

Gefördert im Rahmen
des Modellprogramms
nach § 45 f SGB XI



Modellprogramm nach § 45f SGB XI

Paradigma Hausgemeinschaft?!

Weiterentwicklung der stationären Versorgung im Rahmen des
Pflegeversicherungsgesetzes (PaHaNeu)

Laufzeit: Februar 2015 bis September 2017

Projektnummer: A20610

- Endbericht -

Ev. Johanneswerk

**Verfasser: Dr. Frauke Schönberg, unter Mitarbeit von Dr. Bettina Kruth,
Dr. Gero Techtmann und Rachel Thronberens-Schmorl**

Bielefeld, Februar 2018

Inhalt

1. Einleitung	4
2. Projektverlauf	9
3. Ergebnisse und Bewertung.....	16
3.1. THEMENÜBERGREIFENDE ERGEBNISSE IM VERGLEICH HAUSGEMEINSCHAFTS- UND WOHNGRUPPENKONZEPT	16
3.2. RAUM UND MILIEU	21
3.3. PFLEGERISCHE VERSORGUNG	27
3.4. MAHLZEITENVERSORGUNG	34
3.5. REINIGUNG	40
3.6. WÄSCHEVERSORGUNG	44
3.7. FREIWILLIGENARBEIT	50
3.8. ANGEHÖRIGENARBEIT	54
3.9. SOZIALE BETREUUNG	60
4. Empfehlungen	66
5. Ausblick.....	69
6. Literaturverzeichnis	72

Abkürzungsverzeichnis:

AVR: Arbeitsvertragsrichtlinien	Kap: Kapitel
BGW: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege	OE: Organisationseinheit RDP Rahmen- dienstplan
DCM: Dementia Care Mapping	TK: Teilkonzept
FB: Fachliche Begleitung	vgl: vergleiche
ff: fortfolgende	VK: Vollzeitkräfte
HG: Hausgemeinschaft	WG: Wohngruppen

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: DCM Durchschnittswerte der Einrichtungen (rot= Einrichtungen mit Haus- gemeinschaftskonzept)	17
Abbildung 2: Darstellung der Sinus Milieus(Schuster 2013).....	23
Abbildung 3: Nische auf dem Wohnbereich, „Traditionelles Milieu“	25
Abbildung 4: Empfehlungen der Planungszellen zum Thema Mahlzeiten, gekürzt.....	35
Abbildung 5: Frontcooking als soziales Angebot	39
Abbildung 6: Umsetzung Teilkonzept Freiwilligenarbeit	52
Abbildung 7: Morphologisches Tableau zum Thema „Gewinnung von Freiwilligen“	53
Abbildung 8: Grundlage/Matrix der Angehörigenarbeit.....	56
Abbildung 9: Emphatiekarte	57
Abbildung 10: Im Projekt entwickelte „Konfliktkarte“ zur Strukturierung und Lösung des Konfliktes.....	58
Abbildung 11: Phasen und Verantwortlichkeiten der Angehörigenarbeit.....	59
Abbildung 12: Systematik des Betreuungskonzeptes.....	63
Abbildung 13: Formulierung von Servicequalität vor dem Hintergrund von Lebensqualität ..	67

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Projektplan und Projektrealität	13
Tabelle 2: Übersicht Milieus und Alter(Schuster 2013).....	24
Tabelle 3: Ausgangsbeschreibungen für die konkrete Gestaltung der Milieus	24

1. Einleitung

Stationäre Einrichtungen nach dem Hausgemeinschaftskonzept gelten als besonders „bewohnerfreundlich“. Hinter dieser Bewertung steht die Annahme, dass Hausgemeinschaften aufgrund ihrer dezentralen Organisationsform mehr Teilhabe und Autonomie für Bewohner/innen ermöglichen als Einrichtungen, die nach dem Wohngruppenkonzept und damit wie angenommen zentral in ihren Funktionsbereichen organisiert sind.

Das Ev. Johanneswerk als großer Diakonischer Träger von Einrichtungen der stationären Altenhilfe hat sich bisher dem fachlichen „State of the art“ beim Neubau von stationären Einrichtungen an den Merkmalen des Hausgemeinschaftskonzeptes (vier bis sieben Wohnungen mit jeweils bis zu 12 Plätzen und einer dezentralen hauswirtschaftlichen Versorgung) orientiert:

Aber: Das Ev. Johanneswerk hat die Notwendigkeit einer fachlichen Weiterentwicklung aufgrund sich verändernder Bewohnerstrukturen und Praxisproblemen festgestellt:

- Wachsende Anzahl von Bewohner/innen mit psychische Erkrankungen, allen voran demenzielle Erkrankungen
- Mehrfache Problemlagen: Das Profil der Pflegebedürftigkeit von Bewohnerinnen und Bewohner ist zunehmend durch komplexe Problemlagen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene gekennzeichnet. Eine große Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner zeigt danach nicht nur körperliche Beeinträchtigungen, sondern auch kognitive Einbußen, psychische Problemlagen und Verhaltensauffälligkeiten, die den heutigen Alltag in stationären Pflegeeinrichtungen zunehmend prägen.
- Verkürzte Verweildauer: Im Hinblick auf eine geschlechtsspezifische Verweildauer in der stationären Versorgung wurden bereits erste Vorarbeiten vom Ev. Johanneswerk getätigt, so etwa eine Mortalitätsanalyse (Techtmann 2010) sowie der gesellschaftlichen Implikationen (Schönberg, de Vries 2011). Die Studie sowie die Analyse kommen zu folgenden zentralen Erkenntnissen: Die mittlere Verweildauer aller im genannten Zeitraum verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohner beträgt im Durchschnitt 31, 3 Monate. Dies entspricht etwa 2,6 Jahre im Durchschnitt. Dieser Wert ist insofern von relativ geringer Aussage-

kraft, da es sich einen Mittelwert mit großen Streuungen handelt. Das heißt, es gibt Bewohnerinnen und Bewohner mit wesentlich kürzeren, aber auch wesentlich höheren Verweildauern. So liegt das Minimum bei 0 bzw. weniger als 24 Stunden Verweildauer und einer Aufenthaltsdauer von mehr als 41 Jahren. Knapp 20% aller Bewohner und Bewohnerinnen verstirbt innerhalb der ersten vier Wochen nach dem Einzug, bis zum dritten Monat erhöht sich die Mortalitätsrate auf 30%. Nach einem Jahr ist knapp die Hälfte (47,5%) der Bewohner und Bewohnerinnen verstorben. Nach drei Jahren sind mehr als zwei Drittel (69,5%) der Bewohner und Bewohnerinnen verstorben. Die Zahlen weisen das Spannungsfeld von stationärer Pflege auf: Auf der einen Seite „Sterbeort Hospiz“, auf der anderen Seite „letzter Wohnort“.

- Geschlecht – Mann : Die o.g. Datenanalyse des Ev. Johanneswerks (Techtmann 2010) bietet ebenfalls interessante Ergebnisse zum Thema Geschlecht: Zwischen April 2007 und September 2009 verstarben in 33 stationären Einrichtungen des Ev. Johanneswerks insgesamt 2.838 Bewohner/innen, davon 73% Frauen und 27% Männer. Die mittlere Verweildauer aller im genannten Zeitraum verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohner beträgt im Durchschnitt 31,3 Monate. Die Verweildauer von Männern ist kürzer als die Verweildauer von Frauen. Die Aufenthaltsdauer von Frauen beträgt im Mittel 36, 4 Monate (rund 3 Jahre) während Männer nur rund 18 Monate (1,6 Jahre) in den Einrichtungen lebten. Es leben jedoch mehr pflegebedürftige Männer in den Einrichtungen als es den „Anschein“ hat. Sie versterben schneller und sind damit weniger präsent. Vor dem Hintergrund, dass immer mehr Männer in Einrichtungen versorgt werden, erscheint die geschlechtsspezifische Betrachtung von Versorgten und Versorgenden von Bedeutung.
- Leben in Familienstrukturen – lange her: Der Infratest Untersuchung im Rahmen der 4. MuG Studie (Schneekloth & Müller 2007) zufolge wohnten 60 % der Bewohninnen und Bewohner vor Übersiedlung in die Einrichtung allein in ihrem Privathaushalt. 10% der Bewohner/innen lebten vor Heimeintritt in einer anderen Einrichtung. Mit 27

% lebte lediglich ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner vor der Heimübersiedlung in einem Haushalt mit mehreren Personen.

Der Betrieb von Hausgemeinschaften ist darüber hinaus mit folgenden Praxisproblemen verbunden:

- Dienstplanabdeckung: Die Anzahl der Bewohner/innen und deren Pflegestufe korrespondieren mit der Anzahl der eingesetzten Pflegekräfte. Konsequenz: Der Dienstplan sieht in einer Wohnung mit 8 Bewohnern eine Präsenzkraft und anteilig eine Pflegefachkraft vor. Die Organisation solch kleiner Einheiten im Krankheitsfall der Mitarbeiter/innen ist problematisch.
- Herausforderung hoher Pflegeaufwand: Je mehr pflegerische Maßnahmen/Interventionen beispielsweise bei demenziell veränderten Menschen mit herausfordernden Verhalten notwendig sind, umso höher ist das Spannungsfeld zwischen Hauswirtschaft und Pflege.
- Herausforderung Wirtschaftlichkeit: Die Refinanzierung des Konzeptes steht im Spannungsverhältnis von Aufwand und Erlösen.

Das Ev. Johanneswerk ist Träger von 34 Einrichtungen der stationären Altenpflege, davon sind 6 Einrichtungen „echte“ Hausgemeinschaften mit insgesamt rund 36 Wohnungen. Die übrigen Einrichtungen entsprechen der zweiten und dritten Generationen von Pflegeheime.

Der Träger kann vor diesem empirischen Hintergrund als einer von ganz wenigen Anbietern - vermutlich sogar als einziger - von Hausgemeinschaftseinrichtungen hervorragend auf Erfahrungen in Betrieb und Konzeption von Hausgemeinschaften zurückgreifen. Darüber hinaus ist es möglich, die im Rahmen von Hausgemeinschaften erhobenen Informationen/Daten mit den übrigen Einrichtungen des Johanneswerks (überwiegend zweite und dritte Generation) zu vergleichen.

Gesamtzielsetzung dieses Projektes war die Weiterentwicklung und Erprobung des Konzeptes „Hausgemeinschaft“. Dieses Gesamtkonzept sollte Aussagen zu folgenden Themen („Teilkonzepten“) machen:

- Raum und Milieu
- Pflegerische Versorgung
- Mahlzeitenversorgung
- Wäscheversorgung

- Reinigung
- Betreuung
- Angehörigenarbeit
- Freiwilligenarbeit.

Eines der wichtigsten Teilergebnisse in diesem Projekt war, dass weder aus Nutzer- noch aus Mitarbeitersicht – zumindest nach den Ergebnissen unseres Projektes - die dezentrale Organisation der Versorgung als Merkmale der Hausgemeinschaft *grundsätzlich* Vorteile hat.

Eine weitere Erkenntnis war, dass sich Einrichtungen im Hinblick auf ihre hauswirtschaftliche Organisationsformen nicht ausschließlich nach dezentralen bzw. zentralen Merkmalen unterscheiden lassen. Hausgemeinschaften in „Reinform“ gibt es nur selten; dafür weisen fast alle übrigen Pflegeeinrichtungen in verschiedenen Schattierungen dezentrale Merkmale auf. In der Schlussfolgerung heißt dies, dass auch Einrichtungen mit Wohngruppenkonzept dezentrale Merkmale aufweisen. Der wesentliche Unterschied zwischen (einigen) Einrichtungen mit Hausgemeinschaftskonzept und allen anderen (sowohl andere Hausgemeinschafts- als auch Wohngruppen-) Einrichtungen ist die dezentrale Herstellung der Mittagsmahlzeit.

Die dritte zentrale Erkenntnis lässt sich dahingehend formulieren, dass *keine grundsätzlichen Unterschiede* zwischen Einrichtungen mit Hausgemeinschafts- und Wohngruppenkonzept in den Handlungsfeldern Angehörigen- und Freiwilligenarbeit sowie Betreuung zu finden waren. Das bedeutet im Umkehrschluss jedoch nicht, dass es keine Unterschiede zwischen den Einrichtungen gab – diese waren jedoch nicht konzeptionell im Sinne Hausgemeinschaft begründbar.

In der Folge wurden die konzeptionellen Fragestellungen in den Teilkonzepten auf alle Einrichtungen ausgeweitet. Das Projekt in der Umsetzung betraf nicht mehr ausschließlich die Einrichtungen nach dem Hausgemeinschaftskonzept, sondern generierte Fragestellungen und Beteiligung von allen interessierten Einrichtungen im Ev. Johanneswerk. Die entsprechenden Ergebnisse für die Teilkonzepte/Themen sind in Kapitel drei zu finden. In Kapitel vier erfolgen die Schlussfolgerungen aus Projektsicht für die Entwicklung der stationären Versorgung.

Ich danke den Mitarbeitenden des Alters-Institut für ihr Engagement und dem Ev. Johanneswerk für die vielen Einblicke und manchmal überraschenden Erkenntnisse. Dank gilt auch den kritischen, immer offenen Mitarbeitenden in den Einrichtungen. Nicht zuletzt danke ich den Nutzer/innen, die sich an diesem Projekt beteiligt haben. Gewidmet ist dieser Projektbericht meinem Schwiegervater Hans Stutt.

2. Projektverlauf

*Wie töricht ist es, Pläne für das ganze Leben
zu machen, da wir doch nicht einmal Herren
des morgigen Tages sind.*

Lucius Annaeus Seneca

„Prioritäten setzen heißt auswählen, was liegenbleiben soll.“

Helmut Nahr, deutscher Mathematiker

Nach Antrag sah das Projekt ein Jahr für die Entwicklung von Konzepten vor. Die anschließenden zwei Jahre sollte das Konzept umgesetzt werden. Diese Einteilung „Konzeptentwicklung“ und „-umsetzung“ mit den entsprechenden Zeiträumen wurde in diesem Projekt nicht eingehalten. Ausgehend von der durch die IST-Analysen gewonnenen Erkenntnis (siehe auch Einleitung), dass sich nicht alle Hausgemeinschaften von Wohngruppen *grundsätzlich* unterscheiden, stellten sich weitere Forschungsfragen aus der Nutzerperspektive:

- Wie zufrieden sind die Mitarbeitenden in den Einrichtungen?
- Wie stellen sich die Ergebnisse aus den Dementia Care Mapping (=DCM) in Hausgemeinschaften und Wohngruppenkonzepten dar?
- Was ist zukünftigen Nutzern wichtig bei der Versorgung im Heim?

Deutlich wurde auch, dass die Umsetzung in den Teilkonzepten nicht auf die zehn Einrichtungen mit Hausgemeinschaftskonzept beschränkt werden sollte, sondern alle Einrichtungen beteiligt wurden.

Das Projekt hat in der Gesamtschau deutlichere Elemente der Partizipation der Einrichtungen und der Berücksichtigung der Nutzerperspektive erhalten als ursprünglich geplant. Diese Prozesse ebenso wie die Abstimmungsprozesse Ev. Johanneswerk – Alters-Institut haben Zeit benötigt, die „zu Kosten“ der Umsetzungsphase gegangen sind.

- Auf Ebene der Einrichtungsleitungen fand Beteiligung am Diskurs durch projektbezogene Fachtage statt. Ebenso konnten Einrichtungen bei den Workshops zur Umsetzung mitarbeiten oder Konzepte erproben.

- Die Regionalgeschäftsführer nahmen ebenfalls an den Diskursen bei den Fachtagen teil. Sie verantworteten die Erprobung einzelner Konzepte und erhielten fachliche Begleitung bei ihren Prozessen. Nicht zuletzt waren sie an der Bewertung und Konsentierung von Standards („Konzept und Standard „Reinigung“) beteiligt.
- Die Unternehmensspitze des Ev. Johanneswerk (als Auftraggeber) war beteiligt an dem Kurs und Diskurs des Projektes. Ergebnisse und Aufträge an das Alters-Institut wurden gemeinsam festgelegt. Das Projekt hat Fragestellungen aufgeworfen (z.B. Thema Mahlzeiten), die auf dieser Ebene weiterbearbeitet wurden.

Resümierend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass das Projekt „Paradigma Hausgemeinschaft?!“ im Handlungsfeld Altenhilfe des Ev. Johanneswerks für Bewegung gesorgt hat. Deutlich wurde auch, dass Pflegeheime ein hochkomplexes System mit jeweils eigenen Regeln und Historien sind. Veränderungen müssen als Prozess für und mit der Einrichtung „designed“ werden, die den jeweiligen „Ausgangspunkt“ der Einrichtung und die spezifischen Entwicklungsmöglichkeiten berücksichtigen.

Im Projekt eingesetzte Methoden der Wissensgenerierung

Wissensgenerierung und Gestaltung setzt methodisches Arbeiten voraus. Im Projekt „Paradigma Hausgemeinschaft?!“ wurden folgende Methoden eingesetzt:

- *Expertengespräche und –vorträge:*

Hier ist der Workshop zum Thema „Lebensqualität von Bewohner/innen“ sicherlich besonders hervorzuheben. Bei diesem Workshop wurde das Konstrukt Lebensqualität und Forschungsergebnisse hierzu zu den Themen im Projekt vorgestellt und diskutiert.

Insgesamt wurde zu drei Themen (Lebensqualität - Prof. Weidekamp - Maicher, Resilienz -Patrick Herrmann, Milieuorientierung und Freiwilligenarbeit – Prof. Zippert) Expertenwissen „direkt“ genutzt.

- *Quantitative Erhebungen*

Zur Wissensgenerierung (Ist-Analyse) wurde für die Teilkonzepte „Wäsche“, „Reinigung“ und „Mahlzeiten“ sowie „Angehörigen- und Freiwilli-

genarbeit“ schriftliche Erhebungen („Fragebogen“) entwickelt und in allen 34 Einrichtungen durchgeführt.

Zudem wurde eine schriftliche Mitarbeiterbefragung zur Zufriedenheit und Arbeitsbelastungen in sechs Einrichtungen durchgeführt. Hierzu wurde im Projekt kein Erhebungsinstrument entwickelt, sondern auf einen bewährten Fragebogen¹ zurückgegriffen.

- *Qualitative Erhebungen*

Im Teilkonzept Betreuung wurden zur Ermittlung der Ist Situation leitfadengestützte Interviews mit Hausleitungen geführt.

Weiterhin wurde die Nutzerperspektive zum Thema „Outsourcing der Bewohnerwäsche“ im Teilprojekt Wäscheversorgung mit Leitfadeninterviews und einer entsprechenden Inhaltsanalyse der Antworten erhoben.

- *Dokumentenanalysen*

Für die Ist-Analyse im Teilprojekt Raum und Milieu wurde ein Auswertungsraster entwickelt, um Fotos und Grundrisse von Wohnbereichen und Wohnungen im Hinblick auf milieuspezifische Merkmale zu analysieren.

Darüber hinaus wurden die Ergebnisse des Dementia Care Mappings² in den Einrichtungen hinsichtlich einer möglichen unterschiedlichen Verteilung der Ergebnisse zwischen Einrichtungen mit Wohngruppen- und Hausgemeinschaftskonzept untersucht.

Als dritte aufzuzählende Dokumentenanalyse ist der Vergleich von ausgewählten bestehenden Konzepten zur Hausreinigung zu nennen. Diese Analyse stellte eine Vorarbeit zur Beschreibung Konzeptes Hausreinigung vor.

Des Weiteren wurden die MDK Ergebnisse zum Thema Mahlzeiten einer systematischen Analyse unterzogen (vgl. 3.4).

- *Planungszellen*

Das Verfahren Planungszelle/Bürgergutachten (siehe Anlage) ist ein Beteiligungsverfahren, dem die Idee zugrunde liegt, dass Bürger/innen bei

¹ Das BGW (=Bundesgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege) Betriebsbarometer ist ein Instrument zur Personalbefragung für alle Einrichtungen des Gesundheitsdienstes und der Wohlfahrtspflege mit mehr als 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die Befragung ermöglicht eine Beurteilung der vorhandenen Belastungen und der Ressourcen..

² Dementia Care Mapping als Methode zur Erhebung der Lebensqualität bei demenziell veränderten Bewohner/innen ist ein im Ev. Johanneswerk implementierte Methode, die von den meisten Einrichtungen mindestens einmal im Jahr durchgeführt wird.

Sachentscheidungen politisch stärker mit einbezogen werden. Die Methode der Planungszellen ist bisher nicht bei Fragestellungen der Altenhilfe zur Anwendung gekommen. Im Rahmen des „Paradigma Hausgemeinschaft“ wurden insgesamt zwei Planungszellen mit rund 35 Teilnehmer/innen zum Thema „Altenheim 2020 – Ausgewählte Aspekte der Versorgung und des Wohnens aus Bürgersicht“ durchgeführt und ein Bürgergutachten verfasst.

Tabelle 1: Projektplan und Projektrealität

Projektplan	Projektrealität
1. Konzept (incl. Methode und Instrument) zur Erhebung der Merkmalsausprägungen in den zehn Hausgemeinschaftseinrichtungen zu den Teilkonzeptthemen (Raum- und Milieu, Pflege, Mahlzeiten, Reinigung, Wäsche, Betreuung, Angehörige und Ehrenamt)	1. Erhebungsdesign für alle Themen (siehe Anlage) wurde auf alle Einrichtungen des Ev. Johanneswerks ausgedehnt.
2. Für jede Einrichtung mit Hausgemeinschaftskonzept besteht ein Überblick (qualitative und quantitative Informationen) über fachliche und wirtschaftliche Merkmalsausprägungen in den Teilkonzepten	2. Überblick erfolgte für alle 34 Einrichtungen durchgeführt.
3. Bewertung der Merkmalsausprägungen aus Experten- und Nutzersicht (Produkt: Hierarchisierung der Merkmalsausprägungen zu den Themen)	3. Durchführung von Planungszellen, Erstellung eines Bürgergutachtens (siehe Anlage)
4. Ableitung der Sollvorgaben für die Musterkonzepte (Produkt : Musterkonzeption für jedes Teilkonzept liegt vor)	4. „Ableitung der Sollvorgaben für die Musterkonzepte“: Aus den Werkstattgespräche wurde deutlich, dass die Formulierung von SOLL Vorgaben und die anschließende Umsetzung nicht die Merkmale des Change-Prozesses in den Einrichtungen sein können. Der Prozess wurde vom Projektteam neu designt. („Interessenbekundung“)
5. Diskurs der Teilkonzepte im gesamten Geschäftsfeld, ggf. Anpassung (Produkt: Konsentierung der Ergebnisse)	5. Durchführung von insgesamt vier Fachtagen

Projektplan	Projektrealität
6. Vorbereitung der Bestandserhebung zu den Standardmerkmalen der Konzepte für alle Einrichtungen des JW (Produkt: Design und Instrument für diesen Erhebungsschritt)	6. Schon unter 1 durchgeführt
7. Sachstandsbericht und Vorstellung der Standardmerkmale in allen Einrichtungen (egal welchen Typs)	7. Keine Standardmerkmale festgelegt
8. 10 Einrichtungen stehen auf START für die Umsetzungsphase	8. Erhebungsdesign für alle Themen (siehe Anlage) wurde auf alle Einrichtungen des Ev. Johanneswerks ausgedehnt.
9. Für jede Einrichtung besteht ein Projektplan mit Maßnahmen und Fristen mit dem Ziel der Erfüllung der „Goldstandards“ in mind. 4 Teilbereichen	9. Überblick erfolgte für alle 34 Einrichtungen durchgeführt.
10. Die Prozessbegleitung ist mit jede der 10 teilnehmenden Einrichtungen kontraktiert	10. Durchführung von Planungszellen, Erstellung eines Bürgergutachtens (siehe Anlage)
11. Maßnahmenumsetzung in den 10 Einrichtungen nach dem jeweiligen einrichtungsspezifischen Projektplan	11. „Ableitung der Sollvorgaben für die Musterkonzepte“: Aus den Werkstattgespräche wurde deutlich, dass die Formulierung von SOLL Vorgaben und die anschließende Umsetzung nicht die Merkmale des Change-Prozesses in den Einrichtungen sein können. Der Prozess wurde vom Projektteam neu designt. („Interessenbekundung“)
12. Während der Prozessbegleitung findet für jede Einrichtung ein kontinuierlicher SOLL-IST Abgleich des Maßnahmenplans statt	<p>12. Durchführung von insgesamt vier Fachtagen</p> <p>13. Durchführung und Analyse einer Mitarbeiterbefragung</p> <p>14. Analyse der DCM Daten</p> <p>15. Evaluation der outgesourcten Wäscheversorgung</p> <p>16. Workshop zum Thema Lebensqualität mit Prof. Weidekamp-Maicher</p>

Der Abgleich zwischen Projektplan und Projektverlauf zeigt zum einen die Aktivitäten, die nicht im Projektplan vorgesehen waren. Er zeigt aber auch die Grenzen auf, die im Projekt nicht erreicht wurden. So sind die angestrebten Produkte - ein Konzept ³- für die Themen „Betreuung“ und „Reinigung“ sowie „Raum und Milieu“ entstanden.

Für Freiwilligen- und Angehörigenarbeit zeigte sich, dass die Einrichtungen im Wesentlichen „gut aufgestellt“ sind. Hier erschien die Bearbeitung wesentlicher Probleme bedeutsamer (siehe 3.8 und 3.9).

Die Bearbeitung des Themas Mahlzeiten wurde auch Vorstandsthema im Ev. Johanneswerk. Im Rahmen des Projektes wurde „lediglich“ eine „kleine Fragestellung“ bearbeitet (siehe 3.3).

Die Konzeptionierung der pflegerischen Versorgung erwies sich in seiner Gänze als „zu weites Feld“ (Fontane). Hier wurden die Befunde zur Lebensqualität (siehe Anlage) für die Auswahl der konkreten Projekthemen herangezogen.

Die Frage nach dem Projektverlauf ist immer auch die Frage nach dem *Projekterfolg*. Sicher liegt eine solche Bewertung im Auge des Betrachters. Aus Perspektive des Alters-Instituts war dieses Projekt ein Erfolg, konnte doch ein Diskurs mit und in einem großen Träger mit vielen Einrichtungen und zu vielen Themen geführt werden. Fachliche Begleitung in diesem Projekt war nicht nur davon bestimmt, Input zu geben, sondern auch Input zu bekommen.

³ Raum und Milieu, Pflegerische Versorgung, Mahlzeiten, Reinigung, Wäsche, Betreuung, Freiwilligen und Angehörigenarbeit.

3. Ergebnisse und Bewertung

3.1. Themenübergreifende Ergebnisse im Vergleich Hausgemeinschafts- und Wohngruppenkonzept

Analyse der Dementia Care Mapping (DCM) Erhebungen

Dementia Care Mapping ist ein an der Universität Bradford von T. Kitwood und K. Bredin entwickeltes Verfahren zur Evaluation der Pflege von Menschen mit Demenz. Geschulte Fachkräfte („Mapper) beobachten Bewohner/innen und dokumentieren das beobachtete Wohlbefinden (WellBeing) alle fünf Minuten in eine von 24 Verhaltenskategorien. Das Wohlbefinden und Unwohlsein des Bewohners wird als ein Maß verstanden, dass verschiedene Werte erreichen kann:

- +5 = außergewöhnlich ausgeprägtes Wohlbefinden
- +3 = erhebliche Anzeichen von Wohlbefinden
- +1 = Basislinien, ohne Zeichen des Unwohlseins
- 1 = leichtes Anzeichen von Unwohlsein
- 3 = ausgeprägtes Anzeichen von Unwohlsein
- 5 = außergewöhnlich ausgeprägtes Unwohlsein

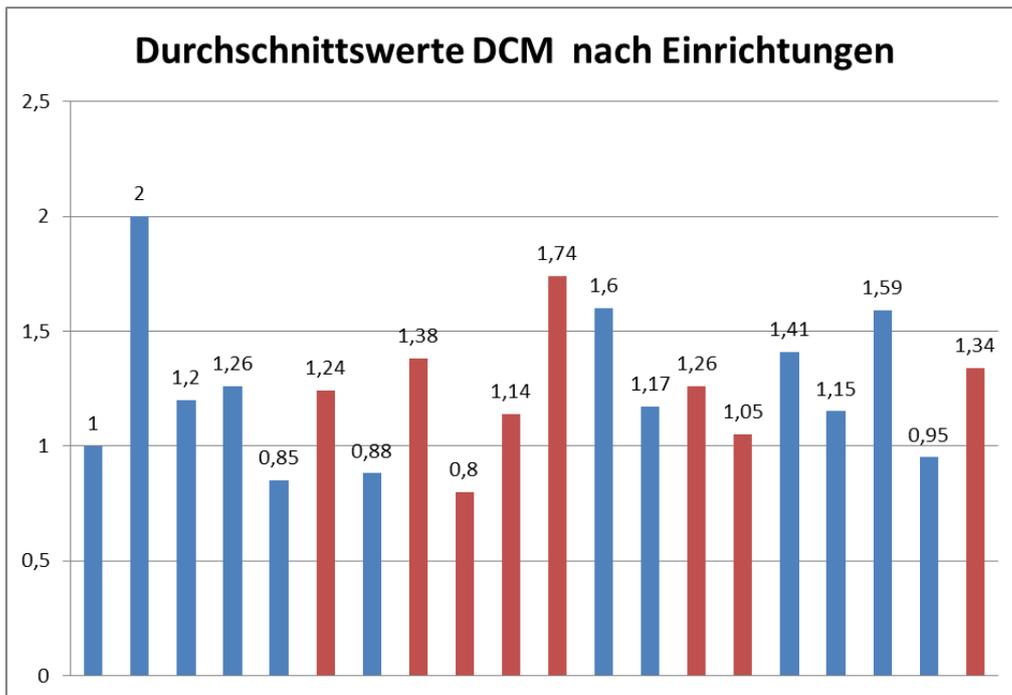
In seiner Stellungnahme Grundsatzstellungnahme „Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen“ gilt DCM als etabliert und empfehlenswert (MDS 2008: 25).

Die Verwendung von Dementia Care Mapping (DCM) ist in vielen Einrichtungen des Ev. Johanneswerks als jährlicher Standard üblich. Vorliegende Daten wurden im Rahmen dieses Projektes dem Alters-Institut zur Verfügung gestellt. Es erfolgte eine einrichtungsbezogene Analyse der erhobenen Wohlfühlwerte unter der Fragestellung, ob Bewohner/innen in Einrichtungen mit Hausgemeinschaftskonzept eine höhere Lebensqualität im Sinne höherer DCM Wohlfühlwerte aufweisen als Bewohner/innen in Einrichtungen mit Wohngruppenkonzept.

Insgesamt wurden die Daten von 184 Bewohner/innen berücksichtigt. Der durchschnittliche Wohlfühlwert lag 2014 (= Erhebungszeitraum) in Einrichtungen des Ev. Johanneswerks bei 1,23, wobei der höchste Wohlfühlwert bei 2,5 und der niedrigste Wohlfühlwert bei 0,01 lag. Zur Einordnung dieser Zahlen („Referenzwert“) kann eine Untersuchung herangezogen werden, die einen durchschnittlichen Wohlfühlwert in den dort untersuchten Einrichtungen von 1,2 benennt (Henning, Riesner, Schlichting & Zörkler: 2006). Insofern

decken sich die Befunde beider Untersuchungen. Im hier bearbeiteten Projekt wurden die DCM Wohlfühlwerte der Bewohner/innen in einem weiteren Schritt zu einem Durchschnittswert für jede Einrichtung verdichtet.

Abbildung 1: DCM Durchschnittswerte der Einrichtungen (rot= Einrichtungen mit Hausgemeinschaftskonzept)



Insgesamt konnten 20 Einrichtungen in die Auswertung einbezogen werden. Acht Einrichtungen sind Einrichtungen nach dem Hausgemeinschaftskonzept (= rote Balken). Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass DCM Durchschnittswerte auf die Einrichtungen bezogen zwischen 0,8 (Niedrigster Wert) und 2,0 (höchster Wert) liegen. Weiterhin ist ersichtlich, dass Einrichtungen mit Hausgemeinschaft keinen höheren Durchschnittswert der DCM Werte aufweisen. Eine Einrichtung mit Hausgemeinschaftskonzept weist sogar den niedrigsten Wert (0,8) auf. Dem gegenüber weist eine Einrichtung mit Wohngruppenkonzept (2,0) den höchsten Durchschnittswert auf.

Sicherlich hat diese Analyse Grenzen in seiner Aussagekraft. Im Rahmen dieses Projektes wurden die Ergebnisse dahingehend gedeutet, dass das Konzept Hausgemeinschaft tatsächlich ein vorherrschendes, „ideologisiertes“ Denkmuster (=Paradigma) ist, das nicht „automatisch“ zu einer verbesserten Versorgung und Lebensqualität beinhaltet.

Mitarbeiterbefragung

Design der Untersuchung

Im Rahmen des Projektes „Paradigma Hausgemeinschaft“ wurde eine Zufriedenheitsbefragung unter den Mitarbeiter/innen in sechs stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Im Mittelpunkt der Befragung steht die Frage, inwieweit unterschiedliche Versorgungssettings bzw. Typen von Einrichtungen zwischen dezentraler und zentraler Versorgung Einfluss auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen nehmen können. Darüber hinaus wurde die Frage untersucht, ob zwischen den einzelnen Funktionsgruppen in den Einrichtungen von gleichfalls unterschiedlichen Zufriedenheitsniveaus ausgegangen werden kann:

Die Befragung wird in sechs Pflegeeinrichtungen mit unterschiedlicher Konzeption durchgeführt:

Einrichtung 1: vollständig zentralisierte Einrichtung

Einrichtung 2: vollständig zentralisierte Einrichtung

Einrichtung 3: Einrichtung mit beiden Merkmalen und zentrale Tendenz

Einrichtung 4: Einrichtung mit beiden Merkmalen und zentrale Tendenz

Einrichtung 5: Hausgemeinschaft - weitgehend dezentralisierte Einrichtung

Einrichtung 6: Hausgemeinschaft vollständig dezentralisierte Einrichtung

Die Befragung war freiwillig und wurde anonym durchgeführt. Rückschlüsse auf einzelne Personen waren durch die Art der Auswertungen nicht möglich. Als Fragebogen kam ein modifizierter „BGW-Betriebsklima-Index“ zur Anwendung.

Der BGW-Index ist ein bewährtes und validiertes Instrument zur Zufriedenheitsmessung von Mitarbeitenden in der stationären Altenhilfe. Der BGW-Index ist ein seit Jahren bewährtes, spezifisches Assessment zur Messung der Mitarbeiterszufriedenheit und wurde durch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) gemeinsam mit dem renommierten Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) entwickelt. Das Instrument ist fachlich auf die besondere Situation von Mitarbeitenden in der stationären Altenpflege zurechtgeschnitten und hält hierfür sowohl globale als auch fachspezifische Items bereit. Das BGW-Betriebsbarometer eignet sich für Einrichtungen des Gesundheitsdienstes und der Wohlfahrtspflege ab 50 Beschäftigte, wurde in den vergangenen Jahren in zahlreichen Einrich-

tungen der Altenpflege praktisch erprobt und wird ebenfalls in den Pflegewissenschaften zu Forschungszwecken eingesetzt (Kleina, Cichocki & Schaeffer).

Zielgruppe der Befragung waren alle Mitarbeiter/innen der ausgewählten Einrichtungen mit Ausnahme von Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen. Der Fragebogen wurde ergänzt um einige für das Projekt relevante Fragestellungen.

Insgesamt konnten 166 Fragebögen in die Auswertung aufgenommen werden. Dies entspricht einer Teilnehmerquote pro Einrichtung von rund 34%.

Ergebnisse im Überblick

- Sowohl im Hinblick auf die globale Zufriedenheit als auch hinsichtlich der meisten spezifischen Fragestellungen zeigen sich die Mitarbeitenden in den beiden zentral organisierten Einrichtungen deutlich zufriedener und weniger belastet als die Beschäftigten in den dezentral organisierten Hausgemeinschaftseinrichtungen. Der Aussage „Alles in allem bin ich mit meiner Arbeit sehr zufrieden“ stimmen 76% der Mitarbeitenden in den zentralisierten Einrichtungen zu; in den dezentralisierten Häusern sind es lediglich 56%.
- In den dezentralisierten Häusern ist der Umfang an Mehrarbeit deutlich größer. 51% der Beschäftigten leisten hier bis zu 10 Stunden Mehrarbeit pro Monat oder mehr. In den zentralisierten Einrichtungen fällt für 50% der Befragten gar keine Mehrarbeit oder Mehrarbeit im Umfang von bis zu 5 Stunden pro Monat an. Entsprechend wünschen sich 54% der Beschäftigten in den Hausgemeinschaften, weniger Mehrarbeit leisten zu müssen; in den zentralisierten Häusern sind dies nur 26%.
- Ohnehin scheint es, als ob die persönlichen Belange der Mitarbeitenden in den zentralen Einrichtungen stärker berücksichtigt werden können. So haben Beschäftigte in diesen Einrichtungen nach eigenen Angaben deutlich mehr Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung der eigenen Arbeit als dies in den anderen Häusern der Fall ist. Zudem empfinden Sie ihre Tätigkeit als abwechslungsreicher und interessanter.
- Deutlich mehr Zeit für den persönlichen Kontakt mit den Bewohnern bleibt zwar auch in den zentralisierten Einrichtungen nicht. Das Empfinden von

Zeitdruck, der sich negativ auf die eigene Arbeit auswirkt, ist in den zentralisierten Häusern jedoch geringer ausgeprägt, als in den übrigen Häusern. Der Aussage „Es herrscht Personalmangel, so dass ich ständig überbelastet bin.“ stimmen 20% der Mitarbeitenden in den zentralisierten Einrichtungen zu, in den dezentralisierten Häusern sind es 65%.

- Darüber hinaus gibt es klare Hinweise darauf, dass wesentliche Strukturen und Abläufe in den zentralisierten Häusern besser abgesichert sind. Während 35% der Beschäftigten in den dezentralisierten Einrichtungen angeben, dass ihnen oft oder sehr oft wichtige Informationen für die eigene Arbeit fehlen, trifft dies nur auf 18% der Mitarbeitenden in den zentralisierten Häusern zu. Nur 9% der Mitarbeitenden in den zentralisierten Häusern sind oft oder sehr oft mit unklaren Zuständigkeiten konfrontiert; in den dezentralisierten Einrichtungen empfinden hingegen 35% der Beschäftigten unklare Zuständigkeiten oft oder sehr oft als problematisch.
- Problematisch in allen Einrichtungstypen sind hingegen die knappen zeitlichen Ressourcen hinsichtlich der Unterstützung der Bewohner/innen bei den Mahlzeiten. Auch im Hinblick auf potenziell entlastende Faktoren wie den Einsatz von Ehrenamtlichen und die Mitwirkung von Angehörigen sind keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Einrichtungen feststellbar.
- Nochmals deutlicher hingegen treten Unterschiede in Bezug auf die Frage nach der Arbeit in anderen Wohnbereichen bzw. Wohnungen auf. Die Mitarbeitenden in den dezentralisierten Einrichtungen müssen nach eigenen Angaben wesentlich häufiger in anderen Wohneinheiten arbeiten als die Beschäftigten in den zentralisierten Häusern (Summe völlige/ weitgehende Zustimmung (40% vs. 1,9%). 48% der Befragten in den dezentralisierten Einrichtungen geben an, dass sie sich hierdurch sehr oft oder oft belastet fühlen. Nur 6% ihrer Kolleg*innen in den zentralen Einrichtungen bestätigen dies ebenfalls in gleichem Ausmaß. Teilweise dürften sich dabei die Laufwege auf und zwischen den Wohnbereichen (z.B. durch lange, verwinkelte Flure o.ä.) erschwerend auswirken (Summe völlige/ weitgehende Zustimmung 35% dezentral vs. 19% zentral). Jedoch ist anzunehmen, dass das „Springen“ bzw. Wechseln der Wohneinheiten per se den größten Anteil der empfundenen Belastung darstellt.

Sicherlich hat auch diese Erhebung Grenzen in seiner Aussagekraft. Im Rahmen dieses Projektes wurden die Ergebnisse dahingehend gedeutet, dass die Umsetzung des Konzeptes Hausgemeinschaft mit vollständig dezentralisierten Abläufen die Belastungen von Mitarbeitenden in der Tendenz erhöht.

Bewertung:

Die Ergebnisse der Erhebung mit dem Instrument „Dementia Care Mapping“ zeigen, dass die Lebensqualität der Bewohner/innen in den Einrichtungen unterschiedlich ausgeprägt ist. Will man die ermittelten Zufriedenheitswerte als Benchmark aus Nutzerperspektive verstehen, kann die Aussage getroffen werden, dass die (dezentrale) Organisation als Hausgemeinschaftskonzept nicht grundsätzlich zu einer höheren Lebensqualität bei Bewohner/innen führt.

Ein ähnliches Bild zeichnet sich aus der Mitarbeiterperspektive ab: Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Einrichtungen mit (vollständig dezentralen) Hausgemeinschaftskonzept die Belastungen von Mitarbeitenden in der Tendenz erhöht.

Pointiert kann formuliert werden: Weder aus Nutzer- noch aus Mitarbeiterperspektive sind die dezentralen Merkmale von Hausgemeinschaftskonzepten grundsätzlich positiv zu bewerten.

3.2. Raum und Milieu

Zu Beginn des Teilprojektes wurde eine Konkretisierung des Themas vorgenommen. Dies erfolgte durch **Definitionen** des „Projektgegenstands“.

Unter den im Teilprojekt interessierenden „**Raum**“ wurden die folgenden Gemeinschaftsflächen verstanden:

- Eingangsbereich der Wohnungen/Wohnbereiche
- die jeweilige Wohnung/den Wohnbereich
- sowie die daran angrenzenden Flure.

Das Verständnis von „**Milieu**“ beschränkte sich in diesem Teilprojekt auf die physische Umwelt – die Gestaltung der Räumlichkeiten. Aspekte wie soziale Umwelt mit ihren zwischenmenschlichen Interaktionen und die organisatorische Umwelt waren nicht Gegenstand der Betrachtung.

Im ersten Schritt wurde für alle Einrichtungen des Johanneswerks eine IST Analyse des Raums und des Milieus vorgenommen. Hierzu wurden Fotos und Grundrisse ausgewertet.

Bei der Fotoauswertung wurde wie folgt vorgegangen:

1. Definieren der Kriterien für die Fotoaufnahmen;
2. Definition von Merkmalen zur Ausstattung;
3. Bewertung der Fotos und der Grundrisse anhand der zuvor definierten Ausstattungsmerkmalen;
4. Erhebung zusätzlicher Informationen durch einen kurzen Fragebogen für die Hausleitungen.
5. Die Intersubjektivität wurde durch die Beteiligung verschiedener Berufsgruppen an der Auswertung und Reflexion der Ergebnisse sichergestellt.

Folgende **zentrale Ergebnisse der IST –Analyse** können festgehalten werden:

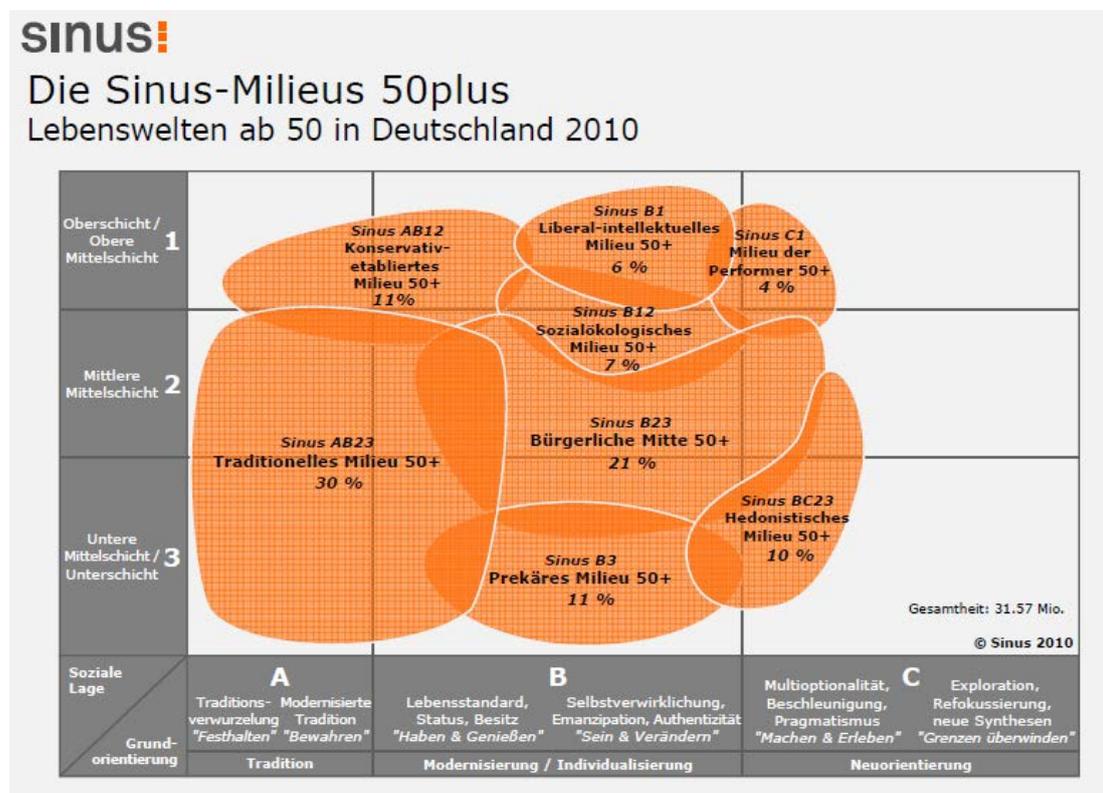
- Die Gestaltung der Flure und Wohnbereiche scheint in Einrichtungen der 2. / 3. Generation leichter zu sein als in Einrichtungen mit Hausgemeinschaftskonzept, weil im Hausgemeinschaftskonzept der Raumschnitt und die -größe weniger „Fläche“ vorhanden ist.
- Allerdings weisen Einrichtungen mit Wohngruppenkonzept auch „Störvariablen“ wie lange Flure ohne Nischen oder Aufenthaltsbereiche und einen starken Lichteinfall am Ende des Flures auf.
- Bei der Farbgestaltung werden häufig zwei eher kontrastarme Farben verwendet. Die Töne weiß, beige, gelb und orange sind sehr häufig zu sehen.
- Eine zielgruppenspezifische Milieugestaltung der Gemeinschaftsflächen der Wohn-/ Hausgemeinschaften, ist zum Zeitpunkt der Erhebung derzeit in den Einrichtungen eher unterrepräsentiert.

In einem weiteren Schritt erfolgte eine Recherche zu den Schlagworten „Milieu“, „ältere Menschen“ und „Wohnen“. Wesentlich für den weiteren Fortgang in diesem Teilprojekt war die Expertise zu Lebensstilen und Wohnbedürfnissen älterer Menschen der Forschungsgesellschaft für Gerontologie (MGFFI 2008). Danach variiert die Anzahl der Lebensstile im Alter aktuell zwischen

drei bis zu sechs Lebensstiltypen. Allerdings nutzen die verschiedenen Studien unterschiedliche Indikatoren zur Identifizierung von Lebensstilen und greifen auf ungleiche Datengrundlagen zurück. Zu den vorgestellten Studien zählten die SINUS Studien (Schuster 2013). Seit über drei Jahrzehnten erforscht das Sinus-Institut den Wertewandel und die Lebenswelten der Menschen und stellt mit ihren Studien die Grundlage für weitere Forschungsarbeiten. Die Definition der Sinus-Milieus geht aus von der Lebenswelt und dem Lebensstil der Menschen – und nicht von formalen demografischen Kriterien wie Schulbildung, Beruf oder Einkommen. Grundlegende Wertorientierungen gehen dabei ebenso in die Analyse ein wie Alltagseinstellungen (zur Arbeit, zur Familie, zur Freizeit, zum Konsum). Die Sinus-Milieus fassen also Menschen zusammen, die sich in Lebensauffassung und Lebensweise ähneln.

Man könnte die Milieus – salopp gesagt – als „Gruppen Gleichgesinnter“ bezeichnen.

Abbildung 2: Darstellung der Sinus Milieus(Schuster 2013)



Diese Milieus können nach Alter differenziert werden. Danach leben in den stationären Einrichtungen am häufigsten perspektivisch Mitglieder des traditionellen Milieus.

Tabelle 2: Übersicht Milieus und Alter(Schuster 2013)

Milieu	Altersgruppe	%-Anteil der Lebenswelten
Traditionelles Milieu	Schwerpunkt im Alterssegment 60+	30 % der Deutschen über 50
Bürgerliche Mitte	Mittlere Altersgruppe und Ältere ab 40 Jahre	21 % der Deutschen über 50
Konservativ-etablierte Milieu	Schwerpunkt 40 bis 60 Jahre	11% der Deutschen über 50
Prekäres Milieu	Schwerpunkt in der Alterskohorte 50+	11% der Deutschen über 50

Für die zielgruppenspezifische Milieugestaltung der Wohn- und Hausgemeinschaften wurden in einem weiteren Schritt gemeinsam mit Innenarchitekten einzelne Konzepte zu den Milieutypen entwickelt.

Tabelle 3: Ausgangsbeschreibungen für die konkrete Gestaltung der Milieus (Quelle: Wippermann & de Magalhaes 2005).

Milieutyp	Merkmale der Wohnstile	Vorlage / Muster
Traditionelles Milieu	<ul style="list-style-type: none"> • Altdeutsch-rustikal und nostalgisch Heile-Welt-Inszenierung der Repräsentationsräume • Modische Trends und Extravaganzen werden abgelehnt • Sauberkeit und Ordnung werden als Stilprinzipien verstanden 	A
Bürgerliche Mitte	<ul style="list-style-type: none"> • auf die Wohnkultur wird großen Wert gelegt • repräsentative Gemütlichkeit soll Harmonie vermitteln • die Wohnung wird stark ausgeschmückt 	B
Konservativ-etabliertes Milieu	<ul style="list-style-type: none"> • Konservative Einrichtungsstile wie altdeutsch oder altenglisch • Schlichtheit • Bevorzugen Alltagsdinge mit biographischen Bezügen und Erbstücke 	C
Prekäres Milieu	<ul style="list-style-type: none"> • üppig, bunt und Dinge mit Prestigewert • Hang zum Dekorieren und Ausschmücken z.B. mit Souvenirs, Plüschtieren, Puppen und Kirmes-Nippes führt oft zu einem Sammelsurium differentester Objekte 	D

Folgende Anforderungen konnten bei der Gestaltung durch die Innenarchitektin erfüllt werden:

- Es wurden die Möbeltypen verwendet, die das Ev. Johanneswerk im Zentraleinkauf verwendet. Diese „Möbeltypen“ verfügen über unterschiedliche Gestaltungsoptionen.
- Für jeden Milieutypen wurden vier verschiedene Varianten gestaltet, (vgl. in der nachfolgenden Abbildung Ausführungen unten links) so dass Hausleitungen trotz Orientierung an einem Milieu die Wohnbereiche und Wohnungen unterschiedlich gestalten können.

Die Konzepte wurden auf einem Fachtag vorgestellt und diskutiert. Einrichtungsleitungen reagierten überwiegend positiv und deuteten das Vorgehen und das Konzept als eine „theoriegeleitete“ praktische Entscheidungshilfe.

Ein **Umsetzungsbeispiel** verdeutlicht den Praxisbezug. In einer Einrichtung wurde auf einem Wohnbereich ein Angehörigenabend zum Thema durchgeführt. Die Angehörigen (und Bewohner/innen) konnten sowohl den umzusetzenden Milieutyp als auch die „Untervariante“ bestimmen. Entsprechend dem ausgewählten Konzept wurden Nischen gestaltet.

Abbildung 3: Nische auf dem Wohnbereich, „Traditionelles Milieu“



Bewertung

In diesem Teilprojekt ist es gelungen, Fachlichkeit und Wirtschaftlichkeit zu verknüpfen. Mit diesem Ansatz gelingt es, den „Geschmack des einzelnen Hausleitung“ zu überwinden und trotzdem seine/ihre Einrichtung auf der Grundlage eines Konzeptes selbst zu gestalten. Wie sich in der Umsetzung gezeigt hat, gelingt es auch, Angehörige und Bewohner/innen auf der Grundlage des Konzeptes an der Gestaltung der halböffentlichen Räume zu beteiligen ohne „Endlosdiskussionen“⁴ führen zu müssen.

Dieses Teilprojekt hat nicht die Architektur von Pflegeeinrichtungen thematisiert. Hierzu gibt es eine gute Literatur- und Projektlage⁵. Ebenfalls nicht berücksichtigt wurde die Frage der Gestaltung des Milieus beispielsweise unter dem Aspekt „Aktivierung von Bewohner/innen“. Mit Blick auf das Thema „Raum und Milieu“ wurde eine Detailfrage – nämlich die nach Möbeln und Wandgestaltung – konzeptioniert; diese jedoch auf einer nutzerorientierten Perspektive.

Für die weitere Bearbeitung des Themas empfiehlt es sich:

- Den Ansatz der Milieugestaltung und entsprechender Varianten auf alle öffentlichen Räume auszuweiten;
- Die Milieus und ihre Varianten als Standard für Neubauten zu verabschieden;
- Den Begriff von Milieu zu erweitern und Flure und Nischen mit aktivierenden Elementen zu gestalten.

Nicht im Mittelpunkt des Teilprojekts „Raum und Milieu“ aber dennoch erwähnenswert mit Bezug auf die Entwicklung stationärer Pflege sind Hinweise zur Gesamtgestaltung der Wohnungen/Wohnbereiche, die im Rahmen der Recherchen und als Empfehlungen der Planungszellen entstanden sind⁶:

⁴ Die Hausleitung hat an einem Angehörigenarbeit das Konzept vorgestellt. Die Angehörigen konnten anschließend das Milieu und eine der vier Varianten auswählen.

⁵ Die Zeit der langen Gänge bei Neubauten ist –hoffentlich- vorbei. Hier stellt sich eher die Frage wie mit dem Altbestand umgegangen wird. Auch hierzu gibt es fachliche Konzepte beispielsweise vom Kuratorium Deutsche Altershilfe.

⁶ So zeigt eine Metastudie von Motzek, Büter, Marquardt & Noether (2015) dass die Architektur das Wohlbefinden, das Verhalten, die Selbstständigkeit und die Funktionalität von Menschen mit Demenz positiv beeinflusst. Hierbei wurden Insgesamt wurden 169 Studien identifiziert. Diese stammen mit 130 Studien vorrangig aus dem englischsprachigen Raum. Die baulichen Merkmale wurden in vier Gruppen eingeteilt: 1. Grundlegende Architekturmerkmale, 2. Architektonische Raumgestaltung, 3. Atmosphäre, 4. Umweltinformationen. Die Auswirkungen wurden in sieben Kategorien zusammengefasst: 1. Verhalten,

- Kleine Gruppengrößen sind aus Sicht der Bewohner/innen bedeutsam für soziale Fähigkeiten, eine höhere Funktionalität und ein erhöhtes Wohlbefinden.
- Küchen auf den Wohnbereichen/in den Wohnungen sind aus Bürgersicht weniger für die tägliche Mahlzeitenherstellung von Bedeutung als vielmehr als „Treffpunkt“ und Ort des gemeinsamen Tuns („Kochen als soziales Angebot“).⁷

Mit Blick auf ein stationäres Versorgungskonzept sollte an den Merkmalen des Hausgemeinschaftskonzeptes „Küche als zentraler Ort“ und „kleine Bewohnergruppen (12 Bewohner/innen) festgehalten werden.

3.3. Pflegerische Versorgung

Ausgangspunkt der Überlegungen in diesem Teilprojekt waren Aussagen zur Lebensqualität zu diesem Thema, die für die weitere Projektarbeit bewertet wurden (siehe Anhang 1). Als Themen wurden festgelegt:

- Standardisierung der Flexstunden
- Durchführung von Erfolgsbesprechungen
- Maßnahmen zur Resilienzförderung bei Mitarbeiter/innen

Die Standardisierung der Flexstunden sowie die Durchführung von Erfolgsbesprechungen lassen sich direkt aus der Bewohnerperspektive ableiten:

So ist es für Lebensqualität von Bewohner/innen wichtig, wenn Pflegekräfte gut miteinander kooperieren und aus Sicht der Bewohner als vertrauenswürdig gelten (ActiZet al. 2007, CLINT stationär).

Das Thema Resilienzförderung von Mitarbeiter/innen weist zwar keine direkte Ableitung aus den Befunden zur Lebensqualität, wurde aber trotzdem

2. Kognition, 3. Funktionalität, 4. Wohlbefinden, 5. Soziale Fähigkeiten, 6. Orientierung, 7. pflegerische Ergebnisse).

In der Gruppe „Grundlegende Architekturmerkmale“ zeigen die Ergebnisse, dass kleine Gruppengrößen bzw. eine geringe Bewohnerzahl in den Wohnbereichen sich deutlich positiv auf soziale Fähigkeiten, eine höhere Funktionalität und ein erhöhtes Wohlbefinden auswirken.

Einen Einfluss kleiner Gruppengrößen auf das Verhalten, die Kognition und die Orientierungsfähigkeit der Bewohner konnte hingegen nicht eindeutig nachgewiesen werden.

Die Grundriss- und Erschließungsstruktur einer Pflegeeinrichtung hat nur einen moderaten Einfluss auf das Verhalten und die Funktionalität der Bewohner, beeinflusst jedoch maßgeblich die Orientierungsfähigkeit.

⁷ Siehe hierzu die Ergebnisse der Planungszellen zum Thema Mahlzeiten und die Ausführungen im Bürgergutachten.

ausgewählt, weil es gut belegt ist, dass Arbeitsbelastungen von Mitarbeiter/innen sich auf Bewohner/innen auswirken (schon Zimmer und Weyrer 1998).

Standardisierung der Flexstunden

Flexstunden können definiert werden als aufgeführte Zeiteigenschaften im Dienstplan für Tätigkeiten, die außerhalb der direkten Pflege und der vereinbarten Zeit geplant werden.

Die im Rahmen des Projektes erhobene IST-Analyse, die die Auswertung aller Rahmendienstpläne der Einrichtungen beinhaltete, zeigte auf, dass sich sowohl Inhalte von Flexstunden als auch die dort hinterlegten Zeiten äußerst heterogen waren. Mit Rückgriff auf Befunde zur Lebensqualität von Bewohner/innen wurde die Schlussfolgerung gezogen, dass die Vereinheitlichung der Flexstunden der Ressourcenordnung zum Wohle der direkten Pflege dient und gleiche Rahmenbedingungen für Mitarbeitende in allen Einrichtungen schaffen würde.

Die Umsetzung wurde in folgenden Schritten durchgeführt: Zu Beginn wurden die Inhalte von Flexstunden (1. Dienstgespräch 2. Zeit für Pflegedokumentation 3. Leitungstätigkeit der Wohnbereichsleitung 4. Praxisanleitung sowie 5. Arbeit in der Mitarbeitervertretung) vor dem Hintergrund der rechtlichen Rahmenbedingungen festgelegt.

In einem weiteren Schritt wurde die festgelegten Flexstunden (mit Ausnahme der Arbeit in der Mitarbeitervertretung⁸) mit Anhaltswerten („Korridoren“) versehen. Diese wurden im fachlichen Diskurs mit den Pflegedienstleitungen konsentiert. Im Anschluss wurden in den Einrichtungen die Rahmendienstpläne entsprechend angepasst. Die Vereinheitlichung der Flexstunden wurde anschließend ins zentrale Qualitätsmanagement des Trägers übernommen.

Durchführung von Erfolgsbesprechungen

Ausgehend von der Aussage der Lebensqualitätsforschung von Bewohner/innen, dass es bedeutsam ist, wenn Pflegekräfte gut miteinander kooperieren und aus Sicht der Bewohner als vertrauenswürdig gelten und unter

Heranziehung der Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt: „PflegeWert – Optimierung und Innovation in der Altenpflege durch systematische Wertschätzung“ (KDA 2012) wurde ein etwa sechs monatiger Prozess (4 Tägige Schulung und Begleitung) für Wohnbereichsleitungen entwickelt und durchgeführt. Kern des Prozesses war die Befähigung der Wohnbereichsleitungen zur Durchführung von Erfolgsbesprechungen, die folgende Merkmale aufweisen.

Übersicht 1: Merkmale der Erfolgsbesprechung im Ev. Johanneswerk

Konzeptmerkmale der Erfolgsbesprechung im Ev. Johanneswerk

Inhalt: Im Mittelpunkt steht ein Erfolg in der pflegerischen Versorgung eines Bewohners, z.B. Verhinderung einer freiheitsentziehenden Maßnahme, die Abheilung eines Decubitalgeschwürs, die Mobilisierung eines Bewohners etc..

- Der Inhalt („Fall“) wird in den ersten Sitzungen von der Wohnbereichsleitung ausgewählt; im späteren Verlauf können auch Mitarbeitende des Teams „Fälle“ einbringen. Leitfrage: „Wie ist uns dieser Erfolg gelungen?“
- Dauer der Erfolgsbesprechung: Etwa 30 Minuten (kann am Anfang auch weniger sein).
- Häufigkeit während der Pilotierung: 1mal im Monat, i.d.R. in Verbindung mit einer Dienstbesprechung.
- Teilnehmende: Alle Mitarbeitenden der Dienstbesprechung.
- Moderation: Wohnbereichsleitung
- Fall und Maßnahmen („Erfolg“) werden auf Flipchart visualisiert; es braucht kein Protokoll geschrieben zu werden.
- Während der Erfolgsbesprechung findet Bewirtung statt (z.B. Kaffee, Kekse, Brötchen).
- Während der Erfolgsbesprechung ist die Versorgung der Bewohner/innen durch Vertretung sicher herzustellen. Die Erfolgsbesprechung soll in einem möglichst ansprechenden Raum (auf dem Wohnbereich bzw. in einem anderen Raum der Einrichtung) stattfinden.

In dem Prozess sollte mehr als das Konzept gelehrt werden; die Wohnbereichsleitungen sollten ihre Rolle als Leitung eines Teams reflektieren und ein neues „positives Instrument“ an die Hand bekommen. Daher sind die Schulungsinhalte differenzierter.

Übersicht 2: Inhalte der Schulung Erfolgsbesprechung

Erfolgsbesprechung Inhalte der vier Schulungstage

- 1) Abwertung und Defizitorientierung in der Altenpflege
- 2) Merkmale des Arbeitslebens bei Mitarbeitenden in der stationären Altenpflege
- 3) Sind wir überhaupt noch ein Team?
- 4) Erfolgsbesprechungen – eine konstruktive Gegenbewegung
- 5) Von der Kunst, „privat/persönlich“ und „beruflich/öffentlich“ zu unterscheiden
- 6) Ziele von Erfolgsbesprechungen
- 7) Merkmale von Erfolgsbesprechungen
- 8) Praktische Durchführung
- 9) Tipps für die Vorbereitung
- 10) Erarbeitung von Praxisbeispielen („Trockenübung“)
- 11) Reflexion der ersten eigenen Erfolgsbesprechungen
- 12) Weiteres „Feintuning“ für die kommenden Erfolgsbesprechungen
- 13) Praxisthemen, z.B.: Themen/Erfolge finden, aktuelle Teamsituation berücksichtigen u.a.
- 14) Erfahrungen der anderen WBLs helfen weiter
- 15) Das Projekt aus Sicht der Teilnehmenden

Maßnahme zur Förderung der Resilienz von Mitarbeiter/innen

Ganz allgemein betrachtet ist Resilienz die Fähigkeit von Menschen, auf wechselnde Lebenssituationen und Anforderungen in sich ändernder Situationen flexibel und angemessen zu reagieren und stressreiche, frustrierende, schwierige und belastende Situationen ohne psychische Folgeschäden zu meistern, d.h., solchen außergewöhnlichen Belastungen ohne negative Folgen standzuhalten.

Auch wenn die Förderung von Resilienz nicht direkte Ableitung aus den Befunden zur Lebensqualität abgeleitet werden können, wurde dieses Thema trotzdem ausgewählt, weil gut belegt ist, dass Arbeitsbelastungen von Mitarbeiter/innen sich auf Bewohner/innen auswirken (Zimmer und Weyrer 1999).

Das Konzept zur Resilienzförderung im Rahmen des Projektes sah wie folgt aus:

1. Impuls durch den Vortrag eines „besonderen, nicht wissenschaftlichen“ Referenten⁹
2. Workshop in einer Einrichtung, gemeinsam mit dem Referenten
3. Gemeinsame Bewertung der Teilnehmer/innen in der Einrichtung nach zwei Monaten

An dem eintägigen Workshop nahmen Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte sowie das Leitungsteam der Einrichtung teil. Die Inhalte des Workshops waren sehr praxisorientiert. Nach der Einführung („Was ist Resilienz und was hat das mit mir zu tun?“) wurde praktische Übungen vorgestellt.

⁹ Patrick Herrmann <http://www.mutstifter.de>, Vortrag gehalten im Rahmen eines Fachtags in 2017

Übersicht 3: Beispielübungen zur Resilienzförderung

Beispielübungen zur Resilienzförderung	
<p>Methode: Mini-Achtsamkeit</p> <p>Setze dir einen Marker (Sirenen, Feuerwehr, Achtsamkeits-App, Geräusche die zufällig aufkommen). Es sollten Marker sein, die im Laufe des Tages zufällig immer wieder zu hören sind. Wann immer du ihn hörst, lege alles kurz bei Seite, atme dreimal ein und wieder aus und Frage dich:</p> <ul style="list-style-type: none">• Wer bin ich?• Wo bin ich?• Was mache ich gerade?• Was habe ich noch vor?	<p>Methode: Look back beans</p> <p>Wann immer du etwas Positives erlebst, nimm eine Bohne¹⁰ aus der Hosentasche und packe sie in die andere Hosentasche.</p> <p>Erweiterung möglich (Tagesrückblick): 1. Verstärkung durch Aufschreiben: was war schön; 2. Was habe ich dazu beigetragen</p>

Die Teilnehmer/innen erklärten sich im Anschluss bereit, die unterschiedlichen Methoden für zwei Monate zu erproben. Nach diesem Zeitraum wurden die Erfahrungen durch die Projektleitung in einem Reflexionsgespräch mit den Teilnehmer/innen diskutiert.

Bewertung

Die pflegerische Versorgung in der stationären Altenpflege stellt den Kernprozess der Versorgung von Pflegebedürftigen dar. Pflege wurde dabei sowohl auf der Metaebene („Pflegerwissenschaften, Expertenstandards“) als auch auf arbeitsorganisatorischen Ebene (Zuständigkeiten, Abläufe) weiter professionalisiert. Befunde¹¹ wie Anfang der 2000er Jahre, als „Fachkräfte noch alles machten“ gehören schon länger der Vergangenheit an. Pflege ist auf der operativen Ebene inzwischen stark taylorisiert und fokussiert. Mitar-

¹⁰ Zur Durchführung dieser Methode bedarf es eines kleinen Beutels mit schwarzen Bohnen.

¹¹ Schnabel, E. & Wingenfeld, K. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur, download unter https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Pflegebedarf_und_Leistungsstruktur.pdf

beitende in der Pflege auf Grund- und Behandlungspflege und dabei noch einmal differenziert nach Vorbehaltsaufgaben. Diese Form des Taylorismus hat weiteren „Schub“ durch den Einsatz der §45 SGB XI Betreuungskräften bekommen, die für zusätzliche „Hände am Bett“ gesorgt haben, aber eben auch für eine weitere Differenzierung der Pflege (und Betreuung). Hinzu kommt, dass die pflegerische Versorgung in Heimen im Gegensatz zu anderen Handlungsfeldern sehr stark von „außen“ (WTB Behörde, MDK) qualitätsgesichert und festgelegt wird. Mit Blick auf das Bezugspflegekonzept und die „Mengengerüste indirekter Pflege“ bei hohen Mortalitätsraten sowie der hierfür notwendigen Kompetenzen für die indirekte Pflege (wie beispielsweise der Pflegedokumentation) sind in der pflegerischen Versorgung offene Fragestellungen, die in einem Teilprojekt wie diesem nicht bearbeitet werden konnten. Hier besteht die Notwendigkeit der fachlichen Weiterentwicklung (Idealtypus) der Aufbauorganisation in der pflegerischen Versorgung.

In diesem Teilprojekt wurde zum einen Einfluss auf die Ablauforganisation genommen: Durch die Standardisierung der Flexzeiten sollte eine Ressourcenordnung zum Vorteil der direkten Pflege und gleiche Rahmenbedingungen für Mitarbeitende in allen Einrichtungen geschaffen werden. Ob diese Effekte tatsächlich auftreten, ist zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht bewertbar, da dieser Standard Anfang 2018 implementiert wird.

Die beiden gänzlich anderen Schwerpunkte – nämlich Erfolgsbesprechungen und das kleine Resilienzprojekt – können unter dem Aspekt der positiven Psychologie bewertet werden: Sie stellen „Gegenpole“ zur „Jammerkultur in der Pflege“ dar, mit denen die vorhandenen Belastungen nicht verschwinden, aber eine andere Umgangsform geübt werden kann. Hier ist zu empfehlen, Maßnahmen der positiven Psychologie in die Unternehmenskultur weiter zu verankern.

3.4. Mahlzeitenversorgung

Zum Thema Mahlzeiten gibt es – im Gegensatz zu den Themen Reinigung und Wäschepflege –wesentlich mehr Befunde aus der Lebensqualitätsforschung.

- Wenn Bewohner ihre Mahlzeiten (Frühstück, Abendessen) zur gewohnten Zeit einnehmen bzw. den Zeitpunkt der Mahlzeiteneinnahme bestimmen können (Wingefeld et al. 2011, Netten et al. 2010, ActiZ et al. 2007).
- Wenn Bewohner entscheiden, wo und/oder mit wem (in Gesellschaft, alleine) sie ihr Essen einnehmen wollen (ActiZ et al. 2007).
- Wenn Bewohner (und Besucher) sich über das Menü vorher informieren können (HIQA 2008).
- Wenn Bewohner genügend Unterstützung (durch Personal) bei der individuellen Mahlzeiteneinnahme erhalten (HIQA 2008).
- Wenn Bewohner während der Mahlzeiten höflich bedient und diskret unterstützt werden (Jeon et al. 2012, Magee et al. 2008).
- Wenn das Personal an Mahlzeiten teilnimmt und sie als Gelegenheit zur Kommunikation mit den Bewohnern nutzt (HIQA 2008).
- Wenn Bewohner Freude am Essen haben (Fragebogen CLINT stationär)
- Wenn zu den Mahlzeiten eine angenehme Atmosphäre herrscht (ActiZ et al. 2007).
- Wenn das Essen aus Sicht der Bewohner schmackhaft ist (ActiZ et al. 2007, Straker et al. 2007).
- Wenn Mahlzeiten aus Sicht der Bewohner sorgfältig zubereitet sind und in einer ansprechenden Weise serviert werden (u.a. Konsistenz, optische Darbietung) (ActiZ et al. 2007, HIQA 2008).
- Wenn Essen von der Menge her richtig bemessen ist und die richtige Temperatur hat (Straker et al. 2007, Fragebogen CLINT stationär)

Die Ergebnisse zur Lebensqualität von Bewohner/innen korrespondieren durchaus mit den Ergebnissen der Planungszellen:

Abbildung 4: Empfehlungen der Planungszellen zum Thema Mahlzeiten, gekürzt

1. Empfehlung: Die Einnahme der Mahlzeiten soll durch Zeit und freundliche Zuwendung bestimmt sein!
2. Empfehlung: Die Tischkultur soll variabel¹² sein!
3. Empfehlung: Individualisierung¹³ der Esskultur ist von Bedeutung!
4. Empfehlung: Möglichkeit des Kochens soll vorhanden sein!
5. Empfehlung: Die Lebensmittel sollen möglichst hochwertig sein!
6. Empfehlung: Die Einhaltung von Hygiene-Standards hat Vorrang vor dem Ort der Mahlzeitenzubereitung

Die Erhebungen zur Ist-Situation in den Einrichtungen

- In knapp der Hälfte aller Einrichtungen (45,5%) gibt es Bewohner/-innen, die sich an der Vor- und Nachbereitung der Mahlzeiten beteiligen.
- Jedoch ist der geschätzte Anteil der aktiven Bewohner/-innen mit zumeist nur unter 10% an allen Bewohner/-innen sehr gering.
- Die Ergebnisse im Bereich der Mahlzeitenversorgung zeigen dabei auf, dass etwa zwei Drittel aller Mahlzeiten unabhängig von der Organisationsform der Einrichtungen dezentralisiert dargeboten werden; lediglich in Bezug auf das Mittagessen lassen sich Unterschiede zwischen den Hausgemeinschaften und den übrigen, eher zentral organisierten Pflegeeinrichtungen ausmachen. 61% der Mittagsmahlzeiten werden zentral hergestellt, in 27% der übrigen Einrichtungen erfolgt die Herstellung dezentral.
- Die Beteiligung der Bewohner/-innen an der Herstellung dieser Mahlzeiten ist jedoch in allen Einrichtungen gering. Nur noch wenige Bewohnerinnen und Bewohner sind aufgrund eines stetig wachsenden Pflegebe-

¹² Unter Tischkultur kann die Art und Weise verstanden werden, in welchem Rahmen die Mahlzeiten eingenommen werden. Hierzu kann das Besteck und Geschirr ebenso zählen wie das Setting („zu Hause“, „Restaurant“).

¹³ Die Art des Essens und Trinkens („Esskultur“) bei Tisch hat sich in den letzten Jahren verändert. So wird häufig wochentags weniger Zeit aufgewendet zum Kochen. Auch gibt es häufig keine festen Mahlzeiten mehr: Sie werden abgelöst von einem konstanten, über den Tag verteilten „Snacking“. Kochen mit schon vorgegarten Lebensmitteln ist heute ebenfalls alltäglich. „Drei Menschen – drei Vorlieben – drei Gerichte“ ist eine typische Essenskonstellation in Kleinfamilien. Eine solch beschriebene Esskultur mit dem Trend der Individualisierung zeigt sich auch in Stichworten wie „Vorlieben beim Einzug kennen“, „Menge selber bestimmen“, „Selbstbestimmung von Ort und Zeit“.

darfs dazu in der Lage, aktiv an der Vorbereitung der Mahlzeiten mitzuwirken. Nur 15 bzw. 45,5% der befragten Einrichtungen geben an, dass sich diese regelmäßig und aktiv bei der Zubereitung der Mahlzeiten beteiligen. Sofern dies der Fall ist, wird ihr Anteil an allen Bewohner/-innen i.d.R. auf höchstens 10% geschätzt.

Bei der Betrachtung des Themas Mahlzeiten wurde eine weitere Quelle hinzugezogen: Die Ergebnisse der MDK Begutachtungen. Hierzu wurden die drei folgenden Fragen aus der Bewohnerbefragung ausgewertet:

18.10 (T70) Schmeckt Ihnen das Essen?

18.11 (T66) Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?

18.12 (T71) Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?

Gegenstand der Auswertung ist die Ermittlung von Unterschieden hinsichtlich der Zufriedenheit der Bewohner/innen mit dem Mahlzeitenangebot in stationären Pflegeeinrichtungen unterschiedlicher Ausrichtung (dezentral vs. zentral). Um eine hinreichende Datenbasis zu erhalten, wurden alle 86 Prüfergebnisse seit der letzten QPR-Reform im Jahr 2014 für die Analyse herangezogen und ein Mittelwert pro Haus und pro Frage errechnet. Dabei wurden keine Noten ermittelt, sondern Mittelwerte auf Basis der vorhandenen Skalierung:

Immer (10)

Häufig (7,5)

Gelegentlich (5)

Nie (0)

Die Ergebnisse (siehe Anlage 3) weisen darauf hin, dass Einrichtungen weder besser noch schlechter bei den MDK Prüfungen zum Thema Mahlzeiten von den befragten Bewohner/innen bewertet werden. Auf der Basis der vorliegenden Analyse sind bezüglich der Bewohnerzufriedenheit mit der Mahlzeitenversorgung keine nennenswerten Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungstypen festzustellen.

Die Zufriedenheit der Bewohner/innen ist in allen Einrichtungstypen fast gleichermaßen hoch. Wenn überhaupt sind Unterschiede hinsichtlich der Anzahl der verfügbaren Wahlmenüs erkennbar. Hier schneiden die zentralen Einrichtungen etwas besser ab.

Die Erkenntnisse warfen die Frage auf, ob der Ort der Mahlzeitenzubereitung noch über jene Bedeutung verfügt, welche diesem in den Konzeptionen der Hausgemeinschaften seit je her zugeschrieben wird.

Das bedeutet: Der Ort der Mahlzeitenzubereitung (Herstellung in der Zentralküche vs. dezentrale Zubereitung in Wohnküchen) hat nach den vorliegenden Erkenntnissen keinen Einfluss auf die subjektive Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Qualität der hergestellten Mahlzeiten.¹⁴

In den weiteren Überlegungen wurde deutlich, dass es für Einrichtungen nach dem Hausgemeinschaftsprinzip eher daher gehen muss, die Küche als „Sozialraum“ für die Bewohnerinnen und Bewohner zu erhalten, auch wenn dort ggf. nicht täglich alle Mahlzeiten zubereitet werden. Für eher zentralisierte Einrichtungen stellt sich die Frage, wie die Herstellung und der Genuss von Mahlzeiten jenseits der Regelversorgung als besonderes Erlebnis in der Gruppe und individuell für jeden Einzelnen gestaltet werden kann. Aus diesen Überlegungen wurde die Erprobung eines Konzeptes „Kochen als soziales Angebot“ abgeleitet.

Die Schulung „Kochen als Soziales Angebot in Einrichtungen der stationären Altenpflege“ soll Mitarbeitende in Pflegeeinrichtungen befähigen, die Zubereitung geeigneter Mahlzeiten in Form eines ansprechenden Gruppen- oder Einzelangebotes zu planen und durchzuführen.

Hierzu werden im Rahmen der Schulung folgende Kompetenzen erworben:

- das Seminar vermittelt Grundregeln und praktische Kenntnisse rund um die Herstellung einer Mahlzeit als soziales Gruppenangebot;
- die Teilnehmenden lernen die biografische Bedeutung von Mahlzeiten kennen;
- die Teilnehmenden können nach dem Seminar ein Kochevent als soziales Gruppenangebot organisieren und eine Arbeitsablaufplanung durchführen;
- die Teilnehmenden sammeln kommunikative Erfahrungen und können die Zubereitung einer Mahlzeit vor und mit einer Gruppe von Bewohner/innen ansprechend präsentieren;

¹⁴ Einschränkend muss erwähnt werden, dass der MDK-Befragung wissenschaftlich keine hinreichende Sensitivität in der Erfassung differenzierter Meinungsbilder unterstellt werden kann. Die Ergebnisse der vorliegenden Analyse müssen daher mit Vorsicht betrachtet und ggf. durch weitere Erhebungen fundiert werden.

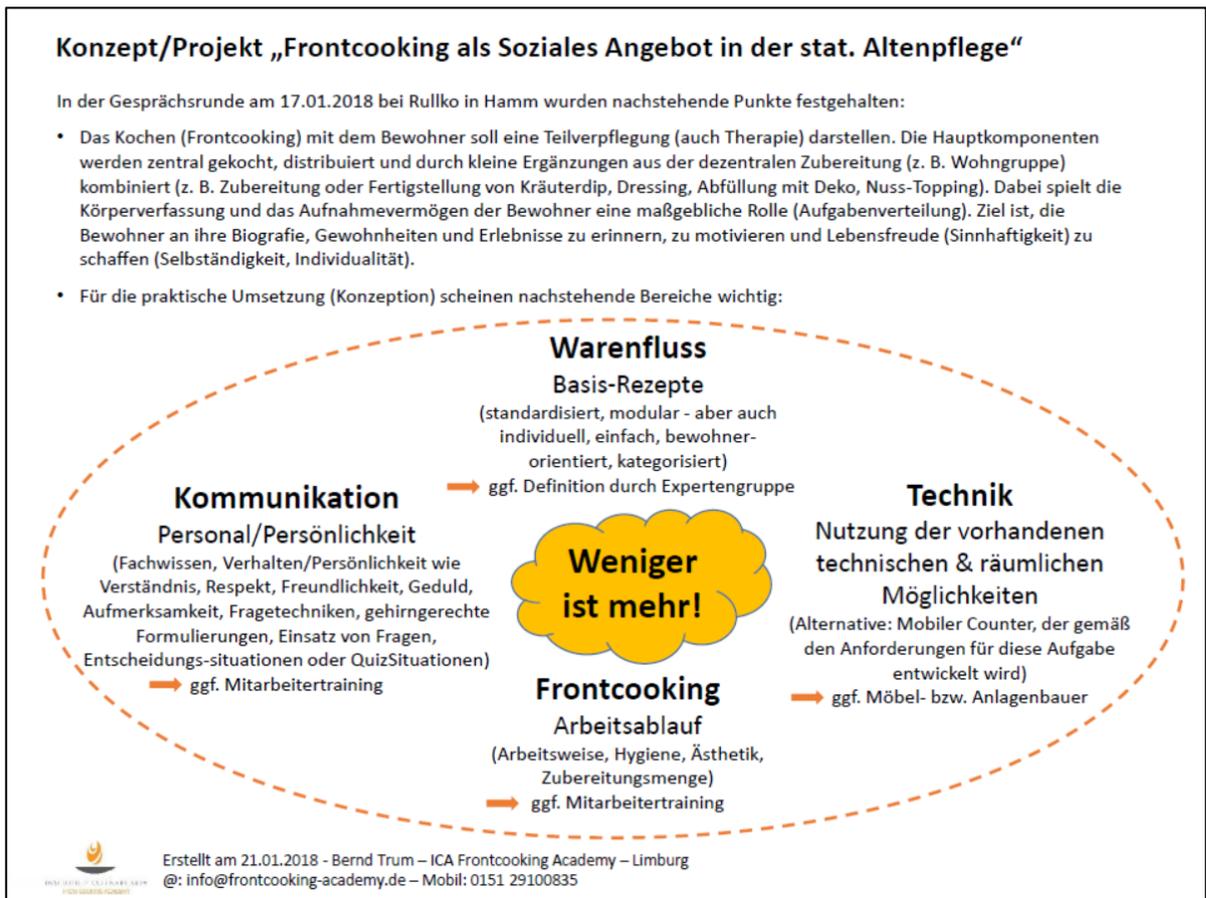
- die Teilnehmenden lernen die Grundlagen des Frontcookings kennen. Eine solches „Event“ wurde im Rahmen des Projektes erprobt.

Anschließend wurde die Konzeption in einer Expertengruppen – bestehend aus Hauswirtschaftsleitung, Vertreter des Großeinkauf¹⁵ und dem Leiter einer Frontcooking Akademie reflektiert. Die Diskussion führte zu weiteren Erkenntnissen:

- Beim „Frontcooking“ bezieht sich der fachlich hauswirtschaftliche Teil insbesondere auf die Vorbereitung und die richtige Ausrüstung. Die Produktion der Mahlzeiten (das Kochen) ist wesentlich weniger „fachlich“ als angenommen.
- Frontcooking beinhaltet vor allen Dingen die positive Kommunikation zum Nutzer über das zubereitete Essen.
- Frontcooking ist mehr als die Zubereitung einer gesamten Mahlzeit vor den Augen des Nutzers. Es kann auch verwendet werden, um Komponenten zu (fertigen) Mahlzeiten (beispielsweise verschiedene Salatdressing, Kräuterquark als Beilage) oder kleine Speisen herzustellen.
- Der Großeinkauf kann zum Thema „Kochen als soziales Angebot“ eigene Beiträge leisten. Diese beziehen sich auf die Mitarbeit bei der weiteren Konzeption (Austausch, Überprüfung, Weiterentwicklung), der Planung und Entwicklung (Rezepturdatenbank mit Kalkulation, Allergenen, Zusatzstoffen, Nährwerten, Zubereitungshinweisen, Ausgabehinweisen, HACCP-Hinweisen, aber Beratung und Verkauf des Equipment). Des Weiteren sind könnte Werbematerial bereitgestellt werden (Ankündigung, Plakat, Flyer, Rezeptbuch) und Schulungsveranstaltungen durchgeführt werden.

¹⁵ Das Ev. Johanneswerk arbeitet mit einem Großeinkauf zusammen, der neben der Lebensmittellieferung auch ein EDV basiertes Warenbestellsystem incl. der Vernetzung zu johanneswerkseigenen Rezepturen vorhält. Darüber hinaus gibt es weitere Beratungs- und Serviceangebote.

Abbildung 5: Frontcooking als soziales Angebot



Bewertung

Die dezentrale Zubereitung der Mahlzeiten wird in der Fachdiskussion als kennzeichnendes Merkmal des Hausgemeinschaftskonzepts bewertet. Die Ist –Analyse hat hier für einen großen Erkenntnisgewinn gesorgt. Denn das wesentliche Unterscheidungsmerkmal zwischen Hausgemeinschafts- und Wohngruppenkonzept ist nicht die gesamte dezentrale Mahlzeitenversorgung (Frühstück, Mittagessen und Abendbrot), sondern die *dezentrale Herstellung der Mittagsmahlzeit*. Einrichtungen mit Wohngruppenkonzept haben ganz häufig Hauswirtschaftskräfte „aus der Großküche in die Wohnbereiche“ organisiert und Frühstück und Abendbrot wird in den Wohnbereichen zubereitet und serviert.

Auf der Basis der vorliegenden Analysen sind bezüglich der Nutzerperspektive keine Bevorzugung der Organisationsform (zentral oder dezentral) der Mittagsmahlzeit festzustellen. Oder anders formuliert: Die Zufriedenheit der

Bewohner/innen mit dem Essen hängt mit Aussehen, Geschmack und Menge zusammen, nicht aber mit dem Ort der Essenszubereitung. Basierend auf den im Projekt gemachten Erfahrungen empfiehlt es sich:

- die Mittagsmahlzeit zentral herzustellen;
- Küchen in den Wohnungen als Sozialräume insbesondere auch für Bewohner/innen und Angehörige zu konzeptionieren;
- Küchen hinsichtlich ihrer Funktion (nicht mehr als Ort der Gemeinschaftsverpflegung der Mittagsmahlzeit) auszustatten;
- Konzeptionell die Mahlzeitenproduktion von dem Genusserleben von Mahlzeiten („Kochen als soziales Angebot“) zu trennen und hierbei Knowhow von Partnern (z.B. Großeinkauf) zu nutzen.

3.5. Reinigung

Ausgangspunkt auch in diesem Teilprojekt waren Befunde zur Lebensqualität. So wirkt es sich positiv auf die Lebensqualität von Bewohner/innen aus, wenn:

- das Zimmer des Bewohners und die Einrichtung so sauber sind, wie der Bewohner es möchte (Netten et al. 2010);
- wenn Bewohner/innen zufrieden mit der Sauberkeit und dem Geruch in der Einrichtung sind (Ryden et al. 2000);
- wenn Bewohner/innen der Meinung sind, dass die Einrichtung sauber, ordentlich und gut belüftet ist (CLINT stationär, Straker et al. 2007, Zufriedenheit);
- wenn der persönliche Wohnbereich (Zimmer, Bad, Toilette, Dusche bzw. Badewanne) aus Sicht der Bewohner sauber ist (ActiZ et al. 2007, Wingenfeld & Engels 2011, Zufriedenheit).

Das Bürgergutachten der beiden Planungszellen (Alters –Institut 2016, siehe Anlage) kommt aus *Nutzerperspektive* zu folgenden Empfehlungen:

Übersicht 4: Empfehlungen (gekürzt) Thema Reinigung, Planungszellen (Alters-Institut 2016)

1. Empfehlung: Die Reinigung des Bewohnerzimmers verdient besondere Aufmerksamkeit!
2. Empfehlung: Reinigungskräfte von Bewohnerzimmern benötigen mehr als Fachkompetenz!¹⁶
3. Empfehlung: Die interne Organisation von Reinigungskräften (mindestens in den Bewohnerzimmern) ist zu bevorzugen!
4. Empfehlung: Reinigung soll grundsätzlich nach dem Heinzelmännchenprinzip¹⁷ erfolgen!
5. Empfehlung: Reinigungsstandards lt. Richtlinien sind mehr als ausreichend und müssen nicht überschritten werden!

Die Ist –Analyse zur Situation in den Einrichtungen führte zu folgenden Ergebnissen:

- Mehrheitlich (52%) wird die Reinigung durch einen zentral organisierten Reinigungsdienst oder als Mischform aus dezentraler und zentraler Reinigung durchgeführt (39,4%).
- In lediglich zwei Einrichtungen werden die Reinigungsleistungen ausschließlich dezentral durch Präsenzkräfte bzw. Mitarbeitende der Wohneinheit sichergestellt.
- In der Mehrheit von 16 Einrichtungen bzw. 48,5% werden die zentralen Reinigungsleistungen von einem externen Dienstleister vergeben. 10 Häuser bzw. 30,3% setzen hinsichtlich der zentralen Reinigungsanteile auf einen internen Reinigungsdienst.

¹⁶ Diese Empfehlung weist auf die eingangs genannten zusätzlichen sozialen Funktionen der Reinigungskräfte hin und betont diese noch einmal. Reinigungskräfte sollen sozial kompetent im Umgang mit (dementen Bewohner/innen) und der deutschen Sprache mächtig sein. Wenn möglich sollen durch Namensschild und Kleidung erkennbar sein, dass sie auf den Wohnbereich „gehören“ und dort bestimmte Aufgaben wahrnehmen.

¹⁷ Beteiligung an der Reinigung nicht durch Mitmachen gekennzeichnet, sondern durch „Bestimmung, was und wie (im Bewohnerzimmer) gereinigt werden soll. Dies war der Haupttenor in beiden Planungszellen. In der zweiten Planungszelle gab darüber hinaus eine weitere (gegenläufigen) Argumentation, die darauf abzielte, Eigenleistungen zu ermöglichen und in Form von Geldwerten zu hono-rieren. Diese Argumentation erhielt in der Gesamtschau allerdings nur zwei Punkte. Die Formulierung „grundsätzlich“(im Sinne „immer mit Ausnahmen“) weist darauf hin, dass auch Beteiligung möglich gemacht werden sollte.

- Einrichtungen haben spezifische Regelungen (z.B. Büros+Eingang extern, sonst intern; Küchen mit eigenen Mitarbeitern, sonst extern)
- Die aktive Beteiligung der Bewohner/-innen ist zwar in der Mehrheit der Einrichtungen möglich, fällt aber im Anteil gering aus (ausschließlich unter 10%). Häufig ist eine Beteiligung aufgrund fortgeschrittener Pflegebedürftigkeit (somatisch und/oder Demenz) nicht mehr möglich.
- Die Frage zu den zeitlichen Intervallen der Reinigung hat in der Ist-Analyse teils deutliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen aufgezeigt. Diese Unterschiede gilt es vor dem Hintergrund der einrichtungsspezifischen Merkmale (Größe, Bodenbeläge, Zusammensetzung der Räume) zu überprüfen.

Die Ergebnisse der Ist-Analyse zeigen auf: Die Vergabe der Reinigungsarbeiten (intern/extern/Mischform) ist für die Lebensqualität der Bewohner/-innen nicht von Bedeutung, sofern das Ergebnis der Reinigung aus Sicht des Bewohners einwandfrei ist.

Im Diskurs über die Ergebnisse wurde die Schlussfolgerung gezogen, dass ein einheitlicher Standard zur Reinigung dazu beitragen kann, die Qualität der Reinigung zu verbessern und die Zufriedenheit der Bewohner/-innen mit den Reinigungsleistungen zu erhöhen.

Daher wurde für den weiteren Projektverlauf als Ziel dieses Teilprojektes formuliert, einen Rahmen/Standards mit den Dimensionen: Fachlichkeit, Nutzerperspektive und Organisation der Reinigung zu erarbeiten. Dieses Ziel wurde mit folgenden Maßnahmen umgesetzt:

- Entwicklung eines Musterkonzeptes im Bereich Reinigung (Definition von Merkmalen und Erstellung eines Konzeptentwurfes auf der Grundlage einer Analyse bestehender einrichtungsbezogener Konzepte Workshop 1);
- Leistungsverzeichnisse entwerfen und diskutieren (Fachtag, Workshop 2);
- Konzeptmerkmale überarbeiten und ergänzen (Workshop 3);
- Vorstellung und Konsentierung der Ergebnisse im Arbeitskreis Hauswirtschaft.

Auszug aus dem Konzept Hausreinigung

1.2 Ziele im Bereich der Hausreinigung

Reinigungskräfte bauen Beziehungen zu Bewohnern auf, so dass besondere Anforderungen an die fachlichen und sozialen Kompetenzen der Reinigungskräfte gestellt werden. Dies umfasst auch spezifisches Wissen zu gerontopsychiatrischen Veränderungen und ein Verständnis der besonderen Herausforderungen in der Lebenssituation pflegebedürftiger älterer Menschen. Reinigungskräfte sind hierdurch auch als Teil der Informationskette in Bezug auf den aktuellen Zustand und die Befindlichkeit des Bewohners bzw. der Bewohnerin zu berücksichtigen.

Bewertung

Die Ergebnisse der Ist-Analyse zeigen auf, dass weder die Vergabe der Reinigungsarbeiten (intern/extern/Mischform) noch die Organisationsform (zentral/dezentral) bedeutsam ist für die Lebensqualität der Bewohnern-/innen ist, sofern das Ergebnis der Reinigung aus Sicht des Bewohners einwandfrei sein sollte.

Ein Reinigungskonzept, dass neben der „hauswirtschaftlichen fachlichen“ Perspektive die Nutzerperspektive formuliert, ist ein wichtiger Schritt in der Berücksichtigung einer mehrdimensionalen Perspektive. Es empfiehlt sich ein solches Konzept (incl. Leistungsverzeichnis) in das Qualitätsmanagement zu übernehmen und dann als weiteren Schritt für Audits zu diesem Konzept /Thema Indikatoren zur Überprüfung zu formulieren. Dies könnten beispielsweise sein:

- Fluktuation der Reinigungskräfte auf den Wohnbereichen (je weniger, desto besser);
- Anzahl der Reinigungskräfte, die eine Schulung zum Thema demenziell erkrankte Bewohner/innen haben;
- Organisation der Reinigung über den Tagesverlauf und nicht nur morgens.

3.6. Wäscheversorgung

Mit Blick auf die Lebensqualitätsforschung für Bewohner/innen zeigte sich, dass kaum Erkenntnisse zum Thema Wäsche vorliegen: Im Vergleich zur Mahlzeitenversorgung (siehe Kapitel 3.4) sind im Bereich der Wäscheversorgung nur sehr wenige wissenschaftlich fundierte Kriterien zur Lebensqualität bekannt. Entscheidend ist vor allem die zeitnahe, unversehrte und vollständige Rückgabe der gewaschenen Wäsche.

Auch für die Teilnehmenden der Planungszelle spielte der Prozess der Wäscheversorgung lediglich eine untergeordnete Rolle.

Wäscheversorgung scheint auf der einen Seite ein unbedeutender Prozess für die Lebensqualität von Bewohner/innen stationärer Pflegeeinrichtungen zu sein, auf der anderen Seite ist die Beschwerde über verlorene oder verwaschene Wäschestücke ein „Klassiker“ der Beschwerden in Altenpflegeheimen.

Übersicht 5: Empfehlungen Bürgergutachten Thema „Wäsche“ (Alters-Institut 2016)

1. Empfehlung: Wäscheversorgung beginnt bei der Bekleidung!¹⁸
2. Empfehlung: Der Wäschekreislauf der Bewohnerwäsche sollte transparent, kurz und passend zum „Mengengerüst“ der Bewohnerwäsche sein!
3. Empfehlung: Die hygienischen Standards sollen eingehalten und transparent nachgewiesen sein!
4. Empfehlung: Flachwäsche sollte grundsätzlich vom Haus mit der Option des Mitbringens eigener Wäsche gestellt werden!
5. Empfehlung: Bei der Wäscherei ist auf gute Arbeitsbedingungen und Einhaltung von Personalstandards zu achten!
6. Empfehlung: Die Beschwerdebearbeitung sollte schnell sein und der mögliche Schaden sollte unkompliziert abgewickelt werden.

¹⁸ Zu den zentralen Themen bei der Wäscheversorgung zählte nach Ansicht vieler Planungszellenteilnehmer/innen nicht die Wäschereinigung, sondern die Art der Bekleidung bzw. die Unterstützung, die ggf. notwendig ist. Kleidung erfüllt als „zweite Haut“ physiologische, psychologische und soziale Funktionen. Stichworte wie „eigene Wäsche am Körper wichtig für das Wohlbefinden“, „eigene Wäsche soll auch angezogen werden“, „Sicherheit, dass ich angemessen gekleidet bin“, „Wechsel nach Verschmutzung“ sind Grundlage für diese Empfehlung.

Auch für den Bereich der Wäscheversorgung hat die Ist-Erhebung gezeigt, dass nur ein sehr geringer Anteil der Bewohner/innen aktiv mit in die Wäscheversorgung eingebunden ist.

- Eine aktive Einbindung der Bewohner/innen in die Wäscheversorgung wird lediglich in 17 Einrichtungen gewährleistet (51,5%). Zwar werden die Bewohnerinnen und Bewohner in den dezentral organisierten Einrichtungen deutlich häufiger eingebunden. In Bezug auf den Anteil der beteiligten Bewohner/innen und Bewohner sind allerdings keine Unterschiede zwischen den Einrichtungen zu erkennen. In der Regel beträgt ihr Anteil an allen Bewohnerinnen und Bewohnern lediglich „bis zu 10%“; nur in zwei Fällen fällt dieser Prozentsatz geringfügig höher aus.
- Der Wäschekreislauf ist ein fehleranfälliger Prozess: Knapp ein Viertel der befragten Mitarbeiter/innen gaben in der aktuellen Mitarbeiterbefragung an, dass die Wäsche der Bewohner*innen oft bzw. sehr oft verloren geht oder beim Waschen beschädigt wird.
- Weitere 37% der Befragten gehen davon aus, dass Verluste und/oder Beschädigungen „manchmal“ vorkommen. Hier bedarf es Bestrebungen, die bestehenden Prozesse zu optimieren.

Qualität in der Wäscheversorgung bedeutet für die Bewohner/innen, dass sie ihre Wäsche vollständig, sauber und zeitnah wieder zurück erhalten. Dennoch wird die eigene Wäsche der Bewohner/innen bisher regelhaft intern in den Einrichtungen gewaschen. Es zählt zu den typischen Merkmalen von Einrichtungen nach Hausgemeinschaftskonzept, dass die Wäsche dezentral in den Wohnungen gewaschen wird.

Seit 2017 wird im Dorothee-Sölle-Haus, einer Einrichtung des Ev. Johanneswerks nach dem Hausgemeinschaftskonzept, sowohl die Flachwäsche als auch die bewohnereigene Wäsche durch eine externe Firma gereinigt. Im Ev. Johanneswerk e.V. gibt es bislang nur wenige Einrichtungen, die auf ein vollständiges Outsourcing ihrer Wäscheversorgung setzen. Das Dorothee-Sölle-Haus ist zudem die erste Einrichtung nach dem Hausgemeinschaftskonzept, die eine solche Umstellung vollzogen hat. Die damit verbundenen

Erfahrungswerte sollten im Rahmen des „Paradigma Hausgemeinschaft!“ erhoben und ausgewertet werden.

Ziel des Teilkonzeptes war daher eine begleitende Prozessevaluation zur externen Wäschepflege von bewohnereigener Bekleidung in Einrichtungen, die eine externe Vergabe bereits umsetzen.

Mit Hilfe von Leitfadeninterviews wurden die Einstellungen von Angehörigen der Heimbewohner zum Prozess der Wäscheversorgung in der Einrichtung ermittelt.

Ziel war es, Erkenntnisse über den derzeitigen Zufriedenheitsgrad mit dem Wäschemanagement nach der Umstellung auf den externen Anbieter zu ermitteln und ggf. Verbesserungspotenziale zu heben.

Evaluation der externen Wäscheversorgung

Im Sommer 2017 wurden fünf Interviews mit Angehörigen von Bewohner/innen der Einrichtung durchgeführt. Die Dauer eines Interviews sollte einen Zeitraum von ca. 15 bis 20 Minuten nicht überschreiten. Bei einer durchschnittlichen Dauer von 13 Minuten pro Interview wurde diese Zielgröße erreicht (Min: 7 Min.; Max: 28 Min.). Als Zielgruppe dienten Angehörige, die regelmäßig in der Einrichtung anwesend sind und die Einrichtung seit mindestens einem Jahr kennen. Die Auswahl der Angehörigen erfolgte nach vorheriger Vereinbarung mit der Leitung des Hauses. Eine direkte Befragung von Bewohner/innen von demenziellen Erkrankungen nicht zielführend. Bei vorliegendem Einverständnis wurden die Interviews mit Hilfe eines Audiogerätes aufgezeichnet und nachfolgend mit Hilfe der Software MAXQDA 12 in anonymisierter Form ausgewertet. Alle Aufzeichnungen wurden nach Abschluss der Auswertung gelöscht.

Um den Interviewpartnern einen logisch strukturierten Ablauf bieten zu können, wurde der Leitfaden in zwei Themenbereiche untergliedert.

Nach einer kurzen thematischen Einführung wurde das Interview (Teil A) zunächst mit einer „Aufwärmfrage“ eingeleitet:

Frage 1: Erzählen Sie doch mal, wie läuft es denn so mit der Wäscheversorgung im Dorothee-Sölle-Haus?

Zum Abschluss der Einstiegsfrage wurden die Teilnehmenden gebeten, ihre allgemeine Zufriedenheit mit einer Ampelfarbe auszudrücken (rot, gelb oder

grün). Auf diese Weise wurde noch einmal eine forcierte Aussage zur globalen Qualitätsbewertung generiert.

Im zweiten Teil des Interviewleitfadens erfolgten schließlich spezifische Nachfragen, um einen Eindruck zu den Veränderungen nach der Umstellung im Bereich der Wäscheversorgung zu erhalten (Vorher-Nachher-Vergleich). Ferner wurde versucht, am Ende des Leitfadens weitere Aspekte zu erfassen, die im Verlauf des Interviews durch den Teilnehmenden nicht zur Sprache gekommen sind. Im Einzelnen ergab sich hierdurch folgende Gliederung:

Frage 2: Seit einiger Zeit wird die persönliche Kleidung der Bewohner/innen extern durch die Firma G. waschen. Wurden Sie im Vorfeld über die geplanten Veränderungen Ihrer Ansicht nach ausreichend informiert? Falls nein, welche Informationen haben Ihnen gefehlt?

Frage 3: Hat sich Ihrer Ansicht nach etwas durch die Herausgabe der bewohnereigenen Wäsche verändert?

- Ggf. Welche Vorteile sehen Sie?

- Haben Sie Empfehlungen oder Verbesserungsvorschläge?

Frage 4: Möchten Sie ansonsten noch etwas zum Thema Wäscheversorgung mitteilen, das bislang noch nicht zur Sprache gekommen ist?

Ergebnisse

Die Interviews zur Zufriedenheit mit der externen Wäscheversorgung im Dorothee-Sölle-Haus lassen grundsätzlich auf eine hohe Zufriedenheit mit den Abläufen, Prozessen und Ergebnissen schließen. Vier von fünf befragten Angehörigen bewerteten Ihre Zufriedenheit mit der Ampelfarbe „grün“.

Besonders positiv wurden in diesem Zusammenhang die Sorgfalt der externen Wäscherei sowie die Sauberkeit der retournierten Wäsche hervorgehoben. Auch an der Schnelligkeit des Wäsche-kreislaufs gab es nur wenig Anlass zur Kritik. Die Nutzerinnen und Nutzer sowie deren Angehörige wurden im Vorfeld durch eine Informationsveranstaltung über die Umstellung informiert und konnten sich hierdurch hinreichend auf den Wechsel des Dienstleisters vorbereiten. Auch die Anzahl der Defekte sowie der Schwund an Wäschestücken wurden von den Befragten i.d.R. nicht als problematisch eingestuft. Im Gegenteil werden zahlreiche Aspekte der Dienstleistung (Sorg-

falt, Sauberkeit, Geruch) im Vergleich zur vorherigen internen Wäscheversorgung sogar als verbessert wahrgenommen.

Dabei ist in besonderem Maß hervorzuheben, dass mehrere Befragte seit der Umstellung auf die externe Wäscherei eine Entlastung der Mitarbeitenden wahrnehmen, die der Betreuung der Pflegebedürftigen zugutekommt.

„Vorher wurde die Wäsche ja hier im Haus gewaschen. E: Ja, genau. In den Wohnungen. Ja und das ist wahrscheinlich besser so, jetzt haben sie mehr Zeit für die Gäste. I: Ist das so? Nehmen Sie das so wahr? E: Ja ja. Ich habe immer gesehen, da war immer so eine kleine Waschküche da und da waren die doch viel tätig, das war doch jede Menge.“

„Aber wir denken, dass das Personal jetzt eine große Erleichterung hat. Wir haben ja gesehen, wie die gewirtschaftet haben, so viel aufgebürdet bekommen haben und die Arbeit gar nicht schaffen konnten“.

Allerdings wurden in zwei der fünf Interviews teils deutliche Kritikpunkte am Verfahren der Wäschesammlung¹⁹ geäußert.

Mit Blick auf das Ziel der Untersuchung, Erkenntnisse über den derzeitigen Zufriedenheitsgrad mit dem Wäschemanagement nach der Umstellung auf den externen Anbieter zu erhalten, kann resümiert werden, dass die Organisation der Reinigung (intern oder extern) keinen negativen Einfluss auf die Lebensqualität der Bewohner/innen zu haben scheint. Es ist sogar ein positiver Effekt aus Sicht der Befragten zu erkennen, nämlich dass Mitarbeiter/innen in Einrichtungen mit Hausgemeinschaftskonzept entlastet werden und für die Angehörigen sichtbar mehr Zeit für die Bewohner/innen haben.

Als weiteres Produkt im Rahmen dieses Projektes ist ein Fragebogen zur Abfrage der Zufriedenheit mit der Wäscheversorgung entstanden (siehe Anhang 4). Der vorliegende Fragebogen dient dazu, die Zufriedenheit mit der internen Wäscheversorgung in einer Einrichtung der Altenhilfe standardisiert zu erfassen und auszuwerten. Der Fragebogen ist so konzipiert, dass er so-

¹⁹ Da die Fäkalwäsche (Leib-wäsche) und die sonstige persönliche Wäsche der Nutzer/innen gemeinsam in einem Wäschesack gesammelt werden, führt dies nach Ansicht der Befragten nicht nur zu einer Geruchsbelästigung, sondern auch zu einer Beeinträchtigung der übrigen Wäschestücke. Daher sollte geprüft werden, ob die Sammlung der Wäsche (ggf. auf Anfrage bzw. Wunsch) in zwei verschiedenen Wäschesäcken erfolgen kann.

wohl von den Bewohnern/innen und deren Angehörigen bzw. Betreuern als auch von den Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtung ausgefüllt werden kann. Erfasst wird die Diskrepanz zwischen *erwarteter* und *wahrgenommener* Leistung aus Kundensicht. Zu jedem Item werden sowohl die Erwartung als auch die Wahrnehmung der tatsächlichen Leistung erfragt; die Differenz der Aussagen bestimmt das Ausmaß der Zufriedenheit. Der Fragebogen wurde noch nicht getestet oder eingesetzt.

Bewertung

Zu den typischen Merkmalen von Einrichtungen nach Hausgemeinschaftskonzept zählt, dass die Wäsche dezentral in den Wohnungen gewaschen wird.

Ähnlich wie bei der Hausreinigung ist auch bei der Wäscheversorgung zeigen die Ergebnisse, dass weder die Vergabe der Wäschepflege (intern/extern/Mischform) noch die Organisationsform (zentral/dezentral) bedeutsam ist für die Lebensqualität der Bewohnern/innen ist, sofern das Ergebnis der Bewohner/innen positiv im Sinne einer zeitnahen, unversehrten und vollständigen Rückgabe der gewaschenen Wäsche ist.

Der evaluierte Change-Prozess (vorher dezentral, nun zentral extern) in einer Einrichtung mit Hausgemeinschaft, gibt Hinweise darauf, dass Bewohner/innen davon sogar profitieren, da Mitarbeitende aus Sicht von Angehörigen spürbar mehr Zeit haben. Aus diesen Ergebnissen leitet sich die Empfehlung ab, zukünftig auf dezentrale Strukturen bei der Wäscheversorgung zu verzichten.

Das bedeutet jedoch nicht, dass zukünftig keine Waschmaschinen mehr vorhanden sein sollten. Wünschenswert wären Gelegenheiten zur Wäscheversorgung zum Eigengebrauch der Angehörigen entweder in Wohnungen oder – wenn ein entsprechendes Wohnquartier in der Umgebung vorhanden ist – als „Waschsalons“²⁰ in einladender Lage in der Einrichtung.

Besonderes Augenmerk sollte nicht zuletzt auf die Fehleranalyse der Prozesse zur Wäscheversorgung gelegt werden, die gerade bei der dem Pro-

²⁰ Hier wäre das Modell möglich, dass Bewohner/innen und Angehörige die Waschautomaten kostenlos nutzen können, während Dritte die Nutzung zahlen.

zessschritt „Sortierung“ eine Nahtstelle zu Mitarbeitenden aus der Pflege haben.

3.7. Freiwilligenarbeit

Auch dieses Teilprojekt wurde mit einer Ist-Analyse begonnen.

Mit Rückgriff auf die Literatur über Merkmale guter Freiwilligenarbeit (siehe nachfolgende Übersicht) wurden in der Ist Analyse eben diese Merkmale abgefragt.

Übersicht 6: Merkmale guter Freiwilligenarbeit (ISG 2007 eigene Zusammenstellung)

Merkmale guter Freiwilligenarbeit im Pflegeheim

1. Regelmäßige Information über das Leben in der Einrichtung und über die Bewohnerinnen
2. Offene Kommunikation zwischen Freiwilligen und Mitarbeiter/innen auch bei Konflikten
3. Eine feste/r Ansprechpartner/in für die Freiwilligen wichtig und dient auch der symbolischen Anerkennung (kann auch durch ausgewählte Freiwillige selbst gewährleistet werden).
4. Kontinuierliche Begleitung der Freiwilligen durch Anleitung, Fortbildung und Anerkennung auf der Grundlage eines Konzeptes.
5. Regelmäßige Gesprächskreise für Freiwillige, da häufig der Kontakt zu anderen ein wichtiges Motiv des Engagements ist.
6. Fortbildungen für Freiwillige, da diese häufig ein starkes Interesse daran haben.
7. Einbeziehung in das Alltagsleben in Form von Mitwirkung im Sinne der sozialen und kulturellen Bereicherung des Lebens im Heim, ebenso wie bei Ausflügen und Veranstaltungen sowie bei infrastrukturellen Angeboten wie Cafeteria, Bibliothek oder Heimzeitung.
8. Mitwirkung im Heimbeirat, da der häufig kritischere Blick Freiwilliger auf das Leben im Heim dafür spricht.
9. Anerkennung freiwilliger Mitarbeit, z.B. die in Form von Zertifikaten, expliziter Danksagung oder speziellen Festveranstaltungen oder Übernahme der Fahrtkosten.

Eine entsprechende Abfrage dieser Merkmale (IST-Analyse) führte im Ev. Johanneswerk zu folgenden Ergebnissen:

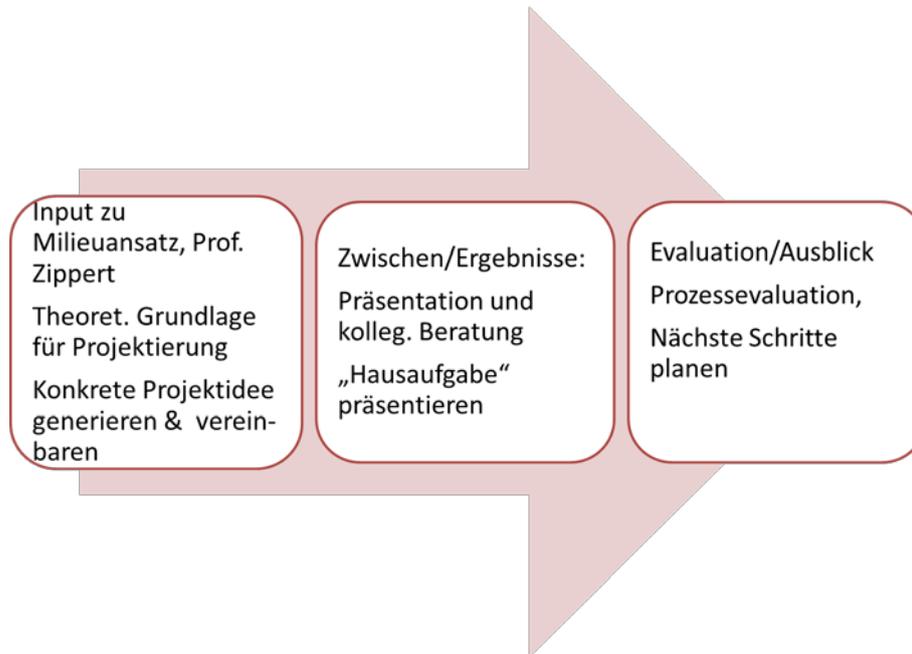
- Alle Einrichtungen haben ein Freiwilligenkonzept. Etwas mehr als ein Drittel der Konzepte sind älter als fünf Jahre.
- Alle Einrichtungen haben einen festen Ansprechpartner für Freiwillige. In jeweils 14 Einrichtungen stellen Sozialdienst oder Begleitender Dienst den Ansprechpartner für Freiwillige.
- Einrichtungen haben zwischen 12 und 96 Freiwilligen vor Ort. Die Anzahl der Freiwilligen korreliert nicht mit der Größe der Einrichtungen.
- Im Vergleich zur MuG Studie (Schneekloth & Wahl 2007) haben Einrichtungen des Ev. Johanneswerks einen höheren Anteil an männlichen Freiwilligen (13,5% gegenüber 23%). Dies würde einer gendersensiblen und – gerechten Betreuung und Begleitung der männlichen Bewohner entgegenkommen.
- Ganz deutlich konzentriert sich die Mitwirkung der freiwillig Engagierten auf den Bereich der Betreuung (80%), danach folgen mit großem Abstand die Tätigkeitsbereiche Hauswirtschaft (9%) und andere Tätigkeiten (8%).
- Jeweils 1/3 der Freiwilligen kommen monatlich bzw. der wöchentlich.
- Im Bereich der Hausmeister- bzw. Gartenarbeit werden mit 24 Nennungen (31%) der größte Unterstützungsbedarf und der Wunsch nach mehr Freiwilligen ermittelt.

Im Diskurs wurde deutlich, dass die Einrichtungen auch eine neue Kultur der Senioren-/Altenarbeit für Freiwillige brauchen, die zielgruppenspezifisch auf die milieu- und gendersensible Gewinnung und Begleitung von Freiwilligen abzielt.

In der Umsetzungsphase des Projektes sollten die beteiligten Einrichtungen mit einem selbstgewählten Projekt-Thema (junge Freiwillige, Ombudsmann, Streitschlichter, Männer, etc.) Ziele und Maßnahmen für die Gewinnung Freiwilliger und/oder neue Formen freiwilliger Arbeit erproben.

Vor dem Hintergrund diese Zielsetzung wurde folgender Prozess initiiert:

Abbildung 6: Umsetzung Teilkonzept Freiwilligenarbeit



Während der Workshops wurde ein morphologisches Tableau²¹ eingesetzt, das als Kreativitätsmethode zur Bearbeitung des Projektthemas erprobt wurde (siehe nachfolgende Abb.).

Bei der Methode des morphologischen Tableaus wird im ersten Schritt das Gesamtproblem in voneinander unabhängige Problemelemente aufgeteilt (Dekomposition). Im zweiten Schritt werden für die einzelnen Teilprobleme Lösungsvarianten entwickelt. Durch das Zusammenführen der Teillösungen erhält man die Lösung des Gesamtproblems (Komposition).

In der Folge entfalteten die beteiligten Einrichtungen Aktivitäten vor Ort wie beispielsweise

- Postkartenaktion „Ehrenamt prickelt“
oder
- eine Einladung „Burgertag für Bürger“ (Veranstaltung zur Gewinnung weiterer Freiwilliger).

²¹ Bei der Methode des morphologischen Tableaus wird im ersten Schritt das Gesamtproblem in voneinander unabhängige Problemelemente aufgeteilt (Dekomposition). Im zweiten Schritt werden für die einzelnen Teilprobleme Lösungsvarianten entwickelt. Durch das Zusammenführen der Teillösungen erhält man die Lösung des Gesamtproblems (Komposition).

Abbildung 7: Morphologisches Tableau zum Thema „Gewinnung von Freiwilligen“

Gewinnung von Freiwilligen – Entscheidungsmatrix zur Erprobung neuer Methoden der Öffentlichkeitsarbeit					
Fragen	Ausprägungen				
Methoden der Öffentlichkeitsarbeit, die wir noch nie ausprobiert haben?	„Help the Oma“				
Wie viel darf's kosten?	0-€	150,00-€	500,00-€	1000,00-€	Fördermittel
Wer kann uns helfen, uns unterstützen? (z.B. intern/extern)	Abteilung Marketing im JW				
Für welche Tätigkeit oder Bereich suchen wir Freiwillige?	offen/egal				
Welche Form des „Ehrenamts“ suchen wir? (z.B. Zeit-/Dauer)	Projektbezogen, z.B. 1-Tag				
Was bieten wir?	Gemeinschaft				

Bewertung

Die Einrichtungen des Ev. Johanneswerk sind – nimmt man die Merkmale der Freiwilligenarbeit aus der ISG Untersuchung als Standard²² – im Wesentlichen strukturell „gut“ aufgestellt. Einrichtungen machen eine „solide“ Freiwilligenarbeit. Es waren keine Unterschiede in der Freiwilligenarbeit zwischen Einrichtungen mit Hausgemeinschafts- und Wohngruppenkonzept zu finden. Freiwilligenarbeit ist meistens kein „brennendes“ Thema im Alltagsgeschäft von Einrichtungen, auch wenn ein Rückgang oder eine „Überalterung“ der Freiwilligen konstatiert wird und mehr Freiwillige gewünscht werden.

Die Unterstützung der Einrichtungen bei der „Akquise von Freiwilligen“ ist bisher kein Thema in den zentralen Strukturen des Trägers und weist dementsprechend keine zentrale Fundraising-Struktur auf.

Die in diesem Projekt durchgeführten Workshops zum Thema Freiwilligenarbeit haben als Format der Fortbildung²³ Eingang beim Träger gefunden, so

²² Zu überlegen ist es, die Merkmale und deren Ausprägungen in die Hauskonzepte oder den zentralen „Rahmen“ zur Freiwilligenarbeit zu integrieren.

²³ Der Träger hat eine eigene Fortbildungsabteilung.

dass zu erwarten ist, dass Freiwilligenarbeit vor Ort zukünftig mehr Impulse einer modernen Struktur bekommen.

3.8. Angehörigenarbeit

Ebenso wie bei der Freiwilligenarbeit wurden für die Erhebung der IST-Situation die Merkmale guter Angehörigenarbeit (ISG 2007) abgefragt.

Übersicht 7: Merkmale guter Angehörigenarbeit (ISG 2007 eigene Zusammenstellung)

Merkmale guter Angehörigenarbeit

1. Regelmäßige Information der Angehörigen über die Angelegenheiten der Einrichtung, die Situation der Mitarbeiter/innen die Befindlichkeit des angehörigen Bewohners.
2. Offene Kommunikation auch bei Konflikten.
3. Feste Ansprechpartner
4. Kontinuierliche Begleitung über alle Phasen (Einzug- Integrations-/Wohn- und Sterbephase/Tod) des angehörigen Bewohners hinweg.
5. Regelmäßige Gesprächskreise bieten den Teilnehmenden die Möglichkeit, sich mit Gleichbetroffenen auszutauschen, sich gegenseitig über ihre Erfahrungen zu berichten und dadurch Entlastung zu finden.
6. Fortbildungen insbesondere zum Umgang mit Rollenkonflikten und Schuldgefühlen.
7. Einbeziehung in das Alltagsleben, um ein besseres Verständnis für die Pflegesituation und Mitarbeiter/innen sowie für die Rahmenbedingungen der Einrichtung zu bekommen und die Möglichkeiten der Mitwirkung zu erfahren
8. Mitwirkung im Heimbeirat
9. Eine spezielle Form der Mitwirkung ist die im Heimbeirat, die ein kontinuierliches Engagement.
10. Anerkennung freiwilliger Mitarbeit, denn auch Angehörige freuen sich über eine Anerkennung, auch wenn ihnen dies weniger wichtig ist als bei Freiwilligen.
11. Schulung der Mitarbeiter/innen sowie Supervision im Hinblick auf Kompetenzen zur Gesprächsführung und Konfliktbearbeitung, aber auch die Möglichkeit, selbst Rat zu suchen.
12. Werbung und Öffentlichkeitsarbeit, die auch gelungene Beispiele für eine Erhöhung von Lebensqualität durch die Mitwirkung von Angehörigen aufzeigt.

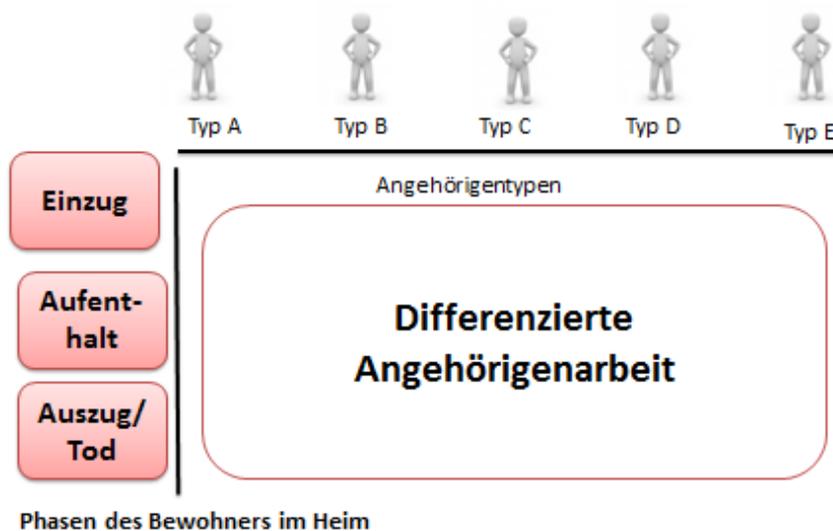
Die Einrichtungen des Ev. Johanneswerks wiesen entsprechend der Befragungsergebnisse folgende Merkmale auf:

- Fast alle Einrichtungen verfügen über ein Angehörigenkonzept. Die Hälfte der Konzepte ist älter als 5 Jahre.
- Einen festen Ansprechpartner für die Angehörigen haben die Hälfte der Einrichtungen benannt.
- Keine der Einrichtungen hat Sprechstunden für Angehörige.
- Mit 27 (von 31 ausgewerteten Fragebögen) Nennungen gibt es weitaus mehr Einrichtungen, die einen Angehörigenabend für das gesamte Haus ausrichten, als es Wohnbereichs- oder Wohnungsbezogene Angehörigentreffen gibt, Diese werden jedoch umso besser besucht.
- .Angehörigenbefragungen finden in 18 der 31 antwortenden Einrichtungen regelmäßig statt.
- Der Anteil der Bewohner/innen mit mindestens einem Angehörigen schwankt von Einrichtung zu Einrichtung zum Teil erheblich. Er schwankt zwischen zwischen 10% und 99%. Bewohner/innen in Einrichtungen mit Hausgemeinschaftskonzept haben dabei ebenso unterschiedlich viele Angehörige wie in den übrigen Einrichtungen.
- Die meisten Angehörigen können dem Angehörigentyp B („regelmäßig zu Besuch kommen und eher soziale Betreuung und psychische Stabilisierung leisten) und C („nicht ganz so häufig kommend und eher flankierend tätig) zugeordnet werden.
- Der Anteil des Angehörigentyps A („regelmäßig und aktiv an der Pflege mitwirkend) ist im Vergleich zu den Studien „Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens in vollstationären Pflegeeinrichtungen (MuG) “ (Schneekloth & Wahl 2007) weiter gesunken.

Die Ergebnisse wurden dahingehend interpretiert, dass im Ev. Johanneswerk die Einrichtungen grundsätzlich auf abgesicherte Strukturen der Angehörigenarbeit zurückgreifen können.

Allerdings werden die Angehörigen häufig als eine homogene Gruppe betrachtet. Dies soll auf die Unterscheidung der Angehörigentypen²⁴ und der Aufenthaltsphasen von Bewohner/innen in der zukünftigen Angehörigenarbeit weiter differenziert werden.

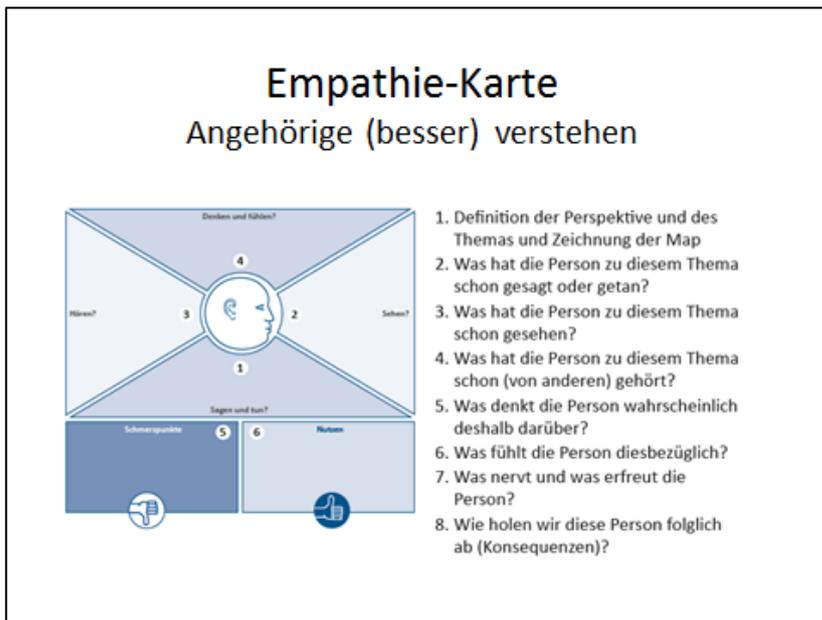
Abbildung 8: Grundlage/Matrix der Angehörigenarbeit



Vor dem Hintergrund dieses „Modells“ von Angehörigenarbeit kann als Methode die Empathiekarte verwendet werden. Mitarbeiter/innen reflektieren durch ihre Anwendung die Perspektive der Angehörigen und können darauf aufbauend ihre Arbeit mit Angehörigen weiter differenzieren.

²⁴ Gemeint sind die Angehörigentypen nach der Untersuchung des ISG von 2007. Im Rahmen der Workshops wurde ein weiterer Angehörigentyp identifiziert: Angehörige, die sich nicht kümmern, keinen Kontakt haben/wollen. Damit entstanden 5 Angehörigentypen:
Typ A : Angehörige, die regelmäßig und aktiv an Pflege und Betreuung mitwirken
Typ B: Angehörige, die regelmäßig zu Besuch kommen und eher soziale Betreuung und psychische Stabilisierung leisten
Typ C: Angehörige, die nicht ganz so häufig kommen und eher flankierend tätig werden (Bersorgungen, finanzielle Dinge erledigen).
Typ D: Angehörige, die seltener zu Besuch kommen, Pflege und Betreuung im Wesentlichen an die Einrichtung delegieren und punktuell „überwachen“.
Typ E :Angehörige, die sich nicht kümmern, keinen Kontakt haben/wollen

Abbildung 9: Empathiekarte



Ein weiterer „Klassiker“ der Angehörigenarbeit sind Konflikte zwischen Mitarbeitenden und Angehörigen. Hier wurde im Rahmen der Workshops eine Methode („Konfliktkarte“) erprobt, die geeignet ist, in strukturierte Weise Konflikte zu bearbeiten. Sie kann beispielsweise in Dienstbesprechungen als systematischer Tagesordnungspunkt herangezogen werden. Die Konfliktkarte soll dabei die Sensibilität auf die verschiedenen Typen und Phasen verstärken und als Analyse bzw. Reflexions-Schild dienen, z.B., auf einen individuellen Fall gerichtet oder auf eine Gruppe von Fällen.

Abbildung 10: Im Projekt entwickelte „Konfliktkarte“ zur Strukturierung und Lösung des Konfliktes

Wofür wir „schwierige“ Angehörige brauchen?! – Reframing und Arbeiten mit der Entscheidungsmatrix

Fragen	Fallbeispiel schildern				
Wer hat den Konflikt?	<i>Ich habe einen Konflikt mit mir oder einer anderen Person</i>	<i>Eine andere Person hat einen Konflikt mit mir</i>	<i>Wir haben einen Konflikt miteinander</i>	<i>Die anderen haben einen Konflikt</i>	
Art des Konflikts	<i>Beurteilungskonflikt: Zwei Parteien wollen dasselbe Ziel mit unterschiedlichen Mitteln erreichen oder schätzen die Wirksamkeit eines Mittels unterschiedlich ein</i>	<i>Zielkonflikt: Zwei Parteien verfolgen unterschiedliche Ziele. Oft gibt es einen Dauerkonflikt zwischen Erhalt von Strukturen und Veränderung</i>	<i>Verteilungskonflikt: Eine Partei kann ihr Ziel nur auf Kosten der anderen Partei erreichen (Nullsummenspiel)</i>	<i>Beziehungskonflikt: Die Beteiligten erleben in der Zusammenarbeit störende zwischenmenschliche Spannungen</i>	
Positive Funktion von Konflikten	<i>Freisetzung von Energie</i>	<i>Erhöhung der Kreativität</i>	<i>Rollenklärung (im Team)</i>	<i>Lösung festgefahrener Strukturen</i>	<i>Erhöhung der Innovationsbereitschaft Etc....</i>
Negative Funktion von Konflikten	<i>Störungen der Zusammenarbeit</i>	<i>Stress und Unzufriedenheit</i>	<i>Instabilität und Verwirrung</i>	<i>Vergeudung von Zeit und Ressourcen</i>	<i>Angst vor persönlicher Kränkung Etc....</i>
Lösung von Konflikten	<i>→ Sammeln von Erfahrungen, Lösungen dokumentieren</i> (Quelle: www.kimmich.de)				

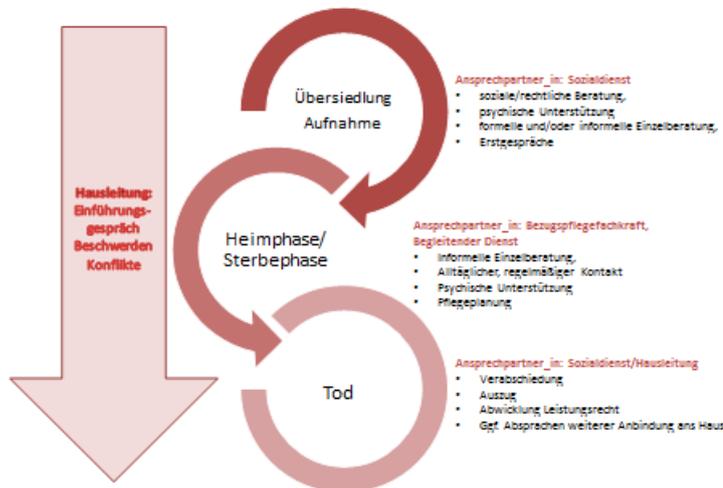
Beide Themen „Differenzierte Betrachtung von Angehörigen“ und „Konflikte zwischen Angehörigen und Mitarbeitenden“ wurden Inhalte eines **zweitägigen Workshops für Hausleitungen**. Hier wurden die oben beschriebenen Inhalte vermittelt, diskutiert, erprobt und auf ihre Konsequenzen hin überprüft. Die Hausleitungen resümierten u.a., dass sie ihre hauseigenen Angehörigenkonzepte in Verschriftlichung und Umsetzung überarbeiten sollten. Die eingesetzten Methoden (Emphatiekarte, Konfliktkarte) wurden als „praxistauglich“ bewertet.

Bewertung

Ähnlich wie bei der Freiwilligenarbeit ist auch die Angehörigenarbeit im Ev. Johanneswerk - nimmt man die Merkmale der Angehörigenarbeit aus der ISG Untersuchung als Standard – im Wesentlichen strukturell „gut“ aufgestellt. Auch bei der Angehörigenarbeit gibt es keine Unterschiede zwischen Einrichtungen mit Hausgemeinschafts- und Wohngruppenkonzept. Neu für die Angehörigenarbeit war die Betrachtung der Angehörigen nach Typen, „verschränkt“ mit den Aufenthaltsphasen (Einzug, Wohnen, Sterben/Auszug)

des Bewohners. Hinzu kommt die Multiprofessionalität der Angehörigenarbeit.

Abbildung 11: Phasen und Verantwortlichkeiten der Angehörigenarbeit



Diese Zusammenarbeit muss transparent für die Angehörigen sein (z.B. durch Flyer), damit die wechselnden Ansprechpartner als systematisch wahrgenommen werden.

Die regelmäßige Schau, welche Angehörigen welchen Typs in den Einrichtungen vorzufinden sind, soll vielmehr der Reflektion dienen, ob für alle Angehörigen die richtigen Angebote²⁵ vorgehalten werden. Die Orientierung an den Typen kann also Ausgangspunkt für die Entwicklung von Dienstleistungsangeboten für Angehörige sein.

Der im Projekt entwickelte Workshop zur Angehörigenarbeit hat ebenfalls Eingang in die Fortbildung des Trägers gefunden. Zur weiteren Nachhaltigkeit der Verbreitung der hier beschriebenen Konzeptmerkmale empfiehlt sich eine Überarbeitung des „zentralen Rahmens“²⁶ zur Angehörigenarbeit.

²⁵ Beispielsweise könnte die Öffnung der Pflegedokumentation für Angehörige des Typs D in einer Einrichtung im Rahmen der Neuerungen von Angehörigenarbeit erprobt werden.

²⁶ Hierbei handelt es sich um Leitlinien zu einzelnen Themen wie Angehörigenarbeit, die für die nachgeordneten Einrichtungen Orientierung und Gestaltungsräume definieren sollen.

3.9. Soziale Betreuung

Nach dem WTG (§3 (1) WTG) umfasst die soziale Betreuung

„Tätigkeiten, die Menschen in einer selbstbestimmten Lebensführung und insbesondere der Erfüllung ihrer Sozialen und kognitiven Bedürfnisse unterstützen sowie der Forderung einer unabhängigen Lebensführung und der vollen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft dienen. Hierzu gehören darüber hinaus die Hilfestellung bei der Gestaltung und Strukturierung des Alltagslebens, die Erhaltung oder Wiederherstellung der körperlichen Mobilität und Arbeitsfähigkeit zugleich unter der anleitenden Unterstützung bei der Ausübung einer Erwerbstätigkeit wie auch bei der Gestaltung der sozialen Beziehungen und der Freizeit.“

Darüber hinaus ist der Begriff der Betreuung im Sinne einer rechtlichen Betreuung definiert und meint die Übernahme von Amtsgeschäften durch Dritte. Der Begriff Betreuung ist damit in der Altenhilfe durchaus geläufig (Pflege und Betreuung), hat aber unseres Erachtens stark die negative Konnotation von „Bemutterung, Fürsorge“ und „Vormundschaft“

Um begrifflich zu differenzieren und möglichen Verwechslungen vorzubeugen, wird im vorliegenden Konzept daher nicht von „Betreuung“, sondern von (psychosozialen) „Angeboten“ gesprochen, wohlwissend, dass der Begriff ebenfalls schon besetzt ist und eigentlich auf Unterstützung abzielt, die einer Psychotherapie oder ähnlichen Interventionen vorgeschaltet ist.

Der Begriff des Angebots ist im vorliegenden Fall darüber hinaus zutreffender als der der Betreuung, da Bewohnern in der Tat ein Angebot (oder eine Zusammenstellung von Angeboten) gemacht wird, das aber durchaus auch abgelehnt werden kann (siehe Konzept in der Anlage Abschnitt 2.1).

Die Bearbeitung dieses Themas wurde aus *Befunden der Lebensqualitätsforschung* und der *IST-Analyse* zum Thema in den Einrichtungen abgeleitet: Ergebnisse der Lebensqualität von Bewohner/innen weisen darauf hin, dass es wichtig ist,

- wenn das Personal regelmäßig überprüft, wie es den Bewohnern geht (Straker et al. 2007)

- wenn Bewohner/innen die durch die Einrichtung angebotenen Aktivitäten genießen und finden, dass die Tage in ihrem aktuellen Leben meist interessant sind (CLINT Stationär, ActiZ et al. 2007)
- wenn Bewohner genug Anregung haben und einer sinnvollen Beschäftigung, die ihnen Spaß macht, nachgehen können (Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview 2012, Oswald et al. 2014).

Für die *IST-Analyse* zu Beginn des Projektes im Ev. Johanneswerk konnte festgehalten werden:

- Im Ev. Johanneswerk wird ein Teil der Betreuung vom Sozialen Dienst und dem Begleitenden Dienst durchgeführt. Darüber hinaus refinanziert der Gesetzgeber einen weiteren Personenkreis zur Betreuung. Hierbei handelt es sich um Betreuungskräfte nach § 87b Pflege VG.
- Inhaltliche Vorgaben oder Konzepte für die soziale Betreuung im erst genannten Fall gibt der Gesetzgeber nicht vor. Anders ist die bei den Betreuungskräften nach § 87b SGB XI. Hierzu liegen Richtlinien zur Schulung und Aufgabenwahrnehmung vor. Darüber hinaus gibt es im Johanneswerk einen Standard („Rahmen“), der vorgibt,
 - dass §43b Betreuungskräfte grundsätzlich von 16 bis 20 Uhr einzusetzen sind,
 - dass die §43b Betreuungskräfte der PDL zugeordnet sind.
- Einrichtungen haben natürlich ihre Angebote zur Sozialen Betreuung beschrieben („Betreuungskonzept“). Darüber hinaus gibt es jedoch eine Vielzahl und Vielfalt an Konzepten auf regionaler und/oder Einrichtungsebene. Darüber hinaus müssen noch die Konzepte der sog. §87b-Kräfte, dem sozialen Dienst und /oder dem Begleitenden Diensten ergänzend unterschieden werden.
- Die Erhebung der Ist Situation im Rahmen der Betreuung führte zu folgenden Ergebnissen:
- Die Tätigkeitsschwerpunkte des Sozialen Dienstes weist in den Einrichtungen eine hohe Übereinstimmung auf. Der Soziale Dienst ist in allen Einrichtungen für die Belegung, Marketing und Pflegestufenverwaltung zuständig. In einem Fall organisiert der Soziale Dienst auch zentral die Be-

treuungsangebot. Die Kollegen vertreten im Einzelfall den Begleitenden Dienst oder führen in 2 Häusern auch einige Betreuungsangebote (z.B. die Zeitungsrunde) selbst durch.

- Schwerpunkte der Arbeit des Begleitenden Dienstes ist die Planung und Organisation von Festen und Veranstaltungen. In einer Einrichtung organisiert und plant ein Mitarbeiter die gesamte Betreuung für das Haus. Teilweise ist der Mitarbeiter des begleitenden Dienstes zugleich auch Seelsorgebeauftragter.
- Grundsätzliche Unterschiede in den Tätigkeitsmerkmalen zwischen begleitendem Dienst und 43b-Kräften konnten nicht gefunden werden, Beide führen Einzel- und Gruppenangebote durch. In den Hausgemeinschaften ist der Begleitende Dienst schwerpunktmäßig für Gruppenangebote außerhalb der Wohnungen (in den Gemeinschaftsräumen) zuständig. Die 43b Kräfte betreuen Bewohner/innen in der Wohnung in gezielten Einzelbetreuungen oder betreuen dort Kleingruppen.
- Die Organisation der Betreuungskräfte entspricht nicht immer der Unternehmensvorgabe, dass PDL die Betreuungskräfte organisieren. Diese werden teilweise auch vom sozialen Dienst bzw. vom Begleitenden Dienst organisiert.
- Das Verständnis von Betreuung liegt im Ev. Johanneswerk zwischen zwei Extremen:
Position 1: Pflegerische Tätigkeiten sind keine Betreuung.
Position 2: Pflege und Betreuung sind Prozesse, die nur als Ganzes betrachtet werden können. Auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten sind Betreuung.

Die Recherchen zeigten, dass kein Konzept vorliegt, das

- Betreuung definiert,
- die Aufgaben von allen Beteiligten definiert.

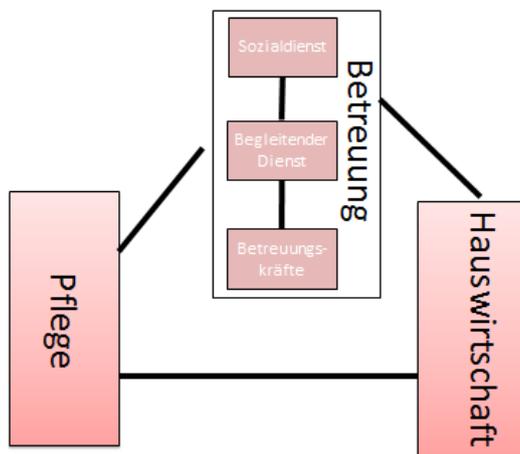
Im Diskurs zwischen Ev. Johanneswerk und Alters-Institut wurde deutlich, dass im Gegensatz zu den anderen Teilprojekten hier eine theoretische Konkretisierung des Konzeptes („Idealtypus“) erfolgte, das einen hohen Verbindlichkeitsgrad erhält (Standard).

Im Rahmen des Projektes wurde ein Betreuungskonzept konzeptioniert, das

- alle beteiligten Berufsgruppen der Betreuung (Sozialdienst, begleitender Dienst sowie Betreuungskräfte) umfasst;
- die Funktionen „Pflege“ und „Betreuung“ organisatorisch systematisch trennt, um die so entstehenden Schnittstellen systematisch zu „Nahtstellen“ zu definieren.

Mit einem solchen Konzept (siehe Anlage) soll sowohl die *vertikale Zusammenarbeit* (Mitarbeitende der Betreuung) als auch die *horizontale Zusammenarbeit* systematisiert werden. Zudem wurden Fragestellungen in der inhaltlichen Abgrenzung zwischen Pflege und Betreuung einheitlich und unter Einhaltung der Rahmenbedingungen geregelt.

Abbildung 12: Systematik des Betreuungskonzeptes



Eine Implementierung des Konzeptes stellt den Idealtypus dar. Für die Implementierung „vom Idealtypus hin zum Realtypus“ bedarf es:

- des Diskurses in jeder Einrichtung hinsichtlich des Ist-Zustandes sowie eines entsprechenden Zeit- und Maßnahmenplans. Die Entwicklung vom Ideal- zum Realtypus dürfte demnach in den Einrichtungen mit unterschiedlichen Geschwindigkeiten erreicht werden.
- der Feststellung der notwendigen Bildungsbedarfe sowie die Umsetzung in Bildungsmaßnahmen.

Die Implementierung im Rahmen des Projektes erfolgte in 10 Einrichtungen. Zur Steuerung des Gesamtprozesses, zur Thematisierung bzw. Bearbeitung einrichtungsübergreifender Problemlösungen etc. fanden etwa alle drei Mo-

nate Workshops mit den Hausleitungen der beteiligten Einrichtungen statt. Die Hausleitungen berichteten darüber hinaus regelmäßig auf den Hausleiter-Konferenzen²⁷.

Folgende „Schulungsmaßnahmen“ erfolgten:

Für den Sozialdienst:

Schulungen und Workshops (insg. 3 Tage) zu den Themen

- Prozessgestaltung, -steuerung und -begleitung
- Evaluation
- Angebotsentwicklung aus der SIS
- Zeitmanagement

Für den Begleitenden Dienst

- Workshops (insg. 2 Tage) zur Erlangung von Methodenkompetenz (Moderation, Gesprächsführung, Angebotsgestaltung)

Für die §43b-Mitarbeitende

- im Rahmen der Regel-Fortbildung zum Thema Strukturierte Informationssammlung / Dokumentation in Vivendi

Bewertung

Die Organisation der sozialen Betreuung im Ev. Johanneswerk ist vielfältig und hat heterogene Strukturen, z.B. in der Organisation der Betreuung.

Es wurden keine Merkmale der Betreuung gefunden, die nur und ausschließlich dem Hausgemeinschaftskonzept zugeordnet werden konnten.

Mit der gesetzlichen Änderung des §87b SGB in 2015 stieg – wie vom Gesetzgeber intendiert - die Anzahl der Betreuungskräfte in den Einrichtungen.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Situation führte dieser positive Effekt in der Praxis zu folgende organisatorische Wirkungen:

- Die Anzahl der zu führenden Mitarbeiter/innen stieg für die Pflegedienst (PDL) - bzw. Wohnbereichsleitungen nochmals an, da die Betreuungskräfte der PDL unterstellt waren;

²⁷ Auf diese Weise sah die Implementierung auch die Information und Beteiligung der Leitungsebene vor den Hausleitungen vor. Auch konnten die Hausleitungen, die nicht bei der Implementierung „dabei“ waren“ Einblicke in den Implementierungsprozess erhalten.

- Es tauchten vermehrt Schnittstellenproblemen Betreuungskraft - Begleitender Dienst auf. Die Tätigkeitmerkmale wurden fast ebenso heterogen wie die Mitarbeiterstruktur.

Im Rahmen dieses Teilprojektes wurde Betreuung (oder psycho-soziale Angebote) ähnlich wie Pflege als eigenes Handlungsfeld definiert und für die einzelnen Mitarbeitergruppen operationalisiert. Intention hierfür ist die berufsübergreifende Ordnung der an Betreuung beteiligten Mitarbeitergruppen. Mit dem Konzept wurde die Taylorisierung von Pflege und Betreuung (siehe auch Ausführungen zum Teilkonzept pflegerische Versorgung), die durch die Schaffung von Stellen für Betreuungskräfte weiter vorangetrieben wurde, systematisch weiter bearbeitet.

Interessant in dem Zusammenhang ist, dass die Disziplin der Sozialarbeit und der Gerontologie sich mit dem Thema Betreuung so gut wie gar nicht konzeptionell auseinandersetzt. Hier ist noch viel Raum für Entwicklung, das hier vorgelegte Konzept soll als erster Anstoß dienen.

Ab 2018 erfolgt die Implementierung in den übrigen 24 Einrichtungen des Ev. Johanneswerks.

4. Empfehlungen

An dieser Stelle sollen die vielen Detailergebnisse dieses Projektes noch einmal zu übertragbaren Empfehlungen verdichtet werden:

Empfehlung: Bei leitenden Mitarbeitenden sollte sichergestellt sein, dass die Nutzerperspektive ausreichend verstanden und gelebt wird.

Führung und Steuerung der Einrichtung sind (vermutlich zentrale) Einflussfaktoren für Lebensqualität der Bewohner/innen. Das innovativste Versorgungskonzept hat nur dann einen Wert, wenn Ziele, Verantwortungen, Maßnahmen strukturiert, kommuniziert (auch Erklärung in der Sinnhaftigkeit) und auch kontrolliert werden. Gerade Verantwortliche mit ausschließlich betriebswirtschaftlichem Hintergrund benötigen auch gerontologisches und pflegewissenschaftliches Basis-Wissen.

Empfehlung: Gute Arbeit sollte sichtbar gemacht werden, gerade auch für die Mitarbeitenden selbst.

Pflege als Beruf zählt weiterhin zu den wenig attraktiven Berufsfeldern. Hinzu kommt, dass die wenigsten Pflegebedürftigen den Wunsch haben, in ein Pflegeheim überzusiedeln. „Heim als Endstation“ ist ein Negativbild, das die Arbeit erschwert und auch nicht immer stimmt. Es bedarf „Gegenpole“ zur „Jammerkultur in der Pflege“, mit denen die vorhandenen Belastungen nicht verschwinden, aber eine andere Umgangsform geübt werden kann. Hier ist zu empfehlen, Maßnahmen der positiven Psychologie (z.B. Erfolgsbesprechungen) in die Unternehmenskultur zu verankern, die gute Arbeit sichtbar machen.

Empfehlung: Die Wohngruppengröße sollte möglichst klein sein (12 Bewohner/innen). Zwei Wohngruppen sollten auf einer Ebene zu einer Organisationseinheit zusammengefasst werden.

Die Gruppengröße scheint aus Nutzerperspektive zentrale Bedeutung zu haben. Je größer die Gruppengröße und entsprechend die Fläche im Wohnbereich bzw. in der Wohnung, umso stärker tritt im zentralen Lebensräumen (Halböffentlicher Raum außerhalb des Zimmers) der „Institutionscharakter“ in

den Vordergrund. Aus Nutzerperspektive sind daher Räumlichkeiten und kleinere Gruppen bedeutsam. Aus Perspektive der Dienstplanung ist es jedoch einfacher, zwei kleine Wohngruppen zu planen.

Empfehlung: Die Gestaltung des halböffentlichen Raums in der Einrichtung sollte die Nutzerperspektive berücksichtigen und „interindividuell“ geplant werden.

Pointiert formuliert kann es nicht darum gehen, dass Leitung nach „eigenem Geschmack“ den Lebensraum von Bewohner/innen allein bestimmt. Dies sollte ein Team tun, das verschiedene (wirtschaftliche, Pflegerische und innenarchitektonische) Perspektiven vertritt. Die Nutzerperspektive sollte entweder direkt (z.B. durch eine Planungszelle) oder indirekt (z.B. Formulierung von Zielgruppen anhand der Sinus Milieu Studie) beteiligt sein.

Empfehlung: Das Hauptaugenmerk bei der Organisation der Hauswirtschaftlichen Versorgung (Mahlzeiten, Wäscheversorgung, Reinigung) sollte nicht bei der Frage „Dezentral oder zentral?“ liegen, sondern die Fragestellung „Wie gestalten wir Servicequalität aus Nutzerperspektive?“ in den Blick nehmen.

Abbildung 13: Formulierung von Servicequalität vor dem Hintergrund von Lebensqualität

Perspektiven Lebensqualität	Versorgung im Pflegeheim				
	Pflege	Mahlzeiten	Wäscheversorgung	Betreuung	(.....)
Selbstbestimmung & Selbstverantwortung					
Gefahrenschutz für Leib & Seele					
Achtung der Privatsphäre					
Bedarfsorientierte & Gesundheitsförd. qualifizierte Betreuung					
Umfassende Information					
Austausch mit anderen Menschen und gesellschaftliche Teilhabe					
Leben entsprechend der Kultur, Weltanschauung und Religion					
Achtung der Würde in jeder Lebensphase, Wertschätzung erfahren					

Maßnahmen formulieren

Überprüfbare Umsetzungskriterien

Dieser Fokus sollte selbstverständlich auch bei den anderen Unterstützungs- und Dienstleistungen gelegt werden.

Empfehlung: Eine gute Arbeit mit Ehrenamtlichen braucht eine regelmäßige differenzierte Betrachtungsweise der Zielgruppen sowie professionelle Strukturen in der Begleitung

Altenheime sind nicht unbedingt das Hauptbetätigungsfeld von Freiwillig Engagierten. Und die Arbeit von Ehrenamtlichen ist nicht „kostenlos“, bedarf sie doch Begleitung durch die Einrichtung. In der Regel zählt die Ehrenamtlichenarbeit nicht zu „brennenden Themen“ einer Einrichtung. Gleichzeitig ist allgemein bekannt, dass gerade in der stationären Altenpflege Ehrenamtliche eine wertvolle Ressource darstellen. Empfehlenswert ist eine jährliche Ist-Analyse der Ehrenamtlichenarbeit in der Einrichtung. Bei Bedarf kann das Thema projekthaft mit Kreativitätsmethoden (siehe Kap. 3.7) bearbeitet werden.

Empfehlung: Eine differenzierte Angehörigenarbeit entwickeln!

In der Fachliteratur werden Angehörigen nach verschiedenen Typen unterteilt (siehe auch Kapitel 3.8). Darüber hinaus sind für die Angehörigenarbeit auch die Aufenthaltsphasen (Einzug, Aufenthalt, Auszug/Tod) des Bewohners von Bedeutung. Beide Merkmale sollten den Rahmen für eine differenzierte Angehörigenarbeit bilden. „Quer“ über dieser Matrix liegt das Thema „Konflikte mit Angehörigen“. Zur Bearbeitung dieses Themas haben sich Methoden wie der Einsatz der „Empathiekarte“ oder der „Konfliktkarte“ (vgl. Kap. 3.8) bewährt.

Empfehlung: Betreuung als eigenständige Fachlichkeit wahrnehmen und entwickeln!

Fachlich lässt sich trefflich darüber diskutieren, was Altenpflege und Betreuung unterscheidet und/oder vereint. Aus der Dienstleistungsperspektive und vor dem Hintergrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen ist das Bild viel genauer was Grund-/Behandlungspflege und was Betreuung (insbesondere durch die Betreuungskräfte nach) beinhaltet. In diesem Projekt wurde konstatiert, dass die Versorgung von Bewohner/innen in Pflege und Betreuung einen tayloristischen Umgang erfahren hat. Dieser Umstand veranlasste im

Projekt die Reorganisation des Themas Betreuung (vgl. Kap. 3.9). Folgende Wirkungen sind hierbei intendiert:

- Entlastung der PDL /WBL durch Veränderung der Leitungsverantwortung (Sozialdienst, Hausleitung);
- Weiterentwicklung der Fachlichkeit von Betreuung;
- Handlungssicherheit vor allem für Betreuungskräfte in ihrer Arbeit und der Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften;
- Noch höhere Bedarfsorientierung der Angebote für Bewohner/innen.

5. Ausblick

„Auch ein Pflegeheim mit Hausgemeinschaftskonzept kann eine totale Institution sein“

Im Ev. Johanneswerk ist das Paradigma „Hausgemeinschaftskonzept mit vollständig dezentralen Strukturen“ gefallen. Stationäre Versorgung wird – wenn den Erkenntnissen aus diesem Projekt gefolgt wird - zukünftig in kleinen Wohneinheiten, stattfinden, die in zentral optimierten Abläufen eine nutzerorientierte Dienstleistungsqualität erbringen (weitere Details siehe Kap. 3). Oder anders formuliert: Ob ein Pflegeheim die Nutzerperspektive in den Vordergrund stellt, ist nicht von dezentralen Strukturen abhängig. Dabei soll das Hausgemeinschaftskonzept nicht kritisiert, sondern vielmehr zeitlich eingeordnet werden: Es entstand in einer Zeit von Versorgungsstrukturen, in der es noch keine alternativen Wohnformen wie „Demenz-WGs“ und auch noch keine Pflegereformen²⁸ zur Sicherung der häuslichen Pflege gab, die das politische Postulat „ambulant vor stationär“ und den Nutzerwillen gestärkt haben und vielerorts für eine Diversifizierung der Angebote gesorgt hat. Der eingangs beschriebene Wandel der Zielgruppen stationärer Einrichtungen kann damit als Beleg für diese Veränderungen und der damit entstehen-

²⁸ Im Schwerpunkte dieser Pflegereformen steht:

- der Ausbau von Leistungen für häuslich versorgte Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen (PSG I),
- die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie eines neuen Begutachtungsmodells (NBA), das Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung ermöglichen soll, unabhängig davon, ob sie von körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen betroffen sind(PSG II),
- die Stärkung von Pflegeberatung sowie die Zusammenarbeit der Verantwortlichen in den Kommunen (PSG III).

den Transformation der stationären Altenpflege herangezogen werden. Aus der Perspektive des Nutzers entstehen Wahlmöglichkeiten. Stationäre Versorgung wird zu dem, was sie immer sein sollte: das Ende einer Versorgungskette - „Wenn es nicht mehr geht“. Pflegebedürftige gehen – wenn die Infrastruktur es zulässt - nicht mehr in ein Pflegeheim, nur weil sie pflegebedürftig sind. Der stationäre Aufenthalt ist dann gegeben, wenn sie palliative Versorgung benötigen und /oder stark demenziell erkrankt sind und das häusliche Umfeld nicht gegeben oder überlastet ist. Auf diese Weise erhält stationäre Versorgung die Funktion von Altenkrankenhäusern²⁹. Diese Funktion

Als Konzept für die stationäre Versorgung ist das Hausgemeinschaftskonzept in dieser Betrachtungsweise nicht mehr funktional. Für Pflegeheime stellt sich allerdings (weiterhin) die Frage wie stationäre Pflege „deinstitutionalisiert“ werden kann.

Eine mögliche Antwort kann die Weiterentwicklung von Pflegeheimen zu Quartierszentren sein (de Vries und Schönberg 2017).

Konzeptionelle Grundidee ist, dass das Pflegeheim nicht mehr ausschließlich auf Bewohner/innen fokussiert ist. Die Einbindung der stationären Versorgung empfiehlt sich dabei nicht zuletzt auch aus volkswirtschaftlicher Perspektive, um die Ressourcen und Potentiale dieses Versorgungssektors zu nutzen. Hierzu muss die stationäre Einrichtung eine sektorenübergreifende Ausrichtung erhalten.

Ein Quartierszentrum bietet nicht ausschließlich stationäre Pflege, sondern weitere SGB XI Leistungen an: (Integrierte) Tagespflege, (eingestreute) Kurzzeitpflege aber auch niedrigschwellige Betreuungsangebote, gastronomische Versorgung und Kultur- und Freizeitangebote sind Merkmale eines Zentrums für Pflege im Quartier. Die Einrichtung bietet diese Angebote in eigener Trägerschaft an und/oder holt andere Anbieter (vom eigenen oder anderen Träger) in die Einrichtung. Mit diesen Merkmalen wandelt sich das (ehemalige) Pflegeheim zu einem Quartierszentrum und spricht ergänzende Potentiale der Zivilgesellschaft an.

²⁹ Krankenhäuser im früheren Sinne als es noch keine DRGs gab.

Quartiersbewohner/innen nutzen die Angebote und Pflegeinfrastruktur ergänzend zu den Bewohnern der stationären Einrichtung. Bewohner/innen kennen die Einrichtung durch Wahrnehmung anderer Angebote im Laufe ihrer Pflegebiographie. Wünschenswert – wenn in der Umsetzung auch mit Schwierigkeiten behaftet – wäre es, wenn Mitarbeiter/innen sektorenübergreifend arbeiten. Das jedoch sind Inhalte eines anderen Projektes³⁰.

³⁰ Siehe Alters-Institut: Pflege stationär Weiterdenken!

6. Literaturverzeichnis

- ActiZ, V & VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS & ZN (2007). Quality framework responsible care: nursing, care and home care (long-term an/or complex care). <http://www.zichtbarezorg.nl/mailings/FILES/htmlcontent/VV&T/Kwaliteitskader%20Verantwoorde%20Zorg%20%28english%29.pdf>. Letzter Zugriff: 23.04.2014] [Instrument: Consumer Quality Index (CQ-index®) Long-Term Care
- Alters-Institut (2016): Gutachten der Planungszellen. Download unter http://www.alters-institut.de/files/buergergutachten_final.pdf
- BMFSFJ (Hrsg.) (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). download unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-mug4,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>.
- Daneke, S. (2005): Angehörigenarbeit in Altenpflegeeinrichtungen, in: George, W. (2005): Evidenzbasierte Angehörigenintegration, Lengerich, 188-194.
- Dühring, A. (2012) :Macht das "Setting" den Unterschied?: Der Beitrag der verschiedenen Formen der stationären Altenhilfe zur Lebenszufriedenheit dementiell erkrankter Menschen. AV Akademikerverlag.
- Henning, A., Riesner, C. Schlichting, R. & Zörkler M. (2006): Qualitätsentwicklung in Pflegeeinrichtungen durch Dementia Care Mapping? Erfahrungen und Erkenntnisse aus einem dreijährigen Modellprojekt im Landkreis Marburg-Biedenkopf. Forschungsbericht. Download unter: <http://www.iso-institut.de/download/DCM-Endfassung.pdf>
- Horn, S. (2015): Was uns stark macht, Pro Alter, Ausgabe 3, S. 29-31, Download unter http://www.arbeit-im-gleichgewicht.de/wp-content/uploads/2016/08/2015-05-15_Art.-pro-Alter.pdf
- ISG =(Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V.) (Hrsg.) (2007): Die Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen . download unter <https://www.isg-institut.de/download/ISG-Bericht%20MuG4.pdf>.

- KDA (=Kuratorium Deutsche Altershilfe) (Hrsg.) (2012): PflegeWert - Wertschätzung erkennen-fördern-erleben. Köln.
- Kleina, T., Cichocki, M., Schaeffer, D. (2013): Potenziale von Gesundheitsförderung bei Heimbewohnern – Ergebnisse einer empirischen Bestandsaufnahme. In: Pflege & Gesellschaft 18. Jg, H.1.
- Kruth, B & Lee, H (2015): Ist-Erhebung zur Angehörigen- und Freiwilligenarbeit in den vollstationären Einrichtungen des Ev. Johanneswerks.
- McAllister M. und Lowe, J. (Herausgeber) (2013): Resilienz und Resilienzförderung bei Pflegenden Taschenbuch. Hogrefe (vorm. Verlag Hans Huber): Bern, Göttingen.
- MDS (Hrsg) (2008) (Grundsatzstellungnahme Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Download unter <https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Grundsatzstellungennahmen/Grundsatzst-Demenz.pdf>
- MGFFI =Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2008): Wie wollen wir künftig leben? Expertise zu Lebensstilen, Interessenlagen und Wohnbedürfnissen älterer Menschen, Düsseldorf.
- Schneekloth U. & Wahl H.W. (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – .Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München. Download unter <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=109690.html>.
- Schönberg, F. und Vries, B. de: Mortalität und Verweildauer in der stationären Altenpflege. Teil 2: Gesellschaftliche Konsequenzen. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit. 62 Nr. 5, 2011, 370-375.
- Schuster .M.D. (2013): Sinus-Milieus in Deutschland. Ein Vergleich von Mediennutzung und Alltagsästhetik, download unter <http://www.mdschuster.com/texte/SinusMilieus2013.pdf>.
- Techtmann, G. (2016): Die Verweildauern sinken. Statistische Analysen

zur zeitlichen Entwicklung der Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen. Download unter http://www.alters-institut.de/files/alters-institut_analyse_verweildauer_download_ck.pdf

- Urlaub, K.H., Kremer- Preiss, U. & Engels, D. (1996): Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen. Abschlussbericht. Download unter <https://www.isg-institut.de/download/MuG2-Angeh.pdf>.
- Wippermann , C. und Magalhaes de I. (2017): „Religiöse und kirchliche Orientierungen in den Sinus-Milieus® 2005“, download unter https://www.mdg-online.de/fileadmin/Redaktion/PDF-Dateien/MDG-Milieuhandbuch_Religi%C3%B6se_und_kirchliche_Orientierungen_in_den_Sinus-Milieus_2005.pdf
- Zimmer, A. und Weyerer, S. (1999) Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Göttingen, Bern