

Sachstandsbericht über Konzeption und Schwerpunktsetzung der APH (städtische Alten- und Altenpflegeheime)

Vorlage im Gremium: Betriebsausschuss APH und KIJU

Auf Antrag der Ratsfraktion SPD vom 07.08.2017

Vorlage erstellt am: 22.08.2017 aktualisiert am 20.11.17

Erstellt durch: APH Stadt Wuppertal - Betriebsleitung, Qualitätskoordination

Mit Schreiben vom 07.08.2017 hat die SPD-Ratsfraktion einen Beschluss des Betriebs-ausschusses APH und KIJU beantragt zur Vorlage eines Sachstandsberichts über die Konzeption und Zielsetzung der verschiedenen städtischen Altenpflegeheime (APH), unter besonderer Berücksichtigung der dafür erforderlichen personellen Ressourcen.

Einleitung, Orientierung

Für die Bemessung der personellen Ressourcen in der vollstationären Langzeitpflege existieren verbindliche gesetzliche Vorgaben sowie darauf aufbauende vertragliche Vereinbarungen der Leistungserbringer mit den Kostenträgern ¹. Unabhängig vom Bestehen und vom jeweiligen Umsetzungsgrad der zielgruppenbezogenen Konzepte kann APH somit nur das Personal einsetzen, für welches eine gesetzliche und vertragliche Refinanzierung gewährt wird.

Aktuell befindet sich der Betrieb APH in einer Phase der Vorbereitung von baulichen und organisatorischen Anpassungen an die Anforderungen des Wohn- und Teilhabegesetzes NRW und der dazugehörigen Durchführungsverordnungen sowie an das GEPA NRW. ²

Zweck des Eigenbetriebes Alten- und Altenpflegeheime der Stadt Wuppertal ist die Unterbringung, sowie die umfassende Betreuung, Versorgung und Langzeitpflege von schwerst pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen. Diese benötigen nach langen Jahren der Versorgung im eigenen häuslichen Umfeld aufgrund ihrer schweren und irreversiblen, multiplen somatischen, neurologischen und/oder psychiatrischen Erkrankungen in einem Ausmaß pflegerische Versorgung und Betreuung rund um die Uhr, welches im eigenen häuslichen Umfeld nicht mehr geleistet und sichergestellt werden konnte. ³

Die Alten- und Altenpflegeheime verfolgen klare Zielsetzungen, die sich an den spezifischen krankheitsbedingten Bedarfen, Bedürfnissen und ggf. individuellen

¹ „Pflegesatzverhandlungen“, abgeschlossen jeweils auf einzelne Einrichtungen bezogen. Nach § 75 SGB XI werden die Personalschlüssel in einem Rahmenvertrag auf Länderebene zwischen Pflegekassen, Wohlfahrtsverbänden, Städtetag und den überörtlichen Sozialhilfeträgern (Landschaftsverband) ausgehandelt. Die Berechnung der Personalbemessung erfolgt anhand des jeweiligen Pflegegradmixes der Einrichtungen (Umrechnung der Pflegegrade in Personalbedarfszahlen, plus übergangsweisem Aufschlag von 6,8% (NRW). Bis Mitte 2020 soll ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur objektiven Personalbedarfsbemessung entwickelt werden.

² Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen

³ trotz Ausschöpfung aller Unterstützungsmöglichkeiten im altengerechten Quartier (z.B. durch ambulante Pflege-, Betreuungs- Haushaltshilfsdienste)

Sachstandsbericht über Konzeption und Schwerpunktsetzung der APH (städtische Alten- und Altenpflegeheime)

Restfähigkeiten, sowie an den aktuellen fachlichen Standards und rechtlichen Bestimmungen orientieren, mit den weiteren Zielen der Förderung einer Teilhabe am gesellschaftlichen, politischen, kulturellen Leben und einer wirtschaftlichen Betriebsführung (zuschussneutrale Betriebsergebnisse). Ein weiteres Kernanliegen der APH ist insbesondere die Sicherung ethischer Werte und Standards gegenüber rein ökonomischen Zielsetzungen.

Zielgruppen:

Die Bewohnerschaft in den Einrichtungen ist heterogen zusammengesetzt. Der Schwerpunkt des Nachfrageverhaltens in der vollstationären Langzeitpflege liegt in Abgrenzung zu anderen pflegerischen Settings bei Multimorbidität⁴, Schwerstpflegebedürftigkeit und Gerontopsychiatrie. Die Klientel, die bei APH Heimplätze nachfragt, hat häufig eine langjährige Versorgungsvorgeschichte in anderen ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen der Stadt⁵. Der Anteil an gerontopsychiatrisch veränderten BewohnerInnen betrug 2017 je nach Einrichtung bis zu über **90%**⁶. Der Anteil von Pflegebedürftigen mit einer „Hinlauf-“ Tendenz betrug knapp 10%. Der Anteil von Pflegebedürftigen mit langjährigen Suchterkrankungen, vor allem Pflegebedürftige mit einem Zustand nach langjährigem Alkoholkonsum über 20%. Die zugrundeliegenden gerontopsychiatrischen Erkrankungen gehen einher mit schweren Gedächtnisverlusten, Sprachstörungen, Desorientierungen, Unruhezuständen, Persönlichkeitsveränderungen unterschiedlicher Ausprägung und Intensität, herausfordernden Verhaltensweisen, sowie mit einem bei Einzug in eine APH-Einrichtung bereits weit fortgeschrittenen Verlust praktischer und kommunikativer Fähigkeiten.

In den sieben vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen der Alten- und Altenpflegeheime der Stadt Wuppertal (APH) werden insgesamt rund 740 schwerst pflegebedürftige Menschen versorgt, in 30 Wohnbereichen unterschiedlicher Größe und Zusammensetzung, durch insgesamt rund 450 MitarbeiterInnen mit unterschiedlichen Qualifizierungen in Teil- und Vollzeitstellen.

In den APH-Einrichtungen ist grundsätzlich ein integrativer Pflege- und Betreuungsansatz verwirklicht. Daneben haben sich allerdings in einzelnen Wohnbereichen erkrankungsspezifische Schwerpunkte und besondere Kompetenzen herausgebildet. Ausgangspunkt dafür waren entsprechende Häufungen bei bestimmten spezifischen pflegerischen und betreuenden Bedarfslagen. Diese Entwicklung von Schwerpunkten ist ergänzend zum grundsätzlich integrativen Ansatz dann sinnvoll, wenn die betroffenen Menschen einer speziellen Betreuung oder

⁴ Häufung schwerer chronischer Erkrankungen in ihren Endstadien, mit zunehmenden Bedarfen an medizinischer Behandlungspflege

⁵ Die APH-Einrichtungen zeigen sich immer wieder auch hoch komplexen Bedarfen gewachsen, an denen andere stationäre Versorger zuvor gescheitert waren, und gewährleisten damit den Pflegebedürftigen auch dann noch eine gesundheitliche Grundsicherung, wenn ansonsten „alle Stricke reißen“.

⁶ vor allem Demenzformen wie Morbus Alzheimer, Multiinfarktdemenz, aber auch Psychosen, das Korsakowsyndrom (Wernicke-Enzephalopathie), Morbus Pick, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, ALS, Zustände nach schweren Apoplexien und Unfällen usw.

Sachstandsbericht über Konzeption und Schwerpunktsetzung der APH (städtische Alten- und Altenpflegeheime)

Förderung bedürfen, oder wenn die MitbewohnerInnen vor problematischen Belastungen geschützt werden müssen. Für diese Wohnbereiche mit Schwerpunkt wurden auf die jeweilige Zielgruppe und auf die jeweiligen Rahmenbedingungen vor Ort zugeschnittene Konzepte zur Pflege und Betreuung entwickelt und umgesetzt.

Beispiele:

- Sechs APH-Einrichtungen haben -unter Beachtung der rechtlichen Maßgaben- sogenannte „beschützende Wohnbereiche“ eingerichtet. Hier können Bereichs- und Haustüren verschlossen gehalten und die Benutzung von Aufzügen und Treppenhäusern für *einzelne* gefährdete BewohnerInnen eingeschränkt werden (z.B. mittels Chipsystem). Ergänzend werden mobile Sicherungssysteme (Armband mit Transponder) genutzt, mit deren Hilfe ein unbegleitetes Verlassen des Wohnbereichs durch einen gefährdeten Pflegebedürftigen und eine Gefährdung im Straßenverkehr, durch Verirren oder Stürze beim ungesicherten Gehen rechtzeitig bemerkt werden kann.
- In einem anderen Schwerpunkt-Wohnbereich werden überwiegend jüngere Pflegebedürftige („U 60“) versorgt.

Übersicht über aktuelle und geplante zielgruppenspezifische Angebote in APH-Einrichtungen für Menschen mit besonderem Betreuungs-/Pflegebedarf:

	Besondere Zielgruppen	Angebote	Umgesetzt in/Stand
1.	Mobile, ‚weglauf‘- / ‚hinlauf‘-gefährdete Pflege-bedürftige, z.B. im fortgeschrittenen Demenzprozess	<ul style="list-style-type: none"> • Beschützender Wohnbereich mit Einschränkung der Tür- und Aufzugnutzung; • individuelle, körpernahe Sicherungssysteme • zusätzliche Präsenzkräfte, Hauswirtschaftskonzept • Tischgemeinschaften • Angepasste soziale Gruppen- und Einzelangebote • Beschützender Garten 	4-0 4-1 4-2 4-3 4-5 4-6 (insgesamt ca. 130 Plätze); sowie viele weitere integrativ, eingestreut
2.	Pflegebedürftige mit dem Korsakow-/ Wernickesyndrom	<ul style="list-style-type: none"> • Wohngruppen • Tischgemeinschaften • Konzept zum Umgang mit Alkohol/ „Hausordnung“ • Konzept zur Gewaltprävention • Geschultes Betreuungs-/ Pflegepersonal • Angepasste soziale Angebote 	4-0 (ca. 50 Plätze); übrige Einrichtungen: integrativ, eingestreut
3.	Jüngere schwer- und schwerst Pflegebedürftige	<ul style="list-style-type: none"> • Wohngruppen • Tischgemeinschaften 	4-0 (ca. 20 Plätze)

Sachstandsbericht über Konzeption und Schwerpunktsetzung der APH (städtische Alten- und Altenpflegeheime)

	Besondere Zielgruppen	Angebote	Umgesetzt in/Stand
	„U 60“	<ul style="list-style-type: none"> • Angepasste soziale Angebote (Freizeitgestaltung, Betreuung) 	übrige Einrichtungen: integrativ, eingestreut
4.	Pflegebedürftige im Sterbeprozess/ Palliative Care	<ul style="list-style-type: none"> • Palliativkonzept • Qualifiziertes, besonders geschultes Betreuungs- und Pflegepersonal • Angebote durch Ehrenamtliche vom Hospizdienst und SAPV • Seelsorgeangebote • Angehörigenbetreuung 	Integrativ, eingestreut
5.	Pflegebedürftige mit Forensik-Hintergrund	<ul style="list-style-type: none"> • Besonders geschultes Pflege-/Betreuungspersonal • Beschützende Wohnbereiche • Ggf. individuelle, körpernahe Sicherungssysteme • Konzepte zur sozialen Integration und Gewaltprävention 	4-0 (einzelne Plätze)
6.	Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund/ islamischer Konfession („Kulturzentrum“)	<ul style="list-style-type: none"> • Andachtsraum, Seelsorger • Speisenkonzept • Halal-Speisenangebot • Geschultes Betreuungspersonal • Zweisprachiges Personal • Kontakte zur islamischen Gemeinde/ gemeinsame Feste 	integrativ, eingestreut Vorhandenes Konzept
7.	Gehörlose Pflegebedürftige	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenzen zur Gebärdensprache bei pflegenden und betreuenden MitarbeiterInnen • Lichtblitzsignalanlage, Hörhilfen 	integrativ, eingestreut Konzeptionelle Vorüberlegungen
8.	Pflegebedürftige Frauen Ü60 mit Gewalterfahrungen/ Trauma	<ul style="list-style-type: none"> • Weibliche Betreuungs- und Pflegepersonen • Konzept Umgang mit Gewaltopfern 	Integrativ, eingestreut Konzeptionelle Vorüberlegungen
9.	Pflegebedürftige im Wachkoma (Rehaphase F)	<ul style="list-style-type: none"> • Besonders geschultes Pflege-/Betreuungspersonal • Intensive Behandlungspflege • Angehörigenedukation 	einzelne Bewohner: integrativ,

Sachstandsbericht über Konzeption und Schwerpunktsetzung der APH (städtische Alten- und Altenpflegeheime)

	Besondere Zielgruppen	Angebote	Umgesetzt in/Stand
			eingestreu
10.	Pflegegruppe für gleichgeschlechtliche Pflegebedürftige	<ul style="list-style-type: none"> • Milieugestaltung (sichere, diskriminierungsfreie, fördernde Umgebung) • Biografische Arbeit 	integrativ, eingestreu , Konzeptio- nelle Vorüber- legungen
11.	Betreutes Wohnen in Wohngruppen/ kleinen Hausgemeinschaften für pflegebedürftige Senioren	<ul style="list-style-type: none"> • Module hauswirtschaftliche Versorgung • Module Betreuung/ soziale Angebote • Module Behandlungspflege • Evtl. höherwertiges Ambiente 	Konzeptio- nelle Vorüber- legungen

Personelle Ressourcen

In den vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen der APH sind unter Ausschöpfung der ausgehandelten Personalbemessungen insgesamt rund 450 MitarbeiterInnen in unterschiedlichen Beschäftigungsumfängen (Teil- und Vollzeitstellen) tariflich⁷ beschäftigt.

Im multiprofessionellen Personalmix umfasst insbesondere der **Pflegedienst** MitarbeiterInnen mit unterschiedlichen formalen und materiellen Qualifikationen:

- Staatlich geprüfte AltenpflegerInnen, Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegerInnen, sowie Pflegefachkräfte mit gerontopsychiatrischen und/oder palliativen Zusatzqualifikationen. Aufgrund der besonders hohen fachlichen Anforderungen ist eine Fachkraftquote von mindestens 50% verwirklicht.
- Daneben werden im Rahmen der Bezugspflege Alten- und KrankenpflegehelferInnen und übrige geeignete PflegehelferInnen eingesetzt.

Der **Soziale Dienst**, der inzwischen ca. 70 Personen umfasst besteht aus

- 16 Fachkräften mit unterschiedlichen Qualifikationen (Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Altentherapeuten,....)
- 54 BetreuungsassistentInnen. sorgen darüber hinaus für die Alltagsbetreuung

Die acht VerwaltungsmitarbeiterInnen und natürlich die Einrichtungsleitungen und Pflegedienstleitungen sind darüber hinaus geschult im Umgang mit dem speziellen Bewohnerklientel

⁷ TVÖD

Sachstandsbericht über Konzeption und Schwerpunktsetzung der APH (städtische Alten- und Altenpflegeheime)

In das Konzept der multiprofessionellen Versorgung sind alle Berufsgruppen, die vor Ort arbeiten miteinbezogen.

Eine Reihe von nicht bei APH angestellten Berufsgruppen im Umfeld unterstützen die ganzheitlichen Versorgung der BewohnerInnen bei (Ärzte, Physiotherapeuten, Logotherapeuten,) Hier bestehen teilweise Kooperationsverträge, siehe unten)

Die personelle Ausstattung ist an die konkreten Bedarfe und Anforderungen in den jeweiligen Einrichtungen und Wohnbereichen angepasst.

Zur Sicherstellung der erforderlichen vorausgesetzten Fähigkeiten, Kompetenzen und Haltungen sind die MitarbeiterInnen zur aktiven Lern- und Entwicklungsbereitschaft, zu ‚lebenslangem Lernen‘ über die gesamte Dauer ihrer Berufstätigkeit hinweg verpflichtet. Dies schließt u.a. die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen ein. Auf Teamebene (in Teamentwicklungsgesprächen) wird mindestens einmal jährlich der bestehende Qualifizierungs- bzw. Entwicklungsbedarf festgestellt, als Orientierungshilfe dafür dient v.a. die aktuelle Fassung der Kompetenzprofilentwürfe. Über Zielsetzungen im Rahmen der leistungsorientierten Bezahlung bestehen weitere bewährte Steuerungsmöglichkeiten. Neue MitarbeiterInnen werden systematisch eingearbeitet und sorgfältig angeleitet, anhand eines Einarbeitungskonzepts und einer strukturierten Einarbeitungs-Checkliste.

Probleme und Lösungsansätze in Bezug auf die personellen Ressourcen

Hohe psychische und physische Belastungen in Langzeitpflegeberufen

Die ‚Präsenzberufe‘ in der Langzeitpflege sind -neben den körperlichen Belastungen durch Heben und Tragen, der zunehmenden Arbeitsverdichtung und dem Schichtdienst- insbesondere gekennzeichnet durch hohe psychische Anforderungen wie

- permanente Aufmerksamkeit
- Toleranz von und konstruktiver Umgang mit krankheitsbedingten herausfordernden Verhaltensweisen
- Empathie
- emotionale Zuwendung in einer professionellen Pflegebeziehung
- uneingeschränkte Motivation und Vorbildfunktion, rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr.

Der Berufsalltag von Mitarbeitenden in der Langzeitpflege ist geprägt durch häufige Überforderungsgefühle, sowie durch psychische und physische Erschöpfung. Hinzu kommt eine reduzierte Leistungszufriedenheit, infolge einer täglich erlebten Diskrepanz zwischen Erwartungen, pflegefachlichen Anforderungen und einer von ökonomischen Zwängen bestimmten Realität.⁸ Diese alltäglichen Arbeitsbeanspruchungen können dann als übermächtig erlebt werden und in der Summe zu psychischen und physischen Belastungen und Gesundheitsproblemen führen, vor allem, wenn sie mit bereits vorhandenen

⁸ Vgl. APH-Gefährdungsbeurteilung Pflege. Z.B. hoher Zeitdruck bei den pflegerischen Verrichtungen, verstärkt durch hohen Zeitaufwand für die Pflegedokumentation

Sachstandsbericht über Konzeption und Schwerpunktsetzung der APH (städtische Alten- und Altenpflegeheime)

gesundheitlichen Einschränkungen und/oder besonderen Anforderungen im privaten Bereich einhergehen. Folgen: Vermehrte krankheitsbedingte Personalausfälle, eine erhöhte personelle Fluktuation, mit wiederum problemverstärkender Wirkung.

Lösungsansätze, weitere Vorgehensweise:

- Flexibilisierung des Personaleinsatzes (u.a. durch Berücksichtigung individueller, familiärer, gesundheitlicher Bedürfnisse bei der Dienstplangestaltung, flexible Dienstzeiten, Freiräume für Selbstorganisation, teambezogene Dienstplangestaltung, Möglichkeiten für ein individuelles Zeitmanagement und Entlastungsmöglichkeiten auf Teamebene)
- fortlaufende Qualifizierungsangebote an die Beschäftigten (z.B. Themen der Arbeitsorganisation, Zeitmanagement, Stressmanagement, Rückenschonendes Arbeiten u.a.)
- Führungskräfteentwicklung, Orientierung an den Führungsleitlinien der Stadtverwaltung Wuppertal, kompetenzorientiertes Auswahlverfahren für Führungskräfte (Assessmentcenter-Methodik)
- je nach Bedarfsentwicklung weiterer Ausbau der Zielgruppenorientierung
- Kommunikations- und Fehlerkultur statt Nullfehlerquote (lernende Organisation)
- Mediatives, konstruktives Konfliktmanagement
- Dokumentationssysteme konsequent auf das Wesentliche reduziert (u.a. Überlegungen zum Beikircher-Strukturmodell) und schrittweise Umstellung von der papiergebundenen auf die EDV-gestützte Pflegedokumentation
- betriebliche Gesundheitsförderung (Unterstützung und Optimierung der Arbeitsorganisation, Fortbildungsangebote zu Gesundheitsthemen, individuelle Gesundheitsförderung durch Kooperation mit dem Arbeitsmedizinischen Dienst)

Steigendes Durchschnittsalter der MitarbeiterInnen

Das Durchschnittsalter der Beschäftigten bei APH beträgt rund 49 Jahre (Median 52 Jahre), ein Wert, der innerhalb der Pflegebranche im üblichen Rahmen liegt. Der Anteil von MitarbeiterInnen <30 Jahre beträgt bei APH derzeit etwa 10,5 %, der Anteil von MitarbeiterInnen >45 Jahre beträgt derzeit etwa 67,5 %. Je höher das Lebensalter von Beschäftigten, desto höher die Wahrscheinlichkeit des Eintretens von längerfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen. Ein deutliches Übergewicht von älteren MitarbeiterInnen gegenüber jüngeren BerufseinsteigerInnen hat unmittelbare Auswirkungen auf die Gewinnung und Bindung von jüngeren MitarbeiterInnen. Somit macht sich auch beim Ausbildungsbetrieb APH (aktuell 18 Auszubildende in der dreijährigen Ausbildung zur Pflegefachkraft) ein deutlicher Nachwuchsmangel durch eine erhöhte Fluktuation von jüngeren BerufseinsteigerInnen bemerkbar.

Lösungsansätze, weitere Vorgehensweise:

- Gestaltung altersgerechter, kompetenzorientierter Arbeitsplätze in alternden/altersheterogenen Teams
- Flexibilisierung des Personaleinsatzes (u.a. durch Berücksichtigung individueller, familiärer, gesundheitlicher Bedürfnisse bei der

Sachstandsbericht über Konzeption und Schwerpunktsetzung der APH (städtische Alten- und Altenpflegeheime)

Dienstplangestaltung, flexible Dienstzeiten, Freiräume für Selbstorganisation, teambezogene Dienstplangestaltung, Möglichkeiten für ein individuelles Zeitmanagement und Entlastungsmöglichkeiten auf Teamebene)

- Angepasste betriebliche Gesundheitsförderung (Unterstützung und Optimierung der Arbeitsorganisation, Fortbildungsangebote zu Gesundheitsthemen, individuelle Gesundheitsförderung durch Kooperation mit dem Arbeitsmedizinischen Dienst)
- Förderung der Teamentwicklung (u.a. Teambesprechungen, Kommunikations- und Fehlerkultur statt Nullfehlerquote, mediatives Konfliktmanagement, ggf. Angebot Supervision)
- Ausbau, Entwicklung der Führung-, Moderations-, Konfliktmanagementfähigkeit auf Wohnbereichsleitungsebene

Anhaltende Fachpersonalknappheit

Lange Vakanzzeiten für offene Stellen (Pflegefachkräfte und Führungspositionen), ein in der gesamten Pflegebranche aktuell weit verbreitetes Problem.

Lösungsansätze, weitere Vorgehensweise:

- Schrittweise Umstellung von der papiergebundenen auf die EDV-gestützte Pflegedokumentation
- Maßnahmen der Personalentwicklung, Personalgewinnung und Personalbindung wie Unterstützung von Qualifizierungsmaßnahmen, Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Ausbildungsbetriebs APH

Gefährdung durch biologische Arbeitsstoffe und nosokomiale Infektionen

Das überwiegend hochaltrige, multimorbide und sehr anfällig pflegebedürftige Klientel der APH-Altenpflegeeinrichtungen ist gekennzeichnet durch eine stark erhöhte Disposition gegenüber nosokomialen Infektionskrankheiten (alters- und krankheitsbedingte Dysfunktion der Immunantwort, im Zusammenspiel mit zusätzlichen Risikofaktoren), mit konkreten Risiken in Bezug auf Morbidität, Mortalität und Lebensqualität⁹. Insbesondere das Auftreten multiresistenter Erreger und die daraus entstehenden gesundheitlichen Risiken für die Bewohnerinnen und Bewohner führen zu hohen Anforderungen an die strukturellen Rahmenbedingungen, das Hygienemanagement und an die theoretischen und praktischen Fachkompetenzen der Pflegenden in den Einrichtungen. Ehrenamtlich Tätige und Fördervereine als Unterstützer der Betreuung

In fünf von sieben unserer Einrichtungen existiert ein Förderverein. In allen Einrichtungen arbeiten ehrenamtlich Tätige. Hierdurch entstehen zusätzliche Ressourcen für die Bewohnerbetreuung und ggf. Organisation von zusätzlichen Angeboten (Bingo, Ausflüge,...) oder die Beschaffung von Extras. Die Betreuung besonderer Bewohnergruppen können so zusätzlich unterstützt werden ebenso die Öffnung zur Gesellschaft und damit die soziale Teilhabe.

⁹ Ruscher, Schaumann, Mielke, Herausforderungen durch Infektionen und mehrfachresistente Bakterien bei alten Menschen in Heimen, Bundesgesundheitsblatt 2012-55, S. 1444 ff

Sachstandsbericht über Konzeption und Schwerpunktsetzung der APH (städtische Alten- und Altenpflegeheime)

(Hinweis: Es wird zunehmend schwieriger, Ehrenamtler zu gewinnen. Es gelingt am ehesten über Angehörige von Bewohner/innen, die den Einrichtungen treu bleiben auch über den Tod des Partners, der Partnerin.)

ngen bzgl. Infektionsprävention und Hygiene. Gleichzeitig sollen die erforderlichen hygienischen, medizinischen und pflegerischen Maßnahmen mit den Bedürfnissen der in den Einrichtungen lebenden Menschen nach Geborgenheit, Integration und physischem und psychischem Wohlbefinden in Einklang gebracht werden, gilt es die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen¹⁰ umzusetzen, mit den Zielen der Selbstbestimmung, Freiheit, Privatheit, Wertschätzung und Teilhabe.

Lösungsansätze, weitere Vorgehensweise:

- Unterstützung von Qualifizierungsmaßnahmen (fortlaufende Schulungen, Unterweisungen, Übungen zu Themen der Infektionsprävention und Hygiene, nach den Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes, der Biostoffverordnung, sowie nach den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts und der Fachgesellschaften)
- Kontinuierliche interne Hygienebegehungen aller Bereiche der Einrichtungen
- Begleitung durch eine hygienebeauftragte Ärztin
- Einrichtung einer Hygienearbeitsgruppe, Benennung von Hygienebeauftragten
- Arbeitsmedizinische Betreuung der Beschäftigten je nach tätigkeitsbedingter Exposition gegenüber Biostoffen durch den Arbeitsmedizinischen Dienst

Steigende Komplexität der Versorgungsansprüche

Multimorbidität, Polypharmazie, hoher Anteil von schwerst Pflegebedürftigen mit vermehrten palliativ-medizinischen und medizinisch-behandlungspflegerischen Bedarfen, hoher Anteil von Pflegebedürftigen mit herausfordernden Verhaltensweisen aufgrund fortschreitender gerontopsychiatrischer Erkrankungen.

Lösungsansätze, weitere Vorgehensweise:

- Kooperationen für eine intensive ärztliche, palliative, hospizliche Begleitung (bestehende Kooperationsverträge mit Haus- und Fachärzten, Hospizverein und SAPV, Heimversorgungsverträge mit Apotheken u.a.)
- Steigerung der Arzneimitteltherapiesicherheit: Umstellung vom herkömmlichen manuellen Vorbereiten/ Richten der Medikamente auf die Verblisterung von Medikamenten
- Fortlaufende Qualifizierungsangebote an die Beschäftigten (z.B. pflegfachliche, gerontopsychiatrische, palliative Themen u.a.)

Anstehende Umbauten im laufenden Betrieb und Leben im Ausweichquartier

Aktuell befindet sich der Betrieb APH in einer Phase der Vorbereitung von baulichen und organisatorischen Anpassungen an die Anforderungen des Wohn- und Teilhabegesetzes NRW und der dazugehörigen Durchführungsverordnungen sowie an das GEPA NRW. Der anstehende Umbau im laufenden

¹⁰ Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, www.bmfsf.de

Sachstandsbericht über Konzeption und Schwerpunktsetzung der APH (städtische Alten- und Altenpflegeheime)

Betrieb kann zu Belastungen für BewohnerInnen und MitarbeiterInnen führen (Lärm, Staub, vorübergehend mögliche Einschränkungen des Zugangs zu den eigenen Räumlichkeiten, vorübergehend mögliche organisatorische Anpassungen).

Lösungsansätze, weitere Vorgehensweise:

- Ggf. zeitweiser Bezug des Ausweichquartiers im St-Anna-Klinikum (ehemalige Landesfrauenklinik) in Abstimmung mit BewohnerInnen, Angehörigen, gesetzlichen Vertretungen
- Einrichtungsinternes Ausweichen der sozialen Angebote in Räumlichkeiten mit geringer Belastung

Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund

Derzeit arbeiten bei den APH ca.40% Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund mit unterschiedlichsten Sprachkenntnissen. Regelmäßig im Abstand von 2 Jahren werden die Zahlen neu erhoben, die nächste Erhebung erfolgt in Kürze.

Die Mitarbeiterzahlen spiegeln in etwa die Anteile der BewohnerInnen mit Migrationshintergrund. Es gibt allerdings deutlich mehr MA mit Migrationshintergrund als BewohnerInnen (nur ca. 12%). Da in Demenzzuständen die sprachlichen Fähigkeiten in der Fremdsprache zuerst vergessen werden, ist die Möglichkeit der muttersprachlichen Kommunikation mit den Bewohner/innen für die Pflege und Betreuung äußerst wichtig. Durch die geschilderten Gegebenheiten der APH ist in der Regel die muttersprachliche Betreuung von BewohnerInnen gesichert und auch das Verständnis zu den unterschiedlichen Kulturen in den Teams kommuniziert. (Auch durch Ergebnisse von Arbeitskreisarbeiten)

Ehrenamtlich Tätige und Fördervereine als Unterstützer der Betreuung

In fünf von sieben unserer Einrichtungen existiert ein Förderverein. In allen Einrichtungen arbeiten ehrenamtlich Tätige. Hierdurch entstehen zusätzliche Ressourcen für die Bewohnerbetreuung und ggf. Organisation von zusätzlichen Angeboten (Bingo, Ausflüge,...) oder die Beschaffung von Extras. Die Betreuung besonderer Bewohnergruppen können so zusätzlich unterstützt werden ebenso die Öffnung zur Gesellschaft und damit die soziale Teilhabe.

(Hinweis: Es wird zunehmend schwieriger, Ehrenamtler zu gewinnen. Es gelingt am ehesten über Angehörige von Bewohner/innen, die den Einrichtungen treu bleiben auch über den Tod des Partners, der Partnerin.)

Hinweise zur Palliativversorgung:

In den Alten- und Altenpflegeheimen sterben jährlich ca. ein Drittel der BewohnerInnen. Die durchschnittliche Lebenserwartung beträgt daher in den Einrichtungen ca. 3 Jahre. Somit ist die Palliativversorgung nicht nur auf BewohnerInnen mit Krebserkrankungen oder anderen fast zwangsläufig zum Tode führenden Erkrankungen zu beziehen. Alle MitarbeiterInnen sind daher in Bezug auf die Palliativversorgung geschult und weiter ständig zu schulen