

## Mehr Lebensqualität durch kooperative Versorgung?

Seit acht Jahren arbeitet das Pflege-Centrum Rablinghausen der Bremer Heimstiftung auf der Grundlage eines erweiterten Hausgemeinschaftskonzeptes. Nun liegen nach einer Studie erstmals gesicherte Erkenntnisse über die bisher nur vermuteten positiven Wirkungen des kooperativen Versorgungsmodells vor. *Gerhard Reisig* stellt als langjähriger Projektbegleiter das Versorgungskonzept und die Untersuchungsergebnisse vor.

Notwendig erscheint die Frage nach der Umsetzung von neuen Konzepten in Pflegeheimen und nach deren tatsächlichen Ergebnissen in Bezug auf die Qualität der Betreuungsleistungen allemal. Pflegeheime stehen nicht selten in der Kritik, doch was befördert Qualität in der Pflege wirklich? Macht das Konzept der Einrichtung den Unterschied?

Dabei ist die Frage, was unter Hausgemeinschaften als Einrichtungskonzept zu verstehen ist, von grundlegender Bedeutung, da dieses moderne Konzept (siehe dazu auch die Definitionen im Beitrag ab Seite 38) gänzlich unterschiedlich interpretiert werden kann.

Entscheidend ist auch die Frage, wie, das heißt, in welchen strukturellen Formen und inhaltlichen Festlegungen die Grundsätze eines Hausgemeinschaftskonzeptes in einer nach wie vor bestehenden Institution Pflegeheim umgesetzt werden. Hier die wesentlichen Merkmale im Projekt Rablinghausen:

1. Organisation des Heimes in Form sowohl fachlicher als auch struktureller Kooperation verschiedener Träger: Unter der Führung der Bremer Heimstiftung (BHS) haben sich der Bremer Dienstleistungs-Service (für den Bereich Hauswirtschaft) und die Paritätischen Pflegedienste (für den Bereich Pflege) in einer Kooperationspartnerschaft zusammengefunden.

2. Umsetzung des Primats des Wohnens und der Bewohneraktivierung durch konsequente Verlagerung der Durchführungsverantwortlichkeit auf hauswirtschaftliche Kräfte: Damit einher geht eine inhaltlich-funktionale Aufwertung der Hauswirtschaft im Pflegeheim und ein neues Rollenverständnis des nun öffentlich und „personennah“ agierenden hauswirtschaftlichen Personals. Zu dieser Verlagerung der

Verantwortlichkeit gehört auch, dass in Rablinghausen auf einen Sozialarbeiter/-pädagogen verzichtet und stattdessen die Stelle dem hauswirtschaftlichen Personalanteil zugeschlagen wurde. Den daraus resultierenden hohen Anforderungen an die hauswirtschaftlichen Kräfte wurde einerseits durch eine Zusatzausbildung zur Alltagsbegleiterin, andererseits durch interne Schulungen zur neuen Rolle der Hauswirtschaft begegnet (siehe dazu auch den Literatur-Hinweis auf Seite 49).

3. Umsetzung der „stationären Pflege nach ambulanten Prinzip“ mit einem in der ambulanten Versorgung erfahrenen Pflegedienst auf der Basis von Pflegeaufträgen. Dabei wurde ganz bewusst auf die Umsetzung mit dem eigenen, in stationären Strukturen geprägten Personal der Heimstiftung verzichtet. Vielmehr wurde ein ambulanter Pflegedienst beauftragt, um die Kompetenzpartnerschaft von Pflege und Hauswirtschaft nicht durch Widerstände seitens eines „stationär denkenden“ Pflegepersonals zu



Leben und Wohnen im Pflege-Centrum Rablinghausen.  
Foto: Pflege-Centrum Rablinghausen

belasten. Die Vergütung der Pflegeleistungen nach Leistungskomplexen erzeugt die Notwendigkeit, die individuellen Pflegebedarfe und -leistungen beständig ab- und anzugleichen. Dies erfolgt durch einen fortwährenden Aushandlungsprozess, der sich sowohl auf die fachlichen wie auch wirtschaftlichen Aspekte der Pflege erstreckt. Nach einem fundierten Aufnahmegespräch durch die Pflegedienstleitung (PDL) wird ein erster Pflegebedarf auch unter Berücksichtigung der Kostenseite ermittelt, im weiteren Verlauf erfolgt die fachliche Kontrolle und die Einschätzung der Veränderungen des aktuellen Pflegebedarfes durch die Pflegemitarbeiter/-innen. Aus diesen abgeleitet werden dann in Absprache zwischen der Einsatzleitung Pflege und der PDL Leistungskomplexe dazugenommen oder ausgesetzt. Es herrscht ein natürlicher Interessengegensatz zwischen beauftragender PDL (Kosten und Gesamtverantwortung) und beauftragter Einsatzleitung Pflege (fachgerechte und angemessene Versorgung). Die Anpassung des Pflegebedarfes erfolgt so sehr zeitnah und individuell, dadurch kann Über- und Unterversorgung vermieden werden. Die Pflegedienstleitung fungiert in dieser Konstellation darüber hinaus ähnlich einer sogenannten Casemanagerin. Sie organisiert im Bedarfsfalle auch weitergehende Hilfen (Freiwilligenbesuche, Kontakte zu kirchlichen Einrichtungen etc.), wenn die Möglichkeiten des Hauses selbst aus den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln nicht ausreichend sind.

4. Wahrnehmung der Interessen der Arbeitsbereiche in Form einer partnerschaftlich-kooperativen Leitungsstruktur: Diese besteht aus Heimleitung und Pflegedienstleitung (beide BHS) auf der einen (Auftraggeber-)Seite und Hauswirtschaftsleitung und Einsatzleitung Pflege auf der anderen (Auftragnehmer-)Seite. Der „Kopf“ (BHS) als Anbieter gegenüber dem Kunden trägt dabei die Gesamtverantwortung für die Leistungserbringung und fordert die von Pflege und Hauswirtschaft zu erbringenden Dienstleistungen an, keineswegs aber im Sinne einer Abgabe von Verantwortung, sondern als echte Aufgabendelegation mit entsprechender Verpflichtung zu Kontrolle und Bereitstellung der notwendigen Rahmenbedingungen. Diese partnerschaftliche Leitung funktioniert bis heute außerordentlich gut. Grundlage dafür ist die zwischen allen beteiligten Personen herrschende große inhaltliche Übereinstimmung in den kon-

zeptionellen Grundsätzen und das Vertrauen in die hier dargelegten Verfahrensweisen. Die Umsetzung des erweiterten Hausgemeinschaftskonzeptes erfolgte dabei im Rahmen der in der Bremer Heimstiftung üblichen Kostensätze.

### Kompetenzpartnerschaft von Hauswirtschaft und Pflege

Auf der Ebene der Mitarbeitenden findet die kooperative Träger- und Leitungsorganisation in einer Kompetenzpartnerschaft von Hauswirtschaft und Pflege ihre Fortsetzung und bildet den eigentlichen Kern des Hausgemeinschaftskonzeptes. Für beide Mitarbeitergruppen bedeutete dies, sich als gemeinsam agierendes Personal des Hauses zu begreifen. Das heißt: Nicht nur die erforderliche Abgrenzung der Aufgaben ist wichtig, sondern genauso Transparenz, kooperative Zusammenarbeit und gemeinsam wahrgenommene Verantwortlichkeit für die Gesamtleistung gegenüber den Bewohnern.

Die hauswirtschaftlichen Mitarbeitenden sind dabei erste Ansprechpartner für alle, Bewohner wie Besucher (Angehörige, Gäste, aber auch Ärzte) und übernehmen in gewisser Weise die Rolle, die in der ambulanten Versorgung meist die Angehörigen selbst innehaben. Ihre neue Aufgabe beinhaltet mehr Verantwortung und höhere Anforderungen an ihre Aktions- und Integrationskompetenzen im Umgang sowohl mit alten und zunehmend verwirrten Menschen als auch im Umgang mit Angehörigen und anderen Akteuren. Dieser Professionalisierung im Bereich Betreuung hin zur „Fachkraft für hauswirtschaftliche Versorgung und Alltagsgestaltung“ wird in Rablninghausen durch die Stellenbezeichnung „Alltagsbegleiterin“ Ausdruck verliehen. Die Hauswirtschaftskräfte setzen – als gleichberechtigte Hauptdienstleistung neben der Pflege – das Primat des Wohnens in die Tat um, indem sie für eine wohnliche Atmosphäre in den Wohngruppen sorgen, als Präsenzkraft die Wohnküche zum Alltags- und Lebensmittelpunkt machen und durch soziale Kommunikation Kontakte der Bewohner und Bewohnerinnen untereinander und Beiträge von Angehörigen ermöglichen.

Die Funktion der Pflege hingegen ist weitgehend identisch mit den aus der ambulanten häuslichen Pflege bekannten Abläufen. Sogenannte „Pflegetouren“ führen die Pflegemitar-

beiter/-innen nicht nur durch die Wohngruppe, sondern durch das gesamte Haus, um die mit jedem einzelnen Bewohner ausgehandelten individuellen Pflegeleistungen durchzuführen. Der intensive persönliche Kontakt ist dabei ein durchaus anderer, eben auf die medizinisch-anwendungsbezogene Seite fokussierter, der aber keineswegs als weniger wichtig oder gar nachrangig gegenüber dem Alltagskontakt der hauswirtschaftlichen Kräfte angesehen wird. Ganz im Gegenteil werden gerade die unterschiedlichen und gelegentlich konkurrierenden Sichtweisen von Pflege und Hauswirtschaft zueinander in Beziehung gestellt und sollen sich zum Wohle des Bewohners ergänzen und relativieren. Durch die Anwesenheit einer sich aus den Pflegeaufträgen ergebenden Anzahl pflegerischer Präsenzkräfte ist im Übrigen eine hohe Flexibilität bezüglich aktueller Änderungen des Pflegebedarfes gegeben, die sowohl von den Pflegekräften selbst als auch den Bewohnern sehr geschätzt wird.

Für beide Berufsgruppen ist die konsequente fachliche Aufgabenzuordnung offensichtlich von Vorteil und ermöglicht eine hohe Motivation und Identifikation sowohl mit dem eigenen Aufgabenfeld als auch mit dem Haus und seinem besonderen Kooperationskonzept. Ganz

offensichtlich fühlen sich die Mitarbeitenden in ihrer jeweils eigenen Fachlichkeit stärker gefordert und anerkannt. Pflegekräfte profitieren einerseits von der größeren Alltagsnähe der hauswirtschaftlichen Alltagsbegleiterinnen, die wiederum durch die Notwendigkeit der gemeinsamen Dokumentation von Hauswirtschaft und Pflege und über den fachlichen Austausch der Sichtweisen in gemeinsamer Pflegeplanung an dem Fachwissen der Pflegekräfte teilhaben.

Die inhaltliche Stimmigkeit der Umsetzung des Hausgemeinschaftskonzeptes und die persönliche Erfahrung der partnerschaftlichen Versorgung als Win-Win-Situation für alle Beteiligten hat zu einer hohen Identifikation der Mitarbeitenden mit dem Heim, einer generellen Kultur der Kooperation und zu gegenseitiger Wertschätzung von Hauswirtschaft und Pflege in der Kompetenzpartnerschaft geführt.

### Ist das „Kooperationsmodell“ die bessere Versorgungsalternative?

Doch welche bewohnerbezogenen Ergebnisse kann das Kooperationsmodell vorweisen? Die Zielsetzungen des Projektes waren ja durchaus ambitioniert:

**Kompetenzpartnerschaft im Pflege-Centrum Rablinghausen:**

HAUSWIRTSCHAFT :	PFLEGE :
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hoher Anteil betreuender, <b>personenzentrierter</b> Aufgaben                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beteiligung / Aktivierung der BewohnerInnen</li> <li>- Vermittler- / Kommunikator</li> <li>- Umgang mit demenziell erkrankten Bewohnern</li> </ul> </li> <li>▪ Präsenzfunktion / <b>erster</b> Ansprechpartner</li> <li>▪ <b>Fachkraft</b> für häusl. Versorgung, Wohnqualität und Alltagsleben</li> </ul> <p>die Arbeit ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ in hohem Maße <b>erfahrungsgeleitet</b></li> <li>▪ weitgehend <b>selbstorganisiert</b></li> <li>▪ komplex und <b>multi-aktiv</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konzentration auf <b>medizinisch-pflegerische</b> Aufgaben                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Körperpflege, Ankleiden</li> <li>- Behandlungspflege</li> <li>- Umgang mit „Defiziten“</li> </ul> </li> <li>▪ Rolle von „<b>Assistenten</b>“ / Case-Managern</li> <li>▪ <b>Fachkraft</b> für Gesundheit und pflegerische Versorgung</li> </ul> <p>die Arbeit ist :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ in hohem Maße <b>fachlich geprägt</b></li> <li>▪ weitgehend <b>vordefiniert</b> (durch Pflegeplanung)</li> <li>▪ von <b>zeitlichen Grenzen</b> bestimmt</li> </ul>

- Durch die Wohngruppen-Struktur und die Orientierung an den Gewohnheiten in der eigenen Häuslichkeit sollten kürzere Eingewöhnungszeiten und ein leichter Übergang von der eigenen Wohnung in das Heim realisiert werden.
- Die Bewohneraktivierung durch Mitarbeit an häuslichen Verrichtungen sollte ein Wiedererlangen von Fähigkeiten und raschere Mobilisierungen möglich machen.
- Angehörige sollten durch die Offenheit der angelegten Kompetenzpartnerschaft öfter zu Besuch kommen und sich aktiver am Geschehen der Wohngruppen beteiligen.
- Durch die nach ambulanten Prinzip organisiert Pflege sollte Über- und Unterversorgung vermieden werden.



In der Wohnküche ist immer etwas los.  
Foto: Pflege-Centrum Rablinghausen

Insgesamt sollte also mehr Wohnqualität und weniger Heimcharakter zu höherer Zufriedenheit und besserer Versorgung der Bewohner führen.

Um herauszufinden, ob diese Ziele erreicht werden konnten, wurde das Pflege-Centrum Rablinghausen in einer Studie mit einer konventionell geführten Einrichtung verglichen (siehe dazu auch den Literatur-Hinweis auf Seite 49).

Hier deren bewohnerbezogene Ergebnisse im Überblick:

- Die Mahlzeitsituation ist deutlich entspannter und mit Vorfreude auf das Essen verbunden.
- Es wurden weniger freiheitsentziehende Maßnahmen und personenseintragende Umgangsformen beobachtet.
- Durch lange Anwesenheit in den Wohnküchen besteht eine intensivere Gelegenheit zu Interaktion und Kommunikation.
- Angehörigenkontakte sind häufiger und erscheinen durch die gemeinsame Tätigkeit „natürlicher“.
- Die Sichtweise der Mitarbeitenden scheint nicht von der Unterstellung des permanenten Hilfebedarfs geprägt zu sein.
- Phasen der Leere und der Langeweile treten weitgehend in den Hintergrund.
- Die höheren Aktivitäts- und Beschäftigungsmöglichkeiten gehen einher mit einem beobachteten höheren Wohlfühlen.

Die Studie zeigt, dass die nicht pflegerisch ausgebildeten hauswirtschaftlichen Mitarbeitenden in der Tat weniger defizitorientiert handeln und besser in der Lage sind, Emotionen der Bewohner richtig zu deuten. Dadurch ist die Grundannahme des Modellansatzes bestätigt, durch die Verlagerung von Verantwortung auf nicht weniger, aber anders qualifizierte hauswirtschaftliche Mitarbeitende die „Definitionsmacht“ der Pflege zu beschränken. Ganz offensichtlich trägt die von den hauswirtschaftlichen Kräften zu leistende Aktivierung der Bewohner zur Mitarbeit an den häuslichen Verrichtungen zu dieser grundlegend ressourcenorientierten Sicht bei. Die Studie belegt ein insgesamt höheres Wohlbefinden und höhere Qualität der Interaktion und Kommunikation, mehr personeneintragende Kontakte, mehr Aufenthalte im öffentlichen Raum, mehr (auch passive) Teilhabe und eine höhere Abwechslungsquote für die Bewohner, was insgesamt dem oben formu-

lierten Anspruch nach mehr Wohnqualität und Alltagsnormalität sehr nahekommt.

Es ist also der durch die Kooperation entstehende „Zwang“ zu Offenheit und partnerschaftlicher Zusammenarbeit, der die notwendige Transparenz und Effektivität und vor allem die andere Ausrichtung der Leistungserbringung erzeugt, die tatsächlich als höhere Lebensqualität bei den Bewohnern ankommt.

Dabei zeigt sich aber auch, dass trotz günstigem Einkauf von Pflegeleistungen und trotz der geringeren Pflegefachkraftquote – sie wird mit Zustimmung der Heimaufsicht durch Fachkräfte im Bereich Hauswirtschaft ausgeglichen – ein hoher Pflegesatz erforderlich ist, um eine bewohnerorientierte Pflege und Betreuung zu gewährleisten. Das kooperative Versorgungsmodell ist also keineswegs eine Sparvariante des konventionellen Altenheims, sondern eine inhaltlich fundierte Alternative, die innerhalb des bestehenden Kostenrahmens zu höherer Lebensqualität der Bewohner führt.

Im pflegerischen Bereich hat das kooperative Versorgungsmodell im Übrigen auch Vorteile gegenüber der rein ambulanten Versorgung durch die höhere Flexibilität und rationellere Versorgung der Pflege durch weniger Wege(-zeiten). Im sozialen Bereich ergeben sich – auch dies belegt die oben genannte Studie – Vorteile durch die stärker kommunikativ erlebbare Gemeinschaft und die hohe Abwechslungsquote.

Meine Erfahrung lautet daher: Das Hausgemeinschaftsmodell ist dann die bessere Alternative zum konventionellen Heim, wenn das Primat des Wohnens auch strukturell in einer Kompetenzpartnerschaft von Hauswirtschaft und Pflege umgesetzt wird. Erst die Verbindung der neuen Funktion der hauswirtschaftlichen Alltagsbegleiterin mit stationärer Pflege nach ambulanten Prinzip auf der Grundlage fachgerechter Koordination der Gesamtleistung ist in der Lage, eine neue Wohnatmosphäre und ein Klima der Transparenz und Kooperation zu schaffen und die oftmals eingefahrenen Arbeitsweisen stationärer Einrichtungen nachhaltig zu verändern. ■



Projektbegleiter Gerhard Reisig ist Innovations- und Organisationsberater, DGQ-Qualitätsbeauftragter und Interner Auditor sowie Diplom-Kunsttherapeut FH. Foto: privat

**Kontakt:** trialogconsult managementberatung  
Mühlenstraße 16, 27367 Sottrum

Tel.: 0 42 64/3 70 83 70, Fax: 0 42 64/3 70 83 72

E-Mail: g.reisig@trialogconsult-managementberatung.de

### Literatur-Tipps:

- Dühning, Angela: Macht das „Setting“ den Unterschied? Der Beitrag der verschiedenen Formen der stationären Altenhilfe zur Lebenszufriedenheit dementiell erkrankter Menschen. VDM Verlag Dr. Müller. ISBN 978-3-8364-4554-2. 1. Aufl. 15. 10. 2007
- Gerhard Reisig, Wibke Derboven: „Die neue Rolle der Hauswirtschaft“. Handbuch zur Durchführung interner Schulung für hauswirtschaftliche Präsenz- und Leitungskräfte. Erhältlich über Bremer Dienstleistungs-Service (BDS), Monika Böttjer, Oberneulander Landstraße 70, 28355 Bremen. m.boettjer@bremer-dienstleistungen.de