

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

FAKULTÄT SOZIALE ARBEIT & PFLEGE
Departement Pflege und Management
Diplomstudiengang Pflege

Ambulante Pflegedienste in Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz

–

Bedingungen für ein erfolgreiches Projekt

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 29.05.2007

Vorgelegt von: Ulrike Böther

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Erstgutachterin: Prof. Petra Weber

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Susanne Busch

Danksagung

Ich danke meinen Interviewpartnerinnen *Frau Bauer, Frau Brose, Frau Brychta* und *Frau Scherler* – ohne Sie wäre diese Arbeit nicht möglich geworden. Ebenso danke ich *Frau Petersen* von der Koordinierungsstelle für Wohn- Pflegegemeinschaften für die Unterstützung.

Ich danke *Frau Prof. Weber* für die Begleitung durch das Studium und diese Arbeit und *Frau Prof. Dr. Busch* für die Zweitprüfung meiner Diplomarbeit.

Ich danke *meinen Eltern* für Eure Unterstützung, dafür dass ich mich auf Euch immer verlassen kann und für die Korrektur dieser Arbeit! Und *Cornelia*, Du bist die beste Schwester die ich mir wünschen kann, Danke!

Ich danke *Mareike* – für eine wunderbare Freundschaft! Und *Marion* – für eine nicht weniger wunderbare Freundschaft und den Forschungsplatz mit der schönen Aussicht!

Ich danke *Andrea, Anke, Britta, Carolin* und *Nicole* – ohne Euch wäre das Studium nur ein Studium gewesen aber mit Euch war es viel mehr! Vielen Dank für Eure Unterstützung!

Ich danke *Leona* – für Alles! Und dafür, dass geteiltes Glück doppeltes Glück ist!

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	5
2 Übersicht	7
3 Ambulante Pflegedienste.....	8
3.1 Verortung im Gesundheitssystem.....	8
3.2 Besonderheiten des Pflegearrangements	9
3.3 Gesetzliche Grundlagen und Finanzierung	11
3.4 Organisation	13
3.5 Leistungsspektrum.....	15
4 Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz	17
4.1 Entwicklung der Wohngemeinschaftsidee in Deutschland	17
4.2 Kennzeichen von Wohngemeinschaften	17
4.3 Akteure in Wohngemeinschaften	21
4.3.1 Mieter	21
4.3.1.1 Demenz – die Ursache für den Einzug	21
4.3.1.2 Rolle der Mieter in der Wohngemeinschaft	23
4.3.2 Angehörige	24
4.3.2.1 Demenz – die Ursache für Belastungen	24
4.3.2.2 Rolle der Angehörigen in der Wohngemeinschaft	26
4.3.3 Vermieter	27
4.3.4 Ambulante Pflegedienste	27
5 Wohngemeinschaften in Hamburg	29
6 Experteninterviews in ambulanten Pflegediensten in Hamburg	30
6.1 Ziel der Erhebung	30
6.2 Datenerhebung.....	31
6.2.1 Experteninterviews	31
6.2.2 Leitfadenentwicklung	32
6.2.3 Stichprobe.....	34
6.2.4 Vorgehen	35

6.3	Datenanalyse.....	35
6.3.1	Qualitative Inhaltsanalyse.....	35
6.3.2	Vorgehen	38
6.3.3	Ergebnis	39
7	Ergebnisse der Experteninterviews – Bedingungen für ein erfolgreiches Projekt...	42
7.1	Eine Motivation entwickeln.....	42
7.2	Informationen sammeln	42
7.3	Eine Entscheidung treffen	44
7.4	Eine projektverantwortliche Person bestimmen	44
7.5	Kontakte knüpfen	45
7.6	Am Ball bleiben.....	46
7.7	Konzepte erstellen	46
7.7.1	Konzept Angehörigenkooperation.....	47
7.7.2	Konzept Personalentwicklung.....	50
7.7.3	Konzept WG-Alltag.....	54
8	Umsetzung der Bedingungen für ein erfolgreiches Projekt.....	57
8.1	Eine Motivation entwickeln.....	57
8.2	Informationen sammeln	57
8.3	Eine Entscheidung treffen	58
8.4	Eine projektverantwortliche Person bestimmen	59
8.5	Kontakte knüpfen	59
8.6	Am Ball bleiben.....	60
8.7	Konzepte erstellen	60
8.8	Methoden des Projektmanagements nutzen – eine achte Bedingung.....	61
9	Resümee	64
9.1	Zusammenfassung	64
9.2	Persönliche Stellungnahme.....	65
	Literatur	68
	Eidesstattliche Erklärung	76
	Anhang.....	77
	AI: Interviewleitfaden.....	78

1 Einleitung

„Die Gesellschaft der Zukunft wird auch eine Gesellschaft mit Demenz sein“¹,

so das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Zu beachten ist allerdings, dass die Gesellschaft auch heute schon eine Gesellschaft mit Demenz ist.

In Deutschland sind derzeit eine Million Menschen an einer Demenz erkrankt, jedes Jahr kommen 200.000 hinzu. Ursachen dafür sind die steigende Lebenserwartung und die Tatsache, dass das Risiko an einer Demenz zu erkranken, im hohen Alter deutlich größer ist als in jüngeren Jahren. 60% der Heimbewohner und über 50% der Pflegebedürftigen in Privathaushalten sind an einer Demenz erkrankt.²

Demenzen sind der häufigste Grund für den Einzug in ein Pflegeheim.³ 677.000 Menschen leben in stationären Altenpflegeeinrichtungen⁴. Dies entspricht meistens nicht ihrem Wunsch, im gewohnten Umfeld alt zu werden und zu sterben.⁵

Die Ansprüche an das Leben und Wohnen im Alter werden sich weiter wandeln. Die meisten Menschen möchten trotz Alter und Pflegebedürftigkeit selbstbestimmt leben, und nicht fremdbestimmt in institutionalisierten Wohnformen. Diesen Wunsch ermöglichen in vielen Fällen heute Angehörige. Auf Grund der demographischen Entwicklung wird es in Zukunft jedoch immer weniger Angehörige geben, die diesen Wunsch erfüllen können.⁶

Sowohl das Gesundheitswesen als auch die Pflege- und Betreuungseinrichtungen sowie die Wohnungspolitik sind gefordert, sich auf die sich ändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die Bedürfnisse sowie Ansprüche der Bevölkerung einzustellen. Alternative Wohn- und Betreuungsangebote zum Heim müssen mehr noch als bisher erprobt werden.

Eine alternative Wohn- und Betreuungsform für Menschen mit Demenz sind ambulant betreute Wohngemeinschaften. Dieses Modell sieht vor, dass sechs bis zwölf an einer Demenz erkrankte Menschen gemeinsam in einer Wohnung leben. Die Pflege und Betreuung wird durch ambulante Pflegedienste gewährleistet, deren Mitarbeitende rund um die Uhr anwesend sind.

¹ BMFSFJ (2006a), S.6

² Vgl. RKI (2007), S.7

³ Vgl. Reggentin et al. (2006), S.11

⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (2007b), S.11

⁵ Vgl. BMFSFJ (2002), S.109

⁶ Vgl. Kremer-Preiß et al. (2003), S.7ff.

Über alternative Wohn- und Betreuungsformen wurde in den letzten Jahren viel publiziert. Die Behörden der Bundesländer setzten sich mit diesen Versorgungsformen auseinander, und Modellprojekte werden gefördert. Über dieses „modern“ gewordene Thema wird inzwischen auch in öffentlichen Medien mit Überschriften wie „Wir von der Demenz-WG“⁷ oder „Lilli und die Sechserbande - Eine Alzheimer-WG in Berlin“⁸ berichtet.

Diese Arbeit behandelt ein aktuelles Thema: Ambulante Pflegedienste und deren Arbeit in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Ambulante Pflegedienste haben dort eine entscheidende Rolle: Sie sind rund um die Uhr anwesend, sie stellen die Mitarbeitenden und schulen diese für ihren Einsatz. Zudem obliegt ihnen häufig die Koordination aller anfallenden Aufgaben.

In der bisher zu diesem Thema veröffentlichten Literatur werden hohe Ansprüche an ambulante Pflegedienste formuliert. Es werden Kataloge mit Forderungen aufgestellt, in denen die benötigten Kompetenzen der Pflegekräfte oder organisatorische Strukturen der Pflegedienste beschrieben sind. Bisher fehlen konkrete Hilfestellungen, die einem ambulanten Pflegedienst in der Vorbereitung auf die neue Aufgabe Orientierung geben. Das Ziel ist klar, aber der Weg liegt im Dunkeln. Diese Arbeit will Licht in das Dunkle bringen. Sie geht der Frage nach, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit das „Projekt Wohngemeinschaft“ für einen ambulanten Pflegedienst erfolgreich wird. Um darauf eine Antwort geben zu können, wurde die Methode der Experteninterviews angewendet. Es wurden Gespräche mit leitenden Mitarbeitern aus Pflegediensten geführt, die ein derartiges Projekt für ihren Pflegedienst erfolgreich durchgeführt haben.

⁷ Etzold (2004)

⁸ ZDF (2001)

2 Übersicht

Nach Einleitung und Übersicht wird im dritten Kapitel die Situation der ambulanten Pflegedienste dargestellt. Ihre Stellung im Gesundheitswesen, die Besonderheiten der Finanzierung, ihre Organisation und das Leistungsspektrum werden beschrieben. Im vierten Kapitel folgt die Beschreibung der ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Der Entstehungshintergrund und die Kennzeichen dieser Wohnform werden erläutert und die beteiligten Akteure mit ihren jeweiligen Rollen vorgestellt. Im fünften Kapitel wird die Situation der ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz in Hamburg beschrieben. Das sechste Kapitel stellt die Grundlagen der empirischen Untersuchung dar, die dieser Arbeit zu Grunde liegt, zudem wird die Forschungs- und Auswertungsmethode dargestellt und anhand eines Beispiels illustriert. Im siebten Kapitel folgt schließlich die Darstellung der Ergebnisse: Sieben Bedingungen, die ein erfolgreiches „Projekt Wohngemeinschaft“ ausmachen, wurden auf Basis der Interviews identifiziert. Im Anschluss daran werden im achten Kapitel Hinweise zur Umsetzung der Bedingungen gegeben. Die Nutzung von Methoden des Projektmanagements wird schließlich als weitere wesentliche Bedingung für ein erfolgreiches Projekt vorgestellt, bevor ein abschließendes Resümee gezogen wird.

Diese Arbeit handelt von Aufgaben und Rollen im Umfeld von Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. In der Literatur werden für die Beteiligten verschiedene Begriffe verwendet, hier werden sie wie folgt verwendet:

Mitarbeitende von ambulanten Pflegediensten werden, je nach Kontext auch als Pflegekräfte, Pflegende, professionell Pflegende oder beruflich Pflegende bezeichnet. Davon unterscheiden sich die pflegenden Angehörigen.

Für Menschen mit einem Pflegebedarf, werden die Begriffe Pflegebedürftige, Patienten oder pflegebedürftige Menschen benutzt oder auch demenziell Erkrankte und Menschen mit Demenz.

In Bezug auf ambulant betreute Wohngemeinschaften werden die Begriffe Bewohner und Mieter synonym verwandt, zur Problematik dieser Begriffe findet sich Näheres in Kapitel 4.3.1.2

Die Begriffe der übrigen Akteure sind selbsterklärend.

3 Ambulante Pflegedienste

3.1 Verortung im Gesundheitssystem

Ambulante Pflegedienste sind ein Teil des deutschen Gesundheitssystems, das aus verschiedenen Institutionen besteht. Die zentralen Institutionen des deutschen Gesundheitssystems können unterteilt werden in:

- Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit den Gesundheitsämtern
- Kranken- und Pflegeversicherungen mit den gesetzlichen und privaten Kranken- und Pflegekassen
- Einrichtungen der stationären Versorgung mit Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie stationären Pflegeeinrichtungen
- Einrichtungen der ambulanten Versorgung mit bspw. Vertragsärzten und Zahnärzten, Apotheken und ambulanten Pflegediensten.⁹

Ambulante Pflegedienste sind laut dem Sozialgesetzbuch „selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen oder hauswirtschaftlich versorgen.“¹⁰

Mit 11.000 ambulanten Pflegediensten, die 2005 in Deutschland bestanden und 214.000 Beschäftigten, die 472.000 pflegebedürftige Menschen versorgten, stellt die ambulante Pflege einen bedeutenden Anteil am Gesundheitssystem in Deutschland dar.¹¹ Dem gegenüber stehen 10.400 stationäre Pflegeeinrichtungen, in denen 677.000 Pflegebedürftige versorgt werden. Der größte Teil der Pflegebedürftigen, nämlich 980.000 werden zu Hause von Angehörigen versorgt.¹² Die pflegenden Angehörigen können darum als „die größten Pflegedienste der Nation“¹³ bezeichnet werden.

Die Mehrzahl der ambulanten Pflegedienste befindet sich in privater Trägerschaft (58%), die übrigen sind in freigemeinnütziger Trägerschaft, nur ein verschwindend geringer Anteil befindet sich in öffentlicher Trägerschaft. Eine andere Gewichtung ergibt sich, wenn man die Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen betrachtet: über die Hälfte aller Pflegebedürftigen (55%) wird von Pflegediensten in freigemeinnütziger Trägerschaft betreut.¹⁴ Regional,

⁹ Vgl. Simon (2005), S.80f.

¹⁰ SGB XI, § 71, Abs.1

¹¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2007a), S.4f.

¹² Vgl. Statistisches Bundesamt (2007b), S.11

¹³ Isfort et al. (2004), S.5

¹⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (2007a), S.4

auf Hamburg bezogen, zeigt sich ein anderes Bild. Der Anteil privater Pflegedienste ist noch höher als im Bundesdurchschnitt, nämlich 67%. Diese versorgen in Hamburg die meisten, nämlich 66,6%, der Pflegebedürftigen.¹⁵

Ambulante Pflegedienste, ob als freigemeinnützige Sozialstation oder als privater Pflegedienst, erbringen vor allem Leistungen im Rahmen von häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V sowie pflegerischer und hauswirtschaftlicher Versorgung nach § 36 SGB XI.¹⁶

3.2 Besonderheiten des Pflegearrangements

Ambulante Pflegeleistungen werden in der privaten Wohnumgebung des pflegebedürftigen Menschen erbracht. Dieser Ort der Privatsphäre und Sicherheit wird also dazu genutzt, professionelle Dienstleistungen zu erbringen. Dazu kommen regelmäßig fremde Personen in die Wohnung, die dort Handlungen ausführen, die bisher, aus Sicht des Pflegebedürftigen, nicht an diesen Ort gehörten. Das muss, aus Sicht des Pflegebedürftigen, nicht zwangsläufig problematisch sein, führt aber regelmäßig zu Konflikten und ist ein Grund dafür, dass sich pflegebedürftige Menschen nicht durch einen ambulanten Pflegedienst betreuen lassen möchten, sondern nach Alternativen suchen. Das kann zum Beispiel die Unterstützung durch Angehörige, Nachbarn oder Freunde sein, die zumindest nicht fremd sind.¹⁷

Häufig sind Pflegebedürftige in ein soziales Netz eingebunden, in dem Angehörige oder Nachbarn evtl. schon über längere Zeit Hilfeleistungen erbracht haben. Ein ambulanter Pflegedienst wird häufig erst hinzu gezogen, wenn die Situation zu eskalieren droht, weil z. B. Angehörige die Hilfe nicht mehr erbringen können. Für die Angehörigen ist dies oft von dem Gefühl begleitet versagt zu haben. Die Pflegebedürftigen können sich von ihren Angehörigen im Stich gelassen fühlen.¹⁸

Zwischenmenschliche Beziehungen spielen in der ambulanten Pflege eine große Rolle. Die Beziehung zwischen dem Pflegebedürftigen, seinen Angehörigen oder anderen Helfern einerseits und der professionellen Pflegeperson auf der anderen Seite, bestimmt in großem Umfang die Zufriedenheit aller Beteiligten mit der Dienstleistung.¹⁹ Alle Seiten haben ihre eigenen Vorstellungen, Werte und Handlungsmuster, die es in der ambulanten Pflegebe-

¹⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2007a), S.8

¹⁶ Vgl. Simon (2005), S.257

¹⁷ Vgl. Garms-Homolová (2002), S.245

¹⁸ Vgl. Stratmeyer (2005), S.25

¹⁹ Vgl. Garms-Homolová (2002), S. 244

ziehung aufeinander abzustimmen gilt. Pflegende benötigen in dieser Situation einen „systemischen Blick“, sie müssen in der Lage sein, einfühlsam mit allen Beteiligten umzugehen, über Improvisationstalent verfügen und ein hohes Maß an Fachwissen besitzen, denn sie müssen in jeder Situation alleinverantwortlich arbeiten und Entscheidungen treffen.²⁰

Diese Situation verlangt von den Pflegekräften ein Umdenken. Die beruflich Pflegenden werden in stationären Einrichtungen ausgebildet, d. h. in einer Umgebung, in der sich alle Beteiligten an die festgelegten Abläufe anpassen sollen. In Krankenhäusern und stationären Altenpflegeeinrichtungen gelten relativ klare, regelhafte, technisch-bürokratisch geprägte Handlungslogiken: die Pflegekräfte haben Hausrecht, die Patienten oder Bewohner sind verfügbar und die Angehörigen spielen meist eine untergeordnete Rolle.²¹ Dementsprechend sind beruflich Pflegende geprägt. Diese Prägung kann eine *ambulante* Pflege erschweren, die als erfolgreich wahrgenommen wird.

Weiterhin wirkt sich das Leistungsrecht der Pflegeversicherung erschwerend aus. Das Leistungsrecht pauschalisiert den für die Pflege benötigten Zeitbedarf. Dadurch wird dieselbe Handlung bei unterschiedlichen Menschen gleich vergütet. Die Realität ist jedoch eine andere: Abhängig von der Erkrankung, der Tagesverfassung und dem Grad der Selbstständigkeit, benötigen Pflegende mal mehr und mal weniger Zeit. Oft kommen Pflegende in Situationen, wo sie die Notwendigkeit sehen, mehr Zeit bei dem Pflegebedürftigen zu verbringen. Oft ist das nicht möglich, weil es einen vorgegebenen Zeitplan gibt, der sich an den finanzierten Zeiten orientiert. Dies ist ein Indiz dafür, dass die pauschalisierten Zeiten zu knapp bemessen sind. Der Pflegebedürftige fühlt sich unzureichend betreut. Die Pflegekraft hat ein schlechtes Gewissen, wenn sie sich an den vorgegebenen Zeitplan hält, oder gerät in Zeitnot, wenn sie die zur Verfügung stehende Zeit bei einem Pflegebedürftigen überzieht.²²

Dazu kommt, dass ambulante Pflegedienste nicht alle Leistungen erbringen können, für die sie aus pflegefachlicher Sicht eine Notwendigkeit sehen, auch nicht alle Leistungen, in der der Pflegebedürftige eine Notwendigkeit sieht, sondern nur die Leistungen, die finanziert werden, entweder von den Kostenträgern oder vom Patienten selber. Dieser Umstand führt

²⁰ Vgl. Abt-Zegelin (2005), S.158

²¹ Vgl. Stratmeyer (2005), S.28

²² Vgl. Isfort et al. (2004), S.22f.

entweder dazu, dass Pflegebedürftige unterversorgt sind²³, oder der Pflegedienst Leistungen erbringt, die er nicht refinanzieren kann.²⁴

3.3 Gesetzliche Grundlagen und Finanzierung

Die gesetzlichen Grundlagen, nach denen ambulante Pflegedienste Leistungen erbringen, finden sich vor allem im SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) und SGB XI (Soziale Pflegeversicherung).

In § 37 SGB V ist festgelegt, dass Versicherte Anspruch auf häusliche Krankenpflege haben. Diese kann entweder als „Krankenhausvermeidungspflege“ oder als „Pflege zur Sicherung der ärztlichen Behandlung“ gewährt werden.

Seit dem 01.04.1995 gewährt auch die Pflegeversicherung Leistungen für die ambulante Pflege. In § 36 SGB XI ist geregelt, dass diese Leistungen als Pflegesachleistungen in Anspruch genommen werden können, d. h. als Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst. Die Leistung kann wahlweise auch als Geldleistung in Anspruch genommen werden, wenn Hilfspersonen vom Pflegebedürftigen selber beschafft werden (§ 37). Möglich ist auch eine Leistung, die beide Varianten vereint, die Kombinationsleistung (§ 38).

In § 3 SGB XI findet sich der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Dieser wird hier als „Vorrang der häuslichen Pflege“ bezeichnet. Pflegebedürftige sollen so lange wie möglich in ihrer Häuslichkeit gepflegt werden. Dieser Grundsatz ist stimmig mit dem Willen der meisten Menschen, die zu Hause alt werden und sterben möchten.²⁵ Weiterhin hat dieser Grundsatz einen wirtschaftlichen Hintergrund, weil die Pflegeversicherung für die ambulante Versorgung wesentlich weniger Mittel vorsieht als für die stationäre. Dies ist allerdings nur möglich, weil die Angehörigen bei der ambulanten Versorgung einen Großteil der Leistungen unentgeltlich erbringen.²⁶ Für ambulante Pflegedienste ist dieser Grundsatz die Legitimation und die Grundlage der wirtschaftlichen Existenz.

Grundsätzlich finanzieren vier Träger die ambulante pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen:

²³ Vgl. MDS (2004), S.33

²⁴ Vgl. Isfort et al. (2004), S.18

²⁵ Vgl. BMFSFJ (2002), S.109

²⁶ Vgl. Simon (2005), S.249

- die Krankenversicherung
- die Pflegeversicherung
- die Sozialhilfeträger und
- die Pflegebedürftigen selber²⁷

Die Leistungen nach SGB V (Krankenversicherung) werden auf Grund einer (vertrags-) ärztlichen Verordnung gewährt, d. h. sie werden vom Arzt verschrieben.²⁸ Die Vergütung ist in Gebührenkatalogen festgelegt, die zwischen den Vorständen der Orts- bzw. Landesverbände der Krankenkassen (Kostenträger) und den Trägern bzw. Verbänden der Pflegebetriebe (Leistungserbringer) verhandelt wird. Die Gebührenkataloge sind Bestandteil der Verträge, die beide Parteien miteinander schließen, und Grundlage dafür, dass ein ambulanter Pflegedienst diese Leistungen erbringen und abrechnen darf.²⁹

Leistungen nach der Pflegeversicherung sind in §§ 36ff. SGB XI geregelt. Der Pflegebedürftige erhält die Pflegeleistungen als Sachleistung von einem Pflegedienst seiner Wahl, der wiederum die erbrachten Leistungen mit der Pflegekasse des Versicherten abrechnet. Grundlage der Vergütung ist eine Vergütungsvereinbarung, die zwischen einer Arbeitsgemeinschaft der Sozialversicherungsträger und dem zuständigen Sozialhilfeträger (Kostenträger) einerseits und der Pflegeeinrichtung oder deren Trägerverband (Leistungserbringer) abgeschlossen wird.³⁰ Die Vergütung für den ambulanten Pflegedienst kann nach Zeitaufwand oder nach Leistungsinhalt erfolgen (§ 89 SGB XI). In Deutschland hat sich das Leistungskomplexsystem durchgesetzt. Nach diesem System rechnen etwa 80% aller Pflegedienste ab.³¹ Die Leistungskomplexe beinhalten pflegerische Leistungen die typischerweise zusammen anfallen und darum pauschal vergütet werden. Maßgeblich für die Vergütungshöhe ist der für die Pflegeleistung angenommene Zeitaufwand.

Die Sozialhilfeträger sind dann an der Finanzierung von ambulanten Pflegeleistungen beteiligt, wenn ein Pflegebedürftiger sich nicht selber helfen kann, weil er nicht genug Geld hat, die erforderlichen Leistungen zu bezahlen. Wenn also sowohl Kranken- als auch Pflegeversicherung voll ausgeschöpft sind und keine Unterhaltsansprüche an Dritte bestehen, dann beteiligt sich der Sozialhilfeträger an der Finanzierung ambulanter Pflege. Dieses ist in §§ 61-66 SGB XII geregelt.

²⁷ Vgl. Simon (2005), S.262

²⁸ Vgl. Simon (2005), S.268

²⁹ Vgl. Simon (2005), S.269

³⁰ Vgl. Simon (2005), S.271

³¹ Vgl. Rosenbrock et al. (2004), S.209

Ein vierter Träger ambulanter Pflegeleistungen sind die privaten Haushalte. Der Pflegebedürftige selber oder seine Angehörigen kommen für Leistungen auf, die zwar benötigt oder gewünscht sind, aber von keinem Sozialversicherungsträger übernommen werden.

Der überwiegende Teil des Umsatzes wird mit Leistungen aus der Pflegeversicherung erzielt (56%), konkret durch das Erbringen von Grundpflege, Hilfen bei der Nahrungsherstellung und -aufnahme, Hilfen bei der Ausscheidung und Leistungen im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung. Weitere 34% des Umsatzes werden mit Leistungen nach der Krankenversicherung erzielt.³² In einer, im Jahr 2004 durchgeführten, repräsentativen Untersuchung gaben 86% der 632 befragten Pflegedienste an, durch diese „Kernleistungen“ auf Dauer nicht überleben zu können. Das heißt, sie sehen sich auf lange Sicht in ihrer Existenz bedroht, wenn die „Kernleistungen“ nicht anders vergütet werden oder wenn sie nicht andere Einnahmequellen hinzuziehen können.³³ Eine weitere Problematik ergibt sich aus der Art der Finanzierung ambulanter Pflegeleistungen. Das Finanzierungssystem unterscheidet die zu erbringenden Leistungen in Grundpflege, Behandlungspflege und hauswirtschaftliche Versorgung.³⁴ Weiterhin ist festgelegt, dass für bestimmte Leistungen nur Personen mit festgelegter Qualifikation eingesetzt werden dürfen. Die Behandlungspflege z. B. darf nur von einer examinierten Pflegekraft ausgeführt werden. Diese Logik führt zu einer Fragmentierung der zu erbringenden Leistungen in die drei Bereiche, die oft von unterschiedlichen Personen ausgeführt werden.³⁵ Diese Aufteilung ergibt sich aus sozialrechtlichen und nicht aus pflegewissenschaftlichen Kriterien, sie entspricht weder den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen noch dem Anspruch der ganzheitlichen, aktivierenden Pflege, die das Bundesministerium fordert.³⁶

3.4 Organisation

Die Organisation eines ambulanten Pflegedienstes ist teilweise durch gesetzliche Bestimmungen festgelegt. Ein Pflegedienst kann erst nach Zulassung durch die Pflegekassen Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erbringen. Eine Zulassung ist an die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben gekoppelt. Die Abrechnung mit den Kostenträgern ist für die

³² Vgl. Isfort et al. (2004), S.10ff.

³³ Vgl. Isfort et al. (2004), S.17

³⁴ Vgl. BMFSFJ (2001), S.107

³⁵ Vgl. BMFSFJ (2001), S.107

³⁶ Vgl. BMFSFJ (2006b), S.130

meisten Pflegedienste die finanzielle Basis. Eine Ausnahme wäre ein Pflegedienst, der nur privat finanzierte Leistungen erbringt.³⁷

Im Folgenden werden diese gesetzlichen Anforderungen an den Pflegedienst beschrieben. Ein Pflegedienst, der die Zulassung beantragen möchte, muss von einer verantwortlichen Pflegefachkraft geleitet werden. Diese Pflegefachkraft muss Krankenschwester, Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Altenpflegerin mit dreijähriger Ausbildung sein. Zusätzlich muss sie über eine Fortbildung von mindestens 460 Stunden oder ein Studium verfügen, welches sie für diese Aufgabe qualifiziert, sowie über ausreichende praktische Berufserfahrung (§ 71 SGB XI). Soll Krankenpflege nach SGB V geleistet werden, müssen neben der verantwortlichen Pflegefachkraft zwei weitere examinierte Krankenpflegefachkräfte eingestellt sein. Weitere Vorschriften, die die Organisation des Pflegedienstes betreffen, finden sich in den „Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung“ nach § 80 SGB XI.

Im Folgenden wird die häufig auftretende Aufbauorganisation eines ambulanten Pflegedienstes beschrieben:

Der Pflegedienst wird durch den Besitzer oder Träger geleitet. Abhängig von der juristischen Form, kann dies durch ein Vorstandsmitglied oder eingesetzten Geschäftsführer geschehen. *Inhaber, Vorstand oder Geschäftsführer* tragen die Gesamtverantwortung für den Pflegedienst.³⁸

Die *Pflegedienstleitung* ist meist auf der mittleren Hierarchieebene angesiedelt. Sie hat damit eine hierarchisch festgeschriebene Leitungsposition inne. Ihr Aufgabenspektrum wird durch das Management der Pflege dominiert: Erstbesuche, Überwachung der Pflegeplanung, -dokumentation und -durchführung, Einsatzplanung, aber auch in die Zukunft gerichtete Aufgaben wie die Weiterentwicklung des Pflegedienstes, Personalentwicklung, Qualitätsmanagement und Öffentlichkeitsarbeit. Aufgaben können teilweise an andere Pflegekräfte delegiert werden.³⁹ Die Pflegedienstleitung hat eine Stellvertretung, die sie bei Abwesenheit oder Krankheit vertritt.

Neben der Pflegedienstleitung ist eine *Verwaltungsleitung*, zumindest in größeren Pflegediensten, sinnvoll. Sie kann auf der gleichen Hierarchieebene wie die Pflegedienstleitung angesiedelt sein- oder darunter. Sie trägt Verantwortung für das Rechnungswesen, Controlling und Personalwesen.

³⁷ Vgl. Herold (2002), S.285

³⁸ Vgl. Herold (2002), S.301

³⁹ Vgl. Herold (2002), S.304

Der Pflegedienstleitung können eine oder mehrere *Einsatzleitungen* untergeordnet sein. Diese planen die Einsätze des Pflegepersonals. Dabei spielen sowohl pflegfachliche als auch wirtschaftliche Entscheidungen eine Rolle. Die untere Hierarchieebene wird von den Mitarbeitenden des Pflgeteams besetzt. Hierzu zählen Krankenschwestern und -pfleger bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Altenpfleger aber auch Haus- und Familienpflegerinnen, Heilerziehungspfleger, Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer sowie angeleitetes Personal. Das nicht examinierte Personal ist den examinierten Pflegekräften zugeordnet und nur in den Bereichen der Grundpflegerischen Versorgung und der Haushaltshilfe tätig. Sein Einsatz muss von dreijährig ausgebildetem Pflegepersonal geplant, festgelegt und überwacht werden.⁴⁰ Zusätzlich zum Pflegepersonal kann Hauswirtschaftspersonal eingestellt werden, das nur die hauswirtschaftliche Versorgung von Pflegebedürftigen übernimmt, oder auch Zivildienstleistende oder Menschen im freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ).

Stellenbeschreibungen helfen, die Organisation und Aufgabenverteilung für alle Mitarbeitenden transparent zu machen.

3.5 Leistungsspektrum

Das Leistungsspektrum von ambulanten Pflegediensten muss sich vor allem an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen ausrichten, die der Pflegedienst ansprechen möchte. Die Mehrheit der Pflegebedürftigen, die von ambulanten Pflegediensten versorgt werden, sind alte Menschen, meist Frauen, mit multiplen Funktionseinschränkungen, meistens hervorgerufen durch degenerative und chronische Erkrankungen.⁴¹ Den Kernbereich der Leistungserbringung bilden Leistungen nach SGB V und SGB XI. Das Leistungsangebot der ambulanten Pflegedienste wird im dritten Altenbericht der Bundesregierung als relativ einheitlich beschrieben. Den Pflegebedürftigen stehen vor allem standardisierte Angebote zur Verfügung die sich an den „klassischen Pflegeversicherungspatienten“⁴² richten, denn für diese Personengruppe erlaubt das Finanzierungsmodell eine „unschwere Refinanzierung“⁴³. Eine Ausdifferenzierung ist trotzdem vorhanden und zeigt sich in Angeboten wie

⁴⁰ Vgl. Herold (2002), S.317

⁴¹ Vgl. BMFSFJ (2001), S.111

⁴² BMFSFJ (2001), S.113

⁴³ BMFSFJ (2001), S.112

- Pflege von Patienten mit bestimmten Erkrankungen wie Psychischen Erkrankungen, HIV/AIDS oder Tumorerkrankungen
- Ambulante Intensivpflege, z. B. für beatmete Patienten
- Ambulante Kinderpflege
- Pflege nach ambulanten Operationen
- Interkulturelle Pflege
- Gesprächsgruppen für Angehörige
- Kurse für pflegende Angehörige
- Begleitung bei Arzt- oder Behördenbesuchen
- Freizeitangebote, wie Ausflüge oder Theaterbesuche
- gemeinsamen Urlaubsreisen

Auch Angebote wie betreutes Wohnen oder Tages- oder Nachtpflege können von ambulanten Pflegediensten in Kooperation mit andern gemacht werden.⁴⁴

Teilweise müssen die Leistungen allerdings privat bezahlt, d. h. von den Pflegebedürftigen übernommen werden. 65% der Pflegedienste, die für das „Pflegethermometer 2004“ befragt wurden, gaben an Leistungen anzubieten, die von den Pflegebedürftigen privat bezahlt werden. Überwiegend handelte es sich dabei um zusätzliche hauswirtschaftliche und pflegerische Versorgungsleistungen. Nur gering ist die Nachfrage nach zusätzlichen Service-Leistungen wie Gartenarbeiten, Reparaturarbeiten oder Hilfestellungen zur Durchführung von Freizeitaktivitäten.⁴⁵

Die Betreuung von Menschen mit Demenz in einer Wohngemeinschaft ist ein weiteres, neues Angebot, mit dem ein ambulanter Pflegedienst sein Leistungsspektrum qualitativ erweitern und seine Position am Markt verbessern kann.

⁴⁴ Vgl. Haubrock et al. (1996), S.41, Herold (2002), S.454ff.

⁴⁵ Vgl. Isfort (2004), S.11

4 Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz

4.1 Entwicklung der Wohngemeinschaftsidee in Deutschland

In Deutschland wurde die Diskussion um besondere Wohnformen für Menschen mit Demenz angeregt durch Vorbilder in den Niederlanden, Schweden, Frankreich und Großbritannien. Diese Wohnform wird in der Behindertenhilfe in Deutschland schon seit Ende der 1960er Jahre erprobt.⁴⁶ Im stationären Bereich sind seit Beginn der 1990er Jahre unterschiedliche neue Versorgungskonzepte für die Pflege von Menschen mit Demenz erprobt worden. Zunächst waren es die Angehörigen, die auf der Suche nach Entlastung auf die ambulante Form setzten.⁴⁷ Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) hat 2003 das Angebot an Wohngemeinschaften in Deutschland untersucht: von den an der Befragung teilnehmenden Wohngemeinschaften sind die ersten in den frühen 1980er Jahren entstanden. Seit Mitte der 1990er Jahre wächst das Angebot, aber ein Großteil (57%) ist erst nach 2000 entstanden.⁴⁸ Das KDA geht davon aus, dass 150.000 bis 2000.000 ältere Menschen in einer alternativen Wohnform leben, zu denen auch ambulant betreute Wohngemeinschaften gezählt werden. Das entspricht einer Versorgungsquote von 1,8 bis 2% der über 65-Jährigen. Der Anteil von älteren Menschen mit Demenz, der in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft lebt, dürfte also noch geringer sein.⁴⁹ In Berlin existieren über 100 Wohngemeinschaften, die ersten entstanden dort vor mehr als 10 Jahren.⁵⁰ Auch in Bielefeld und im Ruhrgebiet besteht eine Reihe von Wohngemeinschaften. Inzwischen dürften allerdings in allen Bundesländern Angebote von ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz existieren.

4.2 Kennzeichen von Wohngemeinschaften

Ambulant betreute Wohngemeinschaften zeichnen sich dadurch aus, dass sechs bis zwölf Menschen mit einer demenziellen Erkrankung in einem gemeinsamen Haushalt zusammen leben. Sie werden dort von Betreuungskräften unterstützt. Jeder Bewohner der Wohnge-

⁴⁶ Vgl. Thesing (1998), S.63

⁴⁷ Vgl. Reggentin (2006), S.39

⁴⁸ Vgl. Kremer-Preiß et al. (2004a), S.21

⁴⁹ Vgl. Kremer-Preiß et al. (2003), S.24

⁵⁰ Vgl. Klingbeil (2005), S.18

meinschaft hat ein eigenes Zimmer, welches nach persönlichem Geschmack und Vorlieben eingerichtet werden kann, und gemeinsam werden Küche, Wohnzimmer und Bäder genutzt. Das KDA definiert diese Wohnform über drei Grundprinzipien. Diese Definition von ambulant betreuten Wohngemeinschaften ist auch Grundlage dieser Arbeit. Im Folgenden werden die Grundprinzipien erläutert:

Selbstständigkeit und Selbstbestimmung so weit wie möglich erhalten

Das bedeutet, dass die Bewohner den Alltag der Wohngemeinschaft mitbestimmen und mitgestalten können. Dazu gehört u. a. die Mitarbeit im Haushalt, z. B. beim Kochen, Aufräumen, Wäsche falten u. ä., sofern sie dazu in der Lage sind und dies möchten. Ebenso können sie auf die Pflege und Betreuung Einfluss nehmen, indem sie beispielsweise bestimmen, bei welchen Tätigkeiten sie Unterstützung wünschen und bei welchen nicht, zu welchen Zeitpunkten dies geschehen soll und in Ansätzen auch, von wem Tätigkeiten durchgeführt werden sollen. Wenn sie auf Grund ihrer Erkrankung nicht mehr dazu in der Lage sind, sollen Angehörige oder andere Vertreter wie gesetzliche Betreuer oder bevollmächtigte ehrenamtliche Personen diese Rolle gegenüber den anderen Beteiligten übernehmen.⁵¹ Die Bewohner der Wohngemeinschaft werden als Akteure mit Kompetenzen und nicht als Konsumenten mit einem Defizit gesehen.⁵²

Alltagsvertrautheit und individuelle Lebensgestaltung ermöglichen

Der Begriff der Normalität ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung. Das Normale ist immer das für den Menschen Gewohnte. Z. B. soll der Wohnraum aus Sicht seiner Bewohner normal bzw. gewohnt gestaltet sein und die alltäglichen Abläufe an ihren Bedürfnissen ausgerichtet werden. Die Wohnung soll in ein normales Wohnumfeld integriert sein. Um einem Menschen die Teilnahme an einem gewohnten Alltag mit Einkäufen, Spaziergängen, Friseur- oder Arztbesuchen etc. zu ermöglichen, muss man ihm ein vertrautes Wohnumfeld bieten. Für den Einen kann das das Leben in einem belebten Stadtteil bedeuten, für den Anderen ein eher dörfliches Wohnumfeld. Ideal wäre es, den Verbleib im heimatlichen Stadtviertel zu ermöglichen. Der Tagesablauf soll nicht durch die Pflege oder besondere Beschäftigungsangebote strukturiert werden, sondern durch die Organisation des Alltags, der sich am Ablauf des eigenen Haushalts orientiert und durch die Gewohnhei-

⁵¹ Vgl. Kremer-Preiß et al. (2006), S.9f.

⁵² Vgl. Reggentin et al. (2006), S.54

ten und individuellen Bedürfnisse der Bewohner, denn das Gewohnte und Vertraute sorgt dafür, dass sich Menschen mit Demenz sicher fühlen.⁵³ So soll es beispielsweise nicht darum gehen, dass die Wäsche exakt gefaltet wird, sondern darum, dass die Person mit Demenz etwas tut, was zu ihrem Alltag gehört und ihr Gefühle von Freude und Sicherheit bereitet.⁵⁴

Versorgungssicherheit und Wohlbefinden gewährleisten

Versorgungssicherheit entsteht dadurch, dass durch das Zusammenleben Synergieeffekte entstehen, durch die eine Betreuung rund um die Uhr gewährleistet und finanziert werden kann. Vereinfacht ausgedrückt kann man sagen, dass die Ansprüche aller Mieter auf Leistungen in einen Topf geworfen werden. Aus diesem Topf wird eine 24-Stunden-Anwesenheit des Pflegedienstes finanziert, während der jeder Mieter die Betreuung erhält, die er benötigt. Die Pflege und Betreuungsleistungen werden von fachlich qualifiziertem Personal erbracht, welches „so viel Fürsorge wie nötig und soviel Autonomie wie möglich“⁵⁵ gewährleistet. Pflege und Betreuung sind hier keine unterschiedlichen Disziplinen, sie werden von den gleichen Personen geleistet und sollen „am Küchentisch statt am Bett erbracht werden“⁵⁶. Wohlbefinden ergibt sich daraus, dass die Bedürfnisse der einzelnen Bewohner eine sehr hohe Priorität haben. Die Besonderheit dieser Wohnform besteht darin, dass sie sich aus dem normalen Leben heraus entwickelt hat: Die notwendige Hilfe wird genauso organisiert wie im privaten Haushalt, durch ambulante Pflegedienste die als Gast in die Wohnung kommen.⁵⁷

Ambulant betreute Wohngemeinschaften sind keine Einrichtungen oder kleine Heime, sie folgen mit ihrer Organisationsstruktur den Prinzipien der ambulanten Versorgung. Die Bewohner haben in ihrer Wohnung den Status eines Mieters – nicht den eines Heimbewohners. Sie, ihre Angehörigen oder gesetzlichen Betreuer, mieten den Wohnraum bei einem Vermieter, der nicht der Anbieter der Pflegeleistungen sein darf (denn sonst wäre es eine stationäre Wohnform). Jeder Mieter hat einen eigenen Mietvertrag. Unabhängig davon bestimmen die Bewohner oder ihre Vertreter, wer die Pflege und Betreuungsleistungen erbringen soll, und wie diese strukturiert sein sollen, dazu gehört auch, dass sie dem beauf-

⁵³ Vgl. Kremer-Preiß et al. (2006), S.9f.

⁵⁴ Vgl. Pawletko (2004), S.13

⁵⁵ Kremer-Preiß et al. (2006), S.10

⁵⁶ Pawletko (2004), S.20

⁵⁷ Vgl. Kremer-Preiß et al. (2004b), S.8

tragten Pflegedienst jederzeit kündigen können, wenn sie mit seinen Leistungen nicht einverstanden sind. Wenn diese Merkmale erfüllt sind, fällt die Wohngemeinschaft nicht unter das Heimgesetz. Sie muss die Vorgaben für die Bauweise, Wohnraumgestaltung oder den Personaleinsatz aus dem Heimgesetz nicht erfüllen. Sie unterliegt rechtlich dem Mietrecht und den Regelungen für die ambulante Pflege.⁵⁸ Prinzipiell können Wohngemeinschaften auch als stationäre Einrichtung betrieben werden. In jedem Bundesland gibt es unterschiedliche Verfahren zur Feststellung, ob eine Wohngemeinschaft als ambulant oder stationär einzustufen ist. In Hamburg prüft die Heimaufsicht, ob Wohngemeinschaften unter das Heimgesetz fallen, sie prüft neben den oben genannten Merkmalen auch, ob es eine „engagierte Interessenvertretergruppe (gibt), die die Verantwortung für die Belange der Wohngemeinschaft tragen kann und möchte.“⁵⁹

Die Angehörigen- oder Interessenvertretergruppe ist ein wichtiger Personenkreis bei der Organisation einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft, denn in der Regel sind die Angehörigen diejenigen, die den Pflegedienst aussuchen und kontrollieren, sie sind verantwortlich für die Gestaltung des Wohnraums und für alles, was sie nicht an den Pflegedienst delegieren – wie Einkäufe, Freizeitgestaltung, Organisation von Arztbesuchen und allem was in der normalen, d. h. außerhalb der Wohngemeinschaft stattfindenden, ambulanten Pflege auch Aufgabe der Angehörigen ist.

Es muss immer individuell entschieden werden, ob ein Mensch in die schon bestehende Gemeinschaft hineinpasst. Menschen, die das Leben in einer Gemeinschaft schon immer abgelehnt haben oder die auf Grund ihrer Prägung nicht in der Lage sind in einer Wohngemeinschaft zu leben, gehören eher nicht zur Zielgruppe der ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Auch dauerhaft aggressives Verhalten kann zu einer Belastung für die Gemeinschaft werden und ein Grund dafür, dass ein Einzug gar nicht erst möglich wird.⁶⁰ Aber auch allein stehende Menschen können benachteiligt sein, denn eine Angehörigengruppe ist darauf angewiesen, dass sich die Arbeit auf viele Schultern verteilt. Wenn ein Mensch mit einer demenziellen Erkrankung „nur“ einen gesetzlichen Betreuer hat, der wenig Zeit aufbringen kann, sich in die Gemeinschaft einzubringen, kann dies ein Grund sein, dass der Einzug nicht möglich ist. In der Regel ziehen die Menschen aus der eigenen Woh-

⁵⁸ Vgl. Kremer-Preiß et al. (2006), S.11

⁵⁹ Runder Tisch Hamburg (2006), S.4

⁶⁰ Vgl. Böhler et al. (2002b), S.89

nung in eine Wohngemeinschaft um. Möglich ist aber auch ein Umzug in eine Wohngemeinschaft aus dem Heim, wenn sich diese Versorgungsform als ungeeignet für einen Menschen zeigt.

Auch die Finanzierung gestaltet sich nach dem Prinzip der ambulanten Pflege. Kranken- und Pflegekassen finanzieren die Pflege- und Betreuungsleistungen je nach Pflegestufe, unterstützend springt evtl. der Sozialhilfeträger ein, oder der Pflegebedürftige zahlt aus eigener Tasche dazu. Pawletko geht von Gesamtkosten von ca. 3100 Euro pro Person pro Monat aus, die sich evtl. senken lassen, wenn Angehörige ehrenamtlich mitarbeiten.⁶¹

Diese Wohn- und Versorgungsform ist zwar nicht kostengünstiger als eine Heimunterbringung, dafür leistet sie eine wesentlich höhere Personaldichte, eine wesentlich individuellere Betreuung und dadurch weitaus höhere Rehabilitationsmöglichkeiten.⁶² Die Pflegebedürftigen bekommen mehr Pflege für das gleiche Geld, denn Ausgaben für Investitionskosten und Bürokratie können in Wohngemeinschaften eingespart werden.⁶³ Das Mehr an Pflege ergibt sich auch aus dem Wertebezug, zu dem sich viele Wohngemeinschaften bekennen: „Sie (Wohngemeinschaften) sind nicht deshalb gut, weil sie besonders günstig sind oder besonders klein, sondern weil in ihnen von allen Beteiligten der Versuch unternommen wird, zentrale Werte zu verwirklichen. Diese Werte stehen zum Teil in einem Spannungsverhältnis zueinander: Autonomie und Schutz der körperlichen Integrität, Individualität und Gemeinschaft. Trotzdem ist es gerade die Vielfalt und Gesamtheit der Werte, die die besondere Betreuungs-, Lebens-, und Arbeitsqualität der Wohngruppe gegenüber einer stationären oder familiären Pflege gewährleistet.“⁶⁴

4.3 Akteure in Wohngemeinschaften

4.3.1 Mieter

4.3.1.1 Demenz – die Ursache für den Einzug

Im Folgenden wird Grundlegendes über die Demenzerkrankung beschrieben.

⁶¹ Vgl. Pawletko (2004), S.20f.

⁶² Vgl. Pawletko (2004), S.20f.

⁶³ Vgl. Schrader (2004), S.48

⁶⁴ Klie (2006), S.3

Die Demenzerkrankung lässt sich in primäre Demenzen, bei denen die Symptome durch eine Schädigung des Hirngewebes auftreten, und sekundäre Demenzen, bei denen die Symptome eine andere Ursache haben, unterteilen. Das erste Symptom einer Demenz ist das Nachlassen der kognitiven Leistung, das Menschen in ihrer selbstständigen Lebensführung beeinträchtigt. Die Diagnose kann nur auf Grund des Verhaltens gestellt werden und nicht durch (labor-) technische Verfahren.

Primäre Demenzen lassen sich weiterhin in drei Typen unterteilen:

1. Demenz vom Alzheimer-Typus: hier steht eine Veränderungen der Hirnstruktur im Vordergrund, zum einen kommt es zum Verlust von Neuronen und damit auch von synaptischen Verbindungen, zum anderen kommt es zu einer Atrophie (Schrumpfung) des Gehirns und zu Zellveränderungen, den so genannten Alzheimer- Fibrillen
2. Demenz vom vaskulären Typus: hier kommt es auf Grund von Ablagerungen in den Blutgefäßen des Gehirns oder durch deren Verschluss zu einer verringerten Blutzufuhr im Gehirn
3. Demenz vom „gemischten“ Typus: dabei weisen Patienten Veränderungen beider voran beschriebener Typen auf

Auch Infektionen oder toxische Einflüsse können Symptome einer Demenz auslösen.⁶⁵ Symptome sind eine zeitliche, örtliche, situative und personale Desorientierung, das Stellen von immergleichen Fragen, das Vermissen von Gegenständen, das Vergessen von Terminen und anderes, was sich auf die Reduzierung der Merkfähigkeit zurückführen lässt. Bei der Demenz wird die Brücke zwischen Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis zerstört, so dass Informationen nur noch für sehr kurze Zeit gespeichert werden. Mit fortschreitender Erkrankung beginnt auch das Langzeitgedächtnis abzubauen, wobei zuerst die Erinnerungen der näheren Vergangenheit verloren gehen und die aus Kindheit und Jugend zum Schluss.⁶⁶

Im Anfangsstadium erleben die Betroffenen die Beeinträchtigungen meist sehr bewusst, was wiederum depressive Symptome nach sich ziehen und Angst auslösen kann, aber auch aggressives Verhalten. Um die Symptome zu kaschieren, wird häufig der Bewegungsradius eingeschränkt und soziale Kontakte vernachlässigt. Dadurch kann zunächst vermieden werden, dass andere Menschen die Symptome bemerken. Vertraute und regelmäßig ausgeführte Handlungsmuster bleiben am längsten erhalten, so dass die Symptome in vertrauter

⁶⁵ Vgl. Kitwood (2005), S.42f.

⁶⁶ Vgl. Böhler et al. (2002a), S.41f.

Umgebung zunächst weniger auffällig sind.⁶⁷ Die Symptome haben weitreichende psychosoziale Auswirkungen. Im Verlauf kommt es dazu, dass Tätigkeiten verlernt werden, Anstandsregeln vergessen und das Sprachvermögen abnimmt.⁶⁸ Die emotionale Kontaktfähigkeit bleibt vermutlich bis zum Lebensende erhalten.

Es gibt keine Therapie, die eine Demenzerkrankung heilt. Medikamentös ist nur eine Krankheitsmilderung oder -verzögerung möglich und eine Behandlung der Folgeerscheinungen wie Depressionen.⁶⁹ Die Wirksamkeit von nichtmedikamentösen Behandlungsformen ist kaum empirisch belegt, in der Praxis zeigt sich aber bei Ansätzen wie Validation, Kompetenztraining, biographieorientierte Erinnerungstherapie oder Musik-, Tanz-, und Malthherapie, dass diese sowohl Betroffenen, als auch Pflegepersonen zuträglich sind, d. h. den Alltag erleichtern. Wichtig ist, dass Menschen mit Demenz in einer vertrauten Umgebung mit geregelten Tagesabläufen und konstanten Bezugspersonen leben. Das vermittelt Sicherheit und vermindert Angst und evtl. auftretendes aggressives Verhalten oder Rückzug. Dazu gehört eine Umgebung, die sowohl sicher als auch stimulierend und trotzdem übersichtlich ist.⁷⁰ Diese Umgebung kann sowohl die eigene Häuslichkeit als auch eine andere Form des Wohnens bieten. Der voranschreitende Abbauprozess führt oft dazu, dass der Verbleib in der eigenen Wohnung nicht länger möglich ist. Entweder, weil der erkrankte Mensch alleine lebt, und die Besuche durch einen Pflegedienst nicht mehr ausreichend sind, oder die pflegenden Angehörigen kommen an die Grenzen ihrer Möglichkeiten. Die Belastungen der pflegenden Angehörigen werden weiter unten beschrieben. Eine Lösung kann zunächst die Betreuung in einer Tagespflegeeinrichtung sein, oder in Form von ehrenamtlichen Unterstützungsangeboten erfolgen. Reicht das nicht mehr aus, kann ein Umzug in eine ambulant betreute Wohngemeinschaft helfen.

4.3.1.2 Rolle der Mieter in der Wohngemeinschaft

Die Begriffe „Mieter“ und „Bewohner“ werden im Zusammenhang mit ambulant betreuten Wohngemeinschaften synonym benutzt. Einige Autoren nutzen den Begriff „Bewohner“ ungern, da auch Menschen die in stationären Einrichtungen leben als deren Bewohner bezeichnet werden – von dieser Wohnform wollen sich Wohngemeinschaften aber abgren-

⁶⁷ Vgl. RKI (2007), S.16

⁶⁸ Vgl. Böhler et al. (2002a), S.42f.

⁶⁹ Vgl. RKI (2007), S.17

⁷⁰ Vgl. RKI (2007), S.18

zen. Der Begriff Mieter spiegelt auf der einen Seite zwar Normalität wieder, denn als Bewohner einer Mietswohnung haben Menschen den Status eines Mieters. Andererseits sind die Menschen, die in einer betreuten Wohngemeinschaft wohnen, oft gar nicht mehr in der Lage, selber als Mieter aufzutreten. In dieser Arbeit werden beide Begriffe wertfrei benutzt.

Die Rolle der Bewohner der Wohngemeinschaft ist die des „Hausherren“. Dadurch, dass sie die Mieter des Wohnraums sind, haben sie die Schlüsselgewalt und empfangen Gäste in ihrer Wohnung – dazu gehört auch das Personal des betreuenden Pflegedienstes.⁷¹

Wegen der spezifischen Erkrankung der Bewohner ist eine dritte Partei notwendig. In der Regel müssen die Bewohner der Wohngemeinschaft von Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern vertreten werden, um das Mieter/Hausherren/Auftraggeber- Recht wahrnehmen zu können.

Die Bewohner der Wohngemeinschaft sind die inhaltlichen Auftraggeber. Denn die Gestaltung des Alltags ergibt sich aus ihren Bedürfnisse und Gewohnheiten, ihren Biographien und Lebensumständen. Auch die Aufgaben, die die Mieter in der Wohngemeinschaft übernehmen, richten sich nach ihren Gewohnheiten und Möglichkeiten.

4.3.2 Angehörige

4.3.2.1 Demenz – die Ursache für Belastungen

Die besonderen Belastungen von Angehörigen von Menschen mit Demenz sind ein wesentlicher Grund für das Entstehen von Wohngemeinschaften. Im Folgenden wird darum auf die besonderen Belastungen dieser Personengruppe eingegangen. Pflegende Angehörige sind meistens (Ehe-) Partner, Kinder oder Schwiegerkinder der pflegebedürftigen Personen. In den meisten Fällen sind es Frauen, die die Aufgabe der Hauptpflegeperson übernehmen, sie haben einen Betreuungsaufwand von durchschnittlich 6-10 Stunden täglich.⁷² Erst seit 1995 das Pflegeversicherungsgesetz in Kraft getreten ist, erhalten Pflegebedürftige Leistungen, um Unterstützung, z B. durch ihre Angehörigen zu honorieren. Auch die Angehörigen selbst können Leistungen zur Unterstützung, Entlastung, Kompetenzentwicklung und sozialen Sicherung erhalten.⁷³

⁷¹ Vgl. Kremer-Preiß et al. (2006), S.11

⁷² Vgl. RKI (2007), S.22

⁷³ Vgl. Herold (2002), S.152

Im Folgenden wird erläutert, warum Angehörige, trotz dieser Unterstützung, die Betreuung von Menschen mit Demenz häufig nicht leisten können. Angehörige pflegen aus unterschiedlichen Motiven. Das Motiv kann von Liebe und Zuneigung sowie Dankbarkeit geprägt sein, aber auch von Mitleid, Pflichtbewusstsein oder geleisteten Versprechen. Auch wirtschaftliche Aspekte spielen eine Rolle.⁷⁴ Die Zeit, in der Menschen ihre Angehörigen pflegen, kann sehr bereichernd sein, ein Mensch wird noch einmal ganz anders kennen gelernt, besondere zwischenmenschliche Erfahrungen können gemacht werden, und die tabuisierten Themen Alter, Krankheit und Tod können vielleicht offen kommuniziert und so ein Abschied bewusst vorbereitet werden.⁷⁵ Die Pflege von Angehörigen bringt aber auch viele Belastungen mit sich, vorwiegend im psychischen und sozialen Bereich. Angehörige ziehen sich vermehrt aus dem öffentlichen und halböffentlichen Leben zurück, Kontakte zu außen stehenden Personen werden seltener, das Verhalten des Angehörigen mit Demenz ist den Angehörigen evtl. peinlich, sie verlieren dadurch wichtige Kontakte, die sie für ihre Selbstpflege benötigen. Gespräche mit einem an Demenz erkrankten Menschen ermöglichen nicht mehr den gewohnten Austausch zwischen Partnern. Dazu kommt, dass Angehörige oft Angst haben, die an Demenz erkrankten Menschen alleine zuhause zu lassen. Im vorangeschrittenen Stadium wird oft eine Rund um die Uhr Betreuung notwendig, was zu Schlafdefiziten bei den Angehörigen führt. Auch die Rollen der Personen zueinander ändern sich, so wird beispielsweise aus einem starken, beschützenden Vater ein hilfsbedürftiger Mann.⁷⁶

Diese Situation kann unzufrieden aber auch krank machen. Erhöhter Medikamentenkonsum, chronischer Stress, Rückenschmerzen können die Folge sein. Trotz der hohen Belastungen nehmen pflegende Angehörige häufig erst spät Hilfe in Anspruch, oft von dem Gefühl des Versagens begleitet.⁷⁷

Wohngemeinschaften können Angehörige in dieser Situation entlasten. Sie tragen weiterhin Verantwortung, aber teilen diese Verantwortung mit Anderen.⁷⁸

⁷⁴ Vgl. Böhmer (2002), S.93

⁷⁵ Vgl. Böhmer (2002), S.93f.

⁷⁶ Vgl. Herold (2002), S.159

⁷⁷ Vgl. Böhmer (2002), S.95f.

⁷⁸ Vgl. Böhmer (2002), S.98

4.3.2.2 Rolle der Angehörigen in der Wohngemeinschaft

Da die Bewohner der Wohngemeinschaft, wie oben beschrieben, in den meisten Fällen einen Interessenvertreter brauchen, ist dies die Aufgabe der Angehörigen. Die Aufgabe kann auch von einem gesetzlichen Betreuer übernommen werden. Ihre Aufgabe beschränkt sich nicht nur darauf, Verträge mit dem Vermieter und dem Pflegedienst abzuschließen, sie bleiben die Interessenvertreter, so lange ihr Angehöriger in der Wohngemeinschaft lebt. Sie tragen die Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung, d. h. sie sind verantwortlich dafür, einen geeigneten Pflegedienst zu beauftragen, Absprachen über erforderliche Leistungen zu treffen und diesen Pflegedienst dann zu kontrollieren und ggf. zu kündigen. Notwendige Voraussetzungen dafür sind die Bereitschaft und die Fähigkeit, mit anderen Interessenvertretern zusammenzuarbeiten, sich abzustimmen, sich regelmäßig zu treffen und Aufgaben in einer gemeinsamen Organisationsstruktur zu übernehmen.⁷⁹ Um gemeinsam handlungsfähig zu sein und das auch nach außen zu vertreten, kann es sinnvoll sein, sich zu einer Rechtsform zusammenzuschließen, z. B. als Verein oder Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR). Auch interne Strukturen, in denen es unterschiedliche Aufgaben gibt wie z. B. einen Angehörigensprecher, helfen dabei.⁸⁰

Den Angehörigen kommt auch die Aufgabe zu, dem ambulanten Pflegedienst von Gewohnheiten, Vorlieben, Abneigungen und evtl. der Lebensgeschichte ihres betroffenen Angehörigen zu berichten, damit eine Pflege und Betreuung auf dieser biographischen Grundlage erfolgen kann. Ihre Kenntnisse und Erfahrungen tragen maßgeblich zum Gelingen der Wohngemeinschaft bei. Sie sind auch diejenigen, die über einen Neueinzug entscheiden. Der ambulante Pflegedienst wird dabei in der Regel beratend tätig, die Entscheidung kann dieser aber letztlich nicht treffen, das ist Aufgabe der Angehörigen.⁸¹

Angehörige von Menschen mit Demenz sind in ambulant betreuten Wohngemeinschaften, verglichen mit stationären Einrichtungen, zu mehr Verantwortung und Mitarbeit verpflichtet. Sie werden dadurch entlastet, dass alle pflegerischen Arbeiten durch den Pflegedienst erbracht werden und der demenziell Erkrankte nicht mehr bei dem Angehörigen lebt.

⁷⁹ Runder Tisch Hamburg (2006), S.5f.

⁸⁰ Vgl. Kremer-Preiß et al. (2006), S.126f.

⁸¹ Vgl. SWA (2006), S.11f.

4.3.3 Vermieter

Der Vermieter spielt im Gefüge der beteiligten Akteure eine untergeordnete Rolle. In erster Linie stellt er den Wohnraum zur Verfügung. Das kann bedeuten, dass zwei oder mehr Wohnungen zusammengelegt werden müssen, um die benötigte Größe zu erreichen, und dass Wohnraum barrierefrei (nach DIN 18030) (um)gestaltet werden muss. Für die Bewohner der Wohngemeinschaft ist es am günstigsten, wenn der Vermieter bereit ist, Einzelmietverträge mit jedem Mieter abzuschließen und einverstanden ist, wenn die Bewohner bzw. deren Interessenvertreter über Neueinzüge entscheiden. Eine andere Möglichkeit ist die Zwischenschaltung eines Generalmieters, z. B. die Angehörigengruppe oder ein Verein.⁸²

Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit ist, dass der Vermieter diese Form des Wohnens kennt und befürwortet. Er trägt keine weitere Verantwortung für die Pflege und Betreuung.⁸³ Generell lässt sich aber sagen, dass mit der Wohnform der Wohngemeinschaften die Mieter dem Wohnungsmarkt erhalten bleiben. Denn wegen der demographischen Entwicklung werden die Mieter immer älter und ziehen, wenn es keine Alternativen gibt, zu einem großen Teil in stationäre Einrichtungen um.⁸⁴ Als ideale Ansprechpartner für den Aufbau von Wohngemeinschaften haben sich Wohnungsbaugesellschaften und -genossenschaften herausgestellt. Sie verfügen über mehrere Objekte und über die nötige Finanzstärke.⁸⁵

4.3.4 Ambulante Pflegedienste

Die Rolle des ambulanten Pflegedienstes ist in einer Wohngemeinschaft prinzipiell die gleiche wie in der Privatwohnung eines Menschen: der Pflegedienst kommt als Dienstleister in die Wohnung, erbringt die Leistungen, die mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen vereinbart worden sind, und rechnet mit den Kostenträgern ab.

Ambulante Pflegedienste können die Initiatoren von Wohngemeinschaften sein. Sie haben dann die Rolle der vorbereitenden, planenden Organisation, bei der alle Fäden zusammenlaufen und die das Projekt vorantreibt. Oder der Pflegedienst bewirbt sich im Laufe der Aufbauphase bei der Angehörigengruppe und wird, evtl. unter anderen Bewerbern, als der

⁸² Vgl. Pawletko (2004), S.22

⁸³ Vgl. Runder Tisch Hamburg (2006), S.9f.

⁸⁴ Vgl. BFW (2006)

⁸⁵ Vgl. Kremer-Preiß et al. (2006), S.17

am besten geeignete Pflegedienst ausgewählt und mit der Pflege und Betreuung beauftragt. Wenn ein Pflegedienst gleichzeitig Initiator und in der Wohngemeinschaft arbeitender Pflegedienst ist, muss der Rollenwechsel gelingen, d. h. nach dem Einzug muss der Pflegedienst sich auf seine Rolle als Leistungserbringer zurückziehen.⁸⁶

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe hat 2003 das Angebot an Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz in Deutschland untersucht, und dabei herausgefunden, dass 71% der Wohngemeinschaften von ambulanten Pflegediensten initiiert wurden. Gelegentlich gründeten ambulante Pflegedienste zu diesem Zweck einen Verein.⁸⁷ Dieses Engagement ist mit einem finanziellen Risiko verbunden und erfordert Durchhaltevermögen – ein Grund, dass Angehörige und Betroffene seltener zu den Initiatoren gehören.⁸⁸

Obwohl der Pflegedienst, wie oben beschrieben, keine andere Rolle hat als in anderen Haushalten, muss er sich doch anders auf diese Arbeit vorbereiten. Es muss ein Konzept erstellt werden, Mitarbeiter müssen gefunden und geschult werden. Die Arbeitsorganisation ist eine andere, denn es muss eine Rund um die Uhr Betreuung organisiert und Strukturen erarbeitet werden, um dem hohen Kommunikationsbedarf zwischen allen Beteiligten gerecht zu werden.⁸⁹

Pflegedienste können mit solchen Angeboten verschiedene Ziele verfolgen. Mögliche Ziele ergeben sich aus den im Abschnitt „7.1 Eine Motivation entwickeln“ dargestellten Motiven:

- Menschen mit Demenz nicht als Kunden verlieren
- Mitarbeit an der Realisierung einer innovativen Wohnform
- Erschließung eines neuen Geschäftsfelds
- Fortführung einer erfolgreichen Zusammenarbeit mit dem Vermieter

⁸⁶ Vgl. Kremer-Preiß et al. (2006), S.17

⁸⁷ Vgl. Kremer-Preiß et al. (2004a), S.22

⁸⁸ Vgl. Kremer-Preiß et al. (2006), S.15f.

⁸⁹ Vgl. Kremer-Preiß et al. (2006), S.65f.

5 Wohngemeinschaften in Hamburg

In Hamburg gibt es derzeit (Stand: April 2007) vier ambulant betreute Wohngemeinschaften. Die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) hat in der Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur für Hamburg einen Bedarf von 20 Wohngemeinschaften bis 2010 prognostiziert.⁹⁰ Bei der BSG ist auch der „Runde Tisch zur Förderung von Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz“ angesiedelt. Dieses Gremium, in dem unterschiedliche Akteure des Arbeitsfeldes zusammenarbeiten, entwickelt zurzeit Qualitätsempfehlungen für ambulant betreute Wohngemeinschaften in Hamburg. Um Interessierte zu unterstützen, gibt es in Hamburg seit Dezember 2005 die „Hamburger Koordinierungsstelle für Wohn-Pflegegemeinschaften“, die ebenfalls von der BSG gefördert wird. Sie berät und informiert interessierte Angehörige, Vereine und Institutionen, die auf der Suche nach alternativen Wohn- und Betreuungsformen für Menschen mit Demenz sind. So vermittelt sie z.B. freie Plätze in bestehenden Wohngemeinschaften oder bringt Angehörige zusammen, die das Interesse haben, selber eine Initiative zu gründen. Außerdem berät sie Pflegedienste, die die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in einer Wohngemeinschaft übernehmen möchten, und stationäre Einrichtungen oder Wohnungsunternehmen, die beabsichtigen, ihr Angebot zu erweitern.

Die erste Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz, das Haus am Kanal in Dulsberg, wurde Anfang 2004 bezogen und wird vom Pflegedienst der Hamburger Gesundheitshilfe e. V. betreut. Die Initiative ging von der Pflegekonferenz Dulsberg aus, einem informellen Zusammenschluss verschiedener Pflegeinstitutionen beim Stadtteilbüro Dulsberg. Später ging daraus der Verein „Alter und Pflege“ hervor, der schließlich das Projekt vorangetrieben hat. Die Wohngemeinschaft befindet sich in einem eigens dafür errichteten Neubau. Es leben dort sieben Menschen.

Die zweite Wohngemeinschaft, im Erdkampsweg in Fuhlsbüttel, ist im Juni 2005 bezogen worden. Sie wird vom Pflegedienst „Marion´s ambulante Krankenpflege“ betreut. Initiiert wurde sie vom Verein „Türen öffnen e. V.“ der sich das Ziel gesetzt hat, Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz zu initiieren. Die Wohngemeinschaft befindet sich in einer Stadtvilla, die barrierefrei umgebaut worden ist. Sie bietet Platz für neun Bewohner.

⁹⁰ BSG (2005), S.22

Die dritte Wohngemeinschaft, in der Simrockstrasse in Iserbrook, wurde im September 2006 bezogen. Sie wird von der Sozialstation Eimsbüttel gGmbH betreut. Die Wohngemeinschaft befindet sich in einem Einfamilienhaus mit Garten, welches der AWO von einem Ehepaar für die Errichtung einer Wohngemeinschaft gespendet wurde. Hier ist Platz für sieben Bewohner.

Die vierte Wohngemeinschaft, im Pauline Mariannen Stift in St. Georg wurde kurz danach, im Oktober 2006 bezogen. Sie wird vom Pflegedienst der Hartwig Hesse Stiftung betreut. Initiiert wurde sie von der Amalie Sieveking Stiftung, die den Wohnraum zur Verfügung gestellt hat. Die Wohngemeinschaft befindet sich im Dachgeschoss eines alten Mehrfamilienhauses mit Garten, in dem sich zusätzlich acht seniorenrechtliche Wohnungen befinden. Sie hat Platz für sieben Bewohner.

Im Laufe des Jahres 2007 soll eine fünfte Wohngemeinschaft in Langenhorn bezogen werden, initiiert wird diese von der „Martha-Stiftung“. Dort wird Platz für acht Bewohner sein. Weitere Wohngemeinschaften sind z. B. von der Hartwig Hesse Stiftung in Rissen geplant, und weitere Projekte sind in Vorbereitung.⁹¹

6 Experteninterviews in ambulanten Pflegediensten in Hamburg

6.1 Ziel der Erhebung

In dieser Arbeit werden Bedingungen beschrieben, die das „Projekt Wohngemeinschaft“ für einen ambulanten Pflegedienst erfolgreich machen. Ganz allgemein gilt, dass ein Projekt erfolgreich ist, wenn die gesetzten Ziele erreicht werden. Erfolg kann deswegen in diesem Zusammenhang Unterschiedliches bedeuten. Zum einen kann Erfolg bedeuten, dass ein ambulanter Pflegedienst von der Angehörigengruppe ausgewählt wird, eine Wohngemeinschaft zu betreuen. Zum anderen kann Erfolg bedeuten, dass sowohl der Pflegedienst und seine Mitarbeitenden als auch die Mieter und ihre Angehörigen mit dem Alltag in der Wohngemeinschaft zufrieden sind. Ebenso kann Erfolg bedeuten, dass der ambulante Pflegedienst finanziell von diesem Projekt profitiert. Erfolg kann sich für den Pflegedienst ganz anders definieren als beispielsweise für die Angehörigengruppe. Es ist sicher-

⁹¹ Quellen: eigene Recherche und Hamburger Koordinierungsstelle

lich so, dass beides miteinander in Verbindung steht. Diese Untersuchung beschäftigt sich allerdings nur mit der Perspektive der ambulanten Pflegedienste.

Wie in der Einleitung beschrieben, findet sich in der Literatur zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften wenig Handlungsanleitendes für einen Pflegedienst. Es ist ausführlich beschrieben, wie sich der Alltag in einer Wohngemeinschaft gestalten kann und soll. Wie der Weg aussehen kann, den ein Pflegedienst zurücklegen muss, um an das Ziel zu gelangen, ist dagegen kaum beschrieben. Der Weg, den ambulante Pflegedienste zu einem erfolgreichen Projektabschluss gegangen sind, soll untersucht werden, um daraus Bedingungen abzuleiten und zu beschreiben, die ein Projekt für den ambulanten Pflegedienst erfolgreich machen. Um das Untersuchungsziel zu erreichen, wurden Interviews mit projektverantwortlichen Mitarbeiterinnen von ambulanten Pflegediensten geführt, um folgende Fragestellung zu beantworten:

Welche Bedingungen machen das „Projekt Wohngemeinschaft“ für einen ambulanten Pflegedienst erfolgreich?

6.2 Datenerhebung

6.2.1 Experteninterviews

Das Experteninterview ist eine Methode, mit der das besondere Wissen über soziale Sachverhalte oder Prozesse erschlossen werden kann. Das Wissen über diese Sachverhalte oder Prozesse liegt bei Experten. Experten sind in diesem Fall Menschen, die „Zeugen“ der Prozesse wurden, die in einer empirischen Untersuchung betrachtet werden.⁹² Experteninterviews sind dann angezeigt, wenn das „praxisgesättigte Wissen derjenigen Akteure im Zentrum des Interesses steht, die Kenntnisse über die Gesetzmäßigkeiten und Routinen besitzen“⁹³, die es zu erforschen gilt. Experteninterviews sind eine Methode, mit der die exklusiven Wissensbestände, über die nur die Experten verfügen, aufgespürt werden können. Sie können über ungeschriebene Gesetzmäßigkeiten von institutionellem Handeln berichten und über die Bedeutungen, die bestimmtes Handeln hat.⁹⁴ Meuser und Nagel heben hervor, dass sich Experteninterviews besonders dazu eignen, das „Wissen, das in innovativen Pro-

⁹² Vgl. Gläser (2004), S.10f.

⁹³ Schaeffer et al. (2002), S.269

⁹⁴ Vgl. Schaeffer et al. (2002), S.269

jekten gewonnen wird und das (noch) nicht in bürokratische Strukturen eingeflossen ist“⁹⁵ zu Tage zu bringen, denn dieses Wissen ist oft in keiner anderen Form als in Berichten der Experten verfügbar. Infolgedessen eignen sich Experteninterviews besonders für die explorative Forschungsphase, wenn ein Bereich erschlossen werden soll, zu dem bisher wenig geforscht und publiziert wurde.⁹⁶

Bei dem bearbeiteten Thema ist genau dies der Fall. Es existiert wenig Literatur zu der Frage, wie ambulante Pflegedienste in diesem Arbeitsfeld erfolgreich arbeiten können. Es existieren einige „Grundlagenwerke“, beispielsweise von Pawletko, der im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend das Thema Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz bearbeitet hat⁹⁷ und vom Kuratorium Deutsche Altershilfe, welches im Rahmen des Projekts „Leben und Wohnen im Alter“ neue Wohnformen untersucht und beschrieben hat.⁹⁸ In mehreren Bundesländern wurden Leitfäden für Angehörige und Initiatoren veröffentlicht und Qualitätskriterien aufgestellt. Die zahlreichen späteren Veröffentlichungen enthalten zusätzlich zu den beiden oben genannten Quellen wenig Neues und Ergänzendes. Dadurch bleiben die Aussagen allgemein und es kommen kaum neue Informationen hinzu. Vor allem findet man wenig konkret Handlungsanleitendes für ambulante Pflegedienste in den Veröffentlichungen. Meistens werden Ansprüche und Forderungen formuliert, zu denen dann keine Vorschläge zur Umsetzung gemacht werden. Eine Literaturrecherche und Zusammenfassung der Ergebnisse reicht darum nicht aus, um Antwort auf die Frage zu geben, die in dieser Arbeit beantwortet werden soll.

Die Antwort können die Menschen geben, die Experten auf dem Gebiet der Umsetzung sind. Deren Wissen geht weit über das hinaus, was bisher publiziert wurde, und übersteigt außerdem die theoretischen Überlegungen die auf Grundlage einer Literaturrecherche angestellt werden können. Aus diesem Grund wurden Menschen befragt, die für ihren ambulanten Pflegedienst das „Projekt Wohngemeinschaft“ erfolgreich umgesetzt haben.

6.2.2 Leitfadententwicklung

Die Grundlage für die Entwicklung des Fragebogens ist die Forschungsfrage. Eine Forschungsfrage soll mehrere Merkmale erfüllen: zum einen soll dem bereits existierende

⁹⁵ Meuser et al. (1997), S.481

⁹⁶ Vgl. Atteslander (2003), S.153

⁹⁷ Vgl. Pawletko (2004)

⁹⁸ Vgl. Kremer-Preiß et al. (2004a), Kremer-Preiß et al. (2004b), Kremer-Preiß et al. (2006) u.a.

Wissen etwas Neues hinzugefügt werden. Zum andern soll die Frage nach einem allgemeinen Zusammenhang beantwortet werden. D. h. wie Bedingungen, Verlauf und Wirkung eines Prozesses miteinander zusammenhängen.⁹⁹ Das Aufarbeiten des Forschungsstandes und der vorhandenen Literatur ist Grundlage für die Entwicklung der Forschungsfrage und für den Interviewleitfaden. Denn sie liefern Anhaltspunkte dafür, wonach gefragt werden muss, und welche Menschen die Experten sind, die diese Fragen weitergehend beantworten können.¹⁰⁰

Ein Leitfadenterview ähnelt rein äußerlich einem natürlichen Gespräch, in dem der eine Gesprächspartner den anderen befragt. Dieses Gespräch sollte so gestaltet werden, dass es an den Kontext der interviewten Person angepasst ist. Das heißt, die Fragen sollten in der Alltagssprache der Interviewten gestellt werden. Sie müssen dazu aus der Forschersprache übersetzt werden.¹⁰¹ Außerdem sollen die Fragen klar und leicht verständlich sein und so offen formuliert sein, dass sie Erzählanregungen darstellen.¹⁰²

Der Entwicklung des Interviewleitfadens¹⁰³ ging eine Literaturrecherche voraus, um an den aktuellen Stand der Forschung anzuschließen. Dazu wurde nicht nur Literatur zu Wohngemeinschaften gesichtet, sondern auch zu ambulanten Pflegediensten und zu weiterführenden Themen wie beispielsweise Projektmanagement. Für den Interviewleitfaden entstanden daraus vier Themenblöcke:

- Der Beginn, die Vision und die ersten Schritte
- Die Auswahl, Qualifikation und Vorbereitung der Mitarbeiter
- Der Alltag in der Wohngemeinschaft, d. h. Aufgaben der Mitarbeitenden und die Organisation des Alltags
- Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen.

Zu jedem Themenblock gibt es als Erzählanregung eine offen gehaltene Einstiegsfrage. Zusätzlich gibt es zu jeder Einstiegsfrage vertiefende Fragen, die dann gestellt werden können, wenn diese nicht bereits bei der Einstiegsfrage beantwortet wurden.¹⁰⁴

Dem ersten Themenblock gehen einige allgemeine, geschlossene Fragen zur Organisation und Struktur der betreffenden Wohngemeinschaft voraus, zum Beispiel wie viele Menschen in der Wohngemeinschaft arbeiten oder seit wann sie besteht. Den Abschluss des Inter-

⁹⁹ Vgl. Gläser et al. (2004), S. 63

¹⁰⁰ Vgl. Schaeffer et al. (2002), S.270

¹⁰¹ Vgl. Gläser et al. (2004), S.107ff.

¹⁰² Vgl. Gläser et al. (2004), S.140f.

¹⁰³ Interviewleitfaden siehe Anhang

¹⁰⁴ Vgl. Gläser et al. (2004), S.141

views bildete jeweils die Frage nach den wichtigsten Tipps der interviewten Person an Menschen, die ein ähnliches Projekt beginnen möchten.

6.2.3 Stichprobe

Eine Person wird dann zum Experten, wenn angenommen werden kann, „dass sie über ein Wissen verfügt, das sie zwar nicht alleine besitzt, das aber doch nicht jedermann bzw. jederfrau in dem interessierenden Handlungsfeld zugänglich ist.“¹⁰⁵ Zunächst ist es wichtig, herauszufinden, wer diese Personen für die spezielle Forschungsfrage sein können, und dann wird entschieden, mit wie vielen Personen gesprochen werden soll. Das Optimum wird dabei durch inhaltliche und methodische, aber auch durch praktische Gesichtspunkte wie Erreichbarkeit und Bereitschaft zu Teilnahme und die zur Verfügung stehende Zeit bestimmt.¹⁰⁶ Zu den potentiellen Gesprächspartnern sollte so früh wie möglich Kontakt aufgenommen werden. Sie müssen zum einen davon überzeugt werden, dass es sich lohnt, Zeit für ein Interview zu investieren, und zum anderen davon, dass die Interviewer vertrauenswürdig sind. Dazu werden sie über Ziele und Methodik der Untersuchung informiert, und es wird ihnen Anonymität zugesichert.¹⁰⁷

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung gab es in Hamburg vier ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Diese Wohngemeinschaften wurden von vier verschiedenen Pflegediensten betreut. Es wurden vier Interviews mit Expertinnen aus je einem Pflegedienst geführt. Auf Interviews mit weiteren Experten in anderen Städten wurde aus Aufwands- und Zeitgründen verzichtet.

Die Expertinnen zeichneten sich dadurch aus, dass sie von der Planungs- und Vorbereitungsphase berichten konnten. Weniger wichtig war es, Experten zu finden, die über den Alltag in der Wohngemeinschaft berichten konnten. Darum wurde das Angebot mit Teamleitungen aus Wohngemeinschaften zu sprechen, abgelehnt. Bei den interviewten Expertinnen handelte es sich in zwei Fällen um die Pflegedienstleitungen, die selber den Vorbereitungsprozess verantwortet hatten. In einem weiteren Fall handelte es sich um die Pflegedienstleitung, die die Projektverantwortung erst zu einem späteren Zeitpunkt übernommen hat. Der Kollege, der in der Aufbauphase die Verantwortung trug, arbeitet heute nicht mehr in diesem Pflegedienst, und konnte darum nicht interviewt werden. Im vierten Fall

¹⁰⁵ Meuser et al. (1997), S.484

¹⁰⁶ Vgl. Gläser et al. (2004), S.113f.

¹⁰⁷ Vgl. Gläser et al. (2004), S.154

handelte es sich um eine dem Pflegedienst nahe stehende Person, die den Einsatz des Pflegedienstes koordiniert hat.

6.2.4 Vorgehen

Den Interviews ging ein Telefongespräch voraus, in dem zum einen über die Untersuchung informiert wurde, zum anderen das Einverständnis der betreffenden Pflegedienste eingeholt wurde und die Person ausfindig gemacht wurde, mit der idealerweise das Interview geführt werden sollte. Auf das Telefonat folgte ein Brief mit einer genaueren Beschreibung des Untersuchungsziels und einer Bestätigung des Termins.

Die Interviews fanden in der Woche vom 19. - 23. Februar 2007 statt. Sie dauerten zwischen 60 und 90 Minuten und wurden jeweils in den Räumen der betreffenden Pflegedienste geführt. Die Interviews wurden, nach vorausgegangener Information und Einwilligung der Interviewten, aufgezeichnet.

Nach den Interviews wurden jeweils sofort Transkripte angefertigt, die auf den Aufzeichnungen beruhen. Es gibt keine allgemein akzeptierten Regeln zur Transkription.¹⁰⁸ In diesem Fall ging es mehr um den Inhalt dessen, was gesagt wurde, als darum *wie* etwas gesagt wurde. Aus diesem Grund wurde jedes Wort transkribiert, aber auf Beschreibung des Tonfalls, Kenntlichmachung von längeren Pausen, Lachen o. ä. verzichtet.

6.3 Datenanalyse

6.3.1 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Interviews wurden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet, wie sie von Gläser und Laudel beschrieben wird. Die Autoren entwickelten das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse, wie es Philipp Mayring beschrieben hat, weiter.¹⁰⁹

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse handelt es sich um eine Auswertungsstrategie, die Inhalte von Kommunikation deuten und dadurch verstehbar machen will. Um das zu erreichen, werden die Strukturen herausgearbeitet, die helfen die Untersuchungsfrage zu beantworten. Das Material wird mit Hilfe eines Analyserasters, d. h. regelgeleitet, auf relevante Informationen hin untersucht. Dabei kommt es zu einer mehr oder weniger subjektivi-

¹⁰⁸ Vgl. Gläser et al. (2004), S.188f.

¹⁰⁹ Vgl. Gläser et al. (2004), S.192f.

ven Bewertung des Materials, was diese Methode von der Quantitativen Inhaltsanalyse unterscheidet, die sich nur auf exakt auszählbare Inhalte konzentriert. Mayring beschreibt dazu ein Verfahren in mehreren Phasen:

Die erste Phase besteht darin, das Material auszuwählen, welches ausgewertet werden soll, d. h. Passagen, die nicht relevant sind für die Beantwortung der Forschungsfrage, werden gestrichen. In der folgenden Phase wird das Material zusammengefasst. Zunächst durch Paraphrasierung, d. h. für die Beantwortung der Forschungsfrage relevante Textstellen werden in eine grammatikalische Kurzform gebracht und auf eine einheitliche Sprachebene übersetzt, diese Sätze werden Paraphrasen genannt. In der ersten Reduktion werden Paraphrasen mit gleicher oder ähnlicher Aussage gestrichen, außerdem solche, die als nicht relevant erachtet werden. In der zweiten Reduktion werden Paraphrasen mit ähnlichem Inhalt gebündelt. In der dritten Phase werden die Paraphrasen strukturiert, d. h. es werden Kategorien gebildet. Kategorien können sich entweder aus dem Inhalt ableiten (induktiv), z. B. aus Ausprägungen, Typisierungen oder Dimensionen oder sie entstehen bereits aus theoretischen Vorannahmen (deduktiv), beispielsweise aus der Literaturrecherche. Am Ende der Auswertung, in der vierten Phase, steht die Rücküberprüfung des Kategoriensystems am Ausgangsmaterial und die Interpretation der Ergebnisse.¹¹⁰

Gläser und Laudel beschreiben in ihrem Buch eine modifizierte Form der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, denn „ bei unseren ersten Versuchen, das von Mayring vorgeschlagene Verfahren anzuwenden, stellten wir fest, dass es einige prinzipielle Schwächen aufweist.“¹¹¹

Im Folgenden wird das Vorgehen beschrieben, mit der die Daten, die der vorliegenden Arbeit zu Grunde liegen, ausgewertet wurden:¹¹²

1. Extraktion

Aus den Transkripten der vier geführten Interviews, wurden die zur Beantwortung der Forschungsfrage nötigen Informationen entnommen. Gläser und Laudel nennen diesen Vorgang Extraktion. „Extraktion heißt, den Text zu lesen und zu entscheiden, welche der in ihm enthaltenen Informationen für die Untersuchung relevant sind.“¹¹³ Extrahiert werden nur Informationen, die sich im Text finden, Interpretationen und Vermutungen sind zu

¹¹⁰ Vgl. Mayring (2003), S.60

¹¹¹ Gläser et al. (2004), S.193

¹¹² Vgl. Gläser et al. (2004), S.194ff.

¹¹³ Gläser et al. (2004), S. 194

kennzeichnen, wenn sie ebenfalls extrahiert werden. Das Ergebnis der Extraktion ist ein umfangreiches Material von Informationen. Im Folgenden wird nur noch mit diesem Material weiter gearbeitet, die Ursprungstexte spielen keine Rolle mehr. Um trotzdem zurückverfolgen zu können, woher eine Information stammt, ist jede Extraktion mit einer Quellenangabe zu versehen. Die durch Extraktion gewonnenen Informationen werden Kategorien zugeordnet. Das Kategoriensystem, welches genutzt wird, baut auf den theoretischen Vorüberlegungen auf, aus denen bereits der Interviewleitfaden entstanden ist. Das Kategoriensystem ist aber offen und kann während der Extraktion angepasst werden, wenn im Transkript Informationen enthalten sind, die relevant sind aber nicht in das vorhandene Kategoriensystem passen. Dieser Umgang mit dem Kategoriensystem wird von Gläser und Laudel als grundsätzliche Änderung gegenüber dem Verfahren von Mayring beschrieben.¹¹⁴ Zur Auswertung der vier Interviews wurden zunächst die Kategorien des Interviewleitfadens verwendet, die im Laufe des Auswertungsprozesses um zusätzliche Kategorien erweitert wurden.

2. Aufbereitung

Auf die Extraktion folgt im nächsten Schritt die Aufbereitung. Ziel ist es, die Qualität des Materials zu verbessern. Dazu werden verstreute Informationen zusammengefasst, d. h. gleiche Aussagen aus verschiedenen Interviews werden zusammengefasst, und nur durch die Quellenangabe ist noch ersichtlich, an welchen Stellen diese Information zu finden ist. Für diesen Schritt sind nur wenige Regeln beschrieben, vielmehr fordern die Autoren, dass der Schritt kreativ und an die Untersuchungsfrage angepasst durchgeführt wird.

3. Auswertung

In dieser Phase geht es darum, die Untersuchungsfrage zu beantworten. Das Ziel der Auswertung ist es, Kausalmechanismen aufzuklären, d. h. herauszuarbeiten, welche Ursachen es dafür gibt, das etwas ist, wie es ist. In dieser Arbeit wurden die Ursachen bzw. Bedingungen herausgearbeitet, die dafür gesorgt haben, dass das Projekt erfolgreich wurde.

Gläser und Laudel beschreiben für diesen Schritt wiederum keine Regeln. Sie gehen davon aus, dass die Untersuchungsfrage vorgibt, wie genau die Auswertung zu erfolgen hat und berufen sich im Weiteren auf die Kreativität, die ein Forscher mitbringen muss.

¹¹⁴ Vgl. Gläser et al. (2004), S.195

6.3.2 Vorgehen

Im Folgenden soll dieses Verfahren an Hand eines Beispiels erläutert werden. Dazu wurden beispielhaft zwei Textstellen aus zwei Interviews ausgewählt, an denen die Erläuterung stattfindet.

Textstelle I: „ ...*die Menschen werden immer älter und die Demenz nimmt zu. Und die leben zu Hause bei ihren Angehörigen, die müssen das meistern, und ins Heim gehen. Und die Pflegedienste werden immer weniger Arbeit haben.*“¹¹⁵

Im Rahmen der **Extraktion** wurde aus diesem Teil des Transkriptes folgende Extraktion gebildet:

- Motivation des Pflegedienstes: Kunden nicht an Heime verlieren.

Diese Extraktion wurde der Kategorie „Motivation des Pflegedienstes“ zugeordnet. Im Rahmen der **Aufbereitung** wurde diese Extraktion, zusammen mit drei weiteren, gleichen Inhalts zu der Extraktion

- Interesse, Kunden nicht an stationäre Einrichtungen zu verlieren

Im Rahmen der **Auswertung** wurde die Kategorie „Motivation des Pflegedienstes“ umbenannt in: „Bedingung 1: Eine Motivation entwickeln (der Pflegedienst ist motiviert für das Projekt, die Motive können unterschiedlich sein.)“

Textstelle II: Auf die Frage, warum sich die Angehörigen für diesen Pflegedienst entschieden haben: „*Dann haben sie auch gesagt, dass sie mich ganz sympathisch finden und auch die Pflegerin, die ich vorgestellt habe, die ich im Vorwege als Teamleitung ausgesucht habe.*“¹¹⁶

Im Rahmen der **Extraktion**, wurde aus diesem Textabschnitt folgende Extraktion gezogen:

- Die Angehörigen entscheiden sich für den Pflegedienst, weil sie die PDL und auch die vorgestellte WG-Leitung sympathisch fanden.

Diese Extraktion wurde zunächst der Kategorie „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ zugeordnet. Zu dieser Kategorie wurden im Laufe des Auswertungsprozesses weitere Unterkategorien gebildet. In die Unterkategorie „Grund dafür, dass Angehörige sich für den Pflegedienst entschieden haben“ fiel schließlich die oben genannte Extraktion. Im Rahmen der **Aufbereitung** wurde diese Extraktion mit einer weiteren zusammengefasst, so dass sie schließlich lautete:

¹¹⁵ Interview 2, Zeile 323-325

¹¹⁶ Interview 3, Zeile 116-118

- Die verantwortliche Person des Pflegedienstes ist sympathisch und vertrauenswürdig.

Im Rahmen der **Auswertung** wurde die Kategorie, der diese Extraktion angehört, dem Konzept für die Angehörigenkooperation zugeordnet, wo sie wiederum in die Vorbereitungsphase fällt und dort unter den Abschnitt „Informationen sammeln und die Erfahrungen anderer Pflegedienste mit einbeziehen“. Unter die Kategorie „Warum sich Angehörige für diesen Pflegedienst entschieden haben“ fallen neben der oben genannten Extraktion noch acht weitere. Das Konzept für die Angehörigenkooperation wiederum fällt unter die Bedingung 7: „Konzepte erstellen“, und ist eines von drei Konzepten, die zu erstellen zum Erfolg des Projektes Wohngemeinschaft beiträgt.

6.3.3 Ergebnis

Im Rahmen der Auswertung entstanden sieben Kategorien, die die Bedingungen für ein erfolgreiches Projekt beschreiben. Diese Bedingungen sind Erfolgsfaktoren für ein Projekt Wohngemeinschaft aus Sicht des Pflegedienstes. Im Folgenden werden die Begriffe „Bedingung“ und „Erfolgsfaktor“ synonym genutzt. Es wurden sieben Bedingungen herausgearbeitet (s. Abbildung 1). Die ersten sechs Bedingungen haben allgemeinen Charakter, d. h. es sind Erfolgsfaktoren für alle Projekte. Bedingung Sieben bezieht sich auf spezifische Inhalte des „Projekts Wohngemeinschaft“. An die Bedingung Sieben schließen sich drei Konzepte an. Die Konzepte beinhalten Informationen zu den Bereichen „Angehörigenkooperation“, „Personalentwicklung“ und „WG-Alltag“. Die Konzepte tragen nicht dazu bei, die Fragestellung zu beantworten – lediglich das Erstellen der Konzepte ist ein Erfolgsfaktor. Die Konzepte beinhalten die Erfahrungen der Expertinnen mit diesen Themen und sind daher nicht vollständig. Sie bieten nur eine Übersicht darüber, was sich für die befragten Pflegedienste als sinnvoll herausgestellt hat und mit welchen Entscheidungen sie Erfolg hatten. Die Ursache für die „Unvollständigkeit“ dieser Konzepte ist darin begründet, dass der Interviewleitfaden nicht darauf ausgelegt war, zu diesen Themen vollständige Informationen zu erhalten.

Die Reihenfolge, in der die Bedingungen beschrieben werden, ist nicht zwingend einzuhalten. So sollte z. B. von Anfang an an den Konzepten gearbeitet werden. Einige Bedingungen sollten allerdings vor bestimmten anderen Bedingungen erfüllt sein. So sollte die Entscheidung für das Projekt getroffen werden bevor eine projektverantwortliche Person be-

stimmt wird. Die Ergebnisse der Untersuchung werden im nächsten Kapitel dezidiert dargestellt.

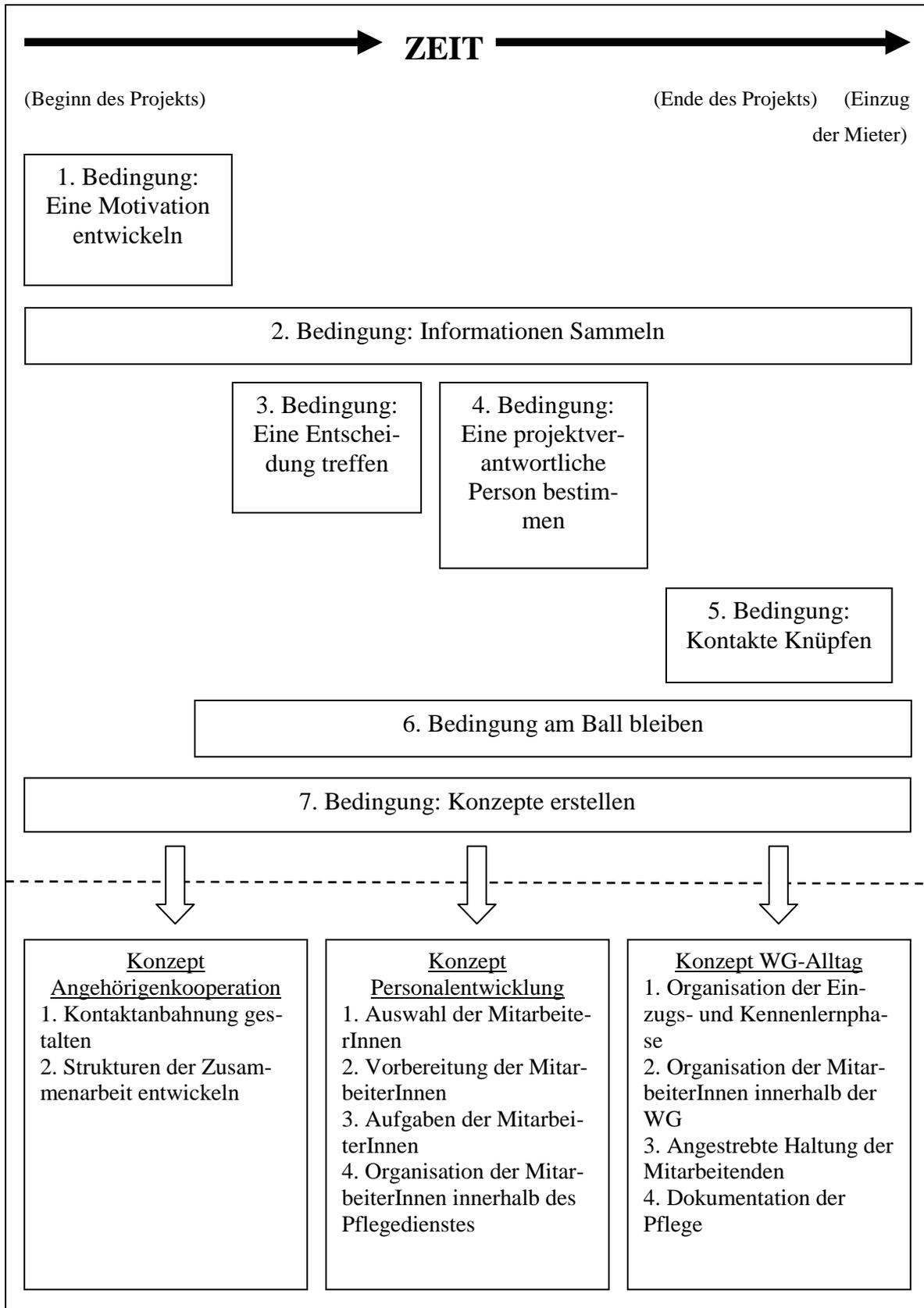


Abbildung 1: Sieben Bedingungen für ein erfolgreiches Projekt

7 Ergebnisse der Experteninterviews – Bedingungen für ein erfolgreiches Projekt

7.1 Eine Motivation entwickeln

Die Expertinnen äußerten verschiedene Motive, aus denen heraus ambulante Pflegedienste anfangen, sich dem Thema Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz zu nähern. Ein Motiv zu haben und motiviert zu sein, tragen erheblich dazu bei, das Projekt voranzutreiben. Das Motiv ist die Vorstufe zu einem später zu formulierenden, detaillierten Projektziel. Aus den Experteninterviews ergaben sich folgende Motive:

Zum einen war das Interesse an der Pflege von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit bereits vorher da, und daraus entwickelte sich das Interesse, diese Menschen nicht als Kunden des Pflegedienstes dadurch zu verlieren, dass diese früher oder später ins Heim umzogen.

Auch die ideelle Motivation, eine adäquate alternative Wohnform mitzugestalten, wurde beschrieben.

Als weiteres Motiv wurde das Interesse genannt, auch in Zukunft mit dem Vermieter des Wohnraums zusammenzuarbeiten und dies durch die Zusammenarbeit in der Wohngemeinschaft zu unterstützen.

7.2 Informationen sammeln

Alle Interviewten beschrieben, dass sie zu Beginn nach Quellen gesucht haben, um sich möglichst umfassend zu informieren. Als Quellen wurden genannt:

- Literatur
- Der Runde Tisch der Behörde in Hamburg
- Die Koordinierungsstelle für Wohn-Pflegegemeinschaften in Hamburg
- Die Alzheimergesellschaft
- Pflegedienste, die Erfahrungen damit haben, Menschen in Wohngemeinschaften zu betreuen

Zum einen werden Informationen über Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz benötigt. Zum anderen sind Informationen von anderen Pflegediensten wichtig, denn in ihnen ist Wissen enthalten, nach welchem in Büchern vergeblich gesucht wird. Die Exper-

7 Ergebnisse der Experteninterviews – Bedingungen für ein erfolgreiches Projekt

tinnen berichteten, dass zwar viele Informationen erhältlich seien, diese aber nicht alle Fragen ausreichend beantworten könnten. Ein wichtiges Thema im Vorfeld, da waren sich alle Interviewten einig, ist die Frage der Finanzierung. Dazu wurden allerdings konkrete Informationen vermisst. Eine Interviewpartnerin drückte dies so aus:

„(Zum) Thema Demenz, wie soll das Haus eingerichtet sein, wie sollen Türen bemalt sein, mit Sonne, Mond und Seepferdchen, all solche Sachen rauf und runter, das Beschäftigungskonzept, wie gestalte ich den Garten, wie gestalte ich die Küche, da habe ich reichlich Informationsmaterial bekommen. Was ich auch toll fand, hat uns geholfen. Aber zu diesem Kern der Sache hat sich eigentlich jeder bedeckt gehalten, ich habe von keiner bestehenden WG gehört, da und da gibt es Probleme, und ich bin fest davon überzeugt, dass sie da auch ein Finanzierungsproblem mit den Bewohnern hatten, aber das wird so nicht offen kommuniziert.“¹¹⁷

Auch die Expertinnen haben in den Interviews Informationen gegeben, die für ambulante Pflegedienste, die vor einer Entscheidung stehen, hilfreich sein können:

- Das Projekt ist zunächst ein Minusgeschäft, und es dauert einige Zeit, bis man das wieder „reingearbeitet“ hat.
- Deswegen ist es wichtig, zu Beginn ausreichend Informationen über die eigene finanzielle Situation zu haben.
- Erscheint das finanzielle Risiko zu hoch, sollte das Projekt nicht gestartet werden.
- Das Ziel muss sein, dass die Kosten für die Mieter überschaubar bleiben, denn für sie sind die Kosten mitentscheidend für den Einzug.
- Es ist sinnvoll, frühzeitig mit den Kostenträgern in Verbindung zu treten, um diese von dem Vorhaben zu informieren und Zusagen zur Kostenübernahme einzuholen.

Neben der Finanzierung haben die Befragten weitere Erfahrungen gemacht, die in eine Entscheidung für oder gegen das Projekt miteinbezogen werden sollten:

- Das Projekt geht mit einem hohen Zeitaufwand einher.
- Es entsteht ein sehr hoher Kommunikationsbedarf zwischen allen Beteiligten des Projektes, das ist wiederum zeitintensiv.
- Der Pflegedienst begibt sich in direkte Konkurrenz zu anderen Pflegediensten, wenn er sich um die Betreuung der Wohngemeinschaft bei der Angehörigengruppe bewirbt.

¹¹⁷ Interview 3, Zeile 57-65

Die Interviews haben gezeigt, dass neben der reinen Sachinformation darüber, wie Wohngemeinschaften aufgebaut sind und welche Ideen dahinter stehen, weiterführende Informationen zur Umsetzung wichtig sind.

7.3 Eine Entscheidung treffen

Diese Bedingung wurde nicht von allen Expertinnen explizit genannt. Eine Entscheidung ist immer eine Bedingung, um anfangen zu können. Darum kann man davon ausgehen, dass in den Pflegediensten, die heute Menschen in Wohngemeinschaften betreuen, diese Entscheidung bewusst getroffen wurde. Grundlage für die Entscheidung ist die Informationssammlung. Die Entscheidung kann als Startschuss bezeichnet werden, eine Interviewpartnerin sprach davon, „im Rennen“ zu sein, nachdem der Beschluss feststand, sich bei den Angehörigen zu bewerben.

7.4 Eine projektverantwortliche Person bestimmen

Alle Expertinnen berichteten, dass eine Person verantwortlich dafür war, das Projekt voranzutreiben. Diese Personen hatten im Pflegedienst unterschiedliche Positionen, aber allen gemeinsam war die Verantwortung, die sie für das Projekt trugen. Die Projektverantwortlichen hatten in den meisten Fällen eine Vertretung. Die Projektverantwortung bezieht sich auf den Zeitraum bis zum Einzug der Mieter in die Wohngemeinschaft.

Dass eine Person die Hauptverantwortung für das Projekt trägt, ist aus mehreren Gründen sinnvoll:

- Der zeitliche Aufwand für das Projekt ist groß, und der normale Alltag läuft nebenher weiter. Wenn sich nicht eine Person verantwortlich fühlt, und dafür nach Möglichkeit auch freigestellt wird, besteht die Gefahr, dass das Projekt halbherzig begleitet wird. Eine Expertin berichtete:

„Da ist dieser Arbeitsumfang, wenn man das macht, muss man auch richtig da rein gehen, man kann das nicht nebenbei machen (...). Man ist sehr ausschließlich dabei, das ist für alle Beteiligten so.“¹¹⁸

- Es müssen Entscheidungen getroffen werden, dafür muss klar sein, wer die Verantwortung und Befugnis hat dazu hat.

¹¹⁸ Interview 4, Zeile 433-436

- Der Kontakt zu den Angehörigen muss aufgebaut werden, denn diese sollen sich für den Pflegedienst entscheiden. Ausschlaggebend dafür ist zum einen das Konzept, aber auch die Beziehung zwischen Angehörigen und projektverantwortlicher Person im Pflegedienst. Wird diese Aufgabe von einer Person verantwortlich wahrgenommen, ist es wesentlich leichter diesen Kontakt aufzubauen.
- Der bereits beschriebene hohe Kommunikationsaufwand mit vielen unterschiedlichen Personen ist ebenfalls ein Grund, eine Person mit der Verantwortung zu betrauen. Bei dieser Person laufen alle Fäden für den Pflegedienst zusammen, und sie behält den Überblick.

7.5 Kontakte knüpfen

Alle Expertinnen beschrieben, wie wichtig es für sie war, Kontakte zu Pflegediensten zu knüpfen, die bereits in einer Wohngemeinschaft arbeiten. Diese Pflegedienste können allerdings auch Konkurrenten für den Auftrag für die Pflege in der Wohngemeinschaft werden. Aus diesem Grund fuhren viele weiter weg, oft nach Berlin, auch weil dort viele Wohngemeinschaften existieren und es eine Wiege der Wohngemeinschaftsbewegung ist. Sie suchten dort speziell Antworten auf die Fragen, die in der zur Verfügung stehenden Literatur nur unzureichend behandelt werden, z.B. Fragen zur Finanzierung oder Fragen zu typischen Fällen und Problemen, die vermieden werden können, wenn man um sie weiß. Eine Interviewpartnerin beschrieb diese Notwendigkeit so:

„Das ganze Wirtschaftliche, Einnahmen, Ausgaben... aber das ist ganz schwierig wenn man ohne so einen Bezug, so virtuell, wenn der praktische Bezug fehlt, das haben wir gemerkt, das ist nicht leicht.“¹¹⁹

Auch Kontakte zur Behörde und dem Runden Tisch wurden als hilfreich beschrieben, ebenso zur Koordinierungsstelle und zu Kostenträgern, um im Vorfeld über das Vorhaben zu informieren und Zusagen zur Kostenübernahme einzuholen.

¹¹⁹ Interview 4, Zeile 112-115

7.6 Am Ball bleiben

Von den Expertinnen wurde beschrieben, dass sie jeweils lange aktiv sein mussten, ohne genau zu wissen, ob die Angehörigen sich für ihren oder einen anderen Pflegedienst entscheiden würden. Eine Interviewpartnerin formuliert das so:

„Die Angehörigengruppe ist ja immer das Zünglein an der Waage, wenn die sich unterwegs für einen anderen Pflegedienst entschieden hätten, das wäre für uns ein ganz schöner Schlag gewesen...“¹²⁰

Die Zeit des Vorlaufs war für die meisten Pflegedienste lang, d. h. mehr als ein Jahr. In diesem Jahr war es wichtig, die Angehörigengruppe kennen zu lernen, sich intensiv mit der Thematik auseinander zu setzen und auch immer wieder zu reflektieren, ob die Ziele des Pflegedienstes noch erreichbar sind. Die Angehörigengruppe hat in allen vier Fällen die Entscheidung verhältnismäßig kurz vor dem Einzug getroffen, vier Monate bis vier Wochen blieben den ambulanten Pflegediensten von der Entscheidung bis zum Einzug der ersten Mieter. Die „Kunst“ besteht also darin, sich vorzubereiten, sich anzupreisen, zu investieren und Kontakte zu knüpfen, ohne dass die Sicherheit besteht, am Ende einen Auftrag zu bekommen. Unterbleibt diese Vorarbeit, ist die Chance den Auftrag zu bekommen allerdings sehr gering. Eine weitere Interviewpartnerin beschreibt diese Zeit so:

„Es ist schon an uns allen (gewesen), es hat auch viel Kraft gekostet und wir haben da viel investiert, alle immer dabei, von Anfang an, wenn was auftaucht, das ist auch kein Selbstgänger gewesen und wir haben aus dem Pflegedienst Ressourcen raus genommen...“¹²¹

7.7 Konzepte erstellen

Bei der Auswertung der Interviews kristallisierten sich drei große Themenbereiche heraus, die von einem ambulanten Pflegedienst bearbeitet werden müssen, der in einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz arbeiten möchte:

- Gestaltung der Kooperation mit den Angehörigen
- Auswahl und Vorbereitung der Mitarbeiter auf die Arbeit in der Wohngemeinschaft
- Gestaltung des Alltags in der Wohngemeinschaft

Die Entwicklung von Konzepten zu diesen Themen sollte nicht zu spät bearbeitet werden sondern kontinuierlich. Da die Fragestellung der Interviews nicht auf die Inhalte dieser

¹²⁰ Interview 3, Zeile 199-201

¹²¹ Interview 4, Zeile 425-427

Konzepte abzielte, können an dieser Stelle nur Anhaltspunkte aufgeführt werden, die sich aus den Gesprächen ergeben haben. Trotz der Unvollständigkeit sind diese Anhaltspunkte von Bedeutung, denn in ihnen spiegeln sich das Wissen und die Erfahrung von ambulanten Pflegediensten, die bereits ein Projekt erfolgreich umgesetzt haben. Wegen der Bedeutung, die diese Informationen für weitere Projekte haben, werden sie in den nächsten Abschnitten dargestellt.

7.7.1 Konzept Angehörigenkooperation

Die Informationen der Expertinnen zur Kooperation mit Angehörigen lassen sich in zwei Themenblöcke teilen. Der eine betrifft die Phase der Vorbereitung und „Kontaktanbahnung“, der zweite Organisation und Strukturen der Zusammenarbeit zwischen Pflegedienst und Angehörigengruppe.

1. Die Phase der Kontaktabahnung

In diese Zeit fällt das Sich-Einstimmen auf die Zusammenarbeit mit Angehörigen. Der Kontakt wurde als teilweise anstrengend beschrieben – auch weil Pflegedienst und Angehörigengruppe in dieser Form der ambulanten Pflege sehr viel näher zusammenarbeiten und aufeinander angewiesen sind als in der „normalen“ ambulanten Pflege. Der respektvolle Umgang miteinander wurde als überaus wichtig beschrieben, sowohl in dieser Zeit als auch darüber hinaus. Die Arbeit mit Angehörigen darf nicht als lästig empfunden werden, Angehörige müssen wertgeschätzt werden, was auch heißt, ihre Kritik anzunehmen oder sogar einzufordern. Diese Faktoren wurden von den Interviewten als Grundlage für eine gute Zusammenarbeit beschrieben. Außerdem half es ihnen, sich immer wieder deutlich zu machen, dass sich die Angehörigengruppe jederzeit für einen anderen Pflegedienst hätte entscheiden können. Eine Interviewpartnerin fasste dies so zusammen:

„Also, ich glaube, es geht dann oft um das Ausleben einer bestimmten Haltung, um einen bestimmten Respekt gegenüber den Angehörigen (...) je mehr ich das hinbekomme, sie wertzuschätzen, sie einzubeziehen, desto besser die Stimmung und desto besser können Konflikte dann gelöst werden. Denn die gibt es natürlich trotzdem, weil es einfach unterschiedliche Interessen gibt, aber das so hinzukriegen.“¹²²

In diese Zeit des Kennenlernens fällt auch die Vorbereitung der Präsentation des Pflegedienstes gegenüber der Angehörigengruppe. Die Expertinnen haben einige Gründe ge-

¹²² Interview 1, Zeile 477-482

7 Ergebnisse der Experteninterviews – Bedingungen für ein erfolgreiches Projekt

nannt, die ihrer Meinung nach dazu geführt haben, dass ihr Pflegedienst ausgewählt wurde.

Dazu zählten

- Der Name des Pflegedienstes war bekannt und weckte Vertrauen
- Vermieter und Pflegedienst standen sich nahe
- Die projektverantwortliche Person des Pflegedienstes war sympathisch und vertrauenswürdig
- Der Pflegedienst wollte die zukünftigen Mieter schon vor dem Einzug kennenlernen
- Die Mitarbeiter sollten spezielle Schulungen erhalten
- Das Alltags- und Finanzierungskonzept überzeugte

Diese Aufzählung macht noch einmal deutlich, dass so ein Projekt nicht nebenher laufen kann, sondern dass kontinuierlich Zeit investiert werden muss.

Die konkrete Planungsphase mit den Angehörigen, nach der Entscheidung für den Pflegedienst, sollte nicht zu knapp bemessen sein. Die ersten Treffen sollten gemeinsam mit Vertretern des Pflegedienstes und der Angehörigengruppe stattfinden. Themen, die bei diesen Treffen bearbeitet werden sollten, sind, neben dem gegenseitigen Kennenlernen, nach Auffassung der Expertinnen:

- Die Erwartungen aller Beteiligten formulieren
- Das gemeinsame Aufstellen von Kommunikationsregeln und -strukturen.
- Ein Verständnis von Gemeinschaft entwickeln
- Die Besonderheit der Wohnform noch einmal deutlich machen (es gibt nicht das „Rundumsorglos-Paket“, wie bei einem Heimeinzug, jeder muss seinen Teil zum Gelingen beitragen)

Vor allem der letzte Punkt wurde als notwendig und hilfreich beschrieben. Die Interviewten haben sehr unterschiedliche Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen gemacht, einige haben das Miteinander als sehr harmonisch erlebt, andere haben eine sehr starke Erwartungshaltung an den Pflegedienst verspürt, die auch immer wieder zu Konflikten geführt hat. Auch der Pflegedienst muss seine Rolle in diesem Gefüge finden, was nicht immer einfach ist. Eine Interviewpartnerin sagte dazu:

„Dann (wenn zu viel gefordert wird, Anm. d. Autorin) zieh ich mich auch zurück und sage, ich bin nur der popelige, kleine, ambulante Pflegedienst, ich biete ambulante Pflege an

*und sonst nichts. Also, da muss man auch immer wieder gucken, wie man das ins richtige Gleichgewicht bringt.*¹²³

Zu beachten ist auch, dass sich die Erwartungen und Anliegen der Angehörigen, aber auch das, was eingebracht werden kann, immer dann ändert, wenn neue Angehörige dazu kommen.

2. Organisation und Strukturen der Zusammenarbeit.

Alle Expertinnen berichteten, dass die Angehörigengruppe einen Sprecher oder eine Sprecherin gewählt hat, die erster Ansprechpartner für den Pflegedienst ist aber auch für Interessierte. Es wurde berichtet, dass es sinnvoll sein kann, mit der Angehörigengruppe Verträge abzuschließen, in denen Rechte und Pflichten aller Beteiligten geregelt sind. Andere haben ganz bewusst darauf verzichtet, um Angehörige nicht zu verschrecken. Generell sind beide Varianten möglich. Als sinnvoll haben sich regelmäßige Treffen der Angehörigengruppe erwiesen, bei denen jeweils ein Vertreter des Pflegedienstes anwesend ist. In der Vorbereitungsphase wird das die projektverantwortliche Person sein, später sollte es die Person sein, die das Mitarbeitenden-Team der Wohngemeinschaft leitet. Die Angehörigen sollten auf diesen Treffen über alle wichtigen Entscheidungen, die der Pflegedienst in Bezug auf die Wohngemeinschaft trifft, informiert und, soweit wie möglich, in Entscheidungen mit einbezogen werden. Wünsche und Anmerkungen der Angehörigen sollten zeitnah beantwortet werden. Konflikte, die es immer geben wird – da waren sich alle einig – sollten offen und mit gegenseitigem Respekt schnell bearbeitet werden. Bei der Aufgabenverteilung haben sich zwei Varianten herauskristallisiert. Eine Variante sieht vor, dass Angehörige keine festgelegten Aufgaben haben, sie müssen nichts machen, können sich aber einbringen, und die Erfahrung zeigt, dass sie dies auch tun. Eine Interviewpartnerin sagte dazu:

*„Nein, also alles macht der Pflegedienst, die Angehörigen machen nur das, zu was sie Lust haben. (...) Das geschieht bei uns spontan. Und das ist wahnsinnig wichtig, diese Spontaneität, das der Angehörige nicht dieses Muss im Hintergrund hat, was er die ganze Zeit hatte, vorher.“*¹²⁴

Die zweite Variante sieht vor, dass die Angehörigen festgelegte Aufgaben haben, für die sie die Verantwortung tragen. Dazu gehört das Nachbesetzen der Zimmer, alles was mit der Wohnung zusammenhängt wie Umbauarbeiten, Ausstattung mit Möbeln und Küchen-

¹²³ Interview 3, Zeile 482-485

¹²⁴ Interview 2, Zeile 239-250

utensilien, Reparaturarbeiten, und die Vorgaben zur Tagesgestaltung – alles was nicht an den ambulanten Pflegedienst delegiert worden ist.

Für welche Variante man sich auch entscheidet, wichtig ist immer wieder der Dialog darüber, wer welche Verantwortung trägt.

7.7.2 Konzept Personalentwicklung

Die Informationen bezüglich der Personalentwicklung lassen sich in drei Themenblöcke einteilen. Zunächst die Auswahl der Mitarbeitenden, dann die Vorbereitung auf den Einsatz in der Wohngemeinschaft und schließlich Arbeitsorganisation und Aufgaben der Mitarbeitenden. Auch hier wird kein vollständiges Konzept dargestellt, sondern die Ergebnisse der Erhebung zusammengefasst.

1. Die Auswahl der Mitarbeitenden

Alle Expertinnen berichteten, dass sie Mitarbeitende aus dem Pflegedienst direkt angesprochen, und gefragt haben, ob sie in der Wohngemeinschaft arbeiten möchten. Der Vorteil hierbei ist, dass gezielt die als geeignet eingestuftten Mitarbeitenden angesprochen werden können. Außerdem stehen die Mitarbeitenden schon vor Einzug der Mieter in die Wohngemeinschaft bereit, um z B. an Fortbildungen teilnehmen zu können oder die Angehörigengruppe kennen zu lernen. Bei den vielen unbekanntten Größen, die die Arbeit in der Wohngemeinschaft mit sich bringt, sind so zumindest schon einige der Mitarbeitenden bekannt. Ein weiterer Vorteil ist, dass die Mitarbeitenden zunächst auch im „normalen“ Ablauf des Pflegedienstes weiterarbeiten können – wenn beispielsweise nicht alle Mieter gleichzeitig einziehen. Beachtet werden muss, dass bei dieser Variante rechtzeitig neue Mitarbeitende für die Arbeit des Pflegedienstes außerhalb der Wohngemeinschaft eingestellt werden müssen. Neueinstellungen sind also in jedem Fall unumgänglich, und die Schwierigkeit besteht darin, dass zu einem festgelegten Zeitpunkt mehrere neue Mitarbeitende gebraucht werden. Diese können nicht lange vor dem Einzug der Mieter eingestellt werden, weil die Einnahmen erst zum Zeitpunkt des Einzugs fließen. In allen Wohngemeinschaften wurden auch neue, bis dahin noch unbekannte Mitarbeitende eingestellt. Die Arbeitsstelle wurde als sehr begehrt beschrieben.

Die Kriterien, nach denen Mitarbeitende ausgewählt wurden, waren vielfältig. Schwierigkeiten haben sich mit Mitarbeitenden ergeben, die zuvor nur im stationären Bereich gearbeitet hatten und keine, oder nur wenig Erfahrung in der ambulanten Pflege hatten. Diese

7 Ergebnisse der Experteninterviews – Bedingungen für ein erfolgreiches Projekt

haben oft weniger den Alltag und das Miteinander in den Vordergrund stellen können, als vielmehr funktionale Abläufe. Auch der Umgang mit den Mietern war in diesen Fällen oft problematisch. Eine Interviewpartnerin berichtete:

„Ja, die verschiedenen Vorstellungen von Arbeit. Es war so, da waren Mitarbeiter – beim Kochen ist mir das ganz bewusst aufgefallen, ich hatte Krankenschwestern oder Altenpfleger, die aus dem Heim zu uns (in die Wohngemeinschaft, Anm. d. Autorin) gekommen sind, und die sind einfach mit diesen Menschen anders umgegangen, die haben sie bevormundet, die haben sie einfach wie kleine Kinder angesprochen. Und da habe ich gesagt, so geht das nicht.“¹²⁵

Was weiterhin als wichtig beschrieben wurde, ist eine hohe emotionale Belastbarkeit, die die Mitarbeitenden mitbringen sollten. Dazu gehört, den Stress, der sich aus der Zusammenarbeit mit demenziell erkrankten Menschen ergibt, aushalten zu können, genauso aber Nähe zu den Mietern zulassen zu können. Ferner wurde eine bestimmte, passende Persönlichkeit gesucht. Diese zu beschreiben, fiel den Befragten nicht immer leicht. Es geht dabei darum, mit der Erkrankung umgehen zu können, Freude an der Arbeit zu haben, eine ruhige Ausstrahlung zu haben, sich einfühlen zu können, und als ganz wichtig wurde die Kontaktfähigkeit und -bereitschaft gegenüber Mietern und Angehörigen beschrieben. Erfahrung mit Demenz sei hilfreich, jedoch müssen nicht alle Mitarbeitenden gleich viel Erfahrung mitbringen. Wichtig ist, dass den Mitarbeitenden bewusst ist, dass sie in einem anderen Arbeitsmodell arbeiten als bisher gewohnt: weder stationär, noch ambulant. Die Angehörigen bringen sich aktiv ein, das sieht dieses Modell vor: Darum dürfen Angehörige nicht als lästig empfunden werden. Die Mitarbeitenden sind in der besonderen Lage, zwar rund um die Uhr anwesend zu sein, aber trotzdem nicht die alleinige „Herrschaft“ zu besitzen. Dieses Modell muss den Mitarbeitenden bekannt sein und sie müssen sich dazu bekennen. Neben den genannten Persönlichkeitsmerkmalen wurde auch eine gute Schulung als notwendig beschrieben:

„Also ich kann nicht dem beipflichten, und das hört man ja immer wieder, man muss kontaktfreudig sein, muss hauswirtschaftliche Fähigkeiten haben und ansonsten einen guten Menschenverstand und dann kann das eigentlich jeder. Der Meinung bin ich nicht.“¹²⁶

Als Voraussetzung wurden Kenntnisse zum Krankheitsbild genannt, weniger bestimmte Methoden wie beispielsweise Validation. Als sinnvoll haben sich Fortbildungen kurz nach

¹²⁵ Interview 2, Zeile 201-206

¹²⁶ Interview 1, Zeile 186-189

7 Ergebnisse der Experteninterviews – Bedingungen für ein erfolgreiches Projekt

Einzug der ersten Mieter herausgestellt, denn dann können konkrete Situationen besprochen werden und Informationen direkt mit bestimmten Personen in Verbindung gebracht werden. Diese Fortbildungen gemeinsam mit Angehörigen zu gestalten, wurde ebenfalls als gute Erfahrung dargestellt. So entstand neben dem gegenseitigen Kennenlernen auch eine gemeinsame Wissensbasis. Diese wurde als gute Kommunikationsgrundlage erlebt.

Als zweckmäßig haben sich Teams erwiesen, in denen Mitarbeitende mit unterschiedlichen Qualifikationen zusammenarbeiten, so z. B. eine Person, die besonders gut kochen kann – denn die gute Stimmung steht und fällt mit dem Essen – dann wurden neben Alten- und Krankenpflegepersonen auch Hilfskräfte, Auszubildende, Zivildienstleistende oder auch Sozialpädagoginnen eingestellt. Gerade mit sehr jungen Teammitgliedern wurden gute Erfahrungen gemacht – vor allem wenn sie nicht zur Körperpflege eingesetzt wurden – denn sie haben häufig eine Enkelkind-Bedeutung für die Mieter. Die Nachtdienste werden meist mit Studierenden besetzt.

2. Vorbereitung der Mitarbeitenden

Zu diesem Bereich wurden zwei Themen genannt, zum einen Fortbildungen und Hospitationen, zum anderen Teamentwicklung. Fortbildungen werden, gerade zu Beginn, als sinnvoll und wichtig beschrieben. Dabei geht es weniger um spezielles Wissen als um Grundlagenkenntnisse zur Demenz-Erkrankung und den Umgang mit Erkrankten. Fortbildungen sind gleichzeitig eine Möglichkeit für das Team, sich besser kennenzulernen und können auch als Kennenlern-Möglichkeit für die Angehörigengruppe genutzt werden (s. o.). Im Verlauf sollten regelmäßig Schulungen angeboten und nach den Bedürfnissen der Mitarbeitenden geplant werden. Hospitationen in anderen Wohngemeinschaften können sinnvoll sein. Es ist aber auch eine zeitliche und finanzielle Frage, wie weit sich diese ermöglichen lassen. Zur Teamentwicklung wurde sehr Unterschiedliches berichtet. So wurden Fortbildungsveranstaltungen genutzt, damit das Team sich kennen lernen kann, auch eine einführende, ausführliche Teamsitzung über einen Tag, vor Einzug der Mieter in die Wohngemeinschaft wurde als sinnvoll beschrieben. Im Verlauf der Arbeit kann es sinnvoll sein, spezielle Teamentwicklungsmaßnahmen zu ergreifen, aber auch eine regelmäßige Fallsupervision ist für die Teamentwicklung hilfreich.

3. Aufgaben der Mitarbeitenden

Die Interviewten haben die Aufgabenbereiche der Wohngemeinschafts-Mitarbeitenden, der Team-Leitung und der Pflegedienstleitung beschrieben.

7 Ergebnisse der Experteninterviews – Bedingungen für ein erfolgreiches Projekt

Die Mitarbeitenden in der Wohngemeinschaft haben die Aufgabe, den Alltag mit den Mietern zu gestalten (siehe auch 7.7.3) und mit den Angehörigen zusammenzuarbeiten. Dazu hat es sich als sinnvoll herausgestellt, bestimmte Aufgaben von Anfang an zu verteilen, damit klar ist, wer wofür Verantwortung trägt. Eine Interviewte berichtete, dass es auch eine Art Bezugspflegesystem gibt, in dem bestimmten, examinierten Mitarbeitenden bestimmte Mieter zugeordnet sind, und dadurch u. a. die Kommunikation mit Angehörigen erleichtert wird. Weitere Aufgaben sind hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie kochen, waschen, aufräumen u.s.w. Auch die Dokumentation der Pflege und die Pflegeprozessplanung wurden in diesem Zusammenhang genannt. Zusätzlich wurde als Aufgabenbereich von Zivildienstleistenden oder Praktikanten genannt, Spaziergänge mit einzelnen Mietern zu unternehmen oder gemeinsam einkaufen zu gehen. Es wurde die Variante genannt, eine Person einzustellen die fürs tägliche Kochen und die Planung des Einkaufs zuständig ist – das hat den Vorteil, dass die Verantwortung klar verteilt ist und eine Person kocht, die das auch kann. Genauso wurde die Variante beschrieben, dass alle Mitarbeitenden mal fürs Kochen zuständig sind, es ergibt sich dadurch eine weniger funktionale Aufgabenverteilung, die als „natürlicher“ angesehen wurde.

Die Aufgaben der Team-Leitung sind, nach Aussagen der Expertinnen

- Kontakt zu den Angehörigen halten
- Bei Konflikten vermitteln
- Gruppenprozesse und Konflikte in Team steuern
- Teambesprechungen leiten
- Das Team kontrollieren bzw. Rückmeldungen über die Arbeitsweise geben.

Die Aufgaben der Pflegedienstleitung sind

- Das Durchführen von Pflegevisiten
- Das Erstellen des Dienstplans
- Das Organisieren von Fortbildungen
- Die Wirtschaftlichkeit im Blick zu behalten
- Ansprechpartner für interessierte Angehörige zu sein
- Die fachliche Leitung der Wohngemeinschaft

4. Organisation innerhalb des Pflegedienstes

Die Expertinnen beschrieben einheitlich, dass die Mitarbeitenden der Wohngemeinschaft weiterhin in die Gesamtorganisation des Pflegedienstes eingebunden sind. Das zeigt sich z. B. durch die Anstellung beim Pflegedienst, die Nutzung eines gemeinsamen Fortbildungs-

kataloges, den Dienstplan, der von der Pflegedienstleitung geschrieben wird, die Teilnahme an Dienstbesprechungen, gemeinsame Weihnachtsfeiern oder, in einem Fall, das tägliche Aufsuchen der Büroräume. Das Team der Wohngemeinschaft ist allerdings weniger in den Pflegedienst eingebunden als andere Mitarbeitende. Es wurde die Wichtigkeit betont, dass sich die Mitarbeitenden weiterhin zugehörig fühlen. Eine Interviewte sagte dazu:

„Zu den Dienstbesprechungen und Fortbildungen sind sie gehalten zu kommen, Protokolle werden da sonst hingeschickt. Und all so was wie Weihnachtsfeiern, Sommerfest das ist zentral hier und das ist mir auch ganz wichtig, dass die nicht abheben und, ich sag mal, eigene Gesetze...“¹²⁷

Die Expertinnen berichteten, dass bei sechs Mietern jeweils zwei Mitarbeitende im Früh- und Spätdienst anwesend sind, nur eine gab an, zeitweilig mit einer Mitarbeitenden vor Ort auszukommen. Es wird als notwendig beschrieben, jederzeit Mitarbeitende vor Ort zu haben, die Medikamente geben dürfen, denn sonst müssten Mitarbeitende der „normalen“ ambulanten Pflege auf ihrer Tour in die Wohngemeinschaft kommen. Dazu bemerkt eine Interviewte:

„Und das höre ich in Fachkreisen auch immer wieder, ihr habt doch euer ambulantes Personal, da könnt ihr doch mal eben eine Pflegekraft hinschicken, die die Medikamentengabe macht. Aber gerade dieses Klientel sagt, `was? Sie wollen mich vergiften, oder wie komme ich dazu, jetzt diese Tablette zu schlucken?` Also das klappt da überhaupt nicht.“¹²⁸

Die Qualifikation der Mitarbeitenden ist also auch immer abhängig von den Bedürfnissen der Mieter und muss an die gesetzlichen, bzw. mit den Krankenkassen vertraglich festgelegten, Anforderungen angepasst sein.

7.7.3 Konzept WG-Alltag

Das, was die Expertinnen inhaltlich zu einem Konzept für den Alltag in der Wohngemeinschaft gesagt haben, ist vergleichsweise wenig dafür, dass die Gestaltung des Alltags *das* Instrument zur Umsetzung der Wohngemeinschaftsidee ist. Der Grund dafür ist die Art der Fragestellung. Der Fokus der Interviews lag auf den Erfolgsbedingungen und weniger darauf, wie genau sich die Umsetzung im Alltag gestaltet. Trotzdem soll hier dargestellt werden, was die Auswertung der Interviews zu diesem Thema ergab.

¹²⁷ Interview 3, Zeile 463-466

¹²⁸ Interview 1, Zeile 207-211

Zunächst wurde die Existenz eines Konzepts als sinnvoll und notwendig bewertet. Die Arbeit an diesem Konzept sollte beginnen, sobald genügend Informationen vorhanden sind, und es sollte von der projektverantwortlichen Person erstellt werden. Das Konzept dient zunächst dazu, die Vorstellungen des Pflegedienstes vom Wohngemeinschaftsalltag zu beschreiben. Im weiteren unterstützt es die Präsentation des Pflegedienstes gegenüber den Angehörigen. Es wird danach evtl. gemeinsam überarbeitet und an die Vorstellungen der Angehörigengruppe angepasst. Das Konzept ist verbindlich für die Mitarbeitenden. Es sollten auch die geforderten und mit den Angehörigen gemeinsam erarbeiteten Haltungen, die die Mitarbeitenden gegenüber den Mietern einnehmen sollten, festgehalten werden. Von den Interviewten wurde betont, dass es wichtig ist, das Konzept immer wieder zu thematisieren und zu überarbeiten. Eine Interviewte sagte dazu:

„Konzepte sind ja nicht dazu da, um zu sagen, das ist jetzt so und bleibt auch so, sondern es soll ja tatsächlich... so wie ich eben gesagt habe... man guckt sich das noch mal kritisch an und überarbeitet das Ganze. Doch, ich denke schon, dass man grundsätzlich mit einem Konzept rangehen sollte, aber nicht stur und starr, das geht nicht.“¹²⁹

Die Überarbeitung sollte im Team der Wohngemeinschaft stattfinden, z. B. im Rahmen der Teamsitzungen oder als Fortbildungsveranstaltung.

Das Konzept, welches den Angehörigen ausgehändigt wird, kann damit beginnen, dass der Pflegedienst vorgestellt wird, beispielsweise indem der Träger vorgestellt wird, die Schwerpunktsetzung, die Mitarbeiterstruktur und das Pflegeleitbild. Außerdem berichteten die Expertinnen, dass die Wohnung beschrieben wird, die Ausstattung und Größe der einzelnen Zimmer und ob es z.B. Doppelzimmer gibt. Im Anschluss folgt dann der Teil, in dem die Organisation des Alltags der Wohngemeinschaft beschrieben wird.

1. Organisation der Einzugs- und Kennenlernphase

Die Interviewten beschrieben, dass sie zukünftige Mieter bereits vor dem Einzug in deren Wohnung besucht haben, um sie kennen zu lernen und eine erste Anamnese zu erheben. Diese Besuche wurden von den Angehörigen sehr positiv aufgenommen. Auch bei Zuzügen hat sich der Besuch des Pflegedienstes als sinnvoll herausgestellt. Zusätzlich lernt die Angehörigengruppe potentielle neue Mieter und deren Angehörige kennen und es kann ein „Kennenlernkaffeetrinken“ in der Wohngemeinschaft stattfinden. Im Anschluss entscheidet die Angehörigengruppe über den Einzug. Der Pflegedienst ist dabei beratend tätig. Al-

¹²⁹ Interview 3, Zeile 383-387

lerdings ist es nicht einfach, die Wohnung vollständig zu vermieten und überhaupt „passende“ Mitbewohner zu finden. Dazu eine Interviewpartnerin:

„Wir sind auch an den Start gegangen und haben gedacht, wir suchen aus und stellen uns die Leute zusammen. Aber die Arroganz habe ich schon lange abgelegt. Ich würde gerne gucken, wer passt da mit rein.“¹³⁰

Der Einzug der ersten Mieter erfolgte nach und nach, damit nicht auf einen Schlag alles für alle Beteiligten neu ist.

2. Organisation der Mitarbeitenden

Dazu wurde berichtet, dass regelmäßige Teambesprechungen stattfinden. Den Angehörigen, bzw. einem Angehörigensprecher, die Teilnahme daran zu ermöglichen, hat sich als sinnvoll erwiesen. Regelmäßige Fallbesprechungen oder eine Fallsupervision sind ebenso hilfreich. Auch hier kann die Teilnahme des jeweiligen Angehörigen positive Effekte haben. Weiterhin wurde genannt, dass sich die Mitarbeitenden der Wohngemeinschaft nach Möglichkeit bei Krankheit gegenseitig vertreten sollen, um keine „fremden“ Mitarbeitenden in der Wohngemeinschaft einsetzen zu müssen.

3. Angestrebte Haltung der Mitarbeitenden

Die angestrebte Haltung wird als Bestandteil des Konzeptes beschrieben. Im Alltag sollte das Miteinander im Vordergrund stehen und nicht das Funktionale, es sollen sich keine eingefahrenen Abläufe entwickeln sondern der Tagesablauf jeden Tag neu mit den Mietern abgesprochen werden. Die Mitarbeitenden sollen niemandem gegenüber besserwisserisch auftreten, untereinander solidarisch sein und eigene Ideen mit einbringen. Das Ziel von allen sollte sein, normalen Alltag zu begleiten und keinen Heimcharakter aufkommen zu lassen. Gegenüber den Angehörigen sollte ebenfalls eine Haltung eingenommen werden, die Kooperation und Kommunikation in einer guten Atmosphäre ermöglicht.

4. Dokumentation der Pflege

Die Interviewten gaben an, dass sich die Dokumentation der Pflege nicht von der „normalen“ ambulanten Pflege unterscheidet, lediglich die Biographieerhebungsbögen sind ausführlicher, und zusätzlich haben sich Dokumentationsbögen für „herausforderndes Verhalten“ und „Hygieneverhalten“ bewährt, denn diese helfen bei der Ein- oder Höherstufung durch den MDK. Für die Kommunikation mit Angehörigen hat sich ein spezielles „Übergabebuch“ bewährt.

¹³⁰ Interview 3, Zeile 545-549

8 Umsetzung der Bedingungen für ein erfolgreiches Projekt

8.1 Eine Motivation entwickeln

Hinweise dazu zu geben, wie eine Motivation entwickelt werden kann, ist schwierig. An dieser Stelle soll darum erläutert werden, warum es wichtig ist, eine Motivation zu entwickeln, und wie die Motivation Einfluss auf den Projekterfolg haben kann.

Welches Motiv einen ambulanten Pflegedienst antreibt, sich mit Wohngemeinschaften als neuem Arbeitsfeld zu beschäftigen, ist vermutlich unerheblich. Denn: „Motive bewirken (...), dass Personen aktiv nach Situationen (...) oder nach den in Situationen enthaltenen Belohnungen (...) suchen, die eine Befriedigung/Erfüllung ihrer Motive/Ziele versprechen.“¹³¹ Und Motivation bedeutet, dass ein Mensch sich aktiv auf einen positiv bewerteten Zielzustand ausrichtet. Motiviert zu sein und ein Motiv zu haben ist das, was einen Menschen (oder hier eine Organisation) in Bewegung setzt, den Zustand zu erreichen in dem das Motiv befriedigt wird. So leitet sich auch der Begriff Motivation aus „movere“, in Bewegung versetzen, ab.¹³²

Für das Arbeiten in einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz ist wichtig festzuhalten: Der ambulante Pflegedienst, bzw. die Personen, die dort das Projekt vorantreiben wollen, müssen ein, wie auch immer geartetes, Motiv haben, welches sie mit dem Projekt „befriedigen“ wollen. Denn nur so wird das Projekt vorangetrieben. Ein Pflegedienst, der anfängt sich mit der Idee Wohngemeinschaft zu beschäftigen, wird im Allgemeinen ein Motiv haben. Es ist sinnvoll, sich dieses Motivs bewusst zu werden und auch zu überprüfen, ob die Realisierung des Projektes tatsächlich das Motiv befriedigt. Motiv und Projekt müssen zusammenpassen, damit die Motivation tatsächlich antreibende Kraft sein kann.

8.2 Informationen sammeln

Informationen können aus ganz unterschiedlichen Quellen kommen. Für das Projekt Wohngemeinschaft sollte zunächst die zu diesem Thema veröffentlichte Literatur gesichtet werden. Wie oben beschrieben, ist die verfügbare Literatur bisher nicht umfangreich und

¹³¹ Weibler (2001), S.206

¹³² Vgl. Weibler (2001), S.204

bezieht sich häufig auf das Konzept einer Wohngemeinschaft und weniger darauf, wie das Konzept umgesetzt werden kann. Viele Bundesländer haben Broschüren veröffentlicht in denen bestehende Informationen zusammengetragen wurden, und auch im Internet finden sich Veröffentlichungen unterschiedlicher Vereine und Initiativen, die die Wohngemeinschaftsidee voranbringen möchten.

Eine weitere wichtige Quelle sind Gespräche mit Menschen, die Experten auf diesem Gebiet sind. In Frage kommen Mitarbeitende von Pflegediensten, die bereits Wohngemeinschaften betreuen, aber auch Beratungsstellen und Behörden.

Informationen sollten so archiviert werden, dass sie jederzeit zugänglich sind. Es bietet sich an, Informationen nach Themen abzuheften, wenn im Laufe der Zeit eine „Loseblatt-Sammlung“ entsteht. Auch handschriftliche Notizen, die bei Gesprächen angefertigt werden sollten, können so sortiert werden. Informationen sollten kontinuierlich, über die gesamte Projektdauer ergänzt und gesammelt werden.¹³³

8.3 Eine Entscheidung treffen

Die Entscheidung kann als Startschuss für das Projekt bezeichnet werden. Wer letztlich die Entscheidung trifft, hängt von den Organisationsstrukturen eines ambulanten Pflegedienstes ab. Die Leitungsebene, mit Geschäftsführung und Pflegedienstleitung kann daran beteiligt sein aber auch eine zukünftige Projektleitung. Die Meinung jeder beteiligten Person sollte gehört und alle Betrachtungsweisen offen diskutiert werden. Entscheidungen sollten nicht unter zeitlichem Druck getroffen werden. Gute Entscheidungen werden nicht nur auf der Grundlage von Fakten getroffen, auch die psychischen Momente, das „Bauchgefühl“ spielt eine Rolle.¹³⁴

Zwei zentrale Fragen, die bei der Entscheidung helfen sollen, formuliert Portny:

1. *Sollte* das Projekt durchgeführt werden? D. h. Übersteigt der Nutzen die erwarteten Kosten?
2. *Kann* das Projekt durchgeführt werden? D. h. ist das Projekt technisch machbar und stehen die notwendigen Ressourcen zur Verfügung?

¹³³ Vgl. Stary et al. (1999), S.96f.

¹³⁴ Vgl. Litke (1995), S.217ff.

Wenn eine der Fragen mit einem klaren Nein beantwortet wird, sollte das Projekt nicht stattfinden. Oder das Projekt muss so umstrukturiert werden, dass die Fragen mit ja beantwortet werden können.¹³⁵

Bei der Entscheidung hilft auch eine Kosten-Nutzen-Analyse, bei der die Kosten, die im Verlaufe des Projektes entstehen, den erwarteten Vorteilen bzw. Nutzen entgegengestellt werden. Nutzen müssen dabei nicht immer in monetären Werten ausgedrückt werden, allerdings kann auch ein Nutzen wie Mitarbeitermotivation sich finanziell auszahlen. Je weiter bei den erwarteten Kosten und Nutzen in die Zukunft geschaut wird, desto genauer wird die Analyse.¹³⁶

8.4 Eine projektverantwortliche Person bestimmen

Die Bedeutung einer projektverantwortlichen Person wurde oben beschrieben. Erfolg oder Misserfolg eines Projektes hängen stark mit der Person zusammen, die es führt, darum sollte sie sorgfältig ausgewählt werden. Die projektverantwortliche Person solle zum einen fachlich kompetent sein und zum anderen Menschen motivieren und Konflikte lösen können. Außerdem soll sie wirtschaftlich arbeiten und zu geplantem Handeln fähig sein.

Damit die projektverantwortliche Person ihren Aufgaben nachkommen kann, ist es wichtig, dass sie mit Entscheidungskompetenzen und (finanziellen) Mitteln ausgestattet wird. Es ist sehr wichtig, dass die Person die volle Unterstützung der übergeordneten Hierarchieebenen, z. B. Pflegedienstleitung und Geschäftsführung, hat und diese auch nach außen hin deutlich wird.¹³⁷

8.5 Kontakte knüpfen

In Hamburg bietet die Koordinierungsstelle für Wohn- Pflegegemeinschaften einen ersten Anlaufpunkt, und auch der „Runde Tisch“ der Behörde für Soziales und Familie bietet eine Möglichkeit erste Kontakte zu knüpfen. Weiterhin besteht die Möglichkeit, Kontakt mit anderen Pflegediensten aufzunehmen, die bereits Menschen in Wohngemeinschaften betreuen. Die erste Wahl fällt häufig auf Berlin, wo es viele Wohngemeinschaften gibt. Allerdings besteht die Möglichkeit, Informationen zu bekommen und Kontakte zu knüpfen.

¹³⁵ Vgl. Portny (2001), S.31

¹³⁶ Vgl. Portny (2001), S.32

¹³⁷ Vgl. Litke (1995), S.170f.

fen, auch bei jedem anderen Pflegedienst. Um Kontakte zu knüpfen und diese auch zu halten, ist es von Vorteil, wenn die projektverantwortliche Person Spaß daran hat, Menschen kennen zu lernen.

8.6 Am Ball bleiben

Es ist Aufgabe der projektverantwortlichen Person, regelmäßigen Kontakt zu den anderen Beteiligten wie der Angehörigengruppe oder den Kostenträgern zu suchen. Dazu muss ihr genügend Zeit eingeräumt werden, damit Termine wahrgenommen werden können. Dadurch wird die projektverantwortliche Person mit dem ambulanten Pflegedienst in Verbindung gebracht werden, und es wird positiv auffallen, wenn regelmäßige Kontakte stattfinden.

8.7 Konzepte erstellen

Im Folgenden wird Allgemeines zur Erstellung von Konzepten dargestellt. Soziale Einrichtungen erstellen Konzepte als Grundlage ihrer Arbeit, sie geben Auskunft über Ziele, Tätigkeitsbereiche und die Arbeitsweise. Diese Konzepte beinhalten im Idealfall eine klare Zielformulierung und daraus abgeleitete Handlungsanweisungen.¹³⁸ Graf et al. schlagen zur Konzepterstellung ein dreistufiges Verfahren vor: In der ersten Phase, der Vorbereitungsphase, wird eine Konzeptentwicklungsgruppe zusammengestellt und gemeinsam mit dem Auftraggeber ein Ziel festgelegt. In der zweiten, der Erarbeitungsphase, wird zunächst eine Ist-Analyse vorgenommen, d. h. es wird beschrieben, welche Situation vorliegt, beispielsweise wer die Mieter der Wohngemeinschaft sind, wie der Wohnraum gestaltet ist, welche Strukturen der Pflegedienst mitbringt und welche Ressourcen vorhanden sind. Danach wird das Ziel beschrieben bzw. eine Vision entwickelt und beschrieben. Der dritte Schritt der Erarbeitungsphase, beinhaltet die Beschreibung der Maßnahmen die erforderlich sind, um das Ziel zu erreichen. Es folgt dann die dritte, die Umsetzungsphase, in der das Konzept in der Praxis erprobt und evtl. angepasst wird.¹³⁹

Für die Konzepterstellung gibt es Hilfen für den Pflegedienst beispielsweise diverse vorformulierte Verträge zwischen Pflegedienst und Angehörigengruppe. Nach Sichtung der

¹³⁸ Vgl. Graf et al. (2004), S.17ff.

¹³⁹ Vgl. Graf et al. (2004), S.60ff.

aktuellen Literatur zu diesem Thema bleibt allerdings der Eindruck, dass es Aufgabe des jeweiligen Pflegedienstes bleibt, sich selber mit den eigenen Voraussetzungen und Vorstellungen auseinanderzusetzen und diese zu formulieren, so dass sie ein Gerüst bilden für das, was gemeinsam mit Mietern, deren Angehörigen und Mitarbeitenden des Pflegedienstes entstehen wird. Die Inhalte der Konzepte ergeben sich aus den Anforderungen der Mieter und den Potentialen der Mitarbeitenden der Pflegedienste.

8.8 Methoden des Projektmanagements nutzen – eine achte Bedingung

Im folgenden Kapitel, soll eine achte Bedingung vorgestellt werden, die hilft das Projekt Wohngemeinschaft erfolgreich werden zu lassen. Diese Bedingung ergibt sich in dieser Form *nicht* aus den Experteninterviews, denn sie wurde nicht *direkt* von den Befragten formuliert. Die achte Bedingung ergibt sich aus der theoretischen Beschäftigung mit den Themen „Ambulant betreute Wohngemeinschaften“ und „Projektmanagement“. Sie lautet deswegen „Methoden des Projektmanagements nutzen“.

Das Projektmanagement vereint verschiedene Methoden und Instrumente, mit denen ein Projekt durch alle seine Phasen geführt werden kann. Der Erfolg eines Projekts ist, das haben auch die Ergebnisse der Experteninterviews gezeigt, von vielen unterschiedlichen Faktoren abhängig. Zu diesen Faktoren zählt auch die Koordination und Leitung des Projekts. Dazu können die Methoden des Projektmanagements unterstützend eingesetzt werden. Projektmanagement beinhaltet sowohl ein Leitungs- als auch ein Organisationskonzept, d. h. es werden Hinweise dazu gegeben, wie geleitet und organisiert werden kann, damit „die vielen sich teilweise gegenseitig beeinflussenden Projektelemente und -geschehen nicht dem Zufall oder der Genialität einzelner Personen überlassen (werden), sondern sie gezielt zu einem festen Zeitpunkt (herbeigeführt werden).“¹⁴⁰ Mit Hilfe des Projektmanagements wird der Prozess gestaltet, durch den ein Projekt von einem Projektleiter und seinem Team an das vereinbarte Ziel geführt wird. Dazu gehören die Planung, die Organisation und die Kontrolle des Projekts.¹⁴¹ Die Methoden und Instrumente des Projektmanagements können als Hilfe genutzt werden, sie sollen keine weitere Belastung

¹⁴⁰ Litke (1995), S.19

¹⁴¹ Vgl. Portny (2001), S.28

darstellen, sondern eine Entlastung. Ein gut geplantes und geleitetes Projekt liefert neben dem Erfolg auch einen erheblichen Beitrag zur Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens.¹⁴²

Das Projektmanagement definiert ein Projekt als ein Unterfangen, bei dem:

1. *Anfang und Ende vorher festgelegt sind*; d. h. die zeitliche Dauer kann höchst unterschiedlich sein, allen Projekten ist aber gemein, dass es einen definierten Anfangs- und Abschlusstermin gibt. Danach löst sich das Projektteam auf, oder es übernimmt ein neues Projekt. Das erzielte Ergebnis wird an diejenigen übergeben, die mit dem Alltagsgeschäft betraut sind.
2. *das Ziel vorher festgelegt ist*; d. h. von Anfang an ist klar, worauf hingearbeitet wird und wie das Ergebnis aussehen soll, evtl. sind auch Teilziele oder Zwischenergebnisse definiert, die helfen ein Projekt zu planen und den Erfolg zu kontrollieren
3. *die Ressourcen vorher festgelegt sind*; d. h. die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel, die mitarbeitenden Personen oder die benötigten Materialien sind begrenzt und ihr Einsatz muss darum festgelegt werden.

Projekte, wie sie im Projektmanagement verstanden werden, bewirken Veränderungen. Menschen im Mittelpunkt von Projekten, ihre Fachkenntnisse und Fähigkeiten sind notwendig zur Planung und Steuerung. Denn nur sie können auf Abweichungen, die in jedem Projekt auftauchen, reagieren und es vorantreiben.¹⁴³ Diese Beschreibung macht deutlich, dass auch das Vorhaben eines ambulanten Pflegedienstes, Menschen mit Demenz in Wohngemeinschaften zu betreuen, ein Projekt ist. Das Projektmanagement unterteilt Projekte in unterschiedliche Phasen. Das hilft dabei, ein Projekt zu strukturieren und dadurch die Durchführung zu erleichtern. Die vier Phasen eines Projekts sind:

1. Die *Konzeptions-Phase*, in der das Projekt definiert und auf Durchführbarkeit geprüft wird und an deren Ende die Entscheidung für oder gegen das Projekt steht.
2. Die *Entwicklungs-Phase*, in der das angestrebte Ergebnis detailliert festgelegt und der Weg zum Ziel geplant wird.
3. Die *Durchführungs-Phase*, in der parallel zur Durchführung kontinuierlich eine Überwachung und Kontrolle stattfindet.

¹⁴² Vgl. Baguley (1999), S.13

¹⁴³ Vgl. Baguley (1999), S.15ff.

4. Die *End-Phase*, in der das Projekt schließlich beendet, das Team aufgelöst und das Ergebnis übergeben wird.¹⁴⁴

Um die Phasen des Projekts zu gestalten und für alle Beteiligten transparent zu machen, ist es wichtig, bestimmte Inhalte schriftlich zu fixieren. Zunächst ist es sinnvoll, einen *Projektauftrag* zu formulieren, in dem festgelegt ist, auf welches Ergebnis sich der Auftraggeber und die projektverantwortliche Person geeinigt haben, zu welchen Konditionen die Arbeit erledigt werden soll und in welchem Zeitrahmen. Ein wichtiger Bestandteil des Projektauftrages ist das Formulieren von Zielen und Teilzielen. Denn erst wenn das Ziel klar ist, kann ein effektiver Prozess beginnen. Ziele sollten möglichst präzise formuliert, realistisch und messbar sein.¹⁴⁵

Stehen die Ziele fest, kann nun ein *Projektstrukturplan* erstellt werden. Das Ziel ist hierbei, den festgelegten Zielen Aufgabenpakete zuzuordnen, Verantwortlichkeiten festzulegen und Ressourcen zu planen. Im Anschluss daran kann dann ein *Zeitplan* erstellt werden. Um diese Pläne darzustellen, gibt es verschiedene Methoden, wie die Netzplantechnik oder, etwas einfacher, Balkenpläne. Genauso wichtig wie das Erstellen des Plans ist das regelmäßige Überarbeiten und Anpassen des Plans. Es ist wichtig den Plan an geänderte Gegebenheiten anzupassen und Änderungen schriftlich festzuhalten.

In vielen Arbeitsbereichen der Pflege findet Projektarbeit statt. Immer dann, wenn es um Innovationen für ein Unternehmen geht und diese Arbeit nicht im Rahmen der Routineaufgaben geleistet werden kann, bieten sich Projekte an.¹⁴⁶ So kann das Einführen eines neuen Pflegeorganisationssystems ein Projekt sein oder die Entwicklung eines Pflegeleitbilds. Die Vorbereitung eines ambulanten Pflegedienstes auf die Betreuung einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz stellt ein größeres Projekt dar. Bei der Projektarbeit im Bereich der Pflege kann es sich problematisch auswirken, dass es an Managementenerfahrung fehlt: Mitarbeitende sind tendenziell daran gewöhnt, „den in Linien vorgegebenen Dienstweg zu beachten“¹⁴⁷. Darum müssen Mitarbeitende in der Pflege sorgfältig an Projektarbeit und das damit verbundene selbstständige Arbeiten herangeführt werden. Zusätzlich werden Mitarbeitende durch das selbstständige Arbeiten in der Folge neu für ihre Aufgaben motiviert.¹⁴⁸

¹⁴⁴ Vgl. Baguley (1999), S.23

¹⁴⁵ Vgl. Portny (2001), S. 45ff.

¹⁴⁶ Vgl. Loffing et al. (2005), S.79

¹⁴⁷ Jendrosch (1998), S.42

¹⁴⁸ Vgl. Loffing et al. (2005), S.80

In ambulanten Pflegediensten müssen Strukturen für Projektarbeit meist neu geschaffen werden. Problematisch kann sich dabei vor allem die Finanzierung von ambulanten Pflegeleistungen und damit auch der Pflegedienste auswirken, die diese Strukturen nicht vorsieht. Bezahlt wird nur das, was direkt am Kunden geleistet wird. Projektarbeit kann dadurch kaum finanziert werden, denn ein Projekt wie das in dieser Arbeit beschriebene kostet *zunächst* mehr als es einbringt. Kleineren und privaten Pflegediensten dürfte es darum schwerer fallen ein solches Projekt umzusetzen als Pflegediensten, die einen größeren Träger zur Unterstützung im Hintergrund haben. Trotz dieser Schwierigkeiten gibt es Pflegedienste, die das Projekt erfolgreich bearbeitet haben. Fundiertes Wissen zur Umsetzung und Planung eines solches Projektes ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor.

9 Resümee

9.1 Zusammenfassung

Diese Arbeit befasst sich mit einem aktuellen Thema: Ambulante Pflegedienste und deren Arbeit in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Die Frage, welche Bedingungen das „Projekt Wohngemeinschaft“ für einen ambulanten Pflegedienst erfolgreich machen, wird beantwortet. Dazu wird die Methode der Experteninterviews angewendet.

In den ersten Kapiteln werden die Rahmenbedingungen für ambulante Pflegedienste dargestellt und die Konzepte, auf denen ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz aufbauen. Außerdem werden die Befragungs- und die Auswertungsmethode der empirischen Erhebung erläutert.

Die Auswertung der Interviews ergibt als Ergebnis sieben wichtige Bedingungen, die Erfolgsfaktoren für ein „Projekt Wohngemeinschaft“ für ambulante Pflegedienste sind. Die Bedingungen lauten:

1. Eine Motivation entwickeln
2. Informationen sammeln
3. Eine Entscheidung treffen
4. Eine projektverantwortliche Person bestimmen
5. Kontakte knüpfen

6. Am Ball bleiben
7. Konzepte erstellen

Die zu erstellenden Konzepte beziehen sich auf folgende Themenbereiche:

1. Die Gestaltung der Angehörigenkooperation
2. Die Auswahl und Vorbereitung der Mitarbeitenden in der Wohngemeinschaft
3. Die Gestaltung und Organisation des Alltags in der Wohngemeinschaft

In den Ergebnissen spiegeln sich die vielfältigen praktischen Erfahrungen der befragten Expertinnen. Sie machen deutlich, dass ein geplantes Vorgehen den Erfolg ebenso bedingt wie ein langer Atem und Beharrlichkeit. Auf Grund der theoretischen Beschäftigung mit den Themen `ambulant betreute Wohngemeinschaften´ und `Projektmanagement´, kristallisiert sich schließlich eine weitere, die achte Bedingung heraus: „Die Methoden des Projektmanagements nutzen“. Mit diesen acht Bedingungen, werden Pflegediensten Hinweise darauf gegeben, wie ihr „Projekt Wohngemeinschaft“ erfolgreich werden kann.

9.2 Persönliche Stellungnahme

Diese Ergebnisse, die sich aus den Aussagen von vier Expertinnen ergeben, können natürlich keine allgemeingültigen Erfolgsfaktoren wiedergeben. Sie können aber eine Richtung aufzeigen, in der gewinnbringend weitergearbeitet werden könnte. Die Interviews haben mir deutlich gemacht, dass mein Ansatz, die Thematik aus Sicht der Pflegedienste zu bearbeiten, richtig und wichtig ist: Das Wissen der Menschen, die bereits ein Projekt in diesem Bereich durchgeführt haben, ist wertvoll und es lohnt sich, dieses Wissen für andere nutzbar zu machen.

Pflegedienste benötigen Unterstützung, um Menschen in Wohngemeinschaften pflegen und betreuen zu können. Eine Form der Unterstützung ist das Bereitstellen von Informationen darüber, welche Schritte zum Ziel führen. Weiterhin denke ich, dass neben der Bereitstellung von Informationen auch detaillierte, konkrete Handlungsanleitungen notwendig sind.

Die Expertinnen beschrieben auch Anforderungen, die schwer umzusetzen sind, wie z. B. ihr Anspruch, potentiellen Mietern die Kosten transparent zu machen. Im Mittelpunkt der Interviews standen oft Finanzierungsaspekte der Pflegedienste, die im Widerspruch zu diesem Anspruch stehen. Die Finanzierung ist durch gesetzliche Vorgaben festgelegt, und

kann durch die ambulanten Pflegedienste kaum selbst gestaltet werden. Die Finanzierung der pflegerischen Leistungen, die Pflegedienste in Wohngemeinschaften erbringen, ist für den Mieter durch das komplexe Abrechnungssystem undurchsichtig und bietet weder dem Pflegedienst noch den Mietern Planungssicherheit. Anders als in der stationären Versorgung, kann in der ambulanten Versorgung nicht mit einem festen Betrag gerechnet werden. Das verunsichert sowohl die Mieter als auch den Pflegedienst.

Hier ist die Politik zum Handeln aufgerufen. Sie muss daran mitwirken, dass Dienstleister wie ambulante Pflegedienste Rahmenbedingungen vorfinden, unter denen sie pflegebedürftigen Menschen ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen können. Ein Beispiel dafür sind die in Berlin eingeführten Tagespauschalen für die Pflege und Betreuung von Menschen in Wohngemeinschaften, in denen mehrere Leistungskomplexe zusammengefasst wurden.¹⁴⁹

Durch die intensive Beschäftigung mit dem Thema habe ich einen weiteren Eindruck gewonnen: Ich bin der Meinung, dass das Besondere an dieser Wohn- und Pflegeform die Haltung ist, mit der Pflegenden pflegebedürftigen Menschen begegnen.

Diese Haltung ist dadurch gekennzeichnet, dass dem Pflegebedürftigen ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben unter Beachtung seiner individuellen Bedürfnisse ermöglicht wird. Sie ist mit dem Konzept der ambulanten Wohngemeinschaft verbunden, das diesen Menschen ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht.

Nicht die Organisationsform bedingt diese Selbstbestimmung, sondern die Haltungen der Menschen, die in einer Organisationsform miteinander arbeiten und diese mit Leben füllen, tragen meiner Meinung nach, hauptsächlich dazu bei.

Ich bin davon überzeugt, dass sich viele Menschen wünschen, die Haltung möge ihnen im Alter genauso entgegengebracht werden. Als Indiz dafür sehe ich die Popularität des Themas „Demenz-WGs“ in der Öffentlichkeit.

Für mich liegen die Potentiale dieser Wohnform darin, die ihr zu Grunde liegende Idee auch in anderen Wohn- und Betreuungsformen umzusetzen. Ich bin nicht der Meinung, dass jeder Mensch mit einer Demenz in einer Wohngemeinschaft leben sollte, sondern vertrete die Auffassung, dass jedem Menschen die oben beschriebene Haltung entgegengebracht werden sollte. Pflegenden arbeiten bereits heute in vielen Bereichen der Altenpflege mit genau dieser Haltung. Es ist aber eine gesellschaftliche Aufgabe, Rahmenbedingungen

¹⁴⁹ Vgl. Kremer-Preiß et al. (2006), S.115

dafür zu schaffen, dass sich diese Haltung etabliert. Dazu gehört neben einer veränderten Pflegeausbildung auch eine andere finanzielle Ausstattung dieses Bereiches.

Ambulante Pflegedienste, die sich entschieden haben, an dieser „Vision“ eines neuen Umgangs mit pflegebedürftigen Menschen mitzuarbeiten, haben keine leichte Aufgabe. Viele gut funktionierende Wohngemeinschaften zeigen, dass Pflegedienste dennoch in der Lage sind, diese Aufgabe zu bewältigen.

Den Gedanken der Einleitung wieder aufgreifend, dass das Ziel klar ist aber der Weg dorthin im Dunkeln liegt, kann ich resümieren, dass dieser Weg nun ein wenig erhellt wurde. Die vorliegende Arbeit vermag keine allgemeingültigen Aussagen zu treffen, aber sie gibt Wegweiser, die an dieses Ziel führen.

Literatur

Abt-Zegelin (2005)

Abt-Zegelin, A.: Homecare und die Rolle der Pflege, in: Hagemeyer, Oda und von Riebnitz, Christine: Homecare – Ein Versorgungskonzept der Zukunft, Economica Verlag, München, 2005, S.155-167

Atteslander (2003)

Atteslander, Peter: Methoden der empirischen Sozialforschung, 10. Auflage, Verlag Walter de Gruyter, Berlin, 2003

Baguley (1999)

Baguley, Philip: Optimales Projektmanagement, Falken Verlag, Niedernhausen, 1999

BFW (2006)

Bundesverband freier Immobilien- und Wohnungsunternehmen e.V.: Skript zum Impulsreferat „Neue Wohnformen im Alter“, gehalten am 8.11.2006, im Rahmen der Jubiläumsveranstaltung der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V., von Alexander Rycher.

Internetquelle: www.hpg.de/document/detail.asp?id=5073 am 24.4.2007

BMFSFJ (2001)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft, Drucksache 14/5130, 19.01.2001

BMFSFJ (2002)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Drucksache 14/882, 18.04.2002

BMFSFJ (2006a)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Aktuelle Forschung und Projekte zum Thema Demenz, Berlin, 2006

BMFSFJ (2006b)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Erster Bericht des BMFSFJ über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, Berlin, 2006

Böhler et al. (2002a)

Böhler, Annette und Pfundstein, Thomas: Menschen mit Demenz, in: Klie, Thomas (Hrsg.): Wohngruppen für Menschen mit Demenz, Vincentz Verlag, Hannover, 2002, S. 36-62

Böhler et al. (2002b)

Böhler, Annette et al.: Versorgungssituation und Versorgungskonzepte, in: Klie, Thomas (Hrsg.): Wohngruppen für Menschen mit Demenz, Vincentz Verlag, Hannover, 2002, S. 71-91

Böhmer (2002)

Böhmer, Susanne: Pflegende Angehörige, in: Klie, Thomas (Hrsg.): Wohngruppen für Menschen mit Demenz, Vincentz Verlag, Hannover, 2002, S.92-117

BSF (2005)

Behörde für Soziales und Familie der Freien und Hansestadt Hamburg: Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur bis 2010, Hamburg, 2005

Etzold (2004)

Etzold, Sabine: Wir von der Demenz-WG, in: Die Zeit Nr. 46, 4.11.2004

Friebertshäuser et al. (Hrsg.) (1997)

Friebertshäuser, Barbara und Prengel, Annedore: Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft, Juventa Verlag, Weinheim, 1997

Garms-Homolová (2002)

Garms-Homolová, Vjenka: Qualität in der ambulanten Pflege, in: Igl, Gerhard und Schiemann, Doris und Gerste, Bettina und Klose, Joachim (Hrsg.): Qualität in der Pflege, Schattauer, Stuttgart, 2002, S. 243-255

Gläser et al. (2004)

Gläser, Jochen und Laudel, Grit: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, 1. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2004

Graf et al. (2004)

Graf, Perdo und Spengler, Maria: Leitbild- und Konzeptentwicklung, 4. Auflage, Ziel-Verlag, Augsburg, 2004

Hagemeier et al. (Hrsg.) (2005)

Hagemeier, Oda und von Riebnitz, Christine: Homecare – Ein Versorgungskonzept der Zukunft, Economia Verlag, München, 2005

Haubrock et al. (1996)

Haubrock, Manfred und Aloisi, Bianca und Grzesiak, Thorsten: Gründung und Betrieb eines ambulanten Pflegedienstes, Ullstein Mosby Verlag, Wiesbaden, 1996

Herold (2002)

Herold, Elisabeth Eva (Hrsg): Ambulante Pflege: Die Pflege gesunder und kranker Menschen, Band 3, 2. Auflage, Schlütersche Verlag, Hannover, 2002

Igl et al. (Hrsg.) (2002)

Igl, Gerhard und Schiemann, Doris und Gerste, Bettina und Klose, Joachim (Hrsg.): Qualität in der Pflege, Schattauer, Stuttgart, 2002

Isfort et al. (2004)

Isfort, M., Weidner, F., Messner, T., Zinn, W.: Pflege-Thermometer 2004, dip, Köln, Bermuthshain, 2004

Jendrosch (1998)

Jendrosch, Thomas: Projektmanagement: Interne Prozessbegleitung in der Pflege, Ullstein Medical Verlag, Wiesbaden, 1998

Kitwood (2005)

Kitwood, Tom: Demenz – Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirten Menschen, 4. Auflage, Hans Huber Verlag, Bern, 2005

Klie (Hrsg.) (2002)

Klie, Thomas (Hrsg.): Wohngruppen für Menschen mit Demenz, Vincentz Verlag, Hannover, 2002

Klie (2006)

Klie, Thomas (V.I.S.d.P.): Freiburger Memorandum, Wohngruppen – in geteilter Verantwortung, Freiburg, 2006

Internetquelle: <http://www.freiburger-modell.de/dokumente/FreiburgerMemorandum.pdf>
am 9.5.2007

Klingbeil (2005)

Klingbeil, Darren: Praxis-Porträt: Wohngemeinschaft ist regelhafte Alternative geworden, in: Häusliche Pflege, Nr. 8/2005, S.18-19

Kremer-Preiß et al. (2003)

Kremer-Preiß, Ursula und Stolarz, Holgar: Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse, Bertelsmann Stiftung und Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln, 2003

Kremer-Preiß et al. (2004a)

Kremer-Preiß, Ursula und Narten, Renate: Leben und Wohnen im Alter, Band 4; Betreute Wohngruppen – Pilotstudie, Bertelsmann Stiftung und Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln, 2004

Kremer-Preiß et al. (2004b)

Kremer-Preiß, Ursula und Stolarz, Holger: Leben und Wohnen im Alter, Band 2: Betreute Wohngruppen – Erfahrungsaustausch, Bertelsmann Stiftung und Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln, 2004

Kremer-Preiß et al. (2006)

Kremer-Preiß, Ursula und Stolarz, Holger: Leben und Wohnen im Alter Band 6: Ambulant betreute Wohngruppen – Arbeitshilfe für Initiatoren, Bertelsmann Stiftung und Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln, 2006

Litke (1995)

Litke, Hans-D.: Projektmanagement- Methoden, Techniken, Verhaltensweisen, 3. Auflage, Hanser Verlag, München, 1995

Loffing et al. (2005)

Loffing, Christian und Geise, Stephanie: Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenpflege, Verlag Hans Huber, Bern, 2005

Mayring (2003)

Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse, 8. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim, 2003

MDS (2004)

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege, Essen, 2004

Meuser et al. (1997)

Meuser, Michael und Nagel, Ulrike: Das ExpertInneninterview- Wissenssoziologische Voraussetzungen und Methodische Durchführung, in: Friebertshäuser, Barbara und Pregel, Annedore: Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft, Juventa Verlag, Weinheim, 1997, S. 481-491

Pawletko (2004)

Pawletko, Klaus-W., im Auftrag des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend: Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen, Berlin, 2004

Portny (2001)

Portny, Stanley E.: Projektmanagement für Dummies, mitp-Verlag, Bonn, 2001

Reggentin et al. (2006)

Reggentin, Heike und Dettbarn-Reggentin, Jürgen: Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2006

RKI (2007)

Robert Koch – Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28, Altersdemenz, Berlin, 2007

Rosenbrock et al. (2004)

Rosenbrock, Rolf und Gerlinger, Thomas: Gesundheitspolitik, 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2004

Runder Tisch Hamburg (2006)

Runder Tisch zur Förderung von Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz der Behörde für soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz: Qualitätsempfehlungen für ambulante Wohngemeinschaften in Hamburg, unveröffentlichter Entwurf, November 2006

Schaeffer et al. (Hrsg.) (2002)

Schaeffer, Doris und Müller-Mundt, Gabriele (Hrsg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung, 1. Auflage, Hans Huber Verlag, Bern, 2002

Schrader (2004)

Schrader, Steve: „Beim Kunden kommt mehr Pflege an“, Interview mit Prof. Christel Bienstein, in: Häusliche Pflege, Nr. 10/2004, S.48

Simon (2005)

Simon, Michael: Das Gesundheitssystem in Deutschland, 1. Auflage, Hans Huber Verlag, Bern, 2005

Stary et al. (1999)

Stary, Joachim und Kretschmer, Horst: Umgang mit wissenschaftlicher Literatur, Cornelsen Verlag Scriptor, Berlin, 1999

Statistisches Bundesamt (2007a)

Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2005, 3. Bericht: Ländervergleich – ambulante Pflegedienste, Wiesbaden, 2007

Statistisches Bundesamt (2007b)

Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2005, Deutschlandergebnisse, Wiesbaden, 2007

Stratmeyer (2005)

Stratmeyer, Peter: Gegenseitig inspirieren- Systembedingungen pflegerischen Handelns in der ambulanten Pflege, in: Nightingale 1/2005, S.22-32

SWA (2006)

Verein für Selbstbestimmtes Wohnen im Alter SWA e.V. (Hrsg.): Qualitätskriterien für ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz, 3. Auflage, Berlin, 2006

Thesing (1998)

Thesing, Theodor: Betreute Wohngruppen und Wohngemeinschaften für Menschen mit geistiger Behinderung, 3. Auflage, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 1998

Weibler (2001)

Weibler, Jürgen: Personalführung, Verlag Franz Vahlen, München, 2001

ZDF (2001)

Lilli und die Sechserbande - Eine Alzheimer-WG in Berlin berichtet, am 08.05.2001 im ZDF

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

Hamburg den 29. Mai 2007

Anhang

AI: InterviewleitfadenS.77

AI: Interviewleitfaden

für Experteninterviews mit Projektverantwortlichen in ambulanten
Pflegediensten

Name des Pflegedienstes:.....

Name der Wohngemeinschaft:.....

Name und Funktion der Gesprächspartnerin:.....

Ort und Zeitpunkt des Gesprächs:.....

Fragen zum warm werden...

1) Wie viele Menschen leben in der WG?

2) Wann sind die Mieter in die WG eingezogen?

3) War dieser Pflegedienst von Anfang an mit der Pflege und Betreuung beauftragt?

O Ja, O Nein

Wenn Nein: Seit wann betreut der Pflegedienst Menschen in der WG?

4) Welche Rolle hatte Ihr Pflegedienst bei der Gründung der WG?

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

5) Wie lange haben die Vorbereitungen von der ersten Idee zum Einzug gedauert?

6) Wie viel Mitarbeitende Arbeiten in der WG?.....

Sind diese alle beim Pflegedienst angestellt? O Ja, O Nein, sondern:.....

Themenblock 1: Der Anfang und die Vision

Einstiegsfrage:

Wie kam es dazu, dass der Pflegedienst sich mit dem Thema Wohngemeinschaften auseinandergesetzt hat, und was waren die ersten Schritte die Sie in Richtung WG unternommen haben?

Mögliche vertiefende Fragen:

*Können Sie beschreiben, welche Motivation Sie hatten, die Pflege in einer WG zu übernehmen?

*Welche Informationen waren zu Beginn für Sie wichtig, und woher haben Sie sie bekommen?

*Welche zusätzlichen Informationen hätten Sie sich evtl. gewünscht?

*Wie haben Sie die Planung organisiert? Gab es ein Team? Oder hatte eine Person die Verantwortung für sich alleine? Gab es einen festen Zeitplan? Welche Unterlagen haben Sie genutzt (Zeitpläne u. ä.)

Wenn alles beantwortet ist oder nach 10 Minuten:

Abschlussfrage Block 1:

Bevor ich nun zum nächsten Themenblock komme, möchte ich Sie noch fragen, wie Sie den Beginn im Nachhinein **bewerten**. Was würden Sie aus ihrer Erfahrung heraus heute anders machen?

Gibt es sonst noch etwas was Sie zum Thema „Anfang“ hinzufügen möchten? Wenn nicht, gehe ich zum nächsten Thema über, den Mitarbeitenden.

Themenblock 2: Die MitarbeiterInnen

Einstiegsfrage:

Erzählen Sie bitte etwas zu den Mitarbeitenden die zu Beginn in der WG gearbeitet haben:

Z. B. woher diese kamen, welche Qualifikationen sie hatten, wie sie ausgewählt wurden und wie die Vorbereitung erfolgte.

Mögliche vertiefende Fragen:

Auswahl der Mitarbeiter:

*Woher kamen die Mitarbeitenden die zu Beginn in der WG gearbeitet haben? (MA Stamm, Neueinstellung/...)

*Welche Qualifikation hatten die MAs? In Bezug auf :

- Ausbildung
- Fachwissen
- Soziale Kompetenzen, Kommunikation etc.
- Alter

Hat sich die Auswahl als gut erwiesen? Wie Bewerten Sie die eine und die andere Variante?

*Welche Art von Vorerfahrungen haben die MAs mitgebracht? (Pflege von Demenzkranken, Pflege in Wohngemeinschaften, Kochen für viele Menschen)

*Welche Vorerfahrungen haben sich als förderlich erwiesen? Welche eher als hinderlich?

*Was war für Sie wichtig bei der Auswahl der Mitarbeiter? Haben sich ihre Maßstäbe für die Auswahl im Laufe der Zeit geändert? Wenn ja wie?

Vorbereitung der Mitarbeiter:

*Beschreiben Sie bitte, wie Sie die Mitarbeiter auf die Arbeit in der WG vorbereitet haben?

- Welche Informationen waren für Ihre Mitarbeitenden im Vorfeld wichtig?
- Gab es Fortbildungen?
- Wer hat diese Fortbildungen durchgeführt (inhouse/ extern)
- Welche Methoden oder Techniken haben die MAs in Fortbildungen vermittelt bekommen?
- Wie bewerten Sie die Notwendigkeit dieser Fortbildungen zum damaligen Zeitpunkt heute?
- Ist evtl. anderer Zeitpunkt sinnvoller?
- Haben Hospitationen stattgefunden? Wo? Wie lange? Wie waren diese gestaltet? Wie bewerten Sie diese heute?

*Hatte das Team sich vorher kennen gelernt? Wie wurde dieses Kennenlernen gestaltet? War es aus heutiger Sicht sinnvoll gestaltet/Was würden Sie heute anders machen?

*Wie viel Zeit haben Sie benötigt das Team auf die Arbeit in der WG vorzubereiten?

*Waren Mitarbeitende an der Planung der WG beteiligt? In welcher Weise? Was waren positive (negative?) Effekte? Würden Sie das heute anders machen?

*Aus heutiger Sicht: wie würden Sie die Vorbereitung der Mitarbeiter gestalten? Was hätte für Sie Priorität?

*Können Sie sich an Probleme in Bezug auf die Mitarbeiter vor Beginn oder Kurz nach dem Start der WG erinnern? Wie könnten diese Probleme von vorne herein vermieden werden?

Wenn alles beantwortet ist oder nach 10 Minuten:

Abschlussfrage Block 2:

Bevor ich nun zum nächsten Themenblock komme, möchte ich Sie noch fragen wie sie die Auswahl und Vorbereitung der Mitarbeiter im Nachhinein **bewerten**. Was würden Sie aus Ihrer Erfahrung heraus heute anders machen?

Gibt es sonst noch etwas was Sie zu diesem Thema „Mitarbeitende“ hinzufügen möchten?
Wenn nicht, gehe ich zum nächsten Thema über, dem Alltag in der WG

Themenblock 3: Der Alltag in der WG

Einstiegsfrage Konzept:

Welche Ideen oder Visionen hatten Sie in Bezug auf den Alltag und das Zusammenleben in der WG und was haben Sie unternommen, um diese dann in die Realität umzusetzen?

Mögliche vertiefende Fragen:

Konzeptentwicklung:

*Können Sie mir beschreiben, welche Ideen oder auch Visionen Sie bei der Planung des Alltags in der WG hatten? Woran haben sich diese Ideen orientiert?

*Wie haben sich diese Ideen zu etwas geformt, was Sie dann an Ihre Mitarbeiter weitergeben konnten?

*Sind diese Ideen gemeinsam mit Mitarbeitern/Angehörigen/Moderatoren entstanden?

*Hatten Sie und das Team zu Beginn eine Idee, wie sich der Alltag gestalten soll oder hatten Sie eine andere Herangehensweise?

*An was haben Sie sich orientiert bei der Planung des Alltags? Literatur? Andere WGs?

Wenn alles beantwortet oder nach 10 Minuten:

Einstiegsfrage Ist-Situation:

Welche Aufgaben haben die Mitarbeiter in der WG und welche haben die Angehörigen?

Mögliche vertiefende Fragen:

Ist-Situation in der WG:

*Beschreiben Sie bitte, welche Aufgaben die Mitarbeiter in der WG haben? Sind Aufgaben verteilt?

*Woran orientieren sich die Mitarbeiter? Gibt es bestimmte Werte? Werden bestimmte Methoden angewendet?

*Was ist das Besondere an der WG? Was unterscheidet sie von der „normalen“ ambulanten Pflege? Was von der „normalen“ Heim-Pflege?

*Führt diese Zwischensituation zu Schwierigkeiten (anders ambulant als ambulant/stationär auch nicht)

*Wer sorgt dafür, dass neue Mieter gefunden werden? Hat der Pflegedienst Einfluss?

Einstiegsfrage WG-Organisation:

Wie ist die Pflege in der WG organisiert? Gibt es z.B. eine WG-Leitung, welche Dienstzeiten bestehen, wie wird dokumentiert, gibt es so etwas wie Supervision?

Mögliche vertiefende Fragen:

Organisation der WG Mitarbeiter

- *Welche Funktion hat die PDL/ Geschäftsführung gegenüber den Mitarbeitern?
- * Wie sind die Mitarbeiter der WG in die Gesamtorganisation des Pflegedienstes integriert? (Beziehung der WG-Mitarbeiter zu den anderen Mitarbeitern)
- * Wie sind die Dienstzeiten der Mitarbeiter? Haben sich die im Laufe der Zeit geändert?
- *Was für ein Dokumentationssystem nutzen Sie? Das gleiche wie „normal“? Sind zusätzliche Teile nötig?
- *Wie ist das Team aufgestellt? Gibt es eine WG-Leitung?
- *Findet Supervision statt? Fallarbeit? Wie oft? Welche Themen werden behandelt? Wie sind Ihre Erfahrungen damit?
- * Werden die WG-Mitarbeiter anders begleitet als die anderen Pflegedienst Mitarbeiter?
- * Kontrollieren Sie in irgendeiner Art und Weise ob das Konzept auch umgesetzt wird?

Wenn alles beantwortet oder nach 20 Minuten:

Abschlussfrage Block 3:

Bevor ich nun zum nächsten Themenblock komme, möchte ich Sie noch fragen wie sie die Vorbereitung auf den Alltag in der WG im Nachhinein **bewerten**. Was würden Sie aus ihrer Erfahrung heraus heute anders machen?

Gibt es sonst noch etwas, was Sie zu diesem Thema „WG-Alltag“ hinzufügen möchten? Wenn nicht, gehe ich zum nächsten Thema über, der Zusammenarbeit mit den Angehörigen.

Themenblock 4: Die Angehörigen

Einstiegsfrage Angehörige:

Beschreiben Sie bitte den Verlauf des Kontaktes zu den Angehörigen, seit wann besteht er, wie war er zu Beginn, wie ist er jetzt gestaltet?

Mögliche vertiefende Fragen:

Angehörige:

*Wie kam der Kontakt zu den Angehörigen zustande?

*Zu welchem Zeitpunkt sollte die Zusammenarbeit gestartet werden?

*Welche Aufgaben haben die Angehörigen in der WG? Ist das von Beginn an festgelegt worden? Aushandlungsprozess?

*Wer ist für die Integration der Angehörigen in die Arbeit der WG zuständig?

*Welche Schwierigkeiten bestehen in der Zusammenarbeit?

*Wie könnte man diesen Schwierigkeiten vorbeugen?

*Welche Form der Zusammenarbeit hat sich bewährt? Formale und informelle

*Wie oft haben Sie sich mit den Angehörigen in der Planungsphase getroffen, wie oft treffen sie sich jetzt geplant?

*Welche Aufgaben haben die Angehörigen in der WG?

*Welche Tipps würden sie Anfängern im Umgang mit Angehörigen geben?

Wenn alles beantwortet oder nach 10 Minuten:

Abschlussfrage Block 4:

Zum Schluss noch einmal die Frage wie sie die Zusammenarbeit mit den Angehörigen im Nachhinein **bewerten**. Was würden Sie aus ihrer Erfahrung heraus heute anders machen?

Gibt es sonst noch etwas was Sie zu diesem Thema „Angehörige“ hinzufügen möchten?

Wenn nicht, würde ich Ihnen noch eine letzte Frage stellen:

Letzte Frage:

Was ist das Wichtigste, was Sie Pflegediensten die am Anfang ihrer Planung stehen, mit auf den Weg geben würden. Vielleicht drei Tipps...

DANKE ☺