



PFLEGE

Herbert Müller

# Arbeitsorganisation in der Altenpflege

Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und -sicherung

5., aktualisierte Auflage

S

schlütersche


Herbert Müller

# Arbeitsorganisation in der Altenpflege

Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung  
und -sicherung

5., 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, pflegebedürftigen Menschen, ankommt.«*

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

### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

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

ISBN 978-3-89993-337-6 (Print)

ISBN 978-3-8426-8549-9 (PDF)

ISBN 978-3-8426-8550-5 (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 [glcons.de](http://glcons.de)

Titelbild: Jeanette Dietl – [Fotolia.com](http://Fotolia.com)

Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig

Druck und Bindung: Stürtz GmbH, Würzburg

# INHALT

<b>Vorwort zur 5., aktualisierten Auflage</b> .....	<b>14</b>
---	-----------

<b>Einleitung</b> .....	<b>15</b>
-------------------------	-----------

<b>1</b>	<b>Begriffserklärungen</b> .....	<b>17</b>
	1.1 Pflege .....	17
	1.2 Direkte Pflege .....	17
	1.3 Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie .....	17
	1.4 Indirekte Pflege .....	18
	1.5 Qualifikationen und Funktionen von Mitarbeitern in der Pflege	19
	1.6 Der Begriff »Kunde« .....	20

<b>2</b>	<b>Veränderte Rahmenbedingungen in der Altenpflege</b> .....	<b>22</b>
	2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen .....	23
	2.2 Lean Management .....	24
	2.2.1 Kundenorientierung .....	25
	2.2.2 Profilierung .....	26
	2.2.3 Konzentration auf das Wesentliche .....	26
	2.2.4 Qualitätsmanagement .....	26
	2.2.5 Interne Kundenorientierung .....	27
	2.2.6 Flache Hierarchien .....	27
	2.2.7 Neues Führungskonzept .....	27
	2.2.8 Teilautonome Teams .....	28
	2.2.9 Offener Umgang mit Informationen .....	28
	2.2.10 Permanente Qualifizierung .....	29

<b>3</b>	<b>Arbeitsorganisation in der Altenpflege</b> .....	<b>30</b>
	3.1 Was ist Organisation? .....	30
	3.2 Das Organisationsklima – die innere Umwelt .....	32
	3.3 Organisationspezifische Prozesse .....	32
	3.4 Arbeitsgruppenspezifische Prozesse .....	33
	3.5 Warum Arbeitsorganisation? .....	34
	3.6 Aufbau- und Ablauforganisation .....	35

## Teil 1: Strukturqualität – Wichtige Elemente der Aufbauorganisation

<b>4</b>	<b>Zielorientiertes Arbeiten</b> .....	<b>38</b>
	4.1 Arten von Zielen .....	40
	4.1.1 Grundsatzziele .....	40

4.1.2	Rahmenziele .....	41
4.1.3	Ergebnisziele .....	41
4.1.4	Persönliche Ziele und Organisationsziele .....	42
4.2	Ziele in der Pflegeplanung .....	42

**5**

	<b>Theoriegeleitetes Arbeiten .....</b>	<b>44</b>
5.1	Pflegemodelle .....	45
5.1.1	Das »Modell der 14 Grundbedürfnisse« von Virginia Henderson .....	46
5.1.2	Das »Modell der Lebensaktivitäten« nach Nancy Roper .....	47
5.1.3	Das »Modell der Aktivitäten des täglichen Lebens« nach Juchli (1983) .....	48
5.1.4	Das Modell »Selbstpflegedefizit-Theorie« nach Orem .....	49
5.2	Das System der »Fördernden Prozesspflege« nach Krohwinkel ..	49
5.2.1	Rahmenmodell (Interessen, Ziele und Handlungsschwerpunkte von Pflege) .....	55
5.2.2	Pflegeprozessmodell .....	59
5.2.3	ABEDL®-Strukturmodell .....	61
5.2.4	Managementmodell .....	66
5.2.5	Das Qualitätsentwicklungsmodell .....	71

**6**

	<b>Leitbildorientiertes Arbeiten .....</b>	<b>73</b>
6.1	Das Leitbild als grundlegende Orientierung .....	73
6.1.1	Leitbilder-Beispiele aus Einrichtungen und Bereichen der Altenhilfe .....	75
6.2	Umsetzung des Leitbildes .....	76

**7**

	<b>Konzeptgeleitetes Arbeiten .....</b>	<b>80</b>
7.1	Konzeptentwicklung ist Chefsache .....	80
7.2	Management-/Organisationshandbuch .....	81
7.3	Leistungsbeschreibung .....	82
7.3.1	Leistungsbeschreibung Betreuung und Pflege .....	82
7.3.2	Verpflegungs- und Hauswirtschaftsbereich .....	90

**8**

	<b>Gesetzliche Regelungen als Rahmenbedingung für die Arbeit .....</b>	<b>93</b>
8.1	Das Pflegeversicherungsgesetz .....	94
8.1.1	Vertragswerke und Regelungen im Rahmen der Leistungserbringung in der ambulanten und stationären Pflege .....	95
8.1.2	Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI .....	97
8.1.3	Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI .....	98
8.1.4	Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 79 SGB XI) .....	103
8.1.5	Finanzierung der Pflegeeinrichtungen (§ 82 SGB XI) .....	104
8.1.6	Ehrenamtliche Unterstützung (§ 82b SGB XI) .....	104

8.1.7	Bemessungsgrundsätze stationär (§ 84 SGB XI) .....	105
8.1.8	Pflegesatzverfahren (85 SGB XI) .....	107
8.1.9	Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf (87b SGB XI) .....	109
8.1.10	Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI) .....	109
8.1.11	Grundsätze der Vergütungsvereinbarung der ambulanten Pflegeleistungen (§ 89 SGB XI) .....	111
8.1.12	Qualitätssicherung (§§ 112-117 SGB XI) .....	112
8.1.13	Die (große) Pflegereform 2015–2017 .....	115
8.1.14	Pflegezeitgesetz (PflegeZG) .....	118
8.2	Das Heimgesetz (HeimG) und die landesrechtlichen heimgesetzlichen Regelungen .....	120
8.3	Das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) .....	122

## 9

**Finanzierung von Dienstleistungen in Einrichtungen der Altenhilfe 128**

9.1	Finanzierung von Leistungen durch die Kranken- und Pflegekassen .....	128
9.1.1	Finanzierung ambulanter Leistungen .....	128
9.1.2	Finanzierung teilstationärer und stationärer Leistungen .....	131
9.2	Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII) .....	133
9.3	Finanzierung stationärer Einrichtungen .....	141
9.3.1	Pflegeeinstufung und Begutachtungsrichtlinien .....	146
9.3.2	Ermittlung des Pflegebedarfs und Pflegestufencontrolling .....	156
9.3.3	Organisationsstandard: Ermittlung und Einstufung des Pflegebedarfs in der stationären Pflegeeinrichtung .....	162
9.3.4	Protokoll einer Bewohnerbegutachtung .....	165
9.4	Personalbedarfsermittlung am Beispiel stationärer Einrichtungen	166
9.4.1	Ermittlung des notwendigen Pflegeaufwands (Netto-Pflegezeit)	170
9.4.2	Ermittlung der Jahresarbeitsstunden einer Mitarbeiterin für mögliche Netto-Pflege .....	172
9.4.3	Ermittlung der Anzahl der notwendigen Mitarbeiter .....	173

## 10

**Organisationsstruktur in Einrichtungen der Altenpflege ..... 176**

10.1	Organisationsstruktur .....	176
10.1.1	Liniensysteme .....	177
10.1.2	Stab-Linien-System .....	179

## 11

**Festlegung der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten  
durch Stellenbeschreibungen ..... 182**

11.1	Organisationsstandard: Einsatz von Stellenbeschreibungen .....	184
11.2	Stellenbeschreibung Verantwortliche Pflegefachperson (PDL) ...	185



11.2.1	Stellenbeschreibung verantwortliche Pflegefachperson/ Pflegedienstleitung .....	186
11.3	Stellenbeschreibung Wohnbereichsleitung (WBL) .....	191
11.3.1	Stellenbeschreibung Wohnbereichsleitung (WBL) .....	191
11.4	Stellenbeschreibung Pflegefachperson .....	195
11.4.1	Stellenbeschreibung Pflegefachperson .....	195
11.5	Stellenbeschreibung Pflegeassistentin .....	199
11.5.1	Stellenbeschreibung Pflegeassistentin .....	199
11.6	Stellenbeschreibung Auszubildende in der Altenpflege .....	202
11.6.1	Stellenbeschreibung Auszubildende in der Altenpflege (ambulant und stationär) .....	202
11.7	Stellenbeschreibung Betreuungsassistentin (§ 87b SGB XI) .....	207
11.7.1	Stellenbeschreibung Betreuungsassistentin (§ 87b SGB XI) .....	207
11.8	Stellenbeschreibung Sozialer (Therapeutischer) Dienst .....	210
11.8.1	Stellenbeschreibung Sozialer (Therapeutischer) Dienst .....	211
11.9	Stellenbeschreibung Hauswirtschaftsleitung (HWL) .....	215
11.9.1	Stellenbeschreibung Hauswirtschaftsleitung .....	216
11.10	Stellenbeschreibung Hauswirtschaftliche Servicemitarbeiterin im Wohn- und Pflegebereich .....	220
11.10.1	Stellenbeschreibung Hauswirtschaftliche Servicemitarbeiterin im Wohn- und Pflegebereich .....	221
11.11	Stellenbeschreibung Qualitätsbeauftragter .....	223
11.11.1	Stellenbeschreibung Qualitätsbeauftragter .....	224

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

### 12

	<b>Organisation eines Wohn- bzw. Arbeitsbereichs in der stationären Pflege .....</b>	<b>230</b>
12.1	Modelle der Pflegeorganisation .....	235
12.1.1	Funktionspflege .....	235
12.1.2	Bereichs-/Gruppenpflege .....	235
12.1.3	Primary Nursing .....	236
12.1.4	Bezugspersonenpflege .....	237
12.2	Bezugspersonenpflege .....	238
12.3	Nahtstelle »Pflegerische Bezugsperson« .....	241
12.4	Nahtstelle »Pflegefachperson – Pflegeassistentin« .....	242
12.5	Nahtstelle »Pflege – Hauswirtschaft im Wohnbereich« .....	245
12.6	Haftungsrechtliche Verantwortung im Rahmen der Arbeitsorganisation .....	250

<b>13</b>	<b>Konzept zur Planung der Betreuung und Pflege</b> .....	<b>253</b>
	13.1 Die Schritte im Vier-Phasen-Modell des Pflegeprozesses (WHO)	255
	13.1.1 Erster Schritt des Pflegeprozesses: Informationssammlung .....	256
	13.1.2 Zweiter Schritt des Pflegeprozesses: Individuelle Pflege- und Maßnahmenplanung .....	261
	13.1.3 Dritter Schritt des Pflegeprozesses: Pflegebericht – Fokussierung auf Abweichungen .....	261
	13.1.4 Vierter Schritt des Pflegeprozesses: Evaluation .....	262
<b>14</b>	<b>Pflegedokumentation</b> .....	<b>263</b>
	14.1 Organisationsstandard: Pflegeprozessdokumentation .....	267
<b>15</b>	<b>Bewohnerbezogene Risiken und Gefahren in der Betreuung und Pflege</b> .....	<b>272</b>
	15.1 Risiko: Mangelernährung .....	272
	15.1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen .....	273
	15.1.2 Allgemeine Rahmenbedingungen in den Einrichtungen .....	275
	15.1.3 ABEDL® 7: Essen und Trinken .....	277
	15.1.4 Versorgungsstandard Ernährung .....	278
	15.2 Risiko: Sturz .....	280
	15.2.1 Die häufigsten Sturzrisikofaktoren .....	281
	15.2.2 Sturzprophylaxen .....	284
	15.2.3 Mögliche Maßnahmen bei Sturzgefahr .....	285
	15.3 Risiko: Dekubitus .....	286
	15.4 Risiko: Kontraktur .....	289
	15.5 Risiko: Alzheimer-Demenz .....	291
	15.5.1 Kooperation mit dem Arzt .....	292
	15.5.2 Abwägen .....	292
	15.6 Risiko: Schmerz .....	294
	15.6.1 Grundsätze .....	295
	15.6.2 Regeln der Schmerztherapie .....	299
	15.6.3 Nicht medikamentöse Maßnahmen zur Schmerzreduzierung ...	300
<b>16</b>	<b>Standards in der Altenpflege</b> .....	<b>302</b>
	16.1 Standards .....	303
	16.1.1 Strukturstandards .....	303
	16.1.2 Prozessstandards .....	304
	16.1.3 Ergebnisstandards .....	304
	16.1.4 Notfallstandards .....	304
	16.1.5 Expertenstandards .....	305
	16.2 Expertenstandards .....	305

16.2.1	Umsetzung der Expertenstandards in der pflegerischen Praxis mithilfe des PDCA-Zyklus	308
16.2.2	Verfahrensanweisung zur Umsetzung des Expertenstandards »Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen«	310
16.2.3	Beratungsprotokoll Schmerzrisiko	313

**17****Kommunikations- und Informationsprozesse** ..... **316**

17.1	Pflegedokumentation/-planung (individuelle Hilfeplanung)	316
17.2	Dienstübergabe	317
17.2.1	Organisationsstandard: Dienstübergabe	318
17.3	Dienstbesprechung	320
17.3.1	Organisationsstandard: Dienstbesprechung im Pflege-/Wohnbereich	321
17.4	Fallbesprechungen in der Pflege	324
17.4.1	Organisationsstandard: Fallbesprechung	325
17.5	Delegation ärztlicher Tätigkeiten	328
17.5.1	Organisationsstandard: Delegation ärztlicher Tätigkeiten	329
17.5.2	Vordruck: Ärztliche Anordnung aus der Praxis einer stationären Einrichtung	331

**18****Dienstplanung und Personaleinsatzplanung** ..... **333**

18.1	Ziel und Zweck des Dienstplans	333
18.2	Rechtliche Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren	334
18.2.1	Arbeitszeitgesetz (ArbZG)	334
18.2.2	Weitere rechtliche Rahmenbedingungen	337
18.2.3	Anforderungen der Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR)	340
18.3	Formale Anforderungen an den Dienstplanvordruck und Hinweise zur Handhabung	340
18.3.1	Transparenz	340
18.3.2	Nachvollziehbarkeit	340
18.3.3	Vollständigkeit	340
18.3.4	Mindestens drei-Zeilen	341
18.4	Dienstplangrundformen	341
18.4.1	Qualitätsmerkmale der Dienst- und Einsatzplanung in stationären Einrichtungen	343
18.4.2	Dienstplanmanagement	344
18.5	Arbeitszeitmodelle aus der Praxis	350
18.5.1	Der 10-Stunden-Arbeitstag	351
18.5.2	Was muss die Pflegeeinrichtung bei der Wahl des richtigen Arbeitszeitmodells beachten?	352
18.5.3	Arbeitszeitmodelle unter dem Aspekt des Arbeits- und Arbeitnehmerschutzes	355

18.6	Stand-by-Dienst .....	356
18.6.1	Rufbereitschaft .....	357
18.7	Methodik der Dienstplanerstellung .....	358
18.7.1	Mit 10 methodischen Schritten zum Dienstplan .....	358
18.7.2	Organisationsstandard: Dienstplanerstellung .....	359
18.8	Dienstplanung per EDV .....	361
18.9	Urlaubsplanung .....	362
18.9.1	Organisationsstandard: Urlaubsplanung .....	364
18.10	Personaleinsatzplanung .....	366
18.10.1	Organisationsstandard: Personaleinsatzplanung .....	369
<b>19</b>	<b>Mitarbeiterführung .....</b>	<b>372</b>
19.1	Organisationsstandard: Leitungsgrundsätze zur Mitarbeiterführung	373
19.2	Mitarbeiter-Selbstprüfung .....	376
19.2.1	Organisationsstandard: Mitarbeiter-Selbstprüfung in der Pflege	376
<b>20</b>	<b>Mitarbeitergespräche .....</b>	<b>378</b>
20.1	Mitarbeiter-Entwicklungsgespräche .....	381
20.1.1	Vorbereitungsbogen für Mitarbeiter .....	383
20.1.2	Organisationsstandard: Mitarbeiter-Entwicklungsgespräche ....	384
20.1.3	Zielvereinbarung mit Mitarbeitern .....	386
<b>21</b>	<b>Einarbeitung neuer Mitarbeiter .....</b>	<b>388</b>
21.1	Modell der sozialen Distanzzonen .....	389
21.2	Organisationsstandard: Einarbeitung neuer Mitarbeiter im Pflegebereich .....	390
<b>22</b>	<b>Praktische Ausbildung von professionellen Altenpflegepersonen in Einrichtungen der Altenhilfe .....</b>	<b>395</b>
22.1	Lernziel: Rahmenablauf einer Pfl egetätigkeit .....	395
22.1.1	Rahmenablauf einer Pfl egetätigkeit .....	395
22.2	Lernziele: ABEDL®-Strukturmodell für das 1. Ausbildungsjahr ..	397
22.2.1	Lernziele: ABEDL® »Kommunizieren können« .....	397
<b>23</b>	<b>Heimeinzug .....</b>	<b>400</b>
23.1	Organisationsstandard: Heimeinzug .....	401
23.1.1	Checkliste: Heimeinzug .....	404
<b>24</b>	<b>Umgang mit Arzneimitteln .....</b>	<b>407</b>
24.1	Lagerung und Stellen der Arzneimittel .....	412
24.2	Verabreichen von Arzneimitteln .....	413
24.3	Verfallsdaten und Haltbarkeit .....	413

24.4	Organisationsstandard: Umgang mit Arzneimitteln .....	415
24.5	Vordruck: Überprüfung des Medikamentenschanks .....	419

### Teil 3: Ergebnisqualität – Qualität, Zielerreichung und Zufriedenheit

<b>25</b>	<b>Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Altenhilfe .....</b>	<b>422</b>
25.1	Der PDCA-Zyklus .....	426
25.2	Die Aufbauorganisation des Qualitätsmanagement in Einrichtungen .....	428
25.2.1	Qualitätszirkelleiter (QZL) – Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen .....	430
25.2.2	Prozessverantwortlicher (PV) – Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen .....	430
<b>26</b>	<b>Qualitätszirkel .....</b>	<b>433</b>
26.1	Ausgangspunkte für die Arbeit mit Qualitätszirkeln .....	433
26.1.1	Beteiligung der Mitarbeiter .....	434
26.1.2	Problemlösungen .....	434
26.1.3	Zusammenarbeit .....	434
26.1.4	Systematische Lösung von Problempunkten .....	435
26.2	Die sieben methodische Schritte der Qualitätszirkelmethode ....	435
26.3	Zusammensetzung eines Qualitätszirkels .....	437
26.4	Bedingungen für die Arbeit mit Qualitätszirkeln .....	438
26.4.1	Qualitätszirkelleiter .....	438
26.4.2	Motivierung der Mitarbeiter .....	439
26.4.3	Die Sitzungen des Qualitätszirkels .....	439
26.5	Vordruck: Maßnahmenvorschlag .....	440
<b>27</b>	<b>Visiten .....</b>	<b>442</b>
27.1	Organisationsstandard: Bewohnerbezogene Visite .....	446
27.2	Leitfaden: Bewohnerbezogene Visite .....	448
<b>28</b>	<b>Fehler-, Risiko- und Verbesserungsmanagement .....</b>	<b>452</b>
28.1	Fehlermanagement .....	452
28.1.1	Knackpunkt Meldesystem .....	455
28.1.2	Fehlerkultur .....	456
28.1.3	Fehlerprotokoll .....	458
28.2	Risikomanagement .....	460
28.2.1	Was ist ein unerwünschtes Ereignis? .....	461
28.2.2	Ziele eines Risikomanagement-Systems .....	461
28.2.3	Welchen Nutzen bringt das Risikomanagement? .....	461
28.2.4	Voraussetzungen für ein Risikomanagement .....	462

28.2.5	Risikomanagement geht alle an .....	462
28.2.6	Einführung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung eines Risikomanagementsystems in Pflegeeinrichtungen .....	463
28.2.7	Risiken identifizieren .....	463
28.2.8	Risikouberwachung .....	463
28.2.9	Gefährdungsbeurteilungen .....	464
28.2.10	FMEA – Fehlervermeidung statt Fehlerbeseitigung .....	465
28.2.11	Der Risikomanagementbeauftragte .....	466
28.3	Beschwerdemanagement = Verbesserungsmanagement .....	466
28.3.1	Ziele und Aufgaben des Beschwerdemanagements .....	467
28.3.2	Kriterien für gutes Beschwerdemanagement – Schritte zum professionellen Umgang mit Beschwerden .....	470
<b>29</b>	<b>Befragungen .....</b>	<b>472</b>
29.1	Kunden-/Klientenbefragung .....	472
29.1.1	Formen der Befragung .....	472
29.1.2	Vorbereitung der Befragung .....	473
29.1.3	Fragebogen: Kunden-/Klientenbefragung .....	474
29.2	Mitarbeiterbefragung .....	478
29.2.1	Fragebogen für Mitarbeiter .....	478
<b>30</b>	<b>Qualitätsprüfung durch den MDK/PKV-Prüfdienst .....</b>	<b>480</b>
30.1	Vorbereitung auf die Qualitätsprüfungen .....	481
30.2	Ablauf und Durchführung von Qualitätsprüfungen .....	484
30.2.1	Personenbezogene Pflegequalität .....	486
30.2.2	Abschlussgespräch .....	487
30.2.3	Darf der Prüfer allein zum Bewohner gehen? .....	487
30.3	Was wird in stationären Pflegeeinrichtungen geprüft? .....	488
30.3.1	Qualitätsbereich 1: Pflege und medizinische Versorgung .....	488
30.3.2	Qualitätsbereich 2: Umgang mit demenzkranken Bewohnern ...	488
30.3.3	Qualitätsbereich 3: Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung ....	488
30.3.4	Qualitätsbereich 4: Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene .....	489
30.3.5	Qualitätsbereich 5: Befragung der Bewohner .....	489
30.4	Was dürfen der MDK und der PKV-Prüfdienst im Rahmen der Qualitätsprüfung? .....	490
30.5	Mitteilung der Prüfergebnisse .....	491
30.6	Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) .....	492
	<b>Literatur .....</b>	<b>494</b>
	<b>Register .....</b>	<b>498</b>

## VORWORT ZUR 5., AKTUALISIERTEN AUFLAGE

Vielen Dank, dass Sie das Buch gekauft und weiterempfohlen haben! Es ist mittlerweile ein Klassiker, der sowohl in der Altenpflegeausbildung (speziell für die Lernbereiche 3.1 und 3.2), als auch in der Fort- und Weiterbildung, vor allem für Managementaufgaben in der Altenhilfe, eingesetzt wird. Viele Einrichtungen stellen ihren Mitarbeitenden dieses Buch als Handbuch zu Verfügung.

Im Vorwort zur 4. Auflage lautete ein Schlagwort: Nach der Reform ist vor der Reform! Nachdem wir einige »Reförmchen« erleben durften, stehen bis 2017 jetzt wohl wirkliche Reformen an, wenn man den Politikern glauben und trauen kann. So könnte die Überschrift für die 5. Auflage lauten: Reform – Reform – Reform!

Damit Sie sich über aktuelle und mögliche künftige Entwicklungen informieren können, habe ich das Buch komplett überarbeitet und aktualisiert. Es ist jetzt auf dem Stand September 2014.

Dieses Buch soll vor allem den Lernenden, aber auch den Pflegenden in der Praxis Hilfe und Unterstützung bei ihrer schweren, immer noch nicht ausreichend wertgeschätzten Arbeit mit den pflege- und hilfebedürftigen Menschen sein. Wertschätzung kommt auch in Begriffen und Worten zum Ausdruck. Das mag banal erscheinen. Dennoch: Wenn wir im Rahmen der Altenhilfe Menschen mit Hilfebedarf pflegen und betreuen, dann haben die Menschen, die diese Arbeit leisten, auch einen Anspruch darauf, als Person und nicht als »billige Arbeitskraft« gesehen und wertgeschätzt zu werden. Deshalb: In diesem Buch wird der Begriff Pflegefachkraft konsequent durch den Begriff Pflegefachperson ersetzt (Ausnahme: im Zusammenhang mit Zitaten, z. B. aus Gesetzestexten).

Schwerte, September 2014

Herbert Müller

## EINLEITUNG

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

Dieses Buch beschäftigt sich mit dem Thema Arbeitsorganisation auf der Grundlage von Elementen der Aufbau- und Ablauforganisation. 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 Pflegebedürftige aber nicht aus dem Blick geraten. Pflege ist eine Dienstleistung und die Pflegebedürftigen und alle interessierten Parteien dürfen eine zuverlässige und wertschätzende Pflege erwarten. Dazu gehört aber auch, sich mutig den Veränderungen und Herausforderungen zu stellen, z. B. der Pflegereform, der Entbürokratisierung, der Diskussion um die Altenpflegeausbildung und der Rekrutierung von Fachpersonen.

Pflegefachpersonen dokumentieren nicht für den MDK, sondern im notwendigen Umfang als Basis für eine fachlich gute Pflege und Betreuung. Durch eine gute Aufbau- und Ablauforganisation mit konkreten Regelungen und Maßnahmen zur Organisation der Arbeitsabläufe und der Pflege, kann in Pflegeeinrichtungen eine gute und quali-



tätsgesicherte Dienstleistung gelingen. Die Pflegebedürftigen sollen als Verbraucher wahrgenommen und gestärkt werden und zuverlässig die zugesagten Leistungen erhalten, die sich an ihren Wünschen und Bedürfnissen orientieren. Qualitätsmanagement und Arbeitsorganisation können helfen, diese Anforderungen zu erfüllen und sind somit Aufgabe aller Mitarbeitenden auf allen Ebenen.

Eine effiziente Arbeitsorganisation kann dazu beitragen, möglichst viel Zeit für die Pflegebedürftigen 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.

Was bedeutet das für Altenhilfeeinrichtungen? Entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen benötigen, um ihre Fachlichkeit einbringen zu können, eine entsprechend gut entwickelte Aufbau- und Ablauforganisation. Die Mitarbeitenden in der Pflege müssen zukünftig entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt werden. Dadurch steigen Pflegequalität, Kundenzufriedenheit (der Bewohner und Mitarbeiter) und die Wirtschaftlichkeit.

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

# 1 BEGRIFFSERKLÄRUNGEN

## 1.1 Pflege

### 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 Strukturmodells der fördernden Prozesspflege (ABEDL<sup>®</sup>) 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 werden von Pflege(fach)personen in eigener Verantwortung geleistet. Der Begriff »Grundpflege« wurde vom Agnes-Karll-Institut für Pflegeforschung, Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK), bereits 1993 als veraltet bezeichnet.

## 1.3 Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie

Der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege schlägt vor, statt »Behandlungspflege« heute die Umschreibung »Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie« zu benutzen. Versteht man die Behandlungspflege als synonym (sinnverwand) zum Begriff

»Therapie«, so würde dieser Begriff »therapeutische Pflege« bedeuten und damit etwas über den eigenständigen Beitrag der Pflege zur Gesundheit aussagen.

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

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

## 1.4 Indirekte Pflege

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

### Indirekte Pflegeaufgaben

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

Die indirekte Pflege berücksichtigt im Rahmen von Pflegemanagement und Pflege-/Arbeitsorganisation auch Aspekte aus dem Leitbild und dem pflegetheoretischen Modell.

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

In der Vergangenheit hat sich eine überdimensionierte Pflegedokumentation entwickelt, die erhebliche zeitliche Ressourcen zu Lasten der Pflegebedürftigen kostete.

Die Dokumentationen in der stationären und ambulanten Pflege können jetzt im Umfang deutlich reduziert werden. Darauf haben sich der GKV-Spitzenverband unter Beteiligung der Verbände der Pflegekassen und des Medizinischen Dienstes, der Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen, der kommunalen Spitzenverbände, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Interessenverbände der Pflegebedürftigen und der Selbsthilfe in der Pflege verständigt.

Ein vom Bundesgesundheitsministerium geleitetes Projekt »Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation« kam zu dem Ergebnis, dass dies mit den bestehenden Gesetzen, Verträgen und Qualitätsprüfungsinhalten vereinbar ist. Die Umsetzung einer erheblich verschlankten und entbürokratisierten Form der Pflegeplan/-dokumentation in den Einrichtungen erfordert aber gleichzeitig entsprechend gut entwickelte Prozesse im Rahmen der Aufbau- und Ablauforganisation!

## 1.5 Qualifikationen und Funktionen von Mitarbeitern in der Pflege

In den Altenpflegeeinrichtungen herrscht ein Wirrwarr von Begrifflichkeiten zur Beschreibung der Qualifikation und Funktion der Mitarbeitenden in der Pflege.

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

Pflegeassistenten sind Mitarbeitende, die über keine formale Qualifikation in der Pflege verfügen und entsprechend eingearbeitet werden.

Pflegerische Bezugsperson beschreibt eine besondere Teilverantwortung. Diese Bezeichnung wird insbesondere im Rahmen der Steuerung des Pflegeprozesses für die Bezugsperson verwendet, die als Pflegefachperson die Pflegeprozesse einzelner Pflegebedürftiger verantwortlich steuert.

Leitende Pflegefachperson bezeichnet in der Praxis häufig die Leitungskraft auf der unteren Managementebene (z. B. Wohnbereichsleitung [WBL]). Sie leitet also einen Teilbereich. In jeder Einrichtung muss klar sein, was »Leitung« in diesem Zusammenhang bedeutet und welche Rahmenbedingungen dafür notwendig sind.

Als verantwortliche Pflegefachperson wird nach § 71 SGB XI die Pflegedienstleitung (PDL) bezeichnet, die im Sinne des Gesetzes gesamtverantwortlich ist für Betreuung und Pflege, die von der Einrichtung geleistet wird. Dazu gehören auch tagesstrukturierende Maßnahmen und die psychosoziale Betreuung.

## 1.6 Der Begriff »Kunde«

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

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

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

Was im Verhältnis zwischen Einrichtung und Pflegebedürftigem gilt, muss auch im Verhältnis zwischen den einzelnen Bereichen/Abteilungen gelten. Um interne Abläufe zu regeln und Reibungsverluste zu vermeiden, ist die Klärung der internen Kunden-Lieferanten-Rolle hilfreich. Der einzelne Bereich/die Abteilung befindet sich je nach Situation in der Kunden- oder Lieferantenrolle (s. Abb. 1).

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

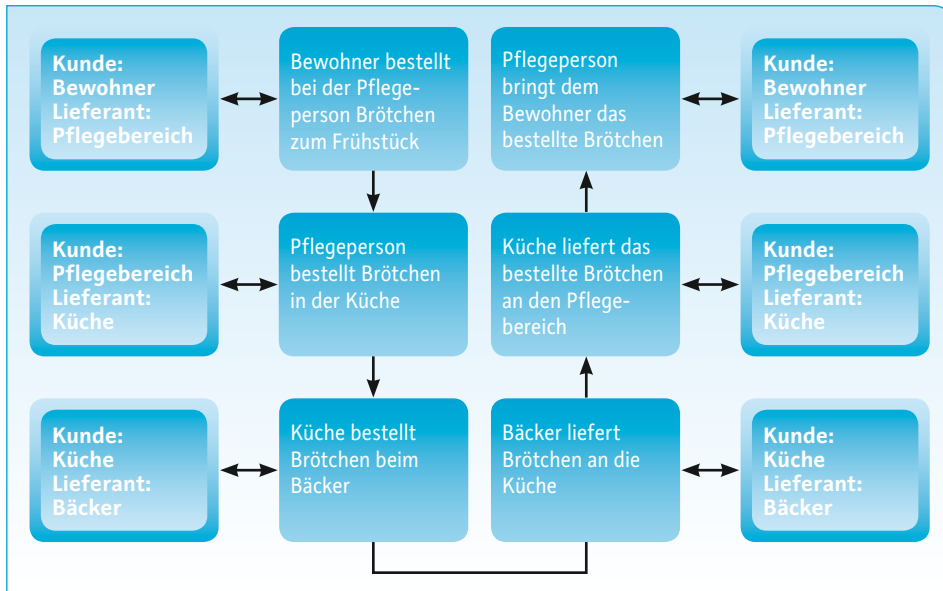


Abb. 1: Internes Kunden-Lieferanten-Verhältnis.

## Fazit

- Bei medizinischer Diagnostik und Therapie verbleibt die Gesamtverantwortung beim Arzt.
- Direkte Pflege wird gesamtverantwortlich von Pflegefachpersonen erbracht.
- Die Erledigung indirekter Pflegeaufgaben ist die Voraussetzung für eine gute Qualität der direkten Pflege.
- Monika Krohwinkel ordnet die Pflegeplanung und -dokumentation dem Bereich der direkten Pflege zu.
- Pflege ist mehr als rein handwerkliches Können!
- Kennzeichen einer funktionierenden Kundenbeziehung ist die Gleichberechtigung.
- Das interne Kunden-Lieferanten-Verhältnis verdeutlicht den ständigen Wechsel zwischen der Kunden- und Lieferantenrolle und kann helfen, die Abläufe zu verbessern und Reibungsverluste zu minimieren.

## VERÄNDERTE RAHMENBEDINGUNGEN IN DER ALTENPFLEGE

Das statistische Bundesamt ermittelte im Rahmen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung 2011, dass in Deutschland im Jahr 2030 nur noch rund 77 Millionen Menschen leben werden, d. h. also fast fünf Millionen weniger als 2011. Die Bevölkerungsschrumpfung zeigt sich am deutlichsten in der Gruppe der unter 20-Jährigen. 2030 wird es voraussichtlich 17 % weniger Kinder und Jugendliche als 2011 geben. Die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter wird um ca. 15 % (= 7,5 Millionen) zurückgehen. Die Zahl der 65-Jährigen und Älteren wird hingegen um ca. ein Drittel auf 22,3 Millionen (2030) ansteigen und damit einen Gesamtanteil an der Bevölkerung von ca. 29 % erreichen. Ca. 65 % von ihnen werden älter als 80 Jahre sein.

Tabelle 1: Pflegestatistik 2011<sup>1</sup>

2,5 Millionen Pflegebedürftige		
Zu Hause versorgt: 1.760.000 (= 70 %)		In Heimen vollstationär versorgt: 743.000 (= 30 %)
Durch Angehörige versorgt: 1.180.000 Pflegebedürftige	Zusammen mit ambulanten Pflegediensten versorgt: 576.000 Pflegebedürftige	
	12.300 ambulante Pflegedienste mit 291.000 Beschäftigten	12.400 Pflegeheime (einschl. teilstationär) mit 661.000 Beschäftigten

Frauen stellen mit 65 % die Mehrheit der Pflegebedürftigen. 83 % der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter, 36 % waren 85 Jahre und älter.

»Im Vergleich 2011 mit 2009 hat die Nachfrage nach Leistungen der ambulanten Pflegedienste und der vollstationären Pflegeheime zugenommen: Die Anzahl der in Heimen vollstationär Versorgten ist um 3,6 % (26 000) gestiegen; die Zahl der durch ambulante Dienste Betreuten stieg um 3,8 % (21 000).«<sup>2</sup> Von den im Dezember 2011 zu Hause Versorgten waren 62 % Frauen. Der Frauenanteil bei den vollstationär im Heim Versorgten war mit 74 % deutlich höher. Die vollstationär im Heim betreuten Frauen und Männer waren älter als die zu Hause Gepflegten: Bei diesen Heimbewohnern waren die Hälfte (50 %) 85 Jahre und älter, bei den zu Hause Versorgten ca. ein Drittel (30 %). Schwerstpflegebedürftige wurden zudem eher im Heim vollstationär betreut

<sup>1</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013). Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden

<sup>2</sup> Statistisches Bundesamt 2013, S. 5

Von den 12.300 ambulanten Diensten lagen 7.800 (= 63 %) in privater Trägerschaft. Der Anteil der freigemeinnützigen Träger (z. B. Caritas, Diakonie, AWO, DRK usw.) betrug 36 %, während öffentliche Träger nur einen Anteil von 1 % hatten. Im Schnitt betreute ein Pflegedienst 47 Pflegebedürftige, wobei die privaten Dienste im Vergleich kleiner waren (36 Pflegebedürftige) als die Dienste unter freigemeinnütziger Trägerschaft (65 Pflegebedürftige). Die Mehrheit der 291 000 Beschäftigten war teilzeitbeschäftigt (70 %) und weiblich (88 %).

Von den 12.400 Pflegeheimen waren 6.700 (54 %) in freigemeinnütziger Trägerschaft. Der Anteil der privaten Träger lag mit 40 % niedriger als im ambulanten Bereich. Die öffentlichen Träger stellen auch hier den geringsten Teil (5 %) – wie im ambulanten Bereich. In jedem fünften Heim (19 %) war neben dem Pflegebereich auch ein Altenheim oder betreutes Wohnen organisatorisch angeschlossen. Im Schnitt betreute ein Pflegeheim 64 Pflegebedürftige, wobei die privaten Träger hier auch eher kleine Einrichtungen vorhielten (55 Bewohner), während in Einrichtungen frei gemeinnütziger Träger 69 Pflegebedürftige und in öffentlichen Heimen 75 Pflegebedürftige betreut wurden. Die monatliche Vergütung für Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung in der Pflegeklasse 3 beträgt rund 2 907 EUR durchschnittlich (ca. 75 % für die Pflege und 21 % für Unterkunft und Verpflegung). Von den 661 000 Beschäftigten waren knapp zwei Drittel (61 %) Teilzeitkräfte und 85 % weiblich. Diese Angaben beruhen auf Befragung der Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste durch die statistischen Ämter des Bundes und der Länder.

Jedes Jahr erkranken ca. 40 000 Menschen an Demenz. Im Jahr 2030 werden voraussichtlich 2,2 Millionen Menschen in Deutschland an Demenz erkrankt sein.

Im Jahr 2013 wurden eine Million Anträge auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit gestellt. 69,87 Millionen Menschen waren in der sozialen Pflegeversicherung und 9,53 Millionen Menschen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert. Die Leistungen der Pflegeversicherungen betrugen im Jahr 2013 ca. 24,33 Milliarden Euro.<sup>3</sup>

## 2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen

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.

<sup>3</sup> Vgl. ebd. und Bundesministerium für Gesundheit



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 Pflegereform 2015–2017 werden in zwei Stufen (erstes und zweites Pflegestärkungsgesetz) die Leistungen und die Leistungsbeträge für die Pflegebedürftigen 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?

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

Der Versorgungsauftrag wird u. a. im Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI beschrieben. In den Pflegesatzverhandlungen mit den Kostenträgern konnten in der Regel bisher leider in den seltensten Fällen leistungsgerechte Pflegesätze vereinbart werden. Es gibt immer noch keine verbindlichen und ausreichenden Regelungen zur Personalbemessung!

Welche Wertschätzung erfahren die Mitarbeitenden? Die Vergütungen für einen »Knochenjob« an 365 Tagen im Jahr und rund um die Uhr sind nicht wertschätzend und wenig geeignet, dem erheblichen Mangel an Fachpersonen entgegen zu wirken.

## 2.2 Lean Management

Eine Strategie, die auch in sozialen Dienstleistungsunternehmen an Bedeutung gewinnt, ist das Konzept des Lean Management, das aus Japan stammt. »Lean« (also: schlank) bedeutet Steigerung von Effizienz, um den Kunden Leistungen zu bieten, die er wirklich will, was zur richtigen Qualität und zu einem möglichst niedrigen Preis führt. Erreicht werden soll das durch eine schlanke Unternehmensführung und flache Hierarchien, durch eine intelligentere Organisation, innovative Veränderungen der unternehmensinternen und -externen Organisation und ein neues Selbstverständnis von führenden und ausführenden Akteuren. Im Prinzip geht es darum, mit einem

minimalen Einsatz von Personal, Zeit und Investitionen ein vorgegebenes Ergebnis (Kundenerwartung) bzw. bei gegebenem Einsatz ein maximales Ergebnis (eine optimale Dienstleistung für den Kunden) zu erzielen. Die Erreichung dieser Ziele kann u. a. durch den kontinuierlichen Verbesserungsprozess unterstützt werden.

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

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

## Lean Management

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

### 2.2.1 Kundenorientierung

Der Kunde wird als gleichberechtigter Partner gesehen und die Ausrichtung der Leistungsplanung und aller Tätigkeiten orientiert sich an der Frage: »Welche Lösung/Leistung braucht gerade dieser Kunde für seine Probleme?« Damit sind eine hohe Kundenwahrnehmung und die Bereitschaft zur Individualisierung des Leistungsangebots verbunden. Als arbeitsorganisatorische Folge dieser Umorientierung werden die

Arbeitsabläufe flexibel an die jeweilige Situation angepasst. Konkret kann das bedeuten: Der Kunde bestimmt die Dienst-/Personaleinsatzplanung indirekt weitgehend mit.

### 2.2.2 Profilierung

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

Warum ist Ihre Einrichtung für den Kunden interessant?

Warum sollte er ausgerechnet bei Ihnen einziehen?

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

### 2.2.3 Konzentration auf das Wesentliche

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

Insbesondere müssen die Mitarbeiter wissen:

Welche Leistungen hat der Bewohner (Kunde) eingekauft und was steht ihm zu?

Welche konkreten Zusatzleistungen sind gegen gesonderte Berechnung möglich?

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

### 2.2.4 Qualitätsmanagement

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

### 2.2.5 Interne Kundenorientierung

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

### 2.2.6 Flache Hierarchien

Weniger Hierarchie führt zu kürzeren Dienstwegen und direkteren Kontakten zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern. So können Schwierigkeiten vor Ort direkt und unbürokratisch gelöst werden.

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

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

Warum benötigen wir so viele Führungskräfte (Wohnbereichsleitungen, stellvertretende Wohnbereichsleitungen)?

Wäre eine Trennung von Management (Führen und Leiten) und pflegerischen Aufgaben sinnvoll?

### 2.2.7 Neues Führungskonzept

Vorgesetzte sind Dienstleister und Coach ihrer Mitarbeiter. Verantwortlich für eine Arbeit ist grundsätzlich derjenige, der sie tut (Durchführungsverantwortung). Vorgesetzte müssen dafür sorgen, dass die Mitarbeiter ihre Arbeit so gut wie möglich tun können. Dazu gehören entsprechende Rahmenbedingungen, eine klare Führung und gut eingeübte Abläufe.

### Die neue Art der Führung

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

### 2.2.8 Teilautonome Teams

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

### 2.2.9 Offener Umgang mit Informationen

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

### Feedback-Prozesse

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

### 2.2.10 Permanente Qualifizierung

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

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

#### Fazit

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

### 3.1 Was ist Organisation?

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

Organisation:

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

Wir können den Organisationsbegriff unterscheiden in

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

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

#### Fazit

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

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

Das Ziel könnte bspw. die Betreuung und Versorgung kranker und alter Menschen sein. Primäres Prinzip zur Zielerreichung ist die Arbeitsteilung.<sup>4</sup> Hierfür müssen

<sup>4</sup> Vgl. Schweer, M. (1992). Handeln in sozialen Berufen. Ein Leitfaden für Mitarbeiter. Essen: Plöger

(Spiel-)Regeln aufgestellt und eingehalten werden. Auch für Lerngruppen, z. B. im Rahmen der Altenpflegeausbildung, kann es sinnvoll sein, Regeln aufzustellen.

### Regeln für die Zusammenarbeit

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

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

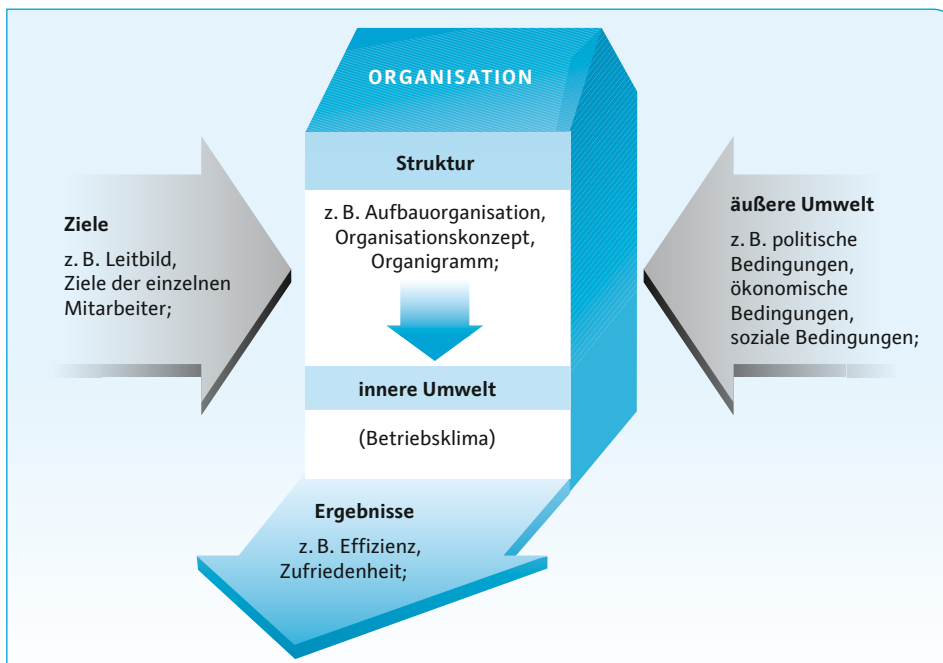


Abb. 2: Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren, die auf/in Organisationen wirken.



## 3.2 Das Organisationsklima – die innere Umwelt

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

Ein wichtiger Faktor ist die Qualität der Führungskräfte. Eine Studie der schwedischen Hochschule Mälardalen ergab, dass die Führungsqualitäten von Vorgesetzten die Gesundheit der Mitarbeiter beeinflussen. Danach haben Mitarbeiter mit einem verständnisvollen Chef und einem guten Arbeits-/Betriebsklima mehr Spaß an der Arbeit, fühlen sich gesünder und sind seltener krank. Alten- und Krankenpfleger empfinden es lt. dieser Studie oft als große Belastung, dass sie den sich selbst und von anderen gestellten Anforderungen nicht immer gerecht werden können. Sie sind aber weniger belastet, wenn sie die Sicherheit haben, im Zweifelsfall von ihrem Chef Rückendeckung zu bekommen. Ein mitarbeiterorientierter Führungsstil und konkrete gesundheitsfördernde Maßnahmen können entscheidend zum Betriebsklima beitragen.<sup>5</sup>

## 3.3 Organisationsspezifische Prozesse

Es gibt eine ganze Reihe von organisationsspezifischen Prozessen:

- Kommunikations- und Informationswege, z. B. auch die Offenheit der Kommunikation
- Entscheidungsprozesse, z. B. Zentralisierung, oder Maß der Eigenverantwortung beim Mitarbeiter, Führungs- und Leitungsgrundsätze
- Lob/Anerkennung, Kritik, Feedback
- Reglementierung und Formalisierung der Aufgaben, z. B. Einbringen eigener Ideen der Mitarbeiter
- Förderung der Mitarbeiter
- Innovation und Problemlösungskompetenz der Organisation
- Ansehen und Beliebtheit der Organisation

---

<sup>5</sup> Vgl. HeimManagement kompakt 2010. Bonn: PRO PflegeManagement Verlag & Akademie

### 3.4 Arbeitsgruppenspezifische Prozesse

Beispiele für arbeitsgruppenspezifische Prozesse:

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



Abb. 3: Aufbauorganisation.



Abb. 4: Ablauforganisation.

### 3.5 Warum Arbeitsorganisation?

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

- Schutz vor Überlastung: Anfallende Arbeiten im Rahmen der Versorgung von Menschen werden in Schichten aufgeteilt; Arbeitsleistungen werden nach einem festgelegten Dienst- und Einsatzplan und zu festgelegten Arbeitszeiten erbracht.
- Berücksichtigung der Bedürfnisse der zu versorgenden Menschen und der Mitarbeiter: Durch die Ausrichtung der Arbeitsorganisation in der Praxis, z. B. am System der fördernden Prozesspflege (Krohwinkel), wird eine Pflegeorganisation geschaffen, die auf die Bedürfnisse der zu versorgenden Menschen und der Mitarbeiter abgestimmt ist.

- Höhere Motivation und Zufriedenheit der Mitarbeiter: Vereinbarte Ziele werden erreicht und das tägliche Arbeitspensum wird erledigt, sodass Erfolgserlebnisse erzielt werden.

### 3.6 Aufbau- und Ablauforganisation

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

#### Fazit

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

## Die Managementaufgaben in der Altenpflege

Dieses Buch ist mittlerweile ein Klassiker, der sowohl in der Altenpflegeausbildung als auch in der Fort- und Weiterbildung eingesetzt wird. Für Pflegefachpersonen, die zum ersten Mal eine Leitungsaufgabe übernehmen, ist es ein kompetenter Ratgeber.

Für die 5., aktualisierte Auflage wurde das Buch grundlegend überarbeitet und auf den neuesten Stand gebracht.

Geblieden sind die straffe Gliederung und die kompakte Präsentation. Alle Elemente einer guten Arbeitsorganisation sind verständlich beschrieben, kompetent mit Beispielen versehen und konsequent praxisnah aufbereitet.

Aus fachlichen und gesetzlichen Anforderungen werden systematische Konzepte, Formulare und Anweisungen.

Systematisch gegliedert

Praxisnah

Für Ausbildung und Beruf

### Der Herausgeber

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

ISBN 978-3-89993-337-6

