



Annelen Schulze Höing

## Grundpflege im Fokus der Qualitätssicherung

### Stellenwert von Grundpflege und pflegerischer Qualitätssicherung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe

| Teilhabe 3/2013, Jg. 52, S. 109 – 113

**KURZFASSUNG** Der fachliche Diskurs zur Pflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe misst dem Bereich der Grundpflege nur geringen Stellenwert bei. Dabei betreffen ca. 90 % aller pflegerischen Assistenzleistungen diesen Bereich. Bei der Planung und Ausführung von Grundpflege können pflegerisch ausgebildete Mitarbeitende Risiken im Vorfeld erkennen und durch gezielte Prävention abwenden. Damit wird ein wertvoller Beitrag zur Gesundheitsfürsorge der Klient(inn)en geleistet. Grundpflege wird jedoch in ihrer Komplexität regelmäßig unterschätzt. Der Beitrag stellt das Tätigkeitsgebiet der Grundpflege und die Voraussetzungen zur Übernahme dieser Assistenzleistungen dar. Es wird aufgezeigt, wieso es notwendig ist, sich näher mit der Qualitätssicherung von grundpflegerischen Assistenzleistungen zu befassen. Wie pflegerische Qualitätssicherung über eine gesetzlich verankerte Basisqualifizierung umgesetzt werden kann, wird am Beispiel Österreichs dargestellt.

**ABSTRACT** *Basic Care in the Focus of Quality Management. To the Importance of Basic Care and Nursing Quality Management in Services for People with Disabilities. The importance of basic care is hardly discussed in the context of support services for people with disabilities. Besides, 90 % of all care activities concern this area. Qualified staff can recognise and turn away risks by planning and implementing basic care as well as specific prevention. This means a significant contribution to the clients' health care. Nevertheless, the complexity of basic care is regularly underestimated. This article shows the different areas of care activities and the requirements to take over these activities. It will be discussed, why it is necessary to deal closer with the quality management of basic nursing care. By taking Austria as an example the possibilities of a legally consolidated basic level of qualification will be outlined.*

#### Stellenwert von Grundpflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Es ist nicht neu, dass Menschen mit geistigen Behinderungen neben sozialen und pädagogischen oft auch grundpflegerische Leistungen erhalten. Im Bereich der stationären Eingliederungshilfe gehört die Erbringung von Grundpflegeleistungen zum Bestandteil der Leistungserbringung (§ 55 SGB XII, § 13 Abs. 3 S. 3 SGB XI) und ist im Entgelt enthalten. Bekommt die Grundpflege damit einen Stellenwert, der mit der pädagogischen Förderung gleichzusetzen ist? Die Frage klärt sich, indem die Zielstellung von Pflegeleistungen im Kontext der Eingliederungshilfe näher betrachtet wird. Qualitätsmanagement-Theorien unterscheiden sog.

wertschöpfende Kernprozesse von unterstützenden Prozessen. Kernprozesse beschreiben die Kernkompetenzen bzw. den Unternehmenszweck und damit das sog. Kerngeschäft. Beispielsweise zählen in einer Autowerkstatt die Reparatur- und Wartungsarbeiten zu den wertschöpfenden Kernprozessen, während die Terminplanung, Abrechnung, Rechnungslegung und Buchhaltung zu den unterstützenden Prozessen gehören. Um zu beurteilen, ob es sich bei einer Leistung um einen Kernprozess oder um einen unterstützenden Prozess handelt, ist die Leistung im Kontext der grundlegenden Zielsetzungen des Unternehmenszwecks sowie den Rahmenbedingungen (z. B. gesetzlichen Grundlagen) zu betrachten.

Leistungen der Grundpflege, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe erbracht werden, zielen darauf ab, die Voraussetzung dafür zu schaffen, dass die Klient(inn)en in die Lage versetzt werden, ein teilhabeorientiertes Leben zu führen. So benötigt ein Klient z. B. die Unterstützung bei der Körperpflege und der Nahrungsaufnahme, bevor Teilhabeleistungen gemäß SGB XII (z. B. Besuch einer Förderstätte oder Werkstatt) überhaupt erst greifen können. Das Beispiel verdeutlicht, dass Leistungen der Pflege im Kontext der Zielsetzung ihrer Erbringung zu betrachten sind. Während in Einrichtungen der Eingliederungshilfe die Sicherstellung umfassender Teilhabe entsprechend der pädagogischen Zielsetzung ein Kernprozess darstellt, sind Pflegeleistungen als unterstützende Prozesse zu bewerten. Nimmt man hingegen vollstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulanten Dienste in den Blick, deren Leistungen unter dem Dach des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) erbracht werden, stellen Pflegeleistungen die wertschöpfenden Kernprozesse dar.

Werden Pflegeleistungen in Einrichtung der Eingliederungshilfe erbracht, haben diese konzeptionell gesehen gegenüber pädagogischen Interventionen zwar einen nachgeordneten Stellenwert, sind aber bezogen auf ihre Erbringung auf dem Stand des aktuellen Wissens zu erbringen. Dies gilt z. B. gleichermaßen für die Autowerkstatt. Gibt ein Kunde sein Auto zur Reparatur, erwartet er neben der fachgerechten Ausführung der Reparatur (Kernprozess) freundliche Ansprache, Einhaltung von Terminen sowie nachvollziehbare und sorgfältig erstellte Rechnungen (unterstützende Prozesse). Die Tatsache, dass es sich um einen unterstützenden Prozess handelt, entbindet dabei nicht von der Verpflichtung zur fachgerechten Erbringung. Ganz im Gegenteil: Hat ein Unternehmen den Anspruch, allen Kundenanforderungen in bester Weise gerecht zu werden, müssen alle erbrachten Prozesse vom Erstkontakt bis zur Rechnungslegung hohen Qualitätsansprüchen genügen.

Dieser Anspruch sollte gleichermaßen für eine Einrichtung der Eingliederungshilfe in Bezug auf die unterstützenden Prozesse der pflegerischen Assistenz gelten. Es ist natürlich zu kurz gegriffen, die Wertschätzung einzig und allein vom zuständigen Kostenträger (SGB XI oder SGB XII) abhängig zu machen. Im Grunde ist es falsch, das eine vom anderen künstlich per Kostenträger und Versorgungsvertrag voneinander trennen zu wollen. Der Mensch hat einen Anspruch auf pflege-

rische Teilhabe oder teilhabeorientierte Pflege, sprich: einen Anspruch auf eine Versorgung, die ihm eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht, egal woher er seine Wertschöpfung bezieht. Es ist de facto nicht zu beantworten, wie hoch der Anteil von Pflege in Teilhabeförderungsprozessen ist. Pflegeeinrichtungen, die nur über die „Teilkaskoleistung“ Pflegeversicherung ihre Leistungsentgelte beziehen, zeigen beachtliche Anstrengungen, um bei knappsten personellen Ressourcen neben der Pflege die Lebensqualität über soziale (Gruppen-)Betreuung zu verbessern. Die Unterteilung in Kern- und unterstützende Prozesse sollte hierbei nur der eigenen Profilschärfung dienen.

hebliche zeitliche Ressourcen bindet – von der Planung der Assistenz (Risikoanalysen, Ermittlung von Ressourcen, Ziele und Hilfebedarfen) über die Ausführung bis hin zur Verlaufsdocumentation. Diese Ressourcen werden zudem im Hilfeplanverfahren nicht annähernd adäquat anerkannt. Wie niedrig die Zeitwerte für Individuelle Basisversorgung im H.M.B.-W.-Verfahren angesetzt sind, zeigt ein Vergleich mit den festgelegten Zeitwerten der Gutachter, die den Grad der Pflegebedürftigkeit im Auftrag der Pflegekassen ermitteln. Im Jahr 2011 wurden im Land Berlin die bisherigen Punktwerte des H.M.B.-W.-Verfahrens durch Zeitwerte ersetzt (vgl. DWBO 2010, 1).

Im Vergleich dazu werden im derzeit gültigen Leitfaden (Anwendung des H.M.B.-W.-Verfahrens 7/2011) maximal 85 Minuten pro Woche für die Unterstützung bei der Körperpflege anerkannt.

### Grundpflege – welche Leistungen zählen dazu und wie sind diese zu erbringen?

Zur Grundpflege zählen u. a. die Körper- und Hautpflege, Hilfen bei der Mobilität, die Inkontinenzversorgung und alle pflegerischen Prophylaxen: u. a. Sturz, Dekubitus, Kontraktur (Gelenkversteifungen), Intertrigo (Hautdefekte in Hautfalten), Dehydration (verminderte Flüssigkeitszufuhr), Obstipation, Aspiration (Eindringen von Nahrungspartikeln in die Lunge) und Thromboseprophylaxe. Pflegerische Prophylaxen werden präventiv eingeleitet, um Risiken (z. B. Stürze, das Auftreten von Dekubiti oder Thrombosen) zu minimieren. In Bezug auf die Förderung und Erhaltung von Gesundheit und der Vermeidung zunehmender Pflegebedürftigkeit, nimmt die Grundpflege daher einen hohen Stellenwert ein. Bei der Grundpflege geht es eben nicht in erster Linie um Verrichtungsorientierung im Sinne einer reaktiven Vorgehensweise, die teilweise abwertend mit „satt, sauber, trocken“ dargestellt wird, sondern um zielorientierte Prävention mit dem Anspruch, Wohlbefinden zu schaffen und Gesundheit zu fördern bzw. aktiv zu erhalten. Im Rahmen der Grundpflege wird der Klient ganzheitlich betrachtet und unter Einbeziehung seiner sozialen Umwelt entsprechend seiner Risiken aufgeklärt und beraten.

Nehmen wir beispielsweise die Sturzprophylaxe: Ein mögliches Sturzrisiko wird zu Beginn des pflegerischen Auftrags (und danach in individuell festgelegten Abständen) eingeschätzt. Dabei werden individuell vorliegende Risikofaktoren (z. B. eingeschränkte Mobilität, Gangunsicherheit, Stürze, Angst vor Stürzen, Grunderkrankungen mit Auswirkung auf die Körperbalance) anhand der Vorgeschichte (Auskünfte von Klient(inn)en und deren Angehörigen, Arztbriefe etc.) ermittelt. Die Hilfsmittelversorgung (z. B. mit Rollatoren, Hüftprotektoren oder Sturzhelmen) und das Mobilitätstraining erfolgen bereits präventiv mit dem Ziel, Stürze im Vorfeld zu vermeiden und Sturzfolgen zu mindern (Primärprävention).

Die Wahl des Zeitpunktes und die präventive Vorgehensweise verdeutlicht, dass Pflege – professionell angewandt – schon im Vorfeld mögliche Gefährdungspotenziale ermittelt und

### Einrichtungen der Eingliederungshilfe müssen ihre pädagogischen Kernprozesse klar herausstellen, um nicht die eigentliche Existenzberechtigung aus dem Auge zu verlieren.

Es ist wichtig, dass Einrichtungen der Eingliederungshilfe ihre pädagogischen Kernprozesse beschreiben und klar herausstellen, um nicht – nur weil darüber hinaus auch noch Pflege geleistet wird – die eigentliche Existenzberechtigung aus dem Auge zu verlieren.

Abgesehen von der Fragestellung, welche die wertschöpfenden Prozesse sind, verwundert es doch sehr, dass die tagtägliche, scheinbar routinemäßige Ausführung von grundpflegerischen Leistungen im Rahmen von Qualitätsmanagement in Eingliederungshilfeeinrichtungen häufig noch kein Thema sind. Auffällig ist ferner, dass, obwohl die Behandlungspflege im Verhältnis zur Grundpflege einen verschwindend geringen Anteil ausmacht, fast ausschließlich über die Behandlungspflege diskutiert und veröffentlicht wird. Häufig geht es dabei um Aspekte der Finanzierung und Abgrenzung zu ärztlich angeordneten Pflegeleistungen, wenn es z. B. erforderlich wird, eine Injektion oder einen Verbandswechsel zu erbringen. Die Grundpflege wird zu Gunsten der Behandlungspflege nicht näher betrachtet. Die Vernachlässigung der Grundpflege im fachlichen Diskurs könnte m. E. auch daran liegen, dass die Komplexität von Grundpflege in der Regel unterschätzt wird. Behandlungspflege basiert auf einer definierten ärztlichen Anordnung und erfordert zwar eine hohe Fachlichkeit, ist jedoch häufig in wenigen Minuten (Injektion, Blutzucker- oder Blutdruckkontrollen) erledigt, während die Grundpflege er-

Für die „vollständige Übernahme“ (Begrifflichkeit aus dem SGB XI) der Körperpflege werden zum Beispiel 20 bis 25 Minuten täglich als angemessen erachtet, wobei diese Zeitwerte erhöht werden, sofern Erschwernisfaktoren vorliegen. Als Faktoren, die die Durchführung der Pflege bei den gesetzlich definierten Verrichtungen erschweren bzw. verlängern, werden z. B. anerkannt:

- > Kontrakturen/Einsteifung großer Gelenke/Fehlstellungen der Extremitäten
- > hochgradige Spastik, z. B. bei Hemiplegien und Paraparesen
- > einschließende unkontrollierte Bewegungen
- > eingeschränkte Belastbarkeit infolge schwerer kardiopulmonaler Dekompensation und Atemstörungen
- > Schluckstörungen/Störungen der Mundmotorik,
- > Abwehrverhalten/fehlende Kooperation mit Behinderung der Übernahme (z. B. bei geistigen Behinderungen/psychischen Erkrankungen)
- > stark eingeschränkte Sinneswahrnehmung (Hören, Sehen)
- > zeitaufwendiger Hilfsmitelesatz (z. B. bei fahrbaren Liftern/Decken- und Wand-Liftern)

(vgl. GKV-Spitzenverband 2009, 113 ff.)

Ist bei der Durchführung der Grundpflege (aufgrund von Erschwernisfaktoren) die Hilfestellung einer zweiten Pflegeperson notwendig, werden diese Zeiten ebenfalls berücksichtigt.

Maßnahmen einleitet, um gesundheitliche Gefährdungen aktiv abzuwenden. Diese Vorgehensweise ist komplex und bedarf einer umfassenden pflegefachlichen Qualifikation. Bezogen auf die fachlichen Anforderungen ist nicht die medizinische Behandlungspflege, sondern die Grundpflege die eigentliche „Königsdisziplin“ der Pflege. Während behandlungspflegerische Maßnahmen entsprechend ärztlicher Anordnung abzuarbeiten sind, ist bei der Grundpflege eine hohe soziale Kompetenz, Kreativität, Einfallsreichtum und umfassende Planung gefragt. Die Biografie ist zu berücksichtigen und die Ressourcen des Klienten zu aktivieren. Gerade in Bezug auf diese Anforderungen erweitern sich Handlungskompetenzen oft erst nach mehreren Jahren beruflicher Erfahrung. Das Studium von Fachliteratur sowie der Besuch von Fortbildung tragen ebenso zur Professionalisierung bei. Für einen wahrnehmungsbeeinträchtigten Klienten ist es ein Unterschied, ob die Unterstützung bei der Körperpflege aktivierend unter Einbezug biografischer Anknüpfungspunkte und von Techniken der basalen Stimulation erfolgt oder ob er gewaschen wird, ohne dass der Mitarbeitende sich vorab über Möglichkeiten der Wahrnehmungsförderung Gedanken gemacht hat.

Im letzten Jahrzehnt haben neue pflegewissenschaftliche Erkenntnisse veraltetes Wissen und Pflegetechniken im erheblichen Umfang abgelöst. Insbesondere die Einführung von Expertenstandards macht es erforderlich, regelmäßig Fachzeitschriften zu lesen. So ist z. B. seit der Einführung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe aus dem Jahr 2004 bekannt, dass Fersen- und Ellenbogenschoner und Unterlagen aus Fell zu Wärmestau führen und die Bildung von Dekubiti begünstigen. Auch zehn Jahre danach finden sich diese Produkte weiterhin als Hilfsmittel am Klienten. Das ist nur ein Beispiel, das zeigt, dass sich Pflegefachkräfte kontinuierlich weiterbilden müssen, um auf dem aktuellen Stand des pflegewissenschaftlichen Wissens zu agieren.

### **Kundenanforderungen in Bezug auf pflegerische Assistenzleistungen sicherstellen**

„In Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe werden überwiegend pädagogisch ausgebildete Mitarbeiter/innen für die Pflege eingesetzt.“ (SCHULZE HÖING 2009, 1) Aus Kundensicht ist der Anspruch vorauszusetzen, dass alle Assistenzleistungen von fachlich qualifiziertem Personal (oder zumindest unter ihrer Anleitung) er-

bracht werden. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, haben sich viele Träger in den letzten Jahren auf den Weg begeben, vielseitige Konzepte entwickelt und ihre Mitarbeitenden zu Pflegethemen weitergebildet. Die Angebotspalette reicht von Arbeitskreisen, in denen Pflegeleitlinien entwickelt und eingeführt werden, über Kooperationen mit ambulanten Pflegediensten, Ausbildung von pflegerischen Multiplikatoren bis hin zum Aufbau interner Dienstleister (medizinisch-pflegerische Ambulanzen, gesundheitsbezogene Fachdienste), die als fachliche Unterstützung pädagogische Mitarbeitende vor Ort anleiten und beraten.

Organisationen benötigen teilweise den Druck durch die Gesetzgebung und deren Kontrollinstanzen, um sich prioritär mit dem Qualitätsmanagement zu befassen. Gut zu beobachten war das z. B. bei der Einführung der Pflegeversicherung. Damals erfolgte eine Festlegung von verbindlichen Qualitätsstandards. Manche Träger haben das zum Anlass genommen, entsprechend der gesetzlichen Anforderungen, ein Qualitätsmanagementsystem aufzubauen. Andere Träger haben erst nach massivem Kontrolldruck durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen, der mit Sanktionen bis zum Entzug des Versorgungsvertrags aufwarten kann,

### *Im letzten Jahrzehnt haben neue pflegewissenschaftliche Erkenntnisse veraltetes Wissen und Pflegetechniken im erheblichen Umfang abgelöst.*

Während viele Träger seit Jahren dabei sind, das Thema Pflege für sich konzeptionell zu entwickeln, gibt es nach wie vor Träger, bei denen der Begriff Pflege nach wie vor ein Tabuthema darstellt und mit Berührungängsten verbunden ist. Im beruflichen Selbstverständnis einiger Pädagog(inn)en findet die Pflege keinen Platz. Es wird Pflege geleistet, aber es soll bitte nicht darüber gesprochen werden. Manche leitenden Pädagog(inn)en bekennen ihre Schwierigkeiten mit der Pflege offen und äußern, dass sie verstärkte Kontrollen durch Heimaufsichten befürchten, wenn das Thema offiziell ins Qualitätsmanagement aufgenommen wird. Auch Fallmanager neigen teilweise dazu, Einrichtungen vorzuhalten, dass nicht pädagogische, sondern pflegerische Interventionen überwiegen, und drohen mit der Umsiedlung von Klient(inn)en in Pflegeheime. Schlimmstenfalls münden derartige Befürchtungen in der Haltung: lieber still halten und sich nicht näher mit dem Thema zu befassen, als Angriffsfläche für die Heimaufsicht zu geben.

Befürchtungen dieser Art verhindern die Übernahme von Verantwortung für fachfremde Leistungen. Die Erbringung pflegerischer Assistenz wird stillschweigend im Wissen geduldet, dass die fachliche Qualifikation fehlt. Anders gesagt, es wird darauf gewartet, dass etwas passiert, anstatt sich dem Thema aktiv zu stellen. Was das betrifft, bilden Einrichtungen der Eingliederungshilfe keine Ausnahme.

mit dem Aufbau von Qualitätsmanagement begonnen. Das ganze System ist inzwischen in ein Benotungssystem mit Veröffentlichungsverpflichtung gemündet (sog. Transparenzkriterien), was dazu geführt hat, dass Träger teilweise nur sehr selektiv an den Kriterien arbeiteten, die benotet werden.

Der Kunde hat bei der Auswahl eines Pflegeheims oder eines ambulanten Dienstes vorab die Möglichkeit, die Bewertung in Noten in den Fächern Grundpflege, Behandlungspflege, Soziale Betreuung, Organisation, Verwaltung und Hauswirtschaft sowie einer Zufriedenheitsabfrage jahresaktuell abzurufen.

Was den Anspruch erhoben hat, Transparenz in die Qualitätsentwicklung zu bringen, ist in der Umsetzung durch eine viel zu laxen Bewertung ad absurdum geführt worden. „Die bundesweite durchschnittliche Gesamtnote für ambulante Dienste liegt bei 1,4 und für stationäre Einrichtungen bei 1,2. Das geht aus einer aktuellen Pflegenotenstatistik hervor, die die Pflegekassen Anfang April 2013 veröffentlicht haben.“ (AOK-Bundesverband 2013) Pflegeheime mit sehr guten Durchschnittsnoten haben ein dickes Qualitätshandbuch „Papiertiger“ und dokumentieren jede noch so kleine Intervention. Alle Bemühungen von Berufs- und Wohlfahrtsverbänden, diese sich fortlaufend ausweitenden Dokumentationserfordernisse zu begrenzen, haben bei den Verantwortlichen auf Kostenträger- und Gesetzgeberseite kein Gehör gefunden. Pflegeheime oder Dienste, die in der Benotung schlechter als 2,0 abschnei-

den, sind zumindest in Bezug auf die Dokumentation inakzeptabel, investieren aber immerhin weniger Zeit in den „Papierkram“, so dass theoretisch mehr wertschöpfende Zeit beim Bewohner ankommen müsste, sofern sie nicht anderweitig (z. B. für Pausen) genutzt wird.

Trotz der Tatsache, dass die Transparenzkriterien grandios gescheitert sind, sollte anerkannt werden, dass die überwiegende Anzahl der Träger über die Jahre hinweg ein zunehmendes Verständnis in Bezug auf pflegerisches Qualitätsmanagement entwickelt und sich entsprechend professionalisiert hat. Diese Qualitätsentwicklung hat 1996 begonnen und (neben vielen Problemen in der Umsetzung) zur Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen in ambulanten Diensten und Pflegeeinrichtungen geführt. Ein gesetzlich legitimiertes, durch Kostenträger kontrolliertes, verpflichtendes pflegerisches Qualitätsmanagement gibt es derzeit weder für Einrichtungen der Eingliederungshilfe noch in Krankenhäusern. Mit der Föderalismusreform 2006 ist die Verantwortung für die Heimgesetzgebung für den ordnungsrechtlichen Bereich von der Bundesebene in die Länderverantwortung übergegangen. Das bundesweite Heimgesetz (HeimG), wurde im Jahr 2009 durch das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) abgelöst. Als Bundesgesetz gilt das WBVG für alle Verträge, in deren Rahmen es um die Überlassung von Wohnraum und gleichzeitiger Betreuungs- und/oder Pflegeleistung geht. Aufgabe der Länder ist die Genehmigung des Betriebs von Heimen oder anderen Wohnformen für ältere, pflegebedürftige und behinderte Menschen, die personelle oder bauliche Ausstattung der Einrichtung und die Verhängung von Sanktionen bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Vorschriften.

So wurde z. B. in Schleswig Holstein im Februar 2012 eine Prüfrichtlinie für Regelprüfungen nach § 20 Abs. 9 Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG) in Schleswig-Holstein für Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Kraft gesetzt. Die 70 Seiten umfassende Prüfrichtlinie dient als gemeinsame Prüfgrundlage sowohl für stationäre Pflegeeinrichtungen nach SGB XI als auch für Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Dass einige Kriterien ausschließlich für stationäre Pflegeeinrichtungen nach SGB XI gelten, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch in Eingliederungshilfe-Einrichtungen ein pflegerisches Qualitätsmanagement eingefordert wird.

In Ländern, in denen Kontrollen derzeitiger Aufsichtsbehörden-Mitarbeitenden (mit Kontrolle des Umgangs

mit Medikamenten und der Hygieneanforderungen) erfolgen, werden von Verantwortlichen nicht selten als ausreichende pflegerische Qualitätssicherung fehlinterpretiert. Aus Gesprächen mit Mitarbeitenden ehemaliger Heimaufsichten und mit Ärzt(inn)en ist der Autorin bekannt, dass bei Vor-Ort-Prüfungen eingesetzte Mitarbeitende ehemaliger Heimaufsichten (als auch Ärzte) teilweise nicht über eine pflegefachliche Qualifikation verfügen und daher pflegerische Mängel übersehen und/oder falsch bewerten. Dies kann in Anordnungen münden, die nicht angemessen in Bezug auf die fachlichen Erfordernisse und/oder praktisch nicht umsetzbar sind. Für die zu pflegende Person bedeutet diese Gesamtsituation, dass sie im Vertrauen auf das Leistungsversprechen Leistungen empfängt, die keiner laufenden pflegefachlichen Anleitung und Kontrolle unterliegen und nicht ins Qualitätsmanagementsystem integriert wurden. Der Person (und ihren Vertretern/Angehörigen) fehlt es zudem überwiegend an fachlichem Wissen, um dieses Manko überhaupt als Lücke in der Versorgungsqualität zu erkennen.

fachgerecht ausführen zu können. Erst die Verknüpfung des theoretischen Wissens mit der Praxisanleitung versetzt die Mitarbeiter/innen in die Lage, professionell auf die Pflegebedarfe der Assistenznehmer/innen zu reagieren. Heilerziehungspfleger/innen werden zumindest ansatzweise – je nach Bundesland – mit ca.160 theoretischen Ausbildungsstunden qualifiziert.“ (vgl. ebd., 1) Im Vergleich dazu durchlaufen die mit Grundpflege beauftragten Pflegehilfskräfte in ambulanten Diensten (gemäß SGB XI) eine theoretische Basisqualifizierung von 200 Stunden und ein dreiwöchiges Praktikum in einer Pflegeeinrichtung, bevor sie grundpflegerische Tätigkeiten unter Anleitung einer Pflegefachkraft übernehmen dürfen.

Unsere österreichischen Nachbarn begannen schon vor Jahren, Pädagog(inn)en eine Basisqualifizierung für die Übernahme von grundpflegerischen Tätigkeiten und ausgewählten behandlungspflegerischen Tätigkeiten z. B. Medikamentengabe anzubieten. „In Österreich wurde im Jahr 2005 ein Modul Unterstützung bei der Basisversorgung

*„Die bundesweite durchschnittliche Gesamtnote für ambulante Dienste liegt bei 1,4 und für stationäre Einrichtungen bei 1,2.“*

### Lösungsansätze und Ausblick

Wie kann es unter diesen fachlichen Voraussetzungen gelingen, pflegerische Risiken zu erkennen und pflegerische Bedarfe der Klient(inn)en richtig einzuschätzen? „Die Einrichtungsträger sind gefordert die Qualifizierung der Mitarbeiter/innen für den Bereich der Pflege auf dem aktuellen Stand pflegewissenschaftlichen Wissens einzuleiten, um den jetzt schon bestehenden und stetig zunehmenden Pflegebedarfen der Assistenznehmer/innen gerecht zu werden. Um Pflegeproblemen schon im Vorfeld präventiv entgegenzuwirken, müssen Mitarbeiter/innen potentielle Gesundheitsrisiken identifizieren können.“ (vgl. SCHULZE HÖING 2009, 2) Hierzu bedarf es zumindest einer pflegerischen Basisqualifizierung und laufender pflegefachlichen Anleitung und Begleitung. Das Weiterbildungskonzept ist so zu konzipieren, dass die Mitarbeitenden Risiken erkennen und entsprechende Gegenmaßnahmen einleiten können.

„Nach der theoretischen Qualifikation muss die Einübung der Pflegetechniken erfolgen, um die Pflegehandlungen

(UBV) eingeführt, welches allen Personen, die in der Behindertenarbeit tätig sind eine grundpflegerische Basisqualifizierung ermöglicht. Mit Absolvierung des Moduls erlangt man die Berechtigung zur Durchführung von unterstützenden Tätigkeiten bei der Basisversorgung (Körperpflege, Nahrungsaufnahme usw.) sowie bei der Verabreichung von Arzneimitteln. Das Modul UBV bringt allen, die es erwerben, eine rechtlich klarere Situation, was pflegerisch-unterstützende Tätigkeiten im Alltag betrifft.“ (SOB 2012) Seit dem Jahr 2011 sind alle pädagogischen Mitarbeitenden, die in Behinderteneinrichtungen tätig sind, über ein österreichisches Bundesgesetz zur Teilnahme am Modul UBV verpflichtet. Das Modul wird in der Regel berufsbegleitend absolviert (vgl. Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflege-Basisversorgungs-Ausbildungsverordnung 2011).

Da die Politik den Trägern in Deutschland bisher keine verbindlichen Rahmenbedingungen schafft, sind Träger und Verbände gefragt, ihrerseits die Qualifizierung ihres Personals in die Wege zu leiten (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Beispiele für Qualifikationsmaßnahmen

Ausbildung pflegerischer Multiplikator(inn)en zur Durchführung von Pflegebedarfsanalysen bei gleichzeitigem Aufbau eines pflegerischen Qualitätsmanagements mit Pflegestandards (Albert-Schweitzer-Stiftung Berlin, Stiftung Waldheim Cluvenhagen, Lebenshilfe Landshut)
Einstellung von Pflegefachkräften als Stabsstelle zur Weiterentwicklung des pflegerischen Qualitätsmanagements (Albert-Schweitzer-Stiftung Berlin)
Einstellung pflegerischer Bereichsleitungen zur Übernahme der Fachaufsicht, Schulung der pädagogischen Mitarbeitenden zu pflegerischen Themen, Entwicklung von Pflegestandards und Einführung von Pflegebedarfsanalysen (Lebenshilfe Kreis Mettmann)
Einstellung von Pflegekräften zum Aufbau von multiprofessionellen Teams (in Bundesländern, die dies vertragsrechtlich nicht ausschließen)
Aufbau Gesundheitsbezogener Fachdienste (nach dem Vorbild der Vorwerker Diakonie Lübeck, z. B. Lebenshilfe Berlin) als interne Berater. Aufgaben sind: fachgerechte Anleitung von Pflegetätigkeiten, Durchführung von Fortbildungen zu pflegerischen Themen, Hilfe bei der Übernahme von Klient(inn)en nach Krankenhausaentlassungen und bei Erkrankungen, die pflegerische Hilfen erfordern.
Pflegebasiskurs für Pädagog(inn)en: Nach österreichischem Vorbild konzipiert die Autorin, in enger Zusammenarbeit der VIA Berufsfachschule für Altenpflege in Berlin, einen ersten Pflegebasiskurs für Pädagog(inn)en, die in der Behindertenhilfe tätig sind.
Arbeitskreis „Pflegetag“: Der Paritätische Wohlfahrtsverband Berlin hat seine Mitglieder 2012 zu Pflegeworkshops eingeladen. Die Mitglieder haben sich daraufhin gewünscht, dass dieses Angebot in einen regelmäßig stattfindenden Arbeitskreis Pflege (dem „Pflegetag“) mündet. Der Pflegetag wurde so konzipiert, dass sich Trägervertreter, Qualitätsbeauftragte und interessierte Mitarbeitende vier Mal jährlich treffen, um sich fachlich zu einem selbst gewählten Schwerpunktthema fachlichen Input durch eine Pflegeexpertin zu holen und ihre Fallbeispiele einzubringen und zu bearbeiten. Bisher wurden folgende Schwerpunktthemen bearbeitet: „Umgang mit Flüssigkeitsdefiziten“, „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe“, „Umgang mit Schmerzen inkl. Schmerzerfassung bei Menschen, die sich nicht äußern können“ und Unterstützungsangebote im Rahmen von Sterbebegleitungen.

Frei nach dem Motto von Stefan Zweig sollten wir gemeinsam pflegerisches Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Eingliederungshilfe vorantreiben: „Viele Leute an vielen kleinen Orten, die viele kleine Schritte tun, können das Gesicht der Welt verändern“.

## LITERATUR

- AOK-Bundesverband** (2013): Pflege-noten. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/pflege/qs/pflegenoten/index> (abgerufen am 23.04.2013).
- DWBO – Diakonisches Werk Berlin-Brandenburgschlesische Oberlausitz e. V.** (2010): Stellungnahme zum Leitfaden zur Umstellungsbegutachtung. Berlin: Diakonisches Werk Berlin-Brandenburgschlesische Oberlausitz e. V.
- Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflege-Basisversorgungs-Ausbildungsverordnung** (2011): Österreichische Gesetzestexte. Wien: Bundesverlag.
- GKV-Spitzenverband** (2009): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen: Druckstudio GmbH.
- SCHMITT-SCHÄFER, Thomas** (2011): Leitfaden zur Anwendung des H.M.B.-W.-Verfahrens 5/2001. Berlin: Eigendruck.

- SCHULZE-HÖING, Annelen** (2009): Pflegebedarfs-Analyse und Standardentwicklung in der Eingliederungshilfe. Ein Schritt zur Sicherung der Pflegequalität im Rahmen teilhabeorientierter Förderpflege. <http://www.lebenshilfe.de/de/themen-fachliches/index.php> (abgerufen am 05.04.2012).
- SCHULZE-HÖING, Annelen** (2012): Pflege von Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer.
- SOB – Schule für Sozialbetreuungsberufe** (2011): Modul „Unterstützung bei der Basisversorgung“. <http://www.sob.caritas-wien.at/ausbildung/modul-ubv/> (abgerufen am 28.05.2013).

### **i** Die Autorin:

#### **Annelen Schulze Höing**

*BScN, Gesundheits- und Sozialökonomin (VWA), Auditorin; verfügt über langjährige Erfahrungen in der ambulanten und stationären Pflege sowie in Leitungspositionen; arbeitet bundesweit freiberuflich als Organisations- und Pflegefachberaterin und absolviert den Masterstudiengang „organization studies“ an der Universität Hildesheim*

**@** [annelen@schulzehoeing.de](mailto:annelen@schulzehoeing.de)

[www.schulzehoeing.de](http://www.schulzehoeing.de)