



PFLEGE

Karla Kämmer (Hrsg.)

Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen

Zukunftsorientiert führen, konzeptionell steuern,
wirtschaftlich lenken

6., vollständig überarbeitete Auflage

S

schlütersche

Karla Kämmer

Pflegemanagement in Altenpflege- einrichtungen

Zukunftsorientiert führen, konzeptionell
steuern, wirtschaftlich lenken

6., vollständig überarbeitete Auflage

Unter Mitarbeit von:

Bernd Bogert
Wolfgang Bruns
Siegfried Huhn
Karla Kämmer
Jutta König
Reinhard Lay
Jürgen Link
Dagmar Nitsch-Musikant

Gerd Palm
Susanne Rieckmann
Burga Rode
Birger Schlürmann
Olav Sehlbach
Gerlinde Strunk-Richter
Raffaella Teich
Dr. Franz Wittmann

schlütersche



Karla Kämmer ist Diplom-Sozialwissenschaftlerin, Diplom-Organisationsberaterin, Erwachsenenbildnerin, Lösungsorientierter Coach, Gesundheits- und Krankenpflegerin und Altenpflegerin. Sie ist seit vielen Jahren aktiv im nationalen und internationalen Gesundheits-, Sozial- und Pflegewesen. Zu ihren Schwerpunkten gehört auch das Veränderungsmanagement in Einrichtungen.

*»Wenn man nicht die Frage stellt: Was ist der Mensch?
Was bedeutet Leben? Dann fehlt der Pflege
das Fundament.«*

LILIANE JUCHLI



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

ISBN 978-3-89993-286-7 (Print)

ISBN 978-3-8426-8591-8 (PDF)

ISBN 978-3-8426-8689-2 (EPUB)

**© 2015 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover**

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

Reihengestaltung: Groothuis, Lohfert, Consorten | Hamburg
Titelbild: contrastwerkstatt – fotolia.com
Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig
Druck und Bindung: PHOENIX PRINT GmbH, Würzburg

INHALT

1

Karla Kämmer

Altenpflege in einer Gesellschaft des langen Lebens	16
1.1 Neue Rahmenbedingungen bieten neue Chancen	16
1.1.1 Ihr Aufgabenfeld: Soziales Engagement fördern und Beteiligungsstrukturen schaffen	17
1.1.2 Die Entbürokratisierung der Altenpflege	18
1.1.3 Pflege im Quartier: Gemeinsam vor Ort leben	22
1.2 Berufsstand Pflege – Professionelles Selbstverständnis	29
1.2.1 Selbstbewusstsein, Selbstverständnis und Solidarität	31
1.2.2 Austausch- und Beratungsnetzwerk	32
1.2.3 Die Selbstverwaltung der Profession	33
1.2.4 Im Konflikt auf der sicheren Seite	33
1.2.5 Die Berufsbilder Pflege (DBfK) und Altenpflege (DBVA)	34
1.2.6 Pflege professionalisieren	35

2

Karla Kämmer

Lebenswelten älterer Menschen kennen und gestalten	40
2.1 Zukunftssicher und personorientiert: Lebensweltorientierung in Pflege und Organisation	40
2.1.1 Lebensweltorientierung aus der Perspektive der Pflegeperson	41
2.1.2 Die drei zentralen Leitideen der Lebensweltgestaltung	42
2.1.3 Wahrnehmen der professionellen Steuerungsfunktion	55
2.1.4 Vernetzung von Innen- und Außenwelt	56
2.2 Wohnen in Zeiten des demografischen Wandels	57
2.3 Möglichkeiten und Grenzen häuslicher Pflegearrangements	58
2.3.1 Fakten und Prognosen zur Wohnsituation älterer Menschen	58
2.4 Neue Wohnformen	60
2.4.1 Betreutes Wohnen	60
2.4.2 Gemeinschaftliches Wohnen	60
2.4.3 Ambulant betreute Wohngemeinschaften	61
2.5 Institutionell unterstütztes Wohnen (Pflegeheime)	62
2.5.1 Heime, ihr soziologischer Rahmen und ihre Wirkung	62
2.5.2 Die fünf Entwicklungsgenerationen der Heime	64

3

Ethik	66
--------------------	-----------

Reinhard Lay

3.1 Ethik und professionelle Pflege	66
3.1.1 Über Wertvorstellungen nachdenken	66

3.1.2	Ethik in der Pflege	67
3.1.3	Pflegeethik	69
3.1.4	Ethik und »gute« Pflege	72
3.1.5	Die Pflegebeziehung – Bündnis oder Vertragsbeziehung?	78
3.1.6	Ethik im Pflegemanagement	84
3.1.7	Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen	90
3.1.8	Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland	94
3.1.9	Fazit	98

Karla Kämmer

3.2	Schattentage – Ethisch reflektierte Qualitätsentwicklung in der Pflegepraxis	99
-----	---	----

Karla Kämmer

4

	Pflegesysteme und -organisationsformen	102
4.1	Merkmale des ganzheitlichen Pflegesystems	103
4.2	Die Merkmale des funktionalen Pflegesystems	104
4.3	Das klassische Gegensatzpaar und seine Konsequenzen	105
4.4	Effizienz und Effektivität der Systeme in der Umsetzung bei Senioren	107
4.5	Die Vielfalt der Moderne nutzen: Das eigene Handlungsprinzip definieren	109
4.6	Pflegeorganisationsformen	109
4.7	Den geeigneten Weg für die eigene Praxis finden	112
4.8	Die passende Organisationsform umsetzen	113
4.8.1	Basics: Bereichspflege einführen	113
4.8.2	Primary Nursing realisieren	114
4.8.3	Bezugspflege als Grundmodell wählen	114
4.9	Die Zukunft hat begonnen: Beziehungsbasierte Pflege und potenzialorientierte Organisation	117
4.9.1	Beziehungsbasierte Pflege	118
4.9.2	Potenzialorientierte Organisation	120
4.10	Ablaufanalysen durchführen und auswerten	121
4.10.1	Ablaufanalysen als Selbstanalyse einfach und schnell durchführen	121
4.10.2	Arbeitserfassung als begleitete Analyse	125
4.11	Die tagesgenaue Planung	127
4.11.1	Effektive Verteilung von Aufgaben und Verantwortung	128
4.11.2	Aufbau der tagesgenauen Planung	131
4.12	Orientierung an Pflegemodellen	136
4.12.1	Pflegemodelle in Deutschland	138
4.12.2	Monika Krohwinkel: Der »Klassiker« in der Altenpflege	140

4.12.3	Zukunft fraglich: Die Kritik am Einsatz des Modells in den neuen Settings wächst	142
4.12.4	Erwin Böhm: Fachbereich Gerontopsychiatrie	144

5

Pflege(prozess)planung und -dokumentation 146

Karla Kämmer

5.1	Pflegeprozessplanung – worauf es ankommt	146
5.1.1	Rahmenbedingungen für eine gelingende Pflegeprozess- dokumentation	146
5.2	Die entbürokratisierte Dokumentation einführen und umsetzen	147
5.2.1	Die wesentlichen Neuerungen	148
5.2.2	Rechtliche Grundlagen der Entbürokratisierung	149
5.2.3	Das Thema Prüfbehörden	149
5.2.4	Integration in eine bestehende Software	150
5.2.5	Die Implementierung	150

Susanne Rieckmann

5.3	EDV-Lösung für die Pflegedokumentation	153
5.3.1	Verbesserte Umsetzung von Qualitätsvorgaben	153
5.3.2	Erhöhung der Arbeitsökonomie	154
5.3.3	Die Pflegedokumentation als Steuerungsinstrument	155
5.3.4	Bessere Information durch integrierte Informationssysteme	155
5.3.5	Voraussetzungen für eine erfolgreiche EDV-Pflegedokumentation	156
5.3.6	Zusammenfassung	161

6

Pflegeeinstufungen – Auf Augenhöhe mit dem MDK 162

Jutta König

6.1	Pflegeeinstufungen sicherstellen – die aktuelle Rechtslage	162
6.1.1	Begriff der Pflegebedürftigkeit	162
6.1.2	Die Feststellung der Pflegestufe	163
6.1.3	Die Formen des Hilfebedarfs	164
6.1.4	Die Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung	166
6.1.5	Die Verrichtungen im Sinne des SGB XI	167
6.1.6	Hauswirtschaftliche Versorgung	172
6.1.7	Aktivierende Pflege	173
6.1.8	Die Notwendigkeit der vollstationären Pflege	174
6.1.9	Die Entgelte pro Pflegestufe	174
6.1.10	Die Begutachtung	176

Jürgen Link

6.2	Das zweite Pflegestärkungsgesetz (zukünftige Rechtslage)	181
6.2.1	Wesentliche Inhalte des zweiten Pflegestärkungsgesetzes	182
6.2.2	Aus Pflegestufen werden Pflegegrade	183
6.2.3	Eine grundlegende Systemänderung – das Neue Begutachtungsassessment (NBA)	185
6.2.4	Auswirkungen auf die Praxis	185

Karla Kämmer & Gerd Palm

7

	Grundlagen des Führens	187
7.1	Führungsaufgaben und Führungsverständnis	187
7.1.1	Was bedeutet Organisation?	187
7.1.2	Die Kernaufgaben der Pflegedienstleitung	188
7.2	Organisations- und Führungsstrukturen	190
7.2.1	Die Linienorganisation und ihre Abwandlungen	192
7.2.2	Die Matrixorganisation	196
7.2.3	Der Dienstweg und die informelle Kommunikation	197
7.2.4	Auf dem Weg in die Moderne: das Lean Management	198
7.2.5	Die Stellenbeschreibung	200
7.2.6	Funktionsdiagramme und Leistungsprofile	202
7.2.7	Delegation, Koordination und Kooperation in Nahtstellen	204
7.2.8	Umgang mit der neuen Pluralität von Arbeitsverhältnissen	208
7.2.9	Organisationskultur und Organisationsklima	209
7.2.10	Touchpoint-Strukturen und -Kultur: Fit für Web 3.0	209
7.2.11	Konsequenzen für die Zukunft der Aufbauorganisation	210
7.2.12	Zwischenfazit	211
7.3	Führungsgrundsätze umsetzen	212

8

	Führungsstil und Führungshandeln	213
--	---	------------

Karla Kämmer

8.1	Managementkompetenz und Persönlichkeit	213
8.2	Der situativ-kooperative Führungsstil	214
8.3	Führungshandeln zwischen Defensive und Offensive	216
8.3.1	Die dynamische Prozessschleife	216
8.4	Was Mitarbeitende an Vorgesetzten schätzen	217
8.5	Die Basis: eine Vertrauenskultur	218
8.5.1	Mit Führung Vertrauen fördern	218
8.6	Mitarbeiterloyalität – eine zarte Pflanze	220

Dagmar Nitsch-Musikant	
8.7	Aktiv gegen Chaos und Unordnung 221
8.7.1	Ordnung schont Ressourcen 222
8.7.2	Ordnung ist ein Prozess 222
8.7.3	Zeitfresser aushebeln 224
8.7.4	Regelmäßige Umgebungsvisiten durchführen 225

Karla Kämmer	
8.8	Zeit und Selbstmanagement 227
8.8.1	Was Zeitmanagement wirklich bringt 227
8.8.2	Was ist dringend, was ist wichtig? 230
8.8.3	Auf der Flucht vor unangenehmen Aufgaben 231
8.8.4	Setzen Sie Prioritäten mit System 231
8.8.5	Delegieren schafft Freiraum für das Wichtige 232
8.8.6	Kommunizieren Sie organisiert 234

Personalmanagement 236

Karla Kämmer	
9.1	Personalauswahl mit System 236
9.1.1	Das Anforderungsprofil für Bewerber 236
9.1.2	Welches Profil hat Ihre Einrichtung? 237
9.1.3	Gewusst wo – die konkrete Personalsuche 238
9.1.4	Bewerbungsunterlagen auswerten 240
9.1.5	Das Vorstellungsgespräch 241
9.1.6	Sich näher kennenlernen: ACT, Probearbeit und Einarbeitung ... 243

Wolfgang Bruns	
9.2	Coaching – eine Führungsaufgabe 247
9.3	Kernaufgabe Teamentwicklung 249

Gerlinde Strunk-Richter	
9.3.1	Teamentwicklung 249
9.3.2	Zielvereinbarungen treffen 253

Burga Rode	
9.3.3	Mitarbeitende beurteilen und bewerten 255
9.3.4	»Stets zu unserer vollsten ...« – Zeugnisse erstellen 265

Karla Kämmer	
9.3.5	Wirksame Mitarbeiter in wirksamen Teams 267
9.3.6	Mit Twin Star bringen Sie Teams auf Erfolgskurs 268

Wolfgang Bruns & Karla Kämmer

- 9.3.7 Raus aus dem (Problem-)Teufelskreis – Reteaming 272
 9.3.8 Initiieren Sie Veränderungsprozesse mit dem Team 276

Karla Kämmer

- 9.4 Der KK-Kompetenzkompass® 276
 9.4.1 Mitarbeiter und ihre Potenziale einschätzen 276
 9.5 Mitunternehmertum 280
 9.5.1 Mitunternehmer in einer gedeihlichen Führungskultur 281
 9.5.2 Mit WOLLSOKÖ im Flow 281
 9.5.3 Kleine Mitarbeitertypologie 282

Dr. Franz Wittmann

- 9.5.4 Personalentwicklung ist Chefsache 283

Bernd Bogert

- 9.5.5 St. Gereon Seniorendienste – Mitunternehmertum praktisch 285

Karla Kämmer & Gerd Palm

- 9.5.6 Wissensmanagement als Schlüssel 294
 9.6 Führungsaufgabe Gesunderhaltung 298

Karla Kämmer

- 9.6.1 Gesund bleiben mit allen Sinnen 298
 9.6.2 Auch wenn sich alle daran gewöhnt haben –
 Dauerstress macht krank 299
 9.6.3 Die vier Elemente des ROME®-Konzeptes 299

Karla Kämmer & Siegfried Huhn

- 9.6.4 Die eigene Stresstoleranz steigern 302
 9.6.5 Gesunderhaltung älterer Mitarbeitender 305

Karla Kämmer

- 9.6.6 Pflege repräsentieren 307

Jürgen Link

- Personaleinsatzplanung 311**
 10.1 Ziele eines effektiven Personaleinsatzes 311
 10.1.1 Der qualitative Aspekt der Bewohnerversorgung 311
 10.1.2 Aspekte der Mitarbeiterzufriedenheit 312
 10.1.3 Erfüllung von Vorgaben 312

10.1.4	Zielbeziehungen	313
10.2	Rahmenbedingungen des Personaleinsatzes	313
10.2.1	Gesetze zum Schutz der Mitarbeiter	314
10.2.2	Rahmenvertrag mit den Kostenträgern und Personalschlüssel	319
10.2.3	Vereinbarung über den Personalschlüssel	320
10.2.4	Tarifliche Regelungen	320
10.2.5	Betriebliche Vereinbarungen	321
10.2.6	Die »Größe« des Wohnbereichs	321
10.2.7	Das Personal-Soll	321
10.2.8	Die Bewohnerstruktur	322
10.2.9	Aufgaben und Arbeitszeit in der Pflege und Betreuung	322
10.2.10	Das Personal	329
10.2.11	Der Einfluss der Bezugspflege auf die Dienstplangestaltung	332
10.3	Der Dienstplan als zentrale Steuerungsachse	332
10.3.1	Mindestanforderungen an den Dienstplan	332
10.3.2	Dienstplanlegende	333
10.3.3	Dienstplanzeitraum, Rechtzeitigkeit und Transparenz	333
10.3.4	Dienstplan und Mitarbeiterzufriedenheit	333
10.3.5	Rahmendienstpläne und ihre Folgen	334
10.4	Die Schritte der Dienstplanerstellung	336
10.4.1	Vorbereitende Arbeiten	336
10.4.2	Eingabe der Mitarbeiterdaten	336
10.4.3	Errechnung der Soll-Arbeitszeiten und der möglichen Schichten	337
10.4.4	Eintragung der Ausfallzeiten und der Teambesprechungen	338
10.4.5	Sichtung der Wunschliste	338
10.4.6	Einteilung der Nachtwache	339
10.4.7	Einteilung der Fachkräfte	339
10.4.8	Einteilung der Pflegehelfer	339
10.4.9	Einteilung der Altenpflegeschüler	340
10.4.10	Berücksichtigung der Bezugspflegegruppen	340
10.4.11	Überprüfung des Dienstplanentwurfs	340
10.5	Fazit	341
10.6	Transfer der Planung in die Realität	342
10.7	Retrospektive Betrachtung des Personaleinsatzes	342
10.7.1	Auswertung und Dokumentation der Dienstpläne	343
10.7.2	Erkenntnisse für künftige Planungen gewinnen	344
10.8	Neue Modelle und Überlegungen zum Personaleinsatz	346
10.8.1	Der »10-Stunden-Arbeitstag« in der Pflege	346
10.8.2	Von der ambulanten Pflege lernen	347

11 Kommunikationsprozesse gestalten 349

Karla Kämmer

11.1	Das Harvard-Konzept	349
11.1.1	Menschen und Probleme getrennt voneinander behandeln	350
11.1.2	Nicht Positionen, sondern Interessen ins Zentrum rücken	352
11.1.3	Wahlmöglichkeiten anbieten	352
11.1.4	Das Ergebnis nach objektiven Kriterien finden	353
11.2	Das Konzept der lösungsorientierten Kommunikation	353
11.2.1	Problemsprache schafft Probleme	353
11.2.2	Eine Rückmeldekultur, die aufbaut	354
11.2.3	So behandeln Sie Kränkungen konstruktiv	354
11.3	We know how – Kollegiales Teamcoaching	355
11.4	Kollegiales Leitungcoaching	356
11.5	Beratung	358
11.5.1	Rahmenbedingungen eines Beratungsgesprächs	359
11.6	Mitarbeitergespräche führen	362

Gerlinde Strunk-Richter

11.6.1	Das Jahresgespräch	362
--------	--------------------------	-----

Karla Kämmer

11.6.2	Wie Sie Mitarbeitern Kraft in Krisen geben	366
11.6.3	Das Krisen-ABC	367
11.6.4	Fazit: Grenzen in der Beratung von Mitarbeitenden	368

Karla Kämmer

12 Beschwerdemanagement – das Salz in der Suppe 369

12.1	Beschwerdemanagement und Leitbild: Sind Ihre Mitarbeiter auch »Porsche«?	370
12.1.1	Beschwerdemanagement und Leitbild	370
12.2	Kommunikation und Beschwerdemanagement	372
12.3	Beschwerdemanagement als Teil des KVP	373
12.4	Beschwerdemanagement und Führung	374
12.4.1	Erschaffen Sie eine lernende Organisation	375
12.5	Beschwerden annehmen, bearbeiten und auswerten	376
12.5.1	Kunden(un-)zufriedenheit wahrnehmen	376
12.5.2	Beschwerden entgegennehmen	377
12.5.3	Gesprächsführung in unterschiedlichen Situationen	377
12.5.4	Mentale Soforthilfen	378
12.5.5	Bearbeitung und Organisation von Beschwerden standardisieren	379

Qualität managen 381

Karla Kämmer

- 13.1 Qualitätsbegriff und -dimensionen 382
 - 13.1.1 Qualität im Altenhilfebereich 382
- 13.2 Qualität als Managementaufgabe 384
 - 13.2.1 Qualitätsmanagementsysteme 384
- 13.3 Ihr einrichtungsinternes Qualitätsmanagement 390
 - 13.3.1 Leitbildentwicklung 391
 - 13.3.2 Qualitätspolitik entwerfen und umsetzen 392
 - 13.3.3 Prüfbereiche umsetzen 393
- 13.4 Qualität zwischen Kundenerwartung und Dienstleistung 403

Wolfgang Bruns & Karla Kämmer

- 13.4.1 Expertenstandards einführen 404
- 13.4.2 Expertenstandards umsetzen – Steuerung durch die PDL 407
- 13.4.3 Qualitätsberichterstattung 410

Karla Kämmer

- 13.5 Externe Qualitätssicherung 411
 - 13.5.1 Der MDK und seine Funktionen 411
 - 13.5.2 Aufsichten für unterstützende Wohnformen 417
 - 13.5.3 Zusammenarbeit der Aufsichten für unterstützende Wohnformen und MDK 419
- 13.6 Heimeinzug – ein Prüfstein für die neue Kundenbeziehung 419
 - 13.6.1 Heimeinzug – eine Aufgabe für das ganze Haus 420
 - 13.6.2 Strukturieren Sie den Einzug 422

Fachliches Risikomanagement 424

Karla Kämmer

- 14.1 Risikopotenziale kennen 424
 - 14.1.1 Risiken der Bewohner 424
 - 14.1.2 Risiken in den Bereichen Personal und Organisation 425
 - 14.1.3 Lebensweltliche Organisation beugt Risiken vor 425
 - 14.1.4 Ressourcenmanagement als Risikomanagement 426
- 14.2 Die wichtigsten praktischen Pflegerisiken systematisch angehen . 427
- 14.3 Ein Risikomanagement für alle Risiken 428

Karla Kämmer & Birger Schlürmann

- 14.4 Notfallmanagement 429

14.4.1	Erste Hilfe	429
14.4.2	Mindestbesetzung kalkulieren	430
14.4.3	Überblick sichern und Prioritäten setzen	432
14.4.4	Qualitätszirkel »Notfallmanagement«	436
14.4.5	Tägliche Situationsanalyse	437
14.4.6	Maßnahmen bei Mangel oder Ausfall von Fachpersonal	438

Jürgen Link

15

	Pflegecontrolling	440
15.1	Fachliches Pflegecontrolling	440
15.1.1	Struktur des Pflegecontrollings	440
15.2	Wirtschaftliches Denken und Handeln	443
15.2.1	Es geht nicht ohne Fachwissen	443
15.2.2	Betriebswirtschaftliches Grundwissen	443
15.2.3	Das Fundament: die Wirtschaftsplanung	449
15.2.4	Wirtschaftliches Handeln	452
15.3	Projektmanagement	457
15.3.1	Die Projektleitung: Anforderungen und Aufgaben	457
15.3.2	Erfolgsfaktoren im Projektmanagement	458
15.3.3	Projektphasen	458
15.4	Die Balanced Scorecard als strategisches Controlling-Instrument	463
15.4.1	Die Schritte der Balanced Scorecard	464
15.4.2	Auswertung der Balanced Scorecard	467
15.4.3	Kosten-Nutzen-Verhältnis einer BSC	468

Karla Kämmer, Olav Sehlbach & Raffaella Teich

16

	Öffentlichkeitsarbeit – das Vertrauen der Kunden gewinnen und festigen	469
16.1	Das »alte« Pflegeheim wird zunehmend unattraktiv	469
16.2	Öffentlichkeitsarbeit und Marketing in der Altenpflege	471

Karla Kämmer

16.2.1	Prinzipien der Öffentlichkeitsarbeit	471
--------	--	-----

Raffaella Teich

16.2.2	Öffentlichkeitsarbeit im Web	473
--------	------------------------------------	-----

Karla Kämmer & Olav Sehlbach

16.2.3	Marketing	473
--------	-----------------	-----

Karla Kämmer

16.3	Die Bestandsaufnahme – praktisch, kritisch, analytisch	474
------	--	-----

16.3.1	Der erste Eindruck	474
Karla Kämmer & Olav Sehlbach		
16.3.2	Fragen Sie Ihre Kunden!	475
Karla Kämmer		
16.4	Klassische Instrumente der Vertrauensbindung im teilöffentlichen Raum	478
16.4.1	Die Cafeteria	478
16.4.2	Das Quartier	478
16.4.3	Veranstaltungen	479
16.4.4	Die Hauszeitung	480
16.4.5	Der Hausprospekt	480
16.4.6	Internet, Wlan & Co.	480
Raffaella Teich		
16.5	Öffentlichkeit im digitalisierten Alltag	481
16.5.1	Die Einrichtung richtig präsentieren: Facebook, Twitter & Co. ...	481
16.5.2	Zwei Ebenen der Onlinekommunikation: Kunden & Mitarbeitende	482
16.5.3	Rechtliches	484
Karla Kämmer		
16.6	Partnerschaft oder Dauerclinch? – Kooperation mit Angehörigen	484
16.6.1	Familiäre Verhaltensmuster vs. Pflegestrategie	485
16.6.2	Das Ideal: eine Kommunikation auf Augenhöhe	486
16.6.3	Beziehungsbasierte Pflege – eine Brücke zum Miteinander	487
16.6.4	Gemeinsame Erlebnisse verbinden	487
Siegfried Huhn		
16.7	Pressearbeit im Alltag und in kritischen Situationen	488
16.7.1	Im Krisenfall: »Kein Kommentar«?	488
16.7.2	Die Pressekonferenz: gute Vorbereitung und eine klare Struktur .	490
16.7.3	Die Pressemitteilung: »Tue Gutes und rede drüber«	490
Karla Kämmer		
16.8	Fundraising – mehr als Spenden sammeln	491
Literatur		493
Register		507

ALTENPFLEGE IN EINER GESELLSCHAFT DES LANGEN LEBENS

Karla Kämmer

So wie die alten Menschen heute im Heim wollen viele Angehörige der heutigen Generation 50plus nicht leben. Nicht in einer Einrichtung mit so vielen alten Menschen, nicht so »versorgt« ... Gefragt sind neue Konzepte für mehr Bedarfsgerechtigkeit und systematisches Qualitätsmanagement. Dieses Buch soll Sie darauf vorbereiten, Altenpflege im gesellschaftlichen Wandel »neu« zu denken und Sie in Ihrer Gestaltungsaufgabe unterstützen. Denn die Altenhilfe wird vielschichtiger. Gesellschaftliche Inklusion und Teilhabe bekommen eine hohe Bedeutung. Der reale, individuelle Hilfebedarf einer Person in ihrer Lebenssituation und ihre Wünsche an die Lebensqualität rücken stärker in den Fokus – und unsere bürgerschaftliche Verantwortung auch. Die Grenzen zwischen selbstorganisierter Hilfe, teilstationärer und stationärer Pflege werden – so ist es politisch gewollt – aufgelöst. Die Angebote werden sich stärker an den regionalen Bedarfen und Wünschen der Bürger ausrichten. Das Votum der Bürger: Ambulant in der eigenen Wohnung geht vor stationär, wohnortnahe, sozial vernetzte Dienstleistungen im Viertel und kleinere Einrichtungen vor großen, Normalität vor Funktionalität.

Das heißt für Sie als Pflegemanager(innen): Hinschauen und reflektieren, neu sortieren, neu vernetzen, neu konzipieren, eventuell umbauen und sanieren .

1.1 Neue Rahmenbedingungen bieten neue Chancen

Angesichts der demografischen Herausforderung erfolgt zurzeit fach- und sozialpolitisch eine Kurskorrektur hin zu Altenhilfe- und Altenpflegekonzepten, die eigenverantwortliche Lebensentwürfe auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit stärker unterstützen (z. B. Lebensweltorientierung), die sich mehr an der Normalität, selbst verantworteten Wohnformen und quartiersnaher Versorgung orientieren.

Unsere professionelle Aufgabe ist es, die Ausbildung neuer Qualitäten von Zusammenleben in den Vierteln und Stadtteilen und von Vernetzung und Selbsthilfemanagement mit zu entwickeln. Ohne Entbürokratisierung sind Gemeinwesenorientierung und Förderung von Eigenverantwortung nicht zu schaffen. Da, wo echte Freiräume entstehen, können unter qualifizierter, professioneller Begleitung und Moderation die Produktivitätspotenziale vieler Menschen geweckt werden. Sie können und sollen systematisch in das soziale Netzwerk, z. B. von Quartieren und Gemeinden, eingebunden werden. Die neuen (gesetzlichen) Rahmenbedingungen unterstützen diese Bewegung:

- Das **Pflegestärkungsgesetz**, dessen erster Teil am 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist, ermöglicht eine bessere Berücksichtigung der individuellen Situation von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen und einen Abbau von Unterschieden im Umgang mit körperlichen und geistigen Einschränkungen. Außerdem ist im ersten Pflege-

stärkungsgesetz jetzt auch die Anerkennung des Tariflohns im Pflegesatz gesetzlich fixiert. »Hinter der Neuerung steckt die politische Absicht, einen Preiskampf zwischen den Einrichtungen zu Lasten der Beschäftigten [...] zu vermeiden sowie damit den Anreiz zu Tariffucht, Leiharbeit und Outsourcing zu verringern.«¹

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz soll der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt werden (vgl. Kapitel 6.2).

- Die erste **Landespflegekammer** in Deutschland entsteht in Rheinland-Pfalz.
- Die **Entbürokratisierung der Pflegedokumentation**. Seit Januar 2015 läuft die bundesweite Implementierung der neuen Dokumentation in der Pflege. Es ist laut Bundesregierung das bisher größte Entbürokratisierungsprojekt in der Geschichte der Pflegeversicherung.

1.1.1 Ihr Aufgabenfeld: Soziales Engagement fördern und Beteiligungsstrukturen schaffen

Wenn der Wandel gelingt, wird sich im Zusammenspiel der Generationen eine neue Norm der sozialen Verpflichtung entwickeln. Soziale und pflegerische Unterstützung in der direkten Nachbarschaft mit ihrem Beziehungsgefüge erhält Vorrang vor dem Institutionsansatz. Auch in den Institutionen gibt es neue Konzepte, veränderte Qualitätsziele und neue Formen von Beteiligung und Alltagsgestaltung.

Die zentralen Eckpunkte der Neuausrichtung:

- Ambulante und stationäre Versorgungsangebote miteinander verknüpfen
- Geldmittel von den klassischen stationären Versorgungsangeboten zu vernetzten Stadtteil-Lösungen umverteilen
- Integration und Durchlässigkeit ambulanter und stationärer Unterstützungssysteme materiell steuern. Niederschwellige Stadtteilangebote fördern
- Bestehende Pflegeeinrichtungen bedürfen der grundlegenden Neuausrichtung als Versorgungsmittelpunkte im Sinne von Quartierszentren – mit ambulanter Versorgung, als professionelle Orte für die Begleitung schwerstpflegebedürftiger Menschen, für die Begleitung von Menschen mit schwerer Demenz und herausforderndem Verhalten sowie für ein würdiges Sterben

Die Aufgabe professioneller Pflege alter Menschen besteht zukünftig verstärkt darin, die spezifischen Pflegesituationen fachlich zu erfassen sowie die Beteiligten zu beraten, anzuleiten, zu begleiten und die Zielerreichung zu überwachen. Das ambulante Beteiligungsmodell wird verstärkt Einzug in das Heimsetting halten.

¹ Vgl. Tybussek, K. (2014). Anerkennung von Tariflohn im Pflegesatz jetzt gesetzlich fixiert. Das Pflegestärkungsgesetz 1 stellt aber hohe Anforderung an die Anerkennung. CURACON Weidlich Rechtsanwalts-gesellschaft mbH, Mitteilung vom 22.11.2014

Fazit

Eine nachhaltige Sicherung der Pflege verlangt nach einem neuen Profil professioneller Pflege, nach Interdisziplinarität, nach Kooperationen zwischen Berufsgruppen und einer neuen Partnerschaft zwischen Angehörigen, Freiwilligen und beruflich Tätigen.

1.1.2 Die Entbürokratisierung der Altenpflege

Hauptthema des sog. »Entbürokratisierungsprojektes« des Bundesministeriums für Gesundheit sind Art und Umfang der Dokumentation in der Langzeitpflege. Daneben geht es auch um die Umleitung von finanziellen Mitteln, die der bürokratische Zeitaufwand derzeit noch bindet, in die direkte Pflegezeit. Insgesamt spricht man von 2,7 Milliarden Euro². Für die Dienste und Nutzer eröffnen sich neue Optionen. In den nächsten zwei Jahren wird die entbürokratisierte Dokumentation bundesweit umgesetzt. Das Projektbüro hat unter dem Titel »**E**inführung des **S**trukturmodells zur **E**ntbürokratisierung der **P**flegedokumentation (Ein-STEP) am 1. Januar 2015 seine Arbeit aufgenommen. Die Website des Projektbüros ist seit März 2015 unter der Adresse www.ein-step.de erreichbar. Dort werden laufend aktuelle Informationen zur Implementierung angeboten.

1.1.2.1 Die Elemente der entbürokratisierten Pflegedokumentation

Diese grundlegende Veränderung in Art und Umfang der Pflegedokumentation ist die Chance für einen Paradigmenwechsel – hin zu einer konsequenteren Orientierung an der pflegebedürftigen Person, zu mehr Transparenz und zu professioneller Vertrauenskultur.

Bestandteile der entbürokratisierten Pflegedokumentation:

- Strukturmodell mit klarer Grundstruktur in einem vierphasigen Pflegeprozess
- Strukturierte Informationssammlung (SIS)
- Verfahren der Risikoeinschätzung
- Maßnahmenpläne in der Tagesstruktur

Eine Ausrichtung der Pflegedokumentation an einem speziellen Pflegemodell, entfällt. Geraten wird zu einer qualifizierten Personenzentrierung in der Planung und Dokumentation für Lebenssituationen der Langzeitpflege.

² Vgl. Statistisches Bundesamt (2013). Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege. Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind.

Der Pflegeprozess nach dem Strukturmodell

1. Aufnahmegespräch mithilfe der Strukturierten Informationssammlung in der narrativen Methode
2. Pflegeplanung
3. Pflegebericht (Verlaufsdokumentation, abweichend vom Pflegeplan)
4. Evaluation (mit Fokus auf Erkenntnisse aus SIS, Pflegeplanung und Bericht)

Umgang mit Risiken und Phänomenen

Das Risikomanagement konzentriert sich auf fünf (statistisch häufigste) Risikobereiche und Pflegephänomene:

1. Dekubitus
2. Schmerz
3. Sturz
4. Inkontinenz
5. Ernährung

»Zusatz-Joker« ist die Kategorie »Sonstiges« für weitere spezifische kritische Situationen, z. B. gerontopsychiatrische Fragestellungen (herausforderndes Verhalten, Wandertendenz, Verursachen gefährlicher Situationen, gestörter Ausdruck von Bedürfnissen, Tag-Nacht-Rhythmus).

Risikoeinschätzung mit Initial- und Differenzialerfassung

Es erfolgt eine Rückbesinnung auf die fachliche Kompetenz. Zunächst wird der jeweilige Nutzer fachlich eingeschätzt, bevor ein Differenzialassessment erfolgt, eine intensive Beobachtungsphase eingeleitet oder eine Skala ausgefüllt bzw. ein Assessment durchgeführt wird.

Strukturmodell mit neuer Gewichtung

Die Veränderungen und die neue Gewichtung im neuen Strukturmodell zeigen sich an folgenden Elementen:

1. Stärkung und konsequente Beachtung von Individualität und Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Person. Berücksichtigung pflegerelevanter biografischer Informationen
2. Darstellung des Pflegeprozesses auf vier Schritte beschränkt
3. Struktur der Pflegedokumentation mit sechs Themenfeldern, orientiert am Neuen Begutachtungsassessment (NBA)
4. Strukturierte Informationssammlung (SIS) als Einstieg in den Pflegeprozess
5. Matrix zur fachlichen Einschätzung der individuellen Risiken und Phänomene und Verdeutlichung des Handlungsbedarfs

Die SIS macht die bisher genutzten Anamnese- und Biografiebögen und die klassische Pflegeplanung im 6-Schritte-Modell überflüssig.

»Immer-so-Leistungen« und Behandlungspflege

Ganz wichtig: Berücksichtigen Sie unbedingt, dass der reduzierte Dokumentationsaufwand im Bereich des Abzeichnens in erster Linie die grundpflegerische Versorgung als »Immer-So-Leistungen« betrifft. Um im Haftungsfall den Immer-so-Beweis führen zu können, sorgen Sie dafür, dass eine überschaubare Zahl sog. »Verfahrensweisungen Grundpflege« hinterlegt ist, die das Vorgehen in den Immer-so-Leistungen kurz beschreiben.

Es geht nicht um Pflegestandards! In der Dokumentation der pflegebedürftigen Person werden nur noch die Abweichungen beschrieben. Die Dokumentation der behandlungspflegerischen Versorgung nach dem Arzthaftungsrecht bleibt, wie sie ist.

Fazit

Die neuen Vorgehensweisen wirken sich direkt auf das Qualitätsmanagement aus: Hier werden jetzt die fachlichen Weichen des Vorgehens gestellt, z. B. im phänomenbezogenen pflegerischen Risikomanagement.

1.1.2.2 Umsetzung mit Gestaltungsspielraum

Die Einhaltung des Strukturmodells und der Verfahrensanleitung ist eine Rahmenvorgabe, innerhalb derer Sie die Umsetzung gemäß Ihren Bedürfnissen und QM-Strukturen frei gestalten können. Das gibt Ihnen Sicherheit und gleichzeitig angemessenen Spielraum, z. B. in der Gestaltung der Maßnahmenplanung.

Die verschlankte Dokumentation braucht mehr fachliches Knowhow. Die Pflegefachkraft muss selbstständiger und reflektierter beobachten, einschätzen und entscheiden.

Die »richtige Kompetenz am richtigen Ort« – Qualifikationsmix: Je weniger – aber (fachlich) konzentrierter – geplant und dokumentiert wird, umso wichtiger wird für Ihren Pflegedienst/Ihre Einrichtung die Nutzung der »richtigen« Kompetenzen der Mitarbeitenden an der »richtigen« Stelle. Sorgen Sie für einen funktionierenden Qualifikationsmix!

Die neue Prüfanleitung, der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, das neue Begutachtungsinstrument, die neuen Qualitätsindikatoren und die neue, entbürokratisierte Pflegedokumentation stehen in einem konzeptionellen, logischen, strategischen und betriebswirtschaftlichen Zusammenhang.

Kann ein Mitarbeiter in Begutachtung und Prüfsituation nicht angemessen argumentieren, zeigen Planung und Risikomanagement keinen roten Faden auf, wird es eng für Note, Reputation und Finanzierung.

Gefordert sind reflektierte Kreativität statt Buchstabentreue, Kooperation auf Augenhöhe und echte Entwicklungsräume für unterschiedliche Begabungen. Neue Anforderungen an Arbeitsteilung und an den Umgang mit Verantwortung erfolgen.

Fazit

Finden Sie heraus, wer in Ihrem Dienst welches Potenzial hat und unterstützen Sie Ihre Mitarbeiter darin, ihre Potenziale zu nutzen. Schaffen Sie über beziehungsba- sierte Pflege und potenzialorientierte Organisation krisenfeste und wirklich moti- vierende Arbeitsbedingungen.

1.1.2.3 Umsetzung dank potenzialorientierter Organisation

Eine effizientere, verschlankte Pflegedokumentation erfordert potenzialorientierten Per- sonaleinsatz. Ein erprobtes Instrument zur Potenzialfindung und -entfaltung ist der von Gerd Palm und Karla Kämmer entwickelte Kompetenzkompass. Mit seiner Hilfe analysieren Sie, wer fachlich für welche Aufgaben geeignet ist und kombinieren geschickt Anforderungen, Aufgabenbereiche und Verantwortlichkeiten. Bauen Sie ein Experten- netzwerk auf. Qualifizieren Sie gezielt. Das spart Ressourcen und schafft Motivation.

Der Kompetenzkompass lotet u. a. folgende Potenziale bei Mitarbeitenden aus:

1. Potenzial Bezugs- und Beziehungspflege allgemein (Basislevel)
2. Analytisch-planerisches Potenzial
3. Pflegefachliches Potenzial
4. Organisatorisches Potenzial
5. Beziehungsorientiertes Potenzial
6. Pflegepraktisches Potenzial

Beispiel »Kriterien für eine Pflegefachperson«

Die spezifischen Kriterien für eine Pflegefachperson im ambulanten Dienst wären in einer Potenzialanalyse z. B.:

1. MA mit Potenzial Bezugs- und Beziehungspflege (Basislevel)

Kompetenzen:

- Interaktion mit Klienten und Angehörigen
- Narrative Informationssammlung und Biografiearbeit durchführen
- Hermeneutische Deutung
- Evaluationen durchführen

2. MA mit analytisch-planerischem Potenzial (Pflegeprozessexperte)

Kompetenzen:

- Hohe Kompetenzen in der Gestaltung von Pflegeprozess- und Dokumentation
 - Einstufungsmanagement
 - Kritische Situationen/Konstellationen frühzeitig erkennen
 - Pflegecontrolling
- 

3. MA mit pflegefachlichem Potenzial (Pflegefachexperte)

Kompetenzen:

- Pflege am allg. Stand des Wissens
- Pflegefachliche Begründungen
- Schwerpunktsetzung, Risiken und Phänomene im Pflegeprozess bearbeiten
- Spez. Fachschwerpunkt (Pallcare, Geronto, Quartier)

4. MA Koordination/Steuerung (Organisatorische Begabung)

Kompetenzen:

- Organisationsfähigkeit (Zeit- & Selbstmanagement)
- Gesamtüberblick über Abläufe und Vorkommnisse
- Koordinationsfähigkeit (auch mit Schnittstellen) Familien & Klienten

5. MA mit beziehungsorientiertem Potenzial (Experte Demenz oder Pallcare)

Kompetenzen:

- Praktische Milieugestaltung/Wohlbefinden im Blick/Empathie einsetzen, Menschen mit Demenz
- Direkte Pflege/Ausführung: sehr individuell, achtsam und ethisch reflektiert
- Psychosoziale Begleitung und Krisenbegleitung

6. Schwerpunkt Pflegepraxis (Hands-on-Pflege)

Kompetenzen:

- Besondere fachliche Begabung in einem fachlichen Handlungsfeld
- Direkte Pflege fachlich umsichtig und praktisch hochwertig durchführen
- Behandlungspflege/Medikamentenmanagement/Wundmanagement/Hygiene
- Umsetzung von mobilitätsorientierten Konzepten: Kinesthetics, Bobath,
- 3-Schritte-Konzept

1.1.2.4 Zwischenfazit aus Expertensicht

Die Zeitersparnis durch die entbürokratisierte Dokumentation beträgt 30 bis 50 Prozent des bisherigen Gesamtaufwands. Hinzu kommen die positiven Effekte auf die Mitarbeiterzufriedenheit, wie sie sich in den Erfahrungsberichten der Modelleinrichtungen zeigen. Offensichtlich fühlen sich Pflegefachkräfte wieder ernst genommen. Gerade erfahrene Berufskolleginnen und -kollegen fühlen sich in ihrer Sicht auf ihre Berufsschwerpunkte bestätigt und sagen: »Eigentlich ist das neue Verfahren ein wenig so wie zu Anfang der Einführung der Pflegeplanung, nur differenzierter.«

1.1.3 Pflege im Quartier: Gemeinsam vor Ort leben

Auch im Strukturbereich werden die politischen Weichen eindeutig gestellt: Im Rahmen der Schaffung demografiesicherer Städte und Gemeinden sollen Wohnquartiere entstehen, in denen gelebt, ausgetauscht, unterstützt, gewohnt und gepflegt wird – ambulant, stationär und teilstationär. Die Grenzen der alten Versorgungsformen sollen

sich nach und nach auflösen, wohnortnah sollen tragfähige Versorgungsnetze entstehen. Sie sind gut beraten, sich auf den Versorgungsansatz »Quartier« vorzubereiten, darin neue Chancen und Möglichkeiten zu sehen.

Was ist neu am Quartier? Die Auswirkungen des demografischen Wandels stellen Städte und Gemeinden, aber auch soziale Dienstleister, vor große Herausforderungen. Sie bedeuten eine stärkere Differenzierung der Bedürfnisse und Ansprüche besonders auch beim Thema Wohnen. Erforderlich sind generationengerechte Wohnformen sowie quartiersnahe Beratungs- und Dienstleistungsangebote. »Wohnquartiere für Jung und Alt« heißt – neben dem Blick auf junge Familien – vor allem auch, das Thema »Wohnen im Alter« stärker als bisher in den Mittelpunkt zu stellen.

Wohnen im Quartier

Das Ziel ist ein möglichst langer Verbleib der älter werdenden Menschen in ihrer vertrauten Umgebung.

Eine Anforderung an die Altenhilfe besteht darin, viel mehr als bisher soziale Netzwerke und die unmittelbare Solidarität zwischen den alten und jungen Menschen eines Wohnquartiers zu stärken und in die Organisation von Hilfeangeboten einzubeziehen.

1.1.3.1 Ihre Rolle als stationärer Dienstleister

In Quartiersprojekten können Sie mit Ihrer Einrichtung eine zentrale Rolle übernehmen. Sie besteht darin,

- mit allen an der Versorgung Beteiligten optimal im Stadtteil zu kooperieren;
- Ihre Achsenfunktion als »lebendiges Herz« des Stadtteils auszubauen;
- Potenziale zu stärken;
- mit ambulanten Diensten, Gemeinden sowie Ehrenamtlichen (z. B. aus Freiwilligenbörsen) eng zusammenzuarbeiten;
- Organisationen und Selbsthilfe im Stadtteil zu unterstützen (z. B. Quartiersgruppen aufbauen, an Runden Tischen und Konferenzen teilnehmen, bürgerschaftliches Engagement mitunterstützen);

»Die Arbeit im Quartier und im Gemeinwesen erfordert [...] neben der Fachlichkeit besondere personale und soziale Kompetenzen, die sich förderlich auf die nachbarschaftliche Beziehungsgestaltung auswirken.«³

³ De Vries, B., Evangelisches Johanneswerk (Hg.) (2011). Quartiersnah. Die Zukunft der Altenhilfe. Reihe Management Tools. Hannover: Vincentz Network, S. 12

1.1.3.2 Aufbau institutionsübergreifender Netzwerke

In Bezug auf hilfebedürftige Personen umfassen institutionelle Netzwerke⁴

- **primäre**, nicht bzw. wenig organisierte, auf persönliche Bindung aufbauende Netze (Privatbereich: Familien und Freunde),
- **sekundäre**, organisierte formelle Netze (öffentlicher Lebensbereich: Vereine oder z. B. der Männerkreis der Kirchengemeinde),
- **tertiäre** Netze in Form von professionellen Institutionen (gemeinnütziger Sektor: u. a. Krankenhäuser, Wohnhäuser für ältere Menschen, Tagespflegeangebote, Stadtteilbüros) und Unternehmen (z. B. der Supermarkt an der Ecke mit seinem Lieferservice oder die Taxizentrale mit den Stammfahrern).

Die Anforderungen vor allem des Managements verändern sich wegen der regionalen Vernetzung Schritt für Schritt:

Unterstützen Sie bewusst und gezielt Eigenverantwortung und Eigeninitiative in Ihrem Quartier

Hilfebedürftige Menschen, ihre Angehörigen und Nachbarn sind im Quartier die bestimmenden Akteure, die im Bedarfsfall ergänzende professionelle Hilfe in Anspruch nehmen werden. Als professionelle Dienstleister unterstützen Sie bewusst die Entwicklung von Gemeinsinn, Eigenverantwortung und Eigeninitiative in Ihrer Umgebung. Das kann durch Informationsbörsen zu Quartiersarbeit, Bedarfsbefragungen in den Haushalten und Aufbau regionaler mobiler Einkaufsservices geschehen (Rollender Bäcker/Bauer, Rollendes Warenhaus oder Blumenservice), aber auch in der weiteren Öffnung hausinterner kultureller Angebote für Bewohner des Stadtteils (Achtung: Rollatorreichweite beachten!).

Kooperieren Sie noch bewusster mit anderen Akteuren

Quartiersbezogene Wohnkonzepte werden meist nicht von einem Träger allein umgesetzt. Sie sind vor allem dann erfolgreich, wenn auch Sie sich auf andere Akteure zubewegen, sich als Zukunftspartner sehen und Ihre Ressourcen zur Verfügung stellen. Kooperationspartner können hierbei aus der Wohnungswirtschaft kommen, aber auch u. U. von Mitbewerbern und Dienstleistern. Ihre Fachlichkeit steht dabei gleichwertig neben der anderer Fachdisziplinen und Anbieter. Das erfordert kommunikativen Austausch und Abstimmung sowie ein Denken in multiprofessionellen und vernetzten Zusammenhängen. Dabei ist immer zu klären, wer den Gesamtprozess steuert!

⁴ Vgl. Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hg.) (2008b): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Themenheft 3: Den neuen Herausforderungen begegnen – Mitarbeiter weiter qualifizieren. Zusammengetragen von Ursula Kremer-Preiß und Holger Stolarz. Essen: KDA, S. 11

Kooperieren Sie mit privaten Netzwerken

In Zukunft werden Leistungen nur noch in Dienstleistungsnetzwerken qualitativ zu erbringen sein. Von Ihnen und Ihren Mitarbeitern wird also die Kompetenz erwartet, Netzwerke aufzubauen und deren Zusammenarbeit zu koordinieren. Dies setzt auch die Kenntnis von Gruppenprozessen und -entwicklungen voraus.

Teilen Sie Verantwortung

Die Expertenmacht der Fachkräfte wird in der quartiersnahen Versorgung aufgrund der neuen Kräfteverteilung zwischen Hilfebedürftigen, Angehörigen, anderen Bürgern des Quartiers und Profis geringer werden. Profis bringen vorwiegend ihre Fachlichkeit ein, die Hilfebedürftigen, ihre Angehörigen und Freunde steuern ihre biografische und Alltagsexpertise bei. Die Mitarbeiter müssen darin gestärkt werden, auf Augenhöhe mit anderen – vor allem nicht professionellen – Partnern zusammenzuarbeiten und Verantwortung in einem Hilfemix zu teilen.

Intensivieren Sie in Steuerungsfähigkeiten

Unter den professionellen Helfern wird der proportionale Anteil der Fachkräfte deutlich abnehmen. Deren Hauptaufgabe besteht zukünftig in der Führung der Nicht-Fachkräfte und in der Steuerung der Pflege-, Betreuungs- und Kommunikationsprozesse. Die professionellen Mitarbeiter sehen die unterschiedlichen Expertisen, die andere Akteure einbringen. Sie steuern den Kommunikationsprozess mit allen Beteiligten, in dem die unterschiedlichen Kompetenzen zum Wohl des hilfebedürftigen Menschen zusammengeführt werden. Sie müssen also die ihre Fachlichkeit zurücknehmen, ein hohes Maß an Kommunikationsfähigkeit mitbringen und sich im Konfliktmanagement auskennen. Gleichzeitig müssen sie den Hilfebedarf diagnostisch definieren und ihre Dienstleistung dem aktuellen fachlichen Stand entsprechend erbringen.

1.1.3.3 Im Hilfemix aufgabenbezogen kooperieren

Wenn das Zusammenspiel der unterschiedlichen Partner gelingt, entstehen innovative Lösungen, die

1. fallbezogen jetzt und hier gut für den Einzelnen sind und/oder
2. feldbezogen helfen, die Versorgungsstrukturen im regionalen Rahmen generell zu verbessern, die damit auch mittel- und langfristig nützlich für die Allgemeinheit sind.

Eine vorrangige Aufgabe institutioneller Netzwerkpartner, insbesondere von Behörden und Ämtern, besteht in der aufgabenbezogenen Kooperation und der Fähigkeit, bürgerschaftliches Engagement in zukunftsweisende Lösungen einzubinden. Nur so kann der Hilfemix funktionieren und als Bündnis politisch wirksam werden.

1.1.3.4 Bürgerschaftliches Engagement kompetent konzipieren

Die Bereitschaft, sich um Angehörige – auch im Falle einer Heimunterbringung – zu kümmern, ist ausgeprägt. Das zeigt beispielsweise die Kasseler Pflegestudie⁵. Die Hilfsbereitschaft bezieht sich potenziell auch auf Fremde. So pflegeunerfahren ist die Bevölkerung heute nicht: Über 50 Prozent der 40- bis 60-Jährigen haben bereits Erfahrungen in Pflegesituationen gesammelt. Sie geben diese bereits heute, z.B. in der Alzheimer- und Hospizgesellschaft, weiter.

Der Nutzen beruht auf Gegenseitigkeit: Bürgerschaftliches Engagement hilft nicht nur den Bedürftigen, sondern verhilft auch den Freiwilligen zu neuen Kompetenzen, einem abwechslungsreichen Alltag und im begrenzten Umfang auch zu einem finanziellen Vorteil. Soziales Handeln kann auch der Angst vor Einsamkeit, unwürdigen Pflegesituationen und Abhängigkeit entgegenwirken.

Sowohl Profis als auch Freiwillige benötigen Begleitung, Anleitung und Informationen zum Umgang miteinander. Freiwillige brauchen eine systematische Unterweisung, Training und Reflexion in ihrem Aufgabenbereich.

1.1.3.5 Kein Netzwerk ohne Stakeholder

Als Grundlage für die quartiersbezogene Netzwerkbildung bietet sich eine offene Arbeitsform an, ein Forum aller Beteiligten, das sich gemeinsam auf den Weg macht und sowohl Professionelle als auch Interessierte einbindet, Pionierarbeit leistet und Informationen austauscht.

Wichtig für Ihren Start in die Vernetzungsarbeit sind eine exakte Umfeldanalyse der Infrastruktur des Sozialraumes, seiner Mitglieder und deren Verflechtungen. Hier bietet sich eine Stakeholderanalyse an. Sie hilft, Interessenträger (stakeholder) zu identifizieren, also Personen oder Gruppen, die besonderen Einfluss auf den praktischen Aufbau von Quartiersarbeit haben.

Stakeholder

Typische Stakeholder sind einflussreiche Interessenvertreter bzw. Persönlichkeiten des regionalen politisch-administrativen Systems (z. B. Bürgermeister, Vertreter von Parteien, Träger bzw. Vertreter von Wohlfahrtsverbänden und deren lokalen Einrichtungen), Leitungen von Kirchengemeinden, Eigentümer, Unternehmens- und Behördenvertreter. Sie werden geordnet nach

- ihrem Einfluss auf andere Stakeholder,
- ihrem Entscheidungspotenzial (finanziell, technisch, politisch etc.),
- ihrer Einstellung zur Quartiersarbeit (Gegner, Befürworter, neutral etc.),
- ihrer Rolle im Projekt (Konkurrenten, Mitbewerber),
- ihren Beziehungen untereinander (Vorerfahrungen in Projekten).

⁵ Vgl. Blinkert, T. & Klie, T. (2004). Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Hannover: Vincentz

Diese Analyse ist die Grundlage dafür, Stakeholder gezielt einzubinden und das gegenseitige Verständnis im Sinne der gemeinsamen Gestaltungsaufgabe zu verbessern. Sie ist aber immer nur eine Momentaufnahme und muss aktuell gehalten werden, um wirksam zu bleiben. Die Stakeholderanalyse ist recht einfach – Sie werden erstaunt sein, wie viel Wissen in Ihrer Organisation vorhanden ist!

Fragen im Rahmen der Stakeholderanalyse

- Wo sind welche Stakeholder?
- Welche Interessen und welchen Einfluss könnten sie in Bezug auf das Projekt haben?
- Wer kann wie den Quartiersaufbau zum Scheitern bringen?
- Auf welchen Partner muss wie Rücksicht genommen werden, um erfolgreich zu sein? (Ableitung von Konsequenzen für das Vorgehen)

1.1.3.6 Kooperationen einüben

Produktive Netzwerkarbeit setzt offene und reflektierte Kompetenzen und Kommunikationswege voraus. Daher müssen Kooperation und Vertrauen unter den potenziellen Partnern eingeübt werden. Hierzu hat es sich bewährt⁶

- monatliche Sitzungen abzuhalten,
- Ziele und Regeln aufzustellen (Leitlinien der Zusammenarbeit),
- Teilprozesse zu definieren,
- Verantwortlichkeiten zu übertragen und
- regelmäßig zu rapportieren.

Es geht darum, eine positive Einstellung zu verstetigen, Verantwortung für das gemeinsame Ganze zu übernehmen und Schwierigkeiten in Kooperation zu bewältigen.

Binden Sie Ihre Mitarbeitenden aktiv ein. Sorgen Sie in Ihrem Team und auf der Kooperationspartnerebene für klare Verhältnisse und machen Sie Handlungsspielräume und Grenzen transparent. Das schafft Sicherheit. Legen Sie von Regeln für das Konfliktmanagement fest. Sie können mit Ihrer Einrichtung eine zentrale Rolle übernehmen, beispielsweise, indem Sie

- mit allen an der Versorgung Beteiligten optimal kooperieren,
- mit anderen eng im Win-win-Prinzip des gegenseitigen und gesellschaftlichen Nutzens zusammenarbeiten,
- gelingende Lösungen anbieten, die Sie aus eigener Kraft nicht hätten realisieren können.

⁶ Vgl. Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hg.) (2008c). Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Themenheft 2: Gemeinsam mehr erreichen- Lokale Vernetzung und Kooperation. Zusammengetragen von Dr. Renate Narten, Büro für sozialräumliche Forschung und Beratung, Hannover, S. 29

1.1.3.7 Strukturierungs- und Finanzierungshilfen

Sind alle wichtigen Akteure identifiziert, bedarf das sich entwickelnde Netzwerkprojekt der Struktur (z. B. als Verein) und der Finanzierung. Für diese sensible Phase können Initiativen bei vorliegender Förderfähigkeit Unterstützung erhalten.

Das **Kuratorium Deutsche Altershilfe Köln** (kda) ermöglicht Hospitationen in Quartiersprojekten, regt Projekte des bürgerschaftlichen Engagements im Quartier und den Aufbau von Nachbarschaften/Nachbarschaftshilfen an, unterstützt Initiativen und Gruppen, um öffentliche Veranstaltungen durchzuführen, aktivierende Befragungen vorzunehmen, Konzepte zu entwickeln und die Quartiersinnovationen voranzutreiben.

Das **Deutsche Hilfswerk** (DHW) bietet unter bestimmten Bedingungen finanzielle Unterstützung bei der personellen Ausstattung der Koordination des Quartiersmanagements. Mit neuen Kompetenzprofilen werden sich auch die entsprechenden Aus- und Weiterbildungsschwerpunkte verändern. Die verschiedensten Träger und Institutionen entwickeln entsprechende Konzepte und Projekte, insbesondere das »**Netzwerk: Soziales neu gestalten**« (SONG).

Regeln für den Aufbau Ihres Netzwerkes:

1. Gehen Sie in der Auswahl der Netzwerkpartner sorgfältig vor:
 - a) Lassen Sie sich Zeit.
 - b) Klären Sie Ziele, Gemeinsamkeiten und Differenzen.
2. Legen Sie Ziele, Leitbild, Leitlinien, Kooperationsstruktur und -kultur fest.
3. Binden Sie Ihre Mitarbeiter mit ihrem Wissen von Anfang an sorgfältig ein: Sorgen Sie für Wissen, Begeisterung, Transparenz und Rollenklarheit.
4. Pflegen Sie einen offenen Umgang mit den unterschiedlichen Interessen und Konkurrenzen.
5. Stellen Sie sich auf Rückschläge ein.
6. Bleiben Sie hartnäckig – es lohnt sich!

1.1.3.8 Quartiersanalyse vorbereiten

Finden Sie Antworten auf diese Fragen:

- Welche Bürgerstruktur haben wir?
- Welche Versorgungsmöglichkeiten für den Alltagsbedarf liegen im Umkreis von fünf, sieben oder 15 Minuten Fußweg?
- Welche Anbieter sind im Quartier präsent? Bestehen Kontakte?
- Wer hat Interesse an welchen zukünftigen Schwerpunkten?
- Wer verfügt über welche Kapazitäten?
- Mit wem haben Sie bereits Kooperationserfahrungen?

1.1.3.9 Die Stationen des Quartiersaufbau

- Beantragung von Fördermitteln bei KDA und DHW
- Standort- und Sozialraumanalyse
- Quartiersbegehungen
- Informationsveranstaltungen
- Bürgerbeteiligung
- Konzeptvarianten bis Entwicklungsreife
- Auswahl geeigneter Kooperationen und Aufbau von Partnerschaften
- Umbauplanung und -begleitung

1.2 Berufsstand Pflege – Professionelles Selbstverständnis

Das 20. Jahrhundert war gekennzeichnet durch die Verberuflichung der Pflege. Seither hat sich der Wissensstand der Pflege erweitert. Die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung werden komplexer und verändern sich kontinuierlich. Der Zusammenhang zwischen sozialen Faktoren von Gesundheit, chronischen Krankheiten und funktionellen Beeinträchtigungen verlangt zunehmend pflegerische Expertise. Im 21. Jahrhundert baut Pflege weiter auf: mit ihren Studiengängen und eigenen Forschungsstätten, ihrer stärker werdenden Definitionsmacht in Sachen Qualität und jetzt auch mit der Einführung der Pflegekammer. Pflege muss vor allem von den Mitgliedern der Pflegeberufe kompetent, eindeutig und nachdrücklich repräsentiert werden.

Pflegewissenschaft

Das Alten- und das Krankenpflegegesetz weisen die Pflegewissenschaft als Leitwissenschaft aus.⁷ Lehrinhalte in Theorie und Praxis gründen auf wissenschaftlichen Bezügen und Forschungsergebnissen. Dadurch wird die Wirksamkeit pflegerischen Handelns als eigene Profession belegbar. Schon in der Ausbildung sollen Lernende dazu angeleitet werden, wissenschaftliche Erkenntnisse zu verstehen, zu bewerten und konkret anzuwenden. Pflegerisches Handeln ist wissenschaftsbasiert, z. B. durch Expertenstandards.

Meilensteine für die professionelle Pflege alter Menschen

Vor fast 20 Jahren wurde vom Arbeitskreis Pflege der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie ein wichtiger Grundstein mit einem Positionspapier zur Professionalisierung der Pflege im Kontext von Gerontologie und Altenhilfe gelegt: »Alte Menschen pflegen bedeutet, den einzelnen Menschen zu unterstützen und zu begleiten, damit er sein Leben trotz Hilfebedürftigkeit und Abhängigkeit bis in den Tod als

⁷ Vgl. DBfK (2012). Tausche wichtigen gegen guten Arbeitsplatz. Im Internet: <http://www.dbfk.de/Startseite/Aktion-Tausche-wichtigen-gegen-guten-Arbeitsplatz/Zahlen---Daten---Fakten-Pflege-2012-01.pdf> [Zugriff am 21.02.2015], S. 2

sinnvolle Einheit erfahren kann. Diese Orientierung [...] verlangt von der Pflege [...] eine Standortbestimmung und entsprechende Konzepte.«⁸

Die Pflege alter Menschen verändert sich ständig weiter.

- Aus Versorgungseinrichtungen wurden Servicezentren mit Pflegekonzepten, die auf Selbstbestimmung und Selbstständigkeit ausgerichtet sind.
- Der ambulante Sektor hat sich stark weiterentwickelt: Selbstverwaltetes Wohnen und Wohngemeinschaften sind Teil unseres Alltags geworden.
- Durch integrierte Versorgungsformen, Quartiersarbeit und Casemanagement werden die einzelnen Leistungssegmente mehr und mehr im Sinne der Nutzer ver- schränkt.

Aufgabenverteilung und Berufsprofile

Passend zu den speziellen Ausdifferenzierungen der Versorgung –selbst organisiert, ambulant, teilstationär oder stationär – bieten Konzepte mit eigenen Schwerpunkten unterschiedliche Lebensformen für das Alter und Arbeitsmöglichkeiten für beruflich Tätige an. Bei den Pflegeberufen gibt es eine besondere Dynamik an den Schnittstel- len zur Medizin. Aus Sicht der Pflege ist vorrangig eine vollständige Übertragung von Zuständigkeiten im Sinne der Heilkunde sinnvoll, z. B. der Verordnungskompetenz von Heil- und Hilfsmitteln durch Pflegeprofis. Es gilt dabei pflegerische Kompetenz zu erweitern, um die Versorgung zu verbessern.

Durch die große Nähe von Pflege- zu Alltagstätigkeiten kommt es am anderen Rand der Fachlichkeit immer wieder zu Irritationen. Nach dem Motto »Pflegen kann jeder« erfolgen immer wieder unreflektierte Delegationen zum Teil risikogeneigter Prozesse an Personen unterhalb der Qualifikationsebene.

Bildung

Pflegefachpersonen im Sinne der EU-Richtlinie absolvieren eine mindestens drei- jährige Erstausbildung. Die Ausbildung schließt mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung ab. Schon heute (und zukünftig verstärkt) findet die pflegerische Erstausbildung an Hochschulen statt. Die Einrichtungen sind im Sinne der Abdeckung aller Qualifikationslevels gefordert, hier zum Partner akademischer Lernfelder zu werden, d. h. im dualen System oder im Rahmen von integrierten Studiengängen als praktischer Lernort zur Verfügung zu stehen. Vergessen Sie nicht: Zukünftig geht es um die Rekrutierung der Besten und Kompetentesten des Berufsnachwuchses, wenn Sie mit Ihrer Einrichtung langfristig punkten wollen! Weitere Qualifikationen erfolgen über Weiterbildung oder auf akademischem Level mit Master-Abschluss in Manage- ment oder Lehre. Die Promotion ist nicht nur für die akademische Tätigkeit an Hoch- schulen sinnvoll, sondern auch in der Pflegepraxis.

⁸ Arbeitskreis Pflege DGGG (Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Altenarbeit) (1996). Professionelle Pflege alter Menschen. Positionspapier, S. 5

Lebenslanges Lernen

Als Garant für wirtschaftlichen und beruflichen Erfolg und die Beschäftigungsbefähigung in allen Lebensphasen gilt lebenslanges Lernen. Abgebildet werden diese Kompetenzen durch den Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR), in Deutschland DQR. Er bildet die Basis des Kompetenzkompasses (vgl. Kapitel 9.4)

Hinter dem Begriff Qualifikationsrahmen verbirgt sich ein aus acht Kategorien bestehender Katalog, der allgemeine, berufliche und hochschulische Bildung europaweit vergleichbar machen soll. Berücksichtigt werden dabei Kompetenzen aus Erfahrung und Praxisexpertise sowie Persönlichkeitsbildung.

Klarheit nach außen

Eine transparente gesamtgesellschaftliche Diskussion zum Anspruch auf Gesundheits-, Sozial- und Pflegeleistungen – sowohl umfänglich als auch qualitativ – steht noch aus. Für das Arbeitsfeld Pflege bedarf es einer Strukturierung der unterschiedlichen Qualifikationslevel (vgl. Kapitel 9.4). Pflegeassistent ist unterhalb der Professionsebene (Heilberuf) zu definieren, zu entwickeln, in Vernetzung zu organisieren (vgl. Kapitel 4.9.1) und anzusiedeln. Ihre Aufgaben – in Abgrenzung zur Profession – bedürfen zum Schutz der Mitarbeitenden der rechtlichen Regelung.

Klarheit nach innen

Im Inneren der Einrichtung liegt mit der Ausrichtung an Normalität und Lebenswelt die sinnvolle Kooperation aller im Trend: Zukunftsfähige Zusammenarbeit von Pflege und Hauswirtschaft, von Betreuung, Alltagsbegleitung und Küche sind erforderlich, wenn hervorragende Qualität und Kundenbindung⁹ mit einem vertretbaren Kosteneinsatz entstehen sollen. Mit dem demografischen Wandel ändert sich vieles: Überall ist Schwächerwerden, Abhängigkeit, Pflegebedürftigkeit und Sterben ein Thema. Ob als heimliche Angst ewig junger Ruheständler, als drängende Frage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder nach einem Sturz in der eigenen Häuslichkeit.

1.2.1 Selbstbewusstsein, Selbstverständnis und Solidarität

Pflege muss heute mehr denn je zeigen und beschreiben, was sie leisten kann. Wichtig für ein kontinuierliches und prüfbares Leistungs- und Angebotsprofil der Pflege sind

- das Berufsbild als Beschreibung spezifischer Merkmale eines Berufs, durch die er sich von anderen Berufen abgrenzt,
- die ethischen und fachlichen Grundlagen des Handelns sowie
- die schrittweise Professionalisierung und Akademisierung der Pflegeberufe.

⁹ Vgl. Greve, G. & Benning-Rohnke, E. (Hg.) (2010). Kundenorientierte Unternehmensführung: Konzept und Anwendung des Net Promoter® Score in der Praxis. Wiesbaden: Gabler, S. 7

Sie sind gefragt

Als pflegerische Leitungsperson sind Sie Vorbild – nicht nur in puncto Fachlichkeit und Führung. Es ist Ihre Aufgabe, den Berufsangehörigen in ihrem beruflichen Selbstverständnis und ihrer professionellen Entwicklung selbstbewusst, vorausschauend und verantwortlich voranzugehen. Nur ein stolzer und selbstbewusster Pflegeberuf, der Heilberuf ist, mit einem hohen Anteil an selbstverantwortlichen und mitverantwortlichen Aufgaben wird zukünftig nachwuchsfähig sein. Das gilt national und international. Das heißt nicht, dass Sie alle Entwicklungen, Rahmenbedingungen und Situationen in der Pflege alter Menschen kritiklos »toll« oder »spannend« finden sollen. Aber aktives und konstruktives Zugehen auf neue Gestaltungsanforderungen, gehört zu Ihrem Aufgabenbereich und zu Ihrem professionellen Selbstverständnis. Der Druck des Alltags engt aber oft den Blick ein. Das eigene Team oder die eigenen vier Wände sind ggf. nicht der geeignete Ort, sich mit Chancen, Gefahren und Entwicklungen konstruktiv auseinanderzusetzen und den Überblick in den Widersprüchen kurz-, mittel- und langfristiger Ziele zu behalten.

1.2.2 Austausch- und Beratungsnetzwerk

Als Pflegemanagerin sollten Sie es sich gönnen, regelmäßig über den betrieblichen Tellerrand zu blicken. Eine einfache Möglichkeit hierzu bieten die Berufsverbände, z. B. der Deutsche Berufsverband für Pflege (DBfK). Hier können Sie Ihr persönliches Austausch- und Beratungsnetzwerk aufbauen, Ihre Ideen einbringen und sie mit anderen weiter entwickeln.

Diese Ressource werden Sie besonders schätzen, wenn Sie als PDL mit anderen Berufs- und Interessengruppen in den klassischen Nahtstellen des Versorgungsalltags arbeiten und flexibel und konsequent im Interesse der Bewohner und der Berufsangehörigen argumentieren und verhandeln müssen.

Mit dem demografischen Wandel ändert sich vieles in immer schnellerem Tempo: die Rahmenbedingungen, die Arbeitsfelder und die Anforderungen. Eine PDL, die die Zukunft für die alten Menschen für sich und ihre Mitarbeitenden aktiv gestalten will, sollte informiert sein, auch fachlich.

Professionelles Netzwerken sorgt für aktuelle Informationen

Professionelle Netzwerker sind im Vorteil: Sie haben die Informationen über interessante Tagungen, über das Knowhow, das man braucht. Sie bekommen ihre Informationen ins Haus, bei Bedarf holen Sie sich persönlich Informationen, Tipps, Rat und Hilfe. Das gibt Sicherheit im Alltag, in dem man oft rasch, richtig und sicher reagieren muss. Rechtzeitig vorausszuschauen ist gerade in Veränderungssituationen wichtig – nicht nur für die eigene Person, sondern auch ganz praktisch für das Handlungsfeld, für dessen Mitarbeitende man Verantwortung trägt.

1.2.3 Die Selbstverwaltung der Profession

Ärzte, Apotheker und Juristen haben die Geschicke ihres Berufes selbst in der Hand, für Pflege ist diese Möglichkeit gerade erkämpft worden: die berufliche Selbstverwaltung im Sinne der Pflegekammer. Es ist sinnvoll, dass Aus-, Fort- und Weiterbildung, Standards und wichtige fachliche Fragen von der verantwortlichen Profession selbst diskutiert, festgelegt und überwacht werden. Nehmen wir als Beispiel einmal die Verantwortung für die professionelle Gestaltung des Pflegeprozesses, die Definition, wie viel Pflege-Knowhow in welcher Pflegesituation im Interesse des pflegebedürftigen Menschen zwingend fachlich erforderlich ist.

Ärzte haben das klar definiert, bei der Pflege entscheidet darüber im Augenblick eher die Kassensituation der Länder ...

Informationen zur Pflegekammer

Wo tut sich was in Sachen Pflegekammer? Mit diesen Adressen bleiben Sie auf dem Laufenden:

DBfK: dbfk.de/pressemitteilungen/wPages/index.php?action=showArticle&article=Pflegekammer-Diskussion-fair-und-sachlich-fuehren-.php

Verdi: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/berufe/pflegeberufe/pflegekammer/++co++0eb382fc-2da3-11e2-8e17-52540059119e>

Die übergreifenden Protagonisten: Förderverein Pflegekammer, z. B. NRW, www.pflegekammer-nrw.de/

Auf dem Deutschen Pfl egetag 2015 in Berlin wurde übrigens Anja Kistler (DBfK) zur Geschäftsführerin der ersten Pflegekammer ernannt, die sich in Rheinland-Pfalz gegründet hat.

Freiwillige Registrierung

Solange es die Kammer noch nicht überall gibt, gehört die freiwillige Registrierung als Pflegeprofi einfach dazu. Als DBfK-Mitglied ist es vor dem Hintergrund der Selbstverwaltung eine professionelle Selbstverständlichkeit, die Weiterentwicklung seiner Fachlichkeit im Zuge einer Registrierung regelmäßig nachzuweisen.

1.2.4 Im Konflikt auf der sicheren Seite

Als PDL bekleiden Sie eine klassische Sandwich-Position – zwischen Träger-, Bewohner- und Mitarbeiterinteressen. Als professionelle Person achten Sie auf Ihre eigene Absicherung. Sie brauchen eine Berufshaftpflicht, die auch bei grober Fahrlässigkeit, bei Sach- und Personenschaden greift. Viele Kolleginnen benötigen mindestens einmal

in ihrer beruflichen Laufbahn mehr als nur einen guten Rat. Sie brauchen eine handfeste, beruflich kompetente und solide rechtliche bzw. anwaltliche Vertretung.

Lange Zeit dachten die Kollegen nicht darüber nach, dass es sinnvoll und notwendig ist, sich zu engagieren und gemeinsam stark zu sein. Sie fühlten sich abgesichert bei Ihren Trägern, in ihren Stellenplänen, Tarifverträgen und festgelegten Wochenarbeitszeiten.

Die Zeiten ändern sich. Wenn die Rahmenbedingungen härter werden, finden Entsolidarisierungsprozesse statt, wie die aktuellen Tarifkonflikte in den Unikliniken zeigen. Sie als Pflegemanager(in) haben die Chance, Ihre Einbindung in Ihr professionelles Engagement ebenfalls zu zeigen. Sprechen Sie positiv über Ihre Arbeit und zeigen Sie Ihren Stolz auf Ihre Berufsgemeinschaft. Mischen Sie sich politisch im Sinne der älteren Menschen dieser Gesellschaft ein.

1.2.5 Die Berufsbilder Pflege (DBfK) und Altenpflege (DBVA)

Im Mai 1992 verabschiedete der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) eine Berufsordnung für die Pflegeberufe. Darin ist das Berufsbild der Pflege definiert:

»§ 1 Berufsbild Pflege

Pflege ist als eigenständiger Beruf und selbstständiger Teil des Gesundheitsdienstes für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit, die Planung, Ausführung und Bewertung der Pflege zuständig.

Pflege als Beruf ist Lebenshilfe und für die Gesellschaft notwendige Dienstleistung. Sie befasst sich mit gesunden und kranken Menschen aller Altersgruppen.

Pflege als Beruf leistet Hilfe zur Erhaltung, Anpassung und Wiederherstellung der physischen, psychischen und sozialen Funktionen und Aktivitäten des Lebens.

Pflege als Beruf ist abgrenzbare Disziplin von Wissen und Können, welches sie von anderen Fachgebieten des Gesundheitswesens unterscheidet.

Pflege als Beruf definiert, bestimmt mit und verantwortet die eigene Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Pflege als Beruf stützt sich in der Ausübung des Berufs und in der Forschung auf ihre eigene wissenschaftliche Basis und nützt dabei die Erkenntnisse und Methoden der Natur-, Geistes- und Sozialwissenschaften ...«*

* vgl. DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) (Hrsg.) (1992). Berufsordnung für Pflegeberufe. Eschborn: DBfK-Verlag

Altenpflege ist ein wesentlicher Zweig der Pflege. Sie setzt sich speziell mit der Lösung komplexer Pflegeprobleme im Alter auseinander. Sie befasst sich mit dem psychischen, geistigen, sozialen und körperlichen Erleben des gesunden und kranken älteren Menschen. Dabei ist die persönliche pflegerische Beziehung zwischen den älteren Menschen und den Pflegepersonen von besonderer Bedeutung. Sie sollten Partner im Pflegeprozess sein.

1.2.6 Pflege professionalisieren

Pflege ist ein attraktiver Beruf mit Zukunft. Damit das so bleibt, muss die Bildung stimmen. Gerade im Bereich der Pflegebildung gibt es derzeit eine wichtige Entwicklung: die Generalisierung der Ausbildung von Pflege.

Wohin steuert die Ausbildung in der Pflege? Informieren Sie sich über das Pro und Contra und bleiben Sie auf dem Laufenden. Etwa mit diesen Adressen:

Pro Generalistik

- DBfK: www.dbfk.de/download/download/reader_generalistik_final-2014-03-14-o-Beschn.pdf
- Verdi: gesundheit-soziales.verdi.de/berufe/pflegeberufe/++co++0b726c88-38a8-11e2-bbc6-52540059119e

Kontra Generalistik

- BPA (Verband Privater Pflegeanbieter): www.bpa.de/News-detail.12.0.html?&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=1301&cHash=d5ac2ab40ab518db25ddf152525d53ec
- DVLAB (Deutscher Verband der Leitungskräfte in in Altenheimen und Behindertenhilfe): <http://www.altenpflege-online.net/Infopool/Nachrichten/DVLAB-schuert-den-Protest-gegen-eine-generalistische-Pflegeausbildung>

Wissenschaftliche Interpretationen

Abwägung pro/kontra in Bezug auf die unterschiedlichen Handlungsfelder (Kliniken Gewinner/Heime Verlierer der Generalistik):

- http://www.dbva.de/docs/buendnis/Mai_2014/PatentrezeptgeneralistischePflegeausbildungWirkungenNebenwirkungen%20pdf%20%282%29.pdf
- http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/abteilung4/publikationen/Abschlussbericht_Generalistische_Pflegeausbildung.pdf

Die Generalisierung wird im Zuge der Angleichung der Europäischen Union kommen. Wie wir sie ausgestalten, wird unsere Verantwortung sein. Wichtig ist, dass Bildung durchlässig ist (»Kein Abschluss ohne Anschluss«), ebenso wie die horizontale und vertikale Anrechenbarkeit von Bildungsleistungen, der Ausbau der Pflegewissenschaft

als eigenständige Wissenschaftsdisziplin, die rechtliche Regelung der Berufsausübung und die pflegerische Selbstverwaltung¹⁰.

Stellung als Heilberuf: Autonomie

Die Pflege entwickelt eigene handlungsleitende Theoriekonzepte und Modelle, sie erarbeitet sich ihre Autonomie in der Feststellung des Pflegebedarfs und der Planung der Pflegeprozesse. Die Anbindung der Pflege an Hochschulen treibt Professionalisierung und Akademisierung weiter voran.

Pflege – Beruf und Profession

»Altenpfleger(in)« ist ein Beruf. »Profession« heißt »Beruf«. Warum sprechen wir dann von Professionalisierung? Weil Profession aus soziologischer Sicht mehr bedeutet: nämlich den Besitz einer Domäne, die Nützlichkeit der Tätigkeit für die Gesellschaft, ein hohes Maß an Fach- und Spezialwissen, ein Berufskodex und eine eigene Wissensbasis. Eigene Aufsichtsinstanzen (Kammern) erlassen Regeln und Standards, sie überprüfen auch deren Einhaltung.

Die Definition als Profession ist für die Positionierung, die Anerkennung und das Prestige eines Berufsstandes also von hervorragender Bedeutung. Ende der 70er Jahre wurde diese Professionstheorie revidiert und eine erweiterte Sichtweise auf anderer Basis entwickelt. Sie stellt folgende Leitfragen: »Welche spezifische Handlungskompetenz wird von der Struktur einer professionellen Handlung gefordert? Wie ist die Logik professionellen Handelns zu beschreiben?«¹¹ Nach Oevermann¹² sind alle professionellen Tätigkeiten um drei allgemeine Funktionen organisiert:

- »Wahrheitsbeschaffung
- Therapiebeschaffung und
- Konsensbeschaffung.«

Überträgt man diese Aspekte in die Pflege, ergeben sich daraus folgende Ansätze für eine Professionsdefinition:

Wahrheitsbeschaffung meint die systematische Erzeugung von Wissen, z.B. im Rahmen von Pflegeforschung. Pflegeforschung »ist die systematische Untersuchung der Pflegepraxis und ihre[r] Auswirkungen auf die betroffenen Personen und ihr Umfeld unter Einbeziehung von Theorieentwicklung.«¹³

Noch vor wenigen Jahrzehnten war das pflegerische Wissen medizinisch geprägt, unzusammenhängend und nicht verallgemeinerbar. Hier ist ein stetiger Wandel festzustellen; denn die Pflegewissenschaft, die die theoretische Fundierung des Pflegehan-

¹⁰ Vgl. DBfK 2012

¹¹ Lehmenkühler-Leuschner, A. (1993): Professionelles Handeln und Supervision: eine Einführung in professionssoziologische Grundlagen. Forum Supervision 2, S. 20

¹² Ebd.

¹³ Arbeitskreis Pflege DGGG 1996:12

delns entwickelt, wird dafür sorgen, dass Pflege zunehmend Methoden anwendet, die auf wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen beruhen.

Therapiebeschaffung in der Pflege ist z. B. die Verringerung von Schmerzen durch pflegetherapeutische Maßnahmen und die Förderung der Harnkontinenz durch die Umsetzung der Nationalen Standards.

Konsensbeschaffung bedeutet z. B. die Bearbeitung von Normverstößen wie Pflegefehler und den Einsatz für die Interessen der Klientel in Rechtsprechung und Politik.

Professionelles Handeln

Professionelles Handeln zeigt sich nach Oevermann* in folgenden Merkmalen:

1. Stellvertretende (Sinn-)Deutung
2. Einheit von wissenschaftlicher und hermeneutischer Kompetenz
3. Professioneller Habitus
4. Wahrung der Autonomie in der Lebenspraxis
5. Gleichzeitigkeit von Diffusität und Spezifität

* Vgl. Lehmenkühler-Leuschner 1993:21-25

1. Stellvertretende (Sinn-)Deutung

Als stellvertretende (Sinn-)Deutung bezeichnet man die Art und Weise, wie sich eine Person einen Sachverhalt erklärt bzw. zu verstehen versucht. Professionelles Handeln bearbeitet schwierige Problemstellungen z. B. mit stellvertretender Deutung. Sie gibt einem Sachverhalt eine Bedeutung oder Erklärung und wendet dabei fachliche Ordnungs- und Diagnoseinstrumente an. Eine Pflegeperson muss aus den Andeutungen einer älteren Dame zu ihrer Befindlichkeitsstörung exakte Pflegeprobleme ableiten können. Diese Strukturierung geschieht mit Hilfe von Deutungsschemata, Assessments, z. B. der Braden-Skala als Unterstützung zur Erfassung des Dekubitusrisikos. Assessments und Diagnoseinstrumente sind aus fundiertem Wissen entstanden. Dabei ist jede einzelne Begegnung neu und einzigartig, weil die Bewohner, ihre Lebenssituation und Lebenspraxis unterschiedlich sind.

Wie weit Pflege auf ihrem Professionalisierungsweg vorangeschritten ist, zeigt sich z. B. daran, wie sie die pflegetherapeutische Situation eines Bewohners stellvertretend zu deuten versteht und in der individuellen Begegnungssituation die individuelle Lebenspraxis der Bewohner berücksichtigen kann.

2. Einheit von wissenschaftlicher und hermeneutischer Kompetenz

Professionelles Handeln besteht darin, theoretisches (in der Regel wissenschaftlich fundiertes) Wissen und die hermeneutische Kompetenz des Verstehens zu verknüpfen. Hermeneutik ist die Lehre von der Auslegung einer Äußerung, das Offenlegen der Bedeutung oder des Sinnes aus der Situation heraus.

Professionelle Pflege wendet Wissen z. B. aus Theorien und Modellen an. Sie verbindet es im Kontakt mit dem älteren Menschen, mit dem sinnverstehenden Zugang zu den sozialen, gesundheitlichen oder psychischen Bedürfnissen vor dem Hintergrund seiner individuellen Lebenspraxis. Beispielsweise versucht eine Pflegeperson die Ängste einer Tochter genauer zu erfassen, deren Mutter mehrmals gestürzt ist. Sie geht auf ihre Ängste ein, hört zu: Hat sie Angst davor, dass ihre Mutter sich ernsthaft verletzt? Geht es um vermeintliche Schuld, die Mutter nicht »rund um die Uhr« selbst beaufsichtigen zu können? Die hermeneutische Herangehensweise kann als eine sensible Suchhaltung beschrieben werden, die in der konkreten Pflegesituation mit Fachwissen (hier: zur Sturzgefährdung) verbunden wird, mit dem Ziel einer individuell angemessenen Problemlösung.

3. Professioneller Habitus

»Das Auftreten eines Menschen lässt sich kennzeichnen durch seinen Habitus: seine äußere Erscheinung, seine Körpersprache, seine Gewohnheiten und Haltungen, sein routinemäßiges Verhalten ...«¹⁴

Spezifische Gewohnheiten der Berufsgruppe und regelhafte Vorgehensweisen, z. B. bezüglich der Kleidung oder Körpersprache, spezifische Wahrnehmungsmuster, z. B. pflegerische Krankenbeobachtung sowie die schon beschriebenen Deutungsmuster sind Elemente des professionellen Habitus.

Der professionelle Habitus hilft Eindeutigkeit, z. B. in der Rolle als Pflegeperson, herzustellen. Er unterstützt professionell Pflegende darin, sich rasch zu orientieren. Dies ist besonders wichtig in ungewohnten und überraschenden Situationen. Oft kann erst im Nachhinein rational begründet werden, warum man »automatisch« dieses oder jenes Verhalten gezeigt hat und wie man zu der spezifischen Einschätzung der Situation gekommen ist.

4. Die Wahrung der Autonomie in der Lebenspraxis

Menschen, die professionelle Pflege in Anspruch nehmen, begeben sich in eine asymmetrische Beziehung. Sie sind abhängig von der Hilfe der Pflegeperson. Um ältere Menschen vor der Ausnutzung dieser Abhängigkeitsbeziehung zu schützen, werden z. B. Handlungs- und Handlungsstandards entwickelt. »Zu diesen Standards gehört die Wahrung der Autonomie in der Lebenspraxis oder die Sicherung der Autonomie des Klientels ...«¹⁵ Insbesondere sollten beachtet werden:

- die eigenverantwortliche Kontaktaufnahme (Ausnahmen bedürfen der rechtlichen Legitimierung; z. B. Betreuung)
- Informationspflicht (bei Pflegemaßnahmen und Dokumentation der Pflege)
- Schweigepflicht

¹⁴ Lehmenkühler-Leuschner 1993:23

¹⁵ Lehmenkühler-Leuschner 1993:24

- Bezahlung der geleisteten professionellen Arbeit (vermeidet unnötige Abhängigkeiten und erzeugt Beziehungsklarheit)
- Kritische Überprüfung bzw. Reflexion der Notwendigkeit von Entscheidungsübernahmen und praktischen Hilfen
- Hilfe zur Selbsthilfe

5. Gleichzeitigkeit von Diffusität und Spezifität

Professionelle Beziehungen sind diffus und speziell zugleich. Sie ermöglichen dem Klienten eine uneingeschränkte Kommunikation: Zum Beispiel kann eine ältere Dame mit der Pflegeperson einerseits über »Prinz Charles und seine Chancen auf den englischen Thron« sprechen (diffuses Kommunikationsangebot) und andererseits über ihre Ausscheidungsprobleme (spezifische pflegerische Fragestellung). Alles lässt sich besprechen. Dabei beachtet die professionelle Person in der Kommunikation ihren professionellen Habitus. Das heißt, sie fragt die ältere Dame bspw. nicht bei ihren Eheproblemen um Rat. Dies ist nicht Inhalt ihres professionellen Pflegeauftrags und entspricht nicht ihrem professionellen Habitus. Die Wahrung der notwendigen professionellen Distanz zeigt sich z. B. als Zurückhaltung der Pflegefachkraft, ihr Leben vor dem Klienten auszubreiten oder die zu pflegenden älteren Menschen als Freunde oder Ersatz-Angehörige zu betrachten. Die Kunst der professionellen Beziehung besteht in der Bereitschaft, Empathie zu entwickeln (»in den Schuhen des anderen zu gehen«) und sich dabei dessen bewusst zu sein, dass die eigene Haltung immer eine bewusste »Als-ob-Haltung« bleiben muss. Hier zeigt sich die Fähigkeit, die optimale professionelle Balance zwischen Nähe und Distanz zu wahren.

Pflege erfüllt heute – auch in Deutschland – schon einige wichtige Merkmale für eine Profession, wenn die moderne (strukturtheoretische) Sichtweise der Professionssoziologie zugrunde gelegt wird.

Welche Tätigkeiten erfordern insbesondere den Einsatz einer professionellen Pflegeperson? Welche sollten ihr vorbehalten sein? Der Arbeitskreis Pflege der DGGG schrieb dazu 1996 in seinem Positionspapier:

1. »Die Festlegung des konkreten Pflegebedarfes
2. Die Festlegung der personellen und pflegerischen Maßnahmen
3. (Pflegeplan)
4. Die Beratung, Anleitung und Überwachung der Personen, die an der Pflege beteiligt sind (Pflegeaufsicht)
5. Die Überprüfung und Bewertung der erbrachten Pflegeleistungen (Sicherung und Kontrolle der Qualität der Pflege.«¹⁶

¹⁶ Arbeitskreis Pflege DGGG 1996:44

LEBENSWELTEN ÄLTERER MENSCHEN KENNEN UND GESTALTEN

Karla Kämmer

2.1 Zukunftssicher und personorientiert: Lebensweltorientierung in Pflege und Organisation

Das Lebensweltkonzept ist eine bewährte und wissenschaftlich fundierte Methode, um den Heimalltag zu verbessern und die Effekte der totalen Institution systematisch zu minimieren. Es geht auf den Soziologen Alfred Schütz (1981) zurück und pflegetheoretisch auf Hildegard Entzian. Lebensweltorientiertes Handeln und Pflegen zielt nach Entzian¹⁷ auf die Verbesserung der Lebensqualität der pflegebedürftigen älteren Menschen wie der ihrer Angehörigen.

Lebensweltorientiertes Arbeiten betrachtet die unterstützungsbedürftige Person als Subjekt und richtet ihre Interventionen entsprechend aus. Von zentraler Bedeutung ist, was der auf Pflege angewiesene ältere Mensch denkt, wie er sich körperlich und seelisch fühlt und wie er seine Möglichkeiten zur (Mit)-Gestaltung seines Lebensalltags erlebt. Wichtige Aspekte des Erlebens eines normalen Alltags sind Kompetenzgefühle, u. a. das Erleben von »Wirksam-Sein«, von »Gestalten-Können« und von der regelhaften Abfolge »immer wiederkehrender, vertrauter, sinnvoller Handlungen« im Alltagsgeschehen.

Das Lebensweltkonzept

Ziel des Lebensweltkonzeptes ist es, den Bewohnern ein möglichst autonom geführtes, partizipatives und von Vertrautheit mit der Umgebung gekennzeichnetes Leben anzubieten.

Es gilt, eine Umwelt für pflegebedürftige Menschen zu schaffen, in der die Gestaltung eines ganz normalen, an der eigenen, individuell passenden und gewohnten Lebensrealität orientierten Alltags gefördert wird. Wichtig ist dabei die Umfeldgestaltung, die die Bewohner in ihrem Engagement und ihrer Verantwortung unterstützt¹⁸. Der auf Hilfe angewiesene Mensch bleibt »Experte seines Lebens«. Alle Maßnahmen zielen darauf ab, seine Selbstbestimmung weitestgehend zu erhalten. Gemeinsam mit dem älteren Menschen erarbeiten die Mitarbeitenden den konkreten Unterstützungsbedarf.

¹⁷ Entzian 1999:7 f.

¹⁸ Vgl. Steiner-Hummel, I. (1998). Alltagsmanagement von Pflege in der Sorgearbeit der Familien. In: Schmidt, R. & Thiele, A. (Hrsg.) (1998). Konturen der neuen Pflegelandschaft. Positionen, Widersprüche, Konsequenzen. Evangelische Heimstiftung e.V., Stuttgart, Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., Berlin, Regensburg: Transfer Verlag, S. 23

- Die pflegebedürftige Person soll darin unterstützt werden, ihr individuell angemessenes Maß an Vertrautheit/Sicherheit, an Autonomie, an Tagesgestaltung und an gewohnten Routinen zu erfahren.
- Der alte Mensch soll bewahrt werden vor den negativen Effekten funktionaler Versorgung und totaler Institution, vor Entpersonalisation, Resignation und dem Zerstören seines gewohnten Alltags.

Zu den wichtigsten Bedingungen, die das Wohlbefinden der Heimbewohner(innen) gewährleisten, gehören nach Amann¹⁹ zuallererst die Sicherstellung individueller Autonomie, die möglichst weit reichende Verfügung über handlungsbefähigende Ressourcen und das Gefühl der Akzeptanz der eigenen Biografie²⁰ des gelebten Lebens. Lebensweltorientierte Pflegeinterventionen tragen unmittelbar zur Förderung der Lebensqualität und zur Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden bei.

2.1.1 Lebensweltorientierung aus der Perspektive der Pflegeperson²¹

1. Lebensweltorientierte Pflege betrachtet nicht nur die pflegerischen Defizite eines alten Menschen. Professionell Pflegende erkennen den sachlichen Pflegebedarf, seine Bedeutung für das Individuum und die Auswirkungen für seinen Lebensalltag.
2. Es geht um Wohlbefinden durch größtmögliche Selbstständigkeit, Autonomie und Vertrautheit durch Lebenskontinuität sowie eine sichere, fördernde Umgebung.
3. Der alte Mensch soll erleben, dass sein Leben Sinn hat, dass es Lebensbereiche gibt, in denen er noch Kompetenzen besitzt und dass er nicht die völlige Kontrolle über sein Leben verliert. Deshalb sollten professionell Begleitende größtmögliche Entscheidungs-, Handlungs-, Bewegungs- und Gestaltungsspielräume für ihn schaffen.
4. Die lebensweltorientierte Pflege ist geleitet vom Bewusstsein, dass der Arbeitsplatz der Wohnort des alten Menschen ist. Hierzu gehört, die Privatheit der Räume und die Territorialgrenzen der Person zu respektieren und zu schützen.
5. Die wirtschaftlichen und zeitlichen Ressourcen werden fachkompetent, wirtschaftlich und ökologisch verantwortlich eingesetzt. Der Arbeitsalltag wird im Spannungsfeld eigener Zeitknappheit und dem nicht selten erlebten Zeitüberfluss aufseiten des hilfeabhängigen alten Menschen gestaltet.
6. Professionell Pflegende arbeiten auf der Grundlage einer Pflegekonzeption, die dem allgemeinen Stand des Wissens entspricht. Kontinuierliche Weiterentwicklung durch Personalentwicklung und Wissensmanagement ist selbstverständlich.

¹⁹ Amann, A., Löger, B. & Lang, G. (2005). Lebensqualität im Pflegeheim, Teil I.: NÖ Landesakademie Soziales und Gesundheit. St. Pölten: Zentrum für Alternswissenschaften und Sozialpolitikforschung, S. 14

²⁰ Ebd.

²¹ modifiziert nach Entzian, H. (1999). Spannungsfeld – Heimalltag. Beitrag zur Entwicklung von handlungsleitenden Gestaltungsprinzipien in der stationären Altenhilfe. Oldenburg: Universität, Phil. Dissertation, S. 9 f.

7. Verstehen und Verständnis sind Kernkompetenzen der lebensweltlichen Arbeit. Beobachtungen, Deutungen und Pläne müssen logisch und fachlich nachvollziehbar, begründet, reflektiert und dokumentiert sein. Erst durch Transparenz und Dialog wird Kooperation zwischen allen Beteiligten möglich.
8. Fachlichkeit am Stand des Wissens lebensweltlich umsetzen. Die Fachlichkeit soll aus der Perspektive der spezifischen Lebenssituation multimorbider älterer Menschen und in Anbetracht ihrer Lebenszeit geleistet werden. Primär geht es darum, in einer begrenzten und durch große Verletzlichkeit gekennzeichneten Lebensspanne eine hohe individuelle Lebensqualität zu fördern. Dies geschieht in Anpassung an das Hospiz-Prinzip »Den Tagen Leben geben«. Prävention, Prophylaxen, Aktivierung und Risikomanagement werden mit dem Ziel durchgeführt, einer Einschränkung der Lebensqualität vorzubeugen.

2.1.2 Die drei zentralen Leitideen der Lebensweltgestaltung

Die Prinzipien lebensweltorientierter Pflege ergeben sich aus den ihnen zugrunde liegenden drei Leitideen:

1. **Vertrautheit,**
2. **Autonomie und**
3. **Partizipation.**

Sie werden in Ihrer Organisationsarbeit für mehr Lebensqualität und Wohnernähe immer wieder durch »Rückfälle« in die alte Denkwelt der Anstalt überrascht werden. Vor allem nach Personalwechsel in den Teams, wenn z. B. Mitarbeiter die Schnabeltassen plötzlich wieder bei viel mehr Personen einsetzen, »weil's schneller geht«, oder wenn Bewohner schon 30 Minuten vor dem Mittagessen mit umgebundenen Mundtuch warten. Verstehen Sie die folgenden Beschreibungen der lebensweltorientierten Begleitung einfach als Anregungen. Vielleicht haben Sie ja schon alle erwähnten Anforderungen umgesetzt – dann nehmen Sie die folgenden Inhalte einfach als Bestätigung Ihrer gemeinsamen Leistung!

Die Merkmale funktionalen Arbeitens im Stil der »totalen Institution« für die Bewohner sind:

1. Entpersonalisation
2. Resignation
3. Zerstörung des eigenen Alltags

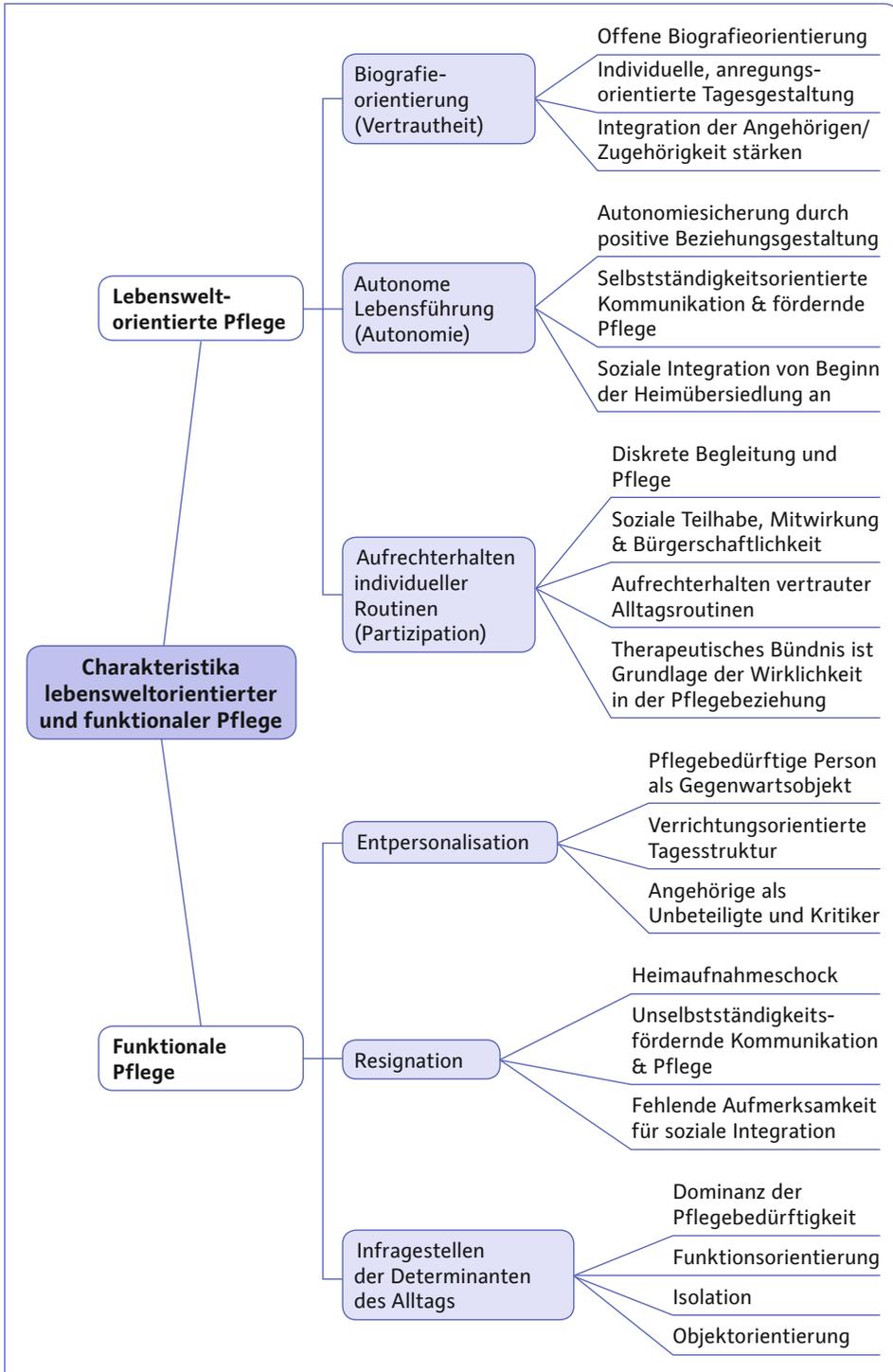


Abb. 1: Charakteristika lebensweltorientierter und funktionaler Arbeit.

2.1.2.1 Herstellen von Vertrautheit

Grundlegend für das Wohlbefinden einer Person ist das Erleben von Sicherheit und Vertrautheit. Am Beispiel von drei Handlungsfeldern wird deutlich, wie Sie diese abstrakten Begriffe in praktisches Handeln umsetzen:

1. Offene Biografieorientierung
2. Individuelle, anregungsorientierte Tagesgestaltung
3. Integration der Angehörigen/Stärkung der Zugehörigkeit

1. Offene Biografieorientierung

Offene Biografiearbeit stärkt Vertrautheit

Interesse am gelebten Leben einer hilfe- und pflegebedürftigen Person gehört zum allgemein anerkannten Stand der Altenpflege. Dabei ist es das Ziel, die hilfebedürftige Person umfassender wahrzunehmen. Sie soll durch vertraute Aspekte aus Heimat, Herkunft, Brauchtum, Ritualen, Lebensereignissen in Sicherheit und Selbstwert bestätigt werden. Diese Ansätze und Aktivitäten fasst man unter dem Oberbegriff »Biografiearbeit« zusammen. Dabei handelt es sich um einen undefinierten Begriff mit vielfältigen Bedeutungen, denen gemeinsam ist, dass sie die individuelle Lebensgeschichte als relevant für die Interpretation und Bewältigung der aktuellen Lebenssituation ansehen und dass sie bewusst im »Hier und Jetzt« das »Dort und Damals«²² berücksichtigen. In der heutigen Pflegepraxis ist die Umsetzung von sehr unterschiedlicher Qualität.

Professionell und systematisch vorgehen

Es gibt Einrichtungen, die ganz gezielt Angebote zur Biografiearbeit im Alltag realisieren (z. B. Erzählcafés); andere, bei denen es nur im Konzept steht und wiederum andere, die lediglich beim Heimeintritt einen Standardvordruck mit biografischen Daten ausfüllen – alle sprechen von Biografiearbeit.

Im Lebensweltkonzept verstehen wir Biografiearbeit als die professionelle Auseinandersetzung mit den vom Klienten als relevant angegebenen Erfahrungen und Geschichten aus seinem Lebensweg. Nach dem Wunsch des Klienten werden sie erfasst und gezielt in der lebensweltorientierten Begleitung aufgegriffen. Biografie ist weit mehr als die objektive Aneinanderreihung biografischer Fakten. Es ist eine Auswahl der Erfahrungen und Erlebnisse, die je nach Anlass interpretiert werden. Biografien haben nach Schweppe immer den »Charakter des offenen Entwurfs«²³. Obwohl voller Umdeutungen und Änderungen ist die Lebensgeschichte durch Kontinuität gekennzeichnet und dient gleichzeitig als Filter für neue Erfahrungen.

²² Vgl. Huber, M. et al. (2005). Autonomie im Alter. Leben und Altwerden im Pflegeheim – Wie Pflegenden die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern. Hannover: Schlütersche, S. 118

²³ Ebd.:117

Praxistipp

Arbeiten Sie in der Biografiearbeit immer systematisch, teils gezielt (narratives Interview, Erzählcafé), teils spontan (jahreszeitliche Feste, Erinnerungen auslösenden Situationen im Tageslauf und Alltagsgeplauder). Legen Sie Wert darauf, dass Pflegende und Betreuende bei ihrer Handlungsausgestaltung die biografischen Aspekte und Anknüpfungspunkte des Menschen kennen und berücksichtigen.

Dabei bleibt die (biografische) Ausgestaltung von Pflege immer ein offenes Angebot, d. h., der alte Mensch wird nicht festgelegt auf einmal erfasste Gewohnheiten und Vorlieben. Biografiearbeit erfordert Respekt vor und professionelle Verantwortung gegenüber der befragten Person und ihrer Lebensgeschichte.

Wichtige Voraussetzungen für die offene Biografiearbeit sind Wertschätzung, Empathie und die Fähigkeit, angemessen zu kommunizieren. Das sind wichtige Themen für Ihr Wissensmanagement und Ihre Personalentwicklung.

Exkurs: Lebensweltorientierte vs. funktionale Pflege – Personenbezogene Unterstützung geben oder Tätigkeiten abarbeiten?

In der funktionalen Pflege mit institutionell-totalitärer Ausrichtung wird der Mensch als Gegenwartsobjekt wahrgenommen, seine Defizite stehen im Vordergrund, seine Lebensgeschichte ist für die Durchführung der Pflegehandlungen nicht relevant. Die Pflege ist in einzelne Teilbereiche untergliedert, die in Form von »Runden« abgearbeitet werden. Eine persönliche Zuordnung von Bewohnern zu Mitarbeitern findet nicht statt. Echte Beziehungen und persönliche Kontakte werden vermieden.

Das hat Folgen – auch für die Arbeitssituation der Pflegenden: Sie erleben ihre Tätigkeit als eine endlose Aneinanderreihung immer gleicher Tätigkeiten, die sie routiniert nach einem zeitsparenden und möglichst gleichbleibenden Muster durchführen. Deutlich zu erkennen sind diese funktionalen Routinen im Bereich der Körperpflege, die bei den meisten Bewohnern am qualitativen Minimum orientiert ist und (fast) gleich abläuft. Individuelle Aspekte (Parfüm oder Creme, Kleidung) bleiben auf der Strecke. Durch den fehlenden Beziehungsaufbau zu den Individuen klagen Pflegende in dieser Kultur oft über innere Leere und eine emotionale Auskühlung, die sie durch freundlich gemeinte, verbindende und scheinbar warme Gesprächsfloskeln und Anredeweisen zu überwinden/überspielen versuchen. Oft kommt es zu Verniedlichungen (»mein Schätzchen«), zu Veränderungen des Namens (»die Müllerin« statt Frau Müller) oder zu Duzen. Pflegende empfinden nicht selten Langeweile und Überdruß in ihrer Tätigkeit bei gleichzeitiger körperlicher Erschöpfung.

2. Individuelle, anregungsorientierte Tagesgestaltung

Der überwiegende Teil der Bewohner von Pflegeheimen leidet an einer Demenz, wobei die Senile Demenz vom Alzheimerstyp (SDAT) die häufigste Erkrankungsform bildet.

Das Individuum bleibt aber auch im Krankheitsgeschehen einzigartig. Dies betrifft insbesondere die Reaktion auf die krankheitsbezogenen Einschränkungen und die Art des Umgangs mit ihnen. Es gibt Betroffene, die relativ unauffällig in ihrer Demenz erscheinen, 40 bis 50 Prozent der Demenzkranken in Heimen zeigen jedoch Verhaltensauffälligkeiten. Dabei bildet – im Gegensatz zur üblichen Diskussion – die Apathie die am weitesten verbreitete Verhaltensstörung. Darauf folgt das »Wandern« bei 23 Prozent der im Rahmen von MuG IV²⁴ Untersuchten und anderes herausforderndes Verhalten wie z. B. Suchen, Rufen oder Abwehrverhalten²⁵.

Gewohnheiten beibehalten

Das Aufrechterhalten bzw. Unterstützen gewohnter Alltagsroutinen entscheidet oft über die Wahrung der Autonomie. So sollte etwa die gewohnte Reihenfolge beim Aufstehen und in der Körperpflege schon zu Beginn der Pflegesituation ermittelt und beibehalten werden. Es sei denn, die betroffene Person wünscht eine Veränderung bzw. diese wird gemeinsam aus einer therapeutischen Sinnhaftigkeit heraus festgelegt (spezielle Trainings oder verstärkte Unterstützungsnotwendigkeit). Anerkannt ist der Zusammenhang zwischen der Qualität des sozialen Milieus, der Kommunikation und dem Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten bzw. herausforderndem Verhalten.

Normalisierung als Maßstab für Lebensqualität

Normalisierung als Form der individuell anregenden Tagesgestaltung für Menschen mit Demenz bedeutet Vertrautheit und das Gefühl, Person zu sein. Normalisierung fördert die Stärkung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten, eröffnet Wahlmöglichkeiten und die Mitsprache bei Entscheidungsprozessen im Alltag. »Es ist doch verrückt«, bemerkt Anette, »wir versuchen hier, alles so alltäglich wie möglich zu machen und müssen das noch als etwas Besonderes verkaufen«²⁶

Qualitätsmerkmal »Orientierung an der Alltagsnormalität«

Die konzeptionelle Orientierung an der Alltagsnormalität ist ein Qualitätsmerkmal vieler Einrichtungen und Dienste. Hiermit ist der fachliche Anspruch verknüpft, den traditionell an den Abläufen und Rhythmen der Organisation ausgerichteten Strukturen solche entgegenzusetzen, die sich an den in der Bevölkerung üblichen Alltagsstrukturen orientieren.

²⁴ Schneekloth, U. & Wahl, H.-W. (Hrsg.) (2007). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen. München. Im Internet: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-mug4,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Zugriff am 03.03.2014]

²⁵ Vgl. Schäufele, M., Köhler, L. & Weyerer, S. (2008). Antworten auf eine Herausforderung. Stationäre Pflege Demenzkranker. In: Zeitschrift Altenheim, 47 Jahrgang, 11/2008, Hannover: Vincentz Network, S. 16

²⁶ Koch-Straube (2003). Fremde Welt Pflegeheim. Bern: Huber, S. 134

Alltag orientiert sich in erster Linie an der Normalität. Hier gilt es, Pflegeroutinen vor dem Hintergrund der gewohnten Lebensvollzüge des älteren Menschen zu reflektieren und die bewohnerbezogenen Abläufe darauf abzustimmen. Professionelle Unterstützung zielt darauf ab, durch diskrete Begleitung die gewohnte Tagesstruktur mit ihren Abläufen und individuellen Routinen zu erhalten.

In diesem Zusammenhang spielt beispielsweise die haushaltsnahe Umorganisation der Mahlzeitengestaltung eine große Rolle. Durch die Einnahme des Essens in Gemeinschaft mit Eigenportionierung, auch ergänzt durch Frühstücksbüffets, Platten und Schüsseln, werden die Sinne stärker angesprochen als durch ein Tablettsystem. Als sinnvolle Anregung außerhalb der Mahlzeiten kommen alltagsnahe Tätigkeiten, Spaziergänge, 10-Minuten-Aktivierung, Musik- und Bewegungsmöglichkeiten sowie jahreszeitliche Aktivitäten innerhalb und außerhalb des Hauses infrage. Auf der Basis von Beobachtungen werden Angebote und Aktivitäten gestaltet, die z. B. dem Wirken-Wollen des Menschen mit Demenz und seinen Möglichkeiten entsprechen. Geben Sie der subjektiven Sichtweise von demenzkranken Menschen Raum und Zeit. Schaffen Sie eine flexible Betreuungsstruktur. Nur auf dieser Basis entstehen Freiräume, die die Möglichkeit bieten, weniger funktional und nicht konfrontierend, sondern deeskalierend – und damit zeitsparend – arbeiten zu können.

Exkurs: Lebensweltorientierte vs. funktionale Pflege – Verrichtungsorientierte Tagesstruktur

In der funktionalen und an den Regeln der totalen Institution orientierten Pflege ist die Lebenswelt der alten, hilfe- und pflegebedürftigen Menschen gerade durch den Wegfall der strukturierenden Pflichten und den schrittweisen Verlust von Handlungskompetenz in den sicherheitsspendenden Routinetätigkeiten des Alltags gekennzeichnet.

Pflege und Verrichtungen erfolgen zu der Zeit, die der Institution passt und werden durch die jeweils anwesenden Pflegepersonen bestimmt, nicht durch die individuellen Vorlieben und Gewohnheiten der Bewohner. Die Pflegepersonen entscheiden ohne Absprache mit den Bewohnern, wer welche Person in der Körperpflege betreut. So kann es vorkommen, dass die Person, die bei einem Pflegebedürftigen die intimsten Verrichtungen des Tages durchführt, nahezu täglich wechselt. Erst wenn die Tür am Morgen aufgeht, weiß die betroffene Person, wer sie heute versorgt.

3. Integration der Angehörigen/Stärkung der Zugehörigkeit

Angehörige sind ein wichtiger Teil der Lebenswelt der Bewohner. Die Integration von Angehörigen und anderen Mitgliedern des sozialen Netzwerkes hat eine hohe Bedeutung, da sie gemeinsame (vertraute) Erfahrungen mit der betroffenen Person teilen.

Konflikte um Qualitätsvorstellungen

Der Kontakt zu Angehörigen ist ein wichtiger Bestandteil der lebensweltorientierten Pflege. Konflikte sind dabei nie auszuschließen. Dabei geht es meist um die Qualität der Pflege, aber auch ums Essen oder die hauswirtschaftliche Versorgung. Bei den

Konflikten wird deutlich, dass das Verständnis darüber, was gute Pflege in der Einzelsituation (z. B. bei Menschen mit Demenz) ist, zwischen Professionellen und Angehörigen durchaus unterschiedlich ist. Spürbar gewachsen sind die Erwartungen der Kunden an Qualität und Individualität der erbrachten Dienstleistungen. Diese Anforderungen müssen in einer insgesamt schwierigen Personalsituation bewältigt werden: Systematische, risikobegrenzende Zufriedenheits- und Konfliktregulierungskultur sind wichtig wie nie.

Wenn auch die Angehörigen den Kontakt als überwiegend positiv bezeichnen, gibt es doch Wünsche nach mehr Kontakt, nach Information, nach offenem Ansprechen von Konflikten. Auch hätten sie gern mehr Beschäftigung, Respekt und Einfühlungsvermögen für die Bewohner(innen).

Als belastend empfinden Angehörigen drei Dinge:

- dass sie selbst und die Mitarbeitenden zu wenig Zeit haben,
- die Situation von Menschen mit Demenz und
- das Mitansetzen-Müssen von Leiden und Sterben.

Um Angehörige in ihrer Teilhabe am Heimleben und im Sinne ihrer Angehörigen zu unterstützen, sollten Sie regelmäßige Angehörigenabende durchführen und Beratungsangebote z. B. zu diesen drei relevanten Themenbereichen anbieten.²⁷

Angehörige sollen Zugehörigkeit erleben

Gelingende Angehörigenarbeit setzt voraus, dass Sie die Unterschiedlichkeiten in den Bedürfnissen berücksichtigen. Wenn die Einbindung gewünscht ist, halten Sie Information, Befähigung und Unterstützung bereit, denn diese Personen bringen für den Heimalltag wichtige Ressourcen mit, z. B. in der Biografiearbeit, in der Gestaltung des Pflegeprozesses, im Pflegecontrolling (durch Teilnahme an Pflegevisiten). Sie wirken u. U. aktiv in der Pflege mit (z. B. Essen reichen) oder übernehmen Präsenzfunktion in den Wohnküchen, von der auch andere Nutzer profitieren. In den Augen erfolgreicher Einrichtungen repräsentieren die Angehörigen ein wichtiges Stück interner und externer Öffentlichkeit. Denken auch Sie darüber nach, geeignete Angehörige in qualitätssichernde Funktionen einzubinden, z. B. in der Bewohnervertretung, in Selbstbeurteilungssystemen oder als Beobachter im Dementia Care Mapping.

Exkurs: Lebensweltorientierte vs. funktionale Pflege – Angehörige als Unbeteiligte und Kritiker

In der funktionalen Pflege der totalen Institution werden Angehörige eher als Störenfriede erlebt. Nicht selten ist das Klima zwischen Angehörigen und Profis in funktional arbeitenden Einrichtungen durch Misstrauen und Ängste gekennzeichnet. Auch Eifersuchs- und Konkurrenzgefühle werden spürbar, die von professioneller Seite nicht bearbeitet werden.

²⁷ Vgl. Engels & Pfeuffer 2007: 259

2.1.2.2 Sichern der Autonomie

Unter Autonomie wird die Selbstbestimmung über Unabhängigkeit und Abhängigkeit einer Person verstanden. Die Bewohner sollen durch Teilhabe und Teilnahme am Alltag beteiligt sein. Sie werden in ihrer Selbstbestimmung und ihren Selbsthilfekompetenzen gefördert (Ressourcenorientierung). Der Grundsatz lautet: Nicht mehr Leistung anbieten als notwendig. Am Beispiel von drei Handlungsfeldern wird deutlich, wie Sie diese abstrakten Begriffe in praktisches Handeln umsetzen:

1. Autonomiesicherung durch positive Beziehungsgestaltung
2. Selbstständigkeitsorientierte Kommunikation und fördernde Pflege
3. Soziale Integration von Beginn der Heimübersiedlung an

Voraussetzung für die Stützung der Autonomie ist eine positive Beziehungsgestaltung.

1. Autonomiesicherung durch positive Beziehungsgestaltung

Im Alltag der Einrichtung sollten Bewohner Achtsamkeit erfahren und eine wertschätzende und lösungsorientierte Kommunikation, die ihre Potenziale, Stärken und Möglichkeiten gezielt in den Vordergrund rückt.

Hier kommt gezielte Gefühlsarbeit zum Einsatz, die den Blick darauf richtet, die personenbezogene Dienstleistung in dialogischer und positiver Weise zu gestalten.²⁸ Diese Beziehungsgestaltung gelingt u. a. durch Kontinuität der Bezugsperson. Pflegepersonen und Alltagsbegleiter müssen geschult sein, um ein Umfeld der unaufdringlichen Achtsamkeit aufzubauen. Hier spielen aufmerksam gerichtete Kurzkontakte, sog. 5-Sekunden-Kontakte und »Bienchendienste« eine große Rolle.

Bienchendienste

Bienchendienste sind kleine Gaben von Zuwendung und Kontakt. Sie sind Möglichkeiten, im Alltagsverlauf situativ und spontan (trotzdem verbindlich und konzeptionell geplant) Personen aus ihren Tagstrancen wecken, ein Lächeln auf das Gesicht zaubern – ihnen einfach zeigen: Sie werden wahrgenommen.

Bienchendienste sind höchst unterschiedlich: Bei Frau M. ist es das Erinnern an eine lustige Begebenheit; bei Frau O. ein kurzes Kompliment; Hr. W. freut sich über eine Berührung im Vorübergehen. Es geht um eine »Ich-bin-da«-Haltung in bewusster Präsenz, Austausch über Lieblingsthemen, bevorzugte Kontaktpersonen und -aktivitäten.

Nicht die Dauer eines Kontaktes entscheidet, sondern die Verlässlichkeit und Identifikation mit der Beziehungsorientierung. Dies auch in stressigen und schwierigen

²⁸ Vgl. Büssing, A., Giesenbauer, B. & Glaser, J. (2003). Gefühlsarbeit. Beeinflussung der Gefühle von Bewohnern und Patienten in der stationären und ambulanten Altenpflege. In: Pflege – Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. 16. Jahrgang, Heft 6, 2003, S. 358

REGISTER

- 5-S-Methode 224
- 10-Stunden-Arbeitstag 346

- ABC-Klassifikation 428
- Ablaufanalysen 121
- Ablaufplanung, schicht- und tagesgenaue 131
- Abschlussgespräch 416
- Abschreibungen 448
- Abwicklungsphase 262
- Aktivierende Pflege 173
- Aktivitätencheckliste 233
- Aktivitäten des täglichen Lebens nach Juchli 140
- Altenpflege, Entbürokratisierung 18
- Anforderungsprofil 236
- Angehörige 48, 484
- Anlassprüfung 416
- Anleitung 165
- Appreciative Inquiry-Methode 410
- Arbeit auf Probe 243
- Arbeitserfassung 125
- Arbeitsintensität 126
- Arbeitsökonomie 154
- Arbeitspunkte 128
- Arbeitszeitgesetz 314
- Assessment-Center-Technik 244
- Aufbauorganisation 191, 210
- Ausfallzeiten 326
- Austausch- und Beratungsnetzwerk 32
- Autonomie 49

- Balanced Scorecard 463
- Beaufsichtigung 165
- Begutachtung 176
 - Besuch 176
 - Besuchsauswertung 176
 - Vorbereitung 176
 - Widerspruch 177
- Begutachtungsrichtlinien 178

- Behandlungspflege 20
- Benefizienz 75, 87
- Beratung 358
- Beratungsgespräch 359
- Bereichspflege 110, 113
- Berufsprofile 30
- Beschwerdemanagement 369
- Beschwerdemanagementprozess 380
- Betriebsverfassungsgesetz 316
- Beurteilung, anlassbezogene 259
- Beurteilung, periodische 259
- Beurteilungsanlässe 259
- Beurteilungsfehler 262, 264
- Bewerbungsgespräch 242
- Bewerbungsunterlagen 240
- Bewohnerversorgung 311
- Beziehungsbasierte Pflege 426
- Bezugspflege 112, 114
- Bienchendienste 49
- Biografieorientierung 44
- Bruttoarbeitszeit 325
- Budget 444
- Budgetverantwortung 444
- Bundesurlaubsgesetz 314
- Bürgerschaftliches Engagement 26

- Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen 90
- Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland 94
- Coaching 247
- Controlling 449

- Datenerfassung 160
- Dauernachtwache 324
- Dauerstress 299
- Delegation 204, 232
- Deloyalisierung 221
- Dienstplanerstellung 336

- Dienstplangestaltung 332
- Dienstwege 197
- DIN EN ISO 384
- Dokumentation, entbürokratisierte 147

- Earned touchpoints 211
- EDV-Pflegedokumentation 157
- Effektivität 107
- Effizienz 107
- EFQM-Modell 386
- Eigenverantwortung 16
- Einarbeitung neuer Mitarbeiter 244
- Einstufungsmanagement 179
- Einwandbehandlung 436
- Einzelkosten 445
- Entbürokratisierung, Implementierung 150
- Entbürokratisierung, Rechtsgrundlagen 149
- Erlöse 447
- Erlösplanung 450
- Erste Hilfe 429
- Ethik 66
- Expertenstandards 404

- Facebook 481
- Fachpersonalmangel 438
- Feststellung von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz 175
- Finanzierungshilfen 28
- Fördernde Prozesspflege nach Krohwinkel 141
- Formulargutachten 177
- Fortbildungsplanung 331
- Fortschrittstagebuch 235
- Fremdleistungen 448
- Führungsaufgaben 187
- Führungsgrundsätze 212
- Führungsstil 214
 - situativ-kooperativ 214
- Führungsstrukturen 190
- Führungsverständnis 187
- Fundraising 491

- Funktionsdiagramme 202

- Gemeinkosten 445
- Gemeinwesenorientierung 16
- Gesamtkosten 445
- Gesetze für unterstützende Wohnformen 417
- Gesunderhaltung 298
- Gesundheitsförderung, betriebliche 306

- Handeln, professionelles 37
- Harvard-Konzept 349
- Heimaufnahmeschock 52
- Heimeinzug 419
- Heimrecht 317
- High Reliability Organizations 426
- Hilfebedarf 164
- Hilfemix 25

- Immer-so-Leistungen 20
- Informationssysteme, integrierte 155
- Informed consent 81
- Integration, soziale 52

- Johari-Fenster 250
- Jugendarbeitsschutzgesetz 315

- Kennzahlen 393, 448
- KK-Kompetenzkompass 276, 277, 279
- Kollegiales Leitungscoaching 356
- Kollegiales Teamcoaching 355
- Kommunikation 234
 - informelle 197
 - lösungsorientierte 353
 - selbstständigkeitsfördernde 50
- Kommunikationsprozesse 349
- Kompetenzkompass 21
- Konsequentialismus 71
- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess 373
- Konzept der »Vierohrigkeit« 372
- Kooperationen 27
- Kooperationspartner, Quartier 24

- Koordination 206
- Kostenarten 446
- Kostenplanung 451
- Kostenstellen 447
- Kränkungen 354
- Krisen-ABC 367
- Krisenfall 488

- Landespflegekammer 17
- Lean Management 198
- Lebensqualität 46
- Lebenswelten 40
- Lebensweltgestaltung, Leitideen 42
- Lebensweltkonzept 40
- Lebensweltliche Pflege 425
- Lebensweltorientierung 40, 41
- Leistungsbeurteilung 256
- Leistungsprofile 202
- Leitbild 391
- Leitbildentwicklung 391
- Life-Leadership 227
- Linienorganisation 192
- Loyalisierungseffekt 220

- Managementkompetenz 213
- Marketing 471, 473
- Maßnahmenpläne, Tagesstruktur 18
- Matrixorganisation 196
- MDK 149, 411
- Messgrößen 393
- Mindestbesetzung 430
- Mitarbeitergespräche 362
- Mitarbeiterloyalität 220
- Mitarbeiterzufriedenheit 312
- Mitunternehmertum 280
- Modell der 14 Grundbedürfnisse nach Henderson 138
- Modell des systemischen Gleichgewichts nach Friedemann 143
- Moral 66
- Mutterschutzgesetz 315

- Nettoarbeitszeit 325, 431

- Netzwerke
 - institutionsübergreifende 24
- Netzwerkpartner 28
- Neues Begutachtungsassessment 19, 185
- Nonmalefizien 75

- Öffentlichkeitsarbeit 469
- Onlinekommunikation 482
- Ordnung 222
- Ordnungsprozess 223
- Organigramme 190
- Organisation 187
 - lernende 375
 - potenzialorientierte 21, 117
- Organisationsklima 209
- Organisationskultur 209
- Organisationsstrukturen 190
- Overhead 323

- Partizipation 53
- PDCA-Zyklus 390
- Personalauswahl 236
- Personalbeurteilungssysteme 255
- Personaleinsatz 311
- Personalmanagement 236
- Personalschlüssel 319
- Personalsuche 238
- Persönlichkeitsbeurteilung 258
- Personorientierung 102
- Pflege
 - Berufsbild 34
 - beziehungsbasierte 117
 - fördernde 50
 - ganzheitliche 109
 - Handlungsfelder 68
 - Heilberuf 36
 - im Quartier 22
 - lebensweltorientierte 109
 - personenzentrierte 109
 - Selbstverständnis 31
- Pflegeabhängigkeit 54
- Pflegearrangements, häusliche 58
- Pflegeausbildung, Generalistik 35

- Pflegebedürftigkeit, Begriff 162
- Pflegebeziehung 78
- Pflegecontrolling 157, 440
- Pflegedienstleitung, Kernaufgaben 188
- Pflegedokumentation
 - EDV 153
 - Elemente 18
 - Entbürokratisierung 17
 - Steuerungsinstrument 155
 - Strukturmodell 18
- Pflegeeinstufungen 162
- Pflegeethik 69
- Pflegeschicht, Kriterien 21
- Pflegegrade 183
 - Begutachungskriterien 185
- Pflegeheime 62
 - Entwicklungsgenerationen 64
- Pflegekammer 33
- Pflegemanagement, Ethik 84
- Pflegemodell der Lebensaktivitäten nach Roper & Tierney 139
- Pflegemodelle 136
- Pflegeorganisationsformen 102, 109
- Pflegeprozess 19
- Pflegeprozessdokumentation 146, 180
- Pflegeprozessplanung 146
- Pflegepunkte 128
- Pflegequalität 73, 78
- Pflegequalitätssicherungsgesetz 413
- Pflegerisches Handeln, Dimensionen 277
- Pflegerisiken 427
- Pflegestärkungsgesetz 16
 - zweites 181
- Pflegestufe 163
 - Entgelte 174
- Pflegesystem 102
 - funktionales 104
 - ganzheitliches 103
- Pflegeversicherungsgesetz 316
- Pflegewissenschaft 29
- Pflegezeitbemessung 166
- Planung, tagesgenaue 127
- Potenzialbeurteilung 258
- Pressearbeit 488
- Pressekonferenz 490
- Pressemitteilung 490
- Primary Nursing 110, 114
- Prioritäten 231
- Professionelle Pflege, Aufgaben 17
- Profession, Selbstverwaltung 33
- Projektarchitektur 408
- Projektmanagement 457
- Projektorganisation 409
- Prozessschleife, dynamische 216
- Prüfarten 415
- Prüfbereiche 414
- Prüfkonzept 412
- Psychobiographische Pflege nach Böhm 144
- PTVS 413
- Qualifikationsmix 20
- Qualifikationsniveaus 278
- Qualifikationsrahmen, nationaler 277
- Qualität 75, 381
- Qualitätsbegriff 382
- Qualitätsberichte, MDK 416
- Qualitätsberichterstattung 410
- Qualitätsdimensionen 382
- Qualitätsmanagement, einrichtungsintern 390
- Qualitätsmanagementsysteme 384
- Qualitätspolitik 392
- Qualitätsprüfungen 383
- Qualitätsprüfungs-Richtlinien 412
- Qualitätssicherung, externe 411
- Qualitätsstandards 384
- Qualitätswerkzeuge 384
- Quartier 24
- Quartiersanalyse 28
- Quartiersaufbau 29
- RADAR-Konzept 388
- Rahmenbedingungen 16
- Rahmendienstpläne 334
- Real Time Strategic Change (RTSC) 409

- Regelprüfung 415
- Relationship Based Care 118
- Ressourcenmanagement 426
- Reteaming 272
- Risikoeinschätzung 18, 19
- Risikomanagement 19, 424
- Risikopotenzialanalyse 180
- Risikopotenziale 424
- ROME®-Konzept 299

- Sachkostenplanung 452
- Schattentage 99
- Schichtübergabe 325
- Schwerbehindertengesetz 315
- Selbstverständnis, professionelles 29
- Situationsanalyse 437
- SMART-Methode 229
- social media 473
- social web 473
- Stab-Linien-Organisation 193
- Stakeholder 26
- Stakeholderanalyse 27
- Stationärer Dienstleister, Rolle 23
- Stellenbeschreibungen 200
- Steuerungsfunktion, professionelle 55
- Stresstoleranz 302
- Strukturierte Informationssammlung 18
- Strukturierungshilfen 28
- Strukturmodell 19
- Stückkosten 445

- Tagesgestaltung 45
- Tagesstruktur, verrichtungsorientierte 47
- Teamarbeit 128
- Teamentwicklung 249
 - Phasen 251
- Team-Entwicklungs-Uhr 252
- Teams, selbstorganisierte 195
- Teilhabe, soziale 54
- Teilweise Übernahme 165
- Teilzeit- und Befristungsgesetz 315
- Touchpoint-Strukturen 209

- Tourenplan 348
- Twin Star 268
- Twitter 482

- Überwachungsverantwortung 205
- Umgebungsvisiten 225
- Unterstützung 164
- Urlaubsplanung 331
- Utilitarismus 71

- Veränderungsprozesse 276
- Verrichtungen im Sinne des SGB XI 167
- Vertrauensampel 219
- Vertrauenskultur 218
- Vertraulichkeit 44
- Vollständige Übernahme 164
- Vorstellungsgespräch 241

- Wert(e)klärung 86
- Wertvorstellungen 66
- Wiederholungsprüfung 416
- Wirtschaftlichkeit 443
- Wirtschaftsplan 450
- Wirtschaftsplanung 449
- Wissensmanagement 294
- Wohnen 57
 - betreutes 60
 - gemeinschaftliches 60
- Wohnformen, neue 60
- Wohngemeinschaften, ambulant betreute 61
- WOLLSOKÖ 281

- Xing 481
- X-Tage-Modelle 329

- Zeitfresser 224
- Zeitmanagement 227
- Zeugnisse 265
- Zielvereinbarungen 253
- Zukunftskonferenz 408
- Zukunftswerkstatt 408

Die solide Basis fürs Pflegemanagement

Pflegemanager/innen müssen umdenken: Die Grenzen zwischen selbstorganisierter Hilfe, teilstationärer und stationärer Pflege lösen sich auf. Schon heute punktet nicht mehr das klassische Heim-Angebot, sondern die flexible Reaktion auf sich verändernde Kundenbedürfnisse.

Im Fokus stehen künftig stärker der reale Hilfebedarf eines Menschen und seine individuellen Wünsche an die Lebensqualität. Die Altenpflege der Zukunft verlangt deshalb belastbare Kooperationen, tragfähige Geschäftszweige und einen attraktiven Hilfemix. Das sind große Herausforderungen.

Ein kompetentes Autorenteam unter der Federführung von Karla Kämmer beleuchtet diese vielfältigen Aspekte in der 6. Auflage dieses Standardwerkes. Von der soliden Management-Basis über die künftigen Rahmenbedingungen bis hin zu zukunftssicheren Konzepten reicht das Spektrum der Beiträge.

Grundlagen

Herausforderungen

Innovative Konzepte

Die Herausgeberin

Karla Kämmer ist Diplom-Sozialwissenschaftlerin, Diplom-Organisationsberaterin, Erwachsenenbildnerin, Lösungsorientierter Coach, Gesundheits- und Krankenpflegerin sowie Altenpflegerin. Sie arbeitet seit vielen Jahren im nationalen und internationalen Gesundheits-, Sozial- und Pflegewesen. Zu ihren Schwerpunkten gehört u.a. das Veränderungsmanagement in Pflegeeinrichtungen.

ISBN 978-3-89993-286-7

