



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Spezifische Merkmale von Einrichtungen der stationären Altenhilfe

ALTEH01



Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Heike Ulatowski
überarbeitet von *Barbara Mayerhofer*

**Spezifische Merkmale von
Einrichtungen der stationären
Altenhilfe**

ALTEH01



Heike Ulatowski

(geb. 1964), lebt in Hamburg und ist examinierte Altenpflegerin, Diplom-Pflegewirtin (FH) und Psychotherapeutin (HPG) mit langjähriger Erfahrung in der ambulanten Altenpflege und der stationären Psychiatriepflege sowie als gesetzliche Betreuerin. Heike Ulatowski ist Inhaberin eines Beratungsdienstes für ambulante Pflegedienste und ist zudem freiberuflich als Autorin, Übersetzerin und Gutachterin tätig.



Dr. Barbara Mayerhofer

arbeitete acht Jahre als Lehrkraft an einer Berufsfachschule für Krankenpflege und leitete diese für weitere zehn Jahre. 2005 nahm sie bei einem großen Wohlfahrtsträger eine Tätigkeit als Heimleitung an, der dann bald zwei weitere Einrichtungen folgten. Ab 2010 war sie als Mitglied der Geschäftsleitung für die gesamte Altenhilfe zuständig. Sie studierte an der Steinbeis-Hochschule Berlin und promovierte am Institut für Gerontologie der Universität Vechta zum Thema: „Führungskompetenzen in der stationären Altenhilfe“. Barbara Mayerhofer ist seit 2013 als Studiengangsleiterin für den Studiengang Pflegemanagement an der APOLLON Hochschule sowie als Lehrbeauftragte an der

Hochschule Osnabrück tätig.

Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf die zukünftige Gestaltung und den Inhalt der Seiten haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

Spezifische Merkmale von Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Merkmale des Handlungsfeldes „stationäre Altenpflege“	3
1.1 Wohnen, Lebensqualität und Langzeitpflege im Vordergrund	4
1.1.1 Entwicklung der stationären Altenpflege	4
1.1.2 Versorgungsstrukturen	6
1.1.3 Lebensqualität in Einrichtungen der stationären Altenpflege	8
1.2 Integrative und segregative Versorgung	12
1.2.1 Integrative Versorgung	13
1.2.2 Segregative Versorgung	15
1.3 Aufbau- und Ablauforganisation stationärer Altenpflegeeinrichtungen	21
1.3.1 Aufbauorganisation stationärer Altenpflegeeinrichtungen	21
1.3.2 Ablauforganisation stationärer Altenpflegeeinrichtungen	23
1.4 Bündnis oder Vertrag? Ethische Aspekte des Handlungsfeldes unter Berücksichtigung der spezifischen Vulnerabilität hochaltriger, pflegebedürftiger Personen	25
1.4.1 Kundensouveränität und Gesundheitsmarkt	26
1.4.2 Ethik in der Pflege	28
1.5 Kooperation und Vernetzung	29
1.5.1 Kooperation mit anderen Anbietern	30
1.5.2 Vernetzung	34
Zusammenfassung	38
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	39
2 Gesetzliche Grundlagen der Pflege alter Menschen	40
2.1 Relevante Aspekte des SGB XI	40
2.2 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG)	46
2.3 Gesetzliche Anforderungen für das institutionelle Wohnen	54
2.3.1 Heimrecht	54
2.3.2 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBG)	56
2.3.3 Hygienevorschriften	58
2.3.4 Brandschutz	60
2.3.5 Gefahrenstoff- und Biostoffverordnung	60

2.4	Weitere relevante Rechtsnormen im Handlungsfeld der stationären Altenpflege	62
2.4.1	Aspekte des Arbeitsrechts	62
2.4.2	Aspekte des Haftungsrechts	66
	Zusammenfassung	71
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	71
3	Wirtschaftlichkeit in der stationären Altenpflege	72
3.1	Bewusstsein für betriebswirtschaftliches Handeln in Einrichtungen der stationären Altenpflege	72
3.2	Sicherung der finanziellen Grundlagen	74
3.2.1	Betriebliches Rechnungswesen	75
3.2.2	Pflegesatzverhandlungen	77
3.3	Aufbau passender Organisationsformen: Belegungsmanagement, Pflegegradmanagement und Logistik	79
3.3.1	Belegungsmanagement: Auslastung sichern	80
3.3.2	Pflegegradmanagement und Belegungsmix: Einnahmen und Pflegequalität sichern	82
3.3.3	Logistik im Alltag der Einrichtung	85
3.4	Bewusstsein für betriebswirtschaftliches Handeln in der Pflegeeinrichtung	86
3.4.1	Controlling	87
3.4.2	Controlling-Instrumente	89
	Zusammenfassung	93
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	94
	Schlussbetrachtung	95
	Anhang	
A.	Bearbeitungshinweise zu den Übungen im Text	96
B.	Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung	98
C.	Abkürzungsverzeichnis	102
D.	Glossar	104
E.	Literaturverzeichnis	105
F.	Rechtsquellenverzeichnis	115
G.	Übersicht über die Heimgesetze der 16 Bundesländer (vgl. BIVA, o.J.: https://www.biva.de/gesetze/laender-heimgesetze/ , 31.03.2017)	116
H.	Abbildungsverzeichnis	119
I.	Tabellenverzeichnis	120
J.	Sachwortverzeichnis	121
K.	Einsendeaufgabe	125

Einleitung

Liebe Studierende,

das vorliegende Studienheft beschäftigt sich mit dem Thema „Einrichtungen der stationären Altenpflege“. Vielleicht sind Sie bereits in dem Bereich tätig und können so während der Bearbeitung dieses Studienhefts hin und wieder auf praktische Erfahrungen aus Ihrem Berufsleben zurückgreifen. Denkbar ist auch, dass Sie erst nach Abschluss des Studiums in einer stationären Einrichtung arbeiten möchten. Für den Fall können Sie nun neben dem Erlernen theoretischer Kenntnisse bereits im Vorfeld praxisorientiertes Wissen für Ihre zukünftige Tätigkeit erwerben.

Die **Anforderungen an Pflege- und Führungskräfte in der stationären Altenpflege** entwickeln sich kontinuierlich weiter. Die Aufgabenbereiche der Pflege sind sowohl differenzierter als auch umfangreicher geworden, man denke etwa an Primary Nursing oder Pain Nurses, an Entlassungs- oder Case-Management sowie an edukative und beratende Tätigkeiten und, last but not least, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation mit anderen Berufsgruppen. Darüber hinaus hat sich die Pflege zunehmend spezialisiert, in dem Kontext der Altenpflege sind hier beispielsweise die Palliativpflege oder die gerontopsychiatrische Pflege zu nennen. Außerdem ist ein Prozess der Professionalisierung zu beobachten, der sich u. a. auf die Bereiche Personalentwicklung (Stichwort: Fort- und Weiterbildung), Qualitätssicherung (Stichwort: Expertenstandards) und Unternehmenskultur (Stichwort: Leitbildorientierung) auswirkt.

Als (zukünftige) Führungskraft in der stationären Altenpflege haben Sie es daher mit einem **breit gefächerten Aufgabenspektrum** zu tun: Sie sind für die Betriebsführung verantwortlich, müssen Verhandlungsgeschick im Umgang mit Kostenträgern wie mit Mitarbeitern oder Angehörigen unter Beweis stellen, Ihre Einrichtung am Markt optimal positionieren und nach außen hin werbewirksam präsentieren. Sie gestalten, steuern und kontrollieren maßgeblich die Pflegequalität und damit die Bewohnerzufriedenheit in Ihrer Einrichtung durch Ihre pflegfachliche Kompetenz und durch die Motivation Ihrer Mitarbeiter. Sie sind innovativ und offen für neue Entwicklungen, vielleicht rufen Sie Projekte ins Leben oder nehmen an Modellvorhaben teil und leisten so einen aktiven Beitrag zur Verbesserung der stationären Altenpflege.

Das vorliegende Studienheft ist in drei Kapitel unterteilt. In **Kapitel 1** finden Sie eine Darstellung des Handlungsfeldes der stationären Altenpflege. Hier stehen zunächst die Aspekte Langzeitpflege und Lebensqualität im Vordergrund. Sie erhalten zudem einen kurzen Einblick in die historische Entwicklung der Alten- und Pflegeheime in Deutschland. Des Weiteren werden in diesem Kapitel Organisation und Struktur stationärer Einrichtungen erläutert sowie aktuelle Ansätze für Versorgungskonzepte vorgestellt. Abschließend werden die Bereiche Kooperation und Vernetzung dargestellt.

Kapitel 2 befasst sich ausschließlich mit den für stationäre Altenpflegeeinrichtungen relevanten Rechtsgrundlagen. Hier kommen v. a. gesetzliche Regelungen aus dem Sozialgesetzbuch XI zum Tragen, z. B. Rahmenverträge nach § 75 SGB XI, sowie anderweitige, rechtlich bindende Anforderungen an Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Außerdem werden Ihnen aktuelle rechtliche Aspekte der Kurzzeit- und der Tagespflege vermittelt. Das zweite Kapitel schließt mit der Erläuterung weiterer Rechtsnormen, die für den Betrieb eines Alten- und Pflegeheims von existenzieller Bedeutung sind, wie etwa Hygiene- oder Brandschutzverordnungen.

Kapitel 3 hat einen betriebswirtschaftlichen Schwerpunkt. Es geht insbesondere um die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz eines Altenheims, wobei die Wirtschaftlichkeit einer Einrichtung als eine Voraussetzung für den Erhalt der Lebensqualität ihrer Bewohner anzusehen ist. So ist es für Sie als (zukünftige) Führungskraft wichtig zu wissen, wie betriebswirtschaftliche Entscheidungsprozesse ablaufen, wie Sie mit Erfolg Pflegesatzverhandlungen führen und wie Sie das Belegungs- bzw. Pflegegradmanagement gestalten können, um für Ihre Einrichtung möglichst gute Ergebnisse zu erzielen. Überdies wird Ihnen in diesem Kapitel ein grundsätzliches Verständnis für logistische und betriebswirtschaftliche Abläufe in Alten- und Pflegeheimen vermittelt.

Nach Bearbeitung dieses Studienhefts sind Sie mit den Versorgungsformen der stationären Altenpflege vertraut. Sie kennen die besonderen Anforderungen, die an die stationäre Langzeitpflege zu stellen sind und haben grundlegende Kenntnisse der internen organisatorischen Abläufe in Alten- und Pflegeheimen sowie über mögliche externe Kooperationsformen erhalten. Sie verstehen die für die stationäre Altenpflege relevanten gesetzlichen Grundlagen und sind in der Lage, spezifische betriebswirtschaftliche Zusammenhänge zu erfassen. Sie können die wirtschaftliche Existenz „Ihrer“ Einrichtung ebenso sicherstellen wie eine hohe Lebensqualität und Zufriedenheit „Ihrer“ Bewohner.

Nun wünschen wir Ihnen viel Spaß bei der Lektüre und weiterhin viel Erfolg für Ihr Studium!

Ihre

Heike Ulatowski und Barbara Mayerhofer

1 Merkmale des Handlungsfeldes „stationäre Altenpflege“

Nach der Lektüre dieses Kapitels können Sie die Entwicklung und Charakteristika der stationären Altenpflege benennen sowie integrative bzw. segregative Versorgungsformen begrifflich voneinander abgrenzen. Sie kennen die Merkmale und Anforderungen der Langzeitpflege und verstehen die Aufbau- und die Ablauforganisation stationärer Einrichtungen. Außerdem sind Sie in der Lage, ethische Aspekte der Vertragsbeziehung in der stationären Altenpflege zu reflektieren. Darüber hinaus sind Sie mit den wesentlichen Elementen sektorenübergreifender Kooperationen und Netzwerke für das Marktsegment Altenpflege vertraut.

Zu Beginn dieses Kapitels ist zunächst eine begriffliche Klärung sinnvoll. Was versteht eigentlich der Gesetzgeber unter einer stationären Pflegeeinrichtung?

Nach § 71 Abs. 2 SGB XI werden Einrichtungen stationärer Pflege wie folgt definiert:

Definition stationäre Pflegeeinrichtungen

„(2) Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieses Buches sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:

1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,
2. ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können.“

(§ 71 Abs. 2 SGB XI)



Demnach sind nicht nur **Alten- und Pflegeheime**, sondern auch **Tagespflegestätten** als stationäre Einrichtungen zu verstehen. Allerdings ist festzuhalten, dass der überwiegende Teil der Heime eine vollstationäre Dauerpflege anbietet (vgl. Schwartz et al., 2012, S. 341), also eine Versorgung Pflegebedürftiger rund um die Uhr, die neben Unterkunft, Verköstigung und Pflege auch psychosoziale Betreuung und gemeinschaftliche Alltagsgestaltung bzw. Aktivitäten beinhaltet.

Im Jahre 2009 wurde das **Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG)** bundesweit eingeführt. Hier wird nicht mehr explizit auf stationäre Pflegeeinrichtungen abgestellt, vielmehr bezieht sich das WBVG in § 1 auf einen „Unternehmer“, der sich „zur Überlassung von Wohnraum und zur Erbringung von Pflegeleistungen verpflichtet“ (§ 1 Abs. 1 WBVG). Das bundesweit gültige Heimgesetz (HeimG) wird durch länderspezifische Gesetzgebungen abgelöst.

Hinweis:

Weiterführende Literatur zu den Gesetzgebungen der 16 Bundesländer finden Sie unter: <http://www.aon.media/0ndefx>.

Im weiteren Verlauf dieses Kapitels soll nun der **Fokus auf die vollstationäre Langzeitpflege** gelegt werden.

1.1 Wohnen, Lebensqualität und Langzeitpflege im Vordergrund

Die stationäre Altenhilfe hat in den letzten Jahren und Jahrzehnten erhebliche Veränderungen durchlaufen. Es haben sich die sozioökonomischen Rahmenbedingungen geändert, und gesundheits- und pflegewissenschaftliche Erkenntnisse haben sich weiterentwickelt, sodass heute neben der Pflegequalität v. a. auch Bedürfnisse und Lebensqualität der Bewohner im Vordergrund stehen. Nachfolgend wird zunächst kurz die Entwicklung der stationären Altenpflege in Deutschland aufgezeigt.

1.1.1 Entwicklung der stationären Altenpflege

Die stationäre Altenpflege in Deutschland hat sich im Verlauf der Geschichte deutlich verändert. Mittlerweile spricht man von **fünf Generationen des Altenwohnbaus** (vgl. Michell-Auli; Sowinski, 2013, S. 19), wie Abb. 1.1 zeigt.

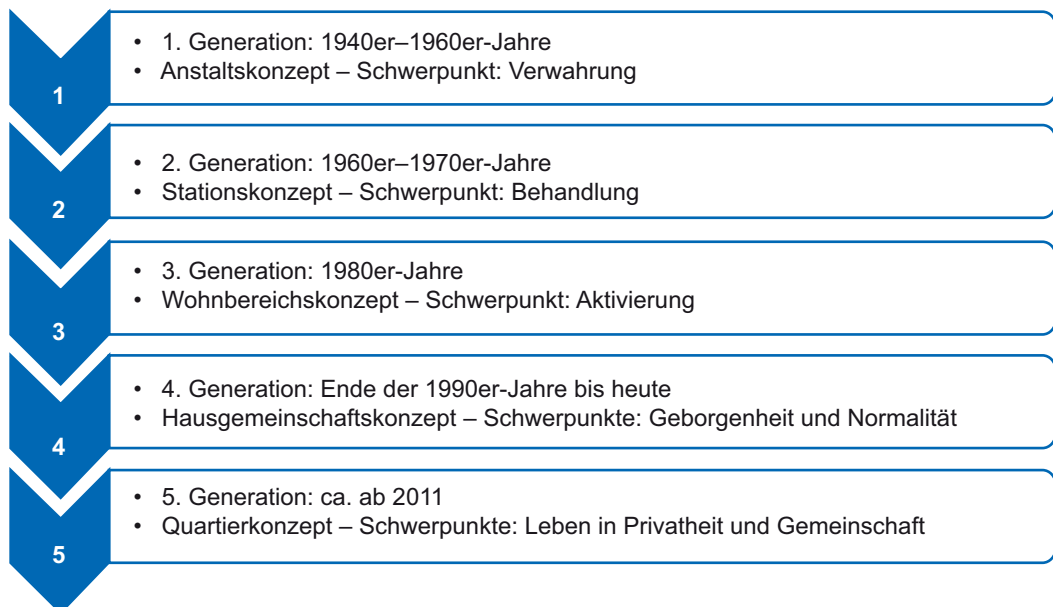


Abb. 1.1: Altenheime im Wandel (vgl. Michell-Auli; Sowinski, 2013, S. 19)

Die Heime der **1. Generationen** waren darauf ausgerichtet, eine große Anzahl von „Insassen“ zweckmäßig zu verwahren. Es gab weder Pflege- oder Wohnkonzepte noch Beschäftigungsangebote oder Gemeinschaftsräume. Die alten Menschen waren in Schlafsälen und Mehrbettzimmern untergebracht, wodurch eine hohe Belegungsdichte erreicht wurde; die Architektur war gekennzeichnet durch eine langgestreckte Bauweise.

Die Pflegeheime der **2. Generation** hatten sich zum Ziel gesetzt, die Mängel der ersten Generation zu verbessern und orientierten sich v. a. an Krankenhäusern. Die Pflegebedürftigen wurden als Patienten angesehen, die fachgerecht behandelt werden mussten. Dementsprechend wurde die Belegungsdichte gesenkt, die Räumlichkeiten waren zweckmäßig und es wurde eine reaktive Pflege durchgeführt (vgl. Michell-Auli; Sowinski, 2013, S. 20).

Demgegenüber gab es in den Heimen der **3. Generation** in den 1980er-Jahren einen Paradigmenwechsel hin zur aktivierenden Pflege, bei der Gestaltung der Einrichtungen wurde Wohnlichkeit und die Möglichkeit zu gemeinsamen Aktivitäten berücksichtigt. Die Pflegebedürftigen wurden als Bewohner betrachtet und man stand ihnen das Recht auf Privatsphäre, persönliche Einzigartigkeit und Kommunikation zu (vgl. KDA, 2012, S. 31).

Die **4. Heimgeneration** legt den Fokus auf das gemeinschaftliche Wohnen und wird als Hausgemeinschaft bezeichnet (vgl. Michell-Auli; Sowinski, 2013, S. 21). Die Pflegeeinrichtung wird in Wohnbereiche bzw. Wohngruppen untergliedert, die Pflegebedürftigen haben feste Ansprechpartner (Bezugspflege) und im Mittelpunkt stehen selbstbestimmtes Leben, familiäre Normalität und Vertrautheit/Geborgenheit sowie im Bedarfsfall Unterstützungsangebote. Das Leben und auch die pflegerische Betreuung spielt sich im Wohn-Essbereich ab, und eine Bezugsperson steht als Präsenzkraft tagsüber für jeden Wohnbereich zur Verfügung. Die Pflegebedürftigen werden je nach individuellen Möglichkeiten an Alltagsaktivitäten wie Einkaufen, Kochen oder auch Spülen beteiligt und können umfassende Angebote der Beschäftigung wahrnehmen. Eine Alternative zur Heimunterbringung bieten ambulant betreute Wohngemeinschaften, in denen das Hausgemeinschaftskonzept meist in Mietwohnungen im Rahmen eines privaten Haushalts umgesetzt wird. Die Pflege wird dort durch ambulante Dienstleister erbracht (vgl. Michell-Auli; Sowinski, 2013, S. 22).

Stationären Einrichtungen der **5. Generation**, den sogenannten „KDA-Quartiershäusern“, liegen im Wesentlichen drei Lebenssettings zugrunde: „Leben in der Privatheit“, „Leben in der Gemeinschaft“ und „Leben in der Öffentlichkeit“. Bei diesem Ansatz werden folgende Ziele verfolgt:

- „wertschätzendes gesellschaftliches Umfeld
- tragende soziale Infrastruktur
- generationsgerechte räumliche Infrastruktur
- bedarfsgerechte Wohnangebote“

(KDA, 2012, S. 6)

Während also in den 1950er- und 1960er-Jahren Heime in der Bundesrepublik Deutschland vornehmlich der Verwahrung alter Menschen dienten, rückte in den darauffolgenden Jahrzehnten zunehmend die medizinisch-pflegerische Versorgung in den Mittelpunkt. Mittlerweile wird im stationären Setting deutlich der individuelle Wohncharakter betont: aus Patienten sind Bewohner geworden, die ihre eigenen Möbel, mitunter sogar Haustiere mit ins Heim bringen und oftmals an persönlichen Lebensgewohnheiten festhalten.

Stationäre Altenpflege in der Deutschen Demokratischen Republik

Es ist sehr schwierig, tragfähige Aussagen über die Entwicklung der stationären Altenpflege in der ehemaligen DDR zu machen, da die Quellenlage diesbezüglich äußerst dürftig ist. Allerdings lässt sich sagen, dass die Ausstattung der Heime dort zumindest zu Zeiten der Wende deutlich schlechter gewesen ist als in Westdeutschland. Auch gab es zwischen den Heimen oftmals deutliche qualitative Unterschiede. Generell wurde in der DDR zwischen „Feierabendheimen“, in denen die Bewohner ihren Lebensabend verbrachten, und „Pflegeheimen“, in denen die „Pflegefälle“ untergebracht waren, unterschieden. In der DDR lag der Anteil der stationär untergebrachten Pflegebedürftigen höher als in der BRD, was auf eine höhere Erwerbstätigkeitsquote der Frauen wie auch auf die oftmals beengte Wohnsituation zurückzuführen sein könnte (vgl. Heinzemann, 2005; Ahrend, 2005, S. 13 ff.).



Übung 1.1:

Bitte rekapitulieren Sie die verschiedenen Heimgenerationen und skizzieren Sie kurz deren wesentliche Merkmale mit eigenen Worten.

1.1.2 Versorgungsstrukturen

Mit zunehmendem Alter steigt auch der Anteil der Pflegebedürftigen. 10 % der 75- bis 79-Jährigen sind pflegebedürftig, und bei den über 90-Jährigen steigt der Anteil auf mehr als 66 % an (vgl. BT-Drs. 2016, S. V).

In Deutschland werden 27 % der Pflegebedürftigen in Einrichtungen der stationären Altenpflege und 73 % ambulant in der eigenen Häuslichkeit, z. T. in Kombination mit teilstationärer Pflege, versorgt (vgl. StBA, 2017a, S. 11). Es sind allerdings **regionale Unterschiede** zu verzeichnen. Wenn Sie z. B. im **Norden oder im Süden Deutschlands** leben, so werden Sie feststellen, dass der **stationären Altenpflege hier die größte Bedeutung** zukommt. So werden etwa in Schleswig-Holstein 37,8 %, und in Bayern 30,7 % der Pflegebedürftigen vollstationär in Heimen versorgt. Demgegenüber ist die Heimunterbringung in Thüringen (26 %), in Berlin (24,3 %), Hessen (23,7 %) und in Brandenburg (21,9 %), deutlich weniger verbreitet. Als **Hochburgen der häuslichen Pflege** unter Beteiligung **ambulanter Pflegedienste** gelten Hamburg (30,0 %), Bremen (28,8 %), Sachsen (29,7 %), Brandenburg (28,7 %), Mecklenburg-Vorpommern (27,3 %), Sachsen-Anhalt (26,2 %) und Berlin (26 %). Zu den Regionen, in denen Sie v. a. die **ausschließliche Pflege durch Angehörige** vorfinden, gehören Hessen (53,7 %), Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg (51,8 %), das Saarland (51,6 %) sowie Berlin (49,7 %) (vgl. StBA, 2017a, S. 13). Die unterschiedliche Verteilung von ambulanten und stationären Pflegesettings im Bundesgebiet lässt sich nur bedingt mit regionalen und kulturellen Disparitäten (z. B. Stadt – Land) und v. a. mit der jeweiligen gesundheits-, sozial- und familienpolitischen Schwerpunktsetzung der einzelnen Bundesländer (z. B. Förderung innovativer Projekte) erklären (vgl. BMG, 2014, S. 1).

Nicht zuletzt aufgrund der demografischen Entwicklung, der gestiegenen Lebenserwartung und der damit verbundenen gestiegenen Anzahl hochaltriger Menschen, nimmt die Langzeitpflege im stationären Setting eine sehr dominante Rolle ein. Immer mehr Menschen verbringen die letzten Monate oder Jahre ihres Lebens in einer stationären Pflegeeinrichtung (vgl. Leichsenring, 2010, S. 96). Das durchschnittliche Sterbealter in stationären Pflegeeinrichtungen liegt bei 85,3 Jahren, wobei Frauen im Durchschnitt mit 87,6 und Männer mit 79,3 Jahren versterben (vgl. Balzer et al., 2013, S. 16).

Die **Anzahl der Einrichtungen** ist durch einen Aufwärtstrend gekennzeichnet. So hat sich zwischen 2011 und 2015 die Zahl der kleinen und mittelgroßen Einrichtungen zu Ungunsten großer Heime erhöht, wie aus Abb. 1.2 ersichtlich wird:

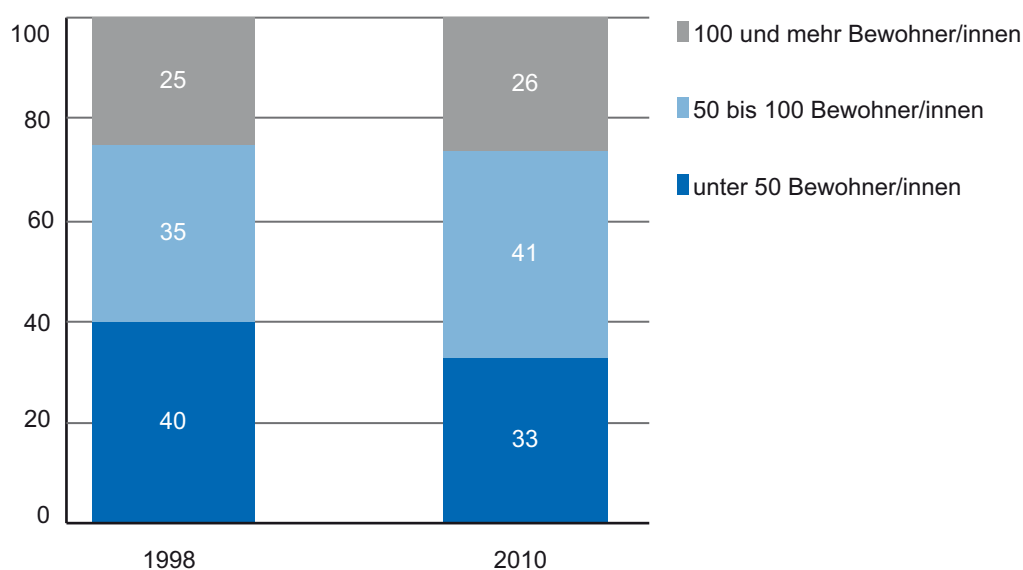


Abb. 1.2: Anzahl der vollstationären Einrichtungen nach Plätzen 2011 und 2015 in % (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2017)

Die Anzahl der Heime ist in den letzten Jahren spürbar gestiegen: von 12.354 Einrichtungen in 2011 auf 13.596 im Jahr 2015 (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2017). Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der in Alten- und Pflegeheimen Beschäftigten um ca. 10 % auf 730.145 gestiegen (vgl. StBA, 2015, S. 24; StBA, 2017b, S. 23). Im Jahr 2015 entfielen von den insgesamt 928.939 Heimplätzen in Deutschland 877.116 auf die **vollstationäre Langzeitpflege** – dies entspricht einem **Anteil von 94,4 %**. 10.816 Plätze entfielen auf die Kurzzeit-, 51.406 auf die Tages- und 417 auf die Nachtpflege (vgl. StBA, 2017b, S. 22). Der hohe Anstieg der Tagespflegepatienten um ca. 18 % ist auf eine verbesserte Vergütung durch die Pflegekasse aufgrund des Pflegestärkungsgesetzes I (PSG I), die im § 41 SGB XI festgeschrieben ist, zurückzuführen. Die Leistungen der Tages- und auch Nachtpflege werden nicht mehr auf evtl. in Anspruch genommene Leistungen der ambulanten Pflege angerechnet, sondern als eigene Leistungserbringung vergütet (vgl. Heiber, 2015, S. 49). Mit Inkrafttreten des PSG II wurde im § 41 SGB XI festgelegt, dass sich diese Leistungserbringung ab 01.01.2017 auf Pflegebedürftige der Pflegegrade 2–5 erstreckt.

Im Rahmen der Langzeitpflege gewinnt die **Rehabilitation** an Bedeutung. Paragraph 18a SGB XI legt fest, dass der Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) dem Pflegebedürftigen eine Empfehlung zur Rehabilitation ausspricht und gleichzeitig ein Antragsverfahren mit dem zuständigen Rehabilitationsträger ausgelöst wird. Die Rehabilitation verfolgt das Ziel, die Folgen einer Pflegebedürftigkeit zu mindern und die Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen wiederherzustellen bzw. zu erhalten. Es konnte nachgewiesen werden, dass die Sterblichkeit bei Pflegebedürftigen nach einer Rehabilitation geringer ist als bei Betroffenen ohne Rehabilitation (vgl. Seger, et al., 2013, S. 756 ff.). Bei der mobilen geriatrischen Rehabilitation bleibt der Pflegebedürftige in seinem gewohnten häuslichen Umfeld und wird dort von einem interdisziplinären Rehabilitationsteam betreut (vgl. Pippel et al., 2016, S. 1).

„Auch heute lebt ein Teil der Bewohnerinnen und Bewohner nach einem pflegebedingten Übergang nur noch sehr kurz, ein anderer Teil aber auch noch relativ lang in einer vollstationären Alteinrichtung. Von daher ergeben sich bei den Bewohnerinnen und Bewohnern sehr unterschiedliche Problemkonstellationen. Lebensansprüche und erwünschte Selbstständigkeit sowie benötigte pflegerische Versorgung und die unmittelbare Perspektive eines würdevollen Sterbens liegen in stationären Einrichtungen nach wie vor äußerst nahe beieinander.“ (Schneekloth; Wahl, 2009, S. 87)

Nicht zuletzt deswegen gewinnt die Erforschung der **Lebensqualität** von Bewohner stationärer Altenpflegeeinrichtungen zunehmend an Bedeutung.

1.1.3 Lebensqualität in Einrichtungen der stationären Altenpflege

Als zukünftige Führungskraft in der stationären Altenpflege sollte es Ihnen wichtig sein, den Bewohnern Ihrer Einrichtung ein Leben in Würde und Geborgenheit zu bieten, (noch) vorhandene Fähigkeiten ressourcenorientiert zu erhalten bzw. zu fördern und eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung zu gewährleisten. Im Rahmen der Ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, sollten Sie daher für eine wohnliche und freundliche Gestaltung Ihrer Einrichtung sorgen. Für die Interessen und Bedürfnisse der Bewohner sollten Sie ein offenes Ohr haben. Sie sollten ein hohes Maß an Mitbestimmung und Partizipation auf Wohnbereichsebene sowie auf die Gesamteinrichtung bezogen ermöglichen, indem Sie mit Ihren Mitarbeitern entsprechende Konzepte ausarbeiten und umsetzen (vgl. Löser, 2008, S. 134 f.). Doch was ist mit den Bewohnern, die ihre Bedürfnisse nicht mehr artikulieren können, die sich nicht kooperativ zeigen (können)? Nach aktuellen Angaben leiden ca. 50 % der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen an demenziellen Erkrankungen (vgl. Balzer et al., 2013, S. 16).

Es wird in diesem Abschnitt zunächst der Begriff Lebensqualität im Allgemeinen vorgestellt und im Anschluss daran erörtert, was Lebensqualität für die Bewohner einer stationären Altenpflegeeinrichtung bedeutet. Aufgrund Ihrer einschlägigen Erfahrung in der professionellen Pflege ist Ihnen durchaus bewusst, dass sich **Lebensqualität nicht einfach mit Pflegequalität gleichsetzen** lässt (vgl. Müller, 2015, S. 254). Die WHO definiert Lebensqualität wie folgt:



Definition Lebensqualität

„Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen.“ (WHO-Forschungsgruppe „Quality of Life, 2000, zitiert nach: Schneekloth; Wahl, 2009, S. 31)

Der Begriff „Lebensqualität“ beinhaltet somit objektive und subjektive Aspekte und wird von dem subjektiven Erleben der Menschen und den allgemeinen gesellschaftlichen Wertvorstellungen geprägt (vgl. Brandenburg et al., 2011, S. 16 f.).

Generell lassen sich **vier Dimensionen von Lebensqualität** beschreiben (vgl. Becker et al., 2005, S. 2 f.):

- körperliches und psychisches Wohlbefinden
- subjektives Erleben

- objektive Umweltfaktoren
- Verhaltenskompetenz

Hier besteht also eine **Wechselwirkung** zwischen subjektiven Faktoren – Wohlbefinden, Erleben, Kompetenzen – und objektiven (Umwelt)Faktoren. Menschen mit eingeschränktem Wohlbefinden und eingeschränkter Verhaltenskompetenz können beispielsweise trotz positiver objektiver Lebensumstände wie hohes Einkommen oder gehobene Wohnlage subjektiv ihre Lebensqualität als gering empfinden. Es lässt sich zudem konstatieren, dass auch die **gesundheitsbezogene Lebensqualität** in hohem Maße von dem subjektiven Erleben der Betroffenen bestimmt wird:

„Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist weniger ein medizinisch bestimmbarer Zustand oder Befund, sondern vielmehr ein subjektives Erleben und Empfinden. Nicht jeder, der vom medizinischen Standpunkt aus gesund ist, fühlt sich gut – und natürlich gilt das auch umgekehrt.“ (Welp, 2008, S. 514)

Lebensqualität von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen

Die Lebensqualität der Bewohner kann durch die Umsetzung von Pflegeprozessmodellen gesteigert werden (vgl. Müller, 2015, S. 254). In einer vom Allensbach-Institut durchgeführten Studie aus dem Jahr 2011 wurden **Kriterien für Lebensqualität in einem Heim** genannt (vgl. Allensbach, 2011, S. 4):

- Möglichkeit ungestört Besuch zu empfangen (83 % der Befragten)
- Unterbringung im Einzelzimmer (83 %)
- Häufigkeit des Duschens/Waschens (69 %)
- Nachbarn bzw. Mitbewohner (57 %)
- Essenszeiten (33 %)

Die befragten Bewohner haben also größten Wert auf die Wahrung ihrer **Privatsphäre** gelegt (ungestörter Besuch, Einzelzimmer), gefolgt von der **Körperpflege** und dem **sozialen Umfeld**. Die **Essenszeiten** wurden erst an fünfter Stelle genannt, aber immerhin noch von mehr als einem Drittel der Studienteilnehmer. Analog zu unserer pluralistischen Gesellschaft, in der wir die unterschiedlichsten Lebensläufe, Lebensentwürfe und Lebenswelten vorfinden, sind auch **ältere Menschen keineswegs als homogene Gruppe** zu verstehen, im Gegenteil, sie weisen sowohl im Hinblick auf ihren körperlichen und psychischen Zustand als auch in Bezug auf ihren sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Hintergrund beträchtliche Unterschiede auf (vgl. Kruse, 2008, S. 17). Dementsprechend verfügen auch die Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen über eine Vielzahl von Bedürfnissen, Präferenzen und Interessenslagen und es gilt, ihre (individuellen) Potenziale zu erfassen, um ihnen eine angemessene Lebensqualität ermöglichen zu können (vgl. Becker et al., 2005, S. 2 ff.). Trotz dieser Vielfalt lassen sich einige **Bereiche** ausmachen, die für die **Lebensqualität von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen** von Bedeutung sind, wie Abb. 1.3 verdeutlicht:



Abb. 1.3: Aspekte der Lebensqualität von Bewohnern in Einrichtungen der stationären Altenpflege (vgl. Oswald et al., 2007, S. 2, zitiert nach Brandenburg et al., 2011, S. 18)

Das vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) entwickelte Modell der Lebensqualität stellt das „Ich“ der jeweiligen Person in den Mittelpunkt. Hier wird dem subjektiven Erleben ebenso wie dem individuellen Selbstbestimmungsrecht alter Menschen eine zentrale Bedeutung bei der Bestimmung der Lebensqualität zugesprochen – wie Abb. 1.4 verdeutlicht:



Abb. 1.4: Das KDA-Lebensqualitätsmodell (KDA, 2012, S. 5)

Die genannten Lebensbereiche dürften im Prinzip weitestgehend selbst erklärend sein, wobei unter „Arbeit“ nicht nur Erwerbsarbeit, sondern auch alterstypische Tätigkeiten, wie etwa Beaufsichtigung von Enkel- und Urenkelkindern oder Haus- und Gartenarbeit, umfasst. Nach diesem Ansatz bestimmt jeder alte Mensch selbst, welchen Stellenwert die einzelnen Lebensbereiche einnehmen und entscheidet darüber, welche Maßnahmen für die Erhaltung bzw. Erhöhung seiner/ihrer Lebensqualität notwendig sind (vgl. Ahrend, 2005, S. 17). Das KDA-Lebensqualitätsmodell bildet eine der theoretischen Grundlagen für Quartiershäuser und Hausgemeinschaften (vgl. Kap. 1.2.2).

Messbarkeit von Lebensqualität

Die Lebensqualität von Altenheimbewohnern ist nur in eingeschränktem Maße objektivierbar. So nimmt nicht jede Bewohnerin die genannten Aspekte mit gleicher Intensität und Gewichtung wahr.

Frau Harm, die als Kriegskind Hunger, Vertreibung und Gewalt erleben musste und lange Jahre in Flüchtlingslagern lebte, legt besonderen Wert auf die in Abb. 1.3 dargestellten Bereiche „Essen und Trinken“, „Gefühl der Sicherheit“ und „Privatsphäre“. Demgegenüber sind für Frau Meister, die ihr Leben lang ein eigenes Geschäft geführt hat, die Aspekte „Selbstbestimmung“, „Anregung und Beschäftigung“ und „soziale Kontakte“ besonders wichtig.



Lebensqualität wird also **eher subjektiv erlebt** und ist neben äußeren Faktoren auch abhängig von der Biografie, dem körperlichen und geistigen Gesundheitszustand bzw. den Handlungsmöglichkeiten der jeweiligen Person (vgl. Burkart, 2009, S. 301).

Auch wenn sich Lebensqualität als eine eher theoretische Konstruktion begreifen lässt, sind bestimmte Messverfahren entwickelt worden, um sie erfassbar, messbar und somit vergleichbar machen zu können. Die Zielsetzung besteht v. a. darin, Handlungsbedarfe zu ermitteln und Effekte von Interventionen zu erfassen (vgl. Orell et al., 2006, S. 461). Die Lebensqualität nicht verwirrter Bewohner lässt sich etwa mit dem „**Assessment of Quality of Life**“ (AQoL) erfassen. Das AQoL ist entwickelt worden, um die gesundheitsbezogene Lebensqualität einer Person zu erfassen. Das Verfahren orientiert sich an den vier Dimensionen der Lebensqualität und eignet sich v. a. für die Evaluation gesundheitsbezogener Maßnahmen und Dienstleistungen. Es wird entweder von der Betroffenen selbst oder mit Hilfe einer Interviewerin bearbeitet, wobei der Bearbeitungszeitraum ca. 5–10 Minuten beträgt (vgl. DCRC, 2014, S. 1). Hierbei handelt es sich um

standardisierte Messverfahren (Fragebogen und Beobachtung), mit denen die Lebensqualität von demenziell erkrankten Menschen in verschiedenen Krankheitsstadien ermittelt werden soll.

Darüber hinaus sind gerade in Deutschland die Verfahren des „**Dementia Care Mappings**“ (DCM) sowie das „**Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker in stationären Pflegeeinrichtungen**“ (H.I.L.D.E.) von Bedeutung (vgl. Becker et al., 2005). Unter DCM versteht man ein Beobachtungsverfahren, bei dem Aktivität, Wohlbefinden und die Qualität der sozialen Beziehungen der Bewohner erfasst werden, es ist für Menschen mit leichter bis schwererer Demenz geeignet und wird in der Regel von einer speziell geschulten Pflegekraft als „Mapper“ durchgeführt. DCM wird als zyklisches Evaluationsverfahren eingesetzt, um die Lebensqualität der Bewohner kontinuierlich zu erfassen und entsprechende Handlungspläne zu entwickeln. H.I.L.D.E. ist ein Messverfahren, bei dem der gesundheitliche, psychische und emotionale Zustand, die räumliche und soziale Umwelt sowie das subjektive Erleben der Bewohner erfasst werden. Das Verfahren stützt sich auf Beobachtung, Interviews, Dokumentenanalyse und Beschreibungen der räumlichen Umwelt (vgl. Becker et al., 2005, S. 1 ff.).

Hinweis:

Weiterführende Literatur zu den Messverfahren der QoL bei Demenzerkrankten erhalten Sie beispielsweise unter: <http://www.aon.media/j11utv>.

**Übung 1.2:**

Bitte überlegen Sie, welche Probleme bei der Durchführung der AQoL-Messung bei Demenzkranken auftreten können und wie sich dies auf die Aussagekraft der Ergebnisse auswirken könnte.

1.2 Integrative und segregative Versorgung

Da die Anzahl der Demenzkranken in der stationären Altenpflege ansteigt, stellt sich die Frage, ob für Menschen mit demenziellen Erkrankungen eine segregative oder eine integrative Versorgung sinnvoll ist. Grundsätzlich lassen sich innovative Projekte der Langzeitpflege Demenzkranker in (ambulante) Wohngruppen und Hausgemeinschaften nach dem Vorbild der französischen „Cantous“, der schwedischen „Gruppboende“ der speziellen Pflegebereiche in Anlehnung an die in den USA weit verbreiteten „special care units“ unterteilen (vgl. Weyerer et al., 2004, S. 5). Wenn man die **Bandbreite von integrativer zu segregativer Versorgung** betrachtet, so reicht das Spektrum von **Mehrgenerationenhäusern**, die Menschen mit verschiedenen Krankheitsbildern, unterschiedlichen Alters und oftmals auch unterschiedlicher Herkunft miteinander verbinden sollen, über **Pflegeoasen** in stationären Einrichtungen, in denen Menschen mit meist hochgradiger Demenz in einer homogenen Einheit und getrennt von anderen Bewohnern leben, bis hin zu der Planung von **Demenzdörfern** nach niederländischem Vorbild, in denen Demenzkranke in dörflicher Gemeinschaft zusammen leben sollen (vgl. Bode, 2014, S. 272).

1.2.1 Integrative Versorgung

Bundesweit bieten stationäre Pflegeeinrichtungen nach wie vor überwiegend integrative Wohnkonzepte mit größeren Wohnbereichen (Stationen) an, kleinräumige und spezialisierte Angebote sind bislang in der Praxis eher selten zu finden. **Integrative Betreuungsformen** machen in der stationären Altenpflege einen **Anteil von 53 %** aus (vgl. Schneekloth; Wahl, 2009, S. 66). Integrative Versorgung bedeutet in der Altenpflege, dass

„demenzerrkrankte Menschen zusammen mit anderen Bewohnern – ob in einem Haus, einem Heim oder einem Wohnbereich etc. leben (...). Der **Grundgedanke** hierbei ist neben der bedürfnisgerechten Versorgung aller Bewohner die **Schaffung einer übergreifenden Gemeinschaft**, so dass die an Demenz Erkrankten möglichst lange in einem ‚normalen‘ Umfeld bleiben können.“ (Dibelius; Uzarowicz, 2006, S. 59 f.)

Insbesondere auf Initiative des Bundesministeriums für Familie, Frauen, Senioren und Jugend wurde der Ausbau von **Mehrgenerationshäusern** gefördert. In Deutschland gibt es ca. 500 solcher Einrichtungen, wobei jedoch nur 169 davon für die Versorgung Demenzkranker geeignet sind (vgl. BMFFSJ, 2014, S. 1 f.). Viele der Häuser sind eher generationsübergreifende Begegnungsstätten; insgesamt ist das Konzept dem **Leitprinzip der traditionellen Großfamilie** verbunden (vgl. BMFFSJ, 2009, S. 22 f.). Allerdings weist dieses Konzept mehrheitlich eine **ambulante Orientierung** auf und wird von daher in dem vorliegenden Studienheft nicht weiter vertieft.

Leitgedanken

Dem Konzept der integrativen Versorgung in der stationären Langzeitpflege liegt der Leitgedanke der **aktivierenden Pflege** sowie der **Milieugestaltung** zugrunde. Die Zielsetzung besteht in der **Aktivierung und Förderung der Ressourcen** der Bewohner durch das Zusammenleben von Menschen mit heterogenen Erkrankungen, d.h. es werden demente und nicht demente, aber körperlich pflegebedürftige Bewohner in einem Wohnbereich versorgt (vgl. Höwler, 2010, S. 339 f.). Gerade für Menschen mit leichter Demenz bietet dieses Konzept Vorteile: Es bleibt ihnen zum einen der Umzug in einen spezialisierten Wohnbereich erspart, zum anderen wird ihnen ein größtmögliches Maß an **Normalität** zugestanden und sie können von dem Kontakt mit nicht dementen Mitbewohnern profitieren.

Beispiel 1.1:

Die 91-jährige Frau Schmidt konnte nach einem schweren Sturz vor zwei Jahren nicht mehr zu Hause versorgt werden und ist in ein Altenheim in ihrem Wohnviertel umgezogen. Zum Zeitpunkt des Heimeinzugs war Frau Schmidt zwar körperlich sehr gebrechlich, doch geistig vollkommen klar und in allen Qualitäten uneingeschränkt orientiert. Sie bewohnt seither in der Einrichtung ein schönes Einzelzimmer mit Balkon, hat sich schnell eingelebt und mit einigen Damen ihres Wohnbereiches innige Freundschaften geschlossen. Ihre beiden Töchter wohnen mit ihren Familien ebenfalls in dem Viertel und können die Mutter ohne großen Zeitaufwand besuchen. Außerdem fühlt sich Frau Schmidt bei den Pflegekräften des Wohnbereichs sehr gut aufgehoben, vor allen Dingen ihr Bezugspfleger Samir ist ihr sehr ans Herz gewachsen. Samir kommt gebürtig aus Indien und Frau Schmidt ist früher oft dort gewesen und hat sogar als Krankenschwester ein paar Jahre in der Nähe von



Mumbai gearbeitet. Nun ist Samir aufgefallen, dass Frau Schmidt immer vergesslicher wird und er hat die Durchführung eines MMST-Tests veranlasst (MMST = Mini Mental State Test, misst Orientierung, Gedächtnis und Aufmerksamkeit, ein Mittel zur Diagnose von Demenz). Dabei wurde bei ihr eine beginnende Demenz festgestellt. Frau Schmidt hatte große Angst, nun in einen anderen Wohnbereich oder gar in ein anderes Heim umziehen zu müssen. Sie war so verzweifelt, dass sie schon daran gedacht hat, ihre Tabletten zu horten und sich mit einer Überdosis das Leben zu nehmen. Als Samir ihr versicherte, dass sie dank des integrativen Wohn- und Betreuungskonzepts des Hauses trotz der Erkrankung weiterhin in ihrem gewohnten Umfeld bleiben könnte, war Frau Schmidt überglücklich!

Bei der **integrativen Versorgung** wird in der Regel die Unterbringung in Ein- oder Zweibettzimmer bevorzugt. Hier wird der Fokus auf die **individuelle Persönlichkeit** der Bewohner gelegt. Im Rahmen der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen wird **ressourcenorientiert** nach den Grundsätzen der **aktivierenden Pflege** gearbeitet, wobei dies seitens der Pflegekräfte eine möglichst umfangreiche Kenntnis der einzelnen Biografien der Pflegebedürftigen und dementsprechend eine konzeptionell verankerte **Biografiearbeit** voraussetzt (vgl. Löser, 2008, S. 68 ff.). Um dem Identitätsverlust Demenzkranker entgegenzuwirken wird mit den Prinzipien der **Kontinuität** und der **Ritualisierung** gearbeitet. Es wird außerdem angestrebt, für die Bewohner einen möglichst „normalen“ **Alltag** zu gestalten. Doch insbesondere die „Normalität“, die den Bewohnern nach den integrativen Konzepten ermöglicht werden soll, lässt sich kritisch hinterfragen: Zum einen wäre zu klären, welches Verständnis von „Normalität“ hier zugrunde gelegt werden soll; zum anderen kann sich hinter dem Normalitätsprinzip auch eine nicht reflektierte **Normierung** verbergen, die wiederum einer möglichst individuellen Betreuung und Pflege entgegenstehen würde (vgl. Planer, 2010, S. 22 f.).

Beispielhaft für integrative Betreuungskonzepte sei hier auf das Konzept der **Integrativen Aktivierenden Alltagsgestaltung (IAA)** nach Elvira Tschan verwiesen. Dieses basiert auf den fünf Grundprinzipien (vgl. Tschan, 2009, S. 35 ff.):

- **Individualität** – der Pflegebedürftige steht als Person im Mittelpunkt
- **Ressourcenorientierung** – genaue Kenntnisse der Biografie der Bewohner
- **Normalität** – es wird ein möglichst normales Leben angestrebt
- **Kontinuität** – v. a. im Hinblick auf soziale Beziehungen und Räumlichkeiten
- **Ritualisierung** – Wiederholung bestimmter Handlungen/Abläufe

Die IAA lässt sich ohne Weiteres in den hier als bekannt vorausgesetzten Pflegeprozess integrieren, da sie einem Zyklus aus Bedarfseinschätzung, Planung, Durchführung und Evaluation unterliegt, sodass eine zeitnahe Überprüfung der erfolgten Interventionen im Bedarfsfall zu einer Neuausrichtung bzw. Änderung der Interventionen führen kann, um den Bedürfnissen der Bewohner optimal gerecht zu werden.

Kritik

Problematisch ist es hingegen, wenn Bewohner mit und ohne Demenz einfach in einem Wohnbereich bunt „zusammengewürfelt“ werden:

„Häufig handelt es sich faktisch um eine ‚Integration ohne Integrationskonzept‘, also um eine fachlich nicht reflektierte und konzeptionell gestaltete Zusammenführung von Menschen mit heterogenen Bedürfnissen, die deutlich auseinander

driften. Ohne konzeptionelle Grundlage geht das Festhalten an (naiven) Integrationsformen immer auch zu Lasten der Nicht-Verwirrten in der Wohngruppe.“ (Schmidt, 2005, S. 11)

Aus Gründen der Fairness sei noch einmal darauf verwiesen, dass der oben genannte Misstand nicht grundsätzlich konzeptionsimmanent, sondern vielmehr in nicht unerheblichem Maße auf äußere Faktoren wie Mangel an adäquat ausgebildetem Personal, unzulängliche Räumlichkeiten sowie Zeitmangel und Überlastung der Beschäftigten zurückzuführen ist. Doch gerade die Versorgung und Betreuung dementer Bewohner lässt in der stationären Altenpflege oftmals zu wünschen übrig (vgl. Dowideit, 2012, S. 35 ff.). Zudem scheint es fraglich zu sein, ob gerade im Falle **schwerer Demenzerkrankungen** demente bzw. nicht demente Bewohner in großräumigen „gemischten“ Wohnbereichen immer auch dem aktuellen (pflege-)wissenschaftlichen Kenntnisstand entsprechend versorgt werden. Nicht zuletzt ist zu bedenken, dass die integrative Versorgung unter Umständen mit **erheblichen Belastungen für die nicht verwirrten Bewohner** einhergehen kann, insbesondere dann, wenn vorhandene Konzepte aufgrund von Zeit- und Personalmangel nicht oder nur unzureichend umgesetzt werden können.

Übung 1.3:

Stellen Sie sich vor, dass Sie mit den dementen Bewohnern Ihrer Einrichtung 24 Stunden täglich zusammenleben, in einem Wohnbereich oder vielleicht sogar in einem Zimmer. Sie würden wohl sehr viel Sonne im Herzen tragen müssen, um nicht an den ewig gleichen Fragen, den evtl. rustikalen Umgangsformen, dem vermutlich originellen Umgang mit eigenem und fremdem (also auch Ihrem!) Eigentum und dem möglicherweise vollständig abhanden gekommenen Tag-Nacht-Rhythmus Ihrer dementen Mitbewohnerin zu verzweifeln. Stellen Sie sich darüber hinaus vor, dass Sie selbst 80 oder 90 Jahre alt sind und so vielleicht in der Angst leben, eines Tages selbst so zu werden.

Welche konzeptionellen/räumlichen Voraussetzungen müssten erfüllt sein, damit Sie als (zukünftiger) nicht verwirrter Bewohner trotzdem von einer solchen Wohn- und Betreuungssituation profitieren könnten?



1.2.2 Segregative Versorgung

Die segregative Versorgung folgt dem Leitgedanken, dass Patienten bzw. Bewohner mit vergleichbaren Krankheitsbildern und Pflege- bzw. Betreuungsbedarfen gemeinsam in einer Gruppe, aber getrennt von Personen mit andersartigen Bedarfen und Erkrankungen versorgt werden, um ihren speziellen Bedürfnissen und Ressourcen am besten gerecht werden zu können (vgl. Zwanzig, 2004, S. 7 f.). Im weiteren Verlauf werden nun **stationäre Hausgemeinschaften** und **Pflegeoasen** exemplarisch für die segregative Versorgung in der stationären Langzeitpflege vorgestellt.

Stationäre Hausgemeinschaften

Stationäre Hausgemeinschaften stellen eine innovative Form der stationären Altenpflege dar (5. Heimgeneration), bei der die Bewohner nicht in stationsähnlichen Wohnbereichen untergebracht sind, sondern innerhalb der Einrichtung in kleingruppigen Wohneinheiten zusammenleben.



Stationäre Hausgemeinschaften

Unter einer stationären Hausgemeinschaft ist eine autonome, bis zu acht Pflegebedürftige umfassende Wohngruppe innerhalb einer stationären Pflegeeinrichtung zu verstehen, die sich an dem Leitgedanken des alltäglichen familiären Zusammenlebens orientiert. Die Bewohner verfügen jeweils über barrierefreie Einzelzimmer. Der Lebensmittelpunkt einer Hausgemeinschaft ist eine große Wohnküche oder ein Gemeinschafts- und Essbereich mit offener Küche (vgl. Ahrend, 2005, S. 36).

Charakteristische **Kennzeichen stationärer Hausgemeinschaften** sind:

- keine starre Trennung der sozialen und pflegerischen Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung
- Beziehungskontinuität durch feste Bezugspersonen
- räumliche Ausrichtung auf einen zentralen Wohn- und Essbereich

(vgl. BMFSFJ, 2008, S. 1)

Die Einzelzimmer der Bewohner richten sich auf das Zentrum, den Gemeinschafts- und Essbereich, aus. Hier ist es wichtig zu betonen, dass sich der Küchen- und Essbereich deutlich von den „Teeküchen“ unterscheidet, wie sie aus herkömmlich gestalteten Altenheimen bekannt sind.

„Die Wohnküche einer Hausgemeinschaft ist eine vollständige Haushaltsküche für eine Großfamilie. (...) Hier werden Mahlzeiten vorbereitet, hier wird gekocht, gemeinsam gegessen und anschließend gespült und gereinigt.“ (Ahrend, 2005, S. 39)



Abb. 1.5: Blick in den Gemeinschaftsbereich einer stationären Hausgemeinschaft (Braunschweig Steinbrecher Straße; Foto: Renate Narten, Schader-Stiftung, 2014)

Leitgedanken

Stationäre Hausgemeinschaften sind den folgenden Leitgedanken verbunden (vgl. Palm; Bogert, 2007, S. 32 ff.):

- a) „Die Architektur orientiert sich an der **Überschaubarkeit einer Wohnung**“ Die einzelnen Hausgemeinschaften sind innerhalb der Einrichtung deutlich voneinander abgegrenzt, etwa durch Flure und Türen. Sie bilden somit kleine Funktionsbereiche, die nicht die Größe herkömmlicher Wohnbereiche aufweisen. Durch Schlaf-, Wohn-, Ess- und Gemeinschaftsbereiche nähert sich die Hausgemeinschaft dem Charakter einer „normalen“ Wohnung an. So wird ein Gefühl der Sicherheit und Vertrautheit erreicht.
- b) „Leben in **kleinen familienähnlichen Gruppen**“ Zirka 8–12 Bewohner bilden eine Hausgemeinschaftsgruppe. So wird eine bessere Anpassung pflegerischer und organisatorischer Abläufe an die Bedürfnisse der Bewohner ebenso ermöglicht wie deren Identifikation mit dem eigenen Lebensraum. Insbesondere für demente Menschen erleichtert die überschaubare Gruppengröße die Orientierung; eine kognitive Überforderung wird vermieden, da das Leben innerhalb einer Räumlichkeit stattfindet und es dauerhafte und kontinuierliche Beziehungen zu Mitbewohnern und Personal gibt.
- c) „Die **Bezugsperson als Assistentkraft**“ Die Bezugsperson ist die Präsenzkraft, die der Hausgemeinschaft dauerhaft zugeordnet ist und den Bewohnern nachrangig, d. h. sofern dies nicht durch Hilfsmittel oder Mitbewohner, Angehörige, Freunde etc. erfolgen kann, Hilfestellung und Unterstützung anbietet. Die Präsenzkraft ist ein fester Bestandteil der Gemeinschaft.
- d) „Auflösung der Heimstruktur durch **Abbau zentraler Versorgung**“ Durch die überschaubare Räumlichkeit und Personenzahl sowie durch die Dezentralisierung der Versorgung unterliegt die Hausgemeinschaft nicht oder nur in geringem Maße den organisatorischen Reglementierungen einer starren Heimstruktur. Hinsichtlich der Essenszeiten und Essenzubereitung ist eine völlige Abkopplung von den organisatorischen Strukturen des Heims möglich.
- e) „Aktivitäten an einem **normalen Haushalt** orientieren“ Der Tagesablauf orientiert sich an den alltäglichen Verrichtungen, die die Bewohner vor ihrem Umzug ins Heim mehr oder weniger eigenständig zuhause erledigt haben. Es gibt weder Spezialtherapien noch Bastelgruppen oder Realitätstraining. Der Stellenwert der Pflege im Tagesablauf der Bewohner tritt deutlich in den Hintergrund, die notwendige Assistenz bei alltäglichen Tätigkeiten in den Vordergrund.
- f) „So viel **Normalität und Eigenverantwortung** wie möglich, so viel Hilfe und Pflege wie nötig“ Pflege und Hilfestellung werden dem Grundsatz des Normalitätsprinzips folgend auf ein notwendiges Minimum reduziert. Bestehende Fähigkeiten werden nicht nur gefördert, sondern auch „eingeklagt“, etwa die Mithilfe beim Tischdecken, Spülen oder bei der Essensvor- oder zubereitung. So erhalten die Bewohner die Möglichkeit, Tagesabläufe und Entscheidungen (z.B.: Was gibt es zum Mittagessen?) eigenverantwortlich (mit)gestalten zu können.
- g) „**Vertrautheit**“ Durch die Orientierung an alltäglichen Abläufen, die den Bewohnern aus ihrem früheren Leben bekannt sind, wird ein Gefühl der Vertrautheit vermittelt. Dies wird zudem durch die kleinräumige Gestaltung und die Beziehungskontinuitäten innerhalb der Kleingruppe entwickelt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Bewohner sich durch die räumliche, personelle, organisatorische und konzeptionelle Gestaltung der stationären Hausgemeinschaft sicher, geborgen und (fast) wie zu Hause fühlen. Zudem erleichtern die feste Tagesstruktur und die Überschaubarkeit von Räumlichkeit, Mitbewohnern und Personal die Orientierung dementer Bewohner. Studien weisen außerdem auf positive Effekte für Pflegebedürftige und Personal hin (vgl. Palm; Bogert, 2007, S. 71 ff.). Innerhalb der Einrichtung können mehrere Hausgemeinschaften durch sogenannte „Marktplätze“ miteinander verbunden werden, an denen sich die Bewohner treffen und austauschen können (vgl. Ahrend, 2005, S. 43 f.).

Kritik

Die konzeptionelle Orientierung an dem Leitbild der (Groß-)Familie ist kritisch zu hinterfragen, insbesondere für zukünftige Bewohner, zumal dies keinerlei Entsprechung in der heutigen gesellschaftlichen Realität besitzt. Sinnvoller erscheint daher eine Beschränkung auf das Prinzip der Normalität, wobei auch hier anzumerken ist, dass diese sich in einer pluralistischen Gesellschaft nur in eingeschränktem Maße verallgemeinern lässt (vgl. Ahrend, 2005, S. 155). Nichtsdestotrotz können Hausgemeinschaften durchaus als zukunftsweisende Entwicklung in der stationären Altenpflege angesehen werden:

„Stationäre Altenpflege hat mit den Hausgemeinschaften erstmals deutliche Schritte auf dem Weg in Richtung gläsernes Heim genommen und damit eine Waffe gegen Unkenntnis, Missstände, Pflegenotstand und deren Tabuisierung entwickelt.“ (Ahrend, 2005, S. 155)

Dennoch stellen stationäre Hausgemeinschaften nicht das einzig sinnvolle Versorgungskonzept dar. Die „Polarisierung Heim versus Hausgemeinschaft“ ist weder sinnvoll noch zielführend, vielmehr gilt es „eine differenzierte, qualifizierte Betreuung Demenzkranke“ anzubieten, die sich in erster Linie an den Bedürfnissen der alten Menschen orientiert (Dürmann, 2005, S. 217).



Übung 1.4:

Führen Sie sich noch einmal die Leitgedanken einer Hausgemeinschaft vor Augen und überlegen Sie, ob Sie Ihre pflegebedürftigen Angehörigen in einer stationären Hausgemeinschaft unterbringen würden. Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung kurz.

Pflegeoasen

Pflegeoase

Eine einheitliche Definition von Pflegeoasen (PO) liegt bislang noch nicht vor, ebenso wenig sind einheitliche (Qualitäts-)Standards zu finden. Dennoch lässt sich eine PO begreifen als ein Konzept der stationäre Langzeitpflege für Menschen mit schwerer Demenz, die in allen Lebensbereichen auf Hilfe angewiesen sind und in einer kleinen Gruppe in einem speziell für ihre Bedürfnisse zugeschnittenen Gemeinschaftsraum leben und dort rund um die Uhr gepflegt und betreut werden.

„Das Raumkonzept und die kontinuierliche Präsenz der Pflegekräfte unterstützen eine unmittelbare Reaktion auf körperliche, psychische und soziale Bedürfnisse der Bewohner.“ (Knaak, 2014, S. 36)



Pflegeoasen (PO) sind insbesondere deshalb von Interesse, weil sie im Rahmen eines stationären Settings auf die Versorgung und Betreuung von Menschen mit schwerer oder schwerster Demenz, die in der stationären Regelversorgung oft nicht angemessen betreut werden können, spezialisiert sind. PO wurden in Anlehnung an die „**special care units**“ aus den USA und dem angelsächsischen Raum entwickelt (vgl. Zimmermann, 2009, S. 113). Sie befinden sich in Deutschland zum Teil noch in der **Projektphase**, wengleich es mittlerweile durchaus breitgefächerte Praxiserfahrungen und eine wissenschaftliche Begleitung der PO gibt. Im Dezember 2009 wurde an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar (PTHV) u. a. von Prof. Dr. Hermann Brandenburg die „**Expertengruppe Pflegeoase**“ gegründet, die sich mit der Entwicklung von Qualitätskriterien und der wissenschaftlichen Begleitung bestehender PO beschäftigt (vgl. PTHV, 2009).

Leitgedanken

Die Grundidee einer PO besteht darin, innerhalb einer stationären Einrichtung einen **geschützten Raum** für Demenzkranke mit extrem hohem Pflegebedarf zu schaffen, in dem die Bewohner in **Gemeinschaft** leben und am Tage durchgehend von Pflegefachpersonen (und nachts durch die Präsenzkkräfte der stationären Einrichtung) betreut werden. So wird ein Höchstmaß an **Vertrautheit und Geborgenheit** sowie die Möglichkeit individuelle Bedürfnisse und Ressourcen optimal zu unterstützen, gewährleistet. Gleichzeitig soll den Bewohnern im Rahmen ihrer individuellen Fähigkeiten ein Optimum an **Teilhabe und Mobilität** ermöglicht werden (vgl. Schaade, 2009, S. 84). Einige Studienergebnisse deuten darauf hin, dass die **Lebensqualität der Bewohner** ebenso wie die **Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter** in den PO besser ist als in herkömmlichen stationären Wohnbereichen (vgl. Brandenburg, 2011, S. 117 ff.).

Aufbau

Es lassen sich folgende **PO-Varianten unterscheiden**:

- **Lebensraum und Lebenswelt**: Bewohner leben dauerhaft in dem Gemeinschaftsraum der PO.
- **PO auf Zeit**: PO wird im Wechsel mit anderen Demenzkranke nur zu bestimmten Zeiten genutzt, individuelle Unterbringung der Bewohner wird ansonsten beibehalten.

- **Tagesangebot PO:** Bewohner nutzen die PO nur an bestimmten Tagen und wohnen ansonsten in der Einrichtung in ihrem Zimmer.

Dabei muss nicht unbedingt eine strikte Trennung zwischen den einzelnen PO-Formen vorliegen (vgl. Kreiser, 2012, S. 60 ff.).

In der Regel besteht eine Pflegeoase aus einem großzügigen **Gemeinschaftsraum** und einer **Küche**, nicht selten gehört noch ein **therapeutisches Bad** dazu. Es ist darauf zu achten, dass die Betten so angeordnet werden, dass die Bewohner sich in ihrem Bereich geborgen, aber nicht beobachtet fühlen und dass neben dem Gemeinschaftsraum idealerweise auch sogenannte Ausweichzimmer vorgesehen sind.

Kritik

Dennoch bleibt kritisch zu hinterfragen, ob bzw. inwieweit PO auch die **Teilhabe der Betroffenen am öffentlichen Leben** ermöglichen können. Kritiker sehen v. a. die Gefahr der **Isolation** sowie die Tendenz, dass die Unterbringung Schwerstdemenzkranker in PO dazu führen könnte, dass diese Menschen weitgehend aus der Öffentlichkeit und damit auch aus dem öffentlichen Bewusstsein verschwinden. Ein weiterer Kritikpunkt liegt in der **Einschränkung der Privatsphäre** der Bewohner. Allerdings sind Einschränkungen der Privatsphäre durch das Leben in dem Gemeinschaftsraum einer PO für Menschen mit schweren demenziellen Erkrankungen nicht unbedingt von einschneidender Bedeutung. Es sei hier erneut darauf hingewiesen, dass PO auf **schwerste Fälle der Demenz** zugeschnitten sind (vgl. Knaak, 2014, S. 37). Daher plädieren führende Experten, wie etwa der Mitbegründer der „Expertengruppe Pflegeoase“, Prof. Dr. Hermann Brandenburg, dafür, dass PO weiterhin eine **Versorgungsnische** für eine bestimmte Klientel bleiben sollten und raten von einer „flächendeckenden Einführung“ ab (vgl. Brandenburg et al., 2011, S. 117 ff.). Derzeit gibt es in Deutschland ca. 33 Pflegeoasen. Brandenburg betont, dass vor der Planung einer Pflegeoase zunächst eine Bedarfsermittlung erfolgen muss. Ist der Bedarf gegeben, folgen Überlegungen zur Raumkonzeption, die immer den Klienten im Fokus haben sollten, und zur Personalplanung (vgl. Brandenburg, 2017, S. 30).

Hinweis:

Wenn Sie sich tiefer mit dem Thema Pflegeoasen beschäftigen möchten, empfiehlt sich beispielsweise folgende Quelle: Brandenburg, H.; Adam-Paffrath, R. (Hrsg.) (2012). *Pflegeoasen in Deutschland. Forschungs- und handlungsrelevante Perspektiven zu einem Wohn- und Pflegekonzept für Menschen mit schwerer Demenz*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.



Übung 1.5:

Führen Sie sich noch einmal die Leitgedanken einer PO vor Augen und überlegen Sie, ob Sie Ihre pflegebedürftigen Angehörigen in einer PO unterbringen würden. Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung kurz.

Ungeachtet der Frage, ob die Bewohner integrativ, segregativ oder in einer Mischform, also teil-integrativ, betreut werden, unterliegen alle Einrichtungen der stationären Altenpflege bestimmten organisatorischen Gegebenheiten und prozessualen Abläufen.

Wie Ihnen aus der Organisationstheorie vielleicht schon bekannt ist, lässt sich jede Organisation strukturell in Aufbau- und Ablauforganisation unterteilen. Nachfolgend wird Ihnen dies für Einrichtungen der stationären Altenpflege vorgestellt. Grundlegende Kenntnisse der Aufbau- und Ablauforganisation können Ihnen dabei helfen, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität Ihrer Einrichtung zu verbessern.

1.3 Aufbau- und Ablauforganisation stationärer Altenpflegeeinrichtungen

Aus organisationstheoretischer Sicht ist davon auszugehen, dass eine Organisation grundsätzlich „rational und effizient arbeitet und hierarchisch strukturiert ist“ (Junk, 2007, S. 34). Eine jede Organisation, sei es ein Unternehmen in der freien Wirtschaft, eine allgemeinbildende Schule oder eine Einrichtung der stationären Altenpflege, lässt sich in zwei Teilbereiche untergliedern: die Aufbau- und die Ablauforganisation. Diese Unterscheidung bezieht sich im Wesentlichen auf das dem **Aufbau zugrunde liegende innere Gefüge**, wie auch auf die dem **Ablauf innewohnenden Prozesse** der jeweiligen Organisation (vgl. Siedenbiedel, 2010, S. 11). Die Aufbauorganisation hat Einfluss auf die Strukturqualität, die Ablauforganisation auf die Prozessqualität. Für die Ergebnisqualität sind beide in gleichem Maße von Bedeutung.

1.3.1 Aufbauorganisation stationärer Altenpflegeeinrichtungen

Aufbauorganisation

Unter Aufbauorganisation versteht man die Struktur einer Organisation. Sie umfasst die verschiedenen Subsysteme (Abteilungen, Arbeitsbereiche, Arbeitsstellen etc.) und bildet den grundlegenden strukturellen Bezugsrahmen der Organisation (vgl. Fiedler, 2010, S. 5). Sie hat eher statischen Charakter und lässt sich schematisch darstellen in Form eines Organigramms, auch Organisationsdiagramm genannt.



Die Einrichtungen der stationären Altenpflege orientieren sich in der Regel an der **Linienorganisation**, d. h. es gibt eine klare Top-down-Hierarchie von der Leitungsspitze hin zur einzelnen Arbeitskraft (vgl. Müller, 2015, S. 177). In Abb. 1.7 wird in vereinfachter Form das **Organigramm einer stationären Altenpflegeeinrichtung** dargestellt. Pflegedienstleitung (PDL), Verwaltung, Hauswirtschaft (HW) und Technik sind direkt der Heimleitung unterstellt. Die Wohnbereichsleitungen (WBL) agieren auf Weisung der PDL und sind ihrerseits den Pflegekräften gegenüber weisungsbefugt. Der Bereich Hauswirtschaft beinhaltet die einrichtungseigene Küche, Wäscherei und Raumpflege oder aber die Kontrolle und Koordination der Leistungen externen Anbieter (Outsourcing). Unter der Bezeichnung Technik werden hier sowohl die EDV-Abteilung als auch Tätigkeiten der Hausmeisterei verstanden.

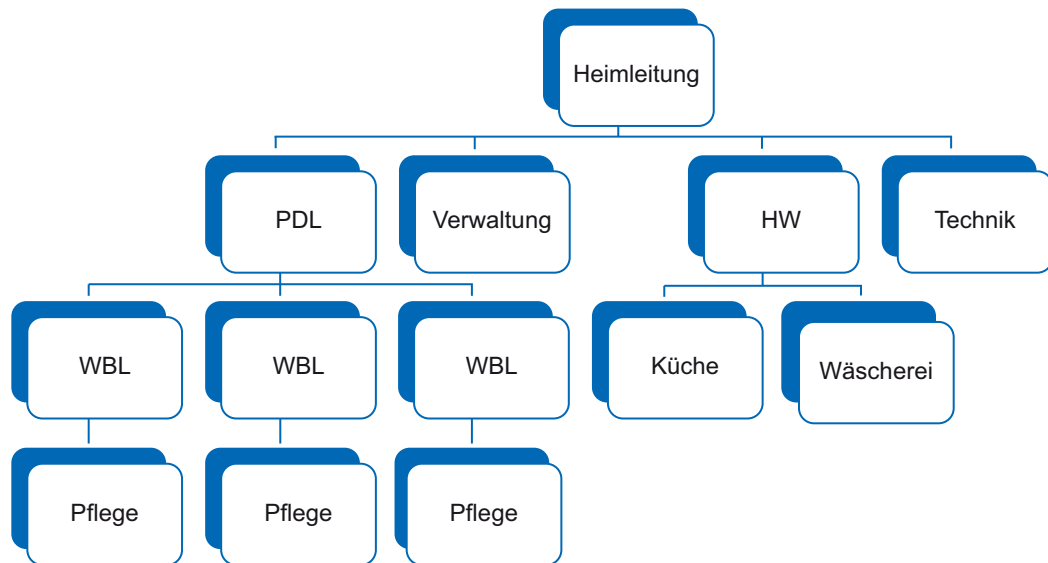


Abb. 1.6: Vereinfachtes Organigramm eines Alten- und Pflegeheims

Die Darstellung soll Ihnen einen groben Überblick über die **organisatorische Struktur in der stationären Altenpflege** vermitteln. Nicht aufgeführt sind **Stabsstellen** wie QM-, Sicherheits- oder Hygienebeauftragte, die zwar der Heimleitung unterstellt sind, aber beratende und unterstützende Funktionen inne haben. Diese so genannten Stabsstellen lassen sich im Organigramm neben der Einrichtungsleitung darstellen, wobei sie auch den unteren Hierarchieebenen gegenüber keine direkten Weisungsbefugnisse besitzen. Dennoch hat ihre „Beratung“ dort durchaus bindenden Charakter. Weiterhin ist ggf. noch die Trägerschaft aufzuführen, beispielsweise kirchliche oder gemeinnützige Träger. Die Einrichtungsleitung ist dem **Träger** oder dessen **Geschäftsführer** unterstellt. Außerdem ist der Bereich „Pflege“ in der Praxis weiter zu differenzieren, etwa in Schichtleitung, Bezugspflegekraft, Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte sowie Auszubildende. Praktikanten und Betreuungskräfte nach § 87b sind in einem detaillierten Organigramm ebenso abzubilden wie Sozialpädagogen und Spezialtherapeuten (vgl. Müller, 2015, S. 178 ff.).

Neben der klassischen **Linienorganisation** bzw. der **Stab-Linien-Organisation**, bei der die Unternehmens- oder Einrichtungsleitung auf Expertenwissen zurückgreifen muss, etwa QM- oder Datenschutzbeauftragte, die in Stabsstellen angelegt sind, wird in der neueren Literatur eine weitere Organisationsform vorgestellt: die **Matrixorganisation**. Hier handelt es sich um ein Mehrliniensystem, bei dem die gesamte Einrichtung auf ein Ziel ausgerichtet ist. Die ansonsten oftmals auftretenden Stab-Linienkonflikte werden so vermieden, „weil Teamarbeit fest in der Organisation verankert ist. Hervorzuheben ist noch das hohe Maß an Flexibilität und Reaktionsfähigkeit“ (Harms et al., 2003, S. 131). Jedoch können bei dieser Organisationsform Zeitverluste durch Kompetenzstreitigkeiten auftreten.

Übung 1.6:

Zeichnen Sie bitte das Organigramm eines Altenheims mit folgenden Merkmalen:

- kirchlicher Träger
- PDL und Stellvertretende PDL
- 5 Wohnbereiche
- Bezugspflege
- § 87b Betreuungskräfte
- Auszubildende
- interne QM- und Hygienebeauftragte
- externe Datenschutz- und Sicherheitsbeauftragte
- Spezialtherapeuten auf Honorarbasis (Musik- und Kunsttherapie)



Wenn Sie an die Aufbauorganisation einer Einrichtung der stationären Altenpflege denken, so werden Ihnen vermutlich zunächst die **betrieblichen Strukturen** einfallen. Wird der Begriff jedoch weiter gefasst, so lassen sich hier auch gesetzliche Grundlagen, finanzielle Rahmenbedingungen wie auch Zielsetzungen und Leitbilder der Einrichtung mit einbeziehen. Die Aufbauorganisation bezieht sich jedoch nicht nur auf die Abbildung der organisationalen Strukturen eines Unternehmens, sondern auch auf die **formale Gestaltung** eben dieser Strukturen:

„Aufbauorganisation steht sowohl für die Tätigkeit, die Unternehmensorganisation zu gestalten, als auch für das Ergebnis dieser Tätigkeit.“ (Loffing; Geise, 2010, S. 80)

Die **Aufbauorganisation** umfasst folgende Elemente (vgl. Müller, 2015, S. 33):

- **Ziele und Leitbild**, z.B. Pflegeleitbild, Leitbild der Einrichtung oder des Trägers
- **rechtliche Rahmenbedingungen**, z.B. SGB XI, Heimvertrag
- **wirtschaftliche Rahmenbedingungen**, z.B. Versorgungsvertrag mit Pflegekassen, Entgelte und Pflegesätze, Personalbemessung
- **betriebliche Struktur**, z.B. Organigramm, Abteilungen, Bereiche

Eine gut aufgestellte Aufbauorganisation bildet nicht zuletzt die Grundlage für eine gut funktionierende Ablauforganisation.

1.3.2 Ablauforganisation stationärer Altenpflegeeinrichtungen

Ablauforganisation

Die Ablauforganisation ist dynamischer Natur und bezeichnet die Prozesse innerhalb einer Organisation. Sie beinhaltet deren inhaltliche Gestaltung – beispielsweise Arbeitsabläufe, Stellenbeschreibungen, Einsatzpläne oder Pflegeplanung (vgl. Siedenbiedel, 2010, S. 31).



Die **Ablauf- oder auch Prozessorganisation** füllt die Strukturen der Aufbauorganisation gewissermaßen mit Inhalt. Sie bildet in raumzeitlicher Orientierung die einzelnen (innerbetrieblichen) Prozesse ab, zeigt die jeweiligen Arbeitsabläufe auf und gibt die Beziehungen zwischen den Abteilungen bzw. Personen wieder (vgl. Frodl, 2011a, S. 100). Die traditionelle Ansicht, dass die Ablauforganisation gleichsam als der Aufbauorganisation nachgeordnet anzusehen sei, ist keineswegs unumstritten. In neueren Publikationen hat sich ein anderes Verständnis durchgesetzt, da man erkannt hat, dass ein fördernder Entwicklungs- und Beziehungsprozess im direkten Zusammenhang mit der entsprechenden Pflegeorganisation, die am Pflegeprozess ausgerichtet ist, steht (vgl. Müller, 2015, S. 231).

Die **Aufgaben der Ablauf- oder Prozessorganisation** bestehen im Wesentlichen in der:

- „Festlegung der Arbeitsprozesse (Verrichtungen) unter Berücksichtigung von Raum, Zeit, Sachmitteln und Menschen
- Ermittlung der kürzesten Durchlaufwege und -zeiten bei gleichzeitiger wirtschaftlicher Auslastung
- Regelung der zeitlichen Belastung der Mitarbeiter“

(Loffing; Geise, 2010, S. 100)

Die Ablauforganisation dient somit der Optimierung von **Durchlaufzeiten** und **Auslastung**, der Einhaltung eines **termingerechten Ablaufs** sowie der **Kostensenkung** und der **Qualitätssicherung** und ist außerdem maßgeblich entscheidend für eine Erhöhung der **Kundenzufriedenheit** und eine Senkung der **Belastung der Mitarbeiter**. Für den Bereich der Pflege sind neben den Stellenbeschreibungen (hier bezogen auf inhaltliche Abläufe der jeweiligen Tätigkeiten) und den Arbeitsabläufen v. a. die **Arbeitsmodelle** von Bedeutung: Wird in der Einrichtung nach dem Konzept der **Funktionspflege**, der **Gruppenpflege** oder der **Bezugspflege** gearbeitet (vgl. Müller, 2015, S. 235 ff.)? Nicht zuletzt haben die Pflegefachkräfte neben der direkten Pflege die Pflegeorganisation und Koordination sowie die Pflegedokumentation zu bewältigen (vgl. Müller, 2015, S. 263). Je präziser diese Abläufe gefasst und abgebildet sind, desto geringer ist die Fehlerquote der Mitarbeiter.

Die **Elemente der Ablauforganisation** in einem Alten- und Pflegeheim beinhalten: (vgl. Müller, 2015, S. 34):

- **Dienstleistungsangebot**, z.B. Leistungsbeschreibung Pflege, Leistungsbeschreibung Unterkunft und Verpflegung
- **Arbeitspläne und Arbeitsziele**, z.B. Ablaufplan Früh-, Spät-, Nachtdienst, Pflegestandards
- **Personalmanagement**, z.B. Stellenbeschreibungen, Dienstpläne, Urlaubspläne, Beurteilungen
- **Haushaltsrahmen**, z.B. Personal- und Sachkostenbudget, Kosten- und Leistungsrechnung
- **Kooperation und Kommunikation**, z.B. Dienstanweisungen, Besprechungswesen, Qualitätszirkel

Aufbau- und Ablauforganisation sind im Rahmen der innerbetrieblichen Kooperation eng mit dem **Schnittstellenmanagement** verbunden, von besonderer Bedeutung im stationären Setting ist etwa die Schnittstelle zwischen **Pflege und Hauswirtschaft** zu nennen (vgl. Löser, 2008, S. 140 ff.). Um eine **optimale Arbeitsorganisation** in Ihrer Einrichtung gewährleisten zu können, ist eine **funktionierende Verzahnung von Aufbau- und Ablauforganisation** anzustreben. Für Sie als Führungskraft in der stationären Altenpflege ist es zudem wichtig, den Zusammenhang von Arbeitsorganisation und Arbeitsbelastung Ihrer Mitarbeiter nicht aus den Augen zu verlieren. So können Sie durch die Schaffung bzw. Nutzung arbeitserleichternder Strukturen und durch die Steuerung bzw. Optimierung von Prozessen die Belastung Ihrer Belegschaft signifikant reduzieren (vgl. Junk, 2007, S. 126 ff.).

Übung 1.7:

Bitte grenzen Sie die Begriffe Aufbauorganisation und Ablauforganisation inhaltlich voneinander ab.



Nachdem Sie nun die innerstrukturellen Merkmale einer stationären Pflegeeinrichtung kennengelernt haben, wird im folgenden Abschnitt auf die vertragliche Beziehung zwischen der Organisation Altenheim und der individuellen Bewohnerin abgestellt. Hierbei ist zu hinterfragen, ob bzw. inwieweit das marktwirtschaftliche Vertragsverhältnis zwischen Dienstleistungsanbieter und Dienstleistungsnachfrager auf die Beziehung zwischen Alten- und Pflegeheimen und alten und pflegebedürftigen Menschen übertragbar ist.

1.4 Bündnis oder Vertrag? Ethische Aspekte des Handlungsfeldes unter Berücksichtigung der spezifischen Vulnerabilität hochaltriger, pflegebedürftiger Personen

Als zukünftige Pflegemanager in der stationären Altenpflege müssen Sie sich mit Ihrer Einrichtung auf dem Pflegemarkt positionieren und behaupten können. Daher ist es wichtig, dass Sie in der Lage sind, nicht nur pflegfachlich, sondern auch wirtschaftlich zu denken. Die Besonderheiten wirtschaftlichen Handelns für stationäre Altenpflegeeinrichtungen werden Ihnen in Kapitel 3 vorgestellt. Hier geht es nun zunächst darum, die Besonderheiten der Vertragsbeziehung zwischen Heim und Bewohnerin aufzuzeigen.

„Stationäre Pflegeeinrichtungen erbringen eine sehr individuelle und spezielle Dienstleistung, die nur sehr schwer messbar ist. Viele Bewohner und Angehörige, welche die Dienstleistung einer stationären Pflegeeinrichtung in Anspruch nehmen, sind sich nicht bewusst, dass sie den Status eines zahlenden Kunden mit allen üblichen Verbraucherrechten haben. Aber auch den Betreibern von Pflegeeinrichtungen und deren Beschäftigten mangelt es bedauerlicherweise nicht selten an einer dienstleistungsorientierten Sicht- und Handlungsweise.“ (Trost, 2004, S. 10)

Die Öffnung unseres Gesundheitswesens für den sogenannten „freien Markt“ wurde 1996 mit der Einführung der **Kassenwahlfreiheit** eingeläutet. Damals wurde den gesetzlich Versicherten trotz bestehender Versicherungspflicht erstmals die Kundenrolle zuteil, da sie von da an – zumindest theoretisch – das Recht besaßen, sich ihre Krankenkasse selbst auszusuchen (vgl. Schwartz et al., 2012, S. 354). Allerdings ist seither zu be-

obachten, dass in der Praxis gerade älteren und multimorbiden Patienten der Zugang zu vielen Kassen verwehrt bleibt, da diese trotz geltendem Kontrahierungszwang solch „schlechte Risiken“ – sprich kostenintensive Versicherte – schlichtweg nicht aufnehmen. Die Marktöffnung sollte, das Ende sozialstaatlichen Paternalismus einläutend, zum einen den Wettbewerb unter den Leistungsanbietern in Gang setzen, zum anderen sollte die Position der Patienten gestärkt werden. Die **traditionelle Rolle der unmündigen Kranken**, die die Behandlungen der professionellen Helfer passiv erdulden und sich dem ärztlichen oder pflegerischen Wissensmonopol widerspruchslos unterordnen, sollte so einem dem allgemeinen Zeitgeist entsprechenden Bild der **mündigen, gleichberechtigten Kunden** weichen, die nach marktwirtschaftlichem Vorbild das für sie günstigste Angebot unter vielen auswählen und gleichberechtigt eine gesundheitsbezogene Dienstleistung nachfragen bzw. in Anspruch nehmen (vgl. Rodegast, 2010, S. 19).

1.4.1 Kundensouveränität und Gesundheitsmarkt

Das zu Beginn dieses Unterkapitels angeführte Zitat von Trost zielt darauf ab, dass Bewohner und Angehörige sich ihrer Stellung als „zahlende Kunden“ nicht bewusst seien. Grundlegend für die **Geschäftsbeziehung** zwischen stationärer Pflegeeinrichtung und Bewohnern bzw. Angehörigen ist der **Heimvertrag**. Hier werden die Vereinbarungen zwischen dem Heim als Anbieter und dem Pflegebedürftigen als Nachfrager schriftlich fixiert. Das seit dem 01.10.2009 geltende **Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG)** schreibt in § 3 bereits eine **vorvertragliche Informationspflicht, der Einrichtung** vor. Hier sind den zukünftigen Bewohnern in „leicht verständlicher Sprache“ das allgemeine Leistungsangebot, Inhalt und Umfang der Leistungen, Entgelte und Ergebnisse der MDK-Qualitätsprüfung darzulegen (vgl. § 3 WBVG). So soll ein Höchstmaß an **Transparenz** für den Pflegebedürftigen erreicht und die Möglichkeit zum Vergleich verschiedener Einrichtungen geboten werden.

Es ist hier allerdings zu fragen, ob bzw. inwieweit pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen tatsächlich als souveräne Verbraucher angesehen werden können, die gleichsam am Gesundheitsmarkt Dienstleistungen „einkaufen“. Hier ist es zunächst zweckmäßig, den Begriff „**Kunde**“ näher zu beleuchten. Unter Kunden versteht man **selbstbestimmte und souveräne Marktteilnehmer**, die ihren Wünschen und Bedürfnissen folgend „Kaufentscheidungen [treffen, die, Anmerkung des Verfassers] durch das gegebene Angebot, die eigene Zahlungsfähigkeit und -bereitschaft und die eigene Willensbildung bestimmt werden“ (Fischer; Sibbel, 2011, S. 51). Mit Bezug auf die Beziehung von Leistungsanbietern und -nachfragern innerhalb des Gesundheitssystems lassen sich berechnete Zweifel anführen, ob eine unreflektierte **Übertragbarkeit des Kundenbegriffs** auf die Patientenschaft angemessen bzw. legitim sein kann (vgl. Dierks et al., 2001, S. 20). In diesem Kontext sind drei Faktoren ausschlaggebend (vgl. Fischer; Sibbel, 2011, S. 129 f.):

- Die **Inanspruchnahme** der gesundheitsbezogenen Dienstleistung erfolgt in aller Regel **unfreiwillig** – Menschen sind schließlich nicht freiwillig krank und/oder pflegebedürftig.
- **Informations- bzw. Wissensasymmetrie:** Leistungsanbieter verfügen über einen erheblichen Wissens- und Informationsvorsprung dem Patienten gegenüber, was Art, Umfang und Qualität der nachgefragten Leistung angeht.

- **Rationalitätsprämisse greift nicht:** Der Nachfrager hat keinen Überblick über die Preisgestaltung. Der Preis ist nicht ausschlaggebend für die Entscheidungsfindung (vorausgesetzt, die gewünschte Leistung ist in dem Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten).

In Bezug auf das **Arzt-Patienten-Verhältnis** lässt sich Folgendes feststellen:

„Wichtig ist die Tatsache, dass der einzelne Versicherte im Rahmen der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung in zweifacher Hinsicht nicht über die wesentlichen Merkmale eines **souveränen Kunden** verfügt: Zum Einen kann er sich bei einer schweren Erkrankung kaum den völligen ‚Konsumverzicht‘ medizinischer Dienstleistungen erlauben; er hat also keine Kundensouveränität gegenüber dem Arzt. Zum Anderen kann der Patient den **Preis** für die erbrachten Leistungen nicht wie in einem durch Angebot und Nachfrage ideal geregelten Markt durch direkte Verhandlungen mit dem Arzt beeinflussen. Vielmehr muss er Monat für Monat einen fest stehenden Beitrag an die Krankenkasse überweisen lassen (...).“ (Bauer, 2004, S. 2)

Diese Aussage ist so auch auf das Verhältnis von Pflegebedürftigen und Pflegenden bzw. Pflegeeinrichtung übertragbar, auch ihnen steht etwa die sogenannte **Exit-Option** („Konsumverzicht“) nicht offen. Eine **Gleichsetzung von Patienten/Pflegebedürftigen und Kunden** ist auch hier nicht uneingeschränkt zulässig. Eine weitere Besonderheit des Gesundheitsmarktes im Vergleich zu anderen Märkten liegt darin, dass das Prinzip von Angebot und Nachfrage hier wesentlich komplexer ist. Es ist keine direkte **Kostenübernahme** durch die Patienten bzw. Pflegebedürftigen gegeben, vielmehr werden die Kosten für eine gesundheitsbezogene Dienstleistung von den gesetzlichen oder privaten Krankenkassen übernommen, in die wiederum die Pflegebedürftigen/Patienten als Versicherte einen monatlichen Beitrag einzahlen (vgl. Fischer; Sibbel, 2011, S. 34 ff.).

Das Postulat der **autonomen und mündigen Patienten** sollte eine Abkehr vom passiven Objekt des leidenden und duldsamen Kranken hin zum handelnden Subjekt des mitbestimmenden Partners im Behandlungsprozess – Stichwort: Shared-Decision-Making (also die gemeinsame Entscheidungsfindung von Patient und Behandler) – einläuten (vgl. Dierks et al., 2001, S. 7 ff.). Im Falle alter und pflegebedürftiger Menschen stellt sich jedoch die Frage, ob sie nicht in besonderem Maße auf **Schutz und Fürsorge** angewiesen und daher gar nicht oder zumindest nur sehr eingeschränkt als selbstbestimmte (Vertrags-)Partner anzusehen sind (vgl. Fischer; Sibbel, 2011, S. 132). Es besteht ein Macht- und Informationsgefälle, eine **Asymmetrie in der Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden**, was sich durchaus mit dem in der Arzt-Patienten-Beziehung vergleichen lässt. Somit ist bei der Gestaltung einer vertraglichen Beziehung mit einem alten und/oder pflegebedürftigen Menschen stets dessen besondere Schutzbedürftigkeit zu beachten. Zudem sei angemerkt, dass das eher theoretische Konstrukt des „mündigen Patienten“ wie auch des „mündigen Kunden“ in der wissenschaftlichen Literatur durchaus kontrovers diskutiert wird (vgl. Pundt, 2014, S. 22 ff.).

Übung 1.8:

Bitte recherchieren Sie, wie Alten- und Pflegeheime sich heutzutage in der Öffentlichkeit präsentieren (Bsp. Homepage). Achten Sie besonders darauf, welches Bild von den (zukünftigen) Bewohnern dem innewohnen könnte.



1.4.2 Ethik in der Pflege

„Ethik ist die Reflexion von Moral. Ethik gibt die theoretische Seite der Sittlichkeit an, Moral hingegen die praktische.“ (Lay, 2012, S. 17)

Pflegekräfte unterliegen wie Ärzte besonderen moralisch-ethischen Pflichten bei ihrer Arbeit mit kranken Menschen. **Kranke und Pflegebedürftige** gelten als in besonderem Maße **schutzbedürftig**. Von daher gelten gemäß der „hippokratischen Medizinethik“ folgende **Anforderungen an pflegerische Einrichtungen und ihre Mitarbeiter** (vgl. Büssing; Glaser, 2003, S. 11 ff.):

- Loyalität gegenüber dem Pflegebedürftigen
- Handeln an Interessen des Pflegebedürftigen ausrichten
- Primat des Wohlergehens des Pflegebedürftigen gegenüber eigenen ökonomischen Interessen
- Schweigepflicht

Für die Arbeit in der Pflege ist die **ethische Reflexion** des eigenen Handelns sowie der Beziehung zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigem unabdingbar. Im Jahre 1953 verabschiedete der ICN (International Council for Nurses) erstmals einen **Ethikkodex für Pflegende**, der in den nachfolgenden Jahren immer wieder überarbeitet worden ist, so u. a. auch von dem DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe). **Der Kodex umfasst vier Elemente** (vgl. ICN, 2012, S. 2 ff.):

- Pflegende und ihre Mitmenschen
- Pflegende und die Berufsausübung
- Pflegende und die Profession
- Pflegende und ihre Kollegen

Im vorliegenden Kontext ist v. a. interessant, dass in dem Kodex explizit festgeschrieben wird, dass Pflegende in erster Linie dem Wohl des zu Pflegenden verpflichtet sind:

„Die grundlegende professionelle Verantwortung der Pflegenden gilt dem pflegebedürftigen Menschen.“ (ICN, 2012, S. 2)



Ethik der Pflege

Die Ethik der Pflege stellt keine „Unterart“ der Medizinethik dar, sondern ist vielmehr eine „eigenständige Bereichsethik“, die zwischen den Bereichen Medizin und Soziale Arbeit anzusiedeln ist und die vier Handlungsfelder der Pflege – Pflegepraxis, Pflegemanagement, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft – moralisch-ethisch reflektiert (vgl. Lay, 2012, S. 106).

Die Entwicklung der Pflegeethik wäre ohne den Prozess der Professionalisierung der Pflege nicht denkbar gewesen. So lässt sich die **Entwicklung der Pflegeethik in drei Phasen unterteilen** (vgl. Arn; Weidmann-Hügler, 2009, S. 55):

- **1. Phase (bis 1950):** Verhaltenskodex mit dem Ziel der Professionalisierung
- **2. Phase (bis 1980):** Ethischer Berufskodex und Pflegeselbstverständnis mit dem Ziel, moralische Implikationen von Theorien pflegerischen Handelns zu entwickeln und zu erfassen
- **3. Phase (bis heute):** Begründung der Pflegeethik im engeren Sinne mit dem Ziel: Pflegeethik als Postulat der Pflegewissenschaft und der Pflegeforschung

Die Pflegeethik hat nachweisbar mit zunehmender **Akademisierung der Pflege** an Bedeutung gewonnen, wobei sie anfänglich weitgehend mit **Ethik der Krankenpflege** gleichgesetzt wurde, während die **Ethik in der Altenpflege** erst in neueren Publikationen mit einbezogen wird (vgl. Lay, 2012, S. 129). Es gibt jedoch hinsichtlich der ethischen Fragestellungen durchaus unterschiedliche Gewichtungen in der eher akuten Krankenpflege und in der zumeist langfristigen Altenpflege. Die Abb. 1.7 verdeutlicht die in der Altenpflege typischerweise auftretenden Spannungsfelder.

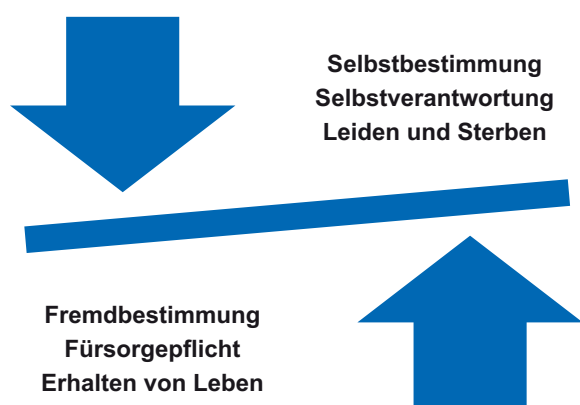


Abb. 1.7: Ethische Spannungsfelder in der Altenpflege (vgl. Kreimer, 2004, S. 124)

Als (zukünftige) Führungskraft in der stationären Pflege werden Sie tagtäglich mit diesen Spannungsfeldern konfrontiert. Sie sind außerdem Ansprechpartnerin für Mitarbeiter und Angehörige, wenn es um ethische Fragestellungen geht. Belastete Angehörige können durch Einzelgespräche und Gesprächsgruppen unterstützt werden. Die Belastungen der Pflegekräfte können durch Teamsitzungen, Fallbesprechungen, Supervision und Mitarbeitergespräche (zumindest größtenteils) kompensiert werden.

Übung 1.9:

Bitte beziehen Sie Stellung zu der Aussage: Pflegeethik geht über Berufsethik hinaus.



1.5 Kooperation und Vernetzung

Aspekte wie Kostendruck, Marktöffnung, Qualitätssicherung und Patientenorientierung sowie gesetzliche Neuerungen haben dazu geführt, dass Akteure des Gesundheitssystems in zunehmendem Maße miteinander kooperieren. Neben der Standardisierung der Behandlung einzelner Krankheitsbilder, etwa der Disease Management Programme, und

der Einrichtung von Behandlungspfaden (Clinical Pathways) in den Krankenhäusern, nimmt auch im Bereich der institutionalisierten Altenpflege die Kooperation einzelner Anbieter interdisziplinär sowie über die Grenzen der Versorgungssettings – ambulant, stationär oder teilstationär – hinweg zu. Im Mittelpunkt von Kooperation und Vernetzung steht die optimale Behandlung bzw. Betreuung des Pflegebedürftigen bzw. Kranken ebenso wie eine Optimierung des Einsatzes finanzieller und personeller Ressourcen der Leistungsanbieter und Kostenträger (vgl. Marzinzik et al., 2010, S. 69). Ziel ist es, mangelndem Informationsfluss, mangelnder Transparenz und Dokumentation des Therapie- und Pflegeplans ebenso entgegenzuwirken wie einem fehlenden oder fehlerhaften fachlichen bzw. persönlichen Austausch zwischen den einzelnen Anbietern, der den Pflegebedürftigen und/oder Kostenträger zum Nachteil gereicht (vgl. Schewior-Popp, 2004, S. 118). Hier gilt es, auch die **Rolle der Pflege** auszuloten und zu bestimmen – Stichwort: Pflegekonferenzen (vgl. BGW, 2007, S. 123 ff.).

1.5.1 Kooperation mit anderen Anbietern

Als zukünftige Führungskraft oder Einrichtungsleitung liegt Ihr Hauptaugenmerk auf einer möglichst optimalen Versorgung und Betreuung „Ihrer“ Bewohner. Um dies gewährleisten zu können, arbeiten Sie mit anderen Anbietern, von deren Leistungsqualität Sie überzeugt sind, zusammen. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie zumindest ein Stück weit **eigene professionelle Grenzen akzeptieren** und Verantwortung abgeben können müssen. Denn eine allumfassende Zuständigkeit einer Pflege mit falsch verstandenem, ganzheitlichem Anspruch kann sich eher kontraproduktiv auf eine interprofessionelle Kooperation auswirken (vgl. Schewior-Popp, 2004, S. 119 ff.).



Kooperation

Unter Kooperation versteht man die auf ein gemeinsames Ziel gerichtete Abstimmung von Arbeitsabläufen. Im hier vorliegenden Kontext kann Kooperation

„als ein Verfahren verstanden werden, bei dem im Hinblick auf geteilte oder sich überschneidende Zielsetzungen durch Abstimmung der Beteiligten eine Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösungskompetenz erreicht werden soll.“ (Ballsieper et al., 2012, S. 56)

Es lassen sich prinzipiell **drei Kooperationsformen** unterscheiden (vgl. Loffing; Geise, 2010, S. 45):

- **horizontale Kooperation:** Zusammenschluss von „Unternehmen einer Branche“
- **vertikale Kooperation:** Zusammenschluss von Unternehmen „verschiedener Produktionsstufen“
- **diagonale Kooperation:** Zusammenschluss von Unternehmen unterschiedlicher Branchen bzw. von „Unternehmen, die sich auf nicht aufeinander aufbauenden Produktionsstufen“ befinden

Vorteile für die Bewohner

Durch Kooperation erweitern Sie nicht zuletzt das **Spektrum an Dienst-, Versorgungs- und Betreuungsleistungen**, das den Bewohnern Ihrer Einrichtung zur Verfügung gestellt werden kann. Es handelt sich in den Bereichen „soziale Teilhabe“, „Körperpflege“ und „sozio-kulturelle Angebote“ überwiegend um eine **diagonale Kooperation**; während in den Bereichen der medizinischen und der therapeutischen Versorgung eher eine **vertikale Kooperation** vorzufinden ist (vgl. Loffing; Geise, 2010, S. 44 ff.). In Abb. 1.8 sind in diesem Zusammenhang in Frage kommende Bereiche exemplarisch aufgeführt.



Abb. 1.8: Bewohnerbezogene Kooperationsbereiche der stationären Altenpflege

Die Zusammenarbeit mit Angehörigen und Nachbarn, Kirchen und Sozial- und Beratungsdiensten ermöglicht die Teilhabe der Bewohner am **sozialen Leben**. In diesem Zusammenhang ist auch der Aufbau eines „Freiwilligen-Netzwerks“ von Bedeutung. Menschen, die in ihrer Freizeit unentgeltlich Betreuungsleistungen erbringen oder sich ihren Fähigkeiten entsprechend anderweitig ehrenamtlich einbringen, sind in vielen Einrichtungen kaum noch wegzudenken.

Die **medizinische Versorgung** können Sie durch eine Zusammenarbeit mit Arztpraxen relevanter Fachrichtungen optimieren, wobei hier neben einem reibungslosen Verordnungsablauf auch Wert darauf zu legen ist, dass Hausbesuche ohne langes „Gebettel“ seitens der Einrichtung erfolgen und darauf, dass seitens der Mediziner ein freundlicher, zugewandter und empathischer Umgang mit den alten Menschen gepflegt wird.

Um die **therapeutische Versorgung** Ihrer Bewohner sicherzustellen, kooperieren Sie mit Therapeuten unterschiedlicher Fachrichtungen, etwa Physio- und Psychotherapeuten oder Logopäden.

Zur optimalen Abdeckung des Bereichs **Körperpflege** arbeiten Sie mit Friseuren, Kosmetikern und Podologen zusammen, die auf die besonderen Bedürfnisse Ihrer Bewohner eingehen können.

Bei der Durchführung von Ausflügen oder anderweitigen Unternehmungen besteht möglicherweise eine Kooperation mit einem Fahrdienst, einem Bus- oder Reiseunternehmen, das sich auf die betagte Kundschaft spezialisiert hat. Vielleicht haben Sie auch im unmittelbaren Umfeld kulturelle Einrichtungen für eine Zusammenarbeit gewinnen können und so für Ihre Bewohner Vergünstigungen, Sonder- oder Zusatzleistungen erwirkt, damit sie am **kulturellen Leben** im Quartier teilhaben können.

Vorteile für die Einrichtung

Nicht alle Kooperationen sind ausschließlich auf die Pflegebedürftigen bezogen. Vielmehr sind beispielsweise auch **diagonale Kooperationen** mit Schulen, Weiterbildungseinrichtungen und Ausbildungsbetrieben für Alten- und Pflegeheime durchaus von Interesse. Eine Kooperation mit Schulen (Schnuppertage, Praktika, gemeinsame Veranstaltungen etc.) kann sich positiv auf das Image der Altenpflege im Allgemeinen sowie der betreffenden Einrichtungen im Besonderen auswirken und so die Personalgewinnung erleichtern (vgl. Ulatowski, 2013, S. 58). Wichtig sind auch Kooperationen zugunsten der Belegschaft, als z. B. mit Weiterbildungseinrichtungen, Sportvereinen oder Kindertagesstätten, um so die Arbeitsbedingungen zu verbessern – man denke etwa an rückschonendes Arbeiten oder die Vereinbarkeit von Beruf und Familie (vgl. Ulatowski, 2013, S. 101). Allerdings will auch die Fähigkeit, Kooperationen einzugehen und erfolgreich zu gestalten, gelernt sein. Von daher sollte bereits die Altenpflege-Ausbildung auch auf die Kooperationsfähigkeit ausgerichtet werden (vgl. Schewior-Popp, 2004, S. 125).

Hinweis: Verblisterung von Medikamenten

Im Bereich der **medizinischen Versorgung** sind nicht nur Ärzte aller Fachrichtungen, Othopädie- und Zahntechniker sowie Sanitätshäuser als Kooperationspartner von Interesse, sondern gerade auch Apotheken. Hier wäre neben der bedarfsgerechten und zeitnahen Medikamentenversorgung auch die **patientenindividuelle Verblisterung von Medikamenten** zu nennen. Ein möglicherweise vielversprechender Ansatz, auch wenn Erfahrungsberichte vorliegen, nach denen die tatsächliche Zeiterparnis nicht ganz den Erwartungen entspricht (vgl. DBfK, 2011, S. 3) und es nach wie vor strittig ist, ob bzw. inwieweit sich dadurch die Fehlerquote auf Seiten des Personals senken wie auch die Compliance auf Seiten der Bewohner erhöhen lassen.

Weiterführende Informationen zu diesem Thema finden Sie in entsprechenden Positionspapieren, beispielsweise unter: <http://www.aon.media/rvjzrk>

sowie in einer Stellungnahme des Bundesverbands Patientenindividueller Arzneimittelverblisterer e.V. (BPAV) unter: <http://www.aon.media/c5h26o>.

Zudem kann eine **horizontale Kooperation** mit anderen Altenheimen, eine **vertikale Kooperation** mit Pflegediensten oder Anbietern von betreutem Wohnen und Senioren-WGs durchaus für alle Beteiligten von Vorteil sein, wie Beispiel 1.2 verdeutlicht.

Beispiel 1.2:

Sie nehmen in Ihrer Einrichtung die 89-jährige Frau Schmitt auf, bei der im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes eine Demenz diagnostiziert wurde. Bereits nach dreiwöchigem Aufenthalt in Ihrer Einrichtung haben Sie und Ihr Team den Verdacht, dass es sich dabei um eine Fehldiagnose handeln könnte, weil die entsprechenden Symptome immer weiter abklingen. Sie veranlassen eine fachärztliche Untersuchung durch eine Fachärztin für Psychiatrie. Ergebnis: Frau Schmitt hatte aufgrund mangelnder Flüssigkeitszufuhr lediglich an vorübergehenden Zuständen der Verwirrtheit gelitten; es liegt allerdings eine mittelgradige Depression vor. Die Ärztin verordnet ein Antidepressivum, das Frau Schmitt gut verträgt. Im Rahmen der nächsten Teamsitzung wird beschlossen, Frau Schmitt von einer Ergotherapeutin behandeln zu lassen. Die Bezugspflegerin organisiert eine ehrenamtliche Betreuungskraft, die zweimal pro Woche kleinere Spaziergänge mit der alten Dame unternimmt, und entwickelt mit den Kindern und Enkelkindern einen Besuchsplan, nach dem Frau Schmitt jeden Sonntag zum Kaffeetrinken Besuch bekommt. Frau Schmitt, gelernte Floristin, übernimmt den Blumendienst in ihrem Wohnbereich und beteiligt sich aktiv an der Gartengestaltung. Zusammen mit einigen Mitbewohnerinnen aus ihrem Wohnbereich fährt Frau Schmitt für 10 Tage an die Ostsee in eine auf Senioren abgestimmte Ferienpension. Schließlich ist sie so aktiv und selbstständig geworden, dass Sie gemeinsam mit der Bezugspflegerin Frau Schmitt fragen, ob sie nicht in die an das Heim angegliederte Service-Wohnung umziehen möchte. Sie schaut sich die Räumlichkeiten an, möchte jedoch nicht mehr allein in einer Wohnung leben. Daraufhin halten Sie Rücksprache mit dem Anbieter einer Senioren-WG und der Leitung eines ebenfalls mit Ihrer Einrichtung kooperierenden Pflegedienstes. Nach mehreren Gesprächen mit ihren Angehörigen und ihrer Bezugspflegerin entscheidet sich Frau Schmitt für einen Umzug in die WG. Sie stimmen sich mit der Leitung des



Pflegedienstes ab, der Frau Schmitt fortan einmal täglich betreut, um ausreichend Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr sowie eine regelmäßige Medikamenteneinnahme sicherzustellen.

Beispiel 1.2 zeigt, dass die **horizontale** und die **vertikale Kooperation mit anderen Anbietern** nicht nur der betreffenden Bewohnerin zu Gute kommen. Vielmehr wird Ihrer Einrichtung eine Fehlbelegung erspart und Sie können den anderen Anbietern gegenüber Ihre Kompetenz und Ihr Engagement unter Beweis stellen. Dies stärkt das Ansehen Ihrer Einrichtung, d.h. wenn Ärzte, Pflegedienst oder Service-Wohnungen Patienten eine stationäre Pflegeeinrichtung empfehlen, dann würde wohl der Name Ihres Heims fallen. Dies fördert wiederum die Wettbewerbsfähigkeit Ihrer Einrichtung und dient damit letztlich auch der wirtschaftlichen Existenz Ihres Heimes. Letztere liegt natürlich ebenfalls im Interesse der in Ihrer Einrichtung lebenden Menschen. Deutlich wird auch, dass gerade die Pflege im Rahmen kooperativer Versorgungsmodelle eine wichtige Rolle einnehmen kann. Allerdings muss bislang festgestellt werden, dass die **Kooperation zwischen Krankenhäusern und Alten- und Pflegeheimen** oftmals noch Verbesserungspotenzial aufweist.

„Mit der Vernetzung der Leistungsbereiche der Alten- und Krankenpflege in der Praxis wird eine kontraproduktive Abschottung der Arbeitsbereiche verhindert. Gemeinsame und sich gegenseitig ergänzende Kompetenzen können somit sinnvoll und effizient genutzt werden.“ (BGW, 2007, S. 17)



Übung 1.10:

Nennen Sie bitte die Merkmale der horizontalen, der vertikalen und der diagonalen Kooperation.

1.5.2 Vernetzung

Eine Sonderform der Kooperation stellt die Vernetzung verschiedener Anbieter dar. Die Zielsetzung besteht darin, die Behandlungsqualität zu verbessern und, wenn möglich, die Behandlungskosten zu reduzieren.



Vernetzung

Unter Vernetzung versteht man:

„eine besondere Form der Kooperation zwischen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen, die rechtlich selbstständig bleiben, aber im Bereich des Netzwerks ihre wirtschaftliche Selbstständigkeit aufgeben, um dadurch effektiver und effizienter zu handeln. Zweck eines Netzwerks ist es, fragmentiertes Handeln der Leistungsanbieter zu überwinden, indem die Leistungen zielgerichtet koordiniert werden. Hauptziel ist dabei das Wohl des Patienten. Ein Nebenziel besteht darin, die Wettbewerbsfähigkeit der Netzmitglieder sicherzustellen.“ (Bechtel; Smerdka-Arhelger, 2012, S. 162)

Auch innerhalb einer Pflegeeinrichtung sind vernetztes Denken und Arbeiten unentbehrlich. Hier sind verschiedene Arbeitsfelder aufeinander abzustimmen. Die **interne**

Vernetzung in Alten- und Pflegeheimen umfasst **folgende Bereiche** (vgl. Ballsieper et al., 2012, S. 59):

- Pflegedienst (Fach- und Hilfskräfte, WBL, PDL)
- soziale Betreuung und Betreuungsassistenz
- Hauswirtschaft
- Verwaltung
- Haustechnik

Als Führungskraft nehmen Sie dabei neben der formalen und inhaltlichen Leitung vor allen Dingen kommunikative Aufgaben wahr, indem Sie etwa dafür sorgen, dass allen Beteiligten zeitnah und vollständig die jeweils notwendigen Informationen vorliegen. Von besonderer Bedeutung für eine optimale Versorgung der Bewohner ist v. a. die Kooperation zwischen den Bereichen Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft.

Die **interdisziplinäre Vernetzung** bezieht sich in der stationären Altenpflege auf **drei Ebenen** (vgl. Brandenburg; Klie, 2003, S. 229):

- **Ebene 1** umfasst die am Pflegeprozess Beteiligten. Hierunter fallen neben den Pflegekräften alle Personen, die direkt mit der Behandlung und Betreuung der Bewohner befasst sind.
- **Ebene 2** bezieht sich auf die jeweiligen Kostenträger. Hierunter fallen v. a. die Kranken- und Pflegekassen, aber auch Träger von Transferleistungen (Rente, Sozialhilfe etc.).
- **Ebene 3** stellt auf die sozialen Netzwerke der Bewohner ab. Hierunter fallen die Angehörigen und Freunde, Nachbarn oder Mitbewohner.

Die **externe Vernetzung** bezieht sich auf verschiedene Anbieter und Akteure im Gesundheitswesen. Hierdurch soll eine möglichst optimale Gesundheitsversorgung erreicht werden, wobei als Kriterien für eine solche der Zeitpunkt, der Ort sowie die Art und Weise der Versorgung gelten. Dies bedeutet, dass die Betroffenen rechtzeitig und, wenn möglich schon präventiv, von einem geeigneten Anbieter nach dem aktuellen Wissensstand versorgt werden sollen (vgl. Ballsieper et al., 2012, S. 54). Nachteilig ist, dass diese Versorgungsnetzwerke sich durch hohe Anforderungen bzw. einen hohen Arbeitsaufwand auszeichnen, der nicht zuletzt durch das **Netzwerkmanagement** und Selektion von Netzwerkpartnern (vgl. Amelung et al., 2009, S. 14) sowie durch das interne und externe Informationsmanagement des Netzwerks entsteht. Nicht selten besteht ein Ungleichgewicht zwischen den einzelnen Netzwerkmitgliedern in dem Sinne, dass das Netzwerk von einer oder mehreren Parteien dominiert wird (vgl. Amelung et al., 2009, S. 104 ff.). Relevante Vernetzungsformen im Kontext der stationären Altenpflege sind insbesondere die integrierte Versorgung, das Case-Management und das Überleitungsmanagement.

Integrierte Versorgung (IV)

Die integrierte Versorgung nach § 140 SGB V sieht eine „verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung (...)“ vor (§ 140a Abs. 1 SGB V). Dies bezieht sich zunächst auf die Pa-

tientenversorgung in den stationären und ambulanten Einrichtungen der GKV (Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte etc.). Für **Einrichtungen der ambulanten und der stationären Pflege** ist im SGB XI darüber hinaus Folgendes festgelegt:

„Die Pflegekassen können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und den weiteren Vertragspartnern nach § 140b Abs. 1 des Fünften Buches Verträge zur integrierten Versorgung schließen oder derartigen Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner beitreten.“ (§ 92b Abs. 1 SGB XI)

Durch die Einführung der IV sollte die bestehende Vereinzelung der verschiedenen Leistungsbereiche überwunden werden. Neben der Qualitätssicherung sind hier auch Aspekte der Kostensenkung – beispielsweise durch die Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen – von Bedeutung. Die Bezahlung der jeweiligen Leistungen wird von den Netzwerkmitgliedern im Rahmen der mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütung weitgehend eigenständig geregelt. Werden durch die Optimierung der Versorgungsabläufe Ausgaben gespart, so kann das Netzwerk über diese Mittel verfügen. Die Mitgliedschaft in dem Netzwerk ist in der Regel kostenpflichtig und wird durch eine Beitragsordnung geregelt (vgl. DGIV, 2011, S. 1). Einrichtungen der stationären Altenpflege können durch das Eingehen sogenannter **assoziierter Partnerschaften** mit den IV-Mitgliedern ebenfalls von der IV profitieren. Das jeweilige Heim schließt in dem Fall einen **Kooperationsvertrag mit den IV-Versorgern**. So kann die Vergütung der Pflegeleistungen durch die IV erfolgen, wodurch sich dem Heim ein weiterer finanzieller Horizont eröffnen kann; oder aber die Einrichtung rechnet weiterhin mit der Pflegekasse ab, bekommt aber von den IV-Partnern alle in Frage kommenden Patienten zugewiesen (vgl. Müller, 2005, S. 8).

Case-Management

Case-Management (CM) – zu Deutsch: Fallmanagement – bezeichnet ein Handlungskonzept, bei dem ein so genannter Case-Manager den Ablauf der Versorgung durch (verschiedene) Leistungsanbieter plant, steuert und überprüft. **Kennzeichnend für das CM sind** (vgl. Nussbaumer, 2015, S. 37 ff.):

- Ausrichtung am Einzelfall
- Steuerung der Hilfeleistungen im regionalen Versorgungsgefüge
- Transparenz des Verfahrens
- Subsidiarität der Versorgung
- aufeinander abgestimmte Hilfeleistungen
- Sicherung einer kontinuierlichen und bedarfsgerechten Versorgung

Ein Case-Manager kann dem Klienten gegenüber verschiedene Rollen und Funktionen einnehmen, etwa kontrollierend, steuernd oder anwaltlich-beratend. CM zeichnet sich durch einen **prozesshaften Verlauf** aus, der im Wesentlichen **sechs Phasen** umfasst (vgl. Nussbaumer, 2015, S. 43):

- Auswahl des Patienten (Intake)
- Assessment (Bedarf einschätzen)
- Planung der Versorgungsmaßnahmen
- Implementierung des Versorgungsplans

- Überwachung der Durchführung (Monitoring)
- Evaluation und ggf. Re-Assessment

Die Ziele liegen auch im Falle des CM in der Qualitätsverbesserung von Behandlung und Versorgung sowie in der Steigerung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses der Versorgungsabläufe (vgl. Wendt, 2011, S. 25). Für **Altenpflegeeinrichtungen** ist CM ein **wichtiges Instrument**, um die Versorgung der Bewohner innerhalb des Heims wie auch in anderen Einrichtungen, etwa Krankenhäusern oder Reha-Kliniken, oder bei ambulanten Anbietern, Haus-, Fach- oder Zahnärzten z. B., zu koordinieren. So sind etwa die akutmedizinische Versorgung sowie präventive, palliative, rehabilitative und sozial flankierende Maßnahmen und (seniorengerechte) Wohnraumanpassung aufeinander abzustimmen (vgl. Wendt; Löcherbach 2011, S. 20).

Überleitungsmanagement

Das Überleitungsmanagement dient dazu, Lücken in der Versorgungskette zwischen verschiedenen Einrichtungen zu schließen und einen möglichst vollständigen Informationsfluss zu gewährleisten. **Krankenhäuser** sind nach § 11 Abs. 4 sowie § 39 Abs. 1 SGB V zum Überleitungsmanagement verpflichtet, d.h. die Patienten haben einen Anspruch darauf, dass die Krankenhäuser sich bei anstehenden Versorgungsproblemen nach der Entlassung an der Organisation und Planung der ambulanten Versorgung beteiligen. Dieses Entlassungs- oder Überleitungsmanagement hat durch examinierte und entsprechend ausgebildete **Pflegekräfte** zu erfolgen (vgl. § 11 Abs. 4 SGB V). Hierzu zählt im Bedarfsfall auch die Abklärung der Finanzierung, so ist nach Möglichkeit schon während des Krankenhausaufenthalts ein Pflegegrad zu beantragen sowie die Organisation benötigter Hilfsmittel vor Ort, das Aufzeigen von Möglichkeiten der Wohnraumanpassung und die sozialrechtliche Beratung zu regeln (vgl. Lienker, 2012, S. 14).

Für Einrichtungen der **stationären Altenpflege** ist v. a. das Konzept der **Pflegeüberleitung** relevant. Diese ist in den Pflegeprozess zu integrieren, Ziel ist eine einrichtungsübergreifende und kontinuierliche pflegerische Versorgung.

„Die Pflegeüberleitung koordiniert die Aufgaben und Abläufe aller an der Wohnerversorgung beteiligten Stellen in einem systematisch geführten, kooperativen Prozess über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg.“ (Allgeyer, 2010, S. 9)

Zu den **Aufgaben der Pflegeüberleitung** gehört die Unterstützung der Betroffenen in Übergangssituationen, wie z.B.:

- „Einzug aus dem Häuslichen Bereich
- Einzug über Krankenhaus oder Rehabilitationsklinik
- Umzug innerhalb der Einrichtung
- Einweisung in und Entlassung aus dem Krankenhaus (...)
- Auszug aus einer anderen Pflegeeinrichtung“

(Allgeyer, 2010, S. 14)

Hier ergeben sich also Handlungsfelder in den Bereichen der internen wie auch der externen Vernetzung. Für Sie als Führungskraft in der **stationären Altenpflege** ergibt sich überdies die Möglichkeit, Ihre Einrichtung durch Engagement, Kompetenz und Organisationsvermögen innerhalb der vernetzten pflegerischen Versorgung möglichst vorteilhaft zu positionieren. Dies bedeutet nicht zuletzt, dass dem professionellen Schnittstellenmanagement gerade im Schnittstellenbereich Krankenhaus und Altenpflegeeinrichtung bzw. zwischen Altenpflegeeinrichtung und ambulanter Versorgung eine hohe Bedeutung beizumessen ist (vgl. Conzen et al., 2016, S. 214).



Übung 1.11:

Recherchieren Sie bitte, welche Versorgungsnetze und Kooperationsmodelle es für Pflegebedürftige in Ihrem Stadtteil gibt und unterziehen Sie diese einer kritischen Bestandsaufnahme. Wo sehen Sie Verbesserungspotenziale? Was läuft Ihrer Ansicht nach gut? Gibt es Modelle mit Vorbildcharakter?

Zusammenfassung

Die stationäre Altenpflege hat in den letzten Jahrzehnten erhebliche Veränderungen durchlaufen: Heime haben sich von Verwahranstalten zu Lebens- und Wohnräumen entwickelt, in denen besonderes Augenmerk auf die Lebensqualität der Bewohner gelegt wird. Nicht zuletzt aufgrund der höheren Lebenserwartung hat sich die Verweildauer in Alten- und Pflegeheimen erhöht, sodass der überwiegende Teil der Plätze der Langzeitpflege zukommt. Darüber hinaus leidet ein Großteil der Bewohner an mehr oder weniger fortgeschrittener Demenz. Ihnen gerecht zu werden ist nicht einfach, da die Messung der Lebensqualität Demenzkranker nur eingeschränkt möglich ist. Es sind verschiedene Betreuungs- und Pflegekonzepte entwickelt worden, um den Bedürfnissen entsprechen zu können. Hier lassen sich v. a. segregative und integrative Versorgungsformen unterscheiden, wobei in der Praxis oftmals teilsegregative Formen zu finden sind, in denen sich also beide Ansätze ergänzen. Gerade für Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz sind segregative Modelle wie Pflegeoasen geeignet. Dort findet eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung der Bewohner in einem gesonderten und speziell auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenen Bereich statt.

Um eine möglichst optimale Struktur- und Ergebnisqualität Ihrer Einrichtung zu erreichen, benötigen Sie als Führungskraft grundlegende Kenntnisse der Aufbau- und der Ablauforganisation stationärer Pflegeeinrichtungen. Für eine optimale Ergebnisqualität sind sowohl Aufbau- als auch Ablauforganisation entscheidend. Pflegeeinrichtungen unterhalten als Anbieter gesundheitsbezogener Dienstleistungen auch geschäftliche Beziehungen zu den Pflegebedürftigen, denen im Rahmen der gesundheitspolitischen Entwicklungen immer mehr die Kundenrolle zugeordnet wird. Hier gilt es jedoch v. a. aufgrund der besonderen Schutzbedürftigkeit pflegebedürftiger Menschen bestimmte ethische Aspekte zu beachten. Die Pflegeethik ist in erster Linie auf das Wohl der Pflegebedürftigen ausgerichtet. Letzteres sollte auch bei der Kooperation und dem Aufbau von Netzwerken im Vordergrund stehen. Durch interprofessionelle Zusammenarbeit und fachübergreifende Kommunikation wird der Behandlungs- und Pflegeprozess der Betroffenen optimiert, wobei sich hier auch Vorteile für die beteiligten Leistungsanbieter und für die jeweiligen Kostenträger ergeben. Wichtig ist im Übrigen, dass sich Einrichtungen der stationären Altenpflege in diesen neuen Versorgungsstrukturen angemessen positionieren.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Welche Bedingungen sind zu erfüllen, um den Bewohnern stationärer Altenpflegeeinrichtungen ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität zu ermöglichen?
- 1.2 Nennen Sie bitte Vor- und Nachteile der:
 - a) segregativen Versorgung
 - b) integrativen Versorgung
- 1.3 Welche Besonderheiten sind im Vertragsverhältnis zwischen Bewohnern und Altenheim zu beachten?