



Herbert Müller

Arbeitsorganisation in der Altenpflege

Handbuch für die Qualitätsentwicklung und -sicherung

6., aktualisierte Auflage




Herbert Müller

Arbeitsorganisation in der Altenpflege

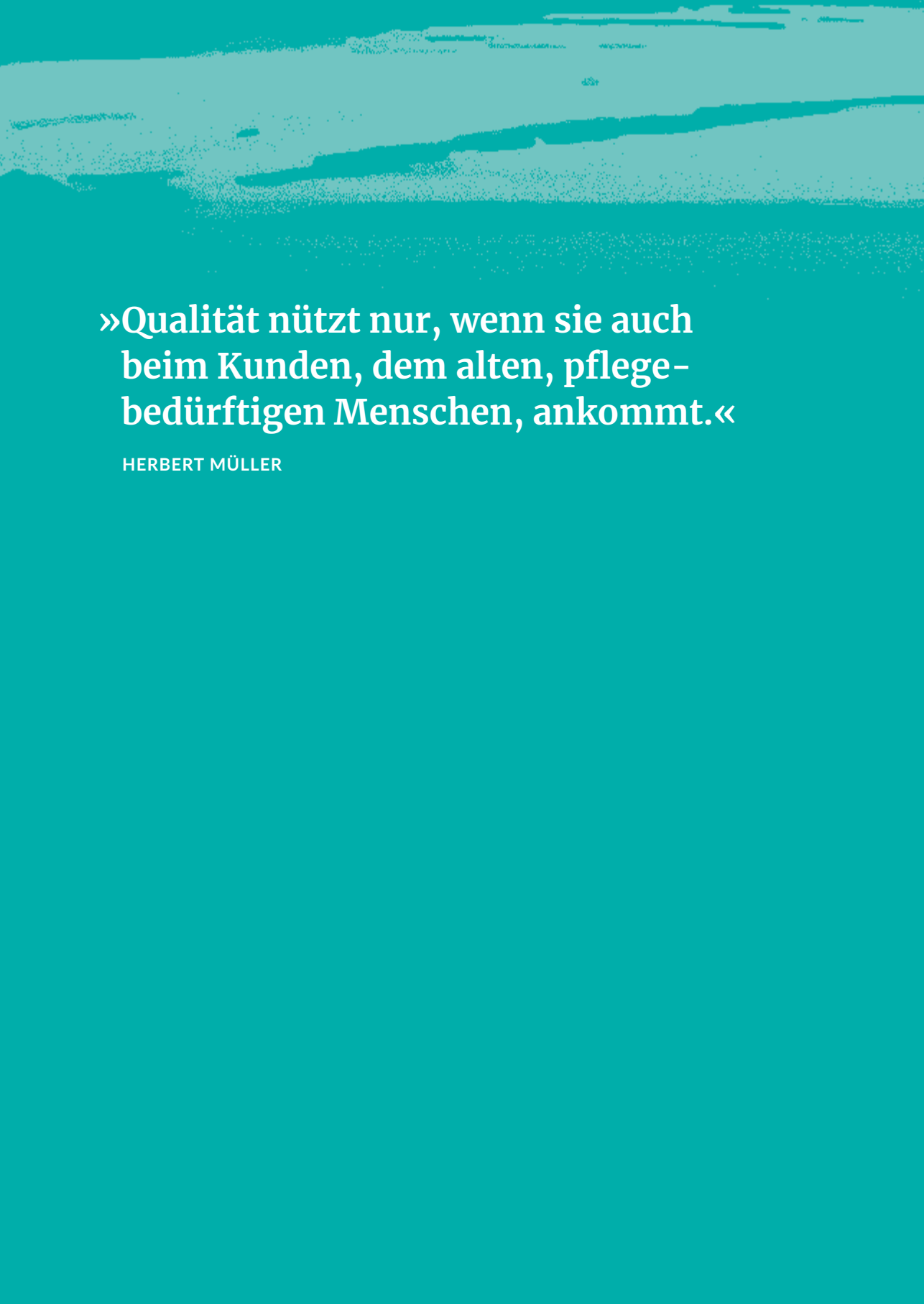
Handbuch für die Qualitätsentwicklung
und -sicherung

6., aktualisierte Auflage

schlütersche



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



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

HERBERT MÜLLER



pflegebrief

- die schnelle Information zwischendurch
Anmeldung zum Newsletter unter www.pflegen-online.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

ISBN 978-3-8426-0822-1 (Print)

ISBN 978-3-8426-9043-1 (PDF)

ISBN 978-3-8426-9044-8 (EPUB)

© 2020 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autoren und des Verlages.

Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden.

Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Titelbild: Rawpixel.com - stock.adobe.com

Covergestaltung und Reihenlayout: Lichten, Hamburg

Inhalt

Vorwort zur 6., aktualisierten Auflage	15
Einleitung	16
1 Begriffserklärungen	19
1.1 Pflege	19
1.2 Direkte Pflege	19
1.3 Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie	20
1.4 Indirekte Pflege	20
1.5 Qualifikationen und Funktionen von Mitarbeitern in der Pflege	21
1.6 Der Begriff »Kunde«	22
2 Gesetzliche und rechtliche Rahmenbedingungen in der Altenpflege	24
3 Arbeitsorganisation in der Altenpflege	26
3.1 Was ist Organisation?	26
3.2 Das Organisationsklima – die innere Umwelt	28
3.3 Organisationsspezifische Prozesse	29
3.4 Arbeitsgruppenspezifische Prozesse	29
3.5 Warum Arbeitsorganisation?	29
3.6 Aufbau- und Ablauforganisation	30
3.7 Lean Management	31
3.7.1 Kundenorientierung	33
3.7.2 Profilierung	33
3.7.3 Konzentration auf das Wesentliche	33
3.7.4 Qualitätsmanagement	34
3.7.5 Interne Kundenorientierung	34
3.7.6 Flache Hierarchien	35
3.7.7 Neues Führungskonzept	35
3.7.8 Teilautonome Teams	36
3.7.9 Offener Umgang mit Informationen	36
3.7.10 Permanente Qualifizierung	36

Teil 1: Strukturqualität – wichtige Elemente der Aufbauorganisation	39
4 Zielorientiertes Arbeiten	40
4.1 Arten von Zielen	43
4.1.1 Grundsatzziele	43
4.1.2 Rahmenziele	43
4.1.3 Ergebnisziele	43
4.1.4 Persönliche Ziele und Organisationsziele	44
4.2 Ziele in der Pflege	45
5 Theoriegeleitetes Arbeiten	47
5.1 Pflegetheorien und -modelle	49
5.1.1 Das Modell »Selbstpfledefizit-Theorie« nach Orem	51
5.1.2 Das »Modell der Aktivitäten des täglichen Lebens« nach Juchli (1983)	52
5.1.3 Das System der »Fördernden Prozesspflege« nach Krohwinkel	53
5.1.4 Die »Person-zentrierte Pflege« nach Tom Kitwood	77
6 Leitbildorientiertes Arbeiten	81
6.1 Das Leitbild als grundlegende Orientierung	81
6.1.1 Leitbilder-Beispiele aus Einrichtungen und Bereichen der Altenhilfe	84
6.2 Umsetzung des Leitbildes	86
7 Konzeptgeleitetes Arbeiten	89
7.1 Konzeptentwicklung ist Chefsache	90
7.2 Management-/Organisationshandbuch	91
7.3 Leistungsbeschreibung	91
7.3.1 Leistungsbeschreibung Betreuung und Pflege	92
7.3.2 Verpflegungs- und Hauswirtschaftsbereich	99
8 Projektmanagement	103
9 Gesetzliche Regelungen als Rahmenbedingung für die Arbeit	110
9.1 Das Pflegeversicherungsgesetz	111
9.1.1 Vertragswerke und Regelungen im Rahmen der Leistungserbringung in der ambulanten und stationären Pflege	112
9.1.2 Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI	115
9.1.3 Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI	116
9.1.4 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen (§ 82 SGB XI)	121
9.1.5 Ehrenamtliche Unterstützung (§ 82b SGB XI)	121
9.1.6 Bemessungsgrundsätze Pflegesätze stationär (§ 84 SGB XI)	122

9.1.7	Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI)	124
9.1.8	Grundsätze für die der Vergütungsregelung der ambulanten Pflegeleistungen (§ 89 SGB XI)	126
9.1.9	Qualitätssicherung (§§ 112–117 SGB XI)	127
9.2	Das Heimgesetz (HeimG) und die landesrechtlichen heimgesetzlichen Regelungen	139
9.3	Das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBVG)	145
9.4	Datenschutz	149
10	Finanzierung von Dienstleistungen in Einrichtungen der Altenhilfe	158
10.1	Finanzierung von Leistungen durch die Kranken- und Pflegekassen	158
10.1.1	Finanzierung ambulanter Leistungen	159
10.1.2	Finanzierung teilstationärer und stationärer Leistungen	163
10.2	Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII)	166
10.3	Finanzierung stationärer Einrichtungen	172
11	Die Begutachtungs-Richtlinien (BRi) und das Begutachtungsinstrument (BI)	178
11.1	Organisationsstandard: Ermittlung der Selbstständigkeit/ des Unterstützungsbedarfs zur Einstufung in einen Pflegegrad in der stationären Pflegeeinrichtung	190
11.2	Protokoll »Begutachtung zur Ermittlung des Pflegegrads durch den MDK«	192
12	Personalbemessung und Personalbedarfsermittlung am Beispiel stationärer Einrichtungen	195
12.1	Ermittlung des notwendigen Pflegeaufwands (Netto-Pflegezeit)	199
12.2	Ermittlung der möglichen Jahresarbeitsstunden der Mitarbeiter und der möglichen Netto-Pflege-Stunden	201
12.3	Ermittlung der Anzahl der notwendigen Mitarbeiter	203
13	Organisationsstruktur in Einrichtungen der Altenpflege	204
13.1	Organisationsstruktur	205
13.1.1	Liniensysteme	206
13.1.2	Stab-Linien-System	208

14	Festlegung der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten durch Stellenbeschreibungen	211
14.1	Organisationsstandard: Einsatz von Stellenbeschreibungen	213
14.2	Verantwortliche Pflegefachfrau/-mann (PDL)	215
14.2.1	Stellenbeschreibung für eine verantwortliche PFM/Pflegedienstleitung	216
14.3	Wohnbereichsleitung (WBL)	221
14.3.1	Stellenbeschreibung für eine Wohnbereichsleitung (WBL)	221
14.4	Pflegefachfrau/-mann (PFM)	225
14.4.1	Stellenbeschreibung Pflegefachfrau/-mann (PFM)	225
14.5	Pflegeassistent	230
14.5.1	Stellenbeschreibung eines Pflegeassistenten	230
14.6	Auszubildender in der Pflege	233
14.6.1	Stellenbeschreibung eines Auszubildenden der Pflege (ambulant und stationär)	234
14.7	Betreuungsassistent (§ 43b SGB XI)	238
14.7.1	Stellenbeschreibung eines Betreuungsassistenten (§ 43b SGB XI)	238
14.8	Sozialer (Therapeutischer) Dienst	241
14.8.1	Stellenbeschreibung Sozialer (Therapeutischer) Dienst	242
14.9	Hauswirtschaftsleitung (HWL)	246
14.9.1	Stellenbeschreibung einer Hauswirtschaftsleitung	246
14.10	Hauswirtschaftlicher Servicemitarbeiter im Wohn- und Pflegebereich	251
14.10.1	Stellenbeschreibung eines hauswirtschaftlichen Servicemitarbeiters im Wohn- und Pflegebereich	251
14.11	Qualitätsbeauftragter	254
14.11.1	Stellenbeschreibung eines Qualitätsbeauftragten	255

Teil 2: Prozessqualität – Wichtige Kernprozesse in der Ablauforganisation

15	Organisation eines Wohn- bzw. Arbeitsbereichs in der stationären Altenpflege	260
15.1	Modelle der Pflegeorganisation	266
15.1.1	Funktionspflege	266
15.1.2	Bereichs-/Gruppenpflege	266
15.1.3	Bezugspersonenpflege	267
15.2	Nahtstelle »PFM – Pflegeassistent«	271
15.3	Nahtstelle »Pflege – Hauswirtschaft im Wohnbereich«	274
15.4	Haftungsrechtliche Verantwortung im Rahmen der Arbeitsorganisation	279

16	Planung, Dokumentation und Evaluation des Betreuungs- und Pflegeprozesses	282
16.1	Die Schritte im Vier-Phasen-Modell des Strukturmodells	285
16.1.1	Phase 1 des Strukturmodells: Informationssammlung	287
16.1.2	Phase 2 des Strukturmodells: Individuelle Maßnahmenplanung	297
16.1.3	Phase 3 des Strukturmodells: Pflegebericht – Fokussierung auf Abweichungen	298
16.1.4	Phase 4 des Strukturmodells: Evaluation	298
16.2	Organisationsstandard »Pflegeprozessdokumentation«	299
17	Bewohnerbezogene Risiken und Gefahren in der Betreuung und Pflege	303
17.1	Risiko: Mangelernährung	304
17.1.1	Rechtliche Rahmenbedingungen	304
17.1.2	Allgemeine Rahmenbedingungen in den Einrichtungen	306
17.1.3	ABEDL® 7: Essen und Trinken	308
17.1.4	Durchführung der Pflege	309
17.1.5	Versorgungsstandard Ernährung	309
17.2	Risiko: Sturz	310
17.3	Risiko: Dekubitus	312
17.4	Risiko: Demenz oder Depression	313
17.4.1	Kooperation mit dem Arzt	315
17.4.2	Risiken sorgfältig abwägen	315
18	Standards in der Altenpflege	317
18.1	Strukturstandards	320
18.2	Prozessstandards	320
18.3	Ergebnisstandards	321
18.4	Notfallstandards	321
18.5	Der Aufbau von Standards	321
18.6	Erarbeiten, Einführen und Pflegen von Standards	322
19	Expertenstandards	323
19.1	Vorgaben des SGB XI (Auszüge)	324
19.2	Aufbau und Ziele von Expertenstandards	327
19.3	Umsetzung der Expertenstandards in der pflegerischen Praxis mithilfe des PDCA-Zyklus	329
19.3.1	Implementierung der Expertenstandards anhand des PDCA-Zyklus	329
19.3.2	Verfahrensanleitung zur Umsetzung des Expertenstandards »Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen«	331
19.3.3	Beratungsprotokoll Schmerzrisiko	335

19.4	Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz	336
19.4.1	Strukturqualität	337
19.4.2	Ergebnisqualität	341
19.4.3	Verfahrensanleitung	343

20 Kommunikations- und Informationsprozesse 346

20.1	Dokumentation/Maßnahmenplanung (individuelle Hilfeplanung)	347
20.1.1	Informationssammlung	351
20.1.2	Maßnahmenplanung	351
20.1.3	Berichtesblatt	351
20.1.4	Evaluation	352
20.2	Dienstübergabe	352
20.2.1	Organisationsstandard: Dienstübergabe	353
20.3	Dienstbesprechung	355
20.3.1	Organisationsstandard: Dienstbesprechung im Pflege-/Wohnbereich	356
20.4	Fallbesprechungen in der Pflege	359
20.4.1	Organisationsstandard: Fallbesprechung	361
20.5	Delegation ärztlicher Tätigkeiten	364
20.5.1	Organisationsstandard: Delegation ärztlicher Tätigkeiten	365
20.5.2	Vordruck: Ärztliche Anordnung aus der Praxis einer stationären Einrichtung	367

21 Dienst- und Personaleinsatzplanung 369

21.1	Ziel und Zweck des Dienstplans	372
21.2	Rechtliche Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren	373
21.2.1	Arbeitszeitgesetz (ArbZG)	373
21.2.2	Weitere rechtliche Rahmenbedingungen	376
21.3	Formale Anforderungen an den Dienstplanvordruck und Hinweise zur Handhabung	379
21.4	Dienstplangrundformen	380
21.5	Qualitätsmerkmale der Dienst- und Einsatzplanung in stationären Einrichtungen	382
21.6	Dienstplanmanagement	383
21.6.1	Was steuert und was wird gesteuert?	383
21.6.2	Wie muss und kann geplant werden?	384
21.6.3	Was muss bei der Planung, Änderung und Anpassung des Dienstplans beachtet werden?	384
21.6.4	Was macht stimmiges Dienstplanmanagement so schwierig?	385
21.6.5	Was entspricht dem Idealfall einer Dienstplanung?	385

21.7	Brutto- und nettobasierte Dienstplanung	385
21.7.1	Ansatz- und Rechenfehler	386
21.7.2	Die nettobasierte Dienstplanung	387
21.7.3	Der (rollierende) Rahmendienstplan	387
21.8	Ermittlung der Soll-Arbeitszeit	389
21.9	Arbeitszeitmodelle	390
21.9.1	Stationäre Pflegeeinrichtungen	390
21.9.2	Ambulante Pflegeeinrichtungen	393
21.10	Arbeitszeitmodelle unter dem Aspekt des Arbeits- und Mitarbeiterschutzes	395
21.10.1	Gestaltungsrichtlinien	395
21.11	Rufbereitschaft	396
21.12	Stand-by-Dienst	397
21.13	Methodik der Dienstplanerstellung	398
21.13.1	In 10 Schritten zum Dienstplan	398
21.14	Organisationsstandard: Dienstplanerstellung	399
21.15	Dienstplanung per EDV	402
21.16	Urlaubsplanung	402
21.16.1	Berechnungsformel zur Ermittlung der konkreten Urlaubsansprüche	404
21.17	Organisationsstandard: Urlaubsplanung	405
21.18	Personaleinsatzplanung	407
21.18.1	Organisationsstandard: Personaleinsatzplanung	409
22	Mitarbeiterführung	413
22.1	Organisationsstandard: Leitungsgrundsätze zur Mitarbeiterführung	415
22.2	Mitarbeiter-Selbstprüfung	417
22.3	Organisationsstandard: Mitarbeiter-Selbstprüfung in der Pflege	418
23	Mitarbeitergespräche	420
23.1	Mitarbeiter-Entwicklungsgespräche	424
23.1.1	Vorbereitungsbogen für Mitarbeiter	425
23.1.2	Organisationsstandard: Mitarbeiter-Entwicklungsgespräch ..	426
23.1.3	Zielvereinbarung mit Mitarbeitern	429
24	Einarbeitung neuer Mitarbeiter	431
24.1	Gesetzliche Vorgaben für die Einarbeitung in Pflegeeinrichtungen	432
24.1.1	Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) § 12 Unterweisung	432

24.2	Der Einarbeitungsplan	433
24.2.1	Vorbereitung (Phase 1)	434
24.2.2	1. Arbeitstag (Phase 2)	436
24.2.3	Startphase (Phase 3)	436
24.2.4	Vertiefungsphase (Phase 4)	437
24.2.5	Detailphase (Phase 5)	437
24.3	Neue Mitarbeiter in das Team integrieren	438
24.4	Organisationsstandard: Einarbeitung neuer Mitarbeiter im Pflegebereich	439

25 Praktische Ausbildung von Pflegefachfrauen/-männern in Einrichtungen der Altenhilfe

444

26 Heimeinzug

447

26.1	Was müssen stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen im Rahmen des Einzugs und der Integrationsphase aufgrund rechtlicher Vorgaben beachten?	448
26.1.2	Maßstäbe und Grundsätze (MuG) stationär 2019	448
26.1.3	Qualitätsprüfungs-Richtlinien stationär (QPR) 2019	449
26.2	Organisationsstandard: Heimeinzug	451
26.3	Checkliste: Heimeinzug	454

27 Umgang mit Arzneimitteln

456

27.1	Lagerung und Stellen der Arzneimittel	461
27.2	Abläufe optimieren	463
27.3	Organisationsstandard: Umgang mit Arzneimitteln	467
27.4	Vordruck: Überprüfung des Arzneimittelschranks	471

Teil 3: Ergebnisqualität – Qualität, Zielerreichung und Zufriedenheit

473

28 Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Altenhilfe

474

28.1	Der PDCA-Zyklus	479
28.2	Die Aufbauorganisation des Qualitätsmanagement in Einrichtungen	481
28.2.1	Qualitätszirkelleiter (QZL) – Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen	482
28.2.2	Prozessverantwortlicher (PV) – Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen	483

29	Qualitätszirkel	485
29.1	Rahmenbedingungen für die Arbeit mit Qualitätszirkeln	486
29.1.1	Beteiligung der Mitarbeiter	486
29.1.2	Problemlösungen	486
29.1.3	Zusammenarbeit	486
29.1.4	Systematische Lösung von Problempunkten	487
29.2	Die sieben methodischen Schritte der Qualitätszirkelmethode	487
29.2.1	Abgrenzung des Themas	487
29.2.2	Feststellung der aktuellen Situation	488
29.2.3	Bestimmung der Problempunkte und Defizite	488
29.2.4	Bestimmung eines Katalogs von Anforderungen und Zielen	489
29.2.5	Vorstellungen über die angestrebte Situation	489
29.2.6	Formulierung von Vorschlägen zur Erreichung der angestrebten Situation	490
29.2.7	Zusammenfassung (Erstellung eines Berichts)	490
29.3	Zusammensetzung eines Qualitätszirkels	491
29.4	Bedingungen für die Arbeit mit Qualitätszirkeln	491
29.4.1	Qualitätszirkelleiter (QZL)	492
29.4.2	Motivierung der Mitarbeiter	492
29.4.3	Die Sitzungen des Qualitätszirkels	492
29.5	Vordruck: Maßnahmenvorschlag	493
30	Visiten	495
30.1	Organisationsstandard: Bewohnerbezogene Visite	501
31	Fehler-, Risiko- und Verbesserungsmanagement	504
31.1	Fehlermanagement	504
31.1.1	Fehler als Chance?	507
31.1.2	Knackpunkt »Meldesystem«	508
31.1.3	Fehlerkultur	509
31.1.4	Vordruck: Fehlerprotokoll	512
31.1.5	Ohne Fehlermanagement kein Risikomanagement	512
31.2	Risikomanagement	513
31.2.1	Unerwünschte Ereignisse	514
31.2.2	Ziele eines Risikomanagement-Systems	515
31.2.3	Nutzen eines Risikomanagement-Systems	515
31.2.4	Voraussetzungen für ein Risikomanagement	515
31.2.5	Risikomanagement geht alle an	515
31.2.6	Einführung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung eines Risikomanagementsystems in Pflegeeinrichtungen	516
31.2.7	Gefährdungsbeurteilungen	517
31.2.8	FMEA – Fehlervermeidung statt Fehlerbeseitigung	518

31.2.9	Der Risikomanagementbeauftragte	519
31.3	Verbesserungsmanagement	520
31.3.1	Ziele und Aufgaben des Verbesserungsmanagements	520
31.3.2	Beschwerdemanagement = Verbesserungsmanagement	521
31.3.3	Vorschlagswesen und Verbesserungs-/ Beschwerdemanagement	522
31.3.4	Kriterien für gutes Verbesserungs-/Beschwerdemanagement	524
32	Befragungen	526
32.1	Kunden-/Bewohnerbefragung	526
32.1.1	Formen der Befragung	527
32.1.2	Vorbereitung der Befragung	527
32.2	Kunden-/Bewohnerbefragung	528
32.3	Mitarbeiterbefragung	530
32.3.1	Fragebogen für Mitarbeiter	530
33	Qualitätsprüfung durch den MDK-/PKV-Prüfdienst	532
33.1	Die Fokussierung auf die Ergebnisqualität	534
33.2	Das dreistufige Prüfverfahren	535
33.2.1	Die Qualitätsindikatoren und die zentrale Auswertung	536
33.2.2	Der Weg der Qualitätsindikatoren	538
33.2.3	Die Qualitätsbewertung	539
33.3	Externe Qualitätsprüfung durch MDK/PKV	539
33.3.1	Bewertung der Qualitätsaspekte	540
33.3.2	Pflegedokumentation und mündliche Auskünfte sind wichtige Informationsquellen im Rahmen der Qualitätsprüfung	542
33.4	Qualitätsdarstellung im Rahmen der Veröffentlichung der Ergebnisse	543
33.5	Wie kann sich die Pflegeeinrichtung auf die Prüfung vorbereiten?	544
33.6	Ausblick	545
33.6.1	Prüfverfahren für ambulante Pflegedienste	545
	Literatur	547
	Register	551

Vorwort zur 6., aktualisierten Auflage

Vielen Dank, dass Sie das Buch gekauft und weiterempfohlen haben! Es ist mittlerweile ein Klassiker, der sowohl in der Altenpflegeausbildung, als auch in der Fort- und Weiterbildung für Managementaufgaben in der Pflege, vor allem in der Altenhilfe, eingesetzt wird. Viele Einrichtungen stellen ihren Mitarbeitenden dieses Buch als Handbuch zu Verfügung. Auch im Rahmen der generalisierten Ausbildung sind und bleiben die Inhalte dieses Buches aktuell, schließlich hat sich an den Arbeitsfeldern und Einsatzbereichen im Rahmen der Betreuung und Pflege von (älteren) Menschen nichts geändert.

Die Überschrift für die 5. Auflage lautete: Reform – Reform – Reform! Diese Überschrift hat auch für die 6., aktualisierte Auflage nichts an Aktualität eingebüßt.

Damit Sie sich über aktuelle und mögliche künftige Entwicklungen informieren können, habe ich das Buch komplett überarbeitet und aktualisiert.

Die von den Pflegeeinrichtungen kaum zu beeinflussenden äußeren Rahmenbedingungen, aber auch die selbst zu beeinflussenden Bedingungen in den Pflegeeinrichtungen sind teilweise immer noch wenig geeignet, dem erheblichen Mangel an Fachpersonen entgegen zu wirken.

Dieses Buch soll Lernenden, aber auch Pflegenden in der Praxis, Hilfe und Unterstützung bei ihrer belastenden und anstrengenden, immer noch nicht ausreichend wertgeschätzten Arbeit mit den hilfe- und pflegebedürftigen Menschen sein und Anregungen für Möglichkeiten zur Veränderung geben.

Schwerte, Februar 2020

Herbert Müller

Widmung

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

Einleitung

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



Info

Dieses Buch beschäftigt sich mit qualitätsrelevanten Themen der Arbeitsorganisation auf der Grundlage von Elementen der Aufbau- und Ablauforganisation. Es macht Vorschläge zur Umsetzung in die Praxis der Einrichtungen und Dienste, die sich im Arbeitsalltag bewährt haben.

Eine funktionierende Arbeitsorganisation ist ohne eine gute Aufbauorganisation nicht möglich. Viele Probleme und Konflikte im Berufsalltag haben ihre eigentlichen Ursachen in einer schlechten oder wenig ausgeprägten Aufbauorganisation.

Deshalb beschäftigt sich der **erste Teil des Buches** ausführlich mit Aspekten der Strukturqualität, den Rahmenbedingungen der Pflegeeinrichtungen und der Aufbauorganisation. So werden die Zusammenhänge transparent und nachvollziehbar und können als Basis für die Entwicklung der notwendigen Strukturqualität genutzt werden.

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

Träger und Leitungskräfte müssen bereit sein, vorhandene (verkrustete) Strukturen kritisch zu hinterfragen, um mit neuen Methoden, einem neuen Leitungsverständnis und Mut neue Wege zu gehen, die zu einer guten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität führen. Dabei darf der betreuungs- und pflegebedürftige Mensch aber nicht aus dem Blick geraten. Pflege ist eine Dienstleistung und Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf und alle interessierten Parteien dürfen eine zuverlässige und

wertschätzende Pflege erwarten. Dazu gehört aber auch, sich mutig den Veränderungen und Herausforderungen zu stellen.

Durch eine gute Aufbau- und Ablauforganisation mit konkreten Regelungen und Maßnahmen zur Organisation der Arbeitsabläufe und der Pflege kann in Pflegeeinrichtungen eine gute und qualitätsgesicherte Dienstleistung gelingen. Die Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf sollen als Verbraucher wahrgenommen und gestärkt werden und zuverlässig die zugesagten Leistungen erhalten, die sich an ihren Wünschen und Bedürfnissen orientieren. Damit das möglich ist, benötigen die Mitarbeiter Arbeits- und Rahmenbedingungen, die sie in die Lage versetzen, die zugesagten und erwarteten Leistungen zu erbringen. Dazu müssen Ziele, Strukturen und Abläufe auf den Prüfstand gestellt und angepasst werden. Ich möchte die Mitarbeiter motivieren, mutig Veränderungen anzuregen und mitzutragen. Zukünftig müssen Bewohner-/Klientenorientierung und Mitarbeiterorientierung die Basis sein. Qualitätsmanagement und Arbeitsorganisation können helfen, diese Anforderungen zu erfüllen und sind somit Aufgabe aller Mitarbeitenden auf allen Ebenen.

Eine effiziente Arbeitsorganisation kann dazu beitragen, möglichst viel Zeit für die Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf zu haben. Sie leistet damit auch einen entscheidenden Beitrag für mehr Wirtschaftlichkeit.

Der Pflegeberuf und die -ausbildung müssen weiterhin konsequent an den komplexen Anforderungen der Pflege ausgerichtet werden, denn die Menschen werden immer älter und multimorbider, gleichzeitig verschärft sich der Kostendruck. Die Pflege darf sich nicht mehr nur vorrangig an der Kompensation krankheitsbedingter Einschränkungen orientieren, sondern muss die Förderung der Gesundheit des einzelnen Menschen und seine Begleitung und Beratung in den Mittelpunkt stellen. Brauchen wir dazu ein neues Verständnis vom »Pflegeberuf«? Neben der »körpernahen« und medizinisch-pflegerischen Unterstützung rücken immer mehr Aufgaben in den Bereichen Beratung, Anleitung, Schulung, Steuerung des Pflege- und Betreuungsprozesses, Koordination und Fallmanagement in den Mittelpunkt. Die Pflege benötigt deshalb in der Zukunft »Spezialisten« und »Generalisten«. Für die Ausbildung bedeutet das, einerseits eine breite generalistische Grundausbildung für alle professionell Pflegenden sicherzustellen und andererseits Spezialisten auszubilden, die die zunehmend komplexer werdenden Anforderungen bewältigen können.

Gleichzeitig erhält mit Blick in die Zukunft der Mangel an Fachfrauen-/männern, nicht nur in der Pflege, völlig neue Dimensionen, da in den nächsten zehn Jahren die komplette Generation der Baby Boomer (ca. 1950–1964 geboren) in Rente gehen wird.

Gleichzeitig kommen nur sehr wenige Menschen auf dem Arbeitsmarkt nach. Das ergibt ein gewaltiges Minus. Wir rechnen für die nächsten zehn Jahre mit 6,5 Millionen Arbeitskräften weniger als heute. Das wird zu drei Millionen unbesetzten Stellen führen. Daraus leiten sich alle anderen Trends ab.

Die in Teil 2 und 3 vorgestellten Prozesse berücksichtigen als pflertheoretisches Modell das System der fördernden Prozesspflege nach Monika Krohwinkel, ein an der DIN EN ISO 9000:2015 ff-Normenfamilie und den gesetzlichen Bestimmungen (insbesondere SGB XI) ausgerichtetes Qualitätsverständnis.

1 Begriffserklärungen

1.1 Pflege

Definition »Pflegen«

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

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

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

1.2 Direkte Pflege

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

2 Gesetzliche und rechtliche Rahmenbedingungen in der Altenpflege

Pflegeeinrichtungen müssen sich am Markt und an den Vorgaben der Sozialgesetzbücher, insbesondere der »Pflegeversicherung«, SGB XI, (aber auch »Gesetzliche Krankenversicherung«, SGB V, »Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen«, SGB IX, und »Sozialhilfe«, SGB XII) und anderen gesetzlichen Bestimmungen orientieren. Dazu gehört auch, die Leistungen an den Prinzipien von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit auszurichten.

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

Im Rahmen der Pflegereformen von 2015–2017 wurden in zwei Stufen (erstes und zweites Pflegestärkungsgesetz) die Leistungen und die Leistungsbeträge für die pflegebedürftigen Versicherten und die pflegenden Angehörigen verbessert und durch einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsassessment zur Ermittlung des Pflegegrades, das die wirklichen Problemlagen der Pflegebedürftigen erfasst, gerechter. Wie sieht es aber mit den Leistungserbringern aus?

Dem pflegefachlichen Anspruch in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern (z. B. Kunden-/Bewohnerorientierung) stehen ökonomische Zwänge (z. B. Sicherung der Arbeitsabläufe) und die herrschende Mängelpraxis gegenüber. Es stellt sich für die Handelnden die Frage nach dem Umgang mit dem unauflösbaren Widerspruch in den Anforderungen. Im Laufe der beruflichen Tätigkeit führt das häufig dazu, sich mit verschiedenen Strategien »unempfindlich« zu machen gegenüber diesem unauflösbaren Widerspruch in den Anforderungen an Pflegenden, eine Tendenz der Gleich-

3 Arbeitsorganisation in der Altenpflege

3.1 Was ist Organisation?

Bevor wir zur spezifischen Organisation von Einrichtungen der Altenhilfe kommen, zunächst eine allgemeine Definition von Organisation als Erinnerung an vermutlich längst Bekanntes:

Unter »Organisation« versteht man z. B. Folgendes:

- planmäßiger Aufbau, Gliederung,
- Gruppe, Verband mit einem bestimmten Zweck,
- organisieren: (planvoll) aufbauen, gestalten.²

Wir können den Organisationsbegriff unterscheiden in

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

Eine gute Organisation ist die Grundlage für eine gute Wohnatmosphäre, eine gute Arbeitsatmosphäre und für Wirtschaftlichkeit. Wo Menschen zusammenkommen, bedarf es gewisser Regeln, um ein geordnetes Miteinander zu gewährleisten. Manchmal ergibt sich diese Ordnung ganz von selbst.

² Vgl. Götze L (1998): Die neue deutsche Rechtschreibung. Bertelsmann, Gütersloh.

Teil 1:

Strukturqualität – wichtige
Elemente der Aufbauorganisation

4 Zielorientiertes Arbeiten

Solange Organisationen und Unternehmen ohne Ziel sind, können sie sich (beabsichtigt oder auch nicht) in jede beliebige Richtung entwickeln. Wer dagegen ein festes Ziel hat, wird den gradlinigsten Weg einschlagen. Ziele erleichtern die Managementarbeit im Alltag sozialer Dienstleistungsunternehmen. Wesentlich ist dabei, dass die Ziele (Organisations- und Einrichtungsziele) von allen Mitarbeitern gemeinsam entwickelt werden. Bei der Formulierung der Ziele muss der größtmögliche gemeinsame Nenner gefunden werden. Die Kunst liegt darin, Ziele zu finden und sie für alle transparent zu machen, d. h. die Ziele werden verstanden und als erreichbar eingeschätzt.

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

Definition

Ziele

Ziele sind

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

* Vgl. Kowalzik U (2007): Führen mit Zielen. In: Qualitätsmanagement in der Altenpflege erfolgreich umsetzen, Kap. 3/3, Weka Media, Kissing.

5 Theoriegeleitetes Arbeiten

Grundlage der professionellen Pflege ist nach heutigem Pflegeverständnis eine Pflegetheorie, damit Pflege in einer Pflegeeinrichtung nach einheitlichen Wertvorstellungen und Kriterien von den Pflegenden durchgeführt werden kann. Theorie soll helfen, die Ziele zu erreichen! Theoriegeleitetes Arbeiten soll eine fördernde Pflege gewährleisten und die Pflegequalität verbessern, kreative Impulse für die Praxis geben und damit das Fundament für die praktische Arbeit bilden. In den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege heißt es: »Die vollstationäre Pflegeeinrichtung verfügt über ein Pflegekonzept, das auf pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen sowie praktischen Erfahrungen basiert und im Pflegeprozess umgesetzt wird« (► Kap. 3.1).

Der zentrale Punkt von Pflege und jeder Pflegetheorie ist der Mensch! Die Schwierigkeiten bei der Einführung und Umsetzung des Pflegeprozesses beruhen häufig darauf, dass die Pflegenden ein unterschiedliches oder nicht entsprechend fundiertes theoretisches Pflegeverständnis haben.



Info

Ein **Pflegemodell** beschreibt und erklärt die professionelle Pflege in Bezug zum Menschen, seiner Umgebung, Gesundheit und Krankheit. Da die meisten Pflegemodelle rein theoretischer Art sind, werden sie häufig mit dem Begriff »**Pflegetheorie**« gleichgesetzt.

Die Pflegetheorie schafft einen allgemeinen Bezugsrahmen für die Pflegepraxis und ermöglicht so theoriegeleitetes Arbeiten. Ziel von Pflegetheorien ist es u. a., Wissen und Verständnis von Pflege im Allgemeinen zu vergrößern und die Notwendigkeit und Wirksamkeit zu begründen. Sie fragen z. B.: Was ist zu tun? (bedürfnisorientiert); wie tun Pflegendе das, was sie tun? (interaktionsorientiert) und warum tun sie es? (ergebnisorientiert).

6 Leitbildorientiertes Arbeiten

Ein Leitbild ist eine »idealhafte, richtungsweisende Vorstellung, deren Verwirklichung in der Praxis durch Wahl entsprechender Grundsätze [...] angestrebt wird.«¹⁵

6.1 Das Leitbild als grundlegende Orientierung

Ein Leitbild für Pflegende ist z. B. der **internationale Ehrenkodex für Pflegende**¹⁶, der erstmals 1953 vom International Council of Nurses (ICN) verabschiedet wurde. Danach haben Pflegende in Praxis und Management vier grundlegende Verantwortungsbereiche:

1. **Pflegende und ihre Mitmenschen**

Pflegende in Praxis und Management beachten bei ihrer Arbeit die Menschenrechte und respektieren die Werte, Bräuche und den Glauben ihrer Mitmenschen; fördern und überwachen die Sicherheit am Arbeitsplatz usw.

2. **Pflegende und die Berufsausübung**

Pflegende in Praxis und Management schaffen Pflegestandards und ein Arbeitsumfeld, das eine sichere und qualitativ hochwertige Pflege fördert; überwachen und fördern die persönliche Gesundheit des Pflegepersonals, so dass es seine Arbeit bestmöglich verrichten kann usw.

3. **Pflegende und die Profession**

Pflegende in Praxis und Management stellen z. B. Normen für die Pflegepraxis, Forschung, Ausbildung und das Management auf.

4. **Pflegende und ihre Kolleginnen**

Pflegende in Praxis und Management schaffen ein Bewusstsein für die spezifischen und berufsübergreifenden Aufgaben; entwickeln arbeitsplatzbezogene Systeme, welche die gemeinsamen berufsethischen Werte und Verhaltensweisen fördern usw.

¹⁵ Vgl. Brockhaus-Lexikon

¹⁶ Vgl. Internationaler Ethikkodex für Pflegende (ICN)

7 Konzeptgeleitetes Arbeiten

Aus dem Pflegemodell leitet die Pflegeeinrichtung ihr individuelles Leitbild ab. Damit ist das Grundsätzliche als Orientierungsrahmen für alle festgelegt. Für die praktische Arbeit ist es aber wichtig, das Leitbild zu konkretisieren und daraus realistische und nachprüfbar Ziele zu formulieren. Dazu wird ein Konzept erstellt. Das Konzept bildet die Brücke zwischen den »ideologischen« Leitbildern und der tatsächlichen (z. B. pflegerischen) Dienstleistung.

Das Konzept bezieht sich also auf die tatsächlichen Handlungen und organisatorischen Maßnahmen, ist also Realität und verbindlich. Konzepte müssen sich stark an den aktuellen Bedürfnissen und Bedarfslagen ausrichten, unterliegen Trends und sind ergebnisorientiert formuliert. Während das Leitbild für einen längeren Zeitraum Gültigkeit hat, muss das Konzept regelmäßig in kürzeren Zeitabständen, etwa alle zwei bis drei Jahre, überprüft und ggf. an aktuelle Bedürfnisse und Bedarfslagen angepasst werden.



Info

Die Entwicklung von Konzepten, insbesondere für unterschiedliche Teilbereiche (z. B. Betreuung und Pflege, Hauswirtschaft usw.), verläuft immer prozesshaft über einen längeren Zeitraum. Das Konzept bildet die Grundlage der Arbeit und gehört damit zum Betriebskapital der Einrichtung. Es macht Sinn, an der Erstellung eines zukunftsorientierten Einrichtungskonzeptes ggf. auch die Zielgruppe der Leistungsempfänger (Klienten, Angehörige) zu beteiligen.

8 Projektmanagement

Die Frage, ob in den Pflegeeinrichtungen Veränderungsbedarf besteht, kann getrost mit: JA! beantwortet werden. Selbst wenn die Prozesse und Rahmenbedingungen optimal gestaltet sind, zwingen äußere Einflüsse Pflegeeinrichtungen immer wieder zu notwendigen Veränderungen (z. B. Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, Pflegereformgesetze, Indikatoren gestütztes Prüfverfahren zur Ermittlung der Ergebnisqualität in den Pflegeeinrichtungen usw.).



Info

Pflegemodell, Leitbild, Konzept und Veränderungen einführen und umsetzen ist nur im Rahmen eines systematischen Prozesses möglich. Hierzu eignet sich insbesondere die Projektmanagement-Methode.

Warum ist Projektmanagement wichtig?

Weil am Ende herauskommen soll, was man sich vorgestellt bzw. vorgenommen hat. Dazu bedarf es einer klaren Zieldefinition, einer guten Planung und Projektorganisation bei gleichzeitig projektbegleitendem Controlling. So gesehen bedeutet Projektmanagement: Konzept zur Leitung und Steuerung eines Vorhabens, sodass

- das gewünschte Ergebnis,
- in der vorgegebenen Zeit,
- mit den verfügbaren Kapazitäten und Ressourcen,
- im Rahmen des zur Verfügung stehenden Budgets erreicht wird.

Projekte bezeichnen in der Regel Vorhaben, die etwas Neues anstoßen sollen, sind zeitlich begrenzt (Starttermin, Zwischentermine und Endtermin) und einmalig. Projekte haben eine gewisse Komplexität und es sind mehrere Personen beteiligt (siehe

9 Gesetzliche Regelungen als Rahmenbedingung für die Arbeit

Gesetzliche und rechtliche Regelungen gehören zu den zu beachtenden wichtigen Rahmenbedingung in der Altenhilfe. Dennoch: In der Praxis ist oft eine große Unsicherheit in gesetzlichen und rechtlichen Fragestellungen anzutreffen. Dieses Buch kann und soll keine Rechtskunde vermitteln. Wo sich gesetzliche und rechtliche Rahmenbedingungen allerdings besonders stark auf die Arbeit und die Arbeitsorganisation auswirken, können die folgenden Hinweise helfen, um eine angemessene Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu erreichen.

Abbildung 15 zeigt einen Ausschnitt, welche gesetzlichen und rechtlichen Regelungen in der Altenhilfe Anwendung finden. Mehr als 80 Gesetze, Verordnungen (Wirkung wie beim Gesetz!) usw. müssen allein in der stationären Altenhilfe beachtet und umgesetzt werden. Das Heimgesetz bzw. die heimgesetzlichen Regelungen der Bundesländer (Heimordnungsrecht), das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) und das SGB XI bilden dabei eine wesentliche Grundlage. Nichtwissen oder Nichtbeachten der gesetzlichen Regelungen kann für die Einrichtungen teuer werden. Auch für die betriebswirtschaftlichen Abläufe, die Verwaltung, die Hauswirtschaft, die technische Ausstattung, den Arbeitsschutz und die Arbeitssicherheit, nicht zuletzt auch im Arbeitsrecht sind viele Gesetze, Regelungen und Paragraphen zu beachten.

10 Finanzierung von Dienstleistungen in Einrichtungen der Altenhilfe

Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit und wirtschaftliches Handeln haben eine große Bedeutung und entscheiden über den Erfolg von Einrichtungen der Altenhilfe. Wirtschaftliche Rahmenbedingungen stehen in einem direkten Verhältnis zur Qualität die eine Einrichtung erbringt oder erbringen kann. Wer soll das bezahlen? Diese Frage stellen pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen immer öfter.

Wichtig

Finanzierung als Privat-/Selbstzahler

Werden Leistungen von den Pflegebedürftigen bzw. den Angehörigen selbst gezahlt, handelt es sich um Privatzahler. Privatzahler haben keinen Anspruch gegenüber einem Kostenträger. Selbstzahler haben Ansprüche gegenüber einem Kostenträger und zahlen den Betrag, der die Ansprüche gegenüber den Kostenträgern übersteigt, selbst.

10.1 Finanzierung von Leistungen durch die Kranken- und Pflegekassen

Versicherte der Pflegekassen erhalten einen Zuschuss zu den Aufwendungen für Pflege und Betreuung, wenn das Vorliegen der entsprechenden Voraussetzung durch die Gutachter des MDK oder die Gutachter der privaten Krankenversicherung festgestellt wird. Um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten, muss der Versicherte zunächst einen Antrag bei seiner Kranken- / Pflegekasse stellen. Diese leitet den Antrag an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bzw. das entsprechende Begutachtungsunternehmen weiter. Die Gutachter dieser Unternehmen erstellen im Auftrag der Pflegekassen ein Sachverständigen Gutachten auf der Basis des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) und der Begutachtungs-Richtlinien (BRi).

11 Die Begutachtungs- Richtlinien (BRi) und das Begutachtungsinstrument (BI)

Die »Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches« (Begutachtungs-Richtlinien [BRi]) vom 15. 04. 2016 geändert durch Beschluss vom 31. 03. 2017 sind die einheitliche und verbindliche Begutachtungsgrundlage (§§ 17 sowie 53 a Nr. 1, 2, 4 und 5 SGB XI) sowohl für die Pflegekassen als auch für die Gutachterunternehmen. Zentrale Aufgabe des Medizinischen Dienstes im Rahmen des SGB XI ist die Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Grad der Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Zur Durchführung der Qualitätsprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. (Medicproof) im Umfang von 10 Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge oder den von ihnen bestellten Sachverständigen einen Prüfauftrag (§ 114 SGB XI).

Die Begutachtungen sind durch geschulte und qualifizierte Gutachter durchzuführen (Ärzte, Pflegefachpersonen und andere Fachpersonen). Der Gutachter hat im Rahmen der Prüfung die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit der antragstellenden Person zu ermitteln.

Die Begutachtungsrichtlinien erläutern die Begutachtungskriterien und das Begutachtungsverfahren und sichern bundesweit einheitliche Maßstäbe für die Begutachtung. Die Leistungen nach dem SGB XI sind bei der Pflegekasse zu beantragen. Zur gutachterlichen Prüfung der Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung zu einem Pflegegrad beauftragt die Pflegekasse den MDK mit der Erstellung des Gutachtens. Die Entscheidung über den Antrag der antragstellenden Person und den Pflegegrad trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens des MDK.

12 Personalbemessung und Personalbedarfsermittlung am Beispiel stationärer Einrichtungen

Wie viel Personal kann eine stationäre Pflegeeinrichtung beanspruchen? Eine Frage, die viele Führungskräfte und Pflegemitarbeitende bewegt. Bei dieser Frage sind pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und Forderungen auf der einen Seite und leistungs- bzw. vergütungsrechtliche Vorschriften zur Finanzierung der stationären Langzeitpflege auf der anderen Seite in Einklang zu bringen. Grenzlinien bilden dabei die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die betriebswirtschaftliche Kalkulation der einzelnen Einrichtungen und die geforderten fachwissenschaftlichen Standards. Alle Beteiligten sind sich inzwischen weitgehend fachlich darüber einig, dass alle Verfahren zur Personalbemessung ihren Ausgangspunkt im individuellen Zustand der Heimbewohner nehmen müssen. »Sie sollen insbesondere

- den individuellen Hilfebedarf des Bewohners abbilden,
- Qualitätskriterien definieren, aus denen sich der Arbeitsaufwand ableitet,
- den gesamten erforderlichen Arbeitsaufwand einschätzen,
- Daten zu Durchschnittszeiten und Personalqualifikationen integrieren,
- Art und Umfang der indirekt bewohnerbezogenen Arbeiten einschätzen sowie
- Besonderheiten der Einrichtungen berücksichtigen können (Pflegeorganisation, Betreuungskonzepte etc.).«³⁹

»Nach geltendem Recht werden zur Personalbemessung Personalanzahlzahlen bzw. Personalrichtwerte gemäß § 75 SGB XI zugrunde gelegt. In den Rahmenverträgen zwischen Leistungsanbietern und Kostenträgern sollen länderspezifische Verfahren zur Personalbedarfsermittlung definiert werden. Für zugelassene Pflegeeinrichtungen gelten unmittelbar die Festsetzungen in den landesweit abzuschließenden Rahmenverträgen der Pflegekassen mit den Leistungserbringern und Sozialhilfeträgern. Die wesentlichen Bestimmungen lauten dabei: Die Rahmenverträge legen Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftli-

³⁹ Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin, S. 91

13 Organisationsstruktur in Einrichtungen der Altenpflege

Die Umsetzung des Pflegemodells, des Einrichtungsleitbilds und der Konzeption, einschließlich der festgelegten Standards und Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung, sind bisher in vielen Einrichtungen nur teilweise erfolgt, weil die internen Strukturen (Aufbauorganisation/Organisationsstruktur) nicht entsprechend darauf abgestimmt sind.

Die Rahmenbedingungen, die von der Pflegeversicherung vorgegeben werden, erfordern klare Abgrenzungen und eine klare Übersicht über die bestehenden Strukturen als Basis der Qualitätsentwicklung und -sicherung. Wo fängt z. B. die Aufgabe der Pflege an und wo hört sie auf? Ist die soziale Betreuung in den Pflegebereich integriert oder ein eigenständiger Bereich? Wie sieht die Abgrenzung zum Arzt aus? Was gehört zu den Aufgaben der Hauswirtschaft?



Info

Das Pflegesystem ist die Grundlage für die Gestaltung pflegerischer Arbeitsabläufe. Es leitet sich vom Pflegemodell ab und ist Bestandteil des Pflegekonzeptes.

14 Festlegung der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten durch Stellenbeschreibungen

Das Arbeitsverhältnis wird durch verschiedene Gesetze und Vorschriften geregelt. Nach dem Betriebsverfassungsgesetz (§ 81 Abs. 1) besteht für Arbeitgeber die Verpflichtung, »Mitarbeitende über ihre Aufgaben und Verantwortung sowie über die Art ihrer Tätigkeit und ihre Einordnung in den Ablauf des Betriebes zu unterrichten«.

Zur Umsetzung der Richtlinie der Europäischen Gemeinschaften vom 14. 10. 1991 über die Pflichten des Arbeitgebers zur Unterrichtung der Arbeitnehmer über die für den Arbeitsvertrag oder das Arbeitsverhältnis geltenden Arbeitsbedingungen ist das Gesetz über den Nachweis der für ein Arbeitsverhältnis geltenden wesentlichen Bestimmungen – Nachweisgesetz (NachwG) am 28. 07. 1995 in Kraft getreten.

Nach § 2 Abs. 1 NachwG ist der Arbeitgeber verpflichtet, den Arbeitnehmern spätestens einen Monat nach dem vereinbarten Beginn des Arbeitsverhältnisses eine Niederschrift über die wesentlichen Vertragsbedingungen auszuhändigen. Insbesondere sind Art und Umfang der Tätigkeit zu beschreiben. Dazu eignen sich besonders Stellenbeschreibungen. Sie legen Aufgaben und Verantwortungsbereiche fest, nützen nicht nur bei einer effizienten Organisation, sondern helfen auch bei der Erfüllung von Qualitätsanforderungen (z. B. nach § 113 SGB XI), Vermeidung haftungsrechtlicher Probleme, der Umsetzung des Einrichtungsleitbilds und -konzepts in die Praxis.

Definition

Stelle

Eine Stelle ist die kleinste Organisationseinheit in einer Einrichtung. Stellenbeschreibungen ermöglichen den Mitarbeitenden einen Überblick über die eigenen Aufgaben und die Aufgaben der anderen Mitarbeitenden und geben so Handlungssicherheit. Die in Stellenbeschreibungen beschriebenen Aufgaben sind die Grundlage für die Beurteilung der Mitarbeitenden.

Teil 2:

Prozessqualität – Wichtige Kern-
prozesse in der Ablauforganisation



15 Organisation eines Wohn- bzw. Arbeitsbereichs in der stationären Altenpflege

Bausteine eines optimalen Milieus im Wohnbereich sind nach Tom Kitwood Architektur, Grundhaltungen/Leitbilder und Organisation. Bewohner erleben Geborgenheit und Normalität, auch bei Pflegebedürftigkeit, wenn die Architektur wohnlich und überschaubar ist, Lebensqualität mehr als nur Pflegequalität bedeutet, zentrale Versorgungsstrukturen abgebaut und damit eine Auflösung der »Anstaltsstrukturen« realisiert wird, mindestens ein Mitarbeiter für die Bewohner und An-/Zugehörigen anwesend (präsent) und ansprechbar ist.

Die Aktivitäten orientieren sich mehr an den Gewohnheiten eines »normalen« Haushaltes, d. h. Pflege dominiert nicht mehr, sondern tritt mehr in den Hintergrund. Schließlich gehen ja die meisten Pflegemodelle davon aus, die Stärken und Fähigkeiten der Bewohner stärker in den Blick zu nehmen und überwiegend Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten. Normalität bedeutet in diesem Zusammenhang: Der Schwerpunkt liegt auf unterstützenden Maßnahmen zur selbstständigen Lebensgestaltung und alle Aktivitäten orientieren sich vorrangig an der Lebenswelt und den Bedürfnissen der Bewohner, wie es z. B. das System der fördernden Prozesspflege (nach Krohwinkel) vorsieht.

Sinnhafte und sinnstiftende Tätigkeiten und Aktivitäten (keine künstlichen Beschäftigungsangebote), die in einem »normalen« Haushalt anfallen, strukturieren den Tagesablauf. Dafür werden Mitarbeitende benötigt, die für die Bewohner präsent sind. Eine weit gehende Ausrichtung und Anpassung der Organisation an Pflegemodell, Leitbild und Ziele der Pflegeeinrichtung sind notwendig. Es ist wichtig, Aufgaben- und Kompetenzbereiche zu definieren und die Nahtstellen zu allen in der Einrichtung tätigen Mitarbeitenden und Bereichen zu klären (dazu gehören auch ehrenamtliche Helfer).

16 Planung, Dokumentation und Evaluation des Betreuungs- und Pflegeprozesses

»Qualität ist der Grad der Übereinstimmung zwischen den Zielen des Gesundheitswesens und der wirklich geleisteten Pflege und der zuvor dafür formulierten Standards und Kriterien«.

Avedis Donabedian

Der amerikanische Wissenschaftler Avedis Donabedian (1919–2000) veröffentlichte erstmals 1996 seine Ideen zur Umsetzung von Qualität in der Sozialen Arbeit. Er differenzierte Qualität in drei Kategorien, die sich heute in fast allen QM-Systemen und auch in den Qualitätsgrundsätzen nach SGB XI wieder finden:

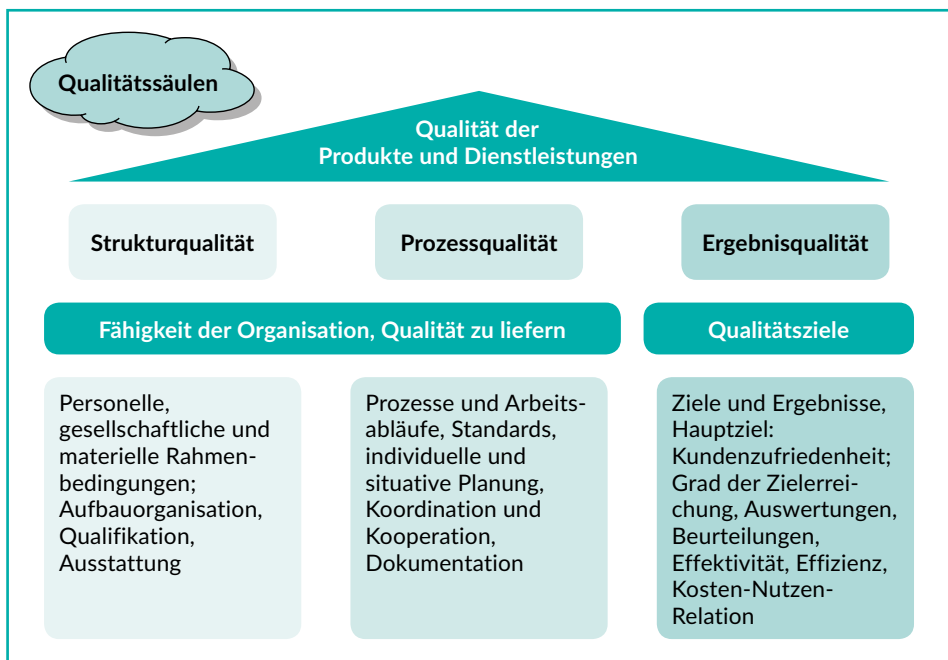


Abb. 24: Die Säulen der Qualität.

17 Bewohnerbezogene Risiken und Gefahren in der Betreuung und Pflege

Welche bewohnerbezogenen Risiken und Gefahren müssen in den Blick genommen werden? Dekubitusgefahr, Sturzgefahr, Kontrakturgefahr, mangelnde Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Kachexie, Adipositas, Aspirationsgefahr, Obstipationsgefahr, Verweigerung von Medikamentenversorgung/Behandlungspflegemaßnahmen, Weg- und Hinlaufgefahr, Eigengefährdung/Verkennen gefährlicher Situationen, Aggressives/Unangemessenes Verhalten, mangelnde Einsichtsfähigkeit, Unfähigkeit Bedürfnisse zu erkennen/auszudrücken, starke Gedächtnis- und Orientierungsstörungen mit Auswirkungen auf ABEDL[®], Störung Tag-/Nachtrhythmus, Unfähigkeit den Tagesablauf zu planen usw.⁶⁶

Wichtig

Häufige Risiken und Gefahren

Folgende Situationen, Anwendungen und Sachverhalte liegen im Zusammenhang mit Risiken und Gefahren häufig vor: sedierende Medikamente, freiheitsentziehende Maßnahmen, Harn- und/oder Stuhlinkontinenz, Magensonde/PEG, Hilfen bei der Nahrungsaufnahme, Katheter, Inkontinenzversorgung, Hilfe bei Toilettengängen, Hilfe durch zwei Mitarbeitende notwendig, bestehender Dekubitus, bestehende Kontrakturen, Bettlägerigkeit, Gehhilfe oder Rollstuhl erforderlich, Wunden und Verletzungen usw.*

* Vgl. Kämmer K. (2004): Prost Mahlzeit. In: Beilage PDL, Altenpflege 3/2004. Vincentz, Hannover.

⁶⁶ Vgl. Kämmer K (2004): Prost Mahlzeit. In: Beilage PDL, Altenpflege 3/2004. Vincentz, Hannover.

18 Standards in der Altenpflege

Standards sind Dienst-/Verfahrensleitungen bzw. schriftliche Anordnungen und gelten in der Regel nur intern. Sie dienen als Orientierungshilfen, die die Eigenverantwortung und Organisationsverantwortung konkretisieren. Standards sind von den Mitarbeitenden verbindlich anzuwenden. Sie sind Hilfsmittel für die Praxis und von zentraler Bedeutung. Standards sind klare Regeln für die Leistungserbringung. Diese gelten für alle an der Leistungserbringung beteiligten Mitarbeitenden. So wie jedes Spiel ein bestimmtes Ziel und feste Regeln hat, gilt dies auch für die Leistungserbringung in den Einrichtungen der Altenhilfe. »Jeder, der mitspielen will, muss die Regeln kennen. Wer sie nicht beherrscht, kann nicht mitspielen. Das ist, wenn wir in der Sprache des Managements sprechen, der zentrale Strukturstandard aller Spiele.«⁷¹

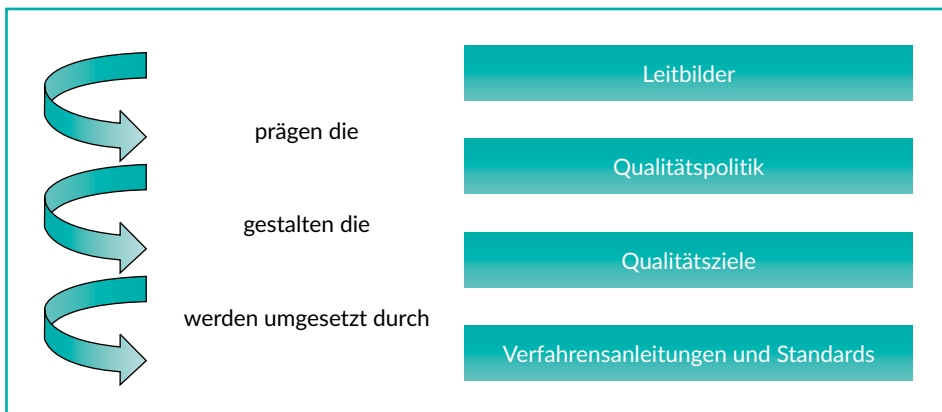


Abb. 30: Verfahrensleitungen bzw. Standards dienen der Umsetzung von Leitbild, Qualitätspolitik und Qualitätszielen.

⁷¹ Vgl. Koch (2004). Die Regeln des Spiels. In: Zeitschrift Altenpflege 5/2004, Vincentz, Hannover, S. 42

19 Expertenstandards

Die Deutschen Expertenstandards werden durch Experten aus verschiedenen Disziplinen der Wissenschaft und Pflegepraxis für besonders häufig auftretende Risiken in der Pflege im Rahmen der Versorgung von Menschen mit eben diesen Risiken erarbeitet. Sie gelten national, basieren auf wissenschaftlich überprüfter Wirksamkeit (evidenzbasiert) und sollen Qualität von Leistungen definieren (vgl. www.dnqp.de).

Definition Expertenstandards

Expertenstandards sind Qualitätsinstrumente, mit deren Hilfe die Qualität der Leistung definiert und deren Wirksamkeit wissenschaftlich überprüft ist (evidenzbasiert), zu besonders häufig auftretenden Pflegeproblemen. Im Rahmen der Qualitätssicherung in der Pflege tragen Expertenstandards zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei.

Mit dem Mitte 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz hat der Gesetzgeber die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards den Vertragsparteien auf der Bundesebene (Vertragsparteien nach § 113 SGB XI: Der GKV-Spitzenverband, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene), also den Vertretern von Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen, mit dem Ziel der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege übertragen. Die Expertenstandards führen den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zusammen und leiten daraus strukturierte Handlungsvorgaben einschließlich der möglichen Handlungsspielräume und -alternativen ab. Sie berücksichtigen sowohl pflegewissenschaftliche Erkenntnisse als auch pflegepraktische Erfahrungen gleichermaßen und definieren Ziele und Maßnahmen bei relevanten Themenbereichen der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung.

20 Kommunikations- und Informationsprozesse

Da die Leistungserbringung in der Pflege arbeitsteilig erfolgt, sind alle Beteiligten in hohem Maße auf Kommunikation und Information angewiesen. Aus arbeitsorganisatorischer Sicht sind im Rahmen von Kommunikation und Information in der täglichen Arbeit insbesondere die Dokumentation des Pflegeprozesses und die Maßnahmenplanung (individuelle Hilfeplanung), die Dienstübergabe, die Dienstbesprechung, die Fallbesprechung und auch die Kommunikation mit externen Stellen (z. B. Arzt) von Bedeutung.

Kommunikation ist für die Pflegenden eine Notwendigkeit, um gut pflegen zu können und findet in vielen Zusammenhängen statt, z. B. zwischen den Pflegenden, zwischen Pflegenden und Bewohner, zwischen Pflegenden und An-/Zugehörigen und zwischen Pflegenden und Ärzten/externen Leistungserbringern. Kommunikation muss sichergestellt werden und funktionieren. Es ist wichtig, dass die übermittelten Informationen vom Empfänger so verstanden werden, wie sie der Sender gemeint hat.

Im Rahmen von Kommunikation wird also eine Information von einem »Sender« an einen »Empfänger« übermittelt. Kommunikation ist deshalb oft schwierig, weil die gesendete und die empfangene Botschaft nicht übereinstimmen. Das »Vier-Seiten (Ohren)-Modell der Kommunikation«⁸⁹ unterscheidet vier Kommunikationsebenen:

1. Ebene: Sachinhalt (Sachebene)
2. Ebene: Selbstoffenbarung (Selbstkundgabe)
3. Ebene: Beziehung (Beziehungsseiten)
4. Ebene: Appell (Appellseite)

⁸⁹ Vgl. Schulz von Thun F (2019): Miteinander reden 1. Rowohlt, Reinbek.

21 Dienst- und Personaleinsatzplanung



Info

Das scheinbar unlösbare Dilemma: Der Dienstplan ist ein Plan mit einem kurzen Zeit-Wert!

Die betreuten hilfe- und pflegebedürftigen Personen, die ins Krankenhaus gehen, sind nicht planbar und Mitarbeitende, die sich arbeitsunfähig melden, sind auch nicht planbar. Warum sollen wir also überhaupt einen Plan erstellen?

Der Dienstplan ist ein Teil der vom Pflegemanagement zu leistenden betrieblichen Organisationsarbeit. Er ist ein Muss (Pflicht) und keine Kür.

Die Notwendigkeit der Festlegung der Arbeitszeiten im Dienstplan, in denen der Arbeitnehmer seine Arbeitsleistung zu erbringen hat, ergibt sich aus den gesetzlichen und tarifvertraglichen Arbeitszeitbestimmungen und aus der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers. Eine regelmäßig unvorhersehbare Arbeitszeit oder willkürliche Regelungen sind unzulässig. Dienst- und Personaleinsatzpläne sind Führungs- und Planungsinstrumente: Welcher Mitarbeiter soll wann welche Leistung, mit welcher Zeitvorgabe, bei welchem Patienten/Bewohner durchführen?

Der in der Altenpflege notwendige und sinnvolle Personaleinsatz für den Pflege-, Betreuungs- und Arbeitsaufwand wird im Einsatz- bzw. Dienstplan, unter Berücksichtigung arbeitsorganisatorischer und rechtlicher Aspekte, dargestellt. Ebenso müssen die Wünsche und Bedürfnisse der betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen einerseits und die Wünsche und Forderungen der Mitarbeitenden andererseits so weit wie möglich in die Planung einbezogen werden.

22 Mitarbeiterführung

Mitarbeiterführung ist zunehmend für den Erfolg eines Unternehmens, insbesondere auch im sozialen Dienstleistungsbereich, von Bedeutung. Da in Einrichtungen der Altenhilfe die Mitarbeitenden der entscheidende Faktor bei der Erbringung der Dienstleistungen sind, ist Mitarbeiterführung jeden Tag wichtig und nicht eine Aufgabe, die besonders dann ansteht, wenn es uns gut geht bzw. wenn Zeit dafür bleibt. In vielen Regionen der Bundesrepublik kommt es bereits heute zu einem Wettlauf um PFM. Führung und Betriebsklima im Unternehmen werden zunehmend zu wesentlichen Faktoren bei der Entscheidung für oder gegen eine Mitarbeit im Unternehmen. Für die Einrichtungen ist der Faktor »Mensch« im Tagesgeschäft dominierend und (mit) entscheidend für den Erfolg.

Grundlagen guter Führung

- Mitarbeitende sind zu beteiligen und Aufgaben (mit den notwendigen Kompetenzen) zu delegieren, ohne die Führungsverantwortung abzugeben. Mitarbeitende zu erfolgreichem Handeln zu führen, heißt, ihnen die Durchführung der Aufgabe zu überlassen, ihnen zu vertrauen und ihnen Wertschätzung zuteilwerden zu lassen. Aufgaben zu delegieren erfordert manchmal Mut, bedeutet für die Leitungspersonen Zurückhaltung zu üben und die richtige Aufgabe an den richtigen Mitarbeiter abzugeben. Leitungspersonen sind oft überrascht vom Erfolg dieser Vorgehensweise und der damit auch selbst erfahrenen Entlastung.
- Eine weitere wichtige Voraussetzung für gutes Führungsverhalten ist die Fähigkeit zu klarer und glaubwürdiger Kommunikation. Wichtige Dinge müssen immer wieder benannt, erklärt und nachvollziehbar begründet werden.
- Offenheit, Aufrichtigkeit, Berechenbarkeit und Glaubwürdigkeit sind weitere Grundlagen für eine gute Mitarbeiterführung.
- Die eigenen Emotionen steuern, damit nicht die Mitarbeitenden zum »Spielball« von Stimmungen, Launen und Gefühlen werden.
- Liebe und Strenge. Wenn zur Liebe auch Strenge hinzukommt, entsteht eine natürliche Autorität der Leitungspersonen und Achtung auf Seiten der Mitarbeitenden.

23 Mitarbeitergespräche

Regelmäßige Mitarbeitergespräche gehören zu den Aufgaben der Leitungspersonen, die bisher oft nicht wahrgenommen werden. Sie sind wichtige Maßnahmen im Rahmen der Qualitätssicherung und haben fördernden und kontrollierenden Charakter. Werden Mitarbeitergespräche noch nicht regelmäßig und systematisch in der Pflegeeinrichtung durchgeführt, müssen diese behutsam für die gesamte Einrichtung, unter Beteiligung der Mitarbeitervertretung (Betriebsrat), eingeführt werden. Es ist wichtig, Informationen über Hintergründe und Ziele zu geben und über mögliche Ängste und Zweifel zu reden.

In der Praxis der Mitarbeiterführung gibt es unterschiedliche Anlässe für Mitarbeitergespräche:

- **Fehlzeitengespräch:** Ergeben sich bei Mitarbeitenden häufiger Fehlzeiten, besonders mit einer auffälligen Häufung am Wochenende, an Feiertagen, in den Schulferien (im Urlaub) oder immer wieder kurzfristige Erkrankungen bis maximal drei Tage, kann es sinnvoll sein, mit dem betreffenden Mitarbeiter nach Wiederaufnahme des Dienstes ein Fehlzeitengespräch zu führen. Im Gespräch werden dem Mitarbeiter insbesondere die Auswirkungen seiner Fehlzeit für die Bewohner, Mitarbeitenden und den Träger aufgezeigt. Bei systematischen und formalisierten Befragungen der Mitarbeiter nach den Ursachen der Fehlzeiten ist die Zustimmung des Betriebsrates/der MAV erforderlich.
- **Rückkehrgespräch:** Während das Fehlzeitengespräch eher einen kontrollierenden oder disziplinierenden Charakter hat, dient das Rückkehrgespräch dazu, den Mitarbeiter nach seiner Rückkehr zu informieren, mit ihm über die Ursachen seiner krankheitsbedingten Abwesenheit zu sprechen und mögliche Gegenmaßnahmen einzuleiten. Damit wird dem Mitarbeiter signalisiert, dass man sich um ihn kümmert, dass er gebraucht und geachtet wird.
- **Abmahnungsgespräch:** Liegt ein Fehlverhalten von Mitarbeitenden vor, insbesondere im leistungsmäßigen oder persönlichen Bereich, ist es notwendig, ein Abmahnungsgespräch zu führen, um damit deutlich zu machen, dass dieses Fehlverhalten zukünftig nicht weiter hingenommen wird und ggf. zu arbeitsrechtli-

Fazit **Mitarbeitergespräche**

- Mitarbeitergespräche zu führen, gehört zu den wichtigen Aufgaben der Leitungspersonen.
- Es gibt unterschiedliche Anlässe für Mitarbeitergespräche: z. B. häufige Fehlzeiten, Rückkehr aus längerem Urlaub oder Krankenstand, Mängel im Verhalten und der Leistung des Mitarbeiters, Beurteilungen und Mitarbeiterentwicklung.
- Leitungspersonen betrachten ihre Mitarbeitenden als Kunden, für die sie eine individuelle Dienstleistung erbringen.
- Mitarbeiter werden von den Leitungspersonen beraten, begleitet und gefördert.
- Mitarbeiter-Entwicklungsgespräche dienen nicht der Beurteilung, sondern der Entwicklung! Sie beschäftigen sich mit Rückmeldung und Feedback, aber auch mit der Vorausschau und Perspektivenentwicklung (Zielvereinbarung).
- Mitarbeiter-Entwicklungsgespräche werden einmal jährlich von der Leitungsperson mit ihren direkt unterstellten Mitarbeitenden geführt.
- Ein Vorbereitungsbogen kann helfen, die Mitarbeiter-Entwicklungsgespräche vorzubereiten und zu strukturieren.

25 Praktische Ausbildung von Pflegefachfrauen/-männern in Einrichtungen der Altenhilfe



Pflegeberufegesetz (PflBG)

§ 5 Ausbildungsziel: »Die Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann vermittelt die für die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen einschließlich der zugrunde liegenden methodischen, sozialen und kommunikativen Kompetenzen (...) Lebenslanges Lernen wird dabei als ein Prozess der eigenen beruflichen Biographie verstanden und die fortlaufende persönliche und fachliche Weiterentwicklung als notwendig anerkannt.«*

* Gesetz über die Pflegeberufe (PflBG) vom 17. 07. 2017

Auszubildende können im Rahmen der praktischen Ausbildung in den 3 Ausbildungsjahren maximal 1.380 Stunden beim Anstellungsträger eingesetzt werden.

Die Verantwortung für die praktische Ausbildung und Praxisanleitung liegt beim Anstellungsträger. Hierfür müssen Praxisanleiter zu Verfügung stehen. Praxisanleiter müssen eine 300 Stunden umfassende Weiterbildung absolviert haben und sich jährlich 24 Stunden berufspädagogisch fortbilden. Jeweils 10 Prozent jedes Einsatzes der Ausbildungszeit sind geplant und strukturiert als Praxisanleitung zu gewährleisten (z. B. durch entsprechende Dienstplanung, Gruppenanleitungen etc.). Die Praxisanleitungzeiten müssen dokumentiert werden.

Jeder Auszubildende durchläuft alle Versorgungsbereiche, deshalb ergeben sich häufige Wechsel der Lernenden. Es bedarf eines Ausbildungsplans und einer strukturierten Einarbeitung, um den Lernenden in kurzer Zeit beizubringen, was nötig ist. Die generalistischen Auszubildenden kommen von verschiedenen Trägern aus allen Versorgungsbereichen, verfügen in der Regel über ein breites Grundwissen, weniger

26 Heimeinzug

Wichtig

Phasen des Heimeinzugs

- Phase 1: Vorbereitung des Heimeinzugs
- Phase 2: Tag des Heimeinzugs
- Phase 3: Eingewöhnungsphase
- Phase 4: Auswertung der Eingewöhnungsphase/Integrationsgespräch

Warum ziehen (hoch-)Betagte Menschen in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung? In der Regel ist es nicht der Wunsch dieser Menschen, den letzten Lebensabschnitt nicht in der eigenen Wohnung zu verbringen. Häufig sind körperliche Einbußen (z. B. Mobilitätseinschränkungen) oder gerontopsychiatrische Erkrankungen der Grund dafür, dass die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr möglich ist.

Das Leben in einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung ist eine nicht mehr wegzu-denkende Realität in unserer Gesellschaft. Laut Pflegestatistik des statistischen Bundesamtes waren 2017¹⁰⁵ 3,4 Millionen Menschen in Deutschland als pflegebedürftig eingestuft, davon wurden 818.000 (24 Prozent) in 14.500 stationären und teilstationären Pflegeheimen von 764.600 Beschäftigten versorgt.

Erfahrungswerte in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen zeigen, dass das durchschnittliche Heimeintrittsalter bei über 86 Jahren liegt, während die Verweildauer (Lebensdauer) nach dem Heimeinzug immer kürzer wird. Etwa 22 Prozent der Bewohner versterben in den ersten sechs Monaten im Heim.

Stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen haben nicht immer einen guten Ruf. Das belastet die Menschen, die auf eine Versorgung in einer stationären Einrichtung angewiesen sind und führt nicht selten zu Sorgen, Nöten und Ängsten. Zu diesem

¹⁰⁵ Statistisches Bundesamt (2019): »Pflegestatistik 2017; Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung; Deutschlandergebnisse«, S. 16

27 Umgang mit Arzneimitteln

Um Effektivität und Effizienz der Arzneimittelversorgung in der stationären Pflege zu erreichen, müssen häufig die Abläufe im Bereich des Rezeptmanagements und des Stellens verbessert werden. Häufig ist die Ausgangslage in Pflegeeinrichtungen gekennzeichnet durch

- einen hohen Einsatz von Arbeitszeit der PFM,
- Störanfälligkeit bei Personalausfällen,
- Versorgungsunterbrechungen (die Tätigkeiten müssen häufig unterbrochen werden um andere Aufgaben auszuführen),
- kürzere Verweildauern der Bewohner,
- komplexere Arzneimittelversorgung,
- Akut-Situationen durch kürzere Krankenhausaufenthalte,
- weniger Betreuungszeiten durch Hausärzte,
- Einsatz von Generika,
- zunehmend differenzierte Einnahmezeitpunkte,
- ...

Wichtig

Mögliche Fehlerquellen

- Verordnungsfehler, insbesondere Dosierungsfehler der Ärzte,
- Übertragungsfehler in der Dokumentation,
- Fehler beim Stellen (kein 4-Augen-Prinzip),
- Teilung von Arzneiformen,
- Fehler bei den Einnahmezeiten,
- Organisationsdefizite,
- unzumutbare Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter beim Stellen.

Teil 3:

Ergebnisqualität – Qualität,
Zielerreichung und Zufriedenheit

28 Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Altenhilfe

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

Eine Pflegeeinrichtung muss ihre Qualität bewusst managen, damit für die betreuten Menschen z. B. keine gefährliche Pflege entsteht. Bei stationären Pflegeeinrichtungen muss sich die Qualitätsentwicklung und -sicherung auf die allgemeinen Pflegeleistungen, die Mitarbeit bei medizinischer Diagnostik und Therapie, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und auf die Zusatzleistungen beziehen (vgl. § 112 SGB XI).

In der Praxis werden vermehrt umfassende Managementsysteme eingeführt, die die verschiedenen vorhandenen Managementsysteme integrieren (z. B. Umwelt-, Qualitäts-, Risiko-, Pflege-, Arbeitsschutz- und betriebliches Gesundheitsmanagement usw.). Qualitätsmanagement muss zu einem Bestandteil des Gesamtmanagementsystems der Pflegeeinrichtung werden. Basis für das Qualitätsmanagement muss ein risikobasierter Ansatz sein. Risiken sollen analysiert werden, um ein angemessenes Qualitätsmanagement (Risiko- und Chancenmanagement) zu planen. So soll sichergestellt werden, dass das QM der Pflegeeinrichtung insgesamt als Werkzeug der Vorbeugung dient.

»Qualitätsmanagement und Risikomanagement in Einrichtungen der Altenpflege verfolgen das Ziel, dem hilfe- und pflegebedürftigen Menschen eine bestmögliche, risikoarme und qualitätvolle Pflege zukommen zu lassen – in Form beherrschter, qualitätsfähiger und kennzahlengestützter Prozesse.«¹¹⁷

Risikomanagement verfolgt systematisch das Ziel, potenzielle Fehler und/oder Risiken zu erkennen, zu analysieren, zu verhindern oder ihre Folgen zu begrenzen. Die

¹¹⁷ Saßen S et al. 2007, S. 242

29 Qualitätszirkel

Nicht alles, was sich Qualitätszirkel (QZ) nennt, ist auch im Sinne der Qualitätszirkelmethode ein QZ. So gibt es in Einrichtungen der Altenhilfe neben möglichen QZ u. a. Projekt-, Standard- und Arbeitsgruppen. QZ eignen sich insbesondere dazu, die Erfahrungen und Kenntnisse der Mitarbeiter von der Basis in den Prozess der Qualitätssicherung und -entwicklung aufzunehmen. Mitarbeiter wirken in QZ als Experten in eigener Sache mit, aus Betroffenen werden Beteiligte. Neben der Entwicklung des Arbeitsfeldes unterstützen QZ die fachliche und persönliche Entwicklung der Mitarbeiter, sie sind damit auch eine Form der Personalentwicklung.

Eine gut arbeitende Gruppe kann bessere Ergebnisse erzielen als der Einzelne. In diesem Sinne kann man QZ verstehen als Gruppenarbeit zur Förderung der Qualität und Qualifikation. QZ sind sowohl gestaltendes Element als auch Instrument zur Umsetzung der Qualitäts-Politik.

Definition **Der Qualitätszirkel**

Ein QZ ist eine Gruppe von ca. sechs bis zehn Mitarbeitern, die in ihrem Arbeitsbereich zusammenarbeiten und sich in einem abgegrenzten Zeitraum regelmäßig treffen, um ein bestimmtes Problem aus der Praxis in systematischer Weise zu analysieren und zu lösen. Die Teilnahme erfolgt auf freiwilliger Grundlage.*

* Vgl. Neizjen T & Trompetter M (1993). Kwaliteitszorg in dienstverlenende organisaties. Kluwer

Ein QZ ist also eine kleine Gruppe von Mitarbeitern, die ein Thema behandeln, mit dem sie während ihrer Arbeit zu tun haben. Es kann um einen Problempunkt bei der Arbeit gehen, es kann sich jedoch auch um ein Thema handeln, das man weiter vertiefen möchte. Der QZ arbeitet methodisch. Der Lösung eines Problems geht eine systematische Analyse der bestehenden Situation voraus. Der Zirkel löst sich nach Erledigung der gestellten Aufgabe auf. Die Teilnahme ist freiwillig, jedoch nicht unverbindlich!

30 Visiten

Im Rahmen der internen Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung sind Visiten ein geeignetes Instrument. Visiten können in der Praxis u. a. bei der Beantwortung der folgenden Fragen helfen:

- Wurden die angestrebten Ziele, die geforderte Qualität erreicht?
- Sind die Kunden und die Mitarbeiter zufrieden?
- Wie ist die Ergebnisqualität?

»Einrichtungsinterne Prozesse sind zu überdenken, ggf. neu auszurichten und festzuschreiben. Die Implementierung eines Qualitätsmanagements und die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen, wie Qualitätszirkelarbeit zur kontinuierlichen Verbesserung aller Prozesse, das Erarbeiten von Stellenbeschreibungen und Standards und die Durchführung von Pflegevisiten und Fallbesprechungen, sind unerlässlich.«¹²⁰ Zum Überprüfungsintervall oder dem Umfang der Visiten wird in der QPR keine Aussage gemacht.

Die Qualitätsprüfungen des MDK/PKV-Prüfdienstes und der zuständigen Behörde (Heimaufsicht) kann man als umfassende Visite, im Qualitätsmanagement würde man von Audit sprechen, bezeichnen (externe Qualitätssicherung). Im Rahmen der alltäglichen internen Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Praxis der Pflegeeinrichtungen wäre ein solcher Aufwand nicht zu leisten.

¹²⁰ Vgl. MDS e.V. (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Essen.

31 Fehler-, Risiko- und Verbesserungsmanagement

31.1 Fehlermanagement

Definition Fehler

Ein Fehler ist ein nicht beabsichtigtes, oft auch nicht erwartetes unerwünschtes Ereignis einer bewusst oder unbewusst ausgeführten oder auch unterlassenen Maßnahme.

Fehlermanagement ist ein wichtiger Bestandteil des Risikomanagements. Damit Risiken minimiert und beherrscht werden können, müssen Sie sich der Fehler und Fehlerarten bewusst sein.

Jeder Fehler sollte unverzüglich, d. h. zeitnah und mit dem Ziel der zukünftigen Vermeidung, bearbeitet werden. Die Erfassung und Bearbeitung von Fehlern und Reklamationen erfolgt auf einem standardisierten Formular. Mit jedem Fehler und mit jeder Beschwerde kann für die Einrichtung Verbesserungspotenzial erschlossen werden.

Bewohner, An-/Zugehörige und Betreuer, die in dieser Form ihre Unzufriedenheit äußern, geben der Einrichtung die Gelegenheit einer zweiten Chance. Eine regelmäßige Auswertung der Fehlerberichte (vierteljährlich) kann ggf. Rückschlüsse über eine Häufung von Fehlern in bestimmten Bereichen/Dienstleistungen aufzeigen.

Fehlermanagement umfasst einerseits Maßnahmen, die Fehler reduzieren oder von vornherein vermeiden sollen. Nicht alle Fehler sind aber vermeidbar. Deshalb bedeutet Fehlermanagement auch, auftretende Fehler so zu beherrschen, dass sie so selten wie möglich ernsthafte Konsequenzen nach sich ziehen.

32 Befragungen

Für Einrichtungen der Altenhilfe gewinnt die Beurteilung aus interner und externer Sicht eine zunehmende strategische Bedeutung zur Bestimmung und Verbesserung der eigenen Qualität. Qualität ist, was der Kunde für Qualität hält! Sicher kann jede Einrichtungsleitung oder jeder Mitarbeiter Stärken und Schwächen der eigenen Einrichtung benennen. Ob diese Einschätzung aber auch von den Bewohnern, den An-/Zugehörigen und den Kollegen geteilt wird, ist eine andere Frage.

32.1 Kunden-/Bewohnerbefragung

Die Zufriedenheit Ihrer Bewohner ist das A und O für die Pflegeeinrichtung. Kundenbefragungen sind eine Möglichkeit zur Sicherung der Qualität durch die Einrichtungen der Altenhilfe.



Info

Kundenbefragungen können dazu dienen, die Zufriedenheit der Kunden (Zielgruppe) mit der Dienstleistung, Wünsche und Bedürfnisse, Meinungen zu bestimmten Themen, nach dem Motto: »Ihre Meinung ist uns wichtig« zu ermitteln und zu erfragen.

Kundenbefragungen können Aufschluss darüber geben, wie die Dienstleistungsqualität erlebt wird. Ergebnisse aus Kundenbefragungen geben die Möglichkeit, Leistungen zu verbessern. Gleichzeitig müssen die Ergebnisse auch mit einer gewissen Portion Skepsis betrachtet werden. Kunden/Bewohner können z. B. oft nicht einschätzen, was mit den Ergebnissen der Befragung passiert und welche Auswirkungen die Antworten für sie persönlich haben. Ängste der Kunden/Bewohner können das Ergebnis ebenso beeinflussen wie andere Faktoren und Rahmenbedingungen.

33 Qualitätsprüfung durch den MDK-/PKV-Prüfdienst

In den vorhergehenden Kapiteln wurden konkrete Möglichkeiten der internen Qualitätssicherung in Einrichtungen der Altenhilfe beschrieben. Für diese Maßnahmen sind die Träger selbst verantwortlich. Die Qualitätsprüfung durch den MDK/PKV-Prüfdienst verknüpft Maßnahmen der internen Qualitätssicherung mit Maßnahmen der externen Qualitätssicherung.

Der Gesetzgeber schreibt auch Maßnahmen der externen Qualitätssicherung vor. Hierunter sind u. a. Prüfungen und Beratungen »Dritter« zu verstehen, z. B. Qualitätsprüfungen durch den MDK und den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung (PKV-Prüfdienst), Begehung durch die Heimaufsicht usw. Die Rechtsgrundlagen für die Qualitätsprüfungen des MDK/PKV-Prüfdienst ergeben sich aus § 53a SGB XI, § 114 SGB XI für die Prüfdurchführung und § 115 SGB XI für die Qualitätsdarstellung.

Welche Qualität wird von den Pflegeeinrichtungen erwartet? Die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (§ 113 SGB XI, zuletzt geändert 06. 05. 2019) geben darüber Auskunft.

Externe Qualitätsprüfungen führt der MDK im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen (MDS) und der Prüfdienst der Privaten Krankenkassen (PKV-Prüfdienst) durch. Qualitätsprüfungen werden als Regel-, Anlass- oder Wiederholungsprüfung durchgeführt und sollen sich auf die Ergebnisqualität beziehen. Die Prüfungen durch die Heimaufsicht sollen sich in der Regel auf die »Struktur- und Prozessqualität« beziehen. Im konkreten Fall kann sich die Prüfung aber auch auf den Ablauf, die Durchführung und Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität) erstrecken. Die Pflegeeinrichtungen werden in der Regel einmal jährlich geprüft.

Register

- ABEDL®-Strukturmodell 65
- Ablauforganisation 30
- Abmahnungsgespräch 420
- Altenpflege
 - Rahmenbedingungen 24
- Ambulante Leistungen
 - Finanzierung 159
- Ambulante Pflegedienste
 - Vergütungsregelung 126
- Anleitungssituationen 63
- Anschubfinanzierung
 - ambulant betreute WG 163
- Arbeiten
 - konzeptgeleitetes 89
 - leitbildorientiert 81
 - theoriegeleitetes 47
 - zielorientiertes 40
- Arbeitsorganisation 29, 265
 - Haftungsrechtliche Verantwortung 279
- Arbeitsschutzgesetz 432
- Arbeitszeitgesetz 373
- Arbeitszeitmodelle 390
- Arzneimittel
 - Lagerung 461
 - Stellen 461
 - Umgang mit 456
 - Visite 499, 503
- Arzneimittelversorgung 463
- Assessment 65
- Aufbauorganisation 30
- Aufwendungsausgleichsgesetz 378

- Bedürfnispyramide 55
- Befragungen 526
- Begutachtung
 - Protokoll 192
- Begutachtungsinstrument 178
- Begutachtungs-Richtlinien 178
- Behandlungspflege 20

- Behindertenhilfe 165
- Beratungsprotokoll
 - Schmerzrisiko 335
- Bereichs-/Gruppenpflege 266
- Berichtsblatt 351
- Beschwerdemanagement 521
- Betreuungskräfte 166
- Betreuungs- und Pflegeprozess 282
- Betriebsverfassungsgesetz 376
- Beurteilungsgespräch 421
- Bewohnerbefragung 526
- Beziehungsgestaltung 262
- Bezugsperson
 - pflegerische 22
- Bezugspersonenpflege 267
- Blindengeld 169
- Brutto-Netto-Arbeitszeit 386
- Bundesurlaubsgesetz 376

- Checkliste
 - Heimeinzug 454

- Datenauswertungsstelle 536
- Datenschutz 149
- Delegation
 - ärztlicher Tätigkeiten 364
- Dienstbesprechung 355
- Dienstplan 370
 - Anpassung 384
 - formale Anforderungen 379
 - Grundformen 380
 - Methodik der Erstellung 398
 - Qualitätsmerkmale 382
 - Steuerung 383
 - Ziel und Zweck 372
- Dienstplanmanagement 383, 385
- Dienstplanung 369
 - bruttobasiert 385
 - nettobasiert 387
- Dienstübergabe 352

- Distanzzonen
 - soziale 434
- Dokumentation 347
- Dokumentationsvisite 498

- Einarbeitungsplan 433
- Einlinien-System 207
- Einrichtungseinheitlicher
 - Eigenanteil 172
- Einrichtungsleitbild 84
- Entlastungsbetrag 162
- Ereignisse
 - unerwünschte 514
- Ergebnisqualität 283, 327, 341, 473, 477, 534
- Ergebnisstandards 321
- Ergebnisziele 43
- Evaluation 65
- Expertenstandard
 - Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz 336
- Expertenstandards 323
 - Aufbau und Ziele 327
 - Handlungsebenen 328
 - Implementierung 329
 - Umsetzung 329

- Fachgespräch 543
- Fahrlässigkeit 279
- Fallbesprechungen 359
- Fehlerkultur 509
- Fehlermanagement 504
 - Meldesystem 508
- Fehlzeitengespräch 420
- Finanzierung
 - stationäre Einrichtungen 172
 - (teil-)stationäre Leistungen 163
- FMEA 518
- Führungskonzept 35
- Funktionspflege 266

- Gefährdungsbeurteilungen 517
- Grundsatzziele 43
- Grundsicherung
 - bedarfsorientierte 170
- Gutachter 179
 - Aufgaben 182

- Heimeinzug 447
- Heimgesetz 139
- Hierarchien 35
- Hilfeleistungen
 - primär pflegerische 62
- Hilfe zur Pflege 170
- Hilfsmittel 161
- Höherstufungsantrag 188

- Informationen
 - Umgang mit 36
- Informationssammlung 351
- Interesse
 - primäres pflegerisches 60
- Intervention 65

- Jugendarbeitsschutzgesetz 377

- Kombinationsleistung 160
- Kommunikation 346
- Konzeptentwicklung 90
- Kranken- und Pflegekassen
 - Leistungen 158
- Kunde 22
- Kundenbefragung 527
- Kunden-Lieferanten-Verhältnis 23
- Kundenorientierung 33
 - interne 34
- Kurzzeitpflege 165

- Lean Management 31
- Leistungsbeschreibung 91
- Leitbild 81
 - Umsetzung 86
- Liniensysteme 206

- Managementhandbuch 91
- Maßnahmenplanung 347, 351
- Maßstäbe und Grundsätze (MuG)
 - stationär 448
- Mehrlinien-System 208
- Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie 20
- Mitarbeiter
 - Anzahl 203
 - Arbeitsverhältnis 211
 - Einarbeitung 431
 - Entwicklungsgespräche 424
 - Jahresarbeitsstunden 201
 - Qualifizierung 36
 - Selbstprüfung 417
- Mitarbeiterbefragung 530
- Mitarbeiterführung 413
- Mitarbeitergespräche 420
- Modell der Aktivitäten des täglichen Lebens 52
- Mutterschutzgesetz 377

- Nachvollziehbarkeit 379
- Nahtstelle
 - Pflege – Hauswirtschaft 274
 - Pflegerische Bezugsperson 270
 - PFM – Pflegeassistent 271
- Netto-Pflege-Stunden 201
- Netto-Pflegezeit 199, 203
- Notfallstandards 321

- Organigramm 206
- Organisation 26
 - Wohn- bzw. Arbeitsbereich 260
- Organisationsbegriff 26
- Organisationshandbuch 91
- Organisationsklima 28

- Organisationsstandard
 - Bewohnerbezogene Visite 501
 - Delegation ärztlicher Tätigkeiten 365
 - Dienstbesprechung 356
 - Dienstplanerstellung 399
 - Dienstübergabe 353
 - Einarbeitung neuer Mitarbeiter 439
 - Ermittlung der Selbstständigkeit 190
 - Fallbesprechung 361
 - Heimeinzug 451
 - Mitarbeiter-Entwicklungsgespräch 426
 - Mitarbeiterführung 415
 - Mitarbeiter-Selbstprüfung 418
 - Personaleinsatzplanung 409
 - Pflegeprozessdokumentation 299
 - Stellenbeschreibungen 213
 - Umgang mit Arzneimitteln 467
 - Urlaubsplanung 405
- Organisationsstandards 320
- Organisationsstruktur
 - Einrichtungen der Altenpflege 204
- Organisationsziele 44

- PDCA-Zyklus 329, 479
- Personalanzahlzahlen 196
- Personalbedarf 198, 409
- Personalbedarfsermittlung 195
- Personalbemessung 195
- Personaleinsatzplanung 369, 407
- Personalschlüssel 196
 - personenorientiert 56
- Person-zentrierte Pflege 77
- Pflege
 - direkte 19
 - indirekte 20
 - vollstationäre 165
- Pflegeassistent 21

- Pflegeaufwand
 - Ermittlung 199
- Pflegebegriff 19
- Pflegeberufegesetz 444
- Pflegeeinrichtung
 - Kosten 122
 - Personalbemessung 128
- Pflegeeinrichtungen
 - Finanzierung 121
 - Zusatzleistung 124
- Pflegeeinstufung 194
- Pflegeschwester/-mann 21
- Pflegeschwesterperson
 - leitende 22
 - verantwortliche 22
- Pflegegeld 159
- Pflegegrad 159
- Pflegegradcontrolling 187
- Pflegegrad-Kennzahl 188
- Pflegegradmanagement 185
- Pflegehilfsmittel 162
- Pflegekurse 162
- Pflegeleistungen 116
- Pflegeleitbild 85
- Pflegemodell 47, 49
- Pflegeorganisation
 - Grundzüge 49
 - Modelle 266
- Pflegeperson
 - Arbeitslosenversicherung 162
 - Rentenversicherung 162
 - soziale Absicherung 162
 - Unfallversicherung 162
- Pflegeprozess 284, 286
 - Phasen 65
- Pflegeprozessmodell 64
- Pflegequalität 127, 283
- Pflegesachleistung 159
- Pflegesatz
 - Kostenbestandteil 175
- Pflegesätze 173
 - Bemessungsgrundsätze 122
- Pflegetheorie 47, 49
- Pflegeversicherung
 - Leistungen 164
- Pflegeversicherungsgesetz 111
- Pflegewohnungsgeldanspruch 167
- Planning 65
- Praktische Ausbildung 444
- Praxisanleitung 445
- Probezeit 439
- Problemlösungsprozess 284
- Profilierung 33
- Projektmanagement 103
- Prozesse
 - arbeitsgruppenspezifische 29
 - Feedback 36
 - organisationspezifische 29
- Prozessqualität 259, 283, 327, 338
- Prozessstandards 320
- Prozessverantwortlicher 483
- Qualitätsaspekte 540
 - Bewertungskategorien 541
- Qualitätsbereiche 540
- Qualitätsbewertung 539
- Qualitätsdarstellung 543
- Qualitätsindikatoren 536, 537
- Qualitätsmanagement 34, 474
 - Aufbauorganisation 481
- Qualitätsprüfung 532, 539
- Qualitätsprüfungen 128
- Qualitätsprüfungs-Richtlinien 449
- Qualitätssicherung 127
- Qualitätsverantwortung 127
- Qualitätszirkel 485
- Qualitätszirkelleiter 482
- Qualitätszirkelmethode 487

- Rahmendienstplan
 - rollierender 387
- Rahmenziele 43
- Risiken und Gefahren
 - bewohnerbezogen 303
- Risiko
 - Dekubitus 312
 - Demenz oder Depression 313
 - Mangelernährung 304
 - Sturz 310
- Risikoeinschätzung 296
- Risikomanagement 512, 515
 - Ziele 515
- Risikomanagementbeauftragte 519
- Risikomanagementsystem 516
- Rückkehrgespräch 420
- Rufbereitschaft 396

- Selbstpflegedefizit-Theorie 51
- Selbstpflegekompetenz 51
- Selbstständigkeit
 - Ermittlung 190
- S.M.A.R.T.-Regel 42
- Soll-Arbeitszeit
 - Ermittlung 389
- Sonn- und Feiertagsarbeit 375
- Sozialhilfe 166
- Stab-Linien-System 208
- Standards 317
 - Aufbau 321
 - Erarbeiten, Einführen und Pflegen 322
- Stand-by-Dienst 397
- Stelle 211

- Stellenbeschreibung
 - Auszubildender in der Altenpflege 233
 - Betreuungsassistent 238
 - Hauswirtschaftlicher Servicemitarbeiter 251
 - Hauswirtschaftsleitung 246
 - Pflegeassistent 230
 - Pflegefachfrau/-mann 225
 - Qualitätsbeauftragter 255
 - Sozialer (therapeutischer) Dienst 242
 - verantwortliche Pflegefachfrau-/mann 216
 - Wohnbereichsleitung 221
- Stellenbeschreibungen 212
- Strukturierte Informationssammlung (SIS®) 295
- Strukturmodell
 - Evaluation 298
 - Individuelle Maßnahmenplanung 297
 - Informationssammlung 287
 - Pflegebericht 298
 - Vier-Phasen-Modell 285
- Strukturqualität 39, 283, 327, 337
- Strukturstandards 320
- System der
 - »Fördernden Prozesspflege« 53

- Tages- und Nachtpflege 164
- Tarif- und Arbeitsverträge 377
- Teams
 - teilautonome 36
- Teilzeit- und Befristungsgesetz 376
- Transparenz 379

- Unterstützung
 - ehrenamtliche 121
- Urlaubsanspruch
 - Ermittlung 404
- Urlaubsplanung 402

- Verbesserungsmanagement 520
- Verbesserungspotenziale 522
- Verfahrensanleitung
 - Expertenstandard Beziehungs-
gestaltung in der Pflege von
Menschen mit Demenz 343
 - Umsetzung Expertenstandard
Schmerzmanagement 331
- Verfahrensanleitungen 317
- Verhinderungspflege 161, 165
- Versorgungsstandard
 - Ernährung 309
- Versorgungsvertrag 115
- Visite
 - bewohnerbezogene 499
- Visiten 495
 - mitarbeiterbezogene 497
 - themenbezogene 497
- Vollständigkeit 379
- Vordruck
 - Ärztliche Anordnung 367
 - Fehlerprotokoll 512
 - Maßnahmvorschlag 493
 - Personaleinsatzplanung 408
 - Überprüfung
Medikamentenschrank 471
- Vorschlagswesen 522
- Wohngruppen
 - ambulant betreute 161
- Wohnumfeld
 - Anpassung 162
- Wohn- und Betreuungs-
vertragsgesetz 145
- Ziele 40
 - Arten 43
 - persönliche 44
- Zielsetzung
 - primär pflegerische 62
- Zielvereinbarung 429
- Zusammenarbeit
 - Regeln 27
- Zusatzleistungen 172, 174

Eine klare Struktur für den Arbeitsalltag



Susanne Vathke

Mitarbeiterführung in der Altenpflege

**Rituale & Strategien
für Ihren Führungsalltag**

120 Seiten, Hardcover
ISBN 978-3-89993-995-8
€ 29,95

Auch als E-Book erhältlich

- Wertschätzung – die Basis erfolgreicher Führungskräfte
- Warum Sie nur 2 x 30 Minuten pro Tag brauchen
- Das Plus: Praxis-Tipps, Checklisten, Leitfäden & Fallbeispiele

**»Gute Führung kostet Zeit –
aber wesentlich weniger als Sie denken!«**

Susanne Vathke

Änderungen vorbehalten.

buecher.schluetersche.de



pflegen-online.de

Gute Qualität verlangt solides Wissen



Jutta König

Was die PDL wissen muss

Die neuen Qualitätsinstrumente
sicher anwenden

8., aktualisierte Auflage
472 Seiten, Hardcover
ISBN 978-3-89993-996-5
€ 39,95

Auch als E-Book erhältlich

- Neu: die indikatoren gestützten Qualitätsprüfungen
- Aktuelles Wissen für Einsteiger und erfahrene Praktiker
- Das kompakte Handbuch für jeden Tag

»DAS Handbuch für die PDL.«

Jutta König

Änderungen vorbehalten.

buecher.schluetersche.de



pflegen-online.de

Effektiv zum Konfliktlöser werden



Christian Loffing | Dina Loffing (Hrsg.)

Konfliktgespräche in der Pflege

So meistern Sie schwierige Situationen
in der Praxis

152 Seiten, Hardcover
ISBN 978-3-89993-322-2
€ 29,95

Auch als E-Book erhältlich

- Orientiert an konkreten Konflikten aus dem Alltag
- Praxisnah geschrieben und direkt umsetzbar
- Fördert die Konfliktkompetenz und die Gesprächskultur

»Wir hoffen, dass Sie Konflikten mit der Hilfe dieses praxisnahen Buches zukünftig eine größere Chance geben können. Auf der Grundlage der Darstellung theoretischer Aspekte werden Ihnen unsere Beispiele helfen, geeignete Lösungen zu entwickeln.«

Dina und Christian Loffing

Änderungen vorbehalten.



Mitarbeiter finden, fördern und halten



Karla Kämmer

Personalentwicklung

**Von wertschätzender Haltung zu
wertschöpfender Entwicklung**

Managementbibliothek
144 Seiten, Softcover
ISBN 978-3-89993-313-0
€ 12,95

Auch als E-Book erhältlich

- Teams zusammenstellen und wertschätzend führen
- Wirtschaftlich erfolgreich dank konsequenter Mitarbeitermotivation
- Soft Skills »Vertrauen« und »Wertschätzung« als Erfolgsfaktoren der Personalentwicklung

Änderungen vorbehalten.

buecher.schluetersche.de



pflegen-online.de