführung: Dr. Klaus Wingenfeld, Institut für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld (IPW)

1.2 Erfahrungen aus dem Reginenhaus in Hamm-Rhynern:  
Iris Betken, Modellbeauftragte

Moderation: Paul-Jürgen Schiffer (VdaK/AEV)

## Forum 2

**„Übergeordnete Qualitätsmaßstäbe als fachliche  
Orientierungspunkte für die Organisation der Pflege in Heimen“** . . . . .43

Projektberichte:

2.1 Einführung: Dieter Heitmann, Institut für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld (IPW)

2.2 Erfahrungen aus dem Altenheim Ludgeristift Bockum in Hamm:  
Silvia Keggenhoff, Modellbeauftragte

2.3 Erfahrungen aus dem AWO Minna-Sattler-Seniorenzentrum in Dortmund:  
Tanja Stodt, Modellbeauftragte

Moderation: Dr. Eckhard Grambow, Bundesministerium für Gesundheit



### **Forum 3**

#### **„Schnittstellenmanagement als Instrument für die Vereinfachung der Zusammenarbeit von Pflege, Sozialem Dienst und Hauswirtschaft“ .....53**

Projektberichte:

3.1 Einführung: Hildegard Heinrich und Manfred Krohn, Organisationsberater/in des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Projektbüro Dortmund

3.2 Erfahrungen aus den Alten- und Pflegeheimen St. Josef gGmbH, Haus Waldenrath in Heinsberg:  
Ursula Vollenbroich-Vogt, Modellbeauftragte

Moderation: Harald Kesselheim, Abteilungsleiter Pflege des AOK Bundesverbandes, Bonn

### **Forum 4**

#### **„Der Mühe Lohn – Was hat sich durch das Modellprojekt in den Referenzeinrichtungen verändert? Erste Evaluationsergebnisse“ .....61**

Projektberichte:

4.1 Einführung: Dr. Eckart Schnabel, Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund

4.2 Projektergebnisse zur Umsetzung und Erfahrungen im Jochen-Klepper-Haus in Duisburg: Jutta Bily, Modellbeauftragte und Andrea Kuhlmann, Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund

Moderation: MR Roland Borosch, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW

### **Ausblick**

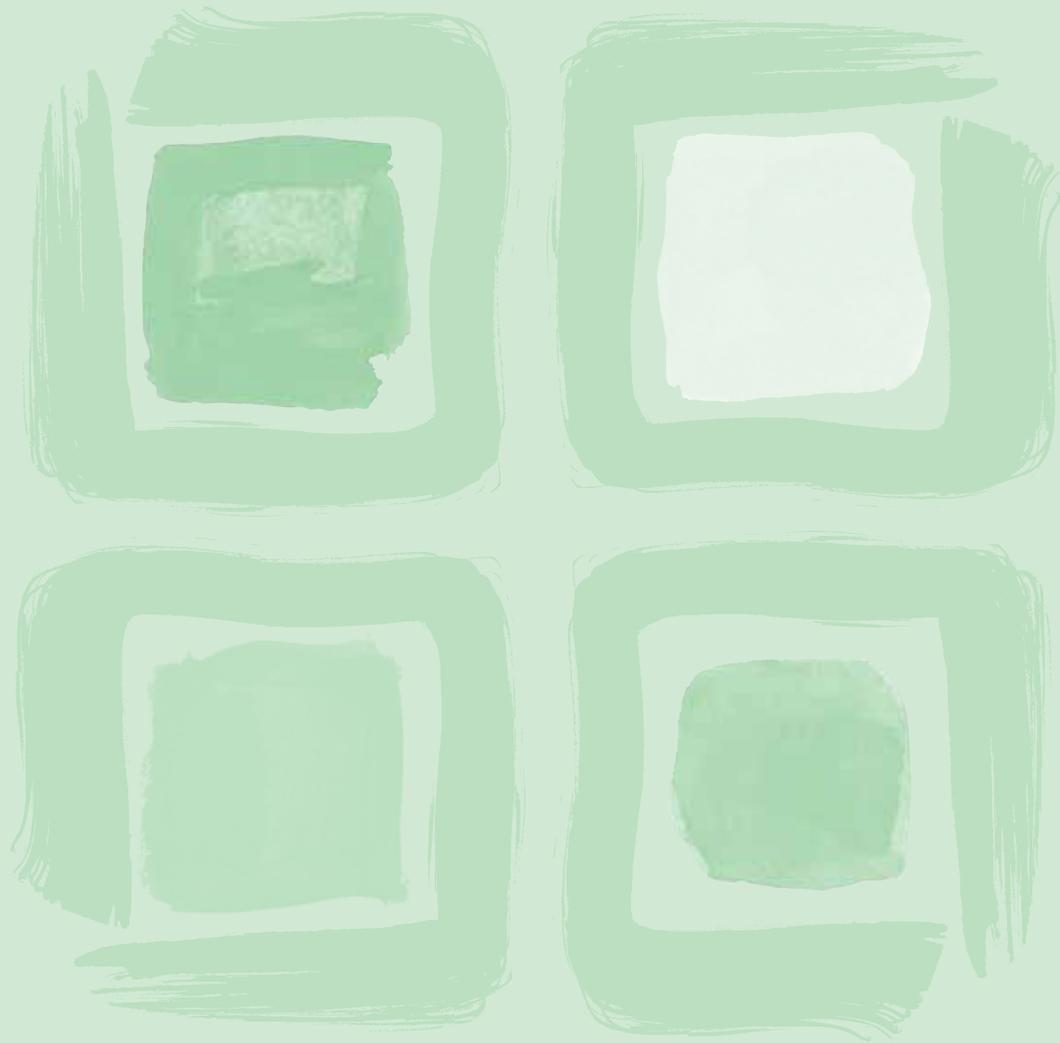
#### **„Das Modellprojekt Referenzmodelle und die Zukunft der stationären Pflege in NRW“ .....67**

Professorin Dr. Doris Schaeffer, Direktorin des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld

### **Schlussworte**

Pastor Günther Barenhoff, Vorsitzender des Landespflegeausschusses NRW .....75





# Eröffnung

## Eröffnung



Pastor Günther Barenhoff,  
Vorsitzender des Landespflegeausschusses NRW

- Meine sehr geehrten Damen und Herren,  
sehr geehrter Herr Minister Laumann,  
sehr geehrte Frau Prof. Dr. Schaeffer,  
sehr geehrter Herr Prof. Dr. Naegele,  
sehr geehrter Herr Dr. Schwanenflügel,  
sehr geehrter Herr Schiffer,

ganz besonders begrüße ich aber Sie alle meine Damen und Herren, die Sie in so großer Zahl heute teilnehmen und damit Ihr besonderes Interesse an den Zwischenergebnissen des „Referenzmodells NRW“ zum Ausdruck bringen.

Dass ich Sie begrüße, hat zwei einfache Gründe:

Zum einen ist das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen Projektträger und Einrichtungen unseres Werkes nehmen am Referenzmodell teil.

Zum anderen ist ja der Anstoß für dieses Projekt durch den Landespflegeausschuss des Landes NRW gegeben worden, als dessen Vorsitzender ich ja auch in die besondere Vorgeschichte dieses Projektes persönlich eingebunden bin.

Ausgangspunkt für das heute dargestellte Modell war die Vorläuferstudie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Einrichtungen“ vom März 2002, die bereits von allen Beteiligten als verdienstvoll anerkannt wurde. Zugleich aber wurde von allen Beteiligten der Wunsch nach einer Fortsetzung und Bearbeitung, insbesondere im Hinblick auf die organisationswissenschaftliche Erprobung in der Praxis zur Erarbeitung von Leitvorstellungen für gute eine Pflege in Einrichtungen, geäußert.

Mit dem Projekt „Referenzmodelle NRW“ ist die Umsetzung dieser weiterführenden Idee gelungen.



Unter Projekträgerschaft des Diakonischen Werkes der Ev. Kirche von Westfalen wirken 20 Pflegeheime in NRW mit ihren Belegschaften mit. In einem zweijährigen Modellprojekt zusammen mit Wissenschaftlern vom IPW (Institut für Pflegewissenschaften), vom IFG (Institut f. Gerontologie) sowie dem ISS (Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik) wollen sie die Strukturen, die Abläufe und Ergebnisse in ihren Heimen analysieren und – wo erforderlich – bessere Konzepte zu entwickeln und diese auf ihre Praxistauglichkeit hin zu überprüfen.

Besonders zu würdigen ist die engagierte Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von 20 Modelleinrichtungen und wir hoffen, dass sich diese Vererdung und Praxisnähe des Projektes sich am Ende auf die Akzeptanz dieser Ergebnisse auswirken wird.

Das oberste Ziel des Projektes ist es, konkrete Hilfestellung für die Pflegeeinrichtung durch gemeinsame Erarbeitung einer „best practice-Konzeption“ zu erreichen, die dann allen Trägern und Pflegeheimen in NRW unmittelbar an die Hand gegeben werden kann.

Da nahezu alle Träger in NRW mit einer Einrichtung im Projekt vertreten sind, können die Informationen innerhalb der Organisationen und Verbände direkt und unmittelbar weitergegeben werden.

Darüber hinaus verfolgen wir das Ziel der Erarbeitung empirischer Grundlagen, die Trägern von Einrichtungen ebenso wie Kostenträgern ein sicheres und transparentes Fundament für nachvollziehbare und nachhaltige Vereinbarungen und Bewertungen qualitätssichernder Maßnahmen sein können – auch und bewusst mit der Zielsetzung des Abbaus überflüssiger Bürokratie.

Darüber hinaus erwarten wir Hinweise für die Weiterentwicklung des SGB XI, zu seinem Pflegebegriff und zu den Regelungen zur Qualitätssicherung.

Warum heute diese zweite Fachtagung?





Die Entwicklung der sogenannten Leistungsbeschreibungen und der übergeordneten Qualitätsmaßstäbe zu den einzelnen Aspekten und Teilaufgaben der Pflege in Heimen sind innerhalb des Projektes abgeschlossen und werden nun im Projekt erprobt.

Wir können nun darstellen:

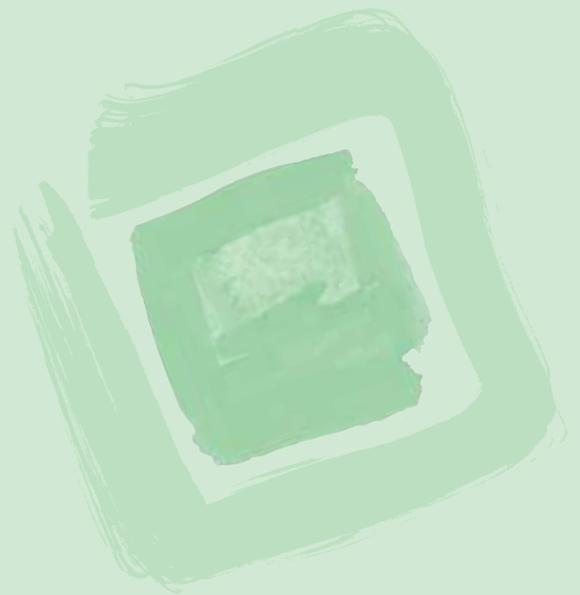
Die bisher erreichten Arbeitsergebnisse einerseits, die Erfahrungen über die beobachteten Prozesse der selbstkritischen Auseinandersetzung der Mitarbeiter/innen der Heime mit ihrer gewachsenen Praxis, sowie ihre Bereitschaft, sich auf Neues einzulassen und an seiner Erarbeitung mitzuwirken.

Die Fachtagung bietet nicht nur Informationen zum Projektstand in Form der vier nachmittäglichen Foren, sondern auch über das konkrete Projekt hinausweisende Einschätzungen zu wissenschaftlichen Fragestellungen durch die Redebeiträge der beteiligten Professoren sowie die grundsätzlichen Ausführungen des nordrhein-westfälischen Sozialministers, Herrn Karl-Josef Laumann, zur Pflegepolitik der CDU/FDP-Landesregierung.

Ein kurzer Hinweis:

Unter [www.referenzmodelle-nrw.de](http://www.referenzmodelle-nrw.de) sind die bisher aufgelegten beiden Broschüren zum Projekt als pdf-Dateien abrufbar. Hier werden auch künftig erscheinende weitere Broschüren aufgenommen werden und aktuelle Informationen zum Stand des Projektes stets erreichbar sein.

Schon jetzt möchte ich allen danken, den Mitwirkenden, den Gästen und den Teilnehmenden und freue mich, dass nun Herr Minister Karl-Josef Laumann zu uns sprechen wird.



# Einführung

## **„Die Bedeutung von Qualitätsentwicklung und Entbürokratisierung in der Pflege für die Sozialpolitik in NRW“**

## Einführung

# „Die Bedeutung von Qualitätsentwicklung und Entbürokratisierung in der Pflege für die Sozialpolitik in NRW“



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

### Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich darf Sie, auch im Namen der Landesregierung von Nordrhein-Westfalen, ganz herzlich zu dieser Tagung begrüßen.

Ich freue mich sehr darüber, dass fast 600 Interessierte heute Morgen zu dieser Tagung gekommen sind. Das ist ein gutes Zeichen dafür, wie engagiert Sie sich um die Thematik und Verantwortung Ihres Berufes kümmern.

Ich will vorweg sagen, bevor ich zu meinem Fachvortrag komme, dass ich schon sehr viel Respekt vor der Arbeit habe, die Altenpflegerinnen und Altenpfleger Tag für Tag im ambulanten aber auch im stationären Bereich leisten. Denn ich weiß sehr wohl, dass gerade diese Arbeit – vielleicht etwas anders als die Arbeit in Krankenhäusern – von besonderen Anforderungen geprägt ist: Denn in der Regel erlebt man nicht, dass die Leute die Pflegeeinrichtungen wieder gesund verlassen.

Da meine Frau diese Arbeit auch einige Jahre gemacht hat, habe ich schon eine sehr genaue Vorstellung davon, wie sehr dieser Beruf auch an den seelischen Kräften der Pflegekräfte in diesen Einrichtungen zehrt.

Es gibt einen weiteren Punkt, der mir immer wieder durch den Kopf geht.

Ich glaube, dass diejenigen, die sich für soziale Berufe entschieden haben, damit keinen Beruf machen wollten, in dem sie nur funktionieren müssen. Sie haben sich bewusst für einen Beruf entschieden, in dem zu der Fachlichkeit, zu dem, was man jeden Tag sicherlich auch als Routine tun muss, hinzu kommen soll, dass man natürlich auch unmittelbare, menschliche Zuwendung für die Menschen leistet und lebt, mit denen man Tag für Tag umgeht.



Und deswegen glaube ich, dass die meisten von Ihnen, die Pflege zu ihrem Beruf gemacht haben, gerne möchten, dass sie auch für diesen Teil der Arbeit – für den man ja eigentlich diesen Beruf gewählt hat, dass man dafür einfach ein bisschen mehr Zeit im Alltagsgeschäft der Pflege haben will.

■ Meine sehr geehrten Damen und Herren!

Als junger Bundestagsabgeordneter war ich schon Anfang der neunziger Jahre an der Seite von Norbert Blüm dabei, als wir die Pflegeversicherung beraten und durchgesetzt haben – und ich war damals über fünf Jahre lang Berichterstatter meiner Fraktion für diese Pflegeversicherung.

Ich habe also nicht erst seit ich in Nordrhein-Westfalen in der Verantwortung eines Ministers bin viele Alten- und Pflegeeinrichtungen kennen gelernt. Ich habe dabei von den Pflegebedürftigen selten in den Einrichtungen gehört, dass die Menschen die dort versorgt und gepflegt werden sagten, sie würden schlecht gepflegt.

Aber was ich ganz oft gehört habe ist, dass sie sagten: Hätten die doch ein bisschen mehr Zeit für mich.

Und wenn wir dann wissen, dass die Verweildauer im Pflegeberuf, eine vergleichsweise kurze ist, dann glaube ich, dass wir die Zufriedenheit für Pflegenden und Gepflegte nur wieder herstellen können, wenn wir uns auch für diese Momente der schlichten mitmenschlichen Zuwendung wieder mehr Zeit freischaufeln.

Als Politiker habe ich in diesem Zusammenhang noch ein anderes Problem: Ich habe das Problem, dass uns für den Bereich, den Sie hier repräsentieren, nicht uneingeschränkt Geld zu Verfügung steht, das gehört auch zur Wahrheit.

Wir haben in Nordrhein-Westfalen rund 460.000 Pflegebedürftige, davon werden 130.000 in stationären Einrichtungen betreut, gepflegt und versorgt – zu hohen Kosten. Wir alle wissen, dass die Pflegeversicherung als wichtiger Refinanzierer der Pflegekosten hinsichtlich finanzieller Ressourcen – auf Deutsch gesagt – auf dem Zahnfleisch geht.

Wir geben in der Pflegeversicherung seit Jahren mehr Geld aus als wir einnehmen. Selbst die höheren Beiträge, die man vor kurzem für die so genannten Kinderlosen eingeführt hat, fangen das nicht auf. Deswegen sind seit Einführung der Pflegeversicherung auch die Leistungen, die wir finanzieren, trotz des Anstiegs der Kostenentwicklung auf dem gleichen Stand stehen geblieben und weder angepasst noch verbessert worden.

Wenn wir nun einen Blick in die Zukunft richten, wie das in einer Generation in unserem Land aussehen wird, dann gibt es ernstzunehmende Fachleute, die denken, dass wir bis an die 700.000 Pflegebedürftige allein in Nordrhein-Westfalen bekommen werden, also mehr als das Eineinhalbfache von heute.

Und ich glaube deshalb, dass man – wenn man heute über die Frage einer verantwortlichen Pflegepolitik redet – sich auch darüber Gedanken machen muss, wie wir diese zahlenmäßig und qualitativ wachsenden Aufgaben solide finanzieren. Ich merke ohnehin in meiner Arbeit als Minister noch viel mehr als früher bei der Arbeit im Bundestag, dass die Sicherung der soliden Finanzierung des Staates und seiner Aufgaben das zentrale Fundament sein muss, um unsere Sozialpolitik auch künftig verlässlich zu gestalten.

Wenn Sie wie ich Minister zu einem Zeitpunkt werden, an dem sie einer Regierung nachfolgen, die 33 Jahre nacheinander in Nordrhein-Westfalen mehr Geld ausgegeben hat, als sie eingenommen hat, wenn das selbst nur wenige Jahre eine Ihrer Einrichtungen gemacht hätte, würden sie gar nichts mehr für die Betroffenen leisten können, denn Ihre Einrichtung wäre längst bankrott.

Wenn man dann sieht, dass einem das noch in den öffentlichen Haushalten vorhandene Geld in den Händen zerrinnt für Zinsleistungen der Schuldenmacherei der Vergangenheit, dann erkennt man schnell, wie grundsätzlich wichtig es ist, dass man die Maßnahmen des sozial Wünschenswerten und Erforderlichen auf eine solide finanzielle Grundlage stellt.

Und deswegen glaube ich, dass es eine zentrale Aufgabe der kommenden Monate sein wird – für uns und auch in der großen Koalition in Berlin –, dass wir die Pflegeversicherung mit klarem Blick auf die Perspektiven der künftigen Entwicklung unter den absehbaren demographischen Veränderungen reformieren und die Pflege durch eine kompromisslos solide finanzielle Grundlage absichern.

Dazu will ich Ihnen ganz klar sagen: Ich selbst gehöre zu denjenigen, die der Meinung sind, dass wir den Finanzrahmen der sozialen Pflegeversicherung unbedingt stärken müssen, indem wir eine kapitalgedeckte Zusatzversicherung – und zwar verpflichtend für alle Menschen, die in der Bundesrepublik Deutschland leben – der jetzigen Finanzierung zur Seite stellen. Nur so können wir mit den Herausforderungen der Zukunft fertig zu werden. Ansonsten werden wir nur den Mangel verwalten und im System wird der Druck immer größer werden.

Wenn wir das machen, gibt es aber auch eine soziale Frage anderer Art zu beantworten: Wie bekommen wir bei den finanziellen Belastungen der Bürgerinnen und Bürger den erforderlichen Ausgleich hin? Wie sorgen wir dafür, dass auch diejenigen in unserem Land, die nur ein unterdurchschnittliches Einkommen haben, sich dann eine solche ergänzende Zusatzversicherung leisten können. Diese Frage muss sich gerade ein Sozialminister in einem Land stellen und dieses Thema auch ansprechen.

Wenn wir unsere Hausaufgaben zu diesen Fragen nicht machen und wenn wir das Finanzierungsgesamtsystem nicht von der alleinigen Anbindung an die sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen entkoppeln, dann werden wir die Probleme auch nicht lösen können. Die Lohnhöhe und Lohnnebenkosten in den sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen sind mit Grund dafür, dass diese Arbeitsverhältnisse in Deutschland immer weniger werden. Es geht nicht allein um hinreichendes Geld für die Pflege. Es geht auch darum, die Überlastung unserer Arbeitsverhältnisse durch Sozialstaatskosten einzudämmen.

Diese nüchterne Bestandsaufnahme – auch im Hinblick auf zusätzliche finanzielle Belastungen der Bürgerinnen und Bürger ist notwendig, weil nur so die Einsicht wächst, die finanzielle Ausstattung für das, was für die pflegebedürftigen Menschen getan werden muss, auf ein anderes und breiteres Fundament zu stellen ist, als es die jetzige Form der Pflegeversicherung darstellt.

■ Meine Damen und Herren!

Ich möchte gern einen weiteren Punkt nennen. Ich kann mich noch gut daran erinnern, wie wir Anfang der neunziger Jahre in Bonn in den Fachausschüssen und in vielen und langen Anhörungen die Pflegeversicherung Schritt für Schritt entwickelt haben. Ich war dabei, und deshalb können Sie mir glauben, das Thema Demenz war in unseren damaligen Beratungen kein Thema von Bedeutung.

Es war damals auch keineswegs so, dass diese Thematik von den Verbänden, z. B. von den Wohlfahrtsverbänden, als dringlich zur Sprache gebracht wurde.



Aus heutiger Sicht lasse ich aber keinen Zweifel aufkommen: Wir werden in unseren Einrichtungen – was die Finanzierung angeht, was die Stellenschlüssel angeht – die eingetretene Situation nie in den Griff bekommen, wenn wir nicht bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu einer anderen Bewertung der Demenz kommen, als dies in der heutigen Begutachtungspraxis üblich ist.

Ich bin fest davon überzeugt, dass wir uns in den Bereichen der körperlichen Probleme, die Pflegebedürftige haben, der Einstufung ziemlich sicher sein können. Ich glaube das auch hinsichtlich der Arbeit der medizinischen Dienste, obwohl die wegen der für die Demenzkranken nicht ausreichenden Bewertungskriterien, oft Hoffnungen und Erwartungen enttäuschen müssen.

Wir brauchen bei der Pflegebegutachtung eine objektive Stelle und das ist der medizinische Dienst der Krankenversicherung. Es gab unzweifelhaft Probleme in der Anfangsphase. Inzwischen hat sich der medizinische Dienst auf diese neu übertragene Aufgabe eingestellt. Das hat auch damit zu tun, dass wir den Ärzten mehr und mehr Pflegefachkräfte zur Seite gestellt haben.

Zentrale Schulungen zur Vereinheitlichung der Begutachterpraxis sind heute kein Problem mehr.

Ich weiß noch, wie ich anfangs mit dem MDK Westfalen-Lippe in Münster gestritten habe und gefragt habe, warum im Rheinland trotz nahezu gleicher Bevölkerungsstruktur andere Begutachtungsergebnisse zustande kamen – diese Probleme haben wir überwunden.

Aber, meine Damen und Herren, zur Thematik der Demenz ist die Frage der Begutachtungskriterien noch nicht gelöst.

Viele Probleme, die wir in den Einrichtungen haben, die Engpässe beim überforderten Personal nach sich ziehen, hängen mit der Frage der Einstufung in diesem Bereich zusammen. Und deswegen ist es so wichtig, dass wir im Zuge der Debatte „Entkopplung der Pflegeversicherung vom Arbeitsverhältnis“ durch Nutzung anderer Finanzierungsgrundlagen für die Pflegeversicherung uns auch zugleich des Themas annehmen, das hinsichtlich der Demenz zu lösen ist – und das wird dann Geld kosten.

Da muss man gar nicht darum herum reden, ohne zusätzliches Geld ist dieses Problem nicht lösbar. Jeder der mir erzählen will, das geht mit dem gleichen Geld, der irrt. Die Lösung kann nur heißen, dass wir zusätzliche Kriterien bei der Begutachtung berücksichtigen und das bedeutet, das mehr Menschen als pflegebedürftig eingestuft und demnach auch mehr Leistungen von der Pflegeversicherung bezahlt werden müssen.

#### ■ Meine Damen und Herren!

Ich möchte gerne voranbringen, dass wir auf der Bundesebene einmal zum Thema machen, was zwar beim ersten Schritt zur Einführung der Pflegeversicherung für sinnvoll gehalten worden ist, und damals richtig war. Heute kommt es mir schon als viel zu eng geschnitten vor – die enge Bindung von Leistungen an bestimmte Dienste und Einrichtungen.

Wir denken den Regeln der Pflegeversicherung folgend heute in Geld- und Sachleistungen in ambulanter Pflege, wir denken an teilstationäre Pflege und wir denken an stationäre Pflege. Aber ich meine manchmal, dass diese Eingrenzung manche neue Konzepte und Modelle in ihrer Entstehung und Erprobung behindern.

Haben älter werdende und hilfe- und pflegebedürftige Menschen nicht vielleicht ganz andere Vorstellungen dazu, wie sie zusammenleben wollen, denen diese schematische Vorgliederung gar nicht gerecht wird?

Ich möchte deshalb gerne in der Zeit, in der ich hier in Nordrhein-Westfalen als Minister arbeite, eine Debatte in unserer Gesellschaft anstoßen, dass wir einmal grundsätzlich und offen darüber reden, wie wollen wir denn eigentlich selbst leben, wenn wir mal älter sind.

Es wird sich ja einiges völlig anders darstellen: Die Menschen, die heute gepflegt werden, haben zu fast 90 Prozent leibliche Kinder. Und es gibt viele Untersuchungen darüber, dass diejenigen, die leibliche Kinder haben, egal ob sie in einer stationären Einrichtung oder im ambulanten betreuten Bereich leben, über sehr viel mehr Kontakte in die Gesellschaft hinein verfügen, als diejenigen ohne Kinder.

Wenn meine Generation mal in 30 Jahren in das Alter kommt, wo das mit der Pflege unser persönliches Problem wird und zugleich ein Massenproblem bleibt, dann wird 1/3 der dann zu Pflegenden keine leiblichen Kinder mehr haben.

Wir sollten uns der Frage nach den Auswirkungen nicht erst dann stellen. Und deswegen finde ich, müssen wir jetzt eine Debatte anfangen über die Frage, wie wollen wir eigentlich leben, wenn wir alt sind.

Die gesellschaftliche Realität ist doch bereits heute in Deutschland, dass viele alte Menschen gar nicht freiwillig Kontakte vermissen, sondern weil oft die Lebenspartner, die Ehepartner gestorben sind oder sie als Singles leben. Wir wissen auch, dass viele dieser Menschen im Ablauf einer Woche, wenn sie noch in ihren eigenen Wohnungen leben, nur noch zwei bis drei Stunden Kontakt mit der Außenwelt haben.

Ich glaube, dass diese Lebensform der Vereinzelung nicht so hingenommen werden darf, auch nicht für die letzte Phase eines menschlichen Lebens. Wir müssen uns deshalb darüber verständigen, wie man Leben im Alter anders organisieren und gesellschaftlich unterstützen kann. Dazu gehört für mich, dass die Menschen weitgehend selbst und frei entscheiden und dass wir als Staat und Gesellschaft auch unterschiedlichste Formen akzeptieren und dazu Hilfestellung geben.

Diese unterschiedlichen Formen müssen sich dann auch in dem Leistungskatalog einer erneuerten Pflegeversicherung wieder finden, sonst funktioniert das nicht.

Wir müssen dann aber auch schwierige Fragen klären. Wie bewerten wir solche Wohngruppen, in denen man sich dort gegenseitig hilft, wo man auch anderen nicht akzeptierten Formen der Pflegebedürftigkeit begegnet und gerecht werden will? Hier Neues und vielleicht Angemesseneres oder auch persönlich Gewünschtes ermöglichen zu wollen, setzt voraus, offen zu sein für die Überlegungen, ob man nicht das auch in das Spektrum der Pflegeversicherung aufnehmen will.

Vielleicht lassen sich – wenn es zu Hause nicht geht – solche neuen Strukturen in unsere „klassischen Heime“ übertragen. Vielleicht lassen sich so wirtschaftliche Ressourcen schonen und trotzdem für die Menschen humanere Lösungen darstellen.

Damit ich nicht falsch verstanden werde: Ich will jetzt gar nicht die heutigen Einrichtungen schlecht machen – aber Versorgungsformen und Betreuungsstrategien, deren Akzeptanz den Betroffenen leichter fällt, in denen sie länger ein selbst bestimmtes Leben führen können, ohne dass man finanzielle Ressourcen dabei überstrapaziert, finde ich, muss schon Mitbestandteil einer solchen Debatte sein.

Und dann eine weitere persönliche Überlegung, meine sehr verehrten Damen und Herren; ich weiß noch gar nicht so recht, wie ich das machen kann, weil schon ganz andere daran gescheitert sind – die Entbürokratisierung.



Wenn wir diesen bürokratischen Teufel im Pflegebereich – im Krankenhausbereich gilt das im Übrigen auch – wenn wir den nicht gemeinsam bändigen, dann weiß ich nicht, wie wir die Ressourcen erschließen wollen, um eine Mehr an Zuwendung für Pflegebedürftige hin zu kriegen. Und ich bin offen zu Ihnen, hier habe ich – so nach dem halben Jahr in Nordrhein-Westfalen – einfach den Eindruck, ich habe das Packende zum Handeln noch nicht.

Immer wenn man glaubt, konkret einen Punkt zu haben redet man mit den Fachleuten. Dann erzählen sofort viele Leute, warum es gerade hier aber so bleiben muss wie es ist. Und das völlig unabhängig von den Bereichen, die hier im Einzelnen beteiligt sind.

Ich habe eine Arbeitsgruppe eingesetzt aus externen Sachverständigen, begleitet natürlich durch meine Fachabteilung, und die haben mir nun versprochen, schon bald konkrete Vorschläge zu liefern. Darauf bin ich sehr gespannt.

Ich kann ihnen nur sagen, wenn sie konkret sind, habe ich allemal die Statur, sie durchzusetzen. Und ich bin auch bereit, dafür bestimmte Risiken in Kauf zu nehmen. Denn das hier etwas unternommen werden muss, ist auch das, was ich an jeder Stelle höre, zu der ich in die Einrichtungen komme. Ich glaube, hier müssen wir den Wandel einfach schaffen und hier müssen wir auch, so denke ich, ein Stück Risikobereitschaft in Kauf nehmen.

■ Meine sehr geehrten Damen und Herren!

Angelika Gemkow, die ich zur Behindertenbeauftragten der nordrheinwestfälischen Landesregierung berufen habe, hat in der letzten Wahlperiode die Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ im nordrheinwestfälischen Landtag geleitet. Diese Enquete-Kommission hat für die Annäherung an die gesamt Reform-Thematik des Pflegebereichs eine exzellente Vorarbeit geliefert, beispielhaft für die gesamte Bundesrepublik Deutschland.

Was dort erarbeitet worden ist, gibt es als Veröffentlichung und die ist wirklich lesenswert. Aber wir müssen jetzt darauf achten, dass nicht eine Enquete-Kommission eine Enquete-Kommission ist, nach ihrem Abschluss ein schönes Buch gedruckt wird und dann gucken wir ab und zu mal hinein und das war es dann.

Wir müssen vielmehr zusehen, dass wir – so wie wir es jeweils finanziell auch können – die Forderungen und Erkenntnisse des Buches prüfen und gegebenenfalls Schritt für Schritt umsetzen.

Um damit in der Praxis beginnen zu können, habe ich auch darum gebeten, dass man uns vom Landespflegeausschuss Vorschläge dazu macht, was wir in welcher Reihenfolge umsetzen sollten und in Landesverantwortung überhaupt können. Und ich hoffe, dass wir schon bald zu diesen so genannten Handlungsempfehlungen des Enquete-Berichts über Vorschläge zu einer sinnvollen und abgestimmten Umsetzung verfügen, damit wir in der Lage sind, die Arbeitsergebnisse der Kommission Schritt für Schritt umzusetzen.

■ Meine Damen und Herren!

Ich hoffe, dass Sie durch die Punkte, die ich angesprochen habe, einen Eindruck erhalten konnten, wie ich über die Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Weiterentwicklung der Pflege bei uns in Nordrhein-Westfalen denke. Dass ich aufzeigen konnte, dass ich gerne möchte, dass wir die Arbeit wirklich zu allererst als eine Arbeit an den Menschen ansehen, weil es keine Arbeit an einer Sache ist.

Es ist ein verdammt wichtiger Lebensabschnitt für den einzelnen Menschen, dieser letzte Abschnitt des hohen Alters, der im Übrigen dank der modernen Medizin auch gegenüber früher von viel mehr Menschen im Land erlebt wird.

Nur schauen Sie in die Welt. Die demographischen Probleme sind in den Ländern Europas nahezu gleich. Die Amerikaner sind noch etwas besser dran als wir, aber in der Tendenz zeigen sich die die besonderen Probleme einer hochaltrigen Gesellschaft dort auch.

In Osteuropa ist die demographische Entwicklung keineswegs besser als bei uns. Die Chinesen propagieren die Eine-Kind-Politik, die werden sich wundern, wie viel Ältere in dreißig, vierzig Jahren dort leben. Sie müssen doch sehen, dass wir in den Staaten, die zurzeit die Weltwirtschaft tragen – zwar immer etwas unterschiedlich – im Grunde die gleiche Situation zu bewältigen haben.

Und deswegen ist das nicht eine Systemfrage alleine für einen Staat oder eine Gesellschaft oder Menschen einer religiösen Überzeugung, sondern es ist eine Frage die – unabhängig vom jeweiligen System – zu lösen ist.

Und man soll es nicht so einfach machen, dass allein durch Kapitaldeckung in einer Pflegeversicherung das demographische Problem zu lösen ist. Die einzuführen hilft uns sicherlich ein bisschen, aber dadurch alleine kann man es nicht lösen.

Wir müssen uns stärker als bislang geschehen, diesen Aufgaben stellen, und uns eingestehen, dass es in diesem Bereich eines gesamtgesellschaftlichen Engagements bedarf.

Und so etwas – wenn es eine tragfähige und gemeinsam getragene Bewegung werden soll – muss ein Land, muss eine Gesellschaft, nachdem sie es erkannt hat, auch ein Stück weit erst einüben.

Ich finde, dass Sie – meine Damen und Herren der pflegerischen Praxis – dabei eine ganz, ganz große Rolle spielen. Sie arbeiten bereits an Verbesserung und Weiterentwicklung der pflegerischen Betreuung konkret mit: das Stichwort – zugleich heutiger Anlass unseres Zusammenkommens lautet hier Referenzmodell.

Ich bin sehr dankbar, dass wir auf die aktive Mitwirkung von Trägern und Pflegeeinrichtungen bei diesem Modell setzen konnten.

Mir zeigt die große Zahl der Teilnehmer, auch derjenigen, die nicht an den Modellprojekten teilnehmen, dass die heutige Informationsveranstaltung zur Durchführung und zu den ersten Projektergebnissen der Referenzmodelle, auf großes Interesse stößt.

Ich bin gespannt darauf, was nach Abschluss der Modellphase kommt – sowohl an Erkenntnissen, als auch an Gewinn und Effektivierung der täglichen Praxis in allen Alten- und Pflegeeinrichtungen in unserem Land.

Aber bedenken Sie bei aller Effektivität, es geht am Ende um Menschen.

Ich wünsche Ihrer Tagung einen guten Verlauf.



# Grüßworte

## Grüßworte



Ministerialrat Dr. Matthias von Schwanenflügel,  
LL.M.Eur., Leiter der Unterabteilung Pflegesicherung im Bundesministerium für Gesundheit

20 Referenzmodelle setzen gemeinsam mit den Universitäten Dortmund und Bielefeld sowie dem Institut für Sozialarbeit und -pädagogik in Frankfurt Maßstäbe für die Entwicklung der Qualität in den Pflegeheimen der Zukunft in Deutschland. Alle Beteiligten gehen von einem umfassenden Pflegebegriff aus, der z. B. auch die psychischen und sozialen Problemlagen mit umfasst, hierzu gehören auch so wichtige Elemente wie die Qualitätsmaßstäbe Heimeinzug und Angehörigenarbeit. Qualität ist ein ständiger Prozess, daher geht die Entwicklung auch in diesen Heimen weiter. Dies ist vor allem im Interesse der Bewohnerinnen und Bewohner.

Das Spannende und Vorbildliche: Die Heime befanden sich auf unterschiedlichen Niveaus und stellen einen repräsentativen Querschnitt dar. Gleichzeitig ist es gelungen, dass Leistungserbringer und Kostenträger gemeinsam im Konsens Qualitätsziele (übergeordnete Qualitätsmaßstäbe) entwickeln. Die gemeinsamen Qualitätsziele werden gleich in der Praxis erprobt. Diese wichtige praktische Orientierung steht im Mittelpunkt des Projekts.

Im Projekt haben Wissenschaft und Praxis gemeinsam den Pflegeprozess bezüglich seiner Leistungsstrukturen transparent gemacht, dies erhöht die Akzeptanz bei allen Beteiligten und ist im Interesse

- des Pflegepersonals,
- der Heime,
- der Kostenträger und nicht zuletzt
- der Betroffenen,

da deutlich wird, was von den einen erwartet wird und was die anderen erwarten können. Die Leistung ist im Einzelnen nicht mehr „nebulös“, sondern die Notwendigkeit und das Ausmaß der Leistung wird deutlich und klar erkennbar. Dies kann auch ihre Qualität erhöhen. Die Erhöhung der Qualität und Transparenz wird die Atmosphäre und Lebenssituation

- der Betroffenen,
- des Pflegepersonals und auch
- der Angehörigen

verbessern.

„Plaisir war kein Plaisir“: Der Bund hat aber ein Interesse an der Weiterentwicklung der Pflegequalität mit nachvollziehbaren Auswirkungen auf die erforderliche und sachlich gerechtfertigte Personalbemessung im Pflegebereich. Die Referenzmodelle sind hier auf gutem Weg mit der Klassifikation der Leistungen, Pflegebedarf und Ausstattung zu definieren. Dies hilft notwendige Leistungsstrukturen abzuleiten. Die Bemessung des richtigen Personalbedarfs ist im Interesse aller, nicht zuletzt der Pflegebedürftigen. Der Lärm und das „Gezänk“ bei den Vertragsverhandlungen könnten damit „leiser“ werden.

- Die Erkenntnisse und Erfahrungen aus NRW sollten auf das gesamte Bundesgebiet übertragbar sein. Es besteht ein hohes Interesse auch in anderen Bundesländern.
- Die Referenzmodelle tragen entscheidend zur Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege bei. Dies erhöht die Akzeptanz der Pflegeversicherung und damit letztlich der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland!

Danken möchte ich zum Schluss,

- Herrn Minister Laumann und dem Land Nordrhein-Westfalen für die Initiative, Unterstützung und Übernahme von Verantwortung, die letztlich auch im Interesse aller Bundesländer ist;
- den Spitzenverbänden der Pflegekassen für die große Finanzierungsverantwortung,
- dem Landespflegeausschuss, allen voran dessen Vorsitzenden, Herrn Pastor Barenhoff und
- „last but not least“ den 20 Einrichtungen für ihre Geduld und ihr Engagement – ich bin mir sicher dass dies und das Projekt insgesamt im Interesse der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner ist.



Paul-Jürgen Schiffer,  
Abteilungsleiter Pflege, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,  
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

### **Meine sehr geehrten Damen und Herren,**

nachdem bereits meine beiden Vorredner – Herr Minister Laumann für das Land NRW und Herr Dr. Matthias von Schwanenflügel für das BMG – als Mitfinanziers und Kooperationspartner des Modellprojektes „Referenzmodelle NRW“ Wesentliches zu den Zielen, Hoffnungen und Wünschen an dieses Modellprojekt gesagt haben, soll auch ich – als Vertreter der Spitzenverbände der Pflegekassen (der VdAK/AEV fungiert übrigens als Koordinierungsstelle für alle Modellprojekte i. R. des § 8 Abs. 3 SGB XI) – ein Grußwort an Sie richten. Nebenbei sei angemerkt, dass die Spitzenverbände der Pfl-

gekassen dieses Modellprojekt mit rd. 2,2 Mio. EURO fördern und von daher ein großes Interesse am Verlauf und insbesondere an den Ergebnissen des Vorhabens haben.

Ich erinnere mich gut an die ersten Gespräche im Jahre 2003 im kleinen Kreis (Herr Borosch vom MAGS NRW, Herr Kesselheim vom AOK-BV und meine Wenigkeit) als es darum ging auszuloten, was dort im Landespflegeausschuss NRW begonnen wurde, in ein größeres Vorhaben zu packen; dabei ging es zunächst darum zu prüfen, ob und inwieweit das angestrebte Vorhaben überhaupt mit der Intention des § 8 Abs. 3 SGB XI (bekanntlich ist dort die Rede von der Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige, vorrangig werden genannt personenbezogene Budgets sowie neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige) in Einklang zu bringen ist.

Sehr schnell wurde uns klar, dass – insbesondere unter den uns allen geläufigen Stichworten: Qualitätsentwicklung, Qualitätssicherung, Entbürokratisierung und Personalausstattung – es sich hier um eine Herausforderung handelte, der man sich hinsichtlich der Durchführung eines Modellvorhabens nicht verschließen sollte. Da sich – nach anfänglicher Skepsis – in weiteren Gesprächen auch das damalige BMGS aufgeschlossen für das Vorhaben zeigte, konnte das gemeinsame Vorhaben von MAGS NRW, BMGS und SpiV im Juli 2004 durch Vertragsunterzeichnung seitens der SpiV an den Start gehen.

Mit Blick darauf, dass auf die Hauptzielstellung des Modellprojektes (Verbesserung der Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen) in den Beiträgen der Vorredner und auch im Vorspann der Einladung zur heutigen Veranstaltung eingegangen wurde – und sicherlich nach mir auch Herr Prof. Dr. Naegele noch dezidiert eingehen wird – kann ich aus meiner Sicht heute sagen, dass trotz aller zeitlichen Enge und Probleme (die gibt es immer wieder bei solch groß angelegten Projekten) mich die bisher vorliegenden Ergebnisse aus den 20 Referenzeinrichtungen beeindrucken, wenngleich es auch noch mancher Anstrengung bedarf.

Da ich selbst dem Steuerungskreis angehöre, weiß ich nur zu genau was es hieß, die einzelnen Leistungsbeschreibungen, die übergeordneten Qualitätsmaßstäbe und die vereinfachte Pflegedokumentation auf den Weg zu bringen, damit sie in den Einrichtungen zur Anwendung gelangen konnten. Aber das weitaus größte Stück Arbeit steht uns ja im Steuerungskreis noch bevor – nämlich die Beschreibung von neuen Bedarfsklassifikationen. Ich gehe davon aus, dass es in der noch verbleibenden Zeitschiene (offiziell endet das Modell am 30.6.2006) nur ansatzweise gelingen wird, hinsichtlich der Bedarfsklassifikation verlässliche Ergebnisse vorliegen zu haben. Ggf. muss hier über ein „Anschluss-Modellprojekt“ nachgedacht werden.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

zu verlockend wäre es für mich, jetzt schon an dieser Stelle auf nähere Einzelheiten bzw. vorliegende Zwischenergebnisse und Erkenntnisse aus den Referenzeinrichtungen einzugehen. Aber dies wollen wir ja in den heute Mittag stattfindenden Foren tun.

So wünsche ich uns allen einen interessanten und an Erfahrungen reichen Fachtag. Gleichzeitig möchte ich allen unmittelbar am Modellprojekt Beteiligten (dies gilt ganz besonders für die Modellbeauftragten und die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Referenzeinrichtungen) für das bisher Geleistete Dank sagen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.



**Referat**

**„Qualitätsgesicherte  
Weiterentwicklung der  
vollstationären Pflege –  
eine Herausforderung  
für Sozialpolitik, Träger  
und Einrichtungen“**

## Referat

# „Qualitätsgesicherte Weiterentwicklung der vollstationären Pflege – eine Herausforderung für Sozialpolitik, Träger und Einrichtungen“



Professor Dr. Gerhard Naegele,  
Direktor des Instituts für Gerontologie an der Universität Dortmund

### Die sozialpolitische Bedeutung des Themas

Die sozialpolitische Brisanz des Generalthemas dieser Veranstaltung dürfte dem heutigen Fachpublikum deutlich sein. So steht wörtlich im Abschlussbericht – der interessanterweise noch viel zu wenig fachwissenschaftlich diskutierten Landes-Pflegeenquete vom letzten Jahr, dass in Anbetracht der demografischen Entwicklung und der Veränderungen der Lebens- und Wohnformen der Menschen die „Zukunft einer menschenwürdigen Pflege zu einem zentralen gesellschaftlichen Themenbereich geworden ist“, was auch schon angesichts der Projektionen von jetzt rd. 460.000 Pflegebedürftigen nach SGB XI auf rd. 700.000 im Jahre 2040 allein für Nordrhein-Westfalen (NRW) – bei aller Unsicherheit derartiger Vorausberechnungen – deutlich wird. Dabei ist es allen Expertinnen und Experten bewusst, dass mit diesen „offiziellen“ Zahlen keineswegs die Gesamtheit des tatsächlichen Pflegebedarfs erfasst ist und dass insbesondere im Bereich der demenziell erkrankten älteren Menschen eine öffentlich akzeptierte statistische Untererfassung zu verzeichnen ist – zumindest gemessen an den Einstufungskriterien des SGB XI. Hinzu kommt, dass die heute in den Heimen lebenden Menschen einen hochgradig differenzierten Bedarf an pflegerischen und betreuenden Leistungen aufweisen, der sich insbesondere aus der Komplexität der Gleichzeitigkeit von somatischen, psychischen Krankheitsbildern und zunehmender Hochaltrigkeit ergibt und der im hohen Maße neue und fachlich differenzierte Angebote und Maßnahmen erfordert.

Und ein Zweites ist unter Kennern der Szene bekannt: Auch wenn politisch alles getan wird, die häusliche Pflege zu stärken und wenn auch in NRW mit nur etwa 30% die Minderheit der Pflegebedürftigen in Heimen und dergleichen leben: Der vollstationären Pflege wird künftig eine wachsende Bedeutung zukommen müssen, wenn sie auch zweifellos neue, veränderte und alternative Wohn- und Lebensformen aufweisen muss und wird, als wir sie heute noch weit überwiegend in der stationären Pflege kennen.



Umso wichtiger ist es, sich intensiv mit Fragen der Qualität in der stationären Pflege und mit Fragen ihrer qualitätsgesicherten Weiterentwicklung zu befassen. Das Projekt „Referenzmodelle“, das heute hier im Zentrum der Veranstaltung stehen soll, ist dabei ein wichtiger Baustein auf diesem Weg. In diesem Projekt ist es gelungen, das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, das Bundesgesundheitsministerium und die Spitzenverbände der Pflegekassen als gemeinsame Fördergeber zu gewinnen. Ihnen gilt als einer der beiden Hauptverantwortlichen für die Projektleitung ein ganz besonderer Dank.

### **Qualitätssicherung und Bürokratieabbau – wie hängt das zusammen?**

Beim zentralen Thema dieses Tages geht es einmal um „Qualitätssicherung“ und zum anderen – die Veranstalter haben dies auch explizit im Untertitel aufgenommen – um „Entbürokratisierung“ in der Pflege. Vorab sei allerdings die Frage gestattet, ob dies eine glückliche Zusammenstellung zweier unterschiedlicher Zielvorstellungen ist, denn sie unterstellt einen eigentlich gar nicht vorhandenen, gleichsam gradlinigen und systematischen Zusammenhang zwischen Qualitätssicherung und Entbürokratisierung.

Der Bürokratiebegriff wird heute zu negativ besetzt und dieser negativ gefärbte Bürokratediskurs hat durchaus Methode. Dies an sich ist nichts Neues. Einen vergleichbaren Diskurs gab es in den 1970iger/1980iger Jahren schon einmal, als es um die Kritik an der „Verrechtlichung“ sozialer Dienste ging. Und damals wie heute gilt: Verrechtlichung und Bürokratie sind per se nichts „Schlechtes“ oder gar etwas, was es zu bekämpfen gilt. Manchmal wird so getan, als gelte es lediglich, einige Verordnungen, Paragraphen oder gesetzliche Regelungen zu modifizieren oder gar zu streichen, um Qualitätsmängel damit lösen zu können. Dabei wird doch häufig verkannt, dass bürokratische Strukturen, angemessen eingesetzt und angewandt, ihren Sinn haben, u. a. Transparenz schaffen und vor Willkürakten schützen.

Verrechtlichung und Bürokratie bedeuten, das sollte man nicht vergessen, für viele Betroffene auch Rechtssicherheit und Schutz, oder – mit Blick auf die stationäre Pflege – durchaus auch Qualität und Fachlichkeit, vorausgesetzt, sie werden angemessen praktiziert. Und nicht zuletzt ist Qualitätssicherung ohne administrative bzw. bürokratische Unterstützung nicht durchsetzbar, es sei denn, man setzt auf das Freiwilligkeitsprinzip. In Anbetracht der fortschreitenden Internationalisierung bzw. Globalisierung der privatwirtschaftlich organisierten Pflege kann man darauf allein nicht setzen. Überspitzt formuliert könnte man sagen – „die Heuschrecken sind bereits im Lande“ – und hier kann exemplarisch auf das Altenpflege Factbook der WestLB von November 2005 verwiesen werden.

Im Übrigen muss es schon überraschen, dass zeitgleich mit der Bürokratiekritik in der Pflege ebenfalls in Teilen nicht unbedeutende neue Bürokratieprobleme produziert werden, wie etwa die Verlagerung der Gesetzgebungszuständigkeit für das Heimgesetz auf die Bundesländer.

Etwas gänzlich anderes ist es jedoch, statt einer isoliert geführten Bürokratiekritik, vielmehr zu fragen, ob bürokratische Vorschriften, wie sie in Gesetzen und Verordnungen vorhanden sind, in der Praxis auch optimal angewandt werden; ob wir nicht vielmehr Regulierungsprobleme haben und ob wir uns nicht – so wie es mein Kollege Gerd Igl kürzlich einmal formuliert hat – um die Optimierung von Regulierungen bemühen sollten, also um Regelungsoptimierung in Richtung auf mehr Angemessenheit und vor allem von Verhältnismäßigkeit. Dies ist zweifellos eine andere Perspektive, die den Schutzgedanken nicht aufhebt, sondern ihn beibehält und überträgt auf die Ebene der Anwendung und auf die Ebene derjenigen, die mit Regulierungen auch praktisch umgehen.

Dann erweist sich das so viel gescholtene Bürokratieproblem sehr schnell zu dem, was es in der Praxis häufig ist, nämlich zu einem Management- und Qualifizierungsproblem – mit einer Vielzahl von einrichtungs- und trägerinternen Innovationspotenzialen. Dies belegt das Projekt „Referenzmodelle“ eindrucksvoll, das in diesem Sinne an vielen Stellen in der Weise angemessen mit administrativen Vorschriften umgeht, in dem es z. B. nicht etwa die Pflegedokumentation abgeschafft, sondern sich lediglich ihrer überbürokratischen Anwendung entledigt und stattdessen verbesserte Dokumentationsformen entwickelt.

### **Ziele des Modellvorhabens – zugleich „Schwachstellen“ im System überwinden!**

Ein wichtiger Anknüpfungspunkt ist bei einem zentralen Ergebnis des Projektes „Referenzmodelle“ zu sehen: In einer gemeinsamen Veröffentlichung der drei für das Modellprojekt zuständigen Institute heißt es u. a., das Modellprojekte zielen auf „geeignete Voraussetzungen zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen in vollstationären Einrichtungen“.

Worin liegen nun die wichtigsten Problemfelder in der stationären Pflege, auf die das Modellvorhaben Einfluss nimmt bzw. zu deren Lösung das Projekt beiträgt. Ein Großteil der im Folgenden nur cursorisch angerissenen Schwachstellen ist ausführlich im Rahmen der Arbeiten an dem Bericht der Landespflege-Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ behandelt worden, so dass hier auf Details verzichtet wird und stattdessen auf die entsprechenden Passagen im leider viel zu wenig öffentlich rezipierten Abschlussbericht verwiesen wird.

Folgende zentrale „Schwachstellen“ sollen hier stichpunktartig erwähnt werden. Sie sind zugleich wichtige Anknüpfungspunkte für entsprechende Innovationen, wie sie auch im Projekt „Referenzmodelle“ angedacht bzw. angestoßen werden:

- 1.** Auch zehn Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung fehlen in Deutschland noch immer verbindliche und von Kosten- und Leistungsträgern gleichermaßen getragene Versorgungsstandards und Qualitätskriterien, die das anzustrebende Qualitätsniveau pflegerischer Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen angemessen beschreiben und für alle Beteiligten transparent und nachvollziehbar machen. Es gibt zwar vielfältige Initiativen, wie etwa die Bemühungen des Deutschen Netzwerks zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) oder der Bundeskonferenz für Fragen der Qualitätssicherung (BUKO QS) mit ihrer Entwicklung nationaler Expertenstandards bzw. Qualitätsniveaus. Wir wissen jedoch bislang nur wenig darüber, inwieweit die Pflegeeinrichtungen diese Standards eingeführt und umgesetzt haben bzw. diese einführen und umsetzen werden.
- 2.** Auch die Definition eines fachlich angemessenen Leistungsprofils in vollstationären Einrichtungen, insbesondere mit Blick auf die wachsenden Anteile psychisch bzw. psychiatrisch erkrankter Bewohnerinnen und Bewohner, gilt vielen Praktikern als längst überfällig.
- 3.** Gleiches gilt für die Schaffung geeigneter Grundlagen für die Personalbemessung: In Deutschland existiert bislang kein wissenschaftlich anerkanntes, rationales Personalbemessungsinstrument, das den Bedarf an notwendigem Personal sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht abzubilden vermag. Personalbemessung findet nach wie vor überwiegend anhand tradiert, empirisch aber letztlich nicht begründeter Anhaltszahlen statt. Diese unterscheiden sich von Einrichtung zu Einrichtung, von Bundesland zu Bundesland. Folge ist eine z. T. deutlich voneinander abweichende Personalausstattung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Nach der gescheiterten Einführung des kanadischen Instru-



- ments PLAISIR erscheint es um so wichtiger, endlich zu entsprechenden Instrumenten zu gelangen, die Transparenz, wissenschaftliche Fundierung und Planungssicherheit für die Einrichtungen in sich vereinigen.
4. In diesem Zusammenhang ergeben sich seit langem ungelöste Probleme der erforderlichen Qualifikationen in der Pflege bzw. einer qualifikationsorientierten Arbeitsteilung. In der Vorgänger-Studie ‚Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen‘ haben wir z. B. zeigen können, dass den Anforderungen an eine qualifikationsorientierte Arbeitsteilung nicht hinreichend Rechnung getragen wird. Unterschiede zwischen Fach- und Hilfskräften im Hinblick auf ihre Tätigkeiten sind häufig nicht sichtbar. In dem Maße, in dem keine verbindlichen Leistungsbeschreibungen vorliegen, kann dieses Defizit keinen verwundern. Die Frage systematisch aufzugreifen, welche Qualifikationen für welche Pflege- und Betreuungsbedarfssituationen und -konstellationen jeweils benötigt werden, ist auch angesichts des drohenden Personalmangels in den professionellen sozialen Dienstleistungsberufen von allerhöchster Aktualität.
  5. Als ähnlich unübersichtlich erweist sich auch die eigentliche Qualitätssicherungslandschaft im engeren Sinne in Deutschland. Der Blick auf entsprechende Qualitätsniveaus, Qualitätsstandards, Initiativen, rechtliche Zuständigkeiten (z. B. Heimaufsicht, MdK), aus der Industrie importierte Instrumente, Gütesiegel und Zertifizierungen usw. zeigt, dass speziell Deutschland noch weit davon entfernt ist, hier Einheitlichkeit und Transparenz darüber herzustellen, was Qualität in der Pflege eigentlich ist und wie man sie nachweisen, auch den Nutzern verständlich machen kann und den Pflegebedürftigen auch zusichern kann; abgesehen von dem bürokratischen Aufwand hier, von dem bezeichnender Weise kaum jemand redet. Nicht selten sprechen Expertinnen und Experten in diesem Zusammenhang von einer „Grauzone“ ohne Verbindlichkeiten, in der alle mitmachen und mitmischen können. Der letzte Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung bescheinigt übrigens diesen Befund dem gesamten Gesundheitswesen mit folgenden Worten: „Viele Konzepte, viele Verfahren und kaum Transparenz“. Dennoch erweist sich das Gesundheitswesen der Pflege gegenüber wieder einmal als vergleichsweise relativ gut strukturiert und hat im Bereich der Qualitätsentwicklung und -sicherung mit dem kürzlich gegründeten „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ auch eine sehr viel stärkere Institutionalisierung erfahren. Vor diesem Hintergrund erweist sich die Forderung nach einer nachhaltigen, systematischen, aufeinander abgestimmten und koordinierten Entwicklung von Methoden und Verfahren zur Qualitätssicherung auch in der Pflege als berechtigt. Die Forderung nach einer institutionellen Absicherung des Qualitätsanliegens, bei der Unabhängigkeit und Fachlichkeit gewährleistet wird, wird unbedingt nachvollziehbar. Das Projekt „Referenzmodelle“ könnte im Zusammenhang mit dieser Zielstellung eine hohe Bedeutung einnehmen.
  6. Staatliche Prüfinstrumentarien sind, trotz mancher Verbesserungen, immer noch sehr stark an der Struktur- und Prozessqualität orientiert. Die Frage, welche Effekte entsprechende Interventionen für die Bewohnerinnen und Bewohner haben, z. B. auf deren Lebensqualität, was am Ende für sie heraus kommt, wird häufig dabei nicht hinreichend berücksichtigt. Dies gilt insbesondere für solche Dimensionen der Lebensqualität von besonders stark beeinträchtigten Menschen, wie „Menschenwürde“ oder gar „soziale Teilhabe“.
  7. Hinzu kommt eine Vielzahl von praktischen Qualitätsproblemen in der alltäglichen Versorgung Pflegebedürftiger selbst, auf die hier nicht im Detail eingegangen werden kann, die im Übrigen aber gut dokumentiert in der von uns gemeinsam mit dem Institut für Pflegewissenschaft durchgeführten Studie ‚Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen‘, die für das hier vorgestellte Projekt eine zentrale Rolle gespielt hat: Sie lieferte 2002 erstmals für die

Bundesrepublik verlässliche Daten zum Leistungsgeschehen in Altenpflegeheimen auf einer breiten empirischen Basis und skizzierte zudem zentrale Probleme in der pflegerischen Versorgung, wie etwa

- die fachlich angemessene Versorgung einer zunehmenden Zahl von Demenzkranken in Einrichtungen;
  - ein starker Fokus auf Alltagsverrichtungen, wenig zeitliche Ressourcen für individuelle Förderung;
  - eine insgesamt defizitorientierte und wenig ressourcenfördernde Pflege;
  - auffallend geringe Zeitanteile für die psychosoziale Versorgung;
  - mangelnde Teilhabeorientierung und unzureichende, diese fördernde Rahmenbedingungen und Strukturen;
  - Diskrepanzen zwischen dem Pflegebedarf einerseits und den vorhandenen Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter andererseits;
  - das Fehlen geeigneter fachlicher Konzepte für die nächtliche Versorgung;
  - Mängel in der Betreuung Sterbender;
  - hohe Arbeitsbelastungen und vorzeitiger physisch-psychischer Verschleiß bei den Professionellen.
8. Ein Sonderproblem der alltäglichen Versorgung Pflegebedürftiger ist das der unzureichenden Vernetzung und Integration der verschiedenen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsebenen. Die Praxis weiß von zahlreichen Schnittstellenproblematiken zu berichten. Dazu zählen aufgrund der typischen Morbiditätsstruktur sehr alter Heimbewohnerinnen und -bewohner insbesondere solche zwischen stationären Einrichtungen und Krankenhäusern, die im Zuge der Einführung der DRG's noch eine zusätzliche Aktualität erfahren haben. Notwendige Behandlungsinformationen, z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt, werden erst gar nicht oder zu spät bereit gestellt. Die Folge ist häufig eine mangelnde Kontinuität im Pflegeprozess von Heimbewohnerinnen und -bewohnern. Schnittstellenprobleme gibt es aber auch heimintern, so zwischen den professionellen Pflegekräften und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, den professionellen Pflegekräften und dem Sozialen Dienst, den Angehörigen oder anderen ehrenamtlich in den Heimen Tätigen. An diesen Schnittstellen gehen Informationen verloren, wird doppelt oder mehrfach und unabhängig voneinander dokumentiert, werden innovative und soziale Potenziale verschüttet oder verhindert.

Soweit in aller Kürze wichtige Problemfelder der stationären Pflege, wie sie auch – neben anderen – im Abschlussbericht der Landespflegeenquete-Kommission Erwähnung gefunden haben und dann auch im Projekt ‚Referenzmodelle zur qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege‘, das heute Gegenstand dieser Fachtagung ist, aufgegriffen worden sind.

### Die Projektziele im Einzelnen

Das übergreifende Ziel des Projektes besteht darin, im Rahmen des Modellvorhabens Instrumente zur Verbesserung der Qualität zu entwickeln und auf andere Einrichtungen übertragen zu können. Ziel ist es dabei, allen an der Qualitätssicherung Beteiligten eine Orientierungshilfe bei der Weiterentwicklung der fachlichen Arbeit und der hierzu erforderlichen sachlichen und personellen Ausstattung zu bieten. Dabei greift das Projekt die oben genannten Bereiche und Problemfelder auf, in dem u. a.

1. das Leistungsprofil der vollstationären Pflege dem individuellen Bedarf der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner angepasst werden soll;
2. ein Rahmen für Qualitätsmaßstäbe geschaffen werden soll, der die Einrichtungen bei den drängenden Problemen der Qualitätsentwicklung unterstützt, wie etwa bei den eben genannten Schnittstellen zwischen Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten;

3. Problemlösungen entwickelt werden sollen, die auf eine Optimierung der Ablaufprozesse gerichtet sind, beispielsweise die Arbeitsteilung zwischen Fach- und Hilfskräften oder auch die Kooperation zwischen Pflege- und Sozialem Dienst;
4. veränderte Dokumentationsformen entwickelt und erprobt werden sollen, die eine zügige und unbürokratische Umsetzung zulassen;
5. die zu entwickelnden Konzeptbausteine insgesamt den Anforderungen an wissenschaftliche Fundierung, Transparenz und Praxistauglichkeit genügen sollen.



### Projektdurchführung

Um diese Ziele erreichen zu können, arbeiten seit dem Sommer 2004 insgesamt 20 ausgesuchte stationäre Pflegeeinrichtungen aus NRW gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld, der Organisationsberatung des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik und des Instituts für Gerontologie an der Universität Dortmund an der Entwicklung, Umsetzung und Evaluation entsprechender Konzeptbausteine.

- Für die Konzeptentwicklung ist das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld zuständig.
- Die Implementation der einzelnen Konzeptbausteine wird durch das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Frankfurt a. M. begleitet.
- Die Gesamtsteuerung des Projektes sowie die begleitende Evaluation liegen beim Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund.

Bei den damit zusammenhängenden, vielfältigen praktischen Anforderungen werden die Einrichtungen in mehrfacher Hinsicht unterstützt:

Durch die so genannten Modellbeauftragten in jeder Einrichtung, die zum einen an der Entwicklung der Konzeptbausteine maßgeblich beteiligt waren und zum anderen die Umsetzung und Erprobung der unterschiedlichen Konzeptbausteine vorbereitet, begleitet und unterstützt haben. Die Einrichtung von insgesamt vier Regionalgruppen mit jeweils fünf Modellbeauftragten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der genannten Institute gewährleistet einen kontinuierlichen Erfahrungsaustausch.

Darüber hinaus werden die Einrichtungen durch die externe Organisationsberatung bei der Implementation der entsprechenden Konzepte geschult und unterstützt. Die Organisationsberaterinnen und -berater übernehmen umfangreiche Beratungsfunktionen im Hinblick auf eine verbesserte Organisation der Arbeitsabläufe in den Einrichtungen.

Im vorliegenden Projekt schließt die Evaluation des Gesamtvorhabens eine Vielzahl unterschiedlicher Vorgehensweisen mit ein. Neben einer umfangreichen Bestandsaufnahme zu Beginn des Projektes werden die einzelnen Konzeptbausteine kontinuierlich auf ihre Wirksamkeit und Anschlussfähigkeit an die gegenwärtige Versorgungspraxis geprüft und bewertet. Zum anderen wird in diesem Zusammenhang auch die Perspektive der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Bewohnerinnen und Bewohner berücksichtigt. Darüber hinaus werden regelmäßig Strukturdaten in den Einrichtungen erhoben, veränderte Arbeitsabläufe festgestellt und die Modellbeauftragten in Fokusgruppeninterviews eingebunden.

### **Kernelemente des Projektes**

Was sind die Kernelemente des Modellprojektes?

- 1.** Vor dem Hintergrund der eingangs genannten Problemfelder bildet die Entwicklung von klaren Leistungsbeschreibungen ein Kernelement des Projektes. Mit einer überschaubaren Zahl von insgesamt 31 unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen und 12 mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen wird das erforderliche Leistungsprofil der Einrichtungen in Form von konkreten Maßnahmen beschrieben. Dazu gehören neben der Unterstützung bei den Alltagsverrichtungen (Mobilität, Ernährung, Körperpflege etc.) auch die Interventionen bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen. Die mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen betreffen z. B. Fragen der Koordination und Organisation, oder auch Wäsche- und Mahlzeitenversorgung.
- 2.** Viele der vorhin genannten Qualitätsprobleme werden im Projekt insofern aufgegriffen, indem so genannte übergeordnete Qualitätsmaßstäbe entwickelt werden, die sich dem Heimeinzug, dem Krankenhausaufenthalt, der ärztlichen Versorgung, der Zusammenarbeit mit Angehörigen, der Begleitung Sterbender sowie der nächtlichen Versorgung widmen. In diesen Qualitätsmaßstäben werden fachliche Anforderungen an die Einrichtungen formuliert, die eine klare Orientierung für die Qualitätsentwicklung in den genannten Bereichen bieten.
- 3.** Ein Ergebnis der erwähnten Vorläuferstudie zu ‚Pflegebedarf und Leistungsstruktur‘ war, dass die Pflegestufen den Bedarf und den Aufwand an pflegerischen Leistungen nicht hinreichend abbilden. Im Rahmen dieses Modellprojektes geht es auch darum, ein Bedarfsklassifikationssystem zu entwickeln, das sowohl die körperbezogenen als auch psychischen Problemlagen und Ressourcen hinreichend abbildet. Auch dieses System soll möglichst unkompliziert, nachvollziehbar und für die Einrichtungen einfach handhabbar sein. Dieses System definiert Bewohnergruppen mit einem vergleichbaren Bedarfsprofil – und bildet damit eine Voraussetzung für eine rationale Personalbemessung und für die Entwicklung eines entsprechenden Instruments.
- 4.** Weiterhin gibt es Empfehlungen für die Gestaltung veränderter Dokumentationsformen, die eine Orientierungshilfe für eine unbürokratische und zielgerichtete Pflegeplanung und -dokumentation bieten.
- 5.** Mit der Festlegung von klaren Zuständigkeiten, z. B. für die Steuerung und Koordination des Pflegeprozesses von Bewohnerinnen und Bewohner sollen Aufbau- und Ablauforganisation optimiert und eine bewohnerorientierte Pflege und Betreuung gefördert werden.



## **Aktueller Stand und zu erwartende Ergebnisse – zugleich Überblick über die Nachmittagsforen**

In den Foren am heutigen Nachmittag werden Sie im Detail über die konkreten Ergebnisse der bisherigen Umsetzung informiert. An dieser Stelle soll nicht allzu viel vorweggenommen werden, jedoch wird hier kurz in groben Zügen über den aktuellen Stand und die zu erwartenden Ergebnisse berichtet:

- 1.** Die Entwicklung der genannten Konzeptbausteine ist abgeschlossen. Die Leistungsbeschreibungen sind in der zweiten Projektbroschüre im Entwurf veröffentlicht. Die 20 Referenzeinrichtungen haben ihr Leistungsprofil entsprechend angepasst und berichten über insgesamt gute Erfahrungen bei der Nutzung dieser Leistungsbeschreibungen. Diesbezüglichen Fragen widmet sich am heutigen Nachmittag das Forum 1.
- 2.** Die o. g. übergeordneten Qualitätsmaßstäbe sind weitgehend in den Einrichtungen implementiert, wobei der Grad der Umsetzung in den Einrichtungen unterschiedlich ist. Dies hängt mit unterschiedlichen Voraussetzungen der Einrichtungen vor Projektbeginn zusammen. Einige der Einrichtungen haben schon zu Beginn des Projektes etwa in Bezug auf die Kooperation mit Krankenhäusern mehr Anforderungen der Qualitätsmaßstäbe erfüllt als andere Einrichtungen – somit ist der Implementationsaufwand von Einrichtung zu Einrichtung als unterschiedlich hoch zu bewerten. Zu den übergeordneten Qualitätsmaßstäben wird das Forum 2 berichten.
- 3.** Mit Blick auf die qualifikationsorientierte Arbeitsteilung lässt sich bislang Folgendes feststellen: Die meisten Einrichtungen haben so genannte „zuständige Pflegefachkräfte“ bestimmt, die für eine definierte Anzahl von Bewohnerinnen und Bewohnern zuständig sind. Bislang gibt es gute Erfahrungen im Hinblick auf eine verbesserte Steuerung des individuellen Pflegeprozesses. Darüber hinaus gibt es eine optimierte Kooperation zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflege und des Sozialen Dienstes bzw. der Hauswirtschaft. Auch hier liegen bereits gute Erfahrungen vor, die Ihnen im Forum 3 präsentiert werden.
- 4.** Einen Gesamtüberblick zum Stand der Umsetzung liefert das Forum 4, in dem neben dem Grad der Umsetzung in den Einrichtungen v. a. förderliche und hinderliche Faktoren bei der Implementation thematisiert werden.

Wie geht es nun weiter, wenn das Projekt in wenigen Monaten abgeschlossen sein wird, die Evaluation zu einer abschließenden Bewertung gekommen ist und es darum geht, die Ergebnisse und Erfahrungen anderer Einrichtungen zur Verfügung zu stellen. Denn erst dann bewähren sich Ergebnisse wirklich, wenn sie sich auch außerhalb eines Modellvorhabens als tragfähig erweisen? Es ist davon auszugehen, dass es noch einer intensiven Übersetzungsarbeit bedarf, um die vielfältigen Projektinhalte und die damit verbundenen Anforderungen auch jenen Einrichtungen zur Verfügung zu stellen, die nicht über eine/einen Modellbeauftragte/n verfügen und die sich nicht kontinuierlich an die beteiligten Institute wenden können, die sie dann in der Umsetzung der entsprechenden Konzepte unterstützen. Eine Hilfestellung in Form eines „Handbuchs“, verfasst von den beteiligten Instituten, in das nicht nur die Konzepte, sondern auch die Empfehlungen zur Umsetzung, organisatorische Voraussetzungen und Bewertungen durch die Evaluation einfließen, könnte hier für den Transfer weitere gute Arbeit leisten.

## Einordnung in die politische Diskussion

Die Forderungen nach Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegequalität im eben beschriebenen Sinne sind Gegenstand landes- und bundespolitischer Initiativen. So lautet etwa die Hauptempfehlung des „Runden Tisches Pflege“, die Würde und Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen in den Mittelpunkt der Aktivitäten aller Akteure im Pflegebereich zu stellen – und dies als handlungsleitende Maxime, die sich in den vielfältigen Aktivitäten zur Verbesserung der Qualität in der Pflege widerspiegeln muss. So werden etwa stationäre Pflegeeinrichtungen aufgefordert, „für die fachlich gebotene Qualität der Leistungen und für die Umsetzung definierter Qualitätsniveaus auf Dauer einzustehen und offensiv für die notwendigen Rahmenbedingungen einzutreten“ (Runder Tisch, AG 2, 10). Das „Referenzmodell“ liefert hierzu nicht nur die entsprechenden Instrumente, sondern gibt auch Hinweise auf die konkrete Ausgestaltung der entsprechenden Rahmenbedingungen.

Ein wichtiges Thema in der Diskussion ist die Frage der Entbürokratisierung. Leistungsbeschreibungen, übergeordnete Qualitätsmaßstäbe, neue Klassifikationssysteme sind Kernelemente des Modellprojektes. Führt dies nicht zu neuen bürokratischen Strukturen, die doch, folgt man dem Motto der heutigen Tagung, in Zukunft verhindert bzw. abgebaut werden sollen? Bereits eingangs wurde auf etwas Grundsätzliches zur Entbürokratisierungsdebatte hingewiesen. An dieser Stelle nur soviel mit Blick auf die Ergebnisse unseres Projektes: Im Projekt „Referenzmodelle“ werden Vorschläge zu einer veränderten Pflegedokumentation gemacht, die die Dokumentation im Wesentlichen darauf zurück führt, was sie eigentlich sein soll – ein verlässliches und transparentes Planungsinstrument im Sinne der Bewohnerinnen und Bewohner, in der Ziele formuliert, Maßnahmen dokumentiert und v. a. auch überprüft werden, um auch Aussagen dahingehend treffen zu können, ob bestimmte Ziele erreicht worden sind oder eben auch nicht.

Auch für die in der Koalitionsvereinbarung der neuen Bundesregierung genannten Problemfelder bietet das Projekt „Referenzmodelle“ wichtige Beiträge zur Weiterentwicklung der vollstationären Pflege. Seien es die Hinweise auf die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten Versorgung, einer Neujustierung des Pflegebegriffs oder auch auf den besonderen Betreuungsbedarf Demenzkranker; zu all diesen Fragen nimmt das „Referenzmodell“ Stellung.

Wenn z. B. der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen dem deutschen Gesundheits- und Pflegesystem insgesamt mangelnde Qualität, mangelnde Transparenz sowie unzureichende Nutzerorientierung bescheinigt, dann sind dies nicht nur Befunde, die allein für Deutschland gelten, sondern für die meisten Industrienationen. In der internationalen Qualitätsdiskussion setzt sich dabei zunehmend die Erkenntnis durch, dass der Weg zu mehr Effektivität, Angemessenheit





und Effizienz der Versorgung vor allem über klar definierte und im Konsens vereinbarte Qualitätskriterien führt. Diese können nicht von einzelnen Akteuren festgelegt werden, sondern müssen die professionelle Perspektive, die rechtlichen Rahmenbedingungen ebenso wie die Nutzerperspektive angemessen berücksichtigen.

### **Ausblick: Reform der Pflegeversicherung notwendig!**

Allerdings ist es auch mit noch so guten Projekten wie diesem allein nicht getan, wenn es um die qualitätsgesicherte Weiterentwicklung der Pflege in diesem Lande geht.

Wir benötigen dringend eine Reform der Pflegeversicherung – und dabei geht es keineswegs allein um Finanzierungsfragen, wohl aber auch. Die für den Herbst d. Js. angekündigte Reform der Pflegeversicherung darf sich nicht allein an Erfolgskriterien wie Beitragsatzstabilität oder keine weitere Belastung des Faktors Arbeit messen lassen. Die betroffenen Menschen erwarten ebenso wie die hier professionell Tätigen auch substantielle Qualitätsverbesserungen, selbst wenn der finanzielle Spielraum auf den ersten Blick zugegebenermaßen eng zu sein scheint.

Allerdings lohnt sich auch hier eine differenziertere Betrachtungsweise, nämlich auch ein Blick auf die Finanzentwicklung nicht nur der Gesetzlichen sondern auch der Privaten Pflegeversicherung, über die in der Öffentlichkeit erstaunlicherweise viel zu wenig gesprochen wird. Hier werden – wegen ihrer günstigeren Risikostruktur – nicht nur Einnahmeüberschüsse erzielt, sondern infolgedessen bemerkenswerte finanzielle Polster von z. Zt. rd. 14 Mrd. Euro angesammelt. Diese Ungleichverteilung der finanziellen Belastungen in der Gesetzlichen und Privaten Pflegeversicherung sollte bei der anstehenden Reform der Pflegeversicherung ebenfalls aufgegriffen werden.

Dessen ungeachtet ist nicht sicher, ob die Menschen in diesem Lande angesichts des allgemeinen Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit, der damit gesellschaftlich wie individuell verbundenen Nöte und Einschränkungen in den Lebenslagen sowie nicht zuletzt auch der erkennbaren Grenzen der häuslichen Versorgung nicht doch bereit sind, sich auch finanziell stärker für eine menschenwürdige Pflege zu engagieren, zumal noch bei weiter wachsender Betroffenheit und Mitbetroffenheit. Allerdings darf nicht der Eindruck entstehen, ein Mehr an Geld im System käme bei den Betroffenen gar nicht an. Voraussetzung für eine höhere Leistungsbereitschaft der Versicherten ist somit auch ein höheres Vertrauen in die Leistungsstrukturen der Anbieter, und Voraussetzung dafür wiederum sind mehr Transparenz im Leistungsgeschehen, eine gerechtere Leistungsverteilung zwischen den einzelnen Bedarfskonstellationen, um ein höheres Maß an Rationalität in der Bestimmung des Pflegebedarfs und des entsprechenden Leistungsspektrums sowie mehr Rationalität im Personaleinsatz. Dabei sind insbesondere Managementfragen angesprochen, und das hier heute zur Debatte stehende Projekt „Referenzmodelle“ kann genau dazu einen essentiellen Beitrag leisten.

Auch ein stärkeres finanzielles Engagement der Menschen für die Pflege in der Bevölkerung könnte durchaus mehrheitsfähig sein, wenn man weiß, wofür man das tut und wenn man sich auch des individuellen Nutzens bewusst ist. Dies vor allem dann, wenn es gleichzeitig – in Auslegung der übergeordneten Ziele des SGB XI von Menschenwürde, Selbstbestimmung und Selbständigkeit – um die Stärkung von Wahlfreiheit und sozialer Teilhabe des Einzelnen oder um sehr viel stärker differenzierte alternative Wohn- und Betreuungsformen geht. Letzteres gilt insbesondere für demenzkranke Menschen, wie es übrigens auch der Abschlussbericht der Landes-Enquete-Kommission verschiedentlich gefordert und wie es auch Minister Laumann eben sinngemäß formuliert hat. Dann allerdings benötigen wir zumindest in der ambulanten Pflege auch entsprechende Finanzierungsformen wie Pflegebudgets und dergleichen, sowie – wiederum gleichsam als Grundvoraussetzung dafür – gesicherte case-manage-

ment-Strukturen mit klar definierten Qualitätssicherungs- und Aushandlungsfunktionen. Auf diesem Wege sind wir allerdings speziell in Nordrhein-Westfalen noch nicht sehr weit vorangeschritten.

Dennoch gilt, mehr Geld im System bedeutet keineswegs zwangsläufig auch mehr Qualität. Qualität wird insbesondere über fachliche Innovationen und über strukturelle und organisatorische Veränderungen ermöglicht. Das Projekt „Referenzmodelle“ kann hierzu vielerlei beitragen.

Zentrale Voraussetzungen für Innovationen wiederum sind die Qualifikation, die fachliche Qualität und das darauf bezogene Engagement des Managements. Qualität wird weiterhin vermittelt über die Verbesserung der Ausbildung der Pflegekräfte, eine optimale Anpassung von Qualifikationen an sich herausdifferenzierende pflegerische Bedarfslagen sowie die Erweiterung auch kommunikativer und interaktiver Kompetenzen der in den Bereichen Pflege und Betreuung Beschäftigten – so jedenfalls beschreibt der „Runde Tisch Pflege“ unter der Überschrift ‚Perspektiven‘ seine auf das Personal bezogenen Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der Qualität in der stationären Betreuung und Pflege. Das hier heute besprochene Projekt zielt in weiten Teilen genau auf diese Elemente von Qualität.

Insofern wird ein wichtiger Prüfstein für die anstehende Reform der Pflegeversicherung auch sein, inwieweit sie auch auf für die positive Entwicklung von Qualität in den Einrichtungen erforderlichen und förderlichen Rahmenbedingungen zielt. Ohne hier ausführlich werden zu können, sollen hier abschließend zentrale Prüfkriterien für die Beurteilung der Reform der Pflegeversicherung im Sinne von essentials benannt werden. Dazu zählen insbesondere

1. die Anpassung der Finanzierungsgrundlagen an die Leistungs- und dabei auch an die Preisentwicklung („Dynamisierung“),
2. die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs;
3. die Einführung eines anerkannten Feststellungs- und Einordnungsverfahrens (assessments) zur Bestimmung pflegerischer und rehabilitativer Versorgungsbedarfe;
4. eine Modernisierung des Leistungsrechts, insbesondere im Hinblick auf den Leistungskatalog, d. h. unter anderem mehr Flexibilisierung und Individualisierung in den Leistungsarrangements einschließlich neuer Wohn- und Betreuungsformen;
5. die Umsetzung des Primats der Prävention und medizinischer Rehabilitation und Überwindung des „Verschiebebahnhofs“ („Leistungen aus einer Hand“);
6. die Einbindung der Pflegeversicherung in die übrige integrierte Versorgung;
7. eine Stärkung der häuslichen Pflege (z. B. case-management, Erprobung personenbezogener Budgets, Ausweitung der Leistungen für Demenzkranke) und schließlich
8. die Unterstützung und institutionelle Absicherung der Qualitätssicherung. Hier könnte u. a. an eine Einrichtung wie das „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ für die Pflege gedacht werden.

Zu letzterem führt gerade die BUKO eine von der Robert-Bosch-Stiftung geförderte „Machbarkeitsstudie“ durch, auf deren Ergebnisse man gespannt sein darf.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.



## Forum 1

**„Qualität und Übersichtlichkeit in der Pflege durch überschaubare Leistungsbeschreibungen“**

## Forum 1

# „Qualität und Übersichtlichkeit in der Pflege durch überschaubare Leistungsbeschreibungen“

### ■ Projektberichte:

1.1 Einführung: Dr. Klaus Wingefeld,  
Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

1.2 Erfahrungen aus dem Reginenhaus in Hamm-Rhynern: Iris Betken, Modellbeauftragte

Moderation: Paul-Jürgen Schiffer (VdAK/AEV)



## 1.1 Einführung

Gegenstand der Berichte und Diskussionen im Forum 1 waren die „Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege“, die vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld in Kooperation mit den Modellbeauftragten der im Projekt mitwirkenden Pflegeeinrichtungen entwickelt wurden. Die Berichte umfassten eine zusammenfassende Darstellung der Leistungsbeschreibungen, ihrer Entwicklung, ihrer Funktion und ihres Stellenwertes für das Modellvorhaben insgesamt sowie eine ausführliche Schilderung ihrer Nutzung am Beispiel der Maßnahme „Interventionen bei Wandertendenz“.

Die anschließende Diskussion drehte sich um viele verschiedene Aspekte, die mit dem Thema „Leistungsbeschreibungen“ zusammenhängen. Ein hoher Stellenwert kam dabei der Frage nach den Voraussetzungen und Erfahrungen bei der Nutzung der Leistungsbeschreibungen im Versorgungsalltag zu, etwa der Kompatibilität mit herkömmlichen oder EDV-gestützten Formen der Pflegedokumentation, der Kooperation innerhalb der Einrichtung oder Effekten auf die Motivation der Mitarbeiter. Auch das Erfordernis einer planvolleren Steuerung des individuellen Pflegeprozesses und die Notwendigkeit, Nachhaltigkeit bei der Weiterentwicklung des Leistungsgeschehens im Alltag sicherzustellen, waren wichtige Diskussionspunkte. Außerdem wurde die mögliche Bedeutung der Leistungsbeschreibungen für die Bemessung des Personalbedarfs erörtert.

### **Entwicklung, Aufbau und Funktion der Leistungsbeschreibungen**

Ausgangspunkt der Entwicklung der Leistungsbeschreibungen war die im Jahr 2001 abgeschlossene Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“. Damals wurden 45 sogenannte Leistungskategorien verwendet, um das Versorgungsgeschehen im Pflegealltag zu dokumentieren und auszuwerten. Sie



erwiesen sich auch aus der Sicht der Praxis als alltagsnah, gut überschaubar und relativ leicht zu handhaben. Vor diesem Hintergrund entstand die Idee, die Leistungskategorien zu einem System der Leistungsklassifikation für die vollstationäre Pflege auszubauen: Zu Beginn des Projekts „Referenzmodelle“ entwickelte das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld einen Entwurf der neuen Leistungsbeschreibungen und brachte diesen dann in die Diskussion mit den Modellbeauftragten der Referenzeinrichtungen, ausgewählten Fachexperten und den projektbegleitenden Gremien ein. Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus den Beratungen führten zu einer nochmaligen Überarbeitung. Im April 2005 lag schließlich die erprobungsreife Version der Leistungsbeschreibungen in der Version 1.1 vor, die kurz darauf in der Broschürenreihe des Modellvorhabens veröffentlicht wurden.

In den Leistungsbeschreibungen werden 31 unmittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen und 12 mittelbar bewohnerbezogene Leistungen unterschieden („direkte“ und „indirekte“ Leistungen). Ein wichtiges Ziel bei der Entwicklung der Leistungsbeschreibungen bestand darin, die Bedeutung jener Maßnahmen herauszustellen, bei denen es nicht um körperliche, sondern um psychische und soziale Aspekte der Versorgung geht. Aus diesem Grund beziehen sich acht Leistungsbeschreibungen auf „Interventionen zur Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen“. Hierzu gehören beispielsweise biografieorientierte Gruppen- und Einzelaktivitäten, Unterstützung bei sozialen Kontakten/sozialer Teilhabe oder Interventionen bei Wanderungstendenz, auf die im weiteren Verlauf des Berichtes noch genauer eingegangen wird (im Rahmen des Modellprojekts wird auf den fachlich umstrittenen Ausdruck „Weglauftendenz“ verzichtet und in Anlehnung an den internationalen Sprachgebrauch der Begriff „Wanderungstendenz“ verwendet).

Die Beschreibungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen umfassen Ausführungen zu den vorrangigen Zielen der jeweiligen Leistung, zu den wichtigsten Teilhandlungen, aus denen sie sich zusammensetzt, zu den verschiedenen Möglichkeiten der Ausgestaltung einer Maßnahme (Variationen), zu den Hauptkriterien für den Bedarf und zu Ansatzpunkten für die Ressourcenförderung. Ergänzend ist den Leistungsbeschreibungen eine Aufstellung besonderer interventionsrelevanter Faktoren beigefügt – personale Merkmale oder Pflegeprobleme, auf die die jeweilige Maßnahme zwar nicht direkt abzielt, die jedoch gleichwohl erheblichen Einfluss auf die Durchführung ausüben können (z. B. Schmerz, Einschränkungen der Mobilität, Ängstlichkeit etc.).

Die Leistungsbeschreibungen haben vorrangig drei Funktionen:

- Sie definieren ein Angebotsprofil (Mindestanforderungen) für stationäre Pflegeeinrichtungen. Die Einrichtungen sollten also in der Lage sein, die Erbringung aller beschriebenen Leistungen zu gewährleisten, wenn bei einem Bewohner entsprechender Bedarf besteht.
- Sie stellen gleichzeitig einen Bezugsrahmen und eine Arbeitshilfe für den Pflegeprozess dar, insbesondere für die individuelle Maßnahmenplanung und die Dokumentation erbrachter Leistungen. Die an vielen Stellen enthaltenen Hinweise auf biografieorientiertes, ressourcenförderndes und präventives Handeln sind als Anregung gedacht, die individuelle Versorgung nach den Grundsätzen eines modernen Pflegeverständnisses zu gestalten.
- Schließlich bieten die Leistungsbeschreibungen einen Bezugsrahmen für die Beschreibung des individuellen Leistungsbedarfs. Die konkrete Bestimmung des Leistungsbedarfs ist immer auf Leistungsbeschreibungen angewiesen; diese fungieren gewissermaßen als „Sprache“, in der Aussagen über den Leistungsbedarf formuliert werden (die Entwicklung einer Bedarfsklassifikation und ihre Verknüpfung mit den Leistungsbeschreibungen stellt ebenfalls eine Aufgabe des Modellvorhabens dar).

## Konsequenzen für die Praxis

Die Umsetzung der Anforderungen, die mit den Leistungsbeschreibungen verknüpft sind, kann – je nach Einrichtung – weit reichende Veränderungen notwendig machen. Die meisten der enthaltenen Maßnahmen sind zwar Bestandteil des heutigen Versorgungsalltags in allen Einrichtungen, allerdings

- werden sie nicht durchgängig nach den Grundsätzen ausgestaltet, die von den Leistungsbeschreibungen vorgegeben werden,
- gibt es bestimmte Leistungen, die im Alltag nicht oder in nicht ausreichendem Umfang erbracht werden.

Eine konsequente Versorgungsgestaltung nach den Maßgaben der Leistungsbeschreibungen kann daher folgende Anpassungen notwendig machen:

- Weiterentwicklung des Leistungsangebotes: Nach den Erfahrungen, die im Verlauf des Modellprojekts gesammelt werden konnten, stellt vor allem die Sicherstellung von Maßnahmen zur Förderung/Erhaltung der Mobilität und von Unterstützung bei psychischen/sozialen Problemlagen und Bedürfnissen viele Einrichtungen vor eine große Herausforderung.
- Verbesserung der Biografiearbeit: Die Leistungsbeschreibungen betonen den Grundsatz des biografieorientierten Arbeitens, manche Maßnahmen setzen die Verfügbarkeit und Nutzung biografischer Informationen zwingend voraus (z. B. „Biografieorientierte Einzelaktivitäten“). Auch in diesem Punkt zeigte sich in einer Reihe von Modelleinrichtungen Optimierungsbedarf.
- Pflegerisches Assessment und Maßnahmenplanung: Um in geeigneter Weise auf psychische und soziale Problemlagen bzw. Bedürfnisse eingehen (und die von den Leistungsbeschreibungen vorgesehenen Interventionen gezielt einsetzen) zu können, müssen diese im Rahmen der pflegerischen Informationssammlung und Einschätzung, aber auch bei der Maßnahmenplanung ausreichend berücksichtigt werden. Dies ist in Teilbereichen der vollstationären Pflege derzeit noch keine Selbstverständlichkeit.
- Die Pflegedokumentation ist oftmals durch das Bestreben gekennzeichnet, alle erbrachten Leistungen und Teilhandlungen möglichst detailliert zu erfassen. Die Leistungsbeschreibungen folgen einer anderen Logik: Sie zielen Vereinfachungen an, u. a. indem sie Teilhandlungen anhand der Frage, welchem Zweck sie dienen, zu Maßnahmen zusammenfassen. Dadurch ergeben sich auch Veränderungen für die Dokumentation.
- Mitarbeiterschulung und organisatorische Anpassungen: All die genannten Veränderungen setzen eine geeignete Schulung/Anleitung der Mitarbeiter voraus, zum Teil auch eine Prüfung und Modifikation der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Sozialen Diensten.

Die Einführung bzw. Nutzung der Leistungsbeschreibungen im Versorgungsalltag ist also verknüpft mit Anpassungen, die gewohnte Arbeitsroutinen verändern und Zeit brauchen. Um diese Entwicklungen bzw. die Herstellung geeigneter fachlicher Voraussetzungen zu fördern, wurden im Rahmen des Modellvorhabens weitere Konzeptbausteine erarbeitet, die auf eine Optimierung der Grundlagen für die Pflegeprozessgestaltung abzielen und damit den Leistungsbeschreibungen den Weg in den Versorgungsalltag erleichtern sollen. Sie umfassen

- einen Kriterienkatalog zur Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug,
- einen Anforderungskatalog für das pflegerische Assessment und einen Fragenkatalog zur Entwicklung von Pflegezielen/Maßnahmenplanung,



- Grundsätze zur Ausgestaltung neuer Dokumentationsformen (Empfehlungen zur Vermeidung von unnötigem Dokumentationsaufwand bei gleichzeitiger Verbesserung der Dokumentationsqualität),
- Empfehlungen zur Ausgestaltung der Funktion und Aufgaben der „Zuständigen Pflegefachkraft“.

Auf den zuletzt genannten Baustein sei etwas ausführlicher eingegangen, weil er für nahezu alle Qualitätsverbesserungen, die mit dem Modellvorhaben angestrebt werden, relevant sein kann. So setzt eine Versorgung nach den Vorgaben der Leistungsbeschreibungen, aber auch der übergeordneten Qualitätsmaßstäbe, die ebenfalls im Verlauf des Projekts entwickelt wurden (vgl. Bericht zu Forum 2), eine kompetente Steuerung und Koordination des Pflegeprozesses und anderer Unterstützungsleistungen voraus.

Nachhaltige Qualitätsentwicklung im Versorgungsalltag setzt ein zeitgemäßes Pflegeorganisationssystem voraus, in dem die Verantwortung für die Gestaltung des individuellen Pflegeprozesses eindeutig personell zugeordnet ist. Um Missverständnisse aufgrund unterschiedlicher Begriffsverwendung zu vermeiden (z. B. „Bezugspflege“), verwendet das IPW die neutrale Formulierung zuständige Pflegefachkraft. Die hierzu entwickelten Empfehlungen enthalten folgende Kernpunkte:

- Für jeden Bewohner wird dauerhaft eine zuständige Pflegefachkraft (ZPFK) benannt, außerdem eine Pflegefachkraft, die sie bei Abwesenheit vertritt.
- Die ZPFK trägt die Verantwortung für die Steuerung des individuellen Pflegeprozesses bei „ihren“ Bewohnern. Hierzu gehören insbesondere das pflegerische Assessment, die Formulierung von Pflegezielen, die Maßnahmenplanung und die Ergebnissicherung (Evaluation). Sie trägt außerdem die Verantwortung für eine fachgerechte Dokumentation.
- Neben der Pflegeprozesssteuerung übernimmt die ZPFK die Koordination sämtlicher Unterstützungsleistungen für den jeweiligen Bewohner (Kooperation mit Ärzten und anderen Einrichtungen, Zusammenarbeit mit Angehörigen, Einbindung des Sozialen Dienstes, Einbindung freiwilliger Helfer etc.). Pflegeprozesssteuerung und Versorgungskoordination sollten also in einer Hand liegen.
- Für die Übernahme dieser Aufgaben ist eine überdurchschnittliche Qualifikation erforderlich. Es ist davon auszugehen, dass nicht jede Pflegefachkraft die notwendigen Kompetenzen und Erfahrungen mitbringt. Neben Fachwissen und pflegerischen Fertigkeiten sind Steuerungs-, Koordinations-, Anleitungs-, Beratungs- und Problemlösungskompetenz und nicht zuletzt pflegediagnostische Kompetenz erforderlich.
- Die Arbeitsteilung im Pflgeteam sollte so organisiert werden, dass der ZPFK ausreichend Zeit für die Pflegeprozesssteuerung und Versorgungskoordination zur Verfügung steht. Die Durchführung der pflegerischen Maßnahmen kann nach den Vorgaben der ZPFK von anderen Mitarbeitern übernommen werden (sie sollte sich allerdings in dem Umfang an der Durchführung beteiligen, wie es notwendig ist, um sich kontinuierlich ein verlässliches Bild von der Situation des Bewohners und seines Unterstützungsbedarfs machen zu können). Vor allem aber sollte sie nach Möglichkeit keine oder nur wenige bewohnerferne Aufgaben übernehmen, die auch von anderen Mitarbeitern (mit anderer Funktion/Qualifikation) erfüllt werden können (z. B. Aufräum- und Reinigungsarbeiten, Wäscheversorgung, Mahlzeitenversorgung etc.).

Nicht nur die Leistungsbeschreibungen, sondern auch die Qualitätsmaßstäbe der Referenzmodelle werden sich umso leichter in den Versorgungsalltag einführen lassen, je klarer in einer Einrichtung Zuständigkeiten festgelegt sind und je besser sie im Hinblick auf die Grundlagen der Pflegeprozessgestaltung aufgestellt sind. Die Konzeptbausteine des Modellprojekts sind ein Hilfsmittel für die Qualitätsentwicklung. Ihr Nutzen hängt stark ab von der Art und Weise, wie sie in den Versorgungsalltag integriert werden. Was das in der Praxis bedeutet, soll im Folgenden am Beispiel der Leistungsbeschreibung „Interventionen bei Wanderungstendenz“ aufgezeigt werden.

## 1.2 Erfahrungen aus dem Reginenhaus in Hamm-Rhynern

Grundsätzlich, so die einführende Darstellung von Frau Betken, muss berücksichtigt werden, dass eine Weiterentwicklung des Leistungsprofils nach den Maßgaben der Leistungsbeschreibungen nicht isoliert von den bestehenden Arbeitsgrundlagen erfolgen kann. Vielmehr verlangt eine solche Weiterentwicklung ggf. (je nach Situation in der Einrichtung) eine Optimierung der Biografiearbeit, eine Anpassung des pflegerischen Assessments und der Pflegedokumentation, Veränderungen der Pflegeorganisation (qualifikationsorientierte Arbeitsteilung) und nicht zuletzt die Berücksichtigung der fachlichen und organisatorischen Anforderungen, die aus den „übergeordneten Qualitätsmaßstäben“ erwachsen. Vor allem aber sollte die Weiterentwicklung des Leistungsprofils in einen systematischen Prozess eingebunden sein, der mit einer Ist-Analyse beginnt und mit der Evaluation des erreichten Entwicklungsstands einen (vorläufigen) Abschluss findet. Das entsprechende Vorgehen im Reginenhaus Hamm-Rhynern bei der Maßnahme „Interventionen bei Weglauftendenz“ wird im Folgenden zusammenfassend geschildert.

### Ist-Analyse

Der Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Bewohnern, die eine Wanderungstendenz aufweisen, gehört zum heutigen Pflegealltag. In jeder Einrichtung findet man Formen, mit den daraus resultierenden Problemen umzugehen. Die Einführung von „Interventionen bei Wanderungstendenz“ (IWT) nach den Vorgaben der Leistungsbeschreibungen findet also nicht im luftleeren Raum statt, so dass mit einer Ist-Analyse zu prüfen ist, inwieweit die aktuelle Praxis diesen Vorgaben entspricht. Dabei sind u. a. folgende Aspekte von Bedeutung:

- Strukturelle Bedingungen: Personelle Ausstattung, Kenntnisse der Mitarbeiter, Offenheit der Wohnbereiche, Möglichkeiten und Grenzen der Beobachtung von Bewohnern, die den Wohnbereich verlassen.
- Verfügbarkeit aussagekräftiger biografischer Informationen über den Bewohner.
- Pflegerisches Assessment: Werden Wanderungstendenz und mögliche Gefährdungen ausreichend erfasst?
- Welche „Baustellen“ (organisatorische Probleme) in der Einrichtung sind zu berücksichtigen?
- Gängige Handlungsweisen im Umgang mit den betreffenden Bewohnern.

### Soll-Ist-Abgleich

In den Abgleich zwischen den Ergebnissen der Ist-Analyse und den neuen Handlungsanforderungen waren sowohl die Leitungsebene als auch die Pflegeteams einbezogen. Der Abgleich erfolgte u. a. entlang der Teilverrichtungen, die die Leistungsbeschreibungen zur Maßnahme IWT aufführen. Dabei zeigte sich beispielsweise, dass auf Wanderungstendenzen oftmals erst dann reagiert wurde, wenn ein Bewohner versuchte, den Wohnbereich zu verlassen. Eine Begleitung beim Gehen



fand nur selten statt. Entlastende Einzelgespräche mit motorisch unruhigen Bewohnern wurden im hektischen Versorgungsalltag ebenfalls nur selten durchgeführt. Die Einbindung der Bewohner in ein Beschäftigungsangebot wurde angestrebt, gelang aber nicht immer; hier wurde den Ursachen nachgegangen.

In etwa auf diese Art und Weise wurde die Ist-Situation anhand der Leistungsbeschreibung IWT Punkt für Punkt bewertet. Darüber hinaus war die Frage zu klären, welche weiteren Konzeptbausteine der Referenzmodelle bei den nächsten Arbeitsschritten zu berücksichtigen waren (z. B. Qualitätsmaßstab Angehörigenarbeit, andere Maßnahmen der Leistungsbeschreibungen wie biografieorientierte Gruppen- oder Einzelaktivitäten). Und nicht zuletzt musste eingeschätzt werden, welche Ressourcen benötigt werden bzw. zur Verfügung stehen, um Veränderungen im Sinne der Leistungsbeschreibung IWT herbeizuführen.

### **Positionierung**

Von entscheidender Bedeutung für den Erfolg von Bemühungen, das Leistungsprofil weiterzuentwickeln, ist eine klare Positionierung von Träger und Leitung der Einrichtung. Nachhaltige Ergebnisse wird man erst dann erzielen, wenn auch auf dieser Ebene eindeutig dazu Stellung bezogen wird, welche Ziele angestrebt werden, was die Einrichtung leisten kann/will und welche Ressourcen hierfür bereitgestellt werden und welche nicht (Grenzen klar definieren und aufzeigen). Ebenso wichtig ist, dass diese Positionierung nach innen und außen transparent ist. Die Erfahrungen im Reginenhaus, aber auch in anderen Referenzeinrichtungen zeigen, wie sehr Entwicklungsprozesse darauf angewiesen sind, dass sie von der Träger- und Leitungsebene nicht nur „geduldet“, sondern eindeutig und aktiv unterstützt werden. Modellbeauftragte, Qualitätsbeauftragte oder andere Mitarbeiter, die Verantwortung für die Steuerung von Qualitätsentwicklung tragen, sollten diesen Punkt nicht aus den Augen verlieren.

### **Planung und Vorgehen**

Bevor konkrete Umsetzungsschritte eingeleitet wurden, waren zunächst folgende Fragen zu klären:

- In welcher zeitlichen Abfolge sollen Veränderungen eingeleitet werden?
- Welche konkreten Ziele sind anzugehen?
- Welche Mitarbeiter sind einzubeziehen, und wie werden sie erreicht?
- Wie sollen Prozesse gesteuert werden? Welche Steuerungsinstrumente sind verfügbar?

Um Überforderungen zu vermeiden, erschien es sinnvoll, die Mitarbeiter nach und nach, d. h. in einem zeitlich gestuften Prozess mit neuen Anforderungen vertraut zu machen. Im Reginenhaus wurde daher für jeden Wohnbereich ein Zeitplan erstellt, der angab, welche Maßnahmen der Leistungsbeschreibungen in welchem Monat angegangen werden sollten. Darüber hinaus wurde ein detaillierter Handlungsplan entwickelt, der Ziele, Maßnahmen, Zuständigkeiten und den Zeitpunkt der Überprüfung des Entwicklungsstands definierte.

Im Falle der IWT wurde beispielsweise das Ziel festgelegt, dass Bewohner mit bekannter Wanderungstendenz tagsüber immer ein Namensschild tragen. Um dies zu erreichen, wurden entsprechende Verfahrensanweisungen erstellt und es erfolgte eine Information/Schulung der Mitarbeiter. Ein anderes Ziel bestand darin, dass Mitarbeiter aller Arbeitsbereiche (also nicht nur die Pflegekräfte, sondern z. B. auch die Mitarbeiter der Hauswirtschaft und ehrenamtliche Mitarbeiter) wissen, wie sie mit den betreffenden Bewohnern umgehen sollen bzw. wie sie auf entsprechende Situationen reagieren sollen. Auch hierzu wurden Schulungsmaßnahmen durchgeführt.

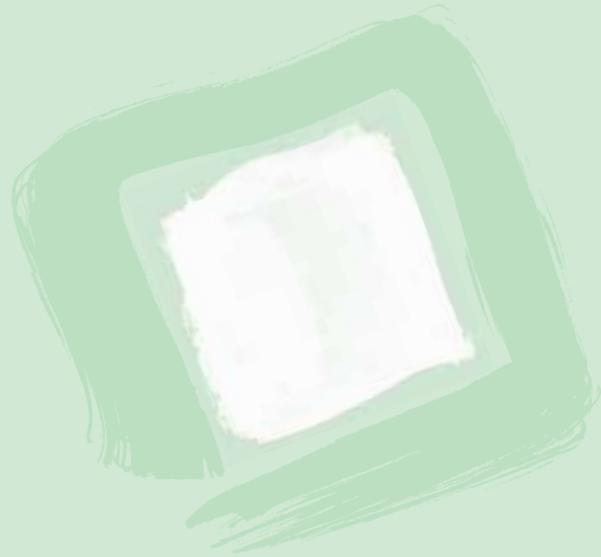
## Evaluation und Ergebnisse

Veränderungen tendieren manchmal dazu, sich zu verflüchtigen und von gewohnten Arbeitsroutinen verdrängt zu werden, wenn sie im Bewusstsein der Mitarbeiter nicht regelmäßig „aktualisiert“ werden. Es hat sich daher als sehr wichtig erwiesen, nach erfolgten Veränderungen Transparenz und Verbindlichkeit im Versorgungsalltag sicherzustellen – Transparenz, um reagieren zu können, wenn sich alte Strukturen und Gewohnheiten wieder breit machen, und Verbindlichkeit, um den Mitarbeitern eine klare Handlungsorientierung zu geben. Die Erfahrungen im Modellprojekt zeigen, dass es unbedingt empfehlenswert ist, einen konkreten Rahmen bzw. Methoden zur Überprüfung der Zielerreichung zu definieren. Im Falle der IWT kommen beispielsweise das Dementia Care Mapping (DCM), Pflegevisiten oder Statistiken in Betracht, sicherlich aber auch andere Methoden bzw. Informationsquellen.

Für das Reginenhaus kann inzwischen festgestellt werden, dass sich die Gestaltung des Tages unter Berücksichtigung des biografischen Hintergrunds der Bewohner verändert bzw. verbessert hat. Die Bewohner erhalten bei auftretender Wandertendenz Unterstützung in Form von Einzelgesprächen oder biografieorientierten Einzelaktivitäten, oder sie werden in andere Aktivitäten eingebunden. Verlässt ein Bewohner den Wohnbereich, reagieren die Mitarbeiter anderer Arbeitsbereiche angemessen; frühere Tendenzen, das Problem zu ignorieren, konnten überwunden werden. Bewohner mit Wandertendenz haben inzwischen einen „Sonderstatus“: Jeder kennt sie und kann sie mit Namen ansprechen. Sie nehmen dies sehr positiv auf und zeigen weniger Unsicherheit. Nach wie vor kommt es vor, dass Bewohner die Einrichtung verlassen, allerdings werden sie – aufgrund der Öffentlichkeitsarbeit in der Nachbarschaft – meistens von Einwohnern der Umgebung zum Reginenhaus zurückgebracht.

Bei den Mitarbeitern aller Arbeitsbereiche hat eine Sensibilisierung stattgefunden. Sie achten vermehrt auf orange Namensschilder bei den Bewohnern, und auch die Mitarbeiter nichtpflegerischer Arbeitsbereiche gehen aktiver auf Bewohner zu. Die Wandertendenz wurde vom individuellen Pflegeproblem zum Einrichtungsthema, und alle Mitarbeiter wirken gemeinsam darauf hin, die Sicherheit und das Wohlbefinden der Bewohner zu steigern.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass es im Reginenhaus gelungen ist, den Versorgungsalltag auf der Basis der Leistungsbeschreibungen besser an die individuellen Problemlagen und Bedürfnisse der Bewohner anzupassen. Dies gilt insbesondere für jenen Bereich der täglichen Versorgung, der sich auf psychische und soziale Aspekte bezieht. Die Weiterentwicklung dieses Bereichs hat sich aber auch als die größte Herausforderung erwiesen. Sie erfordert ein gezieltes Vorgehen, kontinuierliche Bemühungen und eine realistische Einschätzung der verfügbaren bzw. erforderlichen Ressourcen. Gemessen an den erreichten Erfolgen und ihrer Bedeutung für den Lebensalltag der Bewohner lässt sich allerdings sagen, dass es sich lohnt, den Aufwand auf sich zu nehmen.



## Forum 2

# „Übergeordnete Qualitätsmaßstäbe als fachliche Orientierungspunkte für die Organisation der Pflege in Heimen“

## Forum 2

# „Übergeordnete Qualitätsmaßstäbe als fachliche Orientierungspunkte für die Organisation der Pflege in Heimen“

### ■ Projektberichte:

- 2.1 Einführung: Dieter Heitmann,  
Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)
- 2.2 Erfahrungen aus dem Altenheim Ludgeristift Bockum in Hamm:  
Silvia Keggenhoff, Modellbeauftragte
- 2.3 Erfahrungen aus dem AWO Minna-Sattler-Seniorenzentrum in Dortmund:  
Tanja Stodt, Modellbeauftragte

Moderation: Dr. Eckhard Grambow, Bundesministerium für Gesundheit



## 2.1 Einführung

In Forum 2 wurden die „Übergeordneten Qualitätsmaßstäbe“ als fachliche Orientierungspunkte für die Organisation der Versorgung in sechs besonders bedeutsamen Bereichen vorgestellt. Herr Heitmann vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) hat zunächst die Funktion, Regelungsbereiche und Entwicklungsschritte der Qualitätsmaßstäbe dargestellt und ist exemplarisch vertiefend auf den Qualitätsmaßstab „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ eingegangen.

Frau Keggenhoff, Modellbeauftragte aus dem Altenheim Ludgeristift Bockum in Hamm und Frau Stodt, Modellbeauftragte aus dem Minna-Sattler-Seniorenzentrum in Dortmund haben jeweils für ihre Einrichtung über die Erfahrungen mit der Einführung und Umsetzung des Qualitätsmaßstabs „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ berichtet.

In der anschließenden Diskussion wurden Fragen zu den Qualitätsmaßstäben, zum Modellvorhaben im Allgemeinen aber auch zu den übrigen Konzeptbausteinen erörtert.

## **Regelungsbereiche und Entwicklungsschritte der übergeordneten Qualitätsmaßstäbe**

Neben den Leistungsbeschreibungen und der Bedarfsklassifikation sind die übergeordneten Qualitätsmaßstäbe ein zentraler Konzeptbaustein des Projekts, auf den nachfolgend genauer eingegangen wird. Die Qualitätsmaßstäbe treffen Regelungen in sechs ausgewählten, besonders bedeutsamen Versorgungsbereichen. Hierbei handelt es sich um die Zusammenarbeit mit Angehörigen, das Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten, die Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen, die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, die nächtliche Versorgung und die Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung.

Am Beispiel des Qualitätsmaßstabs „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ sollen die Inhalte und die Umsetzungserfahrungen genauer betrachtet werden. Zunächst aber zu den Entwicklungsschritten der Qualitätsmaßstäbe: In allen Einrichtungen lagen vor Projektbeginn in jeweils unterschiedlichem Umfang Konzepte und Instrumente zu den Themen der Qualitätsmaßstäbe vor. Diese Konzepte und Instrumente, sowie von den Modellbeauftragten zu jedem einzelnen Bereich durchgeführte Defizitanalysen, wurden vom IPW herangezogen um hieraus, zusammen mit Hinweisen aus der einschlägigen Literatur, Konzeptentwürfe zu erstellen. Dabei war wichtig zu beachten, dass Konzepte entwickelt werden sollten, die an die derzeitigen Versorgungsbedingungen anschlussfähig und unter überschaubaren organisatorischen Anpassungen im Rahmen der Projektlaufzeit umsetzbar sind. Bei der Konzeptentwicklung war überdies zu berücksichtigen, dass nicht lediglich der derzeitige Status festgeschrieben werden sollte, sondern ein Beitrag zur Weiterentwicklung der Qualität geleistet wird. Die Konzeptentwürfe wurden mit den Modellbeauftragten in den Regionalgruppen diskutiert, viele ihrer Anregungen sind in die Konzepte eingeflossen. Die überarbeiteten Konzeptentwürfe wurden mit dem Steuerungskreis und dem Begleitausschuss diskutiert, die hier gewonnenen Erkenntnisse fanden ebenfalls Berücksichtigung.

Im Anschluss daran lagen erprobungsfähige Entwürfe der Qualitätsmaßstäbe vor, für deren Einführung und Umsetzung die Einrichtungen zunächst einige Voraussetzungen schaffen mussten. Hierzu zählten organisatorische und konzeptionelle Anpassungen sowie zum Teil Veränderungen der Arbeitsmethoden. Derzeit findet die Erprobung der Qualitätsmaßstäbe statt, erste Evaluationsergebnisse liegen bereits vor. Am Ende des Modellvorhabens werden die Konzepte aufgrund der Erfahrungen der Erprobung abschließend überarbeitet und ggf. angepasst.

## **Funktion der übergeordneten Qualitätsmaßstäbe**

Mit den übergeordneten Qualitätsmaßstäben soll den Einrichtungen ein Instrumentarium zur Bewältigung der Anforderungen in sechs ausgewählten, besonders wichtigen Versorgungsbereichen an die Hand gegeben werden. Die Qualitätsmaßstäbe beschreiben ein allgemeines Mindestanforderungsprofil an die Qualität, das von den Einrichtungen erprobt werden soll. Sie bedürfen für die Umsetzung an vielen Stellen einer einrichtungsspezifischen Konkretisierung und stellen insofern eine Arbeitshilfe dar. Da es sich um Mindestanforderungen handelt, ergänzen viele Einrichtungen die Qualitätsmaßstäbe um weitere Aspekte. Die Maßstäbe legen Kriterien fest, die von den Einrichtungen zu beeinflussen sind, d. h. deren Erfolg sie sicherstellen können. Bei einigen Qualitätsmaßstäben, z. B. dem zur Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, ist der Erfolg bestimmter Maßnahmen jedoch von der Kooperationsbereitschaft Dritter abhängig. Hier weisen die Formulierungen der Kriterien in dem Maßstab darauf hin, dass bestimmte Maßnahmen von den Einrichtungen zwar initiiert werden können, ihr Erfolg aber letztlich nicht allein von der Einrichtung sichergestellt werden kann.

### **Bedeutung des Heimeinzugs für die Betroffenen**

Für die Entwicklung des Qualitätsmaßstabs „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ war es wichtig, die Bedeutung des Heimeinzugs für die Betroffenen zu bedenken. Aus Untersuchungen ist bekannt, dass sich nur wenige Menschen vorausschauend mit einem Heimeinzug auseinandersetzen. Die meisten Menschen wollen auch im Alter in der eigenen Wohnung leben. Der Einzug in eine Pflegeeinrichtung bedeutet für den Betroffenen die Aufgabe des eigenen Wohnraums, dem im Alter wohl die größte Bedeutung zukommt. Der Heimeinzug stellt somit eine Verlust Erfahrung dar, zugleich bedeutet er die Konfrontation mit einer radikal anderen Umwelt, einer institutionellen Umgebung mit bestimmten Reglementierungen, z. B. festen Aufsteh- und Zubettgehzeiten oder starren Essenszeiten. Der umziehende alte Mensch sieht sich, selbst unter günstigen Umständen, vielfältigen Belastungen ausgesetzt, die er ohne Hilfe der Einrichtung und der Angehörigen in der Regel nicht bewältigen kann. Der Heimeinzug wird deshalb auch als so genanntes „kritisches Lebensereignis“ betrachtet, das – wenn es nicht erfolgreich bewältigt wird – psychische Störungen nach sich ziehen kann. Natürlich kann der Heimeinzug bei bestimmten Personen auch mit positiven Erwartungen und Folgen verbunden sein: Das Wohnumfeld kann sich verbessern, neue Sozialkontakte können hergestellt, Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung können sichergestellt und durch eine häusliche Pflege belastete Angehörige entlastet werden.

Daneben sind aus zahlreichen Forschungsarbeiten Belastungen bzw. Befürchtungen bekannt, die ein Heimeinzug mit sich bringen kann. Hierzu gehören fehlende oder eingeschränkte persönliche Bereiche, der Mangel an Gestaltbarkeit des Heim- und Privatlebens, soziale Isolation trotz hoher Bewohnerdichte, räumliche Unzulänglichkeiten, Einschränkungen der selbständigen Lebensgestaltung durch einen unangemessenen Tagesablauf, finanzielle Einbußen sowie negative Vorstellungen über das Heimleben aufgrund unzureichender Information.

### **Übergeordneter Qualitätsmaßstab: Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung**

Der Qualitätsmaßstab „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ setzt an dieser Stelle an, indem er zum einen Kriterien für die Interaktion zwischen der Einrichtung und dem Bewohner bzw. seinen Angehörigen festlegt und zum anderen, indem Vorgaben für die Organisation des Einzugs gemacht werden.

Zu den einzelnen Kriterien des Maßstabs: Zu Beginn sind Grundsätze formuliert bzw. Zielsetzungen, die mit dem Qualitätsmaßstab verfolgt werden. Hierzu gehören die Integration des neuen Bewohners in das soziale Umfeld der Einrichtung, das Reduzieren der Belastungen sowie das Sicherstellen einer kontinuierlichen, bedarfsgerechten Versorgung. Der Bewohner bzw. seine Angehörigen sind über das Versorgungsangebot der Einrichtung hinreichend zu informieren, die Einrichtung soll vor dem Einzug den notwendigen Unterstützungsbedarf ermitteln.

Es folgt der Punkt „Verfügbarkeit einer schriftlichen Konzeption“. Da die Qualitätsmaßstäbe ein allgemein definiertes Mindestanforderungsprofil darstellen, sind die Einrichtungen gefordert zu allen Maßstäben ein einrichtungsspezifisches Konzept zu erstellen, das die Anforderungen der Maßstäbe ausreichend tief berücksichtigt. In den Einrichtungskonzepten ist festzulegen, welche Mitarbeiter Aufgaben übernehmen. Am Heimeinzugsverfahren sind oftmals die Sozialen Dienste neben der Pflege beteiligt. Die Konzepte sollen auch Aussagen darüber machen, wie die Inhalte den Einrichtungsmitarbeitern vermittelt werden sollen.

Als Drittes folgen Regelungen zu personellen Zuständigkeiten. Es ist vorgesehen, dass der Bewohner, in den wichtigen ersten vier bis sechs Wochen des Heimaufenthalts, durch einen festen Hauptansprechpartner aus der Pflege begleitet wird. Innerhalb der Einrichtung soll Transparenz über den Hauptansprechpartner herrschen, um



einen gezielten Informationsfluss über Probleme des neu eingezogenen Bewohners zu ermöglichen. Die ersten drei Punkte finden sich in vergleichbarer Form in allen Qualitätsmaßstäben wieder.

An der vierten Stelle findet sich das so genannte Erstgespräch. Es soll im häuslichen Umfeld bzw. im Krankenhaus mit dem Bewohner und ggf. seinen Angehörigen geführt werden. Im Erstgespräch sollen dem Bewohner Informationen über das Heimleben gegeben werden, damit er sich ein realistisches Bild vom Wohnen in der Einrichtung machen kann. Darüber hinaus gehört das Ermitteln erster pflege- und betreuungsrelevanter Informationen zu den Inhalten des Erstgesprächs. Auch der Beginn des Erfassens biografischer Informationen ist vorgesehen, hierzu können die Einrichtungen einen Anforderungskatalog des IPW nutzen.

Es folgen Kriterien für die Vorbereitung des Heimeinzugs innerhalb der Einrichtung. Dem zukünftigen Bewohner soll, soweit das möglich ist und seinen Wünschen entspricht, eine Hausbesichtigung angeboten werden, die ihm Gelegenheit bietet, weitere Erfahrungen mit der Einrichtung zu sammeln. Die Verfügbarkeit der notwendigen Hilfsmittel und Medikamente ist sicherzustellen, daneben sind Absprachen zwischen den einzelnen Leistungsbereichen innerhalb der Einrichtung in die Wege zu leiten.

Am Einzugstag soll der pflegerische Hauptansprechpartner bestimmte Aufgaben übernehmen. Hierzu gehört, den neuen Bewohner und seine Angehörigen zu empfangen und zu begleiten, dem Bewohner das Zimmer und den Wohnbereich zu zeigen sowie die Mitarbeiter des Wohnbereichs und ggf. den Mitbewohner bekannt zu machen. Des Weiteren soll ein Aufnahmegespräch geführt werden, in dem weitere versorgungsrelevante Informationen erhoben werden und der Bewohner gegebenenfalls zusätzliche Informationen erhält. Spätestens am Einzugstag ist der Hausarzt zu informieren.

Aus Forschungsarbeiten ist bekannt, dass insbesondere die ersten vier bis sechs Wochen nach dem Heimeinzug eine besonders hohe Bedeutung für den weiteren Aufenthalt haben. Gelingt dem neuen Bewohner in dieser Zeit die Eingewöhnung, so ist auch die Prognose für das langfristige Einleben in der Regel gut. Daher wird auf den Zeitraum der ersten Phase des Aufenthalts im Qualitätsmaßstab ein besonderer Schwerpunkt gelegt. In dieser Zeit soll der Bewohner, soweit es möglich ist und seinem Bedarf entspricht, täglich vom pflegerischen Hauptansprechpartner aufgesucht werden. Dabei soll in Gesprächen der Unterstützungsbedarf des neuen Bewohners beim Einleben herausgefunden und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden. Dazu kann gehören, innerhalb der Einrichtung angemessene Kontakte zu anderen Bewohnern herzustellen. Daneben soll der Bewohner die Hausabläufe kennen lernen sowie das Wohnumfeld, also beispielsweise den Garten und Spaziermöglichkeiten. Ferner ist in dieser Zeit vorgesehen, mit dem Bewohner einen bedürfnisorientierten Tagesablauf zu vereinbaren. Gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst, soll ein individueller Aktivitätenplan erstellt werden. Der Hauptansprechpartner ist gehalten, auch die Angehörigen über das Einleben des Bewohners zu informieren und sie gegebenenfalls daran zu beteiligen. Nach maximal zwei Wochen sollte das pflegerische Assessment abgeschlossen sein und die erste Pflegeplanung fertig gestellt werden. Unmittelbar im Anschluss an die erste Phase des Aufenthalts, also nach sechs Wochen, ist mit dem Bewohner ein Integrationsgespräch zu führen, in dem das Einleben thematisiert und beurteilt werden soll. Das IPW empfiehlt, im Rahmen dieses Gesprächs die folgenden Bereiche anzusprechen:

- Privatsphäre (z. B. Anklopfen),
- Entscheidungsautonomie (z. B. Wahl der Kleidung),
- Erhaltung der Selbständigkeit (z. B. Motivation, Anleitung zur Körperpflege),
- Informationsbedarf (z. B. Besuchsmöglichkeiten, Haustiere),
- Angebote (z. B. Gruppen-, Einzelangebote),

- Tagesstrukturierung,
- Sozialkontakte (zu Mitbewohnern, Personen außerhalb der Einrichtung),
- Pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung (Berücksichtigung von Wünschen, Einbeziehung in die Pflegeplanung).

Es kann sein, dass aufgrund der Informationen des Integrationsgesprächs eine Anpassung der Pflegeplanung erforderlich wird. Den Einrichtungen wird empfohlen, auch über die ersten sechs Wochen hinaus die Eingewöhnung des Bewohners im Blick zu behalten und hierfür entsprechende Maßnahmen festzuschreiben.

### **Ausblick**

Am Ende des Modellvorhabens soll in Bezug auf die Qualitätsmaßstäbe eine planvollere Gestaltung, d.h. ein besser strukturiertes und systematischeres Vorgehen, in den sechs Versorgungsbereichen stehen. Die erprobten Qualitätsmaßstäbe stehen dann, zusammen mit den Evaluationsergebnissen und den Erfahrungen der Umsetzung, der Fachöffentlichkeit zur Verfügung. Sie können und sollen von anderen Einrichtungen genutzt werden, um die eigene Qualitätsentwicklung daran auszurichten und voranzutreiben.

## **2.2 Erfahrungen aus dem Altenheim Ludgeristift Bockum in Hamm**

### **Vorbereitungsphase**

Das Ludgeristift Bockum ist eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, in der 60 Senioren und Seniorinnen leben. Die Besonderheit im Rahmen der Referenzmodelle ist die Teilnahme einer weiteren Einrichtung des Trägers am Modellvorhaben, die sich im selben Stadtteil befindet. Hierdurch können Synergieeffekte bei der Umsetzung der Projektinhalte genutzt werden.

Im September 2004 haben die Modellbeauftragten eine Defizitanalyse zu den Themen aller Qualitätsmaßstäbe in ihren Einrichtungen durchgeführt. Dabei wurden vorhandene Maßnahmen und der Veränderungsbedarf festgestellt. Ende Oktober lag der Anforderungskatalog des IPW zum Qualitätsmaßstab „Heimeinzug“ vor. Hierzu ist im Ludgeristift unter Einbeziehung der Einrichtungsleitung und einzelner Mitarbeiter eine Ist-Analyse durchgeführt worden, wobei der Kriterienkatalog zur „Erfassung der Biografie“ einbezogen wurde.

Die Analyse hat ergeben, dass vor Einführung des Qualitätsmaßstabs verschiedene Checklisten im Verwaltungsbereich sowie diverse Informationsmaterialien (Preislisten, Flyer, ...) vorlagen. Biografiearbeit fand nicht in ausreichendem Maße statt, ein umfassendes schriftliches Konzept zum Heimeinzug fehlte bis dahin.

### **Entwicklungsphase**

Zwischen Januar und März 2005 erfolgte dann die Konzeptentwicklung innerhalb der Einrichtung. Grundlage hierfür waren der Kriterienkatalog zur „Erfassung der Biografie“ und der Qualitätsmaßstab zum Heimeinzug. Es wurden neue Instrumente in Form von Checklisten für den Pflegebereich, z. B. zum Integrationsgespräch und für die Haustechnik sowie für andere Bereiche erarbeitet. Zum Teil wurden vorhandene Checklisten angepasst. Durch verschiedene Informations- und Organisationsmaterialien, z. B. Hausinformation und Umzugsplaner wurde das Konzept ergänzt. In allen Wohnbereichen gab es Diskussionen, Anregungen und Verbesserungsvorschläge, die berücksichtigt wurden. Zwischen März und April 2005 wurden Informationsveranstaltungen zum Konzept für die Mitarbeiter der beiden Einrichtungen durchgeführt. Jeder Wohnbereich hat das Konzept einschließlich sämtlicher Instrumente in Papierform erhalten.



## Erprobungsphase

Zur Erprobung wurden drei Monate bzw. fünf Heimeinzüge angesetzt. Da in den Einrichtungen in der vereinbarten Zeit keine Heimeinzüge stattfanden, musste der Erprobungszeitraum bis November 2005 ausgedehnt werden. Im November erfolgte dann die Evaluation des Heimeinzugsverfahrens durch die Modellbeauftragte. Dabei wurden Zuständigkeiten, Checklisten und Teile des Konzepts überarbeitet und an die Praxis angepasst.

Für die Konzeptentwicklung brachte die Einrichtung einige positive Voraussetzungen mit:

- Mitarbeiter waren an die Arbeit mit Checklisten gewöhnt.
- Einige Anforderungen des Qualitätsmaßstabs waren vorab erfüllt.
- Die Mitarbeitermotivation zur Bearbeitung des Maßstabs war hoch.
- In allen Wohnbereichen wurden viele nützliche Ideen entwickelt.

Daneben zeigte die Umsetzung positive Auswirkungen:

- Verlässliche Ausfallregelungen für die Mitarbeiter, gleicher Informationsstand bei den Mitarbeitern.
- Kontinuität für die Bewohner und Planungssicherheit für die Mitarbeiter.
- Vorhandensein eines Verfahrens zur Qualitätssicherung.

Andere Dinge gestalteten sich bei der Konzeptentwicklung und -umsetzung schwierig. So waren drei Änderungen für das Formular zur Biografieerfassung aufgrund der einrichtungsinternen Umstellung auf „neue Pflegedokumentationsformen“ erforderlich. Daneben zeigte sich, dass die Gewährleistung des Erstbesuchs, besonders bei sehr kurzfristigen Einzügen, nicht immer möglich ist. Als dritte Schwierigkeit ist zu nennen, dass die Einplanung der zuständigen Pflegefachkraft am Einzugsstag Schwierigkeiten bereitet, da die Vorplanungszeit für den Dienstplan ca. vier Wochen beträgt. Problematisch war auch, dass in der Einführungsphase des Konzepts zum Heimeinzug viele weitere Projektinhalte gleichzeitig umzusetzen waren, was zu einer hohen Arbeitsbelastung der Mitarbeiter führte. Auch das Erfassen biografischer Informationen gestaltete sich im Rahmen des Heimeinzugs nicht immer einfach, da Bewohner und Angehörige in der ersten Zeit nach dem Einzug noch nicht bereit sind, über biografische Aspekte Auskünfte zu geben. Hierzu fehlt ihnen oftmals noch das Vertrauen, es kommt auch vor, dass die Informationen den Angehörigen nicht bekannt sind. Gleichzeitig war festzustellen, dass biografische Daten der Bewohner, die nicht in den Pflegedokumentationen zu finden waren, den Mitarbeitern dennoch bekannt waren.

## 2.3 Erfahrungen aus dem Minna-Sattler-Seniorenzentrum der Arbeiterwohlfahrt in Dortmund

Das Minna-Sattler-Seniorenzentrum der Arbeiterwohlfahrt Bezirk Westliches Westfalen liegt im Dortmunder Süden und hat einen Wohndorfcharakter. Auf einem Gelände von 20.000 qm verteilt befinden sich insgesamt 13 Häuser, in denen 206 Seniorinnen und Senioren leben.

Im Jahr 2001 wurde für alle Seniorenzentren des Bezirks ein Qualitätsmanagement-Handbuch eingeführt. Der Prozess des Heimeinzugs ist darin für alle beteiligten Arbeitsbereiche (Pflege, Verwaltung, Sozialer Dienst) verbindlich festgelegt.

### **Vorraussetzungen vor Einführung des Qualitätsmaßstabs**

Viele Anforderungen aus dem Qualitätsmaßstab (z. B. das Führen eines Integrationsgesprächs) waren bereits fester Bestandteil unseres Heimeinzugsverfahrens. Trotz festgelegter Verfahren taten sich folgende Problembereiche auf:

- Informationen, die der Soziale Dienst im Aufnahmegespräch erfasst hat, wurden nicht strukturiert an die entsprechenden Arbeitsbereiche weitergeleitet (z. B. Mahlzeitenversorgung).
- Biografische Daten waren unvollständig oder gar nicht erhoben.
- Integrationsgespräche sind nicht konsequent durchgeführt worden und waren inhaltlich von der durchführenden Person abhängig.
- Angehörige waren nur unzureichend über den Pflegeprozess und den Sinn des Integrationsgesprächs informiert.

### **Entwicklung und Umsetzung des Konzepts zum Heimeinzugsverfahren**

Bei der Erstellung des neuen Konzepts verfolgten wir den Anspruch, dass dies an bestehende Regelungen anschlussfähig sein muss. Aus den festgestellten Problembereichen ergaben sich unsere Zielsetzungen. Zum einen sollen zukünftig alle Arbeitsbereiche zeitnah Informationen zum neuen Bewohner erhalten und zum anderen soll der Heimeinzug optimal für den Bewohner, seine Angehörigen und natürlich auch für die Mitarbeiter verlaufen.

Die Umsetzung des Konzepts begann mit der Einführung eines neuen Biografiebogens. Im Rahmen des Erstgesprächs wird der Erfassungsbogen an die Angehörigen weitergeleitet, mit der Bitte, ihn bis zum Einzug auszufüllen. Anschließend wurden interne Regelungen, z. B. zum Einzugstag erstellt, die das bestehende Konzept ergänzten.

Die Entwicklung von Gesprächsleitfäden (z. B. zum Integrationsgespräch), Checklisten (z. B. zur Zimmerrenovierung) und Formblätter für die einzelnen Arbeitsbereiche rundeten die Konzeptentwicklung ab. Abschließend wurde das neue Konzept mit den beteiligten Arbeitsbereichen (Sozialer Dienst, Verwaltung, Hauswirtschaft und Pflege) abgestimmt und im Rahmen von Teamsitzungen vorgestellt.

Der Qualitätsmaßstab „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ weist Schnittstellen mit anderen übergeordneten Qualitätsmaßstäben auf. Im Rahmen der Entwicklung des Konzepts zur „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ etwa haben wir einen Angehörigenflyer entwickelt, der den Angehörigen bei Einzug ausgehändigt wird und alle wichtigen Prozesse nochmals erläutert. Darin werden auch die Wohnbereichsleitung und die zuständige Bereichspflegefachkraft mit Namen und Telefonnummer benannt.

### **Bewertung des Konzepts zum Heimeinzug**

Der veränderte Prozess zum Heimeinzug findet in unserer Einrichtung seit Juli 2005 statt. Die beiden Modellbeauftragten der Einrichtung haben bisher 30 Heimeinzüge anhand eines selbst entwickelten Evaluationsbogens ausgewertet.

Die Ergebnisse wurden in der Lenkungsgruppe des Modellvorhabens vorgestellt und diskutiert. Korrekturen, z. B. fehlende Biografien noch zu erheben, wurden umgehend eingeleitet. Die Evaluation hat uns zu folgenden Ergebnissen gebracht: Die Anzahl der erfassten Biografien bei Neueinzügen hat sich auf 75% erhöht. Dies liegt vor allem an dem hohen Engagement der Angehörigen. Die fehlenden 25% begründen sich zum einen durch relativ schnelles Versterben der Bewohner. Zum anderen sind der Bewohner und seine Angehörigen beim Einzug oftmals noch nicht bereit, biografische Daten preiszugeben, da sie sich mit vielen anderen Dingen auseinandersetzen müssen.



Der Informationsfluss zwischen den Arbeitsbereichen hat sich sowohl durch festgelegte Verfahren als auch neu eingeführte Formblätter verbessert. Obwohl unsere Einrichtung bereits seit 2001 mit dem System der Bereichspflegefachkraft arbeitet, lässt sich festhalten, dass sich das Bewusstsein bezüglich der Zuständigkeiten weiter erhöht hat. Diese festen Ansprechpartner bieten sowohl für die Bewohner als auch deren Angehörige Sicherheit.

Die Pflegeplanungen sind nach Umstellung des Einzugsprozesses, aber auch nach Einführung der neuen Pflegedokumentation biografieorientierter geworden. Aktivitäten werden gezielt nach den Bedarfslagen der Bewohner geplant. Die Gestaltung der Beratungssituation verläuft für die Angehörigen, den zukünftigen Bewohner und die beteiligten Mitarbeiter strukturierter. Gleichzeitig ist das Heimeinzugsverfahren für alle Beteiligten transparenter geworden. Nachdem die umfangreiche Evaluation durch die Modellbeauftragten abgeschlossen ist, wird das gesamte Konzept mitsamt allen Instrumenten in Kürze überarbeitet.

### **Ausblick**

Wir als Einrichtung haben die Erwartung, dass die nächste Kundenbefragung eine höhere Zufriedenheit der Angehörigen und Bewohner zum Thema „Pflegeprozess und Integrationsgespräch“ ergibt.

### **Diskussionspunkte**

In der Diskussion wurde der Nutzen des Projekts für die Mitarbeiter der Einrichtungen thematisiert. Die Modellbeauftragten haben darauf hingewiesen, dass die Umsetzung der Konzepte zu Beginn des Vorhabens natürlich eine zeitliche Mehrbelastung dargestellt hat, da viele der neuen Abläufe erst zur Routine werden mussten. Mittlerweile bieten die Konzepte den Mitarbeitern in ihrer täglichen Arbeit aufgrund des einheitlichen Vorgehens mehr Sicherheit.

Ein Diskussionsteilnehmer vermutete, dass nur Einrichtungen mit einem besonders hohen Stand an Qualitätsentwicklung in das Modellvorhaben einbezogen wurden. Die Referenten erläuterten, dass bei der Auswahl der Einrichtungen viel Wert darauf gelegt wurde, Einrichtungen mit unterschiedlichem Stand hinsichtlich ihrer Qualitätsentwicklung zu berücksichtigen und dass daher eine heterogene Mischung im Modellvorhaben vertreten ist.

Die Schwierigkeit, das Erstgespräch im Rahmen des Heimeinzugs sicherzustellen, war ein weiterer Diskussionspunkt. Die Modellbeauftragten haben auf das Problem der Sicherstellung des Erstgesprächs hingewiesen. Zugleich stellten sie die Bedeutung des Erstgesprächs für den Informationsfluss und die einrichtungsinterne Steuerung heraus. Ferner verdeutlichten sie, dass die veränderten Prozesse durch das Heimeinzugsverfahren anfangs zeitintensiv waren, da sie sich erst „einspielen“ mussten. Es wurde festgehalten, dass eine unstrukturierte Heimaufnahme deutlich mehr Zeit in Anspruch nimmt, als eine strukturierte, in der systematisch Informationen erhoben werden. In diesem Zusammenhang wurde angeregt, auch Informationen ambulanter Pflegedienste zu nutzen, sofern sie an der Versorgung beteiligt waren.

Ein Diskussionspunkt war auf die Schnittstelle zum Krankenhaus gerichtet. Die Referenten haben darauf hingewiesen, dass es eigens hierfür den Qualitätsmaßstab zum „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“ gibt, der im Rahmen des Vorhabens erprobt wird und in dem der gegenseitige Informationsaustausch geregelt ist. Das Thema „Neue Dokumentationsformen“ wurde angesprochen. Diese werden, den Erfahrungen der Modellbeauftragten zufolge, recht unterschiedlich von den Gutachtern der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung aufgenommen. Die Einrichtungen haben festgestellt, dass einige Gutachter nur ein geringes Interesse an der Pflegedokumentation zeigen. Bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit werden oftmals lediglich Einzelleistungen, aber nicht der gesamte

Bedarf des Bewohners ins Auge gefasst. Die Leistungen der psychosozialen Betreuung finden im Verfahren keinerlei Berücksichtigung, was aus Sicht der Einrichtungen sehr bedauerlich ist.

Als Vorteil der Einführung neuer Dokumentationsformen stellten die Modellbeauftragten heraus, dass sich die Qualität der Pflegedokumentation insgesamt deutlich verbessert hat. Die Bedarfe der Bewohner werden durch die Tagesstrukturpläne sichtbar, es ist eine biografieorientierte Ausrichtung der Tagesstrukturen feststellbar. Daneben hat sich der zeitliche Aufwand für die Dokumentation der Maßnahmen reduziert. Auch die in der Vergangenheit häufig festgestellte fehlende Prioritätensetzung hat sich mit Einführung der neuen Dokumentationsformen geändert: Es werden nunmehr Schwerpunkte bei den Lebensaktivitäten gesetzt und nicht mehr wie bisher, unabhängig vom Bedarf, zu allen Bereichen Maßnahmen geplant.

Es wurde kritisch angemerkt, dass Modellvorhaben oftmals modellhaft bleiben und aufgrund unzureichender Einbeziehung in die politische Diskussion keine Umsetzung in die Regelversorgung erfolgt. Die Referenten betonten, dass gerade in diesem Punkt eine große Chance im „Referenzmodell“ liegt, da sich neben Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit (BMGS) auch Vertreter des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes NRW sowie die Spitzenverbände der Pflegekassen im Steuerungskreis befinden, in dem Projektinhalte regelmäßig abgestimmt und diskutiert werden.



## Forum 3

**„Schnittstellenmanagement zur Optimierung der Zusammenarbeit von Pflege, Sozialem Dienst und Hauswirtschaft“**

## Forum 3

# „Schnittstellenmanagement zur Optimierung der Zusammenarbeit von Pflege, Sozialem Dienst und Hauswirtschaft“

### ■ Projektberichte:

3.1 Einführung: Hildegard Heinrich und Manfred Krohn, Organisationsberater/in des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Projektbüro Dortmund

3.2 Erfahrungen aus den Alten- und Pflegeheimen St. Josef gGmbH, Haus Waldenrath in Heinsberg: Ursula Vollenbroich-Vogt, Modellbeauftragte

Moderation: Harald Kesselheim,  
Abteilungsleiter Pflege des AOK Bundesverband, Bonn



## 3.1 Einführung

Im Fokus der Beiträge des Forums 3 stand das Thema „Schnittstellenmanagement als Grundlage für die Umsetzung der Vorgaben des Referenzmodells“. Aus der Perspektive der (ISS) Organisationsberatung und der Modellbeauftragten des Hauses Waldenrath in Heinsberg wurde ein Beispiel erfolgreichen Schnittstellenmanagements sowie dessen notwendigen Rahmenbedingungen vorgestellt.

Grundsätzlich sind Schnittstellen zentrale Transferpunkte zwischen Funktionsbereichen und Mitarbeiter/innen, an denen es zu erheblichen Konflikten und dem Verlust von Ressourcen kommen kann. Ein erfolgreiches Schnittstellenmanagement führt deshalb zu einem optimierten Einsatz vorhandener Ressourcen und einer Verbesserung des Arbeitsklimas. Im Referenzmodell bedeutet Schnittstellenmanagement das erneute Zusammenführen von differenzierten Arbeitsbereichen, um eine verbesserte Orientierung an den Bedürfnissen der Bewohner/innen zu erreichen. Erfolgreiches Schnittstellenmanagement ist ein Schritt zur gemeinsamen und ganzheitlichen Betreuung der Bewohner/innen sowie der Optimierung vorhandener Arbeitsabläufe.

Das Referenzmodell verfolgt das Ziel einer verbesserten Pflege der Bewohner/innen in Altenpflegeheimen. Vor dem Hintergrund der Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Einrichtungen“ liegt dabei ein besonderes Augenmerk auf der Verbesserung der Pflege dementer und immobiler Bewohner/innen, deren bisherige Versorgung mit einem Anstieg der Pflegestufe, relativ betrachtet, abnimmt.

Die im Referenzmodell entwickelten Qualitätsmaßstäbe sind nach Erfahrung der Organisationsberatung eine notwendige aber noch keine hinreichende Voraussetzung, um die angestrebten Qualitätsziele zu erreichen. Die Qualitätsmaßstäbe kön-

nen aus Sicht der Organisationsberatung erst dann ihre volle Wirkung in den Einrichtungen entfalten, wenn die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen sind. Hierzu gehören u.a. die Betrachtung/Analyse der Aufbau- und Ablauforganisation, die Identifizierung förderlicher und hinderlicher Faktoren und vor allem eine Überprüfung der vorhandenen Schnittstellen.

Die Modellbeauftragte des Hauses Waldenrath in Heinsberg und zwei ISS Organisationsberater/innen des Projektbüros Dortmund vermittelten im Forum 3 anhand praktischer Beispiele einen Einblick in Methode und Inhalt der Organisationsberatung sowie der praktischen Umsetzung in der Einrichtung. Auf diese Weise wurde ein Einblick in den Alltag der Einrichtungen im Rahmen des komplexen Referenzmodells und in erste grundlegende Erfahrungen und Ergebnisse aus Sicht der Organisationsberatung und einer Referenzeinrichtung gegeben. Die verbesserte Zusammenarbeit von Pflege- und Sozialem Dienst, die Einbeziehung neuer Professionen, veränderte Zuständigkeiten in der Pflege sowie dezentrale hauswirtschaftliche Leistungen, die Hand in Hand mit der Pflege erbracht werden, standen im Mittelpunkt der Vorträge und Diskussionen.

### Vorgehen der ISS Organisationsberatung

Für die Realisierung von Verbesserungen im Versorgungsalltag der vollstationären Pflege sind neben den im Referenzmodell entwickelten Instrumenten, Leistungsdefinitionen und Qualitätskriterien die Gestaltung der Arbeitsorganisation und Kooperation sowie die grundlegende Haltung der Mitarbeiter/innen von entscheidender Bedeutung. Ein wesentlicher Motor bei der Steuerung der gezielten Veränderungsprozesse sind die Modellbeauftragten der beteiligten Referenzeinrichtungen.

Die ISS Organisationsberatung unterstützt und berät die Referenzeinrichtungen. Auf der Basis einer Stärken-/Schwächenanalyse, eines Soll-Ist-Vergleiches und entsprechender Handlungspläne berät und unterstützt die Organisationsberatung die Einrichtungen insbesondere in Hinblick auf

- die Erprobung und Umsetzung der Projektbausteine,
- die Optimierung der Zusammenarbeit der Arbeitsbereiche,
- die Neuordnung der Aufbau- und Ablauforganisation,
- die Definition verbindlicher Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche sowie
- der Optimierung von Schnittstellen.



## Erfahrungen und Ergebnisse bei der Konzeptumsetzung

Die Fachbereiche in den meisten Referenzeinrichtungen haben getrennte Leitbilder, Konzeptionen, Dokumentations- und Besprechungssysteme sowie unterschiedlich strukturierte Personalorganisationen. Die Bereiche sehen oftmals nur „ihre“ jeweiligen Leistungen wie z. B.:

- Pflegeplanung nur für die Pflege (Alltagsverrichtungen),
- Biographiebogen ist Sache des Sozialen Dienstes,
- Pflegedienst und andere Arbeitsbereiche kennen/nutzen sie nicht,
- psychosoziale Betreuung und Gespräche sind Sache des Sozialen Dienstes,
- Hilfen bei Alltagsverrichtungen sind Sache der Pflege und Hauswirtschaft,
- Hauswirtschaft versteht ihre Arbeit als „Service“,
- das Verpflegungsangebot der Küche berücksichtigt zwar Wahlmöglichkeiten, Wünsche der Bewohner/innen, Ambiente und Ernährungsphysiologie, aber nicht die Ressourcen der Bewohner/innen,
- bereichsübergreifende Besprechungen finden meist nur auf der Leitungsebene statt,
- psychosoziale Betreuung wird nicht ressourcenorientiert und systematisch geplant (Motto „Was haben wir im Angebot“, „was möchten Sie gerne?“),
- zu wenig Personal und Zeit für psychosoziale Betreuung und Mobilisation, ein bis zwei Mitarbeiter/innen des „sozialen Betreuungsdienstes“ versuchen, als „Einzelkämpfer/innen“ allen und allem gerecht zu werden,
- ein überholtes Pflegeverständnis trennt oftmals die Bereiche.

Typische Entwicklungen der letzten Jahre, wie z. B. die Einführung eines Qualitätsmanagements, wirtschaftlicher Druck und Belegungsprobleme, Einsparungen und Bürokratisierung, beförderten zunächst die stärkere Professionalisierung und Spezialisierung der Arbeitsbereiche. Zentralisierung, Outsourcing oder „Hotel“-Service führten aber auch zu Abgrenzung der Arbeitsbereiche statt zu kooperativer Zusammenarbeit. In Folge dieses Prozesses rückten die Bewohner/innen der Einrichtung und deren Ressourcen oftmals in den Hintergrund.

Für die Organisationsberatung und die Modellbeauftragten bedeuteten diese Analyseergebnisse, insbesondere die grundlegende Haltung der Mitarbeiter/innen zu den Bewohner/innen, das Selbstverständnis der Arbeit und die Kooperation und Kommunikation innerhalb der Einrichtung in den Blick nehmen zu müssen.

Die gemeinsame Grundhaltung aller Mitarbeiter/innen gilt als zentrale Voraussetzung für erforderliche Veränderungsprozesse. Dazu gehören gleiches Verständnis, gleiche Sprache, gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung sowie entsprechendes Führen und Handeln aller Leitungskräfte. Leitprinzipien für Veränderungsprozesse und die Umsetzung der Projektbausteine im Referenzmodell sind die Ressourcenförderung und -erhaltung, präventives/prophylaktisches Handeln und biographieorientiertes Arbeiten.

Insbesondere die Ressourcen der Bewohner/innen entscheiden darüber, wie, wo, wann, wie lange und von wem die Leistung erbracht werden muss. Die Ressourcenorientierung ist der Anknüpfungspunkt aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen. Sie ist Grundlage für die Zuordnung von Fachqualifikationen und persönlichen/kommunikativen Fähigkeiten der Mitarbeiter/innen und erfordert die kontinuierliche Anpassung des Leistungsprofils sowie entsprechender Organisationsentwicklungsprozesse.



Um die erforderlichen Veränderungen auf den Weg zu bringen, wurden zunächst gemeinsame und bereichsübergreifende Workshops zur Bestandsaufnahme, Zielformulierung und Veränderungsplanung durchgeführt. Es folgten interne Fortbildungen für alle Mitarbeiter/innen zu Biographieorientierung, Ressourcenförderung und Validation sowie adäquater Konzeptionsentwicklung.

Ein zentraler Punkt bei der erforderlichen Veränderung der Betriebsorganisation ist die sogenannte steuerungsverantwortliche „zuständige Pflegefachkraft“. In ihrer Verantwortung liegt die ressourcenorientierte Planung, die in allen Bereichen Berücksichtigung findet.

### 3.2 Erfahrungen aus dem Haus Waldenrath in Heinsberg

Das Haus Waldenrath in Heinsberg ist ein ländlich gelegenes Alten- und Pflegeheim, in dem 62 Bewohner/innen leben. Die Modellbeauftragte und die Mitarbeiter/innen der Referenzeinrichtung führten zu Beginn des Referenzmodells Analysen durch, um festzustellen, wie die aktuellen Leistungsbeschreibungen der Einrichtungen bei

- Einzel- und Gruppenaktivitäten zur Förderung und Erhaltung der Mobilität,
- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme,
- biographieorientierten Einzel- und Gruppenaktivitäten und
- Unterstützung bei sozialen Kontakten

qualitativ hochwertig und mit den zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen in den bestehenden Versorgungsalltag realisiert und integriert werden können.

Die Analyse ergab, dass viele Bewohner/innen zwar mit den stattfindenden Angeboten (in der Regel in Groß- und Kleingruppen) des Sozialen Dienstes erreicht wurden. Die schwerst immobilen oder dementen Bewohner/innen jedoch, und die Bewohner/innen, die nicht in Gruppenangebote eingebunden werden konnten, kamen allerdings deutlich zu kurz. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass geplante und fest verbindliche Aktivitäten für alle Bewohner/innen nur mit Unterstützung aller Bereiche und Mitarbeiter/innen erreicht werden konnten.

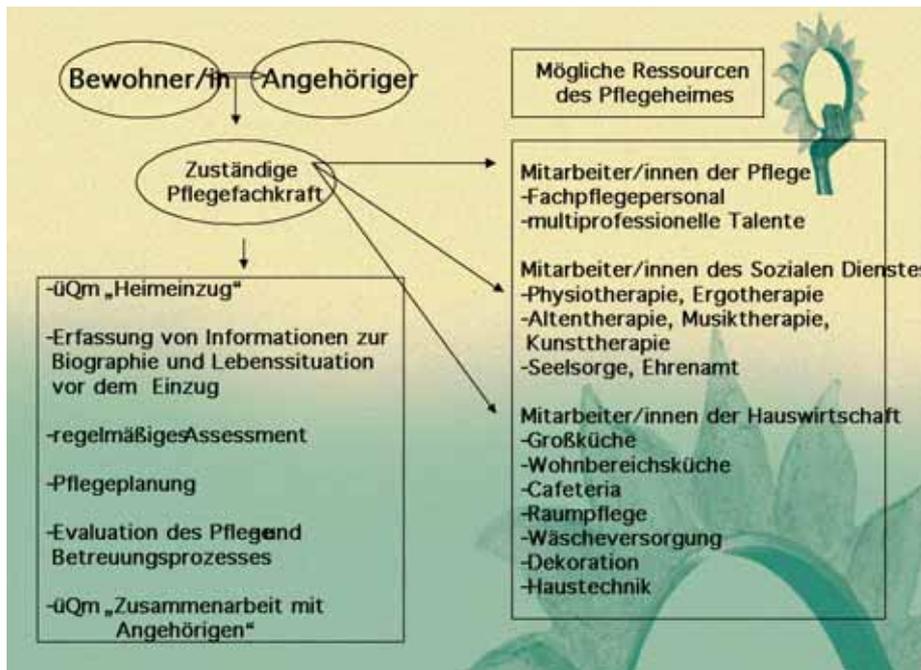
Nach konzeptionellen Absprachen mit der Geschäftsführung, der Qualitätsbeauftragten und den Mitgliedern des Management-Teams wurde eine verstärkte Zusammenarbeit aller Bereiche zur Verbesserung der Versorgung und Betreuung der Bewohner/innen mit folgender Zielsetzung vereinbart:

„Demente, schwer pflegebedürftige und in der Mobilität beeinträchtigte Bewohner/innen erhalten mindestens im gleichen Ausmaß Leistungen der Sozialen Betreuung wie die mobilen und fitten Bewohner/innen.“

Bei der Entwicklung dieses Vorhabens konnten verloren geglaubte Potentiale und Ressourcen in der Organisation der Einrichtung aktiviert werden. Der Entwicklungsprozess zur optimierten Kooperation wurde von der (ISS) Organisationsberatung durch bereichsübergreifende Workshops, intensive Gespräche und Schulungen beraten und unterstützt.

Die Einrichtung stellt für den Bereich der Mobilitätsübungen eine Physiotherapeutin ein. Diese schult und begleitet die Mitarbeiter/innen des Pflege- und Sozialen Dienstes und startete ein umfassendes einrichtungsinternes „Lust auf Mobilität“- Programm. Die zentrale Stelle für die Planung und Umsetzung der Bewohneraktivitäten war die steuerungsverantwortliche zuständige Pflegefachkraft.

Die folgende Folie zeigt am Beispiel eines Neueinzugs den differenzierten Verantwortungsbereich der steuerungsverantwortlichen zuständigen Pflegefachkraft:



Es wurden auch räumliche Anpassungen geschaffen, die die Betreuung in Kleingruppen und dezentral auf den Wohnbereichen, in unmittelbarer Nähe zu den Zimmern der Bewohner/innen, ermöglichten.

Es wurden diverse Schulungen für die Mitarbeiter/innen des Pflege- und Sozialdienstes sowie der Hauswirtschaft durchgeführt. Diese Schulungen verstärkten die Motivation der Mitarbeiter/innen und beförderten das Planungsverständnis, da viele Mitarbeiter/innen der Hauswirtschaft (Mahlzeitenbegleitung, Wäscheversorgung und Raumpflege) ihre Tätigkeit primär als Service ansahen und weniger als Möglichkeit der ganzheitlichen Betreuung der Bewohner/innen.

Die Bewohner/innen haben nun die Möglichkeit bei allen Mitarbeiter/innen der Bereiche verbindlich „mitzuarbeiten“. Dazu gehören u. a.:

- Hilfe beim Eindecken, Abdecken, Spülen, Kehren,
- Küche- und Reinigungswäschefalten,
- Mithilfe beim Reinemachen des Zimmers.

Die immobilen Bewohner/innen erhalten eine gezielte Förderung ihrer Mobilität und werden durch regelmäßige Angebote wie mobile Snoezeltherapie, basale Stimulation, Einzelgespräche, Sing- und Musikangebote etc. systematisch erreicht und gefördert.



## Bisherige Ergebnisse aus Sicht der Organisationsberatung

Entscheidend für Erfolg und Nachhaltigkeit von Veränderungen ist die systematische Vorgehensweise der Einrichtungen. Geeignete methodische Instrumente der Organisationsberatung sowie ein kontinuierlicher Beratungsprozess unterstützen und begleiten die Planungs- und Umsetzungsprozesse zu den Veränderungszielen.

Zu den zentralen Ergebnissen des Referenzmodells lässt sich bereits jetzt Folgendes sagen:

- die Bewohner/innen rücken deutlich stärker in den Fokus,
- die Biographiearbeit wird zur Querschnittsaufgabe aller Bereiche,
- die professionell differenzierten Arbeitsbereiche werden (wieder-) zusammengeführt,
- durch wohnbereichsbezogene Arbeitsorganisation werden deutlich mehr Bewohner/innen erreicht,
- die Haltung den Bewohner/innen gegenüber und das Selbstbild der Mitarbeiter/innen verändert sich,
- erreichte Veränderungsprozesse werden durch Controllingssysteme nachhaltig wirken.

## Diskussionspunkte

Ein zentraler Punkt in der Diskussion war die Frage nach den notwendigen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für eine solche Entwicklung, wie sie im Praxisbeispiel vorgestellt wurde. Hier betonte die Organisationsberatung, wie wichtig es ist, dass auch auf den zentralen Entscheidungsebenen (Träger, Heimleitung) das Konzept einer biographieorientierten und ressourcenfördernden Pflege mitgetragen und seine Umsetzung verfolgt wird. Ebenso ist aus Sicht der Organisationsberatung die Verfolgung fachlicher Verbesserungen mit der Optimierung tragfähiger Managementstrukturen zu verbinden. Das ist in einigen Referenzeinrichtungen im Verlaufe des Modellprojektes deutlich geworden. D. h., es muss nicht die perfekte Organisation „stehen“, bevor die Verwirklichung fachlicher Ziele angegangen werden kann.

Ein weiteres Diskussionsthema war, ob und wie es möglich ist, dass sich auch nicht im Bereich der Pflege und Betreuung qualifiziertes Personal (Hausmeister, hauswirtschaftliche Kräfte, etc.) in das Konzept der biographieorientierten Pflege einbinden lassen. Die Modellbeauftragte des Hauses Waldenrath machte deutlich, dass die Einrichtung bereits vor Beginn des Modellprojektes eine sehr systematische Personalauswahl und -entwicklung betrieben und die Mitarbeiter/innen entsprechend ihres Bedarfs offensiv in Fortbildungsmaßnahmen einbezogen hat.

In der Diskussion wurde von einigen Teilnehmern/innen zum Ausdruck gebracht, dass sie die Umsetzung ähnlicher Ziele und Verfahren nur unter den Bedingungen des Modellprojektes (für die Einrichtungen kostenfreie Organisationsberatung, Modellbeauftragte etc.) für realistisch halten. Hier ist zu konstatieren, dass die Referenzeinrichtungen ihre Organisationsentwicklungsprozesse in der Tat mit intensiver externer Unterstützung angehen konnten; gleichwohl machte die Organisationsberatung darauf aufmerksam, dass die Heinsberger Einrichtung bereits vor Beginn des Modellprojektes über die Merkmale verfügte, wie etwa dem vorhandenen und gelebten Personalentwicklungskonzept oder dem grundlegenden Einverständnis aller Ebenen zum Ziel einer biographieorientierten und ressourcenfördernden Pflege.

In jedem Fall machte die Präsentation und Diskussion in Forum 3 deutlich, dass Anpassungs- und Veränderungsprozesse in Organisationen, weil sie sich in aller Regel auf ein komplexes System beziehen, angemessen und Erfolg versprechend mit einer externen Beratung initiiert und durchgeführt werden.





## Forum 4

**„Der Mühe Lohn –  
Was hat sich durch das  
Modellprojekt in den  
Referenzeinrichtungen  
verändert? Erste  
Evaluationsergebnisse“**

## Forum 4

# „Der Mühe Lohn – Was hat sich durch das Modellprojekt in den Referenzeinrichtungen verändert? Erste Evaluations-ergebnisse“

### ■ Projektberichte:

4.1 Einführung: Dr. Eckart Schnabel, Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund

4.2 Projektergebnisse zur Umsetzung und Erfahrungen im Jochen-Klepper-Haus in Duisburg: Jutta Bily, Modellbeauftragte und Andrea Kuhlmann, Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund

Moderation: MR Roland Borosch,  
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW



## 4.1 Einführung

In Forum 4 wurden ausgewählte Ergebnisse der Evaluation zur Umsetzung der Konzeptbausteine vorgestellt. Frau Kuhlmann und Herr Dr. Schnabel vom Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund gaben zunächst einen Überblick über die Evaluationsergebnisse bezogen auf die 20 Referenzeinrichtungen des Modellprojekts. Die Modellbeauftragte des Jochen-Klepper-Hauses in Duisburg, Frau Bily, berichtete in Ergänzung dazu über die Veränderungen, die sich durch die Teilnahme an dem Modellprojekt feststellen lassen. Die Diskussion mit den Teilnehmern/innen des Forums 4 bezog sich auf unterschiedlicher Aspekte: Es wurden Fragen zur Umsetzung der Anforderungen mit Blick auf das Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten von Heimbewohnern/innen erörtert. Darüber hinaus wurde die Umsetzung des so genannten „Kriterienkatalogs zur Erfassung von Informationen zur Biographie und Lebenssituation vor dem Heimeinzug“ diskutiert. Ferner standen Fragestellungen hinsichtlich der strukturellen und personellen Voraussetzungen von Einrichtungen zur Diskussion, die für eine Umsetzung der Konzeptbausteine des Projektes notwendig wären. Nachfolgend werden einige Evaluationsergebnisse und Erfahrungen der Modellbeauftragten aus der Duisburger Referenzeinrichtung vorgestellt, die sich im Wesentlichen auf die Umsetzung des übergeordneten Qualitätsmaßstabs zum „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“ konzentrieren.

### Vorgehen im Rahmen der Evaluation

Um die Implementierung und Umsetzung der Konzeptbausteine in den 20 Referenzeinrichtungen analysieren zu können, setzt das Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund ein umfassendes Evaluationskonzept um, das folgende Aspekte berücksichtigt: formative und summative Evaluation, Messwiederholungsdesign, Erhebung und Auswertung qualitativer und quantitativer Daten, Befragung unterschied-

licher Quellen (Mitarbeiter/innen, Bewohner/innen, Modellbeauftragte) und Einsatz verschiedener Datenerhebungsmethoden (schriftliche Befragung, mündliche Befragung, Verlaufsprotokolle, Analyse von Dokumenten; Abb. 1).

Kurz vor Abschluss des Modellprojektes blicken die Referenzeinrichtungen auf eine umfassende Vorbereitungs- und Einführungsphase zurück, in deren Zentrum die Erstellung von Ist-Analysen und Handlungsplänen, die Erarbeitung oder Überarbeitung schriftlicher Konzepte, die Schulung der Mitarbeiter/innen sowie die Überprüfung von Arbeitsabläufen standen und die nunmehr in eine Phase der praktischen Erprobung übergegangen ist. Somit liegen der Evaluation zum gegenwärtigen Zeitpunkt Teilergebnisse vor, die in Forum 4 vorgestellt werden.

### Ausgangslage

Um die Ausgangslage der „Referenzeinrichtungen“ zu beschreiben, werden zunächst ausgewählte Strukturdaten (Größe der Einrichtungen, Bewohner- und Personalstruktur sowie Stand des Qualitätsmanagements) vorgestellt. Im Hinblick auf die Umsetzung der Konzeptbausteine ist es von Interesse, inwiefern die strukturellen Merkmale den Einführungs- und Erprobungsprozess beeinflussen. Vor dem Hintergrund der ersten Umsetzungserfahrungen wurde geprüft, ob ein Zusammenhang zwischen Umsetzungsgrad und ausgewählten Strukturmerkmalen besteht. Merkmale wie Einrichtungsgröße, Trägerschaft oder Betreuungsrelation haben hierauf jedoch keinen messbaren Einfluss. Vielmehr scheint ein fortgeschrittener Umsetzungsgrad hinsichtlich der vielfältigen Anforderungen im Projekt mit dem Entwicklungsstand des Qualitätsmanagementsystems zusammenzuhängen. Dies wird auch durch die Erfahrungen der Organisationsberatung gestützt, die ein „gelebtes“ Qualitätsmanagement als einen wesentlichen Erfolgsfaktor für die Bewältigung der Anforderungen beschreibt.

Darüber hinaus werden erste Evaluationsergebnisse vorgestellt, die die Ausgangssituation der „Referenzeinrichtungen“ aus Sicht der Mitarbeiter/innen und Bewohner/innen beschreiben. Die Mitarbeiter/innen bewerten die Ausgangslage in ihren Einrichtungen zwar im Detail durchaus kritisch, insgesamt aber positiv. Als Arbeitsbelastung werden insbesondere Hektik, Zeitdruck und Dokumentationstätigkeiten angegeben. Hervorzuheben ist, dass die Mitarbeiter/innen sich durchschnittlich nicht überlastet fühlen und mehrheitlich mit ihrer Arbeit zufrieden sind. Die Ergebnisse der ersten Mitarbeiterbefragung wurden ebenfalls im Hinblick auf den Umsetzungsgrad der Einrichtungen geprüft; dabei zeichnet sich ein Zusammenhang zwischen Zielerreichung im Projekt und einer hohen Mitarbeiterzufriedenheit ab. So bewerten die Mitarbeiter/innen in weit vorangeschrittenen Einrichtungen insbesondere die Bereiche „interne Organisation und Kommunikation“, „Arbeitszufriedenheit“, „Teamklima“ und das „Qualitätsmanagement“ in ihrer Einrichtung positiv.



Abbildung 1  
Übersicht  
Evaluationskonzept

Bei Bewohnerbefragungen im Allgemeinen wie auch in der vorliegenden Untersuchung in den 20 Referenzeinrichtungen werden hohe Zufriedenheitswerte erzielt. So äußert sich auch hier die Mehrheit der Bewohner/innen, die zu verschiedenen Themen befragt wurden, positiv. Gegenstand der Befragung sind Themen wie z. B. Heimeinzug und Eingewöhnungsphase, Wohnsituation, Mobilität, Ernährung und Hauswirtschaft, Pflege und Umgang, Umgang mit Beschwerden, Krankenhausaufenthalt, ärztliche Versorgung, soziale Kontakte, Tagesgestaltung und Aktivitäten, Umgang mit Sterben und Tod. Für den Erkenntnisgewinn der Einrichtungen ist jedoch insbesondere die Betrachtung von genannten Defiziten von Bedeutung. Im Rahmen der Defizitanalyse konnten negative Bewertungen einzelner Bereiche sowie Detailkritik aus Bewohnersicht herausgearbeitet werden, die für die Qualitätsverbesserung der Einrichtungen von Bedeutung sein können. Dabei wurden einerseits allgemeine Mängel deutlich z. B. in den Bereichen „Mahlzeiten“ und „Wäscheversorgung“ sowie im „Umgang mit Beschwerden“. Andererseits wurden auch Defizite, die gegenwärtig im Projekt aufgegriffen und bearbeitet werden, wie z. B. „Zeitmangel“ und „Wartezeiten“ sowie Defizite in der „ärztlichen Versorgung“ und der „Betreuung bei Krankenhausaufenthalten“ benannt.

## 4.2 Projektergebnisse zur Umsetzung und Erfahrungen im Jochen-Klepper-Haus in Duisburg

Im Mittelpunkt des Forums 4 stand jedoch der Bericht zu ersten Erfahrungen der Konzeptumsetzung, die aus Sicht der Einrichtungen und der Evaluation unter folgenden Fragestellungen diskutiert werden:

- Welche Erfahrungen haben die Einrichtungen bei der Umsetzung der Konzeptbausteine gemacht?
- Welche Anpassungen/Veränderungen erfolgen in den Einrichtungen im Prozess der Konzeptumsetzung?
- Was fördert, was hemmt die Umsetzung?

Die Auswertung zeigt, dass der Umsetzungsgrad in den Modelleinrichtungen, z. B. im Hinblick auf die umgesetzten Anforderungen der sechs übergeordneten Qualitätsmaßstäbe insgesamt ebenso heterogen ist wie die Ausgangslage der Einrichtungen. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass jede Einrichtung bereits vor Projektbeginn zumindest einige Anforderungen der übergeordneten Qualitätsmaßstäbe erfüllt hat (Abb. 2).

Im Rahmen des Forums 4 wird exemplarisch auf den Umsetzungsgrad der übergeordneten Qualitätsmaßstäbe zu „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“ Bezug genommen.

Der Stand der Umsetzung in den 20 Referenzeinrichtungen wird auf der Grundlage der Umsetzungsdokumentation (Stand 09/2005) und der Stuserhebung (Stand 12/2005) im Überblick dargestellt. Die folgenden Abbildungen zeigen den Stand der Umsetzung von Anforderungen, die im „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“ festgeschrieben sind. Im Projektverlauf haben beispielsweise zunehmend mehr Referenzeinrichtungen mit den entsprechenden Krankenhäusern vereinbart, dass sie über die Entlassung ihrer Bewohner/innen rechtzeitig informiert werden. Auch werden in den Einrichtungen die Pflegeplanungen der Bewohner/innen nach einem Krankenhausaufenthalt geprüft und ggf. aktualisiert. Eine erneute Pflegeanamnese findet in allen Referenzeinrichtungen zwei Wochen nach einem Kran-

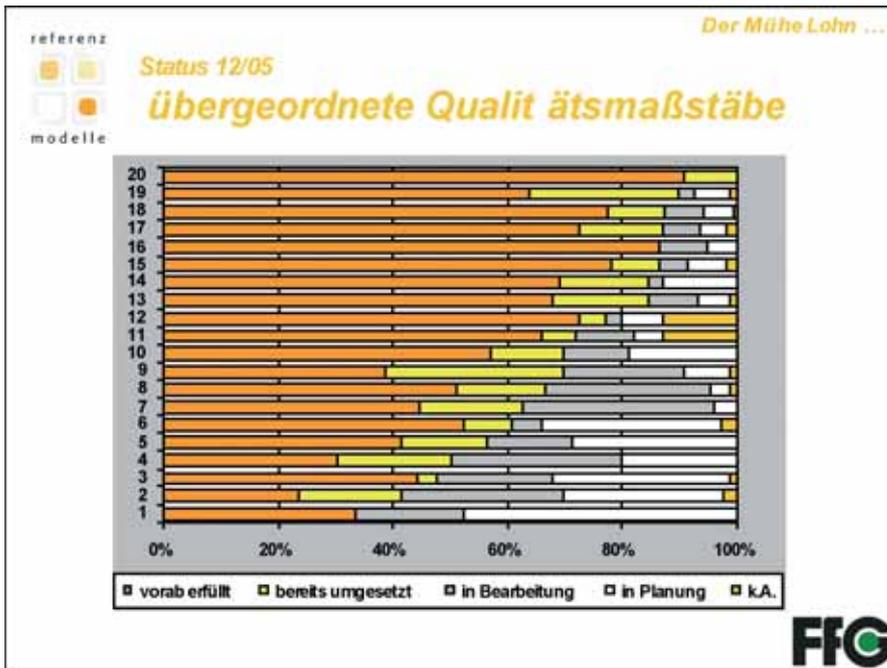


Abbildung 2  
Übersicht  
Umsetzungsgrad  
übergeordnete  
Qualitätsmaßstäbe  
(12/05)

kenhausaufenthalt statt. Die Modellbeauftragte des Jochen-Klepper-Hauses in Duisburg zeigt auf, wie sich der Einführungsprozess eines entsprechenden Qualitätsmaßstabs gestaltet hat (Abb. 3).

Im Zusammenhang mit dem übergeordneten Qualitätsmaßstab zu „Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten“ wurde im Rahmen der Diskussion mit den Teilnehmer/innen des Forums die Frage aufgeworfen, inwieweit die Betreuung demenzkranker Bewohner/innen darin berücksichtigt wird. Die Frage kann dahingehend beantwortet werden, dass die Kolleginnen und Kollegen des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld bei der Konzeptentwicklung die Bewohnerstruktur, die zunehmend durch Bewohner/innen mit demenziellen Erkrankungen geprägt ist, berücksichtigen. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass im Rahmen des Projektes nur die Handlungsspielräume der vollstationären Altenpflegeeinrichtungen berücksichtigt werden können. Inwieweit sich die Krankenhäuser auf eine verbesserte Kooperation einlassen, kann nur begrenzt beeinflusst werden. Darüber hinaus standen im Mittelpunkt des fachlichen Austauschs auch Fragen zur Übertragbarkeit der Konzeptbausteine auf andere Einrichtungen. Die Modellbeauftragte wie die Mitarbeiter/innen des Instituts für Gerontologie an der Universität Dortmund bewerten die Transfermöglichkeiten insgesamt positiv: So ist zunächst festzuhalten, dass die einzelnen Bausteine zwischen Wissenschaftlern/innen und

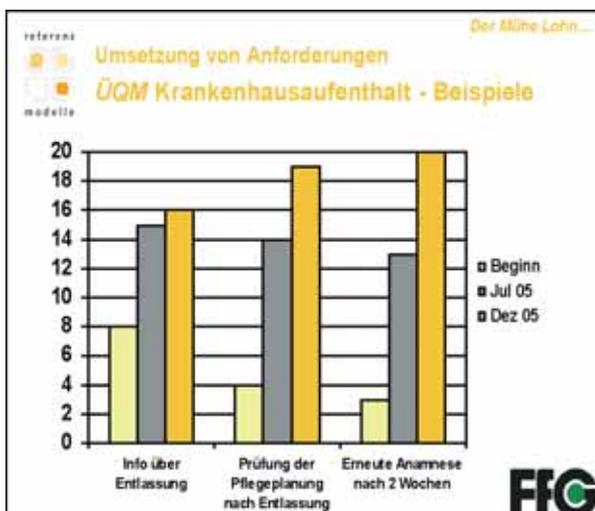


Abbildung 3  
Umsetzungsstand  
übergeordnete  
Qualitätsmaßstäbe  
Krankenhausaufenthalt

Modellbeauftragten abgestimmt wurden und nicht „am grünen Tisch“ entstanden sind. Darüber hinaus können an dieser Stelle positive Rahmenbedingungen benannt werden, die für die Übertragung der Konzepte hilfreich erscheinen (Abb. 4). Aus Sicht der Modellbeauftragten Frau Bily aus dem Jochen-Klepper-Haus in Duisburg wird an dieser Stelle betont, dass die Unterstützung und Ausgestaltung der Umsetzung durch die Leitungsebene von zentraler Bedeutung ist.

Gleichwohl werden von den 20 Modellbeauftragten der Referenzeinrichtungen auch hinderliche Faktoren beschrieben wie z. B. externe Prüfungen, Zertifizierungsprozesse, Personalausfall und -fluktuation, fehlendes systematisches Controlling, mangelnde Unterstützung durch die Leitung, Umsetzung einer Fülle von Anforderungen in einer zu geringen Projektlaufzeit.

Insgesamt ist festzuhalten, dass trotz der kurzen Projektlaufzeit in allen Einrichtungen sehr viel in Bewegung gebracht wurde und viele, z. T. auch langfristige, Veränderungsprozesse angestoßen werden konnten.

Für die Zukunft besteht weiterhin Handlungsbedarf: so steht in den 20 Referenzeinrichtungen die weitere Entwicklung, Erprobung und nachhaltige Sicherung der Konzepte im Vordergrund. Darüber hinaus sind Überlegungen zur Sicherung des Transfers, der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung in Kooperation mit anderen Versorgungsbereichen (z. B. Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte) sowie die Abstimmung aller gesetzlichen Anforderungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen erforderlich. Nicht zuletzt werden die abschließenden Evaluationsergebnisse darlegen, welche Qualität unter den derzeit vorhandenen Rahmenbedingungen erbracht werden kann.

Abbildung 4  
Förderliche  
Rahmenbedingungen

Rahmenbedingungen



## Förderliche Rahmenbedingungen

**Referenzmodelle** (Umsetzungsdokumentation, 09/05)

- Aspekte der Organisation z. B.
  - vorhandenes „gelehtes“ QMH (4)
  - erfolgte Schnittstellenber einigung
  - vorhandene Stellenbeschreibungen
- Leitung und/oder Mitarbeiter/innen z. B.
  - Motivation und Belastbarkeit (5)
  - Unterstützung durch Leitung (2)
  - Zusammenarbeit Pflege und Sozialem Dienst (3)
  - MAerkennen Sinn der neuen Vorgehensweisen (2).
- Projektbedingungen z. B.
  - differenzierte Problemanalyse
  - Austausch von Materialien der Modellbeauftragten untereinander;
  - Unterstützung durch Organisationsberatung



Rahmenbedingungen



## Förderliche Rahmenbedingungen

**Jochen-Klepper-Haus**

- Entscheidung für Modell durch alle Leitungen und sozialer Dienst
- Dadurch hohe Unterstützung und Zielverfolgung
- Freigestellte Modellbeauftragte/ Qualifikation
- Hoher Praxisbezug
- Referenzmodell richtet Fokus auf Bewohnerbedarf, fachliche Pflege, Strukturen und Möglichkeiten
- Motivation der Mitarbeiter durch Aufnahme und Klärung von Problemfeldern
- Gute Mitgestaltung, Begleitung und Austausch mit Instituten
- Gute Informationspolitik und Transparenz im Haus
- Bestehende QM Arbeit wurde optimiert





**Referat**  
**„Das Modellprojekt**  
**Referenzmodelle**  
**und die Zukunft**  
**der stationären Pflege**  
**in NRW“**

## Referat

# „Das Modellprojekt Referenzmodelle und die Zukunft der stationären Pflege in NRW“



Professorin Dr. Doris Schaeffer,  
Direktorin des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld

In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Modellvorhaben zur Qualitätsverbesserung in der stationären pflegerischen Versorgung aufgelegt. Das Projekt „Referenzmodelle zur qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“, dessen bisherige Ergebnisse mit der Fachtagung einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt wurden, weist im Vergleich zu diesen Vorhaben einige wichtige Besonderheiten auf. Erstens ist das Projekt aus einer gemeinsamen Initiative des nordrhein-westfälischen Landespflegeausschusses, der Spitzenverbände der Pflegekassen, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW hervorgegangen; es handelt sich insofern um eine Qualitätsentwicklungsinitiative, die sich im Grundsatz auf eine recht breite Basis stützen kann. Zweitens folgt das Projekt dem Anspruch, Konzepte und Problemlösungen in enger Kooperation mit der Praxis zu entwickeln und somit von vornherein ein Maximum an Anschlussfähigkeit anzustreben. Drittens schließlich umfasst das Modellvorhaben ein ganzes Bündel von Maßnahmen der Qualitätsentwicklung, die sich nicht auf äußere Rahmenbedingungen konzentrieren, sondern direkt auf das Handlungsfeld beziehen, in dem Qualität letztlich realisiert wird: auf die tägliche individuelle Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner.

Diese Besonderheiten unterstreichen den Stellenwert, der dem Modellvorhaben für die zukünftige Entwicklung der stationären pflegerischen Versorgung zukommen könnte. Im Folgenden soll die Bedeutung der Referenzmodelle vor dem Hintergrund der aktuellen Qualitätsdiskussion näher beleuchtet und die Frage erörtert werden, wie die beachtlichen Ergebnisse des Modellvorhabens verstetigt und auch außerhalb des Modellzusammenhangs nutzbar gemacht werden könnten.

### **Der Beitrag des Modellprojekts zur Qualitätsentwicklung**

Der Stellenwert der Referenzmodelle ergibt sich nicht zuletzt daraus, dass Kernprobleme der heutigen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen aufgegriffen werden:

Mit der Entwicklung der sog. Leistungsbeschreibungen wurde das Profil eines Versorgungsangebotes definiert, das auf die typischen Anforderungen zugeschnitten ist, die aus den gesundheitlichen und sozialen Problemlagen der heutigen Heim-



bewohner erwachsen. Es gab bereits in der Vergangenheit Bemühungen, ein Leistungsprofil der vollstationären Pflege zu definieren. Man denke beispielsweise an die Rahmenverträge zwischen den Kostenträgern und Leistungsanbietern oder an die ersten Versuche, die vom Pflege-Qualitätssicherungsgesetz geforderten Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen mit Inhalt zu füllen. Die Ergebnisse der bisherigen Bemühungen blieben zum Teil allerdings sehr allgemein, so dass sie der Versorgungspraxis kaum Orientierungen geben konnten, zum Teil beschränkten sie sich auf Teilbereiche der Versorgung, die im Hinblick auf die Abwendung akuter gesundheitlicher Risiken besonders wichtig erschienen. Im Verlauf der Diskussion um die Bemessung des Personalbedarfs wurden ebenfalls Vorschläge zur Beschreibung von Leistungen vorgelegt. Es handelt sich u. a. um Ansätze, die ursprünglich für das Akutkrankenhaus entwickelt worden waren – weshalb es nicht verwundert, dass sie trotz zum Teil hochgradiger Differenzierung nur wenig die so wichtige psychische und soziale Unterstützung von Heimbewohnern berücksichtigten.

Die Leistungsbeschreibungen des Modellvorhabens definieren ein Leistungsprofil, das den psychischen Problemlagen der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen in besonderer Weise Rechnung trägt und zugleich den lang angemahnten Schritt einer ressourcenfördernden und biografieorientierten Versorgung vollzieht. Sie nehmen Abstand von einem verkürzten Pflegebegriff, der über einen Zeitraum von mittlerweile 10 Jahren die Entwicklung der Pflegeversicherung begleitet hat. Sie folgen außerdem dem Grundsatz, fachlich anspruchsvolle, aber unkomplizierte und unbürokratische Lösungen zu entwickeln. Dennoch ist es für die beteiligten Einrichtungen nicht leicht, ihr Angebotsprofil nach den Maßgaben der Leistungsbeschreibungen weiterzuentwickeln. Die bislang vorliegenden Modellerfahrungen zeigen allerdings ebenso, dass es sich um einen sinnvollen Ansatz und um ein praktisch umsetzbares Konzept handelt. Sollte diese Einschätzung auch noch zum Abschluss des Modellvorhabens gültig sein, werden wir eine Leerstelle von erheblicher Bedeutung für die Qualitätsentwicklung überbrückt haben. Danach bleibt zu hoffen, dass die Ergebnisse des Modellvorhabens von allen, die maßgeblich über die Weiterentwicklung des pflegerischen Versorgungsangebotes entscheiden, eingehend zur Kenntnis genommen, geprüft und in praktisches Handeln umgesetzt werden.

Das Modellprojekt greift weitere Kernfragen der Pflegequalität auf, die im Rahmen der Fachtagung nur gestreift werden konnten. Dazu gehört u. a. die Ausgestaltung der Pflegeplanung und Dokumentation. Hierzu werden im Modellprojekt Instrumente erprobt, die auf Entbürokratisierung und zugleich auf Qualitätsverbesserung abzielen: Es sind Dokumentationsformen entwickelt worden, die nicht nur von unnötigem Ballast befreit sind, sondern die Dokumentation auch wieder zu dem machen, was sie eigentlich sein sollte – eine Orientierungshilfe und Handlungsgrundlage für die zielgerichtete pflegerische Versorgung. Die bisherigen Modellerfahrungen zeigen, dass das schon so lang diskutierte Problem einer aufwändigen und dennoch unzureichenden Pflegedokumentation mit verhältnismäßig einfachen Mitteln zu lösen ist.

Eine weitere wichtige Frage betrifft Aspekte der qualifikationsorientierten Arbeitsteilung und die personelle Zuordnung von Steuerungsverantwortung für den Pflegeprozess. Wir müssen uns heute und noch mehr in Zukunft mit der Frage auseinandersetzen, wie die in den Einrichtungen verfügbaren Qualifikationen besser zum Zuge kommen können. Weit verbreitet ist eine Praxis, in der es abgesehen von der Behandlungspflege kaum erkennbare Aufgabenteilungen nach Qualifikation gibt. Häufig fehlt eine Festlegung klarer Zuständigkeiten, worunter eben vor allem die Steuerung des individuellen Pflegeprozesses und die Koordination der Hilfen für den einzelnen Bewohner leiden. Das IPW hat in Form von Empfehlungen für die Referenzeinrichtungen die Grundzüge eines Organisationssystems beschrieben, in dem die Steuerungs- und Koordinationsverantwortung für die Unterstützung des einzelnen Bewohners klar definiert und personell zugeordnet wird. Es handelt sich um eine Thematik, die grundlegende Fragen der Arbeitsorganisation, der Qualifikation und der

längerfristigen Personalentwicklung berührt und deren Bearbeitung daher mit dem Ende des Modellprojektes – auch in den meisten der beteiligten Einrichtungen – nicht abgeschlossen sein wird. Die Modellerfahrungen geben jedoch wichtige Impulse für zukünftige Klärungen und bieten auch konkrete Handlungsorientierungen für das Personalmanagement.

Mit insgesamt sechs Rahmenkonzepten – sie werden im Projekt als übergeordnete Qualitätsmaßstäbe bezeichnet – greifen die Referenzmodelle weitere wichtige Herausforderungen für die Qualitätsentwicklung auf. Eines dieser Rahmenkonzepte – der Qualitätsmaßstab zur Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung – wurde im Rahmen der Fachtagung näher vorgestellt. Es zielt darauf ab, neue Bewohner bei der Bewältigung des Umzugs in eine Pflegeeinrichtung, der in aller Regel als tief greifender Einschnitt erfahren wird und hohe psychische Belastungen mit sich bringt, wirksam zu unterstützen. Überhaupt kennzeichnet die Qualitätsmaßstäbe, dass sie Themen und Problemfelder aufgreifen, die aus der Bewohnerperspektive, aber auch in der aktuellen Qualitätsdiskussion von zentraler Bedeutung sind. Dazu gehört, neben dem Heimeinzug, die Zusammenarbeit mit Angehörigen, die Gestaltung des Überleitungsverfahrens bei notwendigen Krankenhausaufenthalten, die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, die Verbesserung der nächtlichen Versorgung und die Begleitung sterbender Heimbewohner. Das Modellvorhaben weist in dieser Hinsicht ein sehr ehrgeiziges Programm auf – gemessen am relativ engen Zeitrahmen des Modellprojekts vielleicht sogar ein zu ehrgeiziges Programm. Wenn man sich vergegenwärtigt, dass die Rahmenkonzepte erst noch zu entwickeln und in einem aufwändigen Abstimmungsverfahren zu erörtern waren und dass den beteiligten Einrichtungen für die Umsetzung bislang kaum mehr als ein Jahr zur Verfügung stand, kann man die gegenwärtig vorliegenden Ergebnisse wirklich als beachtlich bezeichnen.

### Referenzmodelle und Pflege-Enquête NRW

Der im vergangenen Jahr vorgelegte Bericht der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ formuliert, darin besteht inzwischen weitgehender Konsens, die maßgeblichen Eckpunkte für die notwendige Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung. Der Bericht beschreibt die anstehenden Herausforderungen der Qualitätsentwicklung und gibt darüber hinaus zentrale Handlungsorientierungen für die Ausgestaltung des zukünftigen Leistungsangebots. Eine Gegenüberstellung des Enquête-Berichts und des Modellvorhabens verdeutlicht, wie sich die Referenzmodelle in die aktuelle Qualitätsdiskussion einordnen lassen:

Die Kommission wies beispielsweise nachdrücklich auf das Erfordernis einer intensiven und kontinuierlichen Angehörigenarbeit hin, die u.a. eine bessere Einbindung der Angehörigen in den Alltag der Einrichtungen umfassen soll. Für einen großen Teil der Bewohner sind der Kontakt zu ihren Angehörigen und deren Präsenz im Lebensalltag von kaum zu überschätzender Bedeutung. Im Verlauf des Modellprojekts wurde





ein entsprechendes Rahmenkonzept entwickelt, dass derzeit erprobt wird und helfen soll, die Angehörigenarbeit bewusst zu gestalten und die Angehörigen unter Anleitung gezielt in die Unterstützung des Bewohners einzubeziehen.

Die Kommission forderte des Weiteren eine nachhaltige Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Sie weist in vielen Fällen erhebliche Schwachstellen auf, die sich nur in enger Kooperation zwischen Pflege und Medizin beheben lassen. Das Modellprojekt kann zwar, da die niedergelassenen Ärzte nicht direkt beteiligt sind, kein Kooperationsmodell zur Verbesserung der medizinischen Versorgung zur Verfügung stellen. Es hat jedoch ein Rahmenkonzept hervorgebracht, mit dem gewährleistet ist, dass die Einrichtungen hierfür alle notwendigen Voraussetzungen schaffen. Das ist ein erster, aber sehr wichtiger Schritt.

Die Vernetzung und Integration der gesundheitlichen Versorgung – über die Kooperation zwischen Pflegenden und niedergelassenen Ärzten hinaus – war ein weiteres wichtiges Thema in den Beratungen der Enquête-Kommission. Sie bezeichnete u. a. die Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen als wichtige Zukunftsaufgabe. Dies ergibt sich u. a. daraus, dass die heutige Bewohnerstruktur der Einrichtungen vor allem durch alte Menschen in späten Stadien chronischer Erkrankungen gekennzeichnet ist. Multimorbidität kann schon fast als Regelfall bezeichnet werden. Krankenhausaufenthalte von Heimbewohnern sind daher keine Seltenheit, und bekanntlich ist der Übergang ins Krankenhaus und zurück in die Einrichtung für viele Bewohner eine belastende und risikoträchtige Versorgungsepisode – ganz besonders für demenziell Erkrankte. Es bedarf einer durchdachten Gestaltung der Unterstützung dieser Bewohner und ebenso der Kooperation zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung, um Belastungen und Risiken zu minimieren. Die Krankenhäuser sind gehalten, hierzu auf der Basis des Nationalen Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ einen Beitrag zu leisten. Mit dem Qualitätsmaßstab zum Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten hat das Modellprojekt ein ergänzendes Rahmenkonzept entwickelt, mit dem die geforderte Optimierung der Kooperation zwischen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen angegangen werden kann.

Die Enquête-Kommission betonte ferner, dass dringender Handlungsbedarf im Hinblick auf die Entwicklung und Umsetzung geeigneter Konzepte für die nächtliche Versorgung besteht. Faktisch erfährt die nächtliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen schon immer eine problematische Sonderbehandlung, die sich u. a. in einer stark reduzierten Personalbesetzung ausdrückt. Den aktuellen, mehr und mehr durch psychische Erkrankungen geprägten Bedarfslagen der Bewohnerschaft wird man damit aber selten gerecht. Der Qualitätsmaßstab der Referenzmodelle zur nächtlichen Versorgung fordert dazu auf, gewohnte Versorgungsstrukturen und die Dienstorganisation unter Berücksichtigung des konkreten Unterstützungsbedarfs der Bewohner kritisch zu prüfen und ggf. anzupassen.

Und schließlich die Begleitung sterbender Heimbewohner: Die Kommission hat nachdrücklich darauf hingewiesen, dass die Bedeutung der stationären Pflegeeinrichtungen als Sterbeorte zunehmen wird. Sie haben sich mehr und mehr von Stätten langjährigen Wohnens zu Einrichtungen der Pflege und Krankheitsbewältigung in den Spät- und Endstadien chronischer Krankheiten entwickelt, und es ist zu erwarten, dass sich dieser Trend im Zuge des demografischen Wandels weiter fortsetzt. Ein Sterben in Würde zu ermöglichen, stellt daher eine der größten aktuellen Herausforderungen für die Einrichtungen dar. Noch zu oft handelt es sich um unorganisierte und optimierungsbedürftige Prozesse. Das Rahmenkonzept „Sterbebegleitung in Pflege-

geeinrichtungen“ der Referenzmodelle soll darauf hinwirken, dass zukünftig elementare Voraussetzungen für eine adäquate Begleitung Sterbender sichergestellt sind und Krankenhausaufenthalte in der Sterbephase so weit wie möglich vermieden werden.

Es gibt eine Reihe weiterer Berührungspunkte zwischen dem Enquête-Bericht und den Referenzmodellen. So fordert die Enquête eine Modernisierung des Leistungsprofils, d. h. eine Anpassung des Leistungsangebotes an die Problem- und Bedarfslagen, die bei den heutigen Bewohnern im Fordergrund stehen. Die eben erwähnten Leistungsbeschreibungen beanspruchen, genau dieser Forderung gerecht zu werden. Zwar findet sich nicht zu allen Problemfeldern und Forderungen, die die Enquête-Kommission im Zusammenhang mit der Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen thematisiert hat, eine Entsprechung in den Referenzmodellen. Die Übereinstimmung in der Frage, wo vordringlicher Handlungsbedarf besteht und welche Richtung die Qualitätsentwicklung einschlagen sollte, ist allerdings sehr hoch. Die hohe Übereinstimmung unterstreicht die Bedeutung, die dem Modellvorhaben für die Zukunft der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen, aber auch darüber hinaus zukommen könnte.

### Perspektiven

Allerdings entfaltet ein Modellprojekt nicht allein schon dadurch Breitenwirkung, dass es überzeugende Ideen entwickelt, in Handlungskonzepte gegossen und schließlich praktisch umgesetzt hat. Breitenwirkung ist vielmehr auf Vereinbarungen und Prozesse angewiesen, über die nicht in Modellprojekten, sondern an anderen Stellen und von anderen Akteuren entschieden wird. Das kann erfahrungsgemäß ein langer und steiniger Weg sein. Das Projekt ist zwar von vornherein so angelegt, dass praktisch alle Akteure, die die Zukunft der pflegerischen Versorgung maßgeblich mitgestalten, in begleitenden Gremien vertreten sind und hier ihre Vorstellungen einbringen konnten. Dies wird jedoch eine intensive Diskussion um die Ergebnisse des Projekts und ihre Bedeutung für die zukünftige pflegerische Versorgung nicht überflüssig machen. Es ist schwer einzuschätzen, wie die zukünftige finanzielle Basis für die pflegerische Versorgung im Alter aussehen wird. Es ist aber auch unbestritten, dass gute Versorgungsqualität ihren Preis hat. In diesem Spannungsfeld müssen – dies gilt für alle Bereiche der gesundheitlichen Versorgung – tragfähige Lösungen gefunden werden. Das Modellprojekt kann der Politik, den Kostenträgern und den Leistungsanbietern diese schwierige Aufgabe nicht abnehmen.

Allerdings sollte vermieden werden, Konsequenzen aus den Modellerfahrungen bzw. Projektergebnissen allein auf dieser Ebene zu diskutieren. Das Projekt Referenzmodelle ist angetreten, konkrete Wege der Qualitätsentwicklung aufzuzeigen, denen andere folgen können. Viele Ergebnisse des Modellvorhabens sind für die Einrichtungen unmittelbar verwertbar. Wie und unter welchen Voraussetzungen, so ist daher zu fragen, lassen sich Problemlösungen und Qualitätsverbesserungen, die modellhaft entwickelt und umgesetzt wurden, in der Praxis nutzen?

Was das Projekt liefert, sind konzeptionelle Grundlagen und reichhaltige Erfahrungen der Referenzeinrichtungen im Umgang mit zahlreichen und oft schwierigen Herausforderungen bei der Umsetzung. Zweifellos werden andere Einrichtungen davon profitieren können, wenn sie sich auf diesen Weg begeben, allerdings handelt es sich um ein anspruchsvolles Unterfangen. Es ging und geht schließlich nicht um eng begrenzte Schritte zur Verbesserung der Versorgung an der einen oder anderen Stelle, sondern um grundlegende Fragen, die mitunter eine Reorganisation der Pflege, eine Neugestaltung organisationsinterner Kooperation oder Veränderungen bei der Personalentwicklung betreffen. Man darf daher trotz des großen Engagements der Einrichtungen und insbesondere ihrer Modellbeauftragten nicht vergessen, dass ihre Arbeit in einen Modellrahmen eingebettet ist, der anderen Einrichtungen in dieser Form nicht zur Verfügung stehen wird. Folgendes kennzeichnet diesen Rahmen:

- Es existiert eine wissenschaftliche Begleitung und damit die Möglichkeit, bei der Umsetzung von Konzepten in inhaltlichen Fragen Rücksprache zu halten. Das hat sich insbesondere dort als wichtig erwiesen, wo relativ komplexe Fragen der Umsetzung zu bearbeiten waren.
- Die Umsetzung wird unterstützt durch eine externe Organisationsberatung. Nachhaltige Qualitätsentwicklung in Einrichtungen ist ohne organisatorische Anpassungen nicht denkbar.
- Die Modellbeauftragten der Referenzeinrichtungen sind in eine Kooperation mit anderen Modellbeauftragten eingebunden. Sie können von deren Erfahrungen profitieren und sich gegenseitig Anregungen in Umsetzungsfragen geben. Dies hat sich im Verlauf des Modellvorhabens als sehr fruchtbar erwiesen. Es kommt zu Benchmarking-Effekten, die ohne diesen Kooperationszusammenhang fehlen würden.
- Die Arbeit der einzelnen Referenzeinrichtungen ist in eine übergeordnete Projektplanung eingebunden. Es existiert dadurch eine Anforderung von außen, die Stetigkeit fördert. Darüber hinaus haben äußere Anforderungen gelegentlich eine wichtige Funktion, wenn es darum geht, interne Hürden zu überwinden: Qualitätsentwicklung geht mit Veränderungen einher, und jede Veränderung ruft – manchmal mehr, manchmal weniger – Widerstände hervor. Der Modellrahmen kann daher für diejenigen, die in den Einrichtungen die Veränderungen vorantreiben, hilfreich sein. Er stärkt die Legitimation von Veränderungen und zwingt ggf. dazu, sich mit Fragen auseinanderzusetzen, die ohne Einbindung in ein Modellprojekt vielleicht weniger intensiv aufgegriffen würden.
- Und nicht zuletzt ist auf die wichtige Funktion der Modellbeauftragten hinzuweisen – Mitarbeiter der Einrichtungen, die ausschließlich mit Aufgaben betraut sind, die aus dem Projekt erwachsen. Innovationen in Pflegeeinrichtungen sind in hohem Maße auf solche Mitarbeiter angewiesen, die über die fachliche Kompetenz wie auch über ausreichende zeitliche Spielräume verfügen, um Veränderungen zu initiieren, Prozesse zu steuern oder zu koordinieren, zu informieren und bei Bedarf auch anzuleiten. Sie sind die wichtigsten Träger und Multiplikatoren von Entwicklungsprozessen, also „change agents“, um einen inzwischen gängigen Begriff der Qualitätsdiskussion zu verwenden.

Die erreichten Erfolge in den Einrichtungen wären ohne diesen Modellrahmen nicht möglich gewesen. Wir müssen davon ausgehen, dass der Weg der Referenzmodelle von den meisten anderen Pflegeeinrichtungen nur dann erfolgreich beschritten werden kann, wenn ihnen ein annähernd vergleichbarer Rahmen zur Verfügung steht. Es ist deshalb sehr zu begrüßen, dass mehr und mehr Trägerverbände damit beginnen, die Konzepte der Referenzmodelle eingehend zu prüfen, sich zu positionieren und erste Überlegungen zu weitergehenden Schritten anzustellen. Sie sind unter allen Beteiligten noch am ehesten in der Lage, den angesprochenen Rahmen zu schaffen. Sollten sie sich dazu entschließen, können sie aus den Modellerfahrungen wichtige Orientierungen gewinnen. Die zentralen Punkte wurden oben benannt: Geeignete Formen der Kooperation und der gegenseitigen Unterstützung, die Einbindung in einen einrichtungsübergreifenden Projektzusammenhang, Unterstützung bei der



Organisationsentwicklung, eine fachliche Implementationsbegleitung und erfahrene Multiplikatoren, die in den Einrichtungen für eine stetige und zielgerichtete Konzeptumsetzung sorgen.

Die Frage der Verstetigung und Verbreiterung der Projektergebnisse bereits jetzt zu thematisieren, ist aus zwei Gründen angebracht: Zum einen wächst der Problemdruck in den Einrichtungen stetig, und deshalb müssen rasch nachhaltige Schritte der Qualitätsentwicklung unternommen werden. Zum anderen kann man mit einiger Sicherheit davon ausgehen, dass die Chance einer Qualitätsentwicklung, die sich auf einen breiten Konsens wie im Falle der Referenzmodelle stützen kann, so schnell nicht wiederkehrt. Die durch das Projekt ausgelöste Entwicklungsdynamik sollte deshalb davor bewahrt werden, ins Leere zu laufen, und hierzu sind frühzeitige Schritte äußerst wünschenswert.

Wünschenswert wäre es auch, wenn ein erfolgreicher Abschluss des Vorhabens dazu ermutigen würde, Überlegungen zu ähnlich durchgreifenden Qualitätsentwicklungsinitiativen in anderen Bereichen der pflegerischen Versorgung anzustellen. So unbestritten wichtig die qualitätsgesicherte Weiterentwicklung der vollstationären Pflege ist, so wenig darf übersehen werden, dass die Herausforderungen durch den demografischen Wandel nur zu bewältigen sind, wenn die ambulante Pflege und sogenannte alternative Wohnformen gestärkt werden. Auch hier stellt sich die Frage – ähnlich wie bei den Referenzmodellen –, wie das Leistungsprofil weiterentwickelt werden muss, um dem sich wandelnden Bedarf besser zu entsprechen. Die Dringlichkeit dieser Aufgabe ist im Bericht der Enquête-Kommission ebenfalls hervorgehoben worden. Nicht nur der demografische Wandel und der Wandel des Krankheitspanoramas, sondern auch strukturelle Entwicklungen im Gesundheitswesen (Stichwort DRGs) führen zu deutlich veränderten Problemkonstellationen. Der Bedarf ist heterogener geworden, eine entsprechende Ausdifferenzierung des Angebotsprofils hingegen steht noch aus. Dies ist nicht der ambulanten Pflege anzulasten, sondern entscheidend auf die nach wie vor vorhandene Minderbewertung dieses Bereichs zurückzuführen. International wird „Home Care“ als zentrale Säule der pflegerischen Versorgung erachtet, hierzulande besteht noch erheblicher Entwicklungsbedarf.

Das Projekt Referenzmodelle wird in der zweiten Jahreshälfte auslaufen. Die letzten Monate eines Vorhabens dieser Art sind für die Beteiligten zumeist die schwierigsten. Ich hoffe dennoch, dass sie ebenso produktiv sein werden wie die vergangenen und auch die Kooperation zwischen den vielen Projektbeteiligten weiterhin belastbar bleibt. Ich wünsche insbesondere den Einrichtungen und ihren Mitarbeitern, aber auch den Mitarbeitern der beteiligten Institute ausreichendes Durchhaltevermögen, um die letzte Etappe erfolgreich bewältigen zu können.



# Schlusswort

## Schlusswort



Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen  
P. Günther Barenhoff, Vorsitzender des Vorstandes

■ Meine sehr geehrten Damen und Herren,

am Ende dieser Tagung möchte ich allen Beteiligten noch einmal ganz herzlich Dank sagen.

Frau Prof. Dr. Doris Schaeffer hat schon einige Hinweise darauf gegeben, wie es nach Beendigung des Modellversuches weiter gehen kann. Zum einen werden wir sowohl diese Tagung als auch die anderen Zwischenergebnisse in der Ihnen bekannten Form veröffentlichen und damit einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung stellen.

Zum anderen wird es aber ganz wesentlich darauf ankommen, wie sich diejenigen verhalten, die ihr Interesse an diesem Modell und den damit angestoßenen Fragestellungen offen bekundet haben.

Das sind ja die Träger der Einrichtungen, die Kostenträger, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – und wir haben heute mehrfach gehört, dass es auch bundesweit eine große Erwartung gibt, dass als eines der Ergebnisse ein von allen akzeptiertes Personalbemessungskonzept entwickelt werden kann.

Sicherlich ist die Interessenlage der Beteiligten unterschiedlich.

Es kann weitergehen, wenn diejenigen die ihr Interesse bekundet haben, zugleich aber auch unter den jeweils ihnen gegebenen Rahmenbedingungen bereit sind, Verantwortung zu übernehmen.

Es kann weitergehen, wenn wir diejenigen vorrangig in den Blick nehmen, die im Mittelpunkt dieses Projektes stehen.



Ich fand es sehr schön, dass einer der Modellbeauftragten in der Gruppe, in der die Ergebnisse aus ihrer Sicht dargestellt wurden festhielt:

Wir haben neu gelernt, den Blick auf die Bewohnerinnen und Bewohner in unsere Einrichtung zu richten.

Darauf wird es letztlich ankommen, ob es uns gelingt die Menschen, die aufgrund ihrer körperlichen und psychischen Situation darauf angewiesen sind, Unterstützung, Hilfe und Begleitung zu erfahren, wirklich im Zentrum unserer gemeinsamen Bemühungen stehen.

Lassen Sie mich zum Schluss auch noch ein persönliches Wort sagen:

In den letzten sieben Jahren habe ich gerade diesen letztgenannten Blickwinkel auch sehr stark persönlich erfahren, als Angehöriger, dessen Eltern all die Phasen von der beginnenden Krankheit, der Inanspruchnahme des ambulanten Pflegedienstes, bis zur Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung, dem Tod meines Vaters, dem Alleinleben meiner Mutter nach über 63 Ehejahren in einer stationären Altenhilfeeinrichtung.

Weil die Arbeit der vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerade in diesem Bereich der stationären Altenhilfe in der Öffentlichkeit meistens nur dann auftaucht, wenn es etwas zu skandalisieren gibt, möchte ich hier darauf hinweisen, dass wir und meine Eltern außerordentlich positive und gute Erfahrungen gemacht haben und ich glaube, dass das auch für viele andere gilt.

Damit das so bleiben kann und alle Möglichkeiten der Verbesserung ausgeschöpft werden, dazu werden sicherlich auch die Ergebnisse des Referenzmodells beitragen.

Ich danke Ihnen und wünsche Ihnen eine gute Rückkehr zu den Orten von denen Sie gekommen sind.

**Herausgeber:**

Ministerium für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen  
40190 Düsseldorf

Internet: [www.mags.nrw.de](http://www.mags.nrw.de)  
e-mail: [info@mail.mags.nrw.de](mailto:info@mail.mags.nrw.de)

**Redaktionelle  
Bearbeitung:**

Dr. Marion Menke, FfG

**Fotos:**

Thomas Heiser

**Gestaltung:**

Fortmann.Rohleder Grafik.Design,  
Dortmund

**Druck:**

Druckerei Schmidt, Lünen

Nachdruck, auch auszugsweise,  
nur mit Genehmigung des  
Herausgebers.

Düsseldorf, Oktober 2006

**Fachtagung****Veranstalter:**

Ministerium für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen

Forschungsgesellschaft für  
Gerontologie e.V.  
Institut für Gerontologie an der  
Universität Dortmund

**Organisation:**

RevierA GmbH,  
Agentur für Kommunikation

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und -werbern oder Wahlhelferinnen und -helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie auch für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt.

Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte.

## Finanzierung



Bundesministerium  
für Gesundheit  
und Soziale Sicherung



Ministerium  
für Gesundheit, Soziales,  
Frauen und Familie des  
Landes Nordrhein-Westfalen



## Spitzenverbände der Pflegekassen



## Projektträger



Diakonisches Werk  
der Evangelischen Kirche  
von Westfalen

## Wissenschaftliche Begleitung



Universität Bielefeld

Institut für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld, IPW



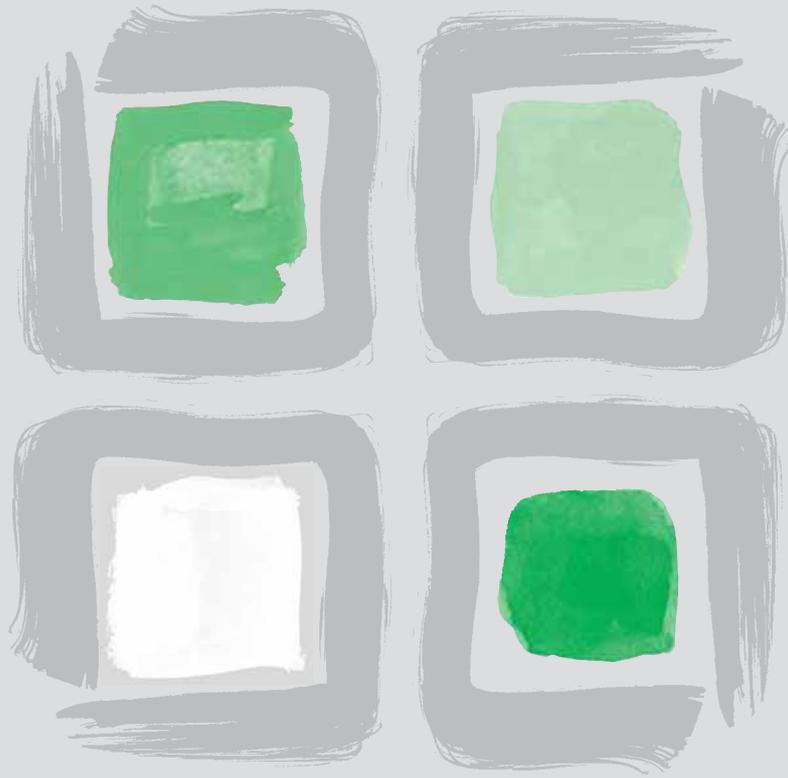
Forschungsgesellschaft  
für Gerontologie e.V.  
Institut für Gerontologie  
an der Universität Dortmund

## Organisationsberatung









[www.mags.nrw.de](http://www.mags.nrw.de)

Gefördert von:

Spitzenverbände  
der Pflegekassen

