

Wissenschaftliche Begleitstudie zur Ambulantisierung der vollstationären Pflegeeinrichtung Haus Domblick

als Teil eines modularen Gesamtkonzeptes im Rahmen der Ausgestaltung
der Altenhilfe-Einrichtungen der Sozialstiftungen Bamberg zu einer
quartiersbezogenen Wohn-Pflegeverbundeinrichtung



JÜRGEN DETTBARN-REGGENTIN
HEIKE REGGENTIN
ISGOS-BERLIN

5. FEBRUAR 2021

Wissenschaftliche Begleitstudie zur Ambulantisierung der vollstationären Pflegeeinrichtung Haus Domblick

als Teil eines modularen Gesamtkonzeptes im Rahmen der
Ausgestaltung der Altenhilfe-Einrichtungen der Sozialstiftungen
Bamberg zu einer quartiersbezogenen Wohn-Pflegeverbundeinrichtung

Projektdurchführung
Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien, ISGOS-Berlin

Jürgen Dettbarn-Reggentin M.A.
Heike Reggentin Dipol. Pol.
Knesebeckstraße 89
10623 Berlin

Projektpartner

Sozialstiftung Bamberg Altenhilfe gGmbH
Zentrum für Senioren
St.-Getreu-Str. 1
96049 Bamberg
Geschäftsführung: Jutta Weigand



Gefördert durch:
Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
Kontakt:



www.isgos.de
Isgos-berlin@t-online.de

Durchführung

Projektleitung ISGOS-Berlin

Jürgen Dettbarn-Reggentin M.A. (phil. pol. soz.), Gerontologe

Heike Reggentin Dipl. Pol., Gerontologin

Projektpartner

Sozialstiftung Bamberg Altenhilfe gGmbH
Zentrum für Senioren

Jutta Weigand Geschäftsleitung

Projektmitarbeiterinnen

Tina Pfohlmann, Pflegedienstleitung Ambulanter Pflegedienst Sozialstiftung
Bamberg Altenhilfe gGmbH

Stefanie Josuks, Ambulanter Pflegedienst Sozialstiftung Bamberg Altenhilfe
gGmbH, vormals Wohnbereichsleiterin im Zentrum für Senioren

Weitere Unterstützerinnen

Manuela Schweibold, Pflegedienstleitung, Sozialstiftung Bamberg Altenhilfe
gGmbH, Zentrum für Senioren

Andrea Reiche, stellvertretende Pflegedienstleitung, Sozialstiftung Bamberg
Altenhilfe gGmbH, Zentrum für Senioren

Pia Schlee, Koordinatorin Pflegeberatung, Case-Management, Service- und
Quartiersbüro am Michelsberg

Frau Wolff, Leiterin Alltagsbegleitsdienst

Jennifer Dorst, Koordinatorin im Projekt für die Sozialstiftung Bamberg
Altenhilfe gGmbH, Zentrum für Senioren

Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort.....</i>	<i>1</i>
<i>Einführung.....</i>	<i>5</i>
<i>1 Perspektiven der Ambulantisierung.....</i>	<i>9</i>
1.1 Der Einfluss der Ambulantisierung	11
<i>2 Forschungs- und Diskussionsstand</i>	<i>15</i>
2.1 Beispiele von Ambulantisierung.....	16
2.2 Allgemeine Voraussetzungen für eine Umwandlung	24
2.2.1 Verbundhauskonzept.....	25
<i>3 Sozialstiftung Bamberg Ausgangslage und Projektziel des Ambulantisierungsvorhabens</i>	<i>27</i>
<i>4 Projektvorgaben und Ausstattung</i>	<i>30</i>
4.1 Inhaltlicher Bezugsrahmen (Selbstständigkeit, Teilhabe, Wohlbefinden)	40
4.2 Fragenkomplexe.....	40
<i>5 Forschungshypothesen</i>	<i>47</i>
<i>6 Methode, Vorgehensweise.....</i>	<i>48</i>
6.1 Erhebungsinstrumente	48
6.1.1 Interviews und Befragungen	51
6.1.2 Statistische Auswertungen	55
6.1.3 Ethische Richtlinien	55
<i>7 Ausgangslage Projektteilnehmende, Stichprobe.....</i>	<i>56</i>
7.1 Gesundheitlicher Status und Mobilität.....	59
7.1.1 Selbstständigkeit.....	62

7.1.2 Teilhabe, Freizeitverhalten.....	64
7.1.3 Wohlbefinden zu Projektbeginn	67
7.2 Zusammenfassung Ausgangspunkt Gesundheit zum Projektstart	71
8 Ergebnisse im Verlauf	75
8.1 Veränderungen des Gesundheitszustandes und der Mobilität	76
8.1.1 Pflegegrade	76
8.1.2 Medikamentengebrauch	77
8.1.3 Kognitive Leistungseinbußen - Demenz	79
8.2 Selbstständigkeit, Mobilität und Alltagsgestaltung	82
8.2 Teilhabe an gemeinschaftsorientierten Angeboten	91
8.2.1 Nutzung der Tagespflege	92
8.3 Wohlbefinden als Zeichen von Lebensqualität	97
8.4 Soziale Netze und Beziehungen	103
8.4.1 Besuchshäufigkeit.....	110
8.5 Sozio-ökonomische Einflüsse	112
8.5.1 Einfluss von Bildung und beruflicher Stellung.....	113
8.6 Zusammenfassung der Längsschnittdaten	118
9 Abwehr oder Akzeptanz der Umstellung - Perspektiven.....	121
9.1 Wie haben die Altbewohner die Umwandlung erlebt?	121
9.2 Fallbeispiele	123
9.2.1 Altbewohner.....	124
9.3 Die Umstellung des Wohnens für Neubewohner.....	128
9.3.1 Neubewohner	129
9.4 Die Rückkehrer in die vollstationäre Versorgung	132

9.5 Abwehr oder Akzeptanz der Angehörigen	134
9.6 Bewertung der Umstellung durch das Pflegepersonal	137
9.6.1 Veränderungen des Aufgabenfeldes, Auswirkungen auf Handlungsspielräume und Arbeitsbelastungen des Pflegepersonals	141
9.6.2 Einstellungen der Alltagsbegleiter zur Ambulantisierung	146
9.7 Zusammenfassung Perspektiven der Nutzer	149
10 Case-Management und Schnittstellenmanagement	153
10.1 Schnittstellensteuerung der verschiedenen Systembereiche	156
11 Heimrecht, Verträge, Kosten.....	163
11.1 Heimrecht und SGB XI	163
11.2 Verträge.....	164
11.3 Kosten der Angebote Betreutes Wohnen, vollstationäre Pflege und Wohngemeinschaft.....	166
12 Rolle der Quartiersbüros im Verbundkonzept	172
12.1 Angebote der Quartiersbüros und mögliche Zielgruppen.....	173
12.2 Wer sucht die Quartiersbüros auf und mit welchen Anliegen? ..	175
12.3 Was wünschen die Besucher?	178
12.4 Zusammenfassung Quartiersbüros.....	179
13 Verbundmodell -Forschungshypothesen	181
13.1 Zugewinn an Selbstbestimmung und Selbstständigkeit?	181
13.2 Zugewinn an Teilhabe?.....	183
13.3 Zugewinn an Wohlbefinden?.....	184
13.4 Zugewinn an Verantwortung für Angehörige?	185
14 Fragen nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisverlauf.....	187

15 Diskussion.....	190
Abbildungsverzeichnis.....	192
Tabellenverzeichnis.....	194
Literaturverzeichnis.....	195

Vorwort

Dieser Studie liegt das Thema „Ambulantisierung“ zugrunde. Sie ist Bestandteil einer umfassenden, seit einigen Jahren verlaufenden Neuausrichtung pflegerischer Betreuung und Versorgung, die sowohl den Altenhilfebereich wie auch den Bereich der Behindertenhilfe umfasst. In der Sozialen Pflegeversicherung wird mit dem Hinweis auf den „Vorrang der häuslichen Pflege“ (§ 3 SGB XI¹) auf deren Bedeutung in der eigenen häuslichen Umgebung für den Pflegebedürftigen verwiesen. Ergänzend werden Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege als Unterstützung für die ambulante Versorgung angeführt.

Pflegeleistungsanbieter stehen vor der Wahl, stationäre, teilstationäre oder ambulant erbrachte Leistungen anzubieten. Verschiedene Aspekte führen letztlich zu einer Angebotsform, die neben wirtschaftlichen Perspektiven weitere Begründungen (Kap. 1) für die gewählten Versorgungsangebote anführen. Dabei wird ein zunehmender Entscheidungsdruck durch sich wandelnde Nachfrage pflegerisch inhaltlicher sowie ethischer Gesichtspunkte ausgeübt.

Das Zentrum für Senioren der Sozialstiftung Bamberg gGmbH gründet seine Leistungsangebote auf dem Konzept des Verbundhauses. Es ist ein umfassendes Konzept, das auf individuelle Bedürfnisse ausgerichtet ist.

Umfassende Konzepte sprechen ebenso weitreichende Leitvorstellungen an, die sich an der Würde und der Einzigartigkeit des Menschen, seinen Bedürfnissen wie auch an der hohen fachlichen Kompetenz der Leistungserbringer orientieren.

¹ In: Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII, August 2017, S.1346.

Die Zielsetzung umfasst die Erhaltung von Unabhängigkeit, Wohlbefinden und Lebensqualität in den Aktivitäten des täglichen Lebens der Bewohner und diese zu unterstützen. Ein Kernbestandteil, welcher im Pflegeleitbild zuvorderst angeführt wird, liegt in der Wahrung des Selbstbestimmungsrechts der Bewohner.

In dieser Darstellung des Projektes „Ambulantisierung“ wird das Ziel der Selbstbestimmung von Bewohnern in den Blick gerückt, die nach einer mehrjährigen vollstationären Versorgung mit einem weitgehend vorgeprägten Ablauf die Gelegenheit zu einer Rückkehr selbstständigen Wohnens in derselben Umgebung erhalten. Die individuell genutzten Räume wurden von einem zuvor als Pflegedoppelzimmer belegten Raum zu einem kleinen Appartement mit Küchenzeile und eigenem Bad umgebaut.

Wie haben die Bewohner das aufgenommen? Haben sie ihre als sicher angesehenen Lebensumwelten so einfach umstellen können und die Selbststeuerung des Alltags mit allen dazugehörigen Verantwortungen übernommen? Haben Veränderungen ihrer räumlichen und sozialen Umwelt Einfluss auf ihre Alltagsgestaltung genommen? In diesem Projekt stehen betreuungs- und pflegeabhängige Personen im Fokus, die durch eigenes Verhalten eine Erhöhung bzw. Wiederherstellung der Kontrolle über ihren Alltag herbeiführen können.

Die vorgenommenen Umstellungen zielten zum einen darauf ab, das Ausmaß an Betreuung und Pflege auf die wirklichen Unterstützungsbedarfe abzustimmen und zum anderen den Grad an Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Teilhabe der Bewohner an ihrem Alltagsleben zu erhöhen.

Die Entscheidung für eine Teilnahme an dieser Umstellung von stationär auf ambulant wurde den Bewohnern dadurch erleichtert, dass in den allermeisten

Fällen die Selbstbeteiligung an Kosten der Versorgung deutlich gesenkt werden konnten.

Verfügbare Versorgungsalternativen bieten den Bewohnern die Möglichkeit der Abwägung, inwieweit eigene Ressourcen und Kompetenzen vorhanden sind, die Lebensgestaltung z.B. im Betreuten Wohnen, in einer ambulant betreuten Wohngruppe oder in einer stationären Versorgung zu führen.

Ein zu berücksichtigender Aspekt liegt in der körperlichen, seelischen und geistigen Gesundheit. Bei vorhandenen oder auftretenden unabänderlichen Einschränkungen sind selbstgewählte Zielsetzungen mit verfügbaren Ressourcen daraufhin abzustimmen, mit welchen alltagsbegleitenden Umgebungsstrukturen (Wohn-Pflegekonzept) eine Reduktion von Belastungen und die Wiederherstellung bzw. der Erhalt von Wohlbefinden, Handlungsfähigkeit und Kontrollüberzeugung als Ziel der vorgenommenen „Ambulantisierung“ erzielt werden kann.

Selbstständigkeit beruht nicht allein auf subjektiv vorhandenen Ressourcen. Die Umweltfaktoren(-ressourcen) können fördernd oder hemmend auf die Selbstständigkeit chronisch Erkrankter sowie Menschen mit funktionellen Beeinträchtigungen Einfluss nehmen. Sie beeinflussen die Bildung von Gemeinschaft mit der Möglichkeit der Teilhabe an kulturellen, sozialen Begegnungen und erhalten im Lebenslauf erworbene kulturelle Orientierungen. Das war auch in diesem Projekt ein zu beachtender Gesichtspunkt.

Verbundkonzepte können auf den Erhalt kultureller, sozialer und individueller Identitäten eine Antwort geben. Ihre Einbindung in die Kommune über ein Quartiersbüro-Konzept fördert die Betrachtung des Alters als einen sehr heterogen verlaufenden Prozess mit hierauf abstimmbaren Umgebungsstrukturen. Die Ergebnisse der Studie sollen dazu beitragen, auch im Bestand differenzierte Wohn- Pflegekonzepte zu entwickeln.

Die Durchführung der Studie geschah mit Beteiligung und Unterstützung des Zentrums für Senioren der Sozialstiftung Bamberg gGmbH, stellvertretend gilt unser Dank deren Geschäftsführerin Frau Jutta Weigand. Insbesondere gilt der Dank den Mitarbeitenden der stationären Pflege, des ambulanten Pflegedienstes sowie dem Betreuungsdienst und Mitarbeitenden der Reinigungsdienste.

Die Verwaltung und Mitarbeitende der Quartiersbüros haben uns ebenso unterstützt wie die Moderatorinnen der Wohngemeinschaft am Ulanenpark.

Allen danken wir für ihre Informationen.

Die Durchführung der Studie wurde durch die Förderung des Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege möglich. Hierfür danken wir herzlich.

Hinweis: Sprachregelung „Gendergerecht“

In diesem Bericht wird die gendergerechte Sprachregelung nach den empfohlenen Regelungen des Bayerischen Staatsministerium des Innern angewendet. Sie folgt den Empfehlungen, die im „Ratgeber für Bürgernahe Sprache in der Verwaltung“ angeführt werden.²

² Bayerisches Staatsministerium des Innern (Hrsg.) (2008) Freundlich, korrekt und klar – Bürgernahe Sprache in der Verwaltung. Redaktion: Referat Presse und Öffentlichkeitsarbeit des Bayerischen Staatsministerium des Innern (Verantwortlich), Leistelle für Gleichberechtigung von Frauen und Männern im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie und Frauen.

Einführung

Wenn von „Ambulantisierung“ die Rede ist, wird damit häufig die Gründung kleiner Gemeinschaften durch Umgestaltung institutioneller Versorgungsunternehmen oder die Neuerrichtung von Zusammenlebensformen mit familienähnlichen Strukturen assoziiert. Einer Umfrage aus dem Jahr 2017³ zufolge präferierten ca. 20% der Deutschen Bevölkerung die Versorgungsform „Wohngruppe“ als Wohn- Pflegearrangement. Dagegen sprachen sich lediglich 5% der Befragten im Pflegefall für die Betreuung in einem Pflegeheim aus.⁴ Die übrigen 75% der Befragten bevorzugten individuell gestaltete Pflegearrangements.

Beeinflussend für eine entsprechende Präferenz erwiesen sich in den Befragungen zufolge soziokulturelle Prägungen, wie sie z.B. Herkunftsmilieus (Stadt/Land), Bildung, Einkommen, Wohneigentum oder der (mangelnde) Informationsstand über Neuerungen auf dem Wohn-Pflegemarkt vorgeben.

Die Varianzbreite neben den stationär ausgerichteten Pflegeoptionen umfasst einen breit angelegten Bereich des selbstständigen Wohnens ohne ein umfassendes verpflichtend abzuschließendes Pflege- Betreuungsangebot. Es stellt insgesamt ein wachsendes Potenzial dar (Kap. 1, Abb. 1). Die Durchführung der Pflege im ambulanten Sektor (ambulant vor stationär) im direkten Lebensumfeld der betroffenen Menschen wird neben der

³ Haumann, W. (2020): Versorgungspräferenzen der deutschen Bevölkerung: Die Option der betreuten Wohngruppe. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 6.2020: S. 522-530. Die Daten basieren auf einer repräsentativen Befragung der 65-85-Jährigen deutschsprachigen Wohnbevölkerung im Jahr 2017.

⁴ Nach Allensbacher Archiv. DAK Pflegereport 2018. In: Haumann, W. (2020), siehe Fußnote 2.

Umwandlung von stationären Einrichtungen in ambulant betreutes Wohnen ebenfalls als Ambulantisierung der Pflege angesehen.⁵

Hinter den zu treffenden Entscheidungen für eine bestimmte Wohnform stehen Erwartungen, verfügbare materielle und immaterielle Ressourcen so einsetzen zu können, dass sie zur Verwirklichung von Selbstbestimmung, Teilhabe und Wohlbefinden führen. Mit Eintritt eines Pflegebedarfs ist der Privathaushalt der meist bevorzugte Ort. Hier sind strukturell soziale Zusammenhalte verfügbar, auch in Einzelhaushalten. Die vorhandenen sozialen Bindungen basieren auf ähnlichen Weltanschauungen und Werten.

Ein Wechsel in andere Wohn-Pflegeformen setzt ein Mindestmaß an Offenheit für andere Anschauungen voraus. Wohn-Pflegetypen wie z.B. Formen des Betreuten Wohnens sind strukturell eher offen und erfordern eine gewisse Mobilität.

Andere Anforderungen stellen vollstationäre Pflegeeinrichtungen an ihre Bewohner. Sie übernehmen nach dem Einzug die vormals von Familienmitgliedern und Angehörigen ausgeübten Funktionen. So lassen beispielsweise die Besuchshäufigkeiten bei Bewohnern im stationären Bereich mit der Wohndauer nach, während Neueinzüge noch auf eine breite Besucherbasis aus dem Verwandten- und Angehörigenkreis zählen können (Kap.8.4). Vollstationäre Pflegeeinrichtungen übernehmen zu einem wachsenden Teil die Schutz- und Pflegefunktionen, die vormals in der häuslichen Familienorientierung geboten wurde.

Während in Formen des Betreuten Wohnens diese Funktionen individuell zumeist mit Hilfe des Trägers gesichert werden müssen, gehen diese in gemeinschaftlich orientierten Wohngruppen auf die Aufgaben der Gemeinschaft über.

⁵ Schäffer, D./ Ewers, M. (2001): Ambulantisierung – Konsequenzen für die Pflege. In: GGW 1/2001 (Juli). 1. Jg. S. 13ff.

Im Vergleich zur Betreuung in eigener häuslicher Umgebung oder in der vollstationären Pflege liegen Wohngemeinschaften zwischen eher offenen Formen des Betreuten Wohnens und stationärer Versorgung. Sie bieten gemeinschaftsorientierte Strukturen mit gemeinsam vereinbarten Zielen - was sie von Familien unterscheidet. Sie bieten aber auch Offenheit gegenüber einzelnen Mitgliedern. Im Idealfall stellen Wohngemeinschaften verlorengegangene Familienstrukturen wieder her und die Mitglieder einigen sich durch Aushandeln auf verteilte Funktionen. Da in solchen Strukturen die Abläufe (und Werte) nach Mehrheitsbeschlüssen erfolgt, muss zumindest ein Mindestmaß an Übereinstimmung vorhanden sein.

In dieser Studie werden die Auswirkungen eines Wechsels von einer Versorgungsform in eine andere vergleichend untersucht und insbesondere die Rückführung von der institutionellen in eine offenere Struktur beobachtet. Die Reaktion der Bewohner lässt darauf schließen, dass die Umstellung dann gut gelingt, wenn die vormals gewohnten Schutz- und Pflegefunktionen im vollstationären Bereich nunmehr auch selbst frei hergestellt werden können. Für die Umstellung muss jedoch ein längerer Zeitaufwand angesetzt werden als für Neueinzüge in das Betreute Wohnen.

Bewohner, die dagegen den Schutz des institutionellen Systems der vollstationären Pflege beibehalten wollen, sehen für sich absehbar einen steigenden Bedarf an Unterstützung. Mit dem Verbleib in der vollstationären Versorgung erhalten sie ihre angenommenen Sicherheiten. Der umfassende Schutz bewirkt eine hohe Akzeptanz, die sich in einem sehr hohen Wohlbefinden widerspiegelt (Kap. 8.3).

Auch Wohngemeinschaftsmitgliedern muss ein zeitlicher Spielraum für die Entwicklung verbindlicher Regelungen zugestanden werden, wie zum Beispiel der Aufbau eines Selbstbestimmungsgremiums. Hier werden die zukünftigen Werte und Leistungsinhalte für das Gemeinschaftsleben festgelegt. Wenn

diese Phase erfolgreich überstanden ist, steigen die Akzeptanz- und Wohlbefindlichkeitswerte.

Systeme mit Bewohnern unterschiedlicher Struktur- und Kulturansprüchen bieten in dem hier vorgestellten Verbundhaus sehr differenzierte Angebotsformen, die partielle, multiple wie auch institutionelle Versorgungsformen zulassen.

Der Erfolg eines solchen Konzeptes wird durch die Zusammenarbeit verschiedener Teilbereiche erzielt. Ihr Zusammenwirken insbesondere im Schnittstellenbereich wirkt sich positiv wie gegebenenfalls auch negativ auf die Kundenzufriedenheit aus.

Ebenso wird der Erfolg durch ein sensibles Case-Management getragen, das im Zusammenspiel mit Bewohnern und Angehörigen den Pflege- und Unterstützungsbedarf steuern hilft.

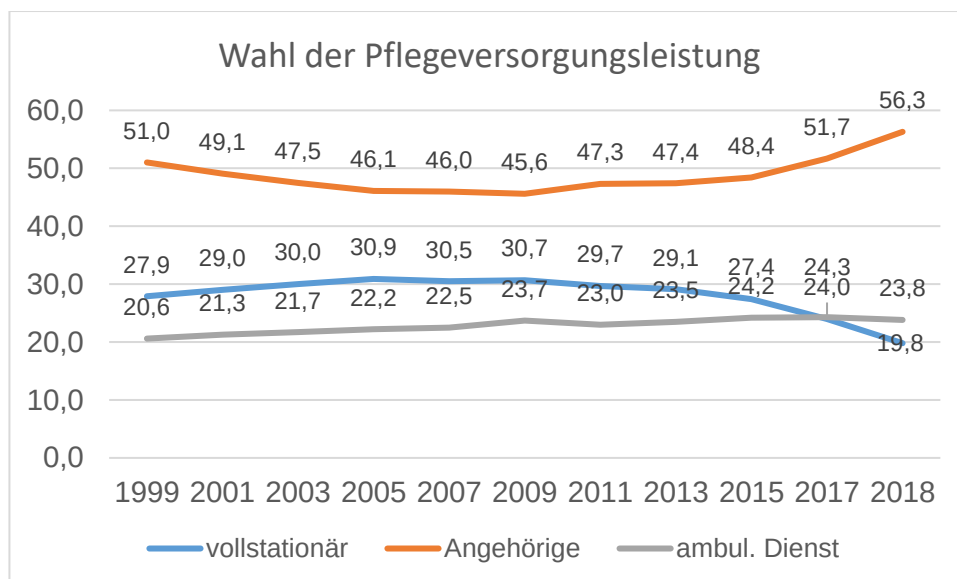
Das Vorhaben der Sozialstiftung Bamberg ist nicht zuletzt deshalb erfolgreich durch seine Quartiers- und Servicebüros im Stadtgebiet, die bereits im Vorfeld in der Pflegeberatung individuelle Besonderheit berücksichtigen.

1 Perspektiven der Ambulantisierung

Seit Jahren besteht eine wachsende Tendenz zu einer häuslichen Betreuung pflegebedürftiger Personen. Von den zwei Steuerungsvarianten der ambulanten Pflege: Übernahme durch die Angehörigen oder Pflege mit Unterstützung durch einen Pflegedienst, fällt die Wahl zunehmend auf die selbstorganisierte Versorgung, verbunden mit der Verfügung über Pflegegeldleistung (SGB XI § 37).⁶

Während die Entscheidung für die Geldleistungen seit 2009 deutlich zunehmen und Ende 2019 mit ca. 56% bereits von mehr als jedem zweiten Pflegebedürftigen in Anspruch genommen wird, verläuft der Trend zur stationären Pflege bereits seit 2005 rückläufig.

Abbildung 1: Pflegeversorgungsleistungen im Trend



Anteile in % an Versorgungsarten, nach DESTATIS Deutschlandergebnisse 1999 – 2019. Eigene Darstellung, 2019 inkl. PG1

⁶ In: Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII, August 2017, S.1377.

Nahezu 20% der Pflegebedürftigen werden durch Leistungen der ambulanten Pflegedienste erreicht, bei abnehmender Tendenz. Dieser Trend spiegelt die sich ändernden Versorgungspräferenzen von Menschen im höheren Erwachsenenalter. Mit der Verlängerung der Lebensphase „Alter“, zumeist mit dem Austritt aus dem Berufsleben gleichgesetzt, sehen sich steigende Personenzahlen mit dem Thema „Pflegebedürftigkeit“ konfrontiert. Bereits 2020 müssen ca. 3,3 Mio. Personen⁷ über 65 Jahre eine pflegerische Versorgung in ihre Lebensgestaltung einbeziehen.

Das bedeutet eine leicht steigende Tendenz der Zahlen Pflegebedürftiger in den hohen Altersgruppen. Die Wohn- und Versorgungsangebote sind seit Einführung der Pflegeversicherung breiter geworden und stützen die Option, im Pflegefall in der eigenen Wohnung versorgt zu werden, gegebenenfalls auch alleinwohnend.

Von den 60 - 79-jährigen pflegebedürftigen Personen lebten 2018 38% in Ein-Personenhaushalten, die über 80-Jährigen wählten diese Wohnform noch zu 33% (BMG 2019: 33f). Generell besteht zunehmend die Wahl des selbstständigen Wohnens, auch bei Pflegebedürftigkeit. Unterstützung kommt auch im Falle des Alleinwohnens bei drei Viertel der Pflegebedürftigen durch mindestens eine private Hauptpflegeperson (BMG: 31).

⁷ Statistisches Bundesamt Destatis (2019): Pflegestatistik Pflege im Rahmen der Deutschlandergebnisse, Tabelle 1.2 Pflegebedürftige, Pflegequote und Bevölkerung nach Altersgruppen.

1.1 Der Einfluss der Ambulantisierung

Die Zunahme der häuslichen Versorgung Pflegebedürftiger durch Angehörige mit oder ohne Beteiligung ambulanter Dienste und somit die Vermeidung stationärer Leistungen kann als Ambulantisierungsprozess (s.o.) bezeichnet werden.

Unter „Ambulantisierung“ sind auch **Umwandlungen** von vollstationären Versorgungsstrukturen mit pauschalen umfassenden Leistungsangeboten in individuell abgestimmten und vertraglich jeweils einzeln vereinbaren und kündbaren Leistungen zu zählen, beispielsweise als Betreutes Wohnen oder als Service Wohnen, wie sie in diesem Projekt in Bamberg umgesetzt wurde.

Im erweiterten Kontext sind Maßnahmen zur „**Vermeidung** stationärer Leistungen durch Erbringung ambulanter Leistungen“ einzubeziehen⁸. So stellt beispielsweise der Wechsel oder die Neuausrichtung von Leistungsanbietern in Betreutes Wohnen mit Service und ambulanter Pflege eine Form der Ambulantisierung dar. Dies kann im Zuge von Neuinvestitionen als Betreutes Einzelwohnen oder auch als gemeinschaftliches Wohnen in Wohngruppen geschehen.

Der Trend zur Ambulantisierung hält im Vergleich zur Nachfrage nach vollstationären Leistungsangeboten seit nunmehr ca. 15 Jahren an und wird durch unterschiedliche Einflüsse⁹ bzw. Perspektiven gefördert:

⁸ Schreyögg, J. (2017): Die Ambulantisierung der Gesundheitsversorgung – Stand der Forschung und notwendige Weiterentwicklung. Vortrag auf dem 2. Hamburger Versorgungsforschungstag am 08.02.2017. Hamburg <https://docplayer.org/12592800-Die-ambulantisierung-der-gesundheitsversorgung-stand-der-forschung-und-notwendige-weiterentwicklung.html> (Zugriff 10.08.2020).

⁹ In Anlehnung an Schreyögg, siehe Fußnote 8.

Vergütungsperspektive

Die Anreize zum Aufbau oder Ausbau ambulanter Strukturen u.a. durch Einführung des Pflegestärkungsgesetzes (PSG) 2 und 3 sind für die Ambulantisierung förderlich, bei andererseits wachsender Kostenbelastungen der Kostenträger. Leistungen können differenziert auf den Einzelfall erbracht werden ohne eine pauschale Vorhaltung von Leistungsbereichen.

Institutionelle Perspektive

Pflegebedürftige werden ausschließlich ambulant versorgt. Sie können bei Bedarf jederzeit Versorgungsangebote der Tages- und Nachtpflege in Anspruch nehmen ohne Selbstbeteiligung an den Kosten der dort geleisteten Pflege- und Betreuungsleistungen (SGB XI § 41 (3)). Vollstationäre Leistungen werden hierfür nicht in Anspruch genommen oder angerechnet.

Perspektive Pflegebedürftiger

Das gewohnte Lebensumfeld, die soziale Umgebungsstruktur und die Tagesabläufe bleiben in ambulanten Versorgungssystemen erhalten. Alternative Wohnformen zur stationären Versorgung sind möglich. Mehrwert entsteht durch mehr Selbstbestimmtheit in der Alltagsgestaltung. Zudem wird die häusliche Pflege und Betreuung für kostengünstiger gehalten als eine stationäre Versorgung (Pflegerreport 2018: 64f)¹⁰

Pflegerische Perspektive

Die Ausrichtung der Pflege und Betreuung wird individuell definiert, z.B. veränderte Sozialstruktur beeinflussen die Ansprüche der Pflegebedürftigen auf die jeweils auch individuell reagiert werden muss.

¹⁰ Storm, A. (2018): Pflegerreport 2018, Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 26), S. 64f.

Eine durchgehende 24 Stunden Betreuungssicherheit, wenn etwa Angehörige nicht verfügbar sind, kann jedoch mitunter zum Problem werden. Eine Besonderheit stellt in solchen Situationen z.B. die Einstellung osteuropäischer Pflegekräfte mit „Rund-um-die-Uhr“ Betreuung dar, die einer Schätzung zufolge bereits ca. 400.000 Kräfte ausmachen sollen¹¹.

Ethische Perspektive

Aus pflegerischer Sicht wäre auf der Angebotsseite bei der Notwendigkeit einer 24-Stunden Betreuung die Versorgung in einer stationären Einrichtung eine sicherere Variante. Dass dennoch stärker auf die ambulante Versorgung gesetzt wird, begründet sich noch auf einer weiteren Überlegung, der ethischen Perspektive.

Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit ist in der Regel nicht mit dem Verlust an Selbstentscheidungsfähigkeit und Selbstbestimmung verbunden. Mit der Erhaltung von Selbstverantwortung wird ein Stück Lebensqualität bewahrt. In Versorgungssettings außerhalb der eigenen Häuslichkeit wie etwa in stationären Einrichtungen wird das Ausmaß an Selbstbestimmung allein durch die durchstrukturierten Abläufe („all inclusiv“) erheblich eingegrenzt.

Die ethische Perspektive wird neben der Begründung der Vergütungsperspektive für eine ambulante Versorgung am häufigsten angeführt.

Wie reagieren Träger von Pflegeleistungen auf die Trends zur Ambulantisierung?

Die Umwidmung von vollstationären Plätzen vollziehen zwischen 2012 und 2017 etwa 4-5% der Pflegeheime. Davon wurden 10 Heime in ambulantes Wohnen, 63 Pflegeheime in Tagespflege und 220 Heime in Kurzzeitpflege

¹¹ Grabow, J. (2020): Ambulantisierung in der Pflege – Ohne Grenzen?
https://www.curacon.de/fileadmin/user_upload/Curacon/Medien/Curacontact_I_19_Ambulantisierung-in-der-Pflege_Grabow.pdf (Zugriff 11.08.2020).

umgewandelt.¹² Die in diesem Bericht vorgestellte Studie erfasst somit eine der wenigen praktisch umgesetzten Versuche, auf die zunehmende Zahl Pflegebedürftiger zu reagieren, für die eine vollstationäre Versorgung nicht in Frage kommt. Der Trend bei Neuplanungen geht bei den befragten Heimen zum Betreuten Wohnen, während Wohngemeinschaften mit ambulanter Versorgung in der Planung der Heime nicht vorgesehen waren. Als ergänzende Angebote werden eher teilstationäre Pflegeplätze als zusätzliches Angebot vorgesehen noch vor der Einrichtung zusätzlicher vollstationärer Pflegeplätze (BMG: S. 38f)¹³.

Die Investitionsbereitschaft besteht, wenn auch nicht bevorzugt als Umwandlung stationärer Plätze in ambulant betreutes Wohnen. Es ist sicher schwieriger im Bestand Doppelzimmer in kleine Appartements umzuwandeln, als den Bestand abzureißen und neu zu bauen. Dennoch bieten viele Altbauten im Pflegesektor Potenziale zur Umgestaltung und somit eine Antwort auf die sich ändernde Nachfrage nach Pflegeplätzen.

Wer sich auf ein solches Unterfangen einlässt, sollte nicht allein bauliche Aspekte berücksichtigen, sondern auch personelle Kapazitäten und Qualitäten. Zudem suchen Angehörige immer auch nach Möglichkeiten, Pflegekosten zu senken (Kap. 11.3).

¹² Bundesministerium für Gesundheit (2018): Ambulantisierung stationärer Einrichtungen im Pflegebereich und innovative ambulante Wohnformen. Endbericht. S. 36ff
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_InaWo_final_UNI_BREMEN.pdf (Zugriff 10.01.2021).

¹³ Bundesministerium für Gesundheit (2018) S.38f. siehe Fußnote 12.

2 Forschungs- und Diskussionsstand

Tendenzen zur Ambulantisierung vollstationärer Pflegeeinrichtungen gibt es schon seit einigen Jahren. Sie richteten sich zunächst auf die Auflösung der hausinternen Abläufe mittels Übernahme durch externe Dienste, die im Pflegeheim „Tourenpläne“ aufstellten. Andere Konzepte wollten Angehörige oder Ehrenamtliche für gewisse Aufgaben einbinden. Eine Umwandlung von vollstationären Pflegeplätzen in ambulant versorgtes Wohnen mit Pflege ist dabei wenig verfolgt worden. Der bereits angeführten Studie des Bundesgesundheitsministeriums BMG zur Ambulantisierung¹⁴ zufolge wurden zwischen 2012 und 2017 bundesweit nur 25 Vorhaben dieser Art (BMG 2018: 5) beobachtet, davon 10 Einrichtungen mit direkter Umstellung in ambulantes Wohnen (BMG 2018: 38). Inwieweit es sich in jedem Fall um eine vollzogene Umwandlung oder nur um eine Ankündigung handelt, war nicht bekannt.

Mit der Umwandlung von vollstationär in ambulant wird angenommen, dass dies von Betreibern als eine „geringer regulierte und besser vergütete Alternative zu stationären Einrichtungen angesehen werden“ (BMG 2018: 47). Von den in der Studie erwähnten Umwandlungen wurden zumeist Wohngemeinschaften in ambulanter Führung umgesetzt. Andere Umwandlungsvorhaben von stationären Einrichtungen betrafen Tagespflege- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen.

¹⁴ Bundesministerium für Gesundheit: Studie zur Ambulantisierung stationärer Einrichtungen im Pflegebereich und innovative Wohnformen, Bremen 2018, siehe Fußnote 12.

2.1 Beispiele von Ambulantisierung

Erlenhof in Freiburg

In Freiburg suchte die vollstationäre Einrichtung „Erlenhof“ durch Neuorientierung unterschiedliche Zielgruppen und Einrichtungsteile in einem Verbund miteinander zu koordinieren. In diesem Verbundkonzept auf Basis der heimrechtlichen Vorgaben wurden Betreutes Wohnen (50 WE), Ambulante Demenz-WG (11 BW), stationäre WG für Jüngere (14 BW), stationäre WG für alte Pflegebedürftige (13 BW) mit konservativ-stationärer WG-Pflege für Demenzkranke (13 BW) und Konservativ-Pflege (20 BW) stationär zu verbinden. Mittels kleiner Wohneinheiten wurde ein ambulantes Heim geschaffen mit verschiedener Definition der eigenen Häuslichkeit in der in unterschiedlichem Ausmaß die Pflege als Gast einbezogen wird¹⁵.

Zu den Umwandlungszielen (Visionen) des Erlenhofs zählen:

- Leben in Würde
- Sinnhaftes Leben
- Respekt
- Teilhabe
- Inklusion

Die Aspekte der besseren Vergütung oder der geringeren Reguliertheit wurden nicht vordergründig in den Zielkatalog aufgenommen. Letzteres spielte jedoch eine Rolle. Für diese Verbundeinrichtung wurde eine Befreiung von

¹⁵ Claire Désenfant (2013): – Ambulantisierung – Markt- und Wirtschaftlichkeitssicherung durch Implementierung von Wohngruppen in Heimen. Power Point Vortrag in Neue Wege in der Altenhilfe. Ein Konzeptbericht aus dem Erlenhof in Freiburg, Baden-Württemberg: 08/09 2013 Altenheim kompakt. www.age-consult.net (Zugriff 10.08. 2017).

den Regelungen des Baden-Württembergischen Gesetzes für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (WTPG) (§ 25a) genehmigt.¹⁶

Bremer Heimstiftung

Mit der Orientierung auf „Ambulantisierung“ hatte sich die Bremische Bürgerschaft in einer Antwort auf eine kleine Anfrage der Fraktion der CDU zu befassen.¹⁷

Die Bremer Heimstiftung hat das Konzept der Ambulantisierung in Teilen ihrer vollstationären Pflegeeinrichtungen 2013 bis 2017 durch Umwandlung vollstationärer Pflegeplätze in ambulant versorgte Wohnformen eingeführt. Es wurden drei vollstationäre Pflegeeinrichtungen vollständig und drei Einrichtungen teilweise umgewandelt. Insgesamt waren 123 Plätze betroffen. Die ambulanten Pflegeleistungen werden durch frei wählbare Anbieter, zu denen auch der Pflegedienst der Bremer Heimstiftung gehört, erbracht.

Das Pflegeziel liegt in der Unterstützung der Bewohner in ihrer Eigenständigkeit. Als Besonderheit ist in Bremen die Einordnung des allgemein als Form des Betreuten Wohnens angesehene Service Wohnen unter den Geltungsbereich des Bremischen Wohn- und Betreuungsgesetzes¹⁸ anzusehen. Begründet wird dies mit der vertraglichen Bindung des Wohnens mit den Leistungen der hauswirtschaftlichen und sozialen Betreuung mit

¹⁶ Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege. Baden-Württemberg [https://de.wikipedia.org/wiki/Landesheimgesetz_\(Baden-W%C3%BCrtemberg\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Landesheimgesetz_(Baden-W%C3%BCrtemberg)), (Zugriff 29.09.2020).

¹⁷ Bremische Bürgerschaft Landtag 19. Wahlperiode, Drucksache 19/1639 v. 24.04.2018: Wie bewährt sich die Ambulantisierung stationärer Wohnangebote in der Behindertenhilfe und der Altenpflege? <https://www.bing.com/search?q=Bremische+B%C3%BCrgerschaft+Landtag+19.+Wahlperiode%2C+Drucksache+19%2F1639+v.+24.04.2018&form=ANSPH1&refq=100972f0a90e4a6e9179e2fd86ba16a4&pc=U531&sp=-1&pq=&sc=0-0&q&s=n&sk=&cvid=100972f0a90e4a6e9179e2fd86ba16a4> (Zugriff 28.09.2020).

¹⁸ <https://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.9612.de>, (Zugriff 28.09.2020).

Unterstützungsleistungen, die eine erhebliche Abhängigkeit von einem Leistungserbringer bedeuten (§§ 2 und 9 Bremisches Wohn- und Betreuungsgesetz).

Wo liegt die Grenze zur „echten“ Ambulantisierung? In Bremen unterscheidet der Gesetzgeber Ambulantisierung mit Kontrolle wie z.B. anbieterverantwortete Wohngemeinschaften (§ 8 (3)) oder Betreute Wohnformen mit vertraglichen Bindungen zusätzlicher Leistungen (§ 9 (2)) von Ambulantisierung ohne Kontrolle wie freie selbstbestimmte Wohngemeinschaften und Betreute Wohnformen mit frei wählbaren und somit auch einzeln kündbaren zusätzlichen Leistungen (Servicewohnen entsprechend § 7, Wohngemeinschaft nach § 8 (b)).

Wer eine stationäre Versorgungsvariante umwandeln möchte muss sich vorher im Klaren sein, ob sein Konzept eine tatsächliche „Ambulantisierung“ ohne Heim aufsichtliche Kontrolle erreicht oder lediglich unter anderer Bezeichnung allein auf den Kostenaspekt setzt.

Für die Betreiber sind mit der Umstellung Investitionen verbunden. Es müssen bauliche Veränderungen vorgenommen werden um Wohneinheiten zu schaffen. Je nach Konzept sind Wohngemeinschaftsküchen und Aufenthaltsräume anzupassen. Eventuell werden personelle Anforderungen zu Neueinstellungen führen. In der Bremer Heimstiftung wurden zusätzlich Betreuungsassistenten, Ergotherapeuten und Alltagsbegleiter eingestellt¹⁹ und somit die sozialen und betreuerischen Leistungen erhöht, was letztlich die Kontrollmaßnahmen auf Grund des angepassten Heimgesetzes auslöst bzw. ausgelöst hat.

Während Bremen mit dem Heimgesetz eine stärkere Kontrolle der Betreuten Wohnformen eingeführt hat, besteht im Bayerischen Wohn- und Betreuungsgesetz diese Kontrolle gegenüber dem Betreuten Wohnen nicht,

¹⁹ <https://taz.de › Pflege-zuhause-statt-im-Heim/! !5028006> (Zugriff 21.11.2016).

wenn die vertraglichen Regelungen Wohnen und Pflege voneinander trennen und lediglich allgemeine Betreuungsleistungen verbindlich annehmen müssen. Alle anderen Betreuungs- und Pflegeleistungen müssen frei wählbar sein.²⁰

Pflegeanbieter SeniVita

Der Pflegeanbieter SeniVita übernahm in Bayern von 2012 bis 2014 die Aufgabe, zehn Häuser seiner stationären Pflegeangebote in ambulante Wohn-Versorgungseinrichtungen umzuwandeln²¹. Das Unternehmen suchte mit der Umstellung eine wirtschaftlichere Betriebsführung zu erzielen. Konzeptionell sollte eine „an Autonomie und Nutzerbedürfnissen orientierte Pflege, Betreuung und Versorgung hilfebedürftiger älterer Menschen entwickelt werden“²².

Die vom Betreiber angegebenen Bausteine dieses Konzeptes liegen in der individuell gestalteten Wohnung, in der frei wählbaren häuslichen Pflege sowie in einer angebundenen Tagespflege. Letztere wird zunehmend Bestandteil neuerer Wohnangebote mit externen frei wählbaren Pflegediensten. Die Bewohner können auch den Pflegedienst von SeniVita wählen. Die Umstellung von einer vollstationären Einrichtung zu einer ambulanten

²⁰ Gesetz zur Regulierung der Pflege- und Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Pflege- und Wohnqualitätsgesetz –PfleWoqG), Art. 2 (3).

²¹ Antwort des Bayerischen Staatsministeriums auf eine schriftliche Anfrage des Bayerischen Landtags vom 03.03.2016. Quelle:
<https://kleineanfragen.de/bayern/17/10484>.
<http://www.heimmitwirkung.de/smf/index.php?action=printpage;topic=2190.0> (Zugriff 13.08.2020).

²² Projektdarstellung GKV Spitzenverband: SeniVita AltenPflege 5.0 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/projekttyp_d/Projektinformation_SeniVita_Sozial_gGmbH.pdf, (Zugriff 13.08.2020).

Wohnform wurde von den Bewohnern und ihren Angehörigen sehr kritisch begleitet.

Einem Bericht der „Nordbayerischen Nachrichten“²³ zufolge gab es seitens der Bewohner Umstellungsprobleme von vollstationärer auf ambulante Versorgung. Insbesondere Pflegeleistungen, Essen oder hauswirtschaftliche Leistungen wurden bemängelt. Viele verstanden es nicht, dass sie nunmehr selbst Leistungen zu beauftragen hatten. Die Umstellung fiel einigen Bewohnern sehr schwer, da nunmehr Alles selbst zu organisieren war.

Der Betreiber SeniVita wollte mit seinem Konzept einen Beitrag zur Autonomie der Bewohner, zur Selbstbestimmung, Individualität und Mobilität leisten. Hierzu sollte das Recht auf eine eigene Wohnung beitragen. Mit einer angeschlossenen Tagespflege sollte die Gemeinschaft gefördert werden.²⁴ Die Reaktion der Bewohner zeigte, dass eine Umstellung auch eine intensive Begleitung benötigt. Das Projekt der SeniVita wurde forschend begleitet, ein veröffentlichter Bericht hierüber liegt jedoch nicht vor.

Bruderhaus Diakonie Reutlingen

Eine der wenigen bisher veröffentlichten Studien zur Ambulantisierung eines stationär betriebenen Wohnbereichs in ambulant betreute Wohnform entstammt dem Behindertenbereich, einem Projekt des Landkreises Reutlingen und der Bruderhaus Diakonie Reutlingen. Die 25 Teilnehmenden hatten vor der Umstellung sehr lange, zum Teil Jahrzehnte im stationären Wohnbereich gelebt. Die Projektzielsetzung lag darin, die Teilnehmer dahin zu

²³ Degenhardt, Luisa: SeniVita Pegnitz: Unzufriedenheit mit 5.0-System. Nordbayerische Nachrichten v.30.04.2016.

<http://www.nordbayern.de/region/pegnitz/senivita-pegnitz-unzufriedenheit-mit-5.0-system-1.5165791>. (Zugriff 14.07.2020).

²⁴ SeniVita – Altenpflege 5.0 Konzeptionelle Grundlagen. https://www.senivita.de/wp-content/uploads/sites/11/2019/09/20170215_altenpflege_konzept.pdf. (Zugriff 14.07.2020).

führen, nach Projektende in regelhaft ambulant betreuten Wohnformen zu leben. Zu den konzeptuellen Elementen zählen die Projektbegleiter:

- Einen Hilfenmix mit einer Differenzierung der Unterstützungspersonen und der zunehmenden/abnehmenden Zahl der Hilfeerbringer und deren Einfluss auf die Kosten(-reduktion).
- Die Förderung der Selbstständigkeit, die für einen großen Teil der 25 Probanden dieses Projektes einen erheblichen Zuwachs erbrachte und somit nach Beobachtung der Begleitforscher einen Zuwachs an Wohlbefinden und Teilhabe auslöste.
- Die Teilhabe und sozialen Netzwerke hatten bei der Mehrheit (15 von 25 Probanden) einen Zuwachs zu verzeichnen. Die Zunahme der sozialen Netzwerke folgte nicht allein quantitativen Kriterien, sondern qualitativen Merkmalen.
- Die Hilfebedarfe stiegen im Durchschnitt im Projektverlauf, allerdings vor dem Hintergrund größerer Selbstständigkeit der Teilnehmer.
- Die biografisch entwickelten Bewältigungsstrategien stellten sich als erhebliche Einflussfaktoren auf die Bewältigung des selbstständigen Lebens heraus.²⁵

Die Ergebnisse des Reutlinger Ambulantisierungsprojektes sind zwar auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ausgerichtet, weisen jedoch in ihren Ergebnissen auf Ziele, die auch für vergleichbare Vorhaben in der stationären Altenpflege erreichbar sein sollten. Mit der Ausrichtung auf das Wohlbefinden, der Selbstständigkeit und sozialen Teilhabe sind Ansätze für eine stärker personenzentrierte aber auch sozial orientierte Angebotsausrichtung gegeben.

²⁵ Kastl, Jörg Michael/Lavorano, Stefano/Neges, Dirk/Thienke, Andreas (2011): Selbstständig leben – Ambulantisierung mit anderen Mitteln. Herausgeber: Bruderhaus Diakonie Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg. Reutlingen.

Ambulantisierungsprogramm Hamburg

Eine weitere Studie wurde ebenfalls im Behindertenbereich durchgeführt.

Schon 2005 wurde in Hamburg das sogenannte Ambulantisierungsprogramm für Menschen mit geistiger Behinderung aufgelegt. Es sollten 770 stationäre Plätze in ambulante Betreuungen umgewandelt werden.

2012-2014 führte die Hamburger Universität hierzu eine Untersuchung durch.²⁶ Nach der Umwandlung entstanden zwei Leistungstypen: Die Ambulant Betreute Wohngemeinschaft und die Ambulante Assistenz Hamburg.

Ziel der Forschung waren folgende Indikatoren geleitete Fragestellungen:

Nutzerbezogene Indikatoren:

- Die Zufriedenheit mit den Leistungen und der Wohnqualität aus Sicht der Bewohner
- Die Einhaltung von Qualitätsstandards
- Die Veränderungen durch Autonomie und Selbstbestimmung bei den Bewohnern
- Individuelle Hilfeleistungen
- Führung eines selbstbestimmten Lebens mit personenzentrierter Unterstützung, sowie

Strukturbezogene Indikatoren:

- Bedarfsgerechtigkeit auf das Hilfesystem bezogen
- Bessere Bedingungen für Teilhabe

²⁶ Franz, D./Beck, I. (2015) Evaluation des Ambulantisierungsprogramms in Hamburg. Kurzfassung des Berichts. Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (AGFW) Hamburg e.V. (Hrsg.) S. 5ff.

- Rahmenbedingungen verbessern auch für Menschen mit hohem Pflegebedarf
- Veränderungen für Mitarbeiter und Angehörige.²⁷

Die Ergebnisse der Forschung lagen zusammengefasst strukturell in der Schaffung einer Normalisierung von Lebensbedingungen (Status als Mieter, formale Trennung von Miet- und Betreuungsvertrag) und in der Verbreiterung der Wahlmöglichkeiten seitens der Nutzer. Bei den Nutzern führte es zu einer verbesserten Lebenssituation, mehr Selbstbestimmung und einer stärkeren Ausrichtung auf den Sozialraum.²⁸

Nicht nur für die Nutzer gab es Veränderungen, auch für die Mitarbeiter wandeln sich die Arbeitsbedingungen mit der Ambulantisierung. Bei den Arbeitsaufgaben kommt es zu erhöhten Anforderungen, die Nutzer müssen nun mehr unterstützt werden bei finanziellen Angelegenheiten, bei Behördengängen, sowie bei der sozialräumlichen Arbeit. Durch die erweiterten Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Nutzer können sich die Mitarbeiter im Alltag aber auch etwas zurücknehmen.

Auch die Angehörigen wurden in die Untersuchung einbezogen. Im Vorfeld gab es Sorgen und Bedenken vor der Ambulantisierung, diese bezogen sich vor allem auf die Vermutung, „bei der Ambulantisierung handele es sich um eine Sparmaßnahme, Sorgen bezüglich Einsamkeit oder Verwahrlosung sowie auf die Befürchtung, wieder mehr Verantwortung im Leben der Angehörigen übernehmen zu müssen.“²⁹ Diese Bedenken der Angehörigen haben sich jedoch mit der Zeit aufgelöst.

²⁷ Franz, D./Beck, I (2015) S. 4: siehe Fußnote 26. (AGFW) Hamburg e.V. (Hrsg.). www.agfw-hamburg.de. (Zugriff 15.01.2021).

²⁸ Ebda, S. 6.

²⁹ Ebda. S. 8.

2.2 Allgemeine Voraussetzungen für eine Umwandlung

Die Entscheidung für die Umwandlung einer vollstationären Einrichtung oder eines Teils davon in eigenständige Wohneinheiten setzt den Status „stationär“ entsprechend dem Heimgesetz des zuständigen Bundeslandes voraus.

Voraussetzung auf Bewohnerseite ist die Zustimmung zu diesem Vorhaben, gegebenenfalls unter Einbeziehung der Angehörigen oder gesetzlichen Betreuer. Zur Annahme der Umwandlung seitens des Bewohners zählt die vertragliche Zustimmung. Vorgelegt werden der Mietvertrag, der Vertrag für Betreuungs- und Serviceleistungen sowie die Darstellung der eingeschlossenen Wohnflächen und Flächen zur gemeinschaftlichen Nutzung sowie eine Kostenaufstellung (Kap. 11).

Ein Angebot von Wohnalternativen des Trägers sollte vorhanden sein wie z.B. im Bedarfsfall der Anschluss an eine stationäre Versorgung.

Die räumlichen Voraussetzungen in einer stationären Einrichtung sind selten so beschaffen, dass hieraus Wohneinheiten geschaffen werden können. Daher ist eine zeichnerische Darstellung der Nutzflächen vorzusehen.

Die aktuell im Bestand lebenden Bewohner sollten in der Lage sein, nach Umsetzung der baulichen Maßnahmen selbstständig in den umgestalteten Wohneinheiten zu leben, das heißt u.a. die Wohnung und das Wohnumfeld barrierefrei nutzen zu können.

Notwendig ist seitens des Trägers oder Vermieters ein Belegungsmanagement, das zwischen Bewohnern und Angehörigen sowie dem Träger die notwendigen Serviceleistungen abspricht und auch bei der Umsetzung von Zu- und Abgängen behilflich ist.

2.2.1 Verbundhauskonzept

Das Zentrum für Senioren der Sozialstiftung Bamberg Altenhilfe gGmbH ist Bestandteil eines umfassenden Leistungsangebotes der Sozialstiftung Bamberg, zu dem Kliniken, Reha-Einrichtungen, Bildungseinrichtungen in verschiedenen Stadtteilen in Bamberg zählen. Die konzeptionelle Umstellung innerhalb der Altenhilfeangebote begründet sich aus Erfahrung der Sozialstiftung Bamberg mit ihren pflegebedürftigen Bewohnern in unterschiedlichen Wohn- und Betreuungsangeboten. Der Wunsch nach möglichst selbstständigem Leben und einer hierauf angepassten Serviceleistung steht für individuelle Ausrichtung der Versorgungsleistungen. Hieran sollen sich die Angebote im stationären Bereich wie auch in den ambulant versorgten Wohnangeboten stärker orientieren.

„Wir unterstützen ein würdevolles Altern. Selbstbestimmung und Individualität werden von uns aktiv gefördert. Mit Engagement, fachlicher Kompetenz, menschlicher Zuwendung und Respekt vor Menschen jeden Alters schaffen wir ein geborgenes Umfeld für Bewohner, Patienten und Gäste. Die Zugehörigkeit zur Sozialstiftung Bamberg sichert unsere Qualität und ermöglicht eine enge Vernetzung mit ergänzenden medizinischen und therapeutischen Fachrichtungen.“³⁰

Der Kerngedanke liegt in der umfassenden Angebotsleistung, die auf mehreren Säulen fußt, wobei die Umwandlung eines Teils der vollstationären Pflegeplätze in ambulant betreutes Wohnen in dieser Studie im Vordergrund steht. Zu den Fragen des Umwandlungsprozesses zählen:

³⁰ Auszug aus Verbundhauskonzept Zentrum für Senioren Sozialstiftung Bamberg Altenhilfe gGmbH (2018): Präambel S. 6

Wie gehen das Personal und die Bewohner in der neuen Situation miteinander um? Kann das Rad zurückgedreht werden von einer „All inklusiv“ Betreuung zu einem selbstständigen und vor allem selbstbestimmten Alltagsleben?

In den Darstellungen dieses Berichts werden die Veränderungsprozesse nachvollzogen und vergleichend Versorgungskarrieren von Bewohnern in unterschiedlichen Versorgungssettings aufgezeigt.

Es werden die notwendigen Abstimmungen der Versorgungsbausteine eines Verbundkonzeptes vorgestellt, insbesondere:

- Bewohnerbewertung nach Wohlbefinden, Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit im Verlauf
- Schnittstellenproblematik
- Quartiersbezug
- Kostenvergleiche der einzelnen Versorgungsvarianten Betreutes Wohnen, ambulante Wohngemeinschaft, vollstationäre Versorgung und Umwandlung von vollstationär zu ambulant selbstständigem Einzelwohnen (vorher-nachher).

3 Sozialstiftung Bamberg Ausgangslage und Projektziel des Ambulantisierungsvorhabens

Das Konzept der Altenhilfe Sozialstiftung Bamberg will mittels einer Umstrukturierung von Teilen der Einrichtung die Unterscheidung der Leistungsformen ambulanter und stationärer Versorgung nicht als Gegensatz, sondern als Annäherung aufnehmen (ähnlich wie im Projekt Erlenhof Freiburg, s.o.). Daher soll die Ausrichtung als Verbundeinrichtung mit Angeboten ambulanter und stationärer Pflege- und Betreuungsleistungen stärker den individuellen Besonderheiten der Bewohner gerecht werden.

Die Stadt Bamberg erwartet in den kommenden 15 Jahren einen bedeutenden Zuwachs der über 80-jährigen Bevölkerung und damit auch einen erheblich steigenden Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen. Deren Bewältigung kann nicht allein in der Erhöhung vollstationärer Pflegeplätze liegen. Hieraus schließt die Sozialstiftung Bamberg auch eine sich verändernde Versorgungsstruktur. Es müssen flexiblere Lösungen für sehr unterschiedliche Bedarfslagen gefunden werden.

Mit einer Neuausrichtung sollen die einzelnen Module stärker auf die Bedürfnisse der Bewohner in den örtlichen Quartieren ausgerichtet werden.

Ziel der Neuausrichtung liegt in einem personenzentrierten Betreuungsansatz. Die Fähigkeiten der Bewohner und Bewohnerinnen werden stärker angesprochen und somit pflegerische Fremdleistungen begrenzt. Gegenüber der „all inklusiv“ Heimversorgung soll die Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen gestärkt und die Fremdverantwortung von der Institution an die Betroffenen und ihre Angehörigen zurückgegeben werden.

Die Einbindung ins Quartier mit Ansätzen generationsübergreifenden Begegnungen stellt hierbei einen wesentlichen Baustein dar. Dazu zählt aber

auch ein interner Strukturwandel, der durch Auflösen bestehender vollstationärer Pflegeangebote und Umwandlung in frei wählbare Leistungsangebote durch Ambulantisierung eines Teils der Pflegeplätze flexibel aufsteigende Nachfrage reagiert. Mit der Umwandlung eines Teils der vollstationären Pflegeangebote soll zugleich beispielhaft aufgezeigt werden, wie die Angebotsstruktur an die sich wandelnden Nachfragen anpassbar ist.

Zu einem Verbundhauskonzept mit modularen Bausteinen zählen ebenso Erweiterungen und Ergänzungen an Serviceleistungen, Diensten, sowie neuen Betreuungsangeboten wie Tagespflege – im Zusammenhang mit der Ambulantisierung. Weitere im Quartier vorgesehene Leistungen sollten mit zwei ambulant geführten Wohngruppen mit jeweils 12 Bewohnern sowie perspektivisch zu einem späteren Zeitpunkt mit der Einrichtung eines Pflegehotels für Kurzzeitgäste z.B. nach Krankenhausaufenthalt umgesetzt werden.

Die Einrichtungen der Altenhilfe Sozialstiftung Bamberg (SSB) bieten ein umfassendes Leistungsangebot, das im Zuge der Neuausrichtung der einzelnen Teilbereiche folgende Bereiche aufweist:

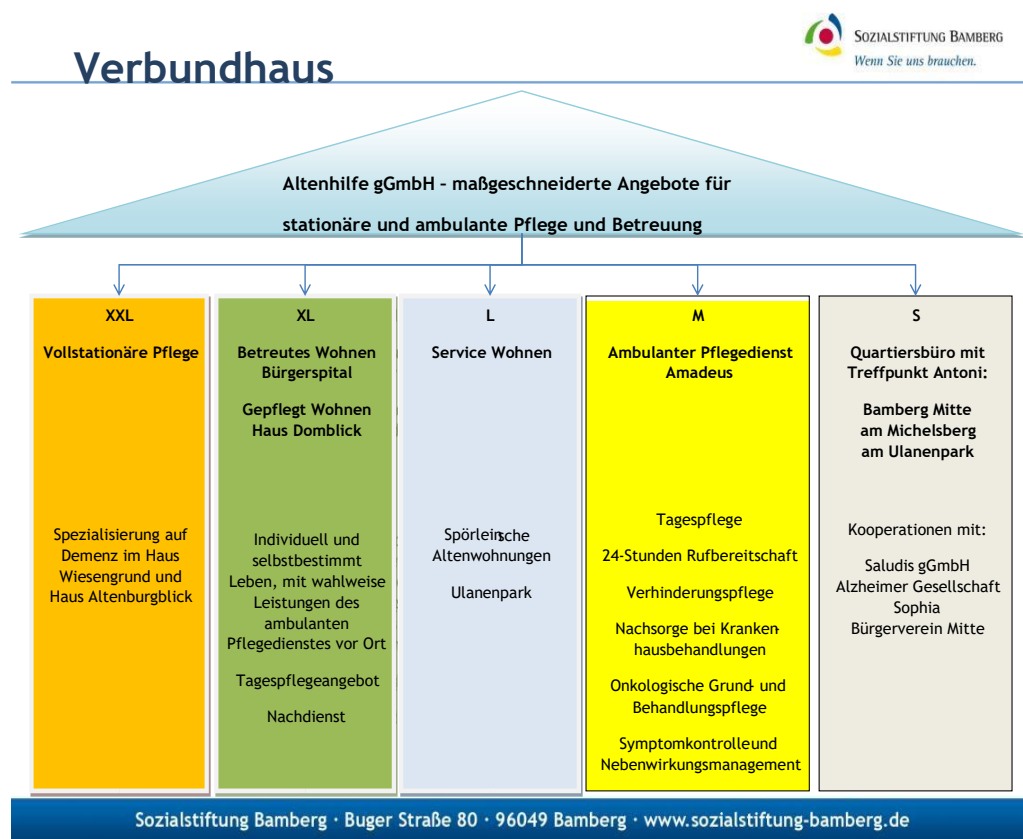
- Service- und Quartiersbüros mit Beratung und weiteren Serviceleistungen.
- S Ambulanter Pflegedienst
- M Tagespflege
- L Service Wohnen
- XL Betreutes Wohnen / Gepflegt Wohnen (mit dem Haus Domblick)
- XXL Vollstationäres Wohnen.

Der Vorteil nach dem Umbau des Hauses Domblick (Typ XL Gepflegt Wohnen) liegt für die Bewohner im räumlichen Mehrwert im Vergleich zur stationären Versorgung. Es gibt größere verfügbare individuelle Flächen,

individuelle Kochgelegenheit (kleine Küchenzeile) und einen eigenen Kühlschrank. Die Bewohner können die Gemeinschaftsbereiche nutzen oder haben die Möglichkeit an dem Tagespflegeangebot teilzunehmen.

Als weiteren Mehrwert wird die wiedergewonnene Selbstbestimmtheit der nun ambulant versorgten Bewohner angesehen. In diese Studie werden beide Aspekte bezüglich ihrer Wahrnehmung einbezogen.

Abbildung 2: Verbundhausstruktur



Überblick über das Verbundkonzept: Darstellung Sozialstiftung Bamberg, Zentrum für Senioren

4 Projektvorgaben und Ausstattung

Wie unterscheiden sich die abgeschlossenen Wohneinheiten im Betreuten Wohnen „Haus Domblick“ von einem Platz in der im Projektverlauf eröffneten Wohngemeinschaft und einem Platz im stationären angeschlossenen Pflegebereich?

Tabelle 1: Übersicht Verbundhausbereiche

Verbundhaus	Räume	Leistungen
Haus Domblick nach Ambulantisierung sowie weitere Standorte Zentrale Projektbegleitung Altbewohner und Neubewohner (Neueinzüge von außen)	Abgeschlossene Wohneinheiten unterschiedlicher Größe an verschiedenen Standorten	Basispaket und wahlweise Betreuungsleistungen z.T. gemeinsamer Speisesaal Tagespflege Nutzung möglich
Wohngemeinschaft 12 Plätze im Gesundheitszentrum am Ulanenpark	Bewohnerzimmer mit Bad für zwei Bewohner, eigene Loggia Arbeits- und Gemeinschaftsräume, Therapieraum mit Bad und weiterem WC	Moderatoren (Präsenzkraft), ambulanter Pflegedienst mit Alltagsbegleitung und hauswirtschaftliche Hilfe Tagespflegenutzung möglich
Vollstationär Betreuung im Haus Altenburgblick und im Haus Wiesengrund mit dem Demenzbereich und 2 Pflegeoasen	insgesamt 148 Plätze mit Gemeinschaftsbereichen und Therapieräumen, unterschiedliche Versorgungsstrukturen für verschiedene Demenzstadien Einzelzimmer	Vollversorgung, besondere Therapieprogramme mit individueller und gemeinschaftsorientierten Ansprachen

Die drei aufgeführten Versorgungsbereiche mit vier Probandengruppen wurden in die Studie einbezogen (Kap. 7).

Betreutes Wohnen im Haus Domblick

Ausgangspunkt dieser Studie: „Gepflegt Wohnen“ im Haus Domblick durch Umwandlung bestehender vollstationärer Pflegeplätze in Angebote des Betreuten Wohnens (Ambulantisierung) durch Umwandlung vorhandener Doppelzimmer in Kleinappartements. Das Betreute Wohnen zu Hause richtet sich an ältere Menschen, die auf Alltagshilfen angewiesen sind, nicht aber zwangsläufig Pflege benötigen.³¹

Abbildung 3: Haus Domblick



Foto: Sozialstiftung Bamberg

³¹ Die Zielgruppendefinition in diesem Kapitel bezieht sich auf die Darstellungen des Verbundhauskonzept, a.a.O.: 26ff

Vormalige Doppelzimmer sind in Einzelappartements umgewandelt worden. Eine Küchenzeile ermöglicht eine Selbstversorgung, wenn auch in bescheidenem Ausmaß.

Abbildung 4: Teilansicht eines Appartements



Foto: Sozialstiftung Bamberg

Abbildung 5: Einbauküchenzeile im Appartement



Foto: Sozialstiftung Bamberg

Abbildung 6: Grundriss EG



Foto: ISGOS

Die Flurbreiten lassen den Bewohnern Platz für Begegnungen und fördern Sozialkontakte.

Abbildung 7: Flure vor den Bewohnerappartements



Foto: ISGOS

Abbildung 8: Flure vor den Bewohnerappartements



Foto: ISGOS

Ambulant versorgte Wohngemeinschaft für 12 Bewohner

Die ambulant betreuten Wohngemeinschaften sind ausgerichtet für Menschen mit zunehmendem Pflege- und Hilfebedarf, die selbstbestimmt bis zum Lebensende im gewohnten Umfeld verbleiben möchten.

Es war vorgesehen, zwei ambulant versorgte Wohngemeinschaften aufzubauen, wobei die Nachfrage entschieden hat, dass zunächst eine WG im Projektverlauf besetzt werden konnte.

Abbildung 9: Grundriss eines Zimmers der ambulanten Wohngruppe

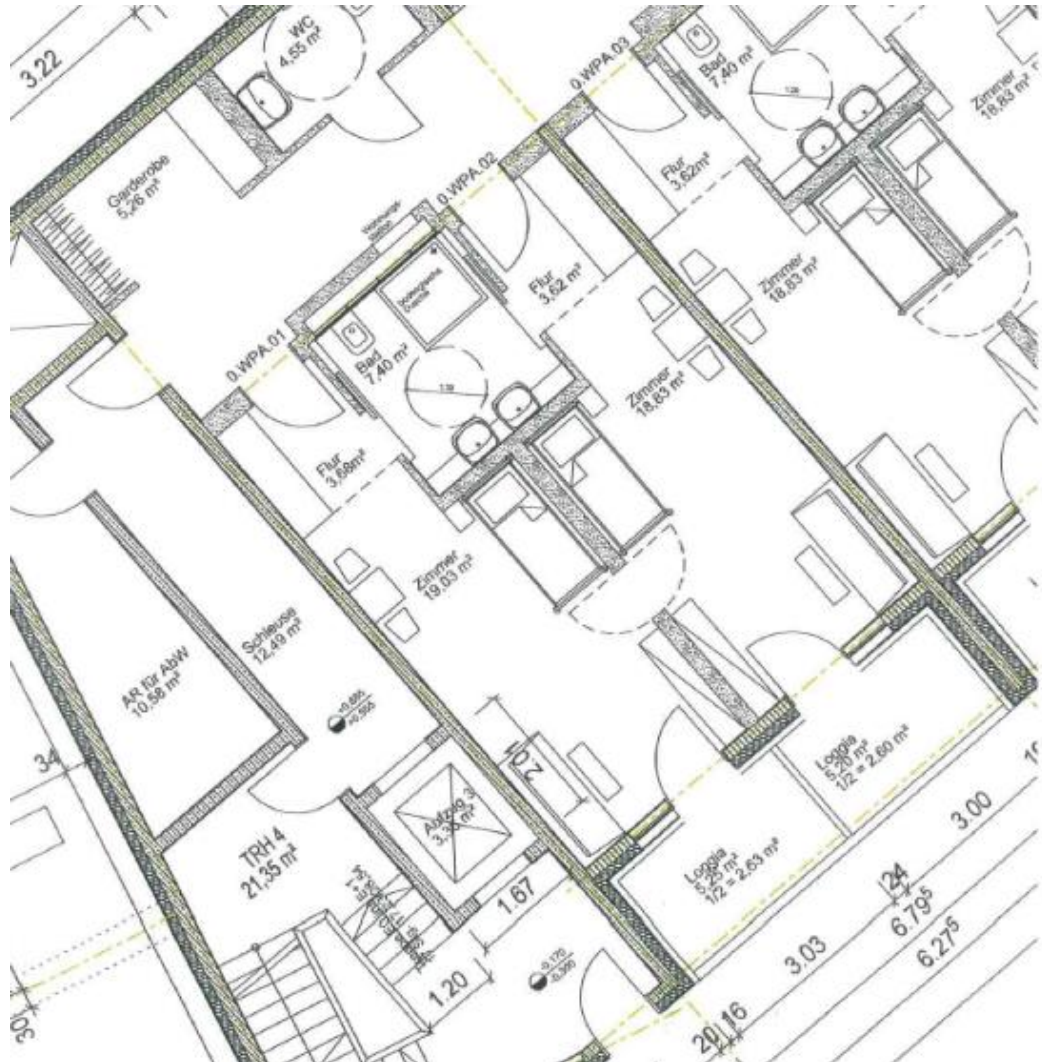


Abbildung 10: Gemeinschaftsräume in der ambulanten Wohngruppe

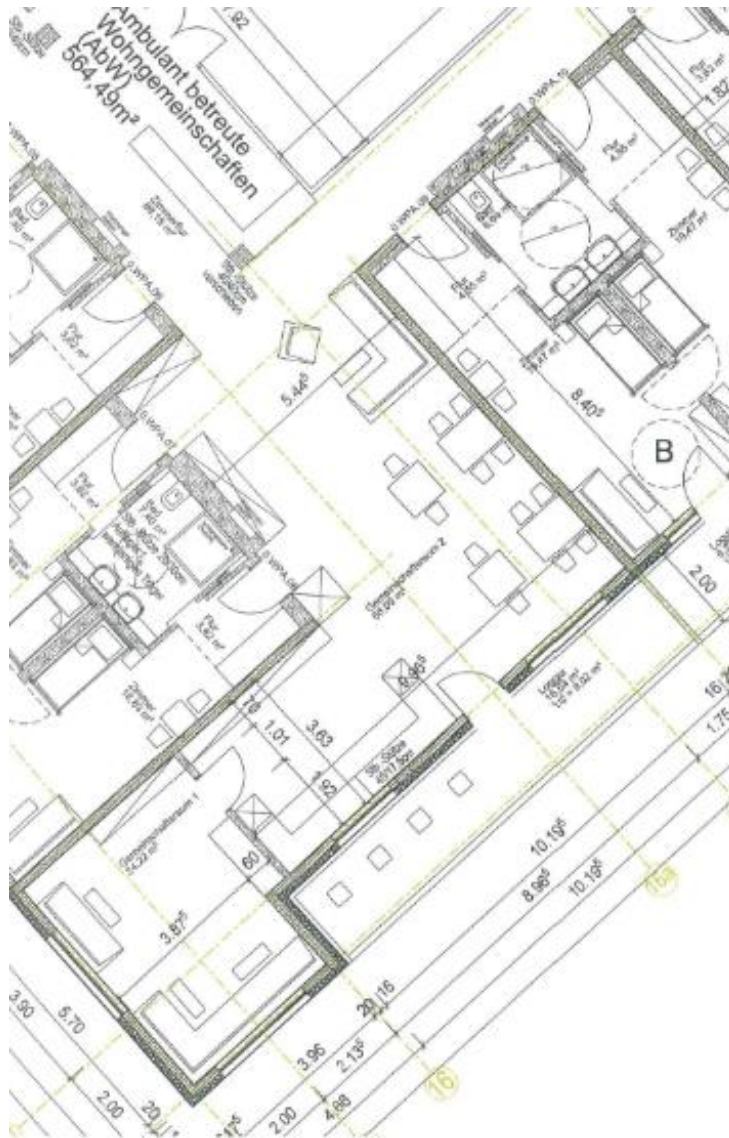
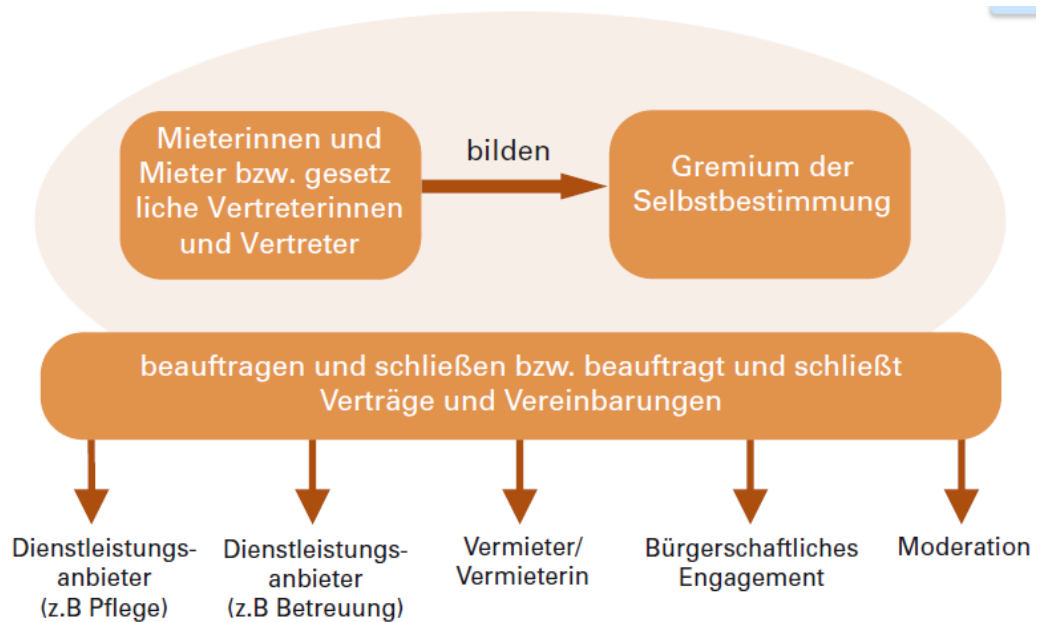


Abbildung 11: Gremium der Selbstbestimmung - Organigramm



Quelle: Wohnkonzept Ulanenpark³²

³² Aus Wohnkonzept für ambulant betreute Wohngemeinschaften im Gesundheitszentrum am Ulanenpark. Sozialstiftung Bamberg o.J.

Stationäre Pflege

Vollstationäre Pflegeplätze sind für Pflegebedürftige und demenziell erkrankte Pflegebedürftige vorgesehen, die in ihrem Haushalt sich selbst oder durch Dritte nicht mehr ausreichend versorgt werden können. Innerhalb des Verbundhauskonzeptes würde ein Umzug intern vorgenommen werden können.

Tagespflege

Zeitgleich mit der Umstellung auf Betreutes Wohnen im Haus Domblick wurde eine Tagespflegeeinrichtung im Bestand des angeschlossenen Verbindungstraktes eröffnet. Weitere Tagespflegeangebote wurden in drei Stadtbezirken in Verbindung mit Service-Wohnen und Quartiersbüros neu eingerichtet.

Es werden ganzheitlich Senioren mit unterschiedlich hohem Betreuungsbedarf betreut und begleitet. Als integrative Einrichtungen werden auch Menschen mit Demenz versorgt.

Ambulanter Dienst

Der Ambulante Dienst der Sozialstiftung übernimmt die pflegerische und medizinische Versorgung und Betreuung in der häuslichen Versorgung. Weitere Tätigkeitsbereiche des ambulanten Dienstes der Sozialstiftung Bamberg liegen im Betreuten Wohnen wie z.B. im Bürgerspital einem historischen Altbau, sowie im Service Wohnen und Betreutem Wohnen in den neu erbauten Quartieren der Spörlein'schen Altenwohnungen, dem Gesundheitszentrum am Ulanenpark oder dem Wohnen im Wohnpark am Tivolischlösschen mit jeweils geschlossenem Quartiersmanagement.

4.1 Inhaltlicher Bezugsrahmen (Selbstständigkeit, Teilhabe, Wohlbefinden)

Von all inklusiv zu all exklusiv: Mit der Umwandlung der bisher schwerpunktmäßig als vollstationär betriebenen Versorgungsform sollte die Betreuung zukünftig stärker auf die Nachfrage unterschiedlicher Bedarfe zugeschnitten werden. Unter Beibehaltung der übergeordneten Pflegeziele Selbstbestimmung, Wohlbefinden und individuelle Förderung wird mit der Einrichtung des Verbundsystems in unterschiedlichen Ausmaßen und Wohnformen auf die Individualität der Bewohner eingegangen. Eine ausreichende und erforderliche individuelle Versorgung soll dem Bewohner so viel an Unterstützung bieten, wie er aktuell benötigt, ohne eine Überversorgung oder Fehlversorgung zu bieten.

Mit maßgeschneiderten Angeboten für ambulante oder stationäre Pflege im Verbundsystem durch Schaffung von unterschiedlichen Formen des Wohnens und Zusammenlebens sollen Senioren „solange wie möglich ein selbstständiges Leben führen können und nach Bedarf und auf eigenen Wunsch ausreichende und erforderliche Versorgung erhalten. Mit einem senioren-gerechten Wohnangebot kann der Einzelne seine Individualität auch im hohen Alter ausleben, unterstützt von Serviceleistungen, die das Leben erleichtern.“³³

4.2 Fragenkomplexe

Änderungen stationärer Einrichtungen betrafen bisher wie oben dargestellt hauptsächlich die Öffnung der Angebote in die Kommune, Einbeziehung von

³³ Konzeptentwurf Sozialstiftung Bamberg: Vom Seniorenheim zum Seniorenzentrum zur Verbundeinrichtung Wohnen, Betreuung und Pflege im Alter, o.J.

Angehörigen oder Ehrenamtlichen in die täglichen Abläufe oder „Quasi-Tourenpläne“ wie es sie ambulante Dienste durchführen.

Die mit diesem Projekt verfolgten Ziele suchen vor dem Hintergrund des ab 1/2017 geltenden PSG 2 mit den eingeführten Pflegegraden alternative und wirtschaftlich umzusetzende Versorgungsstrukturen aufzubauen. Der Ablauf des Projektes „Ambulantisierung“ umfasst die Anpassung der Struktur der Pflege und Betreuung, den Prozess der Umwandlung von stationär zu ambulant und das Ergebnis der Umwandlung bezogen auf die Bewertung durch die Bewohner und Angehörigen sowie die Veränderungen in den Versorgungsstrukturen und Auswirkungen der Entscheidung auf die Akzeptanz durch die Bewohner. Im Vordergrund stehen daher folgende Fragenkomplexe:

Fragenkomplexe Strukturebene

Tabelle 2: Strukturebene

1 Strukturebene	
Organisation	Unterschiede zwischen Stationär, ambulant, ambulante WG
Personal	Steuerung interprofessioneller Zusammensetzung
Bewohner	Case- und Caremanagement
Angebotsstruktur	Dienste, Tagesgestaltung, Tagespflege Schnittstellen
Personal – Bewohner - Angehörige	Beziehungen
Datenschutz	Zugriff der Dienste zu den Gesundheitsdaten

Mit der Umwandlung sind weitreichende Veränderungen der Strukturen in der Wohn- und Betreuungslage der Bewohner verbunden. Im Fokus der Untersuchung stand die Umstellung eines Gebäudeteils von einer stationären zu einer ambulant geführten Einrichtung. Die vormals umfassende stationär organisierte Versorgungsleistung wurde aufgelöst und nunmehr in verschiedene Einzelleistungen geteilt. Des Weiteren war für die Bewohner die Auflösung bisher vertrauter persönlicher Beziehungen und der Betreuungsleistungen, die mit den Beziehungen verbunden waren, zu verarbeiten. Lief dies konfliktfrei ab? Auf Seiten des Personals wurde stufenweise der nun neu gestaltete Leistungskomplex durch verschiedene Dienste durchgeführt. Die hieraus resultierenden Schnittstellenprobleme einschließlich des Datenschutzes mussten berücksichtigt werden. Wie gestaltete sich das Case- und Caremanagement?

Da die Zustimmung zur Umwandlung in selbstständiges Wohnen mit ambulanter Pflege und Betreuung weitgehend aus freiem Willen geschah, stellt sich die Frage: Wie fällt die Bewertung der neuen Situation aus?

Fragenkomplexe Prozessebene

Der Start der „Ambulantisierung“ sowie deren weiterer Verlauf erfordern seitens der Bewohner wie auch seitens des Trägers einen hohen Kommunikationsbedarf. Abstimmungen sind ebenso zwischen den verschiedenen Diensten erforderlich. Bewohner, Angehörige und auch Pflegende bzw. Träger ambulanter Dienste stehen in Formen des Betreuten Wohnens irgendwann vor der Frage, ob das selbstständige Wohnen noch vertretbar ist oder die Selbstgefährdung, etwa bei Eintritt einer Demenz, einen Wechsel in andere Versorgungsstrukturen notwendig macht. Dies stellt eine der Hauptfragen im Prozess des Betreuten Wohnens dar. Weitere Fragenkomplexe ergeben sich wie dargestellt:

Tabelle 3: Prozessebene

2. Prozessebene
Ablauf der Umwandlung • Neueinzug nach baulicher • Umgestaltung, Leistungen auswählen
Bewohner und Angehörige • Verantwortungsübernahme
Alltagsgestaltung • Suche nach eigenen Interessen
Ablaufsteuerung der Dienste • Wer macht was und wann?
Wechselwünsche von ambulant nach stationär oder WG • Was passt bei veränderten Bedürfnislagen?

Die neue Selbstständigkeit ist stets gefährdet, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen zunehmen oder neu eintreten. In der ambulanten Versorgung besteht in der Regel ein Zuwachs an anspruchsvollen Pflege- oder Betreuungsleistungen. Wie verlaufen die Fallsteuerungen und welche Abstimmungen müssen geführt werden?

Gegenüber der bisherigen mono-professionellen Versorgung im stationären Status wird nach der Ambulantisierung eine interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig. Wie wird diese organisiert? Wird ein integriertes ambulantes Team eingerichtet?

Die Selbstständigkeit im Betreuten Wohnen soll die Ausübung der eigenen Interessen der Bewohner fördern. Werden zusätzliche Leistungsangebote angenommen wie zum Beispiel die Angebote der Tagespflege im selben Gebäudekomplex? Werden eher andere Angebotsformen wie die der

hauseigenen Werkstatt oder die Unterstützung durch Ehrenamtliche angenommen?

Fragenkomplexe Ergebnisebene

Zentrales Anliegen der Evaluationsstudie ist es, die Umwandlung zu analysieren und zu bewerten. Des Weiteren sollen die Schwierigkeiten, sowie die mit der Ambulantisierung verbundenen Anpassungen und Veränderungen der Bewohner, wie auch des Personals untersucht werden. Wie wirkt sich der Wechsel in die ambulante Wohnform auf die Lebensqualität und die Selbstständigkeit der Bewohner und der Angehörigen aus, wie zufrieden sind sie mit der Veränderung?

Tabelle 4: Ergebnisebene

3 Ergebnisebene	
Bewohner	Umgang mit der neuen Situation, Erhöhung der Selbstständigkeit und des Wohlbefindens
Personal - Dienste	Koordination, Schnittstellen
Finanzierung	Kostenvergleich ambulant stationär und ambulant WG nach der Umstellung
Quartiersbezug	Information und Anwerbung, Integration in das Verbundsystem
Einbindung Tagespflege	Nutzung der Angebote

Fragen zur Selbstständigkeit und Teilhabe der Bewohner, wie auch auf die finanziellen Veränderungen und Vertragsgestaltungen werden den Ergebnissen der Kontrollgruppen a) stationär b) ambulant gegenübergestellt.

In der stationären Versorgung haben Angehörige als informelle Helferinnen und Helfer vorrangig Gaststatus. Im ungünstigsten Fall werden sie als „Störer“ angesehen, weniger als soziale Ressource. Haben Angehörige die Verantwortung für ihre pflegebedürftigen Verwandten „rückübertragen“ bekommen?

Bringt die Ambulantisierung einen Bedeutungszuwachs informeller Hilfen?

Eine Aufgabenvielfalt, die sonst in der häuslichen Versorgung von Angehörigen wahrgenommen wird - nicht selten mit einer Überforderung der Pflegepersonen verbunden - muss gesteuert werden und bedarfsgerecht eingesetzt werden. Wie verläuft die interne bzw. die externe Qualitätssicherung (z.B. Strukturqualität: Anzahl und Qualifikation des Personals, Zusammenschluss mit anderen Verbundeinrichtungen, Einbindung örtlicher Anbieter; Prozessqualität: Verzahnung unterschiedlicher Angebote, Dienstplan u.a.; Ergebnisqualität: Bewohnerversammlung, Mietermitwirkung, Zufriedenheitsbefragung oder Beschwerdemanagement, Kundenhotline u.a.).

Im Kostenvergleich sollen die Umwandlung in Betreute Wohneinrichtungen mit der stationären Versorgung wie auch mit ambulanten Wohngemeinschaften nebeneinandergestellt und bewertet werden. Welche Einsparungen oder Teuerungen nimmt die jeweilige Versorgungsform auf?

Weitere Aspekte

In Bamberg wurde zeitgleich mit der Umwandlung der stationären Einrichtung „Domblick“ eine ambulant betreute Wohngemeinschaft aufgebaut (s.o.). Sie bildet zusammen mit der ebenfalls aufgebauten Tagespflegeeinrichtung, dem Ausbau des Sozialdienstes und weiteren vorhandenen betreuten Wohnungen in der Nähe der stationären Einrichtungen ein umfassendes differenziertes Versorgungsangebot mit Angeboten für unterschiedliche Grade des Pflegebedarfs. Lassen sich Trends in der Nachfrage erkennen, werden die Differenzierungen der Angebote von den Kunden wahrgenommen?

Was spielt bei der Entscheidung für eine Versorgungsform bei Verfügbarkeit verschiedener Varianten durch denselben Träger für die Angehörigen wie auch für die zukünftigen Bewohnerinnen und Bewohner eine entscheidende Rolle?

5 Forschungshypothesen

Es wurde erwartet, dass die Bewohner nach der Umstellung von vollstationärer Versorgung auf Betreuung mit ambulanten Diensten einen Zugewinn an Selbstbestimmung erhalten. Die Notwendigkeit, nunmehr alle Alltagsverrichtungen selbst zu tätigen und gegebenenfalls hierfür Unterstützungsleistungen abzurufen, erfordert ein hohes Maß an Organisationsleistungen, die zuvor im vollstationären Versorgungssetting nicht erforderlich waren.

Mit der Selbstverfügung und individuellen Planung des Alltags, so wurde erwartet, erhöht sich das Wohlbefinden. Das Gefühl von Selbstwirksamkeit in Entscheidungen unterstützt Zufriedenheiten.

Mehr Teilhabe an sozialen Geschehen, frei gewählt und auch außerhalb des eigenen Wohn- Pflegeumfeldes sollte letztlich als Ergebnis von mehr Eigenständigkeit das Wohlbefinden unterstützen.

Es wurde erwartet, dass Angehörige mehr Verantwortung zur Unterstützung der Selbstständigkeit nach der Umstellung auf ambulant übernehmen und damit die Sicherheit für die pflegebedürftigen Verwandten übernehmen.

6 Methode, Vorgehensweise

Da bisher wenig veröffentlichte Studien zur Ambulantisierung vorliegen, wurde ein Methodenmix aus qualitativen und quantitativen Methoden gewählt um auch Einflüsse aus Umgebungsfaktoren aufzunehmen. Mit den Beobachtungs- und Testinstrumenten wurden nur anerkannte Verfahren eingesetzt, deren Validität und Interrater-Reliabilität in verschiedenen Untersuchungen bereits nachgewiesen wurde. Des Weiteren wurden teilnehmende Beobachtungen, face-to-face Befragungen (teilstandardisiert) und Dokumentenanalyse durchgeführt. Die face-to-face Befragungen ermöglichten den Forschern ein genaueres Nachfragen zu den Umstellungen, der Ambulantisierung. Wie haben die Bewohner die erste Zeit empfunden? Gab es Probleme in der Umstellung, haben sie vertrautes Personal vermisst?

Eine Teilnahme an der mündlichen Befragung war den Bewohnern und dem Personal freigestellt. Die Teilnehmenden wurden über den Zweck und den Anlass, sowie über den Datenschutz informiert. Alle Eigennamen von Personen wurden anonymisiert ebenso Angaben, die eine Identifizierung durch Außenstehende ermöglichen.

6.1 Erhebungsinstrumente

Zu Beginn der Befragung wurden Sozial- und Pflegedaten aus der Pflegedokumentation gezogen (retrospektiv). Das Pflegepersonal erhielt zur Ausfüllung einen Biografiebogen mit 20 Items für die Bewohner. Der Fragebogen enthielt Angaben zum sozialen Umfeld, zu ärztlichen Diagnosen, Medikamenten und zu bestehenden sozialen Netzwerken.

Des Weiteren wurden Instrumente wie der Barthel-Index zur Messung der Aktivitäten des täglichen Lebens, der IADL zur Messung der instrumentellen Aktivitäten, der kognitive Status mit der Reisberg-Skala und der WHO 5 Fragebogen zur Messung des Wohlbefindens eingesetzt, die im Nachfolgenden beschrieben werden:

Barthel-Index

Die Aktivitäten des täglichen Lebens wurden mit dem Hamburger Manual zum Barthel-Index gemessen (Kurztest)³⁴. 10 Items sind vorgegeben (wie Essen, Transfer, Waschen, Toilettengang, Baden, Bewegung, Treppen steigen, Ankleiden und Stuhl- und Harnkontrolle). Die Items haben unterschiedliche Bewertungsmöglichkeiten von 0 Punkte=Durchführung nur mit fremder Hilfe bis 10 Punkte=benötigt keine Hilfen. Die maximale Punktzahl die erreicht werden kann liegt bei 100 Punkten.

IADL – Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens

Zur Erfassung der instrumentellen Aktivitäten wurde der IADL nach Lawton und Brody³⁵ verwendet. Er umfasst 8 Bereiche des täglichen Lebens, deren Bewältigung komplexe Anforderungen an die Person stellt. Erfasst werden Selbstständigkeit in den Aktivitäten: Telefonnutzung, Einkaufen, Kochen, Haushaltsführung, Wäsche versorgen, Transportmittel nutzen, Medikamente einnehmen und mit Geldhaushalt umgehen. Das Instrument enthält eine 3- bis 5-stufige Differenzierung innerhalb der einzelnen Fragen. In der Auswertung kann nur eine dichotome Bewertung erfolgen, die Alltagsbewertungen können eher aus den Einzelitems ersehen werden.

³⁴ <https://www.dimdi.de/static/.downloads/deutsch/hamburger-manual-nov2004.pdf>. (Zugriff 05.10.2021).

³⁵ Lawton, MP/Brody, EM (1969): Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. In: Gerontologist 9:179-186.

Global Deterioration Scale (GDS)

Der kognitive Status wurde mit Hilfe der Global Deterioration Scale (GDS) den Reisberg-Skalen erhoben. Mit Hilfe der Reisberg-Skala lässt sich die Stärke der Demenzerkrankung einschätzen. Die Schweregradeinstufung umfasst sieben Grade der Demenz.³⁶ Grad 1= kein Hinweis auf kognitive Leistungseinbußen bis Grad 7= sehr schwere kognitive Leistungseinbußen.

WHO-5 –Wohlbefindens-Index

Der WHO-5-Wohlbefindens-Index (WHO-Five Well-Being Index) ist ein Kurztest, der nur fünf Fragen umfasst. Die Weltgesundheitsorganisation hat ihn als Screeningfragebogen vorgeschlagen, um gegebenenfalls in einem weiteren Interview tiefer nachzufragen. Bei jeder Frage können Werte von 0 bis 5 erreicht werden. Durch die Aufsummierung der Punkte erhält man einen Summenwert, wobei ein niedriger Gesamtwert einem geringen Wohlbefinden entspricht. Wird ein Wert unter 13 Punkten erreicht, weist dies auf eine mögliche Depression hin.³⁷ Die Fragen sind positiv gepolt und bewerten die Häufigkeit des Erscheinens in den vergangenen zwei Wochen wie:

- (1) ... war ich froh und guter Laune,
- (2) ... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt,
- (3) ... Habe ich mich energisch und aktiv gefühlt,
- (4) ... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt,
- (5) ... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.

³⁶ Ihl, R., Weyer, G. (1993): Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS). Manual. Weinheim, Beltz Test. (Manual = Handbuch zum Testverfahren)

³⁷ Elmar Brähler, Markus Zenger, Christoph J. Kemper: Psychologische und sozialwissenschaftliche Kurzskalen: Standardisierte Erhebungsinstrumente für Wissenschaft und Praxis. MWV, 2015

Biografie-Fragebogen nach Kahn und Antonucci

In Anlehnung an Kahn und Antonucci wurden in dem Biographiefragebogen die Personen, zu denen die Bewohner Kontakt haben und die Intensität der Kontakte erfragt. „Die Begründer Robert Kahn und Toni Antonucci behaupteten, dass Menschen von mehr oder weniger engen Bekannten durchs Leben begleitet werden, und dass vor allem die Beziehungen zu Partnern und Verwandten am stärksten sind – unabhängig von den Lebensumständen“³⁸.

6.1.1 Interviews und Befragungen

Die Gesundheits- und Sozialdaten der Bewohner wurden zu drei Zeitpunkten erhoben:

t1 fand Ende 2017 statt (retrospektive Befragung)

t2 vier bis fünf Monate nach der ersten Befragung

t3 sechs bis sieben Monate nach der zweiten Befragung.

Zusätzlich zu den drei standardisierten Befragungen wurden face-to-face Befragungen bei den Bewohnern, den Mitarbeitern und dem Leitungspersonal durchgeführt, ergänzt durch Beobachtungen und Begehungen.

Die mündliche Befragung der Bewohner orientierte sich an drei wesentlichen Lebensbereichen: Wohlbefinden, Selbstständigkeit und Teilhabe. Es sollten ebenfalls die Erfahrungen der Bewohner und des Pflegepersonals nach den abgeschlossenen Umbaumaßnahmen festgehalten werden, sowie die

³⁸ <https://www.alltagsforschung.de/soziale-netzwerke-hoheres-alter-weniger-freunde/>. (Zugriff am 5.10.2020).

Einstellungen und Erlebnisse der Neumieter nach Anmietung der Appartements.

Die zuständigen Mitarbeiter, die aus Pflegepersonal, Alltagsbegleiter und Reinigungskräften bestanden wurden ebenfalls zu den Veränderungen der Bewohner, zu deren Selbstständigkeits und der Unterstützung durch die Angehörigen befragt, wie auch zu der Veränderung ihrer eigenen Arbeit nach der Ambulantisierung. Die Befragung des zuständigen Pflegepersonals fand zu zwei Zeitpunkten statt. Zu Beginn des Projektes (Ende 2017) und ca. 6 Monate später um Veränderungen in ihrer Arbeit aufzunehmen (wie belastend oder entlastend ist ihre Arbeit nach der Ambulantisierung).

Befragung des Personals

Es wurden Leitungskräfte, wie z.B. aus der Tagespflege, dem ambulanten Dienst, die Koordinatorin Alltagsbegleitung und die Leitung stationäre Einrichtung in die Erhebung einbezogen. Im Interesse standen hier nicht nur die Veränderungen der Bewohner und der Pflege, sondern auch die Schwierigkeiten mit der Umstellung und dem Zusammenspiel der damit verbundenen Schnittstellen.

Befragung der Angehörigen

Die Befragung der Angehörigen der Bewohner fand schriftlich in Form eines Fragebogens statt plus eines Begleitschreibens des Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP), sowie eines Anschreibens des ISGOS und einem Freiumschlag für die Rücksendung der Fragebögen an das Institut. Berücksichtigt wurden Altbewohner (Bewohner die zu Beginn der Umwandlung bereits in den Räumen lebten) und Neubewohner (die von außen zugezogen sind und frei gewordene Räume belegten). Der Fragebogen enthielt Fragen die für beide Gruppen identisch waren, wie z.B. zur Selbstständigkeit der Bewohner, zum Wohlbefinden, zur Pflege- und Betreuungsleistungen. Für die Angehörigen der Altbewohner wurden Fragen

zur Umstellung der Wohnform und zur Finanzierung gestellt und für die Angehörigen der Neubewohner einige Fragen zur Biographie des Angehörigen.

Interventionsgruppe

Die Bewohner des Hauses Domblick, die bereits vor der Umwandlung in diesem Haus stationär versorgt wurden und nach der Umwandlung ambulant betreut und gepflegt werden, bildeten die Interventionsgruppe. Von den zu Beginn vorhandenen 92 Pflegeplätzen wurden 52 Appartements geschaffen und den hier zuvor versorgten Personen wieder angeboten. Hiervon konnten 33 Bewohner in die Interventionsgruppe einbezogen werden. Einige vormalige Bewohner zogen in den stationären Bereich im angeschlossenen Neubauteil (s.u. Kontrollgruppe 1) und in Einzelfällen verließen einige die Einrichtung. Die anderen Appartements wurden mit Neueinzügen besetzt (s.u. Kontrollgruppe).

Kontrollgruppen

Da es sich bei dieser Studie um eine Kontrollgruppenvergleichsstudie im Längsschnittdesign handelt, wurden 2018 zur Vergleichbarkeit als Kontrollgruppe 1 im ersten Quartal 14 Bewohner und Bewohnerinnen aus dem stationären Bereich miteinbezogen. Das waren Bewohner, die aus dem umgewandelten Bereich (s.o.) nach stationär gewechselt sind (Rückkehrer in die stationäre Versorgung) und die nach den Gründen des Umzugs, dem Gesundheitszustand, dem Wohlbefinden und ihrem Einleben in den Alltag des stationären Wohnens befragt wurden.

In Abständen von jeweils vier bis 5 Monaten wurde die schriftliche Befragung wiederholt, so dass drei Erhebungswellen vorliegen. Für die Welle t1 diente die Pflegedokumentation als Basis (retrospektiv). Auch hier fand eine mündliche Befragung der Bewohner statt. Der Fragebogen, wie auch die

mündliche Befragung hatte identische Fragen wie der Fragebogen in der ambulanten Befragung.

Die zweite Vergleichsgruppe mit 31 Bewohnern bildeten die Neueinzüge, die in den ambulanten Bereich in die noch zu belegenden freien Appartements eingezogen sind. Die Erhebungen folgten denen der Interventionsgruppe.

Als dritte Vergleichsgruppe wurde im zweiten und dritten Untersuchungsjahr die neu entstandene Wohngruppe mit 9 Bewohnern aufgenommen. Sie sollte Informationen zu Kosten, Wohlbefinden, Selbstständigkeiten und Freizeitverhalten der Bewohner im Vergleich zu den anderen Versorgungsformen liefern. Auch hier fanden drei schriftliche Befragungen statt, auf eine mündliche Befragung musste aufgrund von Anfangsschwierigkeiten in der Gruppenbildungsphase verzichtet werden.

Quartiersbüros

Im zweiten und dritten Jahr der Begleitung wurden vier Quartiersbüros (darunter zwei neue Quartiersbüros) einbezogen, da das gesamte Konzept als Verbund zwischen internen und externen Vernetzungen angelegt wurde. Die vier begleiteten Quartiersbüros wurden zu den Kontakten, Beratungen und zu ihren Vernetzungen im Quartier befragt. Ein besonderes Interesse galt den Nachfragen der Besucher. Was für Wohnformen suchen die Nachfragenden, wohin geht ihr Interesse? Wer fragt nach, die Kinder oder die Älteren selbst?

Datenschutz

Der ambulante Pflegedienst der Sozialstiftung Bamberg sichert dem Kunden die Sicherung seiner Daten zu. In der Vereinbarung ist der Umgang der Daten im Falle einer ärztlichen Behandlung enthalten. Ebenso enthält der Kunde jederzeit das Recht auf Einsichtnahme in seine gespeicherten Daten.

6.1.2 Statistische Auswertungen

Die Datenauswertung erfolgte mit dem SPSS-Programm und bediente sich bei den standardisierten Daten den üblichen Analyseverfahren, wie Häufigkeitsauszählungen, Kreuztabellen, Mittelwertsvergleiche und Faktorenanalyse. Bei den Längsschnittdaten wurden nichtparametrische Tests angewandt.

6.1.3 Ethische Richtlinien

Die Erhebung von Daten in diesem Projekt wurde nach vorheriger Ankündigung und Zustimmung durch die Bewohner erhoben. Sie wurden anonymisiert verarbeitet und die Aufnahmeblätter nach Daten-Eingabe vernichtet. Es wurden keine Untersuchungen am Menschen durchgeführt. Die Studie erfüllt die Kriterien nach nationalem Recht sowie die Anforderungen gemäß der Deklaration von Helsinki 1975 nach der aktuellen überarbeiteten Fassung.³⁹

Es bestehen keine Interessenkonflikte.

³⁹ Weltärztebund (World Medical Association, WMA: (Fassung von 2013). WMA Deklaration von Helsinki – Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen.
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Helsinki_2013_20190905.pdf
(Zugriff 20.01.2021).

7 Ausgangslage Projektteilnehmende, Stichprobe

Die Studie hatte zum Ziel Bewohnerinnen und Bewohner bei der Umstellung ihrer Betreuungs- und Versorgungsstruktur zu begleiten und die Auswirkungen auf ihre Lebensqualität festzuhalten. Es konnten neben der Interventionsgruppe drei Vergleichsgruppen im Untersuchungszeitraum einbezogen werden (s.o.), die in unterschiedlichen Versorgungsstrukturen Betreuungsleistungen empfangen.

Soweit Kinder vorhanden sind, leben sie ganz überwiegend (83,3% über alle vier Gruppen hinweg) in Bamberg. Von den Bewohnern benannte weitere Angehörige wohnen im Mittel zu 75,4% in Bamberg. Gemessen am Pflegegrad unterscheiden sich die vier Gruppen signifikant (Tab. 7) nach der Einstufung. Untere Pflegegrade weisen die Wohngemeinschaftsbewohner auf und höhere Einstufung die Bewohner, die sich für eine Versorgung im stationären Bereich entschieden haben. Dazwischen liegen Bewohner des Betreuten Wohnens, wobei Altbewohner und Neueinzüge in etwa vergleichbar sind. Im Verlauf der Studie sind Ausfälle zu verzeichnen, die im Längsschnitt zu berücksichtigen sind.

Tabelle 5: Ausfälle

Ausfälle	AB	NB	Stationär	WG
Umzug nach stationär	6	3	-	-
Wegzug	2	6	-	-
Verstorben	5	5	4	1

AB=Altbewohner – Interventionsgruppe, NB=Neubewohner Kontrollgruppe 1

Stationär– Rückkehrer Kontrollgruppe 2, WG=Wohngruppe Kontrollgruppe 3

Tabelle 6: Stichprobe: Soziodemographische und sozioökonomische Daten

Merkmale	AB	NB	Stationär BW St-B	WG-BW
N=87 gesamt	33	31	14	9
Ausfall T1 – T3	12 (36,4%)	11 (35,5%)	3 (21,4%)	3 (33,3%)
Gender w	18 (54,5%)	21 (67,7%)	10 (71,4%)	8 (88,9%)
Alter* Ø 79,1 J.	75,8	79,4	84,1	83,0
Familienstand				
ledig	11 (33,3%)	4 (12,9%)	6 (42,0%)	0 (0%)
verheiratet	3 (9,1%)	3 (9,7%)	1 (7,1%)	0 (0%)
Geschieden getrennt lebend	4 (12,1%)	5 (16,1%)	0 (0%)	1 (12,5%)
verwitwet	15 (45,5%)	19 (61,3%)	7 (50,0%)	8 (88,9%)
Schulabschluss				
Kein Abschluss	1 (3,8%)	1 (4,5%)	1 (7,1%)	0 (0%)
Volks- Hauptschul- abschluss	19 (73,1%)	11 (50,0%)	9 (64,3%)	2 (22,2%)
Mittelschule	4 (15,4%)	6 (27,3%)	2 (14,3%)	5 (55,6%)
Abitur	2 (7,7%)	4 (18,2%)	2 (14,3%)	2 (22,2%)
Kinder ja* N=60	18 (54,5)	26 (83,9%)	8 (57,1%)	8 (88,9%)
Angehörige				
vorhanden ja*	22 (66,7%)	28 (90,3%)	10 (71,4%)	9 (100%)

Das Alter der Probanden liegt im Durchschnitt über 79 Jahre, wobei der stationäre Bereich (84,1 Jahre) und die ambulanten Wohngruppen (83,0 Jahre) das höchste Alter verzeichnen. Beim Familienstand liegen die Wohngruppen mit knapp 89% der verwitweten am höchsten. Bei den

Schulabschlüssen ist der Anteil der Volksschüler bei den Altbewohnern (73,1%) und bei den stationären Bewohnern (64,3%) am höchsten, die Wohngruppenbewohner (22,2%) verfügen über den höchsten Abschluss Abitur (Tabelle 6). Folglich hatten die Wohngruppenbewohner (25%) auch die höchsten beruflichen Stellungen, gefolgt von den Neubewohnern (15,8%) (Tabelle 7).

Tabelle 7: Soziodemografische und sozioökonomische Daten

Merk- male	AB	NB	Stationär BW St-B	WG-BW
untere berufliche Stellung	10 (33,3%)	6 (31,6%)	6 (42,9%)	2 (25,0%)
mittlere	18 (60,0%)	10 (52,6%)	7 (50,0%)	4 (50,0%)
obere	2 (6,7%)	3 (15,8%)	1 (7,1%)	2 (25,0%)
PG1	4 (12,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (12,5%)
PG 2	16 (48,5%)	11 (37,9%)	2 (14,3%)	4 (50,0%)
PG 3	5 (15,2)	7 (24,1)	5 (35,7%)	1 (12,5%)
PG 4	6 (18,2)	1 (3,4%)	6 (42,9%)	0 (0,0%)
PG 5	0 (0,0%)	1 (3,4%)	1 (7,1%)	0 (0,0%)
Barthel-Index	74,52	82,75	59,55	61,00
Gesetzliche Betreuung* N=40	20 (60,6% von N=33)	8 (25,8% von N=31)	9 (64,3% von N=14)	3 (37,5% von N=8)
davon durch Angehörige	6	7	3	2

P=*<0,05; p=<0,01, PG 0 Pflegegrad N =71

Bei den Pflegegraden finden wir die höchsten Werte in der Stufe 2 bei der ambulanten Wohngruppe (50%) und den Altbewohnern (48,5%), die anderen Gruppen liegen weit darunter. In den Pflegegraden 4 (42,9%) und 5 (7,1%) sind vor allem die stationären Bewohner und Bewohnerinnen zu finden.

7.1 Gesundheitlicher Status und Mobilität

Unter dem Gesichtspunkt der Pflegebedürftigkeit und der daraus resultierenden Selbsteinschätzung zur Erreichung eines selbstbestimmten Lebens wird die gewählte Wohnform zum Hilfs-Instrument der jeweils gewünschten Lebensgestaltung. Inwieweit es gelingt, die eigenen und die gemeinsam genutzten Räume im Haus wie auch in der Nachbarschaft zur Selbstgestaltung zu nutzen ist von verschiedenen Faktoren abhängig.

Eine eingeschränkte Mobilität der Nutzer kann die Wahl der Versorgungsform hinsichtlich örtlich-räumlicher Gegebenheiten beeinflussen. Die räumliche Gestaltung muss die selbstständige Nutzung mit und ohne mobilitätsunterstützende Hilfsmittel gestatten. Von allen Teilnehmern traf die völlige Bewegungseinschränkung nur auf eine Person zu (NB), die nach relativ kurzer Wohndauer verstarb.

Tabelle 8: Mobilitätsunterstützende Hilfsmittel

Merkmale	AB	N B	St-B	WG-BW
N=87 gesamt	33	31	14	9
Mobilität				
Gehhilfe	16	16	6	4
Rollstuhlnutzer *	13	4	7	1
Bettlägerig	0	1	0	0

P=*<0,05) Es handelt sich ganz am Beginn der Studie um Querschnittsdaten von N=87 BW

Der Gebrauch von „Mobilitätshilfen“ zur physischen Umwelterfahrung liegt in den verschiedenen Wohn-Varianten nicht weit auseinander.

Die zweite Einflussgröße auf das Ausmaß der selbstständigen Nutzung der räumlichen und sozialen Gegebenheiten erfasst die Kognition der Nutzer. Die bewusst wahrgenommene Umweltbeziehung sollte bei der weitgehenden Selbstbestimmtheit in der Wahl selbstständigen Wohnens in Formen des Betreuten Wohnens nicht eingeschränkt sein. Das bezieht sich insbesondere auf demenzielle Erkrankungen. Sie können ab einem gewissen Stadium die Selbstständigkeit und somit das eigenständige Wohnen erheblich einschränken.

Tabelle 9: Gesundheitsbezogene Daten

Merkmale	AB	NB	St-B	WG-BW
N=87 gesamt	33	31	14	9
Anzahl der Medikamente	7,57	7,75	7,27	5,80
Psycho- pharmaka	60,6%	38,7%	64,3%	77,8%
Demenz	1,95	2,30	2,45	2,60
nach Reisberg Ø	keine	keine	keine	keine
Minimum - Maximum	Demenz bis mittel.	Demenz bis mäßig	Demenz bis mittel	Demenz bis gering
	vor Umstellung		vor Umstellung	
Wohndauer Ø	89,5 Monate	Neueinzug	89,5 Monate	Neueinzug

P=*<0,05; p=**<0,01; p***=<0,001

Insbesondere kognitive Beeinträchtigungen durch eine vorhandene oder vermutete Demenz liegen zu Beginn der Studie nicht eindeutig vor, d.h. es gab keine auffälligen Hinweise auf eine demenzielle Erkrankung, wenn auch im Einzelfall zeitweilig kognitive Leistungseinbußen vorlagen.

Die Verabreichung von Psychopharmaka erreicht bei allen Probanden einen hohen Anteil, wobei die Neueinzüge im Betreuten Wohnen noch am wenigsten davon Gebrauch machten. Neueinzüge in die Wohngruppe wiesen wiederum den höchsten Anteil an Konsumenten von Psychopharmaka auf.

Allen Studienteilnehmern war ein Pflegegrad zugesprochen worden (Tab. 7). Je nach Wahl der Versorgungsform bzw. Wohnform zeigte sich ein unterschiedlicher Unterstützungsbedarf an Hilfen im alltäglichen Tagesablauf. Die Unterstützung erfolgte durch einen ambulanten Dienst und durch Betreuungskräfte eines Betreuungsdienstes bzw. durch Pflege- und Betreuungsleistungen in der vollstationären Versorgung.

Ein bedeutsamer Aspekt für den Einzug in das Betreute Wohnen liegt in der Fähigkeit zur selbstständigen Verrichtung aller relevanten körperlichen Tätigkeiten sowie in der eigenständigen Haushaltsführung, gemessen an notwendigen Betätigungen im Haushalt.

7.1.1 Selbstständigkeit

Tabelle 10: Aktivitäten des täglichen Lebens: ADL nach Barthel-Index

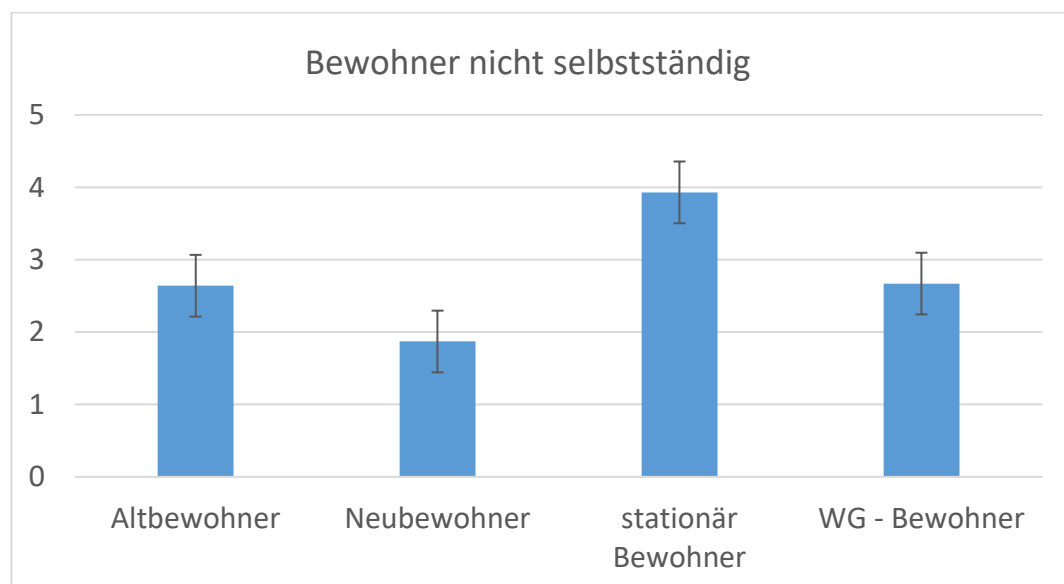
Aktivitäten	Altbewohner	Neubewohner	Stationär- BW	WG-B
N = 87	33	31	14	9
	In %	In %	In %	In %
Essen	0,0	6,5	7,1	0,0
Transfers	15,2	9,7	21,4	11,1
Waschen	42,4	35,5	71,4	22,2
Toilettengang	18,2	6,5	42,9	22,2
Baden*	69,7	32,3	100,0	10,0
Gehen	39,4	16,1	21,4	11,1
Treppensteigen	39,4	32,3	57,1	22,2
An- und Auskleiden	9,1	6,5	14,3	22,2
Stuhlkontrolle	12,1	3,2	7,1	0,0
Urinkontrolle**	18,2	9,7	50,0	55,6

P=*<0,05; p=**<0,01 Angaben = **nicht selbstständig**.

In der Tabelle 10 sind die **nicht selbstständig** ausgeführten Verrichtungen hervorgehoben. Die Verrichtung „Baden“ zeigt ein hohes Maß an Unselbstständigkeit, was für die betreffenden Personen wenig relevant ist, da sie in ihren Räumen nur über ein Duschbad verfügen. Ähnlich beim Treppen steigen, was innerhalb der gesamten Pflege- und Wohnanlage nicht erforderlich ist, da alle Bereiche barrierefrei angelegt sind.

Teilbereiche, in denen Bewohner nicht in der Lage sind, selbstständig die Aufgaben durchzuführen, müssen nicht zum Ausschluss aus dem Betreuten Wohnen führen, da der Einsatz von Hilfen Einschränkungen ausgleichen kann.

Abbildung 12: Personenmerkmale „nicht selbstständig“



N=87 aus Tab. 4 Anzahl der Personen im Mittel: jeweils nicht selbstständig

Der Anteil nicht selbstständiger Bewohner bestätigt die Einstufung in entsprechende Pflegegrade.

Tabelle 11: Selbstständige Alltagsbewältigung: Instrumentelle Aktivitäten (IADL)

Alltags- aktivitäten	Altbewohner	Neube- wohner	Stationär-BW	WG-B
N = 87	33	31	14	9
	In %	In %	In %	In %
Telefon*	48,5	74,2	21,4	66,7
Einkaufen	27,3	38,7	21,4	44,4
Kochen	3,0	12,9	0,0	11,1
Haushalt***	9,1	48,4	0,0	66,7
Wäsche*	3,0	9,7	0,0	33,3
Transportmit- tel nutzen***	18,2	32,7	0,0	0,0
Medikamente*	39,4	51,6	85,7	22,2
Geldhaushalt	33,3	48,4	21,4	55,6

P=*<0,05; p=**<0,01, p=***<0,001; selbstständig + selbstständig mit Hilfe

Die Verrichtung der alltäglichen persönlichen Aktivitäten beeinflusst die Tätigkeiten, die zur selbstständigen Alltagsbewältigung erforderlich sind.

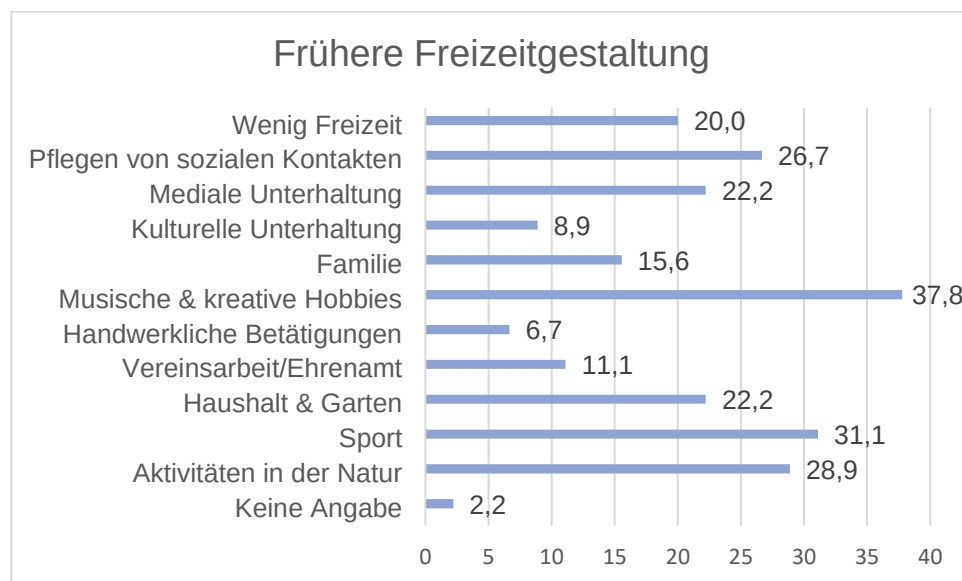
Wie zu erwarten, sind Bewohner am ehesten in der Lage, den eigenen Haushalt zu führen, wenn sie direkt aus dem zuvor selbstständig geführten Haushalt in das Betreute Wohnen bzw., in die betreute Wohngemeinschaft wechseln. Die Altbewohner sind noch geprägt durch die zuvor jahrelang erlebte Vollversorgung im stationären Bereich. Die in den stationären Bereich zurückgekehrten Bewohner wären in der selbstständigen Alltagsbewältigung überfordert.

7.1.2 Teilhabe, Freizeitverhalten

Mit der Aufnahme bzw. Weiterführung von Freizeitgestaltungen in der neuen Wohnumgebung wird die Erhaltung der Selbstständigkeit unterstützt. Der Einsatz der verfügbaren Mittel, der materiellen

Ressourcen hier insbesondere Ausstattung und Lage der Wohnung sowie der immateriellen Ressourcen wie der körperlichen und geistigen Gesundheit sollte ein gewünschtes Ausmaß an Wohlbefinden erzielen. Wie werden die im Lebensverlauf ausgeübten Fertigkeiten bei nachlassenden kognitiven und körperlichen Fähigkeiten genutzt? Können sie zur Neuorientierung in der bis dahin unbekannten Umgebung beitragen? Die Fragen nach früher ausgeübten außerberuflichen Tätigkeiten und im Vergleich zu den aktuell durchgeführten Freizeitgestaltungen weist auf eine Kompensation durch Reduzierung (Selektion) hin.

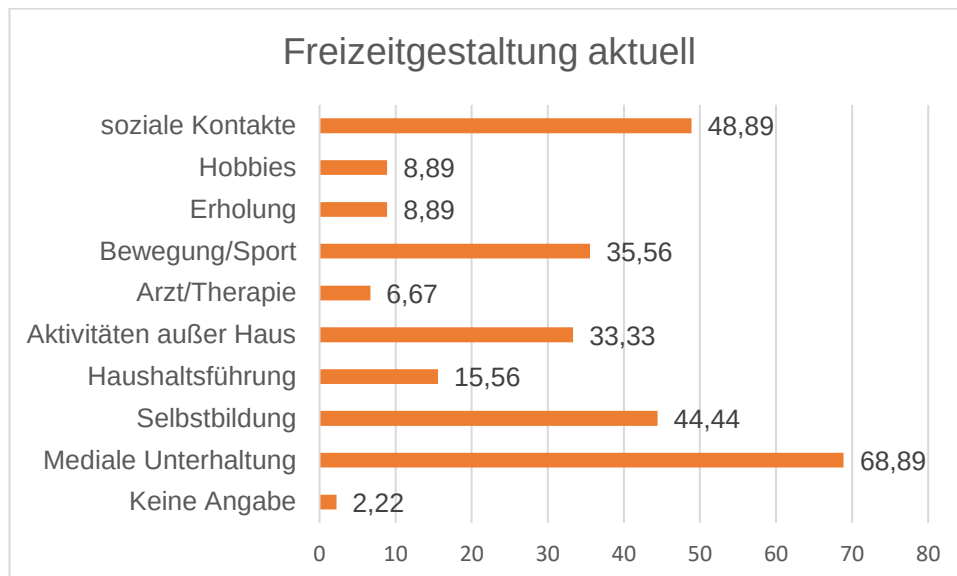
Abbildung 13: Frühere Freizeitgestaltung



Frühere Freizeitgestaltung Angaben in %. N=45, Mehrfachnennungen⁴⁰.

⁴⁰ Befragung: Larissa Retzmann (03.08.2018), im Rahmen einer Studienarbeit FH Coburg

Abbildung 14: Freizeitgestaltung der Alt- und Neubewohner aktuell



N=45, Mehrfachnennungen, wie Abbildung 11⁴¹, Angaben in %

Frühere Aktivitäten (vor Ende des Berufslebens) waren sehr außenorientiert mit Wandern, Sport, Gartenarbeit und Pflege sozialer Kontakte, privat wie auch in Vereinen.

Ein zweiter Schwerpunkt wurde mit musischen und kreativen Gestaltungen ausgebildet. Mediale Unterhaltung nahm vergleichsweise eine eher untergeordnete Funktion ein.

Neue Umgebungsfaktoren und gesundheitliche Einbußen führten zu einer Schwerpunktverschiebung in der Ausübung von Hobbies.

Die Verschiebung der Freizeitgestaltung zu der Nutzung medialer Unterhaltung ist besonders deutlich. Der zweite Punkt knüpft an vormalige Interessen an. Die Pflege sozialer Kontakte als bewusste und organisierte Tätigkeit nimmt einen deutlich hervorgehobenen Schwerpunkt ein. Mit der

⁴¹ Befragung: Larissa Retzmann (03.08.2018), im Rahmen einer Studienarbeit FH Coburg.

Nutzung der Tagespflegeangebote wird ein Ersatz für vormalige außer-häusliche Kontakte geschaffen.

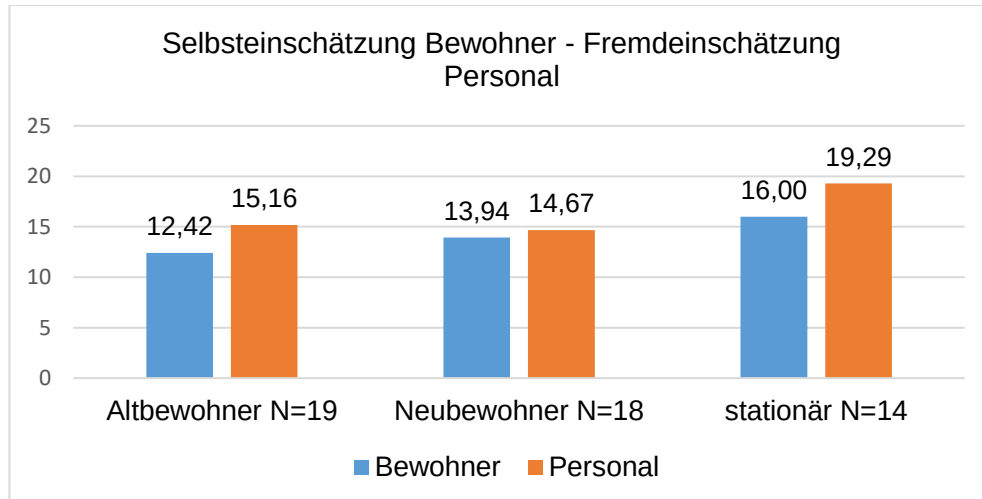
Es wird zu beobachten sein, ob das subjektive Wohlbefinden auf überdauernde Eigenschaften zurückgreifen kann.

7.1.3 Wohlbefinden zu Projektbeginn

Beeinflussend für die Wahl der Wohn- und Versorgungsform waren das Alter und die gesundheitlichen Einschränkungen (Sicherheit im stationären Bereich) das erwartete Gemeinschaftserleben (Kommunikation in der WG) und die erhoffte Selbstbestimmtheit (Organisation des Alltags im Betreuten Wohnen). Bei Einzug erfüllten die Angebote überwiegend die in sie gesetzten Erwartungen. Alle Versorgungs- bzw. Wohnformen stellten für ihre Nutzer eine jeweils neue Lebensform dar und entsprachen dem jeweils als Zielgruppe definierten Personenkreis. Wie drückt sich die Empfindung in positiver Stimmung aus?

Die Einschätzung erfolgte mit dem Wohlbefindens-Index WHO 5 der den Zeitraum der letzten 2 Wochen erfasst. Der Kurzfragebogen enthält 5 Fragen zum Auftreten positiven Erlebens. Die zu erreichenden 25 Punkte bedeuten bei 12 bis 18 Punkte ein „zufriedenstellendes Wohlbefinden“ und bei über 18 Punkten ein „sehr gutes Wohlbefinden“.

Abbildung 15: Selbst- und Fremdeinschätzung des Wohlbefindes zu Beginn und ca. 3 Monate nach Einzug



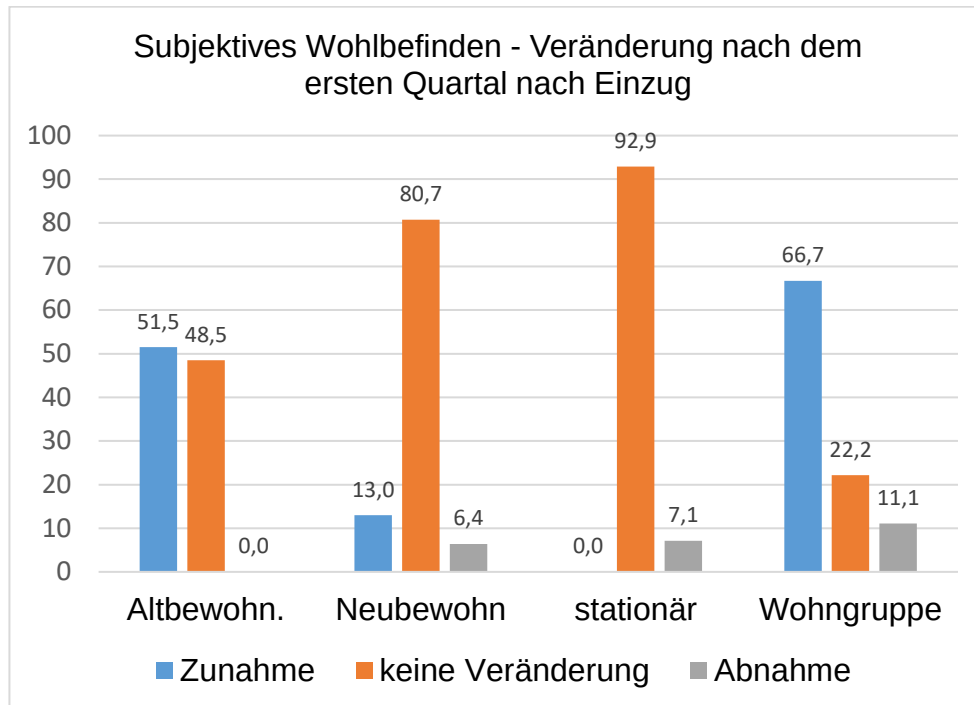
Chi-Quadrat nach Pearson: Bewohner $p=0,354$; Personal $p=0,018$; $N=51$

Die Bewertung des eigenen Wohlergehens liegt seitens der Bewohner bei allen drei Vergleichsgruppen unterhalb der Einschätzung des Personals, das die Bewohner täglich sieht (Abbildung 15).

Zwischen der Selbsteinschätzung und der Fremdbewertung liegen deutliche Unterschiede. Das befragte Personal hatte die Bewohner auch bereits vor der Umstellung pflegerisch versorgt und deren Einschätzung berücksichtigt Veränderungen in der neuen Struktur.

In der ersten Phase nach Umstellung von stationär auf ambulant gab es seitens der Altbewohner noch Verunsicherung bezüglich des neuen Selbstständigkeitsstatus. Neubewohner hatten dagegen zu Anfang nur wenige Probleme, was auch in der Einschätzung des Personals zum Ausdruck kommt. Nach einer Eingewöhnungszeit von ca. 5-6 Monaten zeigt sich bereits eine positive Akzeptanz der neuen Wohnsituation.

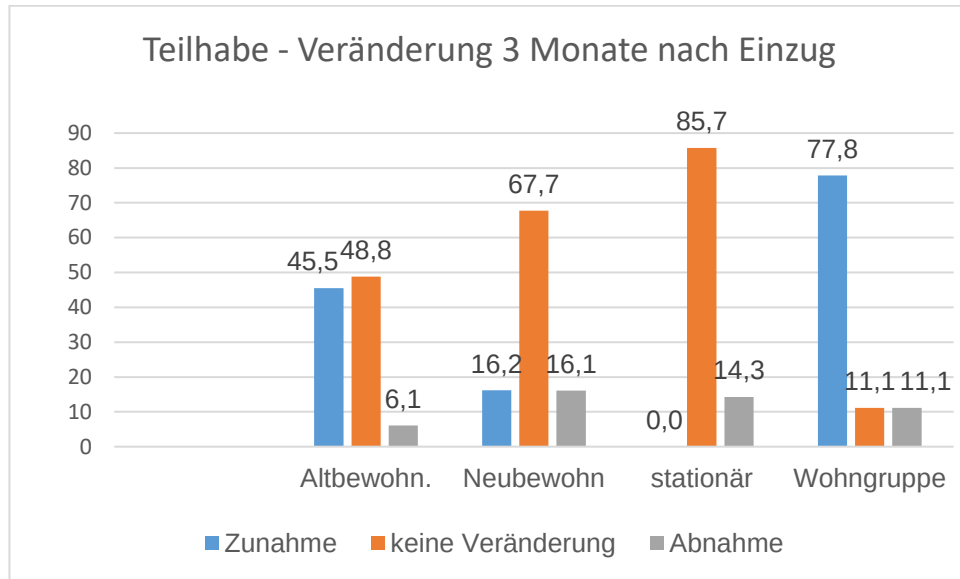
Abbildung 16: Der erste Eindruck: Subjektives Wohlbefinden nach Einzug



Chi-Quadrat nach Pearson $P=0,000$, $N=87$; Angaben in %

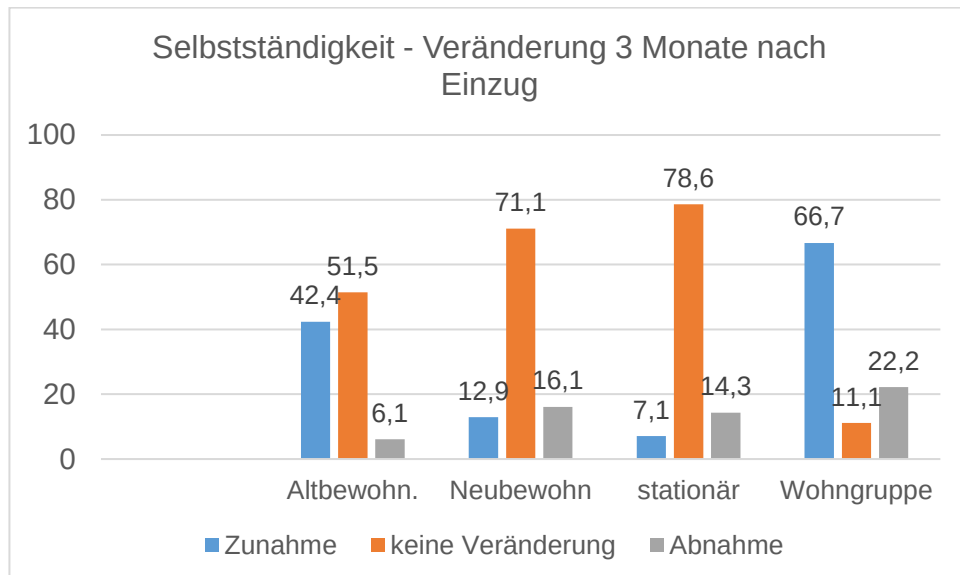
Die Abb. 16 bildet nach einer Eingewöhnungszeit bereits höhere Zustimmungswerte für die Altbewohner ab. Die Neubewohner zeigen noch leichte Gewinne, während sich die Bewohner in der stationären Versorgung nun zurechtgefunden haben und eine stabile Akzeptanz zeigen. Auch in der WG sind die Verläufe des Wohlbefindens deutlich im positiven Trend.

Abbildung 17: Der erste Eindruck - Teilhabe an Freizeitgestaltung nach Einzug



Chi-Quadrat nach Pearson $P=0,000$, $N=87$; Angaben in %

Abbildung 18: Der erste Eindruck - Selbstständigkeit, Alltagskompetenz nach Einzug



Chi-Quadrat nach Pearson $P=0,000$, $N=87$; Angaben in %

Im Vergleich erzielen die Alt- und Neubewohner Zunahmen ihrer Werte. Die Altbewohner erreichen nach der Umstellung der Wohnform von stationär nach ambulant starke Gewinne in den drei Dimensionen „soziales Wohlbefinden, Selbstständigkeit und Teilhabe sowie Freizeitgestaltung. Die Neubewohner erreichen nur einen geringen Zugewinn in den drei Dimensionen, sie bleiben weit hinter den Werten der Altbewohner zurück.

7.2 Zusammenfassung Ausgangspunkt Gesundheit zum Projektstart

Das Grundkonzept der Ambulantisierung im Haus Domblick wird von der Idee getragen, den Bewohnern individuell nach ihrem Bedarf an Unterstützung und ihrem Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Sicherheit durch entsprechende Angebote gerecht zu werden. Die Angebote des Wohnens sollen eine möglichst hohe Übereinstimmung zwischen den Rahmenbedingungen und den gesuchten Umgebungsfaktoren herstellen.

Ein wesentlicher Ausgangspunkt seitens der aktuellen und zukünftigen Bewohner liegt in deren Fähigkeiten zur Selbstversorgung wie z.B. den Fähigkeiten zur selbstständigen Alltagsgestaltung sowie in ihrem Gesundheitszustand, der kognitiv wie auch physisch den Anforderungen der gewählten Wohnform entspricht.

Das Verbundhaus in Bamberg bietet dementsprechend drei Wohnalternativen, die ein unterschiedliches Ausmaß an Selbstständigkeit erfordern. Die Nutzer jedes dieser Konzepte müssen sich auf die für sie jeweils neue Lebenssituation einstellen. Es besteht die Gelegenheit einer Neuausrichtung auf baulich-räumliche wie auch auf soziale Umwelten.

Besteht diese Chance realistisch? Der Haupteinflussbereich auf eine Neuausrichtung liegt in der gesundheitlichen Verfassung. Mobilität und kognitive Entscheidungsfähigkeiten bilden wesentliche Einflussfaktoren. Weitere Bezugsrahmen liegen in den sozialräumlichen und soziokulturellen Voraussetzungen. Sind diese geeignet, unterschiedlichen Erwartungshorizonten zu begegnen und somit dazu beizutragen das subjektive Wohlbefinden in den jeweiligen Systemen zu fördern?

Gesundheitliches Befinden und gewählte Wohnform

Das Verbundkonzept des SSB bietet drei unterschiedliche Lebens- und Versorgungsräume, die wiederum jeweils auf spezielle individuelle Bedarfe ausgerichtet sind.

Betreutes Wohnen

Nach Umstellung der zuvor als stationäre Versorgungsangebote betriebenen Räume wurden hieraus Einzelappartements geschaffen. Die Nutzung richtet sich an selbstständige Mieter mit Fähigkeiten zur Selbstentscheidung und Selbstbestimmung bei vorhandener anerkannter Pflegebedürftigkeit (nach SGB XI). Zwei Bewohnergruppen lassen sich unterscheiden:

1. Die „Altbewohner“, das sind Bewohner, die schon im stationären Kontext hier gewohnt haben.
2. „Neubewohner“, das sind Bewohner, die von zu Hause direkt in die Appartements eingezogen sind – ohne Zwischenstation in einer stationären Einrichtung.

Die eigenständig durchgeführten Aktivitäten des täglichen Lebens wie körperliche Betätigungen lagen bei 75 bis 83 von 100 möglichen Punktwerten nach Barthel-Index. Das bedeutet nur eine leichte bis punktuelle Hilfebedürftigkeit die von einem ambulanten Dienst bzw. durch Angehörige kompensiert werden könnten. Eine Demenz war ein Ausschlussgrund, im Einzelfall waren Anzeichen für eine beginnende Demenz vorhanden, jedoch

wurde der Grad an selbständigem Wohnen von Angehörigen für ausreichend gehalten. Insgesamt zeigten sich zu Projektbeginn leichte gesundheitliche Vorteile der Neubewohner gegenüber den Altbewohnern.

Stationäre Versorgung

Mit dem Angebot der vollstationären Versorgung wird den Bewohnern mit bereits abnehmender Gesundheit und Mobilität eine Alternative geboten. Die einbezogenen Probanden haben sich gegen eine eigenständige Wohnform entschieden. Sie sind im Mittel ca. 5-8 Jahre älter als die Bewohner im Betreuten Wohnen und weisen höhere Pflegegrade auf. Im Barthel-Index liegen sie im Bereich der Hilfebedürftigkeit. Eine Demenz wurde bei den Rückkehrern in die stationäre Versorgung nicht vermutet, eine selbstständige Alltagsbewältigung (gemessen an IADL-Werten) wurde als nicht umsetzbar eingeschätzt.

Wohngemeinschaft (WG)

Die Bewohner der im Projektverlauf eröffneten Wohngemeinschaft wiesen geringe Pflegebedürftigkeit auf (Pflegegrad 1 und 2). In den Werten der Fähigkeiten zur Bewältigung von Alltagsaktivitäten und Instrumentellen Aktivitäten lagen sie nur wenig über denen der vollstationär versorgten Bewohner. Mit der Entscheidung für eine Versorgung in einer Wohngruppe mit überschaubarer Gruppengröße sollte auf der einen Seite das negative Image der Heimpflege vermieden werden und andererseits eine Alltagsgestaltung mit „Gleichgesinnten“ realisiert werden.

Im Unterschied zu den anderen Varianten des Wohnens mit Pflege und Betreuung suchten die Bewohner ein „semivollständiges Betreuungsangebot“, d.h. die individuelle Eigenständigkeit in der Alltagsgestaltung sollte zum Teil in Gemeinschaft gestützt werden. Die Bewohner der WG weisen im Vergleich eine höhere Schulbildung und eine höhere (ehemalige) berufliche Stellung auf. Bewohner mit sozial geringerer Stellung laufen in WGs Gefahr, einem

Anpassungsdruck zu unterliegen und somit eigene Gestaltungsvorstellungen zurückzustellen. Die Moderation der WG war gefordert, solche Entwicklungen zu verhindern. Im Einzelfall wurde eine Demenz vermutet, was wiederum eine weitere Anforderung an die Gemeinschaftsgestaltung stellte.

8 Ergebnisse im Verlauf

In Kapitel 7 wurden die Ausgangsergebnisse bezüglich des Ausmaßes an Selbstständigkeit dargestellt, welche für die jeweils gewählte Wohnform erforderlich sein sollte. Im Folgenden wird der Verlauf der Werte dargestellt.

Mit dem Eintritt von Hilfe- oder Pflegebedarf tritt häufig die Frage auf: Welche Wohnumgebung sichert den Wechsel von einer Wohnform in eine andere und trägt zur Verbesserung oder zumindest zum Erhalt von Lebensqualität bei? Die angestrebte Lebenszufriedenheit wird wiederum an den drei Dimensionen gemessen:

- Selbstständigkeit
- Teilhabe
- Wohlbefinden

Alle drei Dimensionen werden durch individuell sehr unterschiedliche Faktoren beeinflusst. Im Zusammenspiel mit den differenzierten Wohn- Pflegeangeboten können die Nutzer unterstützt oder behindert werden. Der Verlauf dieses Projektes macht Einflussfaktoren sichtbar, die individuell wie auch wohnkonzeptionell einen Zugang zu der erwarteten Lebensqualität eröffnet.

Die Ausgangslage stellt sich individuell sehr unterschiedlich dar. Die gewählte Umwelt sollte den Neustart erleichtern, wobei der aktuelle wie auch der zukünftig zu erwartende gesundheitliche Zustand (Ressourcen) Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden ausübt. Es wird davon ausgegangen, dass sich personen- und umweltbezogene Merkmale aufeinander beziehen und beeinflussen.

Im Längsschnitt wurden folgende Personenzahlen aufgenommen: 21 Altbewohner (AB); 20 Neubewohner (NB); 11 stationär wohnende Bewohner

und 6 WG-Bewohner. Insgesamt konnten die Daten von 58 Probanden einbezogen werden.

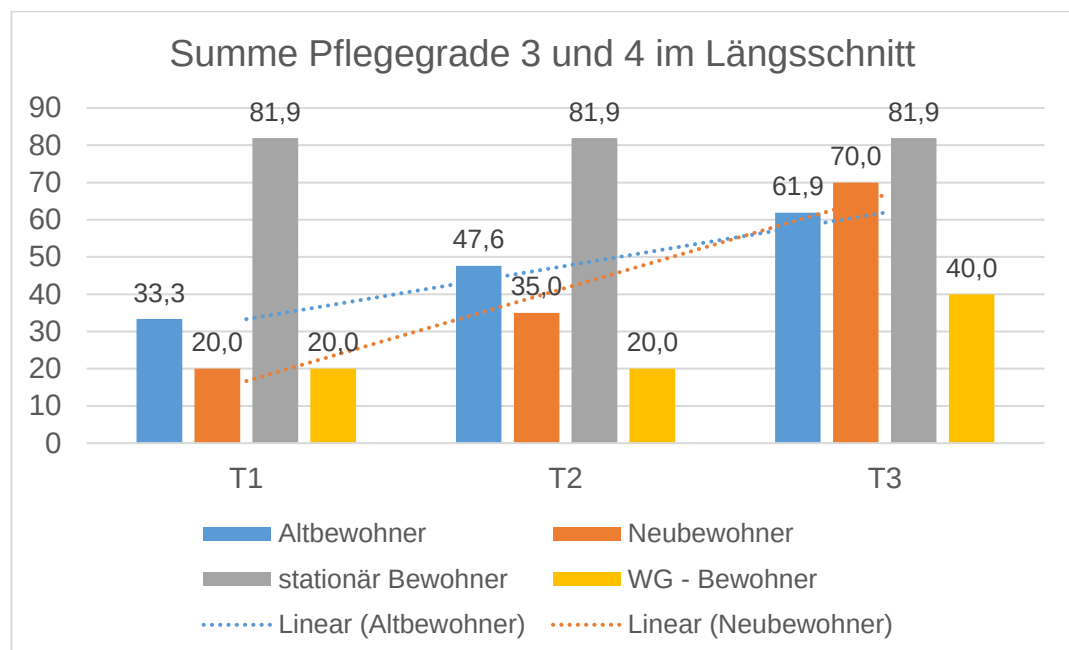
8.1 Veränderungen des Gesundheitszustandes und der Mobilität

Die selbstständige Lebensführung wird als Grundvoraussetzung für ein eigenständiges Wohnen mit Betreuung angesehen.

Gegenüber dem individuellen Wohnen in eigener häuslicher Umgebung können mit dem Betreuten Wohnen wie es im Haus Domblick angeboten wird, leichtere Beeinträchtigungen aufgefangen werden.

8.1.1 Pflegegrade

Abbildung 19: Veränderung der Pflegegrade



Chi-Quadrat nach Pearson T1: $p=0,021$; T2: $p=0,037$; T3: $p=0,226$; Angaben jeweils in % der Bewohner

Der Verlauf der Pflegegrade als Orientierung für gesundheitliche Beeinträchtigungen zeigt bei den Bewohnern mit ambulanter Pflege und Betreuung linear Verschlechterungen, gemessen an der Zusammenfassung der Pflegegrade 3 und 4. Die Bewohner im stationären Bereich waren bei Eintritt in die Pflegestation bereits höher eingestuft und auch im Verlauf traten keine Veränderungen auf.

8.1.2 Medikamentengebrauch

Die Anzahl der verabreichten Medikamente je Bewohner verläuft in allen Gruppen steigend, gemessen über den Zeitraum von ca. 20 Monate:

Altbewohner T1: Anzahl i. M. 7,57 Medikamente T3: 8,05 Medikamente

Neubewohner T1: Anzahl i. M. 7,75 Medikamente T3: 8,50 Medikamente

Stationär BW T1; Anzahl i. M. 7,27 Medikamente T3: 7,40 Medikamente

WG-Bewohner T1: Anzahl i. M. 5,80 Medikamente T3: 7,40 Medikamente

Im Längsschnitt N=58 (AB=21, NB=20, KG=11, WG=6)

Insgesamt zeigt der Verlauf eine steigende Tendenz zu mehr Medikamenten je Bewohner, die sich im Vergleich der Versorgungs- bzw. Wohnform annähern. Die Anzahl der Medikation je Bewohner liegt etwa auf dem Niveau, das von Heimstudien bekannt ist. Überrascht hat die hohe Anzahl der Medikamente bei den Bewohnern im Betreuten Wohnen.

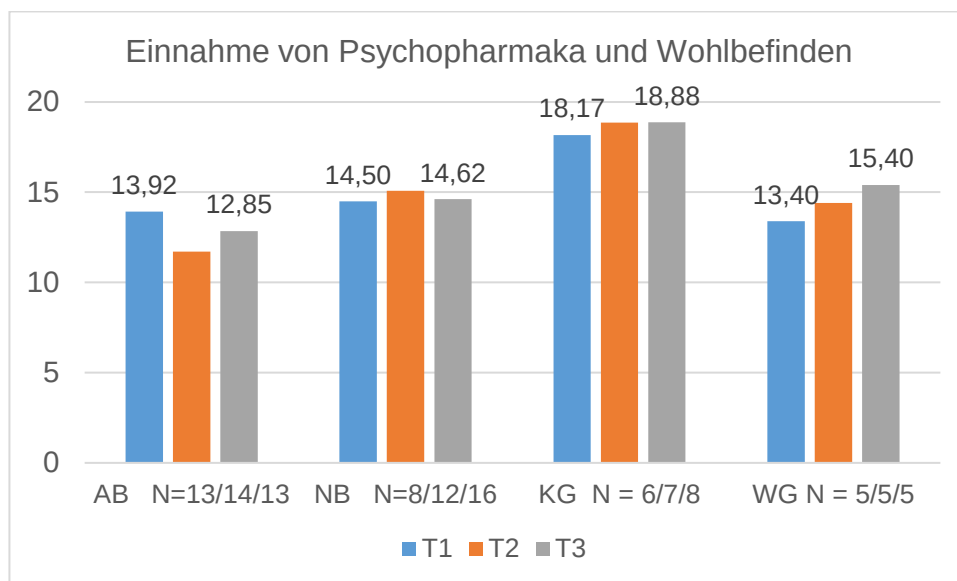
Im Untersuchungszeitraum nehmen mit Ausnahme eines Bewohners alle anderen regelmäßig Medikamente ein. Hierunter befindet sich ein beträchtlicher Anteil an Personen, die Psychopharmaka erhalten.

Die Einnahme von Psychopharmaka

Zu Beginn des Projektes erhielten 48 von 87 Bewohner und somit mehr als jeder Zweite (55,2%) Psychopharmaka. Der Gebrauch von Psychopharmaka

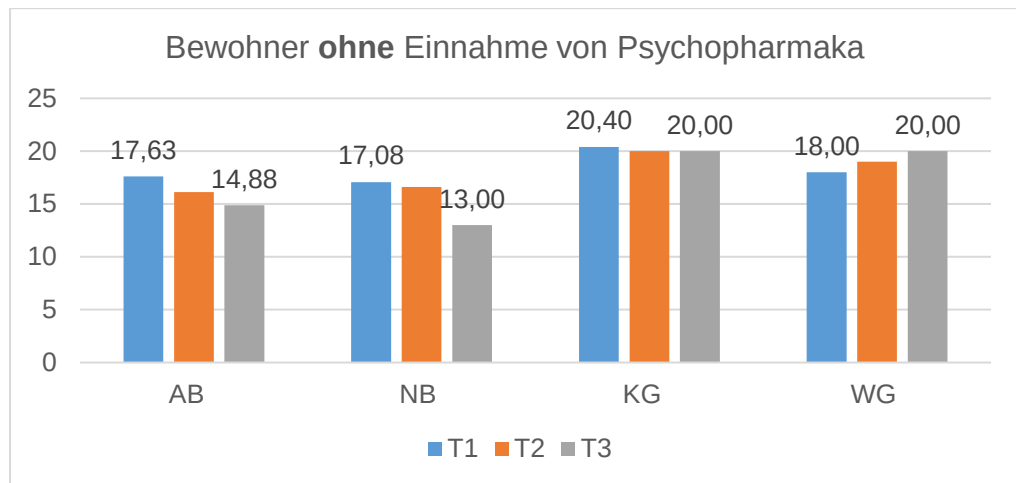
wurde im Projektverlauf gesteigert, sodass zum zweiten Erhebungszeitpunkt bereits 65,5% aller Probanden und im weiteren Verlauf an T3 mit 74,0% drei von vier Bewohnern hiervon betroffen waren. Der hohe Anteil verteilt sich anteilig etwa gleichmäßig auf drei Versorgungsvarianten, während Altbewohner keine Veränderung zeigen. Vermutet wird der Einfluss von Umgebungsveränderung auf das psychische Befinden, da die Altbewohner nur bedingt örtlich-räumlichen Veränderungen ausgesetzt waren. Wirkt sich die Einnahme von Psychopharmaka auf das Wohlbefinden aus? Die Abbildungen 20 und 21 belegen eine Stabilisierung des Wohlbefindens, wobei Alt- und Neubewohner ohne die Einnahme von Psychopharmaka deutliche Abstriche in ihrem Wohlbefinden hinnehmen.

Abbildung 20: Einnahme von Psychopharmaka und Wohlbefinden



Nach Anova $p=T1=0,117$, $T2=0,002$, $T3=0,003$, $N=57$ WHO-5-Werte

Abbildung 21: Bewohner ohne Einnahme von Psychopharmaka und Wohlbefinden



Nach ANOVA $p = T1=0,117, T2=0,002, T3=0,003, N=57$ WHO-5-Werte

8.1.3 Kognitive Leistungseinbußen - Demenz

Als individuelle persönliche Kompetenzen wurden kognitive und alltagspraktische Fähigkeiten erfasst. Beide Kompetenzbereiche sind maßgeblich an einer selbstständigen Lebensführung beteiligt. Die ermittelten Werte sollten einen substantiellen Unterstützungsbedarf aufzeigen.

Die kognitiven Fähigkeiten wurden mit Hilfe der Global Deterioration Scale (GDS) den Reisberg-Skalen⁴² erhoben. Demnach wurden die kognitiven Leistungsfähigkeiten nach der Stärke der Leistungseinbußen eingeschätzt (Kap. 7). Die Einschätzung erfolgte durch eine Pflegefachkraft, die über eine gute Kenntnis der Bewohner verfügte und deren Alltagsverhalten dahingehend beurteilen konnte. Vorhandene Leistungseinbußen werden nach sieben Stufen unterteilt.

⁴² Barry Reisberg: Die Reisberg-Skalen GDS, BCRS, FAST (1984). Deutschsprachige Fassung Ralf IHL, Lutz Fröhlich (1991). Beltz Test

1. In der ersten Stufe sind Gedächtnisdefizite nicht offenkundig – **keine kognitiven Leistungseinbußen.**
2. Die zweite Stufe äußert sich in Vergesslichkeit bei früher gut bekannten Namen oder die Ablage vertrauter Gegenstände. Jedoch angemessenes Verhalten im sozialen Umfeld – **zweifelhafte kognitive Leistungseinbußen.**
3. In der dritten Stufe treten geringe Defizite in mehreren Bereichen auf wie das Zurechtfinden an fremden Orten, Auftreten von Wortfindungsstörungen oder bekommt Schwierigkeiten, sich an die Namen von Bekannten zu erinnern – **geringe kognitive Leistungseinbußen.**
4. In der vierten Stufe treten Verluste im Kurzzeitgedächtnis auf aber auch in der Erinnerung des eigenen Lebenslaufes. Auch wird es schwierig sich an unbekannten Orten zurechtzufinden. Weniger betroffen sind das Wiedererkennen von Personen und Gesichtern oder die Fähigkeit, sich an bekannten Orten zurechtzufinden – **mäßige kognitive Leistungseinbußen.**
5. Die fünfte Stufe kognitiver Leistungseinbußen erfasst die Desorientierung in der Zeit und zum Ort. Es gehen relevante Faktoren zum eigenen Lebenslauf verloren. Jedoch bestehen Erinnerungen an besonders nahestehende Personen und es werden keine Hilfen beim Essen oder Toilettengang benötigt. Bei der Auswahl situationsgerechter Kleidung kann es jedoch zu Schwierigkeiten kommen – **mittelschwere kognitive Leistungseinbußen.**
6. In der sechsten Stufe werden Hilfen bei alltäglichen Verrichtungen benötigt. Es treten erhebliche Gedächtnislücken auf. Auch Persönlichkeitsveränderungen werden sichtbar – **schwere kognitive Leistungseinbußen.**

7. Die siebte Stufe tritt auf, wenn Hilfen in allen Tätigkeiten und Funktionen benötigt werden. Es tritt völliger Steuerungsverlust bis zu Sprachverlust auf – **sehr schwere kognitive Leistungseinbußen**.

Das Wohnen in ambulant betreuten Wohnformen setzt eine selbstständige Alltagsgestaltung voraus, die trotz vorhandener Beeinträchtigungen von den Bewohnern selbst gesteuert wird. Die Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit der Bewohner nach Stufen gibt einen Anhaltspunkt, inwieweit die gewählte Wohnform noch angemessen und selbstständig, eventuell mit Hilfen, bewältigt werden kann. Entsprechend den auftretenden Leistungseinbußen kann angenommen werden, dass bis zur Stufe vier ein Leben im Betreuten Wohnen möglich ist.

Tabelle 12: Veränderungen der kognitiven Leistungsfähigkeit im Längsschnitt

	T1	T2	T3
Altbewohner	1,95	2,38	3,00
Minimum/Maximum	1,0 - 4,0	1,0 - 4,0	1,0 - 5,0
Neubewohner	2,38	2,57	2,53
Minimum/Maximum	1,0 - 4,0	1,0 - 4,0	1,0 - 4,0
stationär Bewohner	2,45	3,82	2,82
Minimum/Maximum	1,0 - 5,0	3,0 - 5,0	1,0 - 6,0
WG - Bewohner	2,60	2,80	3,00
Minimum/Maximum	1,0 - 3,0	1,0 - 3,0	1,0 - 6,0

ANOVA T1: $p=0,511$; T2: $p=0,001$; T3: $p=0,645$

Ab Stufe fünf sollte eine besondere Wohnform wie etwa eine Demenzabteilung im stationären Bereich oder eine Wohngemeinschaft, ambulant oder stationär betreut, gewählt werden.

Bei Einzug waren insbesondere bei einigen Alt-Bewohnern alltagseinschränkende Erscheinungen durch demenzielle Erkrankungen (Tabelle 12, Werte z.T. zwischen 5 und 6) beobachtet worden. Diese zogen dann in den

stationären Bereich um. In einigen Fällen sind Angehörige zu überzeugen, dass die stationäre Versorgung in besonderen Demenzbereichen für die Betroffenen von Vorteil ist, was nicht in jedem Fall leicht war.

8.2 Selbstständigkeit, Mobilität und Alltagsgestaltung

Bezogen auf die körperliche Selbstversorgung im Alltag liefern die Daten aus drei Erhebungszeitpunkten Informationen über einen möglichen oder bereits wahrgenommenen Hilfebedarf. Die weitgehende Bewältigung alltagsverrichtender Tätigkeiten ist Voraussetzung für ein selbstständiges Leben in ambulant versorgten Pflege- und Betreuungsstrukturen. Die Werte nach Umzug (Kap. 7) belegten noch ausreichende physische und kognitive Kompetenzen. Es war zu beobachten, ob diese Kompetenzen erhalten geblieben waren.

Aktivitäten des täglichen Lebens ADL

Mit dem Barthel-Index kommt ein Einstufungsmanual zum Einsatz, der über drei Erhebungszeiträume die Fähigkeit zur Alltagsbewältigung misst. An Hand von 10 Items wird die körperliche Selbstversorgung im Alltag bewertet. Die Items sind in zwei bis vier Stufen gegliedert und in 5-Punkt-Abstufungen von 0 Punkten bis max. 15 Punkten bewertet, sodass 0 bis 100 Punkte erreicht werden können.

Die Punktabstufungen in der Summe werden wie folgt interpretiert:

0 – 30 Punkte: weitgehend pflegeabhängig

35 – 80 Punkte: hilfsbedürftig

85 – 95 Punkte: punktuell hilfsbedürftig

100 Punkte: komplett selbstständig, bezogen auf den Untersuchungskontext⁴³

Tabelle 13: Barthel-Index Gesamtergebnis im Längsschnitt

	T1	T2	T3
Altbewohner	74,25	74,29	74,29
Minimum/Maximum	25 - 100	35 - 100	30 - 100
Neubewohner	82,75	87,00	81,75
Minimum/Maximum	55 - 100	65 - 100	30 - 100
stationär Bewohner	59,55	60,91	54,09
Minimum/Maximum	15 - 95	20 - 95	10 - 95
WG - Bewohner	61,00	65,00	69,00
Minimum/Maximum	25 - 80	15 - 100	10 - 100

ANOVA T1: $p=0,025$; T2: $p=0,004$; T3: $p=0,012$; N= 57

Erwartungsgemäß lagen die Werte der Bewohner im stationären Bereich im Sektor „hilfsbedürftig“ und sind durchschnittlich im mittleren Bereich einzuordnen. Im Einzelfall wurden innerhalb dieser Bewohnergruppe auch hohe Selbstständigkeitswerte erzielt, jedoch mit abnehmender Tendenz.

Neubewohner, von der häuslichen Wohnsituation in das Betreute Wohnen eingezogen, erzielten die höchsten Werte, die den Bereich der „punktuellen Hilfebedürftigkeit“ erreichten, mit relativ stabiler Tendenz: Die Werte der Altbewohner erweisen sich als konstant im oberen Bereich der Hilfebedürftigkeit, mit der Tendenz: stabil. Die WG-Bewohner steigern ihre Werte, die im mittleren Bereich der Hilfebedürftigkeit liegen und zu Beginn

⁴³ Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index.

<https://www.dimdi.de/static/downloads/deutsch/hamburger-manual-nov2004.pdf>.
(Zugriff: 05.10.2021).

noch in etwa auf dem Niveau der stationären Bewohner lagen. Sie sind die einzige Bewohnergruppe, die ihre Werte steigern kann.

Die Wahl der Wohnform ist im Einzelfall gemessen an den Fähigkeiten zur selbstständigen Alltagsgestaltung problematisch, da der Hilfebedarf auf eine weitgehende Pflegeabhängigkeit verweist und die selbstständige Lebensführung als fraglich erscheinen lässt. In diesen Fällen sind es häufig Angehörige, die ein Verbleiben in der ambulant betreuten Wohnform wünschen.

Die überwiegende Zahl der Bewohner hat sich auf die gebotenen Möglichkeiten des betreuten Wohnens bzw. des stationären Wohnens eingestellt.

Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens IADL

Die alltägliche körperliche Selbstversorgung setzt die Verfügung über umfassende Fähigkeiten zur selbstständigen Verrichtung der Alltagsgestaltung oder zumindest die bewusst eingesetzte Unterstützung voraus. Neben den personenbezogenen Verrichtungen sind auch umgebungsbezogene Anforderungen zu bewältigen. Diese sind komplex gestaltet und beziehen sich schwerpunktmäßig auf den Haushalt und deren Organisation. Das eingesetzte Instrument umfasst 8 Bereiche, die 3 - 5-stufig differenzieren. Da der IADL hauswirtschaftlich ausgerichtet ist, soll die Auswertung geschlechtsspezifisch vorgenommen werden, was jedoch in vielen Fällen nicht der Wirklichkeit in der vormaligen häuslichen Arbeitsteilung gerecht wird. Sinnvoll erscheint eine Einzelauswertung der einzelnen Items. Es werden folgende Items einbezogen:

- 1 Telefon benutzen
- 2 Einkaufen
- 3 Kochen
- 4 Haushalt instand halten

5 Wäsche versorgen

6 Transportmittel nutzen

7 Medikamente einnehmen

8 Geldhaushalt regeln

Erzielbar sind 16 Punktwerte, von denen 8 Punkte erreicht werden sollten.

Zunächst soll der Summenscore im Längsschnitt verglichen werden.

Tabelle 14: IADL-Index Gesamtergebnis im Längsschnitt

	T1	T2	T3
Altbewohner	3,81	5,10	4,57
Minimum, Maximum	0 - 11	0 - 9	0 - 10
Neubewohner	6,0	7,30	7,10
Minimum Maximum	1 - 12	0 - 13	0 - 13
stationär Bewohner	2,00	1,55	2,36
Minimum, Maximum	0 - 7	0 - 8	0 - 8
WG - Bewohner	6,40	6,40	7,80
Minimum, Maximum	4 - 8	4 - 9	3 - 11

ANOVA T1: $p=0,005$; T2: $p=0,000$; T3: $p=0,001$; N= 57

Die Ergebnisse sind an dieser Stelle zunächst als Trend anzusehen, der noch weiter differenziert werden muss. Erkennbar sind deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Neubewohner und noch stärker die Wohngruppenbewohner weisen im Mittel Werte auf, die auf ein

selbstständiges Wohnen deuten lassen, zumal die Ausgangswerte sich auch noch erhöht haben.

Die Altbewohner zeigen ebenfalls Aufwärtstendenzen. Deren niedrigere Werte sind der langjährigen vollstationären Versorgung geschuldet. Die Selbstständigkeit muss erst wieder erworben werden.

Im stationären Bereich werden haushaltsbezogene Tätigkeiten nur am Rande ausgeführt, so dass die Werte hier als Gesamtscore vernachlässigt werden können. Interessant ist der Vergleich mit den Altbewohnern, die von einem vergleichbar niedrigen Ausgangswert sich bereits abgesetzt haben.

Erwartete geschlechtsbezogene Auswirkungen sind nicht aufgetreten. Die Werte liegen im mittleren Bereich und weichen nicht signifikant voneinander ab. Die oben aufgezeigten Trenddaten basieren auf einer Zusammenfassung der acht IADL-Items. Im Einzelnen werden Veränderungen abgebildet, in welchem Versorgungskonzept Bewohner ihre Selbstständigkeit stärker erhalten und welche Tätigkeiten für sie weniger relevant sind.

Tabelle 15: Übersicht IADL-Trend

IADL: Veränderung T1 – T3	Altbewohner	Neubewohner	Stationär BW	WG- BW
Telefonieren	↗	↗	→	→
Einkaufen	↗	↗	→	→
Kochen	→	↗	→	→
Haushalt	↗	↗	→	↘
Wäsche	↗	↗	→	↗
Medikamente	↘	↗	→	→
Transportmittel	↘	↗	→	→

IADL: Veränderung T1 – T3	Altbewohner	Neubewohner	Stationär BW	WG- BW
Geldhaushalt	↘	↘	↘	↘

↗ = zunehmende Selbstständigkeit; → = gleichbleibende Selbstständigkeit; ↘ = abnehmende Selbstständigkeit. N=57

1. Telefonieren

Es verbessern Altbewohner (von T1= 23,9% auf T3= 33,3%) und Neubewohner (von T1= 50,0% auf T3= 70%) ihre Selbstständigkeit durch eigeninitiativ geführtes Telefonieren. Im stationären Bereich wie auch in der Wohngruppe wird dies nur vereinzelt (je 3 BW) wahrgenommen.

Signifikanzen: Chi-Quadrat nach Pearson: P=T1: 0,043; T2:0,019; T3:0,007.

2. Einkaufen

Das eigenständige Einkaufen wie auch das Unternehmen weniger Einkäufe sieht bei Altbewohnern (von T1= 38,1% auf T3= 47,6%) wie auch bei den Neubewohnern (von T1= 45,0% auf T3= 60,0%) jeweils eine Zunahme der Eigenständigkeit. Die stationär wohnenden Bewohner (1 BW) wie auch die WG-Bewohner (3 BW) nehmen diese Tätigkeit nur selten wahr.

Signifikanzen: Chi-Quadrat nach Pearson: P=T1: 0,648; T2:0,002; T3:0,026.

3. Kochen

Die Planung und Durchführung des Selber-Kochens wurde von den Altbewohnern nur von einer Person über den Untersuchungszeitraum durchgeführt. Nach der Umstellung und dem Umbau der vormaligen Doppelzimmer zu kleinen Appartements wollten zunächst einige Bewohner keine eigene Küchenzeile haben, sodass die eigene Essenszubereitung schon daher nicht umsetzbar war.

In der Kontrollgruppe der stationären Teilnehmer wie auch der WG-Bewohner wurde nicht mehr selbst gekocht. Im stationären Bereich ist dies nicht vorgesehen und auch in der WG ist individuelles Kochen kaum möglich und findet im Gemeinschaftsbereich statt, wobei einzelne Bewohner teilnehmen können.

Lediglich neu einziehende Bewohner nehmen vermehrt die Möglichkeit des Kochens wahr und sehen sich von zu Beginn bei 10% liegend nunmehr an T3 zu 35% selbst kochend.

Signifikanzen: Chi-Quadrat nach Pearson: P=T1: 0,506; T2:0,006; T3:0,027.

4. Haushalt

Den eigenen Haushalt alleine führen zu können oder auch zumindest kleine Hausarbeiten selber durchführen zu können stellt ein Grundmerkmal selbstständiger Lebensführung dar.

Die Altbewohner zeigten nach der stationären Phase nun im Betreuten Wohnen großes Interesse an der eigenen Haushaltsführung (von T1= 14,3% auf T3= 52,4%) während auch die Neubewohner eine Steigerung zeigten (von T1= 45% auf T3= 65%).

Im stationären Bereich entfällt diese Leistung, da kein eigener Haushalt vorhanden ist und in der WG ist dies eingeschränkt möglich, zeigt aber leicht abnehmende Tendenz (von T1= 83,3% auf T3= 66,6%).

Signifikanzen: Chi-Quadrat nach Pearson: P=T1: 0,000; T2:0,000; T3:0,000.

5. Wäsche

Sämtlich Wäsche selbstwaschen ist nur einmal von einer Person in der WG angegeben worden. Kleine Sachen waschen jedoch einige Bewohner (AB von T1=4,8% auf T3= 19,1%; NB von T1= 10% auf T3= 25% und WG von T1= 50% auf T3= 66,6%).

Bewohner der Kontrollgruppe im stationären Bereich waschen nichts selber.
Signifikanzen: Chi-Quadrat nach Pearson: P=T1: 0,007; T2:0,386; T3:0,014.

6. Medikamente

Die eigenverantwortliche Medikamenteneinnahme wird zu Beginn der Messung nur von jeweils 2 Bewohnern der Alt- und Neubewohner eingenommen. Im Verlauf gibt es einen leichten Zuwachs bei den Altbewohnern mit 1 Person wie auch bei den Neubewohnern mit 2 Personen. Vorbereitete Medikamente werden in der Mehrheit korrekt eingenommen (AB T1= 52,4% auf T3= 42,9% leicht abnehmend; NB T1= 45% auf T3 auf 50% leichtzunehmend; KG mit 90,9% von T1 bis T3 gleichbleibend und auch die WG-Bewohner mit 66,6% von T1 bis T3 gleichbleibend).

Signifikanzen: Chi-Quadrat nach Pearson: P=T1: 0,135; T2:0,108; T3:0,020.

7. Transportmittel

Mit der selbstständigen Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, des eigenen Autos wie auch die Bestellung und Nutzung eines Taxis wird ein hoher Unabhängigkeitsgrad erreicht. Altbewohner zeigen sich zu 23,8% zu T1 mobil und mit einem leichten Zugewinn zu T3 (28,6%). Neubewohner zeigen mit 40% mobiler Bewohner zu T1 bis T3 eine konstante Mobilität. In der KG im stationären Bereich zeigt eine Person in der Mobilität hohe Selbstständigkeit und in der WG nutzen den ÖPNV zunächst kein Bewohner und zu T3 jedoch 50%).

Signifikanzen: Chi-Quadrat nach Pearson: P=T1: 0,000; T2:0,090; T3:0,106.

8. Geldhaushalt

Abschließend soll der Umgang mit Geldmitteln als Teil des eigenständigen Lebens betrachtet werden. Der selbstständige Umgang mit Geld ist bei allen teilnehmenden Bewohnern nicht sehr ausgeprägt. Altbewohner zeigen zu Beginn noch 9,5% Selbstständigkeit und verlieren diese bis T3 vollständig.

Neubewohner zeigen zu Beginn noch zu 30,0% Eigenständigkeit im Umgang mit Geld. Zum Zeitpunkt T3 verliert sich dies und erreichen nur noch 20% der Probanden. KG- und WG-Bewohner verfügen zu keinem Zeitpunkt über die eigenständige Verfügung über ihren Geldhaushalt. Die Fähigkeiten mit Geld umzugehen, auch bei kleineren Ausgaben, verliert sich bei allen vier Gruppen.

Signifikanzen: Chi-Quadrat nach Pearson: $P=T1: 0,103$; $T2:0,090$; $T3:0,022$.

Die nähere Betrachtung der Selbstständigkeit an Hand von Tätigkeiten, wie sie im Alltag gewöhnlich vorkommen, belegt sehr unterschiedliche Unterstützungen. Altbewohner, die nach längerer Wohndauer mit stationärer Versorgung in der Einrichtung in der Länge sind, Teilbereiche in alltagsverrichtenden Tätigkeiten wieder durchführen können, finden mit gezielter Unterstützung wieder zu einem eigenständigen Leben.

Neubewohner sehen in nahezu allen Bereichen Zugewinne an Selbstständigkeit. Für Bewohner, die sich im stationären Bereich sicherer fühlen, ist die Einbeziehung in alltagsbezogene Tätigkeiten wie kochen, waschen oder einkaufen nicht notwendig vorgesehen. Die Vergleichsgruppe der Altbewohner hat jedoch gezeigt, dass bei einer Umstellung viele alltagsverrichtende Tätigkeiten wiedererlangt werden. Wohngemeinschaftsmitglieder zeigen Trends, die auf eine Versorgung mit Ansätzen wie im stationären Bereich ausgerichtet sind. Der Versorgungs- bzw. Unterstützungshintergrund muss sich hierauf einstellen.

8.2 Teilhabe an gemeinschaftsorientierten Angeboten

Tabelle 16: Nutzung der Quartiers-Veranstaltungen im SSB

N=45	Angaben Nennungen	Angaben in %
Markttage im ZfS	19	42,2
Cafe Herzlich	18	40,0
Jahreszeitliche Feste	16	35,6
Lichtbildervorträge	13	28,9
Bamberg Zaubert	9	20,0
Kartenspielen	4	8,9
Werkstatt Antonie	4	8,9
Fachvorträge	2	4,4

Bewohnerbefragung nach Interessen und Wünschen, N=45⁴⁴

Die Angebote haben nicht alle Alt- und Neubewohner erreicht. Hauptgründe lagen in mangelndem Interesse am Programm oder auch an Informationsmangel. Gesundheitliche Beeinträchtigungen waren ebenfalls angegeben worden wie etwa Mobilitätseinschränkungen.

Was wurde gewünscht? Die Angaben knüpften an die Interessen an, die vor dem Einzug in das Betreute Wohnen ausgeübt wurden.

Am häufigsten wurden die Begegnung und der Austausch mit Gleichaltrigen genannt (14 Personen). Das mag in einer Wohnalternative mit Betreuung verwundern, jedoch auch hier sind Gleichaltrige nicht automatisch verfügbar.

⁴⁴ Durchführung Befragung: Larissa Retzmann (03.08. 2018) Studienarbeit FH Coburg. Mehrfachnennungen

Die Altersgruppen liegen zwischen 57 und 101 Jahren. Das macht den Unterschied von drei Generationen, annähernd 40% der Bewohner im Haus Domblick waren zum Zeitpunkt der Erhebung 85 Jahre und älter. Vor Einzug in das Betreute Wohnen war die Musik ein wesentliches Element im Alltag der Bewohner. Das Angebot hierzu ob als Musikgruppe oder als Vortrag wird vermisst. Ein weiterer Freizeitwert lag vor Einzug im gärtnerischen Gestalten im eigenen Garten, was ebenfalls etwa im Hochbeet gerne wieder ausgeübt werden würde. Einige Bewohner würden in einem Literaturkreis an frühere Interessen anknüpfen. Immerhin mehr als jede fünfte befragte Person und ebenso viele Nennungen fielen auf kreative Gestaltungen, wobei hierbei wie auch bei anderen Wünschen das Haus selbst und die Umgebung des Hauses stärker in den Blickpunkt gerückt wurde. Gesundheitsförderung und psychosoziale Unterstützung tritt anstelle von vormals ausgeübter sportlicher und Bewegungsaktivitäten. Nicht so stark im Vordergrund steht die Begegnung mit jungen Leuten und jungen Familien. Die eigene Familie ist für einen großen Teil der Bewohner erreichbar. Bei 75% sind Angehörige vorhanden und bei zwei Drittel Kinder, ganz überwiegend im selben Ort lebend.

8.2.1 Nutzung der Tagespflege

In dem Verbundkonzept der Sozialstiftung stellt die Tagespflege ein „flexibles Unterstützungs- und Betreuungsangebot dar, das sich an den Bedürfnissen jedes einzelnen Gastes orientiert. Individuelles Wohlbefinden und Entspannung der Tagespflegegäste soll gefördert werden.“⁴⁵

Die Einrichtung der Tagespflege geschah zeitgleich mit der Umstellung des Hauses Domblick. Es sollte das Leben in Alltagsnormalität unterstützt werden.

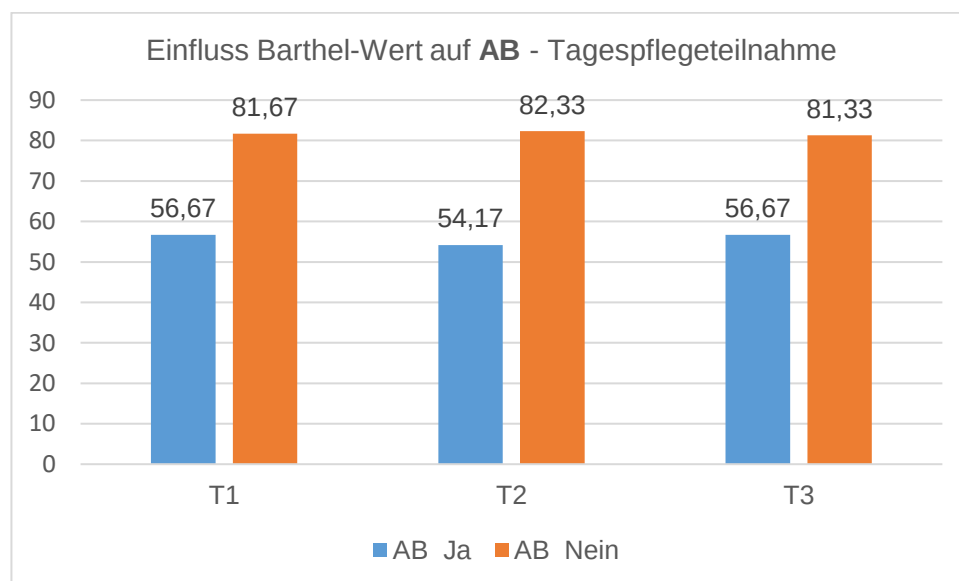
⁴⁵ Verbundkonzept a.a.O.: S.21ff

Besucher aus dem Haus finden Angebote spezieller Betreuung wie z.B. „Orientierungsübungen, Gedächtnistraining, Bewegungsübungen, Singkreis, Filmvorführungen, Gartenpflege, Mitgestaltung der Mahlzeiten und von festen, musischen Tätigkeiten, spezielle Erinnerungspflege, Zeitungslektüre, Filmvorführungen und vieles mehr.“⁴⁶

Der Anteil der Tagespflegegäste in der Befragung beträgt 31% und entspricht dem tatsächlich registrierten Anteil der Bewohner des Haus Domblick zum Erhebungszeitpunkt. Die Nutzung der Angebote erfolgt recht unterschiedlich, wie oben dargestellt.

Im Längsschnitt wird der Einfluss körperlicher wie auch alltagsgestalterischer Fähigkeiten auf den Besuch der Tagespflege deutlich.

Abbildung 22: Barthel-Wert und Tagespflegeteilnahme Altbewohner



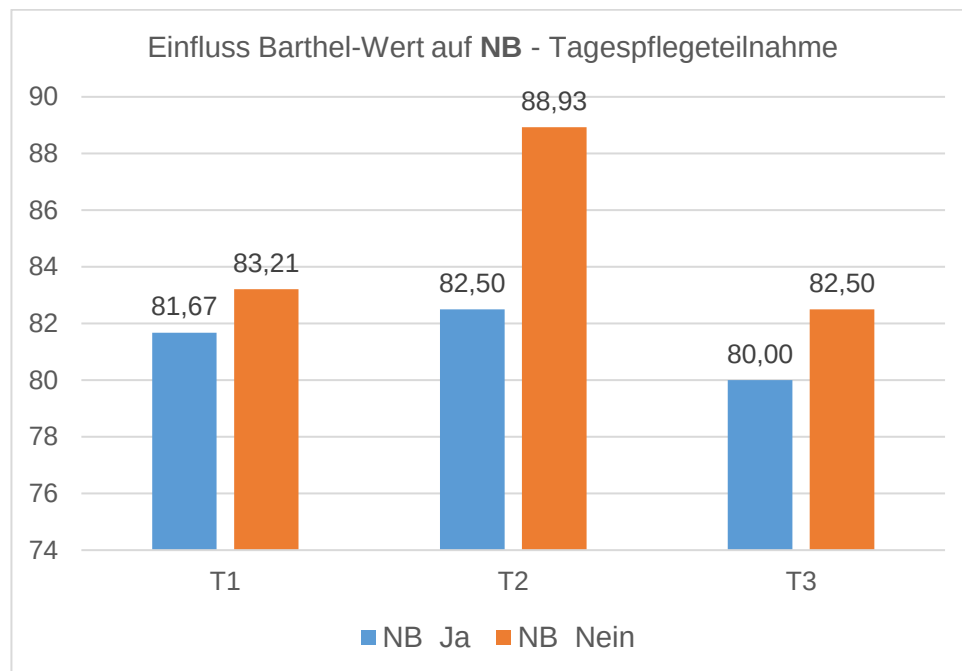
N=58 Signifikanz nach ANOVA: $p = T1=0,197, T2=0,010, T3=0,192$

⁴⁶ Nach: Verbundhauskonzept a.a.O. S.21ff

Altbewohner, die vor der Umstellung unter den Bedingungen vollstationärer Versorgung hier gelebt haben sind eher motiviert an den Angeboten der Tagespflege teilzunehmen, wenn ihre physischen Beeinträchtigungen nach Barthel-Index im mittleren Bereich der Stufe „Hilfebedürftigkeit“ liegen. Personen mit einem höheren Grad an Selbstständigkeit zählen eher zu den Nichtteilnehmern der Tagespflege.

Unter Neubewohnern ist ein ähnlicher Trend zu beobachten, wenn auch abgeschwächer, da die Werte generell etwas höher liegen (Abb. 23).

Abbildung 23: Barthel-Wert auf NB - Tagespflegebeteiligung



N=58 Signifikanz nach ANOVA: $p = T1=0,197, T2=0,010, T3=0,192$

Tagespflegebesucher erhalten die Möglichkeit soziales Miteinander zu pflegen und ihr soziales persönliches Netzwerk zu erweitern. Diese Möglichkeit nehmen Personen bei Vorliegen von Mobilitätsbeeinträchtigungen stärker wahr. Es war erwartet worden, dass sich mit der Teilnahme an Tagespflegeangeboten auch das soziale Netz vergrößert. Die neu eingezogenen

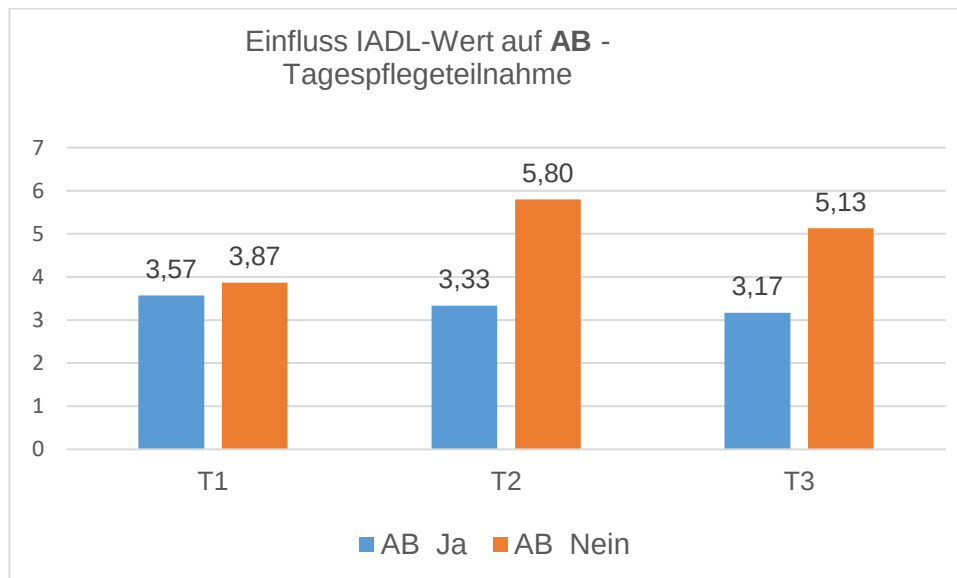
Bewohner ohne Tagespflegebesuch zeigten keine Veränderung in ihren sozialen Netzen. Die Personen mit Tagespflegebesuch unter den Neubewohnern konnten ihre sozialen Netze dagegen erweitern.

Altbewohner profitierten bei Besuchen der Tagespflege deutlich mehr und vergrößerten ihre sozialen Netze von 4,17 (T1) auf 5,83 Personen (T2).

Die sozialen Beziehungen von Nichtteilnehmern der Altbewohner zeigten ebenfalls ein beachtliches Wachstum von 3,87 (T1) auf 5,27 (T3). Es wirkten sich die Begegnungsmöglichkeiten in den Gemeinschaftsbereichen aus, die im Zeitverlauf immer stärker selbstständig genutzt wurden.

Wird die Entscheidung für die Tagespflege auch auf das Vorhandensein instrumenteller Fähigkeiten (IADL) zur selbstständigen Alltagsgestaltung beeinflussen?

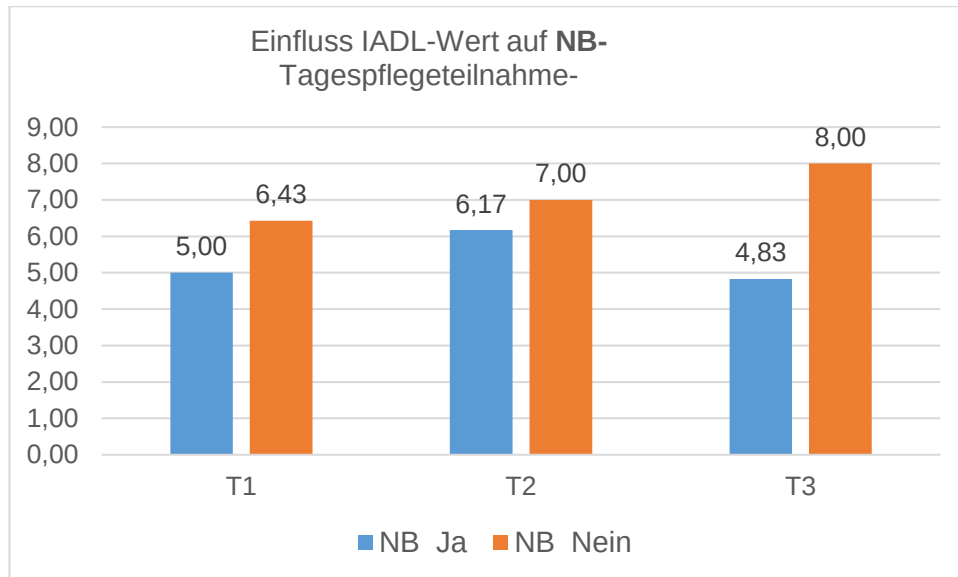
Abbildung 24: IADL-Wert und Tagespflegebeteiligung Altbewohner



N=58 Signifikanz: p= ANOVA T1=0,049, T2=0,027, T3=0,031

Die Nutzergruppe der Tagespflege unter den Altbewohnern (Tab. 24) wie auch unter den Neubewohnern (Tab. 25) zeigt ein ähnliches Bild: Je höher der IADL-Wert, je geringer die Nutzung der Tagespflege.

Abbildung 25: IADL-Wert und Tagespflegebeteiligung - Neubewohner

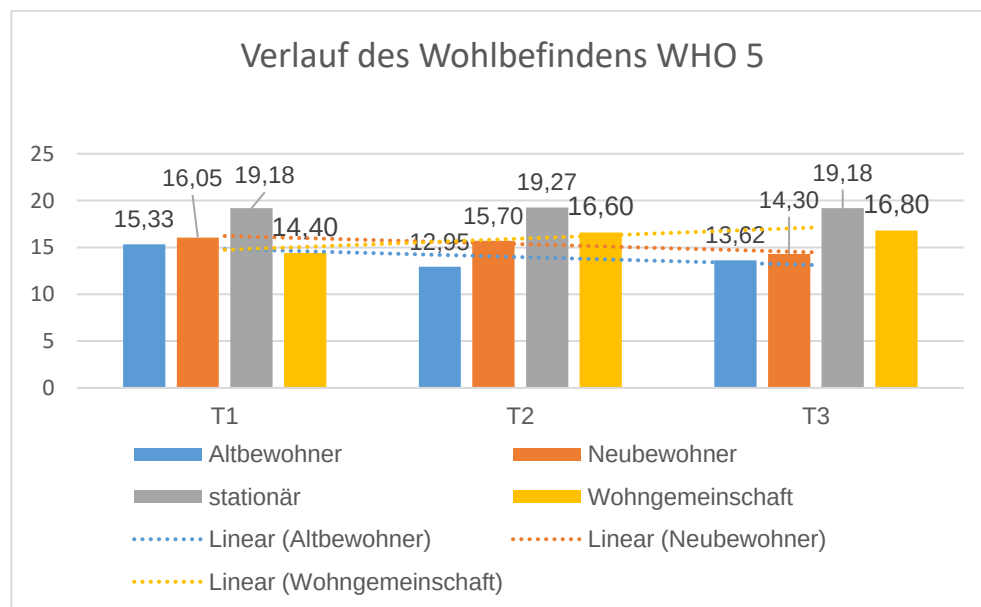


N=58 Signifikanz: $p = \text{ANOVA T1}=0,049$, $\text{T2}=0,027$, $\text{T3}=0,031$

8.3 Wohlbefinden als Zeichen von Lebensqualität

Das subjektive Wohlbefinden wird als Bewertung des Einsatzes individueller Ressourcen im Kontext umweltbezogener Merkmale angesehen. Es stellt als Ergebnis die Beurteilung der jeweiligen Lebensbedingungen in den vier Varianten im Zusammenhang mit der Akzeptanz durch die Bewohner dar. Maßstab ist das empfundene Wohlbefinden, wie es im Verlauf die räumlichen und sozialen Gegebenheiten erfasst. Die leichten Veränderungen der Wohlbefindlichkeitswerte gegenüber den Werten zum Ausgangspunkt der Umstellung sind den unterschiedlichen Teilnehmerzahlen im Längsschnitt geschuldet. Hier wurden nur Personen einbezogen, die an allen drei Erhebungswellen teilgenommen haben.

Abbildung 26: Das selbstempfundene Wohlbefinden zu drei Erhebungszeitpunkten



Anova $p=t1=0,141$; $t2=0,001$; $t3=0,003$; $N=57$, Angaben Summenwerte der 5 Items von jeweils 1 bis 5 Wertungspunkten

Die Bewertung erfolgt nach Zusammenfassung der jeweiligen Punktschumm:

sehr gutes Wohlbeftnden

- 19 - 25 Punkte

zufriedenstellendes Wohlbeftnden

- 13 - 18 Punkte

reduziertes Wohlbeftnden

- 10 - 12 Punkte

deutlich eingeschränktes Wohlbeftnden

- unter 10 Punkte

klinische Depression möglich

- unter 7 Punkte
-

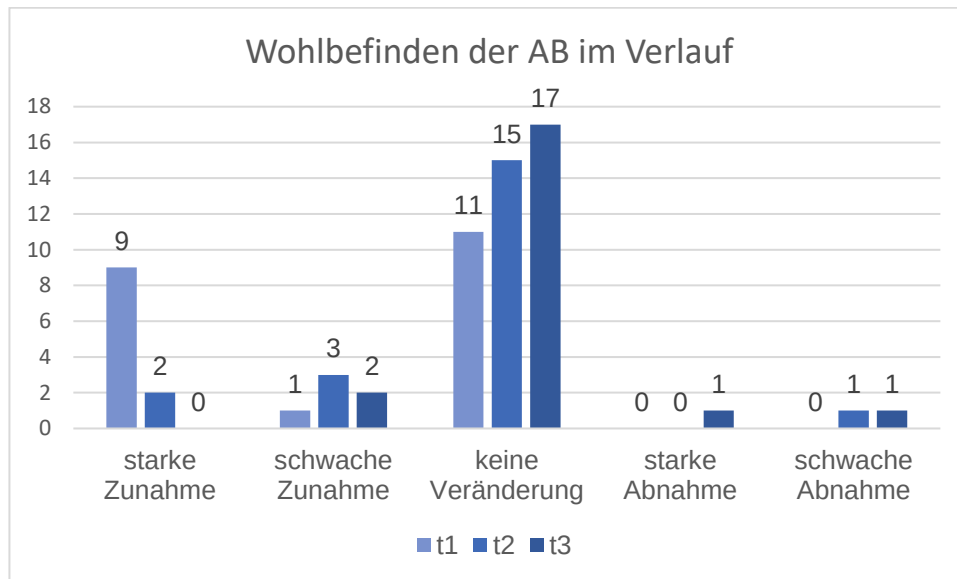
Die Zielsetzung aller vier Wohn- und Versorgungsvarianten lag in der Erreichung des Bereiches: „zufriedenstellendes Wohlbeftnden“ bis „sehr gutes Wohlbeftnden“. Im Längsschnitt konnte die Zielerreichung bestätigt werden. Was sich bereits nach kurzem Eindruck in den ersten Monaten andeutete, stabilisierte sich in den folgenden ca. 20 Monaten

Vergleich Alt- und Neubewohner

Ein differenzierteres Bild mit der Darstellung des Verlaufs von Wohlbeftnden in den vier Wohn- Pflegevergleichen beschreibt im Einzelnen die Veränderungen mit Zu- und Abnahme des Wohlbeftndens.

Betrachten wir das Wohlbeftnden der Altbewohner in den drei Wellen t1, t2 und t3, so lassen sich folgende Ergebnisse feststellen.

Abbildung 27: Wohlbefinden der Altbewohner im Verlauf



Chi-Quadrat $p=0,025$, $N = 21$. Darstellung jeweils Anzahl der Bewohner. Die Bewertung erfolgt durch das Hauptpflegepersonal nach einfacher Zuordnung durch Beobachtung.⁴⁷

Altbewohner

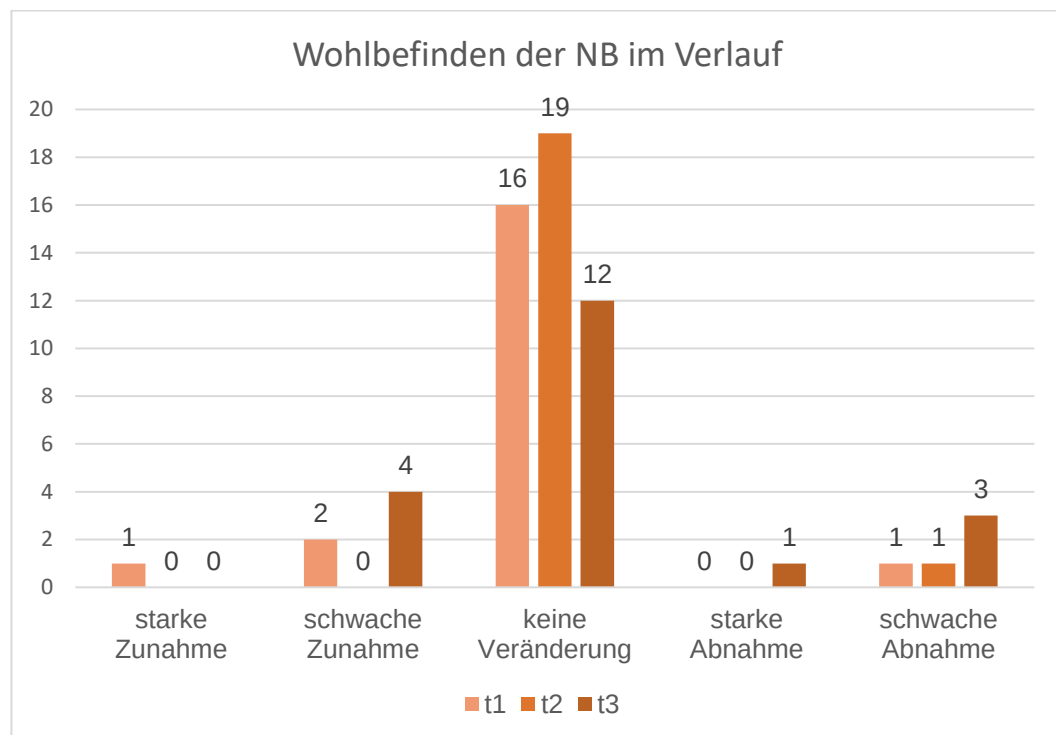
Das Wohlbefinden der Altbewohner zeigt zu t1 noch eine starke Zunahme und nimmt im Verlauf bis zur dritten Welle nicht mehr zu, die schwache Zunahme kann sich bis zur dritten Welle noch leicht halten. Keine Veränderung im Wohlbefinden erfahren in den Messungen immer mehr Altbewohner, lag die erste Messung noch bei über 50%, steigt sie in der zweiten Messung auf über 70% und zu t3 auf über 80%. Die starke und schwache Abnahme tritt nur geringfügig auf.

⁴⁷ Das Hauptpflegepersonal sollte mittels eines Beobachtungsbogens einschätzen, wie sich das Wohlbefinden der Bewohner in dem Zeitraum von t1 bis t3 verändert.

Neubewohner

Bei den Neubewohnern lassen sich im Bereich subjektives Wohlbefinden zu t1 nur geringe Zunahmen von 15% verzeichnen (5% starke Zunahme und 10% schwache Zunahme), die zu t2 nicht mehr auftreten und erst zu t3 können schwache Zunahmen zu 20% verzeichnet werden. Keine Veränderung zeigen zu t1 80% der Neubewohner, die zu t2 um 15% zunehmen und zu t3 wieder auf einen Wert von 60% sinken. Zunahmen erfahren zu t3 die starken und schwachen Abnahmen (20%).

Abbildung 28: Wohlbefinden der Neubewohner im Verlauf



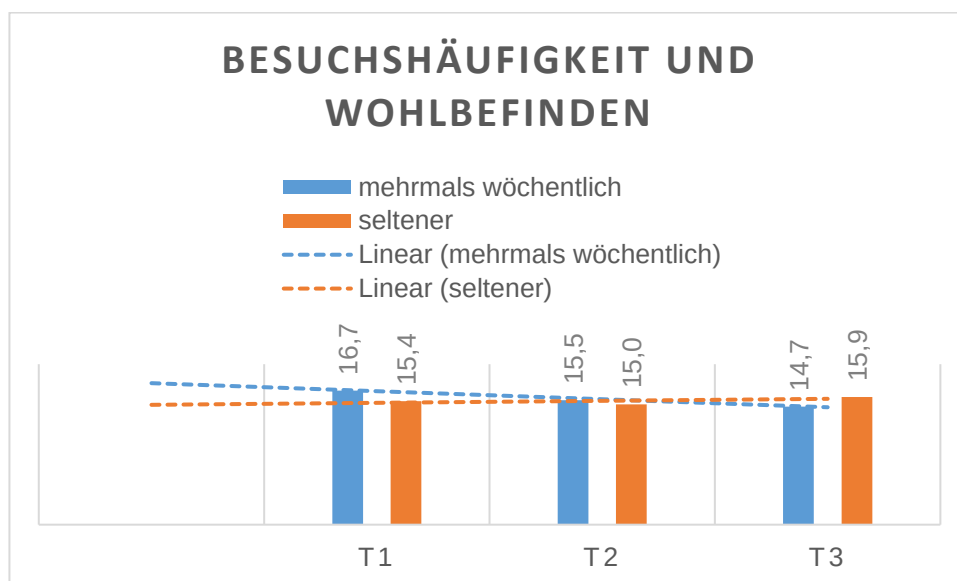
Chi-Quadrat $p = \text{n.s.}$, $N = 20$

Schwankungen in der Zu- bzw. Abnahme des Wohlbefindens sind mitunter auf störende Alltagserlebnisse zurückzuführen, weniger auf grundsätzlich störende Wohnumgebungen. Schwankungen wurden beispielsweise auf

wenig zufriedenstellende Essensversorgung durch externe Lieferanten oder über einen kürzeren Zeitraum wiederkehrende Störungen durch einzelne Bewohner hervorgerufen. Die relativ geringe Abnahme des Wohlbefindens im Zeitverlauf verweist auf eine ganz überwiegend gute Akzeptanz bei Altbewohnern wie auch bei Neubewohnern.

Ein Einfluss auf das Wohlbefinden resultiert aus dem sozialen Verhältnis des Bewohners zu Angehörigen, Mitbewohnern oder auch externen Bekannten. Ein durchgehend konstant „zufriedenstellendes“ Wohlbefinden zeigen verwitwete Bewohner. In allen anderen Konstellationen (ledig, verheiratet, geschieden) zeigt das Wohlbefinden abnehmende Tendenzen. Überraschend ist die Entwicklung des Wohlbefindens im Zusammenhang mit der Besuchshäufigkeit.

Abbildung 29: Besuchshäufigkeiten und Wohlbefinden



WHO 5-Werte Signifikanz nach ANOVA-Tabelle: p= T1: 0,117;
T2: 0,002; T3: 0,003, N=58

Je häufiger die Besuche, je abnehmender das Wohlbefinden. Die Begegnung mit anderen Menschen aus dem Angehörigen- und Freundeskreis löst nicht generell Freude aus. Entscheidender ist die Qualität der Besuche.

Verwendung von Gehhilfen und Wohlbefinden

Die Entwicklung von Wohlbefinden bei Personen mit Mobilitätsbeeinträchtigungen zeigt selbst bei barrierefreier Wohnumgebung deutliche Unterschiede. Die Verwendung einer Gehhilfe erzeugt bei Altbewohnern ein zufriedenstellendes Wohlbefinden. Personen, die eine Gehhilfe nicht verwenden liegen dagegen in allen Wohnformen im Bereich reduzierten Wohlbefindens.

Verwendung eines Rollstuhls und Wohlbefinden

Personen, die einen Rollstuhl als Mobilitätshilfe verwenden zeigen gegenüber Gehhilfenutzern ein gegenteiliges Bild. Sie liegen erheblich unterhalb der Wohlbefindlichkeitswerte der Bewohner ohne Rollstuhlnutzung.

Die gesamte Anlage der Sozialstiftung inklusive der Bewohnerräume ist barrierefrei für Rollstuhlnutzer angelegt. Die Bewertung ihres Wohlbefindens hat demgemäß andere Ursachen, die eher auf ein Akzeptanzproblem durch die Nutzer selbst oder auch gelegentlich durch Mitbewohner schließen lassen.

8.4 Soziale Netze und Beziehungen

Teilhabe, Freizeitgestaltung und Wohlbefinden mit emotionalem Befinden begründen die Eingebundenheit in die soziale Umwelt. Können die gewählten Lebensbedingungen der verschiedenen Wohn- und Betreuungsformen die Fähigkeiten zur selbstbestimmten Sozialgestaltung unterstützen oder gar fördern? Soziale Netzwerke stellen ein Beziehungsgeflecht dar. Mitwohnende, Pflegende und Angehörige können in unterschiedlich intensiven Verbindungen bei der Alltagsgestaltung zur Seite stehen. Beziehungen werden in dieser Darstellung unterschieden nach der emotionalen Bedeutsamkeit der Verbundenheit zwischen Personen. Die Verbindungen der Bewohner zu Bezugspersonen werden nach außerordentlich wichtig, sehr wichtig und wichtig eingeschätzt. Somit können nicht nur quantitative, sondern auch qualitative Veränderungen in den Intensitäten von Beziehungen verfolgt werden. Die Entwicklung von sozialen Netzwerken mit qualitativ unterschiedlicher Reichweite stellt einen Baustein zur Entfaltung sozialer Kompetenz dar (Pflegeziel).

Tabelle 17: Netzwerke mit sehr enger und enger Verbundenheit

	Altbewohner N=33	Neubewohner N=31	Stationär- Bewohner N=14	WG- Bewohner N=9
Ehepartner	2	2	1	0
(Schwieger-) Tochter	6	18	6	6
(Schwieger-) Sohn	10	16	4	8
Enkel	6	15	0	7
Angehörige	8	13	3	6

	Altbewohner N=33	Neubewohner N=31	Stationär- Bewohner N=14	WG- Bewohner N=9
Freunde / Bekannte	6	6	1	4
Verstorbene Personen	4	6	1	4
Pflegepersonal	22	6	14	2
Betreuungspersonal	19	2	10	0
Mitbewohner	21	4	12	2
Andere Personen	7	3	6	1
Anzahl Personen im Mittel	3,36	2,93	4,14	4,44

Die Netzwerkgröße stellt die Situation bei Projektbeginn dar. N=87 zu Beginn.

Da im Projektverlauf über ca. 2 Jahre Messzeitraum nur Bewohner einbezogen wurden, die an allen drei Messterminen teilgenommen haben, ergeben sich hier etwas abweichende Werte.

Veränderungen im Längsschnitt bei

AB: T1 von 3,95 zu T3 auf 5,43 und

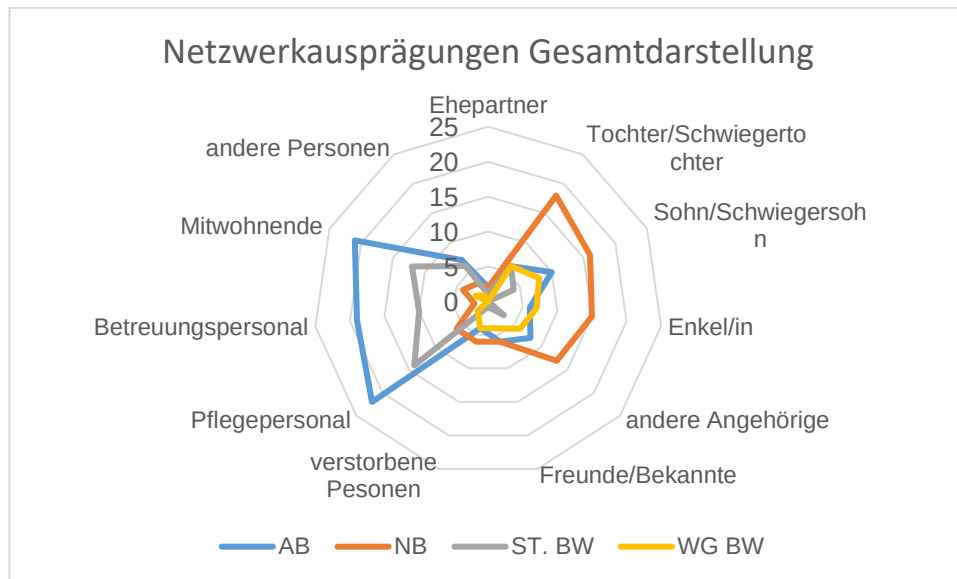
NB: T1 von 5,0 zu T3 auf 5,20 Personen.

Stationär BW: T1 von 3,91 zu T3 auf 3,36 Bewohner und

WG BW: T1 von 8,0 auf T3 7,8 Bewohner.

Im Betreuten Wohnen der Alt- wie auch der Neubewohner sind Netzwerkerweiterungen beobachtbar während im stationären Bereich und in der Wohngruppe leichte Abnahmen zu verzeichnen sind. Im Folgenden werden die Veränderungen in den Netzwerkstrukturen dargestellt.

Abbildung 30: Übersicht der Netzwerkausprägung



N=83, Anzahl der Nennungen. AB=Altbewohner, NB=Neubewohner, St.BW=stationär versorgte Bewohner, WG BW=Wohngemeinschaftsbewohner

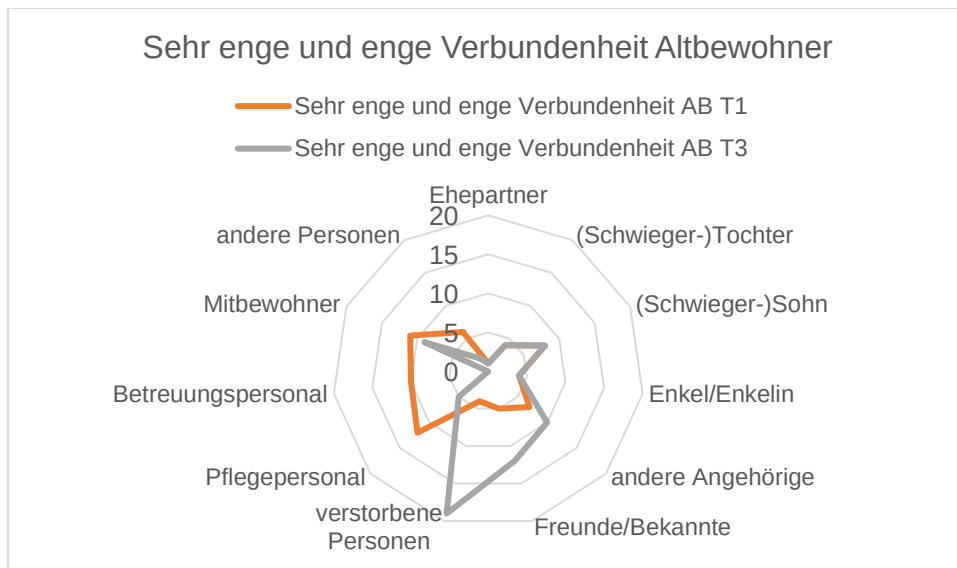
Auf der Abbildung 29 wird sichtbar, dass Altbewohner vorrangig Kontakte zu Personen innerhalb der Wohnstätte pflegen bzw. gepflegt haben. Diese Kontakte resultieren aus der Zeit vor der Umstellung auf das betreute Wohnen. Neubewohner dagegen weisen zum Zeitpunkt des Einzugs mehrheitlich auf Kontakte zu Familienangehörigen. Die Teilnehmenden an dieser Studie im stationären Bereich zeigen vergleichbare Tendenzen zu Personen innerhalb der Einrichtung wie es die Altbewohner zu Beginn aufweisen.

WG-Bewohner beziehen ihre Kontakte wie die Neubewohner im Ambulanten Wohnen aus den Angehörigenbesuchen. Sie werden wie die Neubewohner bei Einzug und in den ersten Monaten von diesen unterstützt und häufiger besucht. Die Kontakte erfassen alle Personen, unabhängig vom Ausmaß ihrer Verbundenheit zu dem einzelnen Bewohner.

Im Verlauf der folgenden zwei Jahre verändern sich die sozialen Netzwerke zu Personen. Das wird sichtbar, wenn nur Personen einbezogen werden, zu denen die Bewohner enge und sehr enge Verbundenheit zeigen.

Die folgenden Grafiken und Daten beschreiben Bewohner, die aus dem vorgegebenen Personenkreis auf mindestens eine vertraute Person zurückgreifen können.

Abbildung 31: Altbewohner-Netzwerk mit Personen in sehr enger + enger Verbundenheit



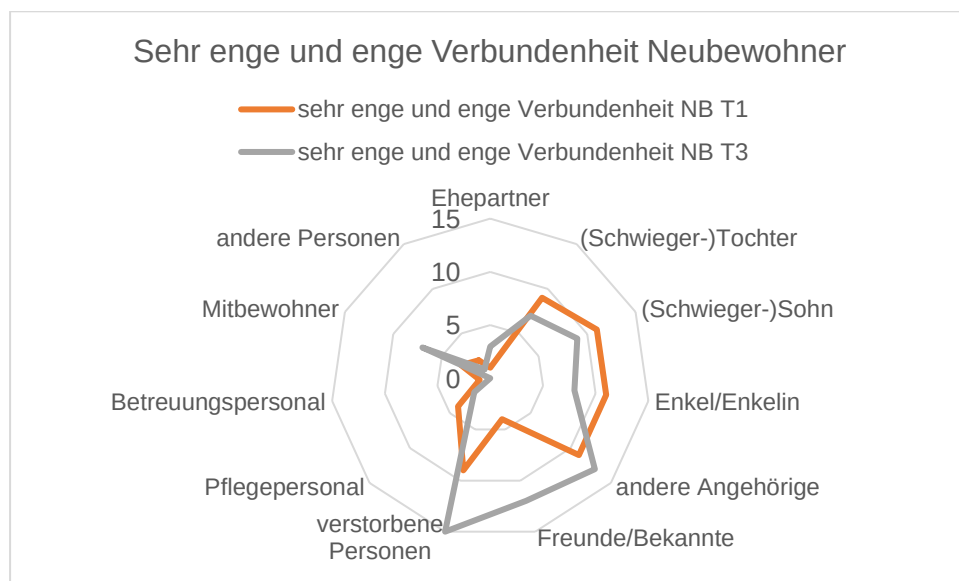
Altbewohner im Längsschnitt Gesamt N=58. Nennung der Zugehörigkeit der Kontakte.

Das persönliche soziale Netzwerk der Altbewohner war zu Beginn geprägt von Kontakten zum Personal und zu Mitbewohnern. Nach der Umwandlung mit der Einführung der Pflege durch den ambulanten Dienst haben sich die Kontakte zum Personal neu ausrichten müssen. Einige Beziehungen sind dabei verloren gegangen. Das trifft auch für einige Mitbewohner zu, die in den stationären Bereich der Stiftung gewechselt haben. Zu einigen wurden die Kontakte aufrechterhalten, da der stationäre Bereich an das Betreute Wohnen

angrenzt und über einen Übergang leicht zu erreichen ist.

Auffällig ist die Besinnung auf bereits verstorbenen Personen. Zugewinn an sozialen Kontakten mit Vertrauenszuspruch resultierten aus der Einbindung weiterer Angehöriger, sodass der Bekanntenkreis nur geringe Einbußen verzeichnete, was sich auch unter qualitativen Gesichtspunkten unter Einschluss der sehr engen und engen Beziehungen der Altbewohner ablesen lässt. Ohne Berücksichtigung bereits verstorbener Personen verkleinerte sich der vertraute Personenkreis von 3,24 auf 2,63 Personen. Das betraf vor allem den Kreis der Pflegepersonen, die durch die Umstellung nur noch kurzzeitig im Hause verfügbar sind. Auch Neubewohner erleben Veränderungen in ihren sozialen Beziehungen, die sich in der Einschätzung von Personen mit enger und sehr enger Verbundenheit zeigen.

Abbildung 32: Neubewohner-Netzwerk mit Personen in sehr enger + enger Verbundenheit



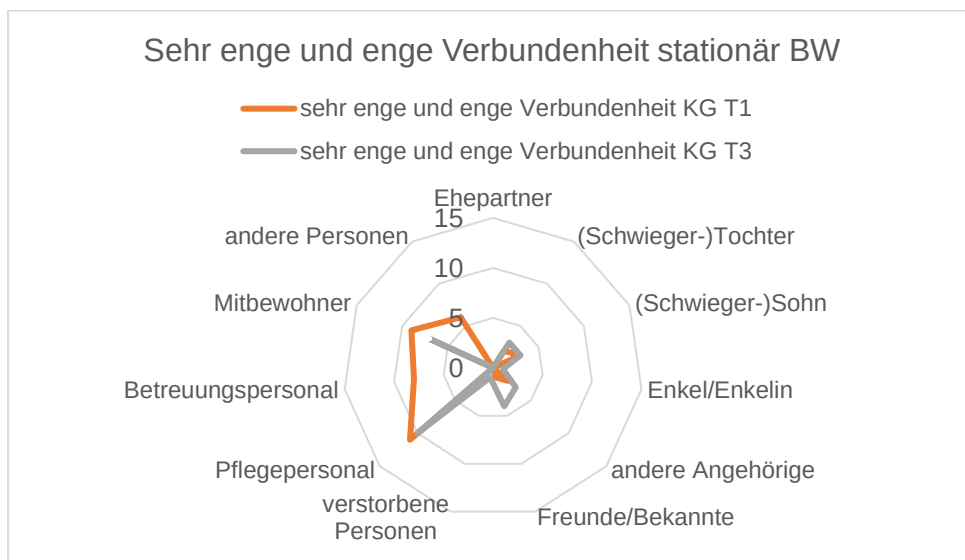
Neubewohner im Längsschnitt Gesamt N=58

Für die neu eingezogenen Bewohner hat sich das soziale Umfeld ebenfalls verändert. Der Anteil an Familienmitgliedern hat sich für sie reduziert. Im Zeitverlauf zeigen sich weitere Einbußen, wobei andere Angehörige leichte

Gewinne ausmachen. Dieser Umzug von der eigenen Häuslichkeit in das Betreute Wohnen weckt bei vielen von ihnen, wie schon bei den Altbewohnern ersichtlich, Erinnerungen an für sie ehemals wichtige Personen.

Der relativ große Bekanntenkreis hat sich nicht reduziert und liegt bei durchschnittlich 2,85 Personen zu Beginn nun leicht über dem Ausgangswert von durchschnittlich 3,10 Personen, die zum engen bzw. sehr engen Personenkreis zu zählen, darunter bereits auch einige Mitbewohner.

Abbildung 33: Stationär Bewohner-Netzwerk mit Personen in sehr enger + enger Verbundenheit



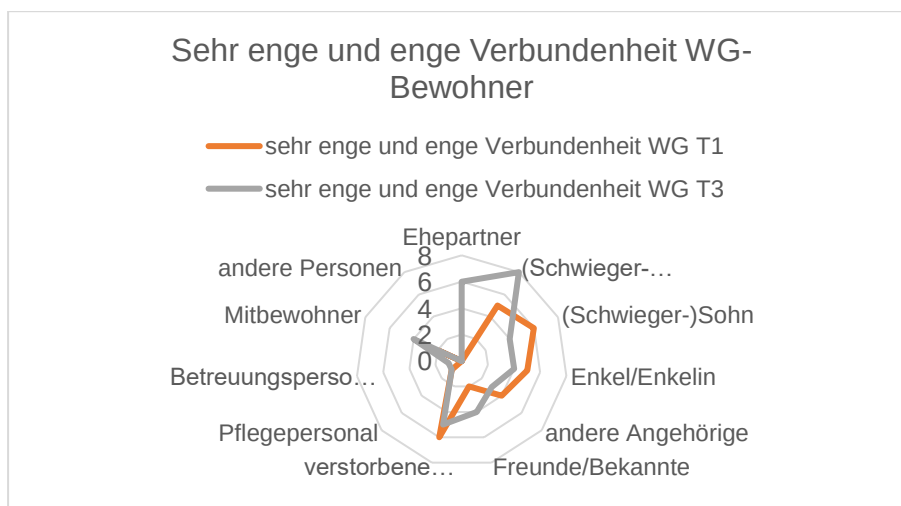
Stationär Bewohner im Längsschnitt, Gesamt N=58

Bei der Umwandlung von stationärer in ambulante Pflege und Betreuung war ein Teil der Bewohner nicht bereit, die zukünftig ambulant durchgeführte Pflege zu übernehmen. Daher wählten sie die weitere stationäre Versorgung im angebauten Neubauteil. Ausschlaggebend waren gesundheitliche Gründe, sowie die Möglichkeit weiterhin in vertrauten Abläufen leben zu können aber auch die Angst, nunmehr die selbstständige Lebensführung in allen Belangen umsetzen zu müssen und dies nicht schaffen zu können.

Letztlich hatte dazu beigetragen, vertrautes Pflegepersonal um sich zu wissen, mit welchem eine enge bis sehr enge Verbundenheit besteht. Einen zweiten vertrauten Personenkreis stellen Mitbewohner dar, die ebenfalls jederzeit erreichbar sind. Ein Zugewinn durch die Einbeziehung von Enkeln und anderen Angehörigen half die Reduzierung von vertrauten Personen von durchschnittlich 3,8 Personen auf durchschnittlich 2,8 Personen zu überbrücken.

Zu bereits verstorbenen Personen bestand zu Beginn wie auch im weiteren Verlauf keine enge oder sehr enge Beziehung mehr. Mit der weiteren stationären Versorgung wurden keine spürbaren Veränderungen erzeugt.

Abbildung 34: WG-Bewohner-Netzwerk mit Personen in sehr enger + enger Verbundenheit



WG-Bewohner im Längsschnitt, Gesamt N=58

Die Bewohner der Wohngemeinschaft hatten zu Beginn eine Begleitung durch Moderatorinnen. Der Alltagsablauf wurde von diesen unterstützt und mit ihnen organisiert. An Kontakten standen Familienmitglieder zur Seite, die im Verlauf durch weitere Angehörige erweitert wurden. Die enge und sehr enge Verbundenheit zu den dargestellten Personenkreisen erreichten anfänglich durchschnittlich 4,17 Personen. Im Untersuchungszeitraum steigerte sich die

durchschnittliche Anzahl auf 5,83 Personen. Da im Pflege- und Betreuungsbereich personelle Wechsel während des Untersuchungszeitraumes stattfanden, konnten Beziehungen zu Pflege- und Betreuungspersonal als eng verbundene Personen noch nicht angeführt werden.

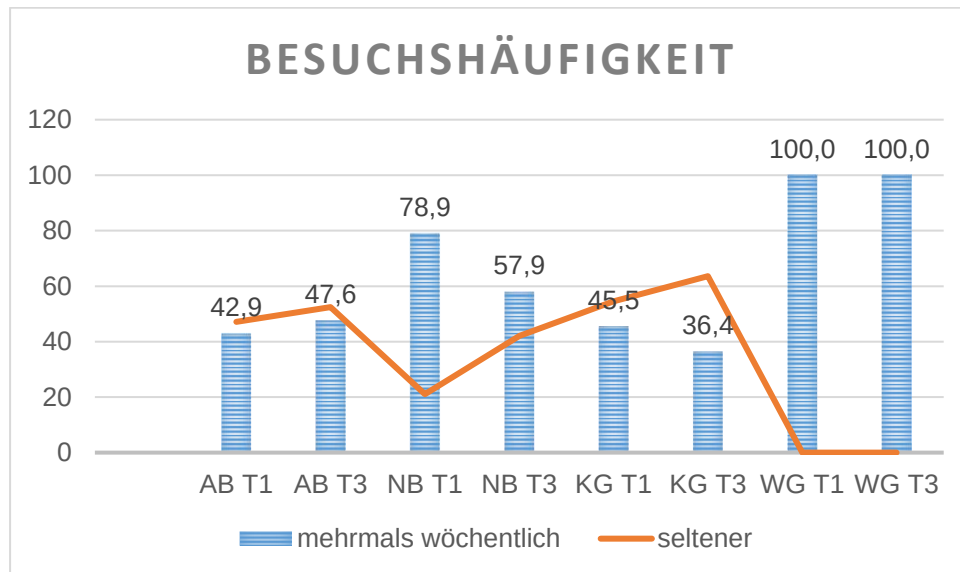
Das Beispiel zeigt, dass auch in Wohngemeinschaften nicht zwingend Vertrauensverhältnisse in relativ kurzen Zeiträumen entstehen. Dennoch konnten einige Bewohner bereits Mitbewohner als eng verbundene Personen angeben. Es wird davon ausgegangen, dass die Sorge der Angehörigen um das Wohlbefinden sich in einer höheren Besuchshäufigkeit widerspiegelt und somit auch bei den Besuchten das Gefühl von Sicherheit und Wohlbefinden auslöst.

8.4.1 Besuchshäufigkeit

Gemessen an der Besuchshäufigkeit – zusammengefasst in tägliche und mehrmals wöchentliche Besuche – bestehen große Unterschiede zwischen den Versorgungsvarianten:

- Altbewohner weisen im Zeitraum von T1 bis T3 eine zunehmende Besuchshäufigkeit auf.
- Neubewohner erhalten eine geringere Besuchshäufigkeit.
- Bewohner in der stationären Versorgung werden ebenfalls geringer besucht.
- Bewohner der Wohngemeinschaft erhalten alle unverändert im Zeitverlauf von T1 zu T3 die höchste Besuchsrates.

Abbildung 35: Verlauf der Besuchshäufigkeit nach Versorgungsart AB und NB



Chi-Quadrat nach Pearson: p= T1: 0,024; T2: 0,029; T3: 0,073

Größere Unterschiede in der Besuchshäufigkeit treten bei den Neubewohnern durch abnehmende Besuche auf, obwohl steigende Zahlen mit eng und sehr eng verbundenen Personen angegeben wurden. Weniger aber dafür intensivere Kontakte können die Veränderungen zusammenfassen.

Die abnehmende Zahl eng und sehr eng verbundener Personen hat sich dagegen bei den Bewohnern der stationären Versorgung auch in der Besuchshäufigkeit durch Angehörige bemerkbar gemacht. Es wurden außerhalb des Hauses wenig neue Personen in das eigene Leben einbezogen. Ein Einfluss abnehmender Besuchshäufigkeit ist bei den Wohngemeinschaftsbewohnern nicht auffällig. Sie weisen durchgehend die höchsten Werte auf.

8.5 Sozio-ökonomische Einflüsse

Die eingangs beschriebene Zielsetzung des Verbundhauskonzeptes umfasst die Unterstützung zur Gestaltung der Unabhängigkeit, des Wohlbefindens und der Lebensqualität in den Aktivitäten des täglichen Lebens der pflegebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen. Der betreuerische Ansatz zur Umsetzung dieser Zielsetzung wird mit Mäeutik beschrieben, der Sichtbarmachung der Bedürfnisse des pflegebedürftigen Bewohners. Mit der individuellen und personenzentrierten Begleitung sollen Anregungen gegeben werden, selbstständig den Alltag gestalten zu können.

Die Verschiedenheit in den gesundheitlichen sozialen und kulturellen Voraussetzungen der Bewohner soll durch „Maßgeschneiderte Angebote für Wohnen Pflege und Betreuung“ – so der Titel im Konzept der Altenhilfe gGmbH - begegnet werden. Mit dem Begriff „Lebensqualität“ ist ein umfassendes multidimensionales Konstrukt zu verstehen, in dem gesundheitliches Wohlbefinden eine Komponente darstellt, die in Wechselbeziehung zu geistig und körperlichen wie auch sozialen Erleben steht. Diese Wechselbeziehung unterliegt demgemäß Schwankungen und bildet sich in psychisch emotionalem Wohlbefinden umfassend ab.

In der Gesundheitsforschung sind die Sichtweisen der Betroffenen in Bezug auf ihre körperliche Funktionsfähigkeit und ihr psychisches Wohlergehen zentrale Bezugspunkte zur Einschätzung des Wohlergehens. Einflüsse auf die Selbsteinschätzung der Befragten nehmen sozialbedingte Unterschiede in den Erwartungen, der Teilhabe, der Selbstbestimmung oder letztlich im selbstempfundenen Wohlbefinden ein.

8.5.1 Einfluss von Bildung und beruflicher Stellung

Das Verbundkonzept der Sozialstiftung Bamberg bietet unterschiedliche sozialräumliche Konzepte die verschiedenen Voraussetzungen und Erwartungen ansprechen sollen. Beeinflussen soziostrukturelle Unterschiede das Wohlbefinden in den Konzeptvarianten?

Verschiedenen Studien zufolge wirkt sich soziale Ungleichheit negativ auf Mortalität und Morbidität aus.⁴⁸ Da die sozialen Unterschiede, gemessen an der Schulbildung und der beruflichen Stellung in allen Vergleichsgruppen vorhanden sind, soll an Hand der Mobilitätsdaten, der alltagsverrichtenden Tätigkeiten und letztlich an Hand der Wohlbefindlichkeitswerte nach Unterschieden in der Wahrnehmung der Umgebungsfaktoren geprüft werden. Unter Einfluss sich verändernder gesundheitlicher Einbußen könnten soziale Unterschiede Vorteile für Personen mit höherem sozialem Status positiv auf die Akzeptanz neuer Umgebungsstrukturen auswirken.

Trifft dies auch auf pflegebedürftige Personen bei etwa gleicher individueller gesundheitlicher Versorgung in einem selbstbestimmten Wohn- Pflegeumfeld zu? In dieser Studie wurde das Wohlbefinden als ein Merkmal von persönlich erlebter Lebensqualität herangezogen. An Hand der soziostrukturellen Merkmale Bildung und berufliche Position wird deren mögliche Auswirkung auf die Akzeptanz der jeweiligen Wohn- Pflegeumgebung und deren Abläufe an Hand der Ergebnisse der WHO-5 Werte eingeschätzt. Das Besondere an der Bewertung liegt in der Lebenslage der teilnehmenden Bewohner mit annähernd gleich akzeptierten Bedingungen, die vermutet individuell

⁴⁸ Soziale Determinanten als Risikofaktoren beeinflussen das Gesundheitsverhalten und die gesundheitsbezogene Lebensqualität. U.a. in: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RK Berlin.

vergleichbare Einflüsse auf den Gesundheitszustand nehmen. Das trifft insbesondere auf den gleichen Anteil an Selbstbestimmung und Teilhabe an den Abläufen im sozialräumlichen Umfeld zu.

Es werden mögliche Einflüsse aus soziostrukturell unterschiedlichen Gegebenheiten auf körperliche Funktionsfähigkeit (Barthel-Index), Fähigkeit zu alltagsverhaltensbezogenen Verrichtungen (IADL) sowie auf das psychische Wohlergehen (WHO-5 Wert) untersucht.

Die Unterscheidung zwischen Schulbildung und Berufsstatus soll dazu dienen, weniger klassische medizinisch ausgerichtete Versorgungsstrukturen als vielmehr auf den Lebenslauf bezogene Voraussetzungen auf Bildung und Beruf in die Betreuungskonzeption aufzunehmen.

Unterscheidungsmerkmale Bildung:

Einfache Bildung: Personen ohne Schulabschluss oder Haupt- bzw. Volksschulabschluss.

Mittlere Bildung: Personen mit Mittlerer Reife (10-jährige Schulausbildung) oder vergleichbar.

Hohe Bildung: Personen mit Abitur.

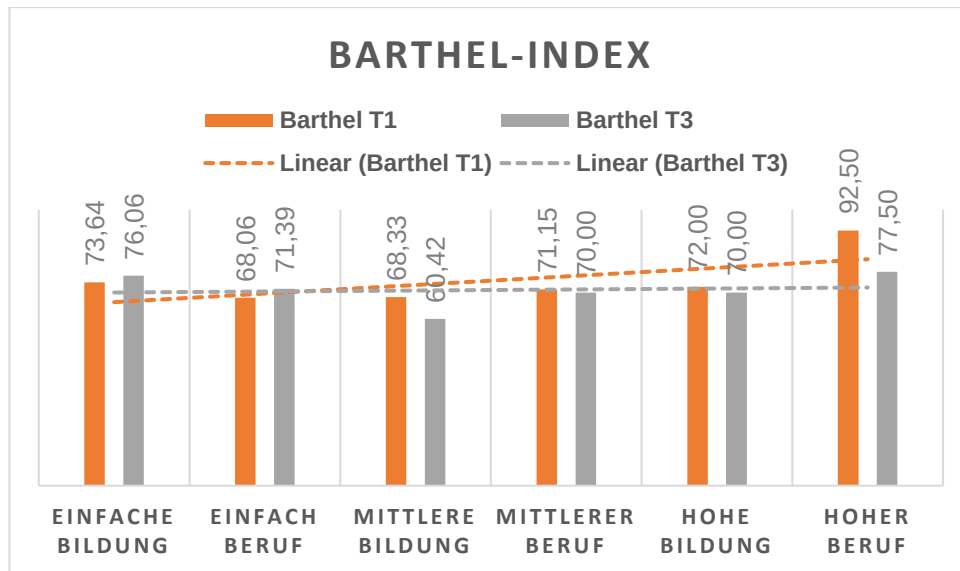
Unterscheidungsmerkmale berufliche Stellung: Personen ohne Berufsausübung werden nach der beruflichen Stellung des Partners eingestuft.

Einfache berufliche Stellung: Personen ohne Berufsausbildung, einfache Beschäftigung

Mittlere berufliche Stellung: Personen mit Berufsausbildung, selbstständige ohne eigene Angestellte, Angestellte mittlerer Laufbahn, Techniker mit entsprechender Ausbildung.

Hohe berufliche Stellung: Personen mit Studium (Angestellte oder Selbstständig), Meister, Unternehmer mit Angestellten.

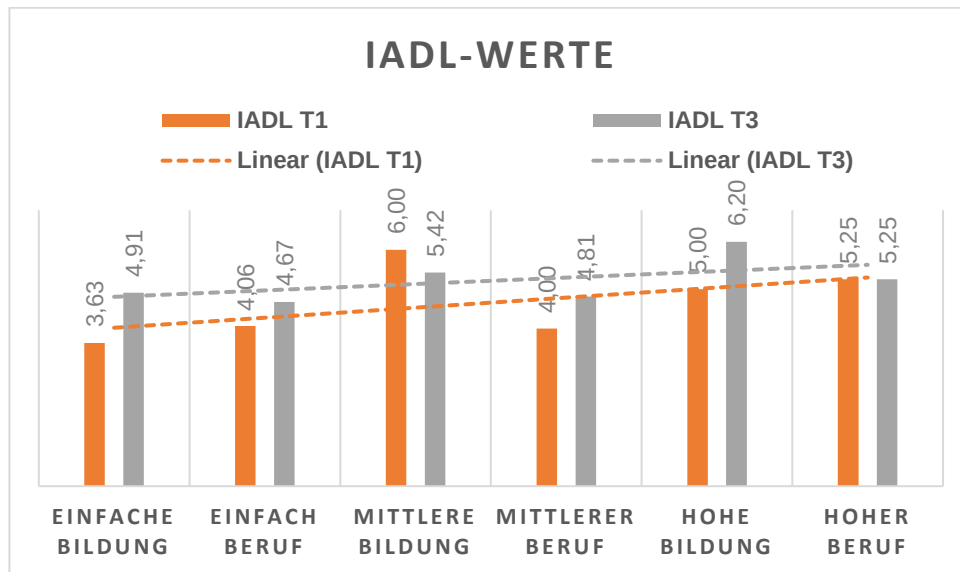
Abbildung 36: Verlauf-Barthel-Index nach Bildung und beruflicher Stellung



Nach ANOVA-Tabelle $p = \text{n.s.}$

Die Abbildung 36 zeigt zu Beginn der Umstellung und Veränderung der bisherigen Versorgungsform keine auffälligen Unterschiede zwischen den Bildungsabschlüssen. Wird der berufliche Status zugrunde gelegt, sind Personen mit hohen Bildungsabschlüssen deutlich im Vorteil in den Barthel-Index-Werten mit sehr hohen Werten. Im Verlauf nähern sich die Werte jedoch denen der anderen Bildungsabschlüsse an.

Abbildung 37: Verlauf IADL-Werte nach Bildung und beruflicher Stellung



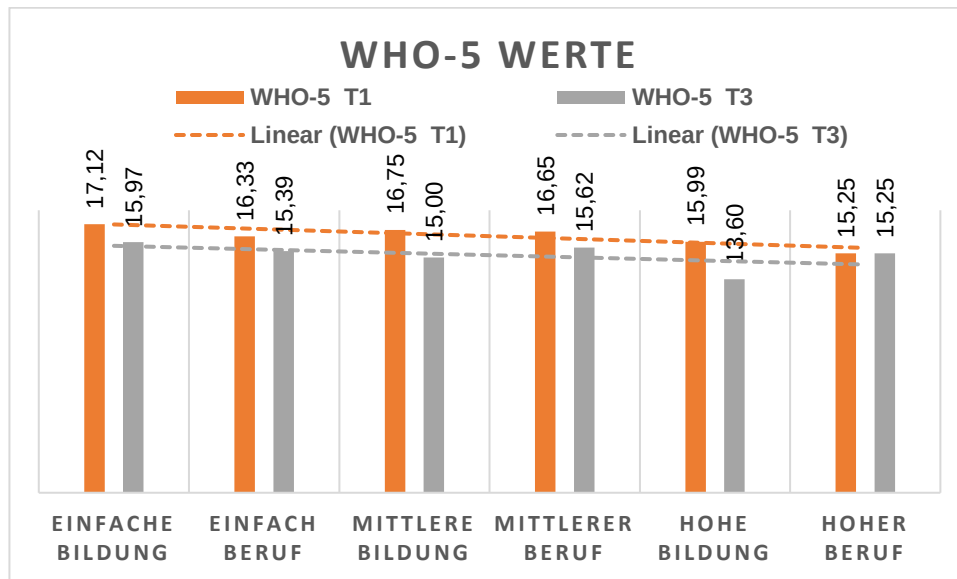
Nach ANOVA-Tabelle $p = \text{n.s.}$

Anders als die körperbezogenen selbstständig durchgeführten Tätigkeiten bezieht der IADL instrumentelle Fähigkeiten ein wie die selbstständige Organisation der Verrichtungen des täglichen Lebens.

Der Einfluss der Bildung zeigt schon deutliche Unterschiede zu Ungunsten für Personen mit einfacher Bildung. Im Bereich mittlerer Bildung scheinen diese Personen gegenüber den höheren und unteren Bildungsabschlüssen im Vorteil zu sein. Nach Berufsabschlüssen sind die hohen beruflichen Stellungen wiederum im Vorteil. Im Zeitverlauf werden die Unterschiede ausgeglichener und tendenziell zum Teil deutlich steigend.

Das Konzept der modularen Struktur des Verbundhauskonzeptes wirkt hier förderlich auf alle Berufsstatusgruppen.

Abbildung 38: Verlauf Wohlbedinglichkeitswerte nach Bildung und beruflicher Stellung



Nach ANOVA-Tabelle $p = \text{n.s.}$

Gemessen am Bildungsstand zeigen die Wohlbedinglichkeitswerte bei Personen mit hoher Bildung zu Beginn nach unten. Im Zeitverlauf „erholen“ sich die Werte und tendieren zu den Werten der beiden anderen Bildungsgruppen. Tendenziell sind einerseits hohe Annäherungen des Wohlbedingens aller drei Bildungsgruppen zu verzeichnen. Andererseits besteht ein parallel verlaufender leichter Trend zum Rückgang des Wohlbedingens. Das trifft auch auf die Ergebnisse nach dem Einfluss der beruflichen Stellung zu.

Die Differenzierung nach Bildung und beruflicher Stellung hat gezeigt, dass soziostrukturelle Vorteile in Bildung und Beruf Vorteile in den ADL-Werten (Barthel) verschaffen – zumindest zu Beginn der Umstellung - auf eine neue Wohnform. Sie zeigt aber auch, dass dies nicht zwingend ebensolche Vorteile in ihrem psychischen Wohlbedingens nach sich zieht.

8.6 Zusammenfassung der Längsschnittdaten

Der verfolgte personenzentrierte Betreuungsansatz bezieht persönliche Kompetenzen ebenso wie Umweltgegebenheiten mit ein. So ist die Vorstellung, Sind Bewohner aus der vollstationären Versorgung gesundheitlich in der Lage, diesen Weg zu gehen und gegenüber der bisherigen umfassenden Heimversorgung eigene Ressourcen zu mobilisieren und mehr Eigenverantwortung zu übernehmen?

An Hand der Gesundheitsdaten bilden sich zunächst leicht steigende Pflegeeinstufungen ab, die nicht allein die Altbewohner erreichen. Neubewohner im Betreuten Wohnen wie auch in der Wohngemeinschaft durchlaufen ebenso durchschnittlich höhere Einstufungen. Ähnliches gilt für die Anzahl verabreichter Medikamente darunter auch die Einnahme von Psychopharmaka.

Hinweise auf gesundheitlich kognitive Leistungseinbußen sollten die mögliche selbstständige Lebensführung einschätzen. Die Bewertung anhand von Fremdbeobachtungen ergab nur „geringe kognitive Einbußen“. So lassen sich die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Altbewohner als wenig beeinträchtigend auf die selbstständige Lebensführung zusammenfassen.

Personen, die sich dem nicht gewachsen fühlten, sind mit der Umstellung in den vollstationären Bereich in das Nachbargebäude gewechselt.

Eine Voraussetzung für eigenständige Lebensführung ist neben der gesundheitlichen Voraussetzung auch der Grad an Selbstständigkeit wie sie in der Bewältigung der Alltagsaktivitäten erkennbar sind. Diese zeigen im Zeitverlauf von ca. 2 Jahren keine wesentlichen Veränderungen bei den Altbewohnern.

Die Bewertung der instrumentellen Fähigkeiten der Alltagsbewältigung sieht im Vergleich zu Neueinzügen in das Haus Domblick (Neubewohner) etwas

geringere Einschätzungen bei den Altbewohnern. Im Projektverlauf entwickeln sich jedoch Anknüpfungen an selbstständige Haushaltsführung, die nach einigen Jahren vollstationärer Pflege wiederentdeckt wurden. Noch bessere Werte zeigen Neueinzüge in das Haus Domblick wie auch in der Wohngemeinschaft.

Die Teilnahme an geselligen und gemeinschaftlichen Ereignissen wird nur von einigen Bewohnern wahrgenommen. Den Hintergrund für die Abstinenz an Treffen mit anderen Bewohnern sind zum Teil individuell begründet (kein passendes Programm, Gesundheit aktuell beeinträchtigt u.a.). Ein weiteres Argument ist in der Einschränkung der Mobilität begründet, die sich bei einigen Bewohnern unterhalb des Gesamtdurchschnitts befindet. Es nehmen verstärkt Bewohner mit niedrigem Barthel-Index-Wert an Angeboten der Tagespflege teil während andere mit höherer Mobilität sich eher anders orientieren. Gemessen an dieser Beobachtung stellt die Ergänzung mit Tagespflegeangeboten für einen wachsenden Teil einen sozialräumlichen Mehrwert dar.

Das steigende Erleben von Wohlbefinden stellt einen Mehrwert im sozio-psychischen Bereich dar. Die Alt- und Neubewohner im Betreuten Wohnen zeigen stabile Tendenzen, jedoch nicht steigend, sondern eher leicht abnehmend. Diejenigen Bewohner, die in den stationären Bereich umgezogen sind, weisen gleichbleibend sehr hohe Wohlbefindlichkeitswerte auf und auch die WG-Bewohner steigern ihr Wohlbefinden.

Die erwartete Zunahme an Freuden bei mehrmals wöchentlich durchgeführten Besuchen stellte sich bei den Altbewohnern nicht ein. Die Werte sanken leicht. Auch Neubewohner sahen mit den häufigen Besuchen keinen vermehrten Anlass zur Freude.

Während das Heimwohnen ein hohes Wohlbefinden bei den Nutzern auslöst liegt der Zugewinn bei den Alt- und Neubewohnern stärker in einem höheren Grad an Selbstständigkeit.

9 Abwehr oder Akzeptanz der Umstellung - Perspektiven

Einstellung der Bewohner, der Angehörigen und des Personals zur Ambulantisierung

Zur Veränderung der Wohnsituation konnten 37 Bewohner mündlich zu ihrer Einstellung befragt werden, darunter waren 19 AB und 18 NB⁴⁹. Da vor allem die Altbewohner die Umwandlung von stationär auf ambulant miterlebt haben, soll hier ihre Einstellung, wie auch Eigenständigkeiten zur Umwandlung aufgezeigt werden.

Die 19 interviewten Altbewohner teilen sich in 42,1% Männer und 57,9% Frauen, mit einem Durchschnittsalter von 74,42 Jahren. Frauen sind im Durchschnitt 11 Jahre älter als die Männer (Frauen 79,09 und Männer 68 Jahre alt). Ein Großteil der Bewohner lebte schon vor der Umwandlung ca. 5,6 Jahre in der Einrichtung, wobei der Anteil der Männer hier höher liegt.

9.1 Wie haben die Altbewohner die Umwandlung erlebt?

Auf die Frage, wie sie die ersten Tage nach dem Umzug empfunden haben, sahen 42,1% der Bewohner die Umwandlung negativ, 31,6% sahen die Umstellung positiv und 26,3% fühlten keine Veränderung. Die negativen Antworten bezogen sich vor allem auf die geringe Anwesenheit des Personals (26,3% der Bewohner).

„Es war scheußlich, war nicht schön, keine Schwester erwischt, das Läuten muss extra bezahlt werden, sonst waren Schwestern da, wenn ich geläutet

⁴⁹ AB=Altbewohner, NB=Neubewohner

habe.“ Ein anderer Bewohner hierzu „Fand es vorher besser im Haus Domblick⁵⁰, pro Etage waren zwei Schwestern, jetzt 1,5 für das ganze Haus. Mache alles allein, Betten machen und waschen.“

Von den Befragten vermissen 42,1% Pflegepersonal oder Betreuungskräfte die vorher auf der Station gepflegt oder betreut haben, obwohl vier Pflegekräfte aus dem stationären in den ambulanten Bereich übernommen wurden. Hier sind es vor allem die Männer, die zu ca. zwei Drittel angeben Personal von früher zu vermissen, bei den Frauen sind es lediglich ein Drittel. Die längere Wohndauer der Männer könnte hierfür ausschlaggebend sein.

Eine weitere Klage der Altbewohner betrifft das Essen *„Essen war früher besser, jetzt nicht mehr wählbar.“ „Essen 08/15.“* Eine andere Bewohnerin formuliert dies etwas weicher *„Essen manchmal nicht so wie es sein soll.“*

Auch wenn die negativen Stimmen in der Mehrheit sind, so äußert sich über ein Drittel der Bewohner positiv über die Umstellung und hier vor allem Frauen (36,4%) die sich *„wohl fühlen und es als angenehm finden“*. Vor allem die neu gewonnenen Freiheiten, die Rückzugsmöglichkeiten und die neuen Angebote sind für 47,4% ein Zugewinn.

Eine Bewohnerin hierzu *„Angebote sind heute besser, weil mehr Freiheiten. Das Zimmer ein Rückzugsgebiet. Ich mach was mir gefällt, bin Leserratte. Früher hatte ich ein Doppelzimmer, jetzt ein Einzelzimmer mit Balkon. Tagsüber besuche ich die Tagespflege, man kann sich jetzt im Einzelzimmer wohlfühlen.“* Eine andere Bewohnerin hebt vor allem das Angebot der Tagespflege hervor. *„Tagespflege, ich besuch die an vier halben Tagen, es wird dort gekocht und gebacken.“*

⁵⁰ Die Etagen im Domblick wurden von stationär auf ambulant umgebaut.

Ca. drei Viertel der Bewohner sehen es als positiv an, dass sie nun eigenständig entscheiden können, wann sie aufstehen, essen oder spazieren gehen können. Vor allem die männlichen Bewohner wissen dies zu 87,5% zu schätzen bei den Frauen sind es 63,6%. Hilfreich für die Umstellung war es auch, dass ein großer Teil der Bewohner in ihren Zimmern geblieben sind nach dem Umbau und das Essen weiterhin aus der Zentralküche kommt und im Gemeinschaftsraum eingenommen wird.

Zur Unterstützung ihrer Selbstständigkeit erhalten 80% der Bewohner diverse Unterstützungen durch Pflegepersonal (ca. 80%), Alltagsbegleiter (47,4%), Kinder und Verwandte (63,2%). Vor allem die Kinder übernehmen häufig die finanziellen Angelegenheiten oder begleiten ihre Angehörigen zu Einkäufen, Arztbesuchen oder Freizeitaktivitäten.

Da die Reinigung der Appartements einmal die Woche durch Reinigungspersonal übernommen wird, sind nur 21% der Bewohner bereit zusätzlich kleine Reinigungen im Appartement zu übernehmen.

9.2 Fallbeispiele ⁵¹

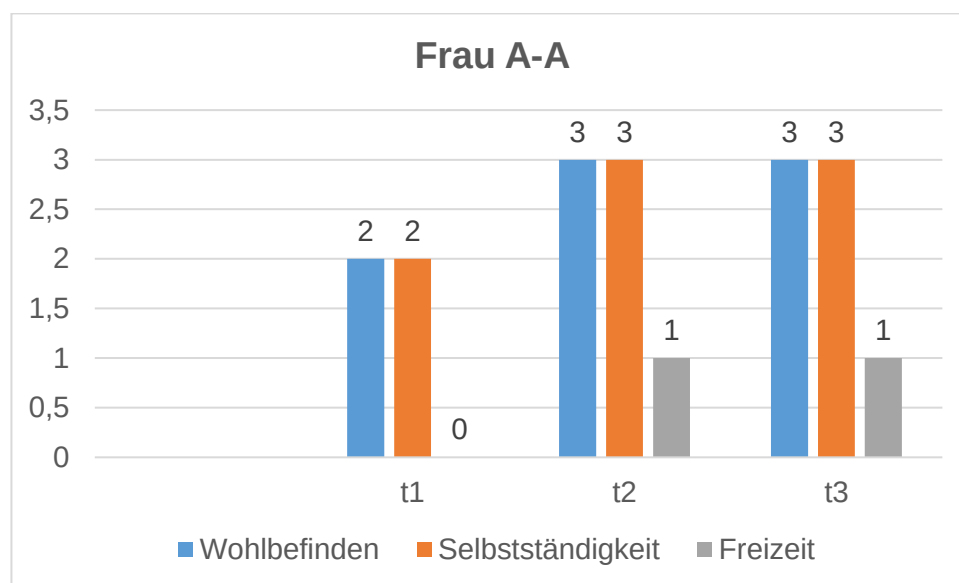
Die Umstellung zur Ambulantisierung im Haus Domblick sollte die Selbstständigkeit der Bewohner verbessern. Die Veränderung vom stationären zum selbstständigen Wohnen lässt vermuten, dass damit eine stärkere Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, wie auch Teilhabe und vor allem das subjektive Wohlbefinden bzw. die Lebensqualität gesteigert werden kann. An einigen Beispielen der Alt- aber auch der Neubewohner sollen die drei zentralen Dimensionen dargestellt werden.

⁵¹ Alle Namen der Befragten wurden anonymisiert.

9.2.1 Altbewohner

Frau A-A (ID 049) lebt seit sechs Jahren in der Einrichtung und ist zu Beginn der Umstellung in das ambulantisierete Wohnen eingezogen. Frau A-A gilt als sehr selbstständig und ist noch sehr mobil unterwegs. Sie gehört zu den jüngeren Bewohnern. Besuch erhält Frau A-A selten, Kontakte laufen verstärkt über das Pflegepersonal bzw. die Alltagsbegleitung.

Abbildung 39: Bewohnerin A-A - Veränderungen



Gemessen wurden jeweils Veränderungen in den drei Dimensionen. Wobei die Werte: 0="keine Veränderung", 1=schwache Zunahme bis -1=schwache Abnahme, 2=starke Zunahme bis -2=starke Abnahme kennzeichnen, bewertet durch das Hauptpflegepersonal.⁵²

Bei Frau A-A zeigt das Wohlbefinden ebenso wie die Selbstständigkeit von t1 zu t2 eine kontinuierliche Entwicklung, die sich auch zu t3 auf dem hohen Niveau hält. Frau A-A besorgt noch kleine Einkäufe selbst und führt auch kleinere Hausarbeiten selbstständig durch. Sie ist in allen Phasen der

⁵² Verlaufsfragebogen in Anlehnung an Kastl/Levorano/Neges/Thiemke (2011) „Selbstständig leben“ Studie der Bruderhaus Diakonie Reutlingen (siehe oben).

Aktivitäten des täglichen Lebens unabhängig. Nur in der Freizeitgestaltung sind erst von t2 zu t3 leichte Entwicklungen erkennbar.

Herr A-B (ID 09) lebt seit 2008 in der Einrichtung und ist Anfang 2017 in das Betreute Wohnen eingezogen. Er ist mit dem Umzug aus dem früheren Doppelzimmer in das Appartement mit Balkon sehr zufrieden. Mit seinen über 80 Jahren ist Herr A-B noch viel im Hause und in der Umgebung unterwegs. In allen drei Dimensionen (Wohlbefinden, Selbstständigkeit und Freizeit) zeigen sich bei Herrn A-B keine Veränderungen sein Wohlbefinden und sein Freizeitverhalten bleiben auf einem gleichmäßigen Niveau, während die Selbstständigkeit zwar gleichbleibt aber auf einem niedrigeren Wert als die beiden anderen Dimensionen. Herr A-B hat Kontakte zu seinen Mitbewohnern und nimmt die Angebote des Hauses auch wahr. Er trifft sich häufig mit Nachbarn, Freunden und Bekannten und gelegentlich mit Familienangehörigen. Die wesentlichen Dinge des täglichen Lebens werden überwiegend durch Pflegepersonal, Alltagsbegleiter und Betreuungspersonal geleistet.

Frau A-C (ID 021) wohnte zuvor schon ca. 2 Jahre im stationären Bereich und ist zu Beginn 2017 in das neue Appartement eingezogen. Frau A-C ist mit der Umstellung zur Ambulantisierung nicht zufrieden. Sie fand es früher besser, da nun Personal fehlt und auch zu wenig anwesend sind. Es gefällt ihr nichts an der neuen Wohnsituation, sie vermisst auch Angebote wie Musikveranstaltungen. In den drei Dimensionen zeigt Frau A-C im Wohlbefinden in den drei Zeitabschnitten Konstanz. Das Freizeitverhalten ist nur zu t1 und t2 gleichbleibend, zu t3 nimmt es stark ab. Die Selbstständigkeit die zu t1 und t2 gleichbleibend ist, nimmt zu t3 ab. Da Frau A-C sehbeeinträchtigt ist, ist sie in ihrem Alltag eingeschränkt, die täglichen Dinge werden vom Pflegepersonal, Alltagsbetreuung und von Verwandten

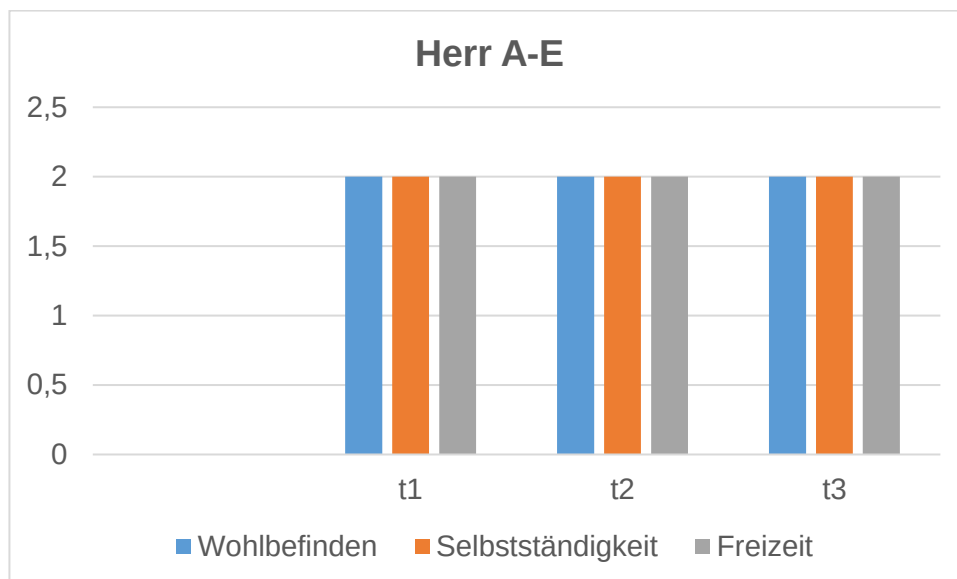
übernommen. Kontakte zu Bewohnern pflegt Frau A-C im Gemeinschaftsraum. Angebote im Hause interessieren sie nicht, da es kaum Angebote gibt, die sie möchte bzw. denen sie auf Grund ihrer Sehbeeinträchtigung folgen kann. Treffen mit ihrer Familie sind sehr häufig, gelegentlich besuchen sie Freunde und Bekannte.

Herr A-D (ID 037) gehört zu den Bewohnern, die schon recht lange in der Einrichtung leben und zu Beginn 2017 in das umgebaute Appartement eingezogen ist. Herr A-D. gehört mit seinen knapp 70 Jahren, ebenfalls zu den jüngeren Bewohnern. Die Umstellung hat er nicht als positiv empfunden. Er fand es vorher im Haus Domblick besser, da die Personalbesetzung auf den Etagen höher und auch das Essen besser war. Trotz seiner Kritik an der Entwicklung ist er mit dem Appartement zufrieden, da der *„Ausblick herrlich ist – wenn ich Urlaub machen will, gehe ich ans Fenster.“*

Herr A-D. hat sehr selten Besuch und auch wenig Verbundenheit zu Pflegepersonal, Alltagsbegleitung oder Mitbewohnern. Er ist noch recht selbstständig und erledigt viele Dinge selbst, wie z.B. eigenständiges Einkaufen, Appartement sauber halten und die eigenen finanziellen Angelegenheiten. In den zwei Dimensionen Wohlbefinden und Selbstständigkeit zeigen sich zu t1 und t2 keine Veränderungen, die Werte bleiben konstant. Das Freizeitverhalten entwickelt sich hingegen negativ zu t3. Trotz guter Mobilität und Selbstständigkeit interessiert sich Herr A-D nicht für die Angebote im Haus, da er kein geselliger Typ ist.

Herr A-E (ID 015) gehört zu den jüngeren Bewohnern des Hauses (über 50 Jahre) und lebt schon vier Jahre im Haus. Sein Umzug in das Betreute Wohnen fand zu Beginn 2017 statt. Herr A-E sieht keinen Unterschied zu vorher, er ist zufrieden und vermisst nichts aus dem stationären Wohnen.

Abbildung 40: Bewohner A-E Veränderungen



In den drei Dimensionen zeigt sich zu allen Messzeitpunkten ein gleichmäßiges Niveau. Herr A-E ist sehr selbstständig im Alltag, er säubert sein Appartement selbst, geht einkaufen, regelt seine finanziellen Dinge selbst und benutzt noch die öffentlichen Verkehrsmittel. Er pflegt auch regelmäßig Kontakte zu vier bis fünf Mitbewohnern, trifft sich noch gelegentlich mit Freunden oder Bekannten und mit Familienangehörigen. An Angeboten des Hauses wie Feste, Freizeitangebote ist er nicht interessiert, er ist selbst viel im Hause und viel draußen unterwegs.

Frau A-F lebt seit über sechs Jahren in der Einrichtung und zog als eine der ersten in das ambulante Wohnen ein. Sie ist über 70 Jahre alt und empfand die Umstellung als positiv, da jetzt mehr Freiheiten bestehen und sie ihr Appartement als Rückzugsgebiet jederzeit aufsuchen kann. Bei Frau A-F lässt sich in allen drei Dimensionen keine Verbesserung aufzeigen nach der Umstellung auf Betreutes Wohnen. Die Selbstständigkeit und die Freizeit nehmen bei ihr zu t3 stark ab, während das Wohlbefinden einen schwächeren

Abnahmeverlauf zeigt. Die Abnahme der Freizeit erklärt sich vor allem durch die körperlichen Beschwerden, die ein längeres Sitzen bei Veranstaltungen für Frau A-F schwer machen.

9.3 Die Umstellung des Wohnens für Neubewohner

Die Einzüge der Neubewohner fanden nach und nach statt, während ein kleiner Teil (17,6%) schon Ende 2016 eingezogen ist, zogen knapp 59% von Januar-Juni 2017 und der Rest von Juli-November 2017 ein. Gründe waren Krankenhausaufenthalte oder dass das Alleinleben aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich war.

Die Veränderungen ihres neuen Wohn- und Lebensumfeldes sehen 46,7% der Befragten ambivalent. Während für einige der Bewohner der Umzug in das Appartement geplant war und die neue Umgebung positiv erlebt wird, zeigten sich Probleme kommunikativer Art. *„Ich fand es schön, ich habe das Appartement unbedingt haben wollen, allerdings ist der Altersunterschied ein Problem, fast 30 Jahre.“* Eine andere Bewohnerin äußert sich ähnlich, *„Alles in Ordnung im Appartement, ich besuche die Tagespflege. Gespräche mit Mitbewohnern sind allerdings kaum möglich, krank und sie verstehen wenig. Die Küche in meinem Appartement wird nicht genutzt.“* Kritik an der Küche gibt es von mehreren Bewohnern, da sie kaum genutzt wird. Als Plus wird der Besuch der Tagespflege, die Angebote und das freundliche Personal gesehen. Einige der Bewohner haben sich zum Befragungszeitpunkt noch nicht in die neue Umgebung eingelebt: *„Noch in der Schwebe, ich weiß noch nicht so recht, was ich möchte.“* Die Eigenständigkeit im Appartement erleben jedoch ca. 95% der Neubewohner als positiv. Ein Drittel der Befragten geht noch selbstständig einkaufen und benutzt hierzu öffentliche Verkehrsmittel (ca. 28%).

Wie sieht es mit der Teilhabe der Neubewohner*innen aus?

Kontakte zu Mitbewohnern geben über 60% der Befragten an, wobei Frauen einen höheren Kontakt (zwei Drittel) als Männer (50%) aufweisen. Vor allem werden häufig Kontakte über die Tagespflege aufgenommen *„Kontakte zu vielen aus dem Haus und durch die Tagespflegeangebote, auch einige Neukontakte durch Teilnehmer von außen.“* Eine Neubewohnerin betreut z.B. einen blinden jungen Mann im Haus.

Die Hälfte der Neubewohner nimmt an den Angeboten im Haus teil, wie Nikolaus, Fasching, Weihnachtsfeier, Gedächtnistraining, Singen, Zeitung vorlesen oder alle Angebote der Tagespflege. Bewohner die kein Interesse an den Angeboten zeigen, geben entweder gesundheitliche Gründe an (ca. 38%), sind selbst noch aktiv am Tag oder haben kein Interesse, da keine adäquaten Gesprächspartner bei den Feiern vorhanden sind. *„Kein Interesse, habe mit mir selbst genug zu tun, Bewohner sind mir zu alt und klagen nur, das kann ich zurzeit nicht ertragen.“*

Außerhäusliche Aktivitäten, wie z.B. Essen gehen, nehmen noch ein Drittel der Neubewohner wahr. Die häufigsten Treffen finden allerdings mit der Familie statt (61%).

9.3.1 Neubewohner

Frau N-A (ID 054) ist Anfang 2017 mit weit über 80 Jahren in das betreute Wohnen eingezogen. Sie fand es zu Beginn nicht ganz einfach alleine in dem Appartement zu leben, ist aber damit zufrieden. Gut gefällt ihr die Tagespflege, die sie besucht. Frau N-A erhält regelmäßig Besuch von ihren Kindern und hat Kontakte zu Mitbewohnern und zu Besuchern der Tagespflege. Unterstützung erhält Frau N-A regelmäßig durch Pflegepersonal und durch ihre Kinder und Schwiegertochter.

In den drei Dimensionen Wohlbefinden, Selbstständigkeit und Freizeit zeigen sich bei Frau N-A in der Selbstständigkeit und in der Freizeit zu t3 positive Veränderungen. Während sie zu Beginn wenig Selbstständigkeiten zeigt,

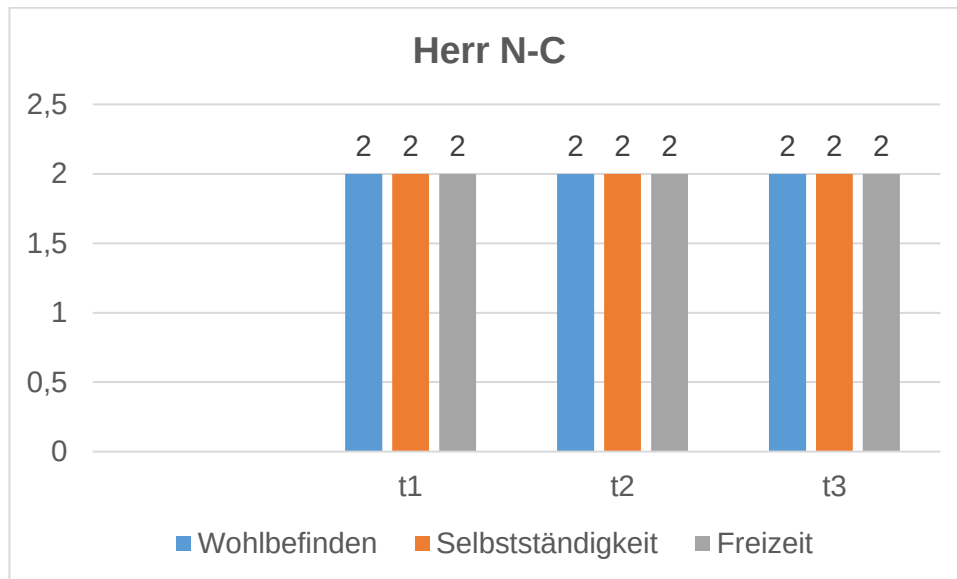
entwickelt sie sich von t2 zu t3 in den IADL-Werten von 2 zu 8 Punkten (ein hoher Selbstständigkeitswert). Sie kauft noch eigenständig ein, führt kleine Hausarbeiten durch, wäscht kleine Sachen selbst und erledigt kleinere Ausgaben eigenständig. Kontakte hat Frau N-A nicht nur in der Tagespflege, sondern auch regelmäßig zur Familie und Verwandten durch Treffen und Telefonkontakte. An den Freizeitangeboten nimmt sie nur an den Jahresfesten teil.

Herr N-B (ID 070) ist Ende 2017 in das Betreute Wohnen eingezogen. Er gehört zu den noch jüngeren Bewohnern mit unter 70 Jahren. Herr N-B ist zufrieden mit dem Appartement und den Diensten, er findet alle nett und für ihn ist alles vorhanden was er braucht. Herr N-B hat regelmäßig Besuch von seinen Kindern und Enkelkindern und besucht die Tagespflege im Haus. Er ist noch sehr mobil und erledigt noch einige alltägliche Dinge selbst oder mit Unterstützung durch Pflegepersonal, Alltagsbegleitung oder Kinder.

In den drei Dimensionen zeigt Herr N-B keine Veränderungen, in allen drei Wellen ist er gleichbleibend stabil. Über die Tagespflege hat er Kontakt zu anderen Personen und nimmt auch an allen Festen im Hause teil.

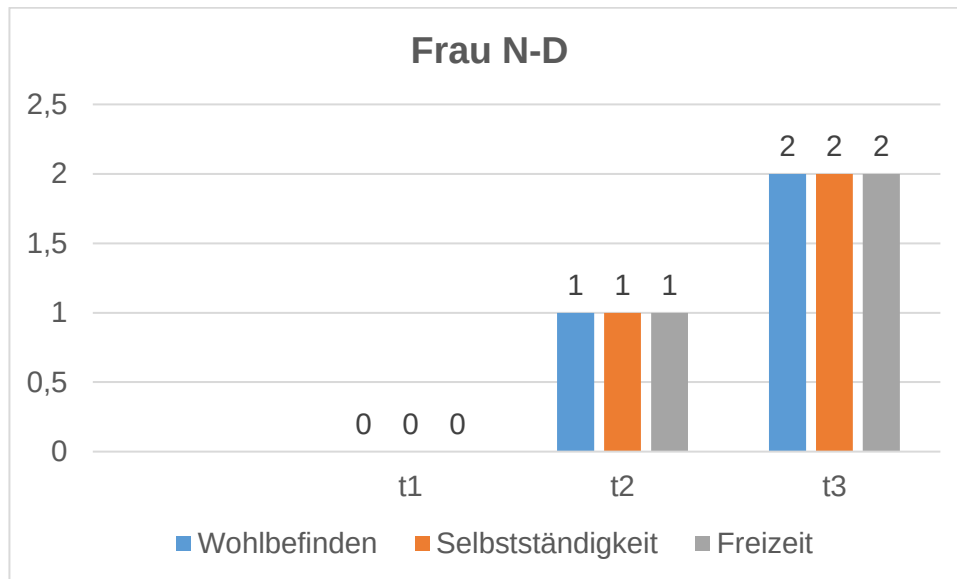
Herr N-C (ID 078) ist Anfang 2017 in das Betreute Wohnen eingezogen und gehört ebenfalls zu den jüngeren Bewohnern. Herr N-C ist zufrieden mit dem Wohnen und mit der Versorgung durch das Personal. Er erhält regelmäßig Besuch von seiner Tochter, hat aber auch Kontakte zu Bewohnern im Haus. Herr N-C ist noch mobil und erledigt noch viele alltägliche Dinge selbst, wie einkaufen, kleine Hausarbeiten durchführen, Finanzen selbst regeln und Medikamente eigenständig einnehmen. Unterstützt wird er in einigen Bereichen durch Pflegepersonal und Tochter. In den drei Dimensionen zeigt Herr N-C im Verlauf keine Veränderungen, die positiven Werte bleiben konstant hoch in allen drei Bereichen von t1 zu t3. An den Freizeitangeboten nimmt er nicht teil, da er keine adäquaten Gesprächspartner findet, dafür trifft er sich mit Familie, Freunden und Bekannten.

Abbildung 41: Bewohner N-C Veränderungen



Frau N-D zog im ersten Quartal 2017 in das Betreute Wohnen ein. Auch sie gehört noch zu den jüngeren Bewohnern im Hause. Sie ist zufrieden mit dem Umzug und benutzt auch als einige der wenigen Bewohner die Küche. Frau N-D kauft in der Stadt noch selbstständig ein und benutzt hierzu den Bus. Sie bekommt ab und zu Besuch von ihren Enkeln, Kindern und Bekannten. Sie erhält regelmäßig Unterstützung vom Pflegepersonal und ihrer Tochter, viele Dinge erledigt sie noch selbst, wie einkaufen, kochen, kleine Hausarbeiten durchführen und finanzielle Geschäfte. Frau N-D hat viele Kontakte im Haus und nimmt auch an den Hausfeiern, wie Fasching, Nikolaus und Weihnachtsfeiern teil. Sie geht gelegentlich noch in Restaurants zum Essen und trifft sich häufig mit Freunden, Bekannten und Familienangehörigen. Kontakte zur Familie und Freunden hält sie auch per Telefon. Ihre Eingewöhnung verläuft in allen Dimensionen gleichmäßig sehr stark positiv.

Abbildung 42: Bewohnerin N-D Veränderungen



In den drei Dimensionen Wohlbefinden, Selbstständigkeit und Teilhabe zeigt Frau N-D nach einer Eingewöhnungszeit von 6 Monaten zu t2 und nach ca. 12 Monaten zu t3 eine starke positive Entwicklung in allen drei Dimensionen.

9.4 Die Rückkehrer in die vollstationäre Versorgung

Aus dem stationären Bereich wurden 14 Personen, die im Untersuchungszeitraum vom ambulanten Wohnen wieder in den stationären Bereich verlegt worden sind, als Kontrollgruppe einbezogen. Beispielhaft werden Veränderungen von sieben dargestellt.

Es handelt sich um 5 Frauen und 2 Männer im Alter von 71-97 Jahre (Ø 62,4Jahre). Alle sieben Bewohner sind Altbewohner die zwischen 5 bis 38 Jahre im Heim leben. Sie zählten zu den ersten Bewohnern, die schon recht früh zwischen Ende 2016 und zu Beginn 2017 zurückkehrten und ins Betreute Wohnen einzogen. Nach zum Teil recht kurzer Wohndauer wollten sie wieder

stationär versorgt werden und so wechselten sie wieder innerhalb eines Zeitraumes von ein bis zwei Jahren in den stationären Bereich.

Bei allen Bewohnern hatte sich zu diesem Zeitpunkt die körperliche Verfassung stark verschlechtert. Zwei der Bewohner kamen vom Krankenhaus direkt in den stationären Bereich. Eine Bewohnerin konnte sich nicht mehr eigenständig bewegen und der kognitive Abbau hatte stark zugenommen. Ein anderer Bewohner war aufgrund seiner Blindheit unruhig und hatte ständig um Hilfe gerufen.

Bei fünf Bewohnern gab es Schwierigkeiten aufgrund der Veränderung. Eine der Bewohnerin hatte in den ersten Wochen der Verlegung Probleme sich an den neuen Bereich zu gewöhnen, sie wollte abends wieder heimgehen, nach drei bis vier Wochen hat sie sich eingelebt. Ein anderer Bewohner hatte aufgrund seines Handicaps – Blindheit, Orientierungsprobleme in der neuen Umgebung, während ein weiterer Bewohner, der ein Jahr im Betreuten Wohnen lebte, seine Couch (seinen gewohnten Platz) vermisste. Dieser Bewohner geht auch jetzt noch häufiger in das Haus Domblick. Bei zwei Bewohnerinnen gab es große Probleme, sie brauchten eine lange Zeit der Anpassung. Vier der verlegten Bewohner wären gerne wieder in das Haus Domblick zurückgezogen.

Aufgrund der veränderten körperlichen Situation sind 72% der Rückkehrer verstärkt auf Hilfe angewiesen, vor allem bei der Körperpflege (100%), beim An- und Ausziehen (100%), beim Transfer (72%) und beim Essen und Trinken (43%). Seit dem Umzug in den stationären Bereich ist der Gesundheitszustand bei vier der Bewohner unverändert, bei zwei verschlechtert und bei einer Bewohnerin hat er sich etwas verbessert.

Fünf der Rückkehrer haben auch im neuen Umfeld keine Probleme Kontakte zu anderen Bewohnern aufzunehmen, während zwei Bewohner sich eher in ihre Zimmer zurückziehen. Eine Bewohnerin verlässt ihr Zimmer nur, wenn das Personal ihr zuredet an Aktivitäten teilzunehmen.

Zur Verlegung ihrer Verwandten gab es von Seiten der Angehörigen und Betreuer keine Reaktion. Bei zwei Bewohnern geschah die Verlegung auch auf Bitten der Angehörigen.

9.5 Abwehr oder Akzeptanz der Angehörigen

Die Angehörigen der Alt- und Neubewohner sollten Fragen zur Wohnsituation, zur Eingewöhnung ihrer Angehörigen und zu Leistungen des Pflegedienstes und der Alltagsbetreuung beantworten. In die Befragung konnten lediglich 6 Fragebögen eingehen, drei Bögen von Angehörigen der Altbewohner und drei von Angehörigen der Neubewohner.

Einig sind sich die Angehörigen in der Einstellung, dass zu wenig Personal präsent ist und zu wenig Zeit zur Betreuung. Bedenken äußert eine der Angehörigen zur Umstellung von stationär zur ambulanten Versorgung.

„Bedenklich findet sie die Umstellung, weil ihre Mutter die Betreuung und das Begleitprogramm (Beschäftigung) im stationären Bereich gewohnt war, im ambulanten Bereich ist sie jetzt mehr allein.“ Ein anderer Angehöriger sieht keinen Unterschied zu früher *„die häusliche Umgebung und der Tagesablauf sind im Wesentlichen unverändert geblieben.“*

Einige der Angehörigen von Altbewohnern, wie auch von Neubewohnern sorgen sich vor einer Überforderung durch die neue Wohn- und Lebenssituation. Sie befürchteten, dass die Bewohner aus ihren gewohnten und vertrauten Umgebungen herausgerissen würden und sich schwer an das Neue gewöhnen könnten. Es wurden aber auch Vorurteile gegenüber der stationären Versorgung genannt. Trotz Bedenken äußerten zwei Drittel der Angehörigen, dass sich ihre Verwandten in den Appartements wohl fühlten.

Hierzu würde auch dazu beitragen, dass ein Teil des vertrauten Personals beibehalten wurde.

Eine höhere Selbstständigkeit bei ihrer Mutter wird nur von einer der Angehörigen hervorgehoben: *„Versorgt sich jetzt größtenteils beim Abendessen selbst, kann da individuelle Essensauswahl treffen, kann sich auch selbst unter dem Tag mal einen Tee kochen etc.“* Die anderen Befragten sahen keine veränderte Selbstständigkeit bei ihren Verwandten.

Trotz der Kritik an der Präsenz und der mangelnden Zeit des Personals wird das Leistungsangebot des Pflegedienstes von der Hälfte der Angehörigen als sehr gut eingeschätzt und ein Drittel empfinden es als gut. Nur eine Angehörige der Neubewohner sieht das Leistungsangebot eher als schlecht an. Die Erreichbarkeit des Personals erlangt mit zwei Drittel sehr gute bis gute Bewertungen, ebenso wie die Freundlichkeit des Personals. Sie wird von den Angehörigen zu 50% als sehr gut und zu 50% als gut bewertet. Das vertraute Personal zeichnet sich bei den Altbewohnern aus, immerhin 50% der Angehörigen der Altbewohner äußern, dass hier eine sehr gute bis gute Beziehung zum Personal vorliege. Bei den Angehörigen der Neubewohner wird die Beziehung zum Personal überwiegend eher mittelmäßig (33,3%) gesehen, wobei hier die geringe Wohndauer ausschlaggebend sein könnte.

Das Preis-Leistungsverhältnis des Pflegedienstes schätzen 50% der Angehörigen als gut und 50% zwischen mittelmäßig bis eher schlecht ein. Für die Angehörigen der Altbewohner ist die Umstellung von stationär zu ambulant günstiger geworden, so dass einige von Ihnen auch Einsparungen im Monat haben.

Trotz anfänglicher Schwierigkeiten bei der Umstellung sehen heute die Angehörigen, dass sie ausreichend vom Hause zur Umstellung informiert wurden und die Verträge und Abrechnungen transparent sind. Im Vorfeld zur Umstellung wurden die Angehörigen und die Betreuer angesprochen und

gemeinsame Termine geplant. Zu den Treffen wurden die Verträge mitgebracht und den Angehörigen und Betreuenden erklärt was die Ambulantisierung für ihre Verwandten bedeutet. Es gab von Seiten der Angehörigen unterschiedliche Reaktionen hierauf, einige nahmen die Umstellung positiv auf, da sie sparen konnten und andere wiederum waren enttäuscht, da die Pflege aufgrund der zusätzlichen kostenpflichtigen Wahlleistungen teurer würde. Bei den Berufsbetreuern gab es keine Reaktion. Den Angehörigen wurde nahegelegt, schwerst- und psychisch Kranke, die noch in der Station wohnten, in eine andere Abteilung zu verlegen.

Die negative Betrachtung in einer Pressemitteilung von Report Mainz⁵³ in der eine Angehörige berichtet, das der einzige Unterschied darin bestehe, dass man jetzt in einem Appartement lebt, statt in einem Pflegezimmer, teilen die befragten Angehörigen nicht. Sie empfinden die Wohnbedingungen (Zimmereinrichtung, sanitäre Einrichtungen, Gemeinschaftsbereiche) zu über 80% als sehr gut bis gut.

Auffällig zeigen sich die Unterschiede zwischen den Angehörigen der Alt- und der Neubewohner mit der Übernahme von Verantwortungen und Hilfen für die Verwandten. Während es bei den Angehörigen der Altbewohner im Durchschnitt knapp vier Tätigkeiten (wie Unterstützung beim Umgang mit Geld, Behördengänge, kleine Hilfen) sind, die übernommen werden, geben die Angehörigen der Neubewohner sechs Tätigkeiten an (Unterstützung beim Umgang mit Geld, Behördengänge, Begleitung beim Einkaufen und Freizeit). Vor allem während der wöchentlichen Besuche leisten sie Unterstützung. So besuchen die Angehörigen der Altbewohner ihre Verwandten zwischen 1-6 Stunden in der Woche, bei den Neubewohner sind es 2-10 Stunden. Darüber hinaus gibt eine der Angehörigen an, Kontakte über Telefonate zwischen 1-2

⁵³ Presseinformation Report Mainz vom 04.11.2014. Einrichtungen wandeln stationäre Pflegeplätze in ambulante Pflege um.

Stunden pro Tag zu halten, ein anderer schreibt, dass zusätzlich zu den Besuchszeiten noch Betreuung und Papierkram 1-2 Stunden pro Woche hinzukommen.

Laut Personal hat sich an dem Engagement der Angehörigen zu früher nicht sehr viel geändert. Einige haben den Einzug in das Appartement organisiert. Bei den Neueinzügen wird das Engagement der Angehörigen höher eingeschätzt, sie engagieren sich stärker und übernehmen auch mehr Aufgaben.

9.6 Bewertung der Umstellung durch das Pflegepersonal

Die Mitarbeiter, die aus Pflegepersonal, Alltagsbegleiter und Reinigungskräften bestehen wurden ebenfalls zu den Veränderungen der Bewohner und der Unterstützung durch die Angehörigen befragt. Das Personal sollte uns auch Fragen zur Veränderung ihrer eigenen Arbeit aufzeigen. Die Befragung des zuständigen Pflegepersonals fand zu zwei Zeitpunkten statt. Zu Beginn des Projektes (Ende 2017) und ca. 12 Monate später. Des Weiteren wurde das Leitungspersonal wie Pflegedienstleitung, Koordinatorin Alltagsbegleitung, Koordinatorin Beratung Pflege und Leitung Tagespflege einbezogen.

Wie sieht das Pflegepersonal die Veränderungen bei den Bewohnern?

Das Personal sieht die Entwicklung der Bewohner nach dem Umbau unterschiedlich. Während einige berichten, dass sie sich gut eingelebt haben, sehen andere dies kritischer. So berichtet eine Pflegerin *„Die Bewohner sind sehr fordernd. Am Anfang waren sie emotional sehr aufgebracht. Sie müssen nun Eigenverantwortung übernehmen, was sie nicht kennen.“* Eine andere Pflegerin verweist auf die Bestandsbewohner⁵⁴ *„Bestandsbewohner müssen ihren Alltag jetzt selbst gestalten, Leistungen kosten Geld, so müssen sie für*

⁵⁴ Der Begriff Bestandsbewohner bezeichnet Altbewohner

die Toilettenbegleitung jetzt extra zahlen. Einige besorgen ihre Hygieneleistungen jetzt selbst. Auch die Alltagsgestaltung eröffnet für sie neue Aufgaben.“

Eine Pflegefachkraft findet, dass bei einigen Bewohnern das ‚stationäre Denken‘ immer noch vorhanden sei, wobei es Unterschiede in den einzelnen Stockwerken gibt. *„Bei einigen Bewohnern in Domblick 1 und 2⁵⁵ (Anm.: die beiden unteren Etagen) kommt die noch vorhandene Selbstständigkeit zurück, bei anderen ist die Umstellung schwierig. In Domblick 3 gibt es am wenigsten Probleme, sie machen vieles selbst, anders im Domblick 4, dort ist die Umstellung schwierig, kompliziert.“*

Es sind noch viele Gewohnheiten bei den Bewohnern vorhanden, viele der angebotenen Leistungen werden aus Kostengründen nicht wahrgenommen oder die Bewohner wollen ihren Kindern „nicht auf der Tasche liegen“. Ebenso werden aber auch manche Leistungen nach der Umstellung nicht mehr gebraucht.

Das Einleben der Neubewohner geht nach Meinung des Pflegepersonals sehr schnell. Ein Bewohner hat seine Bibliothek dem Haus geschenkt, er wollte den Mitbewohnern damit etwas Positives geben, damit die Umwandlung ein Selbstläufer wird. Für andere Pflegekräfte wie auch nach Ansicht einiger Alltagsbegleiterinnen hat sich nach der Umstellung nichts verändert. Sie verweisen auf das Krankheitsbild oder die Tagesform der Bewohner. *“Es ist unterschiedlich, tagesabhängig, so sind heute z.B. zwei Bewohnerinnen in die Stadt gefahren und ein Bewohner davon im Rollstuhl.“*

Auch die Selbstständigkeiten haben sich bei den Bewohnern nach einer gewissen Eingewöhnungszeit verändert, zum Teil werden die Veränderungen nur bei den ‚Fitteren‘ gesehen, teils bemerken sie auch Veränderungen bei

⁵⁵ Der gesamte Haus Domblick 1 – 4 mit vier Etagen wurde „ambulantisiert“.

Menschen mit neurologischen Problemen. *„Selbstständiger, z.B. Frau X, sie macht fast alles allein, hat ein neurologisches Problem und ist jetzt völlig verändert – 95% gedreht. Der Prozess ging über 4 bis 5 Monate, jetzt zufriedener.“* Eine andere Pflegerin äußert sich verwundert über die Selbstständigkeit der Bewohner *„Vereinzelt sind Wunderheilungen über Nacht zu beobachten. Es kann z.B. eine Bewohnerin auf einmal komplett alles selber machen, z.B. auch alleine zur Toilette gehen, Da fühlt man sich manchmal verar....., wenn sie auf einmal selbstständig sind. Es kostet nun.“* Einige der Bewohner sind auch stolz, wenn sie wieder was selbst können, vor allem auch gegenüber dem vertrauten Personal.

Zu den wesentlichsten Pflegezielen zählt nach der Umstellung das Zusammenbringen der Bewohner, der Aufbau von Nachbarschaften. Dieses Ziel ist nach Meinung einer Pflegefachkraft noch zu wenig erreicht worden. Es gibt Bewohner, die mit ihren Angehörigen das Haus verlassen aber selbst keine Außenkontakte haben. Eigenständige Treffen mit anderen Bewohnern sind noch selten und müssen durch eine Pflegekraft vermittelt werden.

Die Unterstützung durch Angehörige sieht das Personal kaum verändert, vor allem bei den Altbewohnern lassen sich kaum Veränderungen aufzeigen. Sie besuchen ihre Verwandten an bestimmten Tagen, kommen aber nicht häufiger als vorher. *„Manchmal helfen sie beim Aufräumen, bringen z.T. auch Essen mit oder erledigen kleine Putzarbeiten. Sie organisieren z.B. Hausärzte und kommen zu Angehörigentreffen ein- bis zweimal monatlich. Die Angehörigen der Neueinzüge sind anders, sie besuchen ihre Verwandten häufiger.“* Laut Meinung der Pflegefachkraft wirken die Angehörigen nun gestresster, da sie sich Gedanken machen, ob der Verwandte sich auch eigenständig versorgen kann. Als entlastend für alle wird die Tagespflege angesehen, die zu dieser

Zeit kurz nach der Eröffnung von ca. 12 Bewohnern⁵⁶ an 5-7 Tagen⁵⁷ besucht wird. Einige Bewohner besuchen die Tagespflege selbstständig, andere werden gebracht und wieder abgeholt. Hier verbringen sie von 8.00 bis ca. 16.00 Uhr ihren Tag bei Frühstück, Mittag bereiten, Kaffee trinken und täglichen Angeboten.

Nach zwei Jahren der Umstellung sieht das Pflegepersonal stärkere Veränderungen bei den Bewohnern, so haben 90% der Bewohner Kontakte zu anderen Bewohnern. Die Bewohner werden nun im Haus Domblick 3 (3.Etage) häufiger im Gang getroffen und man sieht sie an den Tischen gemeinsam spielen oder sich unterhalten. Am Wochenende treffen sich dann fast alle im Speiseraum zum Frühstück, Mittagessen und Abendbrot. Auch die Selbstständigkeit hat zugenommen, dies merkt man an vielen Kleinigkeiten, z.B. ziehen sich nun weniger Bewohner zurück. Eine Leitungskraft: *„Die Bewohner sind zufriedener, auch die Angehörigen geben Rückmeldung, „die Mama ist jetzt zufriedener“. Wir merken es auch an der Teilnahme der Bewohner an den Jahresveranstaltungen, die sind nun viel stärker nachgefragt als früher. Die Bewohner nehmen nun mehr teil.“*

Eine andere Leitungskraft „schätzt die Selbstständigkeit der Altbewohner nicht höher ein als vorher, als sie noch stationär gewohnt haben, nur wenn es Geld kostet. Da sich immer wieder alte Gewohnheiten einschleichen wird den Bewohner vermittelt, dass sie 20% mehr zahlen müssen bei Abruf zusätzlicher Leistungen, das funktioniert dann.“

Unterschiede zwischen Alt- und Neubewohnern werden vom Pflegepersonal nicht mehr so wahrgenommen, vor allem das Klingeln (Notruf), bei den Altbewohnern ist weniger geworden:

⁵⁶ Zu dieser Zeit wohnten 50 Bewohner in den Appartements.

⁵⁷ Der Sonntag ist ab März 2018 weggefallen.

Ruf nach der Schwester:

Stationär früher 50-mal pro Frühschicht 6.30 – 14.00 Uhr

klopfen/klingeln

Nach kurzer Zeit ambulant 25-mal pro Frühschicht 6.30 – 14.00 Uhr

klopfen/klingeln

Heute ambulant 1-2-mal pro Frühschicht 6.30 – 14.00 Uhr

klopfen/klingeln

Die Unterstützung der Angehörigen wird von Seiten des Pflegepersonals und der Pflegedienstleitung nach zwei Jahren als unverändert betrachtet.

Angehörige besuchen ihre Verwandten nicht häufiger als früher und teilweise wird der Umgang vor allem bei den Altbewohnern als schwierig angesehen.

Welche Vor- oder Nachteile sind für Bewohner, Personal oder Betreiber entstanden?

9.6.1 Veränderungen des Aufgabenfeldes, Auswirkungen auf Handlungsspielräume und Arbeitsbelastungen des Pflegepersonals

Die Umwidmung stationärer Plätze in eine ambulante Versorgung ist noch sehr selten. Aus diesem Grunde liegen bisher kaum Erfahrungen vor, wie die Umstellungen von Seiten des Pflegepersonals erlebt werden. Bekannt ist, dass Arbeitsbedingungen in ambulanten Wohnformen gegenüber stationären Einrichtungen positiver gesehen werden. „Der Grad der Pflegebedürftigkeit ist eher durchmischt, die Pflege weit weniger durch Finalpflege bestimmt als in

stationären Einrichtungen und die Arbeit kann selbstständiger erledigt werden.“⁵⁸

In Untersuchungen wird auf das selbstständige Arbeiten und die Eigenverantwortung im ambulanten Bereich verwiesen. Die Arbeit wird als abwechslungsreich als komplex und anspruchsvoll gesehen, sie ermöglicht den Pflegekräften sich selbst zu verwirklichen und ihre Fähigkeiten weiter zu entwickeln. Auch wenn wenige Kontakte zu den Kollegen bestehen, empfindet das Pflegepersonal im ambulanten Bereich das Betriebsklima als positiv. Aber auch Arbeitsbelastungen spielen in der ambulanten Pflege eine Rolle. In den letzten Jahren haben vor allem die körperlichen und psychischen Belastungen zugenommen, bedingt durch Zeitdruck, körperliche Belastungen durch schweres Heben, Schichtarbeit, Leid und Tod der Bewohner.

Rückenschmerzen und Beschwerden im Nacken- Schulterbereich sind häufig die Folge durch die körperlichen Belastungen in bückender, hockender oder kniender Position. Das Heben schwerer Lasten kommt bei zwei von drei Pflegenden regelmäßig vor.⁵⁹ Auch die Arbeit mit Demenzerkrankten und verhaltensauffälligen Bewohnern kann emotional sehr belastend sein. Ebenso die Erwartungshaltungen von den Angehörigen, die ihre Erwartungen an Versorgungen nicht bestätigt sehen.

Kritisch werden laut BGW-Studie⁶⁰ die geringen Einflussmöglichkeiten und Handlungsspielräume gesehen, wie auch die begrenzten Karriere-möglichkeiten in den ambulanten Diensten.

⁵⁸ Rothgang, H. u.a. (2017): Ambulantisierung stationärer Einrichtungen im Pflegebereich und innovative ambulante Wohnformen. Endbericht. Bremen, S. 88-89.

⁵⁹ Praxisseiten Pflege 06/2017, S. 2.

⁶⁰ BGW (2005): Psychische Belastungen in der Altenpflege. Zusammenfassung verschiedener Studien. Hamburg, S. 42.

Wie sehen dies die interviewten Pflegekräfte die von stationär zu ambulant gewechselt haben? Was erwarten sie von der veränderten Wohnform für ihre Arbeit?

Da vier Pflegekräfte aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich gewechselt sind und die Bewohner weiter begleiten, erleben sie Veränderungen und neue Erfahrungen. Zusammen mit Personal aus verschiedenen Bereichen übernehmen sie die Versorgung und Betreuung. Die Zusammensetzung umfasst:

- Pflegefachkräfte
- Pflegehilfskräfte
- Alltagsbegleitende und
- Hauswirtschaftskräfte.

Für das Pflegepersonal hat sich nach der Umstellung einiges verändert. Da die Selbstständigkeit der Bewohner gefördert werden soll, ist die Arbeit für das Personal weniger körperlich anstrengend geworden, während die Verantwortung größer wird. Die Pflege unterliegt nun einem straffen Tourenplan und die Arbeitsabläufe sind jetzt anders, die Pflegekraft muss nun nicht mehr Alles machen. *„Es sind jetzt mehr Aufgaben wie Medikamente eingeben oder zu sehen wie die Selbstständigkeit bei einigen Bewohnern sich entwickelt, z.B. selbst kochen, Kaffee aufbrühen etc.“*

Aufgaben wie sie im stationären Bereich durchgeführt werden, z.B. Essen bestellen und austeilen, Müllsäcke entsorgen und Wäschesäcke packen müssen nun nicht mehr übernommen werden, auch die Transfers fallen weg. Die Handlungsspielräume sind für das Personal größer geworden. Im Rahmen der Dienstenteilung können sie selbst entscheiden, sie haben mehr Eigenständigkeiten. Auch die zunehmende Selbstständigkeit einiger Bewohner erleichtert den Arbeitsablauf.

Tabelle 18: Übersicht der Antworten zu den Selbstständigkeiten in der Arbeit des Personals

Selbstständigkeiten, Selbstbestimmtes Arbeiten, Spielräume erweitern
Mehr selbstbestimmt arbeiten
Mehr Eigenständigkeiten in der Pflege
Der Arbeitsablauf ist anders, Bewohner versuchen viel selbstständig zu machen
Kann im Rahmen der Diensterteilung selbst entscheiden
Die Arbeit hat sich verändert, die Selbstständigkeit soll gefördert werden
Die Pflege soll aktivierend erfolgen
Mehr mitdenken
Innovativer arbeiten
Den eigenen Arbeitsplatz mitentwickeln
Es gibt Handlungsspielräume
Freie Gestaltung möglich
Verantwortung für die eigene Arbeit und die verbrachte Zeit
Ambulant ist vielseitiger im Alltag

Während 60% der Pflegekräfte aufgrund der guten Einweisung in das neue Arbeitsfeld keine Probleme hatten, gab es bei 40% der Pflegekräfte Beschwerden. „*Es war anstrengend, man musste alles neu aufbauen, es fehlte vieles an Grundlagen, es gab zwar ein Konzept, dies musste aber neu entwickelt werden. Die Praxis zeigt, was dann gemacht werden muss.*“

Manchmal können Probleme auch durch zusätzliches Personal gelöst werden. „*Ja, es ist schwergefallen. Waren allein ohne Präsenzkraft, allein über zwei Stockwerke. Seit die Präsenzkraft da ist, ist es angenehmer.*“

Die Veränderungen durch die Umstellung und den Baulärm empfanden immerhin 40% des Pflegepersonals als starke Belastung.

Tabelle 19: Übersicht der Antworten über die Zu- oder Abnahme von Belastungen

Zunahme von Belastungen	Abnahme von Belastungen
Die Verantwortung ist größer geworden	Es ist besser geworden, gute Veränderung
Mehr Aufgaben	Die Arbeitsbelastung ist eher entspannter geworden
Die gesamte Veränderung belastet	Die körperliche Arbeit fällt weg bzw. ist weniger
Mehr Verantwortung, straffer Tourenplan	Angehörige haben mehr Verantwortung
Zunahme des Organisatorischen	Es fallen einige stationäre Aufgaben weg
Die Umstellung war anstrengend, man musste alles neu aufbauen	Ruhigeres Arbeiten
Informationsfluss klappt nicht immer	Vorteil man muss nicht jeden pflegen
Zeitverfügung	
Wir werden bei Veränderung zu wenig einbezogen	

Am Anfang der Umstellung musste das Pflegepersonal, das vorher stationär gearbeitet hatte, das stationäre Denken ablegen und den Bewohnern klarmachen, dass sie nun vieles selbst zu übernehmen haben. Oft verstanden die Bewohner nicht, dass sie nun nicht mehr alles abrufen könnten, da doch vorher die gleiche Pflegekraft diese Leistung gegeben hatte. *„Es war schon immer so, es muss so weiterlaufen.“* Für das Pflegepersonal war es ebenfalls

nicht leicht, die Bitten der Bewohner abzulehnen, so dass am Anfang noch häufig Leistungen unentgeltlich erfüllt wurden. Auch nach über zwei Jahren ist das stationäre Denken noch in manchen der Köpfe vorhanden. *„Das Konzept des ambulanten Wohnens wird noch immer nicht vollständig gelebt, es muss immer wieder angepasst werden“* so die Einschätzung einer Leitungskraft.

Die Belastungen die zu Beginn der Umstellung noch auftraten, sind nach zwei Jahren der Umstellung bei dem befragten Pflegepersonal kaum noch vorhanden. Die Umstellung von stationär nach ambulant wird nun als besser angesehen und als weniger anstrengend.

9.6.2 Einstellungen der Alltagsbegleiter zur Ambulantisierung

Zum Ende des Jahres 2018 wurden sechs Alltagsbegleiter und die Koordinatorin zu ihrer Arbeit und Umgestaltung des Domblicks befragt. Die Alltagsbegleiter sind stundenweise für die Begleitung und Beschäftigung der Bewohner zuständig, wobei es nicht um pflegerische Tätigkeiten geht, „sondern um die Unterstützung bei der Alltagsgestaltung und -bewältigung (z. B. Gespräche, Spaziergänge, Spiele, Begleitung zu Seniorengruppen, Hilfen im Haushalt oder im Garten).“⁶¹

Zu dem Konzept Alltagsbegleitung gehört auch, dass sie den Bewohner und Bewohnerinnen für Gespräche zur Verfügung stehen, ihnen Ängste nehmen und Orientierung vermitteln. „Betreuungs- und Aktivierungsangebote sollen sich an den Erwartungen, Wünschen, Fähigkeiten und Befindlichkeiten des Bewohners orientieren. Dabei müssen Alltagsbegleiter vor allem darauf achten, die individuelle Biografie des Betreuten zu kennen.“⁶²

⁶¹ Sozialstiftung Bamberg Altenhilfe gGmbH: Verbundhauskonzept Zentrum für Senioren, S. 15.

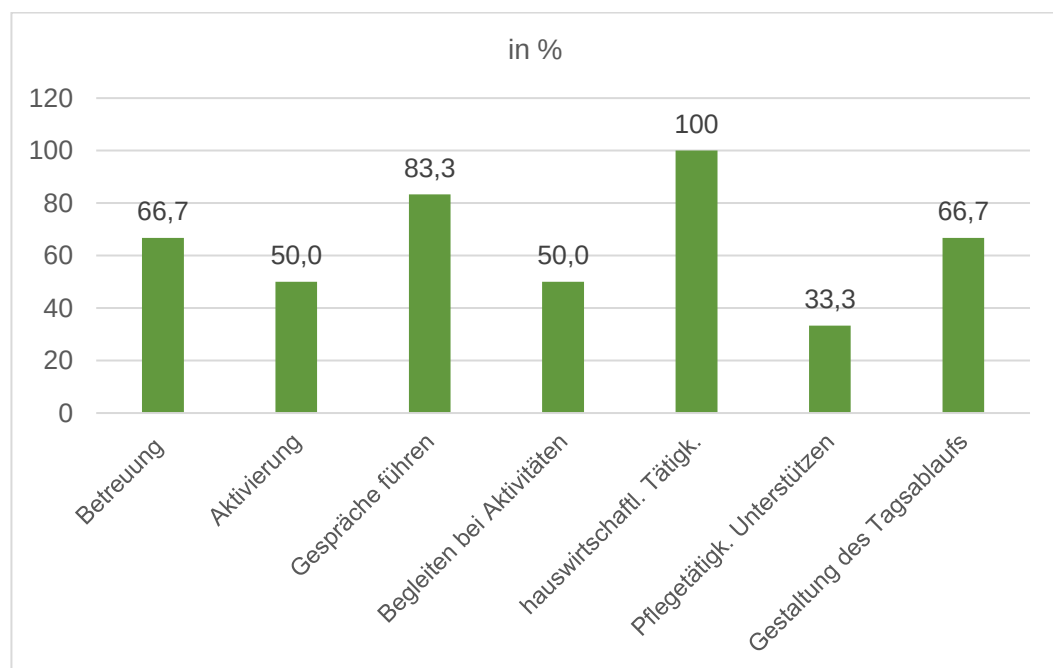
⁶² Ebda. S. 15.

Anders als die vier Personen vom Pflegepersonal arbeiten 50% der Alltagsbegleiter erst seit 6 Monaten im Haus Domblick, die anderen waren schon vorher in der Einrichtung in einem anderen Haus tätig. Vorerfahrungen im Umgang mit älteren Menschen bringen zwei Drittel der Alltagsbegleiter mit. Eine Einarbeitung für die Tätigkeit haben knapp 70% absolviert. Als Ziel ihrer Arbeit nennen über 80% der Befragten die Zufriedenheit der Bewohner.

„Bewohnern Freude machen, im Alltag zu helfen.“ „In der Zufriedenheit der Bewohner, in der Unterstützung.“

Die genannten Arbeitsschwerpunkte spiegeln die Einstellung der Alltagskräfte wider, die hohe Bedeutung für die Kommunikation und die Betreuung und Aktivierung der Bewohner, aber auch die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten werden von allen Helfern genannt.

Abbildung 43: Arbeitsschwerpunkte der Alltagsbegleitung



Zwei Drittel der Befragten geben an, zwischen 30-60 Minuten pro Bewohner tätig zu sein, es können aber auch zwischen 1-2 Stunden bis zu drei Stunden werden, je nach Absprache, beschäftigt zu sein. Eine der Alltagsbegleiterin erledigt ausschließlich Einkäufe für Bewohner *„Zusammen verbraucht sie 1,5 bis 2 Stunden zum Einkaufen im Supermarkt, ca. 30-40 Minuten pro Bewohner. Die Zeit wird festgehalten und abgerechnet.“* Während ein Drittel der Alltagsbegleitung die Bewohner täglich mehrmals besuchen, werden 50% der Bewohner nur nach Absprache aufgesucht.

Handlungsspielräume in ihrer Arbeit sehen ca. 70% der Befragten, dies bestätigt auch die Koordinatorin *„Handlungsspielräume gibt es, was sie im Rahmen der Vorgaben machen, entscheiden die Alltagsbegleiter selbst.“*

Was bringt den Alltagsbegleitern die Ambulantisierung?

Die Arbeit hat sich für die Alltagsbegleiter wie auch für das Pflegepersonal verändert. Sie schätzen ihre Arbeit ruhiger ein und nicht so stressig wie im stationären Bereich. Die Arbeit im ambulanten Bereich zeigt sich vielseitiger im Alltag, die Selbstständigkeit der Bewohner wird gefördert. Vor allem die Zusammenarbeit mit den Kollegen und Kolleginnen ist positiv, wie auch die Arbeitszeit. Die Arbeit wird als abwechslungsreich beschrieben. *„Positiv ist, dass mal draußen und drinnen gearbeitet wird, die Abwechslung der Orte.“* So zeigen sich auch über 80% sehr zufrieden bis eher zufrieden mit ihrer Arbeit.

Es gibt aber auch Kritik an dem Konzept, so eine der Befragten. *„Hatte andere Vorstellung von der Arbeit, das Miteinander bei den Bewohnern kaum vorhanden, das Gemeinschaftliche fehlt.“* Kritik wird auch an der Zeitverfügung geäußert *„Man hat wenig Zeit für den Bewohner.“* Was sich auch im mangelnden Kontakt zu den Bewohnern widerspiegelt. *„Stationär ist man mehr im Kontakt mit den Bewohnern, das Leben wird dort organisiert, hier im ambulanten Bereich fehlt der Kontakt zu den Menschen.“*

Verbesserungen wünschten sich einige der Alltagsbegleiter bei Veränderungen, hier werden sie im Vorfeld zu wenig einbezogen, Neuerungen werden über ihren Kopf hinweg entschieden. *„Bei Veränderungen werden die Kräfte nicht einbezogen. Fragen zu wenig die Kräfte vor Ort z.B. neues Essenskonzept – Tablett-Schöpf-System.“* Auch die Informationen von Seiten der Pflege klappen nicht immer.

Insgesamt sieht die Koordinatorin, durch die Arbeit der Alltagsbegleiter eine positive Wirkung auf den Lebensalltag der Bewohner. Die Bewohner wirken ihrer Meinung nach nun zufriedener, auch das Pflegepersonal wird durch die Alltagsbegleitung entlastet, es sind andere Arbeitsabläufe. Das Arbeitsklima hat sich positiv entwickelt. Sie wünscht sich allerdings für die Zukunft eine bessere Kommunikation, einen besseren Informationsfluss. *„Wenn die Alltagsbegleiter merken, Frau X Y ist schlecht drauf, dann spricht mit ihr. Mir ist es lieber, das Aufräumen der Schublade wird verschoben, als dass es Frau X schlecht geht.“* Sie sieht auch ein Grundproblem in der Qualifikation der Alltagsbegleiter, die könnte besser sein, z.B. Pflegeassistenten als Grundqualifikation.

9.7 Zusammenfassung Perspektiven der Nutzer

Bewohner

Die Umwandlung von stationär zu ambulant wurde nicht von allen Altbewohnern positiv erlebt, dies betraf in erster Linie die mangelnde Anwesenheit von Personal und das Essen. Bei den Neubewohnern wird das neue Wohnumfeld eher ambivalent betrachtet, während einige ihren Umzug positiv erleben, fehlt anderen in ihrer Umgebung Menschen mit denen sie kommunizieren können. Die neu gewonnenen Freiheiten und die Rückzugsmöglichkeiten empfinden die Alt- wie auch die Neubewohner als äußerst positiv. Es sind auch vor allem die Männer, die die neue Freiheit zu

schätzen wissen. Auch die neuen Angebote, wie die Tagespflege werden von allen als Zugewinn betrachtet.

Bei einigen Rückkehrern war die Umstellung von ambulant zum stationären Wohnen mit großen Schwierigkeiten verbunden. Die Zeit zur Anpassung, der Verlust gewohnter Umgebung oder Plätze braucht mehr Zeit für die Anpassung und für die Entwicklung eines Wohlbefindens.

Zur Aufrechterhaltung ihrer Selbstständigkeit erhalten die Alt- wie Neubewohner vielfältige Unterstützungen durch Pflegepersonal, Alltagsbegleitung und durch Angehörige. Während bei den Neubewohnern noch mehr Eigenständigkeiten vorhanden sind, wie z.B. Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder selbstständig einzukaufen, gewinnen einige der Altbewohner im Alltag wieder Kompetenzen zurück.

Bei den Rückkehrern von ambulant in den vollstationären Pflegebereich hat sich die körperliche Situation so stark verändert, dass die Hilfe von Seiten des Personals in fast allen Bereichen zu 100% zunimmt und Eigenständigkeiten sich damit stark reduzieren.

Ein großer Teil der Bewohner gibt Kontakte zu anderen Mitbewohnern an. Hier sind es vor allem Frauen, die verstärkt Kontakte suchen. Vor allem die Tagespflege bietet vielen der Bewohner die Möglichkeit andere Personen kennen zu lernen. Während knapp die Hälfte auch an den Angeboten, wie Teilnahme an Jahresfesten oder Treffen innerhalb des Hauses teilnehmen, zeigen andere aus körperlichen oder gesundheitlichen Einschränkungen kein Interesse. Aktivitäten nach außen, nehmen die Neubewohner stärker wahr. Die häufigsten Außenkontakte finden bei den Neuzuzügen noch mit der Familie statt.

Fünf der Rückkehrer haben nach dem Umzug keine Probleme, Kontakte zu den anderen Bewohnern aufzunehmen.

Angehörige

Obwohl einige der Angehörige Bedenken zur Umstellung äußerten, gehen zwei Drittel von ihnen davon aus, dass sich ihre Verwandten in den neuen Appartements wohl fühlen. Hierzu trägt auch bei, dass Pflegepersonal aus dem stationären Bereich zunächst mit übernommen wurde. Die Leistungen des Personals und die Erreichbarkeit schätzen die meisten Angehörigen gut ein. Vor allem bei den Altbewohnern besteht eine gute und vertraute Beziehung zum Personal.

Eine Zunahme von Selbstständigkeiten bei ihren Verwandten wird von den Angehörigen nicht festgestellt, lediglich eine der Angehörigen einer Altbewohnerin sieht, dass ihre Mutter mehr Selbstständigkeiten entwickelt hat.

Die Angehörigen leisten vielfältige Unterstützungen für ihre Verwandten, vor allem die wöchentlichen Besuche, Telefonate und Begleitung zu Aktivitäten tragen zur Teilhabe bei.

Personal

Auch beim Personal wird die Entwicklung der Bewohner ambivalent betrachtet, vor allem lieb gewonnene Gewohnheiten werden schwer abgelegt. Bei den Altbewohnern ist noch sehr viel ‚stationäres Denken vorhanden‘, die Neubewohner leben sich hingegen sehr viel schneller ein.

Die Selbstständigkeit der Altbewohner wird ebenfalls unterschiedlich vom Personal erlebt. Fittere unter ihnen passen sich nach einer gewissen Eingewöhnungszeit schnell an die neuen Verhältnisse an. Bei anderen dauert die Entwicklung von Eigenständigkeiten sehr viel länger.

Die Kontaktförderung zwischen den Bewohnern zählt zu den wesentlichen Pflegezielen. Da könnte noch mehr erreicht werden, da kaum Außenkontakte, eigenständige Treffen mit anderen Bewohnern bestehen.

Nach zwei Jahren der Umstellung sieht das Personal stärkere Veränderungen bei den Bewohnern. Es bestehen mehr Kontakte zu anderen, mehr Begegnungen, auch die Selbstständigkeit habe zugenommen. Alt- und Neubewohner haben sich nun mehr angeglichen, das Personal stellt nun kaum noch Unterschiede fest.

Für das Personal selbst ist die Arbeit nach der Umstellung weniger anstrengend geworden, da einige der Aufgaben wegfallen, während die Handlungsspielräume größer werden. Die Belastungen die nach der Umstellung für das Personal auftraten, sind nach zwei Jahren der Umstellung nicht mehr vorhanden, die Arbeit wird als weniger anstrengend erlebt. Dies sehen auch die Alltagsbegleiter so, auch sie schätzen ihre Arbeit ruhiger ein und nicht so stressig wie im stationären Bereich. Die Arbeit wird als vielfältiger und die Zusammenarbeit mit den Kollegen und Kolleginnen positiv erlebt. Kritik wird an der mangelnden Zeit geübt, die wenig Spielraum für die Bewohnerin und den Bewohner lässt. Insgesamt sieht die Koordinatorin der Alltagsbegleitung eine positive Wirkung auf die Bewohner und auf das Pflegepersonal.

10 Case-Management und Schnittstellenmanagement

Pflegeprozesse unterliegen systematischen und zielgerichteten Abläufen. Unabhängig vom Ort der pflege- und betreuerischen Leistung sollen Pflegende individuell auf die Pflegebedürftigen zugeschnittene Leistungen mit diesem zusammen erörtern, sie planen und umsetzen. An dem Pflegeprozess sind gegebenenfalls verschiedene Personen und Professionen beteiligt.

Das Case Management unterstützt den pflegebedürftigen Menschen und seine Angehörigen in der Wahl des Versorgungssystems, den notwendigen Behandlungen und Begleitungen, den zu erwartenden Leistungen von dem Erstgespräch bis zur Aufnahme. Das Case Management arbeitet handlungsbezogen und sucht nach effektiven und angemessenen Leistungen. Die Leistungen umfassen pflegerische, betreuerische, alltagsbegleitende oder auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten.

Somit soll eine bedarfsgerechte individuelle Unterstützung unter Beteiligung der nachfragenden Person erfolgen. Das ist als Prozess anzusehen, der bereits bei der ersten Kontaktaufnahme interessierter Kunden bzw. deren Angehörige beginnt. Die Prozesssteuerung kann auf unterschiedliche Weise erfolgen. In der Sozialstiftung Bamberg wird mit Hilfe eines Diagramms bereits bei ersten Kontakten das weitere Vorgehen systematisch erfasst und weiterverfolgt. Da eine Vielzahl von Faktoren in die Beratung und weitere Kundenbegleitung einfließen, wird der Prozess schematisch in Form eines Turtle- oder Schildkrötendiagramms⁶³ dargestellt. Durch das Turtle Diagramm

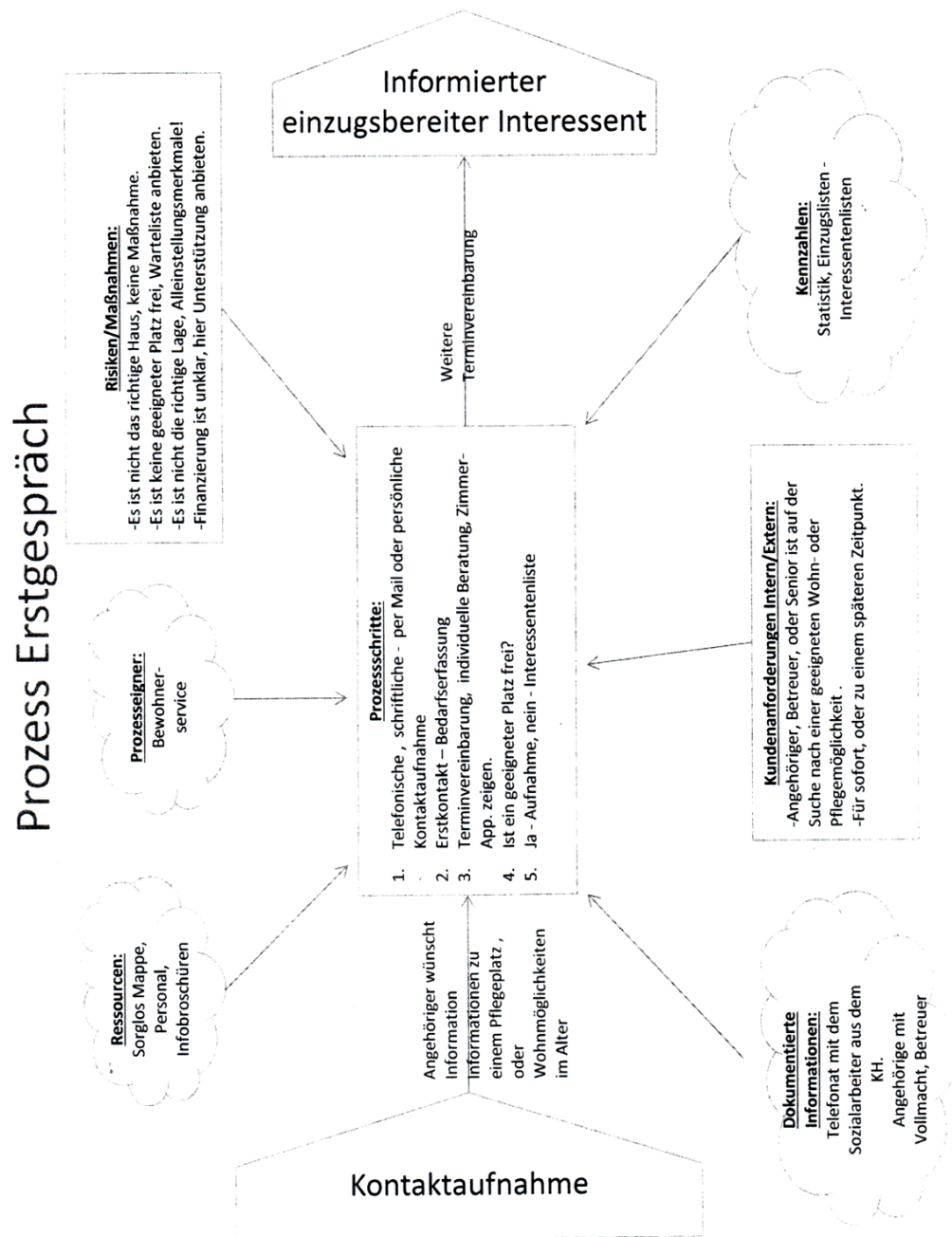
⁶³ <https://impulse4e.tqu-group.com/turtle-diagramm-prozessoptimierung> (Zugriff 26.11.2020).

entsteht Transparenz und ermöglicht eine flexible Steuerung des Aufnahmeprozesses und die weiterführende Begleitung (als Arbeitsmodell der Sozialstiftung Bamberg zur Einführung interessierter Personen Abbildung: 44)⁶⁴.

An vielen Arbeitsabläufen im Haus sind die unterschiedlichsten Funktionsbereiche beteiligt. Dadurch ergeben sich vielfältige Schnittstellen. Um hier unnötige Reibungsverluste durch ungeklärte Kompetenzen und Verfahrensabläufe zu vermeiden, regelt dieser Standard alle wichtigen Prozesse (Arbeitsabläufe), die Schnittstellen aufweisen.

64 Schlee (2017): Arbeitspapier Prozessmodell. Sozialstiftung Bamberg.

Abbildung 44: Schildkrötendiagramm nach Sozialstiftung Bamberg



Mit dem Einzug der Interessenten in eine der neu eingerichteten Wohn-Pflegeangebote sind an den verschiedenen Funktionsabläufen unterschiedliche Dienste beteiligt. Das erzeugt an manchen Stellen Berührungspunkte verschiedener Professionen mit Risiken für Reibungen. Dadurch können sich an diesen Schnittstellen vielfältige Schnittstellenprobleme ergeben. Um hier unnötige Reibungsverluste durch ungeklärte Kompetenzen und Verfahrensabläufe zu vermeiden, waren Abstimmungen zu regeln.

10.1 Schnittstellensteuerung der verschiedenen Systembereiche

Mit der Einführung der vier neu eröffneten Wohn- und Betreuungsangebote war davon auszugehen, dass es in der Anfangsphase zu Abstimmungs- bzw. Zuständigkeitsfragen kommen würde. Soweit das Zusammenwirken zwischen den verschiedenen Teilbereichen ohne Komplikationen abläuft, sind besondere Steuerungsvorgaben nicht notwendig. Erst wenn in der Zusammenarbeit der Bereiche Unstimmigkeiten auftreten kann man von Schnittstellenproblemen ausgehen.

In allen Teilbereichen war zu Beginn der Umsetzung zu klären, welche Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung gegeben ist. Die Übersicht in Tabelle 20 zeigt beispielhaft auftretende Dissonanzen der beteiligten Dienste an ihren Berührungsebenen. Mangelnde Abstimmungen zwischen internen und externen Leistungserbringern sind neben der menschlichen und fachlichen Akzeptanz der beteiligten Personen die Hauptursache für Unstimmigkeiten. Ein weiterer Aspekt für mangelnde Übereinkunft der zu übernehmenden Aufgaben liegt in der personellen Unterbesetzung von Teilbereichen (z.B. Hauswirtschaft oder Alltagsbegleitung) und nicht zuletzt erzeugen fehlende oder nicht durchschaubare Leitungszuständigkeiten in Teilbereichen für Unmut.

Tabelle 20: Schnittstellenprobleme 1

	Pflegepersonal	Alltagsbegleiter	Reinigung	Hauswirtschaft
Pflegepersonal		Bei Klingelruf der Bewohner: Wer übernimmt? Was übernimmt Alltagsbegleitung? Teambesprechung klappt nicht gut mangels Teilnahme	Keine Probleme	Keine Probleme
Alltagsbegleitung	Medikation Übergabe Information; Zuständigkeiten, Alltagsbegleiter werden zu wenig bei Veränderungen einbezogen. Informationen durch die Pflege funktioniert nicht immer.		Keine Probleme	Essensversorgung, Wäscherei keine vollständige Lieferung der Wäsche
Reinigung	Keine Probleme	Keine Probleme		Keine Probleme
Hauswirtschaft	Essensqualität Wäsche	Wie oben	Keine Probleme	
Tagespflege	Medizinplan, Bedarfsmedikation	Medikamente mitbringen und abholen aus Tagespflege	Keine Probleme	Keine Probleme

Tabelle 21: Schnittstellenprobleme 2

	Ärzte	Krankenhaus	Hausmeister	Tagespflege
Ärzte		Keine Probleme	Keine Berührung	Keine Probleme
Krankenhaus			Keine Probleme	Keine Probleme
Hausmeister	Einzugsmanagement z.B. am Wochenende, Technikprobleme	Keine Probleme		Keine Probleme
Tagespflege	Keine Probleme	Keine Probleme	Keine Probleme	
Pflegepersonal	Austausch der Kundendaten mit Neurologen, sonst mit Ärzten kein Problem in WG	Mangelnde Info über Bewohnerrückkehr	Verabredungen Umzugs-Einzugstermine	Übergabebuch, Dienstpläne nicht abgestimmt

In der Schnittstellenübersicht der Tabellen 20 und 21 sind die Berührungspunkte unterschiedlicher Leistungserbringer aufgeführt, die in diesem Projekt **anfänglich** die noch nicht eindeutig festgelegten Tätigkeitsbereiche betreffen. Im Wechsel der externen Leistungserbringer lagen weitere Anstöße für unterschiedliche Auffassungen über die Zuständigkeit verschiedener Leistungserbringung.

Einige Stimmen zu Beginn auftretender Unklarheiten zwischen den verschiedenen Diensten:

Alltagsbegleiter - Tagespflege

„Das Abholen der Bewohner des Hauses Domblick aus der Tagespflege durch die Alltagsbegleitung führte anfänglich zu Schwierigkeiten, da noch zu wenig

Personal seitens der Alltagsbegleiterinnen und Alltagsbegleiter hierfür verfügbar war. Andererseits verfügte die Tagespflege über mehr Personal und Praktikantinnen, die die Bewohner abholen und bringen könnten. Die Einsatzleitung der Alltagsbegleitung versteht nicht, wieso das nicht möglich sei, wieso die Tagespflegemitarbeitenden sagen, sie dürften die Bewohner nicht abholen und in die Zimmer bringen. Eine Begründung hierfür wurde nicht gegeben.

Es gab auch Probleme mit dem Spätdienst bei der Übergabe von der Tagespflege an die Alltagsbegleiter, da Informationen über Probleme der Bewohner, die während des Aufenthaltes in der Tagespflege aufgetreten sind (wie z.B. Übelkeit oder Durchfall), nicht weitergegeben wurden.“

„Das Zusammenspiel der Tagespflege mit dem ambulanten Dienst war anfänglich ebenfalls ein Problem. Wenn es z.B. einem externen Gast nicht gut geht, ruft er oder sie einen Angehörigen an und wird abgeholt. Bei hausinternen Gästen (Haus Domblick) ist es schwieriger, denn wenn sie jemand vom ambulanten Dienst anruft, kostet die Abholung Geld, da der Hol- und Bringdienst nicht in der Pauschale enthalten ist. Es fehlte an hausinternen Regelungen.“

Alltagsbegleiter - Belegungsmanagement

„Das Belegungsmanagement hat sich nicht an Vorgaben gehalten, wenn der Angehörige nur am Wochenende einziehen konnte und so Probleme entstanden.“

Alltagsbegleitung - Hauswirtschaft (extern)

„Die gereinigte Berufskleidung wurde nicht zurückgeliefert, Wäsche von Mietern war verschwunden. Zur Klärung standen keine Ansprechpartner zur Verfügung.“

Die Nähe der Tagespflege zu den Nutzern aus dem Haus Domblick führte immer wieder zu Konflikten wenn ein Hol- bzw. Bringdienst bei manchen Tagespflegebesuchern erforderlich war. Jede Leistung muss vergütet werden und das ist für die bewegungsbeeinträchtigten Gäste aus dem Hause nicht einsehbar, da die Entfernung nur durch Flur und Verbindungsgang getrennt ist.

Pflege und Hauswirtschaft

„Probleme gab es bei der Umstellung (von stationär auf ambulant) mit der Essensauslieferung. Die Lieferung des abendlichen Essens hatte nicht geklappt und um 17.00 gab es noch nichts, so dass ich für alle vier Bereiche (1.-4. OG) das Essen vorbereiten, verteilen und hinterher abwaschen musste. Ich hatte mich darüber sehr geärgert.“

Pflege und Ärzte

„Häufige Probleme gibt es in der Schnittstelle zwischen Pflege und Ärzten, die uns nicht immer über Ergebnisse und Medikationen informieren. Wir machen unsere Anfragen jetzt über Fax an die Ärzte und legen dies mit in die Dokumentation ein. So können die Ärzte nicht mehr behaupten, sie haben nichts bekommen.“

Pflege und Reinigungskräfte

„Weitere Probleme gibt es mit den Reinigungskräften. Die schimpfen, weil manche Wohnungen so ‚vollgeprüllt‘ sind, dass sie nicht richtig sauber machen können. Dann soll die Pflegekraft das machen aber das ist nicht unsere Aufgabe.“

Die Ursachen für Schnittstellenprobleme liegen ähnlich wie im stationären Bereich, in der Zusammenstellung verschiedener Komponenten mit internen und externen Diensten, jedoch schwerer vorhersehbar. Der Umgang und schließlich die Beseitigung der Probleme folgen vergleichbaren

Lösungsansätzen, wie sie auch in der Literatur vorzufinden sind. So schlagen Steinle & Keim vor, eine Lösung in sechs Schritten vorzunehmen:

1. Definition der Schnittstelle und des Schnittstellenproblems
2. Festlegung auf welcher Ebene das Schnittstellenproblem zu lösen ist
3. Interdisziplinäre Diskussion
4. Festlegung der Ergebnisse und Vereinbarungen
5. Umsetzung der Ergebnisse und Vereinbarungen
6. Kontrolle.⁶⁵

Problemlösungsvorgehen im SSB

Die durchgeführten Maßnahmen sind unmittelbar wie auch begleitend eingesetzt worden.

- Klärung der Leistungserbringung und der beteiligten Leistungserbringer
- Direkte Ansprache auf der jeweiligen Schnittstellenebene
- Aussprache der Verantwortlichen
- Resultat erzielen und zukünftige Behandlung der einzelnen Probleme
- Kontrolle: Teambesprechungen monatlich, Kundendatenaustausch
Direktkontakt mit behandelnden Ärzten/Neurologen; alle zwei Wochen Team- und Fallbesprechung.

Im Projektverlauf hat sich diese Praxis bewährt und bestätigt die Darstellung von Knäpple zur Neuorganisation von Tätigkeiten im Schnittstellenbereich: „Schnittstellenmanagement ist Organisationsentwicklung und mit neuen Anforderungen an die Mitarbeiter verbunden. Sie sollten deshalb in den

⁶⁵ Steinle, M. / Keim, D. (2005): Schnittstellenanalyse.

URL:/forschunghauswirtschaft/selbstlernkurs/kurs/themen_druck.php?kurs=3&lenr=16&id=50. Letzte Aktualisierung 2005-05-03.gesehenmam 2018-06-22.

Entwicklungsprozess eingebunden und für die neuen Aufgaben qualifiziert werden.“⁶⁶

Die Vorgehensweise hat wiederkehrende Fehler und Probleme in der Zusammenarbeit abbauen können, wenn auch im Einzelfall Abstimmungsbedarf besteht, wie z.B. bei Verlegung der Arbeitszeit, die in der Folge die Arbeitsverteilung in der Übernahme bestimmter Aufgaben durch die Alltagsbegleitung betreffen. Die Betreuung der Bewohner durch verschiedene Akteure wie Pflegedienst, Alltagsbegleiter, externe Wäschereidienste und Essenlieferung, Reinigung und nicht zuletzt die Einbindung ehrenamtlicher Besuchsdienste wird immer wieder zu Abstimmungsfragen führen. Methodisch wurde hierzu ein Grundkonzept (Problemlösungsvorgehen in der Sozialstiftung Bamberg) entwickelt.

⁶⁶ Knäpple A. (2014) Jetzt die Schnittstellen richtig managen! In: Verpflegen 2/2014 S.43

11 Heimrecht, Verträge, Kosten

Die Ambulantisierung des Hauses Domblick steht an zentraler Stelle in diesem Bericht und ist ein Baustein innerhalb des Verbundhaus-Projektes. Seine Bedeutung gegenüber den weiteren Versorgungsalternativen liegt in der Anpassung bestehender Strukturen an die sich ändernden Bedürfnisse der nachfragenden Nutzer. Die Rückbildung der vollständigen Versorgung in eine selbstbestimmte Eigensteuerung des Alltagslebens beinhaltet neben den Effekten Selbstständigkeit, Teilhabe und Wohlbefinden auch rechtliche und finanzielle Aspekte.

11.1 Heimrecht und SGB XI

Mit der Umstellung der vollstationären Pflege auf Betreutes Wohnen erlischt auch die Zuständigkeit des Heimrechts als Schutzrecht für die Bewohner. Gemäß Artikel 2 Anwendungsbereich, Abgrenzungen des Pflege- und Wohnqualitätsgesetz – PfeWoqG Absatz 2 findet das Gesetz keine Anwendung auf das Betreute Wohnen, „wenn die Mieterinnen und Mieter oder Käuferinnen und Käufer vertraglich lediglich dazu verpflichtet werden, allgemeine Betreuungsleistungen wie Notrufdienste, die Vermittlung von Dienst- und Pflegeleistungen oder Informationen und Beratungsleistungen (Grundleistungen) von bestimmten Anbietern abzunehmen und die über die Grundleistungen hinausgehenden Betreuungs- und Pflegeleistungen (Zusatzleistungen) von den Bewohnerinnen und Bewohnern frei wählbar sind.“⁶⁷ Die Voraussetzungen für die Umwandlung wurden im Haus Domblick

⁶⁷ Gesetz zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Pflege- und Wohnqualitätsgesetz – PfeWoqG) vom 8.Juni 2008 (GVBl. S. 346) BAYRS 2170-5-G. das zuletzt durch §3 Abs.1 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BVBl. S. 370) geändert worden ist. <https://gesetze-bayern.de/Content/Document/BayPleWoqG/true> (Zugriff 11.1.2021).

erfüllt und somit wurde rein ordnungsrechtlich mit der Umwandlung die Zuständigkeit des Heimgesetzes beendet.

Mit der Kündigung des Versorgungsvertrages gegenüber dem Kostenträger Pflegeversicherung wurden auch die leistungsrechtlichen Vereinbarungen nach dem SGB XI beendet. Dies betraf den §74 Kündigung von Versorgungsverträgen, der aufgelöst werden musste und zwar ein Jahr vor der Umstellung: „(1) Der Versorgungsvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, ...“ (SGB XI §74 (1)).⁶⁸

11.2 Verträge

Anstelle der gekündigten Verträge mussten die Altbewohner neue Verträge abschließen.

1. Mietvertrag

Enthalten ist die Vereinbarung von dauerhaft angebotenen Service- und Betreuungsleistungen, die mindestens im Umfang des eingeschlossenen Basispaketes liegen. Der Leistungsumfang enthält die in Mietverhältnissen üblichen Dienste, ergänzt durch Hausmeisterleistungen zu privaten Diensten, die jedoch extra abgerechnet werden.

2. Betreuungsvertrag

Zusammen mit dem Mietvertrag wird ein Betreuungsvertrag abgeschlossen, der an diesen gebunden ist und beide Verträge können nicht einzeln gekündigt werden. Die aufgeführten Leistungen entsprechenden Regelungen, wie sie im *PfleWoqG* aufgeführt und für Betreutes Wohnen beispielhaft als Basispaket benannt werden:

„Notruf 24 Stunden

⁶⁸ In: Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII, 2017; S. 1408.

- Individuelle Beratung
- Vermittlung von Dienstleistungsangeboten
- Information der Bewohner
- Erstversorgung im Krankheitsfall
- Organisation von Freizeit und Geselligkeit
- Reinigung des Appartements“⁶⁹

Die Höhe der Vergütung für die angeführten Leistungen ist gesondert ausgeworfen. Als weitere Leistungen, die nicht unter das Basispaket fallen, werden aufgeführt: Hauswirtschaftliche Hilfen, Essensversorgung, Pflegerische Hilfen, Betreuungsleistungen, kleinere technische Dienste.

Die vermieteten Räume bestehen aus Wohnraum mit Küchenzeile, Balkon, Bad und Eingangsbereich als Vorbereich. Hinzu kommen gemeinschaftlich genutzte Einrichtungen und Anlagen wie Aufenthaltsräume, Speiseräume, Therapie- und Gymnastikeinrichtungen, Pflegebad, Gemeinschaftsantenne und Aufzug.

3. Vertrag über ambulante pflegerische Leistungen

Dieser Vertrag bezieht sich auf Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI sowie im Falle einer Behinderung nach SGB XII §61. Sowie Leistungen der Krankenversicherung nach SGB V. Darüber hinaus können freie Vereinbarungen über weitere Leistungen getroffen werden.

4. Vertrag über Tagespflege

Der Vertrag fasst die Leistungen der Pflege, der medizinischen Behandlungspflege, die Leistungen der Betreuung nach §41 SGB XI, die zusätzliche Betreuung und Aktivierung nach § 43b SGB XI sowie die

⁶⁹ Auszug aus dem Betreuungsvertrag

notwendige Beförderung – abholen von der Wohnung und zurück. Entgelte für Unterkunft Versorgung werden gesondert aufgeführt.

Des Weiteren enthält der Vertrag betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen (nach § 82 (4) SGB XI), die gesondert berechnet werden, ebenso die Entgelte für Investitionskosten aufwendungen.

Wohngemeinschaft (WG)

Analog den Vereinbarungen im Betreuten Wohnen z.B. Haus Domblick wird der Mietvertrag, Pflege- und Betreuungsvertrag, Vertrag über die Nutzung der Tagespflege, Regelung über Alltagsgestaltung und Zusammenleben durch die Bewohnervertretung geregelt.

Nutzung der Angebote des integrierten Service- und Quartiersbüros mittels Club Ausweis. Die WG ist baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbstständig. Die Moderation der WG ist im Service-Vertrag enthalten. Die Kosten für hauswirtschaftliche Dienstleistungen und Betreuung und Moderation sowie die Wahl der Anbieter werden durch das Selbstbestimmungsgremium festgelegt und abgerechnet.

11.3 Kosten der Angebote Betreutes Wohnen, vollstationäre Pflege und Wohngemeinschaft

Die Entscheidung für ein bestimmtes Wohnangebot wird von verschiedenen Merkmalen beeinflusst. Häufig ist der Kostenfaktor der entscheidende Auslöser für die Wahl. Die Kostenvergleiche zwischen den Angebotsformen hängen von sehr unterschiedlichen Einflüssen und Merkmalen ab.

1. Stationäre Versorgung Haus Altenburgblick SSB

Pflegekosten z.B. PG 3:

$78,23 / (1.262/30,42 \text{ Tage} = 41,49 + 36,74 \text{ Eigenanteil} = 78,23 \text{ gesamt})$

$41,49 \text{ €} * 30,42 \text{ Tage} = 1.262,13 \text{ €}$ (Anteil entsprechend SGB XI §43)

$36,74 \text{ €} * 30,42 \text{ Tage} = 1.117,63 \text{ €}$ Eigenanteil

$78,23 \text{ €} * 30,42 \text{ Tage} = 2.379,75 \text{ €}$

Inkl. Zusätzliche Betreuung

und Aktivierung = 2.379,75 €

Hotelkosten $23,48 \text{ €} * 30,42 \text{ Tage} = 714,26 \text{ €}$

Ausbildungskosten $1,39 \text{ €} * 30,42 \text{ Tage} = 42,28 \text{ €}$

Investkosten $10,74 \text{ €} * 30,42 \text{ Tage} = 326,71 \text{ €}$

EZ-Zulage $10,50 \text{ €} * 30,42 \text{ Tage} = \underline{319,41 \text{ €}}$

Gesamt = 3.782,41 €

Abz. Anteil Pflegekasse = -1.262,00 €

Eigenanteil = **2.520,41 €**

2. Betreutes Wohnen Haus Domblick Appartement

Miete inkl. Nebenkosten	=	497,84 €
Betreuungspauschale	=	230,00 €
Möblierung (Küchenzeile)	=	30,00 €
Frühstück 2,90 * 30,42 Tage	=	88,22 €
Mittag 7,20 * 30,42 Tage	=	219,02 €
Abendessen 4,30 * 30,42 Tage	=	130,81 €
Begleitung vom Appartement		
zum Speisesaal Bedarfsposition	=	(120,00 €)
Wäscheversorgung		
(Mehrheit im Haus Domblick)	=	60,00 €
Tagespflege 3x Wo 48,02 SGB XI (+ 3,64 U		
+ 6,67 V + 5,50 Inv. = 15,81) *3 Tage *4 =		189,72 €
Pflege ambulant PG 3 SGB XI §38	=	<u>1.298,00 €</u>
		2.742,61 €
Abz. Pflegeleistungen SGB XI	=	- 1.298,00 €
Abz. Betreuungs- und Entlastungsleistung		
nach § 43b	=	<u>- 125,00 €</u>
Gesamt		1.319,61 €
Ohne Tagespflege		1.129,89 €

Wohngemeinschaft im Ulanenpark

Miete inkl. Nebenkosten und inkl. Gemeinschaftsflächen	=	750,00 €
Pflegebeitrag	=	1.405,00 €
Alltagsbegleitung 24 Std	=	1.250,00 €
1 x wö Reinigung: Monat	=	60,00 €
Wäscheversorgung	=	60,00 €
Servicepauschale	=	95,00 €
Schutzsystem optional	=	-
Haushaltsgeld inkl. Rücklage 5,00 €	=	255,00 €
Pflegeleistung ambulanter Dienst PG 3	=	1.298,00 €
Tagespflege wie Betreutes Wohnen	=	<u>189,72 €</u>
Gesamt		4.064,72 €

Abz. Betreuungs- und Entlastungsleistung

nach § 43b = - 125,00 €

Abz. Zusätzliche Leistung für WG

Nach § 38a = - 214,00 €

Abz. Pflegeleistung nach § 35 = - 1.298,00 €

Gesamt = **2.427,72 €**

Ohne Tagespflege = 2.238,00 €

Die durchschnittlichen Kosten weichen im Vergleich der jeweiligen Versorgungsform erheblich voneinander ab.

Tabelle 22: Kostenvergleich PG 3

Vollstationäre Pflege	Betreutes Wohnen mit ambulanter Pflege	Wohngemeinschaft mit ambulanter Pflege
2.520,41 €	1.319,61 €	2.427,72 €
Enthalten sind Zuschläge für Personalaufwendungen nach §43b, sodass die Betreuungsleistungen erhöht werden.	Im Vergleich zu stationär entfallen viele Einzelleistungen wie z.B. Betreuung wie nebenstehend. Bei Bedarf an Unterstützungsleistungen werden auf kurzem Wege diese vereinbart und erhalten, was dann zu höheren Wohnkosten führt.	Die im stationären Bereich enthaltenen Betreuungsleistungen sind hier aufgeführt inkl. der 24 Stunden Betreuung. Alle WG-bezogenen Ausgaben inkl. der Hauswirtschaft und Personalkosten werden gemeinsam durch das Gremium besprochen und beschlossen.

Im Vergleich wird verständlich, dass die Bereitschaft zur Umstellung von stationär auf ambulant nachvollziehbar ist. Im Verlauf zeigt sich jedoch, dass mit abnehmender Mobilität Zusatzleistungen genommen werden, die den Abstand in den Kosten zu den beiden anderen Wohn- Pflegeversorgungsarten verkürzen.

Da alle vorgestellten Wohnformen im Verbund zusammenstehen, ist ein Wechsel von der einen in die andere Form (fast) jederzeit möglich. Ohne Wechsel des Wohntypus ist die Inanspruchnahme von Ehrenamtlichen

möglich. Das SSB verfügt über ein großes Potenzial an Interessierten, für die ein besonderer Bereich zuständig ist.

12 Rolle der Quartiersbüros im Verbund-konzept

Laut Rüßler u.a. ist das Quartier ein spezifischer Sozialraum mit einem überschaubaren Wohn- und Lebensraum. Es erfüllt vielfältige (soziale) Funktionen, ist lebensweltlich geprägt und bietet Identifikationspotenziale (Ortsverbundenheit oder Ortsidentität). Einerseits beeinflusst das Quartier die Wahrnehmungen und Handlungen der Quartiersbewohner, andererseits nehmen deren Interessen und Handlungen Einfluss auf das Quartier und dessen (zukünftige) Gestaltung (Rüßler u.a. 2015. In: Grates u.a. (o.J.)⁷⁰.

Mit zunehmendem Altern der Gesellschaft erlangt das Quartier an Bedeutung, da viele Ältere mehr Zeit in ihrer Wohnung und im Stadtteil verbringen, auch bedingt durch physische, kognitive und materielle Einschränkungen, sowie abnehmende Mobilität. Ältere weisen durch längere Wohndauer eine besondere Ortsverbundenheit mit ihrem Stadtteil, ihrer Umgebung auf. Vor allem besteht bei älteren Menschen häufig der Wunsch selbstbestimmt in ihrer Wohnung oder in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben. Hierfür ist eine „intakte Infrastruktur in fußläufiger Entfernung mit Geschäften, Gastronomie und medizinischen Einrichtungen eine wichtige Voraussetzung, um möglichst lange in den eigenen vier Wänden leben zu können“ (Osterhage 2007 In: Grates u.a. o.J.). „Ebenso sind Wohnraumanpassungen, barrierearme oder barrierefreie Wohnungen, Konzepte des betreuten Wohnens zu Hause und quartiersbezogene Unterstützungs- und Pflegeleistungen notwendig“.⁷¹ Dafür

⁷⁰ Grates, M./Krön, A. & Rüßler, H. (o.J): Stadtquartiere. Rahmenbedingungen verstehen und Ausgangssituation erfassen Handbuch 1, S. 20.

⁷¹ Grates, M./Krön, A. & Rüßler, H. (o.J): Stadtquartiere. Rahmenbedingungen verstehen und Ausgangssituation erfassen Handbuch 1, S. 36.

benötigen ältere Menschen und deren Angehörige Anlaufstellen, die sie zu verschiedenen Angeboten und Fragen beraten und evtl. vermitteln können.

Um auf diese Situation reagieren zu können, hat die Sozialstiftung Bamberg Altenhilfe gGmbH Service- und Quartiersbüros eröffnet. Es entstanden in Bamberg Mitte und am Michelsberg jeweils ein Quartiersbüro, zwei weitere folgten 2019.⁷² „Durch die Eröffnung von Quartiersbüros in unterschiedlichen Stadtteilen stehen Ansprechpartner direkt vor Ort im jeweiligen Quartier zur Verfügung, die leicht für die Menschen zu erreichen sind. Im Sinne der Prävention wird auf die Menschen zugegangen und eine bedarfsorientierte soziale Infrastruktur mit Angeboten für unterschiedliche Zielgruppen im Quartier aufgebaut.“⁷³ Ein weiterer Vorteil ist die Einbindung in die Versorgungskette des Trägers. „Durch die direkte Anbindung an unterschiedliche Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegesektors der Sozialstiftung Bamberg kann nicht nur präventiv beraten und informiert werden, sondern auch ein individuelles Case-Management mit Initiierung durch die Beratung vor Ort im Quartier als erste Anlaufstelle erfolgen.“⁷⁴

12.1 Angebote der Quartiersbüros und mögliche Zielgruppen

Die Angebote der Quartiersbüros beziehen sich auf den jeweiligen sozialen Nahraum eines Stadtteils. Die Angebote beinhalten einen ganzheitlichen Ansatz, der zum einen, eine mehrgenerationsgerechte räumliche Infrastruktur schaffen soll und den Einbezug aller Bewohner im Quartiersgeschehen zulässt. Des Weiteren sollen bedarfsgerechte Wohnstrukturen und Dienstleistungen für die Menschen geschaffen werden. Hierzu benötigen die

⁷² Sozialstiftung Bamberg Altenhilfe gGmbH (o.J.): Konzept Quartiersbüro, S. 5.

⁷³ Ebda, S. 6.

⁷⁴ Ebda. S. 6.

Ansprechpartner der Quartiersbüros eine positive, vertrauensvolle Beziehung zu den Quartiersbewohnern. Dieses Vertrauen kann über Gespräche mit den Bewohnern aufgebaut werden.

- Darüber hinaus bedarf es vielfältiger Kompetenzen für die Mitarbeiter der Quartiersbüros, wie z.B.: Erfahrungen im Bereich der Konzeptentwicklung und Kenntnisse der Stadtplanung.
- Fähigkeiten zur Koordinierung sowie Moderations- und Mediationserfahrung.
Fähigkeiten und Erfahrungen in den Bereichen Presse, Social Media und Marketing.
- Zur Aktivierung und Beteiligung der Bürger sind Erfahrungen mit Bürgerbeteiligungsverfahren und Kenntnisse im Bereich der Gemeinwesenarbeit von Vorteil.⁷⁵

Folgende Aufgaben werden von den Quartiersbüros geleistet:

- Beratung und Weitervermittlung an Dritte
- Angebot eines bedarfsgerechten Quartiersprogramms
- Organisation und Durchführung von Veranstaltungen
- Koordination und Vernetzung von verschiedenen Interessengruppen
- Kooperationen zwischen Institutionen, lokalen Akteuren, Experten und Ehrenamtlichen
- Sicherung von Beteiligten z.B. der Quartiersbewohner
- Aufbau von ehrenamtlichem Engagement
- „Beteiligung aller im Stadtteil tätigen fachbehördlichen Dienststellen, sowie der beteiligten Träger öffentlicher Belange und Mitwirkung bei

⁷⁵ Bahr, M./Kremer-Preiß, U. (2018): Aufgaben und Rollen in der Quartiersarbeit. Gütersloh, S. 8.

stadtteilbezogenen Aktivitäten dieser Stellen (kontinuierliche Zusammenarbeit).“⁷⁶

- Sicherung von Transparenz
- Befragungen von Quartiersbewohnern, Bedarfsanalysen erstellen
- Öffentlichkeitsarbeit.

Wobei die Angebote je nach Standort der Quartiersbüros und Nachfrage der Bewohner unterschiedliche Schwerpunkte einnehmen können. Mögliche Zielgruppen je nach Quartier sind Seniorinnen und Senioren, Familien, Kinder und Jugendliche, Menschen mit Migrationshintergrund, Dienstleister und Menschen die sich ehrenamtlich einbringen möchten.⁷⁷

12.2 Wer sucht die Quartiersbüros auf und mit welchen Anliegen?

Zu zwei Zeitpunkten wurden hierzu die Quartiersbüros schriftlich und mündlich befragt. Sie sollten festhalten, wer die Quartiersbüros aufsucht mit welchen Anliegen. Insgesamt liegen uns 96 Fragebögen aus den zwei Wellen vor. Des Weiteren gibt es Statistiken von den Quartiersbüros aus den Jahren 2016, 2017.

Der größte Teil, der die Quartiersbüros aufsucht, kommt aus dem Stadtteil selbst (76,3%) und 23,7% von außerhalb, wobei es sich überwiegend um weibliche Besucher (knapp 70%) handelt. Die größere Mehrheit der Besucher ist 70 Jahre und älter (42,2%), 18,9% sind zwischen 61 und 70 Jahre und 38,9% unter 60 Jahre alt. Ein Teil der Besucher sucht Beratung für sich selbst (47,8%), für ihre Eltern oder andere Verwandte (32,1%) und 20,1% für Bekannte und Freunde.

⁷⁶ Sozialstiftung Bamberg Altenhilfe gGmbH (o.J.): Konzept Quartiersbüro, S. 10.

⁷⁷ Sozialstiftung Bamberg Altenhilfe gGmbH (o.J.): Konzept Quartiersbüro, S. 7.

Die meisten von Ihnen (68,6%) leben allein, knapp ein Drittel mit Partner oder Partnerin oder mit Kindern oder anderen Personen. Knapp 60% verfügen über Eigentum in Form eines Hauses oder einer Eigentumswohnung. Zur Miete wohnen 37,3% und in einer Wohngemeinschaft 3%. Einen Pflegegrad weisen über 40% auf, davon 50% Pflegegrad 2 und 38,5% Pflegegrad 1, bei 11,4% liegen die Pflegegrade zwischen 3 bis 5.

Quartiersbüro Michelsberg

Das Quartiersbüro am Michelsberg wird stark frequentiert, es bildet die Anlaufstelle der anfragenden Besucher aus den drei Quartieren und ist damit Anlaufstelle und Beratungsinstanz zugleich.

Die Zielgruppe sind überwiegend Bewohner des Zentrums für Senioren, die die pflegerische und soziale Versorgung sowie die Freizeitangebote vor Ort nutzen. „Eine weitere Zielgruppe bilden die Menschen, die durch bürgerschaftliches Engagement mit dem Zentrum verbunden sind, etwa ehrenamtliche Mitarbeiter, Angehörige der Mieter und Bewohner vor Ort, pflegende Angehörige sowie Familien. Darüber hinaus wird eine Einbindung der direkten Nachbarschaft anvisiert.“⁷⁸

Die absolute Mehrheit der Besucher kommt selbst, um sich über mögliche Alternativen zu informieren. Die Beratungsleistungen beginnen in der Regel mit einer telefonischen Anfrage, an die sich der Besuch der Anfragenden anschließt. Häufig kommen die Interessierten bis zu dreimal, sie wollen auch die Einrichtungen ansehen und benötigen damit auch die Begleitung im Hause. Das Quartiersbüro am Michelsberg verzeichnete 2016 1070 Anfragen, die sich überwiegend auf Beratungen zur Finanzierung der Pflege, Pflegeplatz

⁷⁸ Sozialstiftung Bamberg Altenhilfe gGmbH (o.J.): Konzept Quartiersbüro, S. 14.

oder Informationen zum Wohnen im Alter richteten und stieg 2017 auf über das dreifache von 2016 auf 3410 Beratungen.

Quartiersbüro Mitte

Zielgruppe des Quartiers Bamberg Mitte sind die Quartiersbewohner des Stadtteils Mitte, Vereine, Selbsthilfegruppen und andere soziale Zusammenschlüsse, wie auch Anbieter von Dienstleistungen. Die persönlichen Beratungen und telefonischen Beratungsleistungen lagen hier 2016 bei 4623 und 2017 bei 4264. Des Weiteren fanden 323 Veranstaltungen mit 1837 Teilnehmern 2016 statt. Die Besucher und Besucherinnen die das Quartiersbüro Mitte aufsuchen kommen nur aus dem Stadtteil.

Quartiersbüro Ulanenpark

Das Quartiersbüro Ulanenpark entstand erst im März 2019 und hat als Zielgruppe alle Bewohner des Gesundheitsparks, wie auch die Bewohner des Stadtteils Wunderburg. Auch hier stehen Wohnfragen bei den 721 Beratungen von März 2019 bis Oktober 2019 im Vordergrund. Des Weiteren gibt es Nachfragen von Interessierten an regelmäßigen Treffs. Einige der Angebote sind auch auf Anregung einzelner Besucher entstanden. Das Quartiersbüro Ulanenpark wird zu zwei Dritteln auch von Besuchern von außerhalb aufgesucht.

Quartiersbüro Tivolischlösschen

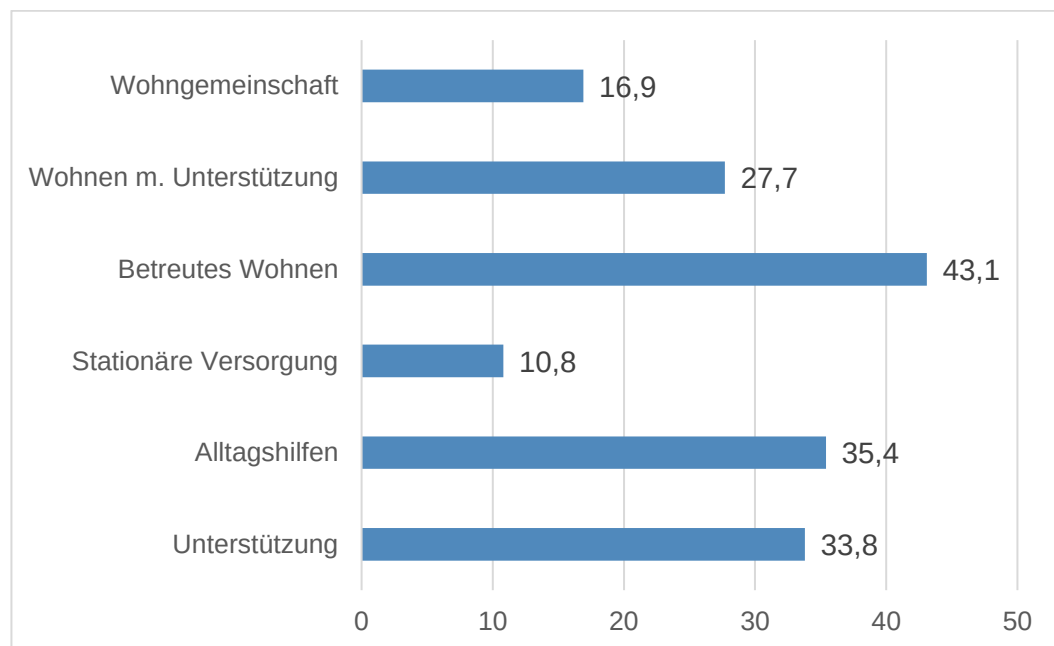
Das Quartiersbüro wurde ebenfalls erst im März 2019 in Betrieb genommen und verzeichnet bis Oktober 844 Beratungen telefonisch oder durch persönliche Beratungen vor Ort. Zielgruppe sind wie bei den anderen Quartiersbüros die Bewohner des Gesundheitsparks und des Stadtteils Bamberg Ost. Auch hier richten sich die Fragen auf das Wohnen und auf soziale Begleitungen. Im Quartiersbüro haben sich mit der Zeit verschiedene offene Angebote entwickelt, wie Freizeitbörse, Spielnachmittage, literarische Treffpunkte, Seminare für Angehörige von Demenzerkrankten und diverse

Vorträge. Die Besucherinnen und Besucher, die das Quartiersbüro aufsuchen, kommen zu 89% aus dem Stadtteil und nur zu einem kleineren Teil von außerhalb (11%).

12.3 Was wünschen die Besucher?

Die meisten Besucher der Quartiersbüros, möchten Informationen oder Adressen zu Alltagshilfen und Unterstützungen, sowie zum Betreuten Wohnen. Geringere Nachfragen betreffen das Wohnen in Wohngemeinschaften und das stationäre Wohnen. Darüber hinaus werden Informationen zu Leistungen und Kosten (28,6%), Mittagstisch (14,3%), ambulante Pflege (27,1%) und Pflegeplätzen (7,1%) eingeholt.

Abbildung 45: Was suchen die Besucher der Quartiersbüros?



N= 66 Mehrfachangaben

Das eigenständige Wohnen mit Unterstützung, sei es im Betreuten Wohnen oder das Wohnen zu Hause mit Hilfen, oder einen ambulanten Dienst findet bei den Besuchern das größte Interesse. Darüber hinaus wünschen die

Besucher Kommunikation und die Möglichkeit, Gleichgesinnte treffen zu können.

12.4 Zusammenfassung Quartiersbüros

Da die Bedeutung von Quartieren im Alter aus unterschiedlichen Gründen zunimmt hat die Sozialstiftung Bamberg in vier Stadtteilen Quartiersbüros aufgebaut. Ziel ist eine bedarfsgerechte soziale Infrastruktur mit Angeboten für unterschiedliche Zielgruppen im Quartier zu erschaffen. Durch die Einbindung in die Versorgungskette des Trägers werden präventive Beratungen und ein individuelles Case-Management möglich.

Die Angebote der vier Quartiersbüros beziehen sich auf den jeweiligen Nahraum eines Stadtteils, auf alle Bewohner und Bewohnerinnen, wie auch auf soziale Gruppen und Einrichtungen. Die Aufgaben der Quartiersbüros liegen in der Beratung und Weitervermittlung, in der Organisation von Veranstaltungen, in der Koordination von verschiedenen Interessensgruppen, Ehrenamtlichen und Institutionen. Hierzu bedarf es seitens der Mitarbeitenden in den Quartiersbüros umfangreiche Qualifikationen.

Die meisten Besuchenden, die die Quartiersbüros aufsuchen, kommen direkt aus dem Stadtteil, sind überwiegend weiblich und bewegen sich in einem Alter zwischen 61 und 70 Jahren. Knapp die Hälfte der Besucher benötigt Beratung für sich selbst. Wobei das überwiegende Interesse dem eigenständigen Wohnen mit Unterstützung oder um das Betreute Wohnen geht. Darüber hinaus werden Informationen zu Leistungen und Kosten, ambulante Pflege und Mittagstische eingeholt.

Die zentrale Rolle nimmt die Case-Management Stelle (Pflegeberatung) auf dem Michelsberg ein. Von hier aus werden Anfragen aus den anderen Quartiersbüros bearbeitet sowie auch direkt vor Ort nachfragende

Interessenten. Das Konzept enthält bereits heute Orientierungen wie sie das Bayerische Sozialministerium empfiehlt.

Das „Quartierskonzept“ des Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (StMAS) basiert auf drei Säulen⁷⁹:

- Wohnen und Grundversorgung: z.B. Barrierefrei Wohnen durch Neubaumaßnahmen wie auch durch Wohnanpassung im Bestand
- Ortsnahe Unterstützung und Pflege: z.B. Anlaufstelle im Quartier, Soziale Angebote mit Begegnungs- und Freizeitangeboten
- Beratung und soziale Netzwerke: z.B. Anlaufstelle für alle Themen des Älterwerdens, Hilfe und Pflege durch Quartierskonzepte.

Ergänzend werden ambulant betreute Wohngemeinschaften für Ältere in das Konzept einbezogen.

Die Bamberger Konzeption der Sozialstiftung enthält alle Konzeptbausteine des StMAS und übernimmt Aufgaben in den Quartiersbüros, die weit über den Rahmen eines einzelnen Versorgungsanbieters „Pflege“ hinausgehen. Letztlich wird zu klären sein, ob pflegeübergreifende kommunale oder gar regionale Bedarfsplanung einbezogen werden sollten.⁸⁰

⁷⁹ Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales (2013) Eckpunkte für seniorengerechte Quartierskonzepte.

https://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_inet/wohnen-im-alter/200415_eckpunkte_quartierskonzepte.pdf. (Zugriff 17.02.21).

⁸⁰ Klie, T. / Monzer, M. (2019) Kompetenzzentren – Innovationsstrategie für die Langzeitpflege. In: Case-Management 2019/1 S. 9-19.

13 Verbundmodell -Forschungshypothesen

Gegenüber monostrukturell angelegten Versorgungsangeboten sind Verbundmodelle vielseitigen Anforderungen ausgesetzt. In jedem der angeschlossenen Projektbausteine steht die Frage nach einer angemessenen Struktur, einem hierauf abgestimmten Prozess und letztlich einem Ergebnis, das individuellen wie auch übergeordneten Qualitätsanforderungen gerecht wird.

Unter den besonderen Projektvoraussetzungen wurde in der Evaluation der Fokus auf die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit, die Teilhabe und das Wohlbefinden gesetzt, da dies auf alle Versorgungsvarianten gleichermaßen ein Ziel und einen Maßstab der Bewertung darstellt.

Die Forschungshypothesen sind daher auch stark auf die Ergebnisqualität der Wohn- Pflegeangebote ausgerichtet.

13.1 Zugewinn an Selbstbestimmung und Selbstständigkeit?

Eine der Forschungshypothesen bezog sich 1. auf den Zugewinn an Selbstbestimmung nach der Umstellung auf ambulant erbrachte Versorgungsleistungen. Die gesundheitlichen Voraussetzungen hierfür zeigten sich eher als hemmend denn als förderlich. So nahm der Anteil an den Pflegestufen 3 und 4 bei den Alt- wie auch den Neubewohnern im Längsschnitt deutlich zu (Kap. 8.1.1). Ein weiteres Indiz für erschwerte Bedingungen für mehr Selbstständigkeit und letztlich die hierfür notwendige Selbstbestimmung belegte die Zunahme an Medikamenten und hierunter auch Psychopharmaka (Kap. (8.1.2). Letztlich beeinflusst die Entwicklung der kognitiven Leistungsfähigkeit das Ausmaß an Selbstbestimmtheit und Selbstständigkeit. Die Altbewohner zeigten leichte Veränderungen die durchschnittlich als gering

eingestuft wurden. Im Einzelfall wurden auch mäßige bis mittelschwere Einbußen beobachtet, die mit entsprechenden Hilfen kompensiert werden konnten. Hier zeigte sich jedoch auch die Begrenztheit selbstständiger Lebensführung. In den anderen Versorgungsvarianten verliefen die kognitiven Veränderungen moderat, wenngleich auch hier einige Abweichungen auftraten.

Wo schlägt sich die Selbstbestimmung und Eigenständigkeit besonders nieder?

Die Alltagsbewältigung gerät als erstes in den Blickpunkt. Wie oben dargestellt mussten die Bewohner einige gesundheitliche Beeinträchtigungen hinnehmen. Hat sich dies auf die körperliche Selbstversorgung ausgewirkt? In der Tab. 10 lässt sich dies an Hand der ADL-Werte verfolgen. Demnach hat die Fähigkeit zur Alltagsbewältigung nicht gelitten. Im Zeitverlauf konnten die Werte stabilisiert werden, was auch für die anderen Versorgungsvarianten und die Neubewohner gilt.

Ebenso bedeutsam für die Alltagsgestaltung ist die selbstständige Verrichtung der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens IADL. Gleich zu Beginn der Umstellung auf ambulant bekommen die Altbewohner einen Schub, der lediglich wenige Tätigkeiten der Selbstversorgung ausschließt. Im Zeitverlauf verbessern sich die Selbstständigkeiten. Neubewohner sind tendenziell weitgehend unabhängig in ihrer Alltagsgestaltung mit weiter steigender Tendenz. Altbewohner erreichen in vielen Bereichen wieder gewisse Selbstständigkeiten, die zu einem eigenständigen Leben mit Unterstützung in wenigen Teilbereichen führen.

Die erste These kann positiv beantwortet werden. Die Umstellung von „all inklusiv“ zu „most exklusiv“ hat bei den teilnehmenden Altbewohnern dieser Studie einen Schub in Richtung Selbstbestimmtheit ausgelöst.

13.2 Zugewinn an Teilhabe?

Mehr Teilhabe am sozialen Geschehen, frei gewählt und auch außerhalb des eigenen Wohn- Pflegeumfeldes ist ein erklärtes Betreuungsziel im Konzept der Altenhilfe Sozialstiftung Bamberg.

Vor der Umstellung wurden gemeinsame Veranstaltungen der Bewohner vom Personal des Hauses organisiert. Die Bewohner wurden abgeholt und versorgt. Nach der Umstellung musste die neue Situation erst erlernt werden. Selbstständiges Erkunden der Begegnungsangebote oder Selbstorganisation von kleinen Treffs. Die Unterstützung des Hauses stand ebenfalls vor einer neuen Situation. Es mussten die Veranstaltungen differenziert nach unterschiedlichen Interessen zusammengestellt werden. Zusätzlich suchten Neubewohner eigene Interessen zu verwirklichen. Angebote mit allgemein ansprechenden Themen wie Markttage oder das im Hause befindliche Café Herzlich erreichten annähernd jeden zweiten Bewohner.

Die angeschlossene Tagespflege mit ihrem breit gefächerten Programm sprach vorrangig Bewohner mit geringerer Mobilität an (Abb. 22 und 23). Gründe für eine Nichtteilnahme lagen zum einen in den Extrakosten (Hotel- und Investkostenbeteiligung), Kosten bei notwendigen Begleitdiensten oder erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen (auch temporär).

Beide Personengruppen, die der Altbewohner wie auch der Neubewohner konnten bei regelmäßiger Tagespflegeteilnahme ihre sozialen Beziehungen (Soziale Netzwerke) deutlich vergrößern.

Auch kleinere Treffs und Gesprächsrunden trugen zur Stabilisierung der sozialen Netze bei. Das Konzept der Einbindung der Tagespflege und die Unterstützung bei kleinen selbst organisierten Zusammenkünften konnten einen erheblichen Beitrag zur Teilhabe leisten, deren Wirkung nach ca. 12 bis 18 Monaten sichtbar wurde. Im Untersuchungszeitraum wurden

unterschiedliche Konzepte entwickelt, um auch die Interessendiversitäten aufzunehmen. Nicht alle Bewohner konnten erreicht werden. Für einige waren die Teilnehmer zu alt (es sind Altersunterschiede von im Einzelfall drei Generationen mit entsprechend unterschiedlichen Interessen zu berücksichtigen). So suchten mobile Bewohner zum Beispiel in der Stadt Bamberg ihre gewohnten Beziehungen aufrecht zu erhalten.

Im Ergebnis belegt das Bewohnerverhalten eine sehr breit gestreute Vorstellung von Lebensgestaltung bei nicht nur alters- sondern auch kulturell unterschiedlichen Vorstellungen.

Es zählt zu den Gewinnen dieses Projektes, Wege der Begleitung zu suchen, die an sehr unterschiedlichen Ausgangspunkten beginnen und immer wieder auch Bewohner zusammenbringen. Teilhabe beruht auf einem wachsenden Maß an Selbstbestimmung.

Welchen Einfluss zeigen die Ergebnisse von einem Zugewinn an Eigenständigkeit auf das Wohlbefinden?

13.3 Zugewinn an Wohlbefinden?

In der Forschungshypothese war von der Annahme ausgegangen worden, dass mit einem Zugewinn an Selbstverfügung und individueller Planung des Alltags, sich das Wohlbefinden ebenfalls erhöhe. Dahinter steht die Vorstellung eines Zusammenhangs zwischen der Erfahrung der Selbstwirksamkeit von Entscheidungen die den Alltagsablauf sowie die Tätigkeiten betreffen und die eine steigende Zufriedenheit erzeugen.

Die Studie konnte für die beiden Gruppen Altbewohner und Neubewohner keine Steigerung des Wohlbefindens ermitteln. Eher ergaben die Daten leichte Abnahmen (Abbildung 26), allerdings in geringer Ausprägung, so dass von einer Stabilisierung im mittleren Bereich „zufriedenstellenden Wohlbefindens“ (nach WHO-5) gesprochen werden kann.

Überrascht hat das Ergebnis des Verlaufs des Wohlbefindens in der Gruppe der stationär Versorgten. Sie hat im Längsschnitt ein hohes Level vorweisen können und das zusammenfassend durchgehend als „sehr gutes Wohlbefinden“ (nach WHO-5) bezeichnet werden kann.

Die Bewohner der Wohngemeinschaft zeigten im Verlauf der Studie steigende Akzeptanz dieser Wohnform. Nach anfänglich schwieriger Startphase verbesserte sich das Wohlbefinden der WG-Bewohner kontinuierlich und konnte letztlich höhere Werte als die der Alt- und Neubewohner erzielen.

Es war vermutet worden, dass eine Teilhabe an Geselligkeiten und Gemeinschaftsveranstaltungen wie Treffen mit Besuchern Einfluss auf höhere Zufriedenheiten haben würde. Doch dies konnte nicht belegt werden.

Gemessen an der Besuchshäufigkeit bei den Bewohnern sind sogar leicht abnehmende Tendenzen bei den Altbewohnern an Wohlbefinden erkennbar. Es wird vermutet, dass die Angehörigen nach der Umstellung von stationär auf ambulant häufiger und intensiver die Gespräche über die neue Situation geführt haben und somit stärker in das Alltagsleben eingegriffen haben, was wiederum auch ein Einmischen in die Alltagsgestaltung bedeutete und nur begrenzt als Hilfe aufgenommen wurde.

13.4 Zugewinn an Verantwortung für Angehörige?

Es wurde erwartet, dass **Angehörige mehr Verantwortung** zur Unterstützung der Selbstständigkeit nach der Umstellung auf ambulant übernehmen und damit die Sicherheit für die pflegebedürftigen Verwandten unterstützen.

Überwiegend berichteten Pflegekräfte, dass die Besuche der Angehörigen und deren Verhältnis zu ihren pflegebedürftigen Verwandten sich im Verlauf nicht wesentlich verändert hätten. Zu Beginn der Umstellung zu Angehörigen von Altbewohnern: *„Angehörige unterstützen, sie kommen an bestimmten Tagen, jedoch nicht häufiger als vorher. Sie helfen manchmal beim Aufräumen,*

bringen z.T. auch Essen mit, putzen u.a. sie organisieren z.B. Hausärzte und kommen zu Angehörigentreffen 1-2-mal monatlich. Angehörige von Neueinzügen sind anders, sie kommen eher“ (Pflegefachkraft).

Angehörige nehmen in allen Varianten ob bei Altbewohnern oder Neubewohnern eine zentrale Position ein, die sehr individuell und mit unterschiedlichem Ausmaß geführt wird. Das kann im Einzelfall nicht ausreichend sein oder eher häufiger ein Zuviel an Umsorgung, dessen Ergebnis sich bei zu häufigen Besuchen auch mal in abnehmendem Wohlbefinden äußern kann (Abbildung 35).

Erwartet wurde der Einsatz nahestehender Angehörige in der Phase des Einzugs in die Appartements bzw. die Wohngemeinschaft oder des Umzugs in den stationären Bereich. Da im Betreuten Wohnen generell die Verantwortung über die Alltagsgestaltung einschließlich der gesundheitlichen Versorgung (wie z.B. Arztbesuche und Medikamente) bei den Bewohnern liegt, sind Angehörige stärker in die Verantwortung eingebunden.

Der Zugewinn an Verantwortung für die Angehörigen entspricht dem Zugewinn an Selbstständigkeit des pflegebedürftigen nahestehenden Menschen.

14 Fragen nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisverlauf

Ist das Verbundhausprojekt geeignet, als eine mögliche zukünftige Versorgungsform mit einem differenzierten Angebot an Unterstützung und Teilhabe eine Alternative zu monostrukturellen Angeboten (z.B. stationäres Wohnen, Betreutes Wohnen) zu geben.

Strukturebene

Mit der eingeleiteten Ambulantisierung, d.h. der Auflösung von Verträgen mit umfassenden Leistungsangebot („all inclusiv“) wurden die baulichen Voraussetzungen abschnittsweise hergestellt. Aus den z.T. als Doppelzimmer belegten Räumen wurden nun Kleinappartements geschaffen.

Personelle Strukturen veränderten sich ebenso von stationär zu ambulant mit zunächst angestammtem Pflegepersonal, das von stationär zu ambulant (Ambulanter Pflegedienst) wechselte, sodass für die „ambulantisierten“ Bewohner keine einschneidende Umstellung bevorstand.

Anstelle der zentralen Steuerung der Leistungen im stationären Versorgungsbereich wurden einzelne Dienste aufgebaut und koordiniert. Die Koordination erfolgte untereinander durch Abstimmungen auf regelmäßigen Treffen. Werden Zweifel über die Selbstständigkeit eines Bewohners geäußert, wird die Pflegeberatung (Casemanagement) einbezogen. Mit Zustimmung des Bewohners mit Unterstützung seines Angehörigen oder gesetzlichen Betreuers wurden Alternativen gesucht wie beispielsweise die Überleitung vom Betreuten Wohnen in die stationäre Betreuung im angeschlossenen Haus.

Prozessebene

Mit der Einbindung des ambulanten Pflegedienstes der Sozialstiftung Bamberg in die Pflege sowie des Alltagsbegleitdienstes und weitere Dienste die individuell zusammengestellt werden können, wird die monoprofessionelle Versorgung aufgehoben. Für die Anregung alltagsgestalterische wie auch unterhaltende Angebote wurden verschiedene Bereiche institutionalisiert. Der größte Anteil an Tagesgestaltungsinfrastruktur kommt der ebenfalls neu eingerichteten Tagespflegestätte im angeschlossenen Gebäudeteil zu.

Veranstaltungen und nach Interessen oder Essenszubereitungshilfen sollten ergänzend instrumentelle Aktivitäten erhalten und sie sollten gemeinschaftsbildende Prozesse stützen.

Mit der Werkstatt (sehr gut ausgestattet) im Hause werden Projekte in anleitender Begleitung mit Kleingruppen entwickelt, die eine Fortsetzung früher einmal gern praktizierte Werksarbeiten oder Bastelarbeiten (Metall, Ton, Holz) erlauben.

Nicht institutionalisierte Freizeitgestaltung organisieren die Bewohner selbst. Kleine Runden mit Kartenspiel, Brettspiel oder Literaturtreff unterstützen ebenso einmal gerne durchgeführte Beschäftigungen.

Da die ganz überwiegende Mehrheit der Bewohner aus der Stadt Bamberg kommt, gibt es für Individualisten und mobile Bewohner weiterhin die Fahrt zu den gewohnten Stätten.

Nach einer Anlaufphase hat sich der professionelle Versorgungsbereich aufeinander abgestimmt. Für Neubewohner war die ambulante Versorgung in ihren Abläufen bekannt. Altbewohner hatten dagegen Anlaufprobleme, da nun das Prinzip der Einzelabrechnung eingeführt wurde. Den Bewohnern wurde bald klar, dass nicht jede Hilfe notwendig war und es sich Geld einsparen lässt. Zudem weckte dieses Prinzip die Eigeninitiative.

Ergebnisebene

Verbundhauskonzepte verbinden – wie der Name schon enthält – nicht nur Gebäudeteile mit unterschiedlichen Funktionen. Verbunden werden Menschen, die diese Gebäude nutzen, Helfende unterschiedlicher Provenienz, Organisationsstrukturen und nicht zuletzt können sie Kommunikationsstrukturen entwickeln, die notwendig sind, sehr verschiedene Menschen mit ebenso verschiedenen sozio-kulturellen Vorstellungen und Prägungen zusammenzubringen.

Hierzu bedarf es flacher Organisationshierarchien. Es ist ein Prozess der Abstimmungen notwendig, wie es in diesem Projekt beobachtet werden konnte. Wenn dies gelingt, sind die gesteckten Ziele erreichbar. Es kann nicht in jedem Fall sofort erwartet werden, dass der Erfolg wie z.B. steigendes Wohlbefinden zu schaffen, eintritt. Die Ergebnisse zum Wohlbefinden, zur Teilhabe wie auch zur Selbstgestaltung zeigen im Verlauf einen Trend, der sich trotz verschlechternder gesundheitlicher Befinden teilweise steigende oder zumindest auf gutem Niveau stabilisierende Werte enthält, aus der Sicht der Bewohner wie auch des Personals und soweit rückgemeldet auch von Angehörigen.

Die regelmäßige Kontrolle der Leistungen über die Pflegeberatung, über Mieter-Fragebögen oder Mietertreffs in den Gemeinschaftsräumen bildet zudem auch die Stimmung im Hause ab.

15 Diskussion

Mit der Umsetzung des Verbundhausprojektes durch die Altenhilfe Sozialstiftung Bamberg wurde der bundesdeutsche Trend der „Ambulantisierung“ praktisch beim Wort genommen. Die Ausrichtung auf individuelle Bedürfnisse verfolgt damit die Strategie, mit differenzierten Konzeptangeboten wesentliche Lebensgestaltungsziele zu fördern: Selbstbestimmung und Selbstständigkeit, Teilhabe und resultierend psychisches Wohlbefinden werden zu einem Leitbild.

Diese Perspektive beinhaltet einen kulturgerontologischen Ansatz. Er ermöglicht die Weiterführung eines Lebensstils, der mit der veränderten Nähe oder auch Auflösung vorheriger sozialer Bezüge eine Neuorientierung erforderlich macht.

Die Umschaltung von stationärer Versorgung auf ambulante Dienstleistungen war mit dem Entzug als sicher geglaubter Schutz- und Pflegefunktion einer vollstationären Versorgungsstation verbunden. Die Umstellung geschah freiwillig, verbunden mit dem Angebot der weiteren stationären Versorgung in einem angeschlossenen Gebäude.

Die teilnehmenden Bewohner zeigten deutlich Tendenzen der Selbstgestaltung und Zurücknahme der Eigenversorgung. Das Projekt hatte experimentellen Charakter und bestätigte die Neuausrichtung des Trägers seiner Angebote auf „ein würdevolles Altern, Selbstbestimmung und Individualität“ (Verbundhauskonzept). Da parallel gleich weitere Varianten für das Wohnen mit Pflege aufgebaut wurden, standen alle in dieser Studie evaluierten Konzepte auch den Altbewohnern zur Auswahl.

Die Umstellung von ambulant auf stationär hat bei den betreffenden Bewohnern ein Umdenken über die empfangenen Leistungen erzeugt, wenn auch nicht ganz freiwillig. Da nun alle erbrachten Dienste berechnet werden

und nicht alle dieser Dienste auch abrechenbar über die Pflegekasse sind, sind die Kosten selbst zu tragen. In der Folge besinnen sich die Bewohner auf ihre eigenen Kräfte und sparen somit Geld.

Das hat gezeigt, dass nicht wenige Dienstleistungen in der vollstationären Versorgung die Bewohner überversorgen. Ein Kriterium, das auch den Träger von der Richtigkeit seines Konzeptes überzeugt hat.

Überraschend zeigte die Erhöhung der Selbstständigkeit im Bereich des Wohlbefindens bei den Altbewohnern nach anfänglicher starker Akzeptanz bzw. Zunahme im Verlauf keine weiteren Veränderungen. Während die vermutete Einschränkung des Wohlbefindens bei den Bewohnern, die in der stationären Versorgung geblieben sind, wenn auch nicht in demselben Gebäude, sich auf hohem Niveau erhalten hatte.

Zwei Zielgruppen der Betreuung und Pflege – zwei Pflegeziele und für beide Gruppen Perspektiven, ihre Vorstellungen von Sicherheit, Selbstständigkeit und Teilhabe auf ihre real verfügbaren Möglichkeiten anzupassen.

Im Ergebnis: Mehr Wohlbefinden in Sicherheit und mehr Selbstständigkeit bei mehr Offenheit.

Eingebunden in ein Gesamtkonzept mit Einschluss von Quartiersbüros bieten Verbundkonzepte differenzierte Unterstützungsleistungen. Das Verbundkonzept lebt nicht zuletzt vom Case- und Care-Management, welches an zentraler Stelle frühzeitig auf die vielfältigen Formen des Zusammenlebens verweisen. In der vorgestellten Form hat sich das Konzept „Verbundhaus“ bewährt. Es braucht einen Zeitraum zur Akzeptanz auf allen Seiten.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflegeversorgungsleistungen im Trend.....	9
Abbildung 2: Verbundhausstruktur.....	29
Abbildung 3: Haus Domblick.....	31
Abbildung 4: Teilansicht eines Appartements	32
Abbildung 5: Einbauküchenzeile im Appartement.....	33
Abbildung 6: Grundriss EG	33
Abbildung 7: Flure vor den Bewohnerappartements	34
Abbildung 8: Flure vor den Bewohnerappartements	35
Abbildung 9: Grundriss eines Zimmers der ambulanten Wohngruppe	36
Abbildung 10: Gemeinschaftsräume in der ambulanten Wohngruppe	37
Abbildung 11: Gremium der Selbstbestimmung - Organigramm.....	38
Abbildung 12: Personenmerkmale „nicht selbstständig“	63
Abbildung 13: Frühere Freizeitgestaltung	65
Abbildung 14: Freizeitgestaltung der Alt- und Neubewohner aktuell.....	66
Abbildung 15: Selbst- und Fremdeinschätzung des Wohlbefindes zu Beginn und ca. 3 Monate nach Einzug	68
Abbildung 16: Der erste Eindruck: Subjektives Wohlbefinden nach Einzug....	69
Abbildung 17: Der erste Eindruck - Teilhabe an Freizeitgestaltung nach Einzug.....	70
Abbildung 18: Der erste Eindruck - Selbstständigkeit, Alltagskompetenz nach Einzug.....	70
Abbildung 19: Veränderung der Pflegegrade	76
Abbildung 20: Einnahme von Psychopharmaka und Wohlbefinden.....	78
Abbildung 21: Bewohner ohne Einnahme von Psychopharmaka und Wohlbefinden	79
Abbildung 22: Barthel-Wert und Tagespflegebeteiligung Altbewohner	93
Abbildung 23: Barthel-Wert auf NB - Tagespflegebeteiligung.....	94
Abbildung 24: IADL-Wert und Tagespflegebeteiligung Altbewohner	95

Abbildung 25: IADL-Wert und Tagespflegeeteilnahme - Neubewohner.....	96
Abbildung 26: Das selbstempfundene Wohlbefinden zu drei Erhebungszeitpunkten	97
Abbildung 27: Wohlbefinden der Altbewohner im Verlauf.....	99
Abbildung 28: Wohlbefinden der Neubewohner im Verlauf.....	100
Abbildung 29: Besuchshäufigkeiten und Wohlbefinden	101
Abbildung 30: Übersicht der Netzwerksausprägung	105
Abbildung 31: Altbewohner-Netzwerk mit Personen in sehr enger + enger Verbundenheit	106
Abbildung 32: Neubewohner-Netzwerk mit Personen in sehr enger + enger Verbundenheit	107
Abbildung 33: Stationär Bewohner-Netzwerk mit Personen in sehr enger + enger Verbundenheit	108
Abbildung 34: WG-Bewohner-Netzwerk mit Personen in sehr enger + enger Verbundenheit	109
Abbildung 35: Verlauf der Besuchshäufigkeit nach Versorgungsart AB und NB	111
Abbildung 36: Verlauf-Barthel-Index nach Bildung und beruflicher Stellung	115
Abbildung 37: Verlauf IADL-Werte nach Bildung und beruflicher Stellung....	116
Abbildung 38: Verlauf Wohlbefindlichkeitswerte nach Bildung und beruflicher Stellung.....	117
Abbildung 39: Bewohnerin A-A - Veränderungen	124
Abbildung 40: Bewohner A-E Veränderungen	127
Abbildung 41: Bewohner N-C Veränderungen.....	131
Abbildung 42: Bewohnerin N-D Veränderungen	132
Abbildung 43: Arbeitsschwerpunkte der Alltagsbegleitung	147
Abbildung 44: Schildkrötendiagramm nach Sozialstiftung Bamberg	155
Abbildung 45: Was suchen die Besucher der Quartiersbüros?.....	178

Tabellenverzeichnis

1: Übersicht Verbundhausbereiche.....	30
Tabelle 2: Strukturebene.....	41
Tabelle 3: Prozessebene	43
Tabelle 4: Ergebnisebene	44
Tabelle 5: Ausfälle	56
Tabelle 6: Stichprobe: Soziodemographische und sozioökonomische Daten.....	57
Tabelle 7: Soziodemografische und sozioökonomische Daten.....	58
Tabelle 8: Mobilitätsunterstützende Hilfsmittel.....	60
Tabelle 9: Gesundheitsbezogene Daten.....	61
Tabelle 10: Aktivitäten des täglichen Lebens: ADL nach Barthel-Index.....	62
Tabelle 11: Selbstständige Alltagsbewältigung: Instrumentelle Aktivitäten (IADL)	64
Tabelle 12: Veränderungen der kognitiven Leistungsfähigkeit im Längsschnitt.....	81
Tabelle 13: Barthel-Index Gesamtergebnis im Längsschnitt.....	83
Tabelle 14: IADL-Index Gesamtergebnis im Längsschnitt	85
Tabelle 15: Übersicht IADL-Trend	86
Tabelle 16: Nutzung der Quartiers-Veranstaltungen im SSB.....	91
Tabelle 17: Netzwerke mit sehr enger und enger Verbundenheit	103
Tabelle 18: Übersicht der Antworten zu den Selbstständigkeits in der Arbeit des Personals	144
Tabelle 19: Übersicht der Antworten über die Zu- oder Abnahme von Belastungen	145
Tabelle 20: Schnittstellenprobleme 1	157
Tabelle 21: Schnittstellenprobleme 2.....	158
Tabelle 22: Kostenvergleich PG 3	170

Literaturverzeichnis

Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales (o.J.)

Eckpunkte für seniorengerechte Quartierskonzepte.

https://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_inet/wohnen-im-alter/200415_eckpunkte_quartierskonzepte.pdf (Zugriff 15.01.2021).

Brähler, E/ Zenger, M/ Kemper, C.: Psychologische und sozialwissenschaftliche Kurzskalen: Standardisierte Erhebungsinstrumente für Wissenschaft und Praxis. MWV, 2015.

Bremische Bürgerschaft Landtag 19. Wahlperiode, Drucksache 19/1639 v.

24.04.2018: Wie bewährt sich die Ambulantisierung stationärer

Wohnangebote in der Behindertenhilfe und der Altenpflege?

<https://www.bing.com/search?q=Bremische+B%C3%BCrgerschaft+Landtag+19.+Wahlperiode%2C+Drucksache+19%2F1639+v.+24.04.2018&form=ANSPH1&refig=100972f0a90e4a6e9179e2fd86ba16a4&pc=U531&sp=-1&pq=&sc=0-0&gs=n&sk=&cvid=100972f0a90e4a6e9179e2fd86ba16a4> (Zugriff 28.09.2020).

Bundesministerium für Gesundheit: Studie zur Ambulantisierung stationärer Einrichtungen im Pflegebereich und innovative Wohnformen, Bremen 2018.

Degenhardt, Luisa: SeniVita Pegnitz: Unzufriedenheit mit 5.0-System.

Nordbayerische Nachrichten v.30.04.2016.

<http://www.nordbayern.de/region/pegnitz/senivita-pegnitz-unzufriedenheit-mit-5.0-system-1.5165791>. (Zugriff 14.07.2020).

Désenfant, Claire: – Ambulantisierung – Markt- und

Wirtschaftlichkeitssicherung durch Implementierung von Wohngruppen in

Heimen. Power Point Vortrag in Neue Wege in der Altenhilfe. Ein

Konzeptbericht aus dem Erlenhof in Freiburg, Baden-Württemberg: 08/09

2013 Altenheim kompakt.

<http://www.taz.de/Pflege-zuhause-statt-im-Heim/149991>, 21.11.2014. (Zugriff 21.11.2016).

Gesetz zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Pflege- und Wohnqualitätsgesetz – PflWoqG) vom 8.Juni 2008 (GVBl. S.346) BAYRS 2170-5-G. das zuletzt durch §3 Abs.1 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BVBl. S. 370) geändert worden ist. <https://gesetze-bayern.de/Content/Document/BayPleWoqG/true> (Zugriff 11.1.2021).

Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege. Baden-Württemberg [https://de.wikipedia.org/wiki/Landesheimgesetz_\(Baden-W%C3%BCrtemberg\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Landesheimgesetz_(Baden-W%C3%BCrtemberg)) (Zugriff 29.09.2020).

Grabow, J. Ambulantisierung in der Pflege – Ohne Grenzen?
https://www.curacon.de/fileadmin/user_upload/Curacon/Medien/Curacontact_I_19_Ambulantisierung-in-der-Pflege_Grabow.pdf (Zugriff 11.08.2020).

Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index.
<https://www.dimdi.de/static/.downloads/deutsch/hamburger-manual-nov2004.pdf> (Zugriff: 05.10.2021).
<https://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.9612.de> (Zugriff 28.09.2020).

Ihl, R., Weyer, G. (1993): Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS). Manual. Weinheim, Beltz Test. (Manual = Handbuch zum Testverfahren).

Klie, T. / Monzer, M. (2019) Kompetenzzentren – Innovationsstrategie für die Langzeitpflege. In: Case-Management 2019/1 S. 9-19.

Knäpple A. (2014) Jetzt die Schnittstellen richtig managen! In: Verpflegen 2/2014 S. 43.

Konzeptentwurf Sozialstiftung Bamberg: Vom Seniorenheim zum Seniorenzentrum zur Verbundeinrichtung Wohnen, Betreuung und Pflege im Alter, o.J.

Lawton, MP/Brody, EM (1969): Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. In: Gerontologist 9:179-186.

Reisberg, B: Die Reisberg-Skalen GDS, BCRS, FAST (1984). Deutschsprachige Fassung Ralf IHL, Lutz Fröhlich (1991). Beltz Test.

Schlee (2017), Arbeitspapier Prozessmodell Sozialstiftung Bamberg.

Schreyögg, J. Die Ambulantisierung der Gesundheitsversorgung – Stand der Forschung und notwendige Weiterentwicklung Vortrag auf dem 2. Hamburger Versorgungsforschungstag am 08.02.2017. Hamburg.

[file:///C:/Users/Karla/Downloads/Vortrag%20Prof.%20Dr.%20Schrey%C3%B6gg%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Karla/Downloads/Vortrag%20Prof.%20Dr.%20Schrey%C3%B6gg%20(2).pdf) (Zugriff 10.08.2020).

SeniVita AltenPflege 5.0 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/projekttyp_d/Projektinformation_SeniVita_Sozial_gGmbH.pdf (Zugriff 13.08.2020).

SeniVita – Altenpflege 5.0 Konzeptionelle Grundlagen, https://www.senivita.de/wp-content/uploads/sites/11/2019/09/20170215_altenpflege_konzept.pdf (Zugriff 14.07.2020).

SGB XI: In: Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII, 2017; S. 1408.

Steinel, M./Keim, D. (2005): Schnittstellenanalyse.

URL:/forschunghauswirtschaft/selbstlernkurs/kurs/themen_druck.php?kurs=3&lenr=16&id=50.

Letzte Aktualisierung 2005-05-03. gesehen am 2018-06-22 (Zugriff 15.01.2021).

[AVPfleWoqG: Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes und Weiterbildung in der Pflege und Hebammenkunde \(AVPfleWoqG\) Vom 27. Juli 2011 \(GVBl. S. 346\) BayRS 2170-5-1-G \(§§ 1–92\) - Bürgerservice \(gesetze-bayern.de\)](#) (Zugriff 18.01.2021).

<https://impulse4e.tqu-group.com/turtle-diagramm-prozessoptimierung> (Zugriff 26.11.2020).

http://www.ph-ludwigsburg.de/fileadmin/subsites/3b-ssoz-t-01/user_files/Kastl/Lavorano/Neges/Thiemke_Selbststaendig_leben_RT_2011.pdf. Herausgeber: Bruderhaus-Diakonie-Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg. Reutlingen. (Zugriff 1.10.2018).

https://kcgeriatrie.de/Assessements_in_der_Geriatrie/Documents/barthel-index.pdf (Zugriff 05.10.2020).

<https://www.alltagsforschung.de/soziale-netzwerke-hoheres-alter-weniger-freunde/> (Zugriff 5.10.2020).

<https://impulse4e.tqu-group.com/turtle-diagramm-prozessoptimierung> (Zugriff 26.11.2020).