

DER HEIMLEITER REPORT

DER PRAXISBRIEF FÜR DIE ALTEN- & PFLEGEHEIMLEITUNG

Einfach wirtschaftlich Qualität sichern – rechtlich wie menschlich

Nr. 08 Juni 2009

Editorial



Qualität ist immer subjektiv!

Liebe Heimleiterin, lieber Heimleiter!

in täglichen Gesprächen mit Bewohnern, Angehörigen, Interessenten, Betreuern und Gästen Ihrer Einrichtung erfahren Sie, wie unterschiedlich die Geschmäcker und Vorlieben Ihrer Gesprächspartner sind. Sie wissen: „gut“ und „schlecht“ sind im Empfinden der Menschen sehr relative Begriffe. Es sollte deshalb auch in der aktuell geführten Diskussion um die Qualität von Pflegeheimen nicht um die abstrakte Frage gehen: „Was ist ein gutes Pflegeheim?“ sondern eher um die konkret in einem Beratungsgespräch gestellte Frage: „Welches Pflegeheim passt zu Ihnen?“

Der Heimleiter Report wagt deshalb in diesem Themenspezial ein Experiment: Wir haben die renommierte Autorin Adelheid von Stösser, Vorsitzende des kritischen Pflege-Selbsthilfeverbands gebeten, pointiert darzustellen welche Kriterien aus der Sicht engagierter Pflegekritiker die Qualität von Pflegeheimen ausmachen. Herausgekommen ist ein inspirierendes Heft, das Ihnen helfen wird, Ihr Pflegeheim nach vorne zu bringen.

Viel Spaß beim Lesen und Anwenden wünscht Ihnen Ihr

Harald Steindorf
Chefredakteur „Der Heimleiter Report“

Harald Steindorf ist gelernter Theologe. Als Heimleiter, Geschäftsführer und Berater ist er seit mehr als 20 Jahren im Management sozialer Einrichtungen tätig. Das von ihm geleitete Steindorf Privatinstitut für Sozialmanagement (Solingen) berät Pflegeheime und Einrichtungen der Sozialwirtschaft.

Ergebnisqualität – der entscheidende Faktor für Erfolg

Pflege-Selbsthilfeverband: Das kennzeichnet ein „gutes“ Pflegeheim

2009 scheint ein Jahr der Qualitätsoffensive für die Heime zu werden. Beschlossen wurden jährliche Heimbewertungen durch den MDK, an deren Ende eine Note steht. Ergänzend dazu bietet das Verbraucherschutzministerium, in Verbindung mit der BIVA eine Bewertung auf freiwilliger Basis an. Auch der Pflege-Selbsthilfeverband, ein Verband von Pflegekritikern, hat ein Verfahren zur Kennzeichnung empfehlenswerter Heime entwickelt. Das unterscheidet sich von denen des MDK und der BIVA erheblich. Einrichtungen, denen die „Auszeichnung menschenwürdige Pflege“ verliehen wird, müssen vor allem einen spürbar „guten Geist“ haben. Wenn Sie als Heimleitung wissen wollen, wo Ihre Einrichtung, gemessen an den Maßstäben des Pflege-Selbsthilfeverbands, steht und wie Sie Ihr Potenzial verbessern können, liefert Ihnen dieses Themenspezial alle wichtigen Informationen.

Während die staatlich verordnete Qualitätsoffensive von der Öffentlichkeit begrüßt wird, stehen manch einer Heimleitung Sorgenfalten auf der Stirn.

Heime vor Prüfungsstress?

Immerhin muss nun jedes Heim jährlich mit einer MDK-Prüfung rechnen, die anders als in der Vergangenheit unangekündigt stattfinden wird. Fakt ist: Die wenigsten Heimleitungen haben bislang eine ernsthafte Heimprüfung mitgemacht. In vielen Einrichtungen hat es seit Einführung der Pflegeversicherung keine einzige Prüfung durch den MDK gegeben. Andere hatten in der Regel genügend Zeit, ihr Haus bis zum Tag der angemeldeten Begehung auf Vordermann zu bringen. Insofern hat die in § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI verabschiedete Neuregelung in Heimleitungskreisen schon für gewisse Aufregung gesorgt.

Hauptsache dokumentiert

Aus Rückmeldungen von Heimleitungen und Mitarbeitern weiß ich, dass spezi-

ell die Qualität der Dokumentation in den Einrichtungen zentrales Thema ist. Beispielsweise berichtete ein Wohnbereichsleiter im Januar, die Heimleitung hätte Anweisung gegeben, jede Woche zwei Pflegeplanungen neu zu schreiben und die betreffende Bewohnerdokumentation entsprechend zu überarbeiten. Die Resultate mussten der Heimleitung vorgelegt werden. Da diese Zusatzarbeit während der Dienstzeiten nicht zu leisten war, wurden die Unterlagen teilweise mit nach Hause genommen. Zitat: „Zwar bekamen wir so eine Anleitung, wie wir die Planung und Dokumentation strukturieren sollten, aber es ist doch ein Unterschied ob ich von Anfang an eine klare Linie in der Dokumentation habe oder diese nachträglich zurechtbiege. Eigentlich ist das Dokumentenfälschung. Aber was soll ich tun?“

Tatsächlich sind Sie als Heimleitung gut beraten, wenn Sie angesichts dieser Prüfungen zunächst einmal in die Ver-

► weiter auf Seite 2

Aus dem Inhalt

Ergebnisqualität – der entscheidende Faktor für Erfolg

Keine Bewertung ohne genaues Hinschauen Seite 3
Weil der Ton die Musik macht: Das Miteinander in der Einrichtung Seite 5
Immer in den Mittelpunkt stellen – Ergebnisqualität von Pflege und Behandlung.... Seite 6

● Übersicht: Prüfsysteme für Heime im Vergleich

MDK-Qualitätsprüfungen: Pflichtprüfung, jährlich, unangemeldet, Schwerpunkt Behandlungspflege, Strukturqualität.

Das Bewertungssystem ist derzeit stark umstritten. Bewertet wird, ob das Heim bestimmte Mindestanforderungen erfüllt und die entsprechende Dokumentation vorlegen kann.

Das Prüfergebnis wird als Gesamtnote bekannt gegeben.

BIVA-Bewertung: freiwillig, angemeldet, Kriterien orientieren an der Charta.

Informationen werden überwiegend durch Befragung von Heimleitung und Heimbeirat erfasst. Es findet keine Überprüfung der Angaben statt.

Prüfergebnis wird in Form eines „Smiley“ bekannt gegeben.

Pflege-SHV „Auszeichnung menschenwürdige Pflege“: freiwillig, unangemeldet, orientiert an der Charta. Ausrichtung Ergebnisqualität mit psychosozialen Schwerpunkt.

Vier Gutachter beobachten zwei Tage lang die Abläufe, nehmen teil am Leben in der Einrichtung und unterhalten sich mit Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern.

Je nach Punktwert erhält das Heim 1 bis 5 Sterne.

besserung der Dokumentationsqualität investieren. Denn zu mehr als 80 % konzentrieren sich die Prüfer auf die Dokumentation. Was nicht geschrieben steht, gilt als nicht gemacht. Ob das Dokumentierte den Tatsachen entspricht, wird nicht gefragt.

Gut ist nicht gleich gut

Da Ihre Einrichtung nun bald eine Note bekommen wird, erhalten Bezeichnungen

Praxis-Beispiel 1

„Im Unterschied zu dem vorherigen ist das ein wirklich gutes Heim, in dem meine Mutter jetzt lebt. Zwar muss sie auch manchmal warten bis jemand kommt, wenn sie klingelt, aber sie wird wenigstens nicht vorwurfsvoll behandelt. In dem anderen Heim, hatte sie immer das Gefühl, lästig zu sein.“

Praxis-Beispiel 2

„Mein Vater und ich waren froh ein gutes Heim gefunden zu haben. Im ersten Jahr fühlte er sich dort richtig wohl. Doch seit er pflegebedürftig ist, zeigen sich die Schwächen des Hauses. Das fing an, als er aus dem Krankenhaus kam und in seinem Appartement die Klingel betätigte, weil er zu schwach war, alleine zur Toilette zu gehen. Er wartete bis es nicht mehr ging. Als dann nach 20 Minuten eine Pflegerin kam, erklärte sie ihm, die Klingel sei nur für Notrufe da. Der zur Einrichtung gehörende ambulante Pflegedienst, der für das gesamte Haus zuständig ist, könne nicht für jeden Toilettengang kommen. Am nächsten Morgen musste er bis 10:30 Uhr warten, bis eine Pflegerin kam, die ihm beim Aufstehen, Waschen und Anziehen half. Auf seine Bitte, morgens früher zu kommen, erklärte sie, das ginge nicht, weil sein Wohnbereich, in dieser Woche zuletzt an die Reihe komme. Dabei verspricht diese namhafte Seniorenresidenz, dass jeder bis zum Tod in seiner Wohnung gepflegt und betreut wird. Erst jetzt fällt mir auf, dass man bei Veranstaltungen und in den Gemeinschaftsräumen nur Bewohner sieht, die sich ohne Hilfe bewegen können. Alle anderen sind offenbar isoliert in ihren Appartements. Wenn man bedenkt, dass hier 700 alte Menschen wohnen, frage ich mich, wo die alle sind. Ich gehe inzwischen zweimal täglich zu meinem Vater und begegne kaum jemand. Im Eingangsbereich sitzen eine oder zwei Damen, die den Telefondienst machen und die „Notrufe“ weiterleiten. Es würde mich interessieren, wie andere Angehörige das erleben. Ist das in anderen Heimen genauso? Ich habe da keine Erfahrung. Ich finde das unverantwortlich den hilflosen Menschen gegenüber. Wenn selbst mein Vater, der klar bei Verstand ist, nach wenigen Tagen total eingeschüchtert reagiert, und lieber mich zu Hause anruft anstatt zu klingeln, wie mag es da den anderen pflegebedürftigen Bewohnern gehen, die keinen Angehörigen in der Nähe haben? Was kann ich tun? Nach meinem Verständnis dürfte es so eine Organisation gar nicht geben.“

wie „gut“ oder „ausreichend“ eine ganz neue Bedeutung. Bislang meinte man mit „gut“ das Gesamtbild eines Heims in der subjektiven Wahrnehmung derer, die

dort leben, arbeiten oder ein- und ausgehen. Die Praxisbeispiele verdeutlichen den Perspektivenwechsel.

Es kommt auf den Betrachtungswinkel an

Menschlich gesehen ist diese Form der Versorgung in Beispiel 2 untragbar. Formal gesehen bewegt sich die Einrichtung mit dieser Regelung im Erlaubten. Der MDK dürfte diese Seniorenresidenz wenigstens mit „Gut“ bewerten, denn die prüfrelevanten Kriterien können auch hier problemlos erfüllt werden. MDK-Gutachter schauen nicht hinter die Kulissen. Sie fragen nicht danach, ob hilfebedürftige Bewohner die notwendige Unterstützung erfahren, um am Gemeinschaftsleben teilnehmen zu können. Sie fragen nicht danach, wie lange Bewohner auf Hilfe warten müssen, inwieweit Vorlieben und Gewohnheiten Beachtung finden und dergleichen. Sie fragen nicht einmal danach, wieso Bewohner fixiert werden. Gerade solche Punkte, die Bewohner und Angehörige wahrnehmen und mit guter oder mangelhafter Versorgung gleichsetzen, drücken sich in der Note der MDK-Erfassung nicht aus.

Nach dem System des Pflege-Selbsthilfverbands würde diese Einrichtung allenfalls in den Bereichen Wohnen und Service punkten. Immerhin hat jeder Bewohner sein eigenes, individuell eingerichtetes Appartement. Auch die Küche soll „sehr gut“ sein. Für selbstständige ältere Menschen, die ein gepflegtes Ambiente in einer hotelähnlichen Anlage mit guten Verkehrsverbindungen und einem vielseitigen Veranstaltungsangebot suchen, kann diese Residenz empfohlen werden. Damit gewinnt das Heim seine Kundschaft. Unter menschenwürdiger Pflege verstehe ich etwas ganz anderes – und Sie vermutlich auch.



Autorin:

Adelheid von Stösser ist Krankenschwester und Lehrerin für Pflegeberufe. Seit 1986 ist sie beratend für Pflegeeinrichtungen tätig und Herausgeberin der Stösser-Standards. Sie ist Vorsitzende des Pflege-Selbsthilfverband e.V.

Aus Prinzip: Keine Bewertung ohne genaues Hinschauen

Abgesehen von Mathematik und einzelnen naturwissenschaftlichen Fächern ist jede Note geprägt von der persönlichen Einschätzung des Lehrers beziehungsweise Prüfers. Prüflinge, die sich auf die Vorlieben und das Werteverständnis des Prüfers einstellen können, haben einen klaren Vorteil. Das kann man positiv oder negativ sehen. Es ist nun einmal so. Insofern ist jede Wertung subjektiv – selbst wenn ein ausgeklügeltes wissenschaftliches Erhebungsverfahren zugrunde liegt. Denn am Anfang stehen Menschen, die entscheiden, welche Punkte wichtig sind und welche nicht. Nichts prägt den Menschen mehr als die Bewertung, die er für sein Tun oder Lassen von anderen erfährt. Das fängt im Elternhaus an und hört in der Pflegeausbildung noch lange nicht auf. Hier lesen Sie, was bei diesem sensiblen Thema eine große Rolle spielt.

Praxis-Beispiel 1

Frau T. sucht nach der Kindererziehungsphase eine neue, sinngebende Berufstätigkeit und strebt eine Altenpflegeausbildung an. Bereits bei ihrem zweiten Praxiseinsatz kommt es zu schwerwiegenden Meinungsverschiedenheiten. Ihr wird vorgeworfen, sich zu sehr auf die Bewohner einzulassen, weshalb die anderen ihre Arbeit mit übernehmen müssen. Frau T. versucht ihre Haltung zu erklären und bekommt zur Antwort, dass sie mit ihrer Einstellung in diesem Beruf keine Zukunft habe. Wörtlich: „Wer hier den Alltag bestehen will, der darf sich keinen Kopf um die Bewohner machen, sondern muss gucken, die Arbeit zeitgerecht geschafft zu bekommen. Darum geht es hier. Wir müssen fertig werden. Länger als zehn Minuten für eine Morgentoilette das geht nicht. Also überlegen Sie sich, ob Sie das schaffen wollen oder suchen Sie sich etwas anderes.“

Abläufe stehen im Mittelpunkt

Das Praxisbeispiel zeigt: Menschen, die eine Pflegeausbildung absolvieren, erfahren in der Regel eine Form von Prägung, die auf reibungsloses Funktionieren und die technischen Abläufe fokussiert ist. Oft überwiegt die Erfahrung, von den Vorgesetzten gelobt zu werden, wenn man möglichst viele Bewohner in kurzer Zeit „schafft“. Ein ständiges Bemühen, funktionale Erwartung zu erfüllen, führt unweigerlich zum Verlust an Sensibilität. Selbst hoch motivierte und menschlich engagierte Schüler/Mitarbeiter können binnen kurzer Zeit abstupfen, wenn sie keinen Weg sehen, diesem Erwartungsdruck zu entfliehen. Wer gelobt wird, weil er sich nicht auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner einstellt, muss persönlich schon sehr gefestigt sein, wenn er lieber die Schelte in Kauf nimmt.

Anpassung ist menschlich

Leider gibt es viel zu viele Pflegekräfte mit solch einer Entwicklung. Der Mensch neigt dazu, seinen Anspruch zu senken, wenn er keine Chance sieht. „Ich fühle mich gut, wenn ich morgens aus dem Haus gehen kann, ohne Ärger befürchten zu müssen, weil jemand aus dem Bett gefallen oder Schlimmeres passiert ist, wofür ich mich rechtfertigen müsste“, erklärte eine Nachtwache. Für sie ist bereits das Kennzeichen guter Pflege. „Bewohner kommen und gehen, Angehörige auch; wenn die sich über mich beschweren, kann ich damit leben. Entscheidend ist, wie die Heimleitung meine Arbeit sieht. Wenn die unzufrieden ist, sind meine Tage gezählt. Was bleibt mir also anderes übrig, als so zu arbeiten, wie es die Chefs von mir erwarten.“

Damit kommt diese Mitarbeiterin dem Kern des Qualitätsproblems in der Pflege schon ziemlich nahe. Wenn Sie als Heimleitung also wissen wollen, wie gut Ihre Einrichtung ist, sollten Sie sich dafür interessieren, was Ihren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen wichtig ist.

Warum Ergebnisqualität so wichtig ist

Im technischen Bereich kann man in der Regel davon ausgehen, dass eine gute Prozessqualität automatisch ein gutes Ergebnis zutage fördert. In der Pflege ist das anders. Das zeigt unser Praxisbeispiel 2. Hier gehen Prozess- und Ergebnisqualität weit auseinander. Das passiert immer dann, wenn die Pflegehandlung wichtiger genommen wird als der zu Pflegenden.

Dieses Beispiel zeigt anschaulich den Einfluss der eigenen Ausrichtung auf das Ergebnis auf. Uns war in dieser Situation der Handlungsablauf wichtiger. Hätten wir nicht anschließend den leidvollen

Praxis-Beispiel 2

Ich erinnere mich noch an folgende Begebenheit bei einer praktischen Prüfung am Ende der Krankenpflegeausbildung. Meine Kollegin, eine Ordensschwester, und ich beobachteten Schülerinnen bei der Grundpflege eines Patienten, der nach einem Schlaganfall seit Wochen vollpflegebedürftig war. Er war zwar bei Bewusstsein, konnte aber nicht sprechen. Um die Pflege gemeinsam mit den Kandidatinnen auswerten zu können, hatten wir eine Videokamera aufgestellt. Unser erster Eindruck von dieser Prüfung war, dass die beiden das sehr gut gemacht hatten. Sie hatten an alles gedacht, auch die Kommunikation mit dem Patienten erschien uns angemessen. Als wir uns später die Aufzeichnung ansahen, waren es die Prüflinge die keine Eins haben wollten. Denn unerbittlich zeigte die Kamera auf das Gesicht dieses sterbenskranken Mannes, wie er die Prozedur über sich ergehen ließ. Sein Gesicht, seine Atmung und Gestik drückten nur ein Signal aus: „Lasst mich um Himmels Willen endlich in Ruhe. Hoffentlich seid Ihr bald fertig.“ Da wurde allen klar, dass diese Pflege – so korrekt sie fachlich war – am Bedürfnis dieses Menschen vollkommen vorbeiging. Sie diente zu 90 % der Prüfung und nicht dem Patienten.

Ausdruck im Film gesehen, wäre diese Diskrepanz nicht aufgefallen. Derartige „am Patienten/Bewohner vorbei Agieren“, lässt sich an vielen Stellen im Pflegealltag beobachten.

Dahinter stecken selten Böswilligkeiten, sondern unreflektierte Angewohnheiten. Die anderen machen das genauso, alle finden das ganz normal. Aus diesem Beispiel lässt sich außerdem ableiten, dass es wich-

► weiter auf Seite 4

tig wäre, in regelmäßigen Abständen über sein Tun und Lassen nachzudenken und sich zu fragen: Wie würde ich mich fühlen, wenn mit mir so umgegangen würde?

Ergebnisqualität nur durch genaues Beobachten

Ergebnisqualität kann man im Grunde nur über genaues Beobachten erfassen, wie etwa mit Dementia Care Mapping (DCM). Es ist erstaunlich, was man plötzlich sieht, wenn man nichts anderes zu tun hat, wenn nichts anderes von einem erwartet wird. Schon in der Ausbildung müsste viel mehr Wert auf diese Form der Sensibilisierung gelegt werden.

Sich aufs Wesentliche besinnen

Es sind oft die Fachkräfte, denen der Blick für das Wesentliche verloren geht, weil sie darauf getrimmt wurden, ein Versorgungsschema zu bedienen. Sowohl in der Medizin wie in der Pflege, stehen die körperlichen Defizite im Vordergrund. Auch die Kassen honorieren nur die körperbezogenen Versorgungsleistungen. So kommt es, dass nahezu überall in unserem Gesundheitswesen die falschen Prioritäten gesetzt werden. Unser leistungsorientiertes System produziert ein Großteil der Kranken und Pflegebedürftigen selbst. Denn es wird nicht danach gefragt, ob die Behandlung dem Kranken genutzt hat. Im Gegenteil: Solange damit Geld verdient werden kann, die Kranken kränker und die Pflegebedürftigen bedürftiger zu machen, werden pausenlos Maßnahmen ergriffen, die dem Menschen mehr schaden als nutzen. Schauen Sie sich doch die Gesichter der alten Menschen in den Einrichtungen an. Auch wenn sie schweigend und teilnahmslos dasitzen, sprechen sie Bände. Man sieht ihnen an, wo das eigentliche Problem liegt. Und alle laufen daran vorbei, geschäftig und im Dauerstress. Die einen sitzen da, langweilen sich zu Tode, und die anderen wissen nicht wie sie die Arbeit an diesen Menschen geschafft bekommen. Alleine schon Ausdrücke wie: „Ich habe erst ... Bewohner fertiggemacht“, machen deutlich, was hier in diesem System schief läuft. Mir und den Mitgliedern des Pflege-Selbsthilfverbands geht es darum, diesen Kreislauf zu durchbrechen, das heißt, eine neue Kultur des Miteinanders zu schaffen.

So setzen Sie den Richtungswechsel in Gang

Am Beginn dieses Prozesses müssten drei Grundvoraussetzungen stehen: Innehalten! Hinschauen! Hinterfragen! Alleine die bloße Beschäftigung mit Ergebnisqualität kann einen Richtungswechsel in Gang setzen.

Schritt 1: Innehalten

Sie können sich das bei laufendem Betrieb, täglichen Terminen und Verpflichtungen, vielleicht kaum vorstellen. Aber Vorsicht: Nehmen Sie sich diese Zeit nicht, laufen Sie Gefahr, mit all Ihren Bemühungen an den Bedürfnissen der Bewohner vorbeizugieren.

Schritt 2: Hinschauen

Richtig hinzuschauen setzt voraus, dass Sie das Tagesgeschäft für einige Minuten beiseite legen. Ihr Blick muss frei sein. Nur dann können Sie erkennen, was Sie sonst übersehen.

Schritt 3: Hinterfragen

Regelmäßige Reflektionen in die alle Beteiligten einbezogen werden, sind hier das Mittel der Wahl. Wirkliche Qualitätsentwicklung beruht immer auf einer kritischen Auseinandersetzung mit den aktuellen Abläufen und Ergebnissen. Natürlich drückt sich das Ergebnis für den Heimbetreiber vor allem in den Belegungszahlen aus. Ist das Haus voll, kann er vielleicht sogar Gewinne abschöpfen. Bei einer rückläufigen Belegung kommt das Wirtschaftssystem ins wanken. Anstatt an dieser Stelle die Lebens- und Erlebenssituation in Ihrer Einrichtung genau anzuschauen, reagieren viele mit Kompensationsmaßnahmen, die das Betriebsklima verschlechtern. Und das wirkt sich unweigerlich auf den Ruf Ihrer Einrichtung aus.

Sie können Ihren Mitarbeiter arbeitsvertraglich noch so sehr den Mund verbieten: Halten diese Ihrem Hause nur die Treue, weil sie auf das Gehalt angewiesen sind, wird jeder im Umkreis der Mitarbeiter davon erfahren. Bei den Angehörigen der Heimbewohner ist das genauso. Wenn sich die Menschen in Ihrem Hause nicht wenigstens ein Stückweit zu Hause fühlen, wird Ihr Heim über kurz oder lang in wirtschaftliche Bedrängnis geraten.

Menschen in den Mittelpunkt stellen

Insofern kann ich nur jeder Heimleitung raten, das Hauptaugenmerk nicht auf die Zahlen zu legen, sondern auf die Menschen. Wenn Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter zufrieden sind, wird auch die Heimleitung zufrieden sein. Ich denke nicht, dass sich die Mentalität, mit Altenpflege durch Ausbeutung Gewinne einfahren zu können, lange halten kann. Eine Gegenströmung zeichnet sich ab – nicht zuletzt durch die Öffentlichkeitsarbeit des Pflege-Selbsthilfverbands. Es ist u. a. dessen Verdienst, dass die Forderung nach Transparenz, die Politik gezwungen hat zu reagieren. Auch die BIVA und der Verbraucherschutz haben reagiert, nachdem der Pflege-Selbsthilfverband 2006 ankündigte, ein System zu entwickeln, das die Qualitätsunterschiede für den Kunden deutlich macht.

Das Bewertungssystem des Pflege-Selbsthilfverbands unterscheidet sich von allen anderen darin, dass die Gutachter, die Rolle des genauen Hinschauens übernehmen. Sie kommen von außen, laufen also nicht Gefahr durch interne Geschichten abgelenkt zu werden. Mit viel Erfahrung hinterfragen sie die Beobachtungen und melden diese zurück. Auf diese Weise kann ein tiefgreifender Entwicklungsprozess in Gang gesetzt werden.

Sie sehen: Das Angebot des Pflege-Selbsthilfverbands empfiehlt sich auch für Ihre Einrichtung, wenn Sie Impulse zur Verbesserung des Klimas in Ihrem Hause suchen.

● Wer ist der Pflege-Selbsthilfverband?

Der Pfleges-Selbsthilfverband e.V. <http://www.pflege-shv.de> versteht sich als „Initiative für menschenwürdige Pflege“, also als ein „Verbund von Personen und Institutionen, die kreative und praktikable Lösungen“ aus der Pflegemisere suchen. Er wurde 2005 von Pflegekritikern gegründet. Seine intensive Lobby-Arbeit und öffentlicher Einflussnahme haben nicht nur im politischen Berlin nachhaltig Wirkung gezeigt. Die durch den Verband verliehene „Auszeichnung menschenwürdige Pflege“ gewinnt mehr und mehr an Reputation. ■

Weil der Ton die Musik macht: Das Miteinander in der Einrichtung

Ob in der Familie, im Betrieb oder wo auch immer Menschen gemeinsam das Leben gestalten und Aufgaben bewältigen, spielen soziale Komponenten die zentrale Rolle. Störungen im Miteinander wirken sich immer negativ auf alle Bereiche aus. Da kann die formale Organisation noch so perfekt erscheinen. Wenn die Mitwirkenden nicht miteinander können, die Kommunikation gestört ist, bestimmen Ärger, Pannen und Fehlleistungen die Tagesordnung. Wie jeder weiß, sind es nicht die Noten, sondern der Ton, der die Musik macht. Darum legt der Pflege-Selbsthilfeverband den ersten Schwerpunkt für die Heimbegutachtung auf das Miteinander. Wie das konkret aussieht, verdeutlichen Ihnen die Übersichten.

Orientiert an den Artikeln der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ steht die Selbstbestimmung am Anfang der Kriterienliste für die „Auszeichnung menschenwürdige Pflege“. Teil A: Miteinander beinhaltet 32 Zielkriterien, die sich auf die von Be-

wohner und Angehörigen erlebte Qualität beziehen, sowie zehn Kriterien, die sich auf die Einrichtung, Mitarbeiterführung und den Gesamteindruck beziehen. Die Bewertung wird jeweils von vier Personen/Gutachtern vorgenommen, die unabhängig voneinander die Abläufe in

den verschiedenen Bereichen beobachten und Gespräche mit Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern führen.

Welche Schwerpunkte dabei gesetzt werden, zeigt Ihnen folgende Übersicht.

● Übersicht: Schwerpunkte des Pflege-Selbsthilfeverbands im Bereich Miteinander

● Bewohnerbezogene Schwerpunkte

1. Selbstbestimmung
2. Kommunikation und Wertschätzung
3. Einbeziehung von Angehörigen
4. Umgang mit Beschwerden

5. Kontinuität und Vertrautheit
6. Betätigung und geistige Anregung
7. Teilhabe am Gemeinschaftsleben
8. Wahrung der Privatsphäre

9. Wahrung der Intimsphäre
10. Religion und Lebenshaltung
11. Sterbebegleitung
12. Verabschiedung von Verstorbenen

● Sonstige Kriterien

- S1 Qualität der Begegnung
S2 Atmosphäre der Einrichtung

- S3 Arbeitsklima und personelle Situation
S4 Umgang mit Konfliktsituationen

● Selbstbestimmung

Hier wird beobachtet, erfragt und bewertet, inwieweit dem Selbst- und Mitbestimmungsrecht von Bewohnern entsprochen wird. Wird „Hilfe zur Selbsthilfe“ geleistet oder steht die körperliche Versorgung im Vordergrund?

● Kommunikation und Wertschätzung

Besonderes Augenmerk wird darauf gerichtet, inwieweit die Haltung von Respekt und Achtung geprägt ist, wie Mitarbeiter mit Bewohnern kommunizieren, die nicht sprechen, schlecht hören oder dement sind. Fühlen sich die Bewohner einbezogen und ihrem Bedürfnis entsprechend informiert?

● Einbeziehung von Angehörigen

Die zufällig angetroffenen Angehörigen werden zu ihren Erfahrungen gefragt, z. B. ob sie sich willkommen fühlen, ob ihre Meinung einbezogen wird und sie informiert werden; was ihnen gut gefällt, was sie stört.

● Umgang mit Beschwerden

Gefragt werden Bewohner und Angehörige, ob sie sich schon einmal über Dinge beschweren mussten und wie das Heim damit umgegangen ist.

● Kontinuität und Vertrautheit

Allen angesprochenen Bewohnern, die sich verbal mitteilen können werden Fragen gestellt (z. B. ob es Mitarbeiter gibt, die sich besonders um sie kümmern, zu denen sie ein Vertrauensverhältnis haben).

● Betätigung und geistige Anregung

Beurteilt wird in erster Linie, ob das Angebot der Einrichtungen die Interessen der Bewohner trifft und was getan wird, um auch solche Bewohner einzubeziehen, die sich von alleine nicht beteiligen.

● Teilhabe am Gemeinschaftsleben

Bewertet wird, wie die Einrichtung den Kontakt der Bewohner zur Außenwelt pflegt. Werden beispielsweise Begleitdienste für Bewohner organisiert, die an einer Veranstaltung der Gemeinde teilnehmen möchten.

● Wahrung der Privatsphäre

Genau betrachtet und bewertet wird, ob Mitarbeiter den persönlichen Bereich von Bewohnern achten. Klopfen die Mitarbeiter an, wie gehen sie mit den Sachen des Bewohners um?

● Wahrung der Intimsphäre

Hier wird zum Beispiel erfragt, ob Bewohner jeden akzeptieren müssen, der sie waschen will. Werden Schamgefühle ausreichend beachtet.

● Religion und Lebenshaltung

Wichtig ist in diesem Bereich, wie sehr die Einrichtung den Bedürfnissen der Bewohner nach Gottesdiensten, Seelsorge, Beichte usw. entspricht.

● Sterbebegleitung

Gefragt ist hier die Art der Unterstützung, die Sterbende in der Einrichtung erwarten können. Wie werden Patientenverfügungen oder der mutmaßliche Wille ermittelt und beachtet.

● Verabschiedung von Verstorbenen

Genau beurteilt wird die Abschiedskultur der Einrichtung. Diese verrät vieles über den Gemeinschaftsgeist und die Beziehungsebene.

Immer in den Mittelpunkt stellen – Ergebnisqualität von Pflege und Behandlung

Im MDK-Prüfkonzept nimmt der Bereich „Pflege und medizinische Versorgung“ etwa die Hälfte der Begutachtung ein. Von den 35 Fragen des MDK-Kriterienkatalogs zielt nicht eine auf das Ergebnis. Geprüft wird, ob bestimmte fachliche Anforderungen erfüllt werden, mit Fragen wie: „Wird die erforderliche Körperpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?“ Im Unterschied dazu achten die Gutachter des Pflege-Selbsthilfeverbands auf den Pflegezustand der Bewohner. Man sieht schließlich, ob jemand gepflegt ist oder kann es riechen. Haare, Fingernägel, Zähne/Gebiss, Kleidung: Bewertet wird der Gesamteindruck, bezogen auf alle Bewohner, die die Gutachter gesehen haben. Wirkt ein Bewohner ungepflegt, kann das zum Beispiel bedeuten, dass die Einrichtung ihren Bewohnern gewisse Eigenheiten lässt. Schließlich legt nicht jeder Wert darauf, stets wie aus dem Ei gepellt auszusehen. Nehmen Sie sich eine halbe Stunde und schauen Sie sich unsere ausführliche Übersicht an. Dann wissen Sie genau, welche Punkte bei der Bewertung durch den Pflege-Selbsthilfeverband besonders wichtig sind.

Teil B: Pflege und Behandlung im Konzept des Pflege-Selbsthilfeverbands umfasst 28 bewohnerbezogene Zielkriterien und elf Kriterien, die sich auf das Ange-

bot der Einrichtung für Demenzzranke beziehen, sowie auf organisatorisches. Dabei wurden solche Punkte herausgestellt, die für den Bewohner oder Ange-

hörige besonders wichtig sind, wie zum Beispiel die Tages- und Wochenstruktur und der Nachtdienst.

● Übersicht: Schwerpunkte des Pflege-Selbsthilfeverbands im Bereich Pflege und Behandlung

● Bewohnerbezogene Schwerpunkte

1. Aktivierung, Rehabilitation
2. fachgerechte Pflege
3. Bewegungsförderung und Schutz vor Gefahren
4. Schutz vor Gewalt
5. Hilfe bei der Ernährung
6. Kontinenzförderung/Inkontinenzversorgung
7. Gepflegtheit, Erscheinungsbild
8. ärztliche Versorgung
9. Linderung von Schmerzen und Beschwerden
10. Zusammenarbeit mit Therapeuten und Hilfsdiensten

● Sonstige Kriterien

- S1 Betreuung von Menschen mit Demenz
- S2 Übersicht und Transparenz
- S3 Tages- und Wochenstruktur
- S4 Nachtdienst

● Aktivierung und Rehabilitation

Natürlich kann und sollte man nicht jeden alten, kranken Menschen auf Biegen und Brechen aktivieren. Außerdem erscheinen nicht in jedem Falle Rehabilitationsbemühungen angebracht. Doch hat die Lustlosigkeit und Gleichgültigkeit, mit der Altbewohner in vielen Einrichtungen lediglich die Restzeit ihres Lebens absitzen, auch etwas mit dem fehlenden oder unpassenden Aktivierungsangebot zu tun. Überhaupt lassen sich gute Einrichtungen vor allem an der Lebendigkeit und aktiven Teilnahme der Mehrzahl ihrer Bewohner erkennen. Niemand erwartet, dass jeder Bewohner eines Heims zufrieden mit seiner Situation ist. Viele kommen in einer sehr schlechten Gemütsverfassung und lehnen es ab, überhaupt Kontakt zu Mitbewohnern aufzunehmen.

Dennoch schaffen es einige Heime, ein Klima zu erzeugen, in dem sich die Bewohner angenommen und verstanden fühlen und Interesse an ihrem neuen Lebensumfeld entwickeln. Man erkennt diese Heime oft schon auf den ersten Blick – nämlich daran, wie die Bewohner Fremden gegenüber reagieren. Es gibt Häuser, da weht einem gleich schon am Eingang eine bedrückende Stimmung entgegen. Da weiß man, ohne im Einzelnen nachfragen zu müssen, dass in dieser Einrichtung körperliches Versorgungsdenken den Alltag beherrscht. Durch die Art wie Pflege oftmals übergestülpt wird, erzeugt man Passivität und das Gefühl nichts mehr zu können. Immer wieder wird beobachtet und von Angehörigen berichtet, wie schnell die Mutter/der Vater abgebaut hat, seit er ins Heim kam. Aktivierung meint nach dem Verständnis des Pflege-Selbsthilfeverbands vor allem die Aktivierung des Selbstwertgefühls und die Stärkung vorhandener Fähigkeiten.

● Übersicht: Schwerpunkte des Pflege-Selbsthilfeverbands im Bereich Pflege und Behandlung

● Fachgerechte Pflege

Der Pflege-Selbsthilfeverband hat lange überlegt, in diesem Punkte – vergleichbar den MDK-Kriterien – die Ergebnisse einzelner Grund- und Behandlungspflegemaßnahmen aufzulisten. Am Ende wurde jedoch entschieden, aus der Personalbesetzung und der Dokumentation auf die zu erwartende fachgerechte Pflege zu schließen. Bewertet wird an dieser Stelle die von den Prüfern beobachtete Kompetenz der Mitarbeiter. Dabei werfen die Prüfer auch einen Blick in die Dokumentation um festzustellen, inwieweit sich daraus der Pflegeverlauf ersehen lässt.

● Bewegungsförderung und Schutz vor Gefahren

Hier werden folgende Fragen geklärt: Müssen Bewohner in der Einrichtung befürchten, aus Sicherheitsgründen bei Sturzgefahr fixiert zu werden? Wie sehen die Alternativen aus? Trifft der Gutachter einen Bewohner mit versteiften Gelenken, will er wissen, welche Erklärung die Pflegekraft dafür hat. Auch bei Dekubitus wird angesprochen, ob dieser in einem Zusammenhang mit mangelnder Bewegung und Lagerung in der Einrichtung steht. Bei einem verhältnismäßig hohen Anteil von Bewohnern mit einem Dekubitus oder deutlichen Kontrakturen lässt sich schon aus diesem Ergebnis auf mangelnde Vorsorge schließen.

● Schutz vor Gewalt

Ergebnisorientiert lässt sich nur aus den Gesprächen mit Bewohnern herausfinden, ob es Mitarbeiter gibt, die zu Gewalthandlungen neigen und was seitens der Einrichtung dagegen unternommen wird. So erklärte eine Bewohnerin auf die Frage: „Gibt es Dinge, die Sie besonders stören, worüber sie Sie sich regelmäßig ärgern?“ – „Ja, da ist eine Schwester. Wenn die Dienst hat, muss ich ewig lange warten. Die ist richtig ruppig und grob. Ich habe das auch schon der Frau gesagt. Viel genutzt hat es nicht.“

● Kontinenzförderung und Inkontinenzversorgung

Muss ein Bewohner in dieser Einrichtung befürchten, bei dem ersten Missgeschick für den Rest seiner Tage in Windeln gelegt zu werden oder kann er auf eine angemessene individuelle Unterstützung vertrauen? Darum geht es vor allem in diesem Punkt. Ein Hauptschwachpunkt, wie der Pflege-Selbsthilfeverband bei den bisherigen Begutachtungen feststellen mussten.

● Gepflegtheit – Erscheinungsbild

Dabei interessiert nicht, wie oft die Bewohner geduscht und gewaschen werden, sondern ob sie einen gepflegten Eindruck machen bzw. wie wohl sie sich in ihrer Haut fühlen. Dabei werden Hinweise auf mögliche Hygieneprobleme oder Pflegefehler aufgegriffen – so in einem Wohnbereich in dem auffallend viele Bewohner über Juckreiz klagten, während es oberflächlich gesehen, am Pflegezustand nichts zu bemängeln gab.

● Ärztliche Versorgung

Im Unterschied zu den MDK-Kriterien fragt der Pflege-Selbsthilfeverband danach, inwieweit die Einrichtung auf eine gute ärztliche Versorgung achtet. Das ist leichter gesagt als getan. Vor allem Fachärzte mit einem Interesse für Heimbewohner sind schwer zu finden. Gefragt wird nach der Qualität der Zusammenarbeit des Pflegedienstes mit den Ärzten. Müssen sich Bewohner und Angehörige selbst darum kümmern oder können sie erwarten, dass die Pflegekräfte erkennen, wann es wichtig ist einen Arzt hinzuzuziehen und wie sie das handhaben? Müssen Bewohner, auch wenn sie schwer demenzkrank sind, im Wartezimmer einer Arztpraxis sitzen oder kommen Neurologen, Zahnärzte, Hautärzte etc. bei Bedarf ins Haus? Wie ist der Begleitsdienst geregelt?

● Schmerztherapie und Linderung von Beschwerden

Beispielsweise klagte eine Bewohnerin über ständige Schmerzen in der Schulter und im Arm. Die würden sie verrückt machen. Eine Nachfrage bei der Übergabe klärte ab, ob diese Klage bekannt sei und was bisher dagegen unternommen wurde.

Dabei kam zum Ausdruck, dass sich die wenigsten Ärzte wirklich kümmern und auch in diesem Fall nicht erwartet werden kann, dass die Ärztin kurzfristig kommt, nur weil Frau mal wieder über ihre Schmerzen klagt.

● Zusammenarbeit mit Therapeuten und anderen Hilfsdiensten

Einrichtungen, die eine gute Zusammenarbeit mit Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden und anderen pflegen, zeigen damit zugleich, dass sie sich für rehabilitative Ergebnisse einsetzen. So sprechen die Prüfer des Pflege-Selbsthilfeverbands Therapeuten an, denen sie in der Einrichtung begegnen; Sie fragen nach, ob die Therapeuten auch andere Bewohner betreuen oder andere Einrichtungen kennen und wie sie die Zusammenarbeit erleben.

Impressum



Das monothematische Sonderheft „Ergebnisqualität – der entscheidende Faktor für Erfolg!“ liegt der Ausgabe 07 Juni 2009 bei.

Chefredaktion: Harald Steindorf, Solingen (Vis.d.P)

Objektleitung: Brigitte Schlagintweit

Redaktion: Sabine Krejci, Gersthofen

Autor dieser Ausgabe: Adelheid von Stösser

Herausgeber: WEKA MEDIA GmbH & Co. KG,
Römerstraße 4, 86438 Kissing, Tel: 0 82 33.23-40 01,
www.weka.de

Geschäftsführung: Mirko Meurer, Dr. Heinz Weinheimer

Satz: Comtex Mediendesign, Augsburg

Der Heimleiter Report, Postvertriebskennzeichen 70948
Wiedergabe – auch auszugsweise – nur mit schriftlicher Einwilligung des Herausgebers. Erscheinungsweise monatlich. Alle Angaben in „Der Heimleiter Report“ wurden mit äußerster Sorgfalt ermittelt und überprüft. Sie basieren jedoch auf der Richtigkeit uns erteilter Auskünfte und unterliegen Veränderungen. Eine Gewähr kann deshalb nicht übernommen werden, auch nicht für telefonisch erteilte Auskünfte.

ISSN: 1862-1236

Das bewertet der Pflege-Selbsthilfeverband im Bereich „Wohnen und Service“

Die Idee, Pflegeheimen Sterne zu verleihen, hat ihr Vorbild in der Hotelbranche. Heute kann jeder, der ein Hotel sucht, an der Anzahl der Sterne erkennen, welche Qualitätsstandards das Hotel erfüllt. Bundesweit – ja inzwischen europaweit – werden dabei die gleichen Maßstäbe an Wohnkomfort und Service gelegt. Auch im Pflegeheimbereich spielt der Wohnwert eine erhebliche Rolle. Wer eine Empfehlung für ein Heim aussprechen will, darf diesen Bereich nicht ausklammern. Dieser Beitrag verdeutlicht Ihnen, welche Punkte der Pflege-Selbsthilfeverband seiner Bewertung zugrunde legt.

Teil C: Wohnen und Service der Pflege-Selbsthilfeverbands-Begutachtung umfasst 39 Kriterien. Im Unterschied zu Teil A und B handelt es sich nur in wenigen Punkten um eine bewohnerbezogene Ergebnisbewertung. Im

Vordergrund stehen Merkmale wie Größe und Ausstattung von Zimmern und Gemeinschaftsräumen, Hygiene und räumliche Wohlfühlatmosphäre. Punkte, die oft für viele ausschlaggebend sind, die einen Heimplatz suchen.

Der Wettbewerb heute entscheidet sich oftmals beim Anblick der Zimmer. Kaum jemand wählt ein Zweibettzimmer, wenn in der Einrichtung nebenan, für den gleichen Preis ein Einzelzimmer zu haben ist.

Übersicht: Schwerpunkte des Pflege-Selbsthilfeverbands im Bereich Wohnen und Service

Begutachtungspunkte

- Wohnkultur und Verkehrsanbindung
- Baden und Wellness
- Außenbereich
- Serviceangebot
- Ausstattung der Zimmer
- Wohnbereich
- Ordnung und Sauberkeit
- individuelle Gestaltungsmöglichkeiten
- Empfang – Gemeinschaftsräume
- Verpflegungsangebot – Qualität der Küche

Wohnkultur und Verkehrsanbindung

Nicht jeder bevorzugt ein Heim auf der grünen Wiese. Die Anbindung an den Rest der Welt sollte stimmen. Das zeigt folgendes Beispiel: Eine Dame aus Hamburg sucht nun schon zum dritten Mal ein neues Heim für ihre Mutter. Als ich ihr ein Haus etwas außerhalb empfahl, entgegnete sie verzweifelt: „Wie soll ich denn da jeden Tag hinkommen – ohne Auto.“

Ausstattung der Zimmer

Neben der Größe und der Anzahl von Einzelzimmern/Appartements werden Wohnlichkeit und Zweckmäßigkeit bewertet, einschließlich des Sanitärbereichs.

Individuelle Gestaltungsmöglichkeiten

Eine der häufigsten Fragen, die Ihnen als Heimleitung bei der Besichtigung gestellt wird: Können eigene Möbel, Bilder etc. mitgebracht werden? Darum stellen wir auch diesen Punkt gesondert heraus.

Baden und Wellness

Ein Bad in einem Raum, der bis unter die Decke weiß gefliest oder nebenher als Abstellraum für Rollstühle dient, lässt auf seltene Benutzung schließen. Baden kann aber eine sehr entspannende Wirkung haben, wenn das Drumherum stimmt. Mit wenigen Hilfsmitteln lassen sich aus sterilen Bädern, wohnliche Räume gestalten.

Wohnbereich

Ob die Farbgebung und Ausstattung von Räumlichkeiten gefällt, ist in erster Linie Geschmacksache. Nicht jeder alte Mensch sehnt sich nach „der guten alten Zeit“, was Möbel, Tapeten und Bilder betrifft. Aber niemand fühlt sich an einem Ort zu Hause, der an ein Krankenhaus erinnert.

Empfang – Gemeinschaftsräume

Neben dem räumlichen Eindruck interessiert die Funktion des Empfangs. Findet ein Bewohner oder Besucher dort eine freundliche Person, die sich auskennt, die weiß wie sie einen Demenzzranken geschickt davon abbringt, das Haus zu verlassen?

Außenbereich

Es muss nicht unbedingt ein modellgeförderter Demenzgarten sein. Mitunter lockt eine Bank unter einem Baum eher nach draußen. Ideal wäre natürlich, wenn die Garten-Fans unter den Bewohnern bei der Bepflanzung mitwirken dürfen.

Ordnung, Sauberkeit, Licht und Luft

Auch hier spielt das subjektive Empfinden die ausschlaggebende Rolle.

Verpflegungsangebot

Mit acht Unterpunkten nimmt dieser Bereich den größten Stellenwert in Teil C ein. Im Vordergrund steht dabei der Genusswert des Essens aus Sicht der Bewohner. An den beiden Tagen der Begutachtung essen die Gutachter in der Einrichtung mit – nach Möglichkeit gemeinsam mit den Bewohnern. Darüber hinaus interessiert der Gesundheitswert des Angebots und inwieweit Wünsche der Bewohner individuell berücksichtigt werden. Müssen diese im Voraus entscheiden, was sie essen möchten oder können sie kurzfristig – wenn sie das Essen riechen und sehen – wählen. Auch das Getränkeangebot wird hinterfragt.

Serviceangebot

Hier werden Bewohner und Angehörige befragt: Wie ist die Qualität der Wäscheversorgung? Was ist, wenn persönliche Wäsche nicht zurückkommt oder Knöpfe ab sind? Gibt es einen Kiosk oder Geschäfte in der Nähe? Kommt ein Friseur und eine Fußpflege ins Haus? Sorgt die Einrichtung dafür, dass die Bewohner regelmäßig an die frische Luft kommen?