

**Wissenschaftliche Begleitung des
Wohngruppenprojektes „Clara Zetkin“**

Eine Betrachtung aus konzeptioneller, pflegewissen-
schaftlicher und betriebswirtschaftlicher Sicht

gefördert durch die Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Programms
„Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis“

Zeitraum:

Oktober 2002 bis Oktober 2003

Theoriepartner:

Sebastian Thieswald
Evangelische Fachhochschule Berlin

Praxispartner:

Joachim Weise
Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ GmbH Brandenburg

Projektverantwortliche und Berichterstattung:

Inken Albrecht, Andreas Bernath, Sebastian Thieswald

1 Allgemeine Angaben

Projekttitle:

Wissenschaftliche Begleitung des Wohngruppenprojektes „Clara Zetkin“

Antragsteller und Projektleitung

Anmeldende Stelle:

Herr Joachim Weise
Geschäftsführer
Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ gGmbH
Anton-Saefkow-Allee 1 a
14772 Brandenburg an der Havel

Stelle, die das Vorhaben verantwortlich begleitet:

Evangelische Fachhochschule Berlin
Studiengang Pflege/Pflegemanagement
Prof. Dr. rer. pol. Hildebrand Ptak
Rektor der Evangelischen Fachhochschule Berlin
Lehrstuhl für Betriebswirtschaftslehre und Management
Postfach 370255
14132 Berlin

Prof. Dr. phil. Olivia Dibelius
Lehrstuhl für Pflegewissenschaft und Pflegemanagement
Evangelische Fachhochschule Berlin
Postfach 370255
14132 Berlin

Ausführung des Projektes:

Studenten der Evangelischen Fachhochschule Berlin im Studiengang Pflege/Pflegemanagement: Inken Albrecht; Andreas Bernath; Sebastian Thieswald

2 Abstract

Schlüsselbegriffe: Demenz, Wohngruppenhaus, Wissenschaftliche Begleitung, Zukunftsweisende Betreuungs- und Versorgungsform

Das Wohngruppenhaus für demente Seniorinnen und Senioren wurde am 15.01.2001 für 8 Bewohner in Betrieb genommen, es folgten zwei weitere Wohngruppenhäuser im Februar und März für 16 Bewohner. Das Wohngruppenhaus stellt einen weiteren Teilbereich in der Gesamtkonzeption des Seniorenzentrums „Clara Zetkin“ dar. Dieses Projekt wurde als Modellprojekt für Pflegebedürftige vom BMG und vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg anerkannt und bauseitig gefördert.

Diese Wohnform wurde ein Jahr wissenschaftlich begleitet. Die Gesamtuntersuchung beinhaltete eine Ist-Analyse des Wohngruppenhauses hinsichtlich der Kosten, der Pflege, des Personals und der Konzeption. Die Ergebnisse wurden evaluiert und mit einer anderen Einrichtung verglichen.

Diese Ergebnisse der Untersuchung mündeten in zukunftsweisende konzeptionelle Verbesserungen zur bestehenden Betreuungs- und Versorgungsform.

3 Ziele

Für die wissenschaftliche Begleitung wurden Dimensionen gebildet.

Dazu wurde das bestehende Modell in Brandenburg unter konzeptionellen, pflegewissenschaftlichen, personal- und betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten analysiert und reflektiert. Auf dieser Grundlage wurde das jeweilige Forschungsdesign aufgebaut. Die Wohnform des „Wohngruppenhauses für demente Seniorinnen und Senioren“ wurde aus den angesprochenen Dimensionen untersucht und in der Management- und betriebswirtschaftlichen Perspektive den beiden weiteren Vergleichsbereichen gegenübergestellt. Ziel war es, das Wohngruppenprojekt der „Clara Zetkin gGmbH“ als ein umsetzbares, zukunftsweisendes Modell zu etablieren.

Aus pflegewissenschaftlicher und personeller Sicht sollte das angewandte Pflege- und Betreuungskonzept unter dem heilpädagogischen Ansatz und dem Pflegemodell überprüft werden. Ziel war es, aus diesen Ergebnissen einen Pflege- und Betreuungsplan für demenziell erkrankte Menschen in Wohngruppenhäusern zu entwickeln.

Weiterhin sollte die Qualifikation des Personals hinsichtlich ihrer täglichen Anforderungen evaluiert und im Ergebnis Schulungen und Fortbildungen für das Personal entwickelt werden.

Aus der Managementperspektive betrachtet sollte der Ist-Stand der Konzeptionen der drei Vergleichsbereiche¹ als Basis für die Gesamtuntersuchung beschrieben werden. Weiterhin war Ziel, den tatsächlichen Grad der Umsetzung der Konzeptionen und die Kundenzufriedenheit zu untersuchen.

Ziel der betriebswirtschaftlichen Dimension war es, das Modellprojekt Wohngruppenhaus „Clara Zetkin“ hinsichtlich der Kosten und des Personals anhand einer Ist-Analyse zu bewerten. Die Fragestellungen: Welche Kosten entstehen pro Bewohner? Welche Kostenunterschiede gibt es zu „herkömmlichen stationären“ Einrichtungen? Welche betrieblichen Kennzahlen eignen sich für einen Vergleich mit anderen Einrichtungen? standen im Mittelpunkt des Forschungsinteresses.

Diese Fragen sollten im Rahmen eines Betriebsvergleiches beantwortet werden, um Schwachstellen in den Einrichtungen aufzuzeigen. Aus der Ursachenanalyse der Schwachstellen sollte ein Controllingkonzept, exemplarisch für das Wohngruppenhaus entwickelt werden.

Die Gesamtuntersuchung hatte das Ziel, die bestehende Modellkonzeption zu überprüfen, mit anderen Einrichtungen zu vergleichen und die richtungsweisenden Betreuungs- und Versorgungsformen herausarbeiten.

4 Methoden / Instrumente

Zur Umsetzung dieser Ziele wurde folgendes methodisches Vorgehen gewählt:

- Problemzentrierte, teilstandardisierte Interviews
- Halbstandardisierte Interviews
- Betriebsvergleich anhand von Kennzahlen
- Teilnehmende Beobachtung
- Konzeptionsanalyse
- Evaluation der Dokumente
- Dementia-Care-Mapping (DCM)

Warum die Methoden für die verschiedenen Dimensionen gewählt wurden, kann in der Einzeldarstellung im Anhang an diesen Bericht nachgelesen werden.

¹ Die drei Bereiche waren: das Wohngruppenprojekt „Clara Zetkin“ als ein segregativ solitärer Ansatz; ein Wohnbereich des Seniorenpflegeheims der gleichen Einrichtung als ein integrativer Weg und die externe Vergleichseinrichtung, ein Seniorenpflegeheim mit einem segregativen, aber heimgebundenen Ansatz.

5 Durchführung des Projektes

Der Beginn des Projektverlaufs verlief kongruent zu der Projektplanung. Die Phase der Literaturrecherche bildete die Grundlage für den theoretischen Hintergrund der Gesamtuntersuchung. Im Anschluss wurde die empirische Untersuchung durchgeführt. Die Ergebnisse der Untersuchung mündeten in zukunftsweisende konzeptionelle Verbesserungen zur bestehenden Betreuungs- und Versorgungsform.

Der geplante Projektverlauf wurde weitestgehend eingehalten. Die Projektphase, die zur Suche der Vergleichseinrichtungen für die betriebswirtschaftliche und Management Dimension bestimmt war, gestaltete sich weitaus schwieriger als in der Projektplanung überschaubar.

Zu Beginn traten die ersten Schwierigkeiten bei der Suche nach den Vergleichseinrichtungen für den Betriebsvergleich auf. Da für die konzeptionelle Dimension die gleichen Einrichtungen ausgewählt werden sollten, verzögerte sich auch hier der Projektverlauf im selben Maße. Die Koppelung dieser beiden Dimensionen an gleiche Einrichtungen wurde wegen der zu erwartenden stärkeren Aussagekraft der Gesamtergebnisse angestrebt.

An dieser Stelle möchte ich kurz die Schwierigkeiten schildern, die für die Abweichungen von der Projektplanung verantwortlich waren. Um größtmögliche Vergleichbarkeit zu gewährleisten, sollten die Pflegeeinrichtungen landesbezogen in Brandenburg ausgewählt werden. Über einen Zeitraum von vier Wochen wurden anhand des Altenheimadressbuches, des Internets und nach Empfehlungen eine intensive Suche nach Pflegeeinrichtungen gestartet, die sich an einem zwischenbetrieblichen Betriebsvergleich beteiligen. Um die Akzeptanz zu erhöhen und möglichen Vorbehalten der Datensicherheit zu begegnen, konnte ich ein Empfehlungsschreiben von Prof. Dr. Ptak (Rektor der Evangelische Fachhochschule Berlin) vorlegen. Wie sich herausstellte, waren die Ängste, Einblicke in die Betriebsergebnisse zu gewähren, am Anfang unterschätzt worden. Argumente der angefragten Einrichtungen waren unter anderem, dass die Anonymität in so einem kleinen Bundesland, wo jeder jeden kenne, trotz Anonymisierung nicht sichergestellt werden könne. Außerdem wurden immer wieder Wettbewerbsnachteile genannt, die durch den Einblick Dritter entstehen können. Schon zu diesem Zeitpunkt musste der Planungsablauf insofern angepasst werden, dass die Recherche nicht parallel zu anderen Aufgaben, sondern einen „Fulltimejob“ darstellte. Von einem großen Pflegeeinrichtungsanbieter, der angeschrieben wurde, kam dann doch noch ein Einverständnis, sich an einem Betriebsvergleich zu beteiligen. Die Kontakte vor Ort wurden hergestellt und die einzelnen Einrichtungen besucht. Zu diesem Zeitpunkt kam es zu einem Austausch von betriebswirtschaftlichen Daten. Die ersten Bearbeitungsschritte waren vollzogen. Nachdem viel Zeit und Energie aufgebracht wurde, zog die Geschäftsführung ihr Einverständnis zurück, weitere Betriebsdaten

herauszugeben. Dieses Handeln wurde auch nach wiederholten Nachfragen bei der Geschäftsführung nicht weiter erklärt. Die Vermutung liegt nahe, dass dieser Schritt im Zusammenhang mit einem damaligen Artikel in der überregionalen Presse stand, der dem Unternehmen eine wirtschaftliche Schieflage unterstellte. Dies schien die Geschäftsführung gegenüber der Öffentlichkeit in Bezug auf die Herausgabe von sensiblen Geschäftszahlen zu einer anderen Gangart bewegt zu haben. Somit stand das Projekt wieder am Anfang.

Ein weiteres Problem für interessierte Pflegeeinrichtungen, die sich beteiligen wollten, war, dass die erfassten Daten der Dementenbetreuung nicht separat ausgewiesen wurden und somit kein Vergleich der speziellen Dementenbereiche vorgenommen werden konnte. Erst Anfang April kam von einer Einrichtung das Einverständnis, und somit waren zumindest zwei Einrichtungen bereit, sich zu vergleichen.

Der Vergleich war erst für das Jahr 2001 konzipiert, musste aber, bedingt durch die späte Geschäftsaufnahme der zweiten Einrichtung, auf das Geschäftsjahr 2002 verlegt werden.

Für dieses Jahr lagen jedoch die Betriebsdaten aus Einrichtung 1 noch nicht vor. Die endgültigen Betriebsdaten von Einrichtung 1 konnten erst Ende Mai zur Verfügung gestellt werden. Sowohl Einrichtung 1 als auch Einrichtung 2 kam der Bereitstellung der betrieblichen Daten in vollem Umfang nach. Die Zusammenarbeit mit beiden Einrichtungen gestaltete sich überaus positiv. Zu jedem Zeitpunkt gab es kompetente Ansprechpartner, die Fragen beantworteten, und Betriebsergebnisse zur Verfügung stellten.

Die Erhebung der betriebswirtschaftlichen relevanten Zahlen zum Wohngruppenhaus, die Entwicklung des Kennzahlensystems, die Berechnung der Pro Kopf- Kosten der Bewohner konnte entsprechend dem Zeitplan eingehalten werden.

Die Phase des Betriebsvergleichs, die wesentlicher Bestandteil der Untersuchung war, verzögerte sich durch die oben benannten Umstände erheblich. Die auf diesen Daten basierenden Folgeuntersuchungen verzögerten sich zum geplanten Projektablauf ebenfalls. Die Identifikation der Hauptkostenfaktoren, die Schwachstellen in der Analyse der Pflegeeinrichtungen, die Handlungsempfehlungen vor dem Hintergrund der Ursachenanalyse, das Controllingkonzept für eine Pflegeeinrichtung sowie die Einführung eines Kennzahlensystems verschoben sich analog im Zeitablauf nach hinten.

6 Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

6.1 Die Zusammenfassung der Ergebnisse der konzeptionellen und Pflegemanagement-Dimension

a) Die konzeptionelle Dimension

Alle drei Konzeptionen betonen den Anspruch einer an der Normalität ausgerichteten Betreuung, in deren Mittelpunkt der Mensch steht. Nichts geschieht gegen ihn. Beide Konzeptionen des Seniorenzentrums zielen auf ein Milieu ab, das weder unter- noch überfordert. Die im stationären Kontext (sowohl im stationären Bereich des Seniorenzentrums sowie in der externen Einrichtung zu erkennen) üblichen institutionellen Zwänge bei der Versorgung wurden zu Gunsten sich selbst versorgender Wohneinheiten aufgelöst – letzteres mehr beim Wohngruppenhaus. Seine Konzeption hat den Vorteil, dass durch die segregative Betreuung potenzielle Reibungsverluste von vornherein ausgeschaltet werden. Im Pflegeheim wird dagegen versucht, nach dem Grundsatz der individuellen Reaktion auf die Ablehnung des Zusammenlebens mit Demenzen durch einzelne Bewohner zu reagieren. Es handelt sich hierbei um eine grundsätzliche Problematik in der integrativen Versorgung dementer Menschen. Es bleibt jedoch zu evaluieren, ob die Praxis die beschriebene individuelle Reaktion tatsächlich zulässt. Über die Ergebnisse des Dementia Care Mapping wird über diesen Sachverhalt im weiteren Verlauf noch eine Aussage getroffen.

Da das Wohngruppenhaus sich auf die segregative Betreuung von demenziell erkrankten Menschen spezialisiert hat, ist seine Konzeption dementsprechend intensiv auf die Zielgruppe ausgerichtet. Die Konzeption des Seniorenpflegeheimes lässt an dieser Stelle viele Fragen offen.

Die externe Einrichtung hat sich mit ihren konzeptionellen Vorgaben sehr detailliert und umfangreich auf die spezielle Betreuung von Menschen mit Demenz eingestellt. Die Kleingliedrigkeit der Einrichtung lässt theoretisch einen solch beschriebenen individuellen Ansatz trotz der Größe mit 115 Plätzen zu. Der tatsächliche Umsetzungsgrad kann nur anhand der gewonnenen Ergebnisse aus den Interviews mit den Leitungskräften und den Angehörigen grob eingeschätzt werden und bliebe zu untersuchen.

Weiterhin stößt die auf dem Hintergrund der Normalität angesiedelte Betreuung an ihre Grenzen, da eine zentrale Versorgung bedauernswerterweise einer dezentralen, von vorne herein geplant, nicht gewichen ist. Ein letzter Kritikpunkt sind die offensichtlichen funktionalen Zwänge, die durch den stationären Kontext (heimgebundener Ansatz), beispielsweise durch die Heimpersonalverordnung, gegeben sind. Der Ansatz der Bezugspflege wird an seine Grenzen geführt. Es bleibt weiterhin kritisch zu hinterfragen, www.bosch-stiftung.de

inwieweit Wohngruppen mit weniger als 8 Plätzen im heimgebundenen Kontext wirtschaftlich zu führen sind.

Der tatsächliche Stand der Arbeit in den Wohngruppenhäusern für Demente, im Wohnbereich des Pflegeheims sowie der externen Einrichtung soll im Folgenden anhand der Auswertung der gewonnenen Daten aus den Interviews hergeleitet werden.

Die biografischen Daten und Lebensgewohnheiten werden im WGH bei der Aufnahme erhoben. Im Vergleich zum Pflegeheim des Seniorenzentrums ist die Erhebung jedoch wesentlich umfangreicher, wird kontinuierlich weitergeführt und erfolgt unter anderen Gesichtspunkten. Gefragt wird nach allen Lebensgewohnheiten, die eine Weiterführung des „gewohnten und gelebten Lebens“ ermöglichen. Dies betrifft z. B. Vorlieben hinsichtlich Bekleidung und Frisur. „Und wenn die Angehörigen sagen, da hat sie immer Wert drauf gelegt, dann wird hier auch Lippenstift angelegt oder Nagellack, das gehört dazu.“² Auch Rituale, wie z. B. das Glas Wein am Wochenende oder die Gestaltung des Samstagabends, werden in die Arbeit übertragen. In der externen Vergleichseinrichtung wird die Erhebung anfänglich sehr ausführlich durchgeführt. Eine kontinuierliche Biografiearbeit war anhand der gewonnenen Ergebnisse jedoch nicht ersichtlich.

Die umfangreiche und fortlaufende Evaluation der biografischen Daten und Lebensgewohnheiten im WGH macht deutlich, dass der heilpädagogische Ansatz der „Lebensbegleitung“ Bestandteil der Arbeit ist. Der Mieter bestimmt den Tagesablauf und den Lebensverlauf. Er muss sich nicht nach mehr oder weniger starren Vorgaben einer Institution richten, sondern hat die Möglichkeit, *sein* Leben weiterzuführen.

Deutlich wird an dieser Stelle das gelebte Normalitätsprinzip. Die Hauswirtschaft bildet die Basis, den vertrauten Rahmen des täglichen Lebens. Der spezielle Betreuungs- und Kommunikationsansatz der „integrativen Validation“ dient ebenso wie die Biografiearbeit und die Angehörigenarbeit als Mittel zum Zweck und wird als integraler Bestandteil der Arbeit gesehen. Im Wohnbereich des Pflegeheims wird deutlich versucht, im vorgegebenen institutionellen Rahmen das Möglichste zu tun. Auf Grund der eingestreuten, integrierten Plätze für an Demenz Erkrankte ist es offensichtlich aber nicht möglich, einen annähernd gleich hohen Spezialisierungsgrad zu erreichen wie er im WGH vorhanden ist.

b) Folgerungen aus den Interviews mit den Leitungskräften

Der heilpädagogische Ansatz ist offensichtlich eine sehr wichtige Voraussetzung für die erbrachte Betreuungsqualität in den Wohngruppenhäusern. Eine Veränderung des

Menschenbildes von der somatischen zur individuellen, ressourcen- und bedürfnisorientierten Sichtweise scheint eine weitere wichtige Voraussetzung für den Erfolg der bedarfsgerechten Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen zu sein.

Anhand der Äußerungen der Interviewpartner konnten ebenfalls Rückschlüsse auf die Sichtweise der eigenen Arbeit gezogen werden. Im Pflegeheim des Seniorenzentrums mit seinem integrativen Betreuungsansatz ist durch den offensichtlich immer vorhandenen Zeitdruck nie genügend Zeit für den einzelnen Bewohner. Die Leiterin der externen Vergleichseinrichtung und sehr deutlich die Leiterin der Wohngruppenhäuser gaben an, dass dies in ihrer Einrichtung nicht der Fall sei. Es bliebe genauer zu untersuchen, was der Grund für diese Unterschiede ist.

Die Konzeptionen beider Häuser des Seniorenzentrums können als umgesetzt angesehen werden. Die der externen Einrichtung zum größeren Teil. Die Konzeption des Wohngruppenhauses würde durch eine bessere Strukturierung und stellenweise inhaltliche Überarbeitung gewinnen. Für das Pflegeheim wäre eine eigene Konzeption mit Sicherheit sehr von Nutzen. Hierbei könnte die angesprochene Umgestaltung der Arbeit der Wohnbereiche zum Anlass genommen werden.

Alle drei Mitarbeiterinnen identifizieren sich in hohem Maße mit ihrer Arbeit. Die Charakteristik der Betreuungsqualität ist das Ergebnis zahlreicher Faktoren. Biografiearbeit mit der Erfassung der Lebensgewohnheiten, die Normalität des gelebten Alltags der Bewohner als Hintergrund, die Integration der Angehörigen und die Individualität als Qualitätsmaßstab an sich sind sehr wichtige Voraussetzungen; sie seien hier exemplarisch angeführt.

c) Folgerungen aus den Interviews mit den Angehörigen

Das Wissen über das Krankheitsbild Demenz ist bei den interviewten Angehörigen sehr unterschiedlich. Von den interviewten Angehörigen der Bewohner des Pflegeheims ist nur eine der fünf Befragten über die verschiedenen Stadien der Krankheit informiert. Die Sichtweise der Angehörigen bezüglich der Erkrankung ist überwiegend negativ.

Die Angehörigen der Mieter sehen dagegen eher die Zusammenhänge zwischen Erkrankung und Verhalten. Es wird ihnen in der täglichen Betreuungsarbeit nahe gebracht, warum ihre Angehörigen so reagieren, wie sie reagieren. Bereits beim Aufnahmegespräch wird das Krankheitsbild und der in den Wohngruppenhäusern praktizierte Betreuungsansatz vorgestellt. Den Angehörigen wird erklärt, warum ein geregelter, fester Tagesablauf ihren

² WGH-L – 51B.

betreuten Angehörigen gut tut. Ein Angehöriger beschreibt seinen Vater als wenig kontaktfreudig und daher in der Häuslichkeit vereinsamt, aber mittlerweile „sitzt er abends in der Sesselgruppe mit und guckt Fernsehen, was er eigentlich am Anfang gar nicht gemacht hat.“³

Der positive Einfluss der Gemeinschaft und der an der Normalität ausgerichteten Alltagsgestaltung kommen zum Tragen, denn alle fünf Interviewpartner aus den Wohngruppenhäusern antworteten sinngemäß, dass die „normale Tagesstruktur“ ihren Angehörigen Halt gebe, ihnen helfe, sich zu orientieren und damit Lebensqualität zurückzugewinnen.

Wünsche an die Einrichtung

Auf die Frage, was sich die Angehörigen für die Zukunft von den Einrichtungen wünschen, antwortete eine Angehörige aus dem WGH: „Also ich denke, mehr kann man eigentlich gar nicht machen“⁴. Eine andere Aussage war: „Dass man anderen Demenzkranken und Betroffenen genau solche Möglichkeiten einräumt, indem man noch so etwas baut, damit auch andere eine Chance haben, in so einer Einrichtung wohnen zu können. Denn die Voranmeldungen sollen ja enorm sein.“⁵ Und als weiteres Beispiel aus einem Wohngruppenhaus: „Ich wünsche mir auf jeden Fall, dass so was Bestand hat, dass man, aus welchen Gründen auch immer mit welcher Regierung, dass das weiter gefördert wird und dass das Bestand hat. Denn dieses Beispiel sollte man nicht bloß hier in Brandenburg anwenden, das sollte eigentlich bundesweit.“⁶

Alles in allem kann festgestellt werden, dass die befragten Angehörigen – wie viele andere Angehörige, die Familienmitglieder in einer „stationären“ Einrichtung untergebracht haben – von einem schlechten Gewissen geplagt werden. In den Wohngruppenhäusern wird dies aber durch die Fürsorge, Beratung und das Verständnis des Personals deutlich aufgefangen. Im mehr an stationäre Versorgungs- und Betreuungsformen angelehnten Wohnbereich des Pflegeheims ist für die Angehörigen die Freude darüber, diese Einrichtung gefunden zu haben, vordergründig; die Gewissensproblematik überwiegt, und damit sind sie allein. Interessant erscheint in diesem Zusammenhang, dass die Angehörigen der ebenfalls stationären, aber segregativen externen Vergleichseinrichtung ebenfalls zufrieden erscheinen. Der Unterschied der Intensität der Betreuung scheint hierbei offensichtlich an der Größe der Einrichtung zu liegen. Obgleich die Angehörigen die Atmosphäre mit „familiär“ charakterisieren, wird anhand der gewonnenen Ergebnisse ein qualitativer Unterschied

³ WGH-3 – 54B

⁴ WGH-2 – 90B1.

⁵ WGH-5 – 39B.

erkennbar. Der Integrationsgrad im Wohngruppenhaus kann als deutlich besser beschrieben werden.

Die Begeisterung über die jeweilige Einrichtung war bei allen drei Interviewgruppen formal gleich groß. Die Interviewten, die in die Betreuung ihrer demenzkranken Angehörigen in den Wohngruppenhäusern einbezogen waren, gingen jedoch tiefer auf Inhalte der Arbeit ein. Sie schildern sehr positiv die individuelle Möblierung, die Gesamtatmosphäre und die Art und Weise der Betreuung. Die interviewten Angehörigen aus dem Pflegeheim beziehen sich in ihren positiven Aussagen mehr auf die Freundlichkeit des Personals und auf das Raumangebot, den modernen sanierten Zustand, im externen Seniorenheim auf das grundsätzliche Vorhandensein der Spezialisierung auf demente Seniorinnen und Senioren. Mit der Spezialisierung ist sowohl die Architektur, als auch auf die konzeptionelle Grundlage gemeint. Keiner der Angehörigen kann jedoch eine Aussage zur tatsächlichen inhaltlichen Spezialisierung machen. Das Konzept wurde zwar bei Aufnahme erläutert, wurde aber von keinem der Interviewpartner dieser Einrichtung verinnerlicht. Ähnlich den Interviewpartnern aus dem Seniorenheim des Seniorenzentrums ist es ihnen wichtiger, dass ihre Angehörigen „gut versorgt“ sind.

Deutlich wird anhand der Aussagen der Angehörigen aus den jeweiligen Einrichtungen die schwierige Situation, in der sie sich vor der Aufnahmeentscheidung befunden haben. Die Entscheidung für eine Unterbringung eines nahen Angehörigen in eine Pflegeeinrichtung stellt eine große emotionale Belastung dar. Diese belastende Situation zu mildern, stellt eine klare Anforderung an das Management der Einrichtungen dar. Nur jeweils zwei von fünf Angehörigen aus beiden Einrichtungen äußerten in diesem Zusammenhang, dass sie auf Verständnis für ihre Not und Probleme gestoßen sind. Diese Situation stellt sich in der externen Vergleichseinrichtung positiver dar. Der dort arbeitende Sozialarbeiter erscheint durch die Aussagen der Interviewpartner sehr kompetent. Dennoch kann gesagt werden, dass sich diese Problematik für die „besuchenden“ Angehörigen aus den Wohngruppenhäusern als nicht so schwerwiegend darstellt, da sie durch den beschriebenen hohen Integrationsgrad eine Art aktiver Bewältigungsstrategie von Seiten der Einrichtung angeboten bekommen. Durch ihre regelmäßigen Besuche und ihre Anteilnahme, durch das Erleben der Zufriedenheit ihrer zu betreuenden Angehörigen werden vorhandene Schuldgefühle relativiert.

Die weitere Angehörigenarbeit innerhalb des Wohnbereichs des Pflegeheims von Clara Zetkin gestaltete sich schwieriger. Die zu Besuch kommenden Angehörigen wurden von der – auch interviewten – Leitungskraft meistens als „nicht interessiert“ an einer Zusammenarbeit im Allgemeinen und an der Angehörigenarbeit im Besonderen dargestellt. Bei genauerem

⁶ WGH-3 – 38B.

Hinsehen ergab sich aber anhand der gewonnenen Informationen ein anderes Bild: Die grundsätzlich andere Situation, in der sich ein Angehöriger im Pflegeheim befindet – gemeint ist seine Rolle als „besuchender Angehöriger“ – lässt ihn auf Distanz bleiben. Hier könnte das Pflegeheim von den positiven Erfahrungen des Wohngruppenhauses profitieren, wozu es allerdings eines weit reichenden Umstrukturierungsprozesses bedürfte. In diesem Zusammenhang ist dem Pflegeheim zu empfehlen, die Aufnahme von neuen Bewohnern und die Phase der Eingewöhnung möglicherweise mit Hilfe eines Standards, in jedem Fall aber über Mitarbeiterfortbildungen weiter zu optimieren. Ein spezielles Konzept zur Betreuung von Demenzkranken ist für den Wohnbereich des Pflegeheims nicht vorhanden. Eine „Integration ohne Integrationskonzept“⁷ ist aber ein unhaltbarer Zustand. Eine telefonische Recherche nach Einrichtungen mit einem Betreuungskonzept zur integrativen Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen im Land Brandenburg ergab ein niederschmetterndes Ergebnis. Von 23 Einrichtungen, die im „Altenheim-Adressbuch 2002“⁸ des Vincentz Verlages mit dem Angebotsvermerk (sinng.) „gerontopsychiatrische Betreuung“ eingetragen sind, blieben ganze vier Einrichtungen übrig, die dieses Angebot tatsächlich vorhielten.

Die Zufriedenheit der Betreuten selbst lässt sich aus dem gewonnenen Material nicht direkt ableiten. Sichtbar wird jedoch die deutlich bedarfs- und bedürfnisgerechtere Betreuung in den Wohngruppenhäusern. Anhand der von den Angehörigen geschilderten Verbesserung des Gesundheitszustandes der betreuten Mieter nach Einzug in die Häuser lässt sich der Erfolg des Betreuungsansatzes im Vergleich zum Pflegeheim des Seniorenzentrums und, auch wenn gleich abgestuft, zur externen Vergleichseinrichtung ablesen. In beiden Einrichtungen stand die subjektiv erlebte Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vordergrund. Deutlich mehr Aufschluss wird in diesem Zusammenhang die Messung der Zufriedenheit der pflegebedürftigen Bewohner bzw. Mieter durch das „Dementia Care Mapping“ ergeben, das im Anschluss präsentiert wird.

Mit Hilfe einer kontinuierlichen, an der Normalität orientierten Alltagsbegleitung durch die Präsenzkräfte und durch die Integration der Angehörigen wird eine Lebenskontinuität erreicht, die offensichtlich eine sehr hohe Qualität für die Betroffenen hat.

d) Das Dementia Care Mapping

Kurzbericht über die Durchführung von DCM im Seniorenzentrum „Clara Zetkin Brandenburg“ Peter Wißmann (Dipl.-Sozialpädagoge, DCM-Advanced-User)

⁷ Schmidt, R.: Memorandum zur Demenzversorgung in Thüringen, 2001, § 7.

⁸ „Altenheim Adressen Datenbank“, Hannover 2002.

Im Februar 2003 wurde an je einem Tag in einer Wohngruppe für Senioren mit Demenz (14.02.03) sowie in einem Wohnbereich des stationären Teils des Clara-Zetkin-Zentrums (17.02.03) ein Dementia Care Mapping durchgeführt. Beim DCM handelt es sich um eine Beobachtungsmethode, die auf der Grundlage des personenzentrierten Pflege- und Betreuungsansatzes von dem britischen Sozialpsychologen Tom Kitwood und der Bradford Dementia Group entwickelt wurde. Mit dem Instrument sollen Erkenntnisse über das Wohlbefinden der (dementen) Bewohner sowie über die Pflegequalität in der jeweiligen Einrichtung getroffen werden.

Beobachtet und ausgewertet werden im Einzelnen:

- das Wohlbefinden der Bewohner
- die Aktivitäten der Bewohner
- die Interaktion zwischen Bewohnern und Betreuungskräften sowie
- das Milieu.

Das Dementia Care Mapping im Clara-Zetkin-Zentrum wurde von zwei Mappern durchgeführt und ausgewertet. Mit den Teams der Wohngruppe und des (stationären) Wohnbereichs fanden sowohl Einführungsveranstaltungen als auch Feed-Back-Gespräche statt. Beide Teams sowie die Leitung des CZZ erklärten sich mit der Weitergabe und der Veröffentlichung der Mapping-Ergebnisse einverstanden. Diese sollen nachfolgend stark verdichtet zusammengefasst werden. Dargestellt werden nur die allgemeinen Ergebnisse; (einzel-) personen-bezogene Beobachtungsergebnisse finden keine Berücksichtigung. Auf die Nennung von Zahlen und die Präsentation von Tabellen/Grafiken wird in dieser Kurzübersicht verzichtet.

Zusammenfassung: Wohngruppe für Senioren mit Demenz

Beobachtungsdatum und Zeitraum: 14.02.2003 in der Zeit von 7.40–15.40 Uhr

Beobachtete Bewohner: 8

Wohlbefinden: Es wurden hohe Wohlbefindlichkeitswerte festgestellt. Zeichen von Unwohlsein konnten nur in sehr geringem Umfang beobachtet werden. Auf Anzeichen von Unwohlsein wurde von den Betreuungskräften in der Regel sofort reagiert.

Aktivitäten/Verhaltenskategorien: Gemäß der im DCM verwendeten Verhaltenskategorien wurden am häufigsten in der angegebenen Reihenfolge beobachtet:

B (Borderline= sozial mit einbezogen sein, aber auf passive Weise)

- A (Articulation= Mit anderen interagieren, verbal oder nonverbal, ohne offensichtliche andere Aktivität)
- L (Arbeit oder Pseudoarbeit)
- F (Essen und Trinken).

Personale Detraktionen: Verhaltensweisen von Betreuungskräften, die als nicht personenfördernd angesehen werden, konnten so gut wie gar nicht und wenn, dann nur in sehr schwacher und grenzwertiger Form beobachtet werden.

Positive Ereignisse: Ereignisse, die in besonderer Weise in der Lage waren, die Bewohner als Person zu würdigen und zu stärken, wurden sehr häufig beobachtet (z.B. das Tolerieren der auf dem Teller abgelegten Handtasche einer Bewohnerin als Anerkennen der speziellen Handlungslogik des Menschen mit Demenz).

Insgesamt: Die Atmosphäre in der Wohngruppe ist von großer Wertschätzung, positiver Wahrnehmung der Erlebnis- und Gefühlswelt der Bewohner und einem durchgängig freundlichen und zugewandten Kommunikationsstil geprägt. Trotz relativ geringer gemeinsamer Kommunikation ist deutlich ein Zusammengehörigkeitsgefühl auszumachen. Dieses Gefühl ist für jeden Einzelnen positiv besetzt, da keiner die Gemeinschaft verlässt. Prinzipien der Integrativen Validation werden von den Betreuungskräften durchgängig angewandt. Eine biografische Orientierung findet bei zahlreichen Interaktionen und Aktivitäten ihren Ausdruck. Bemerkenswert ist die starke Einbeziehung der Bewohner in alltägliche und haushaltsbezogene Aktivitäten (Kochen, Abwasch, Post holen...). Auch ‚schwächere‘ Gruppenmitglieder werden dabei entsprechend ihrer Möglichkeiten konsequent einbezogen. Das Milieu im öffentlichen Raum (Wohnküche, Gänge...) bietet auf unterschiedlichen Ebenen Anreize und Impulse (optisch, haptisch...).

Zusammenfassung: Wohnbereich im stationären Teil

Beobachtungsdatum: 17.02.03 von 8:05 bis 12:40. Beobachtete Bewohner: 5. Diese waren auf der gemischten Station auf Grund ihrer Diagnose (Demenz) von den Pflegekräften vorab für die Beobachtung ausgesucht worden.

Um 12:40 (nach dem Mittagessen) wurde die Beobachtung nach Rücksprache mit dem Mitarbeitern vor Ort sowie der Pflegedienstleitung beendet. Da DCM sich auf den öffentlichen Raum (Aufenthaltsräume usw.) beschränken muss und die Privatsphäre (Zimmer, Toiletten usw.) der Bewohner achtet, konnte insgesamt nur eine sehr geringe Zeitspanne beobachtet werden. Nur um die Frühstücks- und die Mittagessenszeit herum

waren die Bewohner in den beiden Essens- und Aufenthaltsräumen anwesend. Nach den Mahlzeiten zogen sie sich sofort wieder auf ihre Zimmer zurück oder wurden von Pflegekräften dorthin gebracht. Da der insgesamt beobachtete Zeitraum dadurch extrem klein war, haben die erhobenen (personenbezogenen) Daten keine Aussagekraft. Gegenstand des Feed-Backs im Team sowie dieses Kurzberichts sind daher allgemeine Beobachtungen der Mapper. In diesen werden zugleich die wesentlichen Unterschiede zu der beobachteten Wohngruppe (siehe Punkt 1) deutlich.

Auf der Station herrscht insgesamt ein freundlicher Ton gegenüber den Bewohnern. Validierende Kommunikation und Aspekte der Integrativen Validation (Ansetzen an Motiven, Werten, Tugenden der Bewohner...) waren jedoch nicht zu beobachten. Das Pflegepersonal wirkt freundlich, jedoch mehr versorgend denn fürsorglich. Die Kommunikation trägt eher den Charakter von Informationsaustausch, als dass sie sich auf der Gefühls- und Wertschätzungsebene bewegt.

Personale Detraktionen, also nicht-personenfördernde Verhaltensweisen von Pflegekräften, konnten kaum oder nur in sehr schwacher Ausprägung beobachtet werden. Insgesamt macht das Personal einen ausgeglichenen und distressfreien Eindruck.

Obwohl viele der Bewohner vermutlich motorisch und kognitiv durchaus in der Lage wären, Aktivitäten wie z.B. das Vor- und Nachbereiten einer Mahlzeit durchzuführen, werden diese im Wohnbereich bzw. auf der Station nicht abgefragt und einbezogen. Das Milieu ist funktional und nüchtern. Die Essens- und Aufenthaltsräume laden nicht zum Verbleiben ein und bieten keine Reize oder Aktivierungsmöglichkeiten. Das sofortige Wegräumen von Geschirr und anderen Utensilien nach den Mahlzeiten (durch das Personal) verstärkt den funktionalen und wenig anheimelnden Charakter der Räume. Dies ist vermutlich auch der Grund, warum die Bewohner den Raum umgehend nach Beendigung der Mahlzeiten verlassen. Eine teilweise zu laute und wenig ‚seniorengerechte‘ Musikantermalung während der Mahlzeiten erschwert unnötigerweise die Kommunikation.

Fazit aus den beiden Beobachtungen

Obwohl das Wohngruppenhaus und die stationäre Pflegeeinrichtung zum gleichen Träger gehören und sich auf dem selben Gelände befinden, unterscheiden sie sich nicht allein organisations-strukturell (ambulant – stationär, homogene und gemischte Gruppen...), sondern in signifikanter Weise auch in Bezug auf die gelebte Pflege- und Betreuungsphilosophie und -praxis (personenzentrierte Pflege, Funktionspflege). Während es in der Wohngruppe möglich war, im Rahmen einer längeren Beobachtung Daten bzgl. des

Wohlbefindens der Bewohner und der Aktivitätsprofile zu gewinnen, konnte dies im stationären Wohnbereich auf Grund der geschilderten Faktoren nicht erfolgen.

Zusammenfassung

Die Konzeption des Wohngruppenhauses des Seniorenzentrums „Clara Zetkin“ kann im Ergebnis der Evaluation als von ihren konzeptionellen Vorgaben her voll umgesetzt betrachtet werden, die erbrachten Betreuungsleistungen gehen sogar darüber hinaus. Der heilpädagogische Ansatz und seine andere Sichtweise auf die Betroffenen trägt erheblich zum Erfolg des Projektes bei. Anhand der ausgewerteten Aussagen aus den Interviews und den ausgewerteten Daten aus dem DMC ist deutlich geworden, dass es gelungen ist, das gesamte Team auf diese spezielle Sichtweise einzuschwören. Die Ergebnisse der empirischen Erhebung und die Erfahrungen aus mehreren Hospitationen in den Wohngruppen, in denen die „Ruhe und Gelassenheit“ erlebt werden konnte, lassen ein klares Urteil zu. Ein nicht zu unterschätzender fördernder Aspekt, die Gruppendynamik in den kleingliedrigen Wohngruppen, hat nicht nur auf die Mieter, sondern auch auf ihre Angehörigen eine positive Auswirkung. Das Erleben einer familiären Gemeinschaft ist mehrfach in den Interviews angeklungen bis hin zur Aussage einer Angehörigen, die meinte, dies sei auch ihr Zuhause.⁹

Für den zum Vergleich evaluierten mehr an stationäre Versorgungs- und Betreuungsformen angelegten Wohnbereich des Pflegeheims mit seiner integrativen Betreuungskonzeption wurden aus den gewonnenen Erkenntnissen einige Empfehlungen abgeleitet:

Der heilpädagogische Ansatz, wie er in den Wohngruppenhäusern umgesetzt wird, stellt offensichtlich eine sehr wichtige Voraussetzung für die dort erbrachte Betreuungsqualität dar. Eine Veränderung des Menschenbildes von der somatischen zur individuellen, bedürfnisorientierten Sichtweise scheint eine weitere wichtige Voraussetzung für den Erfolg einer bedarfsgerechten Dementenbetreuung zu sein – sicher auch für eine Reform der Altenhilfestrukturen.

Die Strukturen der „vierten Generation des Altenheimbaus“ liefern die Grundlagen für die nötige Infrastruktur, die in Kombination mit dem in den Wohngruppenhäusern vorgefundenen Menschenbild eine wünschenswerte Grundlage für Umdenkprozesse in der Altenhilfe wären. Das Pflegeheim weist durch seinen Neu- und Umbau annähernd eine solche Infrastruktur auf. Es wäre von Seiten der Einrichtung zu überdenken, ob nicht durch eine Umstrukturierung der Wohnbereiche ein tatsächlicher Wohngruppencharakter zu erreichen

⁹ Vgl. WGH-4 – 17B.

ist. Auch das Einrichten einer Hausgemeinschaft des HG^{WB}-Typs (Hausgemeinschaften im Wohnbereich eines Pflegeheims) ist denkbar. Hierfür müssten jedoch einige Voraussetzungen erfüllt werden: die deutliche Abkehr von der somatischen Sicht auf die Bewohner, stattdessen eine von der Individualität und Normalität geprägte Sicht auf die Kunden; die Dezentralisierung der Versorgungsstrukturen, die personelle Umstrukturierung und verbindliche Festlegung von Wohngruppenteams.

Es erscheint darüber hinaus empfehlenswert, und dies betrifft im gleichen Maße die externe Vergleichseinrichtung, ein festes Informationsangebot zum Krankheitsbild Demenz zu etablieren und die Information der Angehörigen neu zu organisieren. Eine Möglichkeit wäre die Einrichtung einer Selbsthilfegruppe für Angehörige von an Demenz erkrankten Bewohnern. Hier könnte gezielt Aufklärung betrieben und Unterstützung gegeben werden. Eine solche Gruppe erscheint im Besonderen für das Seniorenheim des Seniorenzentrums sinnvoll, da an den Angehörigenabenden dieses Thema nicht ausreichend bearbeitet werden kann. Eine Ursache dafür ist in der differenzierten Diagnoselage der unterschiedlichen Bewohnerklientelen des Pflegeheims zu sehen, in dem auch nichtdemente Pflegebedürftige zusammen mit Dementen leben. Optimal wäre der Zustand dann, wenn in Wohngruppen, analog zum Wohngruppenhaus, die tägliche Begleitung der Angehörigen und das Erleben anderer an Demenz erkrankter Menschen zur Aufklärung beitrüge. Darüber hinaus würde die Einbeziehung der Angehörigen in die regelmäßige Betreuung eine deutliche Verbesserung für alle Beteiligten, Bewohner, Angehörige und das Personal ergeben.

Der vorgestellte und evaluierte konzeptionelle Ansatz zur Dementenbetreuung in den Wohngruppenhäusern der „Seniorenzentrum Clara Zetkin gGmbH“ stellt eine innovative, zukunftsweisende und gleichzeitig praktikable Lösung dar. Es ist gelungen, mit einer ausgewogenen Mischung aus profunder Theorie und bewusst gelebter Praxis eine bedarfsgerechte und menschenwürdige Betreuungsform zu entwickeln und umzusetzen. Dieses Konzept kann als ein Modell für die segregative Dementenbetreuung in einer Hausgemeinschaft nach dem Mietertyp (HG^M-Typ) – im Sinne der KDA-Typologie – gesehen werden.

6.2 Die Zusammenfassung der Ergebnisse der pflegewissenschaftlichen und personellen Dimension durch Thesenbildung

Um die Untersuchungsergebnisse zusammenzufassen und die drei zentralen Leitfragen der Studie zu beantworten, werden im Folgenden drei Thesen formuliert:

1. Das Pflegemodell von Liliane Juchli eignet sich nicht für die Betreuung von demenziell erkrankten Menschen.

Das in der Konzeption angegebene Pflegemodell der Aktivitäten des täglichen Lebens von Liliane Juchli soll die theoretische Grundlage für die Betreuung und Pflege von demenziell erkrankten Menschen im Wohngruppenhaus darstellen. Da aber die Orientierung des Pflegemodells von Liliane Juchli auf die Defizite eines Menschen ausgerichtet ist, ist die Anwendung in der Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen kritisch zu hinterfragen. Das veranlasste mich, nach der konkreten Umsetzung des Pflegemodells in der Praxis zu fragen. Die Befragung zu diesem Themenkomplex ergab, dass der Mehrzahl der Probanden das Pflegemodell von Liliane Juchli nicht bekannt war und sich deshalb die Frage nach der Umsetzung in die Praxis nicht beantworten ließ. Dass das Pflegemodell nicht geeignet ist für die Betreuung von demenziell erkrankten Menschen, lässt sich durch das Ergebnis der Befragung über das Modell nicht belegen, wohl aber durch die Ergebnisse der Befragung über die erfolgreiche Vorgehensweise in der Arbeit mit den demenziell erkrankten Menschen auf der Grundlage der handlungsimpliciten Prämisse, am Können des demenziell Erkrankten anzusetzen, welche die theoretischen Grundannahmen im Pflegemodell von Juchli kritisch relativieren.

Über die Evaluierung des Pflegemodells von Liliane Juchli und der empirischen Untersuchung dessen kann aus pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen die Aussage getroffen werden, dass sich dieses Pflegemodell nicht als theoretische Grundlage eignet, um demenziell erkrankte Menschen in Wohngruppenhäusern zu betreuen.

2. Die integrative Validation ist eines der wichtigsten Instrumente für die Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen.

Die integrative Validation ist eine Kommunikationsform, die auf die Gefühle und Antriebe der demenziell erkrankten Menschen eingeht. Ein Gespräch zwischen Personal und Mieter wird möglich, weil sich die Mitarbeiter in die Zeit- und Erlebniswelt der demenziell erkrankten Menschen einfühlen können. Die Mehrzahl der Mitarbeiter ist in dieser Gesprächsmethode geschult. Da alle Probanden von positiven Erfahrungen berichten und sie der integrativen Validation einen hohen Stellenwert beimessen, kann davon ausgegangen werden, dass die integrative Validation eines der wichtigsten Instrumentarien für die Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen darstellt.

3. Die Qualifikation der Präsenzkräfte¹⁰ ist ausreichend, um demenziell erkrankte Menschen in Wohngruppenhäusern zu betreuen.

Die Tätigkeiten der Präsenzkräfte im Wohngruppenhaus sind sehr vielseitig. Sie organisieren den Alltag der Mieter und sind für Aufgaben im Bereich der hauswirtschaftlichen, pflegerischen und sozialen Betreuung zuständig. Weiterhin sind sie rund um die Uhr im Wohngruppenhaus anwesend und daher ständig „präsent“. Damit kommt ihnen eine wesentliche Rolle in der Betreuung der demenziell erkrankten Menschen im Wohngruppenhaus zu. Die Präsenzkräfte stammen aus anderen Berufszweigen als dem der „Pflege“, sie werden lediglich durch interne Fortbildungen auf die Arbeit mit den demenziell erkrankten Menschen vorbereitet. In diesem Kontext stellt sich die Frage¹¹, ob die Qualifikation der Präsenzkräfte ausreicht, um demenziell erkrankte Menschen in Wohngruppenhäusern zu betreuen.

Um dieser Frage gerecht zu werden, wurden die Präsenzkräfte zu ihren Tätigkeiten und deren Umgang damit befragt. Dabei ging es besonders um Grenzen und Sicherheiten im Arbeitsalltag und den Bewältigungsstrategien bei unvorhergesehenen Situationen. Weiterhin gehörte dazu, wie die Mitarbeiter die Mieter erleben und welches subjektives Pflege- und Betreuungsverständnis bei den Mitarbeitern vorliegt. Insgesamt kann vorweg gesagt werden, dass von einer hohen Arbeitszufriedenheit ausgegangen werden kann, da die Mehrheit der Präsenzkräfte Freude an der Arbeit äußert und sie als eine schöne und dankbare Aufgabe erlebt. Da die Präsenzkräfte wohl überlegt auf unvorhergesehene Situationen reagieren, Prioritäten setzen und Maßnahmen einleiten können, kann auf einen ausreichenden, wenn nicht überdurchschnittlichen Grad an Flexibilität geschlossen werden. Die ständige Präsenz im Wohngruppenhaus verlangt es, Grenzen im Arbeitsalltag wahrzunehmen, und zugleich ständig im Austausch mit Kollegen und der Leiterin des Wohngruppenhauses zu bleiben, was einen wiederum überdurchschnittlichen Grad an sozialer Kompetenz voraussetzt. Weiterhin verfügen die Präsenzkräfte über persönliche Ressourcen wie z.B. Empathie, Akzeptanz auch schwieriger Mieter, Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit, was sich deutlich aus den Befragungen und der teilnehmenden Beobachtung ergibt. Summa summarum ist festzustellen, dass die Präsenzkräfte durch die internen Fortbildungen und ihre wertschätzende Haltung gegenüber den Mietern, die auf Fähigkeiten und Struktureigenschaften ihrer Persönlichkeit beruhen, geeignet sind, demenziell erkrankte Menschen in Wohngruppenhäusern zu betreuen.

Hier sollte bemerkt sein, dass sich diese Aussage nur schwer auf das Personal von anderen Einrichtungen übertragen lässt, da bei den Mitarbeitern des Wohngruppenhauses von einer

¹⁰ Hier wurden nur die Aussagen der Präsenzkräfte berücksichtigt.

¹¹ Zentrale Leitfrage dieser Arbeit.

hohen Arbeitszufriedenheit auszugehen ist und sie durch die internen Fortbildungen und ihrer persönlichen Qualifikationen geeignet sind, demenziell erkrankte Menschen in Wohngruppenhäusern zu betreuen.

6.3 Zusammenfassung der Ergebnisse der betriebswirtschaftlichen Dimension

Zwei Einrichtungen werden in einem praktischen Betriebsvergleich miteinander verglichen. Die Pflegeeinrichtungen wurden ihren Kernaufgaben entsprechend in Funktionsbereiche unterteilt, aus denen dann folgerichtig Kennzahlen abgeleitet wurden. Unter Zuhilfenahme theoretischer Grundlagen aus den Bereichen Organisationswirtschaft, Personalwirtschaft und Finanzierungswirtschaft wurden in dieser Arbeit die betriebswirtschaftlichen Faktoren, die für Pflegeeinrichtungen relevant sind, dargelegt. Es werden exemplarisch die Schwachstellen der Pflegeeinrichtung 1 dargestellt, die durch den Betriebsvergleich aufgedeckt wurden. Mit einer Auslastung von 97,52 Prozent jährliche Gesamtbelegung hat Einrichtung 1 eine gute Gesamtauslastung. Für Einrichtung 2 ist das Ergebnis der Jahresgesamtauslastung mehr als unbefriedigend. Zwar zeigt der Trend im Jahresverlauf stetig nach oben, dennoch ist eine jährliche Auslastung von 56,77 Prozent zu wenig, um die anfallenden Kosten zu decken und Gewinn abzuwerfen. Die Auslastung ist um 40 Prozent geringer als in Einrichtung 1 und liegt ca. 14 Prozent unter dem Durchschnittswert aus beiden Einrichtungen. Hier besteht dringender Handlungsbedarf, um mit geeigneten Maßnahmen die Auslastungsquote zu verbessern.

Ein weiterer Parameter, der bei der Vergütung zum Tragen kommt, ist die Anzahl der abrechenbaren Behandlungsfälle in den einzelnen Pflegestufen. Mit steigender Pflegestufe steigt sowohl bei der vollstationären Pflege als auch bei der ambulant erbrachten Pflege die Vergütung an. Die Pflegestufe, die mit Zeitwerten hinterlegt ist, soll den Grad der Pflegebedürftigkeit widerspiegeln. Somit wird mit zunehmender Pflegebedürftigkeit ein höherer Zeitaufwand nötig, der eine höhere Vergütung rechtfertigt. Dieser Logik folgend, bekommt eine Pflegeeinrichtung die höchsten Erträge für die höchsten Pflegestufen. Einrichtung 1 liegt mit 10,79 Prozent Anteil an der Gesamtbelegung unwesentlich höher als der Durchschnittswert und etwa drei Prozent höher als Einrichtung 2. Hier ist ein weiterer Ansatzpunkt, an dem beide Einrichtungen ihren Gesamtanteil verbessern können. Einrichtung 1 hat mit 72,84 Prozent, also bei ca. drei Viertel aller Bewohner, den Schwerpunkt in der Pflegestufe 2. Die Rangfolge ist von der höchsten Belegung in Pflegestufe 2, gefolgt von Pflegestufe 1 und der geringsten Belegung in Pflegestufe 3. Einrichtung 1 hat bei 24 konzipierten Plätzen beinahe eine Vollaustattung bei 15,44

Vollstellen. Einrichtung 2 ist auf 115 Plätze ausgelegt, erreicht aber nur eine Jahresdurchschnittsauslastung von 56,77 Prozent. Im Dezember 2002 sind tatsächlich 85 Bewohner von geplanten 115 Bewohnern in Einrichtung 2 bei 69,44 Vollstellen. In den einzelnen Funktionsbereichen sind folgende Ergebnisse aus dem Betriebsvergleich sichtbar geworden: Ins Gewicht fällt besonders der hohe Pflegepersonalanteil, der in Einrichtung 1 mit 2,51 Vollstellen sehr gering ausfällt. Die Kombination aus dem Vorhalten von kostenintensivem Pflegepersonal, das sich durch hohe Aufwendungen bemerkbar macht, und einer geringen Auslastung, die sich in niedrigeren Erträgen niederschlägt, ist eine eindeutige Schwachstelle im Vergleich zu Einrichtung 1. Bei der Betrachtung der Personalkosten pro tatsächlichem Pflage tag wird das kostengünstige Personalmodell von Einrichtung 1 deutlich, das mit 34,84 Euro pro Pflage tag zu Buche schlägt gegenüber 62,82 Euro bei Einrichtung 2. Beim Pflegepersonal ist die Fachkraftquote in Einrichtung 2 mehr als erreicht. Hier kann bei der Pflege zu Gunsten des hauswirtschaftlichen Dienstes eingespart werden. Mit 73,69 Prozent der Gesamtpersonalkosten ist hier auch der kostenintensivste Personalbereich. Betrachtet man die Personalkosten je Vollkraft, so lassen sich für Einrichtung 2 insbesondere bei den Kosten für Leitung und Verwaltung beinahe doppelt so hohe Aufwendungen jährlich feststellen. Die Pflage vollstelle ist in Einrichtung 2 ca. 4.000 Euro günstiger. Ein weiterer gravierender Punkt sind die beinahe dreimal so hohen Kosten für das hauswirtschaftliche Personal in der Vergleichseinrichtung 2.

Im Funktionsbereich der Speiseversorgung werden die Leistungen pro Pflage tag in Einrichtung 1 um beinahe ein Fünftel billiger erbracht als in Einrichtung 2. Hier sind für Einrichtung 2 die Gründe in der Großküchenhaltung zu suchen. Zudem müssen Koch und Küchenpersonal vorgehalten werden.

Einrichtung 1 verfolgt mit ihrem dezentralen Konzept der Speiseversorgung die Idee, dass der Küche ein besonderer Stellenwert zukommt; die Küche wird daher in den Wohnbereich integriert, und die Bewohner werden ermuntert, sich an der Speisezubereitung zu beteiligen. Die Bewohner bestimmen gemeinsam den Speiseplan, die Lebensmittel werden daraufhin eingekauft und unter Beteiligung der Bewohner in der offenen Gemeinschaftsküche zubereitet. Hier liegt ein klarer Kostenvorteil für Einrichtung 1.

Im Funktionsbereich Gebäudereinigung kommt es auf der Kostenseite zu keinen bedeutenden Unterschieden. Bei den Verwaltungskosten pro Pflage tag fallen die relativ hohen Personalkosten aus Einrichtung 2 ins Gewicht, so dass die Kosten hier mit 7,72 Euro gegenüber 4,08 Euro in Einrichtung 1 deutlich höher sind. Angenommen, Einrichtung 2 senkt die Verwaltungskosten um drei Euro pro Pflage tag und gleicht sich so dem Ergebnis der Einrichtung 1 an, so könnten jährlich ca. 6.000 Euro eingespart werden. Der Deckungsbeitrag ist in Einrichtung 1 mit 103,1 Prozent pro Platz im positiven Bereich. Die

fixen Kosten sind somit gedeckt, und es wird darüber hinaus ein Gewinn erwirtschaftet. Bei Einrichtung 2 sind mit 69,1 Prozent weder die Fixkosten gedeckt noch wird ein Gewinn erwirtschaftet. Es müssen zusätzliche Mittel bereitgestellt werden, um die Fixkosten zu decken. Hier ist für Einrichtung 2 die Erforschung der Ursachen unausweichlich. Aus den gewonnenen Ergebnissen wird exemplarisch für Einrichtung 1 ein Controllingkonzept entwickelt, das sich im Aufbau auf ein Kennzahlensystem stützt.

Wie die Betrachtung der Kosten- und Leistungsrechnung in den Vergleichseinrichtungen ergeben hat, wird in wichtigen Bereichen nur eine grobe Unterteilung der Kostenstruktur in Kostenarten vorgenommen. Bei der Einführung einer individuellen Struktur der Kosten- und Leistungsrechnung sollen die Besonderheiten der Einrichtung berücksichtigt werden, um eine betriebsinterne Steuerung sowie eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit zu ermöglichen.

Bei der Gliederung der Kostenarten der Pflegeeinrichtung 1 ist insbesondere dem Personalkostenanteil Rechnung zu tragen, da hier die meisten Kosten entstehen. Für die Zukunft sollte ein besonderes Augenmerk neben den Hauswirtschaftskräften auf das Pflegepersonal gelegt werden. Diese Überlegungen erstrecken sich auch über die Zeit hinaus, in der die Einrichtung als Modellprojekt geführt wird und nicht der Pflegefachkraftquote unterliegt. Für die Zeit danach ist das Betreiben als Heim im Sinne des Heimgesetzes wahrscheinlich, und damit werden die gesetzlichen Personalregelungen wirksam, die jeden zweiten Arbeitsplatz in der Pflege für Pflegefachpersonal vorschreiben. Die in diesem Bereich anfallenden Kosten sind deshalb besonders differenziert aufzulisten, um das Unternehmensgeschehen hier genauer abbilden zu können.

Ziel des Kennzahlensystems ist es, aussagekräftige Kennzahlen für die Untersuchungseinrichtung zu implementieren.

Die Einrichtungen werden nach Funktionsbereichen unterteilt und daraus ein Kennzahlensystem abgeleitet. Die Basisdaten bestehen aus den Bereichen allgemeine Strukturdaten, Vergütungsdaten, Daten zu den Personalkosten und Sachkosten sowie Finanzierungsdaten.

Erst wenn verschiedene Basiszahlen zueinander in Beziehung gesetzt werden, wird daraus eine Kennzahl. Beispielsweise Strukturdaten, wie die Bettenkapazität der Pflegeeinrichtung, in Betten gerechnet oder die Pflagetage, (errechnen sich aus den Tagen pro Monat/Jahr, die ein Bewohner anwesend ist, multipliziert mit der Zahl der Bewohner), sowie die Einstufung der Bewohner in die einzelnen Pflegestufen. Die Kennzahlen werden pro Berichtsmonat in schriftlicher Form erhoben. Zum besseren Verständnis wird eine exemplarische Kennzahlen im Folgendem näher erläutert.

Die prozentuale Auslastung einer Einrichtung

Als Kennzahl trifft sie eine Aussage darüber, wie viel Prozent der möglichen Plätze tatsächlich ausgelastet sind. Da sich die prozentuale Auslastung direkt auf die Höhe der Vergütung auswirkt, sollte ihre monatliche Erfassung Standard sein. Hier lässt sich eine „Ampeltechnik“, als Frühwarninstrument einsetzen. Ab einer definierten Auslastung von z. B. unter 90 Prozent geht die rote Ampel an, die „Stopp, aufpassen“ signalisiert und zwingend eine Ursachenforschung veranlasst. Die Ursachenanalyse führt die Fakten auf, die zu der niedrigeren Auslastung geführt haben, und gibt Empfehlungen, wie die Auslastung verbessert werden kann. Genauso ist das Vorgehen beim Deckungsbeitrag. Per Definition wird festgelegt, dass für den Fall, dass der Deckungsbeitrag unter 100 Prozent sinkt, die rote Ampel sofortigen Handlungsbedarf signalisiert. Im zwischenbetrieblichen Vergleich lässt sich die eigene Position am Branchendurchschnitt bestimmen, oder der „Klassenbeste“ wird zum benchmark erhoben und somit zum angestrebten Richtwert. Die Möglichkeiten auf Kennzahlenbasis lassen sich variabel anpassen.

Diagramme und grafische Darstellungen helfen, die erfassten Ergebnisse plastisch und aussagekräftig zu verdeutlichen. So lässt sich im grafisch dargestellten Trend besonders deutlich die Auslastung im Jahresverlauf für den eigenen Betrieb darstellen und daneben der Vergleich zu Mitbietern und Branchendurchschnitt aufzeigen.

Würde man das Personalmodell von Pflegeeinrichtungen 1 etablieren, so ließen sich 50% der Kosten für Pflegepersonal zu Gunsten günstigerer Hauswirtschaftskräfte einsparen. Ebenso werden die Kosten der Speiseversorgung durch das Modell von Einrichtung 1 um ca. 10 Euro pro Pflgetag günstiger. Hinzu kommt das durch den Mieterstatus der Bewohner in Einrichtung 1 beispielsweise in Pflegestufe 1, 1.820,00 monatliche. Erträge den Erträgen von Einrichtung 2 in Höhe von 1023.- € gegenüberstehen. Auch hier sind erhebliche Potenziale für andere Pflegeeinrichtungen zu sehen.

7 Empfehlungen für andere Pflegeinstitutionen

7.1 Hinweise zu Vorgehensweisen

Die Anonymität der Institution Altenheim wird durch die Aussagen der interviewten Angehörigen sehr deutlich. Einen Angehörigen in ein Altenheim „zu geben“, ist nach wie vor ein Thema, über das nicht gern gesprochen wird. So verhalten sich dann auch viele Angehörige. Das Thema Öffentlichkeitsarbeit sowie Verbesserung der komplexen Situation

www.bosch-stiftung.de

der Pflegeüberleitung und Aufnahme in eine Institution der stationären Altenhilfe stellt eine klar verpflichtende Herausforderung an das Management der Einrichtungen dar.

7.2 Hinweise zur Schaffung von Rahmenbedingungen und Voraussetzungen

Plätze für eine spezielle Betreuung Demenzkranker sind in der Stadt Brandenburg wie auch im übrigen Land Brandenburg nur in einem verschwindend geringen Maße vorhanden. Die interviewten Angehörigen beschreiben die Suche nach einer so spezialisierten Einrichtung als äußerst langwierig und schwer.

Die architektonische Gestaltung der Wohngruppenhäuser wird durch eine speziell abgestimmte milieuthérapeutische Gestaltung ergänzt, die den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Mieter gerecht wird.

Nachfolgenden Verfassern, die sich in der Altenpflege mit Betriebsvergleichen beschäftigen wollen, empfehle ich ausreichend Zeit für die Recherche der Pflegeeinrichtungen einzuplanen. Vorüberlegungen, wie man den Einrichtungen wenn möglich schriftlich und rechtlich verbindend Anonymität und Diskretion zusichert, sollten unbedingt gemacht werden.

7.3 Hinweise zur Motivation der Mitarbeiter

Im Ergebnis der Evaluation kann festgehalten werden, dass eine Kleingliedrigkeit von Gruppen, so wie wir sie in den Wohngruppenhäusern der Seniorenzentrum Clara Zetkin gGmbH und in der externen Vergleichseinrichtung vorgefunden haben, sich positiv auf die psychische und physische sowie auf die subjektiv erlebte Belastungssituation auswirkt.

Weiterhin ist der segregative Betreuungsansatz nachweislich mit deutlich weniger Reibungsverlusten verbunden. Die Mitarbeiter in segregativ organisierten Bereichen haben bessere Möglichkeiten, sich auf das entsprechenden Bewohnerklientel einzustellen und zu spezialisieren. Dies macht sich zum Beispiel an der Integrativen Validation fest, die in einem so organisierten Bereich uneingeschränkt angewandt werden kann. Eine Spezialisierung, wie im vorliegenden Fall auf das Krankheitsbild Demenz, wirkt sich positiv motivierend aus, da das Fachwissen und damit die Sicherheit im Umgang mit den dementen Seniorinnen und Senioren deutlich schneller wächst.

7.4 Hinweise zu Kostenschätzung und Finanzierung

Kosten zur Umsetzung fallen mit der Umstellung des Personalmodells an. In diesem Zusammenhang sind Kosten für die Schulungsmaßnahmen der Präsenzkräfte zu sehen. Hier sollte genau vor Ort geklärt werden, in welchem Rahmen hier Kosten anfallen.

Um die Kosten- und Leistungsrechnung umstellen zu können, müssen Veränderungen an der EDV vorgenommen werden. In welcher Höhe hier Kosten anfallen, liegt an der Größe der Einrichtung und muss im Einzelfall geprüft werden. Um das Controllingkonzept im Seniorenzentrum zu implementieren und zu warten, sowie die Controllingberichte regelmäßig zu erstellen, wird vorgeschlagen, eine halbe Stelle eines Controllers einzurichten, bzw. das Controlling von der Geschäftsführung betreuen zu lassen.

Die Kosten, die hierfür anfallen, lassen sich aus den Einsparungen in den anderen Bereichen gegenrechnen. Welche Kosten im Einzelfall anfallen muss für den konkreten Fall jeweils geprüft werden. Hier pauschale Einschätzungen abgeben zu wollen erscheint nicht seriös.

8 Zusammenarbeit der Kooperationspartner

Die Kooperation mit den Pflegeeinrichtungen ist positiv zu bewerten. Ebenso war die Zusammenarbeit mit der Fachhochschule vorbildlich. Wir hatten zu jedem Zeitpunkt das Gefühl, einen Ansprechpartner in allen Fragen zu haben.

Schwierigkeiten entstanden durch den Rückzug eines Pflegeheimträgers einer gewonnenen Vergleichseinrichtung. Hier ist zu überlegen, ob nicht schriftlich niedergelegte Vereinbarungen getroffen werden können, die einen verbindlicheren Charakter haben.

9 Veröffentlichungen

Geplant sind Veröffentlichungen in zwei Fachzeitschriften (Pflege und Altenheim) sowie eine Buchveröffentlichung des gesamten Projektes.

Des Weiteren wurde bei zwei Fachkongressen (Hauptstadtkongress in Berlin und die Tagungsreihe der deutschen Alzheimer Gesellschaft) Interesse angemeldet.

10 Literaturhinweise

10.1 Literaturverzeichnis – Allgemeiner Teil

- Bundesministerium für Soziales, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Berlin 2002.
- Bickel, H.: Epidemiologie der Demenzen. In: Förstl, H., Bickel, H. und Kurz, A.(Hrsg.): Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie. Berlin; Heidelberg 1999.
- Bickel, H.: Demenzen im höheren Lebensalter. Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34, Berlin 2000, Steinkopf.
- Blase, H., Reeb, W.: Lateinisch-Deutsches Schulwörterbuch, 8. Aufl., Leipzig, 1909.
- Bosch, C.: Vertrautheit, Studie zur Lebenswelt dementierender alter Menschen, Wiesbaden 1998, Ullstein Medical.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., www.deutsche-alzheimer.de, Berlin 2003.
- Deutscher Bundestag, vgl. Bundestagsdrucksache 13/5257, 10.07.1996.
- Hallauer, J. et al.: Untersuchung von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Deutschland, In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 5 o.O., Stuttgart 2000.
- Ingerslev, C. F.: Lateinisch-Deutsches Schulwörterbuch, 6. Aufl., Braunschweig, 1870.
- Klenner, W.: <http://www.heilpaedagogik.info/html>.
- Leptin, T.: Pflegekonzepte in der Gerontopsychiatrie. Entwicklung und praktische Umsetzung in der Altenpflege, Hannover 2001, Schlütersche.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (Hrsg.): Demenz als sozialpolitische Herausforderung. Bestandsaufnahme und Perspektiven der Versorgung Demenzkranker in Brandenburg. Beiträge zur Gesundheits- und Sozialberichterstattung 1, Frankfurt/Oder 2002.
- Richard, N.: Wertschätzende Begegnungen – Integrative Validation. In: Dürrmann, P.: Besondere stationäre Dementenbetreuung. Praxisorientierte Arbeitshilfe der Poller Runden, Hannover: 2001: Vincentz .
- Robert Bosch Stiftung: Neue Wege in der Pflege. Förderung der Robert Bosch Stiftung für Praxis und Theorie, Stuttgart 1999

Schwarz, G. Wissenswertes über die Alzheimer Krankheit und Demenzerkrankungen, 2000, <http://www.alzheimerforum.de>.

Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ gGmbH (Hrsg.): Konzeption Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ – Ein multifunktionales Seniorenzentrum mit teilstationärer und stationärer Pflege, betreutem Wohnen und ambulantem Pflegedienst. Brandenburg an der Havel: Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ o.J.

Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ gGmbH (Hrsg.): Konzeption zur Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen dementen Seniorinnen und Senioren in Wohngruppen, Brandenburg an der Havel: Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ o.J.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050, Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2000.

Vereinbarung entsprechend § 93 Abs. 2 BSHG für ein Modellprojekt zwischen: dem Landesamt für Soziales und Versorgung, Weinbergstr. 10, 03050 Cottbus und der Stadt Brandenburg an der Havel als örtlicher Träger der Sozialhilfe, Vereinsstr. 1, 12770 Brandenburg, und der Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ gGmbH, Anton-Saefkow-Allee 1a, 14772 Brandenburg an der Havel, 2001.

Sowinski, C., Kämmer, K.: Teil I, Pflege – Begleitung – Therapie, Ziele und Aufgaben. In: Heim aktuell. Leitungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen, Hannover 1995 Vincentz

Waselewski, M.: Herausforderung Demenz. Die Pflege zwischen Anspruch und Alltagsbedingungen, Hannover 2002, Schlütersche.

WHO (1993) <http://www.altenarbeit.de/themen/demenz.html>

10.2 Literaturverzeichnis – Konzeptioneller Teil

Bosch, C.: Vertrautheit. Studie zur Lebenswelt dementierender alter Menschen, Wiesbaden 1998.

Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend (Hg.): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Berlin 2002.

Demenz-Verein Saarlouis e. V. (Hg.): Innovativer Umgang mit Dementen. Strategien, Konzepte und Einrichtungen in Europa, Saarlouis 2000.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.: www.deutsche-alzheimer.de, Berlin.

Deutscher Bundestag: Bundestagsdrucksache 13/5257 vom 10.07.1996.

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.): Informationsdienst Altersfragen; Schmidt, R.: Versorgung Demenzkranker – neue Impulse und Paradigmenwechsel?, o .O. 2000; www.fh-fulda.de.

Dürmann, P.: Besondere stationäre Dementenbetreuung. Praxisorientierte Arbeitshilfe der Poller Runden, Hannover 2001.

Evangelisches Johanneswerk: www.johanneswerk.de.

Flick, U.: Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften, 5. Auflage, Reinbek 2000.

Held, C.: „Drei Welten“ – Lebensraumgestaltung und Betreuung von Patienten mit Alzheimer-Krankheit, in: The Medical Journal, Ausgabe 2 (2002).

Herbst, U.: Verbesserung der Situation pflegebedürftiger älterer Menschen: Altenbetreuung – Qualitätsabbau in der Pflege, 7. Kongress Armut und Gesundheit Gesundheitsziele gegen Armut – Netzwerke für Menschen in schwierigen Lebenslagen; 30. November bis 1. Dezember 2001 in Berlin, Deutscher Pflegerat, Berlin 2001.

Krankenhaus Haus Sonnweid (Hg.): Leitbild der Sonnweid: www.alzheimer.ch.

Krankenhaus Haus Sonnweid (Hg.): Leitbild der Sonnweid: www.alzheimer.ch/b_ha_leitbild.htm.

Krankenhaus Haus Sonnweid (Hg.): Chronik der Sonnweid: www.alzheimer.ch/b_ha_chronik.htm.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.): Pressemitteilung des KDA vom 7. November 1997; Internet: <http://www.kda.de/presse/pm071197.htm>, Köln 1997.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.): Das Viandener Konzept zur Betreuung demenziell erkrankter Menschen, Vianden 2000.

Klie, T. (Hg.): Wohngruppen für Menschen mit Demenz, Hannover 2002.

Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung, Band 1, 3. Auflage, Weinheim 1995.

Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung. Band 2, 3. Auflage, Weinheim, 1995.

Moser, H.: Grundlagen der Praxisforschung, Freiburg i. Br. 1995.

Projekt-Förderantrag an die Robert-Bosch-Stiftung vom 05.07.2002.

Radzey, B.: Wohngruppenkonzepte mit milieuthérapeutischer Orientierung. Erfahrungen im Ausland und Umsetzung in Baden-Württemberg, o. O. 2001.

Radzey, B., Heeg, S., Goerlich, C.: Kurzevaluation für Verwirrte in Frankreich und den Niederlanden, KDA, Köln 1999.

Richard, N.: Wertschätzende Begegnungen – Integrative Validation. In: Dürrmann, P.: Besondere stationäre Dementenbetreuung. Praxisorientierte Arbeitshilfe der Poller Runden, Hannover 2001, S. 56-60.

Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ gGmbH (Hg.): Konzeption Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ – Ein multifunktionales Seniorenzentrum mit teilstationärer und stationärer Pflege, betreutem Wohnen und ambulantem Pflegedienst, Brandenburg a. d. Havel o. J.

Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ gGmbH (Hg.): Konzeption zur Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen dementen Seniorinnen und Senioren in Wohngruppen, Brandenburg a. d. Havel o. J.

Schmidt, R. (Hg.): „Informationsdienst Altersfragen“, Memorandum zur Demenzversorgung in Thüringen, Heft 3+4, Erfurt 2001.

Vereinbarung entsprechend § 93 Abs. 2 BSHG für ein Modellprojekt zwischen:
dem Landesamt für Soziales und Versorgung, Weinbergstr. 10, 03050 Cottbus und der Stadt Brandenburg an der Havel als örtlicher Träger der Sozialhilfe, Vereinsstr. 1, 12770 Brandenburg, und der Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ gGmbH, Anton-Saefkow-Allee 1a, 14772 Brandenburg an der Havel 2001.

Vincentz Verlag (Hg.): Altenheim Adressen Datenbank, Hannover 2002.

Winter, P., Gennrich, R., Hass, P.: BMG-Modellprojekte. Hausgemeinschaften, Band 8, Köln 2001.

Winter, P., Gennrich, R., Hass, P.: BMG-Modellprojekte 2001-2002, Band 9, Köln 2002.

Witzel, A.: Das problemzentrierte Interview: www.qualitative-research.net.

10.3 Literaturverzeichnis – Pflegewissenschaftlicher und personeller Teil

Albrecht, I. (1995): Krankenpflege auf einer psychosomatischen Station. Die Schwester / Der Pfleger 9/95, 34. Jahrg., S. 765 – 774.

Albrecht, I. (2000): Das Besondere der chronischen Krankheit – Beispiel eines Schmerzpatienten auf einer psychosomatischen Tagesklinik. Die Schwester / Der Pfleger Heft 4, 39. Jahrg., S. 296 – 300.

Albrecht, I. (2002): Peplau, Primary Nursing und Pflege in der Psychosomatik. Pflege Zeitschrift, Heft 8, 55. Jahrgang, S. 571 – 575.

Arets, J., Obex, F., Vaessen, J., Wagner, F. (1997, 2. Auflage): Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Band I. Bocholt: Neicanos.

Böhm, E. (2002, 7. Auflage): Alte verstehen. Grundlagen und Praxis der Pflegediagnose. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Böhm, E. (1986): Der biografische Ansatz. In: Altenpflege, Heft 10, S. 643 – 646.

Böhm, E. (2002, 7. Auflage): Ist heute Montag oder Dezember ? Erfahrungen mit der Übergangspflege. Bonn: Psychiatrie – Verlag.

Böhm, E. (1994, 3. Auflage): Pflegediagnose nach Böhm. Ein Konzept zur Befindensverbesserung von Patienten und Pflegepersonal. Basel: Recom.

Böhm, E. (2002, 2. Auflage): Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm. Band I: Grundlagen. Wien – München – Berlin: Wilhelm Maudrich.

Böhm, E. (2002, 2. Auflage): Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm. Band II: Arbeitsbuch. Wien – München – Berlin: Wilhelm Maudrich.

Böhm, E. (2002, 11. Auflage): Verwirrt nicht die Verwirrten. Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1993): Erster Altenbericht der Bundesregierung über die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. Bonn.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1998): Zweiter Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen im Alter. Bonn.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2000): Auf der Suche nach einem Heim. Leitfaden zur Wahl eines Pflegeplatzes. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001): Angehörigengruppen für Demenzkranke in Deutschland. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2002): Winter, H.P., Gennrich, R., Hass, P. in Zusammenarbeit mit dem KDA: BMG Modellprojekte 2001 / 2002. Eine Dokumentation von 34 Projekten. Band 9. Köln: WDMS Thorsten Klenke.

Charles, I. (1999, korrigierte Auflage): Versuch der diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe an sich prostituierende, drogenabhängige Frauen in Zürich. Qualitativ – empirische Voruntersuchung zu den Möglichkeiten und Grenzen einer ärztlich kontrollierten Drogenabgabe. Bezugsadresse: ARUD Geschäftsstelle, Konradstraße 1, 8005 Zürich.

Dibelius, O. / Ptak, H. / Uzarewicz, C. (Hrsg.) (2000): Pflegemanagement aktuell. Beiträge aus der praxisorientierten Forschung. Frankfurt a.M.: Mabuse.

Dibelius, O. (2001): Pflegemanagement im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie: Eine qualitative Untersuchung in der stationären und teilstationären Altenpflege. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, Heft 6, 14. Jahrgang, S. 407 – 413

Dibelius, O., Arndt, M. (Hrsg.) (2003): Pflegemanagement zwischen Ethik und Ökonomie. Eine europäische Perspektive. Hannover: Schlütersche.

Diekmann, A. (2000, 6., durchgesehene Auflage): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Duden: Das Fremdwörterbuch (1997, 6. Auflage). Mannheim: Dudenverlag.

Dunkel, W. et al. (2001): Im Prinzip: Ja!. Ein Jahr Hausgemeinschaften in Dießen. In: Altenheim. Zeitschrift für das Altenhilfe – Management, Heft 10, 40. Jahrgang, S. 22 – 25.

Dürmann, P. (Hrsg.) (2001): Besondere stationäre Dementenbetreuung. Praxisorientierte Arbeitshilfe der Poller Runden. Hannover: Vincentz.

Erlemeier, N. et al. (1997): Altersbilder von Fachkräften in der Altenpflege. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, Heft 10, S. 206 – 214.

Fawcett, J. (1998, 2., überarbeitete Auflage): Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick. Bern: Hans Huber.

Feil, N. (1993): Ausbruch in die Menschenwürde. Validation – einfache Techniken um Menschen mit Altersverwirrtheit / Demenz vom Typus Alzheimer – zu helfen. Wien: Altern & Kultur.

Feil, N. (2002, 7. Auflage): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München: Ernst Reinhardt.

Flick, U., v. Kardorff, E., Steinke, I. (2000): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Flick, U. (2000, 5. Auflage): Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

<http://home.t-online.de/home/s.vonkroge/aedl6.htm>.

<http://www.agpk-boehm.at/pflegetheorie>.

<http://www.alfeld.de/altenpflege/kroh.html>.

<http://www.thema-altenpflege.de/pinwand/boehm.html>.

<http://www.dbfk.de/bbr/top2.html>.

<http://www.johanniter-stift.de/pflegekonzept1.html>.

<http://www.landhausamweinberg.de/krohwinkel.html>.

<http://www.penzlien.de/krohwinkel.htm>.

<http://www.thema-altenpflege.de/pinwand/boehm.html>.

Johnson, D.E. (1987): Evaluating conceptual models for use in critical care nursing practice. Guest editorial. Dimensions of Critical Care Nursing.

Juchli, L. (1991, 6. überarbeitete und erweiterte Auflage): Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker. Stuttgart: Thieme.

Kern, M.K. (2002): Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen. Diplomarbeit an der Evangelischen Fachhochschule Berlin.

Kitwood, T. (2002, 2. unveränderte Auflage): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Hans Huber.

Klingenberg, A. et al. (Hrsg.) (2001): PRO DEM – ein Projekt zur regionalen Versorgung Demenzkranker und ihrer pflegenden Angehörigen. Erfahrungen und Ergebnisse. Göttingen:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH.

v. d. Kooij, C. (2001, 2. Auflage): Demenzpflege: Herausforderung an Pflegewissen und Pflegewissenschaft. In: Tackenberg, P, Abt-Zegelin, A.: Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung. Frankfurt a. M.: Mabuse.

Krohwinkel, M. (1992): Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 12. Baden – Baden: Nomos.

Krohwinkel, M. (1993): Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich – rehabilitierender Prozesspflege. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 16. Baden – Baden: Nomos.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (1991): Narten, R.: Wohnbiografien als Grundlagen einer bedürfnisgerechten Wohnraumplanung. Kritik des „altersgerechten“ Wohnungsbaus am Beispiel der Wohnsituation alter, allein stehender Frauen im sozialen Wohnungsbau der 60er Jahre. Heft 15. Köln.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (1995, 2. Auflage): Tews, H. P.: Altersbilder. Über Wandel und Beeinflussung von Vorstellungen vom und Einstellungen zum Alter. Heft 16. Köln.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2000): Sowinski, C. et al.: Theoriegeleitetes Arbeiten in Ausbildung und Praxis. Ein Baustein zur Qualitätssicherung in der Altenpflege. Heft 24. Köln.

Lippit, G.L. (1973). Visualizing change: Model building and the change process. Fairfax, VA: NTL Learning Resources.

Manthey, M. (1980): The Practice of Primary Nursing. London: Blackwell Scientific Publications.

Mayring, Philipp (2000, 7. Auflage): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Deutscher Studien Verlag.

Meyer, J.A. (1995): Was hat ganzheitliches Denken in der Pflege mit Wissenschaft zu tun? In: Pflege, Band 8, Heft 1, S. 21-26.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2002): Demenz als sozialpolitische Herausforderung: Bestandsaufnahme und Perspektiven der Versorgung Demenzkranker in Brandenburg. Erstellt von ISGOS – Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien. Berlin: Druckhaus Frankfurt.

Morse, J.M. & Field, P.A. (1998): Qualitative Pflegeforschung. Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Moser, H. (1995): Grundlagen der Praxisforschung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Moser, H. (1997): Instrumentenkoffer für den Praxisforscher. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Müller, M. et al. (2002): Abschlussbericht zum Projekt: Wohngemeinschaft psychisch veränderter Menschen im Alter. Frankfurt am Main.

Negel, A.-W.: <http://www.thema-altenpflege.de/pinwand/boehm.html>.

Niederfranke, A. et al. (1999): Die Farben des Herbstes. Die vielen Gesichter des Alters heute. In: Funkkolleg Altern 1.

Nye, F.I., Berardo, F.N. (Eds.) (1981): Emerging conceptual frameworks in family analysis. New York: Praeger.

Lamnek, S. (1995, 3., korrigierte Auflage): Qualitative Sozialforschung. Band 1: Methodologie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Lamnek, S. (1995, 3., korrigierte Auflage): Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken. Weinheim: Psychologie Verlags Union

Porep, K. (2002): Wohngemeinschaften als alternative Lebensform demenziell erkrankter Menschen.

Ptak, H. (o.J.): Zur Technik des wissenschaftlichen Arbeitens. Empfehlung und Orientierungshilfe für Studenten der Evangelischen Fachhochschule Berlin – Studiengang Pflege / Pflegemanagement -. Evangelische Fachhochschule Berlin.

Ptak, H. (2001): Diplomarbeiten als vorzeigbare Meisterstücke. In: Management im Gesundheitswesen. Halbjahresschrift für Angewandtes Management im Gesundheitswesen, Heft Nr. 5, S. 94 – 97.

Ptak, H. (2002): Empfehlungen für Diplomarbeiten. In: Management im Gesundheitswesen. Halbjahresschrift für Angewandtes Management im Gesundheitswesen, Heft Nr. 8, S. 97 – 98.

Richard, N. (1994): Mit Validation finden wir die Lichtungen im Nebel der Verwirrtheit. In: Pflegezeitschrift, Jahrgang 47, Heft 4, S. 232 – 235.

Richard, N. (1994): Validation. Lichtungen im Nebel der Verwirrtheit finden. In: Altenpflege, Heft 3, S. 196 – 199.

- Richard, N. (1994): Validierende Gespräche. Wege aus dem Nebel der Verwirrtheit. In: Altenpflege, Heft 5, S. 310 – 313.
- Richard, N. (1994): Alter Wein in neuen Schläuchen. Ein neuer „Integrativer Validierender Ansatz“. In: Altenpflege, Heft 7, S. 433 – 435.
- Richard, N. (1995): Annehmen und Begleiten. `Integratives Validierendes Arbeiten´ zeigt Wege Demente besser zu verstehen. In: Altenpflege, Heft 4, S. 244 – 248.
- Richard, N. (1996): Ein wichtiges Instrument im Handwerkskoffer. Psychogerontologin Nicole Richard über Methodik und Ziele der Integrativen Validation, eine Weiterentwicklung der Validation nach Feil. In: Altenpflege, Heft 11, S. 712 – 715.
- Richard, N. (1996): Integratives Validierendes Arbeiten. In: Wächtler, C. et. al. (Hrsg.): Demenz; eine Herausforderung. Singen.
- Roper, N., Logan, W.W., Tierney, A.J. (1993, 4. überarbeitete Auflage): Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht. Basel: Recom.
- Schacke, C. (2000): Die Entlastungsfunktion gerontopsychiatrischer Tagesstätten für die pflegenden Angehörigen der Besucher. Dissertationsschrift. Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie der Freien Universität Berlin.
- Schreiber, N. (1999): Wie mache ich Inhaltsanalysen? Vom Untersuchungsplan zum Ergebnisbericht. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Schulz, R. (1999): Die unternehmensorientierte Ermittlung der Mitarbeiterzufriedenheit eines marktorientierten Krankenhauses der Zukunft. Eine empirische Vergleichsstudie. Diplomarbeit. Evangelische Fachhochschule Berlin.
- Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ gGmbH (o.J.): Konzeption zur Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen dementen Seniorinnen und Senioren in Wohngruppen.
- Sträßer, H., Cofone, M. (2000): Innovativer Umgang mit Dementen. Strategien, Konzepte und Einrichtungen in Europa. Herausgegeben vom Demenz – Verein Saarlouis e.V.. Saarlouis.
- v. Stösser, A.(1992): ATL – Die Pflege eines pflegebedürftigen Pflegemodells. Deutsche Krankenpflegezeitschrift, Heft 1, S. 46-51.
- Tackenberg, P., Abt-Zegelin, A. (Hrsg.) (2001, 2. Auflage): Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung. Frankfurt a.M.: Mabuse.

Thieswald, S. & Jahnke, R. (2001): Genese eines Betreuungskonzeptes für eine gerontopsychiatrische Einrichtung unter Berücksichtigung des konzeptionellen Modells nach Prof. Monika Krohwinkel. Hausarbeit im Seminar Pflegewissenschaft. Evangelische Fachhochschule Berlin.

Wittneben, K. (1991): Zur Theorie der Pflege Kranker. Eine kritische Verständigung über den pflegetheoretischen Rahmen des Buches „Krankenpflege“ von Liliane Juchli. In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, Heft 10, Seite 742 – 747.

10.4 Literaturverzeichnis – Betriebswirtschaftlicher Teil

AWO Bezirksverband Mittelrhein e. V.: Betreiberkonzept für eine Benchmarking-Datenbank, o. O. 2002, S. 8.

Bundessozialhilfegesetz, 10., überarbeitete Auflage, München: Beck, 1999, S. 1–55.

Crößmann, G., Iffland, S., Mangels, R.: Taschenkommentar zum Heimgesetz, Hannover: Vincentz, 2002.

Elftes Buch Soziale Pflegeversicherung. In: Sozialgesetzbuch (SGB), 29., vollständig überarbeitete Auflage, München: Beck, 2002, S. 1202–1283.

Gabler-Kompakt-Lexikon Wirtschaft, Wiesbaden: Gabler, 1998.

Grün, O.: Zukünftige Organisationsstrukturen für Alters- und Pflegeheime. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 6/1998, S. 398–406.

Hinschützer, U.: Personal in der Altenhilfe – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme. In: Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Berlin: DZA, 1983, S. 5–11.

Holzbaur, U.: Management. In: Kompendium der praktischen Betriebswirtschaft, Ludwigshafen: Kiehl, 2000, S. 35–36.

Hopfenbeck, W.: Allgemeine Betriebswirtschafts- und Managementlehre – Das Unternehmen im Spannungsfeld zwischen ökonomischen, sozialen und ökologischen Interessen, Landsberg/Lech: Verl. Moderne Industrie, 2000, S. 806.

Hünnekens, T.: Rechtliche Voraussetzungen der Errichtung eines Alten- und Pflegeheimes, Oldenburg 2000; Internet: www.huennekens@oldenburg.ihk.de.

- Junkers, G., Moldenhauer, B., Reuter, U.: Pflegeversicherung – Konsequenzen für die Reorganisation, Finanzierung und Qualitätssicherung. In: Management in der Altenpflege, Band 1, o. O.: Schattauer, o. J., S. 20.
- Kaplan, R. S., Norton, D. P.: The Balanced Scorecard – Translating Strategy into Action, Boston 1996.
- Katharinenhof am Dorfanger: Unveröffentlichtes Einrichtungskonzept und Pflegekonzept, Fredersdorf 2002, S. 4ff.
- Kerres, A., Falk, J., Seeberger, B.: Lehrbuch Pflegemanagement, Berlin: Springer, 1999, S. 182–199.
- Merk, A.: Betriebliche Organisation – Pflichtaufgabe für Heime. In: Altenheim 7/1991, S. 326ff.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (Hrsg.): Demenz als sozialpolitische Herausforderung – Bestandsaufnahme und Perspektiven der Versorgung Demenzkranker in Brandenburg. In: Beiträge zur Gesundheits- und Sozialberichterstattung 1, Potsdam 2002, S. 22.
- Mühlbauer, B. H., Wadsack, R.: Kosten- und Leistungsrechnung in Alten- und Pflegeheimen als Führungsinstrument. Frankfurt/Main: Dt. Verein für Öffentliche und Private Fürsorge, 1996.
- Müller-Hagedorn, L.: Der Handel, Stuttgart u. a.: Kohlhammer, 1998, S. 626.
- Poniewaz, E.: Zahlen zur Zukunftssicherung. In: Das Altenheim 5/1998, S. 16.
- Ptak, H.: Strategieleitende Steuerung marktorientierter Gesundheitsunternehmen durch Kennzahlensysteme. In: Management im Gesundheitswesen – Beiträge aus Lehre, Forschung und Praxis des Studiengangs Pflege/Pflegemanagement an der Evangelischen Fachhochschule Berlin 5/2001, S. 16.
- Ptak, H.: Arbeitspapier „Cash-flow“, Studienunterlagen des Studiengangs Pflege/Pflegemanagement an der Evangelischen Fachhochschule Berlin, Berlin 2002.
- Schindewolf, K.: Betriebswirtschaftslehre – Organisation und Betriebsführung in der Altenpflege, München: Urban und Fischer, 2002, S. 6–11.
- Schmolke, S., Deitermann, M.: Industrielles Rechnungswesen – Finanzbuchhaltung, Analyse und Kritik des Jahresabschlusses, Kosten und Leistungsrechnung, Darmstadt: Winklers, 1999, S. 339.

Schott, G.: Die Praxis des Betriebsvergleichs, Düsseldorf: Verl.-Buchh. d. Inst. d. Wirtschaftsprüfer, 1956, S. 16.

Schott, G.: Grundlagen des Betriebsvergleichs, Frankfurt/Main: Lutzeyer, 1950, S. 27.

Schwarz, M.: Fachhochschul-Fernstudienverbund der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen (Hrsg.): Grundlagen des Controlling. In: Studienbrief 2 für das Fach Controlling/Investition/Finanzierung, Berlin 1999, S. 21–22.

Voss, H.: Motivation und Organisation im Altenheim, Hannover: Vincentz, 1998, S. 160–172.

Weber, J.: Einführung in das Controlling, Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 1995, S. 203.

www.juris.de, Verordnung über personelle Anforderungen an Heime (HeimPersV), BGBl. 1993, S. 1205.

Zdrowomyslaw, N.: Betriebsvergleiche und Benchmarking für die Managementpraxis – Unternehmensanalyse, Unternehmenstransparenz und Motivation durch Kenn- und Vergleichsgrößen, München/Wien: Oldenbourg, 2002, S. 27.