



Abschlussbericht zum Modellprojekt
„Benchmarking in der Pflege
zum Thema Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“

im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Projektlaufzeit: 01.05.2005 – 31.12.2006

Auftragnehmer: Acht Einrichtungen des „Projektverbundes Rhein-Ruhr“
in Kooperation mit Konkret Consult Ruhr GmbH, Gelsenkirchen und
Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V., Köln

Projektbearbeitung

Kuratorium Deutsche Altershilfe
Wilhelmine – Lübke – Stiftung e.V.
Klaus Besselmann
Henry Kieschnick

An der Pauluskirche 3
50677 Köln

Tel.: 0221/9318470, Fax: 0221/9318476
E-Mail: socialmanagement@kda.de

Konkret Consult Ruhr GmbH
Andreas Born
Thomas Risse
Roland Weigel

Munscheidstraße 14
45886 Gelsenkirchen

Tel.: 0209/1671250
E-Mail: info@kcr-net.de

Inhaltsverzeichnis:

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | VON DER IDEE BIS ZUR UMSETZUNG – DAS PROJEKT IM ÜBERBLICK | 7 |
| 1.1 | Projektansatz und -ziele | 7 |
| 1.2 | Projektbeteiligte | 8 |
| 1.3 | Vorgehensweise..... | 10 |
| 2 | THEORETISCHER HINTERGRUND – DIE METHODE „BENCHMARKING“ | 17 |
| 2.1 | Der Begriff Benchmarking..... | 17 |
| 2.2 | Das EFQM-Modell für Excellence | 18 |
| 2.3 | Das generelle Vorgehen im Benchmarking | 20 |
| | 2.3.1 Quantitative Analysen | 21 |
| | 2.3.2 Qualitative Analysen..... | 22 |
| | 2.3.3 Unterstützende Maßnahmen..... | 22 |
| 3 | DIE ERGEBNISSE – TEIL 1: DIE „HARTEN FAKTEN“ | 25 |
| 3.1 | Erhebung des Ernährungszustands | 25 |
| | 3.1.1 Ausgangspunkt / Rahmendaten | 25 |
| | 3.1.2 Wichtige Ergebnisse der Erhebungen..... | 26 |
| | 3.1.2.1 Gesamtauswertung..... | 27 |
| | 3.1.2.2 Auswertung nach Alter..... | 29 |
| | 3.1.2.3 Auswertung nach Demenzgraden..... | 30 |
| | 3.1.2.4 Auswertung nach Verweildauer | 32 |
| | 3.1.2.5 Auswertung nach Geschlecht | 34 |
| | 3.1.2.6 Auswertung nach Tagestrinkmenge | 36 |
| | 3.1.3 Anmerkungen zur Methodik | 36 |
| | 3.1.4 Zusammenfassung..... | 38 |
| 3.2 | Bewohner- und Mitarbeiterbefragungen..... | 40 |
| | 3.2.1 Ausgangspunkt / Rahmendaten | 40 |
| | 3.2.2 Wichtige Ergebnisse der Erhebungen..... | 41 |
| | 3.2.3 Bewohnerbefragung..... | 41 |
| | 3.2.3.1 Mitarbeiterbefragung..... | 45 |
| | 3.2.3.2 Vergleich zwischen Bewohner- und Mitarbeiterbefragung..... | 52 |
| | 3.2.4 Anmerkungen zur Methodik und Zusammenfassung..... | 54 |
| 3.3 | Beobachtung von Mahlzeitsituationen und Bewohner(n)-innen..... | 56 |
| | 3.3.1 Ausgangspunkt / Rahmendaten | 56 |
| | 3.3.2 Wichtige Ergebnisse der Erhebungen..... | 58 |
| | 3.3.2.1 Beobachtung von Mahlzeitsituationen | 58 |
| | 3.3.2.2 Beobachtung einzelner Bewohner/-innen..... | 60 |
| | 3.3.3 Anmerkungen zur Methodik und Zusammenfassung..... | 62 |
| 3.4 | Analyse mittels der PDCA-Systematik..... | 64 |
| | 3.4.1 Warum ausgerechnet PDCA? | 64 |
| | 3.4.2 Vorgehensweise im Projekt..... | 65 |
| | 3.4.2.1 Erstellung eines PDCA-’Musterbogens’ mit Leitfragen | 66 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 3.4.2.2 | Gute Praxis – Konzepte/ Methoden/ Instrumente – Verbesserungen..... | 66 |
| 3.4.2.3 | Eigene Erarbeitung und Bearbeitung in kleinen Mitarbeitergruppen | 67 |
| 3.4.2.4 | Fortschreibung und Abgleich in Ergebnisschauen vor Ort..... | 67 |
| 3.4.2.5 | Verdichtung zu Aktionsplanungen | 68 |
| 3.4.2.6 | Erneute Bearbeitung nach der 2. Erhebungswelle | 68 |
| 4 | DIE ERGEBNISSE – TEIL 2: GUTE PRAXIS IN DEN PROJEKTEINRICHTUNGEN | 69 |
| 4.1 | Beispiel Evangelisches Altenzentrum Hückelhoven..... | 71 |
| 4.2 | Beispiel St. Marienstift Bochum | 73 |
| 4.3 | Beispiel Caritas-Heim Am Martinshof Mönchengladbach | 77 |
| 4.4 | Beispiel AWO-Seniorenzentrum Kreisverband Köln Theo-Burauen-Haus..... | 81 |
| 4.5 | Beispiel Altencentrum Cronenberger Straße Solingen | 83 |
| 4.6 | Beispiel Marie-Juchacz-Altenzentrum der Arbeiterwohlfahrt Köln..... | 88 |
| 4.7 | Beispiel Seniorenzentrum Dorotheenpark gGmbH Hilden | 92 |
| 4.8 | Beispiel Haus „Zum Königshof“ Düsseldorf..... | 99 |
| 5 | FAZIT UND AUSSICHT | 103 |
| 5.1 | Zielstellung | 103 |
| 5.2 | Methodik | 103 |
| 5.3 | Voraussetzungen und Rahmendingungen | 106 |
| 5.4 | Gesamtbilanz..... | 108 |
| 5.5 | Perspektiven..... | 109 |
| 6 | HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN ZUR EINFÜHRUNG UND DURCHFÜHRUNG VON BENCHMARKING ALS EIN INSTRUMENT ZUR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE..... | 111 |
| 6.1 | Vorbemerkung..... | 111 |
| 6.2 | Sondierung der Ausgangslage und methodische Vorüberlegungen zur Planung des Vorhabens | 112 |
| 6.2.1 | Konstituierung des Einrichtungsverbundes..... | 112 |
| 6.2.2 | Auswahl der Moderation und fachlichen Begleitung | 113 |
| 6.2.3 | Auswahl des Anwendungsbereiches für Benchmarking | 113 |
| 6.3 | Planung des Gesamtprozesses | 114 |
| 6.4 | Etablierung der internen und externen Strukturen für ein systematisches Benchmarking | 119 |
| 6.5 | Abstimmung der Anforderungen und Gütekriterien für mögliche Vergleiche | 121 |
| 6.5.1 | Bewertung der vorhandenen Praxis | 121 |
| 6.5.2 | Präsentation und Auswertung der Befragungsergebnisse | 124 |
| 6.5.3 | Kriterienbezogene Zielbestimmung vornehmen..... | 124 |
| 6.5.4 | Abgleich der Zielbestimmungen mit den Ergebnissen vornehmen | 125 |
| 6.5.5 | Resümee: | 127 |
| 6.6 | Das Vorgehen bei der Planung von Verbesserungen | 128 |
| 6.6.1 | Verbesserungsbereiche bestimmen..... | 128 |
| 6.6.2 | Verbesserungsziele definieren und Verbesserungsmaßnahmen festlegen | 129 |

| | |
|--|------------|
| 6.6.3 Variationen zur Durchführung der Selbstbewertung | 130 |
| 6.6.4 Zur Steuerung des Selbstbewertungsteams durch die Moderation | 133 |
| 6.7 Aktionsplanung und begleitete Umsetzung | 135 |
| 6.7.1 Vorbereitung der Aktionsplanung | 135 |
| 6.7.2 Ergebnisschau durchführen und Aktionsplan erstellen | 136 |
| 6.7.3 Ergebnispräsentationen im Benchmarkingkreis | 138 |

Anlagenverzeichnis:

| | |
|---------------------------|--|
| Anlage 1 | Fragenkatalog zur Potentialanalyse |
| Anlage 2 | Bewohnerbefragung: Fragebogen |
| Anlage 3 | Mitarbeiterbefragung: Fragebogen |
| Anlage 4 | MNA-Bogen |
| Anlage 5 | Beobachtung Mahlzeitsituation: Erhebungsbogen |
| Anlage 6 | Bewohner-/ Wohlbefindensbeobachtung: Erhebungsbogen |
| Anlage 7 | Mögliche Kriterien für die Beobachtung von Mahlzeitsituationen |
| Anlage 8 | Muster-Prozessbeschreibung |
| Anlage 9 | Kompetenzlandschaft |
| Anlage 10 | Beispiel Prioritätensetzung und Projektplanung |

Tabellenverzeichnis:

| | | |
|------------|--|----|
| Tabelle 1: | Vorerfahrungen der Projekteinrichtungen in Qualitätsentwicklung / Qualitätsmanagement | 9 |
| Tabelle 2: | Bewohnerverteilung nach Altersgruppen | 30 |
| Tabelle 3: | Bewohnerverteilung nach Demenzgraden | 32 |
| Tabelle 4: | Themenkomplexe der Befragungen und Stichprobengröße | 41 |
| Tabelle 5: | Einschätzung von Bewohnerwohlbefinden und -unwohlsein bei Mahlzeiten (Items) | 57 |
| Tabelle 6: | Beobachtung von Mahlzeitsituationen: häufigste Nennungen | 59 |
| Tabelle 7: | Bewohnerbeobachtung: Ergebnisse (erreichte Punktwerte) | 61 |

Abbildungsverzeichnis:

| | | |
|---------------|--|----|
| Abbildung 1: | Vorgehen im Rahmen des Projektes | 10 |
| Abbildung 2: | Kriterien des EFQM-Modells | 20 |
| Abbildung 3: | Methoden / Vorgehen im EFQM | 21 |
| Abbildung 4: | MNA-Gesamtauswertung: Ergebnisse Voranamnese | 27 |
| Abbildung 5: | MNA-Gesamtauswertung: Ergebnisse Gesamtindex | 28 |
| Abbildung 6: | MNA-Auswertung nach Alter: Ergebnisse Voranamnese | 29 |
| Abbildung 7: | MNA-Auswertung nach Alter: Ergebnisse Gesamtindex | 30 |
| Abbildung 8: | MNA-Auswertung nach Demenzgraden: Ergebnisse Voranamnese | 31 |
| Abbildung 9: | MNA-Auswertung nach Demenzgraden: Ergebnisse Gesamtindex | 32 |
| Abbildung 10: | MNA-Auswertung nach Verweildauer: Ergebnisse Voranamnese | 33 |
| Abbildung 11: | MNA-Auswertung nach Verweildauer: Ergebnisse Gesamtindex | 34 |
| Abbildung 12: | MNA-Auswertung nach Geschlecht: Ergebnisse Voranamnese | 35 |
| Abbildung 13: | MNA-Auswertung nach Geschlecht: Ergebnisse Gesamtindex | 35 |
| Abbildung 14: | MNA-Auswertung nach Tagestrinkmenge: Ergebnisse Gesamtindex | 36 |
| Abbildung 15: | Bewohnerbefragung: Qualität der Mahlzeiten 1 | 43 |
| Abbildung 16: | Bewohnerbefragung: Qualität der Mahlzeiten 2 | 44 |
| Abbildung 17: | Bewohnerbefragung: Einrichtungsdifferenzen bei der Mahlzeitenqualität | 45 |
| Abbildung 18: | Mitarbeiterbefragung: Ernährungsplanung 1 | 46 |
| Abbildung 19: | Mitarbeiterbefragung: Ernährungsplanung 2 | 47 |
| Abbildung 20: | Mitarbeiterbefragung: Einrichtungsdifferenzen bei der Ernährungsplanung | 48 |
| Abbildung 21: | Mitarbeiterbefragung: Mahlzeitenqualität nach Arbeitsbereichen | 49 |
| Abbildung 22: | Mitarbeiterbefragung: Hinderungsgründe nach Arbeitsbereichen | 49 |
| Abbildung 23: | Mitarbeiterbefragung: Informationslückenindex der einzelnen Einrichtungen | 50 |
| Abbildung 24: | Mitarbeiterbefragung: Qualifikation | 51 |
| Abbildung 25: | Differenzen zwischen Bewohner- und Mitarbeiterbefragung bei Mahlzeitenqualität | 52 |
| Abbildung 26: | Differenzen zwischen Bewohner- und Mitarbeiterbefragung bei Unterstützungsleistungen | 53 |
| Abbildung 27: | PDCA-Regelkreis | 64 |
| Abbildung 28: | Zusammenhang zwischen PDCA-Regelkreis und Qualitätsniveau | 65 |

| | | |
|---------------|---|----|
| Abbildung 29: | PDCA-Musterbogen | 66 |
| Abbildung 30: | Beispiel für Portionsfotos (hier: Frühstück) | 84 |
| Abbildung 31: | Beispiel für die Berechnung des Tagesbedarfs an Nahrung und Flüssigkeit | 86 |
| Abbildung 32: | „Lockenwicklerabstimmung“ | 87 |
| Abbildung 33: | Tourenpläne für die Hauswirtschaftskräfte | 95 |
| Abbildung 34: | Saftdispenser, Aquabar und Trinkerinnerung | 96 |

1 Von der Idee bis zur Umsetzung – Das Projekt im Überblick

1.1 Projektansatz und -ziele

Als das Projekt vom Bundesministerium für Gesundheit initiiert wurde, verfolgte es das generelle Ziel, erstmalig für den Bereich der stationären Altenpflege fundiert zu untersuchen, ob - zusätzlich zu anderen Methoden und Initiativen in der Praxis - die Methode des Benchmarkings geeignet ist, die Qualitätsentwicklung von Altenpflegeeinrichtungen zu unterstützen und voranzutreiben.

Da ein alle bzw. viele Themen der Altenpflege umfassendes Benchmarking für so einen Test viel zu umfangreich gewesen wäre, wurde der „Inhalt“ des Benchmarkings auf das Thema „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ eingegrenzt. Dieses Thema wird seit einiger Zeit in der Fachwelt intensiv diskutiert und bearbeitet. Leider wurde in der Vergangenheit über das Thema häufig im Zusammenhang mit Mangelversorgung, Unterernährung und Austrocknung gesprochen und in der Öffentlichkeit berichtet. Dabei gibt es in vielen Altenhilfeeinrichtungen auch gute Ansätze, über die aber viel zu wenig bekannt ist. Das Projekt hatte daher auch das Ziel, diese guten Ansätze herauszuarbeiten. Dazu sollten im Rahmen eines zeitlich befristeten Benchmarkingprozesses verschiedene Ansätze zur Verbesserung der Qualität der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung im Hinblick auf Erfolg und Praxistauglichkeit herausgearbeitet und miteinander verglichen werden. Das vorhandene Wissen und die praktische Umsetzung in den beteiligten Einrichtungen sollten dabei systematisch dargestellt und durch einen klar strukturierten Vergleichsprozess unter Einbeziehung bereits vorliegender Handlungshilfen, Richtlinien und Pflegestandards auf Verbesserungspotenziale hin untersucht werden. Das Thema „Mangelernährung“ (bezogen auf Nahrung und Flüssigkeit) sollte bei der Bearbeitung ebenso eine Rolle spielen wie andere relevante Aspekte, z.B. im Zusammenhang mit der Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner, geeigneten Rahmenbedingungen und Strukturen, der Prävention / Prophylaxe, dem Leistungsbedarf und der Planung und Dokumentation der notwendigen Pflege. Neben den vorliegenden und bewährten Ansätzen sollten neue, innovative Ideen und Konzepte berücksichtigt bzw. entwickelt werden. Dabei wurde großer Wert auf ressourcengerechte Anwendbarkeit und Praxisorientierung gelegt.

Das Vorhaben sollte zudem den Nutzen und die Wirksamkeit von Benchmarkingprozessen am konkreten Beispiel der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in stationären Altenhilfeeinrichtungen untersuchen und - über das Projektziel im engeren Sinne hinaus - Möglichkeiten aufzeigen, wie Handlungsanleitungen, Standards und andere Instrumente zu einem konkreten pflegerischen Themenbereich in bestehende Strukturen bzw. Regelwerke von Qualitätssicherungssystemen integriert werden können.

Am Ende der Projektlaufzeit sollten Instrumente vorliegen, deren positiver Einfluss auf die Qua-

lität der ausgewählten Versorgungsschwerpunkte auf der Basis von objektiven Daten nachgewiesen werden kann und die so ausgestaltet sind, dass sie von anderen stationären Einrichtungen ohne großen Anpassungsaufwand eingesetzt werden können. Daneben sollen konkrete Empfehlungen für die Initiierung und Etablierung von weiteren Benchmarkingprozessen in der Pflege in der Form einer Handlungsanleitung (siehe Kapitel 6, Seite 111 ff.) formuliert und in die Fachöffentlichkeit transferiert werden.

Das Projekt fand in der Zeit von Mai 2005 bis Dezember 2006 statt und wurde vom Bundesministerium für Gesundheit finanziell gefördert.

1.2 Projektbeteiligte

Für das Projekt fanden sich acht Pflegeeinrichtungen der stationären Altenhilfe in Nordrhein-Westfalen zum so genannten Projektverbund Rhein-Ruhr zusammen, um sich miteinander zu vergleichen. Folgende Einrichtungen gehörten zum Projektverbund:

- Evangelisches Altenzentrum Hückelhoven, Hückelhoven
- St. Marienstift, Bochum
- AWO-Seniorenzentrum Kreisverband Köln Theo-Burauen-Haus, Köln
- Caritas-Heim am Martinshof, Mönchengladbach
- Evangelisches Altencentrum Cronenberger Straße, Solingen
- Marie-Juchacz-Altenzentrum der Arbeiterwohlfahrt, Köln
- Dorotheenpark gGmbH, Hilden
- Haus „Zum Königshof“, Düsseldorf

Der Projektverbund wurde von zwei Kooperationspartnern begleitet. Dies waren die Konkret Consult Ruhr GmbH (KCR) in Gelsenkirchen und das Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V. (KDA) in Köln. Die Partner übernahmen unter anderem die gesamte Projektorganisation und -administration, unterstützten die Einrichtungen in inhaltlichen Fragen, z.B. bei der Erstellung bzw. Auswahl geeigneter Messtools sowie bei der Interpretation der Erhebungsergebnisse, und sie übernahmen die Auswertung der Erhebungen.

Alle acht Einrichtungen brachten umfangreiche Vorerfahrungen im Bereich des Qualitätsmanagements mit. Darüber hinaus gehörten vier Einrichtungen (Evangelisches Altenzentrum Hückelhoven, St. Marienstift, Caritas-Heim am Martinshof und Theo-Burauen-Haus) bereits vor dem Projekt einem EFQM-Benchmarkingkreis von insgesamt 18 stationären Altenhilfeeinrichtungen an, der von KCR geleitet wird. In diesem Rahmen hatten diese Einrichtungen bereits effektive und konstruktive Arbeitsbeziehungen entwickeln können.

Die vier weiteren Einrichtungen (Evangelische Altencentrum Cronenberger Straße, Marie-Juchacz-Altenzentrum, Dorotheenpark gGmbH und Haus „Zum Königshof“) verfügten bereits über tragfähige und eingespielte Qualitätsentwicklungssysteme, sodass im gesamten Verbund auf ausreichend viele „Gute-Praxis-Beispiele“ zurückgegriffen werden konnte. Durch die Zusammenführung von Einrichtungen aus verschiedenen Arbeitszusammenhängen wurde gewährleistet, dass Erfahrungen und Vorgehensweisen eingebracht werden konnten, die für alle Beteiligten „neu“ sind und so den Vergleich von Vorgehensweisen und Instrumenten erweiterten und belebten.

Die acht Einrichtungen verfügten im Einzelnen über folgende Erfahrungen im Bereich Qualitätsentwicklung / Qualitätsmanagement:

| Einrichtung | System / Erfahrungen |
|---|---|
| Evangelisches Altenzentrum Hückelhoven | Anwendung des EFQM-Modells für Excellence |
| St. Marienstift, Bochum | Anwendung des EFQM-Modells für Excellence |
| Caritas-Heim am Martinshof, Mönchengladbach | Qualitätszirkelarbeit |
| AWO-Seniorenzentrum Theo-Burauen-Haus, Köln | Anwendung des EFQM-Modells für Excellence Zertifizierung nach DIN ISO 9000:2000 |
| Ev. Altenheim Cronenbergerstraße, Solingen | Zertifizierung nach dem Diakonie- Siegel Pflege (2004) |
| Marie-Juchacz-Altenzentrum, Köln | Zertifizierung nach dem AWO-Siegel (AWO-Bundesverband, LGA Intercert) und nach DIN EN ISO 9001:2000 |
| Dorotheenpark gGmbH, Hilden | Qualitätszirkelarbeit |
| Haus „Zum Königshof“, Düsseldorf | Qualitätszirkelarbeit |

Tabelle 1: Vorerfahrungen der Projekteinrichtungen in Qualitätsentwicklung / Qualitätsmanagement

1.3 Vorgehensweise

Ausgehend von der oben beschriebenen Zielsetzung war für das Projekt ein mehrstufiges Vorgehen geplant. Entlang der folgenden Arbeitspakete wurde ein praxisorientierter Handlungsleitfaden entwickelt:

- Etablierung der internen und externen Strukturen für ein systematisches Benchmarking
- Abstimmung der Anforderungen und Gütekriterien an „gute Praxis“ für Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in stationären Alteneinrichtungen für die Potenzialanalyse der vorhandenen Praxis
- Bewertung der vorhandenen Praxis
- Ergebnispräsentation und Zwischenevaluation im Benchmarkingkreis
- Aktionsplanung und begleitete Umsetzung
- Evaluation

Diese Arbeitspakete werden nachfolgend kurz erläutert. Zusammenfassend ist die Vorgehensweise in der folgenden Grafik dargestellt (vgl. Abbildung 1).

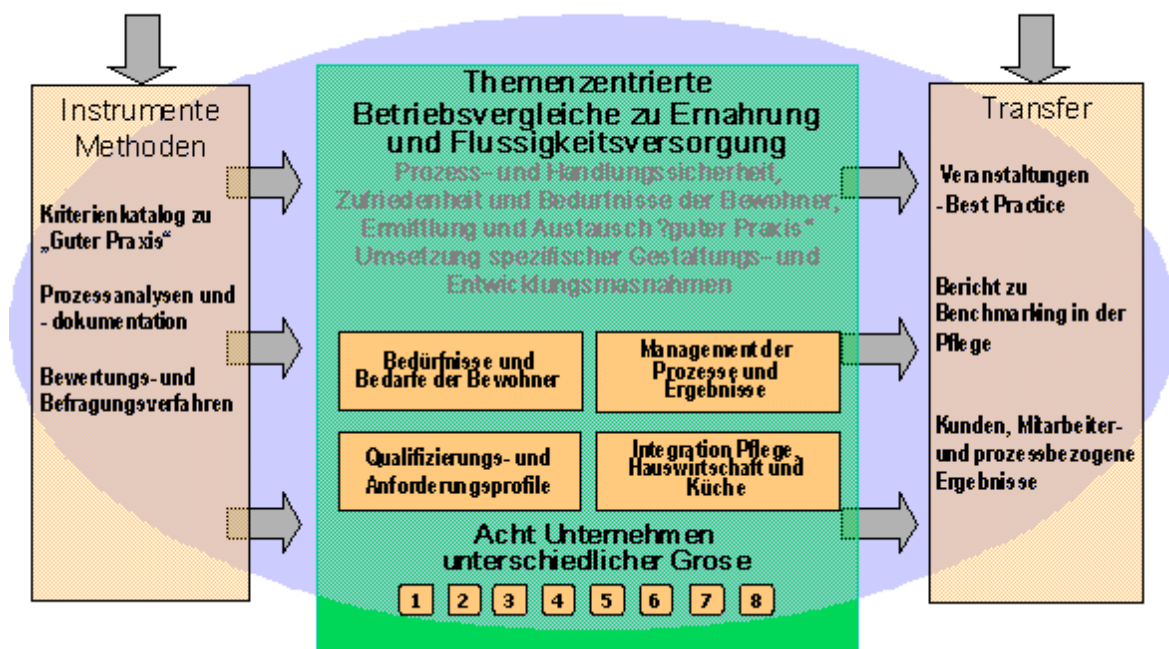


Abbildung 1: Vorgehen im Rahmen des Projektes

Etablierung der internen und externen Strukturen für ein systematisches Benchmarking

Im ersten Schritt wurden die Projektpartner (beteiligte Einrichtungen und Kooperationspartner) in einem Benchmarkingkreis zusammengeführt, der sich dann im Verlauf des Vorhabens regelmäßig traf. Für die Vertretung der Einrichtungen im Benchmarkingkreis wurden einrichtungsintern jeweils zwei Personen benannt, die sowohl das fachliche Wissen als auch die Entscheidungskompetenzen haben sollten, um ggf. getroffene Entscheidungen bzw. entwickelte Maßnahmen intern um- bzw. durchsetzen zu können. In der Regel waren die Pflegedienstleitung und die Hauswirtschaftsleitung die beiden Einrichtungsvertreter/-innen. Der Benchmarkingkreis bildete die übergreifende Austausch- und Arbeitsebene für das Vorhaben. Die Zusammenarbeit der beteiligten Einrichtungen war von Anfang an offen, kooperativ und konstruktiv. Zu dieser Atmosphäre trug maßgeblich auch die Tatsache bei, dass die Einrichtungen nicht in unmittelbarer Konkurrenz standen, eine gemeinsame Aufgabenstellung verfolgten und zum Teil bereits als Einrichtungen und mit KCR in einem Benchmarkingkreis bzw. mit dem KDA über unterschiedliche Arbeitskontakte und Projekte zusammengearbeitet hatten.

In jeder teilnehmenden Einrichtung wurde eine Ansprechpartnerin / ein Ansprechpartner als Projektkoordinator/-in benannt. Die Projektkoordinatorin / der Projektkoordinator war zentrale/r Ansprechpartner/-in für alle organisatorischen und inhaltlichen Fragen zum Projektverlauf in der Einrichtung.

In den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen startete das Projekt jeweils mit einer Projektvorstellung (Auftaktveranstaltung). Ziel war eine umfassende Information der Leitungsebene, der Mitarbeitervertretung und der Beschäftigten. Anschließend wurden einrichtungsintern die Heimbeiräte und – soweit möglich – die Bewohner/-innen informiert. Wichtig hinsichtlich der internen Projektvorbereitung war außerdem, dass durch das Vorhaben keine zusätzlichen Strukturen geschaffen, sondern die Analyse-, Vergleichs- und Verbesserungsprozesse in den vorhandenen Kommunikations- und Organisationsstrukturen durchgeführt werden sollten.

Abstimmung der Anforderungen und Gütekriterien an „gute Praxis“ für Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Im zweiten Schritt wurde eine Klärung der zentralen Anforderungen vorgenommen, denen stationäre Alteneinrichtungen heute in Bezug auf die Thematik „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ gegenüberstehen. Dazu wurde im Vorfeld der Erhebungen ein umfassender Fragen-/Kriterienkatalog entwickelt und mit den Projekteinrichtungen abgestimmt. Der Fragenkatalog sollte möglichst detailliert die Kriterien zum Bereich „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“

enthalten, die für die Praxis relevant sind und bei erfolgreicher Umsetzung eine hohe Qualität der Bewohnerversorgung und eine große Zufriedenheit der Bewohner/-innen bewirken.

Der Fragenkatalog findet sich in [Anlage 1](#). Mit einem Umfang von 19 Seiten enthält er sicherlich viele wichtige, aber sicherlich nicht alle Kriterien, die an eine qualitativ hochwertige Ernährung und Flüssigkeitsversorgung anzulegen sind. Und er wurde nicht vorrangig unter „rein wissenschaftlichen“, sondern eher unter pragmatischen Gesichtspunkten erarbeitet. In die vorliegende Fassung wurden zusätzlich zu den in der Ausgangsversion enthaltenen Fragen auch Kriterien aufgenommen, die auf den Erfahrungen des Projektes, insbesondere auf der Anwendung verschiedener Erhebungsmethoden beruhen. Der Katalog ist also sozusagen im Projekt gewachsen.

Der Kriterienkatalog wurde allerdings im Projekt nicht in der Form eingesetzt, dass er in den Einrichtungen durch die dort Verantwortlichen komplett „ab- bzw. durchgearbeitet“ wurde. Die Potentialanalyse erfolgte vielmehr auf der Basis mehrerer anderer Instrumente bzw. Methoden, die sich an den zuvor formulierten Kriterien orientierten und verschiedene Sichtweisen auf das Thema „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ und die Einbindung verschiedener Akteure in den Altenpflegeeinrichtungen ermöglichten (vgl. auch Kapitel 5, Seite 103). Die Instrumente und Methoden wurden ebenfalls im Benchmarkingkreis mit den Projekteinrichtungen abgestimmt. Und sie werden in den Folgekapiteln noch näher vorgestellt.

Über die einzelnen Instrumente konnten viele der relevanten Kriterien erfasst bzw. bewertet werden. Der Kriterienkatalog enthält darüber hinaus weitere Fragen, die für eine noch detailliertere Potentialanalyse oder tiefere Bearbeitung von Teilbereichen genutzt werden können, als dies mit den Einzelinstrumenten möglich ist. Dementsprechend ist der Fragenkatalog so aufgebaut, dass zum einen die relevanten Kriterien benannt sind. Zum anderen enthält er bei den entsprechenden Fragen die Bezüge zu den im Projekt eingesetzten Instrumenten. Zusätzlich sind Bezüge zu den vergleichbaren Kriterien der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) vom 10. November 2005 aufgeführt, die bei den MDK-Prüfungen der Qualität nach §§ 112 und 114 SGB XI zu Grunde gelegt werden. Außerdem sind im Fragenkatalog Eintragungsmöglichkeiten für die in der betreffenden Einrichtung vorhandenen Stärken, aber auch für die Verbesserungsbereiche vorgesehen (vgl. [Anlage 1](#)).

Bewertung der vorhandenen Praxis

Nach der Etablierung der Strukturen und der Abstimmung der Anforderungen an „gute Praxis“ der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung begann der Analyse- und Bewertungsprozess. Dieser Prozess wurde nach den Prinzipien der RADAR-Systematik im EFQM-Modell gestaltet.

Der erste Analyseschritt war die *Erhebung der bisherigen (relevanten) Ergebnisse* (RADAR = Results) der beteiligten Unternehmen. Die Ergebnisse dienen der internen Bewertung und liefern den Maßstab für die Einschätzung von Stärken- und Verbesserungspotenzialen.

Die Erhebung der Ist-Situation in den Einrichtungen basierte auf der Anwendung des Mini Nutritional Assessments (MNA). Anwendung und Ergebnisse werden in Kapitel 3.1, Seite 25 ff.) ausführlich erläutert.

Im nächsten Schritt erfolgte die *Erhebung vorhandener Vorgehensweisen* (RADAR = Approach) bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung als Potenzialanalyse in Form extern moderierter und supervidierter Selbstbewertungen. Es wurde eine Prozessanalyse mit dem Ziel durchgeführt, Stärken- und Verbesserungsbereiche zu klassifizieren (auf die Form der Erhebung und wichtige Ergebnisse wird in Kapitel 3.4, Seite 64 ff. eingegangen).

Dabei sollte vor allem auch überprüft werden, wie mit erkannten Risiken in den Einrichtungen umgegangen wird. Dazu wurde unter anderem folgenden Fragen nachgegangen:

- Existieren Standards / Verfahrensanweisungen zum Umgang mit Mangelernährung (inkl. Flüssigkeitsversorgung und Umgang mit Risikofaktoren bzw. besonderen Situationen wie Diarrhoe, Ablehnung von Nahrung / Flüssigkeit)?
- Existieren Standards / Verfahrensanweisungen zum Umgang mit Sondenernährung?
- Welche inhaltliche Qualität haben die Standards / Verfahrensanweisungen?
- Werden die Standards / Verfahrensanweisungen adäquat umgesetzt?

Außerdem wurde die Zufriedenheit der Bewohner/-innen mit Ernährung und Flüssigkeitsversorgung durch Bewohnerbefragungen in den beteiligten Einrichtungen erhoben. Außerdem fanden Mitarbeiterbefragungen statt, um die Sichtweise der in den Projekteinrichtungen Beschäftigten und mit der Sicherstellung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung betrauten Personen zu erfassen. Das Vorgehen bei den Befragungen und die Ergebnisse werden in Kapitel 3.2, Seite 40 ff. umfassend dargestellt.

Abgerundet wurde die Erhebung vorhandener Vorgehensweisen über die Durchführung von Beobachtungen in den Projekteinrichtungen. Konkret wurden verschiedene Mahlzeitsituationen und auch einzelne Bewohner/-innen beobachtet. Auf die gewählte Vorgehensweise und wichtige Ergebnisse wird in Kapitel 3.3, Seite 56 ff. ausführlich eingegangen.

Anzumerken ist noch, dass in die Analyse möglichst viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Prozess einbezogen werden sollten, um später eine hohe Akzeptanz der Ergebnisse und möglichen Verbesserungsvorhaben zu erreichen. Die Anwendung verschiedener Methoden bei der Analyse wirkte sich positiv auf dieses Ziel aus.

Ergebnispräsentation und Zwischenevaluation im Benchmarkingkreis

Die Ergebnisse der Prozessanalysen wurden systematisch dokumentiert und in den Benchmarkingkreis getragen. Dadurch entstand ein intensiver Transfer von „guten Ideen und Lösungen“ und ein gemeinschaftliches Profil von Verbesserungspotenzialen. In einem systematischen Vergleich wurden die unterschiedlichen Ansätze gemeinschaftlich bewertet.

Und unterstützt durch die externe (prozessmanagementbezogene und pflegfachliche) Expertise von KCR und KDA legten die Einrichtungen das weitere Vorgehen grundlegend fest.

Aktionsplanung und begleitete Umsetzung

Als nächster Schritt wurden die Verbesserungsbereiche einer *systematischen Aktionsplanung und Umsetzung* (RADAR = Deployment) zugeführt. Dazu fanden in jeder Einrichtung Workshops statt, an denen die Leitungsverantwortlichen der Einrichtung, zum Teil auch Mitarbeiter/-innen aus Pflege und Hauswirtschaft sowie die Projektbegleiter von KCR und KDA teilnahmen. Im Rahmen der Aktionsplanung wurden die Ergebnisse der Ist-Analyse vorgestellt und ausführlich diskutiert, Prioritäten gesetzt, Ressourcen eingeschätzt und interne Verbesserungsmaßnahmen geplant. Dabei wurde zwischen so genannten Low-Hanging-Fruits (schnell umzusetzende Vorhaben) und grundlegenden Verbesserungen unterschieden. Die Qualifizierungsbedarfe und daraus abzuleitende Schulungen / Trainings wurden ebenfalls in der Aktionsplanung dokumentiert. Die Umsetzung war darauf ausgerichtet, möglichst einen dauerhaften Erfolg der Maßnahmen sicher zu stellen. Dies sollte unter anderem auch dadurch erreicht werden, dass die Einbettung der Instrumente und optimierten Vorgehensweisen zur Ernährung und Flüssigkeitszufuhr in die Strukturen / Regelwerke des vorhandenen Qualitätssicherungssystems untersucht, konkret festgelegt und beschrieben wird.

Evaluation

Die Aktionsplanung schloss auch die *Überprüfungs- und Nachsteuerungsschritte* (RADAR = Assessment and Review) ein. Nach einer Umsetzungsphase von ca. acht Monaten wurden die Umsetzungserfolge evaluiert. Dies geschah einerseits durch erneute Messung der erzielten Ergebnisse und andererseits durch wiederholte Bewohner- und Mitarbeiterbefragungen sowie Beobachtungen von Mahlzeitsituationen. In jeder Einrichtung fand dazu nach Veröffentlichung der Evaluationsergebnisse ein „Reviewtag“ statt, an dem der Umsetzungsstand und die Resultate der jeweiligen Vorhaben abgefragt und erörtert wurden.

Die zentralen Evaluationsergebnisse wurden vorher im Benchmarkingkreis vorgestellt und diskutiert. Die Evaluation diente insgesamt der Einschätzung von Nutzen und Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen. Außerdem wurden – soweit notwendig – weitere Maßnahmen abgestimmt und geplant, mit dem Ziel der dauerhaften und erfolgreichen Anwendung der entwickelten Instrumente und qualitätsfördernden Vorgehensweisen.

2 Theoretischer Hintergrund – Die Methode „Benchmarking“

Konzeptionelle Grundlage des Projekts war die Adaption der so genannten Benchmarking-Idee für den Bereich Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in der Pflege. In diesem Kapitel soll – zusätzlich zu der in Kapitel 1 erfolgten Beschreibung der konkreten Schritte im Projekt – noch einmal näher auf die wesentlichen Aspekte des Benchmarkings auf der Basis des Modells der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement eingegangen werden. Diese Aspekte lagen dem Projekt generell zugrunde, und mit dem Projekt sollte – wie bereits erwähnt – vor allem untersucht werden, ob sich die Methode des Benchmarkings für die Qualitätsentwicklung in der Altenpflege eignet. Die folgenden Ausführungen beziehen sich also nicht vorrangig auf das durchgeführte Projekt, sondern auf den Benchmarkingansatz generell.

2.1 Der Begriff Benchmarking

Benchmarking ist ein Konzept, das durch den Vergleich von Einrichtungen „gute Lösungen“ für die Erledigung von Aufgaben identifizieren soll. Die Beschreibung „guter Lösungen“ dient dazu, ständige Verbesserungen anzuregen, damit Aufgaben mit der optimalen Wirksamkeit und dem geringstmöglichen Aufwand bewältigt werden können. Der Vergleich soll dabei sowohl Anregungen für Verbesserungsmöglichkeiten liefern als auch einen Wettbewerb um die guten Leistungen auslösen. Er dient aber nicht in erster Linie einer Rangliste oder einer Bewertung von Einrichtungen. Eine richtig verstandene Benchmarkingphilosophie geht davon aus, dass jede Einrichtung Prozesse identifizieren kann, die anderswo besser gelöst werden. Wer sich beim Benchmarking ausschließlich bestätigt fühlt, hat nur noch nicht den richtigen Partner gefunden.

Die grundlegenden Anforderungen an das Benchmarking sind der systematische Vergleich und die Überprüfung der Übertragbarkeit und Handlungsorientierung. Diese Anforderungen erfordern ein Gesamtkonzept, das dazu beiträgt, die unterschiedlichen betrieblichen Anforderungen zu gliedern und zu strukturieren, um die erforderliche Orientierung zu schaffen. Eine sporadisch durchgeführte vergleichende Kunden- oder Mitarbeiterbefragung, der Vergleich betriebswirtschaftlicher Kennziffern oder die Übertragung von detailliert beschriebenen Prozessen ist nur dann sinnvoll, wenn sich die Informationen aufeinander beziehen lassen. Unternehmen können trotz zufriedener Kunden in Schwierigkeiten geraten, wenn ihnen das betriebswirtschaftliche Know how fehlt. Es wird für ein Altenpflegeheim aber auch kaum ausreichen, ein Kosten- und Leistungsrechnungssystem aufzubauen, wenn die pflegerische Kompetenz nicht hinreichend vorhanden ist.

Zusammenfassend kann man folgendes sagen: Benchmarking heißt Lernen von guten Ideen und Lösungen. Gute Ideen und Lösungen werden durch Vergleiche ermittelt, unter Einbeziehung folgender Aspekte:

- Der Vergleich ist nicht anekdotisch, sondern systematisch.
- Lernen erfolgt durch die Überprüfung der Übertragbarkeit.
- Der Vergleich dient der Handlungsorientierung und weniger dem Erkenntnisgewinn.

2.2 Das EFQM-Modell für Excellence

Ein bereits in der Praxis vielfach erprobtes System zur Strukturierung einrichtungsinterner Rahmenbedingungen, Prozesse und Qualitätsbemühungen ist das Modell der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement (EFQM). Das EFQM-Modell für Excellence lässt sich als ein Ansatz des so genannten Total Quality Managements beschreiben.

Dabei bedeutet "Total", dass die Organisation in ihren Qualitätsbemühungen alle Mitarbeiter/-innen, Kundinnen / Kunden und Lieferanten einbezieht. "Qualität" heißt in diesem Verständnis, die gesamte Arbeit, die dazu erforderlichen Prozesse (Arbeitsabläufe) und die Qualität des gesamten Unternehmens sicherzustellen und erst dadurch die Qualität von Produkten, also Endergebnissen zu erreichen. "Management" bedeutet, dass im Verständnis von Total Quality Management die gesamte Führungstätigkeit auf Qualität und damit auf kontinuierliche und systematische Verbesserung ausgerichtet ist. Hierbei kann man von den Erfahrungen in anderen Bereichen des Gesundheitssystems ebenso profitieren wie von anderen Wirtschaftszweigen und anderen Ländern. Seit dem Jahr 2000 gibt es einen besonderen Leitfaden zur Anwendung des Modells für den öffentlichen Sektor und soziale Dienste.

Als europäisches Modell, das besonders auf den Sozial- und Gesundheitssektor abgestimmt ist, berücksichtigt es folgende Spezifikation, die für die Senioreneinrichtungen von Bedeutung sind:

- Das Management sozialer Einrichtungen muss mit politischen Vorgaben in Einklang gebracht werden.
- Die Felder sozialer und gesundheitsbezogener Dienstleistungen haben vielfältige Kundinnen/ Kunden: Nutznießer/-innen und direkte Empfänger/-innen sozialer Leistungen, aber auch politische Interessengruppen und öffentliche Institutionen.
- Im öffentlichen und sozialen Bereich bestehen zum Teil eingeschränkte Handlungsspielräume.
- Eine Vergleichbarkeit muss angesichts der vielfältigen Unterschiede in den europäischen Ländern im sozialen und im gesundheitsbezogenen Dienstleistungsbereich sowie in der Verwaltungsmodernisierung möglich sein.

Zur Gewährleistung einer einheitlichen und vergleichbaren Systematisierung muss man sich auf gemeinsame Perspektiven bzw. Kriterien verständigen. Das EFQM-Modell beinhaltet folgende neun Kriterien zur Beschreibung des Vorgehens und der daraus resultierenden Ergebnisse (vgl. auch Abbildung 2):

1. Führung
Das Verhalten aller Führungskräfte, um die Organisation zu umfassender Qualität zu führen.
2. Politik und Strategie
Die Ausrichtung an aktuellen Informationen, Anforderungen und Vorgaben sowie die daraus abgeleiteten strategischen Ziele der Einrichtung.
3. Mitarbeiter/-innen
Der Umgang der Organisation mit ihren Mitarbeiter(n)/-innen und deren Unterstützung bei der Aufgabenerfüllung.
4. Partnerschaften und Ressourcen
Das Management, der Einsatz und die Erhaltung von Ressourcen. Das Management der Kooperationspartner und Zulieferer im gemeinsamen Leistungsprozess.
5. Qualitätssystem und Prozesse
Das Management aller wertschöpfenden Prozesse der Organisation.
6. Kundenbezogene Ergebnisse
Die Beurteilung der Produkte, Dienstleistungen und der Kundenbeziehung aus Sicht der Kundinnen / Kunden.
7. Mitarbeiterbezogene Ergebnisse
Die Beurteilung der Organisation aus Sicht der Mitarbeiter/-innen sowie die Ergebnisse der Leistungen von Mitarbeiter(n)/-innen
8. Gesellschaftsbezogene Ergebnisse
Die Beurteilung der Organisation im Hinblick auf die Erfüllung der Bedürfnisse und Erwartungen der Öffentlichkeit. Dazu gehört die Bewertung der Öffentlichkeit bezüglich der Einstellung der Organisation zu Lebensqualität, Umwelt und Erhaltung der globalen Ressourcen sowie der organisationsinternen Maßnahmen in diesem Zusammenhang.
9. Schlüsselergebnisse (unter anderem Geschäftsergebnisse)
Die Beurteilung der Organisation im Hinblick auf ihre geplanten Dienstleistungs-/ Geschäftsziele und die Erfüllung der Bedürfnisse und Erwartungen aller an der Organisation Beteiligten.

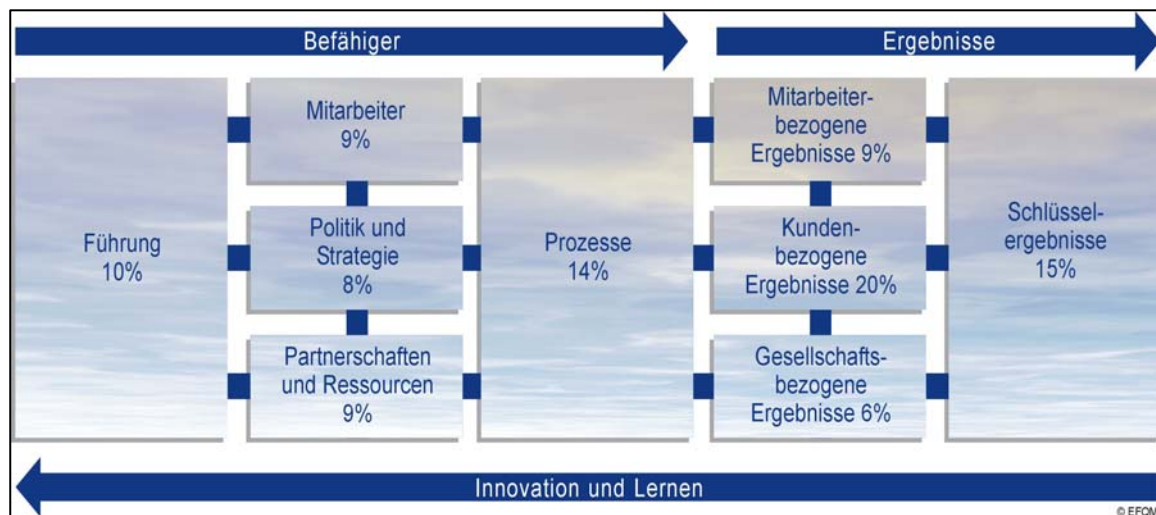


Abbildung 2: Kriterien des EFQM-Modells

Diese Kategorien bilden einerseits ein sehr komplexes System der Analyse von Einrichtungen, das es ermöglicht, auch die Wechselwirkungen von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu erfassen. Insofern bestehen entsprechende Rückkoppelungsprozesse. Andererseits bietet ein derartiges Schema die Möglichkeit, sich an ständigen Verbesserungsprozessen zu orientieren und damit die Chance einer dynamischen Bewertung.

Die Kategorien sind allerdings noch zu grob, um als TQM-System praktisch handhabbar zu sein. Sie bedürfen daher einer weiteren Operationalisierung durch entsprechende Kriterien und Maßstäbe. Während allgemeine Leitfäden für die Pflege- und Gesundheitsbranche bereits vorliegen, sind auch spezielle „Übersetzungen“ für Teilbereiche sinnvoll – wie etwa im vorliegenden Projekt für den Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung.

Dabei ist hervorzuheben, dass die Kriterien sowohl qualitative als auch quantitative Aspekte umfassen. Damit wird auch deutlich, dass sie keine absoluten Werte ergeben, sondern der Interpretation und Bewertung zugänglich sind, die von Altenhilfeeinrichtungen selbst geleistet bzw. ausgestaltet werden müssen.

2.3 Das generelle Vorgehen im Benchmarking

Die Instrumente des Benchmarkings stützen sich auf quantitative Erhebungen in Form von Befragungen und betriebswirtschaftlichen Vergleichen, deren Ergebnisse mit Hilfe von Balanced Scorecards verdichtet und zur Grundlage einer systematischen Zielentwicklung verwendet werden. Ebenso wird auf qualitative Analysen in Form von Potenzialanalysen und Selbstbewertungen sowie auf unterstützende Maßnahmen wie den Austausch in Benchmarkingkreisen und die Qualifizierung zum TQM-Assessor nach EFQM zurückgegriffen (vgl. Abbildung 3).

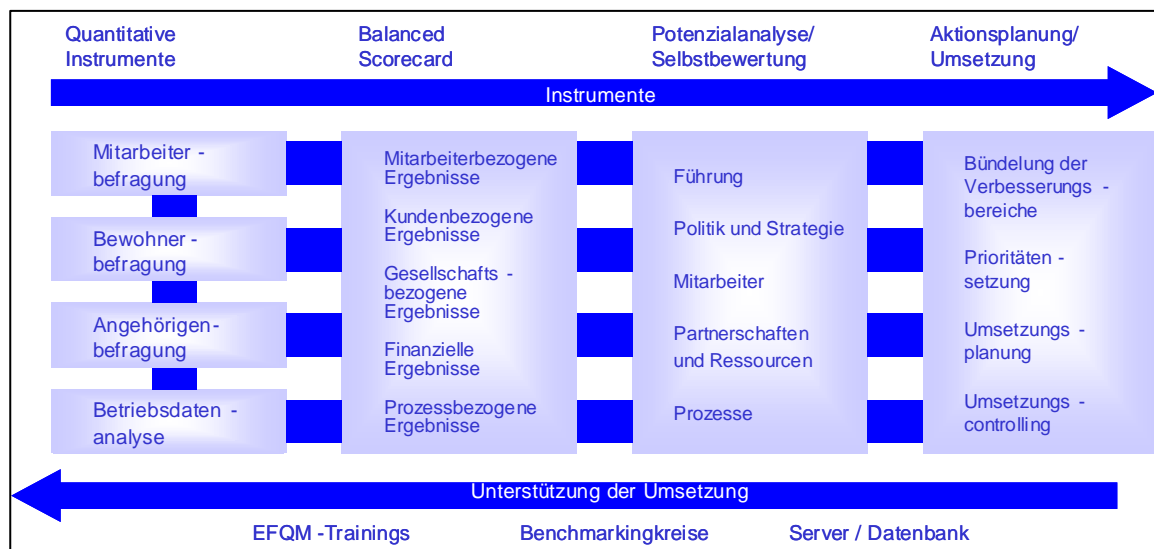


Abbildung 3: Methoden / Vorgehen im EFQM

2.3.1 Quantitative Analysen

Vergleichende Befragungen und Betriebsdatenerhebungen ermöglichen eine systematische Bestandsaufnahme und die Beobachtung der eigenen Entwicklung im Vergleich zur Branche. Dazu werden in Zusammenarbeit mit den Partnern Befragungsbögen entwickelt, die dann weitestgehend unverändert im Einsatz sind, um einen Zeitvergleich dauerhaft zu ermöglichen.

Kundenbefragungen erheben die Beurteilung der Einrichtung aus Sicht der Kundinnen/ Kunden und orientieren sich – soweit relevant – ebenfalls am EFQM-Modell. Dies ermöglicht durch Spiegelfragen Vergleiche mit der Beurteilung durch die Beschäftigten.

Mitarbeiterbefragungen vermitteln ein repräsentatives Bild der Wahrnehmung der Einrichtung aus Sicht ihrer Beschäftigten. Der Fragebogen berücksichtigt alle Kriterien und Unterkriterien des EFQM-Modells. Damit werden Kritik und Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Beschäftigten gebündelt.

Die **Betriebsdatenerhebung** ermittelt wichtige betriebswirtschaftliche Kennzahlen der Einrichtungen und schafft eine Datenbasis für die Beurteilung des Kriteriums „9. Schlüsselergebnisse“ des EFQM-Modells.

Die Einrichtungen erhalten jeweils die eigenen Ergebnisse der Befragungen und Erhebungen im Vergleich zum Durchschnitt der anderen Einrichtungen sowie zu den maximalen und minimalen Abweichungen. Die Befragungen und Erhebungen werden in der Regel nach einem Jahr wiederholt, um Entwicklungstrends beobachten zu können.

Die beteiligten Einrichtungen sind in verschiedenen Benchmarkingkreisen organisiert. Hier werden die Ergebnisse offen gemacht, um die Praxis hinter den Zahlen erläutern zu können.

Die Ergebnisse werden für jede Einrichtung in einer **Balanced Scorecard** aufbereitet. Diese dient der systematischen Messung und Steuerung der Ergebnisse der Einrichtung. Die Balanced Scorecard orientiert sich an den Ergebniskriterien des EFQM-Modells. Sie stützt sich auf die Ergebnisse der quantitativen Analysen und ergänzt diese durch die von der Einrichtung definierten Ansatzpunkte zur Messung der Ergebnisqualität. Dadurch wird in jeder Einrichtung der Grundstein für ein differenziertes Zielkoordinatensystem für alle Unternehmensteile gelegt.

2.3.2 Qualitative Analysen

Die qualitativen Analysen werden in Zusammenarbeit mit den Einrichtungen in interdisziplinären Teams in Form von Potenzialanalysen und Selbstbewertungen durchgeführt:

Die **Erarbeitung von Stärken und Verbesserungsbereichen** dient der systematischen Planung von Handlungsmöglichkeiten und -bedarfen. Sie orientiert sich an den Zielen, die in der Balanced Scorecard definiert werden und stützt sich auf die voraussetzenden Faktoren des EFQM-Modells.

Die Entwicklung einer **Aktionsplanung** dient der Prioritätensetzung und gezielten Vorbereitung der Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen. Sie verbindet die Vereinbarung konkreter Verbesserungsmaßnahmen mit den definierten Zielen und dem Aufwand, der zur Zielerreichung erforderlich ist.

Im ersten Jahr werden diese qualitativen Analysen in der Regel mit Unterstützung externer Moderatoren als Potenzialanalyse durchgeführt. Im zweiten Jahr erfolgt die Analyse in Form einer Selbstbewertung, für die ein externer Moderator für ein eintägiges Audit zur Verfügung steht.

2.3.3 Unterstützende Maßnahmen

Die Einrichtungen werden dabei unterstützt, das Vorgehen in ihren Einrichtungen zu vermitteln, die Instrumente des Benchmarkings eigenständig zu nutzen und vom Erfahrungsaustausch untereinander zu profitieren. Es hat sich erwiesen, dass Benchmarking am ehesten dann greift, wenn es projektförmig eingeführt wird. Den Auftakt sollte ein „Kickoff“ bilden, bei dem die obers-

te Leitung die Ziele, das Vorgehen und den Nutzen des Projektes vorstellt. Vergleiche und Transparenz stoßen vielfach auf große Ängste und Widerstände, die nur durch eine glaubwürdige Beteiligung aller Leitungskräfte abgebaut werden können.

Um dauerhaft das Vorgehen in Eigenregie gestalten zu können, sollten Mitarbeiter/-innen in der Anwendung des EFQM-Modells qualifiziert werden.

Die Organisation von **Benchmarkingkreisen** dient dem Erfahrungsaustausch zwischen den Einrichtungen und unterstützt das wechselseitige Lernen von guten Ideen und Lösungen. Die Benchmarkingkreise tagen in der Regel sechs Mal pro Jahr in den Partnereinrichtungen oder an einem zentralen Ort.

3 Die Ergebnisse – Teil 1: Die „harten Fakten“

In diesem Berichtsteil wird dargestellt, welche Instrumente / Methoden im Projekt zur Analyse der Ist-Situation in den Projekteinrichtungen angewendet wurden und warum diese Instrumente ausgewählt wurden. Und es werden zusammenfassend die Ergebnisse der Ist-Analyse vorgestellt. Folgende Methoden kamen bei der Analyse zum Einsatz:

- Erhebung des Ernährungszustands
- Bewohner- und Mitarbeiterbefragung
- Beobachtung von Mahlzeitsituationen
- Analyse mittels der PDCA-Systematik

3.1 Erhebung des Ernährungszustands

3.1.1 Ausgangspunkt / Rahmendaten

Im Projektverlauf wurde zu zwei verschiedenen Zeitpunkten der Ernährungszustand aller Bewohner/-innen der acht Projekteinrichtungen erhoben. Die erste Erhebung fand im Oktober 2005 statt, die zweite Erhebung folgte im September 2006. Die Ermittlung des Ernährungszustands war vor allem deshalb als Projektbestandteil aufgenommen worden, um anhand der Ergebnisse die Wirksamkeit der bisherigen, in den Projekteinrichtungen durchgeführten Maßnahmen zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung bewerten zu können. Mit der zweiten Erhebung sollte überprüft werden, ob die nach der ersten Ergebnispräsentation in den einzelnen Einrichtung initiierten Verbesserungsmaßnahmen auch spürbar zu positiven Veränderungen des Ernährungszustands der Bewohner/-innen beigetragen haben.

Der Ernährungsstatus wurde mittels des Mini Nutritional Assessment (MNA) eingeschätzt (siehe auch [Anlage 2](#)). Die Entscheidung für das Instrument wurde im Benchmarkingkreis getroffen, obwohl das MNA neben einigen gravierenden Vorzügen gegenüber anderen Instrumenten auch einige Nachteile aufweist (vgl. dazu näher Kapitel 3.1.3, Seite 36 ff.).

Die Erhebungen wurden durch Pflegemitarbeiter/-innen jeweils in der eigenen Einrichtung durchgeführt. Zuvor wurden die Pflegenden in der Anwendung des MNA- Bogens geschult. Die Schulung erfolgte durch den Projektverantwortlichen des KDA, insbesondere auch mit dem Hintergrund, eine möglichst einheitliche Anwendung in den acht Projekteinrichtungen und damit eine gute Vergleichbarkeit der erhobenen Daten zu erreichen (vgl. auch Kapitel 3.1.3, Seite 36 ff.).

An dieser Stelle sollen zumindest in knapper Form Inhalt und „Bewertungsmaßstab“ des MNA erläutert werden, mit dem Ziel, die Interpretation der Ergebnisse zu erleichtern.

Das MNA ist in zwei Bereiche untergliedert. Im ersten Bereich, der so genannten **Voranamnese**, sind 6 Fragen zu beantworten bzw. Items einzuschätzen. Dies sind die Parameter Appetit (inkl. Probleme bei Verdauung, Kauen, Schlucken), Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten, Mobilität / Beweglichkeit, akute Krankheit / psychischer Stress, Vorhandensein bzw. Grad von Demenz und / oder Depression, BMI. Pro Frage bzw. Item werden 2, 3 oder 4 Graduierungen unterschieden, verbunden mit entsprechenden Punktwerten. Nach Errechnen der Gesamtpunktzahl für die Voranamnese wird folgende inhaltliche Zuweisung unterschieden:

- 12 Punkte oder mehr = normaler Ernährungszustand
- 11 Punkte oder weniger = Gefahr der Mangelernährung

Ergibt die Voranamnese bei dem / der betreffenden Bewohner/-in 11 Punkte oder weniger, soll auch der zweite Bereich ausgefüllt werden, die so genannte **Anamnese**.

Im Rahmen der Anamnese werden folgende 12 Items erhoben: Wohnsituation, Medikamentenkonsum, Hautprobleme, Anzahl der Hauptmahlzeiten, Lebensmittelauswahl (Nahrungszusammensetzung), Anteil von Obst / Gemüse, Trinkmenge, Hilfebedarf bei der Essenaufnahme, subjektive Bewohnereinschätzung zu Ernährungs- und Gesundheitszustand, Oberarm- und Wadenumfang. Bei den Items werden wiederum 2, 3 oder 4 Graduierungen unterschieden, und sie sind mit entsprechenden Punktwerten verknüpft. Die Punktwerte aus Voranamnese und Anamnese ergeben den so genannten **Gesamtindex** (Gesamtpunktzahl über beide Bereiche).

Der Gesamtindex wird folgendermaßen kategorisiert:

- Mehr als 24 Punkte = zufrieden stellender Ernährungszustand
- 17 – 23,5 Punkte = Risikobereich für Unterernährung
- Weniger als 17 Punkte = schlechter Ernährungszustand

3.1.2 Wichtige Ergebnisse der Erhebungen

In die Erhebung waren im ersten Durchlauf (Oktober 2005) 777 Bewohner/-innen einbezogen, beim zweiten Durchlauf (September 2006) waren es 739. Die geringere Bewohneranzahl bei der zweiten Erhebung hat zwei Gründe. Zum einen erfolgte in einer Einrichtung nach der ersten Erhebung der komplette Umzug in ein neues Gebäude; damit verbunden war eine gewisse Reduzierung der Bewohneranzahl. Und zum anderen war im September 2006 nicht in allen Einrichtungen die selbe hohe Belegungsquote wie zur ersten Erhebung gegeben.

3.1.2.1 Gesamtauswertung

Bezogen auf die Gesamtbetrachtung ergab die erste Erhebung, dass – gemäß den MNA- Kriterien – ca. 34 % der Bewohner/-innen im Risikobereich für Unterernährung lagen und sich ca. 21 % in einem schlechten Ernährungszustand (Mangelernährung) befanden. Dies stellt zwar kein befriedigendes, aber insofern ein positives Ergebnis dar, als das in bisherigen wissenschaftlichen Studien zum Thema „Ernährungsstatus von Bewohner(n)/-innen bzw. Patient(en)/-innen“ von einem Anteil an mangelernährten Personen von bis zu 40 % ausgegangen wird.

Positiv ist ebenso zu bewerten, dass in den Projekteinrichtungen der Anteil von Bewohner(n)/-innen mit schlechtem Ernährungszustand bis zur zweiten Erhebung um 5,5 % reduziert werden konnte und der Anteil von Bewohner(n)/-innen mit gutem Ernährungszustand um 7,8 % stieg (vgl. Abbildungen 4 und 5).

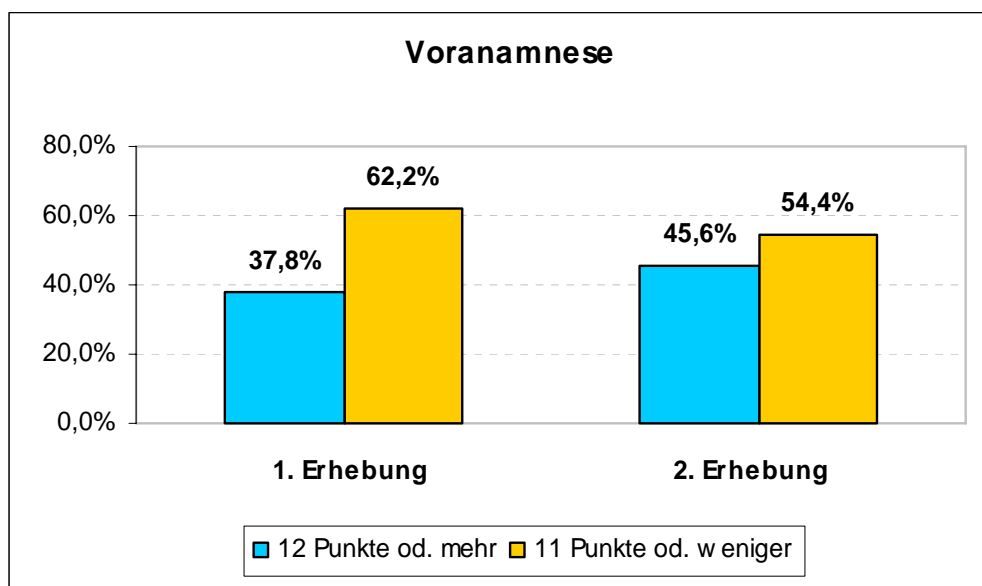


Abbildung 4: MNA-Gesamtauswertung: Ergebnisse Voranamnese

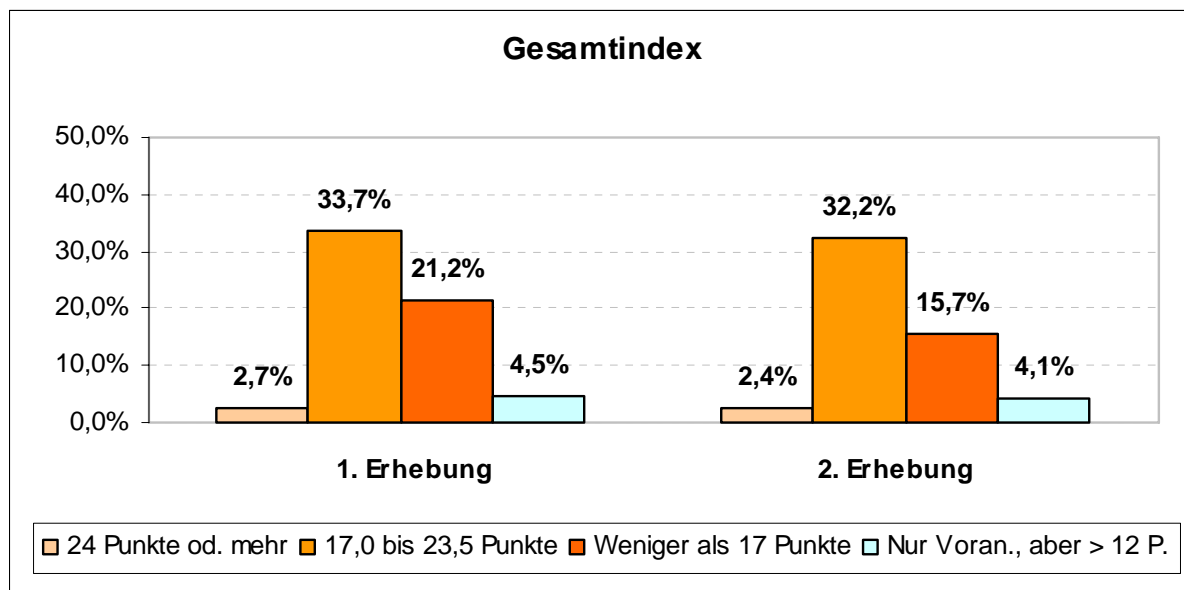


Abbildung 5: MNA-Gesamtauswertung: Ergebnisse Gesamtindex

Die in Abbildung 5 dargestellten Bereiche „Nur Voranamnese, aber > 12 P[unkte]“ (hellblaue Balken) stellt weitgehend die Bewohner/-innen mit ausschließlicher Sondenernährung dar. Laut Auskunft einer Mitarbeiterin der Firma Nestle ist es für diese Bewohner/-innen nicht sinnvoll, den Bereich „Anamnese“ auszufüllen (vor allem wegen der nicht beantwortbaren Fragen zur Nahrungszusammensetzung). Daher wurde bei diesen Personen lediglich der Bereich „Vor-anamnese“ erhoben.

Bei der Präsentation der Ergebnisse der ersten Erhebung im Benchmarkingkreis wurde rege über die Daten diskutiert. Die Vertreter/-innen der Projekteinrichtungen äußerten die Vermutung bzw. Erfahrung, dass ihrer Meinung nach vor allem drei Faktoren den relativ hohen Anteil von Bewohner(n)/-innen mit Mangelernährung oder zumindest einem entsprechenden Risiko erklären.

Es wurde vermutet, dass

- viele alte Menschen bereits mangelernährt ins Heim ein ziehen,
- Mangelernährung mit zunehmendem Alter zu nimmt,
- mit Zunahme der Schwere einer Demenzerkrankung die Gefahr der Mangelernährung steigt.

Diese Annahmen haben sich aber bei genauer Betrachtung nur teilweise bestätigt.

Auf Wunsch der Projekteinrichtungen konnten bezogen auf die erste Erhebung zumindest für die Faktoren „Alter“ und „Schwere der Demenz“ zusätzliche Auswertungen der erhobenen Daten durchgeführt werden.

3.1.2.2 Auswertung nach Alter

Die Detailauswertung ergab, dass das (hohe) Alter für sich betrachtet nicht zwingend einen Risikofaktor für Mangelernährung darstellt (vgl. Abbildungen 6 und 7).

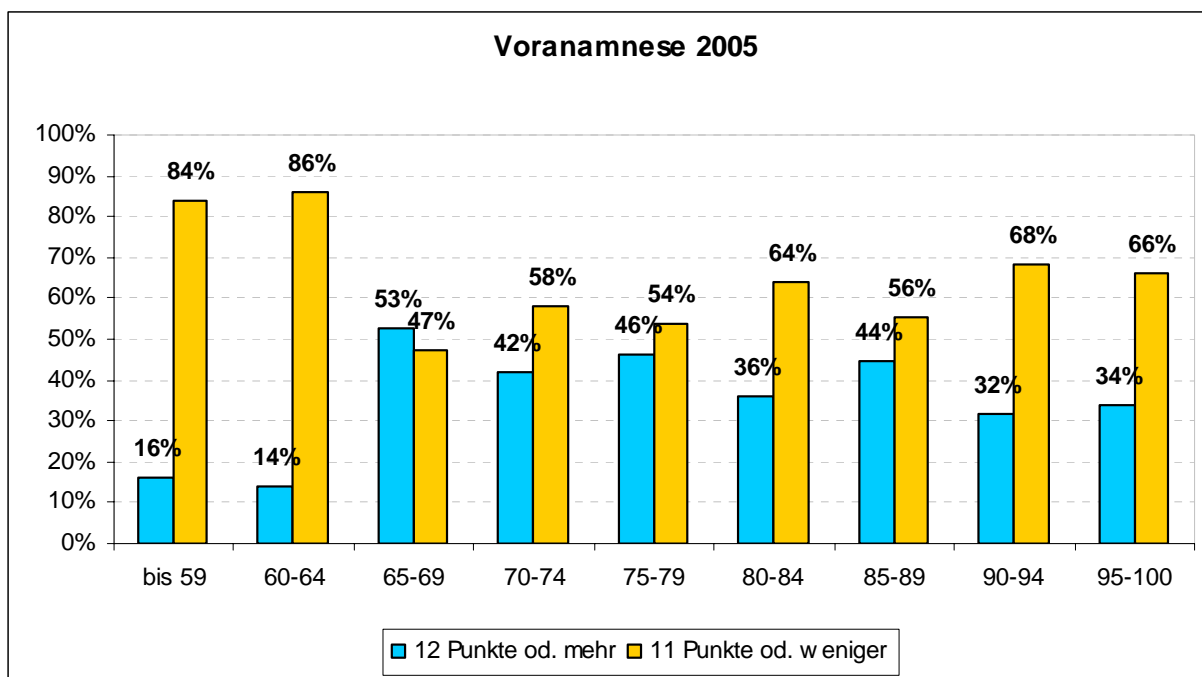


Abbildung 6: MNA-Auswertung nach Alter: Ergebnisse Voranamnese

Der in Abbildung 6 ersichtliche hohe Anteil von Bewohner(n)/-innen in den Altersgruppen bis 59 Jahre und zwischen 60 und 64 Jahren, die bereits in der Voranamnese eine Gefahr der Mangelernährung aufweisen, ist teilweise dadurch erklärbar, dass sich in den Gruppen vor allem auch Menschen mit speziellen Erkrankungen befinden, die mit starken körperlichen und / oder geistigen Einschränkungen verbunden sind (z.B. Menschen mit Multipler Sklerose).

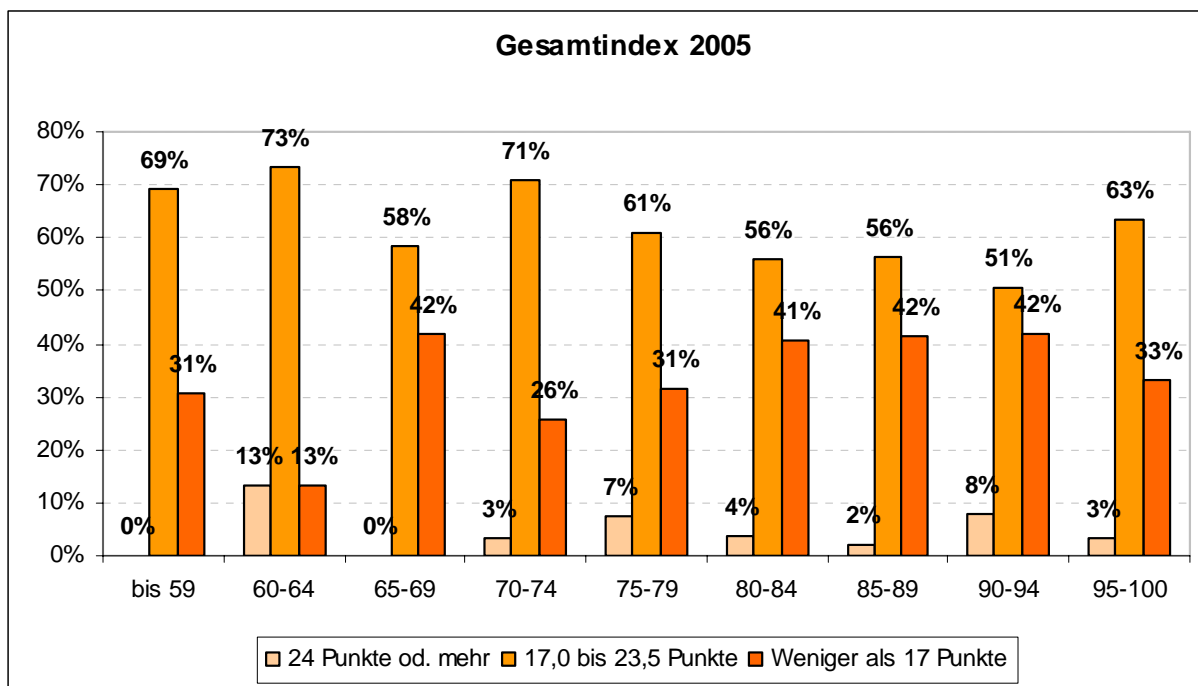


Abbildung 7: MNA-Auswertung nach Alter: Ergebnisse Gesamtindex

Bezogen auf die anderen Altersgruppen fällt in Abbildung 7 auf, dass bei den 65-69-Jährigen ein ebenso hoher Anteil von Bewohner(n)-innen mit schlechtem Ernährungszustand zu finden ist, wie in den Gruppen „85-89 Jahre“ und „90-94 Jahre“, im Gegensatz zur Altersgruppe „95-100“ mit einem um 9 % niedrigerem Anteil.

In der folgenden Tabelle ist der Vollständigkeit halber die Verteilung der Bewohnerschaft auf die gewählten Altersgruppen dargestellt.

| Bis 59 J. | 60-64 J. | 65-69 J. | 70-74 J. | 75-79 J. | 80-84 J. | 85-89 J. | 90-94 J. | 95-100J. |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 4% | 4% | 4% | 8% | 13% | 22% | 21% | 18% | 6% |

Tabelle 2: Bewohnerverteilung nach Altersgruppen

3.1.2.3 Auswertung nach Demenzgraden

Die Auswertung nach Demenzgraden konnte nicht nur bezogen auf die erste Erhebung durchgeführt werden, sondern sie wurde für die zweite Erhebung wiederholt. Einschränkend muss allerdings angemerkt werden, dass lediglich die Kategorien „keine Demenz“, „leichte Demenz“ und „schwere Demenz“ gebildet bzw. unterschieden werden konnten. Die drei genannten Kategorien finden sich so im MNA-Bogen (Frage E), und es kann nicht angegeben werden, ob ggf. eine mittelschwere Demenz vorliegt.

Daher wurden die Pflegenden dahingehend unterwiesen, im MNA-Bogen die Kategorie „schwere Demenz“ sowohl für Bewohner/-innen mit mittelschwerer Demenz als auch für solche mit schwerer Demenz zu nutzen. Außerdem bezieht sich das MNA-Item eigentlich auf das Vorhandensein von Demenz **oder** Depression. Bei der Auswertung wurde diese Unterscheidung bzw. das mögliche Vorhandensein einer Depression allerdings nicht berücksichtigt.

Bei der Auswertung bezüglich der Demenzgrade wurde ein überdurchschnittlich hoher Anteil mangelernährter Bewohner/-innen mit schwerer Demenz festgestellt. Abbildung 8 verdeutlicht, dass – bezogen auf die Voranamnese – mit steigendem Demenzgrad der Anteil von Bewohner(n)-innen mit gutem Ernährungszustand stetig abnimmt.

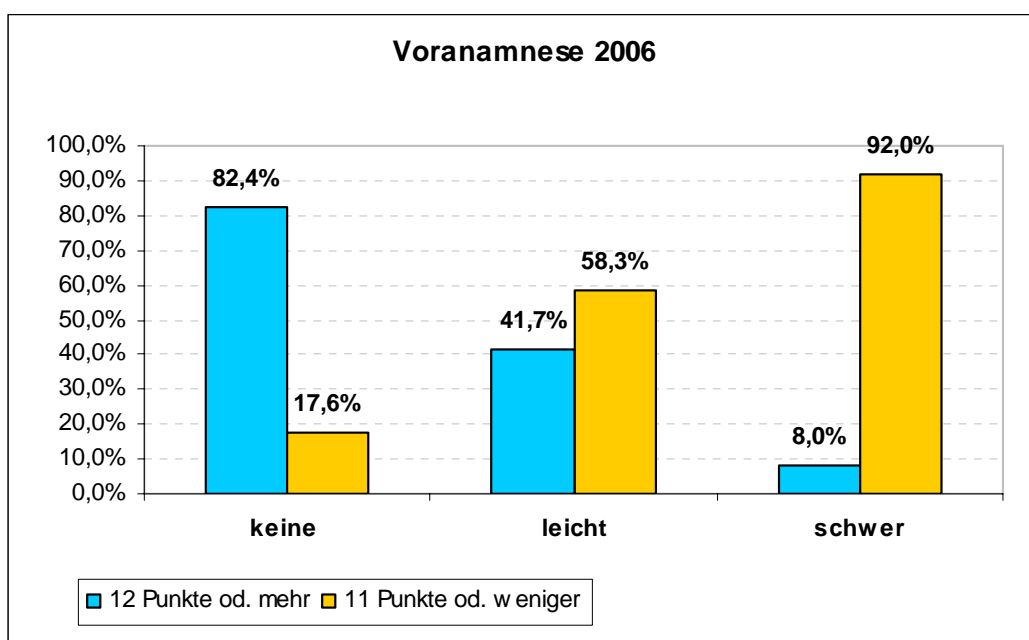


Abbildung 8: MNA-Auswertung nach Demenzgraden: Ergebnisse Voranamnese

In der Auswertung des Gesamtindex (Abbildung 9) zeigen sich allerdings diese Unterschiede nicht so gravierend (bezogen auf die Anteile von Risiko bzw. Mangelernährung zwischen Bewohner(n)-innen mit leichter Demenz und denen ohne Demenz).

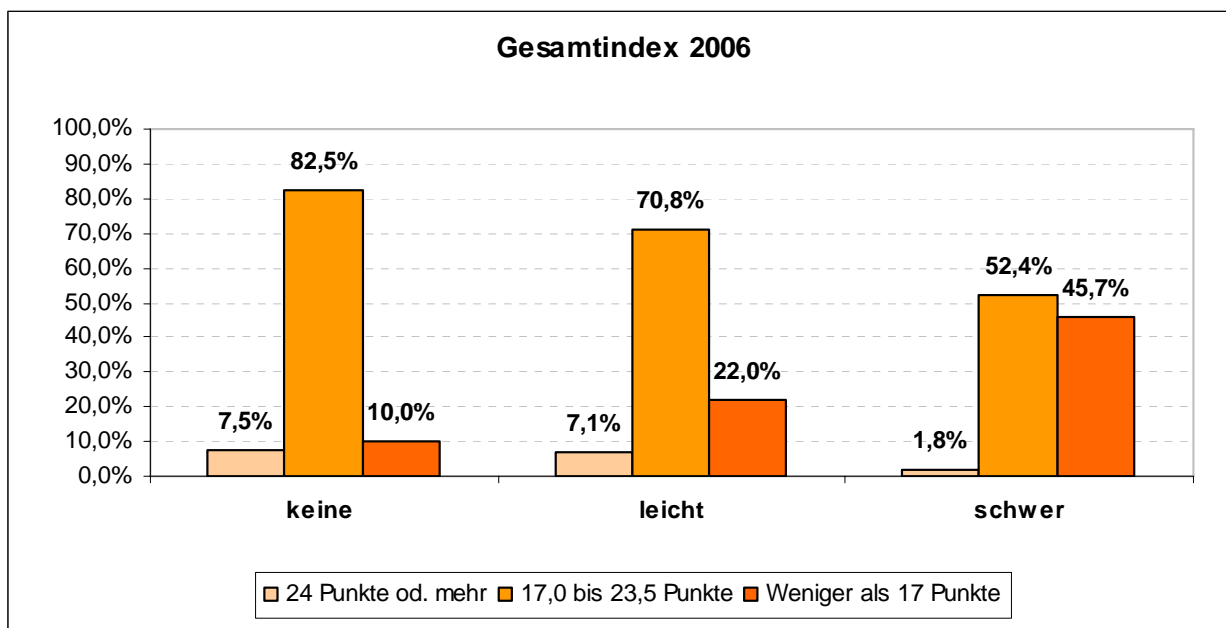


Abbildung 9: MNA-Auswertung nach Demenzgraden: Ergebnisse Gesamtindex

Zu erwähnen ist noch, dass der Anteil von Bewohner(n)/-innen mit schwerer Demenz und schlechtem Ernährungszustand zwischen der ersten und der zweiten Erhebung um 9,8 % reduziert werden konnte. Dies stellt ein deutlich positives Ergebnis dar, das sicherlich teilweise damit zu erklären ist, dass nach der ersten Präsentation in den meisten Projekteinrichtungen insbesondere auch Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von demenzkranken Bewohner(n)/-innen initiiert und umgesetzt wurden (vgl. auch Kapitel 4, Seite 69).

Der Vollständigkeit halber soll auch an dieser Stelle die Verteilung der Bewohnerschaft auf die einzelnen „Demenzkategorien“ tabellarisch dargestellt werden (zumindest für die zweite Erhebung).

| Demenz / Depression | keine | leicht | schwer |
|---------------------|-------|--------|--------|
| Bew.-Anteil 2006 | 32% | 41% | 27% |

Tabelle 3: Bewohnerverteilung nach Demenzgraden

3.1.2.4 Auswertung nach Verweildauer

Ob ein Großteil der Bewohner/-innen bereits mangelernährt ins Heim einzieht, konnte erst über die zweite Erhebung versucht werden zu beantworten. Im MNA-Bogen ist nicht regelhaft vorgesehen, die Verweildauer bzw. das Einzugsdatum des / der Bewohner(s)/-in anzugeben. Daher wurde auf den Erhebungsbogen für die zweite Erhebung eine entsprechende Eintragungsmöglichkeit „manuell“ ergänzt.

Im Ergebnis der Datenauswertung hat sich die Annahme der Einrichtungsverantwortlichen, dass viele Bewohner/-innen bereits mit einem schlechten Ernährungszustand in die stationären Einrichtungen einziehen, nicht bzw. nicht ohne weiteres bestätigt. Es gibt sicherlich einen Teil von Bewohner(n)/-innen, die mit schwierigen Konstellationen bezüglich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung ins Heim einziehen. Aber ungefähr genauso viele „neue Bewohner/-innen“ weisen einen guten Ernährungszustand auf.

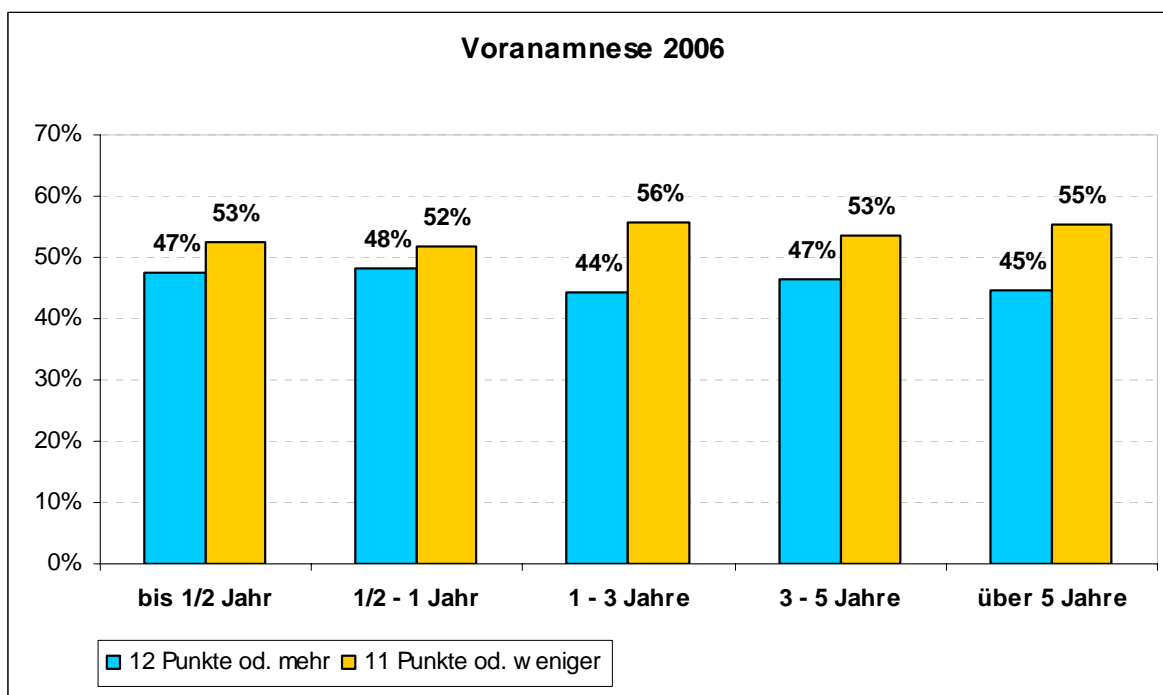


Abbildung 10: MNA-Auswertung nach Verweildauer: Ergebnisse Voranamnese

Sowohl in Abbildung 10 (Voranamnese) als auch in Abbildung 11 (Gesamtindex) wird deutlich, dass grundsätzlich kaum bzw. keine gravierenden Unterschiede in den einzelnen Gruppen bestehen hinsichtlich des Anteils von Bewohner(n)/-innen mit gutem Ernährungszustand, mit einem Risiko der Mangelernährung und mit einem schlechten Ernährungszustand.

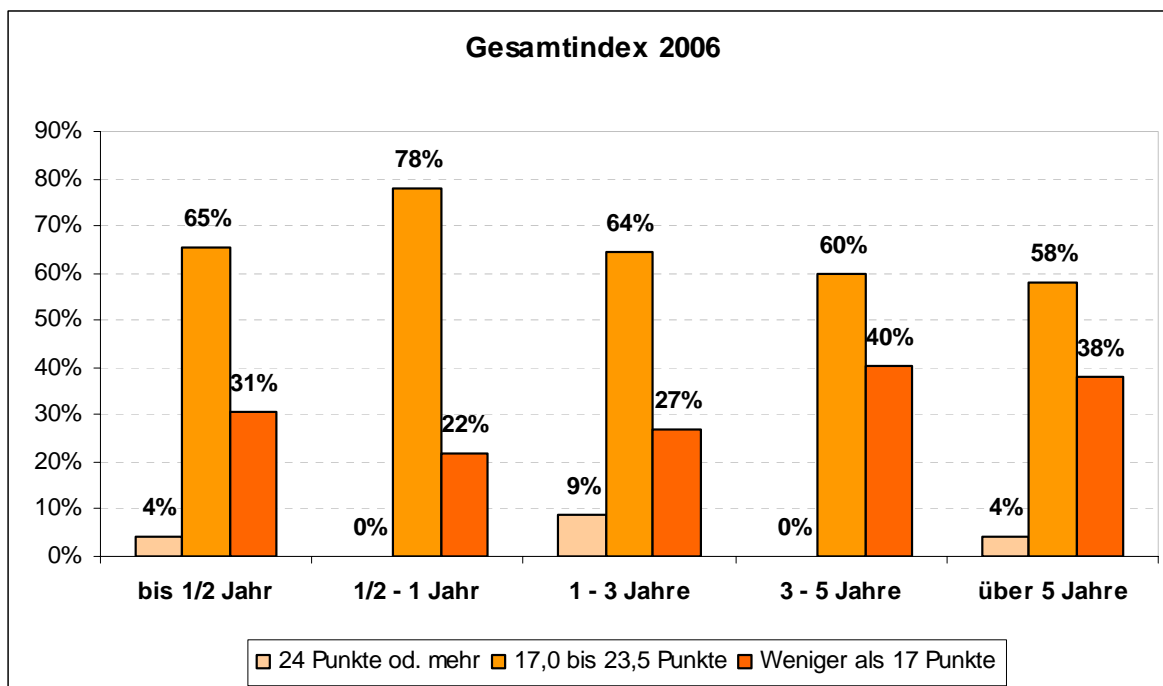


Abbildung 11: MNA-Auswertung nach Verweildauer: Ergebnisse Gesamtindex

Betrachtet man die Daten des Gesamtindex (Abbildung 11) genauer, fällt auf, dass der Anteil von Bewohner(n)-innen mit schlechtem Ernährungszustand nach einem halben Jahr Verweildauer zwar abnimmt, allerdings dann wieder ansteigt, zumindest bis zur Grenze von 5 Jahren Verweildauer.

Anzumerken sind außerdem zwei weitere Aspekte:

- Zum einen wurden die einzelnen Gruppen nicht ganz einheitlich „geschnitten“. Dies erfolgte aber bewusst und unter pragmatischen Gesichtspunkten, um insbesondere die Gruppe der „neu eingezogenen Bewohner/-innen“ genauer betrachten zu können (daher die Gruppen „bis 1/2 Jahr“ und „1/2 bis 1 Jahr“).
- Zum anderen verdeutlicht die Gesamtauswertung über alle acht Projekteinrichtungen nicht, dass es in einzelnen Einrichtungen nicht unerhebliche Abweichungen vom Durchschnitt gab. So lag beispielsweise in einer Einrichtung der Anteil der neu eingezogenen Bewohner/-innen (Gruppe „bis 1/2 Jahr“) mit gutem Ernährungszustand bei ca. 71 % und in einer anderen Einrichtung lediglich bei ca. 33 %.

3.1.2.5 Auswertung nach Geschlecht

Ausgewertet wurden die Daten der zweiten Erhebung zusätzlich bezüglich geschlechtsspezifischer Unterschiede. Die Ergebnisse belegen, dass der Anteil von Personen mit gutem Ernährungszustand bei den männlichen Bewohnern geringfügig höher (vgl. Abbildung 12) und der

Bewohneranteil mit schlechtem Ernährungszustand etwas geringer ist als bei den weiblichen Bewohnerinnen (vgl. Abbildung 13).

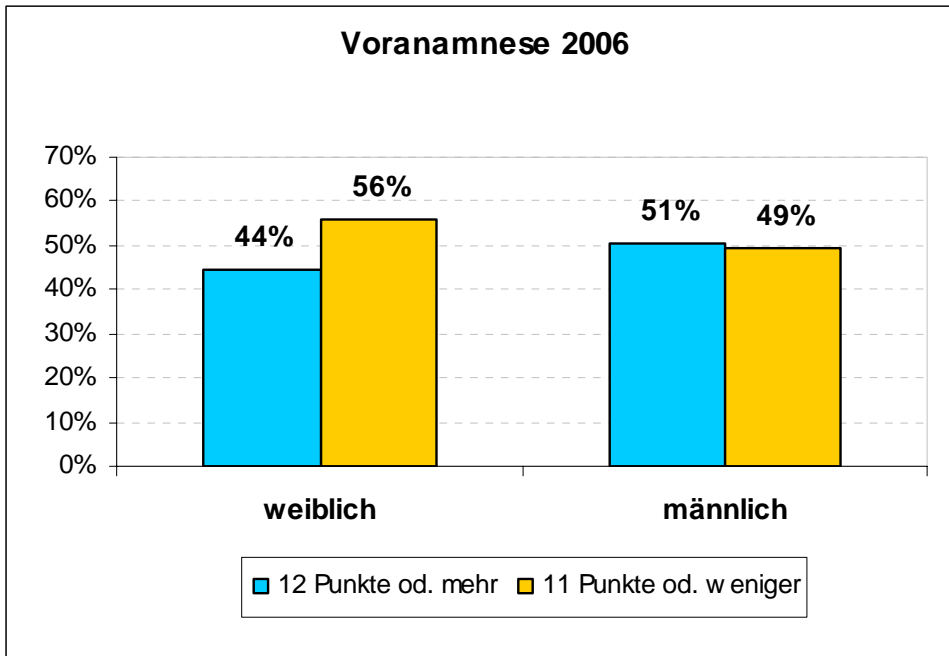


Abbildung 12: MNA-Auswertung nach Geschlecht: Ergebnisse Voranamnese

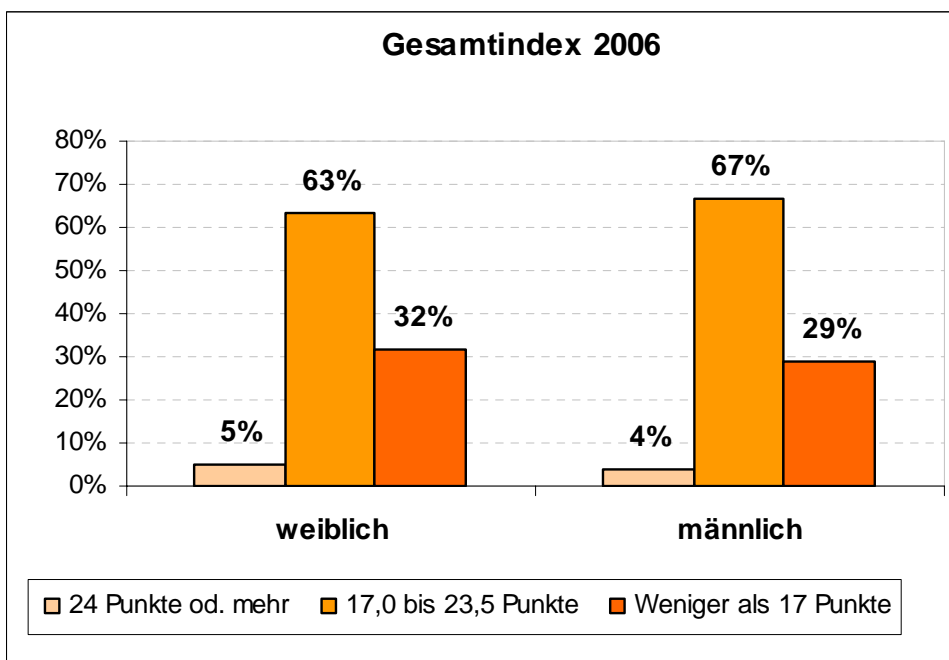


Abbildung 13: MNA-Auswertung nach Geschlecht: Ergebnisse Gesamtindex

3.1.2.6 Auswertung nach Tagestrinkmenge

Ebenso wurde die Flüssigkeitsversorgung differenzierter in den Blick genommen. Im MNA-Bogen werden beim Item „M“ folgende Graduierungen hinsichtlich der Tagestrinkmenge unterschieden:

- Weniger als 3 Gläser / Tassen
- 3 bis 5 Gläser / Tassen
- Mehr als 5 Gläser / Tassen

Die Auswertung ergab, dass nur ca. 1 % der Bewohner/-innen in der Regel weniger als 3 Gläser bzw. Tassen Flüssigkeit pro Tag zu sich nimmt. Für den überwiegenden Anteil an Bewohner(n)-innen (über 80 %) wird eine Tagestrinkmenge von mehr als 5 Gläsern bzw. Tassen realisiert (vgl. Abbildung 14).

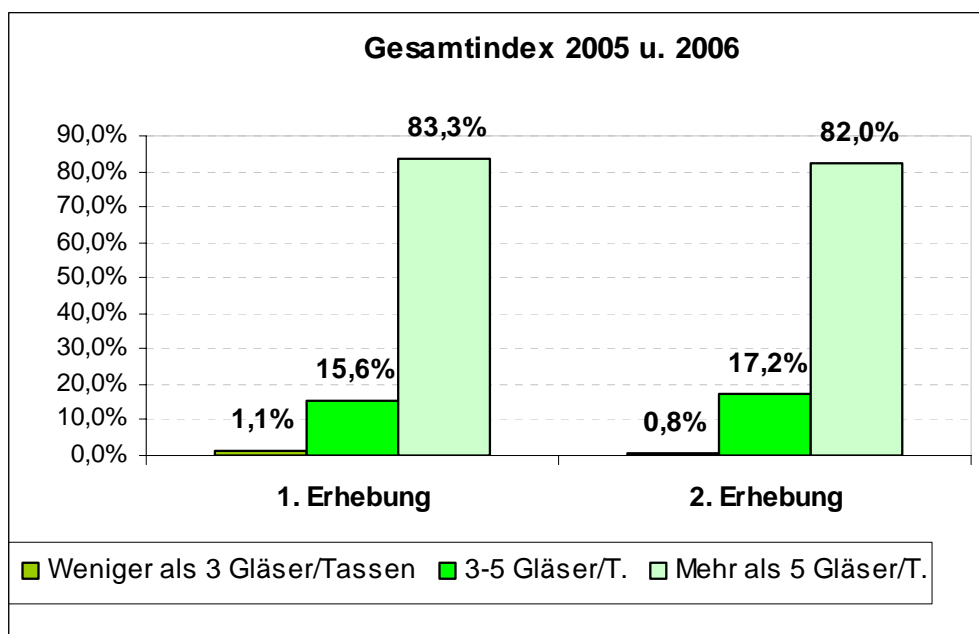


Abbildung 14: MNA-Auswertung nach Tagestrinkmenge: Ergebnisse Gesamtindex

3.1.3 Anmerkungen zur Methodik

Wie bereits in Kapitel 3.1.1. erwähnt, wurde im Benchmarkingkreis entschieden, zur Einschätzung des Ernährungsstatus das Mini Nutritional Assessment (MNA) einzusetzen, obwohl dem MNA neben einigen gravierenden Vorzügen gegenüber anderen Instrumenten auch einige Nachteile zu bescheinigen sind.

Zu berücksichtigen ist, dass die Auswahl von fachlich fundierten, deutschsprachigen Assessments für den Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung äußerst begrenzt ist und sich für den Benchmarkingkreis genau genommen auf zwei Instrumente beschränkte: das MNA und die Nutritional Risk Scale (NURAS). Die Wahl auf das MNA fiel vor allem unter dem pragmatischen Gesichtspunkt, dass das MNA „methodisch“ besser aufbereitet ist. Dies bezieht sich zum einen auf die bessere Gestaltung des Erhebungsbogens und zum anderen auf die Tatsache, dass über die den einzelnen Items hinterlegten Punktwerte und über eine „Kategorisierung“ der ermittelten Gesamtpunktezahlen eine Zuordnung dahingehend möglich ist, ob der / die Bewohner/-in einen guten Ernährungszustand, ein Risiko für Mangelernährung oder einen schlechten Ernährungszustand aufweist.

Von den Vertreter(n)-innen der Einrichtungen, vor allem von denen, die vor dem Projekt noch nicht mit dem MNA gearbeitet hatten, wurden einige Kritikpunkte am Instrument geäußert. Diese bezogen sich hauptsächlich auf folgende Aspekte (vgl. auch [Anlage 2](#)):

- Bei drei Items des MNA werden in einem Kriterium zwei bzw. mehrere Aspekte erfragt:
 - A Hat der Patient einen verminderten Appetit? Hat er während der letzten 3 Monate wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken weniger gegessen (Anorexie)?
 - D Akute Krankheit oder psychischer Stress während der letzten 3 Monate (Die Einschätzung ist nicht auf eine der beiden Aspekte beschränkt bzw. nicht in zwei Items unterteilt.)
 - E Psychische Situation (Es soll das Vorhandensein bzw. der Schweregrad einer Demenz oder Depression eingeschätzt werden. Die Einschätzung ist nicht auf eine der beiden Aspekte beschränkt bzw. nicht in zwei Items unterteilt.)
- Es wurde hinterfragt, ob die subjektive Einschätzung von Gesundheits- und Ernährungszustand durch den / die Bewohner/-in (Kriterien O und P) hilfreich zur Einschätzung des Ernährungszustands ist, zumindest / insbesondere unter dem Blickwinkel der stationären Versorgung und dem relativ hohen Anteil von Bewohner(n)-innen in dieser Versorgungsform, die diese Frage nicht mehr / nicht mehr sinnvoll beantworten können.
- Bei der Einschätzung des Ernährungszustands von Bewohner(n)-innen stationärer Einrichtungen besteht das Problem, dass beim Item „G Wohnsituation: Lebt der Patient unabhängig zu Hause?“ per se keine Punkte erreicht werden können.
- Die Anordnung der einzelnen Items erscheint etwas willkürlich. Innerhalb der gewählten Ordnung wird beispielsweise nicht zwischen „bewohnerbedingten“ und „umgebungs- bzw. anderweitig bedingten“ Faktoren unterschieden.

- Am kritischsten wurde von den Einrichtungsvertreter(n)/-innen angemerkt, dass das MNA bezüglich des Instrumentenaufbaus nicht handlungsleitend genug ist (im Sinne der Nutzungsmöglichkeit bzw. -freundlichkeit im Rahmen der Pflegeprozessplanung). Dies wurde sowohl mit der Form des Bogens als auch mit den oben erwähnten inhaltlichen Einschränkungen begründet. So wurde es beispielsweise für unerlässlich gehalten, die Kriterien Appetitverlust, Verdauungsprobleme, Schwierigkeiten beim Kauen und Schluckstörungen einzeln einschätzen zu können.

Außerdem muss kritisch angemerkt werden, dass offensichtlich keine schriftliche Anleitung zur Handhabung des MNA-Bogens existiert bzw. von der Firma Nestle nicht ohne weiteres potentiellen Nutzern zur Verfügung gestellt wird. Um eine möglichst einheitliche Anwendung des MNA in den einzelnen Projekteinrichtungen zu erreichen, wurden daher bei der Schulung der Pflegenden durch den Projektbegleiter des KDA bestimmte Absprachen zu einzelnen Items getroffen (z.B. – wie im Kapitel 3.1.2.3 bereits erwähnt – bezogen auf das Item „E“ Bewohner/-innen mit mittelschwerer und mit schwerer Demenz unter der MNA-Kategorie „schwere Demenz oder Depression“ zu subsumieren).

3.1.4 Zusammenfassung

Insgesamt gesehen gestaltete sich die Erhebung des Ernährungszustands in den einzelnen Projekteinrichtungen weitgehend problemlos. Die Ergebnisse belegen einerseits, dass die Projekteinrichtungen bereits vor der ersten Erhebung offensichtlich einen vergleichsweise hohen Qualitätsstand im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung erreicht hatten. Andererseits wurde über die Ersterhebung auch Handlungsbedarf deutlich. Die Ergebnisse der zweiten Erhebung können – bei aller Vorsicht – so gedeutet werden, dass die zwischen den beiden Erhebungen initiierten Maßnahmen bereits teilweise zur spürbaren Verbesserung des Ernährungszustands eines Teils der Bewohner/-innen geführt haben.

Bei der Vorstellung der Ergebnisse in den einzelnen Einrichtungen im Rahmen der Ergebnisschauen wurde allerdings von Seiten der Projektbegleiter auch deutlich darauf hingewiesen, dass die Auswertungen, die jeweils ganze Wohnbereiche oder sogar die Gesamteinrichtung zusammenfassen, lediglich als „Trend“ bzw. „Gesamtindikator“ für den Ernährungszustand der Bewohner/-innen angesehen werden können. Viel wesentlicher ist es, bei den Bewohner(n)/-innen mit einem ausgewiesenen Risiko und bei denen mit Mangelernährung anhand des konkreten MNA-Bogens den bewohnerindividuellen Ursachen für den nicht optimalen Ernährungszustand nachzugehen und die geeigneten Maßnahmen zu initiieren.

Dennoch erscheint beispielsweise der Vergleich der Ergebnisse der einzelnen Wohnbereiche einer Einrichtung als sinnvoll. Die Zahlen können Hinweise auf unterschiedliche Vorgehensweisen, Kenntnisstände bzw. Einstellungen von Mitarbeiter(n)/-innen oder kritische Personalkonstellationen in den verschiedenen Wohnbereichen liefern. Dies bestätigte z.B. die Pflegedienstleitung einer Projekteinrichtung, die das deutlich schlechtere Ergebnis eines Wohnbereichs vor allem mit einer damals besonderen Gesamtsituation in dem Bereich erklären konnte.

3.2 Bewohner- und Mitarbeiterbefragungen

3.2.1 Ausgangspunkt / Rahmendaten

Als ein weiteres Analyseinstrument wurden im Rahmen des Projektes Bewohner - und Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Zu Anfang des Projektes (2005) erfolgte die Ist-Messung, und am Projektende (2006) wurde eine Wiederholungsmessung durchgeführt, um die Wirkung der zwischenzeitlich eingeleiteten Maßnahmen hinsichtlich deren Erfolg zu überprüfen.

Von einer Befragung der Angehörigen wurde abgesehen. Aufgrund der Erfahrungen mit Angehörigenbefragungen in anderen Kontexten ist das Thema „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ zu speziell, als dass der Großteil der Angehörigen detailliert dazu hätte Stellung nehmen können.

Sowohl Bewohner - als auch Mitarbeiterbefragung erfolgten mittels eines standardisierten Fragebogens (vgl. [Anlage 3](#) und [Anlage 4](#)). Während die Mitarbeiter/-innen den Bogen selbst ausfüllten, wurden die Bewohner/-innen durch Interviewer/-innen befragt. Dabei wurde auf ein in der Praxis bewährtes Vorgehen zurückgegriffen. Die am Projekt beteiligten Einrichtungen befragten die Bewohner/-innen „über Kreuz“, das heißt, Mitarbeiter/-innen aus Haus A befragten die Bewohner/-innen des Hauses B und umgekehrt. Durch dieses Vorgehen sollte eine Sanktionsangst der Bewohner/-innen möglichst minimiert und erreicht werden, dass sie offen und ehrlich die Fragen beantworten. Alle Interviewer/-innen erhielten zuvor eine Schulung.

Die Befragungen fanden nicht als Vollerhebung statt. Bei den Mitarbeiter(n)/-innen wurden nur die Bereiche Pflege, Küche und Hauswirtschaft befragt. Zum Hauswirtschaftsbereich zählt unter anderem die Verteilung und Portionierung der Speisen, die Wäscheversorgung sowie der Reinigungsbereich.

Bei den Bewohner(n)/-innen konnten aufgrund des gewählten Instrumentes nur die Bewohner befragt werden, die noch kognitiv in der Lage waren, die Fragen zu verstehen und dem Interview für eine längere Zeit zu folgen. Für die Interpretation der Daten bedeutet dies, dass das Meinungsbild der Bewohner/-innen nur repräsentativ für eine Teilgruppe der Bewohner/-innen ist. Demenziell Erkrankte und Bewohner/-innen mit Sondenernährung wurden nicht in die Untersuchung einbezogen (zu den nicht befragbaren Bewohner(n)/-innen vergleiche aber Kapitel 3.3, Seite 56 ff.).

Die Entwicklung der Fragebögen fand in enger Abstimmung mit den beteiligten Einrichtungen statt. In einer Einrichtung wurde ein Pretest der Fragebögen durchgeführt. Die Fragebögen waren derart angelegt, dass Bewohner/-innen und Mitarbeiter/-innen zum Teil identische Fragestellungen vorgelegt bekamen. Ziel war es, mögliche Unterschiede in der Selbst- und Fremdwahrnehmung sichtbar zu machen.

In der folgenden Tabelle ist dargestellt, zu welchen Themenkomplexen befragt wurde und wie viele Personen in die Befragungen einbezogen waren.

| Bewohner/-innen | Mitarbeiter/-innen |
|--------------------------|---------------------------|
| Themenkomplexe | |
| Qualität der Mahlzeiten | Qualität der Mahlzeiten |
| | Ernährungsplanung |
| Unterstützungsleistungen | Unterstützungsleistungen |
| | Hinderungsgründe |
| Qualifizierung | |
| Strukturdaten | Strukturdaten |
| | |
| Stichprobengröße | |
| n = 181 (2005) | n = 224 (2005) |
| n = 212 (2006) | n = 202 (2006) |

Tabelle 4: Themenkomplexe der Befragungen und Stichprobengröße

3.2.2 Wichtige Ergebnisse der Erhebungen

3.2.3 Bewohnerbefragung

Aufgrund des gewählten Instrumentes eines standardisierten Fragebogens, der nur bei einem Teil der Bewohnerschaft angewendet werden konnte, können die folgenden Ergebnisse – wie bereits erwähnt – nicht als repräsentativ für alle Bewohner/-innen stationärer Senioreneinrichtungen angesehen werden. Dies zeigt sich auch in der sozio-demographischen Struktur der

Befragten. Lediglich 2,0% entfielen auf die Pflegestufe 3, während 8,6% in Pflegestufe 0, 59,1% in Pflegestufe 1 und 30,3% in Pflegestufe 2 eingruppiert waren.

Auf eine Aufbereitung der Ergebnisse nach den sozio-demographischen Daten (Pflegestufe, Alter, Aufenthaltsdauer und Geschlecht) wird im folgenden allerdings verzichtet, da die Auswertungen keine signifikanten Bewertungsunterschiede zeigten bzw. die Zellbesetzungen zum Teil so klein waren, dass die statistische Auswertung nicht sinnvoll ist.

Im Sinne eines Benchmarkings wurde für die Visualisierung der Ergebnisse in der Regel die folgende Darstellungsweise gewählt (vgl. Abbildung 15): Die Säulen geben das Gesamtergebnis 2006 aller beteiligten Einrichtungen wieder. Im Sinne des EFQM-Ansatzes, nach dem nicht allein die Qualität von Leistungen, sondern vielmehr auch der Verbreitungsgrad innerhalb der Organisation in die Bewertung des Gesamtergebnisses berücksichtigt wird, floss neben der bekannten 5er-Skala (Likert-Skala) auch die Angabe „weiß ich nicht“ in die Auswertung ein. Die gestaffelten Säulen sind demnach so zu lesen, dass der dunkelblaue, untere Bereich das Ergebnis inklusive der „weiß ich nicht“-Antworten darstellt. Rechnet man diesen Anteil heraus, so verbessert sich das Ergebnis um den heller dargestellten oberen Säulenbereich. Alle anderen Werte in der Abbildung wurden inklusive des „weiß ich nicht“-Anteils berechnet.

Die hinterlegte graublaue Fläche bildet die Differenzen zwischen den schlechtesten und besten Werten bezüglich der jeweiligen Items ab. So ist beispielsweise in Abbildung 15 dargestellt, dass neben dem Mittelwert für das Item „Essen wird ansprechend serviert“ von 4,5 eine Spreizung der Ergebnisse zwischen 5,0 und einem Wert unter 4 besteht. Die signalisiert nicht unerhebliche Unterschiede zwischen den beteiligten Einrichtungen. Die rote Linie zeigt im Vergleich das Gesamtergebnis für die erste Erhebung (2005).

Nun zur inhaltlichen Bewertung der Ergebnisse. Ein wichtiger Fragenkomplex betraf die Mahlzeitenqualität. Aus Sicht der Bewohner/-innen wurde die Qualität der Mahlzeiten im wesentlichen als sehr gut bis gut bewertet (vgl. Abbildung 15). Zudem wurde sichtbar, dass zu vielen Fragestellungen kaum Unterschiede zwischen den Einrichtungen bestehen.

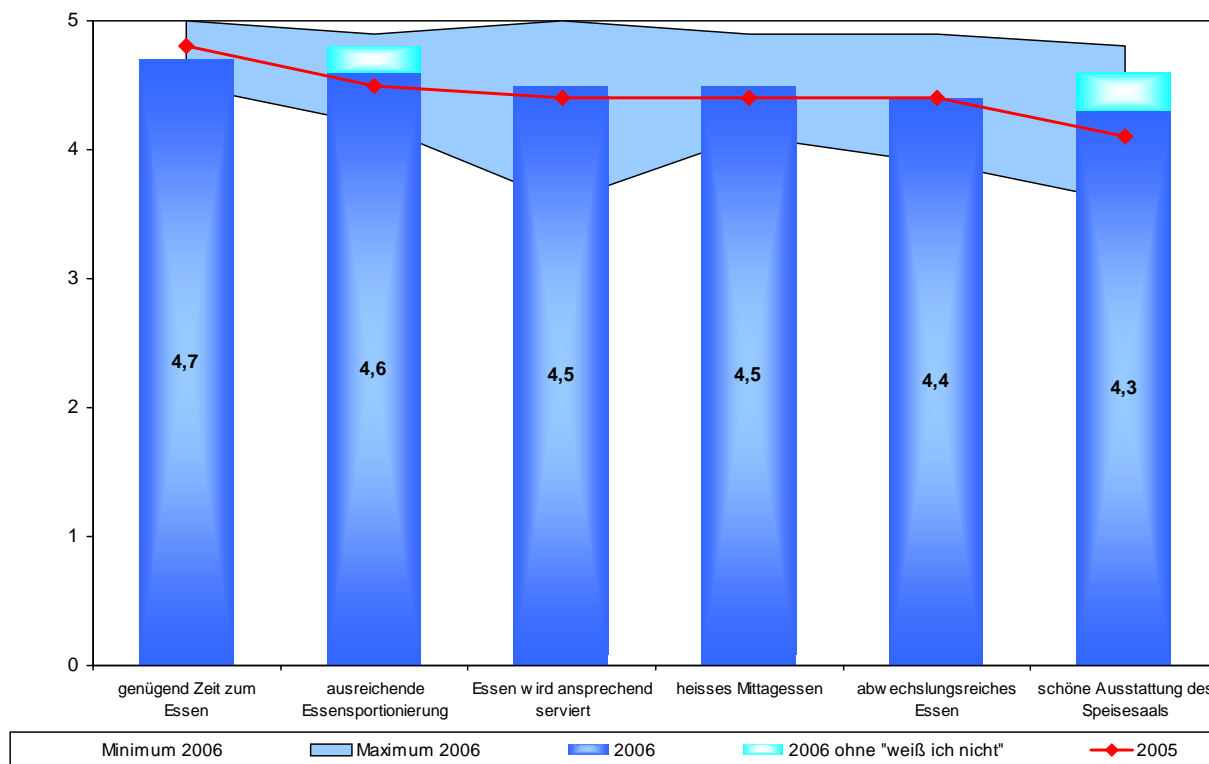


Abbildung 15: Bewohnerbefragung: Qualität der Mahlzeiten 1

Überdurchschnittliche Bewertungen in allen Einrichtungen erhielten die Aspekte „genügend Zeit zum Essen“ sowie „ausreichende, schmackhafte und ansprechend gestaltete Portionen“. Dagegen sinken die Werte in den Leistungen ab, die auf die eher individuellen Wünsche der Bewohner/-innen abzielen (vgl. Abbildung 16). Die schlechtesten Benotungen erhielten die Berücksichtigung individueller Essenswünsche sowie das Mitspracherecht der Bewohner/-innen bei der Auswahl der Mahlzeiten. Bemerkenswert ist, dass hier große Differenzen zwischen den Einrichtungen auftreten und die Kluft zwischen „Standardprogramm“ und Kundenorientierung erheblich ist.

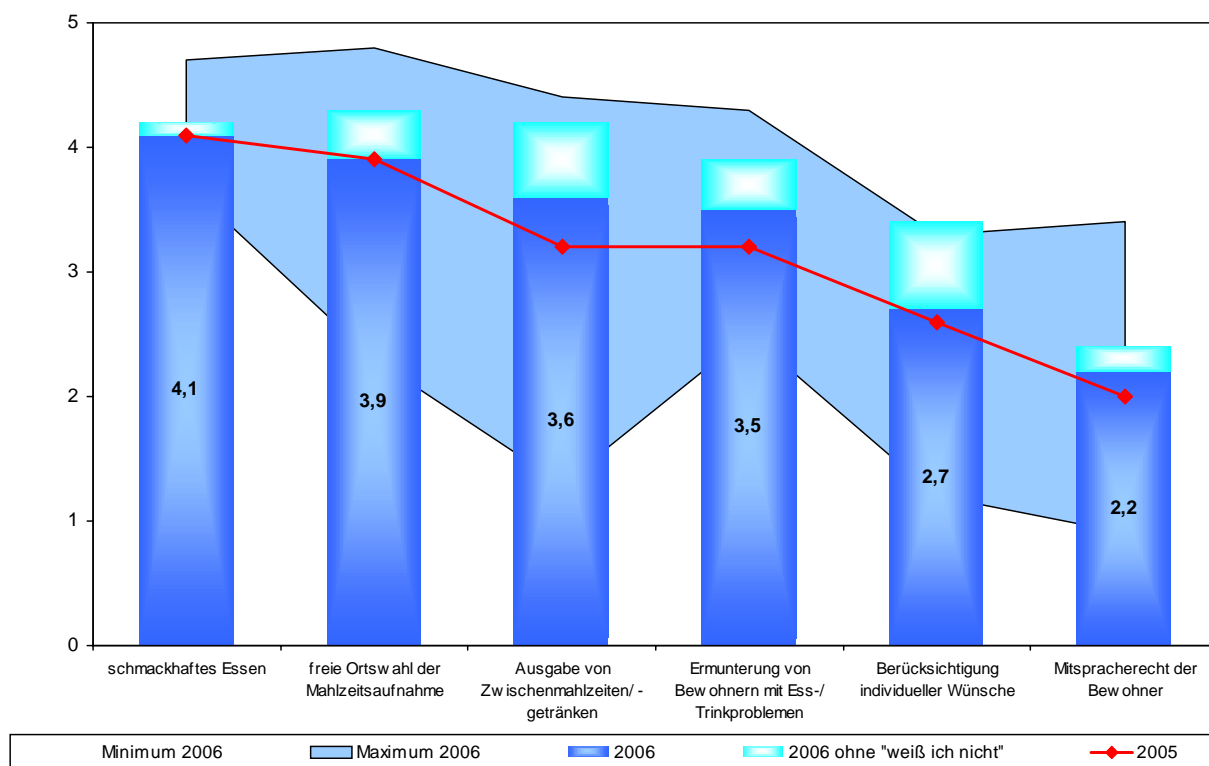


Abbildung 16: Bewohnerbefragung: Qualität der Mahlzeiten 2

Bei den Auswertungen ist außerdem aufgefallen, dass die Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen in der zweiten Befragungswelle größer geworden sind (vgl. Abbildung 17). Dies trifft vor allem auf die Themen „Ausgabe von Zwischenmahlzeiten“ und „Mitspracherecht der Bewohner/-innen bei der Essenswahl“ zu. Die gestiegenen Unterschiede lassen sich dadurch erklären, dass einige Einrichtung auf Basis der Ersterhebungsergebnisse gezielt Maßnahmen in diesen Bereichen entwickelt und umgesetzt haben. So betrug bspw. der Unterschied beim Mitspracherecht zwischen der „besten“ und „schlechtesten“ Einrichtung in der Erstbefragung nur 1,2 Skalenpunkte. Bei der Wiederholungsbefragung verdoppelte sich dieser Wert (2,5). Der Abstand zwischen den Minimal- und Maximalwerten zwischen den Einrichtungen hat sich demnach erheblich vergrößert.

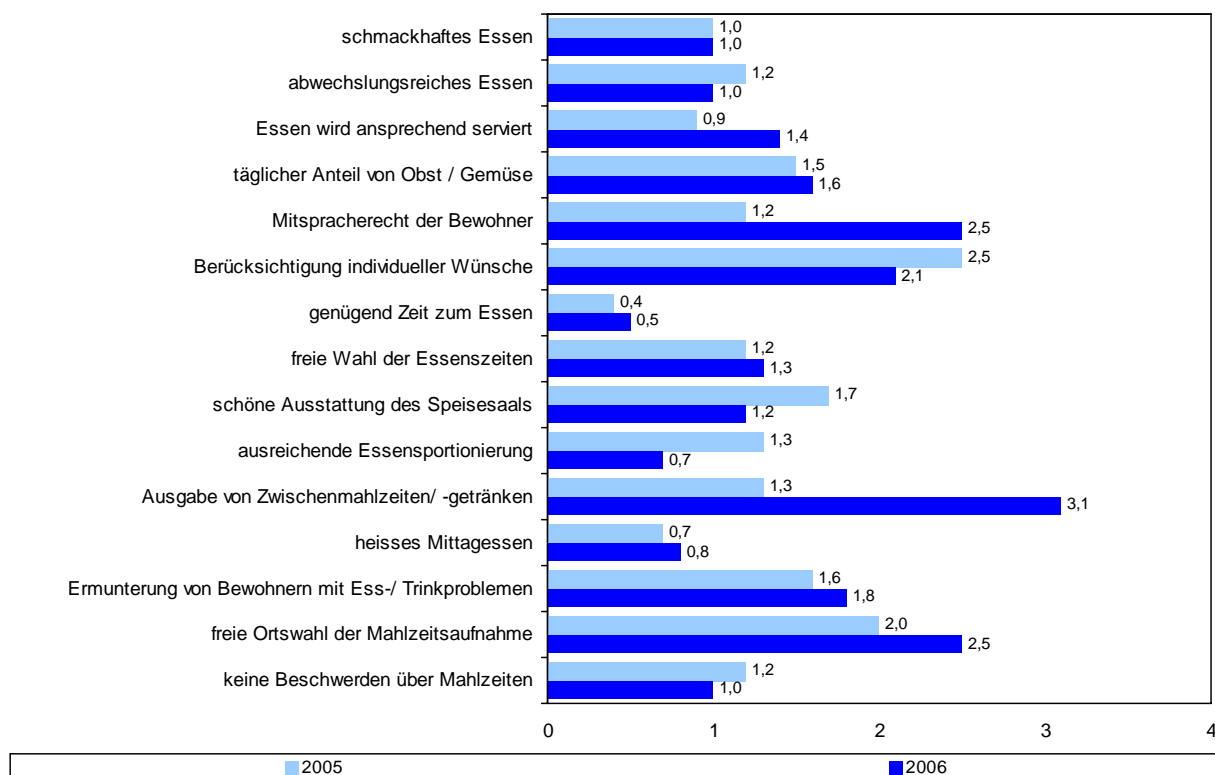


Abbildung 17: Bewohnerbefragung: Einrichtungsdifferenzen bei der Mahlzeitenqualität

Außer zur Mahlzeitenqualität wurden den Bewohner(n)-innen Fragen zum Themenkomplex „Unterstützungsleistungen“ gestellt. Auf die entsprechenden Ergebnisse wird in Kapitel 3.2.2.3 eingegangen.

3.2.3.1 Mitarbeiterbefragung

Mit knapp 70% kam die Mehrheit der Befragten aus der Pflege. 11,4% waren in der Küche beschäftigt und 8,9% in der Hauswirtschaft. Knapp 10% der Mitarbeiter/-innen machten keine Angabe, in welchem Arbeitsbereich sie tätig sind (Strukturangaben aus der Befragung 2006).

Ein Teil der Mitarbeiterbefragung bezog sich auf den Themenkomplex „Ernährungsplanung“. Die Ergebnisse sind in den Abbildungen 18 und 19 dargestellt.

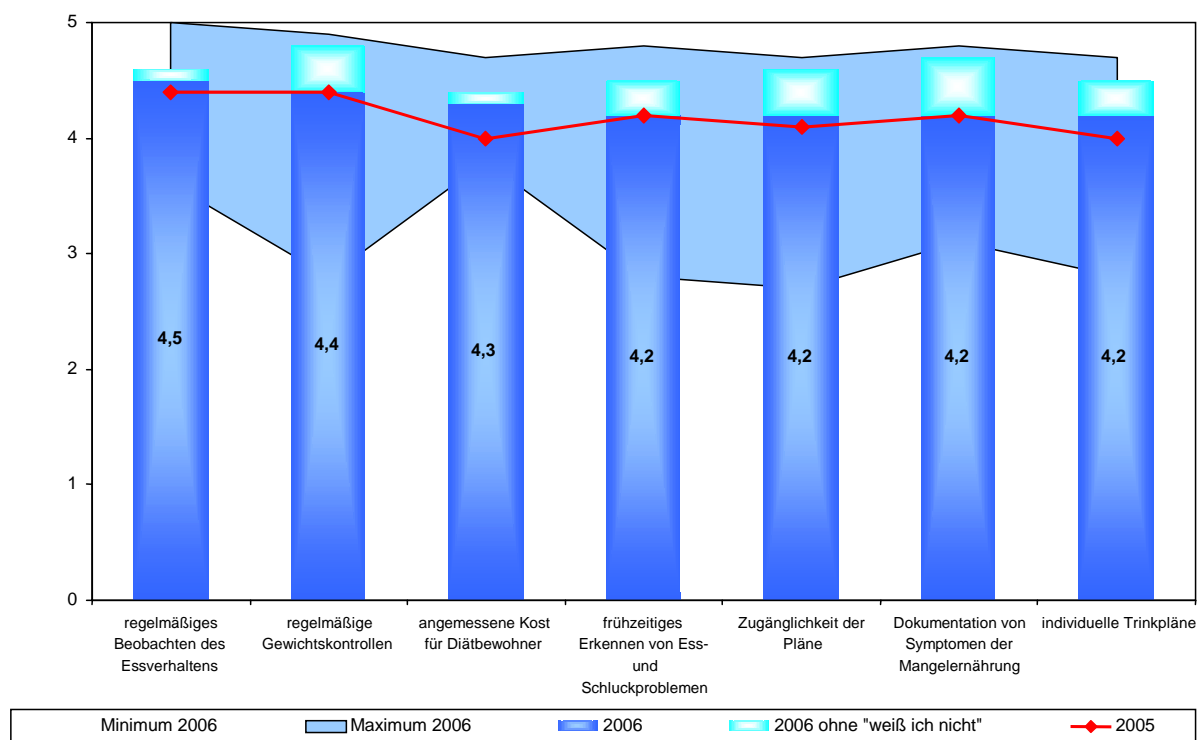


Abbildung 18: Mitarbeiterbefragung: Ernährungsplanung 1

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass aus Sicht der Mitarbeiter/-innen die Ernährungsplanung für die Bewohner/-innen überdurchschnittlich gut funktioniert. Am positivsten werden die Beobachtung des Essverhaltens und die regelmäßige Durchführung von Gewichtskontrollen beurteilt. Allerdings gab es erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen. Diese werden durch die graublau hinterlegte Fläche deutlich, die die Differenzen zwischen den schlechtesten und besten Werten bezüglich der Items abbildet. So wurden bei einem Mittelwert von 4,4 regelmäßige Gewichtskontrollen von der Mehrheit der Mitarbeiter/-innen bejaht. Die beste Einrichtung erreichte einen Wert von knapp 5, während in der am niedrigsten bewerteten Einrichtung lediglich ein Wert von 3 erreicht wurde.

Neben den guten Werten für die in Abbildung 18 ausgewiesenen Items sinken dagegen die Werte deutlich bei den Aspekten, die mit einer systematischen Ernährungsplanung und insbesondere mit der Kooperation mit Ärztinnen / Ärzten zu tun haben (vgl. Abbildung 19).

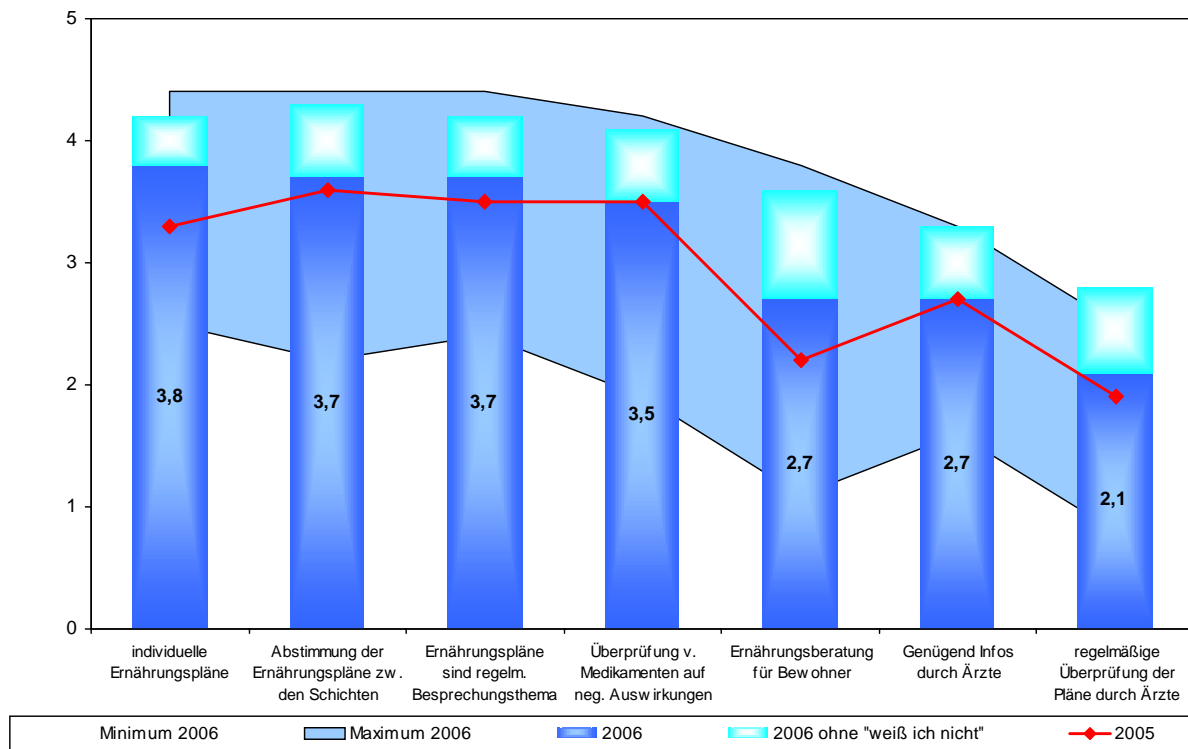


Abbildung 19: Mitarbeiterbefragung: Ernährungsplanung 2

Die Veränderungen zwischen den beiden Befragungswellen wirken auf den ersten Blick eher moderat. Größere Verbesserungen werden nur bei der individuellen Ernährungsplanung sowie bei der Ernährungsberatung sichtbar. Wählt man eine andere Darstellungsweise, wird allerdings deutlich, dass der Vergleich der Gesamtergebnisse die unterschiedlichen Entwicklungspfade der einzelnen Einrichtungen nivelliert (vgl. Abbildung 20).

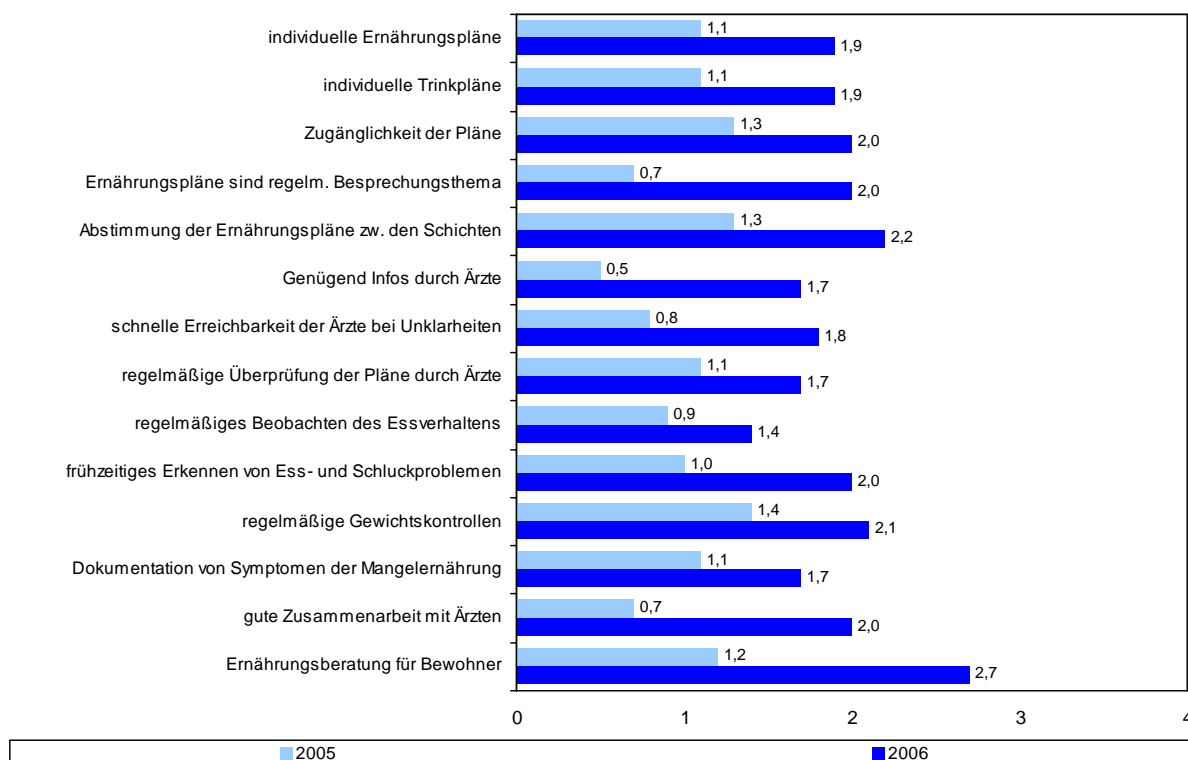


Abbildung 20: Mitarbeiterbefragung: Einrichtungsdifferenzen bei der Ernährungsplanung

Gegenübergestellt sind die größten Differenzen zwischen den Einrichtungen der beiden Befragungswellen. Es wird sehr schnell deutlich, dass in der Ersterhebung die Unterschiede zwischen der „besten“ und „schlechtesten“ Einrichtung geringer waren. Z.B. betrug der Abstand bei der Ernährungsberatung in 2005 nur 1,2 (Differenz der Mittelwerte). In der Wiederholungsbefragung vergrößerte sich dieser Abstand um mehr als das Doppelte (2,7). Hier wird sichtbar, dass Benchmarking nicht zu einer „Gleichmacherei“ der beteiligten Einrichtungen führt. Vielmehr sind die Ergebnisse ein klares Indiz dafür, dass Einrichtungen, die gezielt strategische Verbesserungen planen und umsetzen, deutliche Qualitätssprünge vollziehen und den Abstand zu eher passiven Einrichtungen vergrößern.

Ein weiteres interessantes Ergebnis der Mitarbeiterbefragung ist die unterschiedliche Einschätzung der Funktionsbereiche bezüglich der verschiedenen Dimensionen der Mahlzeitenqualität sowie der Einschätzung von Hinderungsgründen in Ernährungsfragen. So wird die Qualität der Mahlzeiten von Seiten der Küchenmitarbeiter/-innen sehr positiv bewertet, währenddessen sich die Beschäftigten in der Pflege deutlich kritischer dazu äußern (vgl. Abbildung 21). Beispielsweise bewertet die Küche die Schmackhaftigkeit des Essens mit einem Wert von 4,2, während aus der Pflege die Benotung lediglich 3,1 beträgt. Die Mitarbeiter/-innen in der Hauswirtschaft nehmen fast durchgängig eine Mittelposition ein.

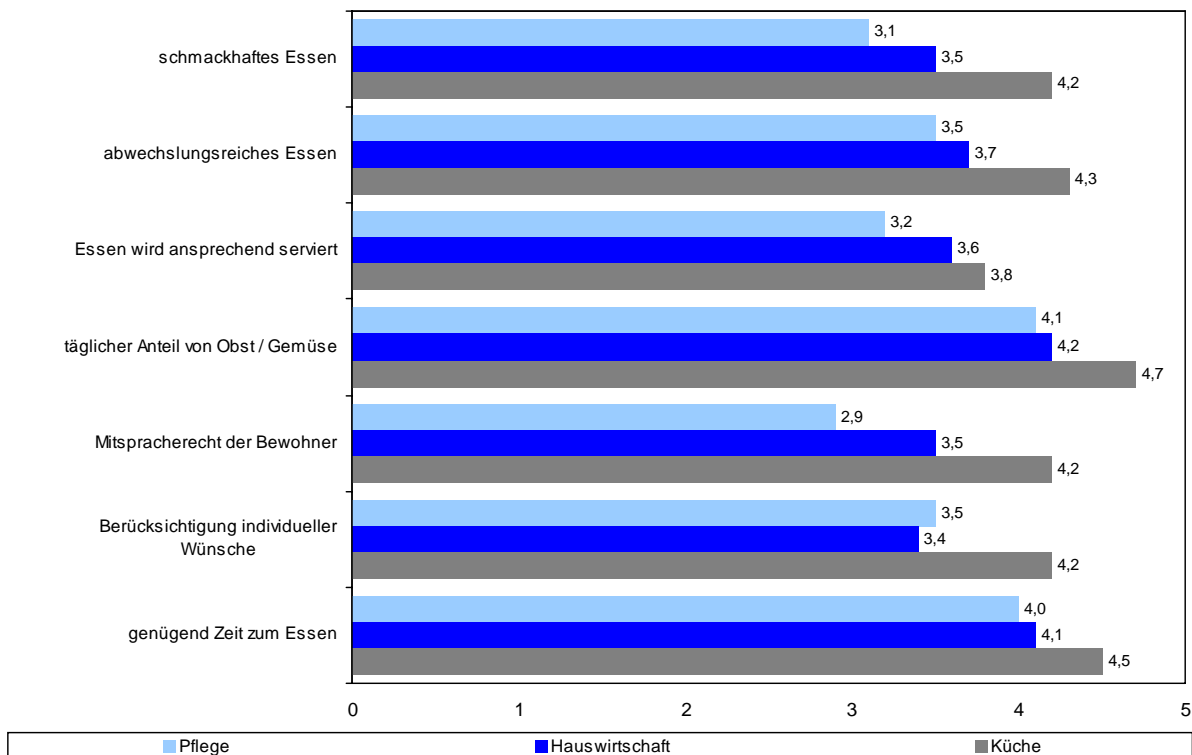


Abbildung 21: Mitarbeiterbefragung: Mahlzeitenqualität nach Arbeitsbereichen

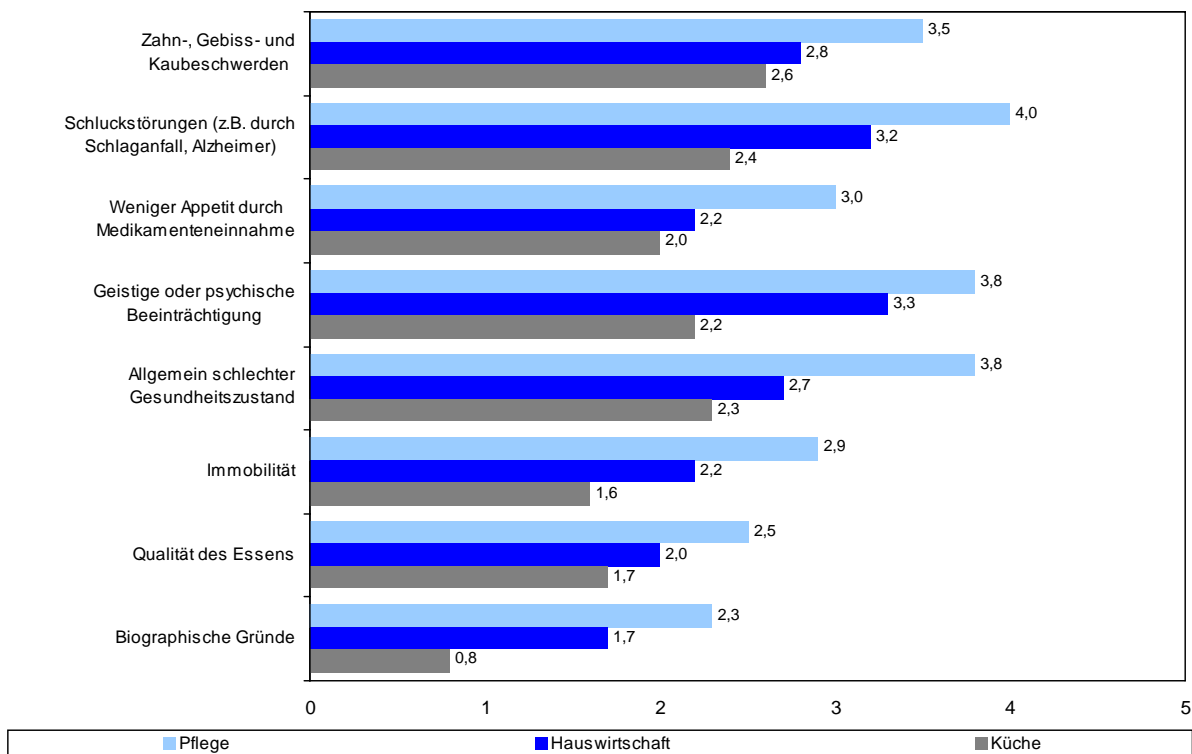


Abbildung 22: Mitarbeiterbefragung: Hinderungsgründe nach Arbeitsbereichen

Fast spiegelverkehrt zeigt sich dagegen die Einschätzung aus Mitarbeiterperspektive zu den Gründen, welche die Ernährung der Bewohner/-innen beeinträchtigen (vgl. Abbildung 22). Während von den Pflegemitarbeiter(n)-innen deutlich mehr Problemlagen identifiziert werden, werden diese von den Küchenmitarbeiter(n)-innen nicht bemerkt bzw. als nicht vorhanden eingestuft. Dies ist vor allem auch dadurch zu erklären, dass die Pflegenden aufgrund ihres Aufgabenprofils für die Feststellung von Hinderungsgründen und die Planung entsprechender Maßnahmen hauptverantwortlich sind. Allerdings weisen die Ergebnisse auch darauf hin, dass u.U. Kommunikationsdefizite und mangelnde Prozessabstimmungen zwischen den Arbeitsbereichen bestehen. Die Beschäftigten der Küche und der Hauswirtschaft wissen offensichtlich wenig über die konkreten Bedarfe der Bewohner/-innen. Auch diese Befunde wurden im Rahmen der Ergebnisschauen in den einzelnen Einrichtungen diskutiert.

Wie bereits erwähnt, gilt der Grad der Diffusion von Informationen bei den Beschäftigten als ein Qualitätsindikator. Ein Teilziel des Projektes war es, die Wissensbasis zu verbreitern. Wie aus Abbildung 23 zu entnehmen ist, gelang dies bei dem Großteil der beteiligten Einrichtungen. Während in der Ersterhebung „weiß nicht“-Anteil im Durchschnitt über alle Einrichtungen bei 7,7% lag, reduzierte er sich im Folgejahr geringfügig auf 7,3%. Betrachtet man allerdings die Ergebnisse der einzelnen Einrichtungen, wird sichtbar, dass das Informationsniveau in fast allen Einrichtungen deutlich gestiegen ist. Jedoch sank es in einer Einrichtung derart stark ab, dass sich dies negativ auf den Durchschnittswert auswirkte.

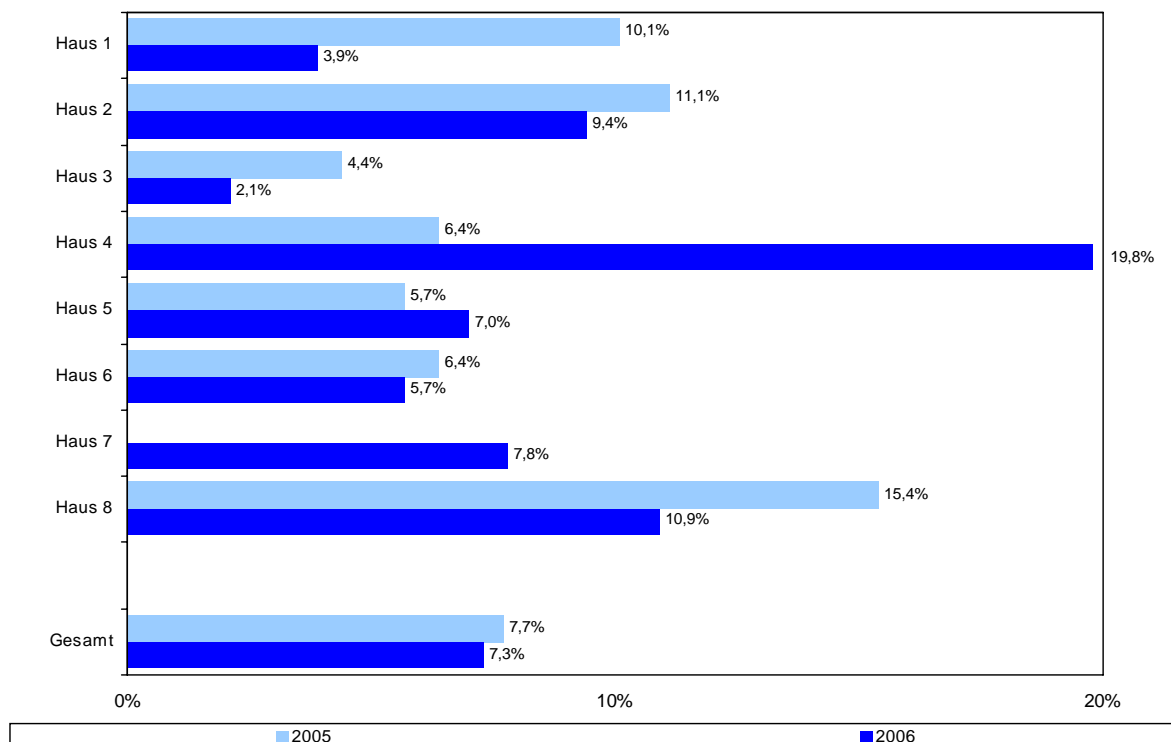


Abbildung 23: Mitarbeiterbefragung: Informationslückenindex der einzelnen Einrichtungen

Zu erwähnen ist noch, dass bezogen auf Einrichtung 7 der Wert für 2005 fehlt, da die Einrichtung bei der ersten Erhebungswelle keine Mitarbeiterbefragung durchführen konnte.

In dem Fragebogen wurden auch einige Aussagen zur subjektiven Einschätzung der Qualifikation bzgl. Ernährungsfragen formuliert. Hier wurden zwiespältige Ergebnisse sichtbar (vgl. Abbildung 24). Während die fachliche Ausbildung und die Weiterbildungsangebote in Ernährungsfragen mit großer Mehrheit positiv bewertet wurden, wird dennoch ein hoher Fortbildungsbedarf auf diesem Gebiet gesehen. Nur 21,4% der Beschäftigten äußerten keinen weiteren Bedarf. Dagegen signalisierten ca. ein Drittel erheblichen Fort- oder Weiterbildungsbedarf zu diesem Thema. Allerdings fühlten sich nur 13,8% fachlich stark überfordert. Während Ausbildung und Angebote in der zweiten Welle leicht positiver bewertet wurden, erhöhte sich dennoch die fachliche Überforderung, wenn auch nur marginal.

Insgesamt gab es zwischen den beiden Befragungen nur geringe Veränderungen. Die größten Unterschiede traten bei der Existenz einer Ernährungsfachkraft auf. Dies ist jedoch fast ausschließlich auf die Ergebnisse einer Einrichtung zurück zu führen, die während der Projektlaufzeit eine Ernährungsfachberaterin eingestellt haben.

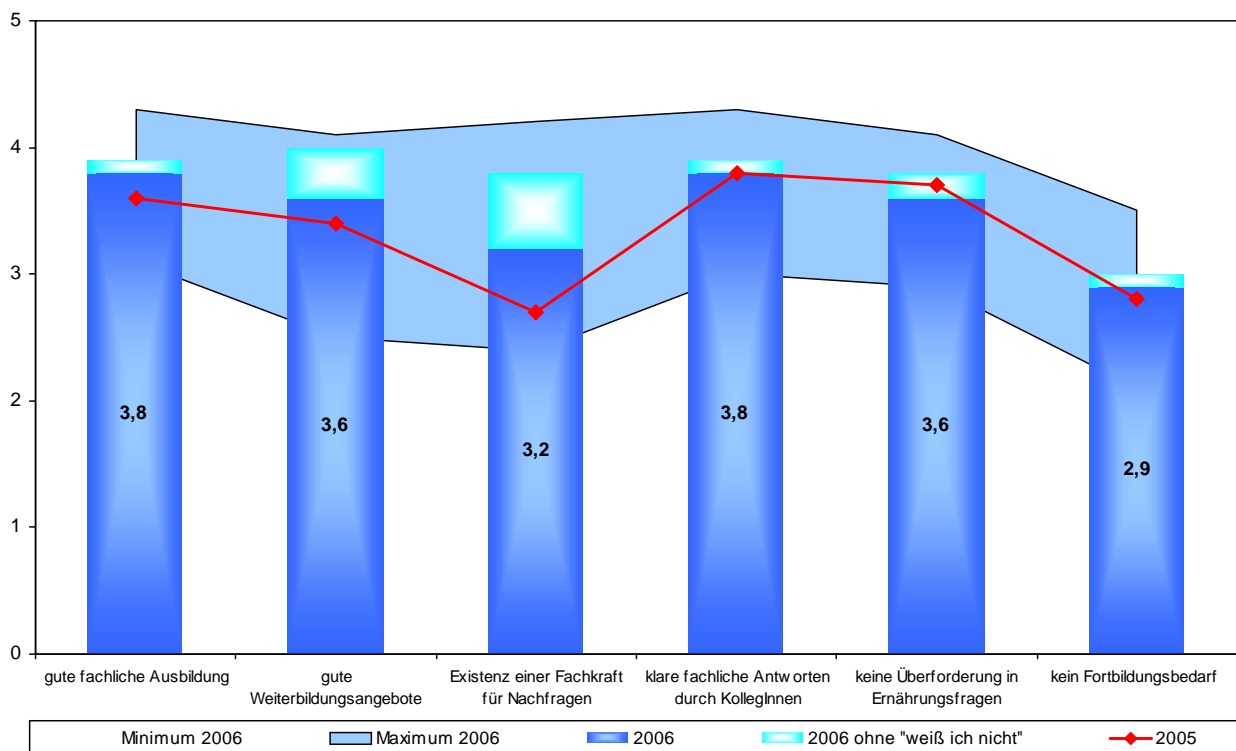


Abbildung 24: Mitarbeiterbefragung: Qualifikation

3.2.3.2 Vergleich zwischen Bewohner- und Mitarbeiterbefragung

Da die Fragen zur Mahlzeitenqualität sowohl den Bewohner(n)-innen als auch den Mitarbeiter(n)-innen gestellt worden waren, ist eine Gegenüberstellung des Antwortverhaltens möglich (vgl. Abbildung 25). Es fällt auf, dass Standards wie schmackhaftes und abwechslungsreiches Essen, genügend Zeit zum Essen sowie eine ansprechende Ausstattung des Speisesaales von den Bewohner(n)-innen positiver bewertet wurden als von den Mitarbeiter(n)-innen. Dagegen fehlt ihnen die Berücksichtigung persönlicher Komponenten. So werden Mitspracherecht, Berücksichtigung individueller Wünsche, Ausgabe von Zwischenmahlzeiten, Ermunterung bei Ess- bzw. Trinkproblemen, aber auch die freie Ortswahl beim Essen deutlich negativer bewertet, als dies von den Mitarbeiter(n)-innen eingeschätzt wird. Diese Einschätzungsunterschiede wurden in beiden Erhebungswellen sichtbar.

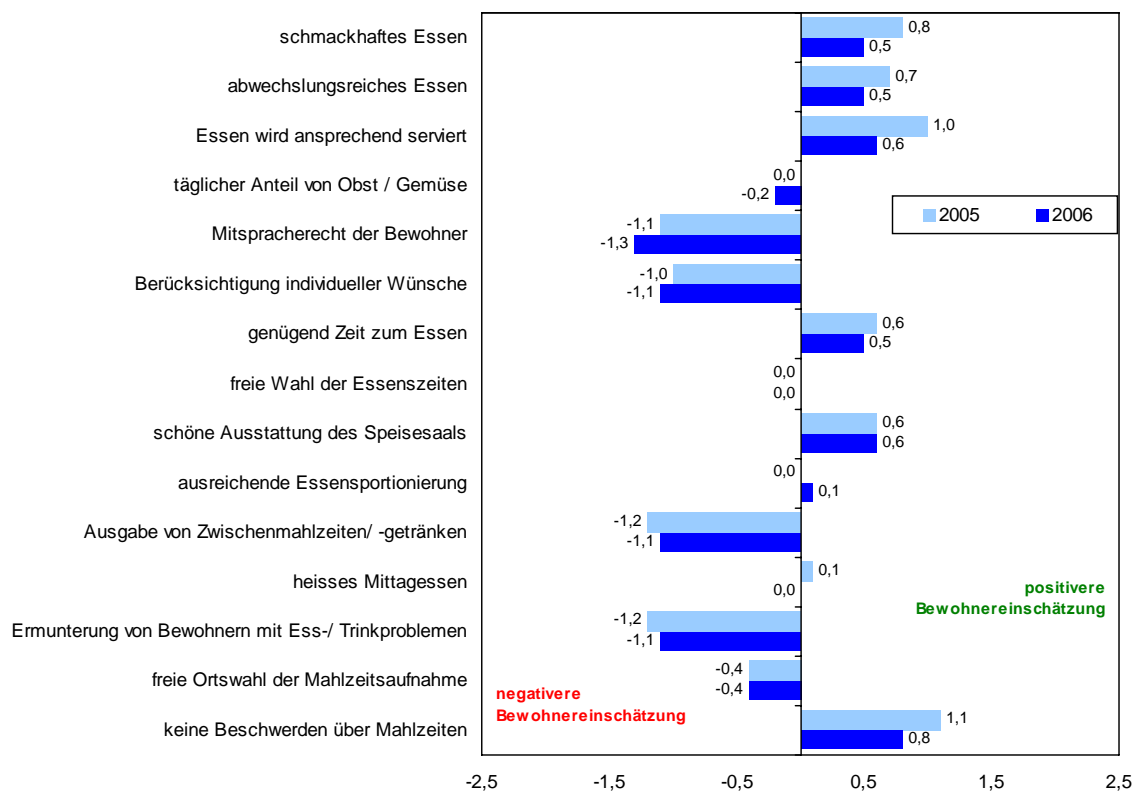


Abbildung 25: Differenzen zwischen Bewohner- und Mitarbeiterbefragung bei Mahlzeitenqualität

Nicht so signifikant sind die Wahrnehmungsunterschiede zwischen Bewohner(n)-innen und Mitarbeiter(n)-innen hinsichtlich der angebotenen Unterstützungsleistungen (vgl. Abbildung 26). Mehrheitlich werden diese von den Bewohner(n)-innen positiv bewertet. Allerdings wurden sie in der Ersterhebung 2005 fast durchgängig negativer wahrgenommen im Vergleich zu den Mitarbeiter(n)-innen. In der Wiederholungsbefragung näherten sich die Werte bei den meisten

Items an. Hervorzuheben ist hier das Ess- und Schlucktraining, welches in 2005 noch von den Bewohner(n)-innen negativer, aber in 2006 deutlich positiver bewertet worden ist als von den Mitarbeiter(n)-innen. Zu berücksichtigen bei diesem Ergebnis ist allerdings, dass die befragten Bewohner/-innen offensichtlich nicht den eigenen Bedarf an Hilfestellung, sondern Leistungen bei anderen Bewohner(n)-innen einschätzen. Wie bereits in Kapitel 3.2.2.1 erwähnt, konnten überwiegend nur Bewohner/-innen mit geringerem Hilfebedarf befragt werden.

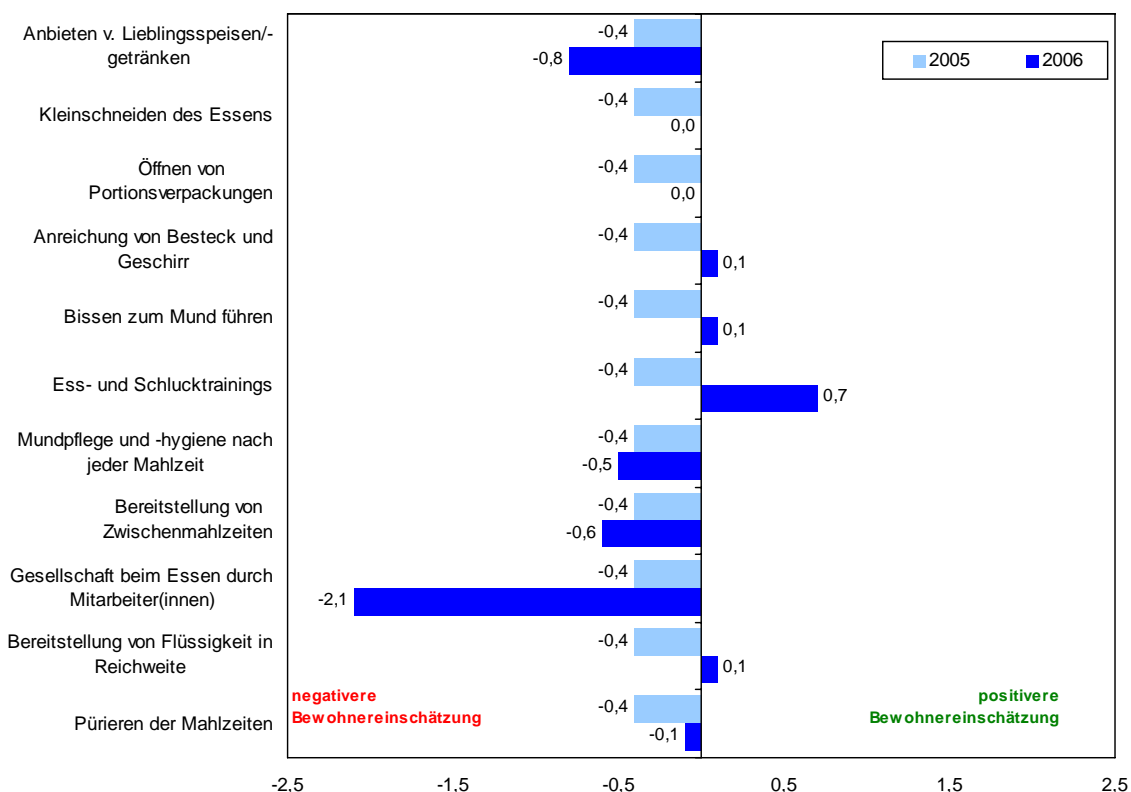


Abbildung 26: Differenzen zwischen Bewohner- und Mitarbeiterbefragung bei Unterstützungsleistungen

Ein großer Ausreißer nach unten wird beim Item „Gesellschaft der Mitarbeiter/-innen beim Essen“ sichtbar. Hier sind die Wahrnehmungsunterschiede signifikant stark angestiegen. Mit einem Bewertungsunterschied von 2,1 auf einer 5-er Skala beklagen sich die Bewohner/-innen außergewöhnlich stark über mangelnde Zuwendung während der Mahlzeiten. Zu erwähnen ist allerdings auch hier, dass das Antwortverhalten offenbar mit dem befragten Klientel erklärbar ist. Befragt wurden nämlich überwiegend Bewohner/-innen, die noch im zentralen Speisesaal das Essen einnehmen. In den zentralen Speisesälen ist zwar während den Mahlzeiten Personal anwesend, vor allem aus der Hauswirtschaft, eine so intensive Betreuung wie in den Wohnbereichsspeiseräumen findet aber nicht statt, ist allerdings in den meisten Fällen auch nicht notwendig.

3.2.4 Anmerkungen zur Methodik und Zusammenfassung

Wie oben bereits angesprochen, lassen die Ergebnisse der Bewohnerbefragung keine Rückschlüsse auf die Gesamtheit der Bewohner/-innen in stationären Senioreneinrichtungen zu, da sich der Fragebogen an den Einschätzungsmöglichkeiten geistig reger Bewohner/-innen orientierte. Für die Mitarbeiter/-innen lassen sich allerdings durchaus generalisierbare Aussagen treffen.

Es hat sich gezeigt, dass in der Schulung zur Bewohnerbefragung nicht nur inhaltliche Aspekte vermittelt, sondern auch ein einheitliches Vorgehen im Umgang mit besonderen Befragungssituationen vereinbart werden sollten, um eine einheitliche Anwendung des Befragungsbogens zu gewährleisten und verwertbare Aussagen zu erhalten. Bewährt hat sich die Methode der „gegenseitigen Bewohnerbefragung“. „Erwünschte Antworten“, wie sie häufig bei Befragungen durch Mitarbeiter/-innen der eigenen Einrichtung erzeugt werden, konnten so vermieden werden.

Aus methodischer Sicht muss zudem noch angemerkt werden, dass in der Ersterhebung der Begriff „Zwischenmahlzeit“ den Bewohner(n)/-innen offensichtlich nicht so bekannt war und sich entsprechend in einer negativeren Einschätzung widerspiegelte. Im Projektverlauf wurde dieser Begriff dann von den Mitarbeiter(n)/-innen stärker kommuniziert. Das verbesserte Ergebnis in der Folgerhebung sollte daher unter Vorbehalt betrachtet werden. Weiterhin ist es vorgekommen, dass die Bewohner/-innen die Unterstützungsleistungen nicht immer auf die eigene Person bezogen eingeschätzt haben, sondern vielmehr für die Gesamtheit der Bewohner/-innen in der jeweiligen stationären Einrichtung.

Unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen lassen sich die Befragungsergebnisse wie folgt zusammenfassen:

- Für die Mehrzahl der Einrichtungen haben sich die Ergebnisse der Bewohner- und Mitarbeiterbefragungen in der Wiederholungsbefragung verbessert.
- Die Unterschiede zwischen den Einrichtungen sind größer geworden. Dies verdeutlicht, dass der gewählte Benchmarkingansatz nicht zu einer einrichtungsübergreifenden Nivellierung (Angleichung der Ergebnisse) führt. Vielmehr bietet er Chancen, welche vom Engagement der spezifischen Einrichtung abhängig sind. Die in der Erstbefragung deutlich gewordenen Verbesserungspotenziale wurden in den Einrichtungen unterschiedlich genutzt und in entsprechende Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt.

- Bei den Mitarbeiter(n)/-innen bestehen große Einschätzungs- und Bewertungsunterschiede zwischen den Arbeitsbereichen. Während das Küchenpersonal die Qualität der Mahlzeiten deutlich positiver bewertet als die Beschäftigten in der Pflege, erfahren Erstere wenig über die Hinderungsgründe der Bewohner/-innen bei der Mahlzeitenaufnahme. Hier bedarf es einer engeren Verzahnung und Optimierung der Kommunikationsprozesse zwischen den Arbeitsbereichen. Erwähnt werden muss jedoch, dass sich die Ergebnisse der Arbeitsbereiche in der Wiederholungsbefragung angenähert haben.
- Bei den Mitarbeiter(n)/-innen löste das Projekt positive Effekte auf den Wissensstand zum Thema „Ernährung“ aus. In der Wiederholungsbefragung verbesserten sich die Ergebnisse fast durchgängig. Ob dies auf eine verbesserte Kommunikation und gezieltere Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zurück zu führen ist oder allein die Beschäftigung mit diesem Thema zu einer Sensibilisierung der Beschäftigten geführt hat, lässt sich nicht abschließend bewerten.
- Im Gegensatz zu den Unterschieden bei den Beschäftigten (speziell: Arbeitsbereiche), traten bei den Bewohner(n)/-innen keine signifikanten Unterschiede nach strukturellen Merkmalen auf. Bezüglich des Alters, der Pflegestufe, der Aufenthaltsdauer und des Geschlechtes wurde ein eher einheitliches Antwortverhalten sichtbar. Dies lässt aufgrund der zum Teil geringen Zellbesetzungen aber keine verallgemeinerbaren Rückschlüsse zu.
- Es bestehen deutliche Wahrnehmungsunterschiede zur Mahlzeitenqualität zwischen Bewohner(n)/-innen und Mitarbeiter(n)/-innen. Bei den Unterstützungsleistungen wird insbesondere die mangelnde Gesellschaft des Personals bei den Mahlzeiten deutlich negativer eingestuft, als dies von den Mitarbeiter/-innen gesehen wird. Dies liegt aber darin begründet, dass die befragten Bewohner/-innen überwiegend die Situation in den zentralen Speisesälen bewertet haben.

3.3 Beobachtung von Mahlzeitsituationen und Bewohner(n)/-innen

3.3.1 Ausgangspunkt / Rahmendaten

Ein großer Teil der Bewohnerschaft in den Projekteinrichtungen konnte zu Ihrer Zufriedenheit mit der Versorgungssituation bezüglich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung nicht befragt werden, vor allem wegen des Vorhandenseins von Demenzerkrankungen. Mit Hilfe der Methode „Beobachtung“ wurde der Versuch unternommen, das Wohlbefinden der betroffenen Bewohner/-innen bzw. die Qualität der Mahlzeitsituationen insgesamt einzuschätzen.

Die Beobachtungen wurden nicht durch Mitarbeiter/-innen der „eigenen“ Einrichtung, sondern durch Vertreter/-innen jeweils einer anderen Projekteinrichtung durchgeführt („gegenseitige Beobachtung“). Dies hat sich grundsätzlich auch bewährt, da die Beobachter/-innen als „Externe“ relativ unvoreingenommen die Situation analysieren können / konnten. Auf Grenzen der „gegenseitigen Beobachtung“ wird in Kapitel 3.3.3, Seite 62 eingegangen.

Genau genommen wurden bei der Beobachtung zwei verschiedene Ansätze verfolgt bzw. Methoden angewandt. Dies waren

- die Beobachtung von Bewohnergruppen (Gesamtsituation der Mahlzeiteinnahme einer Bewohnergruppe)
- die Beobachtung einzelner Bewohner/-innen.

Bei der Beobachtung von Mahlzeitsituationen hielten sich die Beobachter/-innen jeweils in einem Speiseraum in einem bestimmten Wohnbereich auf und sollten einschätzen, wie sich die Organisation der Mahlzeitengestaltung und das Verhalten der Mitarbeiter/-innen auf die Zufriedenheit der Bewohner/-innen auswirkt. Für die Einschätzung wurde kein aufwendig gestalteter Beobachtungsbogen eingesetzt, sondern die Beobachter sollten beurteilen und dokumentieren, was ihnen positiv und was ihnen negativ bezüglich der Mahlzeitsituation aufgefallen war (Einschätzungsbogen: vgl. [Anlage 5](#)).

In den meisten Fällen fand die Beobachtung im Zusammenhang mit dem Mittagessen statt (24 Beobachtungen). Die Beobachter/-innen waren auch die Interviewer/-innen der Bewohnerbefragung; sie mussten die Befragung am Mittag unterbrechen und konnten diese Zeit für die Beobachtungen nutzen. Teilweise wurde auch zum Frühstück beobachtet (11 Beobachtungen).

Die Einschätzung des Wohlbefindens einzelner Bewohner/-innen erfolgte mittels eines Ausschnitts aus einer standardisierten Skala zur Einschätzung von Wohlbefinden und Unwohlsein bei Demenzkranken.

Basis war die Wohlbefindensskala der Bradford Demetia Group¹. Sie wurde auf die Items reduziert, die für die Beobachtung einer Mahlzeitsituation relevant erschienen. Es sollten folgende 5 Items für Wohlbefinden und 5 Items für Unwohlsein mit jeweils 3 Graduierungen eingeschätzt werden (eingesetzter Fragebogen, inkl. Erläuterungen: vgl. [Anlage 6](#)).

| WOHLBEFINDEN: 0 = Fehlendes Anzeichen 1 = Gelegentliches Anzeichen 2 = Eindeutiges Anzeichen | | | |
|--|---|---|---|
| INDIKATOR | 0 | 1 | 2 |
| 1. Kommuniziert Wünsche, Bedürfnisse und Vorlieben | | | |
| 2. Nimmt Kontakte zu anderen auf | | | |
| 3. Zeigt Freude und Vergnügen | | | |
| 4. Nutzt verbliebene Fähigkeiten | | | |
| 5. Entspannte Körperhaltung oder Körpersprache | | | |
| Summen der Profilpunkte | 0 | | |
| Profil-Punktzahl Wohlbefinden gesamt | | | |
| UNWOHLSEIN: 0 = Fehlendes Anzeichen 1 = Gelegentliches Anzeichen 2 = Eindeutiges Anzeichen | | | |
| INDIKATOR | 0 | 1 | 2 |
| 1. Anhaltende Wut | | | |
| 2. Anhaltende Aggressionen (verbal und/oder körperlich) | | | |
| 3. Ängste | | | |
| 4. Erregung und Unruhe | | | |
| 4. Rückzug oder Teilnahmslosigkeit | | | |
| 5. Körperliche Anspannung | | | |
| Summen der Profilpunkte | 0 | | |
| Profil-Punktzahl Unwohlsein gesamt | | | |

Tabelle 5: Einschätzung von Bewohnerwohlbefinden und -unwohlsein bei Mahlzeiten (Items)

¹ Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): „Wie geht es Ihnen?“. Konzepte und Materialien zur Einschätzung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz. Demenz-Service Heft 3. Köln 2005

Die Skala der Bradford Dementia Group wurde als Ausgangsbasis gewählt, da mit ihr wesentliche Merkmale von Wohlbefinden erfasst werden können, ohne dass die Skala zu umfangreich bzw. zu differenziert ist. Dies brachte - im Vergleich zu solchen aufwendigen Verfahren wie Dementia Care Mapping (DCM) – einen überschaubaren und leistbaren Schulungs- und Erhebungsaufwand mit sich.

Die Einzelbeobachtung fand häufig parallel zur Beobachtung von Mahlzeitsituationen statt (durch eine andere Person als die, die die Gesamtsituation beobachtete) und sollte sich auf demenzkranke Bewohner/-innen konzentrieren. Die Auswahl der zu beobachtenden Bewohner/-innen wurde zuvor mit den Mitarbeiter(n)-innen des betreffenden Wohnbereichs vorgenommen, allerdings ohne feste Auswahlkriterien. Ziel war nicht eine Beobachtung nach (rein) wissenschaftlichen Kriterien, sondern das Austesten, ob die Methode der Beobachtung einzelner Bewohner/-innen grundsätzlich verwertbare Daten für die Analyse der Ist-Situation bezogen auf Ernährung und Flüssigkeitsversorgung liefert. Die Testergebnisse hinsichtlich der Methode werden in Kapitel 3.3.3, Seite 62 ff. diskutiert.

Ohne die Ergebnisse an dieser Stelle vorwegnehmen zu wollen, sei bereits hier angemerkt, dass die Beobachtung der Gesamtmahlzeitsituationen zweimal durchgeführt wurde (Oktober 2006 und September 2006), die Beobachtung einzelner Bewohner/-innen aber regelhaft nur zum ersten Erhebungszeitpunkt (die Projekteinrichtungen konnten sich aber für eine freiwillige zweite Erhebung entscheiden, was aber nur in 3 Einrichtungen bei insgesamt 8 Bewohner(n)-innen genutzt wurde).

Vor der Erstanwendung der beiden Instrumente wurden die potentiellen Beobachter/-innen entsprechend geschult.

3.3.2 Wichtige Ergebnisse der Erhebungen

3.3.2.1 Beobachtung von Mahlzeitsituationen

Die Ergebnisse der Beobachtung von Gesamtmahlzeitsituationen fielen wegen der verschiedenen räumlichen, personellen und konzeptionellen Rahmenbedingungen in den einzelnen Projekteinrichtungen im Detail einerseits unterschiedlich aus. Andererseits wurden einige bereits positiv umgesetzte Aspekte und bestimmte Hinweise auf Verbesserungspotentiale deutlich häufiger beobachtet als andere Aspekte.

Die häufigsten Nennungen sind in der folgenden Tabelle aufgeführt (die Nennungen beziehen sich auf einzelne Beobachtungssequenzen / Wohnbereiche):

| Beobachtungen | Nennungen |
|--|-----------|
| Positive Aspekte | |
| Ruhige Atmosphäre, keine Hektik / Eile | 7 |
| Am Bewohnerbedarf ausgerichtete Beobachtung, Ansprache, Anregung, Unterstützung, Hilfestellung (bei Beachtung vorhandener Ressourcen) | 7 |
| „Überschaubarkeit“ der Bewohnergruppe (kleine Gruppengröße) | 5 |
| Freundliches, umsichtiges, entspanntes Personal | 5 |
| Ausreichendes Angebot an Getränken / Achten auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr | 4 |
| Negative Aspekte | |
| Struktur (Räume, Essen selbst, Abläufe etc.) | |
| Zu enge räumliche Verhältnisse („viel Verkehr“, zu große Bewohnergruppe, ungünstiger Raum bzw. ungünstige Tischanordnung, z.B. „wie auf dem Flur“) | 4 |
| Kenntnisse, Einstellungen der Mitarbeiter/-innen | |
| Lautes Gespräch „durch den Raum“ (ein/e Mitarbeiter/-in oder mehrere) | 5 |
| Struktur, Organisation und / oder Mitarbeiterkenntnisse /-einstellungen | |
| Essenanreichen im Stehen | 6 |
| Essenanreichen für zwei / mehrere Bewohner/-innen „gleichzeitig“ | 3 |

Tabelle 6: Beobachtung von Mahlzeitsituationen: häufigste Nennungen

In der Gesamtaufstellung aller Beobachtungsergebnisse, die die Projekteinrichtungen im Rahmen der Ergebnisschauen erhielten, wurde – wie auch in der oben aufgeführten Tabelle – versucht, die negativ aufgefallenen Aspekte dahingehend zu „kategorisieren“, ob sie eher strukturell bedingt sind oder aus nicht optimalen Kenntnissen bzw. Einstellungen der Mitarbeiter/-innen resultieren. Die Ergebnisse der Beobachtungen selbst, aber ebenso die möglichen Ansatzpunkte für Verbesserungen wurden im Rahmen der Ergebnisschauen in den einzelnen Einrichtungen thematisiert. Diskutiert wurde dabei auch, dass bestimmte „strukturbedingte“ suboptimale Gegebenheiten relativ schnell und ohne erheblichen finanziellen Aufwand verbessert werden können / konnten. Beispielsweise wurden in einer Einrichtung Hocker angeschafft, damit sich die Pflegenden beim Anreichen der Mahlzeiten setzen und damit eine bessere Atmosphäre für den / die Bewohner/-in beim Anreichen schaffen können. Ungünstige bzw. beengte räumliche Gegebenheiten können dahingegen in der Regel nicht sofort, nur mit größerem Aufwand oder sehr bedingt bzw. gar nicht verbessert werden.

Auch die aus unzureichenden Mitarbeiterkenntnissen bzw. -einstellungen resultierenden Verbesserungspotentiale wurden nach den Ergebnisschauen einrichtungsintern thematisiert (z.B. in Dienstbesprechungen und gezielten Fortbildungen zum Thema „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“). In der Regel sind aber Veränderungsprozesse, die das Verhalten der Mitarbeiter/-innen ansprechen, dauerhafte Prozesse.

Dies und die oben angesprochene Tatsache, dass nicht unmittelbar alle strukturellen Probleme

beobachtet werden können, zeigen die Ergebnisse der zweiten Erhebung. Einerseits sind deutlich weniger negative Aspekte beobachtet worden. Andererseits konnten nicht alle, auch nicht alle „mitarbeiterbedingten“ negativen Aspekte vollkommen eliminiert werden.

Als Ergebnis der Auseinandersetzung mit den Mahlzeitenbeobachtungen und der Frage, ob zukünftige Beobachtungen durch vorher festgelegte Kriterien methodisch unterstützt werden können, stellten die Projektbegleiter im Nachhinein eine Kriterienliste für die Beobachtung zusammen (vgl. [Anlage 7](#)). In diese Liste wurden alle Aspekte aufgenommen, die in den Projekteinrichtungen beobachtet wurden. Dabei wurden negativ aufgefallene Dinge „in Positivkriterien umgewandelt“. Aufgrund des begrenzten Erfahrungshintergrundes ist die Auflistung sicherlich nicht vollständig. Wahrscheinlich kann sie dennoch eine Hilfe für die Durchführung zukünftiger, ähnlich angelegter Beobachtungen sein.

3.3.2.2 Beobachtung einzelner Bewohner/-innen

Die Bewohnerbeobachtungen wurden ausgewertet, indem mit Hilfe der den Graduierungen zugeordneten Punktwerte jeweils ein Gesamtwert für „Wohlbefinden“ und für „Unwohlsein“ errechnet wurde. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist folgender Ansatz zu Grunde zu legen:

- Wohlbefinden: maximal 10 Punkte, 10 = „positivster“ Wert
- Unwohlsein: maximal 10 Punkte, 10 = „negativster“ Wert

In der folgenden Tabelle sind die für die erste Erhebung errechneten Gesamtwerte für die beobachteten Bewohner/-innen dargestellt:

| Einrichtung 1 | Bew. 1 | Bew. 2 | Bew. 3 | Bew. 4 | Bew. 5 | Bew. 6 | Bew. 7 |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Wohlbefinden | 4 | 8 | 5 | 6 | 8 | 6 | 6 |
| Unwohlsein | 0 | 0 | 5 | 4 | 0 | 1 | k. A. |
| Einrichtung 2 | Bew. 1 | Bew. 2 | | | | | |
| Wohlbefinden | 3 | 3 | | | | | |
| Unwohlsein | 7 | 5 | | | | | |
| Einrichtung 3 | Bew. 1 | Bew. 2 | Bew. 3 | Bew. 4 | Bew. 5 | Bew. 6 | Bew. 7 |
| Wohlbefinden | 5 | 10 | 10 | 3 | 3 | 5 | 2 |
| Unwohlsein | 2 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 2 |
| Einrichtung 4 | Bew. 1 | Bew. 2 | Bew. 3 | Bew. 4 | Bew. 5 | Bew. 6 | |
| Wohlbefinden | 4 | 8 | 8 | 5 | 4 | 1 | |
| Unwohlsein | 4 | 2 | 2 | 2 | 5 | 4 | |
| Einrichtung 5 | Bew. 1 | Bew. 2 | | | | | |
| Wohlbefinden | 3 | 8 | | | | | |
| Unwohlsein | 4 | 2 | | | | | |
| Einrichtung 6 | Bew. 1 | Bew. 2 | Bew. 3 | | | | |
| Wohlbefinden | 5 | 5 | 7 | | | | |
| Unwohlsein | 3 | 1 | 6 | | | | |
| Einrichtung 7 | Bew. 1 | Bew. 2 | Bew. 3 | Bew. 4 | | | |
| Wohlbefinden | 2 | 1 | 1 | 5 | | | |
| Unwohlsein | 3 | 2 | 4 | 2 | | | |

Tabelle 7: Bewohnerbeobachtung: Ergebnisse (erreichte Punktwerte)

Die Auswertung zeigt ein sehr gemischtes Bild. Während sich einige Bewohner/-innen offensichtlich sehr wohl fühlen (z.B. Bewohner/-innen 2 und 5 aus Einrichtung 1, Bewohner/-innen 2 und 3 aus Einrichtung 3), finden sich bei anderen Bewohner(n)-innen gleichermaßen Anzeichen von Wohlbefinden und Unwohlsein (z.B. Bewohner/-in 3 aus Einrichtung 1, Bewohner/-in 1 aus Einrichtung 4). Nur vereinzelt überwiegt das Unwohlsein (z.B. Bewohner/-in 1 aus Einrichtung 2).

Ein direkter Zusammenhang zwischen Qualität der Gesamtmahlzeitsituation und Grad des Wohlbefindens der einzelnen Bewohner/-innen konnte allerdings nur sehr bedingt hergestellt werden. Dies war unter anderem auch im eingeschränkten Untersuchungsdesign begründet (vgl. dazu auch Kapitel 3.3.3, Seite 62 ff.). Dennoch kann dem Eindruck nach davon ausgegangen werden, dass sich eine räumlich überschaubare und emotional angenehme / entspannte Gesamtatmosphäre grundsätzlich positiv auf die einzelnen demenzkranken Bewohner/-innen auswirkt.

Anzumerken ist noch, dass zwei Beobachtungen nicht verwertet werden konnten, da nicht eine einzelne Person, sondern eine Gruppe von Demenzkranken eingeschätzt wurde. Die Skala soll aber ausschließlich für die Beobachtung von Einzelpersonen eingesetzt werden und eignet sich nicht für die Einschätzung von Personengruppen.

3.3.3 Anmerkungen zur Methodik und Zusammenfassung

Die Beobachtung von Mahlzeitsituationen hat deutliche Hinweise auf in den Projekteinrichtungen vorhandene gute Praxis, aber auch auf notwendige Verbesserungen gebracht. Die angemessene Gestaltung der Mahlzeitsituationen ist nach Meinung der Einrichtungen und der Projektbegleiter ein wesentliches Element zur Sicherstellung einer insgesamt hohen Qualität im Bereich „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“.

Gute Erfahrungen wurden insbesondere mit der „gegenseitigen Beobachtung“ gemacht (Vertreter/-innen der Einrichtung X beobachten in Einrichtung Y und umgekehrt), zumindest bezogen auf die Beobachtung von Gesamtsituationen der Mahlzeiteinnahme. Aufgrund des „Außenblicks“ der Beobachter/-innen als Externe war eine kritische Bewertung der Situation in einer „anderen“ Einrichtung möglich, ohne dass ein umfassender Kriterien-/ Beobachtungskatalog zu Grunde gelegt wurde.

Bei der Festlegung der Beobachtungsmethodik im Benchmarkingkreis wurde allerdings auch darüber diskutiert, ob die Beobachtung von Mahlzeitsituationen anhand festgelegter Kriterien einfacher zu bewerkstelligen wäre bzw. mehr Ergebnisse liefern könnte als die Beobachtung ohne differenzierte Kriterien. Es wurde argumentiert, der / die Beobachtende habe u.U. nur einen eingeschränkten Erfahrungshorizont bzw. einen spezifischen, erfahrungsbedingten Blick auf die Situationen, der bestimmte Erkenntnisse ggf. ausblende bzw. nicht möglich mache. Als Nachteil der Beobachtung anhand eines festen Kriterienkatalogs wurde allerdings angesehen, dass der Katalog weitgehend vollständig alle möglichen Aspekte enthalten müsse, um eine umfassende Situationseinschätzung zu gewährleisten. Dies schien wenig realistisch, und die Handhabbarkeit eines solchen ausführlichen Kriterienkatalogs im Rahmen der Beobachtung wurde als eher kritisch angesehen.

Um die Nachteile der Beobachtung ohne differenzierte Kriterien auszugleichen, wurden die potentiellen Beobachter/-innen im Rahmen einer Gruppenschulung auf die Beobachtungssituation inhaltlich vorbereitet. Zum einen wurden in einem Brainstorming mögliche positive und negative Aspekte im Zusammenhang mit Mahlzeitsituationen, die aus der Praxis bekannt sind, gesammelt und diskutiert. Zum anderen wurde auf einen Artikel zurückgegriffen, der die Ergebnis-

se von Beobachtungen mit dem Verfahren DCM beschreibt². In dem Artikel sind vor allem auch Beispiele für positive und negative Beobachtungen dargestellt.

Wie bereits in Kapitel 3.3.2.1 beschrieben, wurden im Benchmarkingprojekt vielfältige Ergebnisse zur Beobachtung von Mahlzeitsituationen zusammengetragen. Diese Ergebnisse wurden aufbereitet, und die zusammengestellten Kriterien könnten für zukünftige Erhebungen genutzt bzw. in weiteren Beobachtungsinstrumenten ergänzend aufbereitet werden (vgl. [Anlage 7](#)).

Hinsichtlich der Beobachtung einzelner Bewohner/-innen bereitete die Anwendung des eingesetzten und in Kapitel 3.1.1, Seite 25 beschriebenen Instruments keine nennenswerten Schwierigkeiten. Kritisch zu bewerten ist allerdings die Methode der „Fremdbeobachtung“. Es fiel auf, dass den externen Beobachter(n)/-innen Kontextwissen zum/zur zu beobachtenden Bewohner/-in fehlt. Das Kontextwissen wäre aber von Vorteil bzw. notwendig, um möglichst einen (sicheren) Zusammenhang zwischen dem Grad des Wohlbefindens oder Unwohlseins und die das Wohlbefinden beeinflussenden Faktoren herstellen zu können.

Fehlt dieses Wissen, wird in der Regel nicht deutlich bzw. nicht deutlich genug, ob beispielsweise Unwohlsein maßgeblich durch die aktuell in der Person der Bewohnerin / des Bewohners selbst begründeten Faktoren bedingt ist (z.B. durch eine nicht gute „Tagesform“) und/oder durch nicht optimale „Außenfaktoren“.

Um einen möglichst sicheren Zusammenhang zwischen Bewohnerbeobachtung und Beobachtung von Gesamtmahlzeitsituationen herstellen zu können, ist offensichtlich ein aufwendiges und umfassendes Untersuchungsdesign notwendig (war im Projekt nicht vorgesehen) und die Beobachtung durch interne Mitarbeiter/-innen sinnvoll, die über das notwendige Kontextwissen zum/zur Bewohner/-in verfügen.

Im Vorfeld der Beobachtungen wurde im Benchmarkingkreis auch diskutiert, ob die geplanten direkten Rückmeldungen der Beobachtenden an die Leitungsverantwortlichen der beobachteten Einrichtung und die Mitarbeiter/-innen der konkreten Wohnbereiche von einem „neutralen Außenstehenden“ begleitet werden sollten (z.B. von den Projektbearbeitern von KCR und KDA). Dies wurde aber als nicht notwendig angesehen. Nach den Schilderungen der Einrichtungsvertreter/-innen im Benchmarkingkreis fand – im nachhinein betrachtet – die Rückmeldung zu den Beobachtungsbefunden jeweils in einer emotional angenehmen Atmosphäre statt, obwohl die Befunde auch kritische Aspekte beinhalteten.

² Radzey, Beate: Zwischen Lust und Frust. DCM-Beobachtungen zum Essen im Altenpflegeheim. Pro Alter 3/2005. 12-17

3.4 Analyse mittels der PDCA-Systematik

3.4.1 Warum ausgerechnet PDCA?

Bei der Suche nach besten Ideen und Lösungen im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung bei den beteiligten Einrichtungen war es nahe liegend, auf erprobte und in der Branche bekannte Methoden der Erhebung zurückzugreifen. Insbesondere die Erfassung eher „weicher“ Prozessabläufe sollte hier die nötige Bandbreite erfahren, um auch scheinbar kleine und zunächst als unbedeutend eingeschätzte Praxisbeispiele abbilden zu können. So wurde auf die in der Branche weit verbreitete Methode der PDCA-Analyse zurückgegriffen, eine Standard-„Arbeitsmethode“ in vielen umfassenden Qualitätsmanagementsystemen wie auch innerhalb des EFQM-Ansatzes. Nicht zuletzt wird diese Methode auch ausdrücklich durch den MDS empfohlen und durchzieht den aktuellen Prüfkatalog wie ein roter Faden. Vorteile der Methode sind eine klare, überschaubare Schrittfolge und ein „Zyklus“, der für das gesamte Prozessgeschehen steht. (vgl. Abbildung 27)

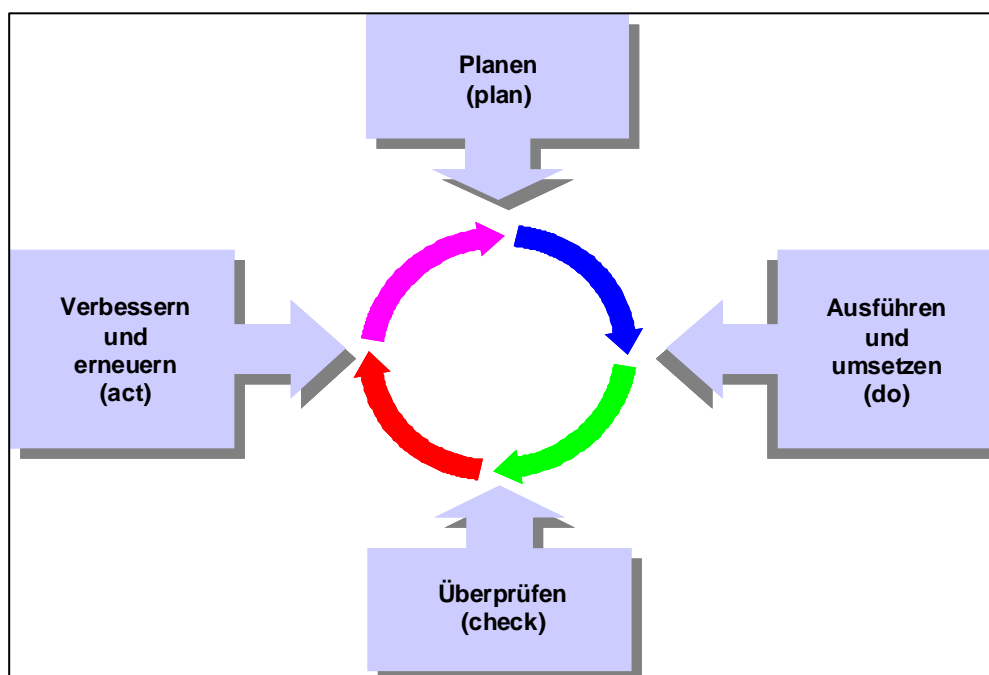


Abbildung 27: PDCA-Regelkreis

Zum Hintergrund der Methode ist folgendes zu sagen: Zur Sicherstellung eines planvollen und systematischen Vorgehens hat Edward Deming bereits in den 50er Jahren den so genannten PDCA-Zyklus oder auch Deming-Kreis entwickelt. Dieser Zyklus wird auch als Regelkreis beschrieben. Ausgehend von Ergebnissen und ihrer Bewertung wird Handeln geplant (P = plan),

anschließend systematisch und nachvollziehbar umgesetzt (D = do), um dann überprüft (C = check) und ggf. verbessert zu werden (A = act).

Der Regelkreis wird ebenso beim Planungs- und Überprüfungsprozess der Pflege angewandt. Mit dem Blick auf ständige Qualitätsverbesserung werden aufgedeckte Fehler nun als Chance genutzt. Die Pflege befindet sich in einem dauernden Verbesserungsprozess. Dieser Prozess wird zum Beispiel in der „Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung in der Einrichtung stationär“ des MDS als immerwährender Zyklus beschrieben und trifft genau den Kern der Dinge. Wenn dieser Zyklus beherzigt wird, wird geplant, ein Ziel benannt und angesteuert, es können Fehler im Ist-Zustand leichter erkannt und Verbesserungsmaßnahmen strukturiert vorbereitet und kontrolliert umgesetzt werden. So wird idealerweise ein optimales, sich ständig hochschaukelndes Qualitätsniveau erreicht (vgl. Abbildung 28).

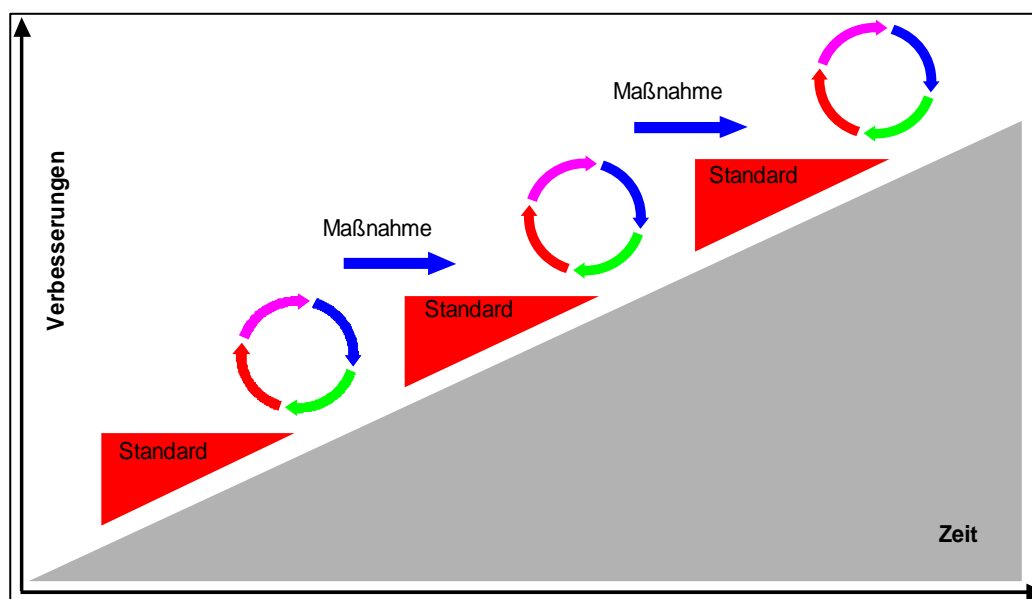


Abbildung 28: Zusammenhang zwischen PDCA-Regelkreis und Qualitätsniveau

3.4.2 Vorgehensweise im Projekt

Zur Erfassung guter Lösungen und übertragbarer Musterbeispiele wurde der PDCA-Zyklus adaptiert. Das Vorgehen verlief in sechs Arbeitsschritten, die hier kurz erläutert werden sollen.

3.4.2.1 Erstellung eines PDCA-‘Musterbogens’ mit Leitfragen

Zur Vorlage und zum Einstieg der Bearbeitung relevanter Prozessabläufe wurde der PDCA-Zyklus in ein Erfassungsraster übertragen. Die Leitfragen sind dabei stets bezogen auf das ‚Was‘ und ‚Wie‘ des Vorgehens:

- (P) Wie werden Prozesse geplant und begründet?
- (D) Wie werden die geplanten Prozesse strukturiert umgesetzt?
- (C) Wie erfolgt die Überprüfung und Messung der Abläufe?
- (A) Welche Verbesserungen erfolgen aus den Überprüfungen?

Das Muster wurde in einem frühen Benchmarkingkreis ausführlich besprochen und exemplarisch bearbeitet (vgl. [Anlage 8](#)). Einen Ausschnitt zeigt Abbildung 29.

| Prozessbeschreibungen zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung – Gute Praxis | | Muster |
|---|--|--|
| Umsetzen | | |
| Gute Praxis | Konzepte, Methoden, Instrumente | Verbesserungspotenziale |
| <ul style="list-style-type: none"> • Kontinuierliche und regelmäßige Versorgung mit Nahrung/Flüssigkeit • Schnittstellenbesprechung tgl. in der Frühbesprechung • Getränkeangebote auf den Fluren • Angebot von Süßigkeiten + Fingerfood auf den WB • „Buntes“ Geschirr für die Kleingruppen • ruhige Speisenverteilung in den Speiseräumen | <ul style="list-style-type: none"> • Zusätzliche Angebote im Nachtcafe • Kochgruppen für homogene Gruppen • Frühstücksrunden in Kleingruppen (Standard aus dem Freizeitbereich) • Therapeutisches Mitessen der MA auf den WB • Formulare zur Speiseanforderungen (mit hochkalorischer Kost) • Zusammenarbeit mit externer Ernährungsberatung | <ul style="list-style-type: none"> • Einarbeitung Küchenmitarbeiter (Wohnbereich) im Spätdienst • Öffnung der Küche an Wochenenden und Feiertagen (am Abend) |

Abbildung 29: PDCA-Musterbogen

3.4.2.2 Gute Praxis – Konzepte/ Methoden/ Instrumente – Verbesserungen

Parallel dazu haben die beteiligten Einrichtungen eine Auswahl ihrer Vorgehensweisen, Standards und Prozessbeschreibungen zum Thema Ernährung und Flüssigkeitsversorgung zur Verfügung gestellt, um eine „Kompetenzlandschaft“ zusammenzustellen und untereinander sichtbar zu machen (vgl. [Anlage 9](#)). Ziel war es, Experten für Schwerpunkte zu identifizieren, die als Ansprechpartner/-innen für einen gezielten Erfahrungsaustausch in Frage kommen und damit die Qualitätsverbesserung vereinfachen und effizienter gestalten lassen. Die Sichtung diente gleichzeitig als Grundlage für die Bearbeitung der PDCA-Muster-Beispiele in der Einrichtung.

3.4.2.3 Eigene Erarbeitung und Bearbeitung in kleinen Mitarbeitergruppen

Die Vorlage diente den Einrichtungen dazu, eine zunächst eigenständige Sichtung von Stärken und Verbesserungsbereichen vorzunehmen. Das bearbeitete Formular wurde den Beratern vor den Einrichtungsbesuchen im Rahmen der Ergebnisschauen zur Verfügung gestellt, um eine möglichst gute Vorbereitung zu gewährleisten. Als hilfreich erwies sich hier, dass die Einrichtungen auf eine Beispiel-Datei zugreifen konnten, die im Verlauf der methodischen Einführung zu Projektbeginn erstellt wurde.

3.4.2.4 Fortschreibung und Abgleich in Ergebnisschauen vor Ort

Mittels der Datenerhebungen stand den Einrichtungen eine Reihe von Ergebnissen zur Verfügung, die einen erneuten und besonders kritischen Blick auf die bis dahin erstellte PDCA-Analyse ermöglichte. Folgende Fragen wurden diskutiert: Lassen sich die Ergebnisse weitestgehend bestätigen? Kommen neue, zuvor nicht bewusste Qualitäten hinzu? Sind Bereiche zu kritisch gesehen worden, die nun durch die Datenerhebung „entlastet“ werden oder verhält es sich genau umgekehrt?

Mit diesen Leitfragen erfolgte die Sichtung und Fortschreibung der PDCA-Analyse. Erwartungsgemäß konnten - je nach Einrichtung - alle Fragen mit „sowohl als auch“ beantwortet werden. Eine komplette Revision musste aber in keinem Fall vorgenommen werden.

Auffällig ist allerdings, dass bei allen Selbsteinschätzungen die Ergebnisdichte sukzessive von „P“ bis „A“ abnahm. Die Themenfelder „P (Planung)“ und – schon weniger – „D (Umsetzung)“ nahmen den größten Umfang ein, und in den Bereichen „C“ und „A“ (Überprüfung und Fortschreibung) wurden dann die Aussagen äußerst knapp. Hier machte sich allerdings auch die methodische Schwäche des PDCA-Zyklus als Analyse-Instrument bemerkbar: Eine trennscharfe Abgrenzung zwischen den einzelnen Prozessschritten ist in vielen Fällen nicht möglich. Insofern kann aus den Ergebnissen hier nicht zwingend geschlussfolgert werden, dass die Einrichtungen stark in der Planung und eher schwach in der Überprüfung und Verbesserung ihrer Abläufe sind. Hinzu kommt der praktische Moment, dass in der Bearbeitung zunächst viele Themen genannt wurden, die eigentlich in die anderen Felder gehörten und zumindest ein Verweis dorthin erfolgen müsste. Auf der anderen Seite geben die Befragungen durchaus Hinweise auf einen geringen „Überprüfungsfokus“ einiger Einrichtungen. Zu Projektbeginn wurden die Einrichtungen übrigens gefragt, wo sie ihre Schwerpunkte sähen. Mit einer Ausnahme schnitt dort der Punkt „Planung“ bei allen Einrichtungen am schlechtesten ab.

Die Ergebnisschauen generell und speziell auch die Diskussionen des PDCA-Tools entfalteten dann eine große Wirkung, wenn zwei Bedingungen vorlagen:

- a) Die Mitarbeiterbeteiligung ist besonders groß und erstreckt sich über verschiedene Fachbereiche.
- b) Eine Kontinuität des damit befassten Personenkreises liegt vor.

In den Diskussionen erwies sich das eher grobe Raster des PDCA-Tools als vorteilhaft, das Schwerpunkte ohne „Abarbeitungsstress“ zuließ. Andererseits stieg damit der Moderationsaufwand erheblich, denn aufkommende Diskussionsbeiträge drohten gelegentlich die ohnehin knappen Zeitfenster der Aktionsplanungstage zu sprengen.

3.4.2.5 Verdichtung zu Aktionsplanungen

Die Aktionsplanungen verfolgten das Ziel, neben größeren Veränderungsprojekten auch und speziell die eher kleinen Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren und festzuhalten. In der Benchmarking-Sprache werden diese - ohne viel Aufwand, aber oft mit großen Wirkungen verbundenen - Aktivitäten „Low-Hanging-Fruits“ genannt. Der Hinweis auf genau diese Betrachtungsweise zeigte sich in der Bearbeitung des PDCA-Zyklus als besonders ergiebig und führte auch in den Aktionsplanungen zu entsprechenden Zielformulierungen (vgl. [Anlage 10](#)).

3.4.2.6 Erneute Bearbeitung nach der 2. Erhebungswelle

Der bereits erwähnte relativ geringe zeitliche Abstand zwischen den beiden Erhebungswellen machte sich unter anderem auch darin bemerkbar, dass die PDCA-Dokumente im Rahmen der zweiten Aktionsplanungstage insgesamt nur geringfügig verändert werden konnten. Es blieb den Einrichtungen in der Regel zu wenig Zeit, wesentliche Vorhaben bereits innerhalb der Laufzeit des Projekts abzuschließen. Dahingegen konnte die Mehrzahl der „Low-Hanging-Fruits“ erfolgreich bearbeitet werden. Bei den Nachsteuerungstreffen konnten die PDCA-Dokumente entsprechend überarbeitet werden. Bereits umgesetzte Vorhaben wurden als „erledigt“ markiert. Für noch nicht vollständig bearbeitete Maßnahmen wurde - soweit dies realistisch erschien - die Zeitplanung korrigiert oder die Umsetzungsfrage erneut auf den Prüfstand gestellt.

4 Die Ergebnisse – Teil 2: Gute Praxis in den Projekteinrichtungen

Wie bereits mehrfach erwähnt wurde, bedeutet Benchmarking vor allem „Austausch von guten Lösungen“. Bisher wurden in diesem Bericht „lediglich“ die Vorgehensweisen im Benchmarkingprozess und wichtige Ergebnisse der Anwendung verschiedener Methoden erläutert. In diesem Kapitel sollen nun ganz konkrete Beispiele von Lösungsansätzen zur Verbesserung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung aus den Projekteinrichtungen vorgestellt werden.

Die Beispiele mögen zwar manchmal unspektakulär oder sogar banal klingen (und sicherlich sind sie nicht nur in den Projekteinrichtungen zu finden), aber sie haben maßgeblich zur Verbesserung des Ernährungszustands von gefährdeten Bewohnerinnen und Bewohnern und zur Erhöhung der Bewohnerzufriedenheit und damit letztendlich auch der Mitarbeiterzufriedenheit in den Einrichtungen beigetragen. Es hat sich im Projekt gezeigt, dass es oft nicht die „großen Konzepte“, sondern vielmehr „kleine Lösungen“ sind, mit denen die beschriebenen Effekte erzielt werden können. Natürlich sollten in Altenpflegeeinrichtungen ein tragfähiges Gesamtkonzept zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung und die entsprechenden Dokumente wie Handlungsleitlinien, Standards etc. vorhanden sein. Der Umgang mit speziellen Detailproblemen der Ernährung oder speziellen Bewohnergruppen wie demenzkranken Menschen erfordern aber häufig neue, unkonventionelle bzw. intelligente Herangehensweisen. In den folgenden Beispielen finden sich einige solcher neuen Lösungswege wieder.

Zu beachten ist allerdings, dass die Beispiele nur einen Ausschnitt aus der Gesamtarbeit der Einrichtungen darstellen. Die Darstellung der Beispiele basiert maßgeblich auf dem Inhalt der Vorträge, die auf der Abschlussveranstaltung zum Projekt am 19.12.2006 in Gelsenkirchen von den Einrichtungsvertreter(n)/-innen gehalten wurden. Die Reihenfolge der Beiträge entspricht der Aufzählung der Einrichtungen in Tabelle 1 im Kapitel 1.2, Seite 8. Sie ist damit eigentlich willkürlich gewählt und stellt keine Bewertung in der Form dar, dass „besonders gute“ Beispiele an den Anfang gestellt wurden. Auch die unterschiedliche Länge der Beiträge sagt nicht aus, dass in der einen Einrichtung mehr oder weniger als in anderen Einrichtungen getan wurde und wird.

Die Beispiele sind vielmehr als ein „Baukasten“ von Anregungen zu verstehen, aus denen sich interessierte Praktiker in der Altenpflege bedienen können. Die Projekteinrichtungen haben jedenfalls sehr von der gegenseitigen Vorstellung der Lösungsansätze im Benchmarkingkreis profitiert. Deutlich geworden ist aber auch, dass eine „Eins-zu-eins-Übertragung“ der Beispiele in die eigene Einrichtung nicht ohne weiteres möglich ist, vor allem wegen der unterschiedlichen Strukturen und Ausgangsvoraussetzungen in Altenpflegeeinrichtungen. Daher sind häufig bei der Übertragung zusätzliche Anpassungsleistungen notwendig. In jedem Fall kann man sagen, dass die Projekteinrichtungen viel voneinander gelernt haben.

Die Einrichtungen haben allerdings im Projektverlauf nicht nur *voneinander* gelernt. Zu zwei Benchmarkingkreisen wurden zusätzlich externe Experten eingeladen, die zu spezifischen Themenbereichen einen fachlichen Input geben sollten. Dies waren zum einen eine Apothekerin und ein Apotheker, die den Zusammenhang zwischen Sondenernährung und den beachtenswerten Aspekten hinsichtlich der Medikation darstellten. Zum anderen wurde mit einer Expertin von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung zur Versorgung alter Menschen mit einem hohen Energiebedarf bzw. -verbrauch unter anderem darüber diskutiert, dass am Anfang eine „Kalorienanreicherung“ mit natürlichen Mitteln (z.B. auf Sahnebasis) oder mit speziellen, käuflich zu erwerbenden Produkten stehen sollte, bevor hochkalorische „Astronautennahrung“ verabreicht wird.

Die Hinzuziehung von Experten zu Themenbereichen, zu denen noch wenige oder unterschiedliche Kenntnisse vorhanden sind oder zu denen spezielle Fragen bestehen, hat sich generell bewährt.

4.1 Beispiel Evangelisches Altenzentrum Hückelhoven

Ernährung, Flüssigkeit, Zahnstatus

Auch im Evangelischen Altenzentrum Hückelhoven ist Ernährung und Flüssigkeit, insbesondere in den Schlüsselprozessen der Betreuung und Pflege von Demenzkranken und im Bereich der Sterbebegleitung, sehr wichtig geworden. Schon beim Einzug werden im Biographiegespräch besondere Wünsche und Vorlieben erfragt und im Anamnesebogen festgehalten. Der Ernährungszustand des Bewohners / der Bewohnerin wird unter anderem mittels des BMI eingeschätzt. Je nach vorhandenen Diagnosen oder Risikofaktoren werden die Bewohner/-innen monatlich, wöchentlich oder sogar täglich gewogen.

Im Gegensatz zu vielen anderen Einrichtungen wird in Hückelhoven sowohl beim Einzug als auch weiterhin der Zahnstatus der Bewohner/-innen ermittelt und dokumentiert, und es werden – wenn notwendig – Interventionen eingeleitet. Ebenso wird viel Wert auf die Mundhygiene gelegt. Erfahrungen zeigen, dass ein guter Zahnstatus und eine angemessene Mundhygiene positive Auswirkungen auf das Essen und Trinken haben.

Die Mahlzeiten werden überwiegend in kleinen Gruppen eingenommen, aber auch im großen Speisesaal und in den Bewohnerzimmern. Häufig wird das gemeinsame Kochen mit Bewohner(n)/-innen und das gemeinsame Essen mit Angehörigen angeboten und in Anspruch genommen. Durch eine Fachkraft erfolgt eine regelmäßige Schulung der Mitarbeiter/-innen, und es sind auch Angehörige in diesen Prozess mit einbezogen.

Bei Veränderungen im Ess- und Trinkverhalten einzelner Bewohner/-innen wird dies in der täglichen Frühbesprechung mit der Pflegedienstleitung oder Küchenleitung kommuniziert. Einmal wöchentlich findet ein Küchentreffen mit Beteiligung des Heimbeirates statt. Im Pflegeleitungsteam werden gravierende Veränderungen bzw. Besonderheiten, z.B. Wünsche von Sterbenden besprochen. In den täglichen Übergaben und Teamsitzungen wurden Essen und Trinken zu einem wichtigen Thema. Es wurden Formulare in den Bereichen Mangelernährung, Sonderkost und Sterbeprozess entwickelt und von den Mitarbeiter(n)/-innen positiv aufgenommen.

Es werden Zwischen-, Spät-, und Nachtmahlzeiten gereicht. In Zusammenarbeit mit Ärzten/ Ärztinnen, Angehörigen und Betreuer(n)/-innen wird im Bedarfsfall der Einsatz von Zusatznahrung besprochen. In besonders schwierigen Fällen wird auch das Amtsgericht eingeschaltet. Bezogen auf die Flüssigkeitsversorgung werden Defizite ermittelt, wie z. B. bei Demenz, Verwirrtheit etc. Ebenso werden die Trinkgewohnheiten und Vorlieben erhoben und im Anamnesebogen dokumentiert. Beim Vorhandensein von Risikofaktoren wird eine Ein-/Ausfuhrbilanzierung durch-

geführt. Auch die Getränkeversorgung wird rund um die Uhr mit verschiedenen Getränken sichergestellt. Die Berechnung des Flüssigkeitsbedarfs erfolgt durch eine(n) Berater/-in.

Im Evangelischen Altenzentrum Hückelhoven wurde ein besonderes Konzept im Bereich der Sterbebegleitung erarbeitet, und es wird bereits seit einiger Zeit umgesetzt. Beispielsweise wird das Thema „Sterben“ im Zusammenhang mit dem Biographiegespräch berücksichtigt und eine Sterbecheckliste eingesetzt. Ein weiterer wichtiger Bestandteil sind Patientenverfügungen und Vollmachten. Es wird eine intensive und offene Kommunikation mit allen Beteiligten geführt (z.B. Bewohner/-in, Angehörige, Arzt / Ärztin, Betreuer/-in, evtl. Amtsgericht). Es ist/wird eine Koordinatorin für die Sterbebegleitung benannt. Bei Bedarf wird dem/der Bewohner/-in die Zusammenarbeit mit einem Schmerztherapeuten empfohlen. Ggf. werden auch Hospizhelfer/innen hinzugezogen, und das Zimmer wird den Bewohnerwünschen entsprechend gestaltet. Für den eigentlichen Sterbeprozess werden mit dem behandelnden Hausarzt Absprachen getroffen, eine Fallkonferenz wird einberufen, und es werden spezielle Essenswünsche berücksichtigt. Das Thema „Legen einer PEG“ wird besprochen, und es werden mögliche Alternativen angeboten und eingeleitet. Angehörige bringen Lieblingsspeisen des Bewohners / der Bewohnerin und Getränke mit, und es werden auf Wunsch auch einzelne Speisen im Wohnbereich zubereitet. In der finalen Phase werden eventuell subkutane Infusionen zur Schmerzentlastung eingesetzt. Regelmäßige Mundhygiene und der Einsatz eines Mundbestäubers verringern das Durstgefühl und verhindern das Austrocknen der Mundschleimhaut. Ein wichtiges Ziel ist es insgesamt, Zwangsmaßnahmen zu verhindern. Nach dem Tod des Bewohners / der Bewohnerin findet für die Mitarbeiter/-innen ein Abschlussgespräch mit dem / der Koordinator/-in und dem Seelsorger statt.

4.2 Beispiel St. Marienstift Bochum

Auch im St. Marienstift wurden im Rahmen des Benchmarkingprojektes Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt bzw. eingeleitet. Die Ausgangssituation zu Beginn des Projektes 2005 stellte sich folgendermaßen dar: Vor Beginn des Projektes wurde mit der Auswertung des MNA-Bogens begonnen, wobei die Pflegemitarbeiter/-innen noch nicht systematisch an den Ergebnissen gearbeitet haben. Die Werte wurden zur Kenntnis genommen, aber es erfolgte keine dokumentierte systematische Maßnahmenplanung. Das Anbieten von Zusatznahrung, Trinknahrung und hochkalorischer Kost erfolgte nicht regelmäßig und nicht geplant.

In die Darstellung der Ausgangssituation kann zusätzlich die Bewertung der Pflegedokumentation durch den MDK im Rahmen der Qualitätsprüfung einfließen, die zu folgendem Schluss kam: „Die bei der Überprüfung der Ergebnisqualität in Augenschein genommenen Bewohner/-innen waren alle in einem guten pflegerischen Zustand, die befragten Bewohner/-innen äußerten sich positiv in Bezug auf die Versorgung...“. Allerdings wurden in Bezug auf die Pflegedokumentation Verbesserungsmöglichkeiten angeregt. So wurden Ernährungsprobleme zu selten differenziert in der Pflegeplanung dargestellt. Ressourcen wurden nicht immer oder nicht ausreichend genug beschrieben. Maßnahmen wurden häufig ohne konkrete Zielsetzung geplant. Die Effektivität von Maßnahmen wurde nicht systematisch beurteilt und evaluiert. Einfuhrpläne wurden dann angelegt, wenn die Pflegefachkraft es für notwendig erachtete, es existierte aber keine klare Regelung, wann dies notwendig ist. Es erfolgte keine systematische tägliche Überprüfung, ob die festgelegten Ziele (beispielsweise: die geplante Trinkmenge) erreicht wurden. Aus der Nichterreichung der festgelegten Ziele wurden nicht immer Konsequenzen gezogen. Notwendige Trink- und Essbedarfe wurden nicht individuell, sondern pauschal ermittelt und dokumentiert.

Der MDK attestierte also ein gutes Ergebnis, aber eine unsystematische Planung des Pflegeprozesses und eine unzureichende Dokumentation, die außerdem auch zu falschen Einstufungen der Bewohner/-innen führt.

Die Einrichtung reagierte, und im Januar 2005 wurde der Risikoassessmentbogen des im Haus verwendeten Pflegedokumentationssystems eingeführt, der folgende Bestandteile hat:

- Systematische Analyse des Dekubitusrisikos nach Braden
- Systematische Analyse des Sturzrisikos nach Expertenstandard
- Systematische Analyse des Ernährungszustandes nach Mini Nutritional Assessment (MNA)

Grundlagen für die verbesserte Planung waren die Ergebnisse des Risikoassessmentbogens, die regelmäßige Ermittlung des BMI (Häufigkeit der Ermittlung abhängig vom MNA – Wert laut Pflegestandard), die regelmäßige Ermittlung und Analyse des Gewichtes (Häufigkeit der Ermitt-

lung abhängig vom MNA – Wert), die Ergebnisse der Ernährungsvisiten (ab MNA- Wert < 24), die Befragung von Bewohner(n)/-innen zu Ernährungsgewohnheiten und –wünschen bei Einzug und die Berücksichtigung der Befragungsergebnisse bei der Planung, die Ermittlung individueller Flüssigkeits- und Energiebedarfe (kcal-Bedarfe) nach MDK– Empfehlung und die Berücksichtigung der Empfehlungen aus der MDK-Grundsatzstellungnahme zur Ernährung.

Im Rahmen der Ernährungsvisite werden beurteilt

- die Vollständigkeit und der Inhalt des ausgefüllten MNA- Bogens,
- die Pflegeplanung mit Problemen, Zielen und Maßnahmen,
- die Einhaltung der Standards (hinsichtlich Gewicht, BMI, kcal- und Flüssigkeitsbedarfe),
- die Notwendigkeit von Diäten, Zusatznahrung, breiiger Kost, hochkalorischer Kost,
- die Ernährungs- und Trinkpläne auf Vollständigkeit, Inhalt und Erreichung gesetzter Ziele,
- der Umgang mit dem Thema „Sondennahrung“,
- die Informationsweitergabe an Arzt/Ärztin und Betreuer/-in,
- die Effektivität und Anwendung von Hilfsmitteln.

Im Standard „Ernährung“ sind Maßnahmen abhängig vom jeweiligen MNA- Punktwert beschrieben. Der Standard stellt die Mindestanforderungen dar. Folgende Unterschiede entsprechend des MNA- Punktwerts sind zu berücksichtigen:

MNA 23,5 – 17 Punkte (Risikobereich)

Definition: Bewohner/-in ist noch nicht unterernährt, es besteht aber das Risiko.

- MNA – Auswertung einmal monatlich
- Evaluation der Pflegeplanung
- Anlegen, Führen und tägliches Auswerten von Trink- und Ernährungsprotokoll
- Information Hauswirtschaftsleitung, Arzt/Ärztin, Angehörige / Betreuer über Probleme und notwendige Maßnahmen
- Gewichtskontrolle einmal monatlich
- Ernährungsvisite durch Pflegedienstleitung einmal monatlich

MNA < 17 Punkte

Definition: Bereich der Unterernährung

Zusätzliche Maßnahmen (Mindestanforderungen):

- Planung individueller Maßnahmen
- Anlegen eines individuellen Ernährungsplanes mit Lieblingsspeisen, bekannten Wünschen und Abneigungen, Hilfsmitteln, besonderen Informationen zum Thema
- Anbieten hochkalorischer Kost (Fertignahrung oder individuell hergestellt in der Heimküche), Zusatznahrung (Dextrose, Eiweiß)
- Gewichtskontrolle alle 14 Tage

Durch das Projekt wurden vor allem folgende positive Veränderungen erreicht:

- Weniger Bewohner im Bereich der Unterernährung
- Insgesamt bessere Flüssigkeitszufuhr
- Insgesamt verbesserte Gewichte und gestiegene MNA- Werte
- Bessere Planung der besonderen Ernährungsformen (Sondenkost, hochkalorisch, breiig)
- Mitarbeiter/-innen können Maßnahmen besser erklären und begründen
- Standardisierte Dokumentation der Flüssigkeits- und Ernährungsmengen
- Bessere Dokumentation der Ablehnung / Verweigerung des Trinkens bzw. Essens durch den Bewohner / die Bewohnerin
- Neuer Ernährungsplan Sondenkost (bei Vorliegen einer Indikation)
- Berechnungstabelle für individuelle kcal- und Flüssigkeitsbedarfe nach MDK-Empfehlungen
- Modifizierte Trinkprotokolle
- Individuelle Ernährungspläne
- Bessere Darstellung von Pflegeproblemen, Ressourcen, Zielen und Maßnahmen in der Pflegeplanung
- Standardisierte Bestellung von besonderen Kostformen, wie hochkalorischer und breiiger Kost

Noch sind nicht alle geplanten/gewünschten Veränderungen überhaupt oder im notwendigen Umfang erreicht. Die Ergebnisse der Pflegevisiten werden noch nicht vollständig umgesetzt. Der Informationsfluss zwischen Hauswirtschaft und Pflege muss noch optimiert werden. Die Dokumentation in den Berichtsblättern über die Wirksamkeit von Maßnahmen erfolgt noch nicht systematisch genug und zu sporadisch. Die Dokumentation von Kleinstmengen und bei Verweigerung muss verbessert werden. Die Auswahlmenüs und Alternativen bei der breiigen oder hochkalorischen Kost werden noch nicht genug genutzt.

Dafür finden jetzt monatliche Ernährungsbesprechungen zwischen Hauswirtschaft und Pflege statt, in denen bewohnerbezogen Kostform und Zusatznahrung besprochen werden. Aber auch neue Projekte wurden initiiert, wie ein Mittagstisch für demente Bewohner/-innen im Anschluss an die Mittagsmahlzeit der anderen Bewohner/-innen im Speisesaal.

Abschließend kann gesagt werden, dass sich der Ernährungszustand der Bewohner/-innen sehr verbessert hat. Der Umgang mit dem Thema „Ernährung“ ist nun ein offenes Thema, und es wird viel in diesem Bereich experimentiert.

4.3 Beispiel Caritas-Heim Am Martinshof Mönchengladbach

Zu Beginn des Projektes stellten sich für die Einrichtung insbesondere folgende Fragen:

- Wie ist der Ernährungszustand der Bewohner/-innen beim Einzug?
- Was essen die Bewohner/-innen in unserem Altenheim?
- Wie können die Bewohner/-innen effektiv erfasst werden, die von einer ernährungsbezogenen Betreuung profitieren würden?
- Wann ist eine medizinische Intervention erforderlich?
- Wie gehen wir bei Bewohner(n)/-innen vor, die sich nicht äußern können?

Die Ausgangssituation kann man folgendermaßen beschreiben:

Bei allen Bewohner(n)/-innen wird innerhalb der ersten 72 Stunden des Heimaufenthalts mittels des Risiko-Assessment-Bogens der BMI bestimmt. Zur Charakterisierung der Körpermaße wird im allgemeinen das relative Körpergewicht benützt, d. h. das in Bezug auf die Körpergröße korrigierte Körpergewicht. Zur Ermittlung des BMI ist neben der Information „Gewicht“ auch die Ermittlung der Körpergröße erforderlich. Der BMI ist als vergleichbare Größe wertvoll, allerdings müssen zusätzlich die individuellen Bedürfnisse und die Biografie des Bewohners / der Bewohnerin Berücksichtigung finden. Wichtig ist es, abzuklären, ob eine Mangelernährung vorliegt, um mit Hilfe einer Umstellung der Ernährung bzw. mittels Nahrungsergänzungsmitteln diese zu verhindern. Der Anamnesebogen zur Bestimmung des Ernährungszustandes älterer Menschen (MNA) ist eine einfache und schnelle Methode zur Beurteilung des Ernährungszustandes alter Menschen, auf deren Basis die Behandlung von Ernährungsstörungen oder eine Anpassung der Ernährung möglich ist. Allerdings ist dieser Bogen nur bedingt alltagstauglich. Eine tatsächliche Ableitung der Probleme ist nicht in allen Fällen möglich, regelmäßige Wiederholungen sind weniger ergiebig als die konkreten Beobachtungen der Mitarbeiter/-innen. Der MNA prüft 18 Kriterien und kann in längstens 15 Minuten ausgefüllt werden. Im Fall von demenzkranken Bewohner(n)/-innen muss die ausfüllende Pflegeperson die Fragen nach ihrem eigenen Eindruck beantworten und die Familie um Mithilfe bei der Beantwortung der Fragen bitten.

Bei vier oder mehr Antworten, die Hinweise auf einen schlechten Ernährungszustand geben, und/oder bei „objektiv“ pathologischen Parametern werden die Senioren/Seniorinnen als gefährdet für Fehl- oder Mangelernährung eingestuft. Dieses Ergebnis wird in der Pflegeplanung im Zusammenhang mit dem AEDL-Bereich „Essen und trinken können“ in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Professionen bearbeitet.

Das Konzept hat folgende Säulen:

- Getränkesortiment, Mahlzeitenauswahl, Ernährungsempfehlung der DGE
- Aufklärung der Mitarbeiter/-innen
- Mitarbeiterbegleitung
- Kooperation mit Ärzten/Ärztinnen, Angehörigen, Therapeut(en)/-innen usw.
- Individuell geplante Maßnahmen

Die Umsetzung dieser Säulen kann stichpunktartig folgendermaßen beschrieben werden:

Getränkessortiment, Mahlzeitenauswahl, Ernährungsempfehlung der DGE

- Möglichkeit von Sonderkost-, Wunschkostanforderung
- Einführung einer Nachtmahlzeit
- Einführung von HACCP in der Küche
- Regelungen zur Speiseplanung unter Einbeziehung der Bewohner/-innen (unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben und ernährungsphysiologischen Erkenntnisse)
- Vorgaben zur Abwechslung von Speisefolgen
- Teilweise Wiedereinführung von Buffets
- Angebot von Fingerfood und „farbigen“ Getränken
- Durchführung von Bewohnerbefragungen
- Bewohnerbezogene Dokumentation von Vorlieben und Abneigungen (durch Pflege und Küche)
- Umsetzung eines Gesellschaftstisches (zusammengestellt nach einer Beobachtungsphase)
- Gerontomahlzeitenbetreuung durch ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen
- Durchführung von Schnittstellenbesprechungen
- Einsatz visualisierter Speisepläne

Aufklärung der Mitarbeiter/-innen

- Durchführung von Mitarbeiterschulungen zu folgenden Themen:
 - Erfassung des Ernährungsstatus (Gewichtstatus und -verlauf, Essverhalten)
 - Erfassen von spezifischen Problemsituationen (körperliche, psychische und soziale Aspekte)
 - Ergänzendes Assessment zu spezifischen Problemstellungen (Demenz, Dysphagie, Mobilitätseinschränkungen etc.)

- Definition der Rolle der Pflegekräfte bei der Prävention von Mangelernährung
- Einblicke in Risikobereiche durch die Nähe zum/zur Betroffenen
- Weitergabe von Informationen und Anstöße zur Ernährungstherapie
- Nutzung weit reichender Einflussmöglichkeiten in der täglichen Interaktion
- Pflegefachkräfte sind wichtige Kooperationspartner für Mediziner, Logopäden, Küchenleitung, Hauswirtschaft etc.

Mitarbeiterbegleitung

Die Beschäftigung mit dem Thema „Unterernährung“ und die Suche nach angemessenen Maßnahmen gaben Anlass zu heftigen Diskussionen. Grundsätzliche Anforderungen bzw. Ziele sind durch den Gesetzgeber und in der Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen formuliert. Wenn ein Pflegebedürftiger die lebenserhaltende Ernährung verweigert, entsteht ein Zielkonflikt. Setzt man sich über diese Verweigerung einfach hinweg und ernährt den Pflegebedürftigen gegen seinen Willen, kann dies als Missachtung seiner Würde gewertet werden. Es stellt sich die Frage, ob, selbst wenn Dementen die Entscheidungsfähigkeit „aberkannt“ wird, deren emotionale Reaktionen als die einzigen ihm verbliebenen Möglichkeiten zur Willensäußerung ignoriert werden dürfen.

Es wurde auch darüber diskutiert, dass bei der Anlage einer PEG eine einseitige Tendenz zur Lebenserhaltung zu beobachten ist, selbst wenn diese deutlich im Widerspruch zum Willen und zur Würde des betreffenden Menschen steht. Um als Einrichtung dem gesetzlichen Anspruch zu genügen, musste im Caritas Heim am Martinshof eine Vorgehensweise entwickelt werden, mit der gerade in Grenzsituationen die Beachtung der Menschenwürde sowie der Lebenserhaltung sichergestellt werden können (wenn für andere Notfallsituationen Vorkehrungen getroffen werden, warum nicht für diese?). Die dabei entwickelten Richtlinien, die Angehörigen und Ärzte/Ärztinnen nicht aus der Mitverantwortung zu entlassen, haben sich als praktikabel erwiesen. Allerdings hat sich auch gezeigt, dass gerade im Umgang mit den Ärzten / Ärztinnen eine ungeheure Ausdauer und Hartnäckigkeit erforderlich ist.

Kooperation mit Ärzten / Ärztinnen, Angehörigen, Therapeut(en)/-innen usw.

Die Leistbarkeit bzw. Umsetzung der Richtlinien stehen auf einem anderen Blatt. Dabei waren und werden wohl einige Hürden im Alltag zu überwinden sein. Nur schwer realisierbar erscheint vielen Gesprächspartnern, mit denen dieses Thema diskutiert wurde, die Vorstellung von gemeinsamen Entscheidungsprozessen mit den Bewohner(n)/-innen, Angehörigen, Ärzten / Ärztinnen und Pflegenden. Dabei appelliert genau dieser Punkt an das berufliche Selbstverständnis von Pflege im ursprünglichen Sinne. Die Pflegenden sollten sich nicht zurückziehen (indem sie die Entscheidung einzig dem Arzt/der Ärztin überlassen), wenn der/die Bewohner/-in

ihre Unterstützung am nötigsten braucht, sondern daraufhin wirken, als gleichrangige Partner in solche Entscheidungsprozesse einbezogen zu werden. Diese Intervention funktioniert häufig nur auf PDL-/WBL-Ebene. Hier wird eine Herausforderung gesehen, die von den Ärzten / Ärztinnen nicht im von der Einrichtung gewünschten Umfang wahrgenommen wird. Informationsschreiben und Einladungen zum Thema blieben oft unbeantwortet. In nur einem Fall wurde eine Blutuntersuchung angeordnet. In einem weiteren Fall wurde die Vergabe von Insulin verordnet, um den Appetit anzuregen.

Individuell geplante Maßnahmen

- Ab einem BMI unter 20 explizite Prozessplanung (unter Beteiligung der Hauswirtschaftsleitung; Maßnahmen können sein: angereicherte Kost, kontinuierliche Überprüfung, Kontaktaufnahme zu anderen Interessengruppen wie Angehörige, Richter, Ärzte/Ärztinnen)
- Bereichsübergreifende Teilnahme an Übergaben (Küchenmitarbeiter/-in geht zu Übergaben in den Pflegebereich und umgekehrt, einmal pro Monat, je Bereich ca. 10 - 15 Minuten)
- Kundenbefragungen und Bewohnerbeobachtung

4.4 Beispiel AWO-Seniorenzentrum Kreisverband Köln Theo-Burauen-Haus

Oder: Die Kleinigkeiten, die die Bewohnerinnen und Bewohner dick machen sollen

Das Benchmarkingprojekt brachte für die Einrichtung einige Änderungen mit sich. Folgende bereichsübergreifende Entscheidungen wurden im Rahmen des Projektes getroffen:

- Die AG Ernährung trifft sich bereichsübergreifend 1 x monatlich.
- Die Öffnung des zentralen Speisesaals erfolgt jetzt am Wochenende und an Feiertagen auch am Abend.
- Zwei Mitarbeiterinnen werden zu Ernährungsbeauftragten ausgebildet.
- Von diesen werden regelmäßig BIA- Messungen durchgeführt.
- In allen Bereichen des Seniorenzentrums wird über Ernährung und Flüssigkeitszufuhr für die Bewohnerinnen und Bewohner gesprochen und entsprechend gehandelt.
- Es wurde ein neuer Name für Fingerfood gesucht.

Die Einrichtungsleitung schrieb einen Wettbewerb für die Namensfindung bezüglich Fingerfood aus, an dem sich die Bewohner/-innen beteiligen konnten. Als Ergebnis der Aktion wurde der Begriff „Zwischenstopp“ ausgewählt. Er impliziert vor allem Folgendes:

- Zum Essen stehen bleiben
- Anhalten und etwas essen
- Unterwegs sein und essen
- Während des Wanderns essen
- Kleinigkeiten stehen am Wegesrand
- Kalorien für unterwegs

Zwischenstopp – dies sind immer wieder ganz unterschiedliche, kleine, essbare Happen, z.B. Muffins, kleine Frühlingsrollen, Lachshappen, verschiedene Blätterteigtaschen, alles mögliche aus Schokolade, Pumpernickel mit Quark, Gemüsestreifen, Bonbons und vieles mehr.

Die Mitarbeiter/-innen haben beobachtet, dass Süßes besser ankommt. *(Anmerkung der Projektbegleiter: Aus ernährungsphysiologischer Sicht sollten natürlich vor allem Demenzkranke nicht nur Süßigkeiten zu sich nehmen, obwohl bekannt ist, dass sie Süßes häufig bevorzugen.)*

Auch im Theo-Burauen-Haus wird regelmäßig der BMI bestimmt. Zur Zeit leben in der Einrichtung wenige Menschen mit extrem niedrigen BMI-Werten. Nach der Erfahrung der Mitarbeiter/-innen ist der BMI-Wert bei einzelnen Bewohner(n)/-innen natürlich von verschiedenen Faktoren abhängig. So ist z.B. in einen Wohnbereich eine Bewohnerin eingezogen, die nur 33 Kilogramm wog. Nun wiegt sie 39 Kilogramm, was ein Riesenerfolg ist, aber ihr BMI liegt natürlich weiterhin

unter 19. Insgesamt ist in allen Wohnbereichen eine positive Tendenz hinsichtlich der BMI-Werte zu erkennen. Erreicht wurde dies vor allem durch folgende kleine Aktionen:

- In den Wohnbereichsküchen werden kleine Ideen täglich von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflege umgesetzt (z.B. gab es an einem Tag von einer Mitarbeiterin zur Überraschung verschiedene Eier, und alle zusammen haben gegessen und gebastelt).
- Jeder Wohnbereich hat einen Stabmixer, z.B. wird Salat zu Gemüsesaft püriert.
- Jeder Wohnbereich hat zusätzlich einen Standmixer, um z.B. Milch-Mix-Getränke herzustellen und mit Sahne, Honig, Traubenzucker oder Zusatzpulver anzureichern.
- Smusies (kalte Obstcocktails) werden im Hochsommer serviert.
- Shakes in allen Variationen (süß, herzhaft) werden kreiert und serviert.
- Um die Essenssituation auf den Wohnbereichen gemütlicher zu gestalten, haben die Kolleginnen und Kollegen schönes, buntes Geschirr eingekauft.
- Auf zwei Wohnbereichen kommt das alte Service je einer Bewohnerin zum täglichen Einsatz.
- Zum Geburtstag wird in Kleingruppen gemeinsam Kuchen gegessen.
- Der Bäcker-Zivildienstleistende hat einen Backkurs für Pflegemitarbeiterinnen und Pflegemitarbeiter abgehalten, und nun wird regelmäßig in den Kleingruppen einmal in der Woche gemeinsam gebacken.
- Gerne und regelmäßig werden in den Kleingruppen Waffeln gebacken, mal herzhaft, aber meistens süß. Der Duft lockt viele aus dem ganzen Haus auf die entsprechende Etage.
- Das gemeinsame Vorbereiten, Backen (manchmal auch nur Zusehen) regt die Geschmacksnerven so sehr an, dass viele Bewohnerinnen und Bewohner mehr essen als üblich.
- Das gemeinsame Essen in Kleingruppen hat sich in allen Wohnbereichen bewährt.
- Im Foyer hängt ein roter Verwöhnkühlschrank. Es kann sich zu jeder Zeit jeder mit allerlei zum Naschen bedienen.

Im Theo-Burauen-Haus war bezüglich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung bereits vor dem Projekt ein recht hoher Qualitätsstand vorhanden. Dennoch entstanden im Rahmen des Benchmarkingprojektes noch neue Ideen, und es wurden Veränderungen umgesetzt, die vor allem der Verbesserung des Ernährungszustands von gefährdeten Bewohner(n)-innen und der Erhöhung der Zufriedenheit dienten. Der Einrichtung war und ist die Teilnahme an Benchmarkingprozessen und das Erreichen einer hohen Nachhaltigkeit wichtig.



Foto: Theo-Burauen-Haus

4.5 Beispiel Altencentrum Cronenberger Straße Solingen

Nicht erst seit der Grundsatzstellungnahme des MDS zur Ernährungssituation in der Altenpflege wird in der Einrichtung auf das Wohlergehen der Bewohner/-innen geachtet. Seit erscheinen der Stellungnahme wurden dennoch die Bemühungen intensiviert. Es wurde beispielsweise ein „runder Tisch Ernährung“ installiert, zu dem sich in regelmäßigen Abständen Mitarbeiter/-innen aus Küche und Pflege treffen, um über Bewohner/-innen zu sprechen, die hinsichtlich der Ernährung im gefährdeten Bereich sind. Die notwendige Versorgung wird analysiert und geplant, und es wird über Erfolge und Misserfolge der durchgeführten Maßnahmen gesprochen.

Als Grundlage der Ist-Bewertung und Erfolgskontrolle dient der Body Mass Index (BMI). Bei Einzug neuer Bewohner/-innen werden Körpergröße und Körpergewicht gemessen, der BMI errechnet und zusätzlich Urinwerte bestimmt (spezifisches Gewicht und PH- Wert). Außerdem wird die Kostform festgelegt bzw. dokumentiert. Und es werden die aus der Biographie resultierenden Gewohnheiten erhoben (Eß- und Trinkverhalten, früheres Durchschnittsgewicht etc.).

Je nachdem, welcher BMI errechnet wurde, greift ein abgestuftes Verfahren ein, das stichpunktartig folgendermaßen beschrieben werden kann:

BMI 24 und höher:

- Gewichtskontrolle alle 2 Monate
- Normalkost (bzw. erforderliche Diätkost, z.B. bei Diabetes mellitus)
- Angebot von Zwischenmahlzeiten (ca. 11.00, 14.30, 22.00 Uhr und auf Wunsch)
- Angebot von Mineralwasser und gesüßten Getränken
- Permanente Bereitstellung von Fingerfood in Form von Süßigkeiten in Bewohner-sitzecken (für alle)
- Assessmentevaluation alle 3 Monate
- Monatliche Urinwertermittlung

BMI unter 24

- Nährstoffangereicherte Kost, d. h. Anreicherung des Essens mit Eiweiß (Proteine), Maltodextrin und Sahne (Fett) = mehr Kilokalorien auch in kleineren Portionen und insgesamt 7 Mahlzeiten über den Tag verteilt
- Angebot von Energie- Drinks
- Angebot von Zwischenmahlzeiten (ca. 11.00, 14.30, 22.00 Uhr und auf Wunsch), wobei die Bewohner/-innen besonders motiviert werden, diese auch zu verzehren

- Permanente Bereitstellung von Fingerfood in Form von Süßigkeiten (das Personal achtet auf Verteilung an Bewohner/-innen mit BMI unter 24)
- Angebot von gesüßten Getränken
- Aufgenommene Nahrungs- und Flüssigkeitsmenge wird per Barcode dokumentiert (es hängen oder liegen Fotokarten aus, auf denen Portionsmengen abgebildet sind, z.B. "Alles", "Hälfte", etc. oder "Nahrungsablehnung Frühstück/ Mittagessen" etc.; vgl. Abbildung 30)
- Auswertung (Eß- und Trinkverhalten im Durchschnitt) erfolgt monatlich durch die Bezugspflegekraft
- Tägliche Auswertung der getrunkenen Flüssigkeitsmenge (bei Unterschreitung von 500 ml am Tag erfolgt ein Berichtseintrag durch die Nachtwache am Abend)
- Bleibt diese Unterschreitung nicht auf wenige einzelne Tage beschränkt, müssen individuelle Maßnahmen überlegt werden
- Monatliche Gewichtskontrolle und Ermittlung der Urinwerte
- Bei Gewichtsverlust wird der Hausarzt per Fax informiert (schriftlicher Nachweis)

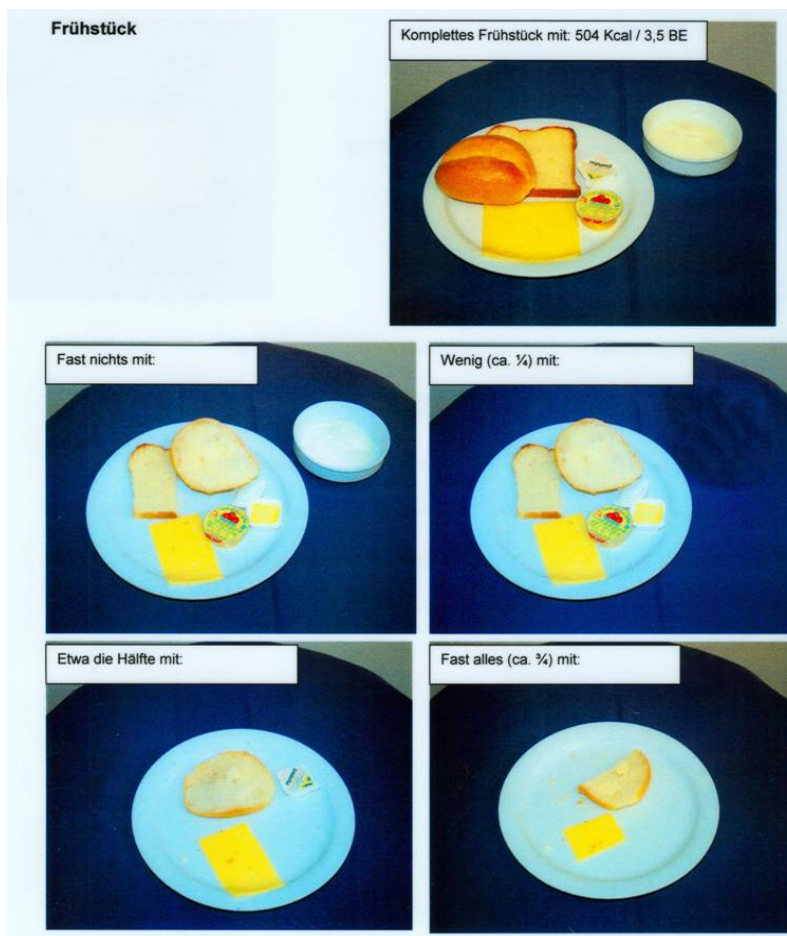


Foto: Ev. Altencentrum
Cronenberger Straße

Abbildung 30: Beispiel für Portionsfotos (hier: Frühstück)

BMI unter 19

Wie BMI unter 24, aber abweichend davon:

- Wöchentliche Gewichtskontrolle (je nach Situation auch alle 2 Tage)
- Wöchentliche Ermittlung der Urinwerte
- Aufklärungsgespräch mit Bewohner/-in, Angehörigen, Betreuer/-in und anschließende Dokumentation (Protokoll)
- Gespräch mit Hausarzt/-ärztin, sowie Einholen einer schriftlichen Stellungnahme von diesem (macht nicht jeder Arzt / jede Ärztin freiwillig)
- Überprüfung vorliegender Dokumente, wie z.B. Patientenverfügung
- Maßnahmenbeschreibung, Festlegen der weiteren Vorgehensweise (vorrangig wird der Wunsch der Bewohnerin / des Bewohners respektiert (laut Patientenverfügung), ggf. subkutane Infusionen, Sondenanlage o.ä.)
- Bei Uneinigkeit bzw. unzureichenden kommunikativen Ressourcen wird der zuständige Amtsrichter informiert

Bei Nahrungsablehnung

- Aufklärungsgespräch mit Bewohner/-in
- Beobachtung und genauere Beschreibung der Ablehnung (z.B.: Bewohner/-in lehnt die weitere Aufnahme verbal ab, lässt sich jedoch weiter etwas reichen oder zum Weiteressen motivieren)
- Ursachenforschung durch Personal, Angehörige, Betreuer, Ärzte / Ärztinnen (**kann** nicht oder **möchte** nicht essen), mögliche Ursachen vor allem:
 - Schmerzen
 - Angst (z.B. vor dem Verschlucken)
 - Zu viele / sich negativ auswirkende Medikamente
 - Krankheiten (z.B. Lähmungen, Stenosen, depressive Verstimmung)
 - Probleme mit Zähnen / Zahnprothesen
 - Schluckstörung
- Maßnahmen beschreiben und evaluieren (zuständig: Bezugspflegekraft)

Die Speiseplangestaltung erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Heimbeirat. Der Speiseplan wird in der Vorwoche bis Mittwoch fertig gestellt, damit ein kostengünstiger Einkauf stattfinden kann. Jahreszeitliche Angebote an Gemüse und Obst aus heimischen Regionen werden dabei genauso berücksichtigt wie Bewohnerwünsche.

Wie oben bereits erwähnt, erhalten Bewohner/-innen mit einem BMI unter 24 nährwertangereicherte Speisen. Die Nährwertberechnung erfolgt mittels eines Tools aus dem Internet. Über

diesen Weg kann auch der Energie- und Flüssigkeitstagesbedarf ermittelt und dargestellt werden (vgl. Abbildung 31).

| Kalorienberechnung Tag gesamt | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------|---------------|---------------|--------------|-----------------|
| | kcal | KH | Fett | Eiweiß | Flüssigkeit ml |
| Frühstück Standard | 449,30 | 35,00 | 28,60 | 12,60 | 350,00 |
| Zwischenmahlzeit 1 | 114,00 | 26,40 | 0,20 | 1,10 | 224,00 |
| Tagessuppe | 186,00 | 7,40 | 16,40 | 2,20 | 150,00 |
| Bologneser Sauce | 260,00 | 2,40 | 18,60 | 20,50 | 117,00 |
| Nudeln | 183,00 | 21,70 | 9,10 | 4,00 | 54,00 |
| Chinakohlsalat | 50,00 | 1,90 | 3,80 | 1,80 | 91,00 |
| Kaffee | 40,00 | 1,20 | 0,50 | - | 200,00 |
| Zwischenmahlzeit 2 | 176,00 | 30,70 | 4,20 | 3,50 | 210,00 |
| Abendessen Standard | 418,00 | 31,20 | 26,00 | 15,00 | 184,00 |
| Beigabe Abendessen | 320,00 | 10,60 | 26,00 | 10,40 | 110,00 |
| Spätmahlzeit | 132,00 | 16,70 | 5,10 | 4,60 | 122,00 |
| | 2.328,30 | 185,20 | 138,50 | 75,70 | 1.812,00 |

Abbildung 31: Beispiel für die Berechnung des Tagesbedarfs an Nahrung und Flüssigkeit

In den verschiedenen Speiseräumen wird das Essen durch Mitarbeiter/-innen der Pflege und der Hauswirtschaft serviert. Um eine Zuordnung der verschiedenen Kostformen zu erleichtern, wurden verschiedenfarbige Tischkarten, auf denen der Bewohnername steht, eingeführt. Die Mitarbeiter/-innen der Hauswirtschaft geben den Pflegemitarbeiter(n)/-innen nach den Mahlzeiten Nachricht, wie viel des angebotenen Essens verzehrt wurde.

Die Kommunikation zwischen Pflege und Hauswirtschaft wird in der Einrichtung groß geschrieben. Sie erfolgt über

- das hauseigene Intranet (schwarzes Brett),
- die Frühbesprechungen (2 x wöchentlich),
- die Teilnahme an Übergaben (1 x monatlich, Wohnbereich - Hauswirtschaft)
- den Runden Tisch Ernährung (alle 2 Monate),
- das Pflegeforum.

Das so genannte Pflegeforum wird – zusätzlich zu den anderen fest installierten Besprechungen – aller zwei Wochen zur Mittagszeit durchgeführt. Alle verfügbaren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter treffen sich kurz im zentralen Speisesaal. Dort informieren diejenigen, die auf Fort- und Weiterbildungen waren, ihre Kolleginnen und Kollegen über wichtige Neuigkeiten, so wie zum Beispiel auch 2005 und 2006 immer wieder Erkenntnisse aus dem Benchmarkingprojekt vorgestellt wurden.

Die Einrichtung arbeitet hinsichtlich der Ernährung auch mit externen Expertinnen und Experten zusammen. Dies sind insbesondere eine Diätassistentin aus dem Klinikum Solingen, die auch Schulung durchführt, und eine Ernährungsberaterin für den Bereich der Sondenernährung.

Zusätzlich zur Einbindung des Heimbeirates, der die Wünsche der Bewohner/-innen in regelmäßigen Treffen mitteilt, erfolgt in Abständen eine Bewohnerbefragung, auch bezüglich der Lieblingsgerichte. Die Bewohnerzufriedenheit wird zusätzlich nach jedem Mittagessen mittels eines in der Einrichtung entwickelten Bewertungssystem ermittelt. Im zentralen Speisesaal der Einrichtung stehen auf jedem Tisch ein Ständer (Papierrollenhalter) und Plastikringe in zwei verschiedenen Farben. Nach dem Essen können die Seniorinnen und Senioren direkt abstimmen, ob ihnen das Essen geschmeckt oder nicht geschmeckt hat. Dazu stecken sie entweder einen blauen oder einen roten Ring auf den Ständer. Die Küche wertet diese dann aus. Da die Plastikringe aus Lockenwicklern geschnitten wurden, wurde im Projekt häufiger von der „Lockenwicklerabstimmung“ gesprochen (vgl. Abbildung 32). Wer in der eigenen Einrichtung so etwas ausprobieren möchte, kann sicherlich auch auf andere Materialien oder Formen zurückgreifen.



Foto: Ev. Altencentrum Cronenberger Straße

Abbildung 32: „Lockenwicklerabstimmung“

4.6 Beispiel Marie-Juchacz-Altenzentrum der Arbeiterwohlfahrt Köln

Da das Marie-Juchacz-Altenzentrum eine sehr große Einrichtung ist, nahmen am Benchmarkingprojekt lediglich zwei Wohnbereiche teil. Davon ist ein Wohnbereich ein Demenzwohnbereich. Im Rahmen der ins Projekt integrierten Befragungen wurden insgesamt 27 Bewohner/-innen und 17 Mitarbeiter/-innen befragt.

Nach vorbereitenden Schulungen mit einer Einführung in das Thema „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ fand eine umfassende Bestandsanalyse statt. Erleichternde Faktoren waren die guten Kommunikationsstrukturen zwischen den Schnittstellenbereichen Pflege und Küche und das bestehende Bezugspflegesystem der Wohnbereiche, das praxisnahes biografie- und fachbezogenes Wissen über die zugehörigen Bewohner/-innen und deren zuständige Pflegekräfte beinhaltet. Die umgesetzten HACCP-Regelungen waren für den Bereich der Küche bereits lange zuvor geprüfte Maßgabe. Zusatzangebote im Bereich von speziell zubereiteten Mahlzeiten und Zusatzernährungsangebote bei erhöhtem Kalorien- und Eiweißbedarf sowie einen Kiosk, der ein weites Angebot an Nahrungs- und Genussmitteln anbietet, gab es ebenfalls bereits.

Bei den Befragung und Beobachtungen wurden spezielle Bereiche der Essensversorgung vor Ort und bei der Ausgabe von Mahlzeiten sowie die Essensanreicherung bei den betreffenden Bewohner(n)-innen erhoben. Nach ca. einem halben Jahr wurden die Bewohner/-innen und Mitarbeiter/-innen der einbezogenen Wohnbereiche erneut zum Thema befragt, um festzustellen, ob eine Entwicklung beobachtbar ist und wie die Betreffenden die Situation jetzt einschätzen. Es war nach der Auswertung durchaus eine grundsätzliche Verbesserung der Einschätzung und somit der Qualität erkennbar. Dies bezieht sich hinsichtlich der Auswertung der Mitarbeiterbefragung insbesondere auf folgende Bereiche:

- Ernährungsplanung: Abstimmung der Ernährung zwischen den Schichten, Beobachtung des Essverhaltens, Überprüfung der Medikation bzw. deren Auswirkung auf Essen / Appetit
- Qualität der Mahlzeiten: Servieren des Essens, Mitsprache der Bewohner/-innen, Berücksichtigung individueller Bewohnerwünsche, Essenszeitenwahl, Ermunterung von Bewohner(n)-innen mit Essproblemen
- Unterstützungsmassnahmen: Gesellschaft beim Essen, therapeutisches Essen
- Beschwerden/Qualifizierung: Weiterbildungsangebote zum Thema „Ernährung“, Anwendung des Erlernten in der Praxis

Die Auswertung zeigt deutlich eine Entwicklung von der weiteren Bewusstmachung des Themas hin zu gezielten Schulungen, die zu konkreten Ableitungen und Qualitätsverbesserungen

fürten. Grundsätzlich wurde die Qualität des Essens und der Versorgung bereits bei der ersten Erhebung als hoch angesehen, was sich in der zweiten Befragungswelle noch steigern ließ.

Auch aus Sicht der Bewohner/-innen ist – trotz einer grundsätzlich schon bei der ersten Befragung erkennbaren hohen Zufriedenheit – bezüglich der zweiten Befragung eine Verbesserung der Ergebnisse ersichtlich, vor allem in folgenden Bereichen:

- Qualität der Mahlzeiten: Wahlmöglichkeit bei den Mahlzeiten, angemessene Essensportionen, Ausgabe von Zwischenmahlzeiten und Getränken, Ortswahl der Mahlzeiten
- Unterstützungsmaßnahmen: Bereitstellung von Zwischenmahlzeiten, Anbieten von Lieblingsspeisen

Aus der bestehenden guten Praxis wurden zur Nutzung von Verbesserungspotentialen vor allem folgende Maßnahmen abgeleitet:

- Entzerrung der Mittagessenssituation durch Nutzen von Nischen in den Wohnbereichen / Umstrukturierung der Zeitfenster
- Schaffung von mehr Atmosphäre
- Leitfadententwicklung: „Wie möchte ich essen?“
- Beschäftigung von Servierkräften
- Verstärkte Einbeziehung von Ärzten / Ärztinnen in das Thema (Mindestmengen, gezielte Angebote / Verordnungen)
- Menükartenverbesserung (Überprüfung der Bestellungen)
- Finger-food-Konzept

Für die Maßnahmenverfolgung wurde folgendes abgeleitet:

- Entzerrung der Essensversorgung wird auf andere Wohnbereiche übertragen
- Umstellung auf Schüsselsystem in den Demenzwohnbereichen wird erprobt
- Atmosphäreverbesserung bezüglich Tischdekoration durch Erstellen einer Arbeitsanweisung
- Ernährung und Flüssigkeitsversorgung ist zentrales Thema von Pflegebesprechungen, bleibt auch nach Ende des Projekts präsent

Im Rahmen des Projektes wurden insbesondere zwei umfassendere Maßnahmen durchgeführt. Dies waren

1. Therapeutisches Essen auf der Wohngruppe 3a/b für Demenzkranke und
2. Lernen aus der Praxis : Beobachtung von Mittagessenssituationen.

Beide Maßnahmen sollen im folgenden etwas näher beschrieben werden.

Therapeutisches Essen auf der Wohngruppe für Demenzkranke 3a/b

Seit Mai 2006 findet in der Wohngruppe für Demenzkranke einmal in der Woche (mittwochs) das therapeutische Mittagessen für 5 Bewohner/-innen statt.

Zielgruppe:

Demenzkranken Bewohner/-innen, die unter Appetitlosigkeit leiden und/oder deren motorische Fähigkeiten zur Essenseinnahme abgenommen haben.

Ziele des Angebotes:

Durch die besondere Atmosphäre und die Gesellschaft sollen die Bewohner/-innen zum Essen und Trinken angeregt werden. Ihre Fähigkeiten zur selbständigen Essenseinnahme sollen erhalten bzw. wiederhergestellt werden.

Ablauf:

Ein Tisch in einer gemütlichen störungsfreien Nische wird mit einer Stofftischdecke, Kerzen, bunten Servietten, Blumen und dem Mittagsgeschirr gedeckt. Das Mittagessen wird in Schüsseln in Wärmebehältern bereitgestellt [Anmerkung der Projektbearbeiter: Regelversorgung läuft ansonsten über Tablettssystem]. Jede/r Bewohner/-in wird persönlich zum Mittagessen eingeladen und begleitet. Ein/e Mitarbeiter/-in der Pflege nimmt gemeinsam mit den Bewohner(n)/-innen das Mittagessen an dem vorbereiteten Tisch ein. Wenn möglich, werden die Schüsseln mit dem Essen herübergereicht, und die Bewohner/-innen nehmen sich ihre Essensportion aus den Schüsseln selbst. Nach dem Essen werden die Bewohner/-innen persönlich dorthin begleitet, wo sie sich zur Mittagsruhe gewöhnlich aufhalten.

Erfahrungen:

Die Bewohner/innen genießen die besonders ruhige Atmosphäre des therapeutischen Mittagessens und äußern dies auch immer wieder. Sie empfinden die Atmosphäre als familiär und bedanken sich jedes mal ausgiebig für die Einladung und sprechen gerne eine Gegeneinladung aus. Die Bewohner/-innen müssen deutlich weniger zum Essen und Trinken aufgefordert und angeleitet werden. Meistens entwickelt sich ein nettes Gespräch, an dem sich auch diejenigen beteiligen, die sonst nicht viel sagen.

Lernen aus der Praxis : Beobachtung von Mittagessenssituationen

In den Wohnbereichen 3 a/b und P 3 (projektbeteiligte Wohnbereiche) wurden durch Mitarbeiter/-innen aus anderen Wohnbereichen Mittagessenssituationen beobachtet. Bei diesen Terminen wurden im Vorfeld durch den Projektbearbeiter des KDA theoretische Kenntnisse zum Thema „Ernährung und Flüssigkeit im Alter“ vermittelt. Unter anderem wurde auch die Bedeutung der regelmäßigen Gewichtskontrollen bzw. der Ermittlung des Body-Mass-Index (BMI) vermittelt.

Bei der Beobachtung der Essenssituationen konnten die Mitarbeiter/-innen wichtige Erkenntnisse sammeln: Abgesehen von organisatorischen Dingen, kommt es bei der Einnahme von Mahlzeiten besonders auch auf „atmosphärische“ Aspekte an. So wurde beispielsweise in einem Fall bemängelt, dass die Musik während des Essens zu laut war oder an einigen Tischen das Essen zu unterschiedlichen Zeiten serviert wurde. Es kommt häufig auf kleine Dinge an, die aber in der Summe große Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Bewohner/-innen haben können.

Der Workshop wurde insgesamt drei mal durchgeführt, jeweils mit wechselnden Mitarbeitergruppen. So konnten viele Wohnbereiche erreicht und in verschiedenen Wohnbereichen Mahlzeitensituationen beobachtet werden. Ein wichtiger Effekt dabei war, dass die Mitarbeiter/-innen bzw. Wohnbereiche voneinander lernen konnten.

Letztendlich ist festzuhalten, dass das Projekt sowohl den Mitarbeiter(n)/-innen als auch den Bewohner(n)/-innen die Bedeutung und Wichtigkeit der Essens- und Flüssigkeitsversorgung nochmals verdeutlicht hat. Die Umsetzung von Expertenstandards in diesem Bereich konnte konkretisiert und verbessert werden. Für die Verantwortlichen der Einrichtung lieferte das Projekt eine nachweisbare Qualitätskontrolle und Weiterentwicklung. Das Thema „Ernährung“ ist eines der nachweislich höchsten Zufriedenheitsindikatoren aus Sicht der Bewohner/-innen. Die abgeleiteten Maßnahmen werden weiter verfolgt, so dass eine ständige Präsenz des Themas gewährleistet ist. Somit besteht eine Nachhaltigkeit des für die Einrichtung wichtigen und nützlichen Projekts.

4.7 Beispiel Seniorenzentrum Dorotheenpark gGmbH Hilden

Das Seniorenzentrum Dorotheenpark besteht nicht aus einer Einrichtung / einem Haus, sondern zum Seniorenzentrum gehören mehrere Häuser auf einem größeren Gelände. Das Benchmarkingprojekt konzentrierte sich auf zwei Häuser: das Altenpflegeheim und eine geschlossene Einrichtung für psychiatrisch erkrankte Seniorinnen und Senioren.

Bereits Ende 2004 (also vor Projektbeginn) wurde die Konzeptgruppe „Umgang mit dementiell erkrankten Menschen im Seniorenzentrum Dorotheenpark“ gegründet. Sie ist interdisziplinär besetzt, vereint Vertreter/-innen aus allen Wohnbereichen und trifft sich regelmäßig alle zwei Wochen. Ein Schwerpunktthema der Konzeptgruppe war und ist die Ernährung von dementiell veränderten Menschen. Bei der Konzeptarbeit war von folgenden Überlegungen ausgegangen bzw. folgendermaßen vorgegangen worden:

- Es könnte schnell zu einer Überforderung kommen, wenn die angestrebten Veränderungen in allen Wohnbereichen sofort und gleichzeitig umgesetzt würden.
- Aus diesem Grunde ist ein so genannter Probewohnbereich benannt worden, in dem die neuen Verfahrensweisen und Arbeitsschritte ausprobiert wurden.
- Die Mitarbeiter/-innen dieses Wohnbereiches wurden bevorzugt mit Fortbildungen zu der Thematik bedacht. Es fand eine enge Begleitung durch die Pflegedienstleitung, den Gastronomieleiter und die Hauswirtschaftsleiterin statt.
- Zusätzlich fand eine Unterstützung durch einen externen Fachberater statt. Er gab Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Kommunikation sowie zur Atmosphäre bei den und Gestaltung der Mahlzeiten.

Eingangs wurde eine Ist-Analyse durchgeführt. Im Probewohnbereich wurden unter anderem folgende Probleme deutlich:

- Durch Vergesslichkeit, Unruhe oder starken Bewegungsdrang der Bewohner/-innen kommt es zu einer verminderter Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.
- Die Nahrung und die Flüssigkeit wird von dementiell erkrankten Menschen häufig nicht mehr als solche erkannt.
- Der Essvorgang kann häufig nicht mehr vollzogen werden.
- Mangelhafte Zahnprothetik und Schmerzen im Mundbereich oder beim Schlucken kann der betroffene Mensch oft nicht äußern.
- Viele der Bewohner/-innen scheinen wenig Appetit und ein reduziertes Durstempfinden zu haben bzw. sie vergessen zu trinken.
- Essensverweigerungen in unterschiedlicher Ausprägung kommen recht häufig vor.
- Die Geräuschkulisse ist zu hoch.
- Bestimmte Bewohner/-innen stehen häufig vom Tisch auf.

- Die Mitarbeiter/-innen überfordern die Bewohner/-innen durch zu kompliziert gestellte Fragen.
- Die Hauswirtschaftskräfte waren den Wohnbereichen nicht fest zugeordnet.
- Es fand keine gezielte Biographiearbeit speziell zur Ernährung statt.

Im Rahmen der Problemlösung wurden verschiedene Ansätze genutzt. So absolvierten z.B. sechs Mitarbeiter/-innen eine „gerontopsychiatrische Zusatzqualifikation“. Außerdem wurde eine Fortbildungsreihe „Umgang mit Demenz“ begonnen, die vor allem die Verbesserung der Kommunikation mit den Bewohner(n)-innen in den Vordergrund stellte. Darüber hinaus wurde ein Konzept mit folgenden Zielen und Grundsätzen erstellt:

- Für uns ist Essen ein Grundbedürfnis, von Geburt an lebensnotwendig und mit Genuss verbunden – ein durchaus sinnlicher Akt.
- Der ältere Mensch, der zu uns kommt, hat seine eigenen Bedürfnisse im Umgang mit der Ernährung entwickelt.
- „Der Mensch ist, was er isst.“ Essen und Trinken sind eben nicht nur auf Sättigung ausgerichtet, sondern auf den ganzen Menschen in seinem Bedürfnis nach Befriedigung, Satttheit und Freude.
- Die Mahlzeiten im Dorotheenpark sollen ein Ausdruck von Erlebnis- und Lebensqualität sein.
- Die Bewohner/-innen sollen so lange wie möglich in der Lage sein, selbständig ihre Nahrung zu sich zu nehmen, großen Einfluss darauf zu haben, was sie angeboten bekommen, soviel wie möglich an der Zubereitung teil zuhaben und ihre Auswahl selber treffen zu können.
- Die Bewohner/-innen sollen sich auf etwas Besonderes freuen, Spaß haben, ein Stück dem Einerlei entfliehen und dabei ein gutes Essen und ein Getränk genießen können.
- Die Bewohner/-innen werden nicht in einen Ablaufplan, passend zu unserer Organisation gezwängt.
- Die Ausstattung der Wohnbereiche ist so gestaltet, dass häusliche Geborgenheit und Normalität erfahrbar sind.
- Alle Besonderheiten, Gewohnheiten und Vorlieben werden beachtet.
- Bei allen Bewohner(n)-innen ist aktuell (monatlich) der Ernährungsstatus erhoben und dokumentiert.

Bei der Ist - Analyse stellte sich als größtes Problem heraus, dass die Gestaltung der Essenssituation in den Wohnbereichen abhängig von den anwesenden Mitarbeiter(n)-innen ist. Dem entsprechend wurden folgende Maßnahmen geplant:

- Einführung der „Tourenpläne“ auch für die Hauswirtschaftskräfte
- Erarbeitung von Stellenbeschreibungen für hauswirtschaftliche Kräfte

- Schriftliche Dokumentation der Qualität der Arbeit der Hauswirtschaftskräfte zusätzlich zu den regelmäßig stattfindenden Anwesenheiten des Gastronomieleiters bei den Mahlzeiten im Wohnbereich
- Erstellung eines Formulars analog zur Pflegevisite
- Überarbeitung bzw. Erstellung von Standards, um eine höhere Beständigkeit in der Betreuung und Pflege zu gewährleisten (betraf die Standards Sondenernährung, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Dehydratationsprophylaxe, Malnutritionsprophylaxe, verändertes Essverhalten bei Demenz, gestörte Nahrungsaufnahme, Nahrungsverweigerung, Gestaltung der Mahlzeiten, Umgang mit Lebensmitteln)
- Vorstellung und Erläuterung der Standards durch die Pflegedienstleitung in den Pflegeteams
- Analog Vorstellung und Erläuterung der Standards für die Hauswirtschaftskräfte durch Gastronomieleiter und Hauswirtschaftsleiterin
- Im Anschluss daran Durchführung einer internen Fortbildung für alle Mitarbeiter/-innen zum Thema „Standards und deren Umsetzung“
- Arbeitsorganisatorische Änderungen im Bereich der Hauswirtschaft:
 - Flexiblere Zeiten des Speiseangebotes, Änderungen der Dienstzeiten
 - Buffetsystem zum Frühstück und zum Abendbrot (keine vorgefertigten Brote mehr)
 - Feste Zuordnung der Hauswirtschaftskräfte zu den einzelnen Wohnbereichen
 - Hauswirtschaftskräfte dokumentieren mit ihrem Kürzel in der Pflegedokumentation
 - Regelmäßige Teilnahme an den Übergaben und den Teamsitzungen
- Installierung einer monatlich stattfindenden Hauswirtschaftsbesprechung
- Interne Fortbildungen durch den Gastronomieleiter sowie enge Begleitung bei der Implementierung und Durchführung der Tourenpläne

Der Einsatz der „Tourenpläne“ für die Servicekräfte aus der Hauswirtschaft soll kurz erklärt werden. Der Ansatz ist ähnlich wie der bei den Tourenplänen für die Pflegenden in ambulanten Pflegediensten. Für die Servicekräfte handelt es sich um eine Art Arbeitsplan für den Tag, in dem alle Aufgaben aufgeführt und mit den Uhrzeiten versehen sind, wann sie erledigt werden sollen (vgl. Abbildung 33). Dies betrifft nicht nur allgemeine Arbeiten wie das Eindecken der Tische im Speiseraum, sondern auch Leistungen, die einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern zu Gute kommen, wie z.B. das Blumengießen oder das Aufräumen im Bewohnerzimmer oder aber eine kleine Zwischenmahlzeit zum Nachmittagskaffee oder -tee. So wissen die Servicekräfte genau, was zu tun ist und behalten vor allen Dingen auch immer die Lebens- und Ernährungsgewohnheiten der Bewohner/-innen besser im Auge.



Foto: Seniorenzentrum
Dorotheenpark gGmbH

Abbildung 33: Tourenpläne für die Hauswirtschaftskräfte

Außerdem wurden die Projekte „Nachtcafé“ und „Ernährung als basale Stimulation“ umgesetzt. In diesem Rahmen wurde ein mobiler Herd angeschafft. Zur Anregung des Appetits und um anregende Highlights im Alltag zu setzen, wird mit diesem mobilen Backofen regelmäßig über die Wohnbereiche gefahren, und es werden Waffeln, Reibekuchen oder andere Leckereien gebacken. Der Duft zieht dann viele Bewohnerinnen und Bewohner an.

Das „Nachtcafé“ wurde als regelmäßiges Angebot in jedem Wohnbereich mit dem Schwerpunktthema „Essenszubereitung“ eingerichtet und nach dem „Bezugspflegesystem“ durchgeführt. Für die Angehörigen wurde von den Mitarbeiter(n)/-innen ein Angehörigennachmittag mit folgenden Themen initiiert:

- Vorstellung des Konzeptes
- Vorstellung der Standards
- Anwendung der neuen Biographiebögen
- Vorstellung des Begrüßungsschildes am Wohnbereich (Hinweisschild soll den Besucher(n)/-innen deutlich machen, dass sie einen besonderen Bereich betreten)

Die Wohnbereiche des gerontopsychiatrischen Hauses haben „ihre eigenen Regeln“. Den Angehörigen wurde in diesem Zusammenhang erklärt

- warum es häufig kein heißes, sondern warmes Essen gibt,
- dass normale Tassen oder Porzellanbecher manchmal zu schwer sind,
- dass farbige Getränke und buntes Geschirr häufig besser angenommen werden,
- dass süße Speisen oftmals bevorzugt werden,

- dass Suppen (Brühen) gerne getrunken werden,
- warum während der Mahlzeiten der Fernseher ausgeschaltet ist und lediglich dezente Hintergrundmusik läuft,
- dass Nahrungsmittel oder Messer, Gabel, Löffel von vielen Bewohner(n)/-innen nicht mehr als solche erkannt werden,
- dass die Bewohner/-innen mit den Fingern essen dürfen, sich auf den Boden legen dürfen, sich ausziehen dürfen, etc.,
- was „Fingerfood“ ist,
- was „Eat by walking“ ist,
- dass über 24 Stunden Snacks und Getränke bereitstehen.

Fingerfood dient im kalten oder mäßig warmen Zustand als Zusatzverpflegung, die mit 2-3 Fingern zu sich genommen werden kann, ohne dabei zu zerbrechen oder zu tropfen. Eat by walking ist das Essen im Gehen. Um Bewohner(n)/-innen mit einem erhöhten Bewegungsdrang genügend Energie zurückzuführen, werden unter Kontrolle der Pflege hochkalorische Snackartikel zur Verfügung gestellt (Dickmann - Programm). Eine Verbesserte Flüssigkeitsversorgung wurde vor allem durch das Programm „Saftdispenser & Aquastation“ erreicht. Zu diesem neuen Programm gehört die kostenlose Ausgabe von Fruchtsäften, um durch attraktivere Getränke den Flüssigkeitsbedarf positiv zu beeinflussen. Die bewusst farbigen Säfte und das Sprudeln der Geräte animieren zum Trinken, und es wird eine so genannte Trinkerinnerung eingesetzt (vgl. Abbildung 34).



Fotos: Seniorenzentrum Dorotheenpark gGmbH

Abbildung 34: Saftdispenser, Aquabar und Trinkerinnerung

Darüber hinaus wurde im Dorotheenpark ein so genannter Gesellschaftstisch eingerichtet. Er umfasst eine festgelegte Gruppe von 4 bis 8 Bewohner(n)/-innen. Der Gesellschaftstisch wird ansprechend eingedeckt. Alle Mahlzeiten werden gemeinsam an diesem Tisch eingenommen. Zu jeder Mahlzeit sitzt eine Pflegekraft mit am Tisch, diese ist zuständig für die Vorbereitung (möglichst gemeinsam mit den Bewohner(n)/-innen) und den gemeinsamen Beginn der Mahlzeiten. Sie isst mit, bedient die Bewohner/-innen und gibt bei Bedarf Hilfestellung. Die Pflegekraft achtet darauf, dass manuelle Fähigkeiten wie die Handhabung von Besteck gefördert werden, dass Gespräche zwischen den Bewohner(n)/-innen initiiert und die Bewohner/-innen zur Äußerung von Wünschen angeregt werden.

Im Dorotheenpark wurden auch Bewohner- und Angehörigenbefragungen durchgeführt. Aus den Befragungen resultierten folgende Maßnahmen:

- Speisepläne hängen in allen Wohnbereichen gut lesbar aus.
- Bewohnerwünsche werden beim täglichen Durchgang über die Wohnbereiche berücksichtigt.
- Heim- und Angehörigenbeirat werden an der Speiseplangestaltung beteiligt.
- Es wird durch die Küche eine bewohnerorientierte Datenbank mit Angaben zu Kostform, Vorlieben beim Essen, Selbstständigkeit, Allergien und Abneigungen beim Essen gepflegt.
- Es werden Bewohnerbiographiekärtchen genutzt.

Die Maßnahmen, die vor und während des Benchmarkingprojektes umgesetzt wurden, haben vor allem zu folgenden Ergebnissen geführt:

- Die Mitarbeiter/-innen gehen „vorsichtiger“ mit den Bewohner(n)/-innen um. Das Bewusstsein bezüglich der Erlebenswelt und der besonderen Problematik eines dementiell Erkrankten hat ein gesteigertes Verständnis für die besondere Lebenswelt der Betroffenen hervorgerufen.
- Es wird leiser gesprochen und weniger hektisch gearbeitet, dies hat einen direkten, positiven Einfluss auf das Verhalten der dementiell erkrankten Bewohner/-innen.
- Die Ernährung wird als Sinn gebende Tagesstrukturierung verstanden.
- Einmal monatlich wird der BMI erfasst.
- Es erfolgt eine spezielle Dokumentation der Ernährung bei Bewohner(n)/-innen mit BMI unter 19.
- Der Ernährungszustand der Bewohner/-innen ist nachweisbar besser (Bewohneranteil mit BMI unter 19 ist signifikant gesunken).
- Es sind bessere Kenntnisse und Erfassungen zu Vorlieben der Bewohner/-innen durch gezielte Biographiearbeit vorhanden.
- Es findet eine engere Zusammenarbeit mit Angehörigen statt.

- Durch die familiäre Atmosphäre und den Gesellschaftstisch hat der Appetit der Bewohner/ -innen zugenommen.
- Es findet mehr Kommunikation unter den Bewohner(n)/-innen statt.
- Durch „Nachmachen und Abgucken“ wurden Fähigkeiten reaktiviert.
- Es ist eine Steigerung und Gewinnung von Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein zu beobachten.
- Speisen und Getränken können durch die Bewohner/-innen am Tisch gewählt werden.
- Die Bewohner/-innen sind an der Essenszubereitung beteiligt (mobiler Herd).
- Es ist eine erhöhte Flüssigkeitsaufnahme durch die Trinkoasen und fest installierten Trinkrunden zu verzeichnen.
- Die Bewohner/-innen verweilen länger bei den Mahlzeiten.
- Die Mitarbeiter/-innen, auch die der Hauswirtschaft haben durch die Bezugspflege eine bessere Beziehung zu den Bewohner(n)/-innen aufgebaut.

An zusätzlichen Maßnahmen sind die Optimierung der Erfassung von speziellen Wünschen der Bewohner/-innen, die Renovierung der Wohnbereiche und das „Essen à la carte“ im Schlemmerstübchen geplant.

4.8 Beispiel Haus „Zum Königshof“ Düsseldorf

Für viele Bewohner/-innen ist die Nahrungsaufnahme ein wichtiger Bestandteil des körperlichen Wohlbefindens. So erklärt es sich von selbst, dass eine reine Grundversorgung für das seelische Wohl kaum ausreicht. Da viele Bewohner/-innen des Hauses „Zum Königshof“ nicht in der Lage sind, sich zusätzliches Essen selbst zu beschaffen, muss die Einrichtung dafür sorgen, dass 24 Stunden auf Wunschnahrungsmittel zurückgegriffen werden kann. Dieses haben zu Projektbeginn die Mitarbeiter/-innen der sozialen Betreuung und die Pflegemitarbeiter/-innen in Absprache mit den verschiedenen Schnittstellen im Haus als eine ihrer Aufgaben angesehen. Auch stand eine räumliche Veränderung der Speiseräume und eine neue Namensgebung für die Räumlichkeiten an. Zu Projektbeginn waren Bewohner/-innen mit unterschiedlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie verschiedenen Erkrankungen in den Speiseräumen zusammengefasst. Ziel war es, so weit wie möglich die Bewohner/-innen auf mehrere homogene Gruppen aufzuteilen. Zur Verfügung stehen pro Wohnbereich zwei Aufenthaltsräume und im Erdgeschoss ein großer Speisesaal.

Eine ausgewogene Kost ist eine Hauptvoraussetzung für gesundes Altern. Alles zusätzliche an Nahrung und die Möglichkeit, immer auf Nahrung zurückgreifen zu können, ist Pflege für die Seele. Auf die Seelenpflege konzentrierte sich das Projekt, das durch das Benchmarking begleitet wurde.

Das Projekt beinhaltete folgende Schritte:

Schritt 1:

In einer Leitungsbesprechung wurde das Thema den anderen Kolleginnen und Kollegen vorgestellt. Die einzelnen Schritte wurden erklärt und die verschiedenen Projektphasen terminiert.

Schritt 2:

Im Rahmen eines Angehörigennachmittages wurden die Angehörigen über das Vorhaben informiert, und es wurden Grundlagen des Themas „Demenz“, aber auch Fragen des Schutzes von nicht demenziell Erkrankten diskutiert.

Schritt 3:

Es wurden Mitarbeiterschulungen durch das Benchmarking angestoßen und durch interne und externe Fachkräfte durchgeführt.

Schritt 4:

Die Bewohner/-innen wurden beobachtet und dem Krankheitsbild entsprechend einzelnen Gruppen zugeordnet. Gleichzeitig wurden unter Mitwirkung der Bewohner/-innen neue Namen für die Speiseräume gesucht. Schnell wurde man sich einig, dass es eine „Gute Stube“ und ein „Esszimmer“ werden sollten. Die Beschriftung der Räumlichkeiten wurde sofort umgesetzt. Nach einer Beobachtungsphase wurden nun die Bewohner/-innen den Räumen zugeteilt. So entstand in der Guten Stube ein Freiraum für Menschen mit demenziellen Veränderungen und im Esszimmer ein Freiraum für Menschen mit körperlichen Einschränkungen. Die Räumlichkeiten wurden mit altem Mobiliar eingerichtet, das von Angehörigen und Freunden des Hauses zur Verfügung gestellt wurde. Die Bewohner/-innen sitzen nun höchstens zu viert an einem Tisch zusammen. Jede/r Bewohner/-in bekam seinen/ihren festen Platz. Die Gruppen wurden weitgehend homogen zusammengestellt. Die Erfahrung zeigte allerdings, dass das eine oder andere noch verändert werden musste.

Schritt 5:

Es wurde geplant, dass die Gute Stube morgens vom sozialen Dienst mit Unterstützung der Hauswirtschaft betreut wird. Das Esszimmer sollte von Pflegemitarbeiter(n)/-innen betreut werden.

Die anderen Mahlzeiten deckt die Pflege in Verbindung mit der Hauswirtschaft ab. Der soziale Dienst unterstützt nach Absprache.

Schritt 6:

Das Sprichwort „das Auge isst mit“ sagt schon fast alles darüber aus, worauf bei der Gestaltung des Speiseraums zu achten ist. Neben einem wohnlichen, gemütlichen Ambiente des Speiseraums tragen noch weitere Punkte zu einer ansprechenden Gestaltung bei. Kleine Sitzgruppen, leise Musik, ansprechendes Essgeschirr, leichte Trinkgefäße, frische, freundliche Servietten und Tischdecken, den Jahreszeiten entsprechender Tischschmuck, sonntags weiße Tischwäsche und appetitlich angerichtetes Essen. Die Umsetzung erfolgt in der zweiten Hälfte des Projektes.

Schritt 7:

Der große Speisesaal im Erdgeschoss wurde umgestaltet. Säulen wurden bemalt, Speisekarten angefertigt und Antiquitäten in den Saal gestellt. Bewohnerbefragungen über die Qualität des Essens wurden durchgeführt. Mehrere Methoden wurden ausprobiert, um ein möglichst konkretes Ergebnis zu erhalten. Getränkeautomaten wurden aufgestellt. Und alle „fitten“ Bewohner/-innen nahmen ab sofort ihre Mahlzeiten im großen Speisesaal ein. Der Speisesaal wurde in

„Restaurant“ umbenannt. Gleichzeitig wurde ein mobiles Bufetsystem eingerichtet, welches von den Bewohner(n)/-innen sehr gut angenommen wurde.

Schritt 8:

In jedem Wohnbereich wurden Kühlschränke mit Glastür aufgestellt. Die Bewohner/-innen haben jederzeit Zugang zum Kühlschrankinhalt. Gefüllt werden die Kühlschränke mit Süßem und Herzhaftem. Es hat sich deutlich gezeigt, das Süßes von den Bewohner(n)/-innen besser angenommen wird. Bewohner/-innen, die nicht in der Lage sind, sich selber zu bedienen, werden durch das Personal versorgt.

Durch das „Sichtbarmachen“ des Angebots werden die Bewohner/-innen animiert, zuzugreifen. Dies hat sich besonders auch bei mobilen Demenzkranken bewährt.

Anmerkung der Projektbegleiter:

Der erwähnte Kühlschrank wurde im Projekt wegen seiner Funktion / Zielrichtung häufig „Schnuckerkühlschrank“ genannt. Natürlich nutzen den Kühlschrank auch Bewohner/-innen, die schon einen guten Ernährungszustand haben. Das wird aber größtenteils akzeptiert bzw. im Einzelfall diskutiert, da im Vordergrund der Idee die Verbesserung der Ernährungssituation für gefährdete Bewohner/-innen stand.

Schritt 9:

Es wurden mit dem Caterer Absprachen getroffen, was an zusätzlichen Nahrungsmitteln angeboten werden kann. Das Arbeiten mit Ritualen wurde besprochen und sofort umgesetzt. Das heißt, in der Guten Stube spielt beispielsweise morgens immer die gleiche Musik. Es werden Tischgebete gesprochen, und im Rahmen der Mahlzeitenbetreuung wird Beschäftigung angeboten.

Das Benchmarkingprojekt hat sich gelohnt. Die Bewohner/-innen sind zufriedener und die Zahl der Mangelernährten geht ständig zurück. Und selbstverständlich werden alle Maßnahmen dokumentiert und evaluiert, und das Thema „Ernährung“ ist stets Gegenstand der Teambesprechungen und der Leitungsbesprechungen.

5 Fazit und Aussicht

5.1 Zielstellung

Mit dem Projekt sollte erstmals fundiert untersucht werden, inwieweit Benchmarking als Methode einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung von Altenpflegeeinrichtungen leisten kann. Die Fokussierung auf ein Benchmarking von „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ in stationären Einrichtungen diene dabei der wohl verstandenen Eingrenzung auf ein Thema, das derzeit in Theorie und Praxis intensiv diskutiert und bearbeitet wird. Ziel war es daher, durch den Austausch von „guten Ideen und Lösungen“ die Praxis der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in den acht beteiligten Einrichtungen zu fundieren und zu verbessern. Die Fundierung sollte zum einen durch den systematischen Erfahrungsaustausch und zum anderen durch die externe Begleitung erfolgen. Die Verbesserung sollte durch ergebnisgestützte Selbstbewertungen und den gegenseitigen Transfer „guter Ideen und Lösungen“ erreicht werden. Darüber hinaus sollten grundlegende Anforderungen an Rahmenbedingungen und Vorgehensweise von Benchmarkingprozessen herausgearbeitet werden.

5.2 Methodik

Wichtige Voraussetzung für einen systematischen Vergleich zwischen Einrichtungen der Altenhilfe ist die Verständigung auf ein gemeinsames Vorgehen und damit verbundener Instrumente. Dazu konnte in dem Projekt auf Vorerfahrungen von KCR unter anderem zu Benchmarkingprozessen und vom KDA unter anderem zur Qualitätszirkelarbeit zurückgegriffen werden. Zu den ersten wesentlichen Entscheidungen in einem Benchmarkingprozess gehört die Auswahl geeigneter Messverfahren, um eine Datengrundlage für den einrichtungsübergreifenden Vergleich und die einrichtungsspezifische Selbstbewertung zu schaffen.

Hier lassen sich, abgeleitet aus der Bearbeitung des ausgewählten Prozesses der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, einige grundlegende Empfehlungen beschreiben. Zur umfassenden Bewertung guter Praxis gehört die Bestimmung von direkten und indirekten Messgrößen. Direkte Messgrößen bestehen aus Rückmeldungen von Kundinnen / Kunden und Mitarbeiter(n)/-innen oder aus der Ermittlung unmittelbarer betriebswirtschaftlicher Effekte. Indirekte Messgrößen werden durch Erhebungsmethoden gewonnen, die anhand von Zählungen oder Beobachtungen indirekt Rückschlüsse auf die Qualität zulassen. In dem Projekt wurde dies umgesetzt, in dem sowohl Erhebungen zum Ernährungszustand der Bewohner/-innen als auch Befragungen der Kundinnen / Kunden und der Mitarbeiter/-innen durchgeführt wurden. Anhand der Erhebungen zum Ernährungszustand konnten indirekte Aussagen zum Nutzen und zur Wirksamkeit von Prozessen im Rahmen der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung der Einrich-

tungen getroffen werden. Diese wurden ergänzt durch die direkte Bewertung bzw. Einschätzung der Nutzer/-innen und Anwender/-innen.

Die **Erhebung des Ernährungszustands** der Bewohner/-innen hat sich als äußerst wichtig herausgestellt, da daraus Ableitungen individueller Maßnahmen für die einzelnen Bewohner/-innen möglich waren. Der zur Erhebung ausgewählte MNA-Bogen (MNA = Mini Nutritional Assessment) enthält (einige) wesentliche Kriterien, um eine solche Ableitung vorzunehmen. Es hat sich aber auch herausgestellt, dass der Bogen einige methodische und inhaltliche Schwächen aufweist (z.B. mehrere Aspekte in einer Frage enthalten, keine klare Gliederung nach „Bewohnerzustand“, „Ess-/Trinkverhalten“ etc.), was in der Praxis zu nicht zu unterschätzenden Akzeptanzproblemen geführt hat. Der ermittelte Gesamtpunktwert ist von den Einrichtungen „nur“ als Hinweisgeber auf mögliche Verbesserungsbedarfe verstanden worden, und dies ist sinnvoll. Für einen einrichtungsübergreifenden Vergleich ist der MNA-Bogen daher nur eingeschränkt verwendbar. Hier besteht für die Zukunft noch Entwicklungsbedarf. Für Benchmarking gilt generell, dass mangelnde Akzeptanz und „Unschärfen“ bei der Messung den Nutzen damit verbundener Ergebnisse erheblich beschränken. Das gilt insbesondere bei der Anwendung nicht selbst entwickelter Instrumente. Allerdings ist der Aufwand zur Entwicklung „eigener“ Messverfahren in der Regel sehr hoch. Daher gilt es immer, eine gute Aufwand- und Nutzen-Abwägung bei der Verständigung auf geeignete Messverfahren vorzunehmen.

Es hat sich bewährt, dass solche Instrumente nicht von externen Experten sondern von den Mitarbeiter(n)-innen selber angewendet werden. Hierdurch findet eine intensivere Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeit statt. Dabei war es von Nachteil, dass keine „offizielle“ Erläuterung zum MNA in schriftlicher Form abrufbar war. Ein wichtiger Effekt war auch die Auseinandersetzung darüber, welche Faktoren, die auf den Ernährungszustand einwirken, beeinflussbar und welche nicht beeinflussbar sind.

Die **standardisierten Befragungen** wurden in enger Abstimmung zwischen den Projektberatern und den teilnehmenden Einrichtungen entwickelt. Dadurch konnte die Akzeptanz in der Anwendung gesichert und die Motivation zur Teilnahme erheblich gesteigert werden. Da sich das Projekt thematisch auf einen Prozess beschränkt hat, war es notwendig, sich auch über eine Begrenzung der Teilnehmer/-innen zu verständigen. So wurden „nur“ Mitarbeiter/-innen aus Pflege, Hauswirtschaft und Küche (also solche Mitarbeiter/-innen, die in die Prozesse direkt eingebunden sind) befragt. Das ist Voraussetzung für eine hohe Aussagekraft. Eine Angehörigenbefragung wurde als nicht sinnvoll verworfen, weil Angehörige in der Regel nicht ausreichend Wissen haben, um die Prozesse in „der Tiefe“ zu beurteilen, die Rückschlüsse auf Stärken oder Verbesserungspotenziale zulassen.

In die Bewohnerbefragung wurden nur solche Personen einbezogen, die noch einem strukturierten Interview von ca. 30 Minuten folgen können. Dadurch konnte eine Repräsentativität der

Befragung nicht gewährleistet werden. Hier besteht in der Altenhilfe generell das „Problem“, dass über die Hälfte aller Bewohner/-innen an einer solchen Messung nicht (mehr) teilnehmen kann. Zur „Kompensation“ empfiehlt sich daher eine Kopplung mit Beobachtungen und anderen „indirekten“ Messungen. Außerdem ist die Auswertung sozio-demografischer Daten bei so kleinen Grundgesamtheiten nur sehr begrenzt möglich bzw. nicht sehr aussagekräftig. Insgesamt haben die standardisierten Befragungen zahlreiche Hinweise auf Stärken und Verbesserungsmaßnahmen gegeben. Sie sind überwiegend Hinweisgeber, mit der eine Priorisierung von Stärkenprofilen und/oder Verbesserungsbereichen unterstützt wird. Sie sind sehr gut für Benchmarkingverfahren verwendbar.

Die **Beobachtung von Mahlzeitsituationen und einzelnen Bewohner(n)-innen** lieferte insgesamt wichtige Hinweise auf gute Praxis und Verbesserungspotentiale, und sie wurde insbesondere zur Einschätzung der Zufriedenheit der nicht befragbaren Bewohner/-innen bzw. der notwendigen organisatorischen Rahmenbedingungen für diese Bewohnergruppe eingesetzt. Wichtig war, dass die Schwerpunkte der Beobachtung von Mahlzeitsituationen von den teilnehmenden Einrichtungen selbst festgelegt wurden. Dadurch kam es bereits im Vorfeld zu einer Auseinandersetzung über Maßstäbe für gute Versorgung mit Getränken und Mahlzeiten. Dies ist einer der vielen qualitativen Effekte, die die Auseinandersetzung mit den quantitativen Aspekten mit sich gebracht hat. Die Beobachtungen wurden als Fremdbeobachtung organisiert, also von Mitarbeiter(n)-innen aus anderen Einrichtungen durchgeführt. Dies hat zu interessanten „Feedbacks“ geführt und gleichermaßen einen hohen qualitativen Nutzen für die Beobachter/-innen und die Beobachteten gebracht. Schwierigkeiten kann es allerdings bei kritischen Feedbacks geben. Hier zeigte sich, dass ein Benchmarking über Beobachtungen dort am ehesten gelingt, wo es bereits ein hohes Maß an Vertrauen und gegenseitige Wertschätzung gibt. Kritisch wurde zur Beobachtung einzelner Bewohner/-innen angemerkt, dass fehlendes Kontextwissen zum/zur Bewohner/-in zu „unscharfen“ Ergebnissen führt, was wiederum (siehe oben) mangelnde Akzeptanz zur Folge hat. Die Methode ist also eher geeignet für die Beobachtung durch Mitarbeiter/-innen des Wohnbereichs bzw. der eigenen Einrichtung. Und bei Wiederholungsbeobachtungen sollten – soweit möglich – dieselben Mitarbeiter/-innen eingesetzt werden. Für ein einrichtungsübergreifendes Benchmarking sind die Ergebnisse nur sehr begrenzt verwertbar. Diese Einschränkungen gelten allerdings für die Beobachtung von Mahlzeitsituationen nicht.

Generell gilt, dass man in Benchmarkingverfahren stets einen „**Methodenmix**“ bei Erhebungen und Messungen anstreben sollte. Dadurch können methodische Unzulänglichkeiten einzelner Instrumente bzw. deren Anwendung aufgedeckt und ggf. kompensiert werden. Ein solcher „Methodenmix“ fördert die Einbeziehung der Mitarbeiter/-innen verschiedener Ebenen und forciert

die Auseinandersetzung mit Grenzen sowie Möglichkeiten der direkten Rückmeldungen durch die Bewohner/-innen (gerade bei einer steigenden Zahl demenziell veränderter Menschen in den stationären Altenhilfeeinrichtungen).

Die Anforderungen an eine gute Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sind sehr komplex und vielfältig. Im Projekt wurde dazu eine umfassende Expertise erstellt und in Form eines Leitfragenkatalogs den Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Um dabei möglichst viele Bereiche abzudecken und Mitarbeiter/-innen mitzunehmen, wurden Fragen aus Pflege und Hauswirtschaft gleichwertig nebeneinander gestellt. Mit dem „Methodenmix“ konnten die wichtigen Fragestellungen abgedeckt und bearbeitbar gemacht werden. Mit der PDCA-Analyse wurde dieser Prozess der Selbstbewertung bzw. -analyse dann anschaulich und nachvollziehbar gemacht.

Von besonderer Bedeutung war die Auseinandersetzung mit den pflegefachlich fundierten Messverfahren. Hier besteht – wie oben bereits erwähnt – Entwicklungsbedarf, den die Einrichtungen vielfach durch einfache und kleine (Zwischen-)Lösungen zu überbrücken versuchen. Obwohl die Anwendung des MNA-Bogens und auch die Orientierung an Messverfahren bzw. -größen wie dem BMI nur auf beschränkte Akzeptanz trafen, haben die Einrichtungen in den Schulungen, aber auch in der betrieblichen Praxis intensiv an umsetzbaren Verfahren gearbeitet. Die Ergebnisse sind praxis- und anwenderorientiert, einfach und den vorhandenen Ressourcen angepasst. Dies gilt gerade auch für die Bewohnerbeobachtung, bei der die Einrichtungen sehr kreativ und mit viel Engagement bei der Entwicklung und Anwendung beteiligt waren. Vor allem die „gegenseitigen“ Interviews haben den beteiligten Einrichtungen viele neue Impulse und Anregungen vermittelt.

5.3 Voraussetzungen und Rahmendingungen

Erfolgreiche Benchmarkingverfahren setzen auf Offenheit und Bereitschaft zur Transparenz. Soll tatsächlich ein gegenseitiger Erfahrungsaustausch zu guten Ideen und Lösungen gelingen, müssen alle beteiligten Einrichtungen bereit sein, auf Anonymität der erhobenen Ergebnisse zu verzichten und sich mit ihren Stärken sowie Verbesserungspotenzialen selbstkritisch auseinander zu setzen. Im Projekt wurden stets alle Ergebnisse offen gelegt. Nur so konnte der angestrebte Lernprozess stattfinden. Lernen von guten Ideen und Lösungen geht nur, wenn die hinter den guten Ergebnissen liegende Praxis beschrieben wird. Manchmal ist es dann so, dass gute Ergebnisse auch für die Einrichtung selbst „unerklärbar“ sind oder nicht nur ein Konzept oder eine Methoden dahinter verborgen ist. Es ist auch wenig hilfreich, Rangfolgen oder Ergebnislisten in Benchmarkingprozessen anzulegen. Externe Einflussfaktoren wie Standort (Stadt/Land) oder Marktstruktur (hoher Wettbewerb/Monopolstellung) „verfälschen“ solche

Rangfolgen. Das Hauptaugenmerk sollte stets auf dem Herausarbeiten erfolgreicher Strukturen und guter Prozesse liegen, die sich hinter guten Ergebnissen verbergen. Ganz besonders interessant sind schlechte Ergebnisse und ihre Hintergründe. Beide Perspektiven sind im Benchmarking wichtig.

Benchmarking funktioniert auch, wenn Konkurrenten am Tisch sitzen. Wichtig ist nur, dass diese Konkurrenzen offen angesprochen und die Grenzen der Zusammenarbeit klar benannt werden. Dazu gehört selbstverständlich auch der vertrauliche Umgang mit den Ergebnissen der Benchmarks.

Eine der wichtigsten Voraussetzungen für Benchmarking ist die Selbstverpflichtung der Leitung in Verbindung mit der Bereitschaft zur persönlichen Mitarbeit. Es hat sich gezeigt, dass dort, wo Leitung persönlich involviert ist, der Nutzen von Benchmarking am größten ist.

Dazu trägt auch die externe Moderation und Begleitung bei. Eine externe Begleitung sorgt für Methodik und Systematik im Vorgehen. Sie ist aber auch da nötig, wo Konflikte oder Probleme klar an- bzw. auszusprechen sind. Außerdem lassen sich über externe Moderation Konkurrenzen klarer kommunizieren und nötigenfalls Regeln zum Umgang damit vereinbaren.

Damit Benchmarking nicht anekdotisch wird, braucht es eine klare Systematik und ein verbindlich abgestimmtes und vereinbartes Vorgehensmodell. Von den beteiligten Einrichtungen wird dabei Kompromissbereitschaft bei der Abstimmung der Vorgehensweise und der Festlegung geeigneter Mess- und (Selbst-)Bewertungsverfahren erwartet.

Es hat sich gezeigt, dass ein einheitliches QM-Verfahren nicht notwendig ist, wenn Benchmarking erfolgreich sein soll. Allerdings sollten die beteiligten Unternehmen gegenüber Selbstbewertungsverfahren aufgeschlossen sein und dies als geeignetes Vorgehen im Qualitätsmanagement akzeptieren bzw. in ihr System integrieren. Dies ist allerdings für alle derzeit gängigen QM-Systeme unproblematisch.

Zentrales Instrument guter Vergleichsprozesse ist der **Benchmarkingkreis**. Dieser dient der Etablierung einer Plattform für den gegenseitigen Erfahrungsaustausch über „gute Ideen und Lösungen“. In ihm werden die Vorgehensweise, Instrumente und Verfahren, Fortbildung und die gemeinsame Ergebnissichtung bzw. -auswertung vorgenommen. Es hat sich gezeigt, dass es sinnvoll ist, Kontinuität in der Teilnahme zu gewährleisten. Die Teilnehmer/-innen sollten sowohl Entscheidungsträger als auch Fachleute sein. Von den meisten Einrichtungen waren daher auch fast immer zwei Personen anwesend (in der Regel Pflegedienstleitung und Hauswirt-

schaftsleitung). Dies trägt erheblich zur Fundierung der Diskussion und zur Nachhaltigkeit der getroffenen Vereinbarungen bei.

Während der Benchmarkingkreis das zentrale Instrument der übergreifenden Arbeit in dem Projekt gewesen ist, diente die Potenzialanalyse der internen Bilanzierung der eigenen Praxis. In Leitungs- und Mitarbeiterkreisen wurde entlang der PDCA-Systematik die eigene betriebliche Praxis im Umgang mit Ernährung und Flüssigkeitsversorgung analysiert, bewertet und konkret verbessert. Die Potenzialanalyse ist methodisch als Selbstbewertung angelegt. Basierend auf den Ergebnissen der Messungen (MNA, Befragungen, Beobachtungen und ggf. eigenen Erhebungen) wurde die Praxis einer systematischen Bewertung unterzogen. Dabei wurde großer Wert auf Mitarbeiterbeteiligung gelegt. Besonders wichtig war die Beteiligung aller betroffenen Funktionsbereiche. Bewährt hat sich auch, dass die Einrichtungen zur inhaltlichen Vor- und Nachbereitung einen Leitfaden zur Hand hatten, in dem aus unterschiedlichen Quellen (Fachöffentlichkeit, Expertenstandards/Qualitätsniveaus, MDK-Richtlinien etc.) die Anforderungen an gute Ernährung und Flüssigkeitsversorgung zusammengetragen wurden. Die Ergebnisse der Potenzialanalyse bieten in ihrer Gesamtheit einen sehr guten Überblick über den „State of the Art“ guter Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Dies beinhaltet sowohl die eingeführten und genutzten Instrumente, Konzepte und Methoden als auch die damit verbundenen Ergebnisse, die Nutzen und Wirksamkeit von Strukturen und Prozesse bewerten helfen.

5.4 Gesamtbilanz

Das Projekt hat gezeigt, dass Benchmarking als Instrument zur Qualitätsentwicklung in Altenhilfeeinrichtungen einen wichtigen Beitrag zur Kommunikation guter Praxis und zur gezielten Verbesserung der Qualität leisten kann. Die Kompetenzen zur Gestaltung und Weiterentwicklung von Benchmarks sind weitgehend vorhanden. Die Bereitschaft, sich auf Transparenz und auf Vergleiche (auch zwischen Konkurrenten) einzulassen, ist sehr hoch. In fachlicher Hinsicht lässt sich konstatieren, dass in den Einrichtungen umfassendes Wissen vorhanden ist, das aber oftmals nicht ausreichend Anwendung findet. Hier bietet sich Benchmarking als Methode zur Unterstützung von Anwendungs- bzw. Umsetzungsprozessen an.

Die Einrichtungen haben es ausgezeichnet verstanden, die Ergebnisse nicht zu einem Ranking zu „missbrauchen“. Auch die „Besten“ haben noch zahlreiche Anregungen für die Verbesserung ihrer Arbeit gefunden und sich nicht auf ihren guten Resultaten ausgeruht. So verstanden, sind Ergebnisse nicht Endpunkt (im Sinnen von Kontrolle) sondern Anfang von Handlung.

Für ein Benchmarking zu einem ausgewählten und heraus gelösten Prozess wie die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in stationären Einrichtungen sind 18 Monate Laufzeit einerseits ausreichend. Andererseits sollte auch genügend Zeit eingeplant werden, wenn bereits im Projektverlauf – wie im dargestellten Projekt geschehen – Evaluationserhebungen vorgesehen sind. In allen Einrichtungen sollten tragfähige Strukturen vorhanden sein, die, wenn Ergebnisse zur Einordnung von Stärken und Verbesserungsbereichen genutzt werden können, bei systematischer Planung und Vorgehensweise zu schnellen und praktikablen Lösungen führen. In keiner Einrichtung musste Ernährung und Flüssigkeitsversorgung grundsätzlich neu gestaltet werden. Überall gab es eine tragfähige Wissens- und Erfahrungsgrundlage. Vielfach wurden schlummernde Ideen herausgearbeitet und schnell umgesetzt. Der Nutzen lag vorrangig in der Konkretheit der Maßnahmen und darin, dass es sich oft um „Low-Hanging-Fruits“ – also schnell und mit wenig Aufwand realisierbare Vorhaben – handelte. Nahezu alle beteiligten Einrichtungen gaben an, dass zwei wesentliche Ziel für sie erreicht worden sind:

1. Know how und Selbstbewusstsein der Mitarbeiter sind gestiegen.
2. Die Einrichtungen sind deutlich besser befähigt, mit externen Vorgaben und fachlichen Empfehlungen aus der Pflegewissenschaft bzw. von Expertengruppen umzugehen.

5.5 Perspektiven

Das Projekt ist aus Sicht der beteiligten Einrichtungen und der Begleiter ein Modell mit Perspektive. Das entwickelte und erprobte Verfahren lässt sich mit überschaubarem Aufwand durchführen. Rechnet man die Entwicklungs- und Dokumentationskosten einmal heraus, ist ein solcher Prozess perspektivisch sogar als frei finanziertes Angebot am Markt platzierbar.

Daneben ist Benchmarking sehr gut geeignet, um mit überschaubarem Aufwand eine Bestandsaufnahme des „State of the Art“ zu wesentlichen und kritischen Prozessen in der Altenhilfe zu erarbeiten. Was mit Ernährung und Flüssigkeitsversorgung gelungen ist, sollte auch z.B. zum Umgang mit Stürzen, Schmerzmanagement oder dem Zusammenspiel von Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft nützlich sein können.

Darüber hinaus ist Benchmarking gut geeignet, die Erprobung und Implementierung von Standards und Qualitätsniveaus zu unterstützen. Das betrifft sowohl die damit verbundenen Anforderungen an Strukturen und Prozesse als auch die Erprobung neuer Messverfahren in der Praxis.

Seine ganze Wirkung entfaltet Benchmarking dann, wenn auch die Schnittstellen zwischen den (kritischen) Prozessen thematisiert werden können. Es fördert das Zusammenspiel der Bereiche und unterstützt damit die synergetische Entwicklung innovativer Konzepte.

Benchmarking fördert Transparenz und Nachweisorientierung in Verknüpfung mit Stärkenorientierung. Damit werden Betriebe in Zukunft besser befähigt sein, sich und anderen gegenüber die Qualität der eigenen Arbeit einzuschätzen und besser darstellen zu können.

6 Handlungsempfehlungen zur Einführung und Durchführung von Benchmarking als ein Instrument zur Qualitätsentwicklung in der Pflege

6.1 Vorbemerkung

Das Projekt „Benchmarking in der Pflege zum Thema Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ hat gezeigt, dass ein am Konzept des Benchmarking orientierter Qualitätsentwicklungsprozess auch in Altenhilfeeinrichtungen mit Erfolg eingeleitet werden kann. Voraussetzung dafür ist es jedoch, dass die erforderlichen internen und externen organisatorischen Strukturen vorliegen bzw. hergestellt werden und die Möglichkeiten genutzt werden, sich den Stand der Künste in dem Bereich, in dem Benchmarking angewendet werden soll, selbst bzw. durch Einbeziehung externer Expertinnen und Experten anzueignen. Der folgende Handlungsleitfaden gibt Hinweise zur praktischen Einführung und Durchführung von Benchmarkingprozessen in Altenhilfeeinrichtungen und erläutert die erforderlichen Voraussetzungen für den Einstieg.

Generell wird ein projektorientiertes Vorgehen empfohlen, um Benchmarkingprozesse in Einrichtungen der Altenhilfe zu etablieren. In Anlehnung an das Referenzprojekt beinhaltet dies die folgenden Arbeitspakete für ein Einstiegsvorhaben:

1. Sondierung der Ausgangslage und Planung des Gesamtprozess: Haben wir eine begriffliche Vorstellung zum Benchmarking entwickelt? Passt das Benchmarking zu uns? Wer kann sich vergleichen und wozu? (siehe Kapitel 6.2, Seite 112 ff.)
2. Etablierung der internen und externen Strukturen für ein systematisches Benchmarking (siehe Kapitele 6.3 und 6.4, Seiten 114 ff.)
3. Abstimmung der Anforderungen und Gütekriterien an „gute Praxis“ z.B. für Ernährung sowie Flüssigkeitsversorgung (siehe Kapitel 6.5, Seite 121 ff.) in stationären Alteneinrichtungen oder Anwendung eines Fragen-/ Kriterienkatalogs für Potenzialanalysen der vorhandenen Praxis.
4. Bewertung der vorhandenen Praxis (Ergebnisbewertung, prozessorientierte Potenzialanalyse in Form *moderierter* Selbstbewertung einschließlich der Ermittlung von Verbesserungsbereichen) (siehe Kapitel 6.6, Seite 128 ff.)
5. Ergebnispräsentationen und deren Diskussion in Benchmarkingkreisen (siehe Kapitel 6.7, Seite 138 ff.)
6. Aktionsplanungen und begleitete Umsetzung (siehe Kapitel 6.7, Seite 135 ff.)

6.2 Sondierung der Ausgangslage und methodische Vorüberlegungen zur Planung des Vorhabens

Ist die grundlegende Entscheidung gefallen, mit der Methode des Benchmarking einen Qualitätsentwicklungsprozess einzuleiten, empfiehlt es sich zunächst auf der Ebene der Geschäftsführung Vorgespräche und/oder Workshops zu veranstalten, um einen generellen Überblick über die Methode Benchmarking zu gewinnen, das Modell zu verstehen und eine geeignete Variante für den Einrichtungsverbund auszuwählen. Eine Kurzbeschreibung des Instrumentes Benchmarking findet sich in Kapitel 2, Seite 17 dieses Berichtes.

6.2.1 Konstituierung des Einrichtungsverbundes

In der Folge geht es darum, Partnereinrichtungen zusammenzubringen, die grundsätzlich ihr Interesse zur Teilnahme am Projektverbund bekundet haben. In der Regel ist dieses Einverständnis zur Zusammenarbeit leichter herzustellen, wenn es sich um Einrichtungen desselben Trägers handelt, dies ist jedoch keine Voraussetzung. Vielfach finden sich Einrichtungen auch aufgrund anderer Umstände zusammen, z.B. durch gemeinsame Aktivitäten in der Vergangenheit oder wie im Falle des vorliegenden Projektes über bestehende Kooperationsbeziehungen zu Instituten, die sich im Bereich der Qualitätsentwicklung engagieren. Wie die Kontakte entstanden, ist für die Erfolgchancen auch weniger von Bedeutung als die Beachtung der folgenden grundlegenden Anforderungen:

- Es sollte sich um Altenhilfeeinrichtungen handeln, die in ihrem unmittelbaren Einzugsgebiet nicht in Konkurrenz zueinander stehen. Es ist unvermeidlich (bzw. sogar gewünscht), dass die beteiligten Einrichtungen in gewissem Umfang die Betriebsabläufe der jeweils anderen beteiligten Einrichtungen kennen lernen. Wenn die Gefahr besteht, dass diese Informationen missbraucht werden, ist eine Kooperation im Sinne von Benchmarking nur schwer zu realisieren.
- Es sollte sich um Einrichtungen handeln, deren Kontakte sich bislang auf einer Sachebene bewegt haben und nicht durch irgend geartete Vorbehalte untereinander gekennzeichnet sind.
- Es sollte sich um Einrichtungen handeln, die in Bezug auf die Prozesse, für die das Benchmarking zum Einsatz kommen soll, einen gewissen Problemdruck oder ein Erkenntnisinteresse in Hinsicht auf weitere Entwicklungspotentiale haben.
- Es sollte sich um Einrichtungen handeln, die bereits Erfahrungen in der systematischen Qualitätsentwicklungsarbeit haben und entsprechende auch organisatorische Strukturen aufgebaut haben. Es ist nicht erforderlich, dass alle Beteiligten qualitativ auf demselben auf demselben Niveau sind. Wenn aber der Benchmarkingprozess mit der Aufgabe konfrontiert wird, grundlegende zu schaffen zu müssen, die zur Herstellung von Handlungs- und Veränderungsfähigkeit erforderlich sind, kann dies die gemeinsame Arbeit im Projektverbund sehr

belasten.

- Es sollte sich um Einrichtungen handeln, die räumlich nicht allzu weit auseinander liegen, um Fahrzeiten und –kosten zu minimieren.

6.2.2 Auswahl der Moderation und fachlichen Begleitung

Generell sollte der Benchmarkingprozess zentral koordiniert werden. Zu unterscheiden ist zwischen der Moderation von übergreifenden Benchmarkingkreisen, in den möglicherweise mehrere Einrichtungen einbezogen sind, und der Zirkel, der sich auf Benchmarking mehrere Wohn- oder Funktionsbereiche eine und derselben Einrichtung beziehen. Sind mehrere Einrichtungen einbezogen, ist es in der Regel von Vorteil eine externe Moderation zu engagieren, da deren Perspektive nicht durch die Zugehörigkeit zu einem der teilnehmenden Einrichtungen geprägt ist. Geht es um Benchmarking mehrerer Organisationseinheiten einer Einrichtung kann dies meistens durch eine Moderation aus der Einrichtung selbst wahrgenommen werden.

Das Anforderungsprofil ist ähnlich (vgl. Kapitel 6.6.4, Seite 7). Die Steuerung der Benchmarkingkreise sollte in der Regel von in der Branche erfahrenen Personen durchgeführt werden. Gerade bei ‚Einkauf‘ von externer Moderation ist dies zu berücksichtigen.

6.2.3 Auswahl des Anwendungsbereiches für Benchmarking

Wichtig ist darüber hinaus auch, gemeinsam einen Anwendungsbereich zu bestimmen für den Benchmarking angewendet werden soll. Das allgemeine Ziel „die Qualität zu verbessern“ ist für Benchmarking nicht ausreichend konkret und birgt die Gefahr in sich, sich in allgemeinen Überlegungen zu verlieren und zu verzetteln. Da zudem nicht nur Führungskräfte in den Benchmarkingprozess einbezogen sind, ist darauf zu achten, dass Problembereiche behandelt werden, mit denen alle Beteiligten konkret durch eigenes Tun und Erfahren konfrontiert sind. Im vorliegenden Projekt wurde der Bereich der „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ gewählt; es kommen jedoch auch andere pflegerische Handlungsbereiche in Frage. Zum Beispiel Fragestellungen in einem der 13 „Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens“ nach dem AEDL-Konzept der Pflegewissenschaftlerin Prof. Monika Krohwinkel oder vergleichbaren Ansätzen anderer Pflegewissenschaftler.

Es ist natürlich auch denkbar, daneben auch andere eher organisatorische Abläufe betreffende Fragestellungen in den Mittelpunkt zu stellen, z.B. „Verbesserung der internen Kommunikation und Information“.

6.3 Planung des Gesamtprozesses

Ist der Einrichtungsverbund konstituiert und der Anwendungsbereich für Benchmarking bestimmt worden, beginnt die Beschäftigung mit der Planung des Gesamtprozesses. Losgelöst von der speziellen Wahl von Instrumenten (z.B. Erhebungen durch externe Dienstleister, Auswahl von Diagnoseinstrumenten usw.) und der Entscheidung für oder gegen externe Moderation, kann das Benchmarking – wie auch im vorliegenden Projekt geschehen - auf der Basis der PDCA-Systematik (**Plan/DO/Check/Act**) geplant werden. Die PDCA-Systematik bezeichnet einen Strukturierungsvorschlag für die Durchführung von Veränderungen, wie er auch in ähnlicher Terminologie der Ablaufsystematik zur Planung von Pflegeprozessen (Pflegeplanung) zugrunde liegt. Die PDCA-Systematik wird in Kapitel 3.4, Seite 64 dieses Berichtes beschrieben.

Planungsphase (,Plan')

Wie auch andere komplexe Projektvorhaben braucht die Umsetzung des Benchmarking eine passende Planungsmethode. Die Planung der Planung ist hier zunächst gefragt. Für die strategische Planung ist selbstverständlich die oberste Leitung verantwortlich. In der Regel hat der moderne Manager einer Einrichtung bereits einen Steuerungs- oder Leitungskreis eingerichtet, der die hier wegweisenden Entscheidungen diskutiert und dann auch fällt. **Wenig Sinn macht es, einen parallelen Steuerungskreis einzurichten, dessen Teilnehmer nur leicht variieren.** In der Praxis sorgt das eher für Mehrbelastung zum Beispiel durch erhöhten Kommunikationsaufwand. Eine vorhandene Planungsmatrix wird so ergänzt und abglichen statt eine zweite von der ersten abgekoppelte Planungstafel zu erstellen. Letzteres verstellt den Blick auf alle Vorhaben und die vorhandenen Ressourcen. Für Verwirrung sorgen parallele Strukturen zudem dann, wenn die Integration für die Mitarbeitenden nicht sichtbar wird. Wen wundert es da, wenn bei Mitarbeiterbefragungen die Ergebnisse zum Punkt ‚einheitliches Verbesserungswesen‘ gering ausfallen, obwohl der Terminkalender prall gefüllt ist mit den Treffen der Arbeitskreise, Projektsteuerungsgruppen etc.

Hilfreich ist die zusammenfassende Übersicht aller Verbesserungsaktivitäten in einem ‚Masterplan‘. Dieser macht auch die Schnittstellen zu anderen Bereichen sichtbar. Gerade bei größeren Einrichtungen und Trägerverbänden kann auf diese Weise vermieden werden, dass in unterschiedlichen Bereichen an der gleichen Thematik gearbeitet wird, ohne jeweils Kenntnis davon zu haben. Vielleicht nur deshalb, weil nicht vereinbart war, wer sich darum kümmert.

Planung ohne Information bzw. Kenntnis des Status Quo ist schwierig und hochgradig von Zufällen, Stimmungen etc. abhängig. Der Leitungskreis wertet also Informationen systematisch aus (z.B. Ergebnisse aus Befragungen, Potenzialanalysen) und erstellt eine Reihenfolge der strategisch zu bearbeitenden Themenfelder. Möglicherweise lässt eine erste Situationsanalyse

strukturelle Defizite erkennen, die Umsetzungsprozesse erschweren würden. Es fehlt vielleicht an schlichten Ausstattungsgegenständen wie Flipchart-Tafeln und/oder Moderationswänden. Die Erfahrung zeigt, dass manchmal Arbeitsgruppen zwar in der Anwendung der Meta-Plan-Methode geschult wurden, dann aber keine geeigneten Pinwände hatten, um die Methode auch anzuwenden.

Stärker ins Gewicht fallen ungeklärte Kompetenzen: wer muss hier sein, damit wir folgenreiche Entscheidungen überhaupt treffen können? Die Zusammensetzung des Steuergremiums selbst ist dann ein erster Verbesserungsbereich. Grundregel: alle Bereiche des Hauses sollten vertreten sein. Die Kontinuität der Teilnahme ist so gut wie möglich sicherzustellen. Vertreter-Vertreter-Regelungen sind zu vermeiden. Physische Präsenz allein schafft keine Gruppendynamik.

Sich arbeitsfähig machen und auch halten, das zeichnet einen guten Planungskreis aus. Nicht hilfreich sondern essentiell sind Moderationsfähigkeiten aller Beteiligten. Moderieren und sich moderieren lassen umschreibt das, worum es geht. Einer wendet Methoden an und andere nehmen sie (auch kritisch) als Unterstützung an. Allerdings sollte niemand in diese Rolle gezwungen werden - frei nach dem Motto: jeder kommt hier mal dran. Formale hierarchische Strukturen lösen sich auch in einem teamorientierten Arbeitskreis nicht auf.

Planen heißt Soll-Vorgaben entwickeln. Die Ziele des Prozesses werden formuliert. Es wäre falsch nur deshalb auf Zielformulierungen zu verzichten, weil augenblicklich keine Lösung des ‚Wie‘ zu erkennen ist. Mit anderen Worten: strukturell müssen die Vorgaben gemacht werden, um Problem lösen zu können. Führungskräfte versuchen den Eigendruck zu verringern, auf alles eine Antwort wissen zu wollen; Mitarbeitende nutzen die ihnen eingeräumten Möglichkeiten, selber auf Lösungen zu kommen. Ein Qualitätszirkel ist zum Beispiel kein Ort, um Lösungen der Führungskräfte in die Praxis umzusetzen. Dafür gibt es Arbeitsanweisungen.

Ziele zu erreichen bedeutet oft Hinderungsgründe zu ermitteln oder Zwischenschritte einzulegen, die der Problemlösung dienen. Hier greifen dann Methoden der systematischen Problemlösung. Sie können durchaus Bestandteil der nächsten Phase sein: Wie kommen wir vom IST- zum Soll-Zustand; wie muss also die Umsetzung gestaltet werden? Wer wird damit beauftragt? Welche Voraussetzungen sind erforderlich? Wie hoch ist die Methodenkompetenz der Verantwortlichen? Wie ist die Qualität der Teamarbeit einzuschätzen?

Beste-Praxis in der Entwicklung von Umsetzungsstrukturen sind da zu beobachten, wo die Unternehmen sich intensiv mit dem Projektmanagement auseinandersetzen. Ziel ist hier, die projekthafte Umsetzung von Verbesserungen unter hoher Beteiligung der Mitarbeitenden zu optimieren. Gerade in größeren Einrichtungen kann dies konkrete, strukturelle Ausprägungen bekommen:

Nachfolgend ein Beispiel für eine Umsetzungsstruktur, die nach der Entscheidung für die EFQM-Benchmarking-Systematik (siehe dazu Kapitel 2.2 Seite 18 dieses Berichtes), in einer 120-Bewohner-Einrichtung aufgebaut wurde. Ausgehend von einem Auftrag der Geschäftsführung des Hauses Seniorenglück ist die Leitungsrunde des Pflegeheims um die Aufgabe eines QM-Steuerungskreises erweitert worden. Der Auftrag lautet: formale und inhaltliche Ausgestaltung des QM-Systems. Für die dreimonatige Startphase ist vereinbart worden, drei zusätzliche, etwa dreistündige Sitzungen einzuberufen. In dieser Startphase geht es darum, das strukturelle und fachliche Anforderungsprofil zu entwickeln; die Leitungsrunde gibt sich anlässlich dieser gravierenden Veränderung auch eine Art ‚Verfassung‘. Diese Grundsätze regeln die Art und Weise der Kommunikation und wie Entscheidungen getroffen werden. Darüber hinaus wird die Startphase dazu genutzt, den Bedarf für Beratungs- und Schulungsmaßnahmen zu klären und entsprechend zu planen. Eine wesentliche Erkenntnis des Gremiums ist, dass hier im Wesentlichen Steuerungsfunktionen wahrgenommen werden sollen. Im Klartext bedeutet dies: Probleme zu entdecken, Zielvorgaben und Aufträge zu weiteren Bearbeitung zu verteilen sowie Entscheidungen über vorgeschlagene Verbesserungen zu treffen. Nur so kann zeitlich effektiv gearbeitet werden. Die konkrete Bearbeitung von Verbesserungsbereichen wird an Qualitätszirkel weitergegeben. Diese Verbesserungsbereiche werden zum einen direkt aus den Ergebnissen der quantitativen Erhebungen (Befragungen und Betriebsdatenanalysen) und deren qualitativen Auswertung (in der Selbstbewertung) abgeleitet. Kurzfristig Umsetzbares („low hanging fruits“) wird im Leitungskreis sofort beschlossen und die Implementierung auf dem Folgetermin reflektiert, während langfristige Dinge von Qualitätszirkeln zur Projektreife gebracht werden. Die Qualitätszirkel ihrerseits melden auf monatlich stattfindenden Reviews ihre (Zwischen-) Ergebnisse zurück. In Managementreviews („Audits“) reflektiert das Steuerungsgremium halbjährlich die Ergebnisse des Qualitätsmanagements.

Umsetzungsphase („Do“)

Die zuvor festgelegten Schritte zur Erreichung eines Zieles werden nun in die Tat umgesetzt. Hier geht es also darum, einen Maßnahmenplan systematisch abzuarbeiten. Das klingt schlicht -- ist es aber nicht. Der EFQM verändert nicht die Grundprinzipien der Zusammenarbeit von Menschen in Organisationen. In der bekannten Unterscheidung zwischen Sachebene und Beziehungsebene liegt ein hoher Erklärungs- und Praxiswert. Der Erfolg in der Umsetzung ist nicht nur von der methodisch-instrumentellen Gestaltung der Prozesse abhängig sondern auch von der Qualität der Arbeitsatmosphäre im weitesten Sinne. Arbeitskreise und Qualitätszirkel arbeiten dann effektiv und effizient, wenn die drei „Fragen der Motivation“ besprochen wurden und geklärt wurde,

- was von ihnen erwartet wird,
- wie weit sie gehen dürfen und

- was sie selbst auch wirklich wollen.

Die Struktur der Umsetzung kann trainiert werden! Hier bieten sich interne, vorbereitende Workshops an. Leitfragen in diesem Kontext können sein:

- Was wissen die Mitarbeitenden über erfolgreiche, nicht auf Manipulation angelegte Kommunikation?
- Was wissen die Führungskräfte darüber?
- Welche Regeln können/müssen hierüber verbindlich festgelegt werden?
- Wie schafft es das Unternehmen, über daraus resultierende Verhaltensgrundsätze Konsens zu erzielen?
- Wie Verhalten sich die Mitarbeitenden, wenn es bedeutsame Differenzen in Positionen gibt?
- Wie können Mitarbeitende, die in der Sache unterlegen sind, dies als Person aushalten und im Team auch innerlich verbleiben?

Die Klärung unter anderem dieser Fragen hat entscheidende Bedeutung um zu verhindern, dass etwas wieder nicht geklappt hat, aus in der Situation heraus immer wieder nachvollziehbarem Tausend-Und-Einem-Grunde. Dies in den Griff zu bekommen, bedeutet die größte Herausforderung bei dem Bemühen darum, die ständige Arbeit an Verbesserungen, zur tragenden Philosophie der Pflegeeinrichtung zu machen.

Doch auch die instrumentelle Seite ist von hoher Bedeutung. Beste Praxis im Sinne der EFQM bedeutet auch, hier bewährte Verfahren zur Anwendung zu bringen. In der Praxis ist leider immer wieder zu beobachten, das z.B. Maßnahmenpläne entweder nicht schriftlich erstellt, keinen zeitlichen Bezug enthalten, nicht personifiziert sind und nicht klar ist, wo die Prioritäten liegen. So erscheinen Methoden dann als technische Übung ohne Realitätsbezug.

Hilfreich ist es hier, für das Unternehmen Prozessgestalter auszubilden. Dies sind Mitarbeitende, die besondere Methodenkompetenz vermittelt bekommen haben und diese intern weitergeben können. Neben diesen methodischen Problemen können aber auch die Wege falsch gewählt worden sein. Da der Irrtum stets möglich ist, umfasst die Vorgehensweise eine laufende Prüfroutine. Hier deutet sich bereits die nächste Phase an (,Check').

Überprüfungsphase (,Check')

Diese Phase verlangt den Abgleich zwischen den Zielen und den Ergebnissen der Umsetzung. Dies kann instrumentell auf der Basis von (Kenn)Zahlen geschehen. Hier ist aber auch immer der qualitative Rückblick möglich und sinnvoll. Auf der Ebene der Gesamtorganisation setzen hier Überprüfungen an, die allerdings meistens den gesamten Zyklus reflektieren. Auf der Ebene einzelner Projekte oder Arbeitsgruppen geschieht das ebenfalls methodisch vor dem Hintergrund des IST-SOLL-Abgleichs. Spätestens hier wird deutlich, das die Phasen des PDCA-

Kreislaufs nicht starr schematisch zu behandeln sind sondern als ständige Feedbackschleife. Die Kontrolle der Tatsache, dass das Kind in den Brunnen gefallen ist, hat wenig präventiven Charakter. Also passiert dies laufend als Beobachtung des Fortschritts einer geplanten Veränderung. Der Zusammenhang zwischen den Phasen wird hier besonders deutlich: wenn die Ausgangslage wenig überprüfbare Zielformulierungen enthält, so ist oft nicht oder nur sehr ‚gefühlsmäßig‘ festzustellen, an welcher Stelle des Veränderungsprozesses man sich gerade befindet. Wird die beispielsweise die Einführung eines Beschwerdemanagementsystems projekthaft geplant, so ist festzulegen, welche Elemente bis wann von wem in welcher Ausprägung realisiert werden sollen. Nur so ist es möglich, zeitnah gegenzusteuern oder zu beschleunigen - je nach Verlauf. Wird zum Beispiel festgestellt, es ist nach den geplanten drei Monaten nicht, sagen wir einmal zu jeweils drei Hinweisen pro Bewohnern oder Angehörigen gekommen, so ist ein Zwischenschritt erforderlich. Was ist schief gelaufen? Sind wir so gut, dass es einfach keine Beschwerden gibt? Liegt es daran, dass die Mitarbeitenden Beschwerden als ‚schlechte Nachricht‘ ausblenden und besser nicht erfassen? Ist die Grenze zwischen Bagatell-Hinweisen und einer ernsten Beschwerde unscharf gezogen? Überlagern die Ängste der Bewohner und Angehörigen vor unangenehmen Konsequenzen ihre Bereitschaft, sich dem Personal mitzuteilen? Diese Fragen sind nur exemplarisch für eine Analyse des Status-Quo im Prozess. Im Sinne des PDCA ist dies eine Schleife zurück zum ‚P‘ -- weil dort auch die Problemanalyse verortet ist.

Implementierungsphase („Act“)

Haben neue Lösungen, Verfahren, Dienstleistungen etc. sich bewährt, werden sie auf Dauer in die Abläufe eingebaut und verlieren damit den Status des Projekthaften. So werden zum Beispiel neue Standards beschrieben und dokumentiert und als fester Bestandteil in ein Qualitätsmanagementhandbuch übernommen.

Die Reflektion des abgeschlossenen Zyklus mündet in der Regel in der Formulierung neuer Aufgaben. Unter anderem mit diesem Ziel werden regelmäßige Überprüfungen durchgeführt.

Was sollten Sie tun, um die Umsetzung grundsätzlich zu blockieren?

Die Frage ist nicht polemisch gemeint sondern orientiert sich an einer Methode aus der Beratungspraxis: das Scheitern planen. Mit dieser Frage konfrontiert haben Heimleiter auf einem Seminar unter anderem folgende Punkte benannt:

- Veränderungsprozesse spät oder überhaupt nicht ankündigen. Alles andere würde die Mitarbeitenden im Vorfeld nur verunsichern und unnötig aufregen.
- Projektgruppen, Qualitätszirkeln und ähnliche Organisationsformen mit vagen Arbeitsaufträgen ausstatten. So sind sie beschäftigt und haben das Gefühl, etwas im Unternehmen zu bewegen.
- Möglichst viele Dinge gleichzeitig beginnen. Variante: halbjährlich die Grundausrichtung

verändern. So werden Gewöhnungsprozesse verhindert.

- Etwaige Ergebnisse möglichst unkommentiert als unpraktikabel verwerfen.

6.4 Etablierung der internen und externen Strukturen für ein systematisches Benchmarking

Benchmarking kann innerhalb von Einrichtungen erfolgen (zum Beispiel können sich Wohnbereiche vergleichen) oder aber auch – und das ist in der Praxis der Regelfall – zwischen Einrichtungen. Darauf beziehen sich die nachfolgenden Ausführungen. Weiter unten werden aber Sonderfälle (siehe Kapitel 6.6.3, Seite 130) angesprochen, obwohl sie nicht im Referenzprojekt vorkamen aber dennoch hilfreich für eigene Überlegungen sein können.

In einem ersten Schritt werden potenzielle Einrichtungen und Kooperationspartner (z.B. externer Moderator) in einen Benchmarkingkreis (= moderierter Kreis der Beteiligten am Vergleichsverfahren) zusammengeführt, der sich im Verlauf des Vorhabens regelmäßig treffen soll. Für die Vertretung der Einrichtungen im begleitenden Benchmarkingkreis sollten jeweils zwei Personen benannt werden, die sowohl das fachliche Wissen als auch die Entscheidungskompetenzen haben, um ggf. getroffenen Entscheidungen bzw. entwickelte Maßnahmen intern um- bzw. durchsetzen zu können. Aufgabe der Koordinatoren ist, die Durchführung der Befragungen, der Erhebungen und der qualitativen Analysen in der Einrichtung zu organisieren. Die Vorstellung erfolgt in den ersten vier Wochen nach dem Start der Zusammenarbeit und ermöglicht die Information der Geschäftsführung und Leitungsorgane, der Mitarbeitervertretung sowie gegebenenfalls der Beschäftigten bei einer Personalversammlung.

Den Termin für die Vorstellung stimmt der für die Einrichtung zuständige Moderator mit den Koordinatoren der Einrichtung telefonisch ab und vereinbart das einrichtungsspezifische Vorgehen.

Mit der Vorstellung stimmt der Moderator mit den Koordinatoren die Organisation in der Einrichtung ab. Dazu gehören:

- Erläuterungen zur Sicherung des Datenschutzes für alle Erhebungen durch entsprechende Verfahren und Vereinbarungen.
- Die Organisation der Befragungen: Anzahl der benötigten Fragebögen, das Verfahren der Verteilung der Fragebögen und die Beteiligung der Personalvertretung.
- Die Organisation der Betriebsdatenerhebung: Benennung der Ansprechpartner, Verfahren der Erhebung und Erläuterung der Auswertung.
- Die Bestimmung bzw. Einrichtung und Organisation eines Steuerungskreises für das Projekt, der auch für die Durchführung der Potenzialanalyse und der Selbstbewertung zuständig ist. Dieser Kreis sollte aus maximal 6 -12 Personen bestehen, die die unterschiedlichen

Funktionsbereiche der Einrichtung repräsentieren und Leitungsverantwortung haben. Auch die Beteiligung der Personalvertretung ist wünschenswert.

Der Benchmarkingkreis bildet die übergreifende Austausch- und Arbeitsebene für das Vorhaben. Sofern die beteiligten Einrichtungen **nicht in unmittelbarer Konkurrenz** stehen, ist mit einem offenen Austauschprozess zu rechnen.

Benchmarkingkreise als unterstützende Maßnahmen

Die Benchmarkingkreise, an denen alle am Benchmarking beteiligten Einrichtungen mitwirken, unterstützen die Einrichtungen bei der Konzipierung, Umsetzung und Ergebnissicherung von Verbesserungen. Sie werden von der koordinierenden Stelle, z.B. einem Fachverband oder der Stabstelle eines Trägers, organisiert und moderiert und dienen dem Erfahrungsaustausch.

- In der Startphase bilden die Benchmarkingkreise die Plattform für die Verständigung über die interne Organisation, Erfahrungen mit der Informationsvermittlung in den Einrichtungen und der Diskussion bereits vorhandener Benchmarkingdaten.
- Infolge der Befragungen und Betriebsdatenanalysen dienen die Benchmarkingkreise der einrichtungsübergreifenden Vorstellung und Interpretation der Daten und ermöglichen damit eine bessere Einschätzung der eigenen Situation.
- In der Begleitung der Potenzialanalysen bilden die Benchmarkingkreise eine Clearingstelle zum Austausch über Indikatoren sowie über geplante Verbesserungsmaßnahmen, Instrumente und Prioritätensetzungen. Dadurch können die eigenen Entscheidungen reflektiert und Ideen von anderen Einrichtungen entsprechend genutzt werden.
- In der Phase der Umsetzung dienen die Benchmarkingkreise insbesondere der Umsetzungsbegleitung und dem Erfahrungsaustausch über Umsetzungserfolge und Hindernisse. In dieser Phase können die Benchmarkingkreise insbesondere für die Stabilisierung des Prozesses und die Sammlung von Anregungen über den Einsatz von Instrumenten und Verfahren genutzt werden.

Die Benchmarkingkreise tagen je nach Bedarf in etwa zweimonatigem Rhythmus. Insgesamt werden in der Regel jährlich sechs Termine für Benchmarkingkreise geplant.

Für die Vertretung der Einrichtung in den Benchmarkingkreisen sollen ebenso zwei Vertreter benannt werden, die bei Bedarf durch Fachkräfte ergänzt werden können. Die Einladung zu den Benchmarkingkreisen erfolgt über die zentrale Koordinationsstelle an die Ansprechpartner der Einrichtung, die die Termine gegebenenfalls mit weiteren Vertretern der Einrichtung abstimmen.

Es ist sinnvoll, die Idee in den jeweils teilnehmenden Pflegeeinrichtungen in einem Startwork-

shop/ einer Mitarbeiterversammlung vorzustellen. Ziel ist eine umfassende Information der Leitungsorgane, der Mitarbeitervertretung und ggf. der Beschäftigten bei einer Personalversammlung sowie des Heimbeirates. Sofern ein externer Dienstleister die zentrale Koordination des Verfahrens innehat, wird er diesen Schritt begleiten.

6.5 Abstimmung der Anforderungen und Gütekriterien für mögliche Vergleiche

Systematische Vergleiche brauchen einen Kriterienkatalog und/oder Maßstäbe, damit annähernd die gleichen Tatbestände verglichen werden können. Im Referenzprojekt ist ein solcher vereinfachter Katalog für den Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung erarbeitet worden und eignet sich für einen solchen Vergleich (siehe die Kapitel 3.3, Seite 56 ff. und Kapitel 3.4, Seite 64 ff.). Für übergreifende Vergleiche eignen sich etwa die Kriterien des MDK-Prüfungskataloges oder aber die von TQM-Systemen wie etwa der EFQM (zum EFQM siehe Kapitel 2.2, Seite 18 ff.).

6.5.1 Bewertung der vorhandenen Praxis

Nach der Etablierung der Strukturen und der Abstimmung der Anforderungen an „gute Praxis“ beginnt der eigentliche *Analyse- und Bewertungsprozess*.

Der erste Analyseschritt ist die **Erhebung der bisherigen (relevanten) Ergebnisse** der beteiligten Unternehmen. Die Ergebnisse dienen der internen Bewertung und liefern den Maßstab für die Einschätzung von Stärken- und Verbesserungspotenzialen.

Ein bewährtes Instrument besteht im Einsatz von Befragungen und der Erhebung von Betriebsdaten etc. (siehe Kapitel 1.3, Seite 10).

Beispiel: Organisation der Befragungen und Betriebsdatenanalyse

Für die Durchführung der Befragungen erhält jede Einrichtung die entsprechend der Zahl der Mitarbeitenden und der Kundenzahl vereinbarte Anzahl von Fragebögen einschließlich Anschreiben und Rückumschlägen per Post zugesandt. Die Anzahl der Fragebögen richtet sich nach den mit dem Vertragsabschluß übermittelten Strukturdaten der Einrichtung. Für die Organisation der Befragung ist es erforderlich, dass folgende Vorkehrungen getroffen werden:

Mitarbeiterbefragung

- Festlegung, wer die Fragebögen entgegennimmt. Insbesondere bei größeren Einrichtungen ist zu beachten, dass mit den Fragebögen mehrere Pakete angeliefert werden.
- Erstellung eines zusätzlichen Anschreibens der Leitung und der Personalvertretung für die Befragung.
- Festlegung der Verteilung der Mitarbeiterfragebögen. Hier ist zu gewährleisten, dass jeder

Beschäftigte genau einen Fragebogen erhält. Soweit die Verteilung über die Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten der Einrichtung erfolgt, sind deren Beschäftigtenzahlen zu ermitteln und das dezentrale Verteilverfahren festzulegen.

- Sammlung der ausgefüllten Mitarbeiterfragebögen in verschlossenen Rückumschlägen an geeigneter Stelle in der Einrichtung.
- Gegebenenfalls Erinnerung der Beschäftigten, die Fragebögen auszufüllen und abzugeben.
- Die Organisation der gesammelten Rücksendung der Mitarbeiterfragebögen.

Kundenbefragung

- Festlegung des Verteilverfahrens der Kundenfragebögen.
- Die Fragebögen sollen von den Angehörigen nicht in der Einrichtung ausgefüllt, sondern mit nach Hause genommen oder nach Hause geschickt werden.
- Abstimmung der Rücklaufquote anhand versendeter bzw. verteilter Befragungsbögen.
- Rücksendung nicht benötigter Fragebögen. Dies ist unbedingt erforderlich, um die Rücklaufquote bestimmen zu können!

Für die Organisation einer Betriebsdatenanalyse wird regelmäßig ein einrichtungsübergreifender eintägiger Workshop angeboten. Gegenstand des Workshops sind die folgenden Punkte:

- Erläuterung der zu erhebenden Kennzahlen, einschließlich der Definition der jeweils zugrunde zu legenden Kriterien
- Verfahrenshinweise zur Erfassung und Erhebung der Kennzahlen
- Erläuterung des Erhebungsinstruments. Hierzu wird jeder Einrichtung eine Diskette zur Verfügung gestellt.
- Beispielhafte Vorstellung von Auswertungen

Die Betriebsdatenanalyse wird parallel zur Kunden- und Mitarbeiterbefragung durchgeführt und ausgewertet. Die Befragungen und Betriebsdatenerhebung sollen drei bis vier Monate nach Start der Zusammenarbeit abgeschlossen sein.

Im nächsten Schritt erfolgt die **Erhebung vorhandener** in den Einrichtungen im Rahmen einer Potenzialanalyse in Form extern moderierter und supervidierter Selbstbewertungen. Die Potenzialanalyse erfolgt methodisch mit Hilfe einer strukturierten Prozessanalyse auf der Basis des vorher entwickelten Fragen-/Kriterienkatalogs. Auf diese Weise sollen Stärken- und Verbesserungsbereiche klassifiziert werden.

Die Prozessanalysen sollten von erfahrenen Moderatoren durchgeführt bzw. begleitet werden.

Beispiel: 2. Ein typisches Vorgehen bei der Selbstbewertung auf der Grundlage des gewählten Kriterienkatalogs des Benchmarkings

a) Formaler Überblick

Die Potenzialanalyse wird durch einen internen und/oder externen Moderator durchgeführt.

Sie wird in drei Arbeitsschritten durchgeführt.

- Ein Tag Vorstellung der Ergebnisse der Befragungen und Betriebsdatenanalyse in der Einrichtung. Die Vorstellung der Basisdaten erfolgt durch den externen Moderator und bildet den Auftakt zur Potenzialanalyse. An der Vorstellung sollen die Mitglieder des Steuerungskreises beteiligt sein. Gegebenenfalls können ausgewählte Ergebnisse auch einem größeren Kreis präsentiert werden. Die Präsentation erfolgt etwa fünf Monate nach dem Start der Zusammenarbeit.
- Eine dreitägige Analysephase durch den extern moderierten Steuerungskreis. Es werden für die Ergebniskriterien Ist- und Zielgrößen vereinbart. An den beiden folgenden Tagen werden Stärken und Verbesserungsbereiche ermittelt sowie messbare Ziele und Instrumente zur Zielerreichung identifiziert. Diese dreitägige Phase sollte zusammenhängend bearbeitet werden und nicht später als sechs Wochen nach der Ergebnispräsentation liegen.
- Ein weiterer Tag dient der Prioritätensetzung und Aktionsplanung durch den extern moderierten Steuerungskreis. Hierfür werden die Verbesserungsbereiche gebündelt, mit Prioritäten versehen und zu einer konkreten Umsetzungsplanung mit entsprechenden Zielen, Maßnahmen, Umsetzungsverantwortlichkeiten, Aufwandsabschätzungen sowie einer Zeitplanung erstellt. Die Aktionsplanung soll spätestens vier Wochen nach der Analysephase durchgeführt werden.

Die Umsetzung der Aktionsplanung erfolgt durch die Einrichtung und soll insbesondere von der Moderation koordiniert werden. Die einzelnen Umsetzungsaktivitäten erfordern allerdings eine weit breitere Beteiligung von Leitung und Beschäftigten der Einrichtung.

Mit einem Abstand von etwa 12 Monaten soll die Potenzialanalyse in Form einer moderierten Selbstbewertung wiederholt werden. In einer eintägigen Überprüfung durch die Moderation können methodische Fragen wie Ergebnisse diskutiert und Lösungen für die Einrichtung erörtert werden.

6.5.2 Präsentation und Auswertung der Befragungsergebnisse

Die Selbstbewertung wird von einem hierarchie- und bereichsübergreifend zusammengestellten Team durchgeführt. Zunächst werden die Ergebnisse der Mitarbeiter- und Kundenbefragung präsentiert (sofern durchgeführt) und ausgewertet. Durch den Vergleich mit den eigenen Ergebnissen der zurückliegenden Periode und den Minimal-/Maximal- und den Durchschnittswerten der Ergebnisse der Befragungen der Benchmarkingpartner können erste Hinweise auf eigene Stärken und Verbesserungsbereiche abgeleitet werden. Hier können auch die Wirkungen umgesetzter Verbesserungsprojekte, die aus der Selbstbewertung der zurückliegenden Periode heraus geplant wurden, evaluiert werden. Hat eine Einrichtung beispielsweise ein internes Beschwerdemanagement aufgebaut, können die Ergebnisse der diesbezüglichen Fragestellungen in der Mitarbeiter- und der Kundenbefragung herangezogen und überprüft und bewertet werden.

In dieser ersten Phase geht es auch darum, bewusst Erfolge und herausragende Kompetenzen herauszustellen und zu würdigen.

6.5.3 Kriterienbezogene Zielbestimmung vornehmen

Danach beginnt die Selbstbewertung. Zunächst werden die Vergleichskriterien kurz präsentiert (grundlegende Kenntnisse des gewählten Modells werden vorausgesetzt) und erläutert. Anschließend werden die bezüglich des bearbeiteten Kriteriums wichtigsten Ziele vor dem Hintergrund zentraler (externer) Anforderungen und Erwartungen formuliert. Mit diesem Vorgehen wird sichergestellt, dass die Selbstbewertung der Kriterien sich an den für die Einrichtung wesentlichen Zielen orientiert. Handlungsleitende Fragestellung ist dabei:

Was sind bezüglich des jeweils gewählten Kriteriums unsere drei wesentlichen Ziele? Was wollen wir erreichen?

Der Fokus liegt jetzt auf der zukunftsbezogenen Formulierung der angestrebten Ergebnisse. Dieser Arbeitsschritt stellt hohe Anforderungen an die Mitarbeitenden, die an der Selbstbewertung teilnehmen. Die Komplexität dieses Arbeitsschritts entsteht u. a. dadurch, dass hier nicht nur Zieldefinitionen auf Grund der Analyse zentraler Anforderungen und Erwartungen vorgenommen werden. Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter bringt unterschiedliche persönliche Ziele mit ein., die sachlich oder zwischenmenschlich, bewusst oder unbewusst, bedeutsam, vordringlich oder nachgeordnet, motivierend, etc... sein können. Die zusammenkommenden Ziele der Einzelnen sind miteinander verbunden, wirken aufeinander ein oder können widersprüchlich sein. Diese unterschiedlichen Zielebenen müssen in Übereinstimmung gebracht werden. An dieser Stelle formulierte Ziele können nur dann eine motivierende und handlungsleitende Funktion erfüllen, wenn die Mitarbeitenden ein ausreichendes Maß an Zielbindung entwickeln können, was nur gelingt, wenn die auf Einrichtungsebene formulierten Ziele in ausreichendem Masse auch als die eigenen erkannt werden.

Die Aufgabe des Moderators einer Selbstbewertung liegt in dieser Phase darin, die Mitglieder des Selbstbewertungsteams zu unterstützen, unterschiedliche Meinungen und Ansichten zu vertreten, sich damit auseinanderzusetzen und gegensätzliche Ziele bewusst zuzuspitzen, um dann anschließend eine fundierte Vereinbarung der wesentlichen Ziele vornehmen zu können.

6.5.4 Abgleich der Zielbestimmungen mit den Ergebnissen vornehmen

Im nächsten Schritt werden Ergebnisse gesammelt und im Hinblick auf die vereinbarten Ziele bewertet, ob diese eher auf Stärken oder Verbesserungsbereiche hinweisen. Dabei werden zusätzlich zu den Befragungsergebnissen auf andere Weise ermittelte Ergebnisse zur Bewertung hinzugezogen.

Beispiel aus einer Selbstbewertung:

Ergebnisse

| + (positiv) | - (negativ) |
|--|---|
| - Motivation zu Verbesserungen | - Mangelnde „organisierte“ Verbesserung (Motivation durch die Organisation) |
| - Ermöglichung von Weiterbildung | - Umgang (organisierte) mit Neuerungen |
| - Ansprechbarkeit und Klarheit der Anweisungen | - „Konflikte“ um Wochenenddienste und Engpässe |
| - Erreichbarkeit für Angehörige | - Handlungssicherheit |
| - Geringe Mitarbeiterfluktuation | - Mitteilung der Unternehmensziele |
| - Niedriger Krankenstand | - Nachvollziehbarkeit von Veränderungen |
| - Umgang mit Beschwerden | |
| - Schulung bei fachlichen Defiziten | |

Stärken ermitteln

Danach werden die wichtigsten Stärken (Was tun wir gut?) herausgearbeitet. Die Beschäftigung mit den eigenen Stärken ist deshalb so wichtig, weil (fast) jede Einrichtung in bestimmten Bereichen bereits gute Praxis umsetzt und das Bewusstmachen der eigenen Ressourcen und guten Ergebnisse u. a. für die notwendige Anerkennung und Wertschätzung der eigenen Arbeit unabdingbar sind.

Viele Selbstbewertungsteams tun sich zunächst mit der Frage nach den Stärken schwer. Gründe dafür können sein:

- Es fehlen Orientierungspunkte, die eine eigene Positionierung erst ermöglichen
- Die meisten Mitarbeitenden sind im Arbeitsalltag meist mit der Bewältigung drängender,

unmittelbarer Problemstellungen befasst, die eine grundlegende Reflexion auf einrichtungsbezogene Stärken gar nicht erst ermöglicht.

- Viele Mitarbeitende bewerten die eigene, alltägliche Arbeit mit den Bewohnern als nicht ausreichend („eigentlich müsste ich mich viel intensiver um die Bewohner kümmern!“) und entwickeln ein dauerndes Gefühl, den Anforderungen nicht genügen zu können.
- Vor dem Hintergrund immer wiederkehrender Berichte über skandalöse Missstände in stationären Altenhilfeeinrichtungen, dem permanenten Diskurs über die generellen Defizite stationärer Versorgungsformen („schafft die Heime ab!“) und dem permanent ausgerufenen Pflegenotstand haben viele Mitarbeitende eine „Büßermotivität“ ausgebildet, mit der im vorausseilenden Gehorsam die eigenen Defizite und das Ungenügen gerne und schnell bekundet werden.

Die Frage nach eigenen Stärken kann nur in einer Situation bearbeitet werden, die vom unmittelbaren Druck des Arbeitsalltages entlastet ist. Ihre Beantwortung verlangt eine andere Perspektive als es die Bewältigung der täglichen Arbeit mit den Bewohnern erfordert.

Nachweise zu den Stärken finden

Im nächsten Schritt werden die Nachweise zu den benannten Stärken anhand der Frage „woran können wir unsere Stärken erkennen/messen?“ ermittelt.

Keine Stärke ohne messbaren und /oder erkennbaren Nachweis! Erst Nachweise ermöglichen das Management mit Daten und Fakten und fundieren alle Bemühungen zur zielgerichteten Qualitätsentwicklung; erst Nachweise erlauben, präzise Standortbestimmungen im Bemühen um kontinuierliche Qualitätsentwicklung vorzunehmen. Ohne eine grundlegende Nachweisorientierung verbleibt das Qualitätsmanagement im Beliebigen, Ungefährlichen und öffnet das wenig förderliche Feld für Interpretationen. Erst mit der konsequenten Ausrichtung an Nachweisen können Ansätze der Selbstevaluation auch nach Außen die notwendige Darlegungskraft entwickeln. Die Notwendigkeit, Nachweise zu einer benannten Stärke zu benennen, soll an einem einfachen Beispiel verdeutlicht werden.

Im Rahmen einer Selbstbewertung wurde die individuelle Förderung der Mitarbeiter durch regelmäßige Entwicklungsgespräche als Stärke genannt. Es stellte sich jedoch heraus (durch die Analyse der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung), dass es dafür keine Nachweise gab, sondern dass die diesbezüglichen Ergebnisse eher auf Verbesserungsbereiche hinwiesen. Denn die Mitarbeitenden fühlten sich durch die Entwicklungsgespräche nicht individuell gefördert sondern individuell bewertet, was nicht der ursprünglichen Zielsetzung der eingeführten Entwicklungsgespräche entsprach. Die grundlegende Nachweisorientierung kann auch dabei helfen, sich von eingespielten, lieb gewonnenen „Einrichtungsmethoden“ zu lösen. Auch dies soll an einem Beispiel erläutert werden.

Im Rahmen einer Selbstbewertung betonten die Mitarbeitenden immer wieder die besondere Qualität der Arbeit mit den ehrenamtlich Mitarbeitenden. Bei der Suche nach entsprechenden Nachweisen stellte sich dagegen heraus, dass die Anzahl der ehrenamtlich Mitarbeitenden dramatisch gesunken war und dass ohne gezielte Bemühungen in absehbarer Zeit keine ehrenamtlich Mitarbeitenden mehr zur Verfügung stehen würden.

Viele Einrichtungen machen besonders im Verlauf der ersten durchgeführten Selbstbewertung die Erfahrung, dass zu vielen genannten Stärken keine Nachweise vorliegen. Insbesondere Kernbereiche wie das Ausmaß der Pflegequalität können zum Teil nicht wirklich nachgewiesen werden. Angaben wie "es liegen kaum Dekubiti vor" reichen da nicht aus. Erst präzise, kontinuierliche Messungen relevanter Indikatoren zu z.B. Pflegequalität können das Qualitätsmanagement fundieren.

Instrumente beschreiben

Im nächsten Schritt werden an Hand der Frage „wie sichern wir die Kontinuität unserer Stärken?“ die entsprechenden Instrumente ermittelt.

Nachhaltige Stärken brauchen klare Konzepte, einfache Methoden und praxisnahe Instrumente! Können beispielsweise zu einer benannten Stärke keine Instrumente genannt werden, so verfügt die Einrichtung nicht über das Werkzeug, eine Stärke zuverlässig in die Zukunft hin abzusichern und gezielt fortzuführen. Wer das Instrument nicht kennt, dessen gutes Ergebnis ist dem Zufall geschuldet und kann auch nur zufällig erhalten bleiben.

6.5.5 Resümee:

Vielen Mitarbeitenden fällt es zunächst schwer, die Selbstbewertung entlang der Schrittfolge Stärke, Nachweis, Instrument durchzuführen. Dabei kann die genaue begriffliche Arbeit wichtige Impulse setzen. So wird häufig die Nutzung eines Instrumentes irrtümlicherweise als Stärke definiert.

Ein Beispiel: Viele Einrichtungen sind dazu übergegangen, individuelle regelmäßige Mitarbeitergespräche einzuführen. Die Einführung neuer Instrumente und Konzepte ist meist mit beträchtlichem Aufwand verbunden, so auch die Einführung von Mitarbeitergesprächen. Die Verwechslung findet in den Köpfen dann statt, wenn die eingeführten Mitarbeitergespräche nun selbst als neue Stärke der Einrichtung gesehen werden. Dies ist leicht nachzuvollziehen. Man hat sich angestrengt und ein Ergebnis liegt vor. Aber die eigentliche Bewährungsprobe kommt erst noch. Denn das Mitarbeitergespräch ist selbst nur ein Instrument. Die spannende Frage ist jetzt: Was soll mit der Einführung von Mitarbeitergesprächen bewirkt werden, welche Ergebnisse sollen erreicht werden und woran wird festgestellt, dass Mitarbeitergespräche Nutzen stiften?

Fehlt diese Klarheit, wird das Instrument schnell zum Selbstzweck; es wird auch zum Spielball

unterschiedlicher Einschätzungen. Die einen finden es gut, die anderen sehen darin reine Zeitverschwendung.

Mit der gezielten Unterscheidung von Stärken, Nachweisen und Instrumenten können auch „verbrauchte, alte Zöpfe“ abgeschnitten werden; nämlich dann, wenn sich im Verlauf einer Selbstbewertung herausstellt, dass bestimmte Instrumente und Praktiken eingesetzt werden, ohne dass ein nachweisbarer Nutzen daraus entsteht. Ist dies der Fall, kann man das Instrument eben abschaffen!

In vielen Einrichtungen kann man auch heute angesichts der Vielzahl externer Vorgaben eine eher reaktive Haltung vorfinden. Wenn extern gefordert wird, Pflegevisiten durchzuführen, dann muss das Instrument Pflegevisite eben eingeführt werden. Schon nicht mehr so selbstverständlich und klar ist dann, welche Ziele die Einrichtung mit der Einführung der Pflegevisite erreichen will und wie gemessen werden soll, ob diese Ziele auch erreicht werden.

6.6 Das Vorgehen bei der Planung von Verbesserungen

6.6.1 Verbesserungsbereiche bestimmen

Qualität ist nicht statisch. Qualität ist das Ergebnis eines andauernden Aushandlungsprozesses zwischen Leistungserbringer, Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, der Politik, den Professionen, den Kostenträgern und vielen anderen. Qualität ist damit fließend, nie ein für allemal festgelegt und definiert. Damit ist auch klar, dass das Ergebnis der Selbstbewertung nicht nur darin bestehen kann, vorhandene Stärken festzustellen. Die Überprüfung der eigenen Ergebnisse und die selbstgesetzten zukunftsbezogenen Ziele werden immer mit der Feststellung und Ableitung von Verbesserungsbereichen einhergehen.

Grundsätzlich gilt: Was nicht als Stärke qualifiziert und nachgewiesen werden kann, ist ein Verbesserungsbereich (was wollen wir verbessern?). Das Formulieren von Verbesserungsbereichen fällt den Mitarbeitenden in der Regel leicht. Die Bereitschaft der Mitarbeitenden, Verbesserungsbereiche zu benennen hängt in beträchtlichem Umfang auch von der Beschaffenheit der „Unternehmenskultur“ ab. Selbstbewertung braucht Vertrauen. Braucht die Sicherheit, dass das Benennen von Schwachpunkten und Missständen und Fehlern nicht negativ sanktioniert wird. Selbstbewertungen können in ihrem Verlauf an tabuisierten Themen rütteln. Selbstbewertungen decken auf, bringen Licht in manchmal diffuse Gebiete. Ein Beispiel: aus unterschiedlichen Gründen sind z.B. die Themen freiheitsentziehende Maßnahmen, Umgang mit Psychopharmaka, Dekubitalgeschwüre, etc. in vielen Einrichtungen tabubehaftet. Aufgabe der Moderation in Selbstbewertungen ist es auch, das nur schwer Besprechbare zugänglich zu machen. Dazu bedarf es häufig auch der Fähigkeit, die Mitarbeitenden eines Selbstbewertungsteams klar aber respektvoll auf bestimmte Themen direkt anzusprechen.

6.6.2 Verbesserungsziele definieren und Verbesserungsmaßnahmen festlegen

Nach der Vereinbarung der wesentlichen Verbesserungsbereiche geht es darum, die Verbesserungsziele zu formulieren („Woran werden wir die Verbesserungen erkennen?“). Keine Verbesserung ohne messbares Ziel! Danach werden die Maßnahmen festgelegt („Was müssen wir konkret tun?“), die umgesetzt werden müssen, um die Verbesserungsziele erreichen zu können.

Typische Schwierigkeiten sind in dieser Phase:

Es fällt schwer, konkrete, messbare Ziele zu formulieren. Zielformulierungen wie „Verbesserung der Mitarbeiterinformation“ oder „bessere Pflegequalität“ sind zu diffus und können keinen Anhaltspunkt bieten, woran die erfolgreiche Verbesserung erkannt werden soll.

Was sind die Gründe für unklare Zielformulierungen?

Zum einen mangelt es an der Fähigkeit, klare Zielbestimmungen vorzunehmen. Zum anderen werden häufig Ziele mit Maßnahmen verwechselt. Mit der Formulierung „Pflegevisite einführen“ wird kein Ziel sondern eine Maßnahme benannt. Die Aufgabe der Moderation in der Selbstbewertung besteht darin, das Selbstbewertungsteam bei der konkreten Zieldefinition zu unterstützen. Das ist manchmal nicht leicht, da häufig nicht erkannt wird, wie wichtig dieser Arbeitsschritt ist.

Mitarbeitende in der Pflege sind gewohnt, schnell zu handeln und Maßnahmen umzusetzen. Häufig besteht ein Konsens darüber, welche Maßnahmen umzusetzen sind, so dass der Weg über die Zieldefinition schnell als zeitraubender Umweg angesehen wird. Außerdem bieten Selbstbewertungen die Bühne für Mitarbeitende, die ihre Lieblingsideen gerne umgesetzt sehen würden. Genauigkeit bei der Zielformulierung zahlt sich jedoch langfristig aus. Erst die präzise Zielformulierung macht es möglich, die wesentlichen Maßnahmen zu bestimmen, die umgesetzt werden müssen. Unklare Zielformulierungen gehen in der Regel immer mit einem aufgeblähten Maßnahmenkatalog einher, da die Maßnahmen hinsichtlich ihres Beitrags zur Zielerreichung unter diesen Voraussetzungen nicht bewertet und eingeschätzt werden können. Ganz getreu dem Motto „als sie ihr Ziel aus den Augen verloren, verdoppelten sie ihre Anstrengungen“.

Ein anderer Aspekt spielt an dieser Stelle erneut eine Rolle. Klare Zielbestimmungen würden das Selbstbewertungsteam vor die Aufgabe stellen, vor dem Hintergrund unterschiedlicher Positionen um tragfähige Vereinbarungen zu ringen. Mit unklaren Zielformulierungen lassen sich diese Auseinandersetzungen vermeiden. Alle Mitarbeitenden eines Selbstbewertungsteams werden sich z.B. schnell auf die Zielformulierung „Kernprozesse optimieren“ einigen können. Dagegen fällt es schwerer, sich der verbindlichen Zielformulierung „Senkung der Zeit zur Wiederbelegung eines freigewordenen Zimmers von 10 auf 6 Tage“ anzuschließen.

In schwammigen Zielformulierungen kann hingegen jeder seine eigenen Zielvorstellungen gut unterbringen; deshalb sind alle zufrieden. Unter gruppenspezifischer Perspektive müsste das Selbstbewertungsteam hingegen eine neue, kurze Stormingphase durchlaufen.

Damit ist die Selbstbewertung abgeschlossen. Alle weiteren Kriterien, soweit vorhanden, werden mit dem gleichen Vorgehen nacheinander bearbeitet. Die Ergebnisse werden in sogenannten Selbstbewertungsformularen dokumentiert. Damit ist der erste wesentliche Arbeitsschritt absolviert.

6.6.3 Variationen zur Durchführung der Selbstbewertung

Variante 1: Untergruppen bilden in der Selbstbewertung

Ein Kriterium wird exemplarisch gemeinsam mit allen Mitarbeitenden des Selbstbewertungsteams bearbeitet. Danach werden die restlichen Kriterien arbeitsteilig von Untergruppen bearbeitet. Die Ergebnisse werden anschließend im Plenum präsentiert und gegebenenfalls ergänzt. Der Vorteil dieser Vorgehensweise liegt darin, dass die arbeitsteilige Bearbeitung zeitliche Ressourcen sparen hilft. Der Nachteil liegt unter Umständen darin, dass die Qualität der Selbstbewertung sinkt, weil die Untergruppen nicht mehr das umfassende Know-how und die Vielzahl der unterschiedlichen Perspektiven bereitstellen können; so können wesentliche Aspekte verloren gehen. Ob das arbeitsteilige Vorgehen sinnvoll eingesetzt werden kann, hängt natürlich vor allem von der Größe der Selbstbewertungsgruppe ab.

Variante 2: Untergruppen bilden zur Vorbereitung der Selbstbewertung.

Schon vor der eigentlichen Selbstbewertung bilden sich Untergruppen, die nach fachlichen Gesichtspunkten zusammengestellt werden können und die jeweils die Bewertung weiterer Kriterien vorbereiten. Die Ergebnisse werden im Rahmen der gemeinsamen Selbstbewertung präsentiert und gegebenenfalls ergänzt. Der Vorteil dieser Vorgehensweise liegt darin, dass die Untergruppen vorbereitend gezielt Dokumente sichten und benötigte Daten erheben können. Außerdem können die Befragungen gezielt ausgewertet und für die Selbstbewertung aufbereitet werden. So gewinnt die Selbstbewertung an Präzision und wird insgesamt fundierter.

Variante 3. Selbstbewertungen im Verbund durchführen

Mehrere Einrichtungen eines/verschiedener Träger schließen sich zusammen und führen die Selbstbewertung gemeinsam durch. Jede Einrichtung bildet ein interdisziplinär und hierarchieübergreifend zusammengesetztes Team. Alle Teams führen die einrichtungsspezifische Selbstbewertung in einem Raum durch. Die Art der Vorgehensweise ändert sich nicht; der einzige Unterschied ist, dass jeweils nach der Bearbeitung eines Kriteriums die Ergebnisse im Plenum kurz präsentiert werden, so dass alle Teams immer über die Ergebnisse der anderen Einrichtungen informiert sind. Je nach Anzahl der beteiligten Einrichtungen und der Größe der Teams können bis zu 50 Personen in einem Raum entsprechender Größe und Ausstattung zusam-

menkommen. Die Vorteile einer solchen Vorgehensweise liegen darin, dass auf diese Weise der Vergleich von guten Ideen und Lösungen mit anderen Einrichtungen durch ein hohes Maß an Transparenz intensiviert werden kann. Der Blick auf die eigene Einrichtung kann immer wieder angereichert werden durch den Blick auf andere Einrichtungen, der ständige Wechsel der Perspektiven hilft, eigene Stärken bewusster wahrzunehmen; ebenso werden eigene Beschränkungen schneller deutlich. Nehmen an der Selbstbewertung z.B. unterschiedliche Einrichtungstypen eines Trägers teil (stationäre Pflegeeinrichtung, Tagespflege, ambulante Dienste) kann die einrichtungsübergreifende Abstimmung und Kooperation schnell verbessert werden. Ein weiterer wesentlicher Vorteil einer gemeinsam durchgeführten Selbstbewertung liegt darin, dass gemeinsam zu bearbeitende Verbesserungsbereiche abgestimmt werden können. Ein Beispiel: Wertvolle Ressourcen würden verschenkt, wenn drei Einrichtungen eines Trägers jeweils unabhängig voneinander ein Konzept zur Einführung von „Finger Food“ erstellen wollten. Mittlerweile liegen Erfahrungen mit der Durchführung von Selbstbewertungen mit verschiedenen Einrichtungen eines Trägers vor. In diesem übergreifenden Ansatz liegt jetzt und zukünftig ein noch unausgeschöpftes großes Potential. So könnten unterschiedliche Einrichtungstypen einer ganzen Region, die das Leistungsangebot vernetzen oder aufeinander abstimmen wollen, diese Form der Selbstbewertung gezielt nutzen. Auch unter dem Aspekt der Personalentwicklung verspricht dieser Ansatz Gewinn. Die beteiligten Mitarbeitenden lernen durch die Präsentation der Selbstbewertungsergebnisse der anderen Einrichtungen andere Tätigkeitsfelder schnell und vertieft kennen, werfen einen Blick über den Tellerrand, bei dem sich z.B. Vorurteile über andere Berufsgruppen auflösen können. Großgruppenveranstaltungen wie gemeinsame Selbstbewertungen entfalten eine eigentümliche Dynamik, so dass über den geschilderten direkten fachlichen Nutzen hinaus die Beteiligten sich noch lange Zeit danach an die besondere Atmosphäre eines gemeinsamen Erlebnisses erinnern. Ein nicht unerheblicher Effekt, wenn es auch darum gehen soll, Zugehörigkeitsgefühl und Bindung an das Unternehmen zu fördern. Und nicht zuletzt: Mit diesem Selbstbewertungsansatz lassen sich auch die direkten Kosten der Selbstbewertung senken.

Auf die Voraussetzungen und Risiken dieses Ansatzes soll abschließend eingegangen werden. Es sollte vor der Entscheidung über die Wahl des Ansatzes überprüft werden, ob die Einrichtungen „reif“ sind für eine Vorgehensweise, die eine hohe Bereitschaft fordert, andere „in die eigenen Karten schauen zu lassen“. Fehlt ein Mindestmaß an wechselseitigem Vertrauen und Sicherheit, besteht die Gefahr, dass der „Angstpegel“ bei den Beteiligten so sehr steigt, dass eine konstruktive Arbeit nicht mehr möglich ist. Da Vertrauen auch aus „miteinander-vertraut-sein“ resultiert, sollte vor der Durchführung der gemeinsamen Selbstbewertung unbedingt eine gemeinsame Kick-off-Veranstaltung angesetzt werden, in der das Vorgehen dargestellt und Fragen und Befürchtungen angesprochen werden können.

Variante 4: Selbstbewertung als internes Benchmarking durchführen

Hier führen Teams/Bereiche einer Einrichtung die Selbstbewertung durch (durchaus im Rahmen einer gemeinsamen Veranstaltung wie oben geschildert).

Die in der Selbstbewertung erarbeiteten Ergebnisse werden in einer einrichtungsinternen Veranstaltung den anderen Mitarbeitenden und ggf. der Leitung präsentiert. Es kommt dabei zu einer bisher nicht gelebten themenbezogenen Transparenz der Praktiken und Vorgehensweisen in den einzelnen Teams/Funktionsbereichen. Stärken und Verbesserungsmaßnahmen werden protokolliert und allen Bereichen zur Verfügung gestellt. Sie sollen als Anregungen zur Optimierung der Praxis im eigenen Team genutzt werden können. Damit beginnt die dritte Phase des internen Benchmarkings. Die Teams/Funktionsbereiche prüfen die Handhabbarkeit und Übertragbarkeit anderer Ideen und Lösungen für ihre Praxis. Die Selbstbewertungsformulare werden noch einmal überarbeitet und wieder in die Analysegruppe eingespeist, die in der vierten Phase eine umfassende inhaltliche Auswertung der Ergebnisse vornimmt. Im Anschluss findet eine abschließende Verständigung innerhalb der Einrichtungsleitung statt, wo ein einheitliches Vorgehen angestrebt wird und wo Unterschiede zugelassen werden sollen. Das Ergebnis wird als Optimierungsprotokoll und Aktionsplan (für Verbesserungsmaßnahmen) den Teams/Funktionsbereichen übermittelt, dort weiter konkretisiert und eine Umsetzung vereinbart. Mit dem internen Benchmarking nutzt die Einrichtung ein Verfahren, das sehr systematisch einen auf Verbesserung zielenden Austauschprozess über die wesentlichen Abläufe in allen Funktionsbereichen initiiert:

- es unterstützt die offene Auseinandersetzung über Qualitätskriterien, die einzelne Mitarbeitende und ganze Teams an die tägliche Praxis anlegen;
- es fördert die Auseinandersetzung mit dem Einrichtungsleitbild und dessen Übersetzung in den betrieblichen Alltag;
- es thematisiert die kundenorientierte (Neu-)Gestaltung der (Schlüssel-)Prozesse;
- es fördert positive Konkurrenz, in dem es eine systematische Suche nach besten Ideen und Lösungen einer einseitigen (Geschäfts-)Ergebnisorientierung vorzieht;
- es unterstützt Kommunikation und aktive Zusammenarbeit zwischen den Funktionsbereichen;
- es vermittelt kurzfristige Erfolgserlebnisse und unterstützt die Bereitschaft zu umfassenderen Veränderungsprozessen;
- es reduziert Doppelarbeit und vermeidet „Brüche“ im inneren sowie äußeren Erscheinungsbild der Einrichtung;
- es reduziert Schnittstellenprobleme;
- es unterstützt Vielfalt und den Mut zu Experimenten;
- es fördert die Beteiligung der Mitarbeitenden und hilft bei der Identifizierung von Qualifizierungsbedarfen;

- es fördert Team- und Personalentwicklung;
- es unterstützt die Selbstlern- und Selbststeuerungskompetenzen der gesamten Organisation.

Der wohl größte Nutzen liegt in der Erlebbarkeit von team- und mitarbeiterorientierter Organisations- und Qualitätsentwicklung. Mit internem Benchmarking wird Erfahrungs- und Fachwissen gleichermaßen genutzt. Qualität wird dadurch handhabbar und nicht länger ein Betätigungsfeld einzelner „Experten“ im Unternehmen.

6.6.4 Zur Steuerung des Selbstbewertungsteams durch die Moderation

Der Erfolg einer Selbstbewertung hängt besonders davon ab, inwiefern es gelingt, die interdisziplinär und bereichsübergreifend zusammengesetzten Teams so zu gestalten, dass

- in möglichst kurzer Zeit;
- mit hoher Beteiligung der Gruppenmitglieder;
- qualitativ hochwertige Ergebnisse erreicht werden können.

Dabei spielen die Fähigkeiten der Moderation im Prozess der Selbstbewertung eine zentrale Rolle. Wesentliche Kernkompetenzen bestehen darin, Transparenz durch Visualisierung und Beteiligung durch aktivierende Methoden und Förderung eines guten kommunikativen Klimas zu sichern.

Die Moderation sollte über ein breites Methodenspektrum verfügen, das ihn befähigt, flexibel Arbeitsschritte zu gestalten und das festgelegte Format „Selbstbewertung“ auf die individuellen Voraussetzungen und Besonderheiten vor Ort abzustimmen.

Im Rahmen von Selbstbewertungen wird die aktuelle betriebliche Praxis bewertet, werden Entwicklungspotentiale und -notwendigkeiten gesichtet und verbindliche Handlungspläne geschmiedet. Diesbezügliche Aktivitäten sind damit in vielfältiger Hinsicht „konfliktträchtig“.

Der Erfolg hängt besonders davon ab, inwiefern die Mitarbeitenden, die am Prozess teilnehmen, bereit und fähig sind, eigene Sichtweisen und Vorschläge offen mitzuteilen und die der anderen zu respektieren, unbequeme „Wahrheiten“ zu äußern und selber anzunehmen etc..

Hier entscheidet sich maßgeblich, ob Grundlagen zu einer kraftvollen Entwicklung von Verbesserungsprozessen geschaffen werden oder ob ein zähes Gestrüpp aus Vorbehalten, heißen und kalten Konflikten, dominantem Verhalten, Rivalitäten, Ängsten und defensivem Verhalten entsteht und zu einer für alle unbefriedigenden Praxis führt.

Der Moderation sollte in der Lage sein, den konstruktiven kommunikativen Austausch zu fördern und in Krisensituationen angemessen zu reagieren.

Die Moderation muss z.B. eingreifen, wenn

- eine Mitarbeitende/ein Mitarbeiter unfair "heruntergeputzt" wird
- alte Konflikte "ausgepackt" werden
- ein "Dauerredner" jeden lebendigen Austausch verhindert
- keiner die "heißen Kartoffeln" anpacken will
- immer nur wenige "Hierarchen" reden
- Mitarbeitende sich nicht trauen, ihre Meinung zu sagen, etc.

Selbstbewertungen sind nicht der Ort, wo fundamentale Meinungsunterschiede und Konflikte ausgetragen und bereinigt werden können. Die Aufgabe des Moderators besteht bei auftretenden Konflikten darin, diese angemessen zu thematisieren und in Abstimmung mit dem Selbstbewertungsteam als Verbesserungsbereich zu formulieren und damit in das Bearbeitungsformat der Selbstbewertung zu überführen.

Zur Beschreibung der vielfältigen Kompetenzen, über die ein Moderator einer Selbstbewertung verfügen sollte, haben wir in Anlehnung an Thomann³ das Adlermodell entwickelt.

Danach sollte ein Moderator:

1. über Herz verfügen:

- Etwas akzeptieren können, wie es ist (auch die hässlichen Wahrheiten);
- Erfolge und positive Ergebnisse ausdrücklich wertschätzen und anerkennen;
- Keine moralischen Wertungen vornehmen;
- Bereit und fähig sein, andere Menschen zu verstehen und sich in deren Situation hineinzuversetzen, etc.

2. über Kopf verfügen:

- Sich mit Führung, Strukturen, Abläufen in Unternehmen auskennen;
- Wissen und Fähigkeiten auch in „heißen“ Phasen zur Verfügung haben;
- Strukturiert denken können;
- Im Dickicht der Argumente den „Durchblick“ behalten können;
- Fähigkeit, auch in belastenden Situationen viele unterschiedliche Inhalte memorieren zu können, etc.

3. über Flügel verfügen

- Sich in auch schwierigen, begrenzten Situationen Unabhängigkeit verschaffen und halten;
- Keine Angst vor Einsamkeit haben;

³ Thomann, Christoph: Klärungshilfe: Konflikte im Beruf. Reinbek 2001

- Druck aushalten können und eigene Ansichten auch gegen Widerstände vertreten;
- In Kontakt mit anderen treten können ohne die eigene Unabhängigkeit zu verlieren;
- Mit vielen unterschiedlichen Menschen in Kontakt treten ohne Partei ergreifen zu müssen, zu koalieren und andere auszuschließen;
- Sich ein eigenes Bild der Lage verschaffen können ohne Ansichten anderer zu folgen, etc.

4. über Krallen verfügen

- Den roten Faden fest und sicher in den Händen halten und Herr/Frau des Verfahrens sein
- Durch Einsatz von Interventionen und Methoden zupackend die Richtung vorgeben;
- Das Ziel nicht aus den Augen verlieren;
- Ein reiches Methodenrepertoire immer griffbereit haben;
- nicht jedem Veränderungswunsch der Teilnehmer nachgeben, etc.

6.7 Aktionsplanung und begleitete Umsetzung

Als nächster Schritt werden die Verbesserungsbereiche einer **systematischen Aktionsplanung und Umsetzung** zugeführt. Im Rahmen der Aktionsplanung werden Prioritäten gesetzt, Ressourcen eingeschätzt und die internen Verbesserungsmaßnahmen geplant. Dabei soll zwischen „Low-Hanging-Fruits“ (= schnell umzusetzende Vorhaben) und grundlegenden Verbesserungen unterschieden werden. Die Qualifizierungsbedarfe und daraus abzuleitende Schulungen / Trainings werden ebenfalls in der Aktionsplanung dokumentiert. Die Umsetzung soll darauf ausgerichtet sein, möglichst einen dauerhaften Erfolg der Maßnahmen sicher zu stellen. Dies soll unter anderem auch dadurch erreicht werden, dass die Einbettung der Instrumente und optimierten Vorgehensweisen zur Ernährung und Flüssigkeitszufuhr in die Strukturen / Regelwerke des vorhandenen Qualitätssicherungssystems untersucht, konkret festgelegt und beschrieben wird.

Die notwendigen Schulungen / Trainings, die der Vorbereitung auf die interne Maßnahmenumsetzung dienen sollen, wurden im vorliegenden Projekt von den Projektpartnern KCR und KDA durchgeführt. Dabei wurden mit dem Ziel des effektiven Ressourceneinsatzes nicht nur Workshops in den einzelnen Einrichtungen, sondern auch einrichtungsübergreifende Schulungen durchgeführt.

6.7.1 Vorbereitung der Aktionsplanung

Nach Abschluss der Selbstbewertung und der Planung der Verbesserungen wird ein Protokoll der Ergebnisse erstellt und allen beteiligten Mitarbeitenden zugestellt. Es sind in der Regel auch bereits erste Verbesserungsmaßnahmen teambezogen oder auch übergreifend eingeleitet worden. Das sind wichtige erste Umsetzungserfolge, die erheblich zur Motivation der Mitarbeiten-

den beitragen. Solche „low hanging fruits“ gibt es überall!!

Es hat sich bewährt, nach der Selbstbewertung eine mehrtägige Pause anzusetzen und dann mit der nächsten Phase zu beginnen.

Ergebnisschau, Prioritätensetzung und die konkrete Planung der Verbesserungsaktionen stehen an.

Die Moderation sichtet das Protokoll, stellt die ermittelten Stärken und die zugehörigen Nachweise und Konzepte unter der Überschrift „good practice“ zusammen und bündelt die bei der Bewertung der jeweils zugrunde gelegten Kriterien erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen. Typischerweise resultieren aus einer Selbstbewertung eine Vielzahl von Verbesserungsmaßnahmen (40 und mehr im Schnitt). Würde eine Einrichtung damit beginnen, diese unmittelbar umzusetzen, wäre dies nicht effektiv und würde dem Anspruch des Benchmarkingansatzes entgegenwirken, gezielt, koordiniert und systematisch die wirklich wichtigen Verbesserungen anzugehen. Aber auch nach der Bündelung der Verbesserungsmaßnahmen unter einem Oberbegriff bleiben in der Regel 10-15 Verbesserungsmaßnahmen.

6.7.2 Ergebnisschau durchführen und Aktionsplan erstellen

Das Selbstbewertungsteam kommt zur abschließenden Ergebnisschau und Aktionsplanung erneut zusammen. Zunächst werden die gebündelten Ergebnisse präsentiert. Anschließend werden die Verbesserungsmaßnahmen gesichtet, Doppelungen eliminiert und verwandte Maßnahmen zu Projekten zusammengefasst. Diese werden priorisiert, um eine fundierte Planung der für die Einrichtung maßgeblichen Verbesserungsaktionen vorzubereiten. Zunächst müssen Kriterien definiert werden, anhand derer die Priorisierung vorgenommen werden kann. Zwei zentrale Kriterien zur Beurteilung können hinzugezogen werden:

1. Nutzen für die Einrichtung. Dabei geht es darum, inwiefern die Verbesserungsmaßnahme Nutzen für zentrale Ziele und Schlüsselleistungskennzahlen der Organisation innerhalb der nächsten 6 bis 9 Monate stiftet.
2. Fähigkeit der Einrichtung, die Verbesserungsmaßnahme umzusetzen. Hier geht es darum, inwiefern die Einrichtung aus eigener Kraft unter Einsatz überschaubarer Ressourcen die Verbesserungsmaßnahme innerhalb der nächsten 6 bis 9 Monate umsetzen kann. Ergebnis der Prioritätensetzung ist eine Differenzierung der Verbesserungsmaßnahmen in drei Kategorien. Sogenannte „Ressourcenfresser“ sind Verbesserungsmaßnahmen, die einen hohen Aufwand und Einsatz der Ressourcen erfordern und dabei erkennbar geringen Nutzen befördern. „Low hanging fruits“ sind Verbesserungsmaßnahmen, die bei einem geringen Ressourceneinsatz schnell erkennbaren Nutzen schaffen. „Strategische Verbesserungen“ sind solche, die bei hohem Ressourceneinsatz langfristig hohen Nutzen bewirken.

Die Priorisierung der Verbesserungsmaßnahmen sollte sorgfältig durchgeführt werden. Oft wird dieser wichtige vorbereitende Schritt zu oberflächlich angegangen. Mitarbeitende der Selbstbewertungsteams neigen dazu, die Bewertung des erforderlichen Ressourceneinsatzes (Geld, Mitarbeitende, etc.) zu optimistisch zu sehen und allen Verbesserungsmaßnahmen hohen Nutzen zuzusprechen. So wird meist schnell die hohe Wirkung einer Verbesserungsmaßnahme auf die Kundenzufriedenheit betont. Aufgabe der Moderation ist es hier, differenzierte Bewertungen einzufordern und zu ermöglichen.

Ergebnis dieses Arbeitsschritts ist eine ausgefüllte Priorisierungsmatrix.

Danach werden die zentralen Verbesserungsmaßnahmen im Selbstbewertungsteam geplant. Häufig geht die Prioritätensetzung, die ja auch einen Abschied von möglicherweise lieb gewonnenen Ideen oder Vorhaben einschließen kann, mit einem Gefühl der Erleichterung einher. Konnten sich viele Mitarbeitende während der detailreichen Arbeit an den Kriterien nicht vorstellen, wie die Fülle an Verbesserungsnotwendigkeiten und -ideen jemals handlungsleitend verdichtet werden kann, wie Ordnung angesichts der Vielzahl unterschiedlicher und scheinbar gleich gewichtiger Themen hergestellt und wie angesichts unterschiedlicher Interessen und Präferenzen ein Konsens erzielt werden kann, reagieren sie erleichtert, wenn gerade dieser Konsens als Ergebnis der Prioritätensetzung erzielt wird. Befürchtungen im Hinblick auf einsetzende Konflikte und Auseinandersetzungen haben sich nicht erfüllt.

Die Versuchung ist groß, jetzt schnell die Verbesserungen zu planen. Bewährt hat sich, die konkrete Planung der Verbesserungsprojekte anhand des ausführlichen Maßnahmeplans vorzunehmen.

Viele Einrichtungen haben bei ihren Bemühungen zur Qualitätsentwicklung die Erfahrung gemacht, dass Flüchtigkeit und Ungenauigkeit bei der konkreten Planung der Verbesserungen sich nicht auszahlen sondern langfristig demotivieren und den gesamten Ansatz des Qualitätsmanagements diskreditieren; wenn nämlich nach einer bestimmten Periode festgestellt wird, dass von der Vielzahl der geplanten Projekte die meisten nicht oder nur ansatzweise umgesetzt wurden.

Mit Hilfe des Maßnahmenplans werden folgende Punkte geklärt:

1. Wer ist der Projektverantwortliche? Die projektverantwortliche Person ist verantwortlich dafür, dass das Projekt wie verabredet und in der festgelegten Zeit umgesetzt wird.
2. Bis wann soll das Projekt abgeschlossen und vollständig umgesetzt sein?
3. Welche Position nimmt das Projekt ein innerhalb der Rangfolge der Projekte, die aus der Priorisierung aller Verbesserungsprojekte und –maßnahmen resultiert?

4. Zu welchem Kriterium leistet die Verbesserungsmaßnahme einen Beitrag?
5. Welchen Status hat die Maßnahme zu einem Betrachtungszeitpunkt? (Reviewtermin):
6. Welche Reviewtermine werden vereinbart?
7. Wie soll das Vorgehen zur Verbesserung gestaltet werden?
 - Welche Gründe liegen vor für die Wahl dieser Vorgehensweise?
 - welcher Nutzen wird für die Organisation erwartet? (z.B. Bezug zum Businessplan erklären; Leistungsindikatoren anführen, deren Verbesserung zu erwarten ist; Interessengruppen benennen, die profitieren werden, etc.)
8. Wie soll die Maßnahme umgesetzt werden? Beschreibung, wie die geplante Maßnahme umgesetzt wird, z.B.:
 - wer ist für die Einführung verantwortlich?
 - welche Personen sind betroffen?
 - welche Bereiche sind betroffen?
 - Meilensteine?
 - wie sieht die komplette Umsetzung aus?
 - welche Methode wird zur Messung der Umsetzung verwendet?
 - wie häufig soll gemessen werden?
 - welche Messwerte oder Indikatoren werden genutzt zum Bewerten, ob die Verbesserungsmaßnahme in einem angemessenen Zeitraum im vollen Umfang eingeführt wurde?
 - Wie werden Fortschritte bei der Umsetzung verfolgt, so dass festgestellt werden kann, ob der Plan auf dem richtigen Weg ist oder ob Korrekturen eingeleitet werden müssen?

Werden die Verbesserungen systematisch und ausführlich geplant, kehrt oft eine nachdenkliche, „ernüchterte“ Stimmung ein. Es ist deutlich geworden, wie umfangreich die geplante Verbesserung ist, welche Zwischenschritte absolviert werden müssen, wer beteiligt werden muss, etc. Gleichzeitig ist die Sicherheit gewachsen, die Projekte wirklich umsetzen zu können.

Nach Ablauf eines Jahres ist die Umsetzung zu überprüfen, eine neue Selbstbewertung vorzunehmen, die dann in eine aktualisierte Aktionsplanung für den Folgezeitraum mündet.

6.7.3 Ergebnispräsentationen im Benchmarkingkreis

Die Ergebnisse der Prozessanalysen werden systematisch dokumentiert und in den Benchmarkingkreis getragen. Dadurch entstehen ein intensiver Transfer von „guten Ideen und Lösungen“ und ein gemeinschaftliches Profil von Verbesserungspotenzialen. In einem systematischen Vergleich werden die unterschiedlichen Ansätze gemeinschaftlich bewertet.

Unterstützt durch externe (pflegefachliche und prozessmanagementbezogene) Expertise legen die Einrichtungen das weitere Vorgehen grundlegend fest. So gilt es u. a. abzustimmen, ob auf

Grund der in der Analysephase festgestellten Prozessleistung eher eine kontinuierliche Verbesserung oder ein kompletter Neuentwurf der Versorgungsprozesse vorgenommen werden soll.

Anlage 1

Fragenkatalog zur Potentialanalyse

Fragenkatalog zur Potentialanalyse und Maßnahmenplanung

Ziele und Anwendungsbereiche des Fragenkataloges

Der folgende Fragenkatalog kann im Rahmen eines Benchmarkingprozesses aber auch im Kontext anderer Qualitätsentwicklungsverfahren bzw. -instrumente in mehrfacher Hinsicht verwendet werden:

1. Er ermöglicht es zum einen, die eigene Einrichtung und die eigene Arbeitsweise im Bereich der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung einer eingehenden Untersuchung zu unterziehen.
2. Darüber hinaus ist er geeignet, im Prozess des Hinterfragens gleichzeitig Hinweise darauf zu geben „wie man es besser machen kann“ und ist insofern auch zur Maßnahmenplanung geeignet.

Aufgaben des Fragenkataloges im Rahmen der Potentialanalyse

Zu 1. Im Rahmen der Fragenkataloge wurden Qualitätskriterien benannt, die für Einrichtungen kennzeichnend sein sollten, die sich um eine Ernährung und Getränkeversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner bemühen, die einerseits den ernährungsphysiologischen Erfordernissen gerecht wird und sich andererseits aber auch an den individuellen Präferenzen und Bedürfnissen der Menschen orientiert.

Dabei wurden - in Anlehnung an das EFQM Modell für Excellence - folgende Bereiche berücksichtigt:

- 1. Führung**
- 2. Planung und Zielsetzung**
- 3. Mitarbeiter**
- 4. Partnerschaften und Ressourcen**
 - 4.1 Hygiene
 - 4.2 Räumlichkeiten, Rahmenbedingungen und Ausstattung
 - 4.3 Weiterführender Service
 - 4.4 Information
 - 4.5 Einbeziehung Externer
- 5. Prozesse**
 - 5.1 Qualität der Nutzung

- 5.2 Gestaltung der Mahlzeitsituation
- 5.3 Einzug, Potentialerkennung u. –berücksichtigung
- 5.4 Hilfestellung
- 5.5 Umgang mit Risiken/besonderen Situationen
- 5.6 Sondenernährung
- 5.7 Pflegedokumentation/Pflegeplanung

Der Fragenkatalog soll dabei helfen, sich im Rahmen eines einrichtungsinternen Qualitätszirkels oder im Rahmen eines einrichtungsübergreifenden Benchmarkingkreises mit der gegebenen Situation in einer oder vergleichend in mehreren Einrichtungen auseinanderzusetzen. Die Fragenkataloge können deshalb eine wichtige Rolle bei einer IST-Analyse oder der Phase der Potentialanalyse im Benchmarkingprozess spielen.

Funktion des Fragenkataloges bei der Ziel- und Maßnahmenplanung

Im Zuge der Begleitung einer Vielzahl von Qualitätsentwicklungsprozessen durch das KDA hat sich gezeigt, dass Checklisten oder ähnliche Instrumente, mit denen üblicherweise Qualitätsniveaus ermittelt oder verglichen werden, von den einbezogenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtungen häufig als zu dirigistisch und der jeweils spezifischen Situation der Einrichtungen als zu wenig angemessen beurteilt werden.

Im Zuge der Entwicklungsarbeiten am KDA Qualitätshandbuch Wohnen im Heim wurde deshalb das KDA-Konzept der Fragenkataloge erarbeitet und auf 13 AEDL-Bereiche, die von der Pflegewissenschaftlerin Prof. Monika Krohwinkel zur Klassifizierung von „Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens“ entwickelt wurde, angewendet.

Das in diesem Qualitätshandbuch entwickelte Konzept liegt auch den im Rahmen dieses Projektes erarbeiteten Fragenkatalogen zugrunde.

Die Frageform erlaubt es dabei, in einem Zuge bisheriges Verhalten in Frage zu stellen und gleichzeitig Verhaltensalternativen aufzuzeigen. Der Fragenkatalog bietet insofern – auch wenn es auf den ersten Blick nicht so erscheinen mag – nicht nur Fragen zur Reflexion der eigenen Arbeit, sondern gleichzeitig eine Fülle von Anregungen und Hinweisen für eine Weiterentwicklung in diesem Fall der Mahlzeiten- und Flüssigkeitsversorgung.

Die Beschäftigung mit detaillierten, aber dennoch einfach zu beantwortenden Fragen führt nämlich in der Regel schon zu entsprechenden Antworten. Dies wird insbesondere dann deutlich,

wenn die Fragen zu einer positiven Aussage umformuliert werden. Da dieser letzte Punkt ganz entscheidend ist für den Einsatz der Fragenkataloge im Sinne von Handlungsanleitungen ist, dazu ein Beispiel:

Unter Punkt 4.1.1 des Fragenkataloges wird folgende Frage gestellt:

„Werden die fachlichen und gesetzlichen Anforderungen an die Hygiene in Küche, Speisesaal und den Essbereichen in den Wohn-/Pflegebereichen eingehalten? (gemäß HACCP)? Werden z. B. folgende Aspekte überprüft / beachtet:

- *Rohstoffanlieferung: Qualität (Alter), Art und Dauer des Transports, Verunreinigungen, Temperatur, Verpackung (Art, Beschädigungen) usw.?*
- *Rohstofflagerung: Temperaturen, Licht, Luft, Gerüche, Hygiene der Lagerräume (Staub, Ungeziefer) usw.?*
- *Maschinen und Geräte: technische Sicherheit (Kühlanlagen), Hygiene der Geräte usw.?*
- *Räumlichkeiten: Zustand von Decken, Wänden und Böden, Abzugseinrichtungen, Abflüsse usw.?*
- *Personalhygiene: persönliche Hygiene, Schutzbekleidung, Kopfbekleidung usw.?*
- *Nahrungszubereitung: Trennung reiner und unreiner Arbeitsprozesse, Einhalten der vorgeschriebenen Warmhaltetemperatur, Vermeidung von Hautkontakt mit gegarten Speisen, zügige Verarbeitung von verderblichen Speisen, schnelles Herunterkühlen von zubereiteten Speisen, die kühl gelagert werden sollen usw.?*
- *Essensausgabe: Hygiene der Aufbewahrungsgeräte und –behälter, Temperatur der Aufbewahrungsgeräte und -behälter, Vermeidung von Hautkontakt mit gegarten Speisen usw.?*

Positiv umformuliert:

„In den Wohn-/Pflegebereichen müssen die fachlichen und gesetzlichen Anforderungen an die Hygiene in Küche, Speisesaal und den Essbereichen eingehalten werden. Dabei sind folgende Aspekte zu beachten:

- *Rohstoffanlieferung: Qualität (Alter), Art und (...)*
- *Rohstofflagerung: Temperaturen, Licht, Luft,(...)*
- *Maschinen und Geräte: technische Sicherheit (Kühlanlagen),(...)?*
- *Räumlichkeiten: Zustand von Decken, Wänden und (...)*
- *Personalhygiene: persönliche Hygiene, Schutzbekleidung, (...)*
- *Nahrungszubereitung: Trennung reiner und unreiner Arbeitsprozesse, Einhalten der vorgeschriebenen Warmhaltetemperatur, (...)*
- *Essensausgabe: Hygiene der Aufbewahrungsgeräte und –behälter,(...)*

Die Fragenkataloge stellen also auch eine dezidierte Handlungsanleitung zur Einleitung konkreter Veränderungen und Qualitätsentwicklung dar.

Hinzu kommt, dass die Beantwortung von Fragen, wenn sie im Team oder allgemein in Gruppen vorgenommen wird, zu Diskussion und Erfahrungsaustausch anregt. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für individuelle oder gemeinsame Lernprozesse. Darüber hinaus helfen die Fragen, Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung zwischen allen Beteiligten abzustimmen.

Projekt „ Benchmarking in der Pflege zum Thema Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“

Fragenkataloge zur Potentialanalyse

| Lfd. Nr. | Bereiche / Fragen ^{4 5} | Stärken (Instrument/Konzept, Nachweis) | Verbesserungsbereiche (Ziele, Maßnahmen) |
|------------------------------|--|---|---|
| 1 Führung⁶ | | | |
| 1.1 | <p>Nehmen die Leitungsverantwortlichen, insbesondere die verantwortliche Pflegefachkraft/ Pflegedienstleitung (PDL) und die Hauswirtschaftsleitung (HWL) ihre Aufgaben wahr?</p> <p><i>MDK-Kriterium: Nimmt die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Aufgaben wahr? (4.2)</i></p> <p>Werden z.B. folgende Aspekte beachtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einbeziehung des Heimbeirats hinsichtlich Mahlzeitengestaltung / Essenswünschen? ▪ Förderung der Angehörigenarbeit / der Einbeziehung von Angehörigen und Ehrenamtlichen? ▪ Mitwirkung an der Vorhaltung eines funktionierenden Bestellsystems? ▪ Mitwirkung an der Vorhaltung eines funktionierenden Verpflegungssystems? ▪ Schaffung weiterer geeigneter Rahmenbedingungen (z.B. bezogen auf Räumlichkeiten, Mobiliar, Hilfsmittelversorgung, Pflegedokumentation/ Pflegeplanung)? | | |
| 1.2 | <p>Stellen die Leitungsverantwortlichen eine Personalausstattung / Personalorganisation sicher, die eine Anwesenheit ausreichend vieler MitarbeiterInnen bei jeder Mahlzeit der BewohnerInnen und während der gesamten Zeit der Mahlzeit ermöglicht? [BB 2.9, MB 4.9, MB 6.7, Beo 3.1]</p> <p><i>MDK-Kriterien: Nimmt die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Aufgaben wahr? (4.2, insbesondere d.) Ist durch die Personaleinsatzplanung eine kontinuierliche Pflege und Versorgung der Bewohner gegeben? (4.5)</i></p> | | |
| 1.3 | Besteht ein Kommunikationssystem, das sicherstellt, dass PDL und HWL Risiken bezogen auf die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung rechtzeitig erkennen und managen (inkl. Umgang mit Nahrungsverweigerungen)? | | |
| 1.4 | Stellen die Leitungsverantwortlichen ein funktionierendes Beschwerdemanagement sicher? [BB 1.15, MB 3] | | |

⁴ Die Fragen in den grauen Feldern sind Detailfragen zum übergeordneten Kriterium (jeweils darüberliegendes weißes Feld) und müssen nicht zwingend beantwortet / bewertet werden, bzw. sie enthalten Bezüge zu den entsprechenden MDK-Kriterien.

⁵ Die Kürzel in eckigen Klammern (Buchstaben und Zahl) sind die Bezüge zu den Erhebungsmethoden Bewohnerbefragung = BB, Mitarbeiterbefragung = MB, Beobachtung von Mahlzeitsituationen = Beo. Die Zahlen entsprechen den laufenden Nummern der entsprechenden Kriterien in den Erhebungsinstrumenten.

⁶ Die Strukturierung der Hauptbereiche ist angelehnt an das EFQM Modell für Excellence.

| Lfd. Nr. | Bereiche / Fragen ^{4 5} | Stärken (Instrument/Konzept, Nachweis) | Verbesserungsbereiche (Ziele, Maßnahmen) |
|----------------------------------|--|---|---|
| | <i>MDK-Kriterium: Werden in der Pflegeeinrichtung Regelungen zum Umgang mit Beschwerden angewendet? (6.14)</i> | | |
| 1.5 | Schaffen PDL und HWL geeignete Rahmenbedingungen für eine konstruktive Zusammenarbeit mit externen Partnern (z.B. Ärzten, Therapeuten, Lieferanten, Caterern)? | | |
| 1.6 | Achten die Leitungsverantwortlichen auf eine angemessene Vergütung für die Leistungen der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung (über das Heimentgelt)? | | |
| 1.7 | Stellen die Leitungsverantwortlichen eine adäquate Transparenz für die BewohnerInnen/ deren gesetzliche Vertreter über die Kosten für die Leistungen der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sicher? | | |
| 2 Planung und Zielsetzung | | | |
| 2.1 | Sind in der/den Konzeption(en) der Einrichtungen richtungsweisende Aussagen zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung enthalten? <i>MDK-Kriterien: Liegt ein geeignetes schriftliches Pflegekonzept vor? (5.2, insbesondere f.) Liegt ein geeignetes schriftliches Konzept zur hauswirtschaftlichen Versorgung vor? (5.5, insbes. a.)</i> | | |
| 2.2 | Wird ein Pflegesystem umgesetzt, das ermöglicht, dass die notwendige Hilfestellung beim Essen möglichst oft durch die selbe Person erfolgt (insbesondere bei dementiell erkrankten BewohnerInnen und wenn Essen angereicht werden muss)? [BB 2.9, MB 4.9+ 4.10+ 6.7] <i>MDK-Kriterium: Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert? (4.1)</i> | | |
| 3 Mitarbeiter | | | |
| 3.1 | Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft beschäftigten MitarbeiterInnen verbindlich geregelt (z.B. durch Stellenbeschreibungen)? [MB 6.4] <i>MDK-Kriterium: Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege, sozialen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt? (3.1)</i> Ist z.B. geregelt, dass die Medikamentenvergabe und Einnahmeüberwachung nicht verantwortlich durch Hauswirtschaftspersonal erfolgt? [Beo 4.2] | | |
| 3.2 | Wird regelmäßig in Besprechungen, an denen mindestens VertreterInnen von Hauswirtschaft <u>und</u> Pflege beteiligt sind, die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung thematisiert? [MB 2.4] | | |

| Lfd. Nr. | Bereiche / Fragen ^{4 5} | Stärken (Instrument/Konzept, Nachweis) | Verbesserungsbereiche (Ziele, Maßnahmen) |
|---|---|---|---|
| | <i>MDK-Kriterium: Werden Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe genutzt? (6.12 e. professionsübergreifende Dienstbesprechungen)</i> | | |
| 3.3 | <p>Sind alle MitarbeiterInnen von Hauswirtschaft <u>und</u> Pflege über wichtige Aspekte der Ernährung im Alter und die möglichen Risiken informiert (z.B. bezogen auf den hohen Stellenwert der Nahrungsaufnahme für die BewohnerInnen, Veränderungen des Geschmacksempfindens, eingeschränkte Wahrnehmung von Durst-/ Hungergefühl, Kau- und Schluckstörungen)? [MB 6.1, 6.5, 6.8, 6.6]</p> <p>Ist eine entsprechend qualifizierte Person benannt, die Ansprechpartner für die MitarbeiterInnen bei fachlichen Fragen zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung ist? [MB 6.4]</p> | | |
| 3.4 | Wird regelmäßig mit den hauswirtschaftlichen MitarbeiterInnen kommuniziert (z.B. in Besprechungen), welchen großen Stellenwert ihre Arbeit für die BewohnerInnen hat? | | |
| 3.5 | <p>Nehmen die MitarbeiterInnen regelmäßig an internen und/oder externen Fortbildungen zum Thema „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ teil? [MB 6.2]</p> <p><i>MDK-Kriterium: Liegt ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplan für alle Leistungsbereiche vor? (6.8)</i></p> <p>Trifft dies auch auf MitarbeiterInnen von Hauswirtschaft / Service und auf nicht-/teilqualifizierte Pflegepersonen zu? (<i>MDK-Kriterium: Werden alle in der Pflege, sozialen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung tätigen Mitarbeiter in die Fortbildung einbezogen (6.9)</i>)</p> <p>Wird darauf geachtet, dass die MitarbeiterInnen das Erlernete in der Praxis auch gut anwenden (können)? [MB 6.3]</p> | | |
| 3.6 | <p>Ist organisatorisch sichergestellt, dass die Inhalte der Fort- und Weiterbildungen, die sich einzelne MitarbeiterInnen angeeignet haben, an die anderen MitarbeiterInnen weitervermittelt werden?</p> <p><i>MDK-Kriterium: Werden Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe genutzt (6.12)</i></p> | | |
| 3.7 | Besteht für die MitarbeiterInnen die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Supervision o.ä., z.B. um (Ekel)Gefühle bei der Nahrungsverabreichung thematisieren zu können? | | |
| 4 Partnerschaften und Ressourcen | | | |
| 4.1 Hygiene | | | |
| 4.1.1 | Werden die fachlichen und gesetzlichen Anforderungen an die Hygiene in Küche, Speisesaal und den Essbereichen in den Wohn-/Pflegebereichen eingehalten (gemäß HACCP)? | | |

| Lfd. Nr. | Bereiche / Fragen ^{4 5} | Stärken (Instrument/Konzept, Nachweis) | Verbesserungsbereiche (Ziele, Maßnahmen) |
|--|---|---|---|
| | <p>Werden z.B. folgende Aspekte überprüft / beachtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rohstoffanlieferung: Qualität (Alter), Art und Dauer des Transports, Verunreinigungen, Temperatur, Verpackung (Art, Beschädigungen) usw.? ▪ Rohstofflagerung: Temperaturen, Licht, Luft, Gerüche, Hygiene der Lagerräume (Staub, Ungeziefer) usw.? ▪ Maschinen und Geräte: technische Sicherheit (Kühlanlagen), Hygiene der Geräte usw.? ▪ Räumlichkeiten: Zustand von Decken, Wänden und Böden, Abzugseinrichtungen, Abflüsse usw.? ▪ Personalhygiene: persönliche Hygiene, Schutzbekleidung, Kopfbekleidung usw.? [Beo 3.6] ▪ Nahrungszubereitung: Trennung reiner und unreiner Arbeitsprozesse, Einhalten der vorgeschriebenen Warmhaltetemperatur, Vermeidung von Hautkontakt mit gegarten Speisen, zügige Verarbeitung von verderblichen Speisen, schnelles Herunterkühlen von zubereiteten Speisen, die kühl gelagert werden sollen usw.? [Beo 4.1.4] ▪ Essensausgabe: Hygiene der Aufbewahrungsgeräte und -behälter, Temperatur der Aufbewahrungsgeräte und -behälter, Vermeidung von Hautkontakt mit gegarten Speisen usw.? <p>Werden die hergestellten Speisen hinsichtlich ihres mikrobiologischen Zustands stichprobenweise überprüft (Rückstellproben)?</p> | | |
| 4.1.2 | Sind Regelungen/Verfahrensanweisungen zur Sicherstellung einer einwandfreien Hygiene in der Küche vorhanden? | | |
| 4.1.3 | Existieren Reinigungs- und Hygienepläne? | | |
| 4.1.4 | Wird regelmäßig kontrolliert, ob die Reinigungs- und Hygienepläne eingehalten werden? | | |
| | <i>MDK-Kriterium: Gibt es in der Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement? (8.2)</i> | | |
| 4.2 Räumliche Rahmenbedingungen und Ausstattung | | | |
| 4.2.1 | Ist der zentrale Speisesaal (soweit vorhanden) ansprechend gegliedert und ausgestattet (bezüglich Größe, farbliche Gestaltung, Akustik, Beleuchtung, Möblierung, Regale/ Zwischenwände, Begrünung, Bilder/Fotos, der Jahreszeit entsprechende Dekoration etc.)? [BB+MB 1.9, Beo 1.1-1.4] | | |
| 4.2.2 | Sind die Essbereiche in den Wohn-/Pflegebereichen ansprechend gegleiert und ausgestattet (bezüglich Größe, farbliche Gestaltung, Akustik, Beleuchtung, Möblierung, Regale/ Zwischenwände, Begrünung, Bilder/ Fotos, der Jahreszeit entsprechende Dekoration etc.)? [BB+MB 1.9, Beo 1.1-1.4] | | |

| Lfd. Nr. | Bereiche / Fragen ^{4 5} | Stärken (Instrument/Konzept, Nachweis) | Verbesserungsbereiche (Ziele, Maßnahmen) |
|------------------------------------|---|---|---|
| 4.2.3 | Sind die Tische im zentralen Speisesaal ansprechend zum Essen hergerichtet (alle für die Mahlzeit notwendigen Besteckteile, Gläser, saubere Stoff- statt Plastiktischdecken, Servietten und saubere Serviettentaschen, Gewürzstände, Milchspender, frische Blume etc.)? [Beo 5.2- 5.4] | | |
| 4.2.4 | Sind die Tische in den Essbereichen der Wohn-/ Pflegebereiche ansprechend zum Essen hergerichtet (alle für die Mahlzeit notwendigen Besteckteile, Gläser, saubere Stoff- statt Plastiktischdecken, Servietten und saubere Serviettentaschen, Gewürzstände, Milchspender, frische Blume etc.)? [Beo 5.2- 5.4] | | |
| 4.2.5 | Wird geeignetes Geschirr und Besteck verwendet (z.B. nicht zu schwere Tassen, insbesondere für Demenzkranke Nutzung von farbigem Geschirr, „feste“ Hauptspeise mittags nicht in tiefen Tellern, Verwendung von „Wärmetellern“ bei Zimmerservice)? [Beo 5.11+5.12] | | |
| 4.2.6 | Stehen im zentralen Speisesaal und in den Essbereichen in den Wohn-/ Pflegebereichen genügend Sitzmöglichkeiten für MitarbeiterInnen und Gäste zur Verfügung? [Beo 1.5] | | |
| 4.3 Weiterführender Service | | | |
| 4.3.1 | <p>Gibt es Kochgelegenheiten zur persönlichen Nutzung durch BewohnerInnen?</p> <p>Sind im einzelnen z. B. Küchen in den Wohnungen/Zimmern, Kochplatten/Kochnischen in den Wohnungen/Zimmern und Gemeinschaftsküchen vorhanden?</p> <p>Sind die Kochgelegenheiten zur persönlichen Nutzung auf die besonderen Belange älterer Menschen zugeschnitten, z. B. bezogen auf behindertengerechte Dimensionierung und Ausstattung, ausreichende Beleuchtung und Belüftung?</p> <p>Wenn es Gemeinschaftsküchen gibt, sind sie groß genug und ausreichend mit Geschirr, Bestecken, Töpfen, Pfannen, Haushaltsgeräten ausgestattet, dass auch mehrere Personen gleichzeitig darin kochen und anschließend essen können?</p> <p>Gibt es in den Gemeinschaftsküchen abschließbare Fächer (in Küchen- und Kühlschrank), um private Lebensmittel aufbewahren und gegen den Zugriff anderer schützen zu können?</p> <p>Sind die Gemeinschaftsküchen auch abends und nachts für die BewohnerInnen zugänglich?</p> | | |
| 4.3.2 | <p>Existiert im Haus ein (kleiner) Laden oder Kiosk, in dem man Getränke, Zeitschriften, Süßigkeiten etc. kaufen kann?</p> <p>Werden in diesem Laden/Kiosk auch Lebensmittel u.ä. angeboten, die für die Selbstversorgung der BewohnerInnen von Bedeutung sind?</p> <p>Ist dieser Laden/Kiosk täglich und auch in den Abendstunden geöffnet?</p> | | |

| Lfd. Nr. | Bereiche / Fragen ^{4 5} | Stärken (Instrument/Konzept, Nachweis) | Verbesserungsbereiche (Ziele, Maßnahmen) |
|------------------------|---|---|---|
| 4.3.3 | Informieren die MitarbeiterInnen die BewohnerInnen über die Einkaufsmöglichkeiten in der näheren Umgebung? | | |
| 4.3.4 | Stellen die MitarbeiterInnen sicher, dass hilfebedürftige BewohnerInnen auf Wunsch die externen Einkaufsmöglichkeiten nutzen können? Gibt es für die BewohnerInnen die Möglichkeit, sich auf vom Haus organisierten Einkaufsfahrten selbst zu versorgen? Werden von seiten des Hauses Einkaufsdienste angeboten? Werden BewohnerInnen auf Wunsch zu externen Einkaufsmöglichkeiten begleitet? | | |
| 4.3.5 | Ist die Tagesstruktur so angelegt, dass die BewohnerInnen, die selbst kochen, dafür ausreichend Zeit haben? | | |
| 4.3.6 | Wird die Nutzung der Gemeinschaftsküchen durch die MitarbeiterInnen gezielt gefördert (z. B. durch die Initiierung/Anregung von Kochgruppen, durch das Angebot von Hilfen bei der Nahrungszubereitung)? | | |
| 4.3.7 | Besteht bei relativ eigenständigen BewohnerInnen das Angebot, die Funktionstüchtigkeit und Hygiene von Haushaltsgeräten und -hilfsmitteln regelmäßig bzw. bei Bedarf zu überprüfen, z. B. bezogen auf Mikrowellengeräte, Herde, Kaffee-/ maschinen, Toaster, Heißwassergeräte/Boiler, Brotschneidemaschinen, Kühlschränke/Gefriertruhen? | | |
| 4.4 Information | | | |
| 4.4.1 | Wird in der Einrichtung angemessen mit der Speiseplanung umgegangen? <i>MDK-Kriterium: Wird in der Pflegeeinrichtung ein Speiseplan veröffentlicht u. d. Bewohnern zur Kenntnis gebracht? (9.1)</i> Ist der Speiseplan für alle BewohnerInnen zugänglich, auch für BewohnerInnen, die sich ausschließlich in ihrem Zimmer aufhalten sowie für bettlägerige BewohnerInnen (z.B. durch die zusätzliche Verwendung von ansprechend gestalteten Speisekarten)? [Beo 5.5] Können die BewohnerInnen kurzfristig Wünsche zur Speiseplangestaltung äußern? Haben die BewohnerInnen (ggf. auch die Angehörigen) die Möglichkeit, den Speiseplan mitzugestalten (z.B. über Heimbeirat)? | | |
| 4.4.2 | Wird die Zufriedenheit der BewohnerInnen mit Essen u. Trinken regelmäßig und mit einer geeigneten Methode erhoben? [Beo 8.5] | | |
| 4.4.3 | Werden die Ergebnisse der Zufriedenheitsermittlung regelmäßig mit den MitarbeiterInnen von Hauswirtschaft <u>und</u> Pflege kommuniziert? | | |

| Lfd. Nr. | Bereiche / Fragen ^{4 5} | Stärken (Instrument/Konzept, Nachweis) | Verbesserungsbereiche (Ziele, Maßnahmen) |
|----------------------------------|--|---|---|
| 4.5 Einbeziehung Externer | | | |
| 4.5.1 | Wird die Mitarbeit von Angehörigen, FreundInnen, Ehrenamtlichen im Bereich „Essen und Trinken“ unterstützt? [MB 4.14] | | |
| | Werden die HelferInnen gefragt, ob und inwieweit sie sich an Hilfen beim Essen und Trinken beteiligen wollen/können? Werden die BewohnerInnen danach gefragt, ob und inwieweit sie es wollen, dass sich Angehörige, FreundInnen, Ehrenamtliche an entsprechenden Hilfen beteiligen? | | |
| 4.5.2 | Wenn sich Angehörige, FreundInnen bzw. Ehrenamtliche an Hilfen im Bereich „Essen und Trinken“ beteiligen, werden sie angemessen unterstützt? [MB 4.14, Beo 3.2] Wie erfolgt die Unterstützung? - Werden sie bei Bedarf angeleitet und durch professionelles Personal unterstützt? - Werden sie auch hinsichtlich emotionaler Probleme unterstützt (z. B. bei Scham, Ekel, Wut, Hilflosigkeit, Trauer)? - Wird vermieden, dass die HelferInnen sich unter Druck gesetzt fühlen, einmal übernommene Aufgaben auch weiterhin oder immer zu übernehmen? - Wird regelmäßig darauf geachtet, dass die Mitarbeit der HelferInnen sachgerecht erfolgt und die Bedürfnisse der BewohnerInnen beachtet werden? Wird mit den HelferInnen darüber gesprochen und regelmäßig auf entsprechende Signale von ihnen geachtet, ob sie sich in der Zusammenarbeit mit den MitarbeiterInnen wohlfühlen? Werden Anregungen und Vorschläge von den HelferInnen zur Verbesserung des Essens und Trinkens der BewohnerInnen beachtet und gibt es Verfahrensregeln, wie man damit auf eine Weise umgeht, die alle Beteiligten zufrieden stellt? | | |
| 4.5.3 | Findet mit der Hausärztin/dem Hausarzt eine adäquate Kommunikation über die Ursachen für aktuelle Probleme beim Essen und Trinken sowie über die notwendigen Maßnahmen und deren Ergebnisse statt? [MB 2.15] Wird die Ernährungs-/ Trinkplanung in Absprache mit den ÄrztInnen erarbeitet? [MB 2.6] Werden Ernährungs-/ Trinkprotokolle von den ÄrztInnen eingesehen / berücksichtigt? [MB 2.8] Sind die ÄrztInnen bei Fragen zur Ernährung / Flüssigkeitsversorgung schnell erreichbar? [MB 2.7] | | |

| Lfd. Nr. | Bereiche / Fragen ^{4 5} | Stärken (Instrument/Konzept, Nachweis) | Verbesserungsbereiche (Ziele, Maßnahmen) |
|---------------------------------|---|---|---|
| 4.5.4 | Arbeitet die Einrichtung - wenn ärztlich verordnet bzw. notwendig – angemessen mit externen TherapeutInnen zusammen (z.B. bei Schluckstörungen mit PhysiotherapeutInnen)? | | |
| 5 Prozesse | | | |
| 5.1 Qualität der Nahrung | | | |
| 5.1.1 | Ist das Angebot an Getränken ausreichend, vielseitig und abwechslungsreich? | | |
| | <p><i>MDK-Kriterium: Findet eine angemessene Getränkeversorgung für die Bewohner zuzahlungsfrei statt? (9.5; 12.9)</i></p> <p>Wird eine individuell an Bewohnerbedarf und Bewohnerbedürfnis orientierte Flüssigkeitsmenge berücksichtigt/sichergestellt? [Beo 5.7]</p> <p>Werden auf Wunsch auch alkoholische Getränke ausgeschenkt (sofern keine krankheitsbedingten Gründe dagegen sprechen)?</p> | | |
| 5.1.2 | <p>Ist das Angebot an Speisen vielfältig und dem Bedarf älterer Menschen/dem Klientel der Einrichtung angepaßt? [Beo 5.6]</p> <p><i>MDK-Kriterium: Wird in der Einrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten? (9.2, insbesondere d., e., f.)</i></p> <p><i>MDK-Kriterium: Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen? (9.6, insbesondere b.)</i></p> <p>Werden z. B. folgende Kriterien erfüllt: Tägliches Angebot von Milch und Milchprodukten (möglichst fettarme Varianten), Vollkomprodukten, frischem Gemüse und/oder Obst [BB+MB 1.4]; Angebot von (fettarmem) Fleisch und Fleischerzeugnissen 2-3 mal wöchentlich; Angebot von 1-2 Fischmahlzeiten pro Woche; nicht zu viele Eier und Eiprodukte; Eingrenzung der Gesamtfettzufuhr; Vermeidung schwerverdaulicher Fette und Bevorzugung von Ölen mit einem hohen Anteil mehrfach ungesättigter Fettsäuren; sparsame Verwendung von Zucker und Süßwaren; ab und zu (z. B. mind. einmal wöchentlich) Kuchen o.ä., weniger aus ernährungsphysiologischen Gründen, sondern um mal etwas Besonderes zu bieten; Würzung der Speisen weniger durch Salz als durch (frische) Kräuter und Gewürze?</p> <p>Bekommen BewohnerInnen mit Vollkost so viel zu essen, wie sie wollen (wird – wenn gewünscht – Nachschlag angeboten)? [BB+MB 1.10, Beo 5.16]</p> <p>Wird darauf geachtet, dass den BewohnerInnen viele kleine Mahlzeiten statt dreier großer angeboten werden (z. B. durch Zwischenmahlzeiten, 5 statt 3 Mahlzeiten)?</p> <p>Werden abends und ggf. auch nachts (auf Wunsch) kleinere warme Speisen gereicht (z. B. Suppen)?</p> | | |

| Lfd. Nr. | Bereiche / Fragen ^{4 5} | Stärken (Instrument/Konzept, Nachweis) | Verbesserungsbereiche (Ziele, Maßnahmen) |
|----------|--|---|---|
| | <p>Haben die BewohnerInnen (insbesondere auch dementiell erkrankte) die Möglichkeit, auch zwischen den Mahlzeiten auf Speisen / Getränke zugreifen zu können (z. B. Snackbar)?</p> <p>Werden für demenziell erkrankte BewohnerInnen spezielle Nahrungsformen wie fingerfood angeboten?</p> <p>Werden für BewohnerInnen mit Schluckstörungen spezielle Nahrungsformen wie passierte Kost, Softdrinks angeboten? [BB 2.11, MB 4.12]</p> <p>Stehen für BewohnerInnen mit einem erhöhten Energiebedarf/für mangelernährte BewohnerInnen geeignete Nahrungsmittel/-formen zur Verfügung (z.B. durch Energie-/ Eiweißanreicherung, Nahrungssupplemente)? [MB 4.13]</p> | | |
| 5.1.3 | <p>Ist sichergestellt, dass die BewohnerInnen ihre Diäten einhalten können (Angebot von entsprechenden Kostformen, z.B. diabetesgeeignete Kost)? [MB 2.11]</p> <p><i>MDK-Kriterium: Wird in der Einrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten? (9.2 b. Diät Kost z.B. Diabetes)</i></p> | | |
| 5.1.4 | <p>Ist das Speisenangebot an die Präferenzen der BewohnerInnen angepasst? [Beo 8.4]</p> <p><i>MDK-Kriterium: Entspricht die Speiserversorgung in der Einrichtung Ihren individuellen Bedürfnissen? (12.5)</i></p> <p>Gibt es für BewohnerInnen die Möglichkeit, „Wunschkost“ zu wählen/zu bekommen? (<i>MDK-Kriterium 9.2 c. Wunschkos</i>) [BB+MB 1.6]</p> <p>Werden z. B. regionale und kulturelle Besonderheiten, religiöse Besonderheiten (z. B. Speisen ohne Schweinefleisch für Moslems) sowie individuelle Präferenzen (z. B. vegetarische Kost) berücksichtigt?</p> <p>Gibt es schon mal besondere Angebote (z. B. bayrische Woche, Wildwoche, italienische Wochen)?</p> | | |
| 5.1.5 | <p>Werden den BewohnerInnen Wahlmöglichkeiten bei der Menügestaltung angeboten? [BB+MB 1.5, Beo 5.8, 5.9, 8.2]</p> | | |

| Lfd. Nr. | Bereiche / Fragen ^{4 5} | Stärken (Instrument/Konzept, Nachweis) | Verbesserungsbereiche (Ziele, Maßnahmen) |
|----------|--|---|---|
| | <p><i>MDK-Kriterium: Entspricht die Speisenversorgung in der Einrichtung Ihren individuellen Bedürfnissen? (12.5)</i></p> <p>Ist den MitarbeiterInnen bekannt, was es aktuell zu essen gibt? [Beo 3.7]</p> <p>Werden die BewohnerInnen aktuell über das Gericht/die Komponenten informiert und angemessen bei der Auswahl unterstützt? [Beo 8.1+8.2]</p> <p>Werden alle Komponenten angeboten (z.B. Nachtisch nicht nur auf Nachfrage)? [Beo 5.10]</p> <p>Haben die BewohnerInnen beim Mittagessen Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Gerichten? [Beo 5.8] (MDK-Kriterium 9.2 a.; 12.6)</p> <p>Wird flexibel reagiert, wenn BewohnerInnen die Gerichte einige Zeit im voraus gewählt haben, sich aber aktuell umentscheiden? [Beo 8.4.1]</p> <p>Können die BewohnerInnen die Komponenten der Mahlzeiten selbst zusammenstellen/wählen? [Beo 5.9, 5.13]</p> <p>Gibt es einen Buffetbetrieb (z. B. Buffetbetrieb bei allen Mahlzeiten, Salatbuffet, Kuchenbuffet)?</p> <p>Wird darauf geachtet, dass für die BewohnerInnen keine Probleme bei der Inanspruchnahme des Buffets entstehen?</p> <p>Können die BewohnerInnen ihre Mahlzeiten selbst würzen?</p> <p>Gibt es anlässlich persönlicher Festtage, z. B. Geburtstage, ein besonderes Menü?</p> <p>Können an persönlichen Festtagen zu den Mahlzeiten auch Gäste eingeladen werden?</p> | | |
| 5.1.6 | <p>Ist das Angebot an Speisen abwechslungsreich? [BB+MB 1.2]</p> <p><i>MDK-Kriterium: Wird in der Einrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten? (9.2)</i></p> <p>Werden im Wochenspeiseplan Sonn- und Feiertage durch eine besondere Menügestaltung berücksichtigt?</p> <p>Ist sichergestellt, dass sich der Speiseplan nicht allzu oft wiederholt?</p> | | |
| 5.1.7 | <p>Ist das Speisenangebot schmackhaft? [BB+MB 1.1]</p> <p>Werden Mittagessen und andere warme Speisen ausreichend warm serviert? [BB+MB 1.12]</p> <p>Werden - wenn notwendig (z.B. bei Zimmerservice) – Hilfsmittel zum Warmhalten der Teller eingesetzt?</p> | | |

| Lfd. Nr. | Bereiche / Fragen ^{4 5} | Stärken (Instrument/Konzept, Nachweis) | Verbesserungsbereiche (Ziele, Maßnahmen) |
|---|--|---|---|
| 5.1.8 | <p>Sind die Speisen ansprechend hergerichtet? [BB+MB 1.3, Beo 5.14]</p> <p>Trifft dies auch für den Fall zu, dass passierte Speisen angeboten werden (müssen)?</p> <p>Wird insbesondere bei dementiell erkrankten BewohnerInnen darauf geachtet, dass keine zu großen Portionen angerichtet werden? [Beo 5.15]</p> | | |
| 5.2 Gestaltung der Mahlzeitsituation | | | |
| 5.2.1 | Sind die MitarbeiterInnen im Speisesaal und im Rahmen der Mahlzeiten in den Wohn-/ Pflegebereichen zuvorkommend und freundlich (wird eine „Kantinenatmosphäre“ vermieden)? [Beo 3.5] | | |
| 5.2.2 | <p>Können die BewohnerInnen wählen, wo sie essen wollen (Speisesaal, Wohnbereich, Zimmer)? [BB+MB 1.14]</p> <p>Können diese Entscheidungen flexibel gehandhabt werden bzw. können die BewohnerInnen, wenn sie dies wollen, sich täglich neu entscheiden?</p> <p>Können die BewohnerInnen auf Wunsch das Frühstück auch im Bett einnehmen?</p> | | |
| 5.2.3 | Entsprechen die Regelungen im Speisesaal und in den Essbereichen der Wohn-/ Pflegebereiche den Bedürfnissen, Wünschen und Zuständen der BewohnerInnen? [Beo 2.2] | | |
| | <p>Besteht im Prinzip freie Platzauswahl?</p> <p>Können die BewohnerInnen aber auch einzelne Plätze für sich reservieren?</p> <p>Können einzelne (befreundete) BewohnerInnen für sich Tische reservieren, wenn sie regelmäßig an einem Tisch zusammen essen wollen?</p> <p>Wird auf eine dem Raum und dem Betreuungskonzept angemessene Größe der Bewohnergruppe geachtet? [Beo 2.1]</p> <p>Wird insbesondere bei dementiell erkrankten BewohnerInnen eine Sitzordnung realisiert, die möglichst Konflikte zwischen BewohnerInnen vermeidet bzw. keine Konflikte provoziert? [Beo 2.2]</p> <p>Gibt es Regelungen zur Konfliktbewältigung bei Auseinandersetzungen zwischen den BewohnerInnen am Tisch?</p> <p>Gibt es Regelungen, wenn ästhetische Gefühle von BewohnerInnen durch andere BewohnerInnen beeinträchtigt werden bzw. bei Ekelgefühlen einzelner BewohnerInnen (z. B. durch Verschütten der Nahrung, geräuschvolles Essen, Notwendigkeit des Anreichens von Speisen)?</p> | | |

| Lfd. Nr. | Bereiche / Fragen ^{4 5} | Stärken (Instrument/Konzept, Nachweis) | Verbesserungsbereiche (Ziele, Maßnahmen) |
|----------|--|---|---|
| | Haben die BewohnerInnen die Möglichkeit, wenn sie dies wollen, in der Küche/bei der Bewirtung etc. mitzuarbeiten? Können die BewohnerInnen Angehörige und andere Gäste zum Essen mitbringen? Können die BewohnerInnen das Essen/die Getränke in andere Räume mitnehmen? | | |
| 5.2.4 | Entsprechen die Essenszeiten den Tagesrhythmen der BewohnerInnen? <i>MDK-Kriterien: Zu welchen Zeiten werden die Mahlzeiten angeboten? (9.4, 12.7) Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden? (12.8)</i> Ist konkret folgendes gewährleistet? - Angebot größerer Zeitspannen, in denen die Mahlzeiten eingenommen werden können [BB+MB 1.8] - Angebot von kleineren Zwischen-/Spätmahlzeiten (z. B. Obst, Joghurt) [BB+MB 1.11, BB 2.8, MB 4.8] - Abstand zwischen der zuletzt für alle BewohnerInnen angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 12 Stunden. (<i>MDK-Kriterium 9.6 c.</i>) - Abstand zwischen der zuletzt für BewohnerInnen mit Diabetes mellitus oder gerontopsychiatrisch beeinträchtigte BewohnerInnen angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 10 Stunden. (<i>MDK-Kriterium 9.6 d.</i>) Werden ungewöhnliche reguläre Essenszeiten vermieden (Frühstück normalerweise nicht vor 7 Uhr, Mittagessen normalerweise nicht vor 12 Uhr, Abendessen normalerweise nicht vor 18 Uhr)? | | |
| 5.2.5 | Haben die BewohnerInnen ausreichend Zeit, das Essen einzunehmen? [BB+MB 1.7, Beo 6.1, MB 6.7] | | |
| 5.2.6 | Sind die notwendigen Abläufe bezüglich der Mahlzeitsituation angemessen organisiert? Betrifft dies z.B. das Vermeiden von unnötigen Wegen und dadurch von Umruhe/ Hektik, die Organisation des Essenausteilens mit dem Ziel, dass möglichst alle BewohnerInnen gleichzeitig essen können, günstige Platzierung von Essens-/ Wärmewagen und dadurch Vermeidung von Platzproblemen und unangenehmer Geräuschkulisse für einzelne BewohnerInnen beim Verteilen/ Portionieren? [Beo 4.1.1-4.1.3] Wird erst abgeräumt, wenn alle BewohnerInnen fertig mit dem Essen / Trinken sind? [Beo 6.2] Wird insgesamt eine ruhige Atmosphäre ohne Hektik und Eile gewährleistet? [Beo 6.3] | | |

| Lfd. Nr. | Bereiche / Fragen ^{4 5} | Stärken (Instrument/Konzept, Nachweis) | Verbesserungsbereiche (Ziele, Maßnahmen) |
|---|--|---|---|
| | Werden bei BewohnerInnen, denen Essen angereicht werden muss, unnötige Unterbrechungen vermieden? [Beo 8.7.12] | | |
| 5.3 Einzug, Potentialerkennung und -berücksichtigung | | | |
| 5.3.1 | Wird in der Einzugsphase mit den BewohnerInnen und/oder Angehörigen kommuniziert, inwieweit sie sich in der früheren Wohnung selbst versorgt haben? | | |
| 5.3.2 | Wird beim Einzug mit den BewohnerInnen und/oder Angehörigen kommuniziert, inwieweit sie sich während ihres Aufenthaltes in der Einrichtung selbst versorgen wollen und können? Wird beim Einzug auch nach besonderen Ängsten, die mit der Nahrungsaufnahme und -zubereitung verbunden sein können, gefragt (z. B. Verschlucken, Verbrühen, Vergiftungen etc.)? | | |
| 5.3.3 | Wird beim Einzug mit den BewohnerInnen und/oder Angehörigen kommuniziert, welche Hilfsmittel zur Erleichterung des Essens und Trinkens in der früheren Wohnung benutzt wurden? Wird insbesondere bei dementiell erkrankten BewohnerInnen die Möglichkeit berücksichtigt, dass durch die Nutzung von bewohnereigenem Geschirr und Besteck die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme unterstützt werden kann? | | |
| 5.3.4 | Wird mit den BewohnerInnen und/oder Angehörigen über die Eß- und Trinkgewohnheiten in der Zeit, als sie noch in ihrer früheren Wohnung lebten, gesprochen? | | |
| 5.3.5 | Werden die Eß- und Trinkgewohnheiten sowie Besonderheiten von der Einrichtung auch berücksichtigt? [BB 2.1, MB 4.1, Beo 8.4] | | |
| | <p><i>MDK-Kriterium: Entspricht die Speisenversorgung in der Einrichtung Ihren individuellen Bedürfnissen? (12.5)</i></p> <p>Werden die Vorlieben/Gewohnheiten bezogen auf bestimmte Nahrungsmittel und Getränke, eine spezifische Art der Nahrungszubereitung, der Menge der täglichen Nahrungsaufnahme/ einzelner Portionen, der Geschwindigkeit der Nahrungsaufnahme, der Menge der täglichen Flüssigkeitsaufnahme berücksichtigt?</p> <p>Werden Unverträglichkeiten/Lebensmittelallergien oder auch starke Abneigungen berücksichtigt?</p> <p>Wird berücksichtigt, wann und wie die BewohnerInnen normalerweise bestimmte Getränke einnehmen (z. B. morgens Kaffee, abends Tee, Kaffee nur mit Milch)? [Beo 8.4.1]</p> <p>Wird berücksichtigt, ob die BewohnerInnen lieber alleine oder in Gemeinschaft essen und dass dies bei einzelnen Mahlzeiten unterschiedlich sein kann (z. B. Frühstück allein, Mittag-/ Abendessen in Gemeinschaft)?</p> <p>Wird auf Suchtgefahren geachtet (z.B. bezogen auf Alkohol)?</p> | | |

| Lfd. Nr. | Bereiche / Fragen ^{4 5} | Stärken (Instrument/Konzept, Nachweis) | Verbesserungsbereiche (Ziele, Maßnahmen) |
|--------------------------|--|---|---|
| | Werden auch die aktuellen Bedürfnisse und Wünsche erfragt (vor und/oder nach der Mahlzeit, z.B. auch nachfragen bezüglich Zufriedenheit, Sättigungsgrad, weiterer Wünsche)? [Beo 8.3, 8.5] | | |
| 5.3.6 | <p>Werden bei der Potentialerkennung die Möglichkeiten und Grenzen der Nahrungsaufnahme (Fähigkeiten, Ressourcen, Defizite) ermittelt?</p> <p><i>MDK-Kriterium: Wird bei Bewohnern mit Einschränkungen in der selbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen? (16.8 a.)</i></p> <p>Bezieht sich die Potentialerkennung vor allem auf die Bereiche Kauen, Schlucken, Nahrung im Mund behalten, Schmerzen im Mund, Hitze-/Kälteempfinden, Schmecken, motorische Schwierigkeiten, Speisen zum Mund führen/unkoordiniertes Greifen ins Essen, motorische Schwierigkeiten, die Speisen mundgerecht zu zerkleinern, Schwierigkeiten, mit Essbesteck umzugehen, kognitives Erkennen/Identifizieren von Speisen, visuelles Erkennen/Identifizieren von Speisen (mögliche Sehschwierigkeiten, Gesichtsfeldeinschränkungen), Durst- und Sättigungsempfinden? [MB 2.12]</p> <p>Werden bei der Potentialerkennung sowohl die Fähigkeiten/Ressourcen als auch die Defizite berücksichtigt?</p> <p>Wird berücksichtigt, dass Probleme bei der Kommunikation die Qualität der für die Potentialerkennung wichtigen Angaben negativ beeinflussen kann?</p> | | |
| 5.3.7 | Stehen die Ergebnisse der Potentialerkennung auch der Hauswirtschaft zur Verfügung? | | |
| 5.4 Hilfestellung | | | |
| 5.4.1 | Wird möglichst differenziert mit den einzelnen BewohnerInnen auf der Basis einer möglichst detaillierten Kenntnis der Bedürfnisse und Interessen der BewohnerInnen und ihrer Biographie sowie einer genauen Ursachenanalyse für aktuelle Probleme beim Essen und Trinken ermittelt, in welchen Bereichen sie Hilfestellungen wünschen/benötigen? | | |
| | <i>MDK-Kriterium: Wird bei Bewohnern mit Einschränkungen in der selbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen? (16.8 c.)</i> | | |
| 5.4.2 | <p>Wird für die einzelnen BewohnerInnen eine adäquate Hilfestellungen angeboten und sichergestellt? [BB 2.2-2.5, MB 4.2-4.5, Beo 8.7, insbesondere auch 8.7.3, 8.7.6-8.7.11, 8.7.13, 8.7.14]</p> <p><i>MDK-Kriterium: Wird bei Bewohnern mit Einschränkungen in der selbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen? (16.8 c.)</i></p> <p><i>MDK-Kriterium: Übernehmen die Bewohner ihren Fähigkeiten entsprechend die mundgerechte Zubereitung der Nahrung? (9.3)</i></p> <p>Werden die BewohnerInnen – wenn notwendig – zur Nahrungs-/ Flüssigkeitsaufnahme ermuntert? [BB+MB 1.13]</p> | | |

| Lfd. Nr. | Bereiche / Fragen ^{4 5} | Stärken (Instrument/Konzept, Nachweis) | Verbesserungsbereiche (Ziele, Maßnahmen) |
|--|---|---|---|
| | <p>Wird – wenn notwendig – bei den BewohnerInnen ein Kleider-/ Wäscheschutz angelegt? [Beo 8.6]</p> <p>Werden in der Mobilität eingeschränkte BewohnerInnen so platziert, dass sie gut essen und trinken können und alle Besteckteile, Komponenten, Trinkgefäße gut erreichen? [Beo 2.3]</p> <p>Wird – soweit möglich und sinnvoll – der aktuelle Hilfebedarf erfragt? [Beo 8.7.2]</p> <p>Wird - wenn notwendig - Hilfestellung gewährt bei Einsatz von Hilfsmitteln, Haushaltshygiene/-organisation, Nahrungszubereitung, Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme (z.B. Öffnen von Portionspackungen, Essen kleinschneiden, Hilfe bei Besteck- u. Geschirrbenutzung, Getränk in Reichweite stellen, Essen anreichen)? [BB 2.2-2.5, 2.10, MB 4.2-4.5, 4.11]</p> <p>Erfolgt die Hilfestellung (insbesondere das Anreichen von Nahrung) zeitnah bzw. dann, wenn auch die selbständigeren BewohnerInnen essen/trinken? [Beo 8.7.1]</p> <p>Wird die Hilfestellung in einer angemessenen Hilfeform erbracht (Unterstützung, Beaufsichtigung, Anleitung, teilweise oder volle Übernahme)?</p> <p>Werden BewohnerInnen, bei denen das Essen im Zimmer, Frühstück im Bett u.ä. nach Einschätzung der MitarbeiterInnen auf Kommunikationsprobleme, soziale Ausgrenzung, depressive Verstimmungen, gesundheitliche Risiken, Ängste u.ä. hindeuten, bedarfsgerecht gefördert/unterstützt?</p> | | |
| 5.4.3 | Werden bei der Notwendigkeit von Hilfe durch die Pflegenden verbale und nonverbale Reaktionen der BewohnerInnen auf die geleisteten Hilfen möglichst genau beobachtet und berücksichtigt? | | |
| 5.4.4 | Ermöglichen die MitarbeiterInnen - wenn notwendig bzw. gewünscht - den BewohnerInnen nach der Mahlzeit das Reinigen von Händen und Gesicht? [Beo 8.7.15] | | |
| 5.4.5 | Wird BewohnerInnen, die dies wünschen, nach der Mahlzeit eine angemessene Mund-/ Zahnpflege ermöglicht? [BB 2.7, MB 4.7] | | |
| 5.5 Umgang mit Risiken / besonderen Situationen | | | |
| 5.5.1 | Werden die BewohnerInnen auf Wunsch bzw. bei Bedarf beraten, wenn sie sich besser bzw. ihrer Situation angepaßter ernähren wollen bzw. sollten? [MB 2.16] | | |

| Lfd. Nr. | Bereiche / Fragen ^{4 5} | Stärken (Instrument/Konzept, Nachweis) | Verbesserungsbereiche (Ziele, Maßnahmen) |
|----------|--|---|---|
| | <p><i>MDK-Kriterium: Wird bei Bewohnern mit Einschränkungen in der selbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen? (16.8 c.)</i></p> <p>Ist in der Einrichtung festgelegt, welche/r MitarbeiterIn die interne Beratung durchführt?</p> <p>Wird bei externen Informations- und Beratungsangebote darauf geachtet, dass diese Information/Beratung in kompetenter Form erfolgt und sich an den Interessen und Bedürfnissen der BewohnerInnen orientiert (örtliche Verbraucherberatungsstellen, Ernährungsberatung, Diätberatung, Diabetesberatung, Selbsthilfegruppen etc.)?</p> | | |
| 5.5.2 | <p>Wird der Ernährungszustand der BewohnerInnen regelmäßig überprüft und bewertet? [MB 5.1-5.8]</p> <p><i>MDK-Kriterium: Wird bei Bewohnern mit Einschränkungen in der selbständ. Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen? (16.8 b., c.)</i></p> <p>Wird bei allen BewohnerInnen regelmäßig das Gewicht kontrolliert? [MB 2.13]</p> <p>Wird bei offensichtlich gefährdeten BewohnerInnen mittels eines geeigneten Assessments der Ernährungszustand in angemessenen Abständen ermittelt? [MB 2.14]</p> <p>Wird z.B auch überprüft, ob Medikamente negative Auswirkungen auf den Appetit / die Ernährung haben? [MB 2.10]</p> <p>Gibt es Regelungen, wie häufig - abgestuft nach Riskograd - die Gewichtskontrolle / das Assessment durchgeführt werden soll?</p> | | |
| 5.5.3 | <p>Wird bei allen BewohnerInnen, insbesondere jedoch bei denjenigen, bei denen Probleme/ Risiken im Bereich „Essen und Trinken“ festgestellt wurden, darauf geachtet, wieviel und was sie essen und trinken? [MB 2.9]</p> | | |
| | <p><i>MDK-Kriterium: Wird bei Bewohnern mit Einschränkungen in der selbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen? (16.8 h.)</i></p> <p>Werden bei BewohnerInnen mit einer erheblichen Gefahr der Mangelernährung systematisch Art und aufgenommene Menge von Essen und / oder Flüssigkeit dokumentiert (Ernährungs-/ Trinkprotokolle)?</p> <p>Sind die Protokolle allen an der Versorgung Beteiligten zugänglich? [MB 2.3]</p> <p>Erfolgt im Pflegebereich zwischen den Schichten eine Abstimmung über die Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme? [MB 2.5]</p> <p>Gibt es Absprachen und Regelungen zwischen Hauswirtschaft und Pflege, um die Menge der von den BewohnerInnen aufgenommenen Nahrung und Getränke überprüfen zu können?</p> <p>Werden „genormte“ Portionskellen und andere Hilfsmittel verwendet, um eine einheitliche Bewertungsbasis zu haben?</p> | | |

| Lfd. Nr. | Bereiche / Fragen ^{4 5} | Stärken (Instrument/Konzept, Nachweis) | Verbesserungsbereiche (Ziele, Maßnahmen) |
|----------|--|---|---|
| | Wird auch bei sich selbst versorgenden, aber gefährdeten BewohnerInnen auf d. Nahrungs-/Flüssigkeitszufuhr geachtet? | | |
| 5.5.4 | <p>Wird mit Nahrungsverweigerungen adäquat umgegangen (insbesondere bei dementiell erkrankten BewohnerInnen)?</p> <p>Wird die Nahrung / Flüssigkeit in keinem Fall unter Zwang eingegeben?</p> <p>Werden die möglichen Ursachen für die Verweigerung ergründet (möglichst unter Einbeziehung anderer MitarbeiterInnen, der Angehörigen und Externer wie ÄrztInnen und TherapeutInnen)?</p> <p>Werden individuell auf die/den BewohnerIn abgestimmte Maßnahmen geplant und durchgeführt, die möglichst eine Reduzierung / einen Wegfall der Verweigerung bewirken?</p> | | |
| 5.5.5 | <p>Wird mit besonderen Risiken adäquat umgegangen?</p> <p><i>MDK-Kriterium: Wird bei Bewohnern mit Einschränkungen in der selbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen? (16.8)</i></p> <p>Werden BewohnerInnen mit dem Risiko, sich zu verschlucken, in eine aufrechte Sitzposition gebracht. [Beo 8.7.5]</p> <p>Wird bei BewohnerInnen, die zu schnell essen/trinken, soweit möglich darauf eingewirkt, dass sie vor dem Schlucken ausreichend kauen, und wird - wenn notwendig/verordnet - ein Ess- bzw. Schlucktraining gewährleistet? [BB 2.6, MB 4.6]</p> <p>Wird BewohnerInnen mit Störungen des Hitze- und Kälteempfindens und BewohnerInnen, die das Essen/Trinken visuell oder kognitiv nicht erkennen können, die Temperatur anschaulich beschrieben („eine schöne, heiße Tasse Kaffee“ o.ä.)?</p> <p>Wird bei BewohnerInnen mit Schluckstörungen das Essen nur durch geschultes Pflegefachpersonal gereicht?</p> <p>Sind die MitarbeiterInnen auf einen Notfall (z. B. Verlegung der Atemwege durch Speise oder Fremdkörper) vorbereitet? <i>(MDK-Kriterium: Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Bewohnern? (6.13))</i></p> | | |
| 5.5.6 | <p>Wird mit besonderen Situationen/Anforderungen adäquat umgegangen?</p> <p><i>MDK-Kriterium: Wird bei Bewohnern mit Einschränkungen in der selbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen? (16.8)</i></p> <p>Werden - insbesondere bei dementiell erkrankten BewohnerInnen - während des Essens akustische „Störquellen“ und Hektik vermieden (z.B. durch Ausschalten des Radios, Vermeiden von lauten Geräuschen durch Essenswagen, klare Aufgabenverteilung unter den MitarbeiterInnen)? [Beo 6.4]</p> <p>Wird - insbesondere bei Demenzkranken - der Mahlzeitenbeginn deutlich von vorhergehenden Aktivitäten abgegrenzt, um die</p> | | |

| Lfd. Nr. | Bereiche / Fragen ^{4 5} | Stärken (Instrument/Konzept, Nachweis) | Verbesserungsbereiche (Ziele, Maßnahmen) |
|----------------------------|---|---|---|
| | <p>Konzentration auf das Essen zu unterstützen (z.B. durch ein Ritual wie gemeinsames Gebet)? [Beo 6.5]</p> <p>Wird - insbesondere bei Demenzkranken bzw. wenn notwendig - jeder Gang einzeln serviert? [Beo 6.6]</p> <p>Essen die MitarbeiterInnen mit den BewohnerInnen mit, um – insbesondere bei dementiell erkrankten BewohnerInnen – eine „Nachahmung“ zu erreichen? [MB 4.10, Beo 3.4]</p> <p>Werden bei BewohnerInnen mit Demenz / mit Verhaltensauffälligkeiten beruhigende Strategien angewendet? [Beo 8.7.4]</p> <p>Wird bei dementiell erkrankten BewohnerInnen mit einem starken Laufdrang – wenn dies sinnvoll bzw. nicht anders möglich ist – ermöglicht, dass die BewohnerInnen die Nahrung im Gehen zu sich nehmen können?</p> <p>Ist sichergestellt, dass die Pflegeperson während der Mahlzeit und insbesondere beim Anreichen von Nahrung ebenfalls sitzt (vor allem auch bei dementiell erkrankten BewohnerInnen)? [Beo 3.3]</p> <p>Können beim Anreichen der Nahrung/Eingeben von Flüssigkeit die BewohnerInnen das Tempo bestimmen?</p> <p>Steht BewohnerInnen mit Problemen bei der Nahrungs-/ Flüssigkeitsaufnahme ausreichend Zeit zum Essen/Trinken zur Verfügung?</p> | | |
| 5.5.7 | <p>Erfolgt eine angemessene Kommunikation, insbesondere mit Demenzkranken?</p> <p>Erfolgt das Ansprechen der BewohnerInnen deutlich, direkt dem/der BewohnerIn zugewandt und in angemessener Lautstärke? [Beo 7.1]</p> <p>Werden für den/die BewohnerIn verständliche Fragen gestellt? [Beo 7.2]</p> <p>Werden die BewohnerInnen nicht geduzt, nicht mit Kosenamen oder in der „Wir-Form“ angesprochen (soweit nicht ausnahmsweise angebracht/ individuell vereinbart)? [Beo 7.3]</p> <p>Werden mit den BewohnerInnen Gespräche geführt (soweit möglich und nicht kontraproduktiv; z.B. ungünstig: zu starke Ablenkung Demenzkranker von der Mahlzeiteinnahme)? [Beo 7.4]</p> <p>Wird die Kommunikation der BewohnerInnen untereinander gefördert (soweit sinnvoll, möglich und nicht kontraproduktiv; z.B. ungünstig: Ablenkung von Demenzkranken)? [Beo 7.5]</p> | | |
| 5.6 Sondenernährung | | | |
| 5.6.1 | <p>Wird vor einer Sondenernährung (bzw. parenteralen Ernährung) zusammen mit den BewohnerInnen bzw. deren gesetzlichen VertreterInnen, den Angehörigen und ÄrztInnen abgeklärt, welche alternativen Möglichkeiten gegeben sind?</p> | | |

| Lfd. Nr. | Bereiche / Fragen ^{4 5} | Stärken (Instrument/Konzept, Nachweis) | Verbesserungsbereiche (Ziele, Maßnahmen) |
|--|---|---|---|
| | <i>MDK-Kriterium: Wird bei Bewohnern mit einer PEG-Sonde mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen? (16.9 b.)</i> | | |
| 5.6.2 | Ist geregelt, dass die Indikation zur Sondenlegung der Ärztin/dem Arzt obliegt? | | |
| 5.6.3 | Ist geregelt, dass das Legen von Ernährungssonden von ÄrztInnen durchgeführt werden muß und nur in Ausnahmefällen naso-enterale Sonden von erfahrenen Pflegefachpersonen gelegt werden dürfen? | | |
| | <i>MDK-Kriterium: Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege, sozialen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt? (3.1 b.)</i> | | |
| 5.6.4 | Wird bei BewohnerInnen mit Sondenernährung (bzw. parenteraler Ernährung) ein/e ErnährungsberaterIn hinzugezogen? | | |
| 5.6.5 | Liegt bezüglich der Sondenernährung eine ärztliche Versordnung mit Angaben zu erforderlichem Energiebedarf, Art und Gesamtmenge der Sondenernährung sowie Häufigkeit/Zeiten und Art der Verabreichung vor? | | |
| | <i>MDK-Kriterium: Wird bei Bewohnern mit einer PEG-Sonde mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen? (16.9)</i> | | |
| 5.6.6 | Findet beim Auftreten von Problemen im Zusammenhang mit einer Sondenernährung eine angemessene Kommunikation mit dem Hausarzt/der Hausärztin statt? | | |
| | <i>MDK-Kriterium: Wird bei Bewohnern mit einer PEG-Sonde mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen? (16.9)</i> | | |
| | Bezieht sich die Kommunikation auf solche Probleme wie Verstopfung der Sonde, Diarrhoe, Obstipation, Völlegefühl, Ekelgefühl, Reflux, Aspiration etc.? | | |
| | Bezieht sich die Kommunikation auch auf psychische Belastungen bedingt durch Verlust an Selbständigkeit, Gefühle von Angst und Ekel vor sich selber, Isolation/Verlust von sozialen Kontakten, Gefahr des Verlusts der Tagesstrukturierung durch den anderen Mahlzeitenrhythmus etc.? | | |
| 5.6.7 | Ist in Absprache mit dem Hausarzt/der Hausärztin sichergestellt, dass mobile BewohnerInnen eine Ernährungssonde erhalten, die ihren Bewegungsspielraum nicht einschränkt? | | |
| 5.6.8 | Wird abgeklärt, ob Mischformen zwischen Sondenernährung und oraler Ernährung möglich sind? | | |
| | <i>MDK-Kriterium: Wird bei Bewohnern mit einer PEG-Sonde mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen? (16.9)</i> | | |
| 5.7 Pflegedokumentation / Pflegeplanung | | | |
| 5.7.1 | Können alle für die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung relevanten Informationen mit dem vorhandenen Pflegedokumentationssystem erfasst werden? | | |

| Lfd. Nr. | Bereiche / Fragen ^{4 5} | Stärken (Instrument/Konzept, Nachweis) | Verbesserungsbereiche (Ziele, Maßnahmen) |
|----------|--|---|---|
| | <i>MDK-Kriterium: Können alle relevanten Informationen mit dem angewandten Pflegedokumentationssystem erfasst werden? (7.2, insbesondere b., c., d., j., k., p.)</i> | | |
| 5.7.2 | <p>Werden die ermittelten Gewohnheiten und Bedürfnisse der BewohnerInnen in der Pflegedokumentation/Pflegeplanung berücksichtigt?</p> <p><i>MDK-Kriterien: Ist eine Pflegeanamnese/Informationssammlung erstellt worden? (14.3) Enthält die Pflegeanamnese/Informationssammlung Angaben zur Biographie? (14.4)</i></p> | | |
| 5.7.3 | <p>Werden die Ergebnisse der Potentialanalyse und die Ursachen von bestehenden Problemen in der Pflegedokumentation/ Pflegeplanung berücksichtigt?</p> <p><i>MDK-Kriterien: Ist eine Pflegeanamnese/Informationssammlung erstellt worden? (14.3) Sind auf der Grundlage der Bedürfnisse, Probleme/Defizite, und Ressourcen/Fähigkeiten individuelle Pflegemaßnahmen zur Erreichung der Pflegeziele geplant? (14.6)</i></p> <p>Wird bei BewohnerInnen mit einer erheblichen Gefahr der Mangelernährung eine individuelle Ernährungsplanung und / oder Planung zur Flüssigkeitsversorgung erarbeitet? [MB 2.1+2.2]</p> <p>Sind diese Pläne allen MitarbeiterInnen zugänglich? [MB 2.3]</p> <p>Sind die Pläne regelmäßig Thema in Dienstbesprechungen? [MB 2.4]</p> | | |
| 5.7.4 | <p>Finden auch Veränderungen und neue Informationen zu Gewohnheiten, Bedürfnissen, Potentialen und Problemen sowie deren Ursachen Niederschlag in der Pflegedokumentation/Pflegeplanung?</p> <p><i>MDK-Kriterien: Enthält der Pflegebericht Angaben zu Veränderungen, Befindlichkeiten des Bewohners, Reaktionen auf pflegerische Maßnahmen, Abweichungen von den geplanten Maßnahmen? (14.12) Werden Pflegeergebnisse regelmäßig überprüft und definierte Pflegeziele und geplante Maßnahmen angepasst? (14.8)</i></p> | | |
| 5.7.5 | Werden die Aktivitäten der Angehörigen und ihre Vorschläge in der Pflegedokumentation/ Pflegeplanung berücksichtigt? | | |
| 5.7.6 | Werden Informationen und Kenntnisse, die für die interne Beratung relevant sind, laufend gesammelt, aktualisiert und aufbereitet sowie Inhalt und Ergebnis von Informations-/Beratungsgesprächen dokumentiert? | | |

Anlage 2

Bewohnerbefragung: Fragebogen



Projekt „Benchmarking in der Pflege zum Thema Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“

Bewohnerbefragung

durchgeführt von

Konkret Consult Ruhr

und dem

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Gefördert durch



**Bundesministerium
für Gesundheit**

Hinweise zum Fragebogen

Wir möchten Sie darum bitten, die jeweils zutreffende Antwort in dem dafür vorgesehenen kleinen Kästchen anzukreuzen.

Bitte beantworten Sie jede Frage und machen Sie pro Frage nur eine Angabe. Falls Sie bestimmte Fragen nicht beantworten können, kreuzen Sie bitte die dafür vorgesehene Kategorie „weiß ich nicht“ an.

Was mit Ihren Angaben geschieht

Alle Angaben werden vertraulich entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz behandelt und ausschließlich in zusammengefasster Form ausgewertet. Ein Rückschluss auf einzelne Personen ist nicht möglich. Die Angaben werden Ihrer Einrichtung nur in zusammengefasster Form zur Verfügung gestellt.

Ist die Bewohnerin / der Bewohner mit der Befragung einverstanden?

ja nein

1 Qualität der Mahlzeiten

| | trifft voll zu | trifft überwiegend zu | trifft zum Teil zu | trifft überwiegend nicht zu | trifft gar nicht zu | weiß ich nicht |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.1 Das Essen ist sehr schmackhaft. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 Das Essen ist sehr abwechslungsreich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 Das Essen wird sehr ansprechend serviert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 Obst oder Gemüse sind ein täglicher Bestandteil der Mahlzeiten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 Ich habe ein Mitspracherecht bei der Zusammenstellung des Essens. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.6 Wenn ich mal besondere Essenswünsche habe, werden diese auch berücksichtigt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.7 Ich kann mir so viel Zeit für das Essen lassen, wie ich will. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.8 Ich kann meine Essenszeiten innerhalb bestimmter Zeiträume frei bestimmen (z.B. Frühstück von 7 - 10 Uhr). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.9 Die Ausstattung des Speisesaals ist sehr schön. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.10 Bei Bewohnern mit Vollkost: Ich bekomme so viel zu Essen und Trinken, wie ich will. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.11 Ich habe die Möglichkeit, zwischen Abendessen und Frühstück kleinere Mahlzeiten und Getränke zu bekommen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.12 Das Mittagessen wird stets heiß serviert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.13 Falls ich keinen Appetit habe, werde ich von den Mitarbeiter(innen) zum Essen und Trinken ermuntert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.14 Ich kann frei bestimmen, wo ich meine Mahlzeiten zu mir nehmen will (Speisesaal, Zimmer, Bett). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.15 Ich habe mich schon häufig über die Qualität der Mahlzeiten beschwert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2 Werden Ihnen folgende Unterstützungsmaßnahmen angeboten?

| | trifft voll zu | trifft überwiegend zu | trifft zum Teil zu | trifft überwiegend nicht zu | trifft gar nicht zu | nicht notwendig |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 Anbieten von Lieblings Speisen und -getränken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 Kleinschneiden des Essens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 Öffnen von Portionsverpackungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.4 Anreichen von Besteck und Geschirr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.5 Bissen zum Mund führen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.6 Ess- und Schlucktrainings | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.7 Mundpflege und -hygiene nach jeder Mahlzeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.8 Bereitstellung von Zwischenmahlzeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.9 Gesellschaft beim Essen durch Mitarbeiter(innen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.10 Bereitstellung von Flüssigkeit in meiner Reichweite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.11 Pürieren der Mahlzeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3 Allgemeine Angaben

3.1 Wie lange leben Sie bereits in dieser Einrichtung?

| | | | |
|------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| unter einem Jahr | <input type="checkbox"/> | 5 bis unter 10 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| ein bis unter 5 Jahren | <input type="checkbox"/> | 10 Jahre oder länger | <input type="checkbox"/> |

3.2 Wie alt sind Sie?

| | | | |
|--------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| bis 50 Jahre | <input type="checkbox"/> | 71-80 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| 51-60 Jahre | <input type="checkbox"/> | 81-90 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| 61-70 Jahre | <input type="checkbox"/> | 91 Jahre oder älter | <input type="checkbox"/> |

3.3 Ich bin...

| | | | |
|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| weiblich | <input type="checkbox"/> | männlich | <input type="checkbox"/> |
|----------|--------------------------|----------|--------------------------|

3.4 In welcher Pflegestufe sind Sie eingruppiert?

| | | | |
|---------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Pflegestufe 0 | <input type="checkbox"/> | Pflegestufe 2 | <input type="checkbox"/> |
| Pflegestufe 1 | <input type="checkbox"/> | Pflegestufe 3 | <input type="checkbox"/> |

Anlage 3

Mitarbeiterbefragung: Fragebogen



**Projekt „Benchmarking in der Pflege
zum Thema Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“**

Mitarbeiterbefragung

durchgeführt von

Konkret Consult Ruhr

und dem

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Gefördert durch



**Bundesministerium
für Gesundheit**

Hinweise zum Fragebogen

Wir möchten Sie darum bitten, die jeweils zutreffende Antwort in dem dafür vorgesehenen kleinen Kästchen anzukreuzen.

Bitte beantworten Sie jede Frage und machen Sie pro Frage nur eine Angabe. Falls Sie bestimmte Fragen nicht beantworten können, kreuzen Sie bitte die dafür vorgesehene Kategorie „weiß ich nicht“ an.

Was mit Ihren Angaben geschieht

Alle Angaben werden vertraulich entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz behandelt und ausschließlich in zusammengefasster Form ausgewertet. Ein Rückschluss auf einzelne Personen ist nicht möglich. Die Angaben werden Ihrer Einrichtung nur in zusammengefasster Form zur Verfügung gestellt.

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich nicht auf Bewohner mit Sondennahrung!

1 Qualität der Mahlzeiten

| | | trifft voll zu | trifft überwiegend zu | trifft zum Teil zu | trifft überwiegend nicht zu | trifft gar nicht zu | weiß ich nicht |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.1 | Das Essen für die Bewohner ist sehr schmackhaft. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 | Das Essen für die Bewohner ist sehr abwechslungsreich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 | Das Essen wird sehr ansprechend serviert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 | Obst oder Gemüse sind ein täglicher Bestandteil der Mahlzeiten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 | Die Bewohner haben ein Mitspracherecht bei der Zusammenstellung des Essens. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.6 | Individuelle Essenswünsche werden, falls möglich, berücksichtigt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.7 | Die Bewohner können sich so viel Zeit für das Essen lassen, wie sie wollen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.8 | Die Bewohner können ihre Essenszeiten innerhalb bestimmter Zeiträume frei bestimmen (z.B. Frühstück von 7 - 10 Uhr). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.9 | Die Ausstattung des Speisesaals ist sehr schön. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.10 | Bei Bewohnern mit Vollkost: Die Bewohner bekommen so viel zu Essen und Trinken, wie sie wollen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.11 | Die Bewohner haben die Möglichkeit, zwischen Abendessen und Frühstück kleinere Mahlzeiten und Getränke zu bekommen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.12 | Das Mittagessen wird stets heiß serviert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.13 | Ich versuche regelmäßig, Bewohner mit Ess- und Trinkproblemen zur Nahrungsaufnahme zu ermuntern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.14 | Alle Bewohner können im Rahmen ihrer Möglichkeiten frei bestimmen, wo sie ihre Mahlzeiten zu sich nehmen (Speisesaal, Zimmer, Bett). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2 Ernährungsplanung

| | | trifft voll zu | trifft überwie- gend zu | trifft zum Teil zu | trifft überwie- gend nicht zu | trifft gar nicht zu | weiß ich nicht |
|------|--|--------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 | In unserer Einrichtung werden individuelle <u>Ernährungspläne</u> für die Bewohner geführt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 | In unserer Einrichtung werden individuelle <u>Trinkpläne</u> für die Bewohner geführt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 | Diese Pläne sind mir jederzeit zugänglich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.4 | Die Ernährungspläne der Bewohner sind regelmäßiges Thema in den Dienstbesprechungen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.5 | Zwischen den Schichten erfolgt täglich eine Abstimmung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.6 | Ich erhalte genügend Informationen zur Festlegung von Ernährungs- und Trinkplänen durch die Ärzte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.7 | Bei Unklarheiten bei der Ernährungsversorgung kann ich die zuständigen Ärzte schnell erreichen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.8 | Die Ernährungs- und Flüssigkeitspläne werden regelmäßig von Ärzten überprüft. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.9 | Wir beobachten regelmäßig das Essverhalten der Bewohner. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.10 | Wir überprüfen immer, ob Medikamente negative Auswirkungen auf das Ess- und Trinkverhalten der Bewohner haben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.11 | Es ist sichergestellt, dass alle Bewohner mit Diäten immer eine angemessene Kost erhalten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.12 | Ess- oder Schluckprobleme von Bewohnern werden von uns frühzeitig erkannt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.13 | Es werden regelmäßig Gewichtskontrollen der Bewohner durchgeführt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.14 | Wir dokumentieren, wenn bei den Bewohnern Symptome von Mangelernährung auftreten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.15 | Die Zusammenarbeit mit Ärzten in Ernährungsangelegenheiten ist sehr gut. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.16 | In unserer Einrichtung gibt es eine Ernährungsberatung für die Bewohner. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3 Beschwerden

| | trifft voll zu | trifft überwiegend zu | trifft zum Teil zu | trifft überwiegend nicht zu | trifft gar nicht zu | weiß ich nicht |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1 <u>Bewohner</u> beschweren sich häufig über die Qualität der Mahlzeiten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 <u>Angehörige</u> beschweren sich häufig über die Qualität der Mahlzeiten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4 Werden in Ihrer Einrichtung folgende Maßnahmen durchgeführt, um eine ausreichende Ernährung der Bewohner zu unterstützen?

| | trifft voll zu | trifft überwiegend zu | trifft zum Teil zu | trifft überwiegend nicht zu | trifft gar nicht zu | weiß ich nicht |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4.1 Anbieten von Lieblings Speisen und -getränken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 Kleinschneiden des Essens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.3 Öffnen von Portionsverpackungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.4 Anreicherung von Besteck und Geschirr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.5 Bissen zum Mund führen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.6 Ess- und Schlucktrainings | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.7 Mundpflege und -hygiene nach jeder Mahlzeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.8 Bereitstellung von Zwischenmahlzeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.9 Zuwendung und Gesellschaft beim Essen durch Mitarbeiter(innen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.10 Therapeutisches Mitessen durch Mitarbeiter(innen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.11 Bereitstellung von Flüssigkeit in Reichweite der Bewohner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.12 Pürieren der Mahlzeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.13 Beigabe von Zusatznahrung / Supplementen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.14 Gemeinsames Essen mit Angehörigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5 Welches sind aus Ihrer Sicht die häufigsten Gründe, die eine ausreichende Ernährung der Bewohner verhindern?

| | | trifft voll zu | trifft überwiegend zu | trifft zum Teil zu | trifft überwiegend nicht zu | trifft gar nicht zu | weiß ich nicht |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5.1 | Zahn-, Gebiss- und Kaubeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2 | Schluckstörungen (z.B. durch Schlaganfall oder Alzheimer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.3 | Verminderter Appetit durch regelmäßige Medikamenteneinnahme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.4 | Geistige oder psychische Beeinträchtigung, Depression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.5 | Allgemein schlechter Gesundheitszustand | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.6 | Immobilität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.7 | Qualität des Essens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.8 | Biographische Gründe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6 Qualifizierung

| | | trifft voll zu | trifft überwiegend zu | trifft zum Teil zu | trifft überwiegend nicht zu | trifft gar nicht zu | weiß ich nicht |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6.1 | Ich fühle mich in Fragen zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung alter Menschen fachlich gut ausgebildet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.2 | Die Fort- und Weiterbildungsangebote in unserer Einrichtung zu den Themen Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sind sehr gut. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.3 | Das in Fort- und Weiterbildungen Erlernte kann ich in der Praxis gut anwenden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.4 | Es gibt in unserem Haus eine Fachkraft für Ernährung, an die ich mich bei fachlichen Nachfragen wenden kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.5 | Bei fachlichen Fragen erhalte ich von meinen <u>KollegInnen</u> klare fachliche Antworten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.6 | In Ernährungsfragen fühle ich mich häufig überfordert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.7 | Ich würde einigen Bewohnern gerne häufiger beim Essen helfen, doch der Zeitdruck lässt dies nicht zu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.8 | In Fragen zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung alter Menschen sehe ich für mich Fortbildungsbedarf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7 Allgemeine Angaben

7.1 Wie lange arbeiten Sie bereits in dieser Einrichtung?

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| unter einem Jahr | <input type="checkbox"/> | 5 bis unter 10 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| ein bis unter 5 Jahren | <input type="checkbox"/> | 10 Jahre oder länger | <input type="checkbox"/> |

7.2 Ich bin...

- | | |
|--|--------------------------|
| als Vollzeitkraft beschäftigt | <input type="checkbox"/> |
| als Teilzeitkraft beschäftigt | <input type="checkbox"/> |
| geringfügig beschäftigt (bis 325 Euro bzw. 400 Euro) | <input type="checkbox"/> |
| Gemeinwohlarbeit (Ein-Euro-Job) | <input type="checkbox"/> |

7.3 In welchem Arbeitsbereich sind Sie tätig?

- | | |
|----------------|--------------------------|
| Pflege | <input type="checkbox"/> |
| Hauswirtschaft | <input type="checkbox"/> |
| Küche | <input type="checkbox"/> |
| Service | <input type="checkbox"/> |

7.4 Welche Stellung haben Sie in der Einrichtung?

- | | |
|---|--------------------------|
| Leitungsaufgaben (Geschäfts-, Heim-, Pflege-, Wohnbereichs- oder Küchenleitung) | <input type="checkbox"/> |
| Gelerntes Personal (examiniert / staatlich geprüft) | <input type="checkbox"/> |
| Angelerntes Personal | <input type="checkbox"/> |
| Praktikant(in) / Zivildienstleistender | <input type="checkbox"/> |
| Auszubildende(r) /Schüler(in) | <input type="checkbox"/> |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anlage 4

MNA-Bogen

NESTLÉ NUTRITION SERVICES



Anamnesebogen zur Bestimmung des Ernährungszustandes älterer Menschen Mini Nutritional Assessment MNA™

| | | | |
|---------------|--------------|-------------|--|
| Name: | Vorname: | Geschlecht: | Datum: |
| Alter, Jahre: | Gewicht, kg: | Größe, cm: | Kniehöhe, cm: <small>(bestimmen, wenn Körpergröße nicht meßbar ist)</small> |

Füllen Sie den Bogen aus, indem Sie die zutreffenden Zahlen in die Kästchen eintragen. Addieren Sie die Zahlen in den ersten 6 Kästchen. Wenn der Wert 11 oder kleiner 11 ist, fahren Sie mit der Anamnese fort, um den Gesamt-Index zu erhalten.

Vor-Anamnese

A Hat der Patient einen verminderten Appetit?
Hat er während der letzten 3 Monate wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken weniger gegessen (Anorexie)?
0 = schwere Anorexie
1 = leichte Anorexie
2 = keine Anorexie

B Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten
0 = Gewichtsverlust > 3 kg
1 = weiß es nicht
2 = Gewichtsverlust zwischen 1 und 3 kg
3 = kein Gewichtsverlust

C Mobilität / Beweglichkeit
0 = vom Bett zum Stuhl
1 = in der Wohnung mobil
2 = verläßt die Wohnung

D Akute Krankheit oder psychischer Stress während oder letzten 3 Monate?
0 = ja
2 = nein

E Psychische Situation
0 = schwere Demenz oder Depression
1 = leichte Demenz oder Depression
2 = keine Probleme

F Körpermassenindex (Body Mass Index, BMI) (Körpergewicht / (Körpergröße)², in kg/m²)
0 = BMI < 19
1 = 19 ≤ BMI < 21
2 = 21 ≤ BMI < 23
3 = BMI ≥ 23

Ergebnis der Vor-Anamnese (max. 14 Punkte)

12 Punkte oder mehr: normaler Ernährungszustand
11 Punkte oder weniger: Gefahr der Mangelernährung

Anamnese

G Wohnsituation: Lebt der Patient unabhängig zu Hause?
0 = nein
1 = ja

H Medikamentenkonsument: Nimmt der Patient mehr als 3 Medikamente (pro Tag)?
0 = ja
1 = nein

I Hautprobleme: Schorf oder Druckgeschwüre?
0 = ja
1 = nein

J Mahlzeiten: Wieviele Hauptmahlzeiten ißt der Patient pro Tag? (Frühstück, Mittag- und Abendessen)?
0 = 1 Mahlzeit
1 = 2 Mahlzeiten
2 = 3 Mahlzeiten

K Lebensmittelauswahl: Ißt der Patient
• mindestens einmal pro Tag Milchprodukte? ja nein
• mindestens ein- bis zweimal pro Woche Hülsenfrüchte oder Eier? ja nein
• jeden Tag Fleisch, Fisch oder Geflügel ja nein
0.0 = wenn 0 oder 1 mal «ja»
0.5 = wenn 2 mal «ja»
1.0 = wenn 3 mal «ja»

L Ißt der Patient mindestens zweimal pro Tag Obst oder Gemüse?
0 = nein
1 = ja

M Wieviel trinkt der Patient pro Tag? (Wasser, Saft, Kaffee, Tee, Wein, Bier...)
0.0 = weniger als 3 Gläser / Tassen
0.5 = 3 bis 5 Gläser / Tassen
1.0 = mehr als 5 Gläser / Tassen

N Essensaufnahme mit / ohne Hilfe
0 = braucht Hilfe beim Essen
1 = ißt ohne Hilfe, aber mit Schwierigkeiten
2 = ißt ohne Hilfe, keine Schwierigkeiten

O Glaubt der Patient, daß er gut ernährt ist?
0 = schwerwiegende Unter-/Mangelernährung
1 = weiß es nicht oder leichte Unter-/Mangelernährung
2 = gut ernährt

P Im Vergleich mit gleichaltrigen Personen schätzt der Patient seinen Gesundheitszustand folgendermaßen ein:
0.0 = schlechter
0.5 = weiß es nicht
1.0 = gleich gut
2.0 = besser

Q Oberarmumfang (OAU in cm)
0.0 = OAU < 21
0.5 = 21 ≤ OAU ≤ 22
1.0 = OAU > 22

R Wadenumfang (WU in cm)
0 = WU < 31
1 = WU ≥ 31

Anamnese (max. 16 Punkte)

Ergebnis der Vor-Anamnese

Gesamt-Index (max. 30 Punkte)

Ref.: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*; Supplement #2:15-59.
Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series, Clinical & Performance Programme, vol. 1. Karger, Bale, in press.
© 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

Auswertung des Gesamt-Index

17-23.5 Punkte Risikobereich für Unterernährung

Weniger als 17 Punkte schlechter Ernährungszustand

Die Firma NESTLE bietet auf ihrer Website auch die Möglichkeit einer interaktiven Bearbeitung und Auswertung des MNA-Bogens.

(siehe <http://nutrinfo.nestle.de/Home/Experten/Erwachsene/Mangelernaehrung/Erkennen/MNA.htm>)

Anlage 5

Beobachtung Mahlzeitsituation: Erhebungsbogen

**Gesamteinschätzung der Mahlzeitsituation einer Gruppe von Demenzkranken
(2. Erhebung)**

Einrichtung: _____ Wohnbereich: _____

Bezeichnung des Raumes/der Gruppe: _____

Anzahl Bewohner/-innen in der Essensgruppe: _____ Dauer der Beobachtung (cirka): _____

Datum: _____ Mahlzeit: _____ Erstellt durch: _____

Was ist Ihnen positiv in der Mahlzeitsituation aufgefallen (insbesondere bezogen auf die Rahmenbedingungen und das Verhalten der Mitarbeiter/-innen)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Was ist Ihnen negativ in der Mahlzeitsituation aufgefallen (insbesondere bezogen auf die Rahmenbedingungen und das Verhalten der Mitarbeiter/-innen)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Besonderheiten am Tag der Beobachtung (z.B. gravierender Personalengpass):

.....
.....

Anlage 6

Bewohner-/ Wohlbefindens- beobachtung: Erhebungsbogen

**Individuelles Profil für Wohlbefinden
(Auszug aus der Arbeit der Bradford Dementia Group)⁷**

Einrichtung: _____ Wohnbereich: _____

Bewohnername: _____ Vorname: _____ Bew. Nr.: _____

Datum: _____ Mahlzeit: _____ Erstellt durch: _____

WOHLBEFINDEN:

0 = Fehlendes Anzeichen 1 = Gelegentliches Anzeichen 2 = Eindeutiges Anzeichen

| INDIKATOR | 0 | 1 | 2 |
|--|---|---|---|
| 1. Kommuniziert Wünsche, Bedürfnisse und Vorlieben | | | |
| 2. Nimmt Kontakte zu anderen auf | | | |
| 3. Zeigt Freude und Vergnügen | | | |
| 4. Nutzt verbliebene Fähigkeiten | | | |
| 5. Entspannte Körperhaltung oder Körpersprache | | | |
| Summen der Profilpunkte | 0 | | |
| Profil-Punktzahl Wohlbefinden gesamt | | | |

UNWOHLSEIN:

0 = Fehlendes Anzeichen 1 = Gelegentliches Anzeichen 2 = Eindeutiges Anzeichen

| INDIKATOR | 0 | 1 | 2 |
|---|---|---|---|
| 1. Anhaltende Wut | | | |
| 2. Anhaltende Aggressionen (verbal und/oder körperlich) | | | |
| 3. Ängste | | | |
| 4. Erregung und Unruhe | | | |
| 4. Rückzug oder Teilnahmslosigkeit | | | |
| 5. Körperliche Anspannung | | | |
| Summen der Profilpunkte | 0 | | |
| Profil-Punktzahl Unwohlsein gesamt | | | |

⁷ Grundlage für das folgende Profil und die Erläuterungen: Koordinierungsstelle der Landesinitiative Demenz-Service NRW im Kuratorium Deutsche Altershilfe: „Wie geht es Ihnen?“. Konzepte und Materialien zur Einschätzung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz. Demenz-Service Band 3. Köln 2005, S. 21-29

Überblick über die Indikatoren für Wohlbefinden

Lesen Sie bitte die Erklärungen zu jedem dieser Indikatoren aufmerksam durch, bevor Sie die Anzeichen für Wohlbefinden bei der zu beurteilenden Person festlegen.

1. Kommuniziert Wünsche, Bedürfnisse und Vorlieben

Die Person mit Demenz ist in der Lage, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu kommunizieren. Sie kann sich wehren, wenn jemand versucht, sie zu etwas zu zwingen, was sie nicht will. Sie gebraucht Wörter oder Gesten (oder beides) um mitzuteilen, was sie will oder nicht will und kann dabei manchmal auch aggressiv sein. Unbegründete Aggression dagegen, die sich als bewusster Versuch darstellt, jemanden zu beleidigen oder zu verletzen, gilt als Anzeichen für Unwohlsein. Die meisten Aggressionen von Menschen mit Demenz gegenüber Pflegenden können als begründete Aggression gewertet werden – gegründet auf Gefühle der Hilflosigkeit und die Erfahrung, reglementiert zu werden.

2. Nimmt Kontakte zu anderen auf

Die betreffende Person versucht, durch Gespräche, Laute, Gesten oder Augenkontakt die Beziehung zu anderen herzustellen. Für die Aufnahme sozialer Kontakte ist es nicht notwendig zu sprechen.

3. Zeigt Freude oder Vergnügen

Die Person mit Demenz zeigt Freude, Vergnügen oder Zufriedenheit. Beispiele: eine gute Mahlzeit genießen, beim Zu-Bett-Bringen zufrieden seufzen, einer Darbietung aufmerksam und begeistert zuschauen, eine Massage genießen.

4. Nutzt verbliebene Fähigkeiten

Die Person mit Demenz zeigt sich aktiv und nutzt die ihr verbliebenen Fähigkeiten. Eine Person, die sprechen kann, benutzt Sprache, um zu kommunizieren; jemand, der gehen kann, bewegt sich viel, andere, die sich ohne Hilfe ankleiden oder essen können, tun dies weiterhin. Er/Sie nimmt an angebotenen Aktivitäten teil und findet innerhalb der ihr/ihm gegebenen Grenzen etwas zu tun. Beispiele: Obwohl im Rollstuhl, erforscht er/sie die Dinge, die sich in Reichweite befinden, spielt an der Tischdecke oder mit dem Besteck, zieht Kleidung zurecht etc. Beachten Sie: Menschen mit Demenz verlieren oft die Fähigkeit, ein Vorhaben umzusetzen oder fortzuführen. Wenn eine Person auf Nachfrage oder mit Hilfestellung aktiv wird, kann dies als Zeichen des Wohlbefindens angesehen werden.

5. Entspannte Haltung oder Körpersprache

Die Person mit Demenz ist gelegentlich aufmerksam und entspannt und hat einen ruhigen Gesichtsausdruck. Sie zeigt keine monotonen Bewegungen. Zeiten des offensichtlichen Rückzugs, wo sich die Aufmerksamkeit verliert, zählen nicht als körperliche Entspannung.

Erläuterung zu den Indikatoren für Unwohlsein

Die aufgelisteten Indikatoren können bei Menschen mit Demenz auftreten und auf von ihnen erlebtes Unwohlsein hinweisen. Da damit ihr Wohlbefinden ernsthaft gefährdet sein kann, sollten solche Anzeichen ernst genommen, diskutiert und entsprechend sorgfältig behandelt werden.

Einigen der Indikatoren ist leichter zu begegnen als anderen, z. B. kann „körperlichem Unwohlsein oder Schmerzen“ mit entsprechenden schmerzstillenden Mitteln begegnet werden. Andere Formen des Unwohlseins jedoch verlangen von den Pflegepersonen, mit tief sitzenden Emotionen wie Wut, Trauer oder Angst umzugehen oder die Gruppendynamik sorgfältig so zu steuern, dass Einzelne nicht übergangen oder ausgeschlossen werden.

Für solche komplexeren Anzeichen von Unwohlsein gibt es häufig keine einfachen Sofortlösungen, aber zur Sicherung des Wohlbefindens ist eine Auseinandersetzung mit ihnen notwendig. Um diese Arbeit zu leisten, brauchen Pflegepersonen entsprechende Fähigkeiten und Unterstützung.

Beachten Sie, dass der Ausdruck „angemessene Emotionen“ als Zeichen des Wohlbefindens gilt: Traurig oder ärgerlich zu sein, sind Gefühle, die wir alle täglich erleben. Versuchen Sie deshalb, Anzeichen des Unwohlseins – negative Gefühle oder bisher ignorierte oder inadäquat behandelte emotionale Zustände – auf der Basis größerer Zeiträume abzuschätzen. Gefühle wie Wut können auch angemessene Reaktionen auf Situationen sein, in denen eine Person mit Demenz depersonalisiert wird. Deshalb sollten PflegemitarbeiterInnen jede Situation, in der solche Gefühle ausgedrückt werden, aufmerksam betrachten, um ihre Bedeutung zu ermessen. Was bedeuten die Anzeichen des Unwohlseins für das Erleben der Person mit Demenz?

Richtlinien zur Einschätzung des Wohlbefindens und des Unwohlseins

Die Auswertung der Indikatoren sollte die folgenden Richtlinien berücksichtigen:

1. Eine Profilerstellung des Wohlbefindens ist keine exakte Wissenschaft, vielmehr sind die Beurteilungen des Pflegeteams subjektiver Natur. Wichtig ist jedoch, dass die Einschätzungen über Menschen mit Demenz auf intensivem Zuhören und Beobachten beruhen und nicht auf vorgefassten, vorschnellen Beurteilungen. So kann beispielsweise eine Person trotz ihrer Schwierigkeiten, kohärente Sätze zu bilden, durchaus in der Lage sein, ihre Bedürfnisse und Wünsche über Sprache, Stimme, Mimik und Gestik zu vermitteln.
2. Beim Ausfüllen des Profils wird erst der Kopfteil des Formulars ausgefüllt. Bearbeiten Sie dann die Liste der Anzeichen und benutzen Sie dabei die Erläuterungen. Entscheiden Sie, ob für die betreffende Person in dem Zeitraum, für den Sie das Profil erstellen, „keine Anzeichen“, „mehrere Anzeichen“, oder „deutliche Anzeichen“ des jeweiligen Indikators vorhanden sind, und tragen Sie die entsprechende Ziffer ein (z. B. 0, 1 oder 2).
3. Es wird nicht immer leicht sein, zwischen „gelegentlichen Anzeichen“ und „eindeutigen Anzeichen“ des jeweiligen Indikators zu unterscheiden. Ist die Häufigkeit des Verhaltens (wie oft es geschieht) oder die Intensität (wie stark es sich ausdrückt) entscheidend? Beides ist von Bedeutung und sollte in die Einschätzung einfließen. Das Ziel ist ein allgemeines Bild, welches das Wohlbefinden der Person in dem gewählten Zeitraum der Profilerstellung reflektiert. Die Dauer eines bestimmten Zustandes oder Verhaltens scheint von größerer Bedeutung zu sein, als die Intensität der Gefühle. Deshalb ist ein Zustand leichten Unwohlseins über einen längeren Zeitraum gewichtiger als eine kurze Phase extremer Freude und umgekehrt.
4. Wenn das Profilblatt ausgefüllt ist, addieren Sie bitte die einzelnen Spalten und berechnen Sie die Gesamtpunktzahl. Durch die Gesamtpunktzahl sind Veränderungen des allgemeinen Wohlbefindens über größere Zeiträume leicht zu erfassen. Was die Pflegeplanung betrifft, bieten jedoch die einzelnen Indikatoren mehr Details hinsichtlich der stattgefundenen Veränderungen und damit auch mehr Informationen in Bezug auf eventuell notwendige zusätzliche Unterstützung.

Anlage 7

Mögliche Kriterien für die Beobachtung von Mahlzeitsituationen

| Lfd. Nr. | Bereiche / Kriterien |
|---|---|
| 1 Raum (zentraler Speisesaal und Speiseräume in den Wohngruppen) | |
| 1.1 | Ausreichend großer, gut überschaubarer und farblich ansprechend gestalteter Raum |
| 1.2 | Ausreichende Beleuchtung (inkl. Achten auf ausreichende Beleuchtung) |
| 1.3 | Ansprechende Dekoration des Raumes |
| 1.4 | Passende Möblierung und übersichtliche Tischanordnung |
| 2 Bewohnergruppe (Speiseräume in den Wohngruppen) | |
| 2.1 | Dem Raum und dem Betreuungskonzept angemessene Gruppengröße („Überschaubarkeit“ der Bewohnergruppe) |
| 2.2 | Passende Zusammenstellung der einzelnen Tischgruppen (entsprechend den Präferenzen der einzelnen BewohnerInnen, mit Ziel der Vermeidung von Konflikten, Akzeptieren oder bewusstes „Separieren“ von RaucherInnen) |
| 2.3 | Adäquate Platzierung der BewohnerInnen am Tisch (z.B. nicht „schräg“, nah genug am Tisch, so dass BewohnerIn alle Komponenten erreichen kann) |
| 3 Personal | |
| 3.1 | Angemessene Personalausstattung (angemessenes, an der Bewohnergruppe orientiertes Verhältnis MitarbeiterInnen zu BewohnerInnen; wenn notwendig: Anwesenheit von Personal an jedem Tisch) |
| 3.2 | Angemessene Einbeziehung von Angehörigen und / oder Ehrenamtlichen |
| 3.3 | MitarbeiterInnen sitzen mit am Bewohnertisch |
| 3.4 | Personal isst mit den BewohnerInnen mit |
| 3.5 | Freundliches, umsichtiges, entspanntes Personal |
| 3.6 | Angemessene Kleidung (z.B. kein Tragen von Schutzhandschuhen beim Essenanreichen) |
| 3.7 | Informiertheit der MitarbeiterInnen über die aktuelle Mahlzeit (MitarbeiterIn ist bekannt, was es zu Essen gibt) |
| 4 Ablauforganisation / Schnittstellen | |
| 4.1 | Angemessenes Managen der notwendigen Abläufe, z.B. hinsichtlich folgender Aspekte: |

| Lfd. Nr. | Bereiche / Kriterien |
|---|--|
| 4.1.1 | Vermeiden von unnötigen Wegen bzw. des „Durcheinanderlaufens“ mehrerer/zu vieler MitarbeiterInnen (Vermeiden von Unruhe) |
| 4.1.2 | Angemessene Organisation des Austeilens mit dem Ziel , dass möglichst alle BewohnerInnen gleichzeitig essen können |
| 4.1.3 | Günstige Platzierung von Essens-/ Wärmewagen (Vermeiden von Platzmangel und unangenehmer Geräuschkulisse für einzelne BewohnerInnen beim Verteilen/Portionieren) |
| 4.1.4 | Dauerhaftes Anschließen des Wärmewagens an die Steckdose |
| 4.2 | Vermeiden des Verteilens von Medikamenten/Überwachens der Medikamenteneinnahme durch Hauswirtschaftspersonal |
| 5 Decken des Tisches, Nahrungsmittel- und Getränkeauswahl, Herrichten der Speisen und Getränke | |
| 5.2 | Verwenden von Tischdecken (Stoff- statt Plastiktischdecken) |
| 5.3 | Ansprechende Dekoration des Tisches (Blumen etc.) |
| 5.4 | Vollständiges Decken des Tisches (Vollständigkeit der für die Mahlzeit notwendigen Besteckteile, Vorhandensein von Spendern für Milch, Zucker, Salz, Pfeffer etc.) |
| 5.5 | Vorhandensein von Speisekarten (inkl. ansprechender / bewohnergerechter Gestaltung der Speisekarten) |
| 5.6 | Vielfältiges Angebot an Speisen |
| 5.7 | Ausreichendes Angebot an Getränken (bezogen auf Menge und Auswahlmöglichkeiten) |
| 5.8 | Möglichkeit der Menüwahl (Mittagessen) |
| 5.9 | Möglichkeit der Wahl einzelner / verschiedener Komponenten (bei allen Mahlzeiten, bei Frühstück/Abendbrot z.B. durch Buffet/Platten) |
| 5.10 | Anbieten aller Komponenten (z.B. Nachtschicht nicht nur auf Nachfrage) |
| 5.11 | Verwendung von geeignetem Geschirr (z.B. nicht zu schwere Tassen, insbesondere für Demenzkranke farbiges Geschirr, Hauptspeise mittags nicht in tiefen Tellern) |
| 5.12 | - Verwendung von „Wärmetellern“ (soweit notwendig, z.B. bei Zimmerservice) |
| 5.13 | Bereitstellen der einzelnen Komponenten in Schüsseln / auf Platten o.ä. |
| 5.14 | Ansprechendes Herrichten der Teller (soweit erforderlich; bei Tablettensystem: inkl. ansprechendes Herrichten des Tablettens) |
| 5.15 | Wahl einer angemessenen, individuell bewohnerbezogenen Portionsgröße (nicht zu groß und nicht zu klein) |

| Lfd. Nr. | Bereiche / Kriterien |
|-----------------------------------|--|
| 5.16 | Anbieten von „Nachschlag“ |
| 6 Atmosphäre | |
| 6.1 | Gewährleisten einer ausreichend langen Zeitspanne zum Essen |
| 6.2 | Beginn des Abräumens erst, wenn alle BewohnerInnen mit Essen fertig sind |
| 6.3 | Ruhige Atmosphäre, keine Hektik / Eile |
| 6.4 | - Bewusstes Vermeiden von störenden Geräuschen (z.B. Ausschalten von Radio/Fernseher, kein Ein-/Ausräumen der Spülmaschine während des Essens, kein lautes Gespräch der MitarbeiterInnen „durch den Raum“) |
| 6.5 | Strukturierter, gemeinsamer Beginn der Mahlzeit (z.B. Tischgebet) |
| 6.6 | Servieren der einzelne Gänge nacheinander (insbesondere bei Demenzkranken) |
| 7 Kommunikation | |
| 7.1 | Deutliche, direkt dem/der BewohnerIn zugewandte und angemessen laute Ansprache der BewohnerInnen |
| 7.2 | Stellen von für die BewohnerInnen verständlichen Fragen |
| 7.3 | Kein Duzen von BewohnerInnen, kein Einsatz von Kosenamen oder der „Wir-Form“ bei Aufforderungen (soweit nicht ausnahmsweise angebracht/individuell vereinbart) |
| 7.4 | Gespräche mit BewohnerInnen (soweit möglich und nicht kontraproduktiv; z.B. ungünstig: zu starke Ablenkung Demenzkranker von der Mahlzeiteneinnahme) |
| 7.5 | - Förderung der Kommunikation der BewohnerInnen untereinander (soweit sinnvoll, möglich und nicht kontraproduktiv; z.B. ungünstig: zu starke Ablenkung Demenzkranker von der Mahlzeiteneinnahme) |
| 8 Unterstützungsleistungen | |
| 8.1 | Informieren über das aktuelle Gericht/die Komponenten |
| 8.2 | Gewährleisten der Wahlmöglichkeit der BewohnerInnen (soweit bewohnerbezogen möglich, z.B. „Vorzeigen“ der Aufschnittplatten) |
| 8.3 | Erfragen der aktuellen Bedürfnisse/Wünsche der BewohnerInnen |
| 8.4 | Beachten der Bedürfnisse, Vorlieben, „Sonderwünsche“ der BewohnerInnen, inkl. Beachtung folgender Teilaspekte: |
| 8.4.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Gewährleisten des „aktuellen Umbestellens“ |

| Lfd. Nr. | Bereiche / Kriterien |
|----------|---|
| 8.4.2 | - Beachten der individuellen Wünsche bezüglich Milch/Zucker im Kaffee |
| 8.5 | Nachfragen bezüglich Zufriedenheit, Sättigungsgrad und weiterer Wünsche der BewohnerInnen |
| 8.6 | Achten auf Kleider-/ Wäscheschutz (inkl. Wechsel bei Verschmutzung) |
| 8.7 | <p>Am Bewohnerbedarf ausgerichtete Beobachtung, Ansprache, Anregung, Anleitung, Unterstützung, Hilfestellung (bei Beachtung vorhandener Ressourcen), inkl. Beachtung folgender Teilaspekte (soweit erforderlich):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="109 507 230 547">8.7.1 • Sicherstellen einer zeitnahen Hilfe <li data-bbox="109 555 230 595">8.7.2 • Erfragen der aktuell benötigten Hilfestellung (soweit sinnvoll) <li data-bbox="109 603 230 643">8.7.3 • Eingehen auf alle hilfebedürftigen BewohnerInnen <li data-bbox="109 651 230 691">8.7.4 • Eingehen auf besondere Verhaltensweisen <li data-bbox="109 699 230 738">8.7.5 • Sicherstellen einer günstigen Sitzposition für den/die BewohnerIn (insbesondere vor/beim Essenanreichen) <li data-bbox="109 746 230 786">8.7.6 • Ausreichendes Anbieten von Getränken / Achten auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr <li data-bbox="109 794 230 834">8.7.7 • Passende Platzierung von Besteck / Hilfsmitteln (auch zwischendurch) <li data-bbox="109 842 230 882">8.7.8 • Hilfe bei der Auswahl und Portionierung des Essens / der Komponenten <li data-bbox="109 890 230 930">8.7.9 • Entfernen der Tellerabdeckungen (falls vorhanden und notwendig) <li data-bbox="109 938 230 978">8.7.10 • Mundgerechte Vorbereitung von Broten unmittelbar am Bewohnertisch <li data-bbox="109 986 230 1026">8.7.11 • Angemessene Einzelportionierung beim Essenanreichen <li data-bbox="109 1034 230 1074">8.7.12 • Vermeiden von unnötigen Unterbrechungen des Essenanreichens <li data-bbox="109 1082 230 1121">8.7.13 • Essenanreichen nicht für zwei / mehrere Bewohner/-innen „gleichzeitig“ <li data-bbox="109 1129 230 1169">8.7.14 • Ablegen der Serviette nach der Mahlzeit <li data-bbox="109 1177 230 1217">8.7.15 • Reinigen von Händen und Gesicht der BewohnerInnen |

Anlage 8

Muster-Prozessbeschreibung

Muster-Prozessbeschreibung zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung – Gute Praxis Einrichtung ...

| Deming-Kreis | Gute Praxis | Gute Praxis | Bewertung | | | | | Verbesserungspotenziale | |
|--|---|--|-----------|----|----|----|-----|----------------------------|---|
| | | | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | | |
| <p>Planen</p> <p>Welche Aussagen beschreiben das ‚Was‘ und ‚Wie‘ der Planung?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klare Begründung • Definierte Prozesse • Ausrichtung auf Interessensgruppen | <p>Hauswirtschaftsleitung macht sehr gute Planung</p> <p>Sonderkostenanforderung</p> <p>Nachmahlzeit eingeführt</p> <p>HACCP in der Küche gut eingeführt</p> <p>Regelungen zur Speiseplanung unter Einbeziehung der Bewohner (unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben)</p> <p>Vorgaben zur Abwechslung von Speisefolgen</p> <p>Speiseplan explizit für nahrungsangereicherte Kost (separater Plan mit Inhaltsangaben und spezielle Schöpfkellen für Portionierung)</p> <p>Teilweise Buffets wieder eingeführt</p> <p>Selbständiges Kochen wird zwei Tage im voraus geplant</p> <p>Ab BMI unter 24 explizite Prozessplanung, nahrungsangereicherte Kost, wöchentliche Überprüfung, Kontaktaufnahme zu anderen Interessengruppen (z.B. Angehörige, Richter, Ärzte)</p> | <p>Gemeinsame Planungsbesprechung mit HWL, Koch und WBL mit systematischer Kritik, Bearbeitung Wünsche.</p> <p>Runder Tisch Ernährung (MA in der Pflege, HW und Küche)</p> <p>Angebot von Fingerfood und „farbige“ Getränke</p> <p>Bewohnerbefragungen</p> <p>Vorlieben und Abneigungen werden bewohnerbezogen dokumentiert (durch den Küchenchef)</p> <p>Gesellschaftstisch (zusammengestellt nach einer Beobachtungsphase)</p> <p>Gerontomahlzeitenbetreuung (ausgesuchte Bewohner im separaten Speisebereich werden von MA aus sozialem Dienst betreut)</p> <p>Standard Essens-/ Nahrungsverweigerung</p> <p>Idealtypische Arbeitsplanung in einer Ablaufmatrix</p> | | | | | | <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> | <p>Einführung von Fingerfood (Gute Praxis im Dorotheenpark und Martinshof MG)</p> <p>Nachmahlzeit (Gute Praxis Marie-Juchacz Köln)</p> <p>Sonderkost und farbige Getränke</p> <p>Spätere Schlafenszeiten (Gute Praxis Dorotheenpark, Altencentrum Solingen, Theo Burauen-Haus Köln)</p> <p>Essensversorgung für Demente in kleinen Gruppen (Suche nach einfachen, kleinen Lösungen)</p> |

| Deming-Kreis | Gute Praxis | Gute Praxis | Bewertung | | | | | Verbesserungspotenziale |
|---|---|--|-----------|----|----|----|-----|-------------------------|
| | | | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | |
| <p>Überprüfen</p> <p>Welche Aussagen behandeln die Überprüfung der geplanten Aspekte?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßige Messung - | <p>Pflegevisiten</p> <p>Pflegedokumentation</p> <p>Hygienebegehungen durch den Hygienebeauftragten</p> <p>Checkliste zur jährlichen Überprüfung (156 Fragen zu Hygiene, Speisversorgung)</p> <p>Interne Audits in der Küche</p> <p>Wirksamkeitskontrollbogen, der alle Standards überprüft (1/2 jährlich und jährlich)</p> <p>„Lockenwicklerabstimmung“ am Tisch im Speisesaal</p> <p>Mittagessenbefragung (jährlich) mit kleinen Tipps und Tricks</p> <p>Hygienebeauftragung outgesourced</p> <p>DCM geplant</p> | <p>„Gängige Messungen“: BMI MNA Urintest BIA- Messungen Zahnstatus erfasst Einfuhr/Ausfuhr Mobilisation Hautzustand Oberarm/Wadenumfang Gewicht Soll-Ist-Vergleich der geplanten Flüssigkeit/Grundumsatz BZ-Kontrollen Evaluierung der Assessments (z.B. Exsikkoseprophylaxe, Hautprophylaxe) Kostenkontrolle (individueller Verbrauch) Allgemeine Kostenkontrolle</p> <p>Kundenbefragungen</p> | | | | X | | |

| Deming-Kreis | Gute Praxis | Gute Praxis | Bewertung | | | | | Verbesserungspotenziale |
|---|--|--|-----------|----|----|----|-----|-------------------------|
| | | | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | |
| <p>Verbessern</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welche Aussagen beziehen sich auf die laufende Überarbeitung der Vorgehensweise? - Analyse der Messungen - Identifikation von Verbesserungen und deren Planung | <p>Maßnahmen aus der Pflegevisite, aus den internen Audits</p> <p>Bereichsübergreifende Teilnahme an Übergaben (Küchenmitarbeiter geht zu Übergaben in Pflegebereich und umgekehrt = einmal pro Woche ca. 10 - 15 Min)</p> | <p>Qualitätszirkel</p> <p>Runder Tisch Ernährung</p> | | | | | X | |

Anlage 9

Kompetenzlandschaft

Wachsende „Kompetenzlandschaft“ Ernährung und Flüssigkeitsversorgung (Stand: Projektbeginn)

| | Am Martinshof Mönchenglad- bach | Dorotheenpark Hilden | Ev. Altenc. Cronenb. Str. Solingen | Zum Königshof Düsseldorf | Marie-Juchacz- Altencentrum Köln | St. Marienstift Bochum | Theo-Burauen- Haus Köln | Altenzentrum Hückelhoven |
|---|---|--|---|--|---|--|---|---|
| Konzepte, Handbücher | <ul style="list-style-type: none"> - Rahmenhandbuch Speiseplanung (Küche) - Handbuch HW Ernährung- und Flüssigkeitsversorgung (alle Bereiche) | <ul style="list-style-type: none"> - Hauswirtschaftliches Versorgungskonzept - Ernährung dementiell erkrankter Menschen - Trainingspläne | <ul style="list-style-type: none"> - Handbuch Ernährung | <ul style="list-style-type: none"> - Mahlzeitenbetreuung demenziell erkrankter Menschen - Hauswirtschaftliches Konzept | <ul style="list-style-type: none"> - Leitbild Unterkunft und Pflege - HW Konzept - Ernährung pflegebedürftiger Bewohner | <ul style="list-style-type: none"> - HW Konzept (Leitbild) | <ul style="list-style-type: none"> - ISO-Hauskonzept - HW Konzept | |
| Standards, Verfahrensweisungen | <ul style="list-style-type: none"> - Diverse Pflegestandards | <ul style="list-style-type: none"> - Dehydratationsprophylaxe Vorgehen Gewichtsverlust (Flowchart) - Verändertes Essverhalten - Esstraining bei Demenzkranken | <ul style="list-style-type: none"> - Nahrungsaufnahme - Individueller Ernährungsplan - Nahrungsablehnung - Sondenkost - Exsikosebeurteilung - Urinbeurteilung | <ul style="list-style-type: none"> - Mangelernährung - Dehydratationsprophylaxe - Allgemeine Mundpflege - Spezielle Mundpflege | <ul style="list-style-type: none"> - Spezielle Mundpflege - Obstipationsprophylaxe - Dehydratationsprophylaxe - Mangelernährung - Einfuhrkontrolle - Essensverweigerung - Speise- und Getränkeversorgung - Ökologischer Einkauf | <ul style="list-style-type: none"> - Rezepte für Hochkalorisches - Diverse Pflegestandards | <ul style="list-style-type: none"> - Mahlzeiten-einnahme (Umgang) - Verpflegung - AEDL: Essen + Trinken - Dehydrationsprophylaxe - Obstipationsprophylaxe - Nachtcafe - Verwöhnkühlschrank | <ul style="list-style-type: none"> - Essen und Trinken, - Exsikose - Kontrolle des Körpergewichts - Diabetes - Hilfe bei der Nahrungsaufnahme - Mangelernährung |

| | Am Martinshof Mönchenglad- bach | Dorotheenpark Hilden | Ev. Altenc. Cronenb. Str. Solingen | Zum Königshof Düsseldorf | Marie-Juchacz- Altencentrum Köln | St. Marienstift Bochum | Theo-Burauen- Haus Köln | Altenzentrum Hückelhoven |
|-----------------------------------|---|--|---|--|---|--|--|-------------------------------------|
| Checklisten, Formulare | <ul style="list-style-type: none"> - MNA Bogen - Essprotokoll - Ein-/ Ausfuhrprotokoll - Erfassungsbogen Speiseplanerstellung mit Bewohnern | <ul style="list-style-type: none"> - Pflegevisite (Erhebung Ernährungszustand) - Ernährungsverhalten - Doku-Bögen | <ul style="list-style-type: none"> - Ein- / Ausfuhrprotokoll - Assessment Ernährungszustand | <ul style="list-style-type: none"> - BMI-Einschätzungsinstrumente - Pflegevisite - Ernährungsverhalten - Bilanzierungsbogen - Formular Orale Ernährung - Bewohnerbefragung | <ul style="list-style-type: none"> - Fragebogen zu Essgewohnheiten - Speiseplan - Sonderspeiseanfertigung - Speiseversorgung - Rückstellproben | <ul style="list-style-type: none"> - Risikoassessmentbogen (BMI/MNA) - Erhebungsbogen Kostformen | <ul style="list-style-type: none"> - Biographiebogen - BMI / Ernährungsstatusbogen - Ein- / Ausfuhrprotokoll - Speisepläne | - |

Anlage 10

Beispiel Prioritätensetzung und Projektplanung

Beispiel Prioritätensetzung und Projektplanung

Hier: Low Hanging Fruits

| Nr. | Was? | Wer? | Bis wann? (ab 09.03.2006) | Stand 31.10.2006 |
|-----|---|--|--------------------------------|---|
| 1 | Fingerfood in den Wohnbereichen | HWL (in Absprache mit PDL u. WBLs) | 31.05.2006 | erledigt |
| 2 | Erneute Information der Bewohner/-innen über das Angebot der Zwischenmahlzeiten | Verantwortlich: PDL, Durchführung: WBLs u. Primary nurses | 31.03.2006 | erledigt |
| 3 | Biografiearbeit intensivieren (verstärkte Verknüpfung mit der Pflegeplanung und mit den Pflegevisiten - Biografie und Anamnese um Fragen nach Getränken und Lieblings Speisen bzw. Abneigungen erweitern - Berichtswesen auf AEDL verlagern | Primary nurses | 31.05.2006 | erledigt |
| 4 | Erneute Kundenbefragung bezüglich der Mahlzeitenversorgung | HL | 31.05.2006 | erledigt |
| 5 | Konsequente Teilnahme an bereichsübergreifenden Übergaben (im Dienstplan berücksichtigen der TN von Hauswirtschaft an Übergaben Pflege und umgekehrt) | WBL u. Mitarbeiter/-innen | Ab 15.03.2006 | erledigt |
| 6 | Schnittstellenbeschreibung Hauswirtschaft - Pflege bei Essensverteilung | HL | Im Rahmen der Rezertifizierung | vertagt (wegen Umstellung auf DIN ISO 9000-2000 im Februar 2007) |