



PFLEGE

Karla Kämmer (Hrsg.)

Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen

Zukunftsorientiert führen, konzeptionell steuern,
wirtschaftlich lenken

6., vollständig überarbeitete Auflage

S

schlütersche

Karla Kämmer

Pflegemanagement in Altenpflege- einrichtungen

Zukunftsorientiert führen, konzeptionell
steuern, wirtschaftlich lenken


6., vollständig überarbeitete Auflage

Unter Mitarbeit von:

Bernd Bogert
Wolfgang Bruns
Siegfried Huhn
Karla Kämmer
Jutta König
Reinhard Lay
Jürgen Link
Dagmar Nitsch-Musikant

Gerd Palm
Susanne Rieckmann
Burga Rode
Birger Schlürmann
Olav Sehlbach
Gerlinde Strunk-Richter
Raffaella Teich
Dr. Franz Wittmann


schlütersche



Karla Kämmer ist Diplom-Sozialwissenschaftlerin, Diplom-Organisationsberaterin, Erwachsenenbildnerin, Lösungsorientierter Coach, Gesundheits- und Krankenpflegerin und Altenpflegerin. Sie ist seit vielen Jahren aktiv im nationalen und internationalen Gesundheits-, Sozial- und Pflegewesen. Zu ihren Schwerpunkten gehört auch das Veränderungsmanagement in Einrichtungen.

*»Wenn man nicht die Frage stellt: Was ist der Mensch?
Was bedeutet Leben? Dann fehlt der Pflege
das Fundament.«*

LILIANE JUCHLI



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

ISBN 978-3-89993-286-7 (Print)

ISBN 978-3-8426-8591-8 (PDF)

ISBN 978-3-8426-8689-2 (EPUB)

**© 2015 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover**

Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie der Autorin und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden. Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Reihengestaltung: Groothuis, Lohfert, Consorten | Hamburg
Titelbild: contrastwerkstatt – fotolia.com
Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig
Druck und Bindung: PHOENIX PRINT GmbH, Würzburg

INHALT

1

Karla Kämmer

Altenpflege in einer Gesellschaft des langen Lebens	16
1.1 Neue Rahmenbedingungen bieten neue Chancen	16
1.1.1 Ihr Aufgabenfeld: Soziales Engagement fördern und Beteiligungsstrukturen schaffen	17
1.1.2 Die Entbürokratisierung der Altenpflege	18
1.1.3 Pflege im Quartier: Gemeinsam vor Ort leben	22
1.2 Berufsstand Pflege – Professionelles Selbstverständnis	29
1.2.1 Selbstbewusstsein, Selbstverständnis und Solidarität	31
1.2.2 Austausch- und Beratungsnetzwerk	32
1.2.3 Die Selbstverwaltung der Profession	33
1.2.4 Im Konflikt auf der sicheren Seite	33
1.2.5 Die Berufsbilder Pflege (DBfK) und Altenpflege (DBVA)	34
1.2.6 Pflege professionalisieren	35

2

Karla Kämmer

Lebenswelten älterer Menschen kennen und gestalten	40
2.1 Zukunftssicher und personorientiert: Lebensweltorientierung in Pflege und Organisation	40
2.1.1 Lebensweltorientierung aus der Perspektive der Pflegeperson	41
2.1.2 Die drei zentralen Leitideen der Lebensweltgestaltung	42
2.1.3 Wahrnehmen der professionellen Steuerungsfunktion	55
2.1.4 Vernetzung von Innen- und Außenwelt	56
2.2 Wohnen in Zeiten des demografischen Wandels	57
2.3 Möglichkeiten und Grenzen häuslicher Pflegearrangements	58
2.3.1 Fakten und Prognosen zur Wohnsituation älterer Menschen	58
2.4 Neue Wohnformen	60
2.4.1 Betreutes Wohnen	60
2.4.2 Gemeinschaftliches Wohnen	60
2.4.3 Ambulant betreute Wohngemeinschaften	61
2.5 Institutionell unterstütztes Wohnen (Pflegeheime)	62
2.5.1 Heime, ihr soziologischer Rahmen und ihre Wirkung	62
2.5.2 Die fünf Entwicklungsgenerationen der Heime	64

3

Ethik	66
--------------------	-----------

Reinhard Lay

3.1 Ethik und professionelle Pflege	66
3.1.1 Über Wertvorstellungen nachdenken	66

3.1.2	Ethik in der Pflege	67
3.1.3	Pflegeethik	69
3.1.4	Ethik und »gute« Pflege	72
3.1.5	Die Pflegebeziehung – Bündnis oder Vertragsbeziehung?	78
3.1.6	Ethik im Pflegemanagement	84
3.1.7	Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen	90
3.1.8	Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland	94
3.1.9	Fazit	98

Karla Kämmer

3.2	Schattentage – Ethisch reflektierte Qualitätsentwicklung in der Pflegepraxis	99
-----	---	----

Karla Kämmer

4

	Pflegesysteme und -organisationsformen	102
4.1	Merkmale des ganzheitlichen Pflegesystems	103
4.2	Die Merkmale des funktionalen Pflegesystems	104
4.3	Das klassische Gegensatzpaar und seine Konsequenzen	105
4.4	Effizienz und Effektivität der Systeme in der Umsetzung bei Senioren	107
4.5	Die Vielfalt der Moderne nutzen: Das eigene Handlungsprinzip definieren	109
4.6	Pflegeorganisationsformen	109
4.7	Den geeigneten Weg für die eigene Praxis finden	112
4.8	Die passende Organisationsform umsetzen	113
4.8.1	Basics: Bereichspflege einführen	113
4.8.2	Primary Nursing realisieren	114
4.8.3	Bezugspflege als Grundmodell wählen	114
4.9	Die Zukunft hat begonnen: Beziehungsbasierte Pflege und potenzialorientierte Organisation	117
4.9.1	Beziehungsbasierte Pflege	118
4.9.2	Potenzialorientierte Organisation	120
4.10	Ablaufanalysen durchführen und auswerten	121
4.10.1	Ablaufanalysen als Selbstanalyse einfach und schnell durchführen	121
4.10.2	Arbeitserfassung als begleitete Analyse	125
4.11	Die tagesgenaue Planung	127
4.11.1	Effektive Verteilung von Aufgaben und Verantwortung	128
4.11.2	Aufbau der tagesgenauen Planung	131
4.12	Orientierung an Pflegemodellen	136
4.12.1	Pflegemodelle in Deutschland	138
4.12.2	Monika Krohwinkel: Der »Klassiker« in der Altenpflege	140

4.12.3	Zukunft fraglich: Die Kritik am Einsatz des Modells in den neuen Settings wächst	142
4.12.4	Erwin Böhm: Fachbereich Gerontopsychiatrie	144

5

Pflege(prozess)planung und -dokumentation 146

Karla Kämmer

5.1	Pflegeprozessplanung – worauf es ankommt	146
5.1.1	Rahmenbedingungen für eine gelingende Pflegeprozess- dokumentation	146
5.2	Die entbürokratisierte Dokumentation einführen und umsetzen	147
5.2.1	Die wesentlichen Neuerungen	148
5.2.2	Rechtliche Grundlagen der Entbürokratisierung	149
5.2.3	Das Thema Prüfbehörden	149
5.2.4	Integration in eine bestehende Software	150
5.2.5	Die Implementierung	150

Susanne Rieckmann

5.3	EDV-Lösung für die Pflegedokumentation	153
5.3.1	Verbesserte Umsetzung von Qualitätsvorgaben	153
5.3.2	Erhöhung der Arbeitsökonomie	154
5.3.3	Die Pflegedokumentation als Steuerungsinstrument	155
5.3.4	Bessere Information durch integrierte Informationssysteme	155
5.3.5	Voraussetzungen für eine erfolgreiche EDV-Pflegedokumentation	156
5.3.6	Zusammenfassung	161

6

Pflegeeinstufungen – Auf Augenhöhe mit dem MDK 162

Jutta König

6.1	Pflegeeinstufungen sicherstellen – die aktuelle Rechtslage	162
6.1.1	Begriff der Pflegebedürftigkeit	162
6.1.2	Die Feststellung der Pflegestufe	163
6.1.3	Die Formen des Hilfebedarfs	164
6.1.4	Die Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung	166
6.1.5	Die Verrichtungen im Sinne des SGB XI	167
6.1.6	Hauswirtschaftliche Versorgung	172
6.1.7	Aktivierende Pflege	173
6.1.8	Die Notwendigkeit der vollstationären Pflege	174
6.1.9	Die Entgelte pro Pflegestufe	174
6.1.10	Die Begutachtung	176

Jürgen Link

6.2	Das zweite Pflegestärkungsgesetz (zukünftige Rechtslage)	181
6.2.1	Wesentliche Inhalte des zweiten Pflegestärkungsgesetzes	182
6.2.2	Aus Pflegestufen werden Pflegegrade	183
6.2.3	Eine grundlegende Systemänderung – das Neue Begutachtungsassessment (NBA)	185
6.2.4	Auswirkungen auf die Praxis	185

Karla Kämmer & Gerd Palm

7

	Grundlagen des Führens	187
7.1	Führungsaufgaben und Führungsverständnis	187
7.1.1	Was bedeutet Organisation?	187
7.1.2	Die Kernaufgaben der Pflegedienstleitung	188
7.2	Organisations- und Führungsstrukturen	190
7.2.1	Die Linienorganisation und ihre Abwandlungen	192
7.2.2	Die Matrixorganisation	196
7.2.3	Der Dienstweg und die informelle Kommunikation	197
7.2.4	Auf dem Weg in die Moderne: das Lean Management	198
7.2.5	Die Stellenbeschreibung	200
7.2.6	Funktionsdiagramme und Leistungsprofile	202
7.2.7	Delegation, Koordination und Kooperation in Nahtstellen	204
7.2.8	Umgang mit der neuen Pluralität von Arbeitsverhältnissen	208
7.2.9	Organisationskultur und Organisationsklima	209
7.2.10	Touchpoint-Strukturen und -Kultur: Fit für Web 3.0	209
7.2.11	Konsequenzen für die Zukunft der Aufbauorganisation	210
7.2.12	Zwischenfazit	211
7.3	Führungsgrundsätze umsetzen	212

8

	Führungsstil und Führungshandeln	213
--	---	------------

Karla Kämmer

8.1	Managementkompetenz und Persönlichkeit	213
8.2	Der situativ-kooperative Führungsstil	214
8.3	Führungshandeln zwischen Defensive und Offensive	216
8.3.1	Die dynamische Prozessschleife	216
8.4	Was Mitarbeitende an Vorgesetzten schätzen	217
8.5	Die Basis: eine Vertrauenskultur	218
8.5.1	Mit Führung Vertrauen fördern	218
8.6	Mitarbeiterloyalität – eine zarte Pflanze	220

Dagmar Nitsch-Musikant	
8.7	Aktiv gegen Chaos und Unordnung 221
8.7.1	Ordnung schont Ressourcen 222
8.7.2	Ordnung ist ein Prozess 222
8.7.3	Zeitfresser aushebeln 224
8.7.4	Regelmäßige Umgebungsvisiten durchführen 225

Karla Kämmer	
8.8	Zeit und Selbstmanagement 227
8.8.1	Was Zeitmanagement wirklich bringt 227
8.8.2	Was ist dringend, was ist wichtig? 230
8.8.3	Auf der Flucht vor unangenehmen Aufgaben 231
8.8.4	Setzen Sie Prioritäten mit System 231
8.8.5	Delegieren schafft Freiraum für das Wichtige 232
8.8.6	Kommunizieren Sie organisiert 234

Personalmanagement 236

Karla Kämmer	
9.1	Personalauswahl mit System 236
9.1.1	Das Anforderungsprofil für Bewerber 236
9.1.2	Welches Profil hat Ihre Einrichtung? 237
9.1.3	Gewusst wo – die konkrete Personalsuche 238
9.1.4	Bewerbungsunterlagen auswerten 240
9.1.5	Das Vorstellungsgespräch 241
9.1.6	Sich näher kennenlernen: ACT, Probearbeit und Einarbeitung ... 243

Wolfgang Bruns	
9.2	Coaching – eine Führungsaufgabe 247
9.3	Kernaufgabe Teamentwicklung 249

Gerlinde Strunk-Richter	
9.3.1	Teamentwicklung 249
9.3.2	Zielvereinbarungen treffen 253

Burga Rode	
9.3.3	Mitarbeitende beurteilen und bewerten 255
9.3.4	»Stets zu unserer vollsten ...« – Zeugnisse erstellen 265

Karla Kämmer	
9.3.5	Wirksame Mitarbeiter in wirksamen Teams 267
9.3.6	Mit Twin Star bringen Sie Teams auf Erfolgskurs 268

Wolfgang Bruns & Karla Kämmer

- 9.3.7 Raus aus dem (Problem-)Teufelskreis – Reteaming 272
 9.3.8 Initiieren Sie Veränderungsprozesse mit dem Team 276

Karla Kämmer

- 9.4 Der KK-Kompetenzkompass® 276
 9.4.1 Mitarbeiter und ihre Potenziale einschätzen 276
 9.5 Mitunternehmertum 280
 9.5.1 Mitunternehmer in einer gedeihlichen Führungskultur 281
 9.5.2 Mit WOLLSOKÖ im Flow 281
 9.5.3 Kleine Mitarbeitertypologie 282

Dr. Franz Wittmann

- 9.5.4 Personalentwicklung ist Chefsache 283

Bernd Bogert

- 9.5.5 St. Gereon Seniorendienste – Mitunternehmertum praktisch 285

Karla Kämmer & Gerd Palm

- 9.5.6 Wissensmanagement als Schlüssel 294
 9.6 Führungsaufgabe Gesunderhaltung 298

Karla Kämmer

- 9.6.1 Gesund bleiben mit allen Sinnen 298
 9.6.2 Auch wenn sich alle daran gewöhnt haben –
 Dauerstress macht krank 299
 9.6.3 Die vier Elemente des ROME®-Konzeptes 299

Karla Kämmer & Siegfried Huhn

- 9.6.4 Die eigene Stresstoleranz steigern 302
 9.6.5 Gesunderhaltung älterer Mitarbeitender 305

Karla Kämmer

- 9.6.6 Pflege repräsentieren 307

Jürgen Link

- Personaleinsatzplanung 311**
 10.1 Ziele eines effektiven Personaleinsatzes 311
 10.1.1 Der qualitative Aspekt der Bewohnerversorgung 311
 10.1.2 Aspekte der Mitarbeiterzufriedenheit 312
 10.1.3 Erfüllung von Vorgaben 312

10.1.4	Zielbeziehungen	313
10.2	Rahmenbedingungen des Personaleinsatzes	313
10.2.1	Gesetze zum Schutz der Mitarbeiter	314
10.2.2	Rahmenvertrag mit den Kostenträgern und Personalschlüssel	319
10.2.3	Vereinbarung über den Personalschlüssel	320
10.2.4	Tarifliche Regelungen	320
10.2.5	Betriebliche Vereinbarungen	321
10.2.6	Die »Größe« des Wohnbereichs	321
10.2.7	Das Personal-Soll	321
10.2.8	Die Bewohnerstruktur	322
10.2.9	Aufgaben und Arbeitszeit in der Pflege und Betreuung	322
10.2.10	Das Personal	329
10.2.11	Der Einfluss der Bezugspflege auf die Dienstplangestaltung	332
10.3	Der Dienstplan als zentrale Steuerungsachse	332
10.3.1	Mindestanforderungen an den Dienstplan	332
10.3.2	Dienstplanlegende	333
10.3.3	Dienstplanzeitraum, Rechtzeitigkeit und Transparenz	333
10.3.4	Dienstplan und Mitarbeiterzufriedenheit	333
10.3.5	Rahmendienstpläne und ihre Folgen	334
10.4	Die Schritte der Dienstplanerstellung	336
10.4.1	Vorbereitende Arbeiten	336
10.4.2	Eingabe der Mitarbeiterdaten	336
10.4.3	Errechnung der Soll-Arbeitszeiten und der möglichen Schichten	337
10.4.4	Eintragung der Ausfallzeiten und der Teambesprechungen	338
10.4.5	Sichtung der Wunschliste	338
10.4.6	Einteilung der Nachtwache	339
10.4.7	Einteilung der Fachkräfte	339
10.4.8	Einteilung der Pflegehelfer	339
10.4.9	Einteilung der Altenpflegeschüler	340
10.4.10	Berücksichtigung der Bezugspflegegruppen	340
10.4.11	Überprüfung des Dienstplanentwurfs	340
10.5	Fazit	341
10.6	Transfer der Planung in die Realität	342
10.7	Retrospektive Betrachtung des Personaleinsatzes	342
10.7.1	Auswertung und Dokumentation der Dienstpläne	343
10.7.2	Erkenntnisse für künftige Planungen gewinnen	344
10.8	Neue Modelle und Überlegungen zum Personaleinsatz	346
10.8.1	Der »10-Stunden-Arbeitstag« in der Pflege	346
10.8.2	Von der ambulanten Pflege lernen	347

Kommunikationsprozesse gestalten 349

Karla Kämmer

11.1	Das Harvard-Konzept	349
11.1.1	Menschen und Probleme getrennt voneinander behandeln	350
11.1.2	Nicht Positionen, sondern Interessen ins Zentrum rücken	352
11.1.3	Wahlmöglichkeiten anbieten	352
11.1.4	Das Ergebnis nach objektiven Kriterien finden	353
11.2	Das Konzept der lösungsorientierten Kommunikation	353
11.2.1	Problemsprache schafft Probleme	353
11.2.2	Eine Rückmeldekultur, die aufbaut	354
11.2.3	So behandeln Sie Kränkungen konstruktiv	354
11.3	We know how – Kollegiales Teamcoaching	355
11.4	Kollegiales Leitungcoaching	356
11.5	Beratung	358
11.5.1	Rahmenbedingungen eines Beratungsgesprächs	359
11.6	Mitarbeitergespräche führen	362

Gerlinde Strunk-Richter

11.6.1	Das Jahresgespräch	362
--------	------------------------------	-----

Karla Kämmer

11.6.2	Wie Sie Mitarbeitern Kraft in Krisen geben	366
11.6.3	Das Krisen-ABC	367
11.6.4	Fazit: Grenzen in der Beratung von Mitarbeitenden	368

Karla Kämmer

Beschwerdemanagement – das Salz in der Suppe 369

12.1	Beschwerdemanagement und Leitbild: Sind Ihre Mitarbeiter auch »Porsche«?	370
12.1.1	Beschwerdemanagement und Leitbild	370
12.2	Kommunikation und Beschwerdemanagement	372
12.3	Beschwerdemanagement als Teil des KVP	373
12.4	Beschwerdemanagement und Führung	374
12.4.1	Erschaffen Sie eine lernende Organisation	375
12.5	Beschwerden annehmen, bearbeiten und auswerten	376
12.5.1	Kunden(un-)zufriedenheit wahrnehmen	376
12.5.2	Beschwerden entgegennehmen	377
12.5.3	Gesprächsführung in unterschiedlichen Situationen	377
12.5.4	Mentale Soforthilfen	378
12.5.5	Bearbeitung und Organisation von Beschwerden standardisieren	379

Qualität managen 381

Karla Kämmer

13.1	Qualitätsbegriff und -dimensionen	382
13.1.1	Qualität im Altenhilfebereich	382
13.2	Qualität als Managementaufgabe	384
13.2.1	Qualitätsmanagementsysteme	384
13.3	Ihr einrichtungsinternes Qualitätsmanagement	390
13.3.1	Leitbildentwicklung	391
13.3.2	Qualitätspolitik entwerfen und umsetzen	392
13.3.3	Prüfbereiche umsetzen	393
13.4	Qualität zwischen Kundenerwartung und Dienstleistung	403

Wolfgang Bruns & Karla Kämmer

13.4.1	Expertenstandards einführen	404
13.4.2	Expertenstandards umsetzen – Steuerung durch die PDL	407
13.4.3	Qualitätsberichterstattung	410

Karla Kämmer

13.5	Externe Qualitätssicherung	411
13.5.1	Der MDK und seine Funktionen	411
13.5.2	Aufsichten für unterstützende Wohnformen	417
13.5.3	Zusammenarbeit der Aufsichten für unterstützende Wohnformen und MDK	419
13.6	Heimeinzug – ein Prüfstein für die neue Kundenbeziehung	419
13.6.1	Heimeinzug – eine Aufgabe für das ganze Haus	420
13.6.2	Strukturieren Sie den Einzug	422

Fachliches Risikomanagement 424

Karla Kämmer

14.1	Risikopotenziale kennen	424
14.1.1	Risiken der Bewohner	424
14.1.2	Risiken in den Bereichen Personal und Organisation	425
14.1.3	Lebensweltliche Organisation beugt Risiken vor	425
14.1.4	Ressourcenmanagement als Risikomanagement	426
14.2	Die wichtigsten praktischen Pflegerisiken systematisch angehen .	427
14.3	Ein Risikomanagement für alle Risiken	428

Karla Kämmer & Birger Schlürmann

14.4	Notfallmanagement	429
------	-------------------------	-----

14.4.1	Erste Hilfe	429
14.4.2	Mindestbesetzung kalkulieren	430
14.4.3	Überblick sichern und Prioritäten setzen	432
14.4.4	Qualitätszirkel »Notfallmanagement«	436
14.4.5	Tägliche Situationsanalyse	437
14.4.6	Maßnahmen bei Mangel oder Ausfall von Fachpersonal	438

Jürgen Link

15

	Pflegecontrolling	440
15.1	Fachliches Pflegecontrolling	440
15.1.1	Struktur des Pflegecontrollings	440
15.2	Wirtschaftliches Denken und Handeln	443
15.2.1	Es geht nicht ohne Fachwissen	443
15.2.2	Betriebswirtschaftliches Grundwissen	443
15.2.3	Das Fundament: die Wirtschaftsplanung	449
15.2.4	Wirtschaftliches Handeln	452
15.3	Projektmanagement	457
15.3.1	Die Projektleitung: Anforderungen und Aufgaben	457
15.3.2	Erfolgsfaktoren im Projektmanagement	458
15.3.3	Projektphasen	458
15.4	Die Balanced Scorecard als strategisches Controlling-Instrument	463
15.4.1	Die Schritte der Balanced Scorecard	464
15.4.2	Auswertung der Balanced Scorecard	467
15.4.3	Kosten-Nutzen-Verhältnis einer BSC	468

Karla Kämmer, Olav Sehlbach & Raffaella Teich

16

	Öffentlichkeitsarbeit – das Vertrauen der Kunden gewinnen und festigen	469
16.1	Das »alte« Pflegeheim wird zunehmend unattraktiv	469
16.2	Öffentlichkeitsarbeit und Marketing in der Altenpflege	471

Karla Kämmer

16.2.1	Prinzipien der Öffentlichkeitsarbeit	471
--------	--	-----

Raffaella Teich

16.2.2	Öffentlichkeitsarbeit im Web	473
--------	------------------------------------	-----

Karla Kämmer & Olav Sehlbach

16.2.3	Marketing	473
--------	-----------------	-----

Karla Kämmer

16.3	Die Bestandsaufnahme – praktisch, kritisch, analytisch	474
------	--	-----

16.3.1	Der erste Eindruck	474
Karla Kämmer & Olav Sehlbach		
16.3.2	Fragen Sie Ihre Kunden!	475
Karla Kämmer		
16.4	Klassische Instrumente der Vertrauensbindung im teilöffentlichen Raum	478
16.4.1	Die Cafeteria	478
16.4.2	Das Quartier	478
16.4.3	Veranstaltungen	479
16.4.4	Die Hauszeitung	480
16.4.5	Der Hausprospekt	480
16.4.6	Internet, Wlan & Co.	480
Raffaella Teich		
16.5	Öffentlichkeit im digitalisierten Alltag	481
16.5.1	Die Einrichtung richtig präsentieren: Facebook, Twitter & Co. ...	481
16.5.2	Zwei Ebenen der Onlinekommunikation: Kunden & Mitarbeitende	482
16.5.3	Rechtliches	484
Karla Kämmer		
16.6	Partnerschaft oder Dauerclinch? – Kooperation mit Angehörigen	484
16.6.1	Familiäre Verhaltensmuster vs. Pflegestrategie	485
16.6.2	Das Ideal: eine Kommunikation auf Augenhöhe	486
16.6.3	Beziehungsbasierte Pflege – eine Brücke zum Miteinander	487
16.6.4	Gemeinsame Erlebnisse verbinden	487
Siegfried Huhn		
16.7	Pressearbeit im Alltag und in kritischen Situationen	488
16.7.1	Im Krisenfall: »Kein Kommentar«?	488
16.7.2	Die Pressekonferenz: gute Vorbereitung und eine klare Struktur .	490
16.7.3	Die Pressemitteilung: »Tue Gutes und rede drüber«	490
Karla Kämmer		
16.8	Fundraising – mehr als Spenden sammeln	491
Literatur	493
Register	507

ALTENPFLEGE IN EINER GESELLSCHAFT DES LANGEN LEBENS

Karla Kämmer

So wie die alten Menschen heute im Heim wollen viele Angehörige der heutigen Generation 50plus nicht leben. Nicht in einer Einrichtung mit so vielen alten Menschen, nicht so »versorgt« ... Gefragt sind neue Konzepte für mehr Bedarfsgerechtigkeit und systematisches Qualitätsmanagement. Dieses Buch soll Sie darauf vorbereiten, Altenpflege im gesellschaftlichen Wandel »neu« zu denken und Sie in Ihrer Gestaltungsaufgabe unterstützen. Denn die Altenhilfe wird vielschichtiger. Gesellschaftliche Inklusion und Teilhabe bekommen eine hohe Bedeutung. Der reale, individuelle Hilfebedarf einer Person in ihrer Lebenssituation und ihre Wünsche an die Lebensqualität rücken stärker in den Fokus – und unsere bürgerschaftliche Verantwortung auch. Die Grenzen zwischen selbstorganisierter Hilfe, teilstationärer und stationärer Pflege werden – so ist es politisch gewollt – aufgelöst. Die Angebote werden sich stärker an den regionalen Bedarfen und Wünschen der Bürger ausrichten. Das Votum der Bürger: Ambulant in der eigenen Wohnung geht vor stationär, wohnortnahe, sozial vernetzte Dienstleistungen im Viertel und kleinere Einrichtungen vor großen, Normalität vor Funktionalität.

Das heißt für Sie als Pflegemanager(innen): Hinschauen und reflektieren, neu sortieren, neu vernetzen, neu konzipieren, eventuell umbauen und sanieren .

1.1 Neue Rahmenbedingungen bieten neue Chancen

Angesichts der demografischen Herausforderung erfolgt zurzeit fach- und sozialpolitisch eine Kurskorrektur hin zu Altenhilfe- und Altenpflegekonzepten, die eigenverantwortliche Lebensentwürfe auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit stärker unterstützen (z. B. Lebensweltorientierung), die sich mehr an der Normalität, selbst verantworteten Wohnformen und quartiersnaher Versorgung orientieren.

Unsere professionelle Aufgabe ist es, die Ausbildung neuer Qualitäten von Zusammenleben in den Vierteln und Stadtteilen und von Vernetzung und Selbsthilfemanagement mit zu entwickeln. Ohne Entbürokratisierung sind Gemeinwesenorientierung und Förderung von Eigenverantwortung nicht zu schaffen. Da, wo echte Freiräume entstehen, können unter qualifizierter, professioneller Begleitung und Moderation die Produktivitätspotenziale vieler Menschen geweckt werden. Sie können und sollen systematisch in das soziale Netzwerk, z. B. von Quartieren und Gemeinden, eingebunden werden. Die neuen (gesetzlichen) Rahmenbedingungen unterstützen diese Bewegung:

- Das **Pflegestärkungsgesetz**, dessen erster Teil am 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist, ermöglicht eine bessere Berücksichtigung der individuellen Situation von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen und einen Abbau von Unterschieden im Umgang mit körperlichen und geistigen Einschränkungen. Außerdem ist im ersten Pflege-

stärkungsgesetz jetzt auch die Anerkennung des Tariflohns im Pflegesatz gesetzlich fixiert. »Hinter der Neuerung steckt die politische Absicht, einen Preiskampf zwischen den Einrichtungen zu Lasten der Beschäftigten [...] zu vermeiden sowie damit den Anreiz zu Tariffucht, Leiharbeit und Outsourcing zu verringern.«¹

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz soll der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt werden (vgl. Kapitel 6.2).

- Die erste **Landespflegekammer** in Deutschland entsteht in Rheinland-Pfalz.
- Die **Entbürokratisierung der Pflegedokumentation**. Seit Januar 2015 läuft die bundesweite Implementierung der neuen Dokumentation in der Pflege. Es ist laut Bundesregierung das bisher größte Entbürokratisierungsprojekt in der Geschichte der Pflegeversicherung.

1.1.1 Ihr Aufgabenfeld: Soziales Engagement fördern und Beteiligungsstrukturen schaffen

Wenn der Wandel gelingt, wird sich im Zusammenspiel der Generationen eine neue Norm der sozialen Verpflichtung entwickeln. Soziale und pflegerische Unterstützung in der direkten Nachbarschaft mit ihrem Beziehungsgefüge erhält Vorrang vor dem Institutionsansatz. Auch in den Institutionen gibt es neue Konzepte, veränderte Qualitätsziele und neue Formen von Beteiligung und Alltagsgestaltung.

Die zentralen Eckpunkte der Neuausrichtung:

- Ambulante und stationäre Versorgungsangebote miteinander verknüpfen
- Geldmittel von den klassischen stationären Versorgungsangeboten zu vernetzten Stadtteil-Lösungen umverteilen
- Integration und Durchlässigkeit ambulanter und stationärer Unterstützungssysteme materiell steuern. Niederschwellige Stadtteilangebote fördern
- Bestehende Pflegeeinrichtungen bedürfen der grundlegenden Neuausrichtung als Versorgungsmittelpunkte im Sinne von Quartierszentren – mit ambulanter Versorgung, als professionelle Orte für die Begleitung schwerstpflegebedürftiger Menschen, für die Begleitung von Menschen mit schwerer Demenz und herausforderndem Verhalten sowie für ein würdiges Sterben

Die Aufgabe professioneller Pflege alter Menschen besteht zukünftig verstärkt darin, die spezifischen Pflegesituationen fachlich zu erfassen sowie die Beteiligten zu beraten, anzuleiten, zu begleiten und die Zielerreichung zu überwachen. Das ambulante Beteiligungsmodell wird verstärkt Einzug in das Heimsetting halten.

¹ Vgl. Tybussek, K. (2014). Anerkennung von Tariflohn im Pflegesatz jetzt gesetzlich fixiert. Das Pflegestärkungsgesetz 1 stellt aber hohe Anforderung an die Anerkennung. CURACON Weidlich Rechtsanwalts-gesellschaft mbH, Mitteilung vom 22.11.2014

Fazit

Eine nachhaltige Sicherung der Pflege verlangt nach einem neuen Profil professioneller Pflege, nach Interdisziplinarität, nach Kooperationen zwischen Berufsgruppen und einer neuen Partnerschaft zwischen Angehörigen, Freiwilligen und beruflich Tätigen.

1.1.2 Die Entbürokratisierung der Altenpflege

Hauptthema des sog. »Entbürokratisierungsprojektes« des Bundesministeriums für Gesundheit sind Art und Umfang der Dokumentation in der Langzeitpflege. Daneben geht es auch um die Umleitung von finanziellen Mitteln, die der bürokratische Zeitaufwand derzeit noch bindet, in die direkte Pflegezeit. Insgesamt spricht man von 2,7 Milliarden Euro². Für die Dienste und Nutzer eröffnen sich neue Optionen. In den nächsten zwei Jahren wird die entbürokratisierte Dokumentation bundesweit umgesetzt. Das Projektbüro hat unter dem Titel »**E**inführung des **S**trukturmodells zur **E**ntbürokratisierung der **P**flegedokumentation (Ein-STEP) am 1. Januar 2015 seine Arbeit aufgenommen. Die Website des Projektbüros ist seit März 2015 unter der Adresse www.ein-step.de erreichbar. Dort werden laufend aktuelle Informationen zur Implementierung angeboten.

1.1.2.1 Die Elemente der entbürokratisierten Pflegedokumentation

Diese grundlegende Veränderung in Art und Umfang der Pflegedokumentation ist die Chance für einen Paradigmenwechsel – hin zu einer konsequenteren Orientierung an der pflegebedürftigen Person, zu mehr Transparenz und zu professioneller Vertrauenskultur.

Bestandteile der entbürokratisierten Pflegedokumentation:

- Strukturmodell mit klarer Grundstruktur in einem vierphasigen Pflegeprozess
- Strukturierte Informationssammlung (SIS)
- Verfahren der Risikoeinschätzung
- Maßnahmenpläne in der Tagesstruktur

Eine Ausrichtung der Pflegedokumentation an einem speziellen Pflegemodell, entfällt. Geraten wird zu einer qualifizierten Personenzentrierung in der Planung und Dokumentation für Lebenssituationen der Langzeitpflege.

² Vgl. Statistisches Bundesamt (2013). Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege. Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind.

Der Pflegeprozess nach dem Strukturmodell

1. Aufnahmegespräch mithilfe der Strukturierten Informationssammlung in der narrativen Methode
2. Pflegeplanung
3. Pflegebericht (Verlaufsdokumentation, abweichend vom Pflegeplan)
4. Evaluation (mit Fokus auf Erkenntnisse aus SIS, Pflegeplanung und Bericht)

Umgang mit Risiken und Phänomenen

Das Risikomanagement konzentriert sich auf fünf (statistisch häufigste) Risikobereiche und Pflegephänomene:

1. Dekubitus
2. Schmerz
3. Sturz
4. Inkontinenz
5. Ernährung

»Zusatz-Joker« ist die Kategorie »Sonstiges« für weitere spezifische kritische Situationen, z. B. gerontopsychiatrische Fragestellungen (herausforderndes Verhalten, Wandertendenz, Verursachen gefährlicher Situationen, gestörter Ausdruck von Bedürfnissen, Tag-Nacht-Rhythmus).

Risikoeinschätzung mit Initial- und Differenzialerfassung

Es erfolgt eine Rückbesinnung auf die fachliche Kompetenz. Zunächst wird der jeweilige Nutzer fachlich eingeschätzt, bevor ein Differenzialassessment erfolgt, eine intensive Beobachtungsphase eingeleitet oder eine Skala ausgefüllt bzw. ein Assessment durchgeführt wird.

Strukturmodell mit neuer Gewichtung

Die Veränderungen und die neue Gewichtung im neuen Strukturmodell zeigen sich an folgenden Elementen:

1. Stärkung und konsequente Beachtung von Individualität und Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Person. Berücksichtigung pflegerelevanter biografischer Informationen
2. Darstellung des Pflegeprozesses auf vier Schritte beschränkt
3. Struktur der Pflegedokumentation mit sechs Themenfeldern, orientiert am Neuen Begutachtungsassessment (NBA)
4. Strukturierte Informationssammlung (SIS) als Einstieg in den Pflegeprozess
5. Matrix zur fachlichen Einschätzung der individuellen Risiken und Phänomene und Verdeutlichung des Handlungsbedarfs

Die SIS macht die bisher genutzten Anamnese- und Biografiebögen und die klassische Pflegeplanung im 6-Schritte-Modell überflüssig.

»Immer-so-Leistungen« und Behandlungspflege

Ganz wichtig: Berücksichtigen Sie unbedingt, dass der reduzierte Dokumentationsaufwand im Bereich des Abzeichnens in erster Linie die grundpflegerische Versorgung als »Immer-So-Leistungen« betrifft. Um im Haftungsfall den Immer-so-Beweis führen zu können, sorgen Sie dafür, dass eine überschaubare Zahl sog. »Verfahrensweisungen Grundpflege« hinterlegt ist, die das Vorgehen in den Immer-so-Leistungen kurz beschreiben.

Es geht nicht um Pflegestandards! In der Dokumentation der pflegebedürftigen Person werden nur noch die Abweichungen beschrieben. Die Dokumentation der behandlungspflegerischen Versorgung nach dem Arzthaftungsrecht bleibt, wie sie ist.

Fazit

Die neuen Vorgehensweisen wirken sich direkt auf das Qualitätsmanagement aus: Hier werden jetzt die fachlichen Weichen des Vorgehens gestellt, z. B. im phänomenbezogenen pflegerischen Risikomanagement.

1.1.2.2 Umsetzung mit Gestaltungsspielraum

Die Einhaltung des Strukturmodells und der Verfahrensanleitung ist eine Rahmenvorgabe, innerhalb derer Sie die Umsetzung gemäß Ihren Bedürfnissen und QM-Strukturen frei gestalten können. Das gibt Ihnen Sicherheit und gleichzeitig angemessenen Spielraum, z. B. in der Gestaltung der Maßnahmenplanung.

Die verschlankte Dokumentation braucht mehr fachliches Knowhow. Die Pflegefachkraft muss selbstständiger und reflektierter beobachten, einschätzen und entscheiden.

Die »richtige Kompetenz am richtigen Ort« – Qualifikationsmix: Je weniger – aber (fachlich) konzentrierter – geplant und dokumentiert wird, umso wichtiger wird für Ihren Pflegedienst/Ihre Einrichtung die Nutzung der »richtigen« Kompetenzen der Mitarbeitenden an der »richtigen« Stelle. Sorgen Sie für einen funktionierenden Qualifikationsmix!

Die neue Prüfanleitung, der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, das neue Begutachtungsinstrument, die neuen Qualitätsindikatoren und die neue, entbürokratisierte Pflegedokumentation stehen in einem konzeptionellen, logischen, strategischen und betriebswirtschaftlichen Zusammenhang.

Kann ein Mitarbeiter in Begutachtung und Prüfsituation nicht angemessen argumentieren, zeigen Planung und Risikomanagement keinen roten Faden auf, wird es eng für Note, Reputation und Finanzierung.

Gefordert sind reflektierte Kreativität statt Buchstabentreue, Kooperation auf Augenhöhe und echte Entwicklungsräume für unterschiedliche Begabungen. Neue Anforderungen an Arbeitsteilung und an den Umgang mit Verantwortung erfolgen.

Fazit

Finden Sie heraus, wer in Ihrem Dienst welches Potenzial hat und unterstützen Sie Ihre Mitarbeiter darin, ihre Potenziale zu nutzen. Schaffen Sie über beziehungsba- sierte Pflege und potenzialorientierte Organisation krisenfeste und wirklich moti- vierende Arbeitsbedingungen.

1.1.2.3 Umsetzung dank potenzialorientierter Organisation

Eine effizientere, verschlankte Pflegedokumentation erfordert potenzialorientierten Per- sonaleinsatz. Ein erprobtes Instrument zur Potenzialfindung und -entfaltung ist der von Gerd Palm und Karla Kämmer entwickelte Kompetenzkompass. Mit seiner Hilfe analysieren Sie, wer fachlich für welche Aufgaben geeignet ist und kombinieren geschickt Anforderungen, Aufgabenbereiche und Verantwortlichkeiten. Bauen Sie ein Experten- netzwerk auf. Qualifizieren Sie gezielt. Das spart Ressourcen und schafft Motivation.

Der Kompetenzkompass lotet u. a. folgende Potenziale bei Mitarbeitenden aus:

1. Potenzial Bezugs- und Beziehungspflege allgemein (Basislevel)
2. Analytisch-planerisches Potenzial
3. Pflegefachliches Potenzial
4. Organisatorisches Potenzial
5. Beziehungsorientiertes Potenzial
6. Pflegepraktisches Potenzial

Beispiel »Kriterien für eine Pflegefachperson«

Die spezifischen Kriterien für eine Pflegefachperson im ambulanten Dienst wären in einer Potenzialanalyse z. B.:

1. MA mit Potenzial Bezugs- und Beziehungspflege (Basislevel)

Kompetenzen:

- Interaktion mit Klienten und Angehörigen
- Narrative Informationssammlung und Biografiearbeit durchführen
- Hermeneutische Deutung
- Evaluationen durchführen

2. MA mit analytisch-planerischem Potenzial (Pflegeprozessexperte)

Kompetenzen:

- Hohe Kompetenzen in der Gestaltung von Pflegeprozess- und Dokumentation
- Einstufungsmanagement
- Kritische Situationen/Konstellationen frühzeitig erkennen
- Pflegecontrolling

3. MA mit pflegefachlichem Potenzial (Pflegefachexperte)

Kompetenzen:

- Pflege am allg. Stand des Wissens
- Pflegefachliche Begründungen
- Schwerpunktsetzung, Risiken und Phänomene im Pflegeprozess bearbeiten
- Spez. Fachschwerpunkt (Pallcare, Geronto, Quartier)

4. MA Koordination/Steuerung (Organisatorische Begabung)

Kompetenzen:

- Organisationsfähigkeit (Zeit- & Selbstmanagement)
- Gesamtüberblick über Abläufe und Vorkommnisse
- Koordinationsfähigkeit (auch mit Schnittstellen) Familien & Klienten

5. MA mit beziehungsorientiertem Potenzial (Experte Demenz oder Pallcare)

Kompetenzen:

- Praktische Milieugestaltung/Wohlbefinden im Blick/Empathie einsetzen, Menschen mit Demenz
- Direkte Pflege/Ausführung: sehr individuell, achtsam und ethisch reflektiert
- Psychosoziale Begleitung und Krisenbegleitung

6. Schwerpunkt Pflegepraxis (Hands-on-Pflege)

Kompetenzen:

- Besondere fachliche Begabung in einem fachlichen Handlungsfeld
- Direkte Pflege fachlich umsichtig und praktisch hochwertig durchführen
- Behandlungspflege/Medikamentenmanagement/Wundmanagement/Hygiene
- Umsetzung von mobilitätsorientierten Konzepten: Kinesthetics, Bobath,
- 3-Schritte-Konzept

1.1.2.4 Zwischenfazit aus Expertensicht

Die Zeitersparnis durch die entbürokratisierte Dokumentation beträgt 30 bis 50 Prozent des bisherigen Gesamtaufwands. Hinzu kommen die positiven Effekte auf die Mitarbeiterzufriedenheit, wie sie sich in den Erfahrungsberichten der Modelleinrichtungen zeigen. Offensichtlich fühlen sich Pflegefachkräfte wieder ernst genommen. Gerade erfahrene Berufskolleginnen und -kollegen fühlen sich in ihrer Sicht auf ihre Berufsschwerpunkte bestätigt und sagen: »Eigentlich ist das neue Verfahren ein wenig so wie zu Anfang der Einführung der Pflegeplanung, nur differenzierter.«

1.1.3 Pflege im Quartier: Gemeinsam vor Ort leben

Auch im Strukturbereich werden die politischen Weichen eindeutig gestellt: Im Rahmen der Schaffung demografiesicherer Städte und Gemeinden sollen Wohnquartiere entstehen, in denen gelebt, ausgetauscht, unterstützt, gewohnt und gepflegt wird – ambulant, stationär und teilstationär. Die Grenzen der alten Versorgungsformen sollen

sich nach und nach auflösen, wohnortnah sollen tragfähige Versorgungsnetze entstehen. Sie sind gut beraten, sich auf den Versorgungsansatz »Quartier« vorzubereiten, darin neue Chancen und Möglichkeiten zu sehen.

Was ist neu am Quartier? Die Auswirkungen des demografischen Wandels stellen Städte und Gemeinden, aber auch soziale Dienstleister, vor große Herausforderungen. Sie bedeuten eine stärkere Differenzierung der Bedürfnisse und Ansprüche besonders auch beim Thema Wohnen. Erforderlich sind generationengerechte Wohnformen sowie quartiersnahe Beratungs- und Dienstleistungsangebote. »Wohnquartiere für Jung und Alt« heißt – neben dem Blick auf junge Familien – vor allem auch, das Thema »Wohnen im Alter« stärker als bisher in den Mittelpunkt zu stellen.

Wohnen im Quartier

Das Ziel ist ein möglichst langer Verbleib der älter werdenden Menschen in ihrer vertrauten Umgebung.

Eine Anforderung an die Altenhilfe besteht darin, viel mehr als bisher soziale Netzwerke und die unmittelbare Solidarität zwischen den alten und jungen Menschen eines Wohnquartiers zu stärken und in die Organisation von Hilfeangeboten einzubeziehen.

1.1.3.1 Ihre Rolle als stationärer Dienstleister

In Quartiersprojekten können Sie mit Ihrer Einrichtung eine zentrale Rolle übernehmen. Sie besteht darin,

- mit allen an der Versorgung Beteiligten optimal im Stadtteil zu kooperieren;
- Ihre Achsenfunktion als »lebendiges Herz« des Stadtteils auszubauen;
- Potenziale zu stärken;
- mit ambulanten Diensten, Gemeinden sowie Ehrenamtlichen (z. B. aus Freiwilligenbörsen) eng zusammenzuarbeiten;
- Organisationen und Selbsthilfe im Stadtteil zu unterstützen (z. B. Quartiersgruppen aufbauen, an Runden Tischen und Konferenzen teilnehmen, bürgerschaftliches Engagement mitunterstützen);

»Die Arbeit im Quartier und im Gemeinwesen erfordert [...] neben der Fachlichkeit besondere personale und soziale Kompetenzen, die sich förderlich auf die nachbarschaftliche Beziehungsgestaltung auswirken.«³

³ De Vries, B., Evangelisches Johanneswerk (Hg.) (2011). Quartiersnah. Die Zukunft der Altenhilfe. Reihe Management Tools. Hannover: Vincentz Network, S. 12

1.1.3.2 Aufbau institutionsübergreifender Netzwerke

In Bezug auf hilfebedürftige Personen umfassen institutionelle Netzwerke⁴

- **primäre**, nicht bzw. wenig organisierte, auf persönliche Bindung aufbauende Netze (Privatbereich: Familien und Freunde),
- **sekundäre**, organisierte formelle Netze (öffentlicher Lebensbereich: Vereine oder z. B. der Männerkreis der Kirchengemeinde),
- **tertiäre** Netze in Form von professionellen Institutionen (gemeinnütziger Sektor: u. a. Krankenhäuser, Wohnhäuser für ältere Menschen, Tagespflegeangebote, Stadtteilbüros) und Unternehmen (z. B. der Supermarkt an der Ecke mit seinem Lieferservice oder die Taxizentrale mit den Stammfahrern).

Die Anforderungen vor allem des Managements verändern sich wegen der regionalen Vernetzung Schritt für Schritt:

Unterstützen Sie bewusst und gezielt Eigenverantwortung und Eigeninitiative in Ihrem Quartier

Hilfebedürftige Menschen, ihre Angehörigen und Nachbarn sind im Quartier die bestimmenden Akteure, die im Bedarfsfall ergänzende professionelle Hilfe in Anspruch nehmen werden. Als professionelle Dienstleister unterstützen Sie bewusst die Entwicklung von Gemeinsinn, Eigenverantwortung und Eigeninitiative in Ihrer Umgebung. Das kann durch Informationsbörsen zu Quartiersarbeit, Bedarfsbefragungen in den Haushalten und Aufbau regionaler mobiler Einkaufsservices geschehen (Rollender Bäcker/Bauer, Rollendes Warenhaus oder Blumenservice), aber auch in der weiteren Öffnung hausinterner kultureller Angebote für Bewohner des Stadtteils (Achtung: Rollatorreichweite beachten!).

Kooperieren Sie noch bewusster mit anderen Akteuren

Quartiersbezogene Wohnkonzepte werden meist nicht von einem Träger allein umgesetzt. Sie sind vor allem dann erfolgreich, wenn auch Sie sich auf andere Akteure zubewegen, sich als Zukunftspartner sehen und Ihre Ressourcen zur Verfügung stellen. Kooperationspartner können hierbei aus der Wohnungswirtschaft kommen, aber auch u. U. von Mitbewerbern und Dienstleistern. Ihre Fachlichkeit steht dabei gleichwertig neben der anderer Fachdisziplinen und Anbieter. Das erfordert kommunikativen Austausch und Abstimmung sowie ein Denken in multiprofessionellen und vernetzten Zusammenhängen. Dabei ist immer zu klären, wer den Gesamtprozess steuert!

⁴ Vgl. Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hg.) (2008b): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Themenheft 3: Den neuen Herausforderungen begegnen – Mitarbeiter weiter qualifizieren. Zusammengetragen von Ursula Kremer-Preiß und Holger Stolarz. Essen: KDA, S. 11

Kooperieren Sie mit privaten Netzwerken

In Zukunft werden Leistungen nur noch in Dienstleistungsnetzwerken qualitativ zu erbringen sein. Von Ihnen und Ihren Mitarbeitern wird also die Kompetenz erwartet, Netzwerke aufzubauen und deren Zusammenarbeit zu koordinieren. Dies setzt auch die Kenntnis von Gruppenprozessen und -entwicklungen voraus.

Teilen Sie Verantwortung

Die Expertenmacht der Fachkräfte wird in der quartiersnahen Versorgung aufgrund der neuen Kräfteverteilung zwischen Hilfebedürftigen, Angehörigen, anderen Bürgern des Quartiers und Profis geringer werden. Profis bringen vorwiegend ihre Fachlichkeit ein, die Hilfebedürftigen, ihre Angehörigen und Freunde steuern ihre biografische und Alltagsexpertise bei. Die Mitarbeiter müssen darin gestärkt werden, auf Augenhöhe mit anderen – vor allem nicht professionellen – Partnern zusammenzuarbeiten und Verantwortung in einem Hilfemix zu teilen.

Intensivieren Sie in Steuerungsfähigkeiten

Unter den professionellen Helfern wird der proportionale Anteil der Fachkräfte deutlich abnehmen. Deren Hauptaufgabe besteht zukünftig in der Führung der Nicht-Fachkräfte und in der Steuerung der Pflege-, Betreuungs- und Kommunikationsprozesse. Die professionellen Mitarbeiter sehen die unterschiedlichen Expertisen, die andere Akteure einbringen. Sie steuern den Kommunikationsprozess mit allen Beteiligten, in dem die unterschiedlichen Kompetenzen zum Wohl des hilfebedürftigen Menschen zusammengeführt werden. Sie müssen also die ihre Fachlichkeit zurücknehmen, ein hohes Maß an Kommunikationsfähigkeit mitbringen und sich im Konfliktmanagement auskennen. Gleichzeitig müssen sie den Hilfebedarf diagnostisch definieren und ihre Dienstleistung dem aktuellen fachlichen Stand entsprechend erbringen.

1.1.3.3 Im Hilfemix aufgabenbezogen kooperieren

Wenn das Zusammenspiel der unterschiedlichen Partner gelingt, entstehen innovative Lösungen, die

1. fallbezogen jetzt und hier gut für den Einzelnen sind und/oder
2. feldbezogen helfen, die Versorgungsstrukturen im regionalen Rahmen generell zu verbessern, die damit auch mittel- und langfristig nützlich für die Allgemeinheit sind.

Eine vorrangige Aufgabe institutioneller Netzwerkpartner, insbesondere von Behörden und Ämtern, besteht in der aufgabenbezogenen Kooperation und der Fähigkeit, bürgerschaftliches Engagement in zukunftsweisende Lösungen einzubinden. Nur so kann der Hilfemix funktionieren und als Bündnis politisch wirksam werden.

1.1.3.4 Bürgerschaftliches Engagement kompetent konzipieren

Die Bereitschaft, sich um Angehörige – auch im Falle einer Heimunterbringung – zu kümmern, ist ausgeprägt. Das zeigt beispielsweise die Kasseler Pflegestudie⁵. Die Hilfsbereitschaft bezieht sich potenziell auch auf Fremde. So pflegeunerfahren ist die Bevölkerung heute nicht: Über 50 Prozent der 40- bis 60-Jährigen haben bereits Erfahrungen in Pflegesituationen gesammelt. Sie geben diese bereits heute, z.B. in der Alzheimer- und Hospizgesellschaft, weiter.

Der Nutzen beruht auf Gegenseitigkeit: Bürgerschaftliches Engagement hilft nicht nur den Bedürftigen, sondern verhilft auch den Freiwilligen zu neuen Kompetenzen, einem abwechslungsreichen Alltag und im begrenzten Umfang auch zu einem finanziellen Vorteil. Soziales Handeln kann auch der Angst vor Einsamkeit, unwürdigen Pflegesituationen und Abhängigkeit entgegenwirken.

Sowohl Profis als auch Freiwillige benötigen Begleitung, Anleitung und Informationen zum Umgang miteinander. Freiwillige brauchen eine systematische Unterweisung, Training und Reflexion in ihrem Aufgabenbereich.

1.1.3.5 Kein Netzwerk ohne Stakeholder

Als Grundlage für die quartiersbezogene Netzwerkbildung bietet sich eine offene Arbeitsform an, ein Forum aller Beteiligten, das sich gemeinsam auf den Weg macht und sowohl Professionelle als auch Interessierte einbindet, Pionierarbeit leistet und Informationen austauscht.

Wichtig für Ihren Start in die Vernetzungsarbeit sind eine exakte Umfeldanalyse der Infrastruktur des Sozialraumes, seiner Mitglieder und deren Verflechtungen. Hier bietet sich eine Stakeholderanalyse an. Sie hilft, Interessenträger (stakeholder) zu identifizieren, also Personen oder Gruppen, die besonderen Einfluss auf den praktischen Aufbau von Quartiersarbeit haben.

Stakeholder

Typische Stakeholder sind einflussreiche Interessenvertreter bzw. Persönlichkeiten des regionalen politisch-administrativen Systems (z. B. Bürgermeister, Vertreter von Parteien, Träger bzw. Vertreter von Wohlfahrtsverbänden und deren lokalen Einrichtungen), Leitungen von Kirchengemeinden, Eigentümer, Unternehmens- und Behördenvertreter. Sie werden geordnet nach

- ihrem Einfluss auf andere Stakeholder,
- ihrem Entscheidungspotenzial (finanziell, technisch, politisch etc.),
- ihrer Einstellung zur Quartiersarbeit (Gegner, Befürworter, neutral etc.),
- ihrer Rolle im Projekt (Konkurrenten, Mitbewerber),
- ihren Beziehungen untereinander (Vorerfahrungen in Projekten).

⁵ Vgl. Blinkert, T. & Klie, T. (2004). Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Hannover: Vincentz

Diese Analyse ist die Grundlage dafür, Stakeholder gezielt einzubinden und das gegenseitige Verständnis im Sinne der gemeinsamen Gestaltungsaufgabe zu verbessern. Sie ist aber immer nur eine Momentaufnahme und muss aktuell gehalten werden, um wirksam zu bleiben. Die Stakeholderanalyse ist recht einfach – Sie werden erstaunt sein, wie viel Wissen in Ihrer Organisation vorhanden ist!

Fragen im Rahmen der Stakeholderanalyse

- Wo sind welche Stakeholder?
- Welche Interessen und welchen Einfluss könnten sie in Bezug auf das Projekt haben?
- Wer kann wie den Quartiersaufbau zum Scheitern bringen?
- Auf welchen Partner muss wie Rücksicht genommen werden, um erfolgreich zu sein? (Ableitung von Konsequenzen für das Vorgehen)

1.1.3.6 Kooperationen einüben

Produktive Netzwerkarbeit setzt offene und reflektierte Kompetenzen und Kommunikationswege voraus. Daher müssen Kooperation und Vertrauen unter den potenziellen Partnern eingeübt werden. Hierzu hat es sich bewährt⁶

- monatliche Sitzungen abzuhalten,
- Ziele und Regeln aufzustellen (Leitlinien der Zusammenarbeit),
- Teilprozesse zu definieren,
- Verantwortlichkeiten zu übertragen und
- regelmäßig zu rapportieren.

Es geht darum, eine positive Einstellung zu verstetigen, Verantwortung für das gemeinsame Ganze zu übernehmen und Schwierigkeiten in Kooperation zu bewältigen.

Binden Sie Ihre Mitarbeitenden aktiv ein. Sorgen Sie in Ihrem Team und auf der Kooperationspartnerebene für klare Verhältnisse und machen Sie Handlungsspielräume und Grenzen transparent. Das schafft Sicherheit. Legen Sie von Regeln für das Konfliktmanagement fest. Sie können mit Ihrer Einrichtung eine zentrale Rolle übernehmen, beispielsweise, indem Sie

- mit allen an der Versorgung Beteiligten optimal kooperieren,
- mit anderen eng im Win-win-Prinzip des gegenseitigen und gesellschaftlichen Nutzens zusammenarbeiten,
- gelingende Lösungen anbieten, die Sie aus eigener Kraft nicht hätten realisieren können.

⁶ Vgl. Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hg.) (2008c). Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Themenheft 2: Gemeinsam mehr erreichen- Lokale Vernetzung und Kooperation. Zusammgetragen von Dr. Renate Narten, Büro für sozialräumliche Forschung und Beratung, Hannover, S. 29

1.1.3.7 Strukturierungs- und Finanzierungshilfen

Sind alle wichtigen Akteure identifiziert, bedarf das sich entwickelnde Netzwerkprojekt der Struktur (z. B. als Verein) und der Finanzierung. Für diese sensible Phase können Initiativen bei vorliegender Förderfähigkeit Unterstützung erhalten.

Das **Kuratorium Deutsche Altershilfe Köln** (kda) ermöglicht Hospitationen in Quartiersprojekten, regt Projekte des bürgerschaftlichen Engagements im Quartier und den Aufbau von Nachbarschaften/Nachbarschaftshilfen an, unterstützt Initiativen und Gruppen, um öffentliche Veranstaltungen durchzuführen, aktivierende Befragungen vorzunehmen, Konzepte zu entwickeln und die Quartiersinnovationen voranzutreiben.

Das **Deutsche Hilfswerk** (DHW) bietet unter bestimmten Bedingungen finanzielle Unterstützung bei der personellen Ausstattung der Koordination des Quartiersmanagements. Mit neuen Kompetenzprofilen werden sich auch die entsprechenden Aus- und Weiterbildungsschwerpunkte verändern. Die verschiedensten Träger und Institutionen entwickeln entsprechende Konzepte und Projekte, insbesondere das »**Netzwerk: Soziales neu gestalten**« (SONG).

Regeln für den Aufbau Ihres Netzwerkes:

1. Gehen Sie in der Auswahl der Netzwerkpartner sorgfältig vor:
 - a) Lassen Sie sich Zeit.
 - b) Klären Sie Ziele, Gemeinsamkeiten und Differenzen.
2. Legen Sie Ziele, Leitbild, Leitlinien, Kooperationsstruktur und -kultur fest.
3. Binden Sie Ihre Mitarbeiter mit ihrem Wissen von Anfang an sorgfältig ein: Sorgen Sie für Wissen, Begeisterung, Transparenz und Rollenklarheit.
4. Pflegen Sie einen offenen Umgang mit den unterschiedlichen Interessen und Konkurrenzen.
5. Stellen Sie sich auf Rückschläge ein.
6. Bleiben Sie hartnäckig – es lohnt sich!

1.1.3.8 Quartiersanalyse vorbereiten

Finden Sie Antworten auf diese Fragen:

- Welche Bürgerstruktur haben wir?
- Welche Versorgungsmöglichkeiten für den Alltagsbedarf liegen im Umkreis von fünf, sieben oder 15 Minuten Fußweg?
- Welche Anbieter sind im Quartier präsent? Bestehen Kontakte?
- Wer hat Interesse an welchen zukünftigen Schwerpunkten?
- Wer verfügt über welche Kapazitäten?
- Mit wem haben Sie bereits Kooperationserfahrungen?

1.1.3.9 Die Stationen des Quartiersaufbau

- Beantragung von Fördermitteln bei KDA und DHW
- Standort- und Sozialraumanalyse
- Quartiersbegehungen
- Informationsveranstaltungen
- Bürgerbeteiligung
- Konzeptvarianten bis Entwicklungsreife
- Auswahl geeigneter Kooperationen und Aufbau von Partnerschaften
- Umbauplanung und -begleitung

1.2 Berufsstand Pflege – Professionelles Selbstverständnis

Das 20. Jahrhundert war gekennzeichnet durch die Verberuflichung der Pflege. Seither hat sich der Wissensstand der Pflege erweitert. Die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung werden komplexer und verändern sich kontinuierlich. Der Zusammenhang zwischen sozialen Faktoren von Gesundheit, chronischen Krankheiten und funktionellen Beeinträchtigungen verlangt zunehmend pflegerische Expertise. Im 21. Jahrhundert baut Pflege weiter auf: mit ihren Studiengängen und eigenen Forschungsstätten, ihrer stärker werdenden Definitionsmacht in Sachen Qualität und jetzt auch mit der Einführung der Pflegekammer. Pflege muss vor allem von den Mitgliedern der Pflegeberufe kompetent, eindeutig und nachdrücklich repräsentiert werden.

Pflegewissenschaft

Das Alten- und das Krankenpflegegesetz weisen die Pflegewissenschaft als Leitwissenschaft aus.⁷ Lehrinhalte in Theorie und Praxis gründen auf wissenschaftlichen Bezügen und Forschungsergebnissen. Dadurch wird die Wirksamkeit pflegerischen Handelns als eigene Profession belegbar. Schon in der Ausbildung sollen Lernende dazu angeleitet werden, wissenschaftliche Erkenntnisse zu verstehen, zu bewerten und konkret anzuwenden. Pflegerisches Handeln ist wissenschaftsbasiert, z. B. durch Expertenstandards.

Meilensteine für die professionelle Pflege alter Menschen

Vor fast 20 Jahren wurde vom Arbeitskreis Pflege der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie ein wichtiger Grundstein mit einem Positionspapier zur Professionalisierung der Pflege im Kontext von Gerontologie und Altenhilfe gelegt: »Alte Menschen pflegen bedeutet, den einzelnen Menschen zu unterstützen und zu begleiten, damit er sein Leben trotz Hilfebedürftigkeit und Abhängigkeit bis in den Tod als

⁷ Vgl. DBfK (2012). Tausche wichtigen gegen guten Arbeitsplatz. Im Internet: <http://www.dbfk.de/Startseite/Aktion-Tausche-wichtigen-gegen-guten-Arbeitsplatz/Zahlen---Daten---Fakten-Pflege-2012-01.pdf> [Zugriff am 21.02.2015], S. 2