FORSCHUNG AKTUELL

Institut Arbeit und Technik

Ausgabe : 9/2008

Thema : # Die stationäre Altenhilfe:

Situation, Herausforderungen und beispielhafte Entwicklung

Autor : Christoph Bräutigam

Auf den Punkt

- Die stationäre Altenhilfe ist kein „Auslaufmodell“ sondern ein wachsender Sektor der Gesundheitswirtschaft, der auch in den nächsten Jahrzehnten große Bedeutung haben wird.
- Die Komplexität der Versorgungsbedarfe und die Qualitätsanforderungen wachsen; die personellen Ressourcen der Pflegeheime sind dürftig und Qualifizierungs- und Rekrutierungsprobleme nehmen zu.
- Es bedarf neben politischen und wissenschaftlichen Anstrengungen insbesondere auch der Initiative der Träger, wenn die Herausforderungen der Zukunft gemeistert werden sollen.
- Innovative Entwicklungsprojekte können Vorbild sein.

Zentrale wissenschaftliche Einrichtung der Fachhochschule Gelsenkirchen in Kooperation mit der Ruhr-Universität Bochum

Fachhochschule Gelsenkirchen

Einleitung

Die große Mehrheit der Bevölkerung wünscht sich, im Fall eintretender Pflegebedürftigkeit mit Unterstützung in der eigenen Wohnung leben zu können (Dittmann 2008). Kaum jemand zieht in dieser Situation freiwillig in ein Pflegeheim. Das Bild vom Heim ist beeinflusst von Medienberichten über skandalöse Zustände, über Pflegefehler und würdelose Lebensumstände der Bewohner. Weniger präsent ist, dass in vielen Einrichtungen unter großem Engagement der Beschäftigten für viele Bewohner eine relativ gute Lebensqualität erreicht wird. Das negative Image der stationären Altenhilfe, in Verbindung mit hohen Kosten und der verstärkten Propagierung alternativer Wohnformen wie Wohn- und Hausgemeinschaften, könnte den Eindruck erwecken, die stationäre Altenhilfe wäre ein Auslaufmodell. Der Beitrag will dagegen zeigen, dass sie einen Wachstumssektor der Gesundheitswirtschaft darstellt, der zwar schwierigen aber ebenso interessanten Gestaltungsherausforderungen gegenübersteht.

Stationäre Altenhilfe als wachsender Sektor der Gesundheitswirtschaft

Mit der fortschreitenden Veränderung der demographischen Bevölkerungsstruktur geht eine deutliche Zunahme der Gruppe pflegebedürftiger alter Menschen einher. Prognosen auf Basis des Status-Quo-Modells, also unter Abstrahierung von möglichen Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts, sagen für die Zahl aller Pflegebedürftigen im Sinne des Pflegeversicherungs-Gesetzes eine Zunahme von heute rund 2,13 Millionen (Stand 2005) auf 3,36 Millionen im Jahr 2030 voraus (Statistisches Bundesamt 2008: 22-25). Der Anteil der über 65-Jährigen lag im Jahr 2005 bei rund 82,3% (Statistisches Bundesamt 2007: 13). Der gesellschaftliche Bedarf an Altenhilfe und insbesondere auch an professionellen Pflegeleistungen wächst. Die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung steigt bereits um etwa 0,5 Prozentpunkte pro Jahr, während gleichzeitig das informelle Pflegepotenzial der Gesellschaft abnimmt (Roth 2006). 2005 wurden von den offiziell 2.128.550 pflegebedürftigen Menschen 1.451.968 (68,2%) zu Hause gepflegt und 676.582 (31,8%) in einer stationären Pflegeeinrichtung (Statistisches Bundesamt 2007: 13). Ein Blick auf die Trends der Pflegeversicherung zeigt, dass sich der Anteil des stationären Sektors gegenüber der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit erhöht: Während die Zahl der ambulant betreuten Leistungsempfänger von 2000 bis 2006 um 3,9% anstieg, lag die Steigerung stationär im selben Zeitraum bei 17,4% (nach BMG 2008: 107, eigene Berechnung). Die folgende Tabelle verdeutlicht die Entwicklung:

Tabelle 1: Entwicklung Pflegebedürftige und Heime

	1999	2001	2003	2005	Veränderung 1999/2005
Anzahl Pflegebedürftige	2.016.091	2.039.780	2.076.935	2.128.550	+ 5,6 %
Anzahl Pflegebedürftige in vollstationärer Pflege	573.211	604.365	640.289	676.582	+ 18,0 %
Anzahl Pflegeheimplätze	645.456	674.292	713.195	757.186	+ 17,3 %
Anzahl nach SGB XI zugelassener Pflegeheime	8.859	9.165	9.743	10.424	+ 17,7 %

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007, eigene Berechnung

Das Wachstum zeigt sich auch bei den Beschäftigtenzahlen. Sie stiegen von 1999 bis 2005 von 440.940 auf 546.397, also um 23,9%, an. Differenziert nach Tätigkeitsbereichen stellt sich die Entwicklung wie folgt dar:

Tabelle 2: Beschäftigte nach Tätigkeitsbereichen

Tätigkeitsbereich	1999	2005	Veränderung 1999/2005
Pflege und Betreuung	287.267	374.116	+ 30,2 %
Soziale Betreuung	14.967	20.253	+ 35,3 %
Hauswirtschaft	93.622	100.346	+ 7,2 %
Haustechnik	13.635	14.373	+ 5,4 %
Verwaltung/Geschäftsführung	24.502	30.176	+ 23,2 %
Sonstiger Bereich	6.947	7.133	+ 2,7 %
Beschäftigte gesamt	**440.940**	**546.397**	**+ 23,9 %**

Quellen: Statistisches Bundesamt (2007) und BMFSFJ (2006); Darstellung und Berechnung: IAT

Damit machen die Beschäftigten in den Heimen rund 12% der etwa 4,7 Millionen Menschen aus, die in der Gesundheitswirtschaft arbeiten. Auch wenn in den letzten Jahren viel von neuen ambulanten Wohnformen gesprochen wird und seitens der Politik der ambulante Sektor nach dem Motto „ambulant vor stationär“ gestärkt werden soll: Die Bedeutung der Pflegeheime ist hoch und nimmt deutlich zu. Der stationäre Anteil der Altenhilfe ist alles andere als ein Auslaufmodell. Er wird weiterhin und zunehmend gebraucht.

Personalstruktur, Ansprüche und Arbeitsbedingungen

Allerdings ist die Personalsituation trotz dieses Wachstums stark angespannt. Die Stellenpläne sind eng, krankheitsbedingte Ausfälle, Urlaubszeiten usw. stellen die Pflegeheime regelmäßig vor große Probleme. Viele Pflegende beklagen die geringen zeitlichen Möglichkeiten, sich den Bewohnern, insbesondere solchen mit demenzieller Erkrankung oder Bettlägerigkeit, in adäquatem Ausmaß und auch zum erforderlichen Zeitpunkt zuwenden zu können. Zudem wird es für die Einrichtungen bereits heute zunehmend schwieriger, geeignete Fachkräfte und Personen für Leitungsaufgaben zu finden (vgl. BMFSFJ 2006: 85). Bereits heute gelingt es vielen Einrichtungen kaum noch, dieses Problem zu lösen. Am Beispiel der Situation in Nordrhein-Westfalen wird eine Nachwuchsproblematik deutlich. Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ausbildungszahlen in der Altenpflege:

Tabelle 3: Entwicklung der Ausbildung in der Altenpflege

	1995	2004/05	2005/06
Neu belegte/belegbare Ausbildungsplätze in Fachseminaren f. Altenpflege	5.483	3.225	3.509
Schülerzahlen an Fachseminaren für Altenpflege	13.109	11.133	9.910
Zahl der Absolventinnen an Fachseminaren für Altenpflege	3.176	3.305	3.321

Quelle: MAGS 2008

Die Qualifikationsstruktur in stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland zeigt folgendes Bild (alle Zahlen für Ende 2005; Statistisches Bundesamt 2007, Berechnungen: IAT): Der Anteil der Pflegefachkräfte (Altenpfleger/-innen, Krankenschwestern/-pfleger, Kinderkrankenschwestern/-pfleger) im Tätigkeitsbereich „Pflege und Betreuung“ beträgt 48,1%, was 34,3% des Gesamtpersonals der Einrichtungen entspricht. 9,2% sind Kranken- bzw. Altenpflegehelfer(innen) mit staatlicher Anerkennung (6,4% des Gesamtpersonals). Einen mit etwas mehr als 2% geringen Anteil des Bereichs „Pflege und Betreuung“ beansprucht eine Gruppe unterschiedlicher mehr oder weniger pflegenaher Qualifikationen (Heilerziehungspflege, Heilpädagogik, Ergotherapie, Sozialarbeit/-pädagogik, Familienpflege usw.). Erheblich ist der Anteil von Personen ohne oder ohne einschlägigen Berufsabschluss im Bereich Pflege und Betreuung. Der Anteil dieser Gruppen liegt bei über 40% der Beschäftigten im Tätigkeitsbereich „Pflege und Betreuung“, inklusive der Personen in Ausbildung. Insbesondere vor dem Hintergrund des hohen Anspruchs an die Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen ist von einem bestehenden und zukünftig wachsenden Qualifikationsdefizit auszugehen.

Was die Lage zunehmend verschärft: Die Komplexität der Versorgungsbedarfe wächst. Das Ausmaß der *tatsächlichen* Pflegebedürftigkeit in den Einrichtungen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Seit Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 90er Jahre hat sich die Bewohnerstruktur stationärer Einrichtungen grundlegend geändert (Landtag NRW 2005: 168-170). Der weit verbreitete Wunsch, so lange wie möglich in der eigenen Wohnung zu leben, sowie die damals eingeführten Unterstützungsleistungen für die ambulante Pflege haben dazu geführt, dass der Umzug in stationäre Einrichtungen erst sehr spät erfolgt. Zu diesem Zeitpunkt ist der Grad der Pflegebedürftigkeit bereits hoch, nicht selten führen Selbst- und Fremdgefährdung zum Umzug und in vielen Fällen auch das Fortschreiten demenzieller Erkrankungen. Heute schätzt man, dass rund 60% aller Bewohner in Pflegeheimen demenziell verändert sind (RKI 2005). Nur bei oberflächlicher Betrachtung wird diesen erhöhten Ansprüchen dadurch Rechnung getragen, dass sich der Personalschlüssel an den vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ermittelten Pflegestufen orientiert, also prinzipiell an der festgestellten Pflegebedürftigkeit der Bewohner. Zum Hintergrund: Die Leistungen der Pflegeversicherung sind an eine systematische Bedürftigkeitsprüfung gebunden. Problematisch dabei ist, dass für die Einstufung lediglich der Hilfebedarf in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität sowie auch hauswirtschaftliche Hilfebedürftigkeit (die aber allein nicht zur Anerkennung einer Pflegestufe führt) entscheidend ist, und auch das nur, sofern bestimmte Mindestzeitwerte für die Unterstützung erreicht werden. Sämtliche anderen Lebensbereiche bleiben unberücksichtigt. Dieser Umstand bewirkt insbesondere für demenzerkrankte Personen häufig eine niedrige Einstufung, weil die körperlich-funktionalen Fähigkeiten, die bei der Begutachtung im Vordergrund stehen, hier häufig noch vorhanden sind (vgl. Landtag NRW 2005: 171). Hinzu kommt, dass sich der zur Einstufung ermittelte Zeitaufwand gemäß § 15 Abs. 3 SGB XI auf nicht ausgebildete Pflegepersonen bezieht. Professionelle Pflege ist jedoch dem Grundsatz der “aktivierenden Pflege“ verpflichtet, die individuell ressourcenorientiert die Selbständigkeit des Pflegebedürftigen fördert. Die Arbeit nach diesem Grundsatz bedingt in der Regel einen deutlich höheren Zeitaufwand als eine „zeitsparende“ vollständige Übernahme aller Tätigkeiten (vgl. Wingenfeld 2000: 354). Die Schere zwischen fachlich feststellbarem Pflegebedarf und der Personalausstattung hat sich in den letzten Jahren auf diese Weise immer weiter geöffnet. Insbesondere demenziell veränderte Personen erfordern häufig zeitaufwändige individuelle Begleitung, Zuwendung und Beaufsichtigung, die kaum noch leistbar ist.

Es verwundert daher kaum, dass die Arbeitsbelastung der Beschäftigten hoch ist, was nachweislich zu einem im Vergleich zu anderen Berufstätigen schlechten Gesundheitszustand der Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen führt. Die Untersuchungen der zuständigen Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege zeigen beispielsweise, dass der psychische Gesundheitszustand um beinahe 12% schlechter ist als in der berufstätigen Bevölkerung im Allgemeinen, psychosomatische Beschwerden um 44,3% häufiger vorkommen und insbesondere Rückenschmerzen deutlich überrepräsentiert sind. Die Beschäftigten leiden unter hoher Arbeitsbelastung, häufigen Arbeitsunterbrechungen und ausgeprägtem Zeitdruck (BGW 2003: 7, vgl. BMFSFJ 2006). Zudem bewerten viele Pflegende das Image des Berufs in der Gesellschaft als schlecht und nicht wenige spielen mit dem Gedanken daran, ihren Beruf zu verlassen (Simon et al. 2005).

Wachsende Qualitätsansprüche

Vor diesem Hintergrund verstärkt sich ein gesellschaftlicher Diskurs über die Qualität der Altenhilfe. Gerade im Zusammenhang mit den als hoch eingeschätzten Kosten für einen Pflegeplatz wird die Qualität kritisch gesehen (Dittmann 2008). Die extern definierten Qualitätsanforderungen sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Neben der Heimaufsicht spielt auch hier der Medizinische Dienst der Krankenversicherung eine zentrale Rolle. Er kontrolliert die Einrichtungen stichprobenartig hinsichtlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie des Qualitätsmanagements. Letzteres nimmt in den Einrichtungen bereits heute einen herausragenden Stellenwert ein. Die Prüfungen stützen sich zu einem bedeutsamen Anteil auf die von den Einrichtungen vorzuhaltenden Dokumentationen zu jedem Bewohner. Der Dokumentation wird vor allem aus diesem Grund in vielen Einrichtungen ein großer Stellenwert zugestanden (vgl. Mahlberg-Breuer/Mybes 2007).[1] Hinsichtlich der Fachlichkeit orientieren sich die Prüfungen zunehmend am pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstand. Fachliche Ansprüche im Kontext behördlicher Qualitätsprüfungen stellen somit einen wesentlichen Aspekt der steigenden Qualitätsansprüche dar. Ebenso werden aber zunehmend auch die Stärkung der Selbstbestimmung der Bewohner und die „Normalisierung“ der Wohnsituation weg von traditionellen Heimstrukturen hin zu kleinteiligeren, wohnungsähnlichen Einrichtungen gefordert. Die Einhaltung der Menschenrechte wird eingeklagt, eine „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ wurde erarbeitet (Aichele/Schneider 2006; BMFSFJ/BMG 2006).

Das angedeutete Spektrum der Anforderungen zeigt, dass die fachpflegerischen Dienstleistungen in der Altenhilfe weit über körperliche Unterstützung und einen freundlichen Umgang hinausgehen. Dem gegenüber herrscht paradoxerweise sowohl in der Öffentlichkeit wie auch in der politischen Diskussion teilweise noch das Bild einer zwar körperlich belastenden, intellektuell aber eher einfachen Tätigkeit vor, die vor allem ein „gutes Herz“ verlange. Die vom ehemaligen Bundesminister Blüm 1995 geäußerte Ansicht, zur Pflege brauche es in erster Linie „ein gutes Herz und eine ruhige Hand“ (Deutscher Bundestag 1995: 4372), stellt damals wie heute eine schlichte Fehleinschätzung dar.

[1] Neben der eigentlichen Pflegedokumentation, die als professionelles Instrument zu betrachten ist, sehen sich die Einrichtungen diversen anderen Dokumentations- und Nachweispflichten ausgesetzt. Diese Situation hat dazu ge-

Entwicklungsbedarfe und Herausforderungen

Als wesentliche Herausforderungen der nächsten Zeit können u. a. die Weiterentwicklung der Wohn- und Organisationsformen, die Personalqualifizierung und -rekrutierung sowie die Umsetzung bedarfsgerechter Betreuungskonzepte insbesondere für Menschen mit Demenz gelten. Auch der Weiterentwicklung auf dem Feld des Qualitätsmanagements wird weiterhin große Bedeutung zukommen. Ein Teil der notwendigen Entwicklungen wird von den Einrichtungen bzw. ihren Trägern selbst zu leisten sein. Hier geht es darum, unter den herrschenden restriktiven Umständen jeweils die vorhandenen Gestaltungsspielräume zu erkennen und systematisch zu nutzen. Gemessen an der Tatsache, dass die Bedingungen, unter denen die Einrichtungen ihre Leistungen zu erbringen haben, aufgrund der starken Reglementierungen als sehr ähnlich zu bezeichnen sind, sind erstaunliche Qualitätsunterschiede festzustellen. Die große Mehrheit befindet sich im Mittelfeld. Ein Teil der Pflegeeinrichtungen erfüllt aber kaum die grundlegenden Anforderungen an eine menschenwürdige Versorgung, während andere mit auf die individuelle Situation der Bewohner abgestimmten professionellen Angeboten überzeugen können. Diesen mangelt es an der Möglichkeit, ihre positiven Leistungen darzustellen, andererseits bleiben die „schwarzen Schafe“ teilweise unerkannt. Insgesamt kann sicherlich konstatiert werden, dass in den meisten Pflegeheimen von einem hohen Engagement von Beschäftigten und Leitungen auszugehen ist. Dennoch ist nicht von einer allgemein zufrieden stellenden Qualität auszugehen. Von einer Umsetzung der oben formulierten Ansprüche an professionelle Pflege sind viele Einrichtungen noch weit entfernt. Dennoch existieren Beispiele guter Praxis, die verdeutlichen, wie auch unter den gegebenen Bedingungen eine fachlich gute, menschenwürdige Pflege leistbar ist, die zu einer guten Lebensqualität pflegebedürftiger alter Menschen entscheidend beiträgt.

Die offensichtliche Tatsache, dass in der Praxis große Qualitätsunterschiede zwischen Pflegeheimen existieren, obwohl die Resultate unter den Bedingungen eines stark regulierten Marktes erzielt werden, zeigt, dass die Nutzung der jeweiligen Gestaltungsspielräume entscheidend ist. Dennoch ist ein wesentlicher Teil der Entwicklungserfordernisse keinesfalls nur von den Einrichtungen allein zu bewältigen. Hingegen bedarf es großer politischer Anstrengungen, wenn die Betreuung pflegebedürftiger Menschen künftig in gesellschaftlich akzeptabler Art und Weise leistbar sein soll. Bei vielen Entwicklungen wird zudem ein umfassender Forschungsbedarf deutlich. Selbst wenn diesem künftig systematisch entsprochen werden sollte, würden viele Jahre vergehen, bis belastbare Ergebnisse vorliegen und diese in politisch akzeptierte Verfahren übersetzt werden könnten. Träger und Einrichtungen können diese Entwicklung nicht abwarten. Sie müssen heute dafür sorgen, dass die Ergebnisse ihrer Arbeit gesichert und verbessert werden, auch wenn noch keine Standardverfahren zur Verfügung stehen.

Ansätze zur Qualitätsentwicklung und Förderung von Transparenz

Dass Unternehmen der Altenhilfe nicht untätig bleiben, sondern teilweise unter großem Einsatz innovative Entwicklungsschritte in Angriff nehmen, soll abschließend am Beispiel eines Entwicklungsprojekts[2] verdeutlicht werden, das vor kurzem abgeschlossen worden ist. Das Projekt

führt, dass das zuständige Bundesministerium eine Studie zu Möglichkeiten der Entbürokratisierung der Heime in Auftrag gegeben hat (BMFSFJ 2006a).

[2] Das deutsch-niederländische Projekt „Messen, bewerten, besser werden – Meten, beoordelen, beter worden“ wurde im Rahmen des Interreg III-Programms der EU von der euregio rhein-maas-nord, vom Ministerium für Wirtschaft,

widmete sich der Frage, wie ein Qualitätsmanagement aussehen kann, das einerseits hinreichend fundiert ist, andererseits aber auch praktikabel. Qualitätsmanagement muss dabei in der Praxis für die Pflegenden lebbar und für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erlebbar sein. Ein Erfolg versprechender Ansatz ist die Nutzung von Daten der *Ergebnisqualität* für die Qualitätssteuerung. Statt das Hauptaugenmerk wie bisher häufig üblich auf Struktur- und Prozesskriterien zu lenken, ist es plausibel, verstärkt auf Ergebnisse zu achten und diese systematisch zu verbessern. Dabei besteht allerdings ein entscheidendes Problem: Es existieren für die Altenhilfe nur wenige und keine allgemein anerkannten Ergebnisindikatoren und Verfahren für die systematische Qualitätssteuerung auf Ergebnisbasis. Eine nachvollziehbare Beurteilung pflegerischer Ergebnisqualität und ein auf Ergebnisdaten aufbauendes pflegerisches Controlling gibt es bisher kaum. Das Projekt hatte daher u. a. zum Ziel, Indikatoren für Ergebnisqualität und die Verfahren ihrer Messung zu entwickeln sowie systematisch und ganz konkret im Wohnbereich für die Qualitätssteuerung nutzbar zu machen.

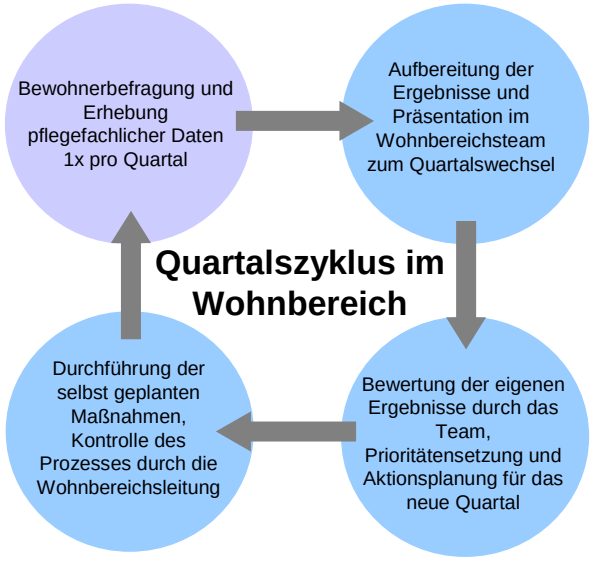
Auf Basis der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (BMFSFJ/BMG 2006) sowie des Standes der Forschung zu Qualitätsansprüchen von Bewohnern und Angehörigen wurden zunächst fünf wesentliche Dimensionen von Ergebnisqualität formuliert: Selbstbestimmung, Selbständigkeit, Schutz und Sicherheit, Würdevoller Umgang, Soziale und gesellschaftliche Teilhabe. Diese lenkten das weitere Vorgehen. Bei der Messung der Ergebnisqualität wurden drei wesentliche Anforderungen erfüllt: Praxistauglichkeit, Fundierung und Integration verschiedener Perspektiven (Bewohner, Angehörige, Fachlichkeit). Der Messung der Ergebnisqualität aus der Perspektive der Bewohner(innen) und Angehörigen wurde besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Die Methode der Wahl war hier die Kundenbefragung. Mit Hilfe einer fünfstufigen Skala (von „trifft voll zu“ bis „trifft nicht zu“) wurden Aussagen zu den Bereichen Allgemeines, Pflege, Hauswirtschaft und soziale Aktivitäten gemessen. Während die Angehörigen den Fragebogen ausfüllen, fanden die Bewohnerbefragungen überwiegend in Form eines Interviews mit gleichem Inhalt statt. Zur Messung der Ergebnisqualität aus pflegefachlicher Sicht wurden 15 Indikatoren entwickelt. Die zweimalige internationale Datenerhebung wurde durch die Wohnbereichsleitungen überwiegend auf Basis der Pflegedokumentation durchgeführt. Die Daten wurden anonym auf Unternehmens-, Einrichtungs- und Wohnbereichsebene aufbereitet. Ganz entscheidend war dabei die wohnbereichsbezogene Darstellung, die eine deutlich präzisere Steuerung erlaubt als bisher. Ganz entscheidend ist es, die Ergebnisse für systematische Verbesserungen zu nutzen. Zu diesem Zweck wurden in den Einrichtungen ergebnisbasiert Aktionsplanungen nach dem PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) vorgenommen und umgesetzt. So wurden Stärken und Schwächen erkannt und gezielt Prioritäten gesetzt, um die Schwächen zu beseitigen sowie die Stärken auszubauen. Neben der Benchmarking-Funktion, also dem Vergleich mit anderen Wohnbereichen und Einrichtungen, wird so vor allem die systematische Beeinflussung der eigenen Ergebnisse im Zeitverlauf möglich.

Mittelstand und Energie des Landes Nordrhein-Westfalen, der Provinz Limburg finanziell gefördert. Die Projektlaufzeit betrug drei Jahre (1. Juli 2005 bis 30. Juni 2008). Projektträger: Altenheime der Stadt Mönchengladbach GmbH; Partnerunternehmen in den Niederlanden: Zorggroep Noord-Limburg, Regio Venlo; wissenschaftliche Begleitung: Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen; Organisationsberatung: Konkret Consult Ruhr, Gelsenkirchen.

Integriertes wohnbereichsbasiertes Pflegecontrolling

Schwerpunkt des Projekts war auf deutscher Seite die Entwicklung und Erprobung einer innovativen Form der Qualitätsteuerung in den einzelnen Wohnbereichen. Das Konzept „Integriertes wohnbereichsbasiertes Pflegecontrolling“ soll eine grundlegende Weiterentwicklung der Führungskultur in den stationären Einrichtungen des Unternehmens ermöglichen. Dabei steht die Stärkung der Mitarbeiterbeteiligung bis hin zur Selbststeuerung von Pflegeteams im Mittelpunkt des Interesses. Das Verfahren ist wohnbereichsbasiert, d.h. vom Wohnbereichsteam autonom anwendbar. Gleichzeitig wird die Integration in die Strukturen und Prozesse des Gesamtunternehmens gewährleistet, um so die systemische Einbindung und weitgehende Transparenz zu ermöglichen. Voraussetzung für dieses Verfahren ist die Ergebnisdarstellung auf Ebene der einzelnen Wohnbereiche als den Orten, an denen Qualität „produziert“ wird. Dadurch wird der Wohnbereich gleichermaßen zum Ort der Datenerhebung *und* –nutzung. Insbesondere auf die Wohnbereichsleitung kommen dabei zentrale Aufgaben zu. Die erhobenen Ergebnisdaten (Bewohnerbefragung und pflegefachliche Kennzahlen des Wohnbereichs) bereitet sie für ihren Wohnbereich grafisch auf und präsentiert sie am Ende eines Quartals dem Mitarbeiterteam. Nach Diskussion und Bewertung der Ergebnisse beschließt das Team die Aktivitäten zur Qualitätsoptimierung für das neue Quartal. Die festgelegten Prioritäten werden von den Mitarbeitern für ihre jeweiligen Pflegeprozesse geprüft und umgesetzt. Der Erfolg der Bemühungen kann dann anhand der nächsten Quartalsergebnisse eingeschätzt werden. Die folgende Abbildung verdeutlicht den Quartalszyklus im Wohnbereich:

Abbildung: Aktivitäten auf Ebene des Wohnbereichs im Quartalszyklus



Die Planung zur Verbesserung der Ergebnisqualität im laufenden Quartal folgt dem sog. RADAR-Schema (Bestimmung von Ergebnissen, Planung des Vorgehens, Umsetzung, Überprüfung und Bewertung; siehe Wallrafen-Dreisow/Weigel 2004: 75). Die Erprobung zeigte, dass die Mitarbeiterinnen des Wohnbereichs und die Wohnbereichsleitung sehr motiviert waren und das

Verfahren bei gezielter Begleitung nach relativ kurzer Eingewöhnung beherrschten. Die Bereitschaft, sich mit den Ergebnissen der eigenen Arbeit auseinander zu setzen, war von Anfang an sehr ausgeprägt. Auf diese Weise gelang eine ergebnisbasierte systematische Qualitätsverbesserung im Wohnbereich und damit ein tatsächlich innovatives Verfahren. Darüber hinaus ist die Verknüpfung der Aktivitäten im Wohnbereich mit den übrigen Unternehmensebenen ein entscheidender Punkt. Daher wurde ein verbindliches Verfahren entwickelt, das einen kontinuierlichen Austausch zwischen Wohnbereichen, Einrichtungsleitungen, Qualitätsmanagement und Geschäftsleitung zu Qualitätszielen und -ergebnissen ermöglicht. Um diese Verknüpfung zu gewährleisten, werden die Ergebnisse und Aktionsplanungen der Wohnbereiche nach einem verbindlichen Zeitplan aufbereitet und an diese Ebenen weitergeleitet. So entsteht ein hohes Maß an Transparenz im Unternehmen und ermöglicht gezieltes Eingreifen bei Bedarf. Qualitätsentwicklung ist damit kein isolierter Prozess sondern integrierter Bestandteil der täglichen Arbeit auf allen Ebenen, insbesondere auch im Wohnbereich.

Ausblick

Die Gestaltung der Herausforderungen in der stationären Altenhilfe erfordert wachsendes Engagement von verschiedenen Seiten. So sind politische Weichenstellungen hinsichtlich der adäquaten Finanzierung, Qualifizierung und Entbürokratisierung dringend erforderlich. Die Wissenschaft ist gefordert, in enger Zusammenarbeit mit der Praxis fundierte und praktikable Handlungskonzepte zu entwickeln und zu evaluieren, die die Lebensqualität der Pflegebedürftigen fördern und die Qualität der Versorgung verbessern. Für Träger und Einrichtungen gilt es, nicht auf solche Entscheidungen und Entwicklungen zu warten, sondern unter Inanspruchnahme wissenschaftlicher Begleitung selbst die Initiative zu ergreifen, ihre jeweiligen Gestaltungsspielräume zu erkennen und auch zu nutzen. Das hier in kurzer Form dargestellte Projekt ist ein ermutigendes Beispiel für engagierte Träger, die sich an innovative Entwicklungsaufgaben heranwagen.

Literatur :

Aichele, V./Schneider, J. (2006): Soziale Menschenrechte älterer Personen in Pflege, Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2003): BGW-DAK Gesundheitsreport 2003 Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. Hamburg: BGW.

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

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2006a): Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland. Abschlussbericht, Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)/ Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2006): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, Berlin und Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008): Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Berlin: BMG.

Deutscher Bundestag (1995): Plenarprotokoll 13. Wahlperiode, 52. Sitzung, 7. September 1995.

Dittmann, J. (2008): Deutsche zweifeln an der Qualität und Erschwinglichkeit stationärer Pflege. In: Informationsdienst Soziale Indikatoren, Ausgabe 40, S. 1-6.

Landtag Nordrhein-Westfalen (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.

Mahlberg-Breuer, A./Mybes, U. (2007): Pflegedokumentation stationär. Handbuch für die Pflegeleitung, Hannover: Vincentz Network.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (2008): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen, Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf: MAGS.

Robert Koch-Institut (RKI) (2005): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28: Altersdemenz, Berlin: Robert Koch-Institut.

Roth, G. (2006): Gesellschaftliche Entwicklungen und Bedarfe der Altenhilfe. Folienpräsentation. Online verfügbar unter http://www.drk-fachhochschule.de/gfx/REDAKTION/GGTSPU-iatgate.iatge.de-11270-211197-DAT/Altenpflege_Projektion1.pdf. (letzter Abruf am 21.08.08).

Simon, M./Tackenberg, P./Hasselhorn, H.-M./Kümmerling, A./Büscher, A./Müller, G.H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal. Online verfügbar unter http://www.next.uni-wuppertal.de/dt/NEXTq0dt2005.pdf (letzter Abruf am 21.08.08).

Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2008): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Wallrafen-Dreisow, H./Weigel, R. (Hg.) (2004): EFQM in Einrichtungen der Altenhilfe. Stuttgart: Kohlhammer.

Wingenfeld, K. (2000): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Rennen-Allhoff, Beate/Schaeffer, Doris (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim und München: Juventa, S. 339-361.

Autor

Christoph Bräutigam ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität des Instituts Arbeit und Technik.

Kontakt: braeutigam@iat.eu

FORSCHUNG AKTUELL

ISSN 1866 - 0835
Institut Arbeit und Technik der Fachhochschule Gelsenkirchen
Redaktionsschluss: 01.09.2008

http://www.iat.eu/publikation/fa.php

Redaktion

Claudia Braczko - Tel. : 0209 – 1707 176
Fax : 0209 – 1707 110
E-Mail : braczko@iat.eu

Institut Arbeit und Technik
Munscheidstr. 14
45886 Gelsenkirchen

IAT im Internet: http://www.iat.eu