Landeshauptstadt
München
Sozialreferat

Begleitstudie zum Betriebsbeginn des Seniorenzentrums Marie-Anne Clauss

Abschlussbericht

Sabine Tschainer
und
freie Mitarbeiterinnen des Instituts aufschwungalt

Erstellt im Auftrag der

Landeshauptstadt München
Sozialreferat
Amt für Soziale Sicherung
Abteilung Hilfen im Alter und bei Behinderung

aufschwungalt
neue wege zukunft

Impressum: Sozialreferat der Landeshauptstadt München
Tel: 089 / 233 – 48351
Email: altenundbehindertenhilfe.soz@muenchen.de

Sabine Tschainer
Institut aufschwungalt München
Tel: 089 / 500 80 401
Email: tschainer@aufschwungalt.de

Inhaltsverzeichnis

Einführung……..5

Teil 1 BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHER VERGLEICH

1. Einführung 6
2. Betriebswirtschaftlicher Vergleich 6
2.1 Untersuchungsziel und Fragestellung 6
2.2 Konzeption und Ablauf 6
2.3 Erhebungsinstrumente.....7
3. Beschreibung der Stichprobe.....9
3.1 Konventionelle stationäre Einrichtungen.....9
3.2 Einrichtung mit Hausgemeinschaftskonzept 9
3.3 Vergleichende Darstellung der Bewohnerstruktur 9
4. Entwicklung der finanz- und personalwirtschaftlichen Kennzahlen.....11
4.1 Finanzwirtschaftliche Kennzahlen.....11
4.1.1 Ertragslage 11
4.1.2 Kostenlage.....12
4.2 Personalwirtschaftliche Kennzahlen 14
5. Vergleichende Darstellung der Personalstruktur und der Kosten-/Erlösstruktur 16
5.1 Personalstruktur 16
5.2 Kostenstruktur 18
5.2.1 Personalkosten 19
5.2.2 Sachkosten 19
5.3 Erlösstruktur 20
6. Empfehlungen zum Aufbau der Kosten- und Erlösstruktur.....21
6.1 Steuerung durch Budgets 21
6.2 Benchmarking 21
7. Empfehlungen zum Aufbau eines aussagekräftigen Berichtswesens/Controllings 22
7.1 Controlling durch Kennzahlen.....22
7.2 Berichtswesen 23
8. Fazit…….....……..24

Teil 2 PFLEGEWISSENSCHAFTLICHE PERSPEKTIVE….....……..26
1. Experteninterviews……..... ……...28
2. Konzeptanalyse……...…….28
3. Teamstruktur / Lebensalltag……..….29
3.1. Gruppeninterview Team……...……...31
3.2. Teilnehmende Beobachtung Hausgemeinschaften…….....34
4. Verhältnis/Rollenverständnis von Pflege, Präsenzkraft und Hauswirtschaft…….....35
5. Kundenzufriedenheit……....42
5.1. Bewohnerinnen…….....42
5.2. Angehörige……...…….46
6. Freiheitsentziehende Maßnahmen und Bedarfsmedikation…….…….....51
7. Pflegeprozessplanung…….....…….……...53

8. Dienstplangestaltung…….....….57
9. Vergleich integrative und segregative (Demenz-)Hausgemeinschaften……..….....62
10. Managementperspektive…….....63
10.1. Herausforderungen für die Leitungsebenen…….....63
10.2. Gewinnung, Bindung und Qualifikation des Personals…….....68
10.3. Kundengewinnung…….....71
10.4. Einbindung des Ehrenamtes…….....72
11. Architektur / Raumprogramm / räumliche Gestaltung…….....73
12. Handlungsempfehlungen……...…....73
12.1. Konzept……..……...…….....77
12.2. Teamstruktur / Lebensalltag…….....78
12.3. Verhältnis und Rollenverständnis von Pflege, Präsenzkraft und Hauswirtschaft.....80
12.4. Kundenzufriedenheit……....81
12.5. Freiheitsentziehende Maßnahmen und Bedarfsmedikation sowie Pflegeprozessplanung……....82
12.6 Managementperspektive.....83
12.6.1. Leitungsteam.....83
12.6.2. Träger.....85
12.6.3. Personalgewinnung und -bindung.....85
12.6.4. Kundengewinnung.....87
12.6.5. Ehrenamt.....87
12.7. Architektur/Raumprogramm/räumliche Gestaltung.....87
13. Abschluss.....88

ANHANG

Anhang Teil 1

Anhang 1: Checkliste Datenabfrage Benchmarking.....89

Anhang Teil 2:

Anhang 1: Die ME-Skala (DCM).....91
Anhang 2: Angehörigen-Engagement.....92
Anhang 3: Vergleichende Betrachtung zum integrativen und segregativen Ansatz in der Altenpflege.....94
Anhang 4: Hausgemeinschafts- und Wohngruppenkonzept - eine vergleichende Betrachtung.....98
Anhang 5: Empfehlungen zum Einsatz ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen in der Altenpflege.....101
Anhang 6: Glossar.....102
Anhang 7: Literaturverzeichnis.....104

Einführung

Das Anforderungsprofil zur Grundstücksvergabe für die vollstationäre Pflegeeinrichtung an der Appenzeller Straße in München-Fürstenried wurde im Dezember 2004 von der Landeshauptstadt München mit Beschluss des Sozialausschusses auf den Weg gebracht und in der Folge über eine öffentliche Ausschreibung im Jahr 2005 die entsprechende Umsetzung initiiert. Geplant war eine vollstationäre Pflegeeinrichtung der sog. „4. Generation“ des Pflegeheimbaus in Deutschland als Hausgemeinschaftsmodell. Am 01.07.2009 konnte das „Seniorenzentrum Marie-Anne-Clauss“ eröffnet werden.

Bauherr und Betreiber ist der Arbeiter Samariter Bund (ASB) Landesverband Baden-Württemberg, Regionalverband Stuttgart. Die Einrichtung bietet 135 vollstationäre Pflegeplätze in 91 Einzelzimmern und 22 Doppelzimmern. Strukturiert sind diese Wohnmöglichkeiten in elf Hausgemeinschaften à zwölf Plätze in je acht Einzelzimmern und zwei Doppelzimmern. Die zwei Hausgemeinschaften im Erdgeschoss wurden als beschützende Bereiche (sog. Demenzwohngruppen) deklariert.

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München beauftragte des Weiteren das Sozialreferat, über eine Ausschreibung das „Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss“ im ersten Betriebsjahr wissenschaftlich unter konzeptionellen, pflegewissenschaftlichen, personal- und betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten begleiten zu lassen. Das Institut aufschwungalt München erhielt den Zuschlag und legt hiermit den Abschlussbericht vor.[1]

Der Bericht ist in zwei Teile gegliedert: In Teil 1 werden die Ergebnisse des betriebswirtschaftlichen Vergleiches beschrieben, in Teil 2 die konzeptionelle (pflegewissenschaftliche) Evaluation.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Ausführungen dieses Berichtes in seinem zweiten Teil dem Stand Ende Oktober 2010 entsprechen (in Ausnahmen: Abschlussinterviews mit Leitungen Anfang November 2010).

[1] Im Sinne einer flüssigen Lesbarkeit wird im Bericht durchgehend für die Benennung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wie auch Bewohnerinnen und Bewohner und weiterer Beteiligter durchgehend die weibliche Form gewählt. Gemeint und erfasst sind jeweils beide Geschlechter.

TEIL 1 BETRIEBESWIRTSCHAFTLICHER VERGLEICH

1. Einführung

Die Einrichtungen der stationären Altenhilfe stehen unter einem hohen Druck im Hinblick auf die Finanzen und die Qualität. Die finanzielle Lage der Pflegeversicherung wird sich weiter zuspitzen und gegenläufig steigen die gesetzlichen Qualitätsanforderungen sowie die Kundenerwartungen weiter an. Der Bedarf an innovativen Konzepten zur (Lebens-) Qualitätsverbesserungen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe ist hoch und so spielt die Finanzierung und Wirtschaftlichkeit innovativer Alternativen eine bedeutende Rolle. Das Hausgemeinschaftskonzept dient durch den gezielten Einsatz von Präsenzkräften als Schnittstelle zwischen Pflege und Hauswirtschaft und achtet verstärkt darauf, die vorhandenen Fähigkeiten der Bewohner zu fördern und deren individuellen Bedürfnisse zu beachten. In folgender Studie[2] soll ein betriebswirtschaftlicher Vergleich zwischen klassisch organisierten Einrichtungen der Altenpflege und Einrichtungen mit dem Hausgemeinschaftskonzept durchgeführt werden.

2. Betriebswirtschaftlicher Vergleich

Im folgenden Kapitel wird die Herangehensweise des betriebswirtschaftlichen Vergleiches beschrieben. Zunächst werden das Untersuchungsziel und die damit zusammenhängenden Fragestellungen näher beleuchtet sowie Konzeption und Ablauf der Untersuchung genauer beschrieben. Abschließend wird ein Überblick über die zu untersuchende Stichprobe der Einrichtungen gegeben sowie die Erhebungsinstrumente der Untersuchung vorgestellt.

2.1. Untersuchungsziel und Fragestellung

Das Untersuchungsziel betrifft vor allem die Kostentransparenz im Rahmen der Verteilung der Pflegesatzerlöse. Des Weiteren soll das Personalkonzept der verschiedenen Organisationsformen evaluiert werden, welches die gewünschte Lebensqualität der Bewohnerinnen herstellt, aber auch die notwendige Wirtschaftlichkeit besitzt.

Kernfragen des betriebswirtschaftlichen Vergleiches sind:

1. Wie verhalten sich die Kosten pro Bewohnerin des Hausgemeinschaftskonzeptes im Vergleich zu klassischen vollstationären Pflegeeinrichtungen in Bezug auf Unterkunft und Verpflegung sowie Personalkosten?
2. Welche Faktoren verhindern, dass die Personalkosten durch hohe Betreuungsdichte in den Hausgemeinschaften durch Präsenzkräfte nicht überdimensioniert sind?

2.2. Konzeption und Ablauf

Im Folgenden werden die Konzeption und der Ablauf des betriebswirtschaftlichen Vergleichs beschrieben. Nach Auswahl und Anfrage konventioneller Einrichtungen zur Teilnahme an

[2] Teil 1 des vorliegenden Berichtes

dem Betriebsvergleich konnten drei Einrichtungen der stationären Altenhilfe für die Teilnahme gewonnen werden. Die Untersuchung erfolgte zum Einen durch ein halbstandardisiertes Interview und zum Anderen durch ein Auswertungsinstrument in Excel. Die letzten Daten aus den Einrichtungen wurden am 06. Dezember 2010 erhalten.

Des Weiteren wurden Kennzahlen für den Betriebsvergleich und eines möglichen Benchmarking in Hausgemeinschaften entwickelt. Mit Hilfe der Excel-Tabellen sowie den Ergebnissen der Interviews wurde eine umfassende Analyse der Kosten- und Erlösstrukturen in den Kernprozessen wie z.B. der Hauswirtschaft, Reinigung sowie Pflege durchgeführt. Die unterstützenden Prozesse - wie die Verwaltung - wurden ebenfalls in die Analyse einbezogen. **Die Güte der erfassten Daten gestaltete sich unterschiedlich. Aufgrund dessen konnten nicht alle gewünschten Auswertungen durchgeführt werden.**

Abschließend wurden Handlungsempfehlungen für eine optimale Kosten- und Erlösstruktur abgeleitet und um Empfehlungen für ein aussagekräftiges Berichtswesen bzw. Controlling ergänzt.

Der zeitliche Ablauf der Untersuchung wird in folgender Abbildung dargestellt:

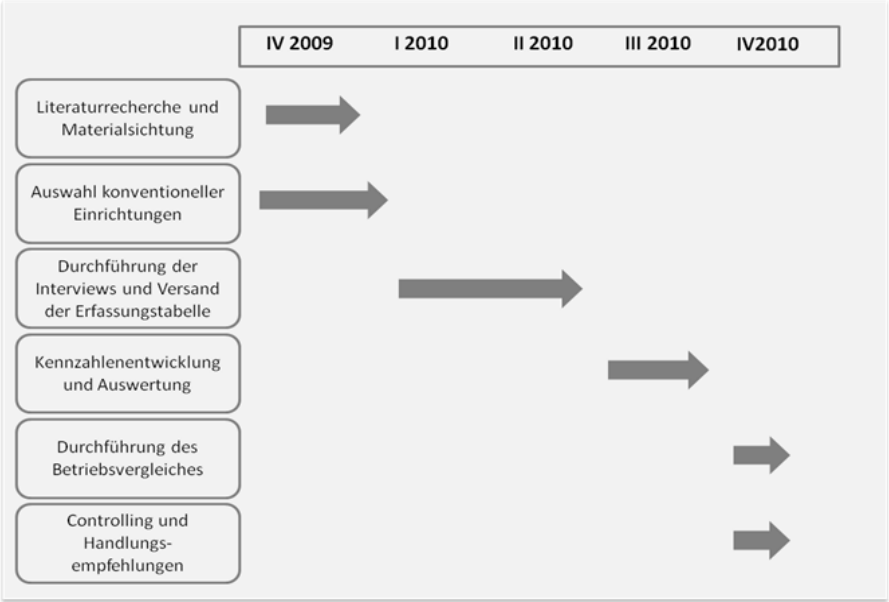

Abb. 1: Ablauf der Untersuchung

2.3. Erhebungsinstrumente

Zur vorliegenden Untersuchung wurden zwei Erhebungsinstrumente verwandt. Durch einen halbstandardisierten Interviewleitfaden wurden organisatorische Daten erfasst. Daten der Kosten- und Erlösstruktur sowie der Personalstruktur wurden durch ein excel-gestützes Datenerfassungstabelle erhoben. Beide Erhebungsinstrumente können dem Anhang entnommen werden.

Der halbstandardisierte Interviewleitfaden war in folgende Kategorien aufgeteilt:

- Allgemeine Daten
- Architektur des Hauses
- Verwaltungsorganisation
- Organisation Hauswirtschaft/Reinigung/Küche
- Personalstruktur
- Statistik
- Finanzen
- Entgelte (inkl. Aufgliederung der Vergütungssatzes)
- Kennzahlen und Budget

Zudem beinhaltete der Leitfaden auch eine Auflistung der zur Datenerfassung benötigten Dokumente. Das zweite Messinstrument stellte die Datenerfassungstabelle dar. Dieses Erfassungsinstrument ist in vier Bereiche aufgeteilt. Folgende Tabelle zeigt die Erfassungsbereiche auf.

Erfassungsbereich	Inhalte
Istdatenerfassung der Mitarbeiterstruktur	Overhead (Köpfe und Vollzeitbeschäftigung / VB) Pflege (Köpfe und VB) Präsenzkräfte (Köpfe und VB) Technischer Dienst (Köpfe und VB) Sonstige / Ergänzungen Personal (Köpfe und VB) Ehrenamt (in Std. und Köpfe)
Statistische Daten (ohne Gerontopsychiatrischen Bereich)	- Belegung nach Pflegestufen - Pflege-/Abwesenheitstage - Zu- und Abgänge - Platzzahl - Auslastungsgrad - Personalstruktur (SOLL-Stellenplan/ Personalschlüssel pro Pflegestufe) - Anzahl Fach- und Hilfskräfte - Anzahl Voll- und Teilzeitkräfte
Statistische Daten (Gerontopsychiatrischen Bereich))	- siehe Statistische Daten (ohne Geronto) für den gerontopsychiatrischen Bereich
Erlös- und Kostenstruktur (inkl. Gerontopsychiatrischen Bereich))	- Pflegesatz pro Pflegestufe - Erlöse - Personalkosten (Overhead, Pflege, Hauswirtschaft, Technischer Dienst, Sonstige und Ergänzungen Personal) und Personalnebenkosten - Sachkosten

Tabelle 1: Übersicht Erfassungsinhalte

3. Beschreibung der Stichprobe

In folgendem Kapitel werden die drei Einrichtungen der zu vergleichende Stichprobe sowie die Einrichtung, organisiert nach Hausgemeinschaftskonzept, beschrieben. Besonders Augenmerk wird hierbei auf die Größe, die Bewohnerinnen- und Organisationsstrukturen sowie die Lage gerichtet.

3.1 Konventionelle stationäre Pflegeeinrichtungen

Die teilnehmenden Einrichtungen der Stichprobe sind alle klassisch nach Wohnbereichen organisiert. Eine Einrichtung der Stichprobe hat einen gerontopsychiatrischen Wohnbereich. Insgesamt leben im Durchschnitt ca. 111 Bewohnerinnen (zwischen 97 und 130 Personen) in den Einrichtungen.

Die Einrichtungen der Stichprobe unterscheidet sich in den Organisationsstrukturen in den Bereichen Verwaltung und Hauswirtschaft. Überwiegend zentral werden Verwaltungsbereiche wie Controlling und Finanzbuchhaltung organisiert. Die Bereiche Personal- und Klientenverwaltung sowie Qualitätsmanagement sind sowohl zentral wie auch dezentral organisiert. Ein ähnliches Bild zeigt sich in der Organisation der Hauswirtschaft. Dienstleistungen der Haustechnik und der Küche werden überwiegend intern in den Einrichtungen angeboten. Die Dienstleistungen Reinigung und Wäscherei werden auch extern eingekauft.

Die teilnehmenden Einrichtungen des betriebswirtschaftlichen Vergleiches befinden sich im Münchener Stadtgebiet, im Münchener Einzugsgebiet (Radius 25 km) und im Stadtgebiet Stuttgart.

3.2. Einrichtung mit Hausgemeinschaftskonzept

Das Seniorenzentrum Marie-Anne-Clauss ist die zu vergleichende Einrichtung, die nach dem Hausgemeinschaftskonzept organisiert ist. Die Einrichtung ist in elf Hausgemeinschaften aufgeteilt, wobei zwei davon einen gerontopsychiatrischen Schwerpunkt besitzen

Die Organisationsstruktur im Bereich der Verwaltung ist sowohl zentral als auch dezentral angelegt. Die Finanzbuchhaltung wie auch das Controlling werden zentral vorgehalten. Der Bereiche der Klientenverwaltung ist dezentral organisiert. Bei den Funktionsbereichen ist lediglich die Haustechnik intern verankert. Die Dienstleistungen Reinigung und Wäscherei werden extern bezogen.

3.3. Vergleichende Darstellung der Bewohnerinnenstruktur

Im Weiteren sollen einige Daten der Stichprobe und des Seniorenzentrum Marie-Anne-Clauss wie Anzahl der Pflegeplätze, Auslastung sowie die Pflegestufenverteilung in den gerontopsychiatrischen und klassischen allgemeinen? Wohnbereichen gegenüber gestellt.

Folgende Abbildung (Abb.2) stellt die Anzahl der Pflegeplätze der teilnehmenden Einrichtungen im Vergleich zum Seniorenzentrum Marie-Anne-Clauss (MAC) dar.

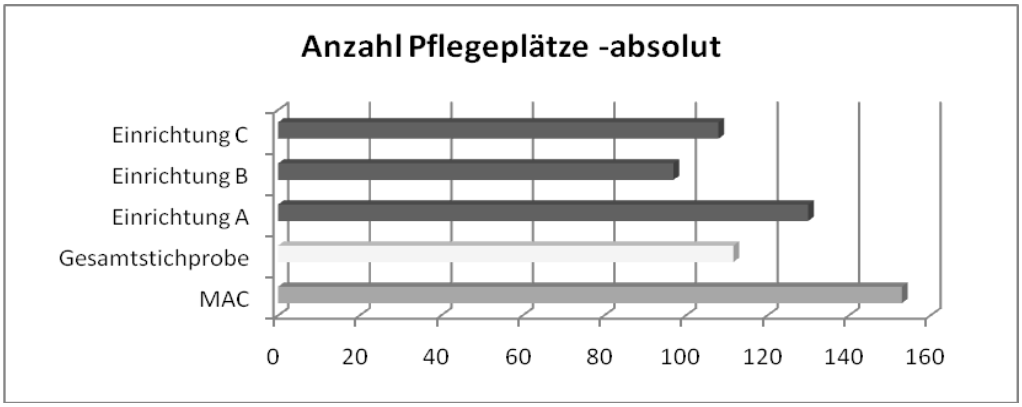

Abb. 2: Übersicht - Anzahl der Pflegeplätze

Die teilnehmende Stichprobe hat im Durchschnitt ca. 111 Bewohnerinnen, dem gegenüber hat das Seniorenzentrum Marie-Anne-Clauss 135 Pflegeplätzen. In folgender Abbildung wird die Auslastung der drei teilnehmenden Einrichtungen, der daraus resultierenden Gesamtstichprobe sowie der Einrichtung mit Hausgemeinschaftskonzept dargestellt. Die drei Vergleichseinrichtungen haben im Schnitt eine Auslastung von 98,46 %, das Seniorenzentrum hat hingegen seit der Inbetriebnahmen bei stetig steigender Auslastung im Erhebungszeitraum eine durchschnittliche Auslastung von 78,35% (vgl. Abb.3).

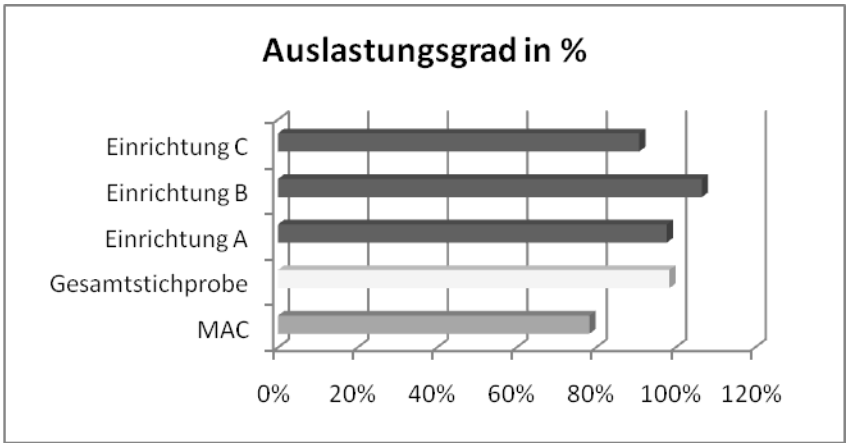

Abb. 3: Übersicht Auslastungsgrade in %

Des Weiteren soll eine Gegenüberstellung der Pflegestufenverteilung der Gesamtstichprobe sowie des Seniorenzentrum Marie-Anne-Clauss (MAC) dargestellt werden (vgl. Tab. 2).

	MAC (Geronto)	Stichprobe (Geronto)	MAC	Stichprobe
Pflegestufe 0	3,00%	2,80%	**9,29%**	3,18%
Pflegestufe 1	28,61%	47,20%	**51,10%**	40,94%
Pflegestufe 2	**41,96%**	39,72%	33,87%	36,37%
Pflegestufe 3	**26,43%**	10,28%	5,74%	19,50%

Tabelle 2: Pflegestufenverteilung in %

Aus dieser Tabelle lässt sich entnehmen, dass die Pflegestufenverteilung der nicht-gerontopsychiatrischen Hausgemeinschaften der **Pflegestufe 0 und 1 deutlich höher** ist

und wiederum der Anteil der Bewohnerinnen in **Pflegestufe 3 nur gut ein Viertel der klassischen Stichprobe** ausmacht.

Im Bereich der **gerontopsychiatrischen Abteilungen** lassen sich auch hohe Differenzen zwischen der Einrichtung mit Hausgemeinschaftskonzept und der Stichprobe erkennen. Hier ist beispielsweise der Anteil der **Pflegestufe 1** in den Hausgemeinschaften um ca. 19% **geringer** als in den klassischen Wohnbereichen. Wobei wiederum der Anteil an Bewohnerinnen mit **Pflegestufe 3** in den gerontopsychiatrischen Hausgemeinschaften um mehr als 16% **höher** sind.

4. Entwicklung der finanz- und personalwirtschaftlichen Kennzahlen

Die Kennzahlen des betriebswirtschaftlichen Vergleiches dienen zunächst einmal der Schaffung von Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Einrichtungen. Sie sollen einen hohen Grad an Verständlichkeit sicherstellen. Des Weiteren dienen die Kennzahlen die Grundlage für den Aufbau eines Kennzahlensystems, das durch ein strukturiertes Berichtswesen in den Einrichtungen der Altenpflege kommuniziert werden kann. Im Folgenden werden sowohl finanzwirtschaftliche als auch personalwirtschaftliche Kennzahlen vorgestellt.

4.1. Finanzwirtschaftliche Kennzahlen

Im Bereich der finanzwirtschaftlichen Kennzahlen kann in Kennzahlen über die Ertragslage und in Kennzahlen über die Kostenlage unterschieden werden. Die finanzwirtschaftlichen Kennzahlen dienen der vergleichenden Analyse der Erlös- und Kostenstruktur der teilnehmenden Einrichtungen.

4.1.1. Ertragslage

Für die Analyse der Ertragslage können verschiedene Kennzahlen herangezogen werden. In folgender Tabelle 3 wird eine Übersicht der verschiedenen Ertragskennzahlen, deren Berechnung und Bewertung gegeben.

Ertragskennzahlen	Berechnung	Bewertung
Verteilung der Erträge in Prozent	$\frac{Erträge\ Investitionskosten}{Gesamterträge} \times 100$	Diese Kennzahl gibt die Möglichkeit die Verteilung der Erträge widerzuspiegeln. Hier können die Bestandteile der Erlöse berechnet werden.
Erlöse pro Betreuungstag	$\frac{Gesamterlöse\ in\ Euro}{Summe\ Betreuungstage}$	Die Kennzahl Erlöse pro Betreuungstag gibt an, wie viel Euro an einem Betreuungstag

		eingenommen werden. Die Aussagekraft kann nur in Verbindung mit anderen Kennzahlen erreicht werden.
Umsatz pro Mitarbeiter	$\frac{Gesamterträge\ in\ Euro}{Anzahl\ der\ Vollzeitkräfte}$	Die Kennzahl Umsatz pro Mitarbeiterin die Personalproduktivität aus. Sie beschreibt, wie viele Erträge pro Vollkraft erwirtschaftet werden. Ein Umsatz pro Mitarbeiterin von 10.000,- € besagt, dass bezogen auf alle Kräfte durchschnittlich pro VK 10.000,- € erwirtschaftet werden.
Pflegestufenverteilung	$\frac{Betreuungstage\ pro\ Pflegestufe}{Anzahl\ Betreuungstage\ insgesamt} \times 100$	Die Kennzahl Pflegestufenverteilung gibt an wie die Bewohnerstruktur aufgebaut ist. Hierbei können Rückschlüsse auf eine mögliche Unterdeckung der Personalkosten gezogen werden.
Auslastungsgrad	$\frac{IST - Betreuungstage}{PLAN - Betreuungstage} \times 100$	Die Kennzahl Auslastungsquote gibt an mögliche Betreuungspotentiale an.
Auslastungsquote in Pflegestufen	$\frac{IST - BT\ der\ jew.Pfegestufe}{PLAN - BT\ der\ jew.Pflegestufe} \times 100$	Mit der Kennzahl Auslastungsquote in Pflegestufen wird die Güte der Belegungssteuerung gemessen. Diese Kennzahl verbindet die Kenzahlen Pflegestufenverteilung und Auslastungsgrad miteinander. Je geringer die Abweichung, desto besser sind die vorhandenen Personalkapazitäten ausgelastet worden. Bei einer Verschiebung der Auslastung zwischen den Pflegestufen kann es zu erheblichen Ergebnis-veränderungen kommen.

Tabelle 3: Übersicht Ertragskennzahlen

4.1.2. Kostenlage

Für die Analyse der Ertragslage können verschiedene Kennzahlen herangezogen werden. In folgender Tabelle 4 wird eine Übersicht der verschieden Kostenkennzahlen, deren Berechnung und Bewertung gegeben.

Kostenkennzahlen	Berechnung	Bewertung
Verteilung der Aufwendungen in %	Beispiel: $\frac{Aufwendungen\ für\ Lebensmittel}{Gesamtaufwendungen} \times 100$	Diese Kennzahl gibt die Möglichkeit die Verteilung der Aufwendungen widerzuspiegeln. Hier können die einzelnen Bestandteile der Kostenseite wie Lebensmittel, Reinigung, Wäscherei, etc. berechnet werden.
Personalkosten pro Betreuungstag	$\frac{Gesamtpersonalkosten}{Anzahl\ Betreuungstage} \times 100$	Die Kennzahl Personalkosten pro Betreuungstag erhält die Aussagekraft im Zeitreihenvergleich sowie im Vergleich der verschiedenen Hausgemeinschaften. Diese Kennzahl sollte bei der Interpretation mit den Kennzahlen Erlöse pro Betreuungstag und Pflegestufenverteilung betrachtet werden.
Personalkosten je Vollkraft in Euro	$\frac{Gesamtpersonalkosten\ in\ Euro}{Anzahl\ der\ Vollzeitkräfte}$	Die Kennzahl beschreibt die durchschnittlichen Personalkosten. Sie gibt einen Anhaltspunkt über Personalkostenvor- oder nachteile im Vergleich zum Wettbewerber.
Personalkosten-Deckungsgrad	$\frac{Personalkosten}{Gesamtkosten} \times 100$	Die Personalkostenquote drückt in Prozent den Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten aus. Hieraus lässt sich auch die Sachkostenquote ableiten, welche die Differenz zwischen der Personalkostenquote und 100% ergibt.
Sachkosten pro Betreuungstag	$\frac{Gesamtsachkosten}{Anzahl\ Betreuungstage} \times 100$	Die Kennzahl Sachkosten pro Betreuungstag erhält die Aussagekraft im Zeitreihenvergleich sowie im Vergleich der verschiedenen Hausgemeinschaften. Hierbei können besonders die

		Entwicklungen in kosten-intensiven Sachkostenbereiche wie Wäscherei, Reinigung, etc. betrachtet werden.
Deckungsbeitrag pro Betreuungstag	$\frac{Erlöse - Personalkosten}{Anzahl\ Betreuungstage}$	Mit dieser Kennzahl lassen sich Veränderungen der Erlös- und Personalkostenseite anzeigen. Um die Aussagekraft dieser Kennzahl sicherzustellen, ist des Weiteren auch die Kennzahl „Personalkosten pro Betreuung-stag“ und die Kennzahl „Erlöse pro Betreuungstag“ zu berücksichtigen.

Tabelle 4: Übersicht Kostenkennzahlen

4.2. Personalwirtschaftliche Kennzahlen

Für die Analyse der Personalsituation können verschiedene Kennzahlen herangezogen werden. In folgender Tabelle 5 wird eine Übersicht der verschieden Personalkennzahlen, deren Berechnung und Bewertung gegeben.

Personalwirtschaft-liche Kennzahlen	Berechnung	Bewertung
Fachkraftquote	$\frac{\text{Anzahl Fachkräfte (VK)}}{\text{Fachkräfte + Hilfskräfte (VK)} \times 100}$	Die Kennzahl Fachkraftquote be-schreibt den Anteil der Fachkräfte an Kräfte in der Leistungs-erbringung insgesamt. Die Fach-kraftquote dient (im allgemeinen) als Indikator für das Qualifika-tionsniveau der Kräfte sowie die Qualität der Betreuungsleistung.
Präsenzkraft pro Bewohner	$\frac{Anzahl\ Präsenzkräfte\ (VK)\ der\ HG}{Anzahl\ Bewohner\ der\ HG}$	Die Kennzahl Präsenzkraft pro Bewohnerin gibt das Verhältnis der Präsenzkräfte zu den Be-wohnerinnen in einer Haus-gemeinschaft an. ➔ Benchmark (KDA): 0,40 VK pro Bewohnerin
Teilzeitquote	$\frac{\text{Teilzeitkräfte (nach Köpfen)}}{\text{Kräfte insgesamt (nach Köpfen)}}$	Die Kennzahl beschreibt den An-teil der Teilzeitbeschäftigten an

		den Gesamtbeschäftigten. Teilzeitkräfte bieten die Chance einer höheren Flexibilität, liegen oft aber auch in den Kosten höher.
Krankheitsquote	$\frac{\text{Anzahl Krankheitstage}}{\text{Anzahl der Arbeitstage}} \times 100$	Die Kennzahl Krankheitsquote umfasst den Anteil der Krankheitstage an den Arbeitstagen. Die Kennzahl gibt einen Hinweis, inwieweit durch Personalausfälle zusätzliche Belastungen und Kosten entstehen und wird u. a. als Indikator für Mitarbeiterzufriedenheit verwandt.
Fluktuationsquote	$\frac{\text{Anzahl ersetzter Personalaustritte}}{\text{Anzahl Mitarbeiter nach Köpfen}} \times 100$	Die Kennzahl Fluktuation umfasst den Anteil der ersetzten Personalausstritte am Gesamtpersonal nach Köpfen. Die Kennzahl besagt, inwieweit es dem Unternehmen gelingt, das Personal langfristig zu binden (Vermeidung von Know-How-Verlusten und Einarbeitungskosten).
Ehrenamtsquote	$\frac{Leistungsstunden\ Ehrenamtliche}{Leistungsstd.(Haupt/Ehrenamt.)} \times 100$	Die Kennzahl Ehrenamtsquote zeigt den Anteil des ehrenamtlichen Einsatzes. Diese Kennzahl kann zum Einen als Qualitätsindikator dienen, wenn beispielsweise neue Angebote durch Ehrenamtliche eingerichtet werden können. Zum Anderen hat die Verringerung von ehrenamtlich erbrachten Leistungen den Einsatz hauptamtlichen Personals zur Folge (verbunden mit Kostensteigerung).

Tabelle 5: Übersicht Personalkennzahlen

5. Vergleichende Darstellung der Personalstruktur und der Kosten-/Erlösstruktur

In folgendem Kapitel wird eine vergleichende Darstellung zwischen dem Seniorenzentrum Marie-Anne-Clauss und der Stichprobe der drei klassisch organisierten Einrichtungen. Die Gegenüberstellung wird in den Bereichen Personalstruktur und Kosten-/Erlösstruktur vorgenommen.

5.1. Personalstruktur

In der vergleichenden Darstellung der Personalstruktur werden die Faktoren, Sollstellen der Pflege, Vergleich der Soll- und Ist-Besetzung Pflege und Präsenzkräfte, Fach- und Teilzeitquoten sowie die ehrenamtliche Tätigkeit betrachtet. In folgender Tabelle 6 sind die Soll-Stellenpläne der Pflege aufgeführt.

		MAC	Benchmark Stichprobe
Sollstellenplan Pflege			
Pflegestufe 0	1:	6,7	6,04
Pflegestufe 1	1:	3,3	3,08
Pflegestufe 2	1:	2,25	2,27
Pflegestufe 3	1:	1,9	1,84
Sollstellenplan Pflege (Geronto)			
Pflegestufe 0	1:	5,61	5,4
Pflegestufe 1	1:	2,81	2,7
Pflegestufe 2	1:	2,18	2,1
Pflegestufe 3	1:	1,97	1,9

Tabelle 6: Personalschlüssel Pflege (inkl. Gerontopsychiatrie)

Es lassen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen, jedoch kann angemerkt werden, dass die **Einrichtung mit Hausgemeinschaftskonzept** sowohl in allgemeinen als auch in den gerontopsychiatrischen Hausgemeinschaften **tendenziell einen höheren Personalschlüssel** besitzt.

Folgende Tabelle 7 stellt die Soll- und Ist-Besetzung in der Pflege und im Bereich der Präsenzkräfte dar. Im Bereich der Pflege herrscht sowohl im Seniorenzentrum Marie-Anne-Clauss als auch in der Stichprobe der drei klassischen Einrichtungen **eine Überdeckung im Pflegepersonal** vor. In der Einrichtung mit Hausgemeinschaftskonzept ist die Überdeckung mit 7,72 VK-Stellen hoch. Dies kann durch die noch geringere Auslastung durch die Neuinbetriebnahme bedingt sein.

	MAC	Benchmark Stichprobe
Summe Soll - Pflege	34,48	38,68
Istbesetzung Pflege	42,20	40,65
Abweichung	*+ 7,72*	*+ 1,97*
Summe Soll - Präsenz	-	12,93
Istbesetzung Präsenz	9,75	13,36
Abweichung		*+ 0,43*

Tabelle 7: Vergleich Abweichung SOLL-IST-Besetzung - Pflege - Präsenzkräfte

Im Bereich der Präsenzkräfte können aufgrund fehlender Daten keine weiteren Aussagen getroffen werden. Mit Hilfe der Literaturrecherche konnten jedoch Benchmarks der Besetzung von Hausgemeinschaften mit Pflege- und Präsenzkräften herangezogen werden: Das Kuratorium Deutscher Altenhilfe (KDA) geht von einer „durchschnittlichen Achter-Hausgemeinschaft“ aus und berechnet dafür 3,25 Präsenzkräfte als ausreichend. Im Bereich der Pflege wird davon ausgegangen, dass bei einer Pflegestufenverteilung von 25% Pflegestufe I, 50% Pflegestufe II und 25% Pflegestufe III ein Einsatz von 2,75 Vollzeitstellen ausreichend ist. Das KDA nimmt weitergehend an, dass somit in einer Hausgemeinschaft mit acht Bewohnerinnen ein Personalschlüssel von Pflege- und Präsenzkräften von 1:1,33 vorliegen sollte (Tellers, Hausgemeinschaften, 2007).

Die folgende Abbildung zeigt die **Gegenüberstellung der Fach- bzw. Teilzeitquote** in den klassischen und gerontopsychiatrischen Wohnbereichen der teilnehmenden Einrichtungen. Im Bereich der Fachkraftquote überschreitet das Seniorenzentrum Marie-Anne-Clauss die 50% nur im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung mit 61,84%. In den allgemeinen Hausgemeinschaften herrscht zum Stichtag am 30.09.2010 eine Fachkraftquote von durchschnittlich 47,64% vor. In den Vergleichs-Einrichtungen der Stichprobe lässt sich im Schnitt eine Fachkraftquote im den allgemeine Wohnbereichen von 51,84% und in den gerontopsychiatrischen Bereichen eine Fachkraftquote von durchschnittlich 48,2% feststellen. Im Bereich der Teilzeitquoten lassen sich keine großen Unterschiede feststellen. Die Teilzeitquoten der Einrichtungen liegen zwischen 38,2% und 44,5% (vgl. Abb.4).

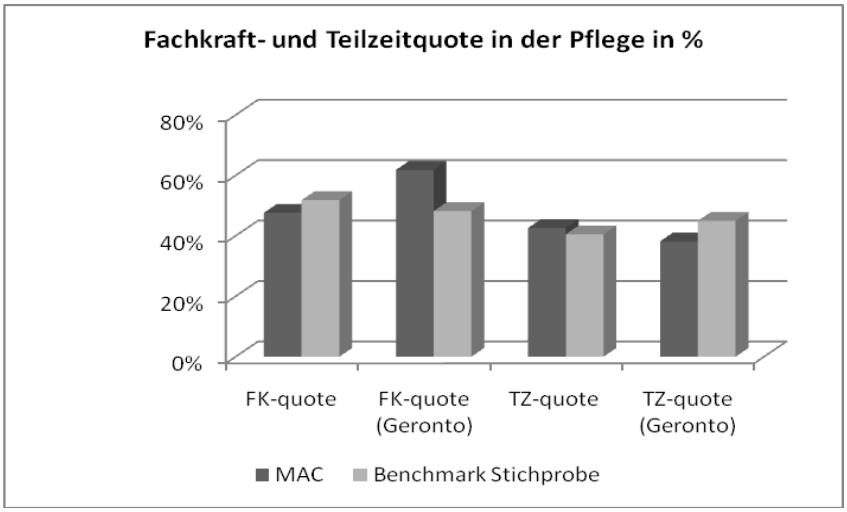

Abb. 4: Vergleich Fachkraft-/Teilzeitquote (inkl. Gerontopsychiatrie)

Ein weiteres Erfassungsergebnis betrifft die ehrenamtliche Tätigkeit in den Einrichtungen der stationären Altenpflege. Abbildung 5 zeigt die Gegenüberstellung der durchschnittlich monatlich erbrachten Stunden von Ehrenamtlichen in den Einrichtungen. Hier lässt sich erkennen, dass die ehrenamtliche Tätigkeit im Seniorenzentrum Marie-Anne-Clauss deutlich höher liegt als in den anderen Einrichtungen. Durchschnittlich werden in der Einrichtung mit Hausgemeinschaft mit ca. 130 Stunden im Gegensatz zu den konventionellen Einrichtungen 45 Stunden monatlich mehr erbracht. Diese monatlichen 130 Stunden werden von durchschnittlich 4,08 ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen geleistet.

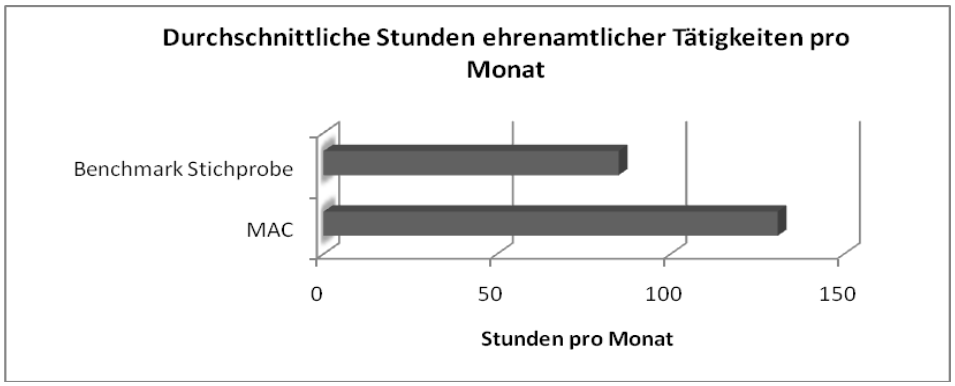

Abb. 5: Stunden ehrenamtlicher Tätigkeiten pro Monat

5.2. Kostenstruktur

In folgendem Kapitel wird eine vergleichende Gegenüberstellung verschiedener Kosten zwischen dem Seniorenzentrum Marie-Anne-Clauss und der Stichprobe aus den drei klassischen Altenpflege-Einrichtungen. Der Vergleich wird in den Bereichen der Personal- und der Sachkosten vorgenommen. Alle Kostenvergleiche werden auch für die Bezugsgröße der Kosten pro Betreuungstag (BT) durchgeführt, um die Vergleichbarkeit sicherzustellen.

5.2.1. Personalkosten

In folgender Tabelle 8 werden die Personalkosten der Bereiche Overhead, Pflege, Präsenzmitarbeiterinnen/Hauswirtschaft und Ergänzungen Personal (Technischer Dienst, Zivildienst, Auszubildende, etc.) auf der Einheit Betreuungstag gegenübergestellt.

Personalkosten pro BT	MAC	Benchmark Stichprobe
Summe Overhead	2,78 €	2,90 €
Summe Pflege	48,46 €	49,20 €
Summe Präsenskräfte/Hauswirtsch.Dienste	6,28 €	7,66 €
Summe Ergänzungen Personal	2,16 €	2,24 €

Tabelle 8: Vergleich Personalkosten pro Betreuungstag

Im Bereich der Personalkosten lassen sich vor allem in den Bereichen Pflege und Präsenzkräfte/Hauswirtschaft Unterschiede erkennen. Im Bereich der Hauswirtschaft könnte sich dies durch den externen Bezug verschiedener Dienstleistungen wie Wäscherei, Reinigung, etc. erklären.

5.2.2. Sachkosten

In folgender Tabelle 9 werden verschiedene Teilbereiche der Sachkosten auf der Einheit Betreuungstag gegenübergestellt.

Sachkosten pro BT	MAC	Benchmark Stichprobe
Lebensmittel und Getränke	6,96 €	8,88 €
Reinigung Zimmer u. allg. Räume	2,95 €	3,57 €
Waschen Privat- und Hauswäsche	2,46 €	3,52 €
Wasser, Strom, Heizung, Müll	2,97 €	5,30 €
Verwaltungskosten	1,40 €	3,20 €
Pacht- und Mietkosten	19,87 €	13,74 €
Instandhaltung, Reparaturen	0,73 €	1,05 €
Abschreibungen	3,55 €	2,66 €

Tabelle 9: Vergleich Sachkosten pro Betreuungstag

5.3. Erlösstruktur

Nach der Betrachtung der Kostenstruktur soll nun auf die Erlösstruktur der teilnehmenden Einrichtungen eingegangen werden. Zunächst werden die Pflegesätze mit ihren Bestandteilen; Pflege, Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten der einzelnen Pflegestufen in nachstehende Tabelle 10 dargestellt.

Pflegesatz	MAC				Benchmark Stichprobe			
	Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
Pflege	32,17	54,47	67,92	77,84	34,16	52,64	66,41	79,86
Unterkunft/Verpflegung	20,10				20,97			
Investitionskosten	20,80				13,82			
SUMME	**73,07**	**95,37**	**108,82**	**118,74**	**68,95**	**87,43**	**101,20**	**114,65**

Tabelle 10: Übersicht Aufbau Pflegesätze

In den Pflegestufen 0 und 3 erhält das Seniorenzentrum Marie-Anne-Clauss einen geringeren Anteil des Pflegesatzes für den Bereich Pflege als die Einrichtungen der Stichprobe. In den Pflegestufen 1 und 2 ist es demnach umgekehrt. Im Bereich der Erlöse für Unterkunft und Verpflegung erhält die Einrichtung mit Hausgemeinschaft einen geringeren Satz als die klassisch organisierten Einrichtungen. Die Differenzen der bereits genannten Pflegesatzanteile sind im Vergleich zum Unterschied im Bereiche der Investitionskosten relativ gering. Der Unterschied des Investitionskostensatzes beträgt 6,98 Euro jedoch zu Gunsten des Seniorenzentrums Marie-Anne-Clauss (Zu den Baujahren der Vergleichseinrichtungen liegen leider keine Informationen vor). Generell kann gesagt werden, dass die **Pflegesätze** pro Pflegestufe der Einrichtung mit **Hausgemeinschaftkonzept durchgehend höher** sind als die durchschnittlichen Pflegesätze der klassischen Einrichtungen. Diesen Sachverhalt spiegelt auch folgende Abbildung 6 wider.

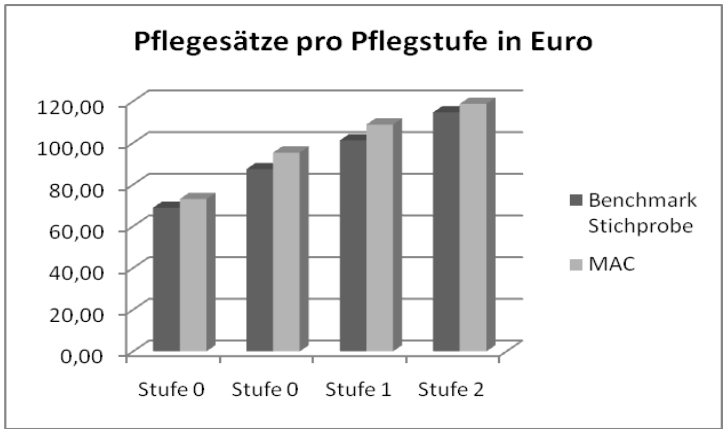

Abb. 6: Vergleichende Darstellung Pflegesätze pro Pflegestufe

6. Empfehlungen zum Aufbau der Kosten- und Erlösstruktur

In folgendem Kapitel werden Möglichkeiten der finanzwirtschaftlichen Steuerung von Hausgemeinschaften dargestellt. Zunächst wird die Steuerung durch Budgets beleuchtet. Des Weiteren wird das Benchmarking als Instrument zur Identifikation von Entwicklungspotentialen vorgestellt.

6.1. Steuerung durch Budgets

Budgets dienen der Vorabkoordination finanzieller Ressourcen. Einmal definierte Kosten- und Erfolgsbudgets reduzieren den Steuerungsaufwand. Die in Einrichtungen der stationären Altenpflege eingesetzten Budgets sind Kosten- und Erlösbudgets.

Bei der Integration der Budgetierungsverfahren werden folgende Punkte beachtet:

- Welche Kosten- und Erlöspositionen werden budgetiert?
- Wo liegen Budgetgrenzen, ab wann entscheidet die übergeordnete Instanz?
- Wie wird der Budgetierungsprozess ausgestaltet?
- Wie werden Budgetierungs- und Anreizsysteme verknüpft?

6.2. Benchmarking

Unter Benchmarking wird ein kontinuierlicher Prozess verstanden, bei dem Leistungen der eigenen Einrichtungen intern wie extern mit denen Besten gemessen und miteinander verglichen werden. Es handelt sich nicht um eine einmalige Stärken-Schwächen-Analyse mit anschließendem Vergleich. Benchmarking ist vor allem ein System, das direkt in der Einrichtung implementiert wird. Die Leitungskräfte verfügen durch das Benchmarking über ein Instrument, mit dem extern zwischen den stärksten Mitbewerbern und intern zwischen den einzelnen Hausgemeinschaften ein Vergleich gezogen werden kann. Doch nicht nur die momentane Situation der Einrichtung bzw. der Hausgemeinschaften kann ermittelt werden sondern auch die Entwicklung im zeitlichen Verlauf.

Zu einem strukturierten Benchmark sollten im externen Vergleich Kennzahlen herangezogen werden, die auf Einrichtungsebene erhoben werden. Der interne Benchmark sollte sich einheitlichen Kennzahlen bedienen, welche in jeder Hausgemeinschaft erhoben werden können und die Vergleichbarkeit gegeben ist. Das Benchmarking bietet die Möglichkeit zwischen den Hausgemeinschaften Optimierungspotentiale zu lokalisieren und in den verschiedenen Bereichen voneinander zu lernen. Eine Möglichkeit zum Aufbau eines Kennzahlensystems sowie eines Berichtswesens wird in folgendem Kapitel dargestellt.

7. Empfehlungen zum Aufbau eines aussagekräftigen Berichtswesens bzw. Controllings

Ein leistungsfähiges, rechnergestütztes Controllingsystem und Berichtswesen ist die Grundlage für eine betriebswirtschaftliche **Leistungs- und Erfolgsmessung**. Ein solches System hilft bei der Steuerung und Führung eines Pflegeheims, der Budgetierung, der Festlegung von Unternehmensplänen und bei der Einleitung/Vorbereitung von Korrekturmaßnahmen.

7.1. Controlling durch Kennzahlen

In mehreren Schritten wird die betriebswirtschaftliche Leistungs- und Erfolgsmessung vollzogen. **Die einzelnen Hausgemeinschaften werden intern als weitgehend selbstständig wirtschaftende Einheiten verstanden. Diese sollen nicht nur inhaltlich-fachlich, sondern auch „im Wettbewerb stehen“**.

Das Heimentgelt setzt sich zusammen aus der Pflegevergütung, den Investitionskosten und dem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung. Der Anteil der Pflegeversicherung richtet sich stets nach der Pflegestufe. Empfohlen wird:

- Personalkosten der Präsenzmitarbeiter der exakten Hausgemeinschaft zuordnen
- Erlöse analog den jeweiligen Bewohner-Abrechnungen zuordnen
- Personalkosten der Mitarbeiterinnen des Fachpflegedienstes entweder auf jede Hausgemeinschaft zu gleichen Teilen umlegen oder nach tatsächlich durchgeführtem Pflegesatz berechnen
- bei wirtschaftlicher Betrachtung auch Materialkosten, Energiekosten, Kosten für Reinigung und Raumpflege (falls fremd vergeben) und Kosten für Reparatur, Instandhaltung und Wartung berücksichtigen.

Die leitenden Mitarbeiterinnen sollten regelmäßig über die ermittelten Zahlenwerte sprechen, um die Leistungsfähigkeit einer jeden Hausgemeinschaft beurteilen zu können.

In folgender Tabelle 11 wird ein **beispielhaftes Kennzahlensystem für die Ebene der Hausgemeinschaftsverantwortlichen** vorgestellt:

Kennzahlensystem für Hausgemeinschaften	Erläuterung
Budgeteinhaltung in %	
Auslastungsquote in Pflegestufen	Diese Kennzahl ist eine Kombination aus en Kennzahlen Auslastung und Pflegestufenverteilung. Sie zeigt bedarfe im Belegungs- oder Einstufungsmanagement an.
Personalkosten pro	Die Kennzahl Personalkosten pro Betreuungstag erhält die Aussagekraft im Zeitreihenvergleich sowie im Vergleich der verschiedenen Hausgemeinschaften.

Betreuungstag	Diese Kennzahl sollte bei der Interpretation mit den Kennzahlen Erlöse pro Betreuungstag und Pflegestufenverteilung betrachtet werden.
Sachkostenquoten	Durch diese Kennzahl kann die einzelnen Bestandteile der Kostenseite wie Lebensmittel, Reinigung, Wäscherei, etc. berechnet werden und zum Vergleich mit anderen Hausgemeinschaften herangezogen werden.
Personalschlüssel Pflege und Präsenzkräfte	Abweichungen im Bereich der Ist- von der Soll-Besetzung muss untmittelbar in Handlungen münden, um eineseits eine qualitative Dienstleistung sicherzustelleung und andererseits Maßnahmen im Bezug auf zu hohe Personalkosten einleiten zu können.
Krankenquote	Die Kennzahl Krankenquote gitb Auskunft über das Verhältnis der Grad an Ausfällen vom Personal aufgrund von Krankheit. Diese Kennzahl kann im Bereich der Kurzzeiterkrankungen auch als indirekte Messung der Mitarbeitermotivation/-zufriedenheit angesehen werden.
Überstundenquote	Die Kennzahl Überstundenquote beschreibt den Grad, in dem über das vereinbarte Maß hinaus zusätzliche Personalressourcen eingesetzt wurden. Die Überstundenquote drückt den Anteil der ausbezahlten oder zurückgestellten Gelder für Überstunden im Verhältnis zu den Bruttopersonalkosten insgesamt aus.

Tabelle 11: Kennzahlensystem für Hausgemeinschaften

7.2. Berichtswesen

Das Berichtswesen gehört zum Basisinstrumentarium des Controllings, um eine Pflegeeinrichtung finanzwirtschaftlich zu steuern. **Das Berichtswesen stellt die Informationsversorgung der Pflegeeinrichtung mit allen wichtigen Daten und Zahlen zur finanzwirtschaftlichen und fachlichen Steuerung sicher**. Doch ein Berichtssystem soll nicht nur der obersten Leitung zu Steuerung der Einrichtung sondern auch den Budgetverantwortlichen der einzelnen Hausgemeinschaft dienen. Um Informationen beschaffen, bearbeiten und bereitstellen zu können, muss das interne Berichtswesen bestimmte Mindestanforderungen erfüllen.

Die folgende Tabelle stellt die wichtigsten Berichtsgrundsätze für die Pflegeeinrichtung dar:

Berichtsgrundsatz
Berichte müssen empfängerorientiert sein
Berichte müssen bezüglich Layout, Inhalt und Informationen komprimiert und mit Unterstützung von Kennzahlen ggf. mit Grafiken aufbereitet werden
Berichte müssen zeitnah aufgestellt werden
Berichte stellen nur die für die Steuerung und Informationsversorgung relevanten Daten und Kennzahlen dar und bereiten diese auf
Berichte müssen übersichtlich, verzerrungsfrei und nachprüfbar gestaltet sein

Tabelle 12: Berichtsgrundsätze[3]
Quelle: Bachert/ Pracht (2004), S. 80f ergänzt um die Belange der Corporate Governance, Berichtsgrundsatz und W-Frage in der Nonprofit-Organisation (Ziegenbein (1998), S. 474)

[3] Quelle: Bachert/ Pracht (2004), S. 80f ergänzt um die Belange der Corporate Governance, Berichtsgrundsatz und W-Frage in der Nonprofit-Organisation (Ziegenbein (1998), S. 474)

In Controlling-Berichten sind Soll- und Ist-Daten z. B. Aufwand/Ertrag, Kosten/Leistungen, gegenüberzustellen, um dadurch die Analyse und eine aktive Steuerung der Pflegeeinrichtung zu ermöglichen. Die Wirtschaftsplanzahlen müssen verbindlich verabschiedet werden. Nur dadurch erhalten sie die nötige Legitimation für die Umsetzung in der Organisation. Die Verantwortlichkeiten für die Lieferung von Daten und deren Zeitschiene müssen institutionalisiert und dokumentiert sein. Der Berichtsstand, das Druckdatum, der Name der empfangenden sowie der berichtenden Stelle sind Standards eines ordentlichen Berichtswesens. Die Kennzahlen, die der Steuerung, Information sowie Kontrolle dienen, müssen definiert und hinsichtlich der Intervalle und Steuerungsnotwendigkeit festgelegt worden sein. Die jeweiligen Empfänger der Berichte in den einzelnen Bereichen der Pflegeeinrichtung müssen bei der Entwicklung des Berichtswesens einbezogen werden. Sie müssen gemeinsam mit dem Topmanagement festlegen, welche Kennzahlen für die Steuerung der Bereiche benötigt werden. Ein Bericht kann immer nur so gut sein, wie die darin dargestellten Informationen auf die Belange der empfangenden Bereiche abgestimmt sind. Die Leitung einer Kostenstelle sollte überprüfen können, ob die Kennzahlenaufstellung valide Daten liefert. Um zu besseren Analysen bei der Steuerung zu gelangen, sind die Daten des Vorjahres in das Berichtswesen zu integrieren, so dass neben den Soll-/Ist- auch Vorjahresvergleiche gezogen werden können. Die hier genannten Angaben über das Personal sollten mindestens in das Berichtswesen integriert sein: Fluktuation, Krankenstand, Honorarkräfte, Vollkräftezahlen, Personalstatistiken und Zahlen aus dem Dienstplan.

Die Abweichungen zwischen Soll-/Ist-Daten sind oftmals nicht selbsterklärend und bedürfen einer Erläuterung durch das Controlling. Ist dies der Fall, zeugt dies von einer hohen Service- und Empfängerorientierung in der Organisation.

8. Fazit

Das vorliegende Datenmaterial war nur im begrenzten Maße auswertbar. Dies lag an der unterschiedlichen Detailliertheit der Daten sowie die zeitliche Verzögerung der Datenlieferung. Der aus der Auswertung resultierte Nachbearbeitungsbedarf, beispielsweise um die Genauigkeit und Aussagekraft der Daten zu gewährleisten, konnte nur in geringen Umfang erfolgen. Die Genauigkeit und Qualität der Daten des Seniorenzentrums Marie-Anne-Clauss waren von besonderer Bedeutung. Die Abstimmarbeiten gestalteten sich sehr schwierig bzw. nicht möglich. Die klassischen Einrichtungen waren nur teilweise nur bedingt zur Beteiligung zu motivieren. Es wurde zwar darauf geachtet, dass sich der Aufwand der Datenerhebung für die Einrichtungen in einem angemessenen zeitlichen Rahmen bewegt, jedoch stellte sich die Erfassungsdesign über zwölf Monate und in diesem Detailierungsgrad als enorm aufwendig für die Einrichtungen heraus.

Aufgrund der Tatsache, dass sich das Seniorenzentrum zu Beginn der Studie in der Phase der Inbetriebnahme und schrittweisen Umsetzung des Hausgemeinschaftskonzeptes befindet, war **die Vergleichbarkeit zu den konventionellen Einrichtungen nicht immer gegeben**, da deren betriebswirtschaftliche Daten einen nahezu standardisierten betrieblichen Ablauf mit eingespielten Routinen bei der konzeptionellen Umsetzung abbildet.

Abschließend ist anzumerken, dass das **Untersuchungsziel nicht in vollem Umfang erreicht** werden konnte. Die Kosten pro Bewohnerin des Hausgemeinschaftskonzeptes im Vergleich zu klassischen vollstationären Pflegeeinrichtungen in Bezug auf Personalkosten konnte dargestellt werden. Jedoch konnten nicht ausreichend Faktoren identifiziert werden, welche verhindern, dass die Personalkosten durch hohe Betreuungsdichte in den Hausgemeinschaften durch Präsenzkräfte überdimensioniert sind.

Empfehlung: Die Kosten pro Bewohnerin des Hausgemeinschaftskonzeptes im Vergleich zu klassischen vollstationären Pflegeeinrichtungen in Bezug auf Personalkosten sind nach vollständiger Etablierung des Seniorenzentrums Marie-Anne-Clauss erneut zu untersuchen.

Teil 2 PFLEGEWISSENSCHAFTLICHE PERSPEKTIVE

Konzeptionelle Umsetzung des Prinzips einer Hausgemeinschaft in seiner Gesamtheit (Pflegewissenschaftliche Perspektive)

Häuser der sogenannten „4. Generation des Pflegeheimbaus“ sind nach ihrem Selbstverständnis „anders gebaute und anders organisierte, quartiernahe Angebote für pflegebedürftige und/oder verwirrte ältere Menschen“. Entsprechendes Kennzeichen ist die Strukturierung der Einrichtung in „Hausgemeinschaften“. Damit werden - bisher in der stationären Altenpflege - gewohnte und bekannte Dispositionen und Prozesse teilweise grundlegend verändert. Die Beobachtungen der Studie versuchen, einen Erkenntnisgewinn zu folgenden Aspekten zu erhalten:

- Umsetzung des Konzeptes „Hausgemeinschaft“ unter Beachtung dessen Grundprinzipien
- bauliche Gesichtspunkte:
- Mitarbeiterinnen, Team und Schnittstellen
- Handlungskompetenzen der Leitungsebene.

1. Experteninterviews

Im Sinne der Feldforschung wurden zu Studienbeginn (September/Oktober 2009) zwei Experteninterviews in Form von fokussierten Interviews durchgeführt. Deren Ziel war, aus bereits bestehenden Hausgemeinschaften Erfahrungen hinsichtlich des Prozesses der Konzeptumsetzung zu sammeln. Als Gesprächspartner stellten sich dankenswerterweise der Geschäftsführer eines Trägers (neu gebautes „Haus der 4. Generation“) sowie der Pflegedienstleiter einer Einrichtung, die einen Bereich „Wohnen mit Service“ zu einer Hausgemeinschaft umgewandelt hatte, zur Verfügung.

Zusammenfassung der Interviewergebnisse:

Die Konzeptumsetzung in der neu gebauten Einrichtung darf als durchaus gelungen eingeschätzt werden. Als förderliche Faktoren werden dafür u.a. sowohl die **Kompetenzen der Einrichtungsleitung**, das entwickelte Management für eine **akribische Personalplanung** als auch die **konzeptadäquate, vorbehaltlose Unterstützung durch den Träger** angesehen.

Demgegenüber ist die Umwandlung zur Hausgemeinschaft **in der bestehenden stationären Einrichtung** nicht vollständig gelungen. Die Versorgung stellt sich dort eher in Form eines **Wohngruppen-Konzeptes** dar, begründet u.a. in der zentralen Küchen-Versorgung. Als positiv scheint jedoch auch hier die relative Kleinheit des Bereiches mit Elementen der Alltagsnormalität und familiärerer Atmosphäre von Bewohnerinnen und Angehörigen wahrgenommen zu werden. Interessant ist die Verwirklichung einer relativ homogenen Belegung der „Hausgemeinschaft“ durch Beibringung eines Attestes einer Memoryklinik[4] seitens künftiger Bewohnerinnen.

[4] Auch wenn dies primär in Finanzierungsaspekten begründet ist.

Als Anhaltspunkt zeigen die Interviews, dass die **Umsetzung des Hausgemeinschaftskonzeptes in einen *routinierten* Alltag** einen Zeitraum von **drei Jahren** beansprucht. **Zwölf Monate** erscheinen als notwendig, um die **innovativen Strukturen** für die jeweilige Einrichtung zu entwickeln.

2. Konzeptanalyse

Die Analyse der beiden vorliegenden Konzepte - sowohl des Allgemeinen: „Konzeption einer Fachpflegeeinrichtung Gemarkung Forstenried“ als auch des Fachspezifischen: „Gerontopsychiatrisches Konzept für gerontopsychiatrische Betreuung und Pflege für Menschen mit Demenzerkrankung“ ergab verschiedene Fragen.

Unter anderem fiel auf, dass das ursprüngliche "Gerontopsychiatrische Konzept" lediglich in geringem Maße mit dem übergeordneten Konzept für die Facheinrichtung korrespondierte. Eine Ausrichtung auf bestimmte Philosophien, Modelle und Konzepte (Grundhaltung/ Bezug zu Modellen), etc. konnte nicht ausreichend verdeutlicht werden. Insgesamt hinterließ das Studium der Konzeptionen den Eindruck, dass ein wenig der "rote Faden" fehlt. Dabei machte - im Vergleich zum Konzept für die "Fachpflegeeinrichtung" - das „Gerontopsychiatrische Konzept“ sowohl thematisch als auch inhaltlich einen etwas inkompletten Eindruck. Vorteilhaft wären z.B. **konkretere Ausführungen** zu geplanten Angeboten und Maßnahmen und entsprechender einheitlicher Standards gewesen.

Hinsichtlich des innovativen Konzeptes der Hausgemeinschaft erweckten die Konzepte den Eindruck, dass eine hinreichendere **Auseinandersetzung mit dem Charakter und der Ausrichtung einer Stationären Hausgemeinschaft wünschenswert** gewesen wäre. Es blieb eher unklar, ob eine klassische Wohngruppenorientierung (evtl. gekoppelt mit Präsenzkraftmodell) oder eine klassische Konzeption Hausgemeinschaft mit den Merkmalen der Dezentralisierung und dem Primat von „Hauswirtschaft vor Pflege“ gewählt werden soll. Dementsprechend blieb die hauswirtschaftliche Ausrichtung blass und die **"Priorität Pflege"** betont. Als absehbar schwierig für die Umsetzung erschien auch die Konzeptausformung, die einerseits den dezentralen Charakter einer Hausgemeinschaft betont und gleichzeitig plant, die **Haupt-Küche und die Reinigung zentral (extern)** zu vergeben. Von Vorteil wären hier sicherlich konzeptionelle Formulierungen zu einem „Kombi-Modell“ zwischen dezentralem Grundgedanken und zentralen Versorgungsanteilen gewesen. Gleiches gilt parallel für die Frage, ob konzeptionell ein Wohngruppenkonzept (z.B. mit Präsenzkraft) oder eine klassische Ausrichtung auf eine stationäre Hausgemeinschaft anvisiert wurde. In der Folge wäre dann die Gestaltung der hauswirtschaftlichen Ausrichtung zu konkretisieren gewesen.

Innerhalb der ersten zwölf Monate der Laufzeit des Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss konnten aufgrund der regen Aufnahmefrequenz[5] und dem damit verbundenem erhöhten und multiflexibel ausgerichtetem Arbeitsaufwand keine konsequente konzeptionelle Ausrichtung und Implementierung erfolgen. Diese Prozesse wurden aufgrund der erkannten Handlungsnotwendigkeiten jedoch bereits Ende des Jahres 2009 unter Inanspruchnahme einer externen fachlichen Beratung in Angriff genommen und mündeten im Herbst 2010 in konkrete Handlungsansätze.

3. Teamstruktur / Lebensalltag

Zum besseren Gesamtverständnis und der Einordnung der folgenden Ausführungen seien hier als Erstes statistische Informationen zur Belegung des Hauses dargestellt (vgl. Abb.7).

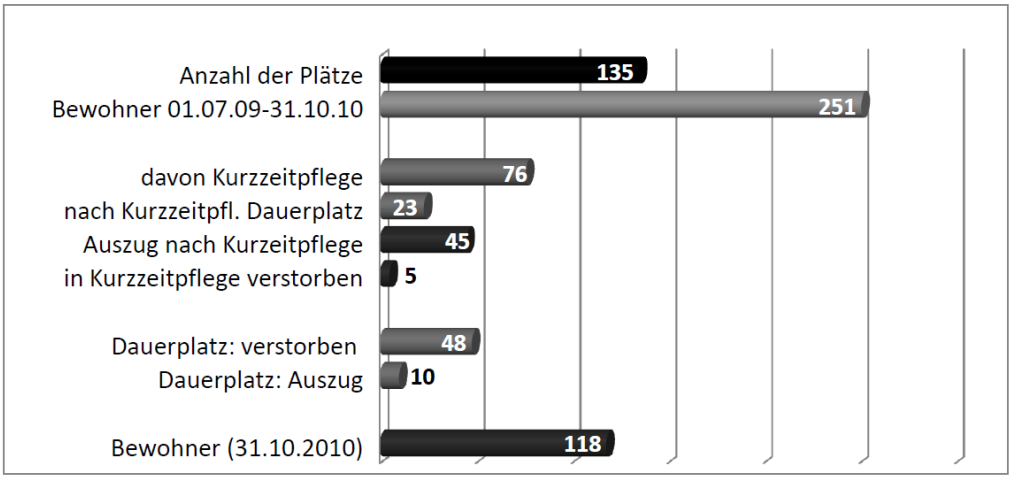

Abb. 7: Belegung Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss 01.07.2009 - 31.10.2010

Insgesamt lebten/leben 251 Seniorinnen seit Eröffnung in der Einrichtung, davon 76 zur Kurzzeitpflege[6]. Bereits im März 2010 war die Einrichtung zu 88% belegt (119 Bewohnerinnen). Diese Daten zeigen, dass das Haus eine hochaktive Erst-Einzugsphase hinter sich hat. In den ersten sechzehn Monaten seines Bestehens galt es letztendlich, eine 185%ige-Belegung - mit allen damit verbundenen Fluktuationen, Neuaufnahmen und Gestaltung der Einzugsphase für jede neue Bewohnerin und deren Angehörige - zu bewältigen.

Desgleichen prägten die Personaleinstellungen, diesbezüglicher Wechsel und Fluktuationen in nicht zu unterschätzendem Maße die Prozesse in den ersten gut 1¼ Jahren seit der Eröffnung. Folgende Abbildung (Abb.8) veranschaulicht, dass letztendlich das Personal bereits zu 44% ausgetauscht wurde.

---

5 Bereits bis Jahresende 2009 waren über neunzig Plätze der insgesamt 135 belegt worden.

6 eingestreute Plätze

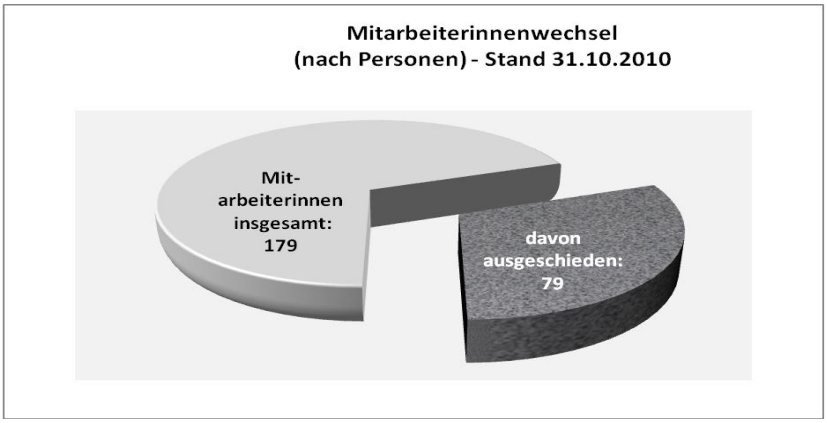

Abb. 8: Mitarbeiterwechsel in allen Bereichen und Professionen bis 31.10.2010

Der Überblick über die Stellenverteilung (vgl. Abbildung 9) in den einzelnen Berufsgruppen zeigt, dass die Teambildung, die Entwicklung eines „Wir-Gefühls“ angesichts überschaubarer Stellenpläne und hoher Wechselfrequenz erschwert wurde.

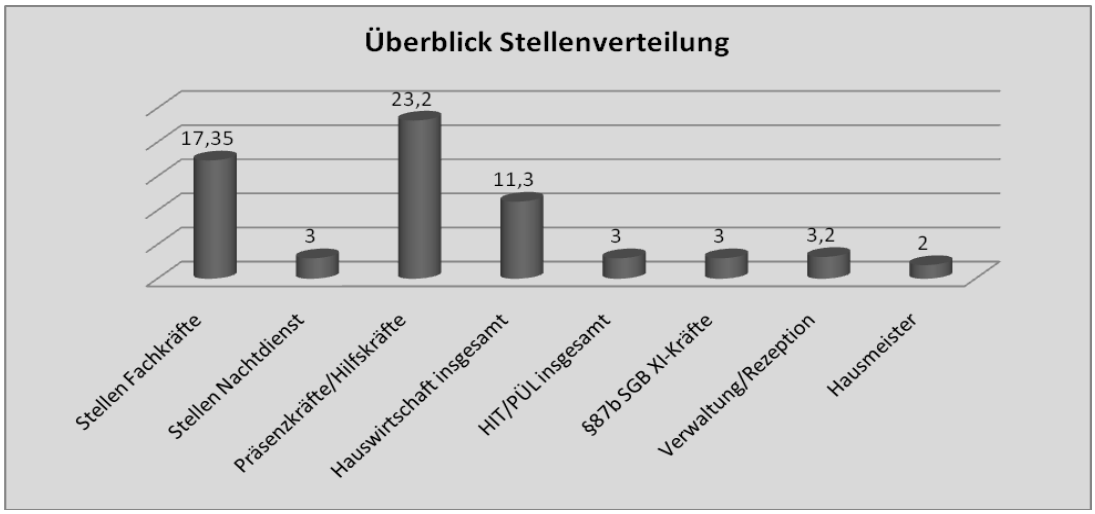

Abb. 9: Personal-Stellenverteilung im Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss

Im Lernprozess des Aufbauprozesses erkannten die Akteure der Einrichtung alsbald selbst, dass die in den ersten Monaten relativ durchgängig zu beobachtende, kontinuierliche Team-Neubildung in den einzelnen Bereichen keine optimale Lösung darstellte. Zur Erläuterung: Das Haus wurde etagenweise belegt[7]. Nach Komplettbezug des ersten Stockwerkes wurde das - dort inzwischen etwas zusammengewachsene - Team zergliedert, indem ein Teil der Mitarbeiterinnen (berufsgruppenübergreifend) in das neueröffnete zweite Stockwerk „umzog“, ergänzt durch neu eingestellte Mitarbeiterinnen. Ebenso wurde das ausgedünnte Team in der ersten Etage durch Neu-Einstellungen aufgestockt. Dieses Vorgehen führte zu

[7] Ausnahme bildete die Belegung des Erdgeschosses, die beiden dortigen Hausgemeinschaften (beschützende Bereiche) wurden parallel zu den drei offenen Wohnbereichen mit jeweils drei HGs bezogen.

wahrnehmbarer Unzufriedenheit unter den Mitarbeiterinnen und bremste die Teambildung als auch eine Kontinuität in der Gestaltung des Lebensalltages in den jeweiligen Bereichen.[8]

Bei der Einschätzung und Beurteilung des Aufbauprozesses des Seniorenzentrums Marie-Anne Clauss sollte der Mitarbeiterwechsel in den Leitungspositionen ebenfalls beachtet und gewürdigt werden. Die Besetzung der Einrichtungsleitung wurde Anfang Juli 2010 verändert. Nach einer kommissarischen Übergangslösung trat zum 01.10.2010 die neue Leitung die Stelle an. Die Position der Pflegedienstleitung wurde zum 01.08.2010 zum dritten Mal neu besetzt.

Angesichts dieser Faktoren und Prozesse bleibt festzuhalten, dass - auch angesichts der oben beschriebenen konzeptionellen Ausgangsposition - alle Beteiligten in den ersten fünfzehn Monaten des Betriebes der Einrichtung vor großen Herausforderungen standen.

3.1. Gruppeninterview Team

Neben dem externen beobachtenden Blick auf die Teamsituation sollen auch die Mitarbeiterinnen selbst zu Wort kommen. So wurden Mitte Oktober 2009[9] mit zwölf Mitarbeiterinnen (N=12) ein fokussiertes Gruppeninterview zur Erfassung der Ausgangssituation durchgeführt. Gleiches erfolgte zum Abschluss der Studie Ende August 2010 (N=10). Die Gruppen waren multiprofessionell und bereichsübergreifend - auch unter Vertretung von Wohnbereichsleitungen - zusammengesetzt.

In der Ausgangsbefragung ließ sich signifikant erkennen, dass zum Befragungszeitpunkt insgesamt von einem **sehr guten Betriebsklima in der Einrichtung** auszugehen war. Als **schwierig** schätzten die Mitarbeiterinnen die **„schnelle Belegung“ ein**. Übereinstimmend gaben die Interviewten an, dass dies zu „einem großen Druck“ führe. Als Begründung führten sie aus, dass dieses Belegungsvorgehen für sich allein noch zu bewältigen wäre, dass aber weitere - die Arbeitsbelastung erhöhenden, eigentlich unnötige - Faktoren[10] in der Anfangsphase zu bemerken seien.
Im Ganzen wurde zum Befragungszeitpunkt die „**Organisation insgesamt im Haus“ kritisch gesehen und fehlende „Strukturen“ beklagt**. Erwähnung fand mehrfach die **„mangelnde Klarheit zwischen Präsenz und Pflege“, Unsicherheiten „in der Zuständigkeit“ sowie zu den „Aufgabenbereichen der Präsenzmitarbeiterinnen“** (N=8). Darüber hinaus wurde der **Aspekt „Dokumentation“ kritisch gewürdigt**. Die Einführung eines neuen Pflegedokumentationssystems[11] erforderte aktuell einen großen zusätzlichen

---

8 Ähnliche Prozesse waren bei der Belegung des dritten Stockwerkes als auch vergleichbar bei der sukzessiven Eröffnung der einzelnen HGs pro Etage zu beobachten.
9 Studienbeginn am 01.10.2009
10 Verschiedene Rahmenbedingungen
11 Geplant im Oktober 2009

Zeitaufwand, insbesondere durch die notwendige handschriftliche Übertragung der schon vorhandenen achtzig Pflegedokumentationen[12].
Als häufigster **Wunsch** / Vision für die Zukunft benannten die Mitarbeiterinnen die Thematik **„Klare Abgrenzung der Aufgabenbereiche“ oder „Unterstützung bei Konzept, Struktur und Organisation“ bzw. „Umsetzung des Hauskonzeptes“** (N=9).

In der **Abschlussbefragung** wurden erneut die **hohe Motivation und das ausgeprägte Engagement der Mitarbeiterinnen** deutlich. Dies ist bemerkenswert, da das Seniorenzentrum im ersten Jahr seines Bestehens - den oben erwähnten - komplexen Herausforderungen gegenüberstand. Zu diesen gehörte auch, dass die Mitarbeiterinnen durchgehend keine vorbereitenden Schulungen zum Hausgemeinschaftskonzept erhielten und das Trägerkonzept ihnen lediglich beim Einstellungsgespräch vorgestellt wurde. Trotzdem bemerkten 70% der Befragten, dass ihre innere Haltung mit dem Konzept übereinstimme („Ich glaube an das Konzept.“). Im Vergleich zur Situation im Oktober 2009 ließ sich Ende August 2010 erkennen, dass bei den Interviewten - trotz aller Probleme - ein **„Wir-Gefühl“** überwiegt und sich entsprechende professionelle Haltungen entwickeln konnten. Angemerkt sei jedoch auch, dass in den Aussagen zu erkennen ist, dass nach wie vor eine **Hierarchie zwischen den Berufsgruppen** überwiegt und die Team-Findung nach wie vor als „im-Prozess-befindlich“ erlebt wird. Erhellend für das Thema der für das Hausgemeinschafts-Konzept unumgänglichen Gleichberechtigung der Berufsgruppen ist, dass die Aussagen der Fachkräfte erkennen lassen, dass sie „keine Trennung“ im Team wahrnehmen[13].
Für die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit werden sowohl die „Einstellung von Kolleginnen zum Konzept und insgesamt zur Arbeit“, „weniger Mitarbeiterfluktuation“ als auch eine „bessere Definition der Aufgaben“ sowie eine „verbesserte Kommunikation“ gewünscht.
Für die Entwicklung des „Wir-Gefühls“ und der Stabilisierung eines leistungstragenden Kernteams im Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss (nicht nur in der Phase des Leitungswechsels) sind die - in den verschiedensten Zusammenhängen koordinierenden und kommunizierenden - Tätigkeiten der Pflegeüberleitungsfachkraft als auch deren Kooperation und Verständigung mit den Angehörigen in der Einzugs- und Eingewöhnungsphase von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Die externe Beobachtung nahm diesbezüglich eine beharrliche Entwicklung zur Identifikation mit dem Hausgemeinschaftskonzept und dessen Umsetzung wahr.

---

[12] Die Einrichtung verfügt über kein EDV-unterstütztes Doku-System.
[13] Es ist anzunehmen, dass dies so eingeschätzt wird, da die Berufsgruppe der Pflege „oben“ in der Hierarchie stand/steht.

Den Grad der Konzeptumsetzung („Ideal des Hausgemeinschaftskonzeptes“) bewerteten die Mitarbeiterinnen auf einer Skala „-4“ (keine Übereinstimmung) bis „+4“ (vollständige Übereinstimmung) in der Summe mit +0,25.[14] Damit wird analog zu den externen Beobachtungen[15] deutlich, dass nach 15 Monaten Laufzeit des Seniorenzentrums die **Gestaltung des Lebensalltages** - im Sinne einer lebendigen Umsetzung des Hausgemeinschafts-Konzeptes **noch viel Entwicklungspotential** birgt.

Letztendlich spiegeln auch die Aussagen der Interviewteilnehmerinnen wieder, welch große **Bedeutung der Personalentwicklung bei der Umsetzung des Hausgemeinschafts-konzeptes** zukommt. Mitarbeiterinnen müssen ihre bisherigen beruflichen Rollen (Pflege, Hauswirtschaft usw.) zugunsten des Ganzheitsprinzips aufgegeben und diese neu - oder anders - lernen und weiterentwickeln. Im ersten Jahr der Laufzeit des Seniorenzentrums Marie-Anne Clauss konnten Personaleinstellungen nicht immer / selten dahingehend entschieden werden, dass Vorerfahrungen und mitgebrachte Kompetenzen hinsichtlich der Arbeit in alternativen Wohnformen erfüllt waren. Somit ergab sich ein **hoher Einarbeitungs- und Anleitungsbedarf** der lediglich sporadisch - aber nicht wie erforderlich kontinuierlich[16] - realisiert werden konnte.
Flankierend zur alltäglichen Arbeit in den Hausgemeinschaften **entstanden erst spät**[17] - also deutlich nach der Eröffnung der Einrichtung bei bereits laufendem Betrieb - über Steuerungs- und Arbeitsgruppen wesentliche, richtungsweisende/-gebende **Konzepte, Standards sowie Arbeitsplatz- und Stellenbeschreibungen.** Bis dahin wurden von den Mitarbeiterinnen und in den Teams bereits Rollen, Funktionen und Aufgabengebiete festgeschrieben und gelebt. Diese bildeten jedoch nicht oder nur unzureichend das Hausgemeinschaftsprinzip ab.

Die **Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen** (Pflegefachkräfte und -assistentinnen, Präsenzkräfte sowie hauswirtschaftlichen Assistentinnen) geschah **vorwiegend ablauforientiert**, in einem "Nebeneinander" mit einer deutlichen Hauptwertigkeit von "Pflege" und einer deutlich **verunsicherten Positionsbestimmung** bezogen auf die Wertigkeit von **Präsenz**tätigkeiten und Präsenzkräften. Die hauswirtschaftlichen Assistenten wurden als "außen vor" empfunden und empfanden sich selbst ebenso - es existierte keine Vorstellung von einer in das System Hausgemeinschaft zu integrierenden Funktion.

---

[14] Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit im Team beträgt der Durchschnittswert +18.
[15] Vgl. folgende Ausführungen unter Punkt 3.2 „Teilnehmende Beobachtung Hausgemeinschaften“.
[16] Sichergestellt durch qualifizierte Anleiterinnen und organisierten Zeitaufwand.
[17] Im Verlauf des ersten Halbjahres 2010.

Die beschriebene Ausgangssituation erschwerte somit die Entwicklung einer das Hausgemeinschaftsprinzip stützenden Teamstruktur. Eine solche wäre geprägt von der Hinwendung zum moderierten, am Alltag orientierendem Lebensraum im Heim, welches sich an Wesen und Aufbau eines normalen Haushalts orientiert. In einem solchen sollten sich Mitarbeiterinnen als "Teil der Hausgemeinschaft", als Partnerinnen bzw. Mitglieder *eines* Teams bei der Betreuung der Bewohnerinnen begreifen und definieren lernen. Ziel dieser Prozesse wäre eine gemeinsam moderierte - und durch Mitarbeiterinnen unterstützte - Bewältigung des Alltags im Rahmen einer (vorgegebenen) Tagesstruktur.

Festzuhalten ist, dass **Mitarbeiterinnen Zeit bekommen müssen, diesen neuen Ansatz zu verstehen, zu begreifen und begleitet zu praktizieren**, denn "wo früher im klassischen Heim eine hohe Arbeitsteilung herrschte, gibt es heute in den Hausgemeinschaften einen breiteren Aufgabenzuschnitt für ebenso fachlich breiter ausgebildete und einsetzbare Mitarbeiter…". [18]

3.2. Teilnehmende Beobachtung Hausgemeinschaften

Die Erfassung des Alltagslebens in den Hausgemeinschaften durch Hospitationen im Sinne einer teilnehmenden Beobachtung als auch durch Stippvisiten im Rahmen der verschiedenen Vor-Ort-Kontakte ergaben, dass die Gestaltung der Tagesabläufe - des Gemeinschaftslebens im Sinne des familiären Zusammenlebens - sich in einem als insgesamt positiv zu bewerteten Prozess befinden.

Hospitationen Ende November und Mitte Dezember 2009, d.h. etwa ein halbes Jahr nach Eröffnung, in zwei Hausgemeinschaften ergaben **vorerst** im Gesamteindruck, dass **eine Aufgabenteilung zwischen Pflegekraft und Präsenz nicht zu erkennen** war, sowie dass Abläufe und Prozesse unklar und intransparent wirkten. Rolle und Tätigkeiten der Präsenzkraft sowie Aufbau und Kooperation im Team (unterschiedliche Berufsgruppen) hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zur Umsetzung des Hausgemeinschaftskonzeptes waren offensichtlich noch nicht definiert. Die oben bereits benannte Problemlage des hierarchischen Denkens zwischen den Berufsgruppen („zuerst Pflege, dann Präsenz und dann Hauswirtschaft“) bestätigte sich auch in einem persönlichen Gespräch mit einer anwesenden Pflegefachkraft: Die Nachfrage, ob (und wie) die Aufgabenteilung zwischen Pflegekräften und Präsenzmitarbeiterinnen gestaltet sei, wurde damit beantwortet, dass es eine solche nicht gäbe, aber „die Präsenzkräfte sehr fleißig“ seien. Die Grund- und Behandlungspflege werde von den Pflegefachkräften durchgeführt. Nach Aussage der Pflegefachkraft „waschen die Präsenzkräfte morgens ein bis zwei Bewohnerinnen, wo halt mal der Rücken zu waschen ist“. Im weiteren holten die Präsenzkräfte dass Essen aus der

[18] Dr. Stefan Arend, Artikel Hausgemeinschaften, 2007.

Zentralküche und „helfen beim Essen“. Eine Aufgabenteilung sei auch für die Pflegefachkraft nicht erkennbar und „auch nicht vorgenommen“ worden.

Die Beobachtungen zum Ende der Studie im Herbst 2010 zeigten, dass die **Aktivitäten der Arbeits- und Steuerungsgruppen zur Gestaltung von Strukturen, klaren Aufgabenteilungen und Implementierung des Hausgemeinschaftgedankens in Arbeitsabläufe und Haltungen der Mitarbeiterinnen inzwischen im Alltag erkennbar** sind. Dies trifft vorrangig auf die sog. Modell-Hausgemeinschaft[19] als auch auf die Situation im Erdgeschoss zu. Feste Mitarbeiterstämme - insbesondere die Mitarbeiterinnen „der ersten Stunde“, die den fünfzehnmonatigen Anlaufprozess des Seniorenzentrums mitgetragen haben - entwickelten das benannte „Wir-Gefühl“, auch und gerade über Berufsgruppen hinweg. Im Alltag der Hausgemeinschaften zeigt sich mehr Lebendigkeit, Kontakt zwischen den Bewohnerinnen und den Mitarbeiterinnen (unabhängig von funktionalen Tätigkeiten) wie auch insgesamt eine wahrnehmbare Atmosphäre des Miteinanders. Die Tätigkeiten und Impulse der (seit 01.09.2010 teilweise neubesetzten) Heiminternen Tagesbetreuung tragen zur Entwicklung der gewünschten Alltagsnormalität und individuellen Betreuung unerlässlich bei.

Aus Sicht der externen Beobachtung bleibt festzuhalten, dass durch die entwickelten Instrumente

- einer zielgerichteteren Personaleinstellung und
- der standardisierten Einarbeitung bei Neueinstellungen
- der zielorientierten Qualifizierungsmaßnahmen und
- der laufenden Teamsupervision sowie
- durch die zu erwartende Kontinuität in der Mitarbeiterbesetzung (auf allen Ebenen und in allen Berufsgruppen)

sowohl die **Teambildung als auch die familienähnliche und individuelle Gestaltung des Alltages in den Hausgemeinschaften auf dem positiv eingeschlagenen Weg weiter voran gebracht werden kann**.[20]

4. Verhältnis und Rollenverständnis von Pflege, Präsenzkraft und Hauswirtschaft

Wie die Ausführungen unter dem vorhergehenden Punkt bereits erkennen lassen, bestand und besteht hinsichtlich der Thematik „Verhältnis und Rollenverständnis von Pflege,

[19] Hausgemeinschaften in der ersten Etage, in der die - aus der Steuerungsgruppe kommenden -Impulse zur Gestaltung HG-Konzept-gemäßer Abläufe und Prozesse modellhaft („ausprobierend“) umgesetzt werden.

[20] Eine bestätigende Ergänzung zum Thema „Leben in der Hausgemeinschaft und den familienähnlichen Strukturen“ findet sich im folgenden Punkt 2.4 bei der Ergebnisbeschreibung der dort verorteten Interviews.

Präsenzkraft und Hauswirtschaft“ in der Einrichtung nach wie vor ein **Entwicklungsbedarf**. Als ein Hauptgrund für diesen Umstand im Anlaufprozess des Seniorenzentrums dürfte die unter Punkt 2 beschriebenen, ungenügenden Definitionen und Strukturbeschreibungen in den ursprünglichen Konzepten - mit allen daraus folgenden (mangelnden) Entwicklungen - anzusehen sein.

So fanden die Anfangsaussagen der Mitarbeiterinnen in den Gruppeninterviews vom Oktober 2009 in allen weiteren Evaluationen[21] bis Mitte März 2010 Bestätigung. In der Einrichtung war die **Aufgaben- und Zuständigkeitsbeschreibung zwischen Pflege- und Präsenzmitarbeiterinnen noch nicht erfolgt**.

Im weiteren Verlauf liefen im Juni 2010 halbstrukturierte Interviews mit Mitarbeiterinnen der drei Arbeitsbereiche, um die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen (Pflege, Präsenzkräfte, Hauswirtschaft) sowie deren jeweiliges Rollenverständnis und die entsprechende hausinterne Kooperation zu erheben. Die Interviews mit ihren thematischen Inhalten, den Rahmenbedingungen sowie der Teilnehmeranzahl waren mit der Hausleitung vorbesprochen sowie terminiert. Am vereinbarten Termin, den 22. Juni 2010 waren weder die Mitarbeiterinnen informiert noch entsprechend eingeteilt. Einzelne Teilnehmerinnen konnten dann spontan zur Mitwirkung überredet werden, wobei alle unter dem Druck standen, entweder für diese Zeit in der Hausgemeinschaft bzw. auf dem Stockwerk zu fehlen oder - weil es bereits nach Dienstende war- unter Zeitdruck teilzunehmen. Zwei Teilnehmerinnen waren zu diesem Zeitpunkt erst wenige Wochen im Haus und konnten demgemäß zu einigen Fragen noch nicht viel beitragen, besonders betrifft dies Hauswirtschaftskraft.

Die Teilnehmerinnen waren

- für die Präsenzkräfte: zwei Präsenzmitarbeiterinnen
- für die Pflege
  - Frau X., Pflegefachkraft
  - Frau Y., Pflegehelferin seit einigen Wochen im Haus
- für die Hauswirtschaft
  - Frau Z, Hauswirtschaftsmitarbeiterin seit einigen Wochen im Haus.[22]

Zusammenfassend zeigten die Interviews, dass - bezüglich der Zeiteinteilung, strukturellen Zuständigkeit und Arbeitsorganisation der drei unterschiedlichen Funktionen im Haus - eine **Klarheit der einzelnen Profile erst noch erarbeitet** werden muss. Darüber hinaus entstand das Bild eines „Notstandsmanagements“, das momentan gar keine echte Rollentrennung

[21] Interviews mit Heiminterner Tagesbetreuung, Pflegeüberleitung, (ursprünglich) ehrenamtlicher Mitarbeiterin/geplanter Ehrenamtskoordinatorin; Interviews und Gespräche mit Einrichtungsleitung; terminiertes Interview mit der Hauswirtschaftsleitung konnte zweimal nicht durchgeführt werden.

[22] Die detaillierten Ergebnisse der Interviews werden hier nicht aufgeführt. Sie sind bei der wissen-schaftlichen Begleitung einsehbar.

oder Profilierung erlaubte, sondern eher am Rand äußerster Flexibilität gerade eben den Alltag bewältigte. Dies machte sich auch in der Einarbeitung der befragten Mitarbeiterinnen bemerkbar, die ihren Start überwiegend als „Sprung ins kalte Wasser“ beschreiben und bei denen der Umgang mit Menschen mit Demenz bzw. der besondere Ansatz des Hauses nicht vertieft vermittelt oder reflektiert wurde. **Positiv** beschrieben wurde jedoch die **Unterstützung über die Funktionen** hinaus, was auch bei den Fragen nach Schnittstellen und Grenzen wiederholt wurde.

Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Bewohnerinnen erkannten alle als wichtiges Thema, aber gerade die Pflegemitarbeiterinnen verdeutlichten, dass bei der derzeitigen Personalsituation **kein ausreichendes Zeitbudget** für einen Ablauf zur Verfügung steht, der diese ermöglicht und fördert. In diesem Kontext war auch zu sehen, dass die Pflegemitarbeiterinnen sowohl die Frage nach der Selbstbestimmung als auch nach ihrem Einfluss auf das Wohlergehen der Bewohnerinnen nicht beantworteten. Ihre Alltagsrealität - so vermittelten sie es – war geprägt von der Bewältigung der Mindestanforderungen und weit entfernt von der Möglichkeit zu einem durchgängig aktivierenden, fördernden und individualisierten Ansatz, so dass sie o. g. Fragestellungen eher mit Ironie und keiner Antwort quittierten. Von den Präsenzkräften wurde Selbständigkeit möglicherweise als absoluter Wert gesetzt und nicht ausreichend mit den Selbstbestimmungsrechten der Menschen in Abgleich gebracht. Auch die Aussage zur expliziten Frage danach, dass die Bewohnerinnen auch mal mehrere Tage das gleiche anziehen *dürfen*, implizierte eher eine Beziehung mit edukativem als weitestgehend selbstbestimmtem Charakter. Inwieweit sich hier Sichtweisen von Pflege und Präsenz deckten oder auseinandergingen, lässt sich nicht beurteilen.

Der **Bereich Beschäftigung und Angebote**, der an die Tätigkeit der Präsenzkräfte gekoppelt ist, wurde auch von diesen **besonders kritisch wahrgen**ommen. An dieser Stelle klafften in den Beschreibungen Konzept und Realität deutlich auseinander und wesentliche Qualitätsmerkmale blieben scheinbar unerfüllt. Diesbezüglich könnte jedoch kritisch hinterfragt werden, ob das Wesen von „Beschäftigung“[23] in einer Hausgemeinschaft von demenzkranken Menschen auch vermittelt und erfasst wurde. Unbeantwortet bleibt daher die Frage, ob „alltagsnahe, aktive und passive Teilhabe und kleinteilige Partizipation“ versus „einer aus dem Alltag ausgegliederten Beschäftigungseinheit“ nicht umsetzbar (und notwendig) wäre. Auch aus dem Blickwinkel der Pflege mangelt es an Beschäftigung, wobei hier mehr die Bewohnerinnen mit schwierigem oder herausforderndem Verhalten im Focus stehen.

[23] Auf eine kritische und ethische Diskussion dieser in der Altenpflege geläufige Begrifflichkeit - meinend eine (doch gewollte) Gestaltung eines biographisch orientierten Alltages mit seinen normalen Abläufen - muss hier verzichtet werden. Immanent wäre diesen Betrachtungen auch die dazu gehörige Gewährung eines Selbstbestimmungsrechtes im Sinne eines herkömmlichen Lebensrisikos für alte - in einer Institution lebenden - Menschen.

Auch die Frage der **Aufgabenverteilung** zeigt deutlich, dass **zwischen Hausgemeinschafts-Konzept und Realität eine erhebliche Diskrepanz** besteht. Statt kleiner Überschneidungen werden **ganze Aufgabenbereiche verschoben**, da der eigentlich zuständige Bereich nicht adäquat besetzt war. Somit ist eine Beurteilung, inwieweit die konzeptionelle Ausgestaltung der Aufgabenbereiche und Schnittstellen Sinn macht und umsetzbar ist, nicht ansatzweise möglich. Feststellbar ist jedoch, dass sich die Situationsbeschreibung und -analyse der Befragten weitgehend untereinander deckt und dass die Übernahme und Verschiebung von Aufgaben zwar für Verärgerung sorgt - was die mangelnde Zeit für die Bewohnerinnen betrifft -, nicht aber zu größeren Konflikten oder Schuldzuschreibungen zwischen den Arbeitsbereichen führt. Eher wird noch die gegenseitige Unterstützung erwähnt, was die Vermutung zulässt, dass sich die Mitarbeiterinnen in dieser schwierigen Lage gruppendynamisch gesehen, eher verbunden fühlen als miteinander zu konkurrieren („wir sitzen in einem Boot“). Dennoch kann vermutet werden, dass durchaus unterschiedliche Deutungsmuster der Aufgabenverschiebung bestehen. So berichteten die Pflegemitarbeiterinnen, dass die Präsenzkräfte viele Aufgaben der Hauswirtschaft übernehmen würden, was die Präsenzkräfte auch selbst formulierten. Die Aussage der Hauswirtschaftskraft hingegen, dass auch sie die Präsenzkräfte unterstützt, wurdevon keiner anderen Seite gestützt. Aufgrund der wenigen Interviewteilnehmerinnen sind diese Aussagen jedoch vorsichtig zu behandeln, können aber einen dezenten Hinweis auf Unstimmigkeiten geben.

Eine graphische Abfrage auf einer Skala von 1 - 6 (von wenig bis viel) nach der jeweiligen Unterstützung durch die anderen Funktionen im Haus zeigt dies auch auf (Tabelle 13):

Unterstützung durch …	Bewertet durch die **Hausw.**	Bewertet durch die **Präsenz**	Bewertet durch die **Präsenz**	Bewertet durch die **Pflege**	Bewertet durch die **Pflege**
die eigene Berufsgruppe	---	6	5	5	5
die Pflege (PK)	6	6	5		
die Präsenz (P)	1			6	5
die Hauswirtschaft (HW)		6	5	4	5
die PDL	1	---	---	---	---
die Hausleitung	---	4	5	3	---

Tabelle 13: Subjektive Wahrnehmung der gegenseitigen Unterstützung durch die Berufsgruppen

Durchgängig **positiv** wurde die **Unterstützung durch die eigene Berufsgruppe** und durch die Pflegekräfte bewertet. Eine **deutliche Diskrepanz** trat **zwischen Hauswirtschaft und Präsenz** zu Tage, da die gegenseitige Bewertung völlig gegengleich ausfiel.

Die Zusammenarbeit mit der **Schnittstelle zur Pflegeüberleitungsfachkraft** im Haus wurde am konkreten Beispiel „Einzug einer neuen Bewohnerin“ beleuchtet. Hierbei erschienen die Schnittstellen sehr stark abgegrenzt. Die Beschreibung von Pflege- und Präsenzkräften ließen wenig Überlappung erkennen. Wenn die Informationen über einen Menschen vor dessen Einzug weitergegeben wurden, so nur an die Pflegekräfte. Die zeitliche Übermittlung

der Informationen wurde teilweise kritisch gesehen, dass Biographie oder Pflegeprozessplanung nicht (ansatzweise) erstellt wurden, wurde lediglich unkommentiert berichtet.

Bei der Frage nach dem **Leben in der Hausgemeinschaft und den familienähnlichen Strukturen** konnten die Präsenzmitarbeiterinnen eher nur beschreiben, was sie als familienähnlich wahrnahmen, die Fachkraft in der Pflege stellte hingegen ihre Interaktionsmöglichkeiten dar[24]. Allen drei Arbeitsbereichen gemeinsam ist die Beschreibung und Bewertung von familienähnlichen Strukturen nahezu ausschließlich über **Beziehungsqualität zwischen den Bewohnerinnen**. Entsprechend steht und fällt unter diesem Blickwinkel gewissermaßen auch die Bewertung des Hausgemeinschafts-Konzeptes mit der **passenden Belegung** der dort wohnenden Menschen.
Ebenso daraus folgend waren auch die Interventionsmöglichkeiten der Mitarbeiterinnen stark auf Beziehungspflege ausgerichtet. Strukturelle und methodische Ansätze oder Möglichkeiten der Arbeitsorganisation wurden diesem Deutungsmuster folgend nicht geschildert bzw. erwogen.
Der Dienstplan als Rahmen - innerhalb dessen die eigenen Aufgaben erfüllt werden können und müssen - wurde insgesamt positiv gesehen. Bei der Betrachtung im Detail - und im Abgleich mit der Realität in den Arbeitsbereichen Pflege und Präsenz - tauchten jedoch schon Kritikpunkte und Fragestellungen auf. Insbesondere **bei den Präsenzkräften** wurde auch bei diesem Punkt wieder **die Dringlichkeit der (konzeptionellen und praktischen) Klärung der Aufgabenstellung, des Profils und der Schnittstellenregelung zur Hauswirtschaft** deutlich.
Eben jene Schnittstelle zur Hauswirtschaft wurde von den Präsenzkräften bei direkter Nachfrage auch als verschwommen beschrieben, in dem Sinn, dass diverse Tätigkeiten der Hauswirtschaft übernommen werden. Die Abgrenzung zur Pflege wurde wesentlich deutlicher formuliert, allerdings auch ausgesprochen defizitär: „Die Grenze zur Pflege ist da, wo die Ausbildung fehlt“. Aus Sicht der Pflege sind die Absprachen mit der Hauswirtschaft klar, „es gibt eine rege Kommunikation und trotz Stress hohen Zusammenhalt und Flexibilität“. Die Schnittstelle zu den Präsenzkräften wurde nicht thematisiert. Die Hauswirtschaftsmitarbeiterin mochte sich aufgrund ihrer kurzen Zugehörigkeit noch nicht zu diesem Thema äußern.
Teamgespräche mit Mitarbeiterinnen von Pflege, Präsenz und Hauswirtschaft als Möglichkeit zum übergreifenden fachlichen Austausch und zur Schnittstellen-gestaltung wurden in ihrem Turnus äußerst unterschiedlich beschrieben. Die Präsenz-mitarbeiterinnen berichteten von einem Team (N=1) innerhalb von acht Monaten, während die Mitarbeiterin der Pflege einen monatlichen Intervall beschrieb. Dies kann als Verweis

[24] Womit das Herstellen von Kontakten zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern, die auch gegenseitige Hilfe beinhalten, gemeint war.

darauf gelten, dass noch **keine tragfähige und standardisierte Besprechungskultur** eingerichtet wurde. Damit bleiben auch die Möglichkeiten zu weiteren, notwendigen Schnittstellenklärungen eingeschränkt.

Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung befindet sich die **Aufgaben- und Zuständigkeitsbeschreibung zwischen Pflege- und Präsenzmitarbeiterinnen nun jedoch in der Umsetzungsphase**. Damit wird auch an der - ebenfalls schon beschriebenen - Konstellation der Konkurrenz zwischen „Pflege“ und „Präsenz“ bzw. dass „die Pflege die Präsenz von oben herab“ behandele, gearbeitet.
Letztendlich betrifft der **Handlungsbedarf** sowohl die

- Entwicklung der Einstellungen der Pflegemitarbeiterinnen zu ihren Aufgaben und Zuständigkeiten in einer Hausgemeinschaft
- Entwicklung einer grundlegenden Handlungssicherheit für die Präsenzmitarbeiterinnen - wie auch im Folgenden in differenzierter Ausformung
- Entwicklung des Hauswirtschaftsbereiches hinsichtlich der Anerkennung der Gleichberechtigung - auch der Hauswirtschaftsleitung - und der Definition und Implementierung entsprechender Tätigkeitsbereiche und Strukturen.

Die Einrichtung arbeitet seit Anfang 2010 - mit externer Begleitung - in einer Projektgruppe[25] sehr motiviert und engagiert an der Weiterentwicklung der Konzeption wie auch an der Definition der Tätigkeitsbereiche der einzelnen Berufsgruppen, der Entwicklung hausinterner Strukturen, Gestaltung der Abläufe usw. Dabei werden auch Arbeitsplatzbeschreibungen für die Berufsgruppen erstellt, zu denen sich im Prozess der Weiterentwicklung auch „hauswirtschaftliche Assistentinnen“ gesellten. Diese „Organisationsentwicklung Hausgemeinschaft“ stellt sich zum Berichtszeitpunkt als Mitarbeiter- und Leitungsgestützt dar **und lässt einen signifikanten Entwicklungsschub der Einrichtung hin zu einer Hausgemeinschafts-Konzeption erkennen**.
In der Projektsteuerungsgruppe Konzept fand sich so beim Treffen im Oktober 2010 als Erkenntnis - basierend auf den bis dahin gelaufenen Prozessen - der Konsens, dass die Umsetzung des Hausgemeinschafts-Konzeptes von allen Beteiligten erfordere, die „Arbeit“ neu zu formulieren. Diesbezüglich wurden folgende Faktoren definiert:

- Personal
- Konzeption
- Organisation
- **Institutionelle Rahmenbedingungen**

[25] Sog. „Projektsteuerungsgruppe Konzept“ (Teilnehmerinnen: Einrichtungsleitung, PDL, Hauswirtschaftsleitung, Sprecherin der Präsenzmitarbeiterinnen, stellvertretende PDL und Wohnbereichsleitung, alle weiteren Wohnbereichsleitungen, Qualitätsbeauftragter, Mitarbeiterinnen der Heiminternen Tagesbetreuung, Pflegeüberleitungsfachkraft; sporadisch: Trägervertreter)

Hier wurde betont, dass eine **Kontinuität in der Personalbesetzung** notwendig sei, dass neue (und alte Mitarbeiterinnen) mit dem Hausgemeinschaftskonzept vertraut sein / gemacht werden müssen und dass die „Mauer in den Köpfen eingerissen“ werden müsse - hinsichtlich eines neuen Verständnisses, was Pflege ist (insbesondere bei den Pflege-Mitarbeiterinnen) und wie Pflege-Präsenz-Hauswirtschaft zusammenarbeiten. Zitat des Qualitätsbeauftragten: „Wenn wir an alten Zöpfen festhalten, wird uns das hemmen!“

Als Werkzeuge zur Bearbeitung dieser Anforderungen wurden erarbeitet:

- Einsetzung einer Steuerungsgruppe fürs Management (Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung, Projektbeauftragter des Trägers)
- Weiterarbeit der Projektsteuerungsgruppe Konzept mit externer Begleitung bis März 2011
- Einrichtung von Qualitätszirkeln im Haus.

Um Fehler und Probleme der ersten 12 Monate[26] zu vermeiden, legte die „Projektsteuerungsgruppe Konzept“ im Oktober 2010 die „Kunst der kleinen Schritte“ als wichtigste Priorität fest. Diese gelte für die wichtigsten Handlungsfelder und Ziele der kommenden Monate - von denen jedes Beachtung finden müsse, aber eben genau unter Beachtung der definierten Priorität:

- Vollbelegung des Hauses
- Weiterentwicklung der Implementierung des Hausgemeinschafts-Konzeptes
- Flankierende Begleitung in den Projektsteuerungsgruppen
- Erhöhung der Qualität und der Kundenzufriedenheit (FQA, MDK sowie Bewohnerinnen und Angehörige)
- Implementierung des Qualitäts-Managements
- Ausprägung der Kommunikationswege.

Neben diesen Prozessen wird die **im Herbst 2010 begonnene „Qualifizierung von Präsenzkräften“**[27] als wichtiger Entwicklungsschritt auf dem Weg zu einem adäquaten Rollenverständnis und Miteinander von Pflege, Präsenz und Hauswirtschaft eingeschätzt. Als besonders förderlich für die Implementierung der HG-Konzeption ist anzunehmen, dass neben den als Präsenzkräften eingestellten Mitarbeiterinnen (die kontinuierlich an der Fortbildung teilnehmen), sporadisch[28] auch Kolleginnen anderer Berufsgruppen (Pflegeassistenz, Hauswirtschaft, aber auch aus Verwaltung und Küche) die Qualifizierungsmaßnahme nutzen werden. Ziel ist neben der Vermittlung von Handlungskompetenzen

---

[26] Durch Re-Agieren statt durch konzeptionell fundiertes, strukturiertes Handeln

[27] Modulare Fortbildungsmaßnahme mit Gesamtumfang von 216 Stunden (drei Module, Dauer: November 2010 bis Juli 2011)

[28] Abhängig von Fortbildungsinhalten und/oder bereits vorhandenen Kompetenzen

ebenso eine verbesserte Kommunikation der unterschiedlichen Handlungsfelder und ein damit einhergehendes zunehmendes gegenseitiges Verständnis, welches dann in die angestrebte und notwendige Gleichberechtigung aller Berufsgruppen im Hausgemeinschaftskonzept münden kann/wird.

5. Kundenzufriedenheit

5.1. Bewohnerinnen

Die Kundenzufriedenheit der Bewohnerinnen wurde durch teilnehmende Beobachtung, bei kognitiv dazu noch in der Lage seienden Seniorinnen durch verkürzte narrative Interviews[29], sowie durch Dementia Care Mappings (DCM) erhoben.

Mit der Beobachtungsmethode des DCM können Daten über die Alltagsaktivitäten der Bewohnerinnen und ihre Befindlichkeit in der Interaktion mit ihrer Umgebung gesammelt werden. Die möglichen Aussagen beziehen sich in erster Linie auf die Art der Beschäftigung und das dadurch erlebte Wohlbefinden in dem beobachteten Zeitraum und Umfeld. Ziel der Beobachtung im Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss war das Alltagsleben in den Hausgemeinschaften. Damit sollten Informationen über die Gestaltung der Tagesabläufe bzw. des Gemeinschaftslebens im Sinne des familiären Zusammenlebens und der Individualität der Bewohnerinnen gewonnen werden.

Im Juni und August 2010 wurden die Aktivitäten von Bewohnerinnen in sechs verschiedenen Hausgemeinschaften[30] zwischen 9 und 18 Uhr aufgezeichnet. Die Beobachtungen fanden im öffentlich zugänglichen Aufenthaltsraum der jeweiligen Gruppe statt.[31]

Für die Bewohnerinnen der vier integrativen Hausgemeinschaften zeigte sich, dass vor allem die Bewohnerinnen mit dementiell verändertem Verhalten lange im Aufenthaltsraum verweilten. Viele der Bewohnerinnen ohne dementielle Diagnose und mit gut erhaltener Mobilität kamen zu den Mahlzeiten in den Aufenthaltsraum und verließen ihn danach wieder. So war eine der fünf am häufigsten notierten Verhaltenskategorien im Beobachtungszeitraum das Essen und Trinken. Die verweilenden Bewohnerinnen beobachteten über lange Zeiträume, was um sie herum geschieht, häufig mit keinerlei Anzeichen von emotionaler Beteiligung oder saßen in einer in sich gekehrten Haltung. In den vormittags beobachteten Hausgemeinschaften München und Watzmann gehörte das Dösen und Schlafen zu den fünf häufigsten Verhaltenskategorien.[32] Häufigste Tätigkeit - neben Essen, Trinken - stellte die

---

[29] freies Erzählen zu einem bestimmten Thema

[30] Zwei Hausgemeinschaften in den beschützenden Bereichen Donautal und Isartal mit nur dementiell erkrankten Bewohnerinnen sowie vier integrative Hausgemeinschaften (München, Stuttgart, Watzmann, Walchensee) mit sowohl dementiell veränderten als auch nicht betroffenen Bewohnerinnen.

[31] Es konnten von den insgesamt 62 Bewohnerinnen der 6 Hausgemeinschaften 46 beobachtet werden (sie hielten sich in dem jeweiligen gemeinsam genutzten Wohnraum auf). Von diesen hatten 33 Personen eine Demenz-Diagnose in den Pflegedokumentationen.

[32] In den Hausgemeinschaften Stuttgart und Walchensee beträgt dieser Wert 0,5 bzw. 5,6 % und fällt nicht unter die 5 häufigsten Kategorien.

Kategorie Artikulation (mit anderen verbal oder auf andere Weise interagieren), dar. Andere Verhaltensweisen - Handlungen der Selbstpflege (z.B. Kleidung glatt streichen, Brille putzen), Dinge anfassen / berühren im Sinne einer Stimulation der Sinne oder Handlungen, die als „Arbeit verrichten“ verstanden werden könnten (z.B. Tisch wischen/Besteck ausrichten/etwas aufräumen) und mit Nichtanwesenden interagieren/ sprechen - waren nur in wenigen Zeitabschnitten und in geringen Prozentsätzen zu beobachten.

Für die beschützenden Hausgemeinschaften ergaben sich hinsichtlich der fünf häufigsten Verhaltenskategorien einige Ähnlichkeiten zu den Ergebnissen aus den offenen Hausgemeinschaften. Auch hier nahm Essen und Trinken als aktive Tätigkeit einen großen Stellenwert ein, jedoch in geringerem Prozentsatz als bei den integrierenden Hausgemeinschaften.

Im Vergleich der Zeitanteile (der Kategorien mit einem hohen Potential) für positiven Kontakt zwischen den beschützenden und offenen Hausgemeinschaften schneiden die Ersteren eindeutig besser ab (Tabelle 14):

Hausgemeinschaften	Zeitanteile mit einem hohen Potential für positiven Kontakt
Isartal (beschützend)	24,4 %
Donautal (beschützend)	21,9 %
München (offen)	13,0 %
Stuttgart (offen)	9,0 %
Walchensee (offen)	13,0 %
Watzmann (offen)	3,2 %

Tabelle 14: Vergleich Zeitanteile der Kategorien mit einem hohen Potential für positiven Kontakt

Relativ vergleichbar sind die Beobachtungsergebnisse bezüglich des beobachteten Grad des Affekts und des Kontakts der einzelnen Bewohnerinnen mit der Umgebung: 78 % bis 89 % wurden mit positiven ME-Werten[33] belegt. Die prozentuale Verteilung der codierten Zeitabschnitte mit positiven oder negativen ME-Werten wird in folgender Tabelle 15 aufgeführt.

Hausgemein-schaft	Minusbereich gesamt		- 5	- 3	- 1	+ 1	+ 3	+ 5		Plusbereich gesamt
München	18 %		0 %	0 %	18 %	68 %	14 %	0 %		82 %
Stuttgart	15 %		2 %	1 %	12 %	56 %	17 %	14 %		85 %
Watzmann	11 %		0 %	0 %	11 %	55 %	34 %	0 %		89 %
Walchensee	14 %		0 %	0 %	14 %	75 %	12 %	0 %		86 %
Donautal	5 %		0 %	0 %	5 %	59 %	28 %	9 %		95 %
Isartal	3 %		1 %	2 %	20 %	64 %	14 %	0 %		78 %

Tabelle 15: Gruppenbezogene Verteilung der ME-Werte in %

[33] ME-Wert gibt Auskunft über den beobachteten Grad des Affekts und des Kontakts der einzelnen Bewohnerinnen mit der Umgebung (hinsichtlich jeder mit einem Verhalten codierten Zeiteinheit).

Bezüglich der positiven Werte entfiel der größte Teil auf +1, welches von neutralem Affekt, wachem und auf die Umgebung bezogenem Verhalten zeugt.[34]

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sowohl in den beschützenden als auch in den integrativen Hausgemeinschaften vorwiegend eine ausgeglichene Stimmung zu beobachten ist. Die Anzahl der verstärkt positiv erlebten Zeiten treten öfter auf als negativ erlebte Momente.
Es bestand jedoch ein **deutlicher Unterschied zwischen den offenen und beschützenden Hausgemeinschaften** hinsichtlich des Spektrums an beobachteten Verhaltenskategorien. In den integrativen Hausgemeinschaften war deren Bandbreite mit einem hohen Potential zur Kontaktaufnahme und Aktivierung deutlich geringer. Dies bedeutet(e) für die Bewohnerinnen, dass sie weniger Gelegenheiten haben, ihre eigenen Ressourcen und Kompetenzen zu erleben. Die geringe Bandbreite an Aktivitäten lässt sich sicherlich auch über die Anzahl der Mitarbeiterinnen und deren Anwesenheit im Aufenthaltsraum erklären. Zeitweise waren **in den beschützenden Gruppen bis zu fünf Mitarbeiterinnen** anwesend, die mittels vieler Methoden und Materialien die Bewohner/innen aktivierten. Im Gegensatz dazu war **über lange Phasen in den integrativen Hausgemeinschaften** - hauptsächlich zwischen den Mahlzeiten - **niemand oder nur eine Mitarbeiterin anwesend**, die offensichtlich auch andere Bewohnerinnen in den Zimmern versorgen musste. Verständlicherweise reduzierte dies die Zeit, die zur Kontaktaufnahme mit den im Aufenthaltsraum befindlichen Personen blieb. Damit bieten sich auch **weniger Gelegenheiten, in denen unabhängig von Pflegemaßnahmen** die Mitarbeiterinnen individuell auf die Bewohnerinnen eingehen können. Nicht codiert, aber sehr wohl zu beobachten war **die sehr freundliche Ansprache seitens der Mitarbeiterinnen**, welches an dieser Stelle unbedingt einmal erwähnt werden sollte.[35]

Da in den Hausgemeinschaften jeweils während des Beobachtungszeitraum keine der wöchentlichen Beschäftigungsangebote stattfanden, kann keine Aussage zu der **Integration von Angehörigen** in diese Aktivitäten, wie es als Zielsetzung des Seniorenzentrums Marie-Anne Clauss formuliert wird, getroffen werden. Beobachtet wurde, dass einzelne Bewohnerinnen Besuch erhielten, sich mit ihren Gästen auch im Aufenthaltsraum aufhielten,

[34] Als positiv ist zu vermerken, dass für keine Person Perioden auftraten, die gleich oder länger als eine halbe Stunde mit minus-ME-Werten verzeichnet wurden. (Im Sinne des DCM-Ansatzes der personenzentrierten Pflege ist ein Verweilen einer Person in solchen Perioden unbedingt zu vermeiden.)

[35] Einschränkend muss gesagt werden, dass ein absoluter Vergleich der Hausgemeinschaften hinsichtlich der Zufriedenheit aufgrund der Daten diese DCM-Beobachtung nicht möglich ist, da keine belastbaren Daten über Krankheitsstadien zur Verfügung standen.

was zu einer aufgelockerten und lebhaften Atmosphäre beitrug, jedoch ohne dass andere Bewohnerinnen daran aktiv teilnahmen.[36]

Die Beobachtungen im Rahmen der Hospitationen[37] und weiterer Besuche ergeben als **Quintessenz eine als „gemischt" einzuschätzende Entwicklung**. Mit der Eröffnung der zweiten beschützenden Hausgemeinschaft konnte für alle Bewohnerinnen im Erdgeschoss die Lebensqualität gesteigert werden. Dieser Prozess wurde im Weiteren signifikant durch den intensiven Einsatz von Mitarbeiterinnen (u.a. der Heiminternen Tagesbetreuung) unterstützt. Unabhängig davon bleiben nach wie vor die engen räumlichen Verhältnisse im Erdgeschoss ein problematischer Aspekt der Einrichtung[38].

Die zum Jahresende 2009 angesichts der großzügigeren räumlichen Voraussetzungen als deutlich positiver einzuschätzende Bewohnerzufriedenheit in den drei oberen Etagen mit den integrativen Hausgemeinschaften konnte so bis zum Studienende im Oktober 2010 anscheinend in dem Maße nicht gehalten werden. Als Ursachen dafür dürften hauptsächlich die erwähnten Faktoren des hohen Personalwechsels, der Probleme hinsichtlich des Funktionierens und der Handlungskompetenzen in einzelnen Teams als auch der mangelnden Strukturen hinsichtlich der Präsenzaufgaben angesehen werden.[39] Wie beschrieben sind hier **in Zukunft durch die ergriffenen Maßnahmen positive Effekte** zu erwarten. Die aktuell umstrukturierten Tätigkeitsbereiche der Heiminternen Tagesbetreuung dürften auch in den offenen Hausgemeinschaften zu einer Verbesserung der Lebensqualität aller Bewohnerinnen beitragen. Als Potential für die gesamte Einrichtung sollten die DCM-Beobachtungen der Verhaltensweisen „Selbstpflege, Arbeit verrichten" usw. betrachtet werden. Sie sind ein wichtiger Hinweis auf Möglichkeiten der individuellen Aktivierung dieser Bewohnerinnen.

Bezüglich der verschiedenen Gruppenangebote und Aktivitäten im Haus, die auch vielfach hausübergreifend angeboten werden, ist von einer hohen Zufriedenheit der Bewohnerinnen auszugehen. Der Literatur- und Gesprächskreis sei „überlaufen", ebenso seien die Mal- und

---

36 Zu berücksichtigen ist, dass die Daten dieser Beobachtung einen zeitlichen Ausschnitt aus dem ge-samten Tagesgeschehen beleuchten. Die jeweiligen Zeiträume in den einzelnen Hausgemeinschaften reichen nicht aus, um Rückschlüsse auf die Aktivitäten aller Bewohnerinnen des Seniorenzentrums MAC und ihres Gefühls des Wohlbefindens zu treffen. Insbesondere wird die Beobachtung der nicht von einer Demenz betroffenen Bewohnerinnen bzw. der mobilen Bewohnerinnen dadurch reduziert, dass diese wesentlich weniger Zeit im Aufenthaltsraum verbringen als die Bewohnerinnen mit dementiellen Veränderungen und von einigen kurzen Gesprächen abgesehen, keinerlei gemeinsame Aktivität zwischen Bewohnerinnen mit und ohne dementieller Erkrankung beobachtet wurde.

Hinsichtlich des Anliegens in den Hausgemeinschaften eine familienähnliche Wohnatmosphäre zu schaffen, ist dies eine Feststellung, die auf ihre Gültigkeit für andere als die beobachteten Zeiträume bzw. für die nicht beobachteten Hausgemeinschaften überprüft werden müsste.

37 Erstmalig Ende 2009.

38 Nähere Ausführungen zu den räumlichen Verhältnissen unter Punkt 4 „Architektur …"

39 Erhellender weise sei hier ein zusammenfassender Gedanke aus den Diskussionen der Projektsteuerungsgruppe Konzept zum Thema „Zufriedenheit der Bewohner" erwähnt: „Zufriedene Bewohner brauchen zufriedene Mitarbeiter…".

Kunstgruppen (durchgeführt von einem externen Kunsttherapeuten) fest ausgebucht wie auch beispielsweise der Sitztanz. Aus externer Sicht dürfte die **Gestaltung vielfältiger** - insbesondere **hausübergreifender** - Gruppenangebote und jahreszeitlicher Feste wie auch Geburtstagsfeiern der Bewohnerinnen **eine Stärke der Einrichtung** sein. Nicht unerwähnt soll in diesem Zusammenhang auch das hausinterne „Cafe MAC“ bleiben, dass für mobile Bewohnerinnen (und deren Angehörige) ein gern und regelmäßig genutzter Ort der Begegnung ist.

5.2. Angehörige

Angesichts der Schwierigkeiten und Turbulenzen der Anfangsphase wurden einrichtungsintern im Herbst 2009 einige Unzufriedenheiten auf Seiten der Angehörigen befürchtet. Diese konnten jedoch beim ersten offiziellen Angehörigentreff Ende November 2009, an dem knapp fünfzig Angehörige teilnahmen, so nicht beobachtet werden. Dies ist auch deswegen bemerkenswert, da die Einrichtungsleitung in der Einladung ausdrücklich „um Kritik gebeten“ hatte. Verschiedene Details in den Abläufen oder in der Organisation wurden von Angehörigen sachlich angesprochen. Die Einrichtungsleitung konnte diese Aspekte dann entweder durch Aufnahme der Anregungen oder durch entsprechende Informationen unkompliziert beilegen. Insgesamt äußerten die Angehörigen **großes Lob für die Mitarbeiterinnen**, deren wahrnehmbare Geduld im Arbeitsalltag und deren große Wertschätzung gegenüber den Bewohnerinnen. Angemerkt wurde von den Angehörigen aber auch, dass „es sichtbar“ sei, dass „es **zu wenig Personal**“ gebe. Desgleichen erfolgte Kritik hinsichtlich der Unruhe, die in den Hausgemeinschaften durch den „vielen Wechsel“ entstehe, so dass weder Bewohnerinnen noch Angehörige sich an vertraute Mitarbeiterinnen gewöhnen könnten oder kontinuierliche Ansprechpartnerinnen hätten.[40]

Hinsichtlich der **Erwartungen und aktuellen Zufriedenheit** der Angehörigen wurde des Weiteren eine Befragung aller Angehörigen[41] im Herbst 2009 initiiert. Der Rücklauf bis Ende Februar 2010 betrug siebenundfünfzig (N=57). Die wichtigsten Ergebnisse aus dieser Befragung werden hier im Folgenden stichpunktartig wiedergegeben:

- **Kundengewinnung:** Die meisten der Angehörigen erfuhren von dem Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss durch die Baustelle und durch „Hörensagen“. Häufig informierten auch Krankenhaussozialdienste sowie verschiedene Beratungsstellen[42] Angehörige zu dem neu eröffneten Haus. Weitere Hinweise erfolgten u.a. durch den „eigenen Wohnort im Quartier“, den Hausarzt, den Tag der offenen Tür der Einrichtung oder einen ambulanten Pflegedienst.

---

[40] Gemeint war damit die Tatsache der hausinternen Personalversetzungen in der bereits beschriebenen Art, dass Mitarbeiterinnen, die in laufenden HGs eingearbeitet waren, in neueröffnete HGs wechselten.

[41] per teilstandardisiertem Fragebogen

[42] im Tätigkeitsfeld der Altenhilfe

- **Hausgemeinschaftskonzept:** Für 63,2% der Befragten stellte das Hausgemeinschaftskonzept ein Kriterium für die Wahl des Seniorenzentrums Marie-Anne Clauss dar. Insgesamt siebenundzwanzig (N=27) Personen (47,4%) verneinten dies. Sie gaben als Entscheidungsgrund für die Wahl der Einrichtung die in der folgenden Abbildung (Abb.10) gezeigten Aspekte an (Mehrfachnennungen möglich).

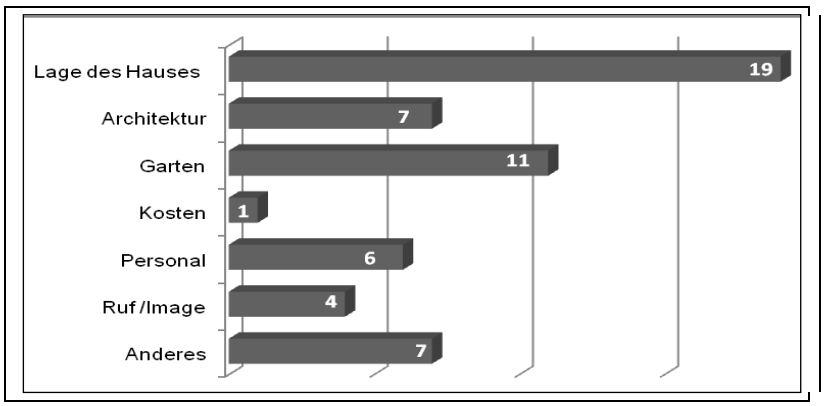

Abb. 10: Erste Angehörigenbefragung - Gründe für Wahl des Hauses[43]

- **Engagement** der Angehörigen für „ihre“ Bewohnerinnen oder/und überhaupt im Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss: 88% der antwortenden Angehörigen würden **keine Verpflichtungen** hinsichtlich ihres Engagements in der Einrichtung eingehen. Hinsichtlich eines unverbindlichen, möglichen Engagements bevorzugen die meisten Angehörigen Tätigkeiten nach ihrer persönlichen Wahl oder machen keine Angabe. Dieser individuelle Ansatz findet Bestätigung in der Haltung der befragten Angehörigen, von denen lediglich elf (N=11) sich ein allgemeines Engagement vorstellen können. Dreiunddreißig (N=33) wollen nur zu „ihrem Bewohner“ Kontakt. Die detaillierten Vorstellungen der elf Personen bezüglich ihres allgemeinen Engagements finden sich im Anhang 2 (des zweiten Berichtsteils).
- **Erwartungen:** Bei den Angehörigen fand sich andererseits **ein hoher Informationsbedarf** vor, insbesondere zum Thema „Demenz“ sowie zum Konzept des Hauses. Weitere Aspekte verdeutlicht die folgende Abbildung 11.

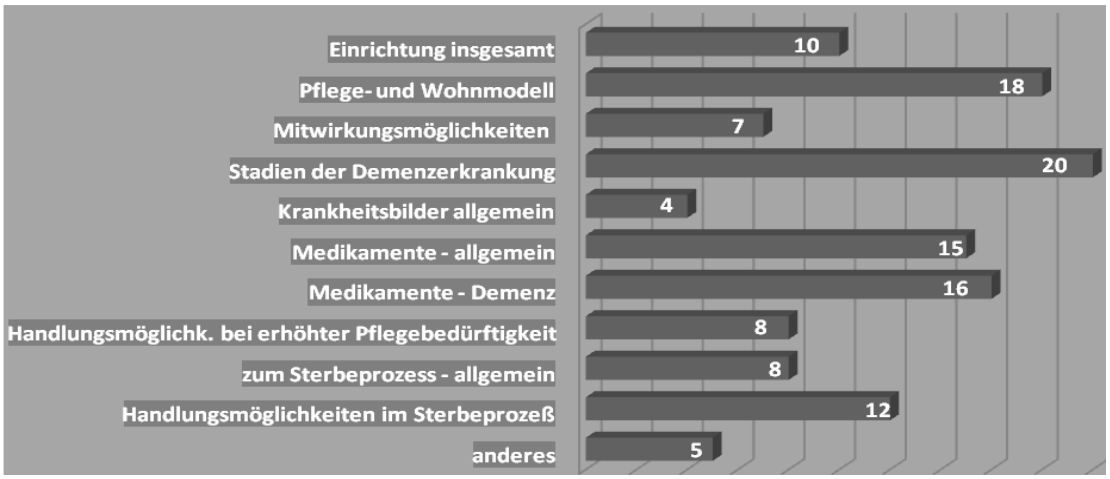

Abb. 11:Erste Angehörigenbefragung - Informationsbedarf - Details

[43] Unter dem Item „Anderes“ nannten die Angehörigen folgende Aspekte:
Einzelzimmer (N=2) / Tiere erlaubt (N=1) / helle Zimmer (N=2) / Beschützende Abteilung (N=2).

Ein großer Teil der Angehörigen suchte des Weiteren eine **„Austauschmöglichkeit“** (N=34).

Hinsichtlich weitergehender gewünschter Entlastungsangebote gaben 63% der Angehörigen (N=36) an, dass sie diesbezüglich keinen Bedarf haben. Vier (N=4) Personen vermissten jedoch Unterstützung durch einen „Besuchsdienst“ oder „Studenten, die mit meiner Mutter spazieren gehen oder schwimmen“.

Kritische Anmerkungen erfolgten hinsichtlich einer beobachteten „Überforderung des Personals“ und das man sich „einen liebevollen, familiären und einfühlsamen Umgang“ wünscht und „keine ‚Satt und Sauber Pflege‘ in Rekordzeit“. Mehrfach merkten Teilnehmende der Befragung an, dass sie sich „einen produktiven Austausch (z.B. bei Problemen und Auffälligkeiten) seitens des Personals gegenüber Angehörigen“ wünschen. Selbstkritisch äußerte eine Befragungsteilnehmerin: „Wir Besucher sollten natürlich auch kooperieren und nicht einfach dazwischen funken.“

Mehrfach äußerten die Befragungsteilnehmer auch eine allgemeine **Anerkennung**: „Ich bin begeistert, auch alle anderen Besucher waren positiv überrascht.“

Im **Sommer/Herbst 2010 erfolgte eine weitere Befragung der Angehörigen** per teilstandardisiertem Fragebogen. Der Rücklauf betrug bis 30.11.2010 N=12.[44] Hinsichtlich ihrer „Entscheidung für das Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss gaben zehn Angehörige (N=10) an, dass ihre Entscheidung „richtig“ gewesen sei. Allerdings meinten nur drei der Befragten (N=3), dass sich ihre Pflegebedürftige eingelebt hätte, sechsmal (N=6) wurde dies verneint: „der Eingewöhnungsprozess habe nicht stattgefunden“. Auf die offene Frage „Wo hätten Sie Unterstützung gebraucht?“ führten die Angehörigen aus, dass

- die „ständig wechselnden Arbeitskräfte/Bezugspersonen“ ein Problem gewesen seien
- „die Mutter viel allein gelassen“ wäre
- sie sich „mehr Transparenz über Dienstzeiten, Abläufe sowie mehr offene Kommunikation“ gewünscht hätten
- die „Abwicklung des Heimaufenthaltes: wer ist für welche Fragen der richtige Ansprechpartner“, besser geregelt sein müsste.

Auch bei der Einschätzung zur Zufriedenheit ihrer Pflegebedürftigen[45] spiegeln sich die Probleme in der Aufbauphase des Seniorenzentrums wieder (vgl. Abbildung 12):

[44] Bei allen folgenden Daten-Angaben wird im Sinne der Lesbarkeit des Berichtes nicht ausdrücklich darauf hingewiesen, wenn die Befragten *keine Angabe* (N=….) zu einem Item gemacht haben.

[45] Die offene Frage lautete: „Wie erleben Sie Ihre Pflegebedürftige?“

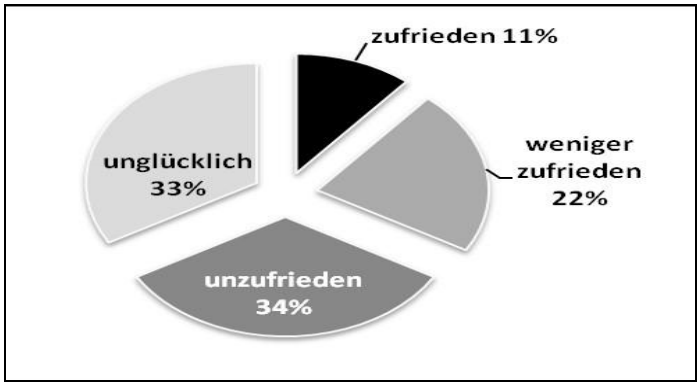

Abb. 12: Zweite Angehörigenbefragung: Erleben der Zufriedenheit ihres Pflegebedürftigen

Es kann vermutet werden, dass sich in der kritischen Einschätzung der Zufriedenheit ihres Pflegebedürftigen auch eine **persönliche Unzufriedenheit oder Unsicherheiten der Angehörigen** wiederfinden[46]. Der bereits in der Anfangsbefragung beobachtete Informationsbedarf der Angehörigen dürfte nach wie vor vorhanden sein. So geben sieben der Befragten (N=7) an, dass für sie „keine Transparenz im Tagesablauf“ bestünde (drei Personen [N=3] bejahen dies) und neun Angehörige (N=9) bemerken, dass ihnen die Dienstpläne von 6.30-21.30 Uhr nicht bekannt seien (das Gegenteil behauptet nur eine Befragte [N=1]).

Festgehalten werden muss jedoch auch, dass die **Angehörigen mit vielen Details der Tagesgestaltung und Versorgung unzufrieden** sind. Die Frage, ob auf „die Individualität und individuelle Bedürfnisse“ der alten Menschen „Rücksicht genommen“ würde, beantworten vier der Befragten (N=4) positiv, drei Angehörige (N=3) verneinen dies ausdrücklich. So seien beispielsweise „Wünsche/Gewohnheiten bei der Intimpflege nicht berücksichtigt“ worden.

Hinsichtlich der Alltagsgestaltung ergibt sich ein ähnliches Bild bezüglich manch offener Wünsche (vgl. folgende Abbildung 13).

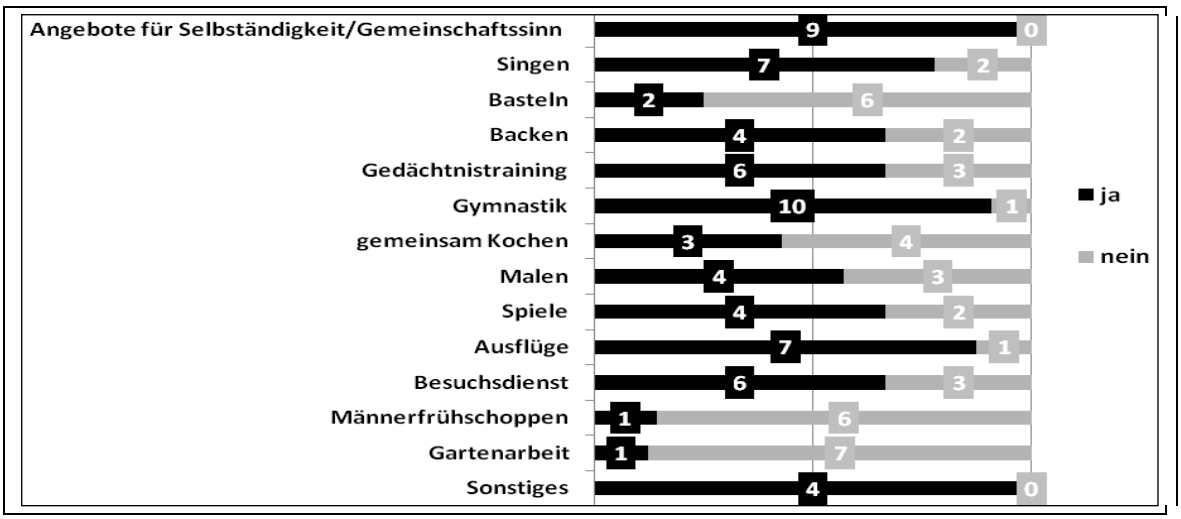

Abb. 13: Zweite Angehörigenbefragung: „Wünschen Sie für die Pflegebedürftigen ……?“

46 Im Sinne einer Projektion oder Übertragung.

Insbesondere die **Essensversorgung** findet in unterschiedlich gestalteten Fragestellungen immer wieder **kritische Erwähnung**. Dies reicht von der pauschalen Angabe„ das Essen muss besser werden“ bis zu detaillierteren Ausführungen beim Thema „individuelle Bedürfnisse“. Folgende Abbildung 14 zeigt, dass acht Angehörige (N=8) der Ansicht sind, dass persönliche Essenswünsche keine Berücksichtigung finden.

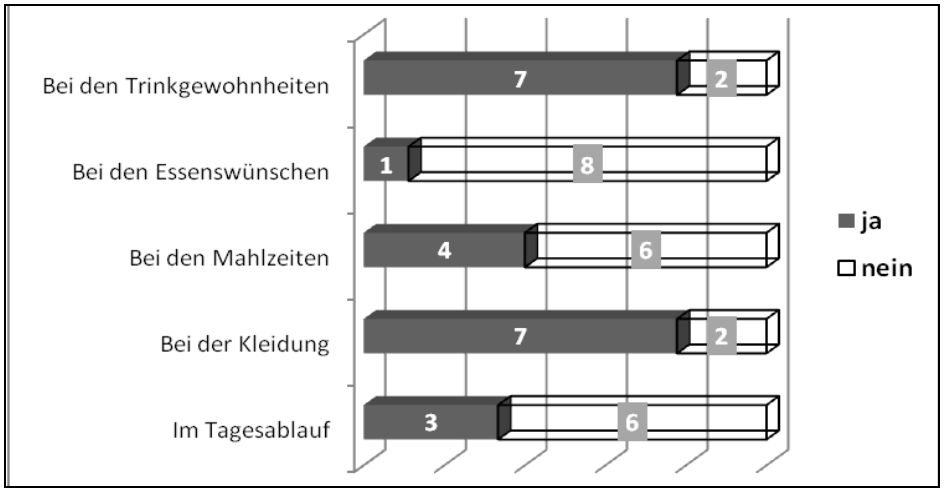

Abb. 14: Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Pflegebedürftigen

Hinsichtlich „der Verpflegung, den Mahlzeiten“ erfolgten auf einer „Zufriedenheitsskala von eins bis zehn“ folgende Angaben (vgl. Tabelle 16):

Wert	Nennungen
10 = “ausgezeichnet“	N = 0
9	N = 0
8	N = 1
7	N = 0
6	N = 1
5 = „befriedigend“	N = 2
4	N = 0
3	N = 4
2	N = 0
1	N = 0
0 = „überhaupt nicht“	N = 0

Tabelle 16: Zufriedenheit mit der Essensversorgung

Für eine **differenzierte Sicht der Gesamtsituation und der Rahmenbedingungen** durch Angehörigen spricht, dass sie ganz überwiegend einen **respektvollen Umgang mit ihren Pflegebedürftigen** wahrnehmen (N=9), positiv die „Achtung der Privatsphäre“ und des persönlichen Eigentums der Pflegebedürftigen einschätzen (jeweils N=8). Elf der Befragten (N=11) sind an „einer Zusammenarbeit mit dem Personal“ interessiert und zehn (N=10) fühlen sich über die Pflegeplanung informiert. Im „Resümee“ finden sich - bei offener Fragestellung - dagegen vielfach kritische Aussagen zu den Rahmenbedingungen, so wird neunmal (N=9) auf die Thematik des „zu wenig und zu häufig wechselndes Personals“ abgehoben. Für „geglückt“ halten die Angehörigen die hauseigene Cafeteria.

6. Freiheitsentziehende Maßnahmen und Bedarfsmedikation

Im indirekten Zusammenhang zum Thema Kundenzufriedenheit steht auch die Anzahl der Freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) und der Gaben von Psychopharmaka.

Im Januar und im September 2010 wurden die Hausgemeinschaften „Donautal“, „Feldberg“, „Bodensee“ und „München“ zum Thema Umgang mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) besucht und überprüft. Bei allen Bewohnerinnen, bei denen FeM angewendet wurden, erfolgte auch eine Betrachtung des Umgangs mit psychopharmakologischer Bedarfsmedikation. Die Erhebung der IST-Situation fand beide Male durch kurze Gespräche[47] mit den jeweils anwesenden Mitarbeiterinnen statt sowie durch die Überprüfung der Pflegeprozessplanung und Dokumentation der betroffenen Bewohnerinnen. Die Besuche waren angekündigt und terminlich vereinbart. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt lag bei der Pflegedienstleitung ein Übersichtsordner über alle Beschlüsse vor, der Grundlage der Auswertung war. Darüber hinaus war ein Evaluationsordner angelegt, der in der Hausgemeinschaft „Donautal“ aufbewahrt wird.[48]

- In der beschützenden Hausgemeinschaft „Donautal“ im Erdgeschoss liegt für alle Bewohnerinnen ein richterlicher Beschluss für die geschlossene Unterbringung vor. Zur Sturzprophylaxe wurden dort für fast alle Bewohnerinnen Niederflurbetten angeschafft. Ein weiterführender richterlicher Beschluss über FeM liegt nur bei einer Person vor (N=1). Es handelt sich dabei um ein Bettgitter sowie um einen Bauchgurt im Bett und am Stuhl.
- In den drei offenen Hausgemeinschaften „München“, „Walchensee“ und „Feldberg“ liegt jeweils ein richterlicher Beschluss (in der Summe N=3) vor.
- Hausgemeinschaften „München“: Bei einer Bewohnerin können die richterlich genehmigten Maßnahmen (Bettgitter, Bauchgurt im Bett und Tisch / Brett / Gurt am Stuhl) durch den Einsatz eines Hilfsmittels reduziert werden.
- Hausgemeinschaft „Walchensee“: Trotz der Anschaffung eines Niederflurbettes kann aktuell auf die richterlich genehmigten Maßnahmen (Bauchgurtes im Bett, ein Bettgitter und einen Gurt am Stuhl) bei einer Person nicht verzichtet werden.
- Hausgemeinschaft „Feldberg“: Für eine Bewohnerin liegt ein richterlicher Beschluss über die Anwendung eines Bettgitters für eine Person vor.

Im Zuge der Auswertung der Pflegedokumentation wurden noch drei Beispiele zum **Umgang mit Bedarfsmedikation** bzw. FeM gesichtet. Wesentliche Erkenntnisse waren zum

[47] Die angespannte Personalsituation auf den Hausgemeinschaften ließ längere Gespräche nicht zu.

[48] Auf eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse beider Erhebungen wird aus Gründen der Lesbarkeit dieses Berichtes an dieser Stelle verzichtet. Die Resultate beider Evaluationen liegen bei der wissenschaftlichen Begleitung und können dort eingesehen werden. Außerdem erfolgte die detaillierte Darstellung der ersten Evaluation im Zwischenbericht.

damaligen Zeitpunkt, dass die Pflegedokumentation hinsichtlich der Fortführung der ärztlichen Therapie, der Verabreichung der Grund- und Bedarfsmedikation sowie der Wirkung ärztlich verordneter Medikamente unvollständig war.

Zusammenfassung und Fazit

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass innerhalb des letzten halben Jahres (Januar - September 2010) eine **positive Entwicklung** stattgefunden hat, die mit dem deutlichen Versuch einer **Strukturierung und Standardisierung** einhergeht.

Diese bezieht sich zum einen auf die Übersicht über die vorhandenen Maßnahmen und deren Verlauf. Dafür sind ein Übersichtsordner über alle Beschlüsse (auch diejenigen, die aktuell ruhen) und ein Evaluationsordner angelegt. In allen Situationen, in denen eine freiheitsentziehende Maßnahme umgesetzt wird, lag der richterliche Beschluss auch vor. Zum anderen wurden auf der Besprechungsebene inzwischen einige Team- und Fallbesprechungen abgehalten sowie turnusgerechte Evaluationen der FeM eingeführt. Diese Veränderung der Prozessqualität zeigte auch bereits Niederschlag in der Ergebnisqualität. So konnten Reduzierungen von FeM eingeleitet und Alternativen dazu aufgebaut werden, die sowohl auf eine Sturzgefährdung als auch auf herausforderndes Verhalten abgestellt waren.

Die **Besprechungskultur im Haus ist also auf einen Weg gebracht**, der eine zeitnahe und zielgerichtete Reflexion und Gestaltung des Umgangs mit FeM und Bedarfsmedikation ermöglicht, wenn diese Entwicklung sowohl quantitativ als auch qualitativ konsequent fortgesetzt wird. D. h. wenn Evaluationen, Team- und Fallbesprechungen regelmäßig und flächendeckend umgesetzt und inhaltlich noch vertieft werden. Erstere fallen teilweise - zumindest den Protokollen nach - (noch) relativ oberflächlich aus.

Die **Verbindung** der Themen FeM und psychopharmakologischer Bedarf **mit** der **Pflegeprozessplanung** ist **inzwischen in weiten Teilen hergestellt**. Schwierigkeiten bereitet teilweise noch die Aktualisierung aller Unterlagen bei Veränderungen bzw. deren grundsätzlicher Abgleich, was sicherlich auch dem langwierigen Prozess der Überarbeitung und Neuerstellung der neuen Pflegeprozessplanungen geschuldet sein mag. In zwei Fällen waren wesentliche Veränderungen (Absetzung der Bedarfsmedikation und Abschaffung des Bettgitters mittags) nicht in allen relevanten Unterlagen eingetragen. Dies kann Irritationen auslösen und im schlimmsten Fall zu Fehlhandlungen führen.

Die **Dokumentation der Anwendung von FeM ist überwiegend vollständig** und einzelne Auslassungen sind eher als Flüchtigkeitsfehler denn als Strukturschwäche zu betrachten.

Was die **Maßnahmen** betrifft, die im Rahmen der Problemstellungen angeboten werden, die die eigentliche FeM oder die Gabe einer Bedarfsmedikation auslösen oder diese verhindern sollen, kann **kein konkreter Eindruck** gewonnen werden. Die Dokumentation ist hierbei in fast allen erfassten Fällen eher unspezifisch und eine wirklich personenbezogene

Maßnahmenplanung lässt sich nicht nachvollziehen. Insbesondere die bei mehreren Personen eingeplante 10-Minuten-Aktivierung wird nicht mit individuellen Vorschlägen, Inhalten oder biographischen Ankerpunkten verknüpft.

Auf die Unmöglichkeit, die verordnete und angewandte psychopharmakologische Grund- und Bedarfsmedikation hinsichtlich ihrer Verhältnismäßigkeit zu überprüfen, wurde bereits im Zwischenbericht hingewiesen. Insgesamt liegen bei acht Fallbeispielen drei verordnete psychopharmakologische Bedarfsmedikationen vor. In einem Fall von besonders schwierigem herausforderndem Verhalten konnte der Bedarf - zeitgleich mit einer deutlichen Verringerung der FeM - abgesetzt werden, was als großer Erfolg zu werten ist.
An der hinterlegten Indikation der verordneten Bedarfsmedikation hat sich im Wesentlichen nichts verändert, so entsprechen die Indikationen den üblichen Formulierungen, die von Ärztinnen benutzt werden, also häufig „(nächtliche) Unruhe“ oder „Aggression“, mit entsprechendem interpretatorischem Spielraum. Insofern ist eine höhere Konkretion bei der Indikationsstellung nach wie vor wünschenswert, was jedoch primär in der Zuständigkeit der behandelnden Ärzteschaftaft liegt. In einem Fall zeigte sich jedoch ein äußerst problematischer Umgang mit der Bedarfsmedikation, bei dem die Anwendung deutlich der Indikationsstellung der Verordnung widersprach. Es ist anzuraten, den Umgang mit psychopharmakologischer Bedarfsmedikation hausintern und in Zusammenarbeit mit den zuständigen Ärztinnen zu überprüfen.
Prophylaktische Maßnahmen und Alternativen bei Menschen mit **Sturzgefährdung** erfolgen durch Anti-Rutsch-Socken, Trochanterhosen, Versorgung mit festen Schuhen und Niederflurbetten, wovon im letzten halben Jahr weitere angeschafft wurden und scheint **erfolgreich** weitere freiheitsentziehende Maßnahmen zu verhindern.

7. Pflegeprozessplanung

Im **Februar/März 2010 sowie im August 2010** wurden stichprobenhaft Pflegeprozessplanungen in den Hausgemeinschaften „Donautal“, „Feldberg“, „Walchensee“ und „München“ evaluiert. Die Besuche waren jeweils terminlich vereinbart. Zum ersten Erhebungszeitpunkt Anfang 2010 fand darüber hinaus ein Gespräch mit der Einrichtungsleitung und einer Pflegefachkraft statt. Beide Male waren die Stichproben in zwei Hausgemeinschaften durch die Mitarbeiterinnen, in zwei weiteren Hausgemeinschaften durch die wissenschaftliche Begleitung ausgewählt.
Die Pflegedokumentation findet über das Produkt der Firma GODO[49] statt. Zum Betriebsbeginn des Seniorenzentrums Marie-Anne Clauss bestand noch eine andere Systematik, ca. seit Jahresbeginn 2010 ist die neue Pflegeplanung- und dokumentation der

[49] GODO Systems GmbH

Firma GODO - ebenfalls in Papierform - für die Einrichtung vereinbart. Schulungen über die Firma GODO sowie eine Fortbildung zur Pflegeprozessplanung über aufschwungalt fanden bereits statt. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt waren die Pflegeplanungen in das neue System umgeschrieben.

Fokus der Begutachtung waren konzeptionelle Aussagen des Seniorenzentrums Marie-Anne Clauss selbst, die in direktem Zusammenhang mit der Pflegeprozessplanung gesehen werden können. Sie untergliedern sich in folgende Aspekte:

1. Aussagen über die Anwendung und den Umgang mit bestimmten Instrumenten bzw. Verfahren
   - „spezielles Einzugs-Assessment durch die Pflegeüberleitungskraft“
   - „die Biografiearbeit wird ständig erweitert“
2. in methodische Ansätze bezüglich der direkten Arbeit mit den demenzkranken bzw. pflegebedürftigen Menschen
   - „dass die Behandlungspflege bei Ablehnung zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal angeboten wird, bzw. bei Verweigerung auch darauf verzichtet wird“
   - „Pflege, Leben und Wohnen sind miteinander verknüpft, die Pflege tritt in den Hintergrund“
   - Aktivierung und Förderung
   - Einbezug der Familie und der Angehörigen
   - Bezugsbetreuung und Bezugspflege
   - „Die Präsenzkraft versetzt die Menschen in die Lage, ihren Alltag selbst zu gestalten und orientiert sich an ihrer Biografie.“
   - Selbstbestimmung beim Aufstehen und Zubettgehen, Vorlieben bei der Wahl der Bekleidung, bei den Mahlzeiten und bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten
   - „Auswirkungen der Demenz auf den Lebensalltag können nur beurteilt werden, wenn erhaltene Fähigkeiten und förderfähiges Leistungspotential Berücksichtigung findet“
3. in Angebote
   - „Mit Aktivierungsmaßnahmen wird nach dem Einzug langsam begonnen (Bewohnerinnen Reaktion, Fähigkeiten / Fertigkeiten, Bewohner-Akzeptanz)“
   - Als Aktivierungsmaßnahmen sind regelmäßige Angebote von max. 30 Min. vorgesehen
   - Nutzung der Außenanlage.

Die Evaluierung erfolgte unter dem Gesichtspunkt, Ziele, Maßnahmen und Methoden - die mit oben genannten Aussagen in Verbindung stehen - zu eruieren. Auch hier wird auf eine detaillierte, fallbezogene Darstellung der evaluierten Ergebnisse zu den o.g. Aspekten (Instrumente, Methoden, Angebote) verzichtet.[50]

[50] Diese liegen vor und sind ebenfalls bei der wissenschaftlichen Begleitung einsehbar.

Zusammenfassend ergibt sich folgendes Bild[51]:

Zum ersten Erhebungszeitpunkt war die Nutzung der **Außenanlage** in der Pflegeprozessplanung in allen Pflegeprozessplanungen kein Thema, was sicherlich jahreszeitlich bedingt war. Im August 2010 wurde die Nutzung der Außenanlage in einer Stichprobe (N=1) thematisiert und stellte dort ein Stück Lebensqualität für die Bewohnerin dar. Die exemplarische Evaluation des Umgangs mit Instrumenten und Verfahren zeigt zu beiden Erhebungszeitpunkten, dass das **Einzugsassessment** - so es sich vom regulären Überleitbogen unterscheiden soll - in keiner der vier Stichproben vorlag. Im August 2010 wurde bei weiteren drei von vier Stichproben (N=3 von N=4) auch kein Biographiebogen vorgefunden (N=2 im Februar/März 2010). Zu jenem ersten Erhebungszeitpunkt wurde ein vorgefundener Biographiebogen augenscheinlich von den Angehörigen ausgefüllt (relativ ausführlich und mit vielen Informationen mit Alltagsrelevanz). Ergänzungen innerhalb des Zeitraumes, in dem die Bewohnerin in der Einrichtung wohnte[52], waren damals nicht ersichtlich. Die **gerontopsychiatrische Einschätzung des Pflegebedarfs** war zu beiden Erhebungszeitpunkten in allen vier Fällen erhoben und weitgehend ausgefüllt, auch mit sehr dezidierten und aussagekräftigen Beschreibungen; die Verbindung zur Pflegeprozessplanung dabei nicht immer gelungen. Hinsichtlich des methodischen Ansatzes in der direkten Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen ergab die Evaluation, dass zum zweiten Erhebungszeitpunkt bei allen vier Stichproben **keine Angaben zur Bezugspflege/-betreuung** in der gesamten Pflegeprozessplanung (inklusive Stammblatt) zu finden waren (erste Erhebung: N=3).
Konkrete **Ziele**, die mit Aktivierung und Förderung in direkter Verbindung stehen, ließen sich kaum in den Pflegeprozessplanungen finden. Lediglich im Februar/März 2010 war eine differenzierte Darstellung (und mit Maßnahmen aufbereitet) anzutreffen. Zu jenem Zeitpunkt fiel in einem anderen Fall auf, dass im Maßnahmenteil Methoden beschrieben waren, die sich nicht in den Zielen wiederfanden, jedoch individuell und geeignet erschienen. Dass sich die Gestaltung der Pflegeprozessplanung im Seniorenzentrum in positiver Entwicklung befindet, kann aus einem Evaluationsergebnis der zweiten Erhebung erwartet werden: dort waren dann „Ansätze der Aktivierenden Pflege“ erkennbar, in einer Stichprobe „Mobilisierung“ als Aktivierungsthema, in zwei Stichproben Ziele und Maßnahmen zum Thema Orientierungshilfen.

Vorgesehen durch die Systematik von GODO ist die Pflegeplanung im Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss so aufgebaut, dass die Maßnahmen der Planung Bestandteil der

---

[51] Im Zuge der Auswertung der Pflegeprozessplanung nach den eingangs dargestellten Kriterien war gleichzeitig ein Einblick in deren Prozesshaftigkeit und Evaluation möglich, der an dieser Stelle ergänzend reflektiert werden kann.
[52] zumindest fünf Monate

Tagesstruktur sein sollen. Dieser Aufteilung ist noch ungewohnt[53], wird jedoch von den jeweiligen Erstellerinnen inzwischen besser angenommen und umgesetzt. Jedoch sind in der Beschreibung der Tagesstruktur nach wie vor genaue Anleitungen für Kernprozesse wie beispielsweise die Waschsituation oder Abläufe im Rahmen der Tagesstruktur abgebildet. Maßnahmen, die mit den Problemen und Zielsetzungen der Pflegeplanung (Blatt Nr. 1072) direkt in Verbindung stehen, finden sich weiterhin selten. Zur ersten Erhebung wurde in einzelnen Stichproben das Ergänzungsblatt für Methoden (Blatt 1023) verwendet. Dabei war zu erkennen, dass es für die Mitarbeiterinnen die methodische Umsetzung der Ziele vereinfachen könnte. Bei den letzten Stichproben war dieses Blatt nicht Einsatz. Im Sinne einer übersichtlichen und klaren Organisation der Aufzeichnungen ist **ein einheitliches Vorgehen anzuraten**.

Was die Angebote betrifft, so spiegelt sich hier die wenig ausgeprägte Zielsetzung im Bereich Aktivierung und Förderung wider. **Konkrete Beschäftigungseinheiten** im Sinne eines regelmäßigen und zeitlich klar definierten Angebotes sind über die Unterlagen nicht ersichtlich.[54] Die Dokumentation von Reaktionen auf die Angebote als auch hinsichtlich deren Akzeptanz fehlte überwiegend. Ein im Rahmen der Systematik von GODO vorgegebener Platz für diesbezügliche Dokumentationen ist das Blatt „Tagesstrukturierende Angebote“ (Blatt 1012). Hier können rückseitig unter der Rubrik „Bemerkungen zur Planung“ Beobachtungen eingetragen werden. Diese Möglichkeit wurde bei keiner der Stichproben genutzt, ebenso wenig der Pflegebericht (als weiterer Ort um Reaktionen und Wirkungen aufzuzeichnen). Hinzu kommt noch, dass die wenigen Dokumentationen zu dem Thema aufzeigen, dass nicht ausreichend Bewusstheit darüber besteht, dass die Eintragungen - so sie entsprechende Informationen übermitteln - eine Auswertung ermöglichen. So sind die **Dokumentationen im Berichteblatt teilweise wenig aussagekräftig**.

Insgesamt fiel auf, dass der **Umgang mit der Prozesshaftigkeit**, d. h. dem Ineinandergreifen der einzelnen Elemente der Pflegeprozessplanung, **Schwierigkeiten** bereitet und diese deshalb teilweise unverbunden nebeneinander stehen. Konkret zeigt sich dies daran, dass Inhalte der gerontopsychiatrischen Erhebung des Pflegebedarfs teilweise nicht mit den Inhalten der Planung in Zielsetzung und Maßnahmengestaltung verbunden sind und neue Erkenntnisse nicht entsprechend über diese Elemente eingebracht werden. Damit ist vorprogrammiert, dass sich der Prozesskreislauf nicht schließen kann.

Daneben muss auch grundsätzlich festgehalten werden, dass - so positiv sich anscheinend entwickelnden Handlungskompetenzen bezüglich der Pflegeplanung und -dokumentation annehmen lassen - der **konzeptionelle Anspruch**, dass „Pflege, Leben und Wohnen miteinander verknüpft“ sein sollen und die Pflege im Hintergrund stehe, zumeist an den Stichtagserhebungen aus den Pflegeprozessplanungen **nicht hervorgeht**.

---

[53] Wie auch zum ersten Erhebungszeitpunkt

[54] Anzunehmen ist zudem, dass die Einsatzplanung und Personalsituation des letzten Halbjahres daran auch einen erheblichen Anteil haben dürfte.

8. Dienstplangestaltung

Neben der Gestaltung der Pflege- und Betreuungsplanung hat diese Komponente eine weitere entscheidende Bedeutung für eine gelingende Umsetzung des Hausgemeinschaftskonzeptes. Betrachtet werden u.a. Schnittstellenprobleme, Umsetzung der Kernprozesse, Überschneidungen bzw. Leerlaufprozesse. Zwischen **Januar 2010 und Anfang März 2010** wurden die (Tages-)Dienstpläne der beschützenden Hausgemeinschaften „Isartal“ und „Donautal“ im Erdgeschoss sowie der Hausgemeinschaften „München“, „Stuttgart“ und „Passau“ in der ersten Etage für den Monat Februar ausgewertet. Herangezogen wurden dazu im ersten Obergeschoss zwei Dienstpläne: zum einen der, wie er zum Planungsbeginn am ca. 24. des Vormonats erstellt war, zum anderen der endgültig angepasste Dienstplan nach Monatsende. Im Erdgeschoss wurde ausschließlich der abgeschlossene Dienstplan verwendet. Im **August 2010** wurden erneut die (Tages-)Dienstpläne der o.g. Hausgemeinschaften für selbigen Monat ausgewertet. Herangezogen wurden dazu die Dienstpläne vom 24. des Vormonats, so wie sie also geplant wurden.

Die Dienstpläne werden von den Bereichsleitungen auf dem Papierformular der Firma GODO erstellt und von der Pflegedienstleitung abgezeichnet (sachlich richtig, geprüft , freigegeben??). Für die einzelnen Zeiten werden Kürzel verwendet, unterschieden in Zeitarten jeweils für Pflegekräfte und Präsenzkräfte, diese sind in einer Legende erklärt. Die Dienstpläne weisen Fortbildung, krank, Überstunden-frei, Urlaub und frei aus, sowie die Profession der einzelnen Mitarbeiterinnen.

Sowohl für die Pflegekräfte als auch für die Präsenzkräfte sind mehrere differenzierte Zeitarten für eine flexible Dienstplangestaltung, darunter auch jeweils geteilter Dienst vorgegeben. Außerdem werden - über diese Vorgabe hinaus - bei Bedarf weitere Zeiten direkt per Uhrzeit eingetragen. Die Dienstpläne decken die Zeit zwischen 6:30 - 21:30 Uhr ab. Der Nachtdienst wir gesondert geplant und doukmentiert?

Die Dienstpläne sind nicht pro Bereich erstellt, sondern stockwerkbezogen, d. h. sie sind im Erdgeschoss für zwei und im ersten Obergeschoss für drei Bereiche gültig. **Aus den Plänen selbst geht nicht hervor, wer wann wo arbeitet.** Die Mitarbeiterinnen teilen sich bei Schichtbeginn nach wie vor durch kurze Absprache selbst organisatorisch auf die Bereiche auf. Pflege und Präsenzkräfte sind auf zwei Blättern dargestellt, lediglich im Erdgeschoss finden sie auf einem (N=1) Planungsblatt Platz.

Ausgewertet wurden die Dienstpläne unter folgenden Fragestellungen:

- Wie ist die quantitative Besetzung über den Tagesverlauf hinweg?
- Wie teilt sie sich in Pflege und Präsenzkräfte auf?
- In welchem Verhältnis stehen Pflege und Präsenz?

Die Auswertung erfolgte pro Stockwerk.

Da das Anliegen der Studie, zu der hier der Abschlussbericht vorgelegt wird, eine Evaluation und Beschreibung der Umsetzung des Hausgemeinschaftsprinzips ist, wird auf eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse zur Dienstplangestaltung verzichtet. Grund dafür sind die - bereits unter Punkt 2.3. und insbesondere 2.4. „Verhältnis und Rollenverständnis von Pflege, Präsenzkraft und Hauswirtschaft“ - dargelegten Umstände, dass die Realisierung der Hausgemeinschaftskonzeption im Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss sich noch in der Anfangsphase befindet. Auf Grundlage der Arbeit der erwähnten Projektsteuerungsgruppe „Konzept“ wurde erstmalig im Oktober 2010 für die Hausgemeinschaften in der ersten Etage versucht, modellhaft einen Dienst- und Einsatzplan - der dem Hausgemeinschaftsprinzip gerecht wird - umzusetzen. Die Erhebungen im Rahmen der Studie bilden dagegen noch ein Vorgehen nach dem Prinzip einer Einrichtung der dritten Generation bzw. analog der ebenfalls erwähnten - zurückhaltenden - Konzeptionen unstrukturierte Versuche einer Umsetzung des Präsenzkraft-Prinzips.[55]

Zur Belegung dieser Aussage seien im Folgenden beispielhaft ausgewählte Ergebnisse der Evaluation zur Dienstplangestaltung bis zum Zeitpunkt Ende August 2010 vorgestellt.

Beschützende Hausgemeinschaften „Donautal“ und „Isartal“ im Erdgeschoss

Die Besetzung der beiden beschützenden Bereiche zeigt ein relativ gleichbleibendes Muster der Personalbesetzung auf (vgl. folgende Tabelle 17):

Zeit	Besetzung Pflegekräfte	Besetzung Präsenzkräfte	Kommentar (im Vergleich zur Ersterhebung)
6:30 - 7:30 Uhr	∅ 2,65	∅ 0,00	Steigerung Pflegekräfte
7:30 - ca. 13:00 Uhr	∅ 2,65	∅ 0,06	Reduzierung Präsenz zu Februar
13:30 - 17:30 Uhr		∅ 0,00	**„Tiefstand“ Präsenzkräfte** wie im Februar und noch verringert
13:00 - 15:00 Uhr	∅ 4,87		„Tageshoch“ Pflegebesetzung wie im Februar und noch gesteigert
15:30 - 21:30 Uhr	∅ 2,23		
17:30 - 20:00 Uhr		∅ 0,32	
20:00 -21:30 Uhr		∅ 0,00	

Tabelle 17: Personalbesetzung der Hausgemeinschaften im Erdgeschoss (August 2010)

Der Präsenzdienst beginnt inzwischen ausschließlich ab 7:30 Uhr, ist am Vormittag nur marginal besetzt und hat nach wie vor seinen Schwerpunkt in der Abendzeit von 17:30 bis 20:00 Uhr, wobei im Vergleich zum Februar die Präsenz jetzt nur mehr 1/7 statt ¼ der Pflegestellen ausmacht. Was konkret bedeutet, dass statt wie im Februar an zehn Tagen

[55] Es ist zu empfehlen, die Umsetzung des Hausgemeinschaftsprinzips - sowohl konzeptionell, pflegefachlich als auch betriebswirtschaftlich - im Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss im Jahre 2012 (nach Verstreichen einer ausreichenden Implementierungsphase der Ergebnisse der Steuerungsprozesse und der Handlungsempfehlungen) erneut zu evaluieren.

nunmehr an 20 Tagen für die beiden beschützenden Hausgemeinschaften im Erdgeschoss gar keine Präsenzkräfte mehr eingeteilt sind (vgl. auch Abbildung 15).

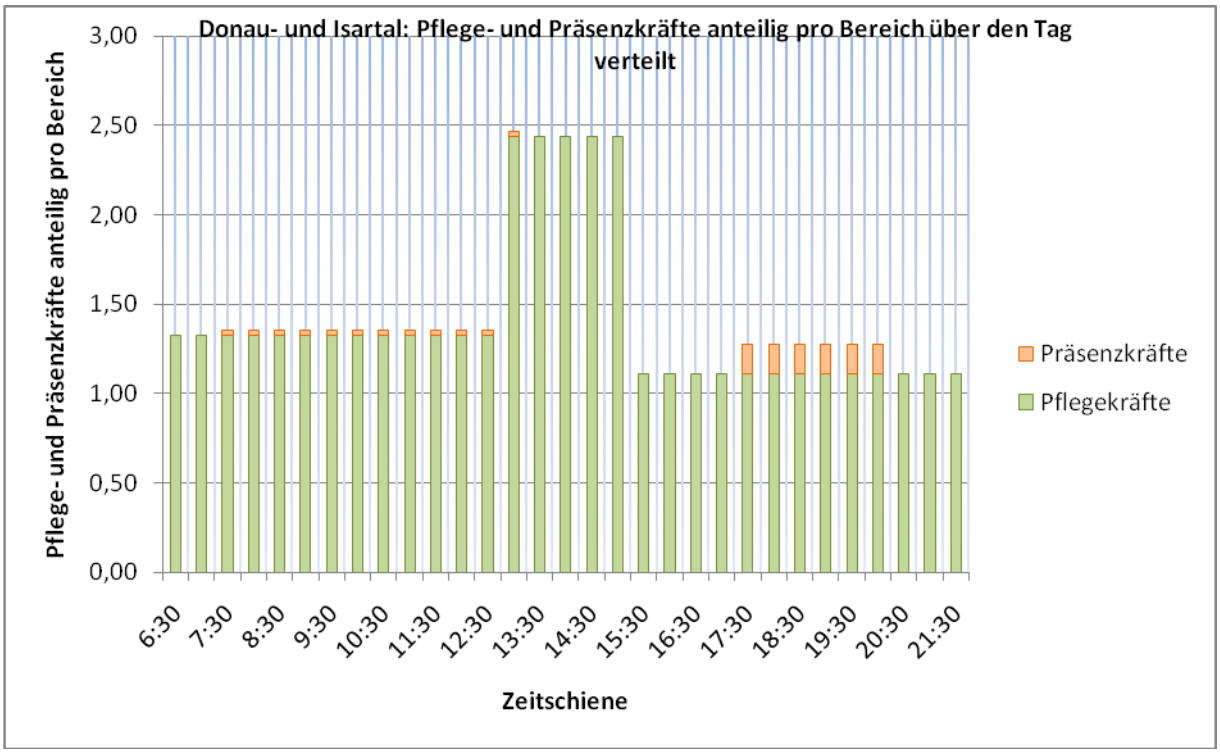

Abb. 15: Verteilung der Berufsgruppen in den Hausgemeinschaften im (Dienstplan August 2010)

Hausgemeinschaften der ersten Etage „München“, „Stuttgart“ und „Passau“

In diesen Bereichen sind die Präsenzkräfte ab 7:00 Uhr eingesetzt, danach zeigt sich die Aufteilung wie in folgender Tabelle 18 dargestellt:

Zeit	Besetzung Pflegekräfte	Besetzung Präsenzkräfte	Kommentar (im Vergleich zur Ersterhebung)
6:30 - 12:30 Uhr	3,00	1,23	
12:30 – 15:00Uhr	∅ 4,90	∅ 2,03	Die Pflege ist im Vergleich zum Februa (∅ 3,72) deutlich besser ausgestattet.[5]
11:30 - 14:00 Uhr		2,19	Das „Tageshoch“ der Präsenz vom Februar (∅ 2,82) ist zum August deutlic gefallen
15:30-21:00 Uhr	2,06	ca. 0,97 bis 20.00 Uhr	Im Vergleich zum Februar ist die Präsenz in dieser Zeit fast halbiert worden.

Tabelle 18: Personalbesetzung der Hausgemeinschaften im ersten Obergeschoss (August 2010)

Auch zeigt sich die berufsgruppenbezogene Personalbesetzung in den Hausgemeinschaften der ersten Etage etwas ausgeglichener als im Erdgeschoss (vgl. Abbildung 16):

[56] Insgesamt zeigt sich hier die Besetzung nicht so homogen wie im Erdgeschoß.

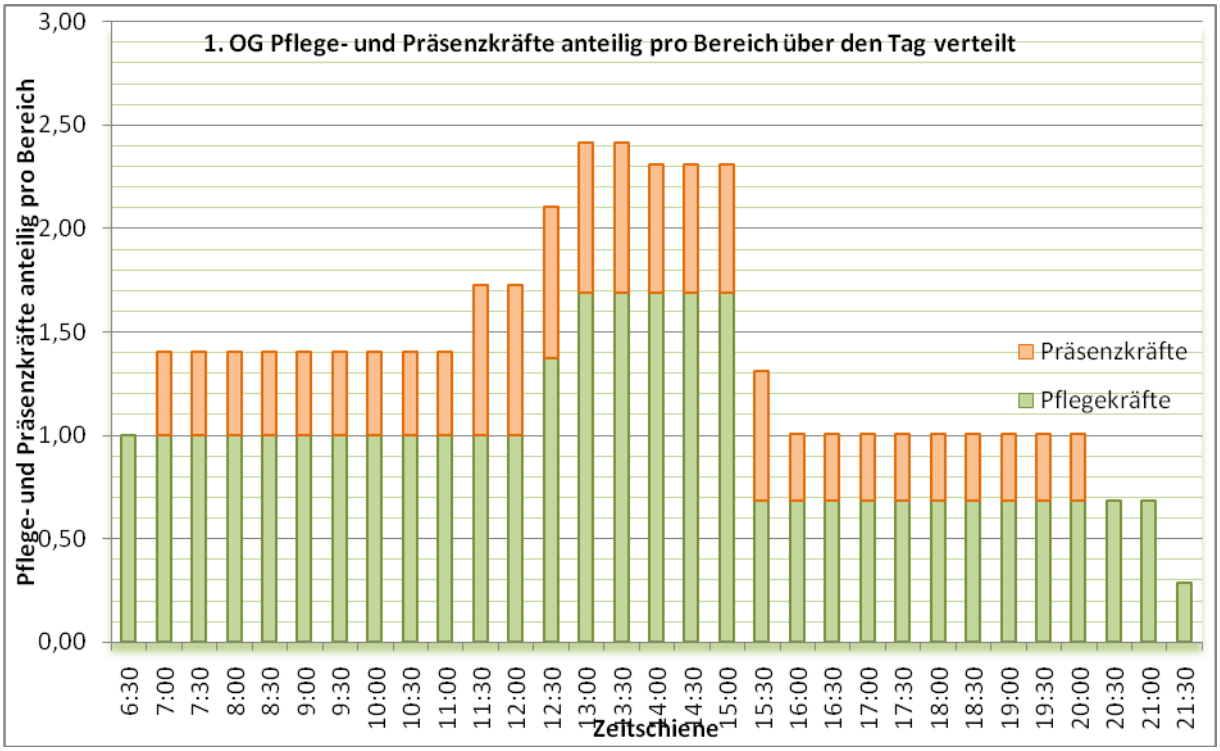

Abb. 16: Verteilung der Berufsgruppen in den Hausgemeinschaften der ersten Etage (Dienstplan August 2010)

Die Spitzenbesetzung der Präsenzmitarbeiterinnen in der Zeit ab 11:00 Uhr (kurzzeitig) sowie insgesamt zwischen 11.30 und 14.00 Uhr steht vermutlich einerseits mit der Vorbereitung des Mittagessens (teilweise Abholen von Essenkomponenten aus der Zentralküche sowie Bedienung der Herde der Hausgemeinschaften) sowie andererseits dann mit dem Mittagessen der Bewohnerinnen und den anschließenden Aufräumarbeiten zusammen. Etwas offen bleibt die Frage zu den Tätigkeiten der Präsenzkräfte in diesem Zeitraum, da doch ein großer Teil der Bewohnerinnen (außer im Erdgeschoss) noch selbständig essen kann und zumindest im Rahmen der Hospitationen vor Ort zu beobachten war, dass die Bewohnerinnen an vorbereitenden Ritualen (z.B. Tischdecken), Essenausteilen oder anderen Aktivitäten im Zusammenhang mit der Hauptmahlzeit beteiligt wurden. Desgleichen konnte auch nicht beobachtet werden, dass die (Präsenz-)Mitarbeiterinnen sich als „Gesellschafterinnen bei Tisch“ verstanden.

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass auch die derzeitige **Besetzung scheinbar noch kein bereichsbezogenes Arbeiten ermöglicht**. Hier ist kein ergänzendes stockwerkübergreifendes Arbeiten im Sinne von Synergien zu erkennen, sondern ein **übergreifendes Arbeiten aus Gründen der Besetzungsproblematik**.

Allein schon quantitativ spielt der Einsatz der Präsenzkräfte insgesamt eine untergeordnete Rolle. **Problematisch erscheint auch der Einsatz der Präsenzmitarbeiterinnen im Vergleich der beiden Stockwerke.** Die Ergebnisse eines über mehrere Zeitpunkte im Tagesverlauf dokumentierten Abgleichs werden in folgenden Tabelle 19 und 20 dargestellt. (Dabei sind die - jeweils oberhalb - kleiner dargestellten Zahlen Daten aus der Erhebung

vom Februar). Wie auch in den vorigen Abbildungen 15 und 16 bildet die Grundlage der Darstellung die **durchschnittliche Mitarbeiter-Anwesenheit über den Gesamtmonat** hinweg, die dann auf die einzelnen Hausgemeinschaften herunter gerechnet wurde.[57]

		8.00 Uhr	11.00 Uhr	13.00 Uhr	15.00 Uhr	17.00 Uhr	19.00 Uhr
Pflege	**1. OG**	0,98 **1,00**	0,96 **1,00**	1,38 **1,69**	1,26 **1,69**	0,69 **0,69**	0,69 **0,69**
	EG	1,36 **1,32**	1,36 **1,32**	2,36 **2,44**	2,27 **2,44**	1,14 **1,11**	1,14 **1,11**
Präsenz	**1. OG**	0,68 **0,41**	0,68 **0,41**	0,88 **0,73**	0,70 **0,62**	0,68 **0,32**	0,68 **0,32**
	EG	0,16 **0,03**	0,16 **0,03**	0,16 **0,03**	0,14 **0,00**	0,14 **0,00**	0,29 **0,16**

Tabelle 19**:** durchschnittliche Mitarbeiteranwesenheit im Monat August 2010 im Erdgeschoss und ersten Obergeschoss

		8.00 Uhr	11.00 Uhr	13.00 Uhr	15.00 Uhr	17.00 Uhr	19.00 Uhr
Veränderung im Gesamtvolumen	**1. OG**	1,66 **1,41**	1,66 **1,41**	2,26 **2,42**	1,96 **2,01**	1,37 **1,01**	1,37 **1,01**
	+ / -	**-0,25**	**- 0,25**	**+ 0,44**	**+ 0,05**	**- 0,36**	**- 0,36**
	EG	1,52 **1,35**	1,52 **1,35**	2,52 **2,47**	2,41 **2,44**	1,28 **1,11**	1,43 **1,27**
	+ / -	**- 0,17**	**- 0,17**	**- 0,05**	**+ 0,03**	**- 0,17**	**- 0,16**

Tabelle 20: Mitarbeiteranwesenheit - Veränderung im Gesamtvolumen zwischen erstem und zweitem Erhebungszeitpunkt

Insgesamt ist die Besetzung relativ ausgewogen im Stockwerks- und Hausgemeinschaftsvergleich. Was jedoch dabei sehr deutlich auffällt ist, dass die **Ausstattung mit Präsenzkräften massiv reduziert ist. Ganz besonders in den beschützenden Bereichen in denen sie bereits vorher so gering ausfiel, dass sie konzeptionell und praktisch keine tragende Rolle spielen konnte, ist sie nun fast auf den Nullwert heruntergefahren.**

Ebenso wird klar, dass es - den erhobenen Daten zufolge - vermutlich nicht wirklich gelungen ist, eine quantitative Verbesserung der Personalausstattung zu erreichen. Möglicherweise ergibt sich durch die Urlaubszeit im August eine kleine Verzerrung, dennoch kann festgestellt werden, dass über Pflege und Präsenz hinweg im August eher noch eine schlechtere Besetzung als noch im Februar gegeben war.

[57] Insofern ist bei diesem Vergleich die unterschiedliche Anzahl der Hausgemeinschaften auf den beiden Stockwerken unerheblich.

Sowohl durch diese vergleichende Aufstellung als auch über die Zeitschienen-Diagramme stellen sich **weitere konzeptionelle und organisatorische Fragen**:

- Ist dieser Personaleinsatz und der Umgang bzw. Abbau von Präsenzkräften bewusst geplant, um vorrangig und aktuell die Pflegequalität sicherstellen zu können?
- Ist es eher ein - der Anfangssituation geschuldeter - Mangel in der Arbeitsorganisation?
- Ergibt sich die Situation ganz allgemein aus einer Besetzungs- bzw. Personalfindungsproblematik?

Wie verschiedentlich in diesem Bericht schon angeklungen ist und auch im Weiteren noch dargestellt werden wird, steht hier die Einrichtungsleitung mit ihrem Kernteam vor zeitnah zu bewältigenden Aufgaben hinsichtlich der Strukturierung und Ablauforganisation.

9. Vergleich integrative und segregative (Demenz-)Hausgemeinschaften

Eine grundlegende, vergleichende Betrachtung der beiden Ansätze findet sich in Anhang 3 (für den Berichtsteil 2). Als **Fazit zur aktuellen Situation im Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss lässt sich** folgendes formulieren:

Eine bedürfnisorientierte Versorgung von Bewohnerinnen mit einer Demenz stellt eine große Herausforderung dar, die nur mit einer guten Teamarbeit aller Beteiligten zu erfolgreichen Handlungen und Lösungen führen kann. Eine stationäre Pflegeeinrichtung, in der die Demenzerkrankten zusammen mit den körperlich Pflegebedürftigen - ohne eine besondere Konzeption - nur mitversorgt werden, steht einer Verbesserung der Betreuung dementiell Erkrankter im Weg. Ob die Betreuung nach dem integrativen- oder nach dem segregativen Konzept sinnvoller ist, ist unserer Ansicht nach in jedem Einzelfall neu zu überprüfen.

Jede Demenzkranke ist als Individuum mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen zu sehen, d.h. es gibt kein Einheitskonzept für die Betreuung von Dementen. Vielmehr **sollten differenzierte und bedürfnisorientierte Konzepte realisiert werden, wobei die Grenzen zwischen der segregativen und der integrativen Betreuungsform fließend gestaltet** werden sollten.

Die Hausgemeinschaften des Seniorenzentrums Marie-Anne Clauss verfolgen bis auf die Ausnahme der beschützenden Bereiche im Erdgeschoss ausdrücklich den integrativen Ansatz. Damit hat die Einrichtung diese Herausforderung: "Für jede Bewohnerin einen für sie passenden Wohn- und Lebensort zu finden“, angenommen.

Zu Ende der wissenschaftlichen Begleitung im **Herbst 2010** war zu beobachten, dass die **Leitungsebene ein Bewusstsein** erkennen ließ, dass sowohl Mitarbeiterinnen entsprechend gesucht (bzw. eingestellt) werden als auch, dass Personalentwicklungsmaßnahmen[58] entsprechend spezifiziert sein müssen. Auf diesen Grundlagen ist es dann möglich, dass alle Mitarbeiterinnen - sowohl in den segregativen als

[58] Fortbildungen und Supervisionen

auch in den integrativen Hausgemeinschaften - positiv mit und zwischen demenzkranke und nichtdemenzkranke Bewohnerinnen interagieren und intervenieren können. Dieser Prozess der **institutionell unterstützten, wachsenden Kompetenz der Mitarbeiterinnen** ist noch nicht abgeschlossen. Die Tagesstrukturierung und die Integration gerontopsychiatrischer Konzepte und Arbeitsweisen in allen - auch den sogenannten "gemischten" Hausgemeinschaften - sowie die wachsende Kooperation zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen arbeitet einem konfliktarmen Zusammenleben zu. Teilsegregrative Angebote (über Tag und Woche verteilt) garantieren ein spezielles Eingehen auf beide: kognitiv nicht beeinträchtigte und demenzkranke Bewohnerinnen. Die dennoch immer wieder vorkommenden Abgrenzungsaktivitäten zwischen diesen beiden Gruppen sind weitergehend im Rahmen der **Pflege- und Betreuungsplanungen** zu bearbeiten und damit zu reduzieren. Bleibt eine "Unverträglichkeit" dennoch erhalten und geht mit einem Leidensdruck der Betroffenen einher, so sollte weiterhin - und verstärkt - hausintern nach einer Lösung (z.B. Umzug) gesucht werden.[59]

Angemerkt sei, dass bereits im Dezember 2009 dem Betreiber empfohlen wurde, die beiden beschützenden (segregativen) Hausgemeinschaften im Erdgeschoss zu offenen gerontopsychiatrischen Hausgemeinschaften - zumindest mittelfristig - umzuwandeln.[60]

10. Managementperspektive

10.1. Herausforderungen für die Leitungsebenen

Der Aufbau einer neuen Pflegeeinrichtung gilt im Allgemeinen für die Führungsebene als Herausforderung: Organisatorische Fragen rund um Baufertigstellung, die Gewinnung von Mitarbeiterinnen, die Akquise von Bewohnerinnen und das Management deren Einzuges, der Aufbau von innerbetrieblichen Strukturen, die Gestaltung von Arbeitsabläufen wie auch externes Marketing usw. beinhalten eine Fülle von zu bewältigenden Aufgaben. Die Umsetzung einer neuen Konzeption, wie dies die Idee der Hausgemeinschaften darstellt, potenziert die zu bewältigenden Aufgaben. Insbesondere einem schlüssigen Betreuungs- und Personalkonzept kommt besondere Bedeutung zu. In der Fachliteratur wird letzteres als „entscheidender Faktor bei der Planung und Umsetzung von Hausgemeinschaften“ bezeichnet: „Mit einer solchen Konzeption steht und fällt eine Hausgemeinschaft. Nur mit ihr kann sie sowohl unter Qualitätsgesichtspunkten als auch unter wirtschaftlichen Aspekten mit den traditionellen Angeboten der Altenhilfe konkurrieren. Analog zur Architektur und Raumplanung (…) muss auch beim Personal und bei den Funktionsabläufen eine Dezentralisierung konsequent umgesetzt werden. Zentrale Anstalts- und

[59] Laut Aussagen der Mitarbeiterinnen ist die Situation - bezüglich des Zusammenlebens dementiell erkrankter und nicht dementiell erkrankter Bewohnerinnen - in den HGs jedoch im Großen und Ganzen entspannt.

[60] Siehe dazu auch die Ausführungen unter Punkt 4 (Architektur)

Versorgungsstrukturen und das ihnen zugeordnete Personal, vordringlich Zentralküche und Zentralwäscherei mit seinen Hauswirtschaftskräften, werden statt an Bewohnerfernen zentralisierten Standorten anteilig den einzelnen Hausgemeinschaften zugeordnet. … Klare Stellenbeschreibungen mit präzisen Anforderungsprofilen sowie Tätigkeitskataloge mit Aufgabenverteilungen, aber auch mit gewünschten Aufgabenkombinationen helfen, die Vorteile des ganzheitlichen Ansatzes für beide beteiligten Berufsgruppen (Hauswirtschaft und Pflege) nutzbar zu machen.“[61]

Somit stehen die Leitungen eines neuen Hauses der „4. Generation“ vor noch einmal besonderen Herausforderungen. In den Experteninterviews[62] wurde die Aussage getroffen, dass diesbezüglich eine „Vorerfahrung der Leitung absolut notwendig“ sei.

Wie bereits erwähnt, ist **die Entwicklung des Seniorenzentrums Marie-Anne Clauss in den ersten fünfzehn Monaten** seines Bestehens in seiner Gesamtschau nicht zu verstehen, ohne die **Prozesse in der Besetzung der beiden Leitungspositionen** zu kennen (siehe Teil 2 Pflegewissenschaftliche Perspektive, Punkt 3 Teamstruktur / Lebensalltag).

Die Position der Einrichtungsleitung wurde zum 01.03.2009 besetzt, es erfolgte im Juli 2010 ein Wechsel. Die Position wurde zeitnah kommissarisch mit einer Pflegedienstleitung einer baden-württembergischen Einrichtung des Trägers in besetzt, zum 01.10.2010 begann die jetzige Einrichtungsleitung ihre Arbeit. In diese Zeit fiel auch eine erneute Umbesetzung der Stelle der Pflegedienstleitung: Einen Überblick über die Vakanzen gibt folgende Tabelle 21

	Stelle nicht besetzt					
	04/2010	05/2010	06/2010	07/2010	08/2010	09/2010
Position der **Einrichtungsleitung**						
Position der **Pflegedienstleitung**						

Tabelle 21: Vakanzen in der Besetzung der Einrichtungs- und Pflegedienstleitung

Desweiteren wurde die Gesamtentwicklung von der Besetzung der dritten Leitungsposition (im oberen Management des Seniorenzentrums) ebenfalls nicht unmaßgeblich beeinflusst. Die **Hauswirtschaftsleitung wurde erstmalig zum 21.09.2009** besetzt. Bis dahin waren verschiedene Versuche gescheitert, in der Einrichtung hatten sich jedoch einerseits schon gewisse „Gewohnheiten“ bezüglich der Aufgabenverteilung und Haltung zu Berufsgruppen entfaltet und andererseits musste die neue Stelleninhaberin in absolutem Neuland bezüglich der Gestaltung von Aufgaben, Prozessen und alltäglichen Selbstverständlichkeiten anfangen.

[61] BMG Modellprojekte 8 BAND. Eine Dokumentation zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger. S. 41ff.

[62] Siehe vorn wo genau, welcher Teil?? unter Punkt 2.1

Aufgrund dieser wechselhaften Geschichte erfolgte - entgegen des vorgesehenen Studienablaufes - erst am 03.11.2010 ein Abschluss-Gespräch mit den drei Leitungen (Einrichtungs-, Pflegedienst – und Hauswirtschaftleitung), seit dem II. Quartal 2010 liefen im Rahmen von Vor-Ort-Besuchen vielfältige (ungeplante) Einzelkontakte und Gespräche. Die geplanten problemzentrierten Interviews konnten mit der Einrichtungs-und der Pflegedienstleitung Mitte Oktober 2009 durchgeführt werden.
Im Folgenden werden sowohl zentrale Ergebnisse der beiden Interviews mit den ursprünglichen Stelleninhaberinnen als auch eine Zusammenfassung des narrativen Interviews mit den derzeitigen Leitungen (Stand Herbst 2010) wiedergegeben.

Interview erste Einrichtungsleitung

Diese verfügte über **keine „Vorerfahrungen** mit einer vergleichbaren Einrichtung“, konnte jedoch aus ihrer beruflichen Laufbahn als Leitung stationärer Pflegeeinrichtungen auf empirische Werte zurückgreifen, da sie „im stationären Bereich in den 80iger Jahren“ bereits versucht habe, einen kleinräumigen Ansatz nach dem sog. Normalitätsprinzip umzusetzen. Insbesondere die Idee **„etwas Neues, Anderes“** zumachen, hätte sie für diese Leitungsaufgabe motiviert. Die Frage nach Veränderungen im Vergleich zu bisherigen Leitungstätigkeiten in „klassischen Pflegeheimen“ wurde eindeutig mit „Ja“ beantwortet. Dies betreffe sowohl den Fakt, dass die Einrichtung „von Null anfängt“ und es eine enorme Herausforderung sei, sie „ans Netz zu bringen“. Aus externer Sicht lässt sich festhalten, dass die Stelleninhaberin über eine hohe Motivation und Engagement verfügte, um die beschriebenen Herausforderung zu bewältigen. Bereits beim ersten Interview im Herbst 2009 war aber auch erkennbar - und von der Stelleninhaberin auch so geäußert[63] -, dass sie gerade „an ihre Grenzen kommen“ und sich eine gewisse Unzufriedenheit ausbreite: u.a. weil die „Pflegeorganisation noch nicht passt“ und „die Präsenzkräfte nicht eingearbeitet“ seien. **Nach vierzehn Wochen Laufzeit** sah die damalige Einrichtungsleitung **mehrere Aspekte, die sie „heute anders machen“ würde**. Dies betraf folgende Themen:

- Einarbeitung *aller* Mitarbeiterinnen bezüglich des Hausgemeinschafts-Konzeptes
- Beteiligung der Einrichtungsleitung (durch den Träger) bei Personalentscheidungen
- Gewinnung (und Schulung) von Präsenzkräfte vor Eröffnung des Hauses
- In-Anspruch-Nahme externer Beratung zur Konzeptumsetzung in der Aufbauphase
- zeitnahe und intensive Schulung der Pflegemitarbeiterinnen im Aufbauprozess der Hausgemeisnchaften („Abkehr von der funktionalen Pflege, organisatorische Fähigkeiten“)
- sukzessive Belegung des Hauses - adäquat zur Personalentwicklung und -einstellung[64].

---

63 Wie in den weiteren Monaten auch zunehmend beobachtbar

64 Hinsichtlich der Belegung stünde die Zielvorgabe des Trägers, dass im Dezember 2010 die Einrichtung zu 100% belegt sei. Nach Prognose der Einrichtungsleitung sei dies bereits Ende Januar 2010. Aus Sicht der Gesprächspartnerin wäre es besser, wenn „das langsamer gehen“ würde.

Interview erste Pflegedienstleitung

Die Pflegedienstleitung (PDL) verfügt ebenfalls über **keine Vorerfahrungen** in einem „Haus der 4. Generation". Auf die Frage nach „Bedenken" antwortet der Interviewte offen: „Natürlich. Ich bin ein vollstationäres Kind." Aber seine Motivation sei, „*Leben* bis zuletzt" im Seniorenzentrum „zu installieren". Gleichzeitig habe er das Anliegen, die „Qualität der Betreuung und Pflege aus Bewohnersicht zu gestalten, nicht aus Mitarbeitersicht". Zur Frage nach Veränderungen im Vergleich zu bisherigen Leitungstätigkeiten in „klassischen Pflegeheimen" konnte der Interviewpartner „grundsätzlich keine weitere Aussage" machen, da für ihn erst „seit 1. Oktober die PDL-Aufgaben verstärkt wahrnehmbar" seien. Bis dahin hätte seine Haupttätigkeit im „allgemeinen Anfangstrubel, der Organisation usw." gelegen. Wert legte er jedoch auf die Erfahrung, dass „der PDL für die Aufbauphase dringend jemanden an seiner Seite" hätte, der „Arbeiten abnimmt".[65] Ebenso sei „zu hinterfragen", dass das Seniorenzentrum im ersten Quartal seines Bestehens **ohne Hauswirtschaftsleitung** betrieben wurde. Damit seien noch weitere organisatorische Aufgaben - durch Problemlagen mit den extern vergebenen Catering- und Reinigungsarbeiten - entstanden. Wie die Einrichtungsleitung ist auch die Pflegedienstleitung der Überzeugung, dass **neue (Präsenz-)Mitarbeiterinnen viel intensiver geschult** werden müssten: „was es bedeutet Alltagsbegleiter zu sein". Derzeit fänden die „Alltagsbegleiter Sicherheit in der Küche: Die Küchenzeile ist der Schutz, hinter dem sie sich aufhalten - aufgrund der mangelnden fachlichen Kompetenz - und kommen nur langsam aus der Defensive." Die bereits angesprochenen organisatorischen **Probleme mit der externen Catering-Firma** fasst der Pflegedienstleiter so zusammen, dass dieses Unternehmen „lernen musste, was Hausgemeinschaften sind". Als „wenig erleichternd" schätzte der Gesprächspartner es ebenfalls ein, dass er und die Einrichtungsleitung sich erst an seinem ersten Arbeitstag kennen gelernt haben.

Externe Sichtweisen (Zeitraum Juli - Dezember 2009)

Aus Sicht der Mitarbeiterinnen ergaben sich in dieser Anfangszeit folgende Aspekte:

- das erkennbare **Engagement und die Bereitschaft der Leitungen, „bei Not am Mann überall mit anzupacken"**
- Notwendigkeit der **Abgrenzungsfähigkeit, „**um sich selber nicht kaputt zu machen"
- zu erkennen, „wer ins Haus passt" und das Konzept vorbehaltlos mittrage - verbunden mit der Fähigkeit, „das Konzept im Vorfeld an Mitarbeiterinnen vermitteln zu können
- „sehr viel Gespür für **Personalführung**", um eine Personal-Fluktuation vermeiden zu können
- Kollegialer Führungsstil (Zulassen von Eigenverantwortlichkeit der Mitarbeiterinnen)
- Stärkung der Mitarbeiterinnen und der Teambildung.

[65] Seit 01.10.2009 wurde dem PDL vom Träger eine Assistentin (Bürokauffrau) zur Verfügung gestellt.

Auch hier wurde erwähnt, dass es „sehr wichtig sei gewesen“ sei, dass es eine Gruppe von fünf Mitarbeiterinnen gegeben hat/gibt, die „sich von früher kennen und bereits zusammengearbeitet haben und sich mit der Idee der Hausgemeinschaft (kleinräumig, familiär ….) identifizieren und diesen Geist im Haus umsetzen wollen“[66].

Erste Erfahrungen der neuen Einrichtungs- und Pflegedienstleitung

Beide Personen übernahmen ihre Aufgaben in einer schwierigen Phase der Einrichtung. Im Rahmen der Projektsteuerungsgruppe Mitte Oktober 2010 wurden als **„anstehende Herausforderungen“** u.a. benannt:

- Bearbeitung der „Altlasten“
- mangelnde Kontinuität hinsichtlich vieler Faktoren
- Zeitnot bei der Bewältigung der alltäglichen Aufgaben und Erfolgsdruck
- "fremdes" Konzept und viele offene Fragen bezüglich der Umsetzung im Pflegeprozess (Theorie-Praxis-Spagat)
- die „Mauern in den Köpfen“ der Mitarbeiterinnen hinsichtlich der Hausgemeinschafts-Konzept-Umsetzung sollten fallen
- Unklarheiten bezüglich der Stellen-und Arbeitsplatzbeschreibungen
- Herausforderung: Verknüpfung der Pflege - Hauswirtschaft - Präsenz.

So äußerten die Einrichtungs- und Pflegedienstleitung Anfang November 2010 auch übereinstimmend, dass sie aktuell „keine (mittelfristigen) strategischen Pläne“ entwickeln bzw. entsprechende Aspekte umsetzen könnten, da „das Tagesgeschäft so großen Raum“ einnähme.

Als unabdingbar schätzten beide **Fähigkeiten zur Abgrenzung, Gelassenheit und Zeitmanagement sowie gegenseitige Unterstützung** ein. Unabdingbar sei eine Begabung „zum Humor“ als auch der Aufbau einer Konfliktkultur. Von besonderer Bedeutung nehmen sie **strukturierte Formen des Austausches und der Kommunikation** an, wie auch einen „wertschätzenden Gedanken in der Kommunikation der Schnittstellen“.

Diesbezüglich wurden **mehrere Instrumente entwickelt und sofort umgesetzt**, wie z.B. tägliche, morgendliche „Blitzlicht“-Besprechung mit der Führungsgruppe; reflektierende Besprechung zur Wochenzusammenfassung am Freitagnachmittag zwischen Einrichtungsleitung und Pflegedienstleitung; Teambesprechungen unter Einbeziehung der Hauswirtschaftsleitungen und der Präsenzmitarbeiter-Sprecherin. Diesbezüglich wurde auch umgehend eine entsprechende Kommunikationskultur mit der Küchenleitung (vom externen Catering-Unternehmen) installiert. Die Einrichtungsleitung hat auch bereits verschiedene konkrete Vorstellungen, um eine **bedürfnisgerechtere und individuelle**

[66] Kolleginnen für Schlüsselpositionen im Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss, die zuvor in einer Einrichtung tätig waren, in der die erste Einrichtungsleitung in früheren Jahren die Hausleitungsposition inne hatte.

Essensversorgung (auch und gerade für demenzkranke Bewohnerinnen) im Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss zu installieren.

Desgleichen brachte die neue Pflegedienstleitung die bereits erwähnte **Qualifizierung der Präsenzmitarbeiterinnen** auf den Weg und strukturierte die von der ersten Einrichtungsleitung bereits initiierten **Team-Supervisionen** neu und verbindlich. Der neuen Pflegedienstleitung ist ebenso die Umsetzung der bereits - von der externen Beratung - lange empfohlenen sog. **Modellhausgemeinschaft** hinsichtlich der Dienstplangestaltung, Abläufe und Strukturen zu verdanken[67]. In diesem Zusammenhang wurden außerdem weitere Aufgaben definiert, wie z.B. hinsichtlich der Anforderungen an die Personalplanung, -gewinnung und -entwicklung.

Bezüglich **notwendiger Vorerfahrungen** benannten beide Personen in bemerkenswerter Übereinstimmung, dass „man seine **Heimat in der Pflege** sehen“ sollte. Darüber hinaus seien aber **entsprechende Weiterbildungen** unabdingbar, um u.a. mit „Daten, Zahlen und Fakten gegenüber dem Träger argumentieren“ zu können. Für „sehr empfehlenswert“ halten beide Leitungen, dass **vor Tätigkeitsbeginn eine Hospitation** in einer Einrichtung erfolge, die hinsichtlich der Grundlagen, Abläufe und Strukturen das Hausgemeinschafts-Konzept sicher implementiert habe. Desgleichen sollten vor Eröffnung eines Hauses der sog. 4. Generation von Trägerseite „Exerzitien zur **Teambildung**“ für die Einrichtungsleitung, die Pflegedienstleitung, die Hauswirtschaftsleitung, die Küchenleitung und die Pflegeüberleitungsfachkraft (mit einem externen Coaching) zwingend durchgeführt werden. Der Träger sollte diesem Team dann auch „Freiraum zum Üben - um sich gegenseitig kennen zu lernen und erste Strukturen zu schaffen“ - als notwendig und fruchtbar für eine gelingende Umsetzung des Hausgemeinschaftskonzeptes anbieten und eine solche Anfangsphase akzeptieren.

10.2. Gewinnung, Bindung und Qualifikation des Personals

Nach den externen Beobachtungen war eine **Personalfindung** in den ersten Monaten für die Einrichtung relativ unproblematisch.[68] Rein statistisch zeigte sich zum 15.03.2010 folgender Stand: seit 01.03.2009 waren insgesamt einhundert dreiundzwanzig (N=123) Mitarbeiterinnen eingestellt worden und vierunddreißig (N=34) wieder ausgeschieden. Nach Aussage der ersten Einrichtungsleitung[69] war es auch das **innovative Konzept des Hauses**, welches anfangs Mitarbeiterinnen anzog: „die wollten was Anderes, was Neues und hier noch einmal richtig durchstarten“. Als Problem definierte sie jedoch auch, dass „in München keine Pflegekräfte (auch -assistentinnen - Anm. d. Verf.) für Teilzeit“ zu finden seien. Die ehemalige Pflegedienstleitung erlebte die Personalfindung **im Vergleich zu**

---

[67] Die nicht denkbar gewesen wäre ohne das Engagement des Qualitätsbeauftragten und der Wohnbereichsleitung.

[68] Auch die allgemeine Gewinnung von Mitarbeiterinnen für den Präsenzbereich verlief anfangs positiv (Aussagen in den Interviews mit den ersten Leitungen).

[69] Im März 2010

klassischen stationären Pflegeinrichtungen als „schwerer“, da das Hausgemeinschafts-Konzept „Neuland“ sei. Dazu komme, dass „kirchliche Träger eine höhere Vergütung zahlen“ würden als der Träger des Seniorenzentrums Marie-Anne Clauss.
Vergleichbar sind die Sichtweisen der beiden neuen Leitungen: Die Pflegedienstleitung sieht die Mitarbeiter-Gewinnung als „noch etwas schwieriger als in ‚normalen‘ Häusern an“. Dort wüssten die potentiellen Bewerberinnen, „was eine examinierte Pflegefachkraft macht“. „Leute, die sich (im Seniorenzentrum -. Anm. d. Verf.) vorstellen, wissen nicht, was auf sie zukommt“. Die Einrichtungsleitung meint dagegen, dass die Personalgewinnung „recht wenig mit dem Hausgemeinschafts-Konzept zu tun“ hätte. Sie sieht die Ursache „in strukturellen Problemen“, insbesondere in der Landeshauptstadt München - im Vergleich zum ländlichen Bereich in der Umgebung-, da in der Stadt „der Markt abgegrast“ sei.

Die Maßnahmen zur Personalgewinnung bis in den Sommer 2010 blieben relativ undurchschaubar. Einerseits wurden nach Aussagen der Einrichtungsleitung und des Trägers Stellenanzeigen (auch überregional) geschaltet, andererseits griffen im Frühjahr 2010 nach ihren Berichten Mitarbeiterinnen des Seniorenzentrums Marie-Anne Clauss auch zur Eigeninitiative und sprachen ehemalige Kolleginnen an. Der Träger bot potentiellen Bewerberinnen an, bei Aufhebungsverträgen u. ä. deren finanziellen Einbußen aufzufangen, um u.U. Kündigungszeiten umgehen zu können[70]. Die neuen Leitungen haben sich u.a. als Ziel gesetzt, zeitnah eine neue Marketingstrategie zur Personalgewinnung zu entwickeln und umzusetzen. Insbesondere Wert soll dabei auf eine „positive Außendarstellung“ (auch überregional) des Seniorenzentrums Marie-Anne Clauss gelegt werden. Angedachte Maßnahmen sind u.a. „Tage der offenen Tür“, öffentliche Veranstaltungen, Angehörigenabende oder die Weiterentwicklung der hausinternen Cafeteria als öffentliche Begegnungsstätte. Auf Stellenanzeigen werde derzeit verzichtet. Die Pflegedienstleitung sieht ebenso Möglichkeiten der Personalgewinnung über die Nutzung des Internetportals „facebook“, durch den Einsatz von Praktikantinnen und durch Qualifizierungsangebote. Der Einsatz von Zeitarbeit wurde wieder abgebrochen, da der Träger Wert auf eine Kontinuität in der Mitarbeiterbesetzung legt, um eine Überforderung des festangestellten Personals zu vermeiden. Nach Einschätzung der wissenschaftlichen Begleitung ist der Verzicht auf den Einsatz von Zeitarbeit für eine gelungene Umsetzung des Hausgemeinschafts-Konzeptes auch sehr empfehlenswert.

Wie bereits beschrieben, war von Juli 2009 - Oktober 2010 ein **beachtlicher Personalwechsel** im Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss zu beobachten[71].

---

70 Aussage des ehemaligen Pflegedienstleiters

71 Vgl. Abbildung 8, die veranschaulicht, dass das Personal bereits zu 44% ausgetauscht wurde.

Verschiedentlich klang in diesem Bericht schon an, dass **Ursachen** dafür gesucht werden müssen in:

- **mangelnden konzeptionellen Grundlagen** (mit der Erarbeitung verschiedener Standards zu Aufgaben- und Stellenbeschreibungen)
- **fehlenden Einarbeitungskonzeptionen** als auch
- **unklaren Profilen** hinsichtlich der notwendigen Handlungskompetenzen für die unterschiedlichen Berufsgruppen
- daraus folgend ebenso **keinerlei vorbereitende Qualifizierungsmaßnahmen**.

Durch das Vorhandensein stimmiger Stellen- und Aufgabenbeschreibungen (und der Entwicklung daraus folgender notwendiger Maßnahmen) hätten beim Aufbau des Seniorenzentrums Marie-Anne Clauss wohl Fehler vermieden werden können. So war Mitte Oktober 2009 bereits acht Mitarbeiterinnen wieder gekündigt worden, da diese insbesondere in den personalen und sozialen Kompetenzen nicht tragbar gewesen seien[72]. Zu beobachten war ebenso beachtliche „Wanderungsbewegungen“ zwischen den Berufsgruppen der Hauswirtschaft und Präsenz: Mitarbeiterinnen waren zwar für die eine Berufsgruppe eingestellt worden waren, dann jedoch - aus Überforderungsgründen oder „weil sie es sich anders vorgestellt“ hätten - in die andere gewechselt (oder auch die Einrichtung verließen). Diese „Stellen-Hopping“ gilt in besonderem Maße im Vorfeld bis zur endgültigen Besetzung der Position der Hauswirtschaftsleitung.

Entsprechend der vorliegenden Erfahrungen scheint in der Einrichtung **zwischen den Faktoren „Mitarbeiter-Qualifizierung“ und „Personalbindung“ ein enger Zusammenhang** zu bestehen. Dies betrifft insbesondere auf den Bereich der Präsenzmitarbeiterinnen zu. Es wird angenommen, dass durch deren Fortbildung im Vorfeld (und dann folgender, auch sukzessiver Einstellung) sich mancher Personalweggang hätte vermeiden lassen bzw. einige Einstellungen auch gar nicht erst erfolgt wären. Ähnliches gilt für einige Pflegefachkräfte und auch Wohnbereichsleitungen. Zumindest eine Hinführung zum Hausgemeinschaftskonzept - und dem damit verbundenen unabdingbaren (hier schon mehrfach beschriebenen) „Umdenken in der Pflege“ - hätte auch in dieser Berufsgruppe geholfen, Enttäuschungen und Frustrationen bis hin zur Überlastung oder auch Mitarbeiterwechsel zu vermeiden.[73]

Erwähnt sei noch, dass sich im Ergebnis der verschiedenen Interviews und Gespräche mit Mitarbeiterinnen zeigte, dass das Engagement der ersten Einrichtungsleitung und deren persönliche Form der Mitarbeitermotivation wie auch ihre Präsenz als Ansprechpartnerin als ein wichtiger Moment der (anfänglichen) Mitarbeiterbindung einzuschätzen ist. Unabdingbar

---

[72] Aussage des ehemaligen Pflegedienstleiters

[73] Die verschiedenen notwendigen Personalentwicklungsmaßnahmen werden unter dem Punkt „Handlungsempfehlungen“ beschreiben.

ist nach allen Erfahrungen im Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss als wichtige Instrumente der Mitarbeiterbindung - gerade in der Aufbauphase - eine Anerkennungskultur. Es wird angenommen, dass das identifizierte Kernteam im Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss die teilweise turbulenten Entwicklungsphasen auch deswegen mit hohem Engagement durchgestanden und bewältigt hat, **weil sich die Mitarbeiterinnen hierarchieunabhängig viel Wertschätzung (auch und gerade in ihrer Unterschiedlichkeit) entgegenbrachten und für sich (informelle) Instrumente zur gegenseitigen (Unter-)Stützung entwickeln konnten.**

10.3. Kundengewinnung

Wie bereits beschrieben, war bis März 2010 die Belegung des Seniorenzentrums Marie-Anne Clauss relativ problemlos.[74] Zum 15.3.2010 waren im Haus lediglich noch sechszehn (N=16) Plätze in den Doppelzimmern frei, die Einzelzimmer alle belegt. Ausgehend von der Datengewinnung der ersten Angehörigenbefragung erfuhren die meisten Befragungsteilnehmer (N=57) von dem Seniorenzentrum durch „die Baustelle“ und durch „Hörensagen“ (vgl. Abb.17).

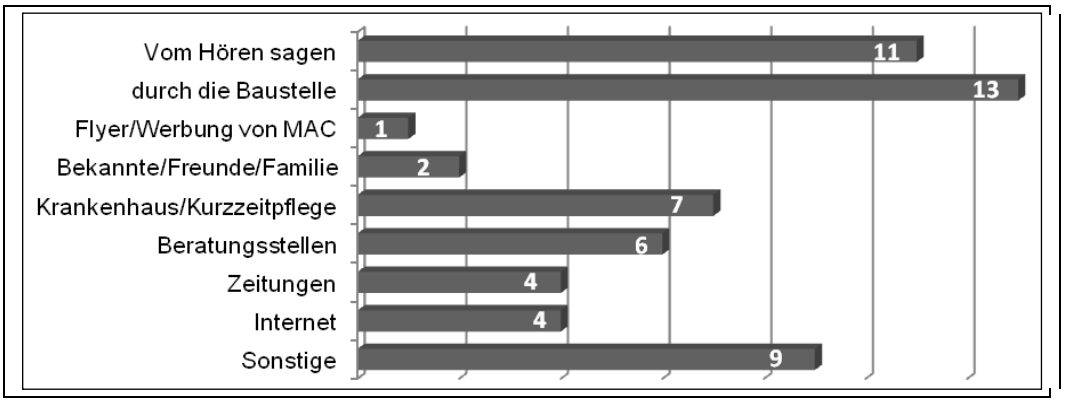

Abb. 17: Erste Angehörigenbefragung - Information zur Existenz der Einrichtung durch ….

So lagen auch zum Tätigkeitsbeginn der ersten Einrichtungsleitung im März 2009 beim Träger in Stuttgart bereits achtzig (N=80) Anmeldungen für das Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss vor. Sie zog dementsprechend ein **positives Erst-Fazit:** „Im Viertel sind alle so neugierig gewesen“, man „musste gar nicht hinausgehen, es sind alle gekommen“. Desweiteren nahm die erste Einrichtungsleitung - auch im Sinne der Vernetzung im Quartier - vor Eröffnung des Seniorenzentrums vielfältige Kontakte im Stadtteil auf.[75]

[74] Vgl. Ausführungen S.18f. incl. Abb.1.

[75] Zu Alten-und Service Zentren und Örtlicher Arbeitsgemeinsachft (ÖAG), REGSAM, Alzheimer Gesellschaft München, Christophorus-Hospiz, der örtlichen Pfarrei, der Musik- und Realschule sowie durch Einladung örtlicher Vereine, Artikel im Gemeindeblatt und Führungen im Haus.

Im weiteren Verlauf erfolgte im Mai 2010 ein freiwilliger Aufnahmestopp durch den Träger.[76] Wie bereits erwähnt (siehe Abbildung 1 unter Punkt 2.3. Teil xy des Berichts) wohnten zum 31.10.2010 einhundert achtzehn Bewohnerinnen (N=118) im Seniorenzentrum (bei insgesamt 135 Plätzen).

In der Betrachtung der Gesamtentwicklung ist zu würdigen, dass die hohe Aufnahmefrequenz in den ersten neun Monaten - neben den anderen in diesem Bericht schon beschriebenen Aspekten - auch zu Abstrichen in der Pflegequalität führte. Nicht zuletzt diesem Umstand dürfte die Reduzierung der Aufnahmetätigkeit zuschulden sein. Die nachdrückliche **Pflege eines positiven Images im Quartier und in der Region**, wie auch die hier bereits mehrfach beschriebenen **Maßnahmen zur Verbesserung der Strukturqualität und der Personalentwicklung** sowie die **weitergehende Vernetzung im Stadtteil** sollten in Zukunft eine gute Strategie zur kontinuierlichen Kundengewinnung und -bindung sein.

10.4. Einbindung des Ehrenamtes

Angesichts der - bereits beschriebenen - komplexen Anforderungen in der Anfangsphase sind **hinsichtlich des Aufbaus ehrenamtlicher Strukturen noch keine relevanten Ergebnisse** zu beschreiben. Die ehrenamtliche Mitarbeiterin, die im Oktober 2009 als „Ansprechpartnerin“ für das bürgerschaftliche Engagement im Haus angedacht war, arbeitete alsbald im Rahmen eines Mini-Jobs. Angesichts des hohen Engagements dieser Person - sie führt an drei Tagen in der Woche die Cafeteria des Hauses und führt noch Angebote in den Wohnbereichen durch - ist hier jedoch auch zu fragen, ob es sich letztendlich nicht doch noch um eine überwiegend ehrenamtliche Tätigkeit handelt, die eine gewisse Aufwandsentschädigung erhält. Relativ sicher ist, dass diese engagierte Frau nicht die Position der Ehrenamtskoordinatorin übernehmen kann, weil sie mit ihrem aktuellen - oben geschilderten - Engagement mehr als ausgelastet ist. Die dann im März 2010 für die Ehrenamtskoordination geplante professionelle Lösung erwies sich - u.a. aufgrund verschiedener Aspekte - im Sommer 2010 ebenfalls nicht als tragfähig. In den o.g. Interviews und Gesprächen mit den Mitarbeiterinnen (Pflegefachkräfte, -assistentinnen) im Herbst 2009 wurde fernerhin deutlich, dass das damals in der Einrichtung vorhandene ehrenamtliche Engagement[77] im Haus dringend der Pflege und fachlichen Begleitung bedurft hätte. So seien von „zwölf Ehrenamtlichen auf dem Papier nur drei aktiv“.

Hingewiesen sei hier aber auch auf das **Ergebnis eines Experten-Interviews**. In jener neuerbauten Einrichtung wurde letztendlich **erst im siebten Jahr ihres Bestehens mit einem strukturierten Aufbau der Ehrenamtlichen-Arbeit begonnen[78]**. Dementsprechend verfolgt die neue Einrichtungsleitung im Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss nun bezüglich

---

[76] Auf eine Diskussion der vorausgegangenen turnusmäßigen Prüfung im Vollzug des Pflege- und Wohnqualitätsgesetz wird hier verzichtet.

[77] Wohl eher entstanden nach dem „Zufallsprinzip“.

[78] Siehe unter Punkt 1. Des zweiten Berichtsteils

des bürgerschaftlichen Engagements die Strategie, dass „nach zwei Jahren ein Neuanfang“ gestartet werden soll, der dann mit professionellem und strukturiertem Handeln auf eine langfristige Bindung der (neu-)gewonnen Ehrenamtlichen abzielt.

11. Architektur / Raumprogramm / räumliche Gestaltung / Gestaltung und Nutzung des Außenbereiches

Für die Verwirklichung des Leitbildes der Hausgemeinschaft (Alltagsnormalität, Familienähnlichkeit, Individualität usw.) spielt die **konzeptadäquate Architektur als auch das Raumprogramm und die räumliche Gestaltung eine entscheidende Rolle**.

Grundsätzlich bleibt es für jeden Einrichtungsbetreiber eine Herausforderung, einer neugebauten Immobilie „Leben einzuhauchen“. Diesbezüglich ist im Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss über den Studienzeitraum hinweg eine positive Entwicklung zu verzeichnen. Durch Einbringung vielfältiger individueller Dinge - auch durch Möbel und Gegenstände aus den aufzulösenden Haushalten künftiger Bewohnerinnen, durch eine Fotogalerie von Bewohnerinnen (gestaltet von einem Angehörigen), durch Bilder, die die Bewohnerinnen im Zuge der Maltherapie selbst kreierten usw. usf. - wirkt die Atmosphäre im Seniorenzentrum aktuell weitaus wohnlicher und wärmer als noch vor zwölf Monaten. Auf zahlreiche Probleme der Anfangszeit wurde somit durch die Mitarbeiterinnen wie auch durch die erste Einrichtungsleitung engagiert und kreativ reagiert. Erwähnt sei diesbezüglich auch die Bemühungen um die Gestaltung der Pflegebäder oder das Anbringen von Orientierungshilfen zu den einzelnen Namen der Hausgemeinschaften[79]. Abgesehen von Details[80] entspricht die Architektur weitestgehend dem Hausgemeinschaftskonzept, dies betrifft insbesondere die Gestaltung der oberen Stockwerke. Die dortigen „Begegnungsräume“ sind gut und großzügig geschnitten, können jedoch auch weiterhin noch gestaltet und belebt werden.[81] Hingewiesen sei auf die ungünstige bauliche Lösung im Erdgeschoss (beschützende Hausgemeinschaften). Diese sind miteinander nur durch den nicht-überdachten Hof verbunden, der von den Bewohnerinnen nur bei entsprechenden Witterungsbedingungen genutzt werden kann. Außerdem existiert zwischen den beschützenden Hausgemeinschaften innerhalb des Gebäudes keine weitere Verbindungsmöglichkeit, sie bilden damit jeweils abgeschlossene Segmente, die bei den externen Beobachterinnen **einen beengten Eindruck** hinterließen. Es ist offen, wie lange die aktuelle Lösung - jeweilige Nutzung eines Doppelzimmers als zusätzliches

---

[79] Eine Verdoppelung der dort vorhandenen Schrift- und Bildgröße wäre dann perfekt.

[80] Auf eine Wiedergabe der im Zwischenbericht ausführlich beschrieben, kritischen Aspekte der Architektur und des Raumprogramms wird hier weitegehend verzichtet.

[81] Empfohlen wird dort auch eine Auswechslung der Tische, deren Tischbeine sich nicht an den Ecken sondern an den Schmalseiten mittig befinden. Dadurch kann an dieser Stelle niemand sitzen, ohne sich die Knie zu stoßen. Die auf den ersten Blick große Runde ist dadurch extrem geschmälert.

„Wohnzimmer“ und Rückzugsort - aus wirtschaftlichen Gründen noch zu halten ist.[82] Als äußerst schwierig wird die Situation eingeschätzt, dass **das Pflegebad für die beschützenden Bereiche außerhalb beider Hausgemeinschaften** liegt. Um dies zu erreichen, müssen zumindest die Bewohnerinnen der Hausgemeinschaft „Donautal“ durchs Foyer - an der Rezeption vorbei - geleitet werden. Zumindest bei einer beschützenden Hausgemeinschaft erscheint eine **Weiterentwicklung des Farbkonzeptes wünschenswert**. Für demenzkranke Menschen könnten mehr Klarheit und noch lichtere Farben positiv wirken. Die **Ausleuchtung der Gänge im Erdgeschoss ist als adäquat und gelungen** einzuschätzen. **Ebenso sind Material und Farbe des Fußbodens** positiv zu würdigen.

Zur allgemeinen Ausstattung sei bemerkt, dass eine leichter und lichter wirkende Möblierung der eingebauten Schränke und Pflegebetten nach Ansicht interner und externer Akteure vorteilhafter wirken könnte (und verschiedentlich wohl auch den Bewohnerinnen das Unterbringen - der erwünschten eigenen Möbel - erleichtern dürfte). Die **Verwendung von Induktionsherden** in Hausgemeinschaftsküchen, die von demenzkranken Seniorinnen benutzt werden (sollen), gilt es aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung grundsätzlich zu überdenken. Für die **Schaffung einer wohnlichen Atmosphäre in den Hausgemeinschaften genügen wahrscheinlich die sachlichen Tische und Stühle in den Wohnküchen nicht**. Insgesamt wird die wohnliche Gestaltung der einzelnen Hausgemeinschaften als individuell wahrgenommen und dürfte naturgemäß in einem Entwicklungsprozess bleiben. Hinsichtlich des Farbkonzeptes (Wände und Möblierung) wäre verschiedentlich „mehr Ruhe“ wünschenswert.

Die Anregungen von Angehörigen zur besseren Orientierung einrichtungsübergreifend, aber auch hausgemeinschaftsbezogen, Fotos des Personals und aktuelle Dienstpläne (bzw. Namen der jeweiligen Ansprechpartnerinnen) auszuhängen, wurde von der Einrichtungsleitung aufgegriffen und sollte zum Berichtszeitpunkt zeitnah umgesetzt werden. Manche Angehörige wünschten sich eine „Verbesserung der Orientierungshilfen für die Bewohnerinnen“. Da diese Aussagen nicht konkretisiert wurden, wird angeregt, dieses Thema bei einem der nächsten Angehörigentreffen zur Sprache zu bringen.

Die Nutzung des Außenbereiches erfuhr zu Beginn der wärmeren Jahreszeit einen regelrechten Aufschwung. Mobile und (kognitiv unbeeinträchtige) Bewohnerinnen gingen im weitläufigen Gelände spazieren oder nutzten die vorhandenen verschiedenen Sitzgelegenheiten. Auch gemeinsame Spaziergänge von Mitarbeiterinnen und (stärker beeinträchtigten) Bewohnerinnen wurden beobachtet.

[82] Zumindest in einer beschützenden HG musste diese zum Berichtszeitpunkt aus wirtschaftlichen Gründen wieder aufgegeben werden.

Erwähnt sei, dass die Gestaltung der Arbeitsplätze für die Verwaltungsmitarbeiterinnen (bis Ende November 2010 ausschließlich an der offenen Rezeption im Eingangsbereich) als wenig optimal zu bezeichnen ist. Ab Dezember 2010 wird zumindest ein kleiner, abgeschlossener Raum (mit mangelndem Tageslicht) im Erdgeschoss mit einem Arbeitsplatz zur Verfügung gestellt. Die in Zukunft absehbar nicht ausreichenden Archivierungskapazitäten für diverse Akten wie auch die mangelnden Lagermöglichkeiten[83] insgesamt - die Immobilie ist nur teilunterkellert - seien angemerkt.

Die hauseigene Cafeteria entwickelte sich zu einem zentralen Treffpunkt für Bewohnerinnen und deren Angehörige. Desgleichen zeigt sich hier am kontinuierlichsten die entstandene Vernetzung des Seniorenzentrums ins Quartier hinein: regelmäßig wird das „Cafe MAC“ für externe Geburtstagsfeiern genutzt, Kartenspielrunden wurden beobachtet als auch externe Mittagsgäste. Ab 2011 werden regelmäßig offene Chorproben eines örtlichen Singkreises stattfinden. Laut Aussagen der neuen Einrichtungsleitung gibt es mit dem Leitungsteam bereits konkrete Vorstellungen zur Weiterentwicklung der Cafeteria und ihres Angebotes hin zu einem zentralen Treffpunkt im Quartier. In Übereinstimmung mit den Empfehlungen und Sichtweisen der wissenschaftlichen Begleitung[84] kann und soll die Umsetzung jedoch lang- und mittelfristig erfolgen.

Zu erwähnen bleibt, dass manche Schwierigkeiten im Betriebsbeginn des Seniorenzentrums Marie-Anne Clauss - auch hinsichtlich von Architektur / Raumprogramm / räumliche Gestaltung / Gestaltung und Nutzung des Außenbereiches - durch ein rascheres Reagieren des Trägers auf einen geäußerten Bedarf der Einrichtung oder auch durch größere Vertrautheit mit der konzeptionellen Idee der Pflegeheime der „4.Generation“ vermieden hätten werden können. Zum Beispiel:

- den Bewohnerinnen die Nutzung des Außenbereiches in den heißen Sommermonaten besser durch schnelleres Agieren bei der Genehmigung/Beschaffung der gewünschten Sonnenschutze zu ermöglichen
- dass manche Belastungen des Personals (und damit dessen im weiteren zu beobachtende Überforderung, Frustration und Resignation) in der Anfangsphase hätte zumindest reduziert werden können, wenn bei der Eröffnung alle grundlegenden Einrichtungsgegenstände[85] sowie Arbeitsmaterialien/Pflegemittel vorhanden (gewesen) wären.

---

[83] z.B. für Hilfsmittel und Pflegemittel

[84] Vorerst die strukturellen Fragen (Schnittstellenmanagement usw.) als auch die pflegefachlichen Aspekte (Qualitätssicherung) als auch Sicherung des Mitarbeiterinnenstamms in den Vordergrund zu stellen.,

[85] wie z.B. Mülleimer; Geschirr, Töpfe, Pfannen in den Hausgemeinschaftsküche oder auch Regale in den Lager-/Arbeitsräumen

- Die ebenfalls im Herbst 2009 aufgefallenen Baumängel (wie auch die unterlassene Endreinigung) banden ebenso Kapazitäten (zumindest) der Leitungen.

Insgesamt ist festzuhalten, dass **„Das-zum-Leben-Erwecken“ einer neuerbauten Einrichtung der „4.Generation“,** die diesbezüglich **keine optimalen architektonischen und einrichtungstechnischen Voraussetzungen** bietet, **eine längerfristiger Aufgabe** darstellt.

Teil 3 HANDLUNGEMPFEHLUNGEN

12. Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen für die betriebswirtschaftlichen Aspekte finden sich - wie eingangs erwähnt - unter Punkt 7 im Teil 1 dieses Berichtes. So sind beispielsweise die Kosten pro Bewohnerin des Hausgemeinschaftskonzeptes im Vergleich zu klassischen vollstationären Pflegeeinrichtungen in Bezug auf Personalkosten sind nach vollständiger Etablierung des Seniorenzentrums Marie-Anne-Clauss erneut zu untersuchen.

Im Folgenden werden die Empfehlungen für die konzeptionelle Umsetzung dargestellt. Da die durchgeführten Interviews zeigen, dass die Umsetzung des Hausgemeinschaftskonzeptes in einen *routinierten* Alltag einen Zeitraum von drei Jahren beansprucht und zwölf Monate als notwendig erscheinen, um die innovativen Strukturen für die jeweilige Einrichtung zu entwickeln, wird empfohlen, im Jahr 2013 eine erneute Erhebung unter denselben Kriterien analog dieser Studie im Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss durchzuführen.

12.1. Konzept

Hinsichtlich des innovativen Konzeptes einer Einrichtung der 4.Generation wird empfohlen, dass weit im Vorfeld der Eröffnung eines solchen Hauses - d.h. auch vor Erstellung der architektonischen Pläne - eine hinreichende **Auseinandersetzung mit dem Charakter und der Ausrichtung einer stationären Hausgemeinschaft** maßgeblich notwendig ist. **Sowohl der künftige Träger als auch der/die beteiligten Architekten sollten zumindest Grundkenntnisse der konzeptionellen Idee haben**. Diesbezüglich empfehlen sich auch Besuche in und Gespräche mit Vertreterinnen des Trägers/des Managements einer solchen Einrichtung, die zumindest schon ein Jahr im Betrieb ist. Ausdrücklich sei jedoch an dieser Stelle hinsichtlich des Seniorenzentrums Marie-Anne Clauss darauf hingewiesen, dass in der Umsetzung der kontinuierliche Einbezug des an der öffentlichen Ausschreibung beteiligten Architekten fehlte. Empfohlen sei so eben auch, dass eine Kongruenz der Ausschreibung und Präsentation der Planungen mit der tatsächlichen Umsetzung eines innovativen Projektes auch durch eine **personelle Kontinuität der Planer bzw. Architekten gewährleistet** werden sollte.

Die konkrete bauliche Ausgestaltung und letztlich noch in der Bauphase selbst vorzunehmende Umsetzung bis hin zur innenarchitektonischen Planung und Realisierung sind – unbenommen der ersten Planungen - eng an den Konzeptgedanken zu knüpfen und dahingehend kontinuierlich auf die spätere Akzeptanz der Bewohnerinnen und Mitarbeitenden zu überprüfen.

Hinsichtlich der konzeptionellen Ausarbeitungen erscheint es als unabdingbar, dass **konkretere Ausführungen** zu geplanten Strukturen und Abläufen (Ausgestaltung der Zusammenarbeit der Berufsgruppen), Angeboten und Maßnahmen und entsprechender einheitlicher Standards vorzufinden sind. Von Vorteil wäre, eine Gestaltung der

hauswirtschaftlichen Ausrichtung im Konzept schon zu konkretisieren. Konzepterstellung, Umsetzung des Konzeptes sowie von Arbeitsabläufen, Organisation und Strukturen sind insbesondere in der Eröffnungsphase im Sinne eines Aufbauprozesses mit den Einzügen der Bewohnerinnen zu harmonisieren.

12.2. Teamstruktur/Lebensalltag

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Hausgemeinschaften sollen sich als Begleiter und Partner der Bewohner mit ihrer jeweils eigenen Lebensgeschichte verstehen, mit ihnen gemeinsam den Lebensalltag erleben. Die dem Konzept anhängige Organisation einer individuellen und gleichzeitig hausgemeinschaftsspezifischen Tagesstrukturierung - als ein Grundbaustein stationärer Hausgemeinschaften - erfordert von den Teammitgliedern einen hohen Grad an Identifikation und einen **ausgeprägten Willen zur Zusammenarbeit** sowohl in der Erarbeitung der Tagesstruktur, als auch in der Realisierung. Die Koordination von Abläufen in den jeweiligen Hausgemeinschaften und übergreifend auf den Etagen kann nur gewährleistet werden, indem **sowohl die Positionen, als auch die Aufgaben klar geregelt** sind - und die Nahtstellen gemeinsam definiert und bearbeitet werden.

Pflege- und Präsenzkräfte müssen zunächst lernen, sich als **gleichwerte und großenteils gleichberechtigte Partner im Organisationsteam Hausgemeinschaft** zu begreifen. Für die Pflege heißt dies, ihr Primat aufzugeben - ohne das Gefühl der Entmachtung- zu entwickeln, denn diese Qualifikation begründet keine Sonderstellungen. **Somit sind alle infrage kommenden Berufsgruppen** (Präsenzmitarbeiterinnen, hauswirtschaftliche Assistenten, Pflegekräfte und -assistentinnen wie auch Sozialdienst, heiminterne Tagesbetreuung und Betreuungsassistentinnen) **einer gelingenden Alltagsgestaltung gleichermaßen verpflichtet.** Für Präsenzkraft aber auch hauswirtschaftliche - der Präsenzkraft zuarbeitende Assistentinnen - bedeutet dies, im Zusammenhang mit der "Aufwertung" ihrer Arbeit auch zu lernen, sich als Teammitglied zu begreifen und entsprechende Verantwortung zu übernehmen, Präsenz in der Hausgemeinschaft zu leben.

Das **Kompetenzprofil für Mitarbeitende in Hausgemeinschaften** gestaltet sich entsprechend bunt und vielseitig:

- Teamfähigkeit (Aushalten von spannungsgeladenen Situationen bei unterschiedlichen Sichtweisen, sich einsetzen für gemeinsame Lösungen)
- Integrationsfähigkeit (Empathische und adäquate Einbindung von Bewohnern und Angehörigen)
- Organisationsfähigkeit (Strukturierung von Arbeitsabläufen bei passgenauer Integration von Bewohnerinnen-Bedürfnissen)
- Anpassungsfähigkeit ("Ertragen" eines hohen Maßes an sozialer Nähe, gute Selbstregulationsmechanismen)
- Humor

- Selbstmanagement (Erkennen von belastenden Situationen, aktive Thematisierung und Bearbeitungsbereitschaft)
- Ausführungsbereitschaft (Aktive, "anpackende" Grundeinstellung).

Unabdingbar notwendig sind hierfür sind **folgende Instrumente**:

- eine zielgerichtete Personaleinstellung
- standardisierte Einarbeitungen bei Neueinstellungen
- zielorientierte Qualifizierungsmaßnahmen sowie
- Teamsupervision.

Grundlagen dafür sollten - wie bereits erwähnt - die Erstellung von Konzepten, Standards **sowie Arbeitsplatz- und Stellenbeschreibungen vor Betriebsbeginn** sein. Über **je mehr Handlungskompetenzen** (fachlich, sozial, methodisch und personal) die Vertreterinnen aller beteiligten Berufsgruppen verfügen, **desto unproblematischer** wird sowohl die **Teambildung** als auch die **Gestaltung eines familienähnlichen und individuellen Alltages** in den Hausgemeinschaften möglich sein.
Regelmäßige Teamsupervision hilft nachweislich auch aufbau -und arbeitsplatzbedingte Konflikte zu verstehen und zu verarbeiten (und damit Arbeitszeit und -energie beim Personal nicht spannungsbedingt zu verschwenden).

Empfohlen wird - soweit dies organisatorische und wirtschaftliche Aspekte zulassen - eine möglichst **passende Zusammensetzung** (Belegungsmanagement) der in einer Hausgemeinschaft wohnenden Menschen im Blick zu haben.

Unbedingt hinzuweisen ist auf eine **Wiederbesetzung der vakanten Sozialdienststelle**.

Für eine individuelle Gestaltung des Alltages in den Hausgemeinschaften -orientiert an der unterschiedlichen Bewohnerschaft und deren spezifischen Bedürfnissen - wird eine Empfehlung aus Teil noch einmal aufgegriffen: Die **Einführung** (zumindest) eines **internen Benchmarking** als Instrument, mit dem zwischen den einzelnen Hausgemeinschaften ein Vergleich gezogen werden kann. Damit wäre auch eine Budgetverantwortung in den einzelnen Hausgemeinschaften verantwortlich einführbar.

Nachdrücklich wird - auch über die Besichtigung der Aufbauphase des Seniorenzentrums Marie-Anne Clauss hinaus - darauf hingewiesen, dass die **Hygieneanforderungen** (für stationäre Einrichtungen der Altenpflege) zwingend zur (geforderten) **familiären Alltags-Normalität** in den Einrichtungen der „4. Generation“ / des **Hausgemeinschaftskonzeptes geformt werden müssen**.

12.3. Verhältnis und Rollenverständnis von Pflege, Präsenzkraft und Hauswirtschaft

Aus der engen Verknüpfung hauswirtschaftlicher und pflegerischer Tätigkeiten erwachsen **neue Anforderungen zur Aufgabenverteilung, zum Personaleinsatz und zum Selbstverständnis** der drei Berufsgruppen. Das Pflegepersonal realisiert bei der Grund-und Behandlungspflege gleichzeitig Beziehungspflege und muss lernen, die Bewohnerin dann abzugeben, gewissermaßen der Präsenzkraft "an die Hand zu geben". Die Präsenzkraft kann im Bereich der Grundpflege unterstützend und entlastend für die Pflege tätig werden - muss jedoch lernen - sich dann abzugrenzen, wenn die Hauptzeitkorridore für ihre Präsenzaufgaben im Rahmen der Tagesstrukturierung gefährdet sind. Die hauswirtschaftliche Assistentin muss lernen - neben routiniert ablaufenden Reinigungstätigkeiten mit einem Auge und einem Ohr beim Bewohner zu sein - ihn mit zu beachten und zu beobachten, ihn - wenn möglich und gewünscht - zu integrieren in ihr alltagsnahes Handeln. Sie muss lernen, der Präsenzkraft zu zuarbeiten, z.B. bei der Vor-und Nachbereitung der Mahlzeiten, damit diese betreuerische und anleitende Aufgaben besser wahrnehmen kann. **Schnittstellen müssen zu Nahtstellen** werden - im Rahmen der täglichen Arbeit und der Kommunikation miteinander. Auch die Mitarbeiterinnen von **Verwaltung und Haustechnik können sich nicht als „Mitarbeiterinnen in der zweiten Reihe“** verstehen. Sowohl ihr Dialog mit den Hausgemeinschaftsmitgliedern wie auch die direkte und indirekte Außenwirkung (Mundpropaganda) müssen mit den Zielen und Inhalten des Konzeptes "Hausgemeinschaften" konform gehen.

Adäquate Maßnahmen der Personalentwicklung sind daher unausweichlich. Mitarbeiterinnen aus Hauswirtschaft, Verwaltung und Technik benötigen **gemeinsame Fortbildungen** mit ihren in den Hausgemeinschaften tätigen Kollegen **zu** wesentlichen Aspekten und Grundannahmen des **Hausgemeinschaftskonzeptes**. Gezielte Besprechungsteilnahmen und -ausprägungen erleichtern ihnen die Identifikation mit dem Konzept - helfen, es mitzutragen, mit zu stützen und mit zu leben, sowie überzeugt nach außen zu tragen.

Im Sinne der Praktikabilität in der Eröffnungsphase wird empfohlen, vorrangig **halbtägige Workshops mehrfach anzubieten**, um auch nach und nach neueingestellte Mitarbeiterinnen an das Hausgemeinschaftskonzept und seine Grundprinzipien heranzuführen. Im Zuge der Eröffnung eines Hauses könnten dann auch schon länger eingestellte Mitarbeiterinnen aus ihren ersten Praxiserfahrungen berichten.

Eine **Schulung der Präsenzmitarbeiterinnen** (möglichst vor Betriebsbeginn oder in unmittelbarer zeitlicher Nähe) und die Hinführung auf ihre Aufgaben in der Umsetzung des Hausgemeinschaftskonzeptes sind zwingend notwendig sind. Es bleibt abzuwarten, wie der seit November 2010 im Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss praktizierte Ansatz einer **modularen Präsenzkraftschulung unter gezielter, partieller Einbeziehung anderer Berufsgruppen** verlaufen wird. Wie bereits kurz erwähnt, wäre hier sicherlich eine **erneute Evaluation** (im Jahre 2012) erkenntnisbringend.

Vor Betriebsbeginn besteht hinsichtlich der **Präsenztätigkeiten** die Dringlichkeit der konzeptionellen und praktischen **Klärung der Aufgabenstellung, des Profils und der Schnittstellenregelung zur Hauswirtschaft**. Empfohlen wird eine tragfähige und **standardisierte Besprechungskultur**, wie z.B. Teamgespräche mit Mitarbeiterinnen von Pflege, Präsenz und Hauswirtschaft als Möglichkeit zum übergreifenden fachlichen Austausch und zur Schnittstellengestaltung. Ein **standardisierter Informationsfluss** fördert gleichzeitig folgende unumgänglichen Faktoren:

- Entwicklung der Einstellungen der Pflegemitarbeiterinnen zu ihren Aufgaben und Zuständigkeiten in einer Hausgemeinschaft
- Entwicklung einer grundlegenden Handlungssicherheit für die Präsenzmitarbeiterinnen - wie auch im Folgenden in differenzierter Ausformung
- Entwicklung des Hauswirtschaftsbereiches hinsichtlich der Anerkennung der Gleichberechtigung - auch der Hauswirtschaftsleitung - und der Definition und Implementierung entsprechender Tätigkeitsbereiche und Strukturen.

Mit einer gleichzeitig empfohlenen **Kontinuität in der Personalbesetzung** sollte die angestrebte und notwendige Gleichberechtigung aller Berufsgruppen in den Hausgemeinschaften realisierbar sein.

Hinsichtlich des Schnittstellenmanagements wird des Weiteren empfohlen, einen **Standard bezüglich der Informationsweitergabe der Pflegeüberleitungsfachkraft** (Einzugs-Assessment) **an alle Berufsgruppen** zu erarbeiten.

Es darf nicht versäumt werden, darauf hinzuweisen, dass **die Mitarbeiterinnen Zeit bekommen sollten**, um den neuen Ansatz zu verstehen, zu begreifen und begleitet praktizieren zu können. Das Hausgemeinschaftsprinzip verträgt keine strenge hierarchische Ordnung bezogen auf die Funktionen. **Das Arbeiten und Kommunizieren in den sich dann ergebenden eher flachen Hierarchieformen will gelernt und geübt sein.** Mitarbeiterinnen brauchen neben einer Hinführung zum Hausgemeinschaftprinzip, neben spezifischen Schulungen flankierende Begleitung während der Einarbeitung und darüber hinaus.

12.4. Kundenzufriedenheit

Angehörige

Angehörige benötigen von Anfang an **Information und Transparenz**, auch hinsichtlich einer Fehlerkultur. Empfohlen wird in der Anfangsphase, aber auch darüber hinaus:

- Marketingstrategien zum Hausgemeinschaftskonzept, z.B. Erstellung einer übersichtlichen und Nicht-Pflege-Fachleuten verständlichen **Broschüre zum Hausgemeinschaftskonzept** (diese sollte vom Träger vor Eröffnung erstellt sein)

- **Formulierung** einer Einladung an Angehörige zum Engagement im Haus mit **konkreten (freiwilligen) Betätigungsfeldern** (in den ersten zwölf Monaten höchstens drei, um auch die Mitarbeiterinnen und Strukturen des aufzubauenden Hauses nicht zu überlasten)
- **Durchführung öffentlicher Vorträge** zum Thema Hausgemeinschaftskonzept und Grundlagen Demenz (zumindest in den ersten zwölf Monaten) mit Außenwirkung ins Quartier
- Einrichtung **regelmäßiger Angehörigenabende** im Haus und insbesondere auf den Hausgemeinschaften
- **Benennung und Sichtbarmachung einer Ansprechpartnerin** für Angehörige (mit Sprechstunden) - dies führt erfahrungsgemäß bei konsequenter Umsetzung zu einer enormen Entlastung der Mitarbeiterinnen in den Hausgemeinschaften.

Bewohnerinnen und Angehörige

Dass alle Handlungsempfehlungen eine Auswirkung auf die Kundezufriedenheit haben können (und sollen), bedarf sicherlich keiner näheren Erläuterung. Aufgrund der Erfahrungen im Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss erscheint es von Bedeutung, darauf hinzuweisen, dass eine hohe Belegungsfrequenz (auch) negative Auswirkungen auf die Kundenzufriedenheit haben kann. **Ein allen Rahmenbedingungen angemessenes moderates Belegungstempo in der Eröffnungsphase scheint von daher sehr empfehlenswert.** Wirtschaftliche Aspekte sind dabei nicht zu vernachlässigen. Es gilt jedoch auch zu bedenken, dass ein hoher Belegungsdruck seitens des Trägers zu Unzufriedenheit bei

- Bewohnerinnen
- Angehörigen
- Mitarbeiterinnen (auf allen Hierarchieebenen)

und damit zu

- einem „schlechten Ruf“
- niedriger Pflegequalität und
- kostenintensiver Bewohner- und Mitarbeiter-Fluktuation

und damit zu paradoxen - als den erwünschten - ökonomischen Effekten führen kann (und wird).

12.5. Freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM) und Bedarfsmedikation sowie Pflegeprozessplanung

Hier soll neben dem allgemein gültigen Umgang mit **prophylaktischen Maßnahmen** und Alternativen insbesondere auf die Einführung einer adäquaten **Besprechungskultur** mit einer zeitnahen und zielgerichteten Reflexion und Gestaltung des Umganges mit FeM und Bedarfsmedikation hingewiesen. **Evaluationen**, Team- und Fallbesprechungen sollten

regelmäßig und flächendeckend umgesetzt und **inhaltlich qualitativ hochwertig** durchgeführt werden.

Hinsichtlich der **Pflegeprozessplanung** sei auch auf allgemein gültige Instrumente und Verfahren hingewiesen:

- Gestaltung eines qualitativ vertretbaren Einzugsassessments
- Zeitnahe Erstellung eines Biographiebogens mit kontinuierlicher und fachlich-qualitativ adäquater kontinuierlicher Biographiearbeit
- Formulierung konkreter Ziele, die mit Maßnahmen (z.B. Aktivierung und Förderung) in direkter Verbindung stehen
- Ausführung der Dokumentation unter Bezugnahme auf formulierte Ziele und Maßnahmen.

Sehr zu empfehlen ist, dass eine Einrichtung, die nach dem Hausgemeinschaftsprinzip aufgebaut wird, über ein - **dieser Konzeption entsprechenden - Pflegedokumentations-system** verfügt. Trägerintern vorgegebene Systeme müssen dementsprechend modifiziert sein. Ebenso gilt, dass es von Vorteil ist, eine **Kontinuität des Dokumentationssystems** zumindest in den ersten drei Jahren nach Eröffnung von Trägerseite gewährleisten zu können. Eine **EDV-gestütztes Dokumentationssystem** sollte bei einem neu erbauten Haus Standard sein.

Belastbare Hausgemeinschafts-spezifische Erkenntnisse müssen - analog der bisherigen Berichtserstattung - einer weiteren Evaluation vorbehalten bleiben.

12.6. Managementperspektive

12.6.1. Leitungsteam

Eine erstrangige, wenn auch selbstverständliche Leitlinie für die Eröffnung einer Einrichtung mit einem innovativen Konzept sollte sein, **dass die Mitarbeiterinnen der Leitungsebene(n) zielgerichtet und genau ausgewählt** werden, um in diesen Positionen in der Aufbauphase möglichst keinen Wechsel gegenwärtigen zu müssen. Beide Führungspositionen sollten eine **unzweifelhafte Identifikation mit dem Konzept „Hausgemeinschaften“** erkennen lassen.

Grundlegend gilt, dass die Einrichtungs- als auch die Pflegedienstleitung eines neu zu eröffnendes Hauses der „4.Generation“:

- **zwingend über Vorerfahrungen hinsichtlich des Konzeptes „Hausgemeinschaften“** verfügen sollen. Dies betrifft sowohl die konzeptionelle Seite als auch praktische Erfahrungen (zumindest in Form eines vierwöchigen Praktikums), insbesondere zu Struktur und Organisation.
- Die **Einstellung von** Einrichtungs- und Pflegedienstleitung sollte **nicht unabhängig voneinander** erfolgen. Beide Personen plus Hauswirtschaftsleitung sollten sich vor Eröffnung des Hauses gegenseitig kennen lernen.

- Empfohlen wird die **Durchführung eines dreitägigen Workshops** - mit externer Moderation (Coaching) - für die Einrichtungsleitung, die Pflegedienstleitung, die Hauswirtschaftsleitung, die Küchenleitung (gerade bei externer Catering-Vergabe) und die Pflegeüberleitungsfachkraft vor der Eröffnung der Einrichtung. Dessen Ziel wäre die Erarbeitung einer gemeinsamen, gleichberechtigten Grundhaltung der verschiedenen Berufsgruppen in der Leitungsebene und von (diese fördernde) strukturierten Formen des Austausches und der Kommunikation wie auch eine Verständigung auf grundlegende Strukturen und Prozesse hinsichtlich des Hausgemeinschafts-Konzeptes. Zweifelsohne förderlich für solch innovative Vorhaben ist, wenn sich die Führungsgruppe auch auf einen gemeinsamen Nenner hinsichtlich des Führungsstils im Vorfeld einigen konnte. (Die hier investierte Zeit wie auch die Kosten werden sich in kürzester Zeit amortisieren - im Vergleich dazu, wenn diese Maßnahme nicht ergriffen wurde.)
- In der **Gestaltung von Stellenbeschreibung** und **innovativer Dienstplangestaltung** sollte **Handlungssicherheit** bestehen wie auch bezüglich einer **strategischen Argumentationsfähigkeit**.
- Desgleichen muss die Führungsgruppe über **außerordentlich hohe Motivation und deutlichem Engagement** in der Aufbauphase verfügen.

Neben den allgemeingültigen Führungskompetenzen wie Durchsetzungs- und Abgrenzungsfähigkeit, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit, Empathie, Gelassenheit und Zeitmanagement dürfte für das Hausgemeinschaftsmodell noch der so benannte **„wertschätzenden Gedanke in der Kommunikation der Schnittstellen“** von besonderer Bedeutung sein.

Diesbezüglich wird auch empfohlen, dass von Anfang an die Position der **Hauswirtschaftsleitung aufgewertet und gleichrangig mit Einrichtungs- und Pflegedienstleitung im Organigramm** verankert wird. Eine entsprechende Unterstützung (organisatorisch, Stellen- und Aufgabenbeschreibung, Personalentwicklung) durch den Träger sollte zwingend gegeben sein.

Dieses in der Zielsetzung zu erreichende Zusammenwirken aller genannten Beteiligten hinsichtlich ihrer Erkenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten und die Integration auch entfernter Teammitglieder (wie z.B. Angehöriger) in die jeweilige Hausgemeinschaft erfordert eine vorausschauende , begleitende und stützende Personalplanung, -entwicklung und -pflege und stellt für das Management (Geschäftsführung, Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung, Hauswirtschaftsleitung) und die jeweiligen Bereichsleitungen eine besonders hohe Herausforderung dar. **Die Akteure stehen vor der Situation, einerseits eine "lernende Organisation"** hinsichtlich der Implementierung des Hausgemeinschaftsgedankens zu sein, d. h. dahingehend den Personalentwicklungsprozess zu steuern und **andererseits** gleichzeitig den alltäglichen An- und Herausforderungen "des **laufenden Betriebes**" gerecht werden zu müssen. Die über die Anfangsphase hinaus

beobachtbare Unruhe, Unsicherheit und schwankende Motivationslage der Mitarbeiter verlangt nach einem Orientierungsrahmen und **Orientierungsvorbildern**. Die neue Leitung des Seniorenzentrums hat sich dies zu einer ihrer vorrangigen Aufgaben gemacht. Oberste Maxime in den kommenden Monaten muss ein stetiges, aber schrittweises, zwischen allen Leitungsbereichen abgestimmtes und **von konzeptionellen Eckpunkten ausgehendes Vorgehen** sein (Konzepterstellung bzw. aktuell -anpassung, Erstellung von detaillierten Leistungsbeschreibungen, eines Grobkonzeptes zu Naht- und Schnittstellen, von Arbeitsablaufplänen sowie Personalbedarfsberechnungen, ebenso gezielte Personalauswahl und -planung, Abgleich mit Gesamtpersonalbudget, konkrete Dienstplanung, Stellenbeschreibungen). Angesichts der soeben benannten zahlreichen Tätigkeiten, die von der Einrichtung zeitnah - im Sinne eines funktionierenden Hausgemeinschaftskonzeptes - umzusetzen sind, dürfte eine erneute Evaluation des Seniorenzentrums einen signifikanten Erkenntnisgewinn hinsichtlich der Umsetzung des Hausgemeinschaftsprinzips mit sich bringen.

12.6.2. Träger

Die Leitungsgruppe bedarf einer rückhaltlosen Unterstützung durch den Träger. Die Bildung einer **hausinternen Steuerungsgruppe** mit zwingender Teilnahme der Leitungen - unter Beteiligung einer externen Organisationsberatung - wird für das erste Aufbaujahr nachdrücklich empfohlen. Unter Umständen sollte der Träger bei mangelnder Vorerfahrung **eine externe fachliche Begleitung bereits bei der Konzepterstellung** und beratend bei der Auswahl der drei Leitungspositionen hinzuziehen. In der Aufbauphase sollte **der Träger ausreichende personale Kapazitäten** für die Kommunikation und notwendige (ungeplante) Aktivitäten mit der neu entstehenden Einrichtung der „4.Generation“ einplanen. Der Träger sollte dem oben beschriebenen Leitungs-Team ausreichend Zeit und Freiraum zum Entwickeln und Umsetzen, Korrigieren und erneuten Probephasen hinsichtlich der innovativen Strukturen und Prozesse zur Verfügung stellen (Akzeptanz einer zwölfmonatigen Anfangsphase). Nach allen bisherigen Erfahrungen dürfte dies (noch) notwendig und fruchtbar für eine gelingende Umsetzung des Hausgemeinschaftskonzeptes sein. Hingewiesen sei jedoch auch darauf, dass zum Berichtszeitpunkt nun im Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss eine entsprechende Entwicklung zu beobachten ist..

12.6.3. Personalgewinnung und -bindung

In Zeiten des zunehmenden Personalmangels in der Altenpflege kommt diesem Punkt eine besondere Bedeutung zu. Das innovative Konzept der Hausgemeinschaften darf durchaus als attraktiver Arbeitsplatz gewertet werden - so denn die Konzeptumsetzung gelingt. Folgende Faktoren sind handlungsweisend:

- **Erstellung stimmiger Stellen- und Aufgabenbeschreibungen** im Vorfeld der Personalsuche. Das Seniorenzentrum muss hier im Rahmen seiner

Organisationsentwicklung eindeutig eine Priorität vergeben. Bereits formulierte Arbeitsplatzbeschreibungen sowie Arbeitsablaufbeschreibungen zur Klärung der Nahtstellen (Steuerungsgruppe) wurden eher nicht oder in sehr abgewandelter Form zur Orientierung genommen und bilden aktuell nicht (mehr) die Realität ab, sie müssen auf Zielsetzung und Praxisrelevanz hin überarbeitet werden.

- Entwicklung entsprechender **Anforderungsprofile** der beteiligten Berufsgruppen. Diese wurden über einen nicht geringen Zeitraum hin nicht genügend formuliert und waren somit auch nicht entscheidungsleitend bei Einstellungen bzw. Eignungsfeststellung. Klare Aussagen zu Anforderungsprofilen sind zudem ein wichtiges Strukturierungsmerkmal von Einarbeitung und Teamgestaltung - auch an den jeweiligen Nahtstellen zu anderen Berufsgruppen.
- **Schulung der Präsenzmitarbeiterinnen** und Einführung auf ihre Aufgaben in der Umsetzung des Hausgemeinschaftskonzeptes - vor Eröffnung des Hauses oder zeitgleich
- **Berufsgruppenübergreifende Schulungen** für alle Mitarbeiterinnen zum Hausgemeinschaftskonzept einschließlich der Hinführung der Pflege-Mitarbeiterinnen zum Hausgemeinschaftskonzept - und dem damit verbundenen unabdingbaren (hier schon mehrfach beschriebenen) „Umdenken in der Pflege“
- **Berufsgruppenübergreifende Grundlagenqualifizierung** aller Mitarbeiterinnen zum **Thema Demenz**
- Spezifische Stärkung der Handlungskompetenzen zur alltäglichen Begleitung demenzkranker Menschen wie auch personaler Kompetenzen (Kontaktherstellung, Kommunikation), **um die Mitarbeiterinnen für ihre anstrengende und herausfordernde Tätigkeit zu stützen**
- Regelmäßige **Teamsupervision** - gerade in der Aufbau- und Findungsphase. Hier sei ausdrücklich noch einmal darauf hingewiesen, dass die Mitarbeiterinnen Zeit bekommen müssen, um ihre bisherigen beruflichen Rollen zugunsten des Hausgemeinschaftsprinzips zu modifizieren und das Ganzheits-Prinzip verstehen, lernen und umsetzen zu können.
- Gerade in der Aufbauphase können solche Personalentwicklungsmaßnahmen auch als Instrument der Anerkennungskultur für Mitarbeiterinnen dienen. Grundsätzlich ist die Entwicklung einer **Anerkennungskultur in der Aufbauphase** durch die Leitungen und durch den Träger sehr zu empfehlen.

Letztendlich: Der Präsenzgedanke als Leitmotiv setzt "Präsenz- und Gemeinschaftsdenken und -handeln" aller Beteiligten voraus. Die Entwicklung dieser "Kultur" fordert dem Management **kontinuierliche Steuerung und Begleitung im Sinne der Unterstützung der "Lernenden Institution"** ab.

Bezüglich des Personals sei noch darauf hingewiesen, dass nach Einschätzung der wissenschaftlichen Begleitung der **Verzicht des Einsatzes von Zeitarbeit** für eine gelungene Umsetzung des Hausgemeinschafts-Konzeptes empfohlen wird. Angesichts des Fachkräftemangels muss hier jedoch auch erwähnt werden, dass die Management-Ebene der Einrichtung (wie auch aller Altenpflegeanbieter) dringend der **Unterstützung der Sozialpolitik** braucht. Programme wie die vom Münchener Stadtrat beschlossenen „Personalentwicklung Demenz“ sind richtige und wichtige Schritte. **Weitere Aktivitäten, um qualifizierte und mit personalen Kompetenzen ausgestattete Mitarbeiterinnen in die Altenpflege zu ziehen und dann auch in im Beruf und in den Einrichtungen zu binden sind mehr als wünschenswert und dringend geboten.**

Die bereits mehrfach erwähnte **erneute Beobachtung der Umsetzung** des Hausgemeinschaftskonzeptes im Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss im Jahre 2010 nochmals in zwei Jahren wird auch empfohlen, um auch die Auswirkungen der Präsenzkraftschulung zu sehen. Damit könnten **Erkenntnisse zur Gestaltung dieses neuen Berufsbildes „Präsenz(fach)kraft“** gewonnen werden, z.B. hinsichtlich der notwendigen Vorerfahrungen, erforderlichen Qualifizierungen und diesbezüglicher weiterer Personalentwicklungsmaßnahmen als auch entsprechender Managementkompetenzen.

12.6.4. Kundengewinnung

Die **Pflege eines positiven Images im Quartier und in der Region**, wie auch die hier bereits mehrfach beschriebenen **Maßnahmen zur Verbesserung der Strukturqualität und der Personalentwicklung** sowie die **weitergehende Vernetzung im Stadtteil** sollten in Zukunft eine gute Strategie zur kontinuierlichen Kundengewinnung darstellen.

12.6.5. Ehrenamt

Um Enttäuschungen - sowohl seitens der engagierten BürgerInnen als auch seitens der Einrichtung - zu vermeiden, zeichnet sich ab, dass in der Aufbauphase eines Hauses der „4.Generation“ **zuerst Strukturen** (zumindest eine feste Ansprechpartnerin, die dies - angesichts der Fülle an Aufgaben - auch leisten kann) **zum Thema „Ehrenamt“ aufgebaut werden sollten, bevor man in diesem Aufgabenbereich beginnt zu agieren**. Vergleiche hierzu auch die Ausführungen in Anhang 5: „Empfehlungen zum Einsatz ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen in der Altenpflege“.

12.7. Architektur / Raumprogramm / räumliche Gestaltung

Die wichtigsten Aspekte hierzu wurden bereits verschiedentlich angesprochen:

- Kooperation mit einem Architekten, der über Erfahrungen mit dem Hausgemeinschaftskonzept verfügt (oder Hinzuziehung externer Fachberatung)
- Bauabnahme und Endreinigung vor der Eröffnung des Hauses

- Vorhandensein grundlegender Einrichtungsgegenstände, Arbeitsmaterialien und Pflegemittel bei der Eröffnung
- Gestaltung der Inneneinrichtung orientiert an (biographiebezogenen) Bewohnerbedürfnissen, weniger an modernen Design-Vorstellungen bzw. entsprechende Weiterentwicklung der Einrichtung in der Möblierung und der Wandgestaltungen hin zu einer alltäglichen, familienähnlichen und vertrauten Atmosphäre
- Verbesserung der Orientierungshilfen im Seniorenzentrum (beachte diesbezüglich die empfohlene Thematisierung mit den Angehörigen)
  - Ausgestaltung und Belebung der Begegnungsräume,
  - Fortschreibung des Farbkonzeptes (Wände und Möblierung),
  - leichter und lichter wirkende Möblierung der eingebauten Schränke und Pflegebetten,
  - Überdenken der Verwendung von Induktionsherden in Hausgemeinschaftsküchen, die von demenzkranken Seniorinnen benutzt werden (sollen),
  - Entwicklungsprozess der Wohnlichkeit der Hausgemeinschaften (u.a. hinsichtlich der sachlichen Tische und Stühle in den Wohnküchen),
- Weitere Gestaltung des Außenbereiches im Seniorenzentrum, z.B. mit einem Sinnesgarten.

Angemerkt wird an dieser Stelle, dass bereits im Dezember 2009 dem Betreiber empfohlen wurde, die beiden beschützenden Hausgemeinschaften im Erdgeschoss zu offenen gerontopsychiatrischen Hausgemeinschaften - zumindest mittelfristig - umzuwandeln.

13. Abschluss

In der Abschlussbefragung - wie auch in allen anderen Kontakten - wurde erneut die sehr hohe Motivation und das ausgeprägte Engagement vieler Mitarbeiterinnen des Seniorenzentrums Marie-Anne Clauss deutlich. An dieser Stelle sei ihnen für ihre bisherige Arbeit bei dem Aufbau ihrer Einrichtung ausdrücklich Respekt und Anerkennung seitens der wissenschaftlichen Begleitung ausgesprochen. Bedanken möchte sich das Team von aufschwungalt für die Unterstützung bei der Durchführung der Studie bei den Bewohnerinnen und Angehörigen, bei allen Mitarbeiterinnen, bei den zuständigen Akteurinnen des Sozialreferats und der FQA/Heimaufsicht der Landeshauptstadt München aber auch beim Projektbeauftragten des Trägers.

Besonderer Dank gilt den stationären Pflegeeinrichtungen, die sich für den betriebswirtschaftlichen Vergleich zur Verfügung stellten.

Anhang Teil 1:

Anhang 1: Checkliste Datenabfrage Benchmarking

1. Allgemeine Daten	
Organigramm der Einrichtung incl. Schnittstellen zum Träger	
2. Architektur des Hauses	
Grundrissplan des Hauses – Gesamtfläche in qm	
Direkte Fläche je Bewohner (Zimmergröße) in qm	
Umfang der Allgemeinflächen in qm	
Fläche je Bewohner incl. Allgemeinflächen	
3. Verwaltungsorganisation	
Welche Verwaltungstätigkeiten erfolgen zentral, welche dezentral?	
Wie ist die Schnittstelle bzw. der Informationsfluss organisiert?	
Wieviele PC's werden in der Einrichtung eingesetzt?	
Wird zur Pflegedokumentation und Abrechnung eine spezielle Software eingesetzt?	
4. Organisation Hauswirtschaft/Reinigung/Küche	
Welche Leistungen werden extern eingekauft, welche Tätigkeiten werden von Mitarbeitern der Einrichtung erbracht?	
5. Personalstruktur	
Stellenplan differenziert nach den Funktionsbereichen sowie nach Qualifikationen in der Pflege und Betreuung (Köpfe und Vollzeitstellen)	
Istbesetzung	
Einsatz von Ehrenamtlichen (Stunden je Monat)	
Tarifvertrag,	
Wochenarbeitszeit	
6. Statistik	
Belegungsstatistik differenziert nach Pflegestufen	

Fluktuation	
7. Finanzen	
Aufbau der Kosten- und Leistungsrechnung	
Kostenstellenübersicht und –konzept	
Kostenstellenberichte (analog GuV-Rechnung) differenziert nach Kostenarten für die Monate Oktober bis Dezember (kumuliert und je Monat)	
Personalkosten differenziert nach Funktionsbereichen	
8. Entgelte incl. Aufgliederung des Vergütungssatzes	
Pflegebedingter Aufwand Unterkunft und Verpflegung Investitionskosten	
Zusatzleistungen	
Weitere Finanzierungsquellen, Drittmittel	
9. Kennzahlen und Budget	
Welche Kennzahlen werden von den Verantwortlichen zur Steuerung bereits eingesetzt?	
Arbeitet die Einrichtung eigenverantwortlich mit einem Budget?	

Anhang Teil 2

Anhang 1

Die ME-Skala
(aus Dementia Care Mapping (DCM) 8. Grundlagen und praktische Anwendung)

Die ME-Skala

+ 5	Dies ist die glücklichste, entspannteste, zufriedenste und angenehmste Befindlichkeit, die ein/e Person mit Demenz zeigen kann. Es lässt sich kaum etwas Besseres vorstellen; die Person geht völlig in dem auf, was sie tut und/oder ist rundum glücklich.
+3	Es gibt klare Anzeichen von Glücksbefinden, Zufriedenheit, Vergnügen, Entspanntheit und Behaglichkeit, doch es gibt auch Anzeichen dafür, dass der/die Teilnehmende noch positivere Affekte erreichen kann.
+1	Wach und auf die Umgebung bezogen. Neutrale Affekte. Unverhohlene Zeichen für eine positive oder negative Befindlichkeit in Bezug auf die Affekte sind nicht erkennbar.
-1	Kleine Anzeichen von Unglücklichsein oder fehlendem Kontakt: Ängstlichkeit, Stress oder Ärger.
-3	Anzeichen von beträchtlichem Unglücklichsein, Leiden oder Stress, Missvergnügen, Verärgerung, Beunruhigung, Furcht oder einem Zustand von Unwohlsein.
-5	Der Teilnehmende zeigt massive Anzeichen einer negativen Affektlage: Apathie, Zurückgezogensein, Wut oder Ärger, Trauer oder Verzweiflung.

Anhang 2

Angehörigen-Engagement

Detaillierte Vorstellungen der Angehörigen (N=11), die sich ein allgemeines Engagement im Seniorenzentrum Marie-Anne Clauss vorstellen können. (Daten aus der Erstbefragung der Angehörigen, Rücklauf N= 57):

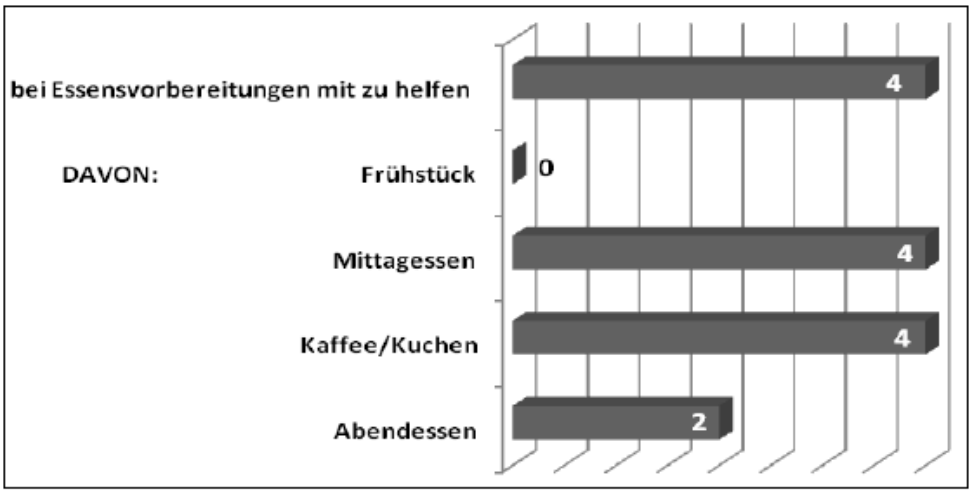

Abb.II/1: Erste Angehörigenbefragung - Vorstellungen zum allgemeinen Engagement der Angehörigen (1)

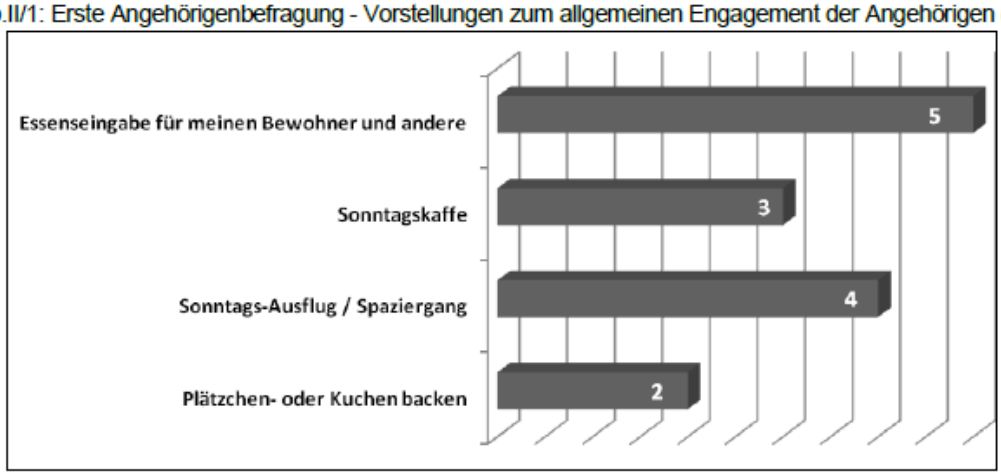

Abb. II/2: Erste Angehörigenbefragung - Vorstellungen zum allgemeinen Engagement der Angehörigen (2)

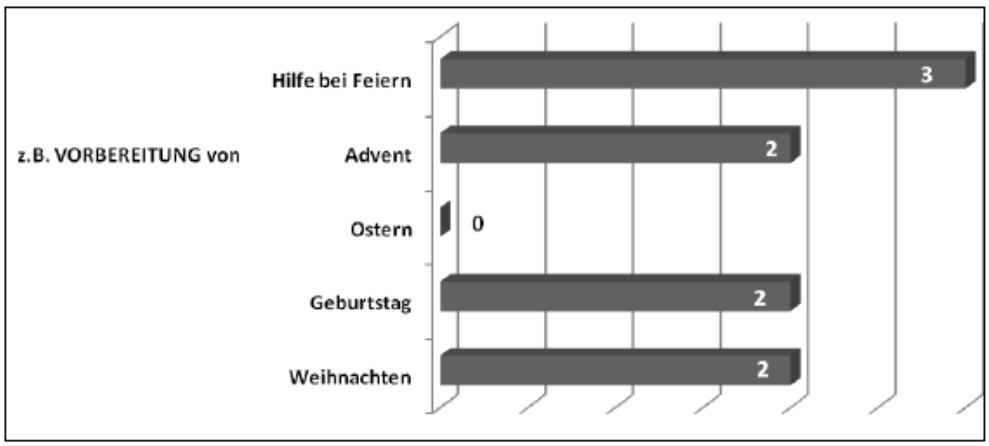

Abb. II/3: Erste Angehörigenbefragung - Vorstellungen zum allgemeinen Engagement der Angehörigen (3)

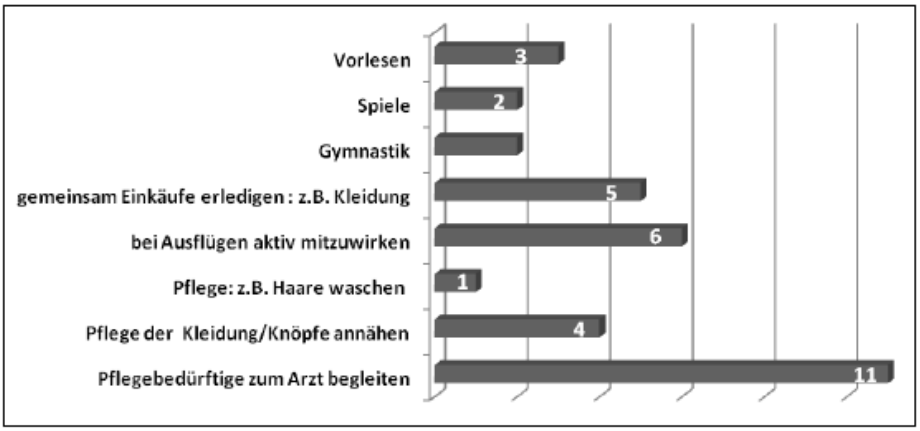

Abb.II/4: Erste Angehörigenbefragung - Vorstellungen zum allgemeinen Engagement der Angehörigen (4)

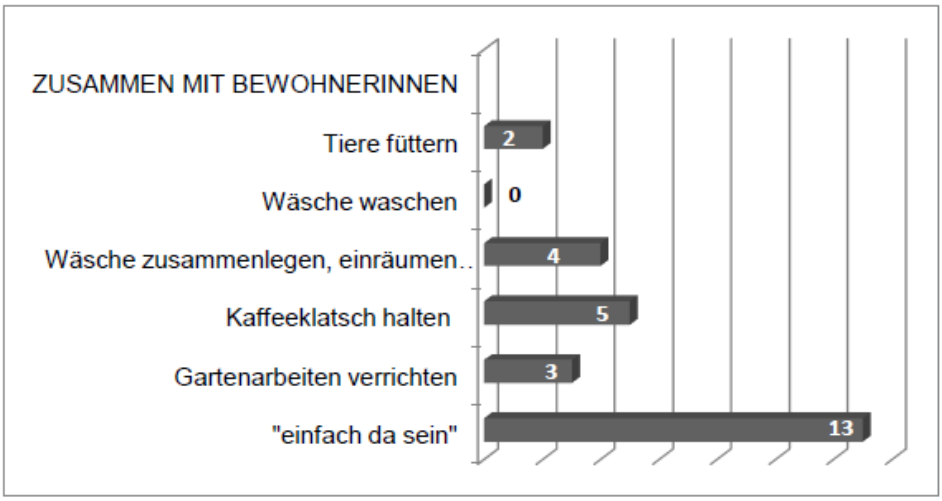

Abb.II/5: Erste Angehörigenbefragung - Vorstellungen zum allgemeinen Engagement der Angehörigen (5)

Anhang 3

Vergleichende Betrachtung zum integrativen und segregativen Ansatz in der Altenpflege

Um den Demenzkranken im stationären Wohnen Sicherheit und Lebensqualität zu bieten, wird ein differenziertes Angebot benötigt. Im Hinblick auf die Wohnformen für dementiell Erkrankte in der stationären Altenhilfe stehen zwei Betreuungsmodelle zur Verfügung: der integrative und zum anderen der segregative Ansatz. Da das „Seniorenzentrum Marie-Anne-Clauss“ sowohl integrative Wohngruppen als auch segregative[86] (Demenz-)Wohngruppen vorhält, wird im Folgenden eine vergleichende Betrachtung der Umsetzung des Hausgemeinschaftskonzeptes in diesen beiden Wohnformen vorgestellt.

Der integrative Ansatz

Bei dem integrativen Prinzip werden laut Höwler (2000) mit Hilfe einer aktivierenden Pflege und dem Konzept der Milieugestaltung psychisch Kranke gemeinsam mit psychisch gesunden, jedoch körperlich pflegebedürftigen Menschen betreut. Die dementen (und oft gleichzeitig auch körperlich pflegebedürftigen) Bewohner werden zusätzlich über eine bestimmte Zeit des Tages für mindestens fünf Tage in der Woche durchgehend über acht Stunden gemeinsam betreut. Ziel des integrativen Wohnmodells ist die Aktivierung und Förderung der gesunden Persönlichkeitsanteile der psychisch kranken Menschen durch das Zusammenleben mit den psychisch gesunden Menschen. Den Bewohnern wird in der Seniorenpflegeeinrichtung ein bleibendes „Zuhause“ angeboten. Wichtige Grundvoraussetzungen für eine bedürfnisgerechte Umsetzung dieser Betreuungsform sind u.a. ein auf Demenzkranke abgestimmtes Pflege- und Wohnkonzept, eine architektonisch übersichtliche Gestaltung des Wohnbereichs, gerontopsychiatrisch geschultes Personal sowie ein verbesserter Personalschlüssel durch Zuschläge zu den Pflegesätzen für gerontopsychiatrische Bewohner.

Vor- und Nachteile des integrativen Prinzips

Ein Vorteil für diese Art der Betreuungsform ist, dass ein Umzug auf einen spezialisierten Wohnbereich für den dementiell Erkrankten entfällt. Bei Menschen mit dementiellen Erkrankungen können Umzüge zu einer Verstärkung der Desorientierung bis hin zur völligen Dekompensation führen, was dem betroffenen Bewohner somit erspart bliebe. Für die Zeit, in der die Dementen (gesondert) gemeinsam betreut werden, sind sie vor den Frustrationen, die ihnen nicht demente Bewohnerinnen und Bewohner zufügen können, geschützt und können speziell gefördert werden. Zudem ist ein vorteilhafter Aspekt, dass keine Stigmatisierung der psychisch Kranken durch eine Art „Ghettoisierung“ stattfindet. Für

[86] Nach Ausprägung der Demenzerkrankung getrenntes Wohnen

Bewohnerinnen mit einer leichten Demenz, die noch in der Lage sind, relativ adäquat auf ihre Umwelt zu reagieren, kann der Umgang mit geistig rüstigen Bewohnerinnen, die die Defizite der Dementen akzeptieren und die Dementen nicht ausgrenzen, durchaus eine fördernde Wirkung haben und den Krankheitsverlauf vorteilhaft beeinflussen. Bei einer stützenden Pflege- und Betreuungskonzeption - wie z.B. durch Gedächtnistraining für Demente - kann sich eine präventive Wirkung auch für psychisch ältere Gesunde als positiv herausstellen.

Nachteilig wirkt sich die integrative Form aus, wenn die nichtdementen Bewohner nicht in der ihnen zugedachten Rolle als „Co-Therapeuten“ fungieren. Der Umgang zwischen den unterschiedlichen Gruppen zeichnet sich durch ein hohes Konfliktpotential aus, da das Verständnis und die Toleranz der Nicht-Verwirrten für die Verwirrten oftmals nicht ausreichen. Diese Desintegration wirkt sich negativ auf die Verwirrtheit und auf das Wohlbefinden der Demenzerkrankten aus.[87] Als Nachteil kann sich auch herausstellen, dass die Dementen in zwei verschiedenen Welten leben, wenn sie zum einen über eine bestimmte Zeitpanne in einer speziellen Dementengruppe betreut werden und zum anderen dann wieder in ihren Wohnbereich mit den geistig unbeeinträchtigten Bewohnern zurück müssen. Dieser Wechsel zwischen den unterschiedlichen Umfeldern bringt zusätzliche Unruhe für die dementen Bewohnerinnen, der eine ernstzunehmende Belastung darstellen kann.

Beim Pflegepersonal kann es bei dieser Betreuungsform zu Überlastungssituationen sowie Ziel- und/oder Prioritätenkonflikten kommen. Nach allen Erfahrungen funktioniert es selten, die individuellen Bedürfnisse der dementiell Erkrankten und der Nichtdementen gleichermaßen zu berücksichtigen.

Der Hausgemeinschaftsgedanke favorisiert das familienähnliche gemeinschaftsbetonte Zusammenleben von Menschen und setzt auf auszuschöpfende Möglichkeiten der Integration bezogen auf die Mitglieder. Manche demenzkranke Bewohnerinnen erhalten durch ein verständnisvolles Umfeld und ein Gefühl des sich gegenseitig Kennens und Akzeptierens ein Gefühl des "Dazu-zu-Gehören". Jede Hausgemeinschaft entwickelt ihren eigenen Charakter, eigene Toleranzen und Intoleranzen ("wie im richtigen Leben"). Dabei geht es nicht immer unproblematisch zu. Es kommt vor, dass sich die nichtdemente Bewohnerinnen, die in Ruhe ihren Lebensabend verbringen wollen, durch ihre dementen Mit-Bewohnerinnen, die beispielsweise einfach in deren Zimmer gehen und dort die Toilette benutzen, durch ständiges Rufen sowie durch verbale und teilweise auch körperliche Aggression gestört und bedroht fühlen. Besonders das ständige Rufen stellt die Toleranzgrenze der Nichtdementen auf eine harte Probe ("Ich bekomme noch einen Nervenzusammenbruch."). Einige fühlen sich in ihrem Schamgefühl verletzt, wenn sich ein dementer Bewohner am Tisch entkleidet oder nackt über den Flur läuft. Bei manchen

[87] Im Verlauf einer Demenzerkrankung können sich eine Vielzahl von Verhaltensstörungen zeigen, die eine Integrationsfähigkeit vermindern.

psychisch gesunden Bewohnerinnen ruft der Anblick von schwerdementen Menschen auch die Angst hervor, „ob man mal selbst so enden wird“.

Andererseits verstärkt überhandnehmende Konfrontierung mit den eigenen Defiziten wiederum die Angst und Unsicherheit der dementen Bewohner. Dies wird von ihnen durch Verhaltensweisen, wie beispielsweise ständiges Rufen, Weglaufen, Aggressionen und motorische Unruhe kompensiert. Ein menschenwürdiger Umgang mit den Dementen, der die Lebensqualität der Erkrankten erhalten soll, nimmt viel Zeit in Anspruch. Das Pflegepersonal steht häufig im Spannungsfeld zwischen den unterschiedlichen Bedürfnislagen und hat teilweise das Gefühl keiner Bewohnerinnengruppe ausreichend gerecht werden zu können. Dies führt zu Frustrationen und Unzufriedenheit bei den Mitarbeiterinnen. Die Konfliktlösungsversuche zwischen verwirrten und nichtverwirrten Bewohnerinnen werden phasenweise bei knapper Besetzung als zusätzliche Arbeitsbelastung gesehen. Es besteht die Gefahr emotionaler Erschöpfung.

Menschen, die sich bereits in einer weiter fortgeschrittenen Phase der Demenz befinden fühlen sich möglicherweise in segregativen Hausgemeinschaften besser verstanden und "heimeliger." Mitarbeiterinnen können ihnen durch die Ausrichtung an einem spezifischen Konzeptansatz (für die beschützenden Hausgemeinschaften) zielgerichtet und intensiv gerecht werden. Sie benötigen dafür besondere Qualifikationen, Schulung und Begleitung.

Der segregative Ansatz

Die Betreuungsform nach dem segregativen Ansatz bedeutet, dass die demenzkranken Bewohnerinnen rundum-die-Uhr nach festgelegten Prinzipien zusammen in einem Wohnbereich betreut werden. Ziel des segregativen Wohnmodells ist die Aktivierung und Erhaltung der gesunden Persönlichkeitsanteile der psychisch kranken Menschen unter Gleichgesinnten. Der Kontakt zu geistig gesunden Mitbewohnern wird vermieden, dadurch bleibt die zusätzliche Konfrontation des psychisch Alterskranken mit seinen eigenen Defiziten aus (Höwler 2000). In der Wohngruppe kann ein therapeutisches Milieu hergestellt werden, welches von Gelassenheit, Harmonie und des Zulassens von Chaos geprägt ist. Den dementen Bewohnerinnen soll eine ihrer Erkrankung angemessene Betreuung und Pflege zukommen, damit kann Stress minimiert und ggf. Verhaltensauffälligkeiten und der Psychopharmakabedarf reduziert werden. Für die Demenzkranken besteht ein beständiges Lebensumfeld mit Bezugspersonen und Bezugspflege. Alle Aktivitäten im Versorgungs-, Betreuungs- und Pflegebereich orientieren sich an der spezifischen Lebenswelt und an der individuellen Biografie sowie an der aktuellen Situation jedes einzelnen Bewohners.

Das Milieu im segregativen Bereich soll die dementiell erkrankten Bewohnerinnen anregen, miteinander in Kontakt zu treten. Soziale Beziehungen und der Erhalt weitestgehender Selbstständigkeit werden gefördert. Trotz abnehmender Anpassungs- und Orientierungsfähigkeit soll den erkrankten Menschen ein stressfreies Leben in Geborgenheit ermöglicht werden, bei dem ihre vorhandenen Restkompetenzen optimal genutzt und unterstützt

werden. Der erhöhte Personalschlüssel sowie die demenzgereichte Gestaltung der Wohnbereiche ermöglichen intensiveres Eingehen auf die Belange der gerontopsychiatrischen Bewohnerinnen.

Vor- und Nachteile des segregativen Prinzips

Das Leben in einer segregativen Wohngruppe hat einen sehr positiven Einfluss auf dementiell erkrankte Bewohner. Physische und psychische Angriffe von geistig nichtbeeinträchtigten Mitbewohnern fallen weg. Die subjektive Zufriedenheit der von Demenz betroffenen Bewohnerinnen und Bewohnern steigt. Dürrmann (2001) konnte beobachten, dass die Bewohnerinnen sich stimmungsaufgehellter und ausgeglichener zeigten. Verhaltensauffälligkeiten, Schwierigkeiten mit dem Schlaf-Wachrhythmus konnten gemindert werden. Der Einsatz von Psychopharmaka konnte deutlich reduziert und teilweise vollständig abgebaut werden. Eine bedürfnisorientierte Tagestrukturierung und die Gestaltung eines demenzgerechten Milieus sind möglich und Betreuungskonzepte können zielgerichtet umgesetzt werden.

Auch das Pflegepersonal profitiert lt. Dürrmann (2001) von der Arbeit in einem Wohnmodell mit segregativen Ansatz. Das Schlichten von Konflikten zwischen Dementen und verärgerten Nichtdementen oder deren Angehörigen entfällt, bzw. schwierige Situationen kommen seltener vor. Die Entscheidung mit dementen Bewohnern zu arbeiten, kann beim segregativen Wohnmodell bewusst und freiwillig gefällt werden, und im Umgang mit den Demenzkranken kommt es zu einer größeren Verhaltenssicherheit, was sich positiv auf das Klientel auswirkt und insgesamt zu einer besseren Arbeitszufriedenheit beiträgt. (Dürrmann 2001).

Ein Nachteil dieses Wohnmodells ist laut Höwler (2000), dass die Betroffenen in eine stationäre Ausgrenzung geführt werden und somit eine „Ghettosierung“ stattfindet. Insbesondere für Erkrankte im Stadium der leichten Demenz könnte sich ein Umzug in eine segregative Wohngruppe angstauslösend und negativ auswirken, wenn die "leicht Dementen" mit vorrangig "Schwer- und Schwerst-Dementen" konfrontiert sind. Aus diesem Grund erscheint die segregative Wohnform ausschließlich für Bewohnerinnen, bei denen die Erkrankung schon weiter fortgeschritten ist sinnvoll[88]. Für das Personal ist die Arbeit mit ausschließlich an Demenz erkrankten Bewohnerinnen eine hohe psychische Belastung, die nur mit gerontopsychiatrischem Fachwissen bewältigt werden kann.

[88] Wobei zusätzlich noch bettlägerig seiende Bewohnerinnen wohl eher weniger von den Angeboten profitieren dürften.

Anhang 4

Hausgemeinschafts- und Wohngruppenkonzept - eine vergleichende Betrachtung

1. Das Wohngruppenkonzept

Dieses Konzept unterscheidet sich vom Konzept der Hausgemeinschaft dadurch, dass die traditionelle Arbeitsteilung zwischen Hauswirtschaft und Pflege erhalten bleibt. Ziel ist eine bewohnernahe Versorgung in der Hauswirtschaft, die aus diesem Grund dezentral organisiert ist. Als bauliche Voraussetzung sind deshalb ebenfalls Wohnküchen erforderlich. Die Pflege ist hier nach dem System der Bereichspflege organisiert. Eine zentrale „Großküche“ ist in der Regel weiter gegeben, da hier Vorarbeiten geleistet werden, die danach dann dezentral in den Wohngruppen fertiggestellt werden. Somit haben die Bewohner nach wie vor die Möglichkeit die Aktivitäten des Alltagslebens mitzugestalten und mitzuerleben, die Rationalisierungspotentiale einer zentralen Küche sowie die im Bereich von Reinigung bleiben weitestgehend erhalten.

2. Das Hausgemeinschaftskonzept

Das Konzept der Hausgemeinschaft bietet eine am familiären Bereich orientierte Wohn- und Lebenssituation. Eine feste Bezugsperson (Präsenzkraft) ist ständig in der Hausgemeinschaft präsent und koordiniert die Alltagsaktivitäten der Bewohner. Sie führt betreuerische, hauswirtschaftliche und auch grundpflegerische Tätigkeiten durch. Die klassische Arbeitsteilung zwischen Hauswirtschaft und Pflege wird bei diesem Konzept in weiten Teilen aufgelöst.

Dieses vom KDA initiierte Hausgemeinschaftskonzept geht im Grad der Dezentralisierung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten weiter als das Wohngruppenkonzept. Es sieht vor, dass das Essen durch die Präsenzkräfte zubereitet wird, während beim Wohngruppenkonzept das Mittagessen von einer Zentralküche bezogen und lediglich im Wohnbereich aufbereitet wird. Das Hausgemeinschaftskonzept setzt entsprechende architektonische Strukturen einer Einrichtung voraus. Aufenthaltsräume mit integrierter Wohnküche sind die Grundlage dieses Systems. Grund- und Behandlungspflege wird Wohnbereichs-/Hausgemeinschafts-) übergreifend organisiert, anlehnend an die Organisation eines ambulanten Dienstes.

Einschätzung der realisierten bzw. angestrebten Versorgungsform im Seniorenzentrum Marie-Anne-Clauss:

Die Einrichtung strebt die Organisationsform stationärer Hausgemeinschaften an. In weiten Teilen sind hierzu die Grundbausteine gelegt. Die bisher (noch) beobachtbaren Abweichungen (A) beziehungsweise Besonderheiten (B) liegen in Folgendem begründet:

A) Mahlzeitenerstellung

Die Vorbereitung der Mahlzeiten wird von extern durch die Firma Apetitio organisiert, welche diese auch anliefert. Lediglich Frühstück, Zwischenmahlzeiten und Abendessen sowie einzelne Essenskomponenten werden direkt in den Hausgemeinschaften vorbereitet - wobei die Besorgung ebenfalls ausgelagert ist.

Da jedoch die Individualisierung der Mahlzeiten (bezogen auf Größe und Zusammensetzung, Schöpfsystem) möglich ist, kann in einem abgewandelten Sinne von integrierter "Küche" gesprochen werden. Das zentrale Merkmal "Kochen in Hausgemeinschaften", welches individuelles Vorgehen und Verpflegen pro Hausgemeinschaft meint wird - bisher - jedoch nicht umgesetzt, da lediglich einzelne Komponenten, wie z. B. Vor- oder Nachspeisen / Kuchen selbst hergestellt werden.

B) Integrative Pflege-und Betreuungsform / segregative Pflege-und Betreuungsform (Beschützende Hausgemeinschaften im EG)

Das Seniorenzentrum Marie-Anne-Clauss möchte sich eine größere Flexibilität hinsichtlich der Ausprägung der einzelnen Hausgemeinschaften bewahren. So gibt es Bereiche, in denen vermehrt somatisch pflegebedürftige Bewohner eine Hausgemeinschaft bilden - wiederum andere die integrativ ausgestaltet sind (hier leben einige demenzkranke Bewohner mit einigen somatisch erkrankten oder rüstigen Bewohnern zusammen) - und wiederum andere, in denen der Anteil demenzkranker Bewohner deutlich überwiegt. Die beiden Hausgemeinschaften im Erdgeschoss sind rein segregativ konzeptioniert.

Allen gemein ist die Orientierung an Alltagsstruktur und einer weitest herzustellenden "Alltagsnormalität" für alle Bewohner - gleich welcher Ausgangssituation. Allen gemein ist auch die Organisation des Tagesablaufs über die jeweiligen hausgemeinschaftsbezogenen Präsenzkräfte. Diese Organisation passiert momentan noch mit aufwändiger Unterstützung der jeweiligen Bereichsleitungen - eine Emanzipation der Präsenzkräfte im Hinblick auf das Alltagsmanagement wäre wünschenswert. Angedacht ist die Funktion einer Primär-Präsenzkraft, die sowohl Planungs- und Koordinationsaufgaben wahrnimmt als auch die Einarbeitung neuer Präsenzkräfte organisiert und durchführt. Sie soll zudem die Nahtstelle zu den Bereichen Hauswirtschaft und Pflege ausprägen und pflegen.

Während zentrale Elemente wie Präsenz- und Präsenzkraftgedanke, Alltagsstrukturierung und Herstellen von Normalität des Hausgemeinschaftsprinzips im Seniorenzentrum bereits im Bewusstsein (gegeben) sind, prägen in den Bereichen Küche und Hauswirtschaft Mischformen das Bild.

Hier werden die Funktionsstellen (außer die der Leitung) von außen her besetzt und bedient. Eine dezentrale Organisation und Umsetzung (in jeder einzelnen Hausgemeinschaft) geschieht bisher nicht in der für das Hausgemeinschaftskonzept typischen umfassenden Form. Die Leitung plant jedoch eine weitere Annäherung an das Hausgemeinschaftsprinzip mit weiterer Ausprägung der Nahtstellen insbesondere zur Hauswirtschaft. Die ausgelagerte,

fremdvergebene Küche kann vom Charakter her eher mit einer Zentralküche verglichen werden, in der die Hauptkomponenten besorgt und erstellt werden - was dem Wohngruppenkonzept entsprechen würde. Dies ist jedoch kein Alleinstellungsmerkmal für die Einordnung in die jeweilige Organisationsform. Im Seniorenzentrum Marie-Anne-Clauss existiert derzeit eine Mischform zwischen zentral und dezentral angesiedelten Elementen des hauswirtschaftlichen Servicebereiches.

Anhang 5

Empfehlungen zum Einsatz ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen in der Altenpflege

Ehrenamtlich Tätige können eine große Bereicherung für Einrichtungen der Altenpflege darstellen. Die Entscheidung, mit Ehrenamtlichen zu arbeiten ist im MAC bereits gefallen, erste Schritte sollten jedoch gut überlegt und geplant sein.

Um einen Kreis von Ehrenamtlichen aufzubauen, braucht es Jemanden, der sich kümmert und der sich Zeit dafür nimmt. In den Turbulenzen der Aufbauphase des Seniorenzentrums konnte diesbezüglich keine kontinuierliche Arbeit geleistet werden. Die Einrichtung strebt jedoch die Konzeption und Umsetzung eines Konzeptes zur Arbeit mit Ehrenamtlichen für die nahe Zukunft an, wohlwissend, dass neben einer Entlastung über die Zu-und Mitarbeit Ehrenamtlicher und einer entstehenden Bindung an die Einrichtung, gleichzeitig positive , öffentlichkeitswirksame Effekte entstehen. Das "gute Klima" wird sich "draußen" herumsprechen. Ein weiterer Nebeneffekt könnte sein, dass Menschen neugierig werden auf ehrenamtliche Tätigkeit im Hause. Die Bereicherung kann ebenso nur zum Tragen kommen, wenn es gelingt, die unterschiedlichen Gaben der Menschen, die sich zu einem freiwilligen Dienst rufen lassen, zu nutzen. Damit alle zu ihrem Recht kommen und sich gegenseitig befruchten, braucht es einen Mittler zwischen allen Parteien. Es ist wichtig, sich die Rolle der verschiedenen Gruppen anzuschauen und zu verbinden: Hauptamtliche, Ehrenamtliche und Bewohner. Zum Aufbau und zur Pflege eines Ehrenamtlichen-Kreises braucht es Zeit und eine klare Zuständigkeit aber auch Grenzsetzungen. Ehrenamtliche brauchen zudem Freiraum, sich auszuprobieren, eigene Erfahrungen zu sammeln. Dies bedarf einer flankierenden Begleitung und Beratung und regelmäßiger Treffen für Austausch, Informationen, Fortbildung, Konfliktbewältigung, Äußerung und Bearbeitung von Kritik usw.

Ehrenamtliche sollten die Einrichtung, die Arbeit und die Philosophie sowie ihre möglichen Einsatzgebiete kennen. Es gilt, in Gesprächen Wünsche und "Gaben" kennenlernen. Wer bei seinen Aufgaben, die er übernehmen kann, Kompetenz hat oder sie entwickeln möchte, ist mit großer Wahrscheinlichkeit zufrieden. Wenn es gelingt, dass bei dem Einsatz eines Ehrenamtlichen Zufriedenheit und Freude zum Tragen kommen, bleibt ein Ehrenamtlicher Einrichtungen meist über lange Zeit erhalten.

Anhang 6

GlossarAEDLs (2.4.7.9) "Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens" nach Monika Krohwinkel
Der Pflegebedarf wird danach erhoben, ob jemand aus den folgenden Bereichen der Mobilität, Motorik, Körperhygiene, Ernährung und sozialer Kommunikation keinen, gelegentlichen, häufigen oder ständigen Hilfebedarf hat.

- Bezugspflegekraft — Delegation der Verantwortung für alle pflegerischen Tätigkeiten an eine bestimmte examinierte Pflegekraft, der sogenannten Bezugspflegekraft
- Bradenskala — Skala zur Einschätzung des Dekubitusrisikos
- DCM — Dementia Care Mapping - Verfahren zur Evaluation der Pflege von Menschen mit Demenz (entwickelt an der Universität Bradford in Großbritannien)
- HiT — Heiminterne Tagesbetreuung - Projekt des Soforthilfe-Programms des Stadtrates der LHS München zur Verbesserung der Situation in den Münchner Alten- und Pflegeheimen (Beschluss vom Februar 2000); Ziele der HiT sind die Entlastung der Pflegenden, indem Bewohnerinnen, deren Verhalten infolge einer Demenzerkrankung sehr viel Zeit und Aufmerksamkeit einfordert, tagsüber eine an der Normalität ausgerichtete Tagesstruktur erhalten.
- Pflegeüberleitungskraft — Projekt des Soforthilfe-Programms des Stadtrates der LHS München zur Verbesserung der Situation in den Münchner Alten- und Pflegeheimen (Beschluss vom Oktober 1998); Ziele der Pflegeüberleitung sind verstärkt die Sicherung der Versorgungskontinuität der Pflege. Pflegeüberleitung handelt in den Schnittstellen von Krankenhaus oder anderen Einrichtungen bzw. eigener Häuslichkeit und Pflegeeinrichtung.
- KG-Übungen — Krankengymnastik-Übungen
- kognitiv — Der Begriff kognitiv bezeichnet Funktionen des Menschen, die mit Wahrnehmung, Lernen, Erinnern und Denken, also der menschlichen Erkenntnis- und Informationsverarbeitung in Zusammenhang stehen.
- Negativbeschluss
- Niederflurbetten — Spezielle Pflegebetten, die bis auf Bodenhöhe absenkbar sind.
- Seniorenstuhl
- PDL — Pflegedienstleitung
- PPP — Pflegeprozessplanung
- Primary Nurse — Primär-Schwester - Primary Nursing: Pflegesystem aus den USA, bei dem eine Pflegende die umfassende Verantwortung für die Pflege einer begrenzten Patienten- bzw. Bewohnergruppe übernimmt

- Trochanter Hose
  Hose mit Protektoren, die einen Hüftschutz bewirken und Verletzungen bei Stürzen vermeiden sollen
- Validation — Bestätigung, Gültigkeitserklärung - Kommunikationsmethode mit demenzerkrankten Menschen, bei der auf den emotionalen Gehalt einer Aussage oder eines Verhaltens reagiert wird.

Anhang 7

Literaturverzeichnis

Teil 1:

- Arend Stefan: Hausgemeinschaften – Vom Modellversuch zur Regelversorgung; Vincentz Network, Hannover (2005)
- Eisenreich Thomas; Halfar Bernd; Moos Gabriele: Steuerung sozialer Betriebe und Unternehmen mit Kennzahlen; Nomos Verlag; Baden-Baden (2005)
- Peters André; Moos Gabriele: BWL für soziale Berufe; Ernst Reinhardt Verlag; München (2008)
- Tellers, Claudia: Hausgemeinschaften; Neue Wohn- und Versorgungskonzepte in der stationären Versorgung dementiell erkrankten älterer Menschen; VDM Verlag Dr. Müller; Saarbrücken (2007)

Teil 2:

- Arend, Stefan Hausgemeinschaften – Vom Modellversuch zur Regelversorgung – ein Praxisbericht, Vincentz, Hannover,2005
- BMFSFJ: Pressemitteilung: Integration und Selbstbestimmung für Demenzkranke www.bmfsfj.de (05.02.2004)
- Dürrmann, Peter, Besondere stationäre Dementenbetreuung. Hannover: Vincentz Verlag, 2001
- Dürrmann, Peter (Hrsg.) Besondere Stationäre Dementenbetreuung II, Vincentz, Hannover 2001 und 2005
- Höwler, Elisabeth: Gerontopsychiatrische Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für dieAltenpflege. Hagen: Brigitte Kunz Verlag, 2000
- Rester, David, Präsenzkräfte in stationären Hausgemeinschaften , Abstract , Eching, Juli 2009
- BMG Modellprojekte 8 BAND. Eine Dokumentation zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger. S. 41ff.
- Dementia Care Mapping (DCM) 8. Grundlagen und praktische Anwendung.