



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Zusammenfassung

Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Befunde und Empfehlungen

Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Möglichkeiten
Lebensführung
Empfehlungen

Zusammenfassung

Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Befunde und Empfehlungen

Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Trends in der stationären Pflege

Steigende Anzahl an Pflegebedürftigen in Heimen

Die Zahl der Pflegebedürftigen in (vollstationären) Alteneinrichtungen ist seit 1994 von 420 Tsd. auf knapp 640 Tsd. Bewohnerinnen und Bewohner und damit um 52% gestiegen (Stand von Ende 2005). Die Zahl der häuslich betreuten Pflegebedürftigen hat sich im gleichen Zeitraum um 18% von etwa 1,2 Mio. auf etwas über 1,4 Mio. Personen in einem im Vergleich etwas geringeren Ausmaß erhöht. Insgesamt leben rund 750 Tsd. Menschen in vollstationären Altenheimen.

85% der Bewohnerinnen und Bewohner sind pflegebedürftig und beziehen Leistungen der Pflegeversicherung. Weitere 6% gehören zur sog. Pflegestufe 0. Auch diese Bewohnerinnen und Bewohner benötigen pflegerische Hilfeleistungen, wobei deren (zeitlicher) Bedarf jedoch noch unterhalb der im SGB XI formulierten und im Rahmen der MDK-Begutachtung festgestellten Schwelle eines erheblichen Pflegebedarfs liegt. Im Jahr 1994 betrug der Anteil der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner erst 63%. Ein gutes Drittel war damals vorrangig im hauswirtschaftlichen Bereich hilfebedürftig oder sogar ohne größeren alltäglichen Unterstützungsbedarf.

Demenz als wichtigstes Merkmal im Pflegebedarf

Etwa 69% der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen leiden an einem Demenzsyndrom (Ergebnisse der Vertiefungsstudie). In der Pflegedokumentation war allerdings nur für 56% der Bewohnerinnen und Bewohner, für die im Screening-Verfahren eine Demenzerkrankung festzustellen war und damit für nicht mehr als 39% der Bewohner insgesamt, eine entsprechende Diagnose verzeichnet. Bezogen auf die Einrichtungen liegt der Anteil der Demenzkranken bei rund 80% der Häuser im Bereich zwischen 50% und 70%.

Bezieht man sich auf die beobachtbaren Ausprägungen der Erkrankung (Ergebnisse der Repräsentativerhebung), so lässt sich feststellen, dass rund ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner von den Pflegekräften als zeitlich und/oder räumlich unzureichend orientiert charakterisiert werden und dass die Notwendigkeit für eine dauernde Überwachung besteht. Im Jahr 1994 wurde dies erst für 14% der Bewohnerinnen und

Bewohner berichtet. Eine gesetzliche Betreuung wird für 54% angegeben. Im Jahr 1994 traf dies auf 30% zu.

In 28% der Einrichtungen werden bestimmte Gruppen von Demenzkranken segregativ in eigenen geschützten Wohngruppen betreut. Weitere 15% der Einrichtungen setzen auf teilsegregative Formen einer speziellen Tagesbetreuung. Mehrheitlich werden Demenzkranke allerdings noch immer integrativ innerhalb der bestehenden Regelversorgungsstrukturen betreut.

Abnehmende Verweildauer

Etwas mehr als ein Fünftel (22%) der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner verstirbt innerhalb der ersten sechs Monate und insgesamt etwa ein Drittel (31%) innerhalb des ersten Jahres nach dem Einzug in das Heim. Ebenfalls ein Fünftel (22%) lebt allerdings auch fünf Jahre oder sogar noch länger im Heim.

Im Vergleich zu 1994 ist die Verweildauer rückläufig (im Durchschnitt 41 Monate zu früher 56 Monaten). Diese Durchschnittswerte sind über die einzelnen Heime sehr unterschiedlich verteilt. Je nach Region und Einzugsgebiet finden sich sowohl Einrichtungen, bei denen innerhalb eines Jahres ein Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner verstirbt, als auch solche, in denen ein relevanter Teil über viele Jahre verweilt.

Neue Möglichkeiten zur individuelleren Gestaltung der Lebensbedingungen

Im Vergleich zu 54% im Jahr 1994 bewohnen inzwischen mit 64% immerhin zwei von drei Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen ein Einbettzimmer (inkl. Appartementwohnung).

Kleinere Einrichtungen mit weniger als 50 Plätzen verfügen in der Regel häufiger über Einbettzimmer. In 71% dieser Häuser lebt mehr als die Hälfte der Bewohner in einem Einbettzimmer und diese Einrichtungen werden auch eher in Form von Wohngruppenkonzepten statt in Stationsform betrieben (54%). Für große Einrichtungen mit 150 und mehr Plätzen gilt hingegen, dass dort nur in 56% der Häuser mehr als die Hälfte der Bewohner über ein Einbettzimmer verfügt und dass nicht mehr als 37% anhand von Wohngruppenkonzepten betrieben werden.

Vielschichtig sind die ausgeübten Freizeitaktivitäten. Abgesehen von Fernsehen oder Radio hören (87%) oder sich mit anderen Bewohnern beschäftigen (65%), hat sich immerhin die Hälfte der Bewohner im Wochenverlauf an Heimaktivitäten beteiligt (54%) oder ist spazieren gegangen (50%). Gemeinsame Aktivitäten, Kultur oder auch Gymnastik und Sport gehören bei so gut wie allen stationären Einrichtungen genauso zum Angebot, wie auch Seelsorge und Sterbebegleitung (90%).

Pflegerische Versorgung

Die Pflege und Versorgung erfolgt in vollstationären Einrichtungen professionell und in der Regel innerhalb bestimmter routinisierter Abläufe. Die erforderlichen Pflegeleistungen werden vom Personal der Einrichtungen erbracht und auch regelmäßig dokumentiert. Der nach wie vor hohe Anteil von pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern, die zumindest zeitweise unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln fixiert werden (33% durch Bettgitter, 5% körpernah durch Vorsatztische und ähnliches bzw. 34% insgesamt bezogen auf die letzten 4 Wochen), spricht allerdings dafür, dass die pflegerische Versorgung eher konventionell und weniger im Sinne neuer, auf Prävention und Rehabilitation oder Selbstbestimmung und Selbständigkeit ausgerichteter Standards vollzogen wird.

Hierbei lässt sich für den Bereich der Betreuung von Demenzkranken zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit der Anwendung bewegungs- und freiheitseinschränkender Maßnahmen (Bettseitenteil, Stecktisch, Fixiergurt) durch den Einsatz von gerontopsychiatrischen Fachkräften spürbar gesenkt werden kann (Ergebnisse der Vertiefungsstudie). Zum anderen ist der Einsatz von entsprechend qualifiziertem Fachpersonal mit einem höheren Aktivitätsniveau der demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner verbunden und wirkt sich darüber förderlich auf die Wahrscheinlichkeit positiver Emotionen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern aus.

Die medizinische Versorgung wird im Bedarfsfall durch niedergelassene Ärzte erbracht. Nicht mehr als 18% der Einrichtungen haben hierzu allerdings feste Vereinbarungen getroffen (1994: 38%). Gewährleistet ist die Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln. Heilmittel und Funktionstherapien werden ebenfalls verordnet. An der Spitze steht die Krankengymnastik oder Bewegungstherapie, die 41% der Bewohnerinnen und Bewohner (1994: 35%) in den letzten 12 Monaten erhalten haben. Rückläufig ist hingegen, trotz eines unverminderten Bedarfs, der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit Ergotherapie (21% in den letzten 12 Monaten im Vergleich zu 38% in 1994) sowie die Versorgung mit Massagen, medizinischen Bädern oder Elektrotherapie (9% in den letzten 12 Monaten im Vergleich zu 15% im Jahr 1994).

Lücken beim Personal und bei der Fachkraftquote

Auf den ersten Blick mag es den Anschein haben, dass sich in den letzten Jahren der Personalbestand der vollstationären Einrichtungen erhöht hat. Berechnet man hierfür als Vergleichsmaßstab die Zahl der Vollarbeitskräfte pro 100 Bewohnerinnen und Bewohner, so beschäftigen die Einrichtungen im Durchschnitt 53,6 Kräfte im Vergleich zu 47,6 Kräften im Jahr 1994. Berücksichtigt man hingegen die Strukturveränderungen in Gestalt des inzwischen deutlich gewachsenen Anteils an Pflegebedürftigen (85% der Bewohnerinnen und Bewohner sind im Vergleich zu 63% im Jahr 1994 pflegebedürftig), so relativiert sich diese Aussage. Anhand einer hierzu vorgenommenen Modellrechnung lässt sich zeigen, dass der Personalbestand im letzten Jahrzehnt relativ betrachtet eher konstant auf dem damaligen Niveau verharrt haben dürfte. Bei einer

rechnerischen Berücksichtigung der Pflegestufe, also pflegebedarfsgewichtet, ergibt sich insgesamt eine Zahl von 40,9 Vollarbeitskräften im Vergleich zu 44,4 im Jahr 1994. Bezogen auf das Personal in der Pflege entfielen damals 27,2 im Vergleich zu aktuell etwa 29 Vollarbeitskräfte pflegebedarfsgewichtet auf 100 Bewohner.

Verbessert hat sich die Qualifikationsstruktur des Personals der Einrichtungen. Im Vergleich zu 47% im Jahr 1994 gehören inzwischen 54% der Pflegekräfte (in Vollzeitäquivalenten) zur Gruppe der examinierten Fachkräfte. Die im Heimgesetz festgelegte Fachkraftquote, also der Anteil der Einrichtungen mit mindestens 50% im Bereich der Betreuung tätigen, examinierten Fachkräften wird nach den vorliegenden Ergebnissen, berechnet auf Grundlage von Vollarbeitskräften, von nicht mehr als 73% der Einrichtungen erreicht. 1994 betrug der Anteil allerdings erst 55%.

Verstärkte Einbeziehung von zivilgesellschaftlichen Potentialen

Die Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Einrichtungen verfügen ebenfalls über ein Netz von informellen Helferinnen und Helfern aus der Familie oder der Bekanntschaft, die auch bestimmte Versorgungs- und Betreuungsleistungen übernehmen. So gut wie jede/r zweite Bewohner/in (47%) wird im Wochenverlauf von Verwandten besucht. Darüber hinaus erhalten 12% im Wochenverlauf und weitere 13% monatlich Besuche von Freunden oder Bekannten. Es überrascht von daher nicht, dass vor allem die alltägliche soziale Betreuung in Altenheimen von Verwandten und Bekannten sowie von freiwilligen Helfern als externen Akteuren maßgeblich mitgetragen wird.

Die persönliche Einbindung wirkt dabei nicht nur als soziale Betreuung sondern ist auch mit der Erbringung von konkreten Versorgungsleistungen verbunden. 9% erhalten täglich und weitere 27% ab und an in der Woche Hilfe- oder Pflegeleistungen von eigenen Verwandten. 2% erhalten täglich Hilfen von eigenen Freunden und Bekannten und 9% ab und an in der Woche. Hinzu kommen selber engagierte Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, von denen 10% täglich und weitere 8% ab und an in der Woche Hilfeleistungen erhalten. Von freiwilligen Helfern erhalten 2% täglich und weitere 14% ab und an in der Woche Versorgungsleistungen.

Über ein (schriftliches) Konzept zur Angehörigenarbeit verfügen allerdings noch immer nicht mehr als 46% der Einrichtungen. Auf spezielle Beratungsangebote verweisen ebenfalls nicht mehr als 46%. Eine feste Angehörigengruppe gibt es in 36% der Häuser. Bei 78% der Einrichtungen werden inzwischen auch freiwillig Engagierte (Volunteers) systematisch mit einbezogen. Nicht mehr als 38% haben allerdings ein Qualifizierungsangebot für freiwillige Helferinnen und Helfer entweder im Haus oder in Kooperation mit einer entsprechenden Stelle oder Initiative.

Resümee

Die vorrangige Ausrichtung der Wohn- und Betreuungsangebote auf Menschen mit (erheblichem) Pflegebedarf sowie eine deutliche Zunahme in der Nachfrage nach Plätzen für kognitiv beeinträchtigte und in der Regel demenzkranke Personen prägen maßgeblich die Entwicklungen im Bereich der vollstationären Altenhilfe. Bemerkenswert ist, dass die Einrichtungen auf diese Trendentwicklungen sehr differenziert und im Sinne einer individuellen Ausgestaltung der Heimumwelt reagiert haben. Neben den vielfältigen Versorgungs- und Betreuungsangeboten, die die Einrichtungen anbieten, finden sich auch im Bereich der Ablauforganisation inzwischen verstärkt Wohngruppenkonzepte mit Bezugspflege sowie mit spezifischen Betreuungsformen für Demenzkranke als Alternative zur klassischen Stationspflege. Positiv ist ebenfalls zu verzeichnen, dass auch die wohnlichen Gegebenheiten für die Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner immer individueller und privater ausgestaltet werden können. Der relativ hohe Anteil von Einbettzimmern bietet Rückzugsräume und ermöglicht es, das Leben im Heim stärker im Sinne der eigenen Bedürfnisse zu führen. Als wirksame neue Potentiale erweisen sich hierbei auch die inzwischen stärker systematisiert angelegte Einbeziehung von Angehörigen sowie das zivilgesellschaftliche Engagement von freiwilligen Helferinnen und Helfern.

Gleichzeitig wirken die allgemeinen Rahmenbedingungen, insbesondere die vielfach schwierige Personalsituation, spürbar einschränkend. Es hat den Anschein, dass sich mit den momentan verfügbaren Personalressourcen in der Breite der pflegerischen Versorgung auf Dauer keine substantiellen Innovationen nachhaltig werden vorantreiben lassen können. Qualitätssicherung wird sich auch daran bemessen lassen müssen, dass es gelingt, den notwendigen Bestand an qualifiziertem Personal rational bemessen und letztendlich auch realisieren zu können. Verbesserungsbedürftig ist insbesondere auch die Organisation der medizinischen Versorgung, sowohl im Hinblick auf eine systematisch organisierte und damit verlässliche Betreuung durch Allgemeinmediziner (Untersuchungen, Medikation und insbesondere Schmerztherapie), als auch bezüglich der notwendigen Einbindung von gerontopsychiatrisch qualifizierten (Fach-)Ärzten.

Insgesamt sprechen die Befunde dafür, dass die Orientierung an dem Erhalt und der Förderung von Selbständigkeit im Zusammenhang mit der Gewährleistung des Primats der individuellen Selbstbestimmung auch in Zukunft die maßgebliche Richtschnur für vollstationäre Pflegeeinrichtungen sein muss. Sicherheit und eine optimale Versorgungsqualität korrespondieren mit der grundlegenden Anforderung, auch im Falle von Pflegebedürftigkeit und bei einem Wechsel in eine vollstationäre Einrichtung den eigenen Lebensabend gemäß den eigenen Wünschen und Bedürfnissen weiter gestalten zu können. Als Schlüsselfragen lassen sich in diesem Zusammenhang der Umgang mit und die adäquate Betreuung und Versorgung von Demenzkranken identifizieren. Demenzkranke bilden die größte Gruppe der Bewohnerinnen und Bewohner von Altenheimen. Ihre sehr unterschiedlichen Bedarfslagen werden auch im vollstationären Bereich in der Breite nach wie vor nicht hinreichend identifiziert und entsprechend berücksichtigt.

Zentrale Empfehlungen zu den einzelnen Untersuchungsbereichen von MuG IV

Verbesserung der Versorgung von Demenzkranken

1. Gestaltung spezieller Lebensräume für Demenzkranke zur Sicherstellung eines geeigneten therapeutischen Milieus. Voraussetzung ist allerdings, dass hierfür noch eindeutiger Kriterien, eventuell auch Leitlinien für den Zugang zu segregativen Wohnformen, ihrer Ausstattung, Größe und ihres Betreuungskonzepts vorgelegt werden müssen (insbesondere Alternativen zur Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen – FEM). Dies gilt insbesondere für die geschlossenen Wohngruppen, die durch eine große Zahl von Bewohnerinnen und Bewohnern auffallen sowie durch eine extrem hohe Rate von FEM.

Unabhängig von speziellen Wohn- und Betreuungsformen (vgl. dazu auch die Ergebnisse des BMFSFJ-Modellprogramms „Baumodelle der Altenhilfe und der Behindertenhilfe“) kann die Lebensqualität der Bewohnerschaft mit Demenz den vorliegenden Befunden nach durch die folgenden Maßnahmen erhöht werden:

2. Spezielle Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Heimen für den Umgang und die Kommunikation mit Demenzerkrankten, wie sie derzeit z.B. im Rahmen gerontopsychiatrischer Weiterbildungen vermittelt wird. Dabei ist nicht nur an eine Qualifizierung der Pflegemitarbeiterinnen und –mitarbeiter zu denken, sondern auch an die des gesamten Personals, das Kontakt mit der Bewohnerschaft hat, d.h. auch des hauswirtschaftlichen und technischen Personals. Angesichts des stetigen Anstiegs der Zahlen von Menschen mit Demenz ist zudem anzustreben, dass die gerontopsychiatrische Qualifizierung stärker in die grundständigen Ausbildungen der Gesundheitsfachberufe integriert wird und nicht erst im Rahmen kosten- und zeitaufwändiger Fort- und Weiterbildungen erworben werden muss.
3. Förderung der Kontakte zu Angehörigen und Freunden (Angehörigenarbeit, Freiwilligenarbeit).
4. Förderung von Mobilität, Zeit außerhalb des Bettes und Selbständigkeit insgesamt. Für diesen Bereich existieren inzwischen multidisziplinäre Leitlinien, speziell für die stationäre Pflege, deren Entwicklung vom BMFSFJ gefördert wurde (Schäufele et al. 2008).
5. Wirksame Interventionen (medikamentös und nicht medikamentös) zum Management der ausgeprägten nicht-kognitiven Symptomatik bei den Demenzkranken (insbesondere Depressionen, Agitiertheit/Aggressionen, Apathie und Antriebsmangel), die die Lebensqualität der Betroffenen erheblich beeinträchtigt. Im Ausland wurden solche Interventionen bereits auf breiterer Basis implementiert (z.B. Cohen-Mansfield 2001; Teri et al. 2003), in Deutschland steht dies noch aus.

6. Verbesserung der (fach-)ärztlichen und gerontopsychiatrisch qualifizierten Versorgung einschließlich des Schmerzmanagements in den Heimen. Darüber hinaus ist dringend angezeigt, die Bereitschaft der Ärzteschaft zur interdisziplinären Kooperation und zur Teilnahme an Fallkonferenzen in den Einrichtungen zu fördern. Ein Schlüssel dazu dürfte in der inzwischen auch mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz auf den Weg gebrachten verbesserten finanziellen Honorierung solcher Leistungen liegen.
7. Stärkere Fokussierung und verbesserte Angebote für die Gruppe der stark bewegungseingeschränkten, schwer demenzkranken Menschen, deren Lebensqualität (Aktivitätsniveau, positive Emotionen, FEM) im Vergleich zu den mobilen, weniger schwer Beeinträchtigten deutlich herabgesetzt ist. So genannte Pflegeoasen, deren konzeptuelle Entwicklung und erste Erprobung derzeit in Deutschland in Gang kommt (Pro Alter 2007), könnten eine Möglichkeit darstellen, den Bedürfnissen dieser Gruppe besser zu entsprechen.
8. Ausbau und Spezialisierung des Angebots für männliche Heimbewohner.

Einbeziehung von „neuen“ Akteursgruppen und von zivilgesellschaftlichem Engagement

Elemente einer guten Angehörigenarbeit

1. *Regelmäßige Information:* Grundlage einer guten Zusammenarbeit mit Angehörigen ist eine regelmäßige und umfassende Information über die Befindlichkeit des angehörigen Bewohners, die Angelegenheiten der Einrichtung und die Situation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese Information kann teilweise formell erbracht werden (z.B. über Hauszeitung oder Infobrief), sollte im Wesentlichen, insbesondere soweit es um individuelle Belange geht, aber in Einzelgesprächen erfolgen. Ein wechselseitiges Verständnis unterschiedlicher Perspektiven ist auf eine gute Informationsbasis angewiesen.
2. *Offene Kommunikation:* Konflikte müssen offen angesprochen werden, auch wenn dies manchmal unangenehm ist. Gespräche über Konflikte können einen höheren Zeitbedarf haben als reine Informationsgespräche, dies ist bei der Zeitplanung zu berücksichtigen. Sie dürfen aber nicht deswegen verschoben werden, weil sie zeitlich unpassend erscheinen. Des Weiteren sollten interessierte Angehörige für eine Mitarbeit im Qualitäts- und Beschwerdemanagement der Einrichtung gewonnen werden (z.B. in Form von Qualitätszirkeln).
3. *Feste Ansprechpartner:* Ansprechpartner sind für die Angehörigen wichtig und in den meisten Einrichtungen gibt es diese bereits. Dadurch wird garantiert, dass Anliegen oder Konflikte auch in ihrer Bearbeitung mitverfolgt und gegebenenfalls nochmals zur Sprache gebracht werden.
4. *Kontinuierliche Begleitung:* Die Mitwirkung von Angehörigen funktioniert dort am besten, wo diese nicht allein gelassen, sondern kontinuierlich begleitet werden. Dies wird durch eine konzeptionelle Verankerung der Angehörigenarbeit erleichtert. Darüber hinaus ist es vor allem in der Sterbephase für Angehörige hilfreich, von entsprechend geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern begleitet und emotional gestützt zu werden.
5. *Regelmäßige Gesprächskreise:* Eine feste Angehörigengruppe bietet den Teilnehmenden die Möglichkeit, sich mit Gleichbetroffenen auszutauschen, sich gegenseitig hilfreiche ebenso wie bedrückende Erfahrungen zu berichten und daraus entlastet und gestärkt hervorzugehen. Dabei dürfen regelmäßige Gruppentreffen nicht als Zwang empfunden werden, sondern als ein Angebot, das je nach eigener Befindlichkeit genutzt werden kann oder auch nicht.
6. *Fortbildungen:* Angehörige benötigen weniger eine Anleitung zur pflegerischen Hilfe, da viele von ihnen ja bereits vor dem Heimeinzug ihres Verwandten pflegerisch tätig waren. Aber spezifische Fortbildungen zum Umgang mit Rollenkonflikten und Schuldgefühlen sind für sie ebenso hilfreich, wie zur Vorbereitung des letzten

Lebensabschnitts ihres Verwandten, der durch zunehmenden Hilfebedarf und meist auch fortschreitende Demenz gekennzeichnet ist.

7. *Einbeziehung in das Alltagsleben:* Durch eine stärkere Einbeziehung der Angehörigen in das Alltagsleben im Heim soll ein besseres Verständnis für die Pflegesituation, für das Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und für die Rahmenbedingungen der Einrichtung erzielt werden. Mitwirkung und Kommunikation (einschließlich der Bearbeitung von Konflikten) sollen dadurch selbstverständlicher werden.
8. *Mitwirkung im Heimbeirat:* Eine spezielle Form der Mitwirkung ist die im Heimbeirat, die ein kontinuierliches Engagement über die Betreuung des Verwandten hinaus erfordert. Angehörige können als Interessenvertreter ihrer verwandten Bewohnerinnen und Bewohner und darüber hinaus der Bewohnerschaft insgesamt wirksam werden. Angesichts des Aufwandes einer solchen Verpflichtung ist aber nur ein kleiner Teil der Angehörigen dazu bereit.
9. *Anerkennung freiwilliger Mitarbeit:* Auch Angehörige freuen sich über eine Anerkennung ihrer Mitwirkung, ihnen ist dies aber weniger wichtig als den Freiwilligen (s.u.).
10. *Schulung und Supervision für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:* Wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich für die Anliegen von Angehörigen Zeit nehmen sollen, müssen sie sicher sein, dass ihre Vorgesetzten und die Heimleitung dies uneingeschränkt unterstützen. Über diesen grundsätzlichen Rückhalt hinaus benötigen sie aber auch methodische Kompetenzen zur Gesprächsführung und Konfliktbearbeitung. In besonders kritischen Fällen müssen sie die Möglichkeit haben, selbst Rat zu suchen, d.h. die Frage des Umgangs mit den Angehörigen sollte ein fester Bestandteil von Supervisionen sein.
11. *Werbung und Öffentlichkeitsarbeit:* Mit der Einbindung der Angehörigen in den Heimalltag wird die Verbindung der Bewohnerinnen und Bewohner zum „normalen“ Leben in ihrer Kommune teilweise aufrechterhalten. Diese Verbindung sollte im Sinne einer „Öffnung der Heime“ auch öffentlichkeitswirksam dargestellt werden. In den Gesprächen in den Einrichtungen wurde wiederholt bedauert, dass die Medien vor allem Pflegedefizite zum Anlass einer (skandalisierenden) Berichterstattung nehmen. Dem sollte mit einer aktiven Öffentlichkeitsarbeit begegnet werden, die auch gelungene Beispiele für eine Erhöhung von Lebensqualität durch die Mitwirkung von Angehörigen publik macht.

Elemente einer guten Freiwilligenarbeit

1. *Regelmäßige Information:* Auch für die Freiwilligenarbeit gilt, dass eine regelmäßige und umfassende Information Grundlage einer guten Zusammenarbeit ist. Dabei stehen die Angelegenheiten der Einrichtung im Vordergrund, aber auch Ver-

änderungen der Lebenssituation und Befindlichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner, für die Freiwillige Angebote entwickeln.

2. *Offene Kommunikation:* Der Grundsatz einer offenen Kommunikation einschließlich eines offenen Umgangs mit Konflikten gilt auch für das Verhältnis zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Freiwilligen (auch wenn sich gezeigt hat, dass deren Verhältnis weniger konfliktrichtig ist als das der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu den Angehörigen). Wie Angehörige können interessierte Freiwillige gewinnbringend in heiminterne Maßnahmen des Qualitäts- und Beschwerdemanagements einbezogen werden.
3. *Feste Ansprechpartner:* Ein fester Ansprechpartner ist auch für die Freiwilligen wichtig und in den meisten Einrichtungen auch vorhanden. Eine Ansprechpartnerschaft stellt eine wichtige Form der symbolischen Anerkennung der Mitwirkung Freiwilliger dar und kann auch durch ausgewählte Freiwillige selbst gewährleistet werden.
4. *Kontinuierliche Begleitung:* Das Engagement der Freiwilligen ist kein „Selbstläufer“, der aus sich heraus Entlastung schafft, sondern muss in begleitende Strukturen eingebettet sein. Dazu gehören alle im Bericht dargestellten Formen der Anleitung, Fortbildung und Anerkennung. Wichtig ist, dass die Freiwilligen kontinuierlich begleitet werden, wie es etwa in den Einrichtungen erfolgt, die für die Freiwilligenarbeit ein klares Konzept ausgearbeitet haben. Dabei ist auf die unterschiedlichen Einsatzfelder und Motivationslagen der Freiwilligen einzugehen. Freiwillige, die Gruppenangebote für meist noch gesundheitlich wenig beeinträchtigte Angehörige durchführen, benötigen eine andere Form der Anleitung und Fortbildung als Freiwillige, die in der Einzelbetreuung oder in der Sterbebegleitung tätig sind.
5. *Regelmäßige Gesprächskreise:* Bei Freiwilligengruppen steht nicht so sehr eine Entlastungsfunktion im Vordergrund wie bei Angehörigengruppen, aber für Freiwillige ist der Kontakt zu anderen ein wichtiges Motiv ihres Engagements, sodass eine lebendige Freiwilligengruppe zur Stärkung und Langfristigkeit dieses Engagements beiträgt.
6. *Fortbildungen:* Freiwillige haben, wie aus Untersuchungen immer wieder hervorgeht, ein starkes Interesse an Angeboten zur Fortbildung. In spezifischem Zuschnitt auf das Engagement in einem Alten- oder Pflegeheim kann ein Fortbildungsbedarf einerseits darin bestehen, wie kulturelle Angebote entwickelt und auf Dauer implementiert werden können und wie andere Freiwillige zur Mitwirkung gewonnen werden können. Andererseits besteht auch Interesse an Fortbildungen zu Pflege- und Betreuungsthemen sowie zur Sterbebegleitung, wie sie im Rahmen der Hospizarbeit angeboten werden
7. *Einbeziehung in das Alltagsleben:* Eine Einbeziehung in das Alltagsleben im Heim kommt für Freiwillige nicht im Sinne einer Einbeziehung in den Pflegealltag in Betracht – dies ist aus den Analysen der faktischen ebenso wie der als geeignet an-

gesehenen Tätigkeiten deutlich geworden. Für Freiwillige bieten sich eher Mitwirkungsmöglichkeiten im Sinne sozialer und kultureller Bereicherung des Lebens im Heim an, weiterhin bei Ausflügen und Veranstaltungen sowie bei infrastrukturellen Angeboten wie Cafeteria, Bibliothek oder Heimzeitung.

8. *Mitwirkung im Heimbeirat*: Bei der Mitwirkung im Heimbeirat spielen Freiwillige derzeit noch kaum eine Rolle; in stellvertretender Funktion wird dies eher durch Angehörige wahrgenommen. Der spezifische, häufig kritischere Blick Freiwilliger auf das Leben im Heim spricht aber dafür, auch Freiwillige verstärkt für eine Heimmitwirkung zu gewinnen.
9. *Anerkennung freiwilliger Mitarbeit*: Freiwillige engagieren sich in erster Linie, um etwas Sinnvolles zu tun und das Leben der Bewohnerinnen und Bewohner zu bereichern. Die Anerkennung, die sie für diese Tätigkeiten erhalten, ist daher zwar nicht das wichtigste Motiv, hat für sie aber dennoch eine hohe Bedeutung. Dabei ist vor allem die symbolische Funktion dieser Anerkennung entscheidend, die in Form von Zertifikaten, expliziter Danksagung oder speziellen Festveranstaltungen für Freiwillige erfüllt werden kann. Eine finanzielle Anerkennung spielt dagegen nur eine geringe Rolle, allerdings werden Aufwandsentschädigungen für Materialien oder Fahrtkosten ebenfalls begrüßt.
10. *Schulung und Supervision für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter*: Auch für die Freiwilligenarbeit benötigen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Kompetenzen der Gesprächsführung und Konfliktbearbeitung sowie den Rückhalt der Heimleitung. In fortschrittlichen Einrichtungen können interne Fortbildungsangebote teils von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Angehörigen und Freiwilligen gemeinsam genutzt werden. Dann haben diese Angebote – neben der Wissensvermittlung – auch die Funktion, eine offene Kommunikation unter den Beteiligten zu fördern.
11. *Werbung und Öffentlichkeitsarbeit*: Für die Gewinnung von Freiwilligen haben die Werbung der Einrichtung, die gezielt für bestimmte Aufgabenbereiche freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter suchen kann, und die Öffentlichkeitsarbeit einen hohen Stellenwert. Es gibt in der Bevölkerung und insbesondere unter den jungen Seniorinnen und Senioren noch unausgeschöpfte Potenziale von Personen, die sich gerne in sinnvoller Form engagieren würden (Gensicke; Picot; Geiss 2005). Diejenigen, die sich bereits in Alteneinrichtungen engagieren, empfinden dies als eine sehr befriedigende Arbeit und berichten sehr positiv darüber. Dies müsste stärker als bisher in den Medien öffentlich gemacht werden, etwa durch Darstellung positiver Beispiele, um noch unentschiedene oder zurückhaltende Interessierte für eine Mitwirkung zu gewinnen.
12. *Stärkeres Engagement von Männern*: Gezielt sollte sich dieses Werben an Männer richten, um mehr Ansprechpartner für die männlichen Heimbewohner zu gewinnen und mehr Freizeitangebote zu schaffen, für die diese sich interessieren.

Good Practice in der Betreuung und Versorgung

1. *Bezugspflege*. Eine kontinuierliche Zuständigkeit einer Pflegekraft für eine bestimmte Gruppe von Pflegebedürftigen ist eine zentrale Voraussetzung für eine an den individuellen Bedürfnissen, Wünschen und Zielen dieser Menschen ausgerichtete Versorgung (Bezugspflege). Sie ermöglicht es auf Basis einer verbindlichen Beziehung ebenso kontinuierlich den Ursachen für Konflikte oder Pflegeprobleme auf den Grund zu gehen, wie kreative Lösungen zu suchen und zu erproben.
2. *Biografiearbeit*: Eine an den Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichtete Versorgung nimmt die Biografiearbeit ernst, weil sie die Lebensleistung, die sozialen Beziehungen und die Würde jedes pflegebedürftigen alten Menschen respektiert. Ausdruck für diesen Respekt ist auch das Angebot eines eigenen Zimmers. Das Wissen über individuelle Vorlieben und Abneigungen wird berücksichtigt und für die Individualisierung und Optimierung der Pflege eingesetzt. Besonders die Körperpflege erfolgt mit großer Sensibilität für das Schamgefühl und bezieht mögliche Erfahrungen mit (sexualisierter) Gewalt ein.
3. *Kommunikation*: Ein gutes Kommunikationsklima ist u. a. daran zu erkennen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner ihre großen und kleinen Wünsche äußern und sich in dem Wissen, dass ihnen dies nicht übel genommen wird, nicht scheuen, ihre Bedürfnisse zu zeigen, auch wenn sie den Pflegekräften dadurch mehr Arbeit machen. Gespräche über individuell verschiedene, manchmal persönliche Themen belegen ein (gegenseitiges) persönliches Interesse aneinander. Bezugspflege und bewohnerorientierte Kommunikation machen die Beziehungen zwischen Pflegenden und Gepflegten verbindlicher und individueller.
4. *Überschaubarkeit*: Kleine Wohngruppen, in denen die Bewohnerinnen und Bewohner gemeinsam essen, möglichst auch hin und wieder etwas kochen, und in denen tagsüber während möglichst langer Phasen eine Präsenzkraft animiert, aktiviert und integriert, sind das am stärksten bewohnerorientierte Pflegekonzept, weil statt Lethargie und Langeweile Leben und Nachbarschaftlichkeit die Atmosphäre prägen. Individuelle Wünsche zum Tagesablauf sollten möglichst berücksichtigt werden, nicht nur beim Aufstehen, sondern auch bei der Abendgestaltung und der Zubettgehzeit. Das erfordert Anpassungen im Dienstplan.
5. *Beschäftigungsangebote*: Ein gutes Beschäftigungsprogramm berücksichtigt unterschiedliche Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner, z. B. auch von Männern. Viele freuen sich besonders, wenn sie im Rahmen der Beschäftigung - oder außerhalb davon – etwas (auch für andere) Nützliches tun können. Eine wichtige Funktion von Beschäftigungsangeboten ist außerdem das gegenseitige Kennenlernen der pflegebedürftigen Menschen aus verschiedenen Wohnbereichen. Sie sind eine gute Gelegenheit zur Förderung von Nachbarschaftlichkeit, die von den Anbietenden aktiv unterstützt werden sollte.

6. *Rehabilitationsorientierte Pflege:* Der Gedanke, dass Pflegeheime nicht nur Orte zum Leben, sondern auch Orte der Rehabilitation und Kompetenzförderung für alte Menschen sind oder vielmehr sein könnten, ist noch recht neu und im Pflegealltag nur punktuell angekommen. In allen Bereichen, angefangen von der Körperpflege über Hauswirtschaft und Beschäftigung bis hin zur medizinischen Rehabilitation bieten die physischen, psychischen und sozialen Ressourcen, Potenziale und Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner Anknüpfungspunkte für (individuelle) Bemühungen um Erhalt und Verbesserung der (Alltags-) Kompetenz. Die Versorgung schwerstpflegebedürftiger Menschen ist aufwändig und personalintensiv. Wenn sie dennoch mehrmals täglich aus dem Bett und aus dem Zimmer mobilisiert werden, können sie ihre Potenziale besser ausschöpfen und an der Gemeinschaft teilhaben. Dafür gibt es Pflegerollstühle, aber auch ein Pflegebett kann in den Gemeinschaftsraum geschoben werden, damit der Bewohner oder die Bewohnerin bei den Mahlzeiten oder bei Angeboten einbezogen werden kann. Zusätzlich sind individuelle, stimulierende Betreuungs- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie eine aktivierende Gestaltung der Bettumgebung förderlich.
7. *Beteiligungskultur:* Die Kommunikation innerhalb einer Einrichtung wirkt sich in vielfältiger Weise auf die Pflege- und Lebensqualität aus. Eine solche Beteiligungskultur spiegelt sich im Organigramm und der Besprechungsmatrix einer Einrichtung wider. Im Pflegealltag ist sie u. a. daran zu erkennen, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst auf Fragen nach aktuellen Entwicklungen und Plänen oder dem Stand der Qualitätsentwicklung antworten, statt auf die Führungskräfte zu verweisen. Auf diese Weise können z. B. Dekubitus- und Sturzprophylaxe sowie eine gute Ernährung der Bewohnerinnen und Bewohner in der Praxis nachhaltig umgesetzt werden.
8. *Qualifikation:* Die notwendige Fachlichkeit in diesen und anderen pflegerischen Fragen kann nur auf Basis einer fundierten pflegfachlichen Ausbildung erreicht werden, die durch Fort- und Weiterbildungen laufend aktualisiert wird. Für Pflege-mitarbeiterinnen und -mitarbeiter mit geringeren formalen Qualifikationen sind Angebote, die ihren Vorkenntnissen entsprechen, erforderlich. Einrichtungen, die selbst Ausbildungsplätze in der Altenpflege anbieten, profitieren von der kontinuierlichen Auseinandersetzung mit aktuellen pflegewissenschaftlichen Entwicklungen. Qualitätsprojekte sollten sich eher in bestimmten Bereichen nacheinander Verbesserungen zum Ziel setzen, an denen dann alle gemeinsam arbeiten, bevor das nächste Problem angegangen wird. Bewährt hat sich außerdem die Benennung von Expertinnen oder Experten zu einzelnen Fachgebieten in jeder Einrichtung, die in Zweifelsfällen gefragt werden können. Sie sind selbst stets bemüht, auf dem neuesten Stand zu sein und fühlen sich besonders verantwortlich für die Einhaltung und Weiterentwicklung der Qualität in ihrem Spezialgebiet.
9. *Interaktion und Aushandlung:* Insgesamt kommt es darauf an, eine hohe Qualität von Pflege und Versorgung bei und mit jedem Bewohner und jeder Bewohnerin zu erreichen. Risiken, Probleme, persönliche Ziele, Rehabilitationspotentiale und Fortschritte müssen deshalb in der Interaktion zwischen Pflegenden und Gepflegten

benannt und ausgehandelt werden, bevor sie in die Pflegeplanungen einfließen. Dadurch dass sie in Teambesprechungen und Übergaben immer wieder thematisiert werden, werden sie selbstverständliche, gemeinsame Alltagsprozesse. Hier beweist sich letztlich der Respekt vor der Würde des einzelnen alten Menschen.

10. *Heimleitung*: Pflegekräfte, die dauerhaft eine wirklich an den Interessen der von ihnen versorgten Menschen orientierte Versorgung durchführen sollen, benötigen dafür nicht nur klare Vorgaben, sondern auch verlässliche Rahmenbedingungen und gute Vorbilder. Der überall knappe Personalschlüssel macht eine perfekte und durchdachte Organisation des Alltages nötig, die trotzdem flexible, spontane Gestaltungsspielräume im Tagesablauf lässt. Eine entscheidende Rolle spielen hierbei die Heimleitungen. Die Leitungen sind die Instanz, die maßgeblich das Klima in der Einrichtung, das Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Bereitschaft zur gemeinsamen Umsetzung der Qualitätsziele in der alltäglichen Praxis der Pflege und Betreuung prägen. Sie repräsentieren das Leitbild der Einrichtung und von deren Managementkompetenzen hängt es ab, ob es gelingt, die verfügbaren Ressourcen und Potentiale produktiv zu verknüpfen und wirksam werden zu lassen.

Die genannten Punkte von Good Practice in der stationären Pflege basieren auf Beobachtungen, Dokumentenanalysen und qualitativen Interviews, die vertiefend in einigen ausgewählten Einrichtungen, die Bestandteil der Repräsentativerhebung waren, durchgeführt wurden. Grundgesamtheit ist demnach die „gute Praxis“, die bereits jetzt im Rahmen der Regelversorgung umsetzbar ist.

Dieses PDF ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung;
es wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
11018 Berlin
www.bmfsfj.de

Stand: April 2008

Gestaltung: KIWI GmbH, Osnabrück

Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 018 01/90 70 50*
Fax: 03018/5 55 44 00
Montag–Donnerstag 9–18 Uhr
E-Mail: info@bmfsfj.service.bund.de

* nur Anrufe aus dem Festnetz, 3,9 Cent
pro angefangene Minute