



Lieseltraud Lange-Riechmann

Betriebswirtschaftliche Bedeutung einer DCM-gestützten Fachbetreuung in der (teil-)stationären Altenhilfe

**DCM – Dementia Care Mapping als Instrument
der Qualitätssicherung und Kostensenkung**

Steinbeis Business Academy

SBA ■ ■ ■ ■ ■

Steinbeis-Hochschule Berlin SHB



Lieseltraud Lange-Riechmann wurde 1961 in Nordrhein-Westfalen geboren. Sie absolvierte Ausbildungen zur Krankenschwester, Diakonin, Qualitätsbeauftragten, Pflegedienstleitung und Heimleitung. Seit 1993 ist sie in der Diakonie Stiftung Salem in Minden als Heim- und Pflegedienstleitung tätig und nahm einrichtungsübergreifende Aufgaben des Pflegemanagements für drei Alten- und Pflegeheime wahr. Lieseltraud

Lange-Riechmann bildete sich unter anderem in den Bereichen gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung Demenzerkrankter fort und ist als Dozentin in der Fachausbildung tätig.

Lieseltraud Lange-Riechmann ist es ein Anliegen, Fachkompetenz, Wirtschaftlichkeit und Praxis zu vernetzen. Verschiedene Projekte wie die Vernetzung regionaler Hausärzte mit Einrichtungsleitungen, Projekte zur Angehörigenintegration, Projekte zur Beratung von Angehörigen, ein Beratungsprojekt zur Heimaufnahme und generationsübergreifende Projekte wurden von Lieseltraud Lange-Riechmann gesteuert.

Lieseltraud Lange-Riechmann hat 2005 den Bachelor of Business Administration und 2007 den Master of Business Administration an der Steinbeis-Hochschule Berlin (SHB) erworben. Neben der beruflichen Tätigkeit promoviert sie gegenwärtig im Institut für Diakoniewissenschaft und Diakonienmanagement an der Kirchlichen Hochschule Wuppertal / Bethel zu dem Thema „Wirtschaftlicher Nutzen von Kinaesthetics“. Damit soll als weiterer Baustein der Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis ermöglicht werden.

Lieseltraud Lange-Riechmann

Betriebswirtschaftliche Bedeutung einer DCM-gestützten Fachbetreuung in der (teil-)stationären Altenhilfe

**DCM – Dementia Care Mapping als Instrument
der Qualitätssicherung und Kostensenkung**

Steinbeis Business Academy

SBA ■ ■ ■ □ □ □

Steinbeis-Hochschule Berlin SHB

Impressum

© 2011 Steinbeis-Edition

Alle Rechte der Verbreitung, auch durch Film, Funk und Fernsehen, fotomechanische Wiedergabe, Tonträger jeder Art, auszugsweisen Nachdruck oder Einspeicherung und Rückgewinnung in Datenverarbeitungsanlagen aller Art, sind vorbehalten.

Lieseltraud Lange-Riechmann

Betriebswirtschaftliche Bedeutung einer DCM-gestützten Fachbetreuung in der (teil-)stationären Altenhilfe. DCM – Dementia Care Mapping als Instrument der Qualitätssicherung und Kostensenkung

1. Auflage 2011 | Steinbeis-Edition, Stuttgart

ISBN 978-3-941417-81-6

Zugl. Steinbeis-Hochschule Berlin, Master-Thesis 2007

Satz: Steinbeis-Edition

Titelbild: ©iStockphoto.com/peepo, ©pixelio.de/Grace Winter

Druck: Digital Druck Straub GmbH & Co. KG, Schramberg

Steinbeis ist weltweit im Wissens- und Technologietransfer aktiv. Zum Steinbeis-Verbund gehören derzeit rund 800 Steinbeis-Unternehmen sowie Kooperations- und Projektpartner in 50 Ländern. Das Dienstleistungsportfolio der fachlich spezialisierten Steinbeis-Unternehmen im Verbund umfasst Beratung, Forschung & Entwicklung, Aus- und Weiterbildung sowie Analysen & Expertisen für alle Management- und Technologiefelder. Ihren Sitz haben sie überwiegend an Forschungseinrichtungen, Universitäten und Hochschulen.

Dach des Steinbeis-Verbundes ist die 1971 ins Leben gerufene Steinbeis-Stiftung, die ihren Sitz in Stuttgart hat. Die Steinbeis-Edition verlegt ausgewählte Themen aus dem Steinbeis-Verbund.

148207-2011-09 | www.steinbeis-edition.de

Vorwort Dr. Peter Dohm

Die aktuellen sozial- und gesellschaftspolitischen Veränderungen sowie die demografischen Herausforderungen stellen Dienstleistungsorganisationen in der (teil-)stationären Altenhilfe vor enorme Herausforderungen. Dies ergibt sich zum einen auf Grund der Zunahme pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und deren Umsetzungsverantwortung sowie andererseits durch die sich veränderten Marktbedingungen.

Um den Spagat zwischen betriebswirtschaftlichen Aspekten und einer hochwertigen an den Bedürfnissen der Patienten orientierten Pflege zu schaffen, sind Verfahren mit maximaler ökonomischer Effizienz erforderlich.

Dementia Care Mapping (DCM) wird als international anerkanntes Verfahren im Fachbereich Demenz seit 2002 in Deutschland angewandt. Dabei handelt es sich um ein aus England stammendes Evaluations- und Beobachtungsverfahren, das den erkrankten Menschen in den Fokus der Untersuchung stellt. Es berücksichtigt, dass der Patient nicht mehr angemessen kommunizieren kann.

Der Autorin gelingt es, mit großer fachlicher Kompetenz und hohem Engagement ein sehr komplexes Thema in die berufliche Praxis zu transferieren. Exakt in diesem Zweiklang zwischen Theorie und fachpraktischer Anwendung liegt der hohe Nutzwert der vorliegenden Arbeit. Hierbei werden komplexe Problemstellungen in klare Forschungsziele übertragen und mit Hilfe eines professionell geführten Projekts in die Praxis umgesetzt.

Bereits während der Projektentwicklung hat sich gezeigt, dass auch für andere Institutionen in der (teil-)stationären Altenhilfe das DCM Verfahren eine große Relevanz besitzt. Die Erkenntnisse des vorliegenden Buches führen zu einer neuen Perspektive in der stationären Pflege; dies gilt auch für die verschiedenen Professionen – wie Hausärzte, Krankengymnasten, Diätassistenten.

Das vorliegende Werk stellt für Berufstätige im Fachbereich Demenz eine wichtige Grundlage für eine qualifizierte Arbeit im Interesse der betroffenen Patienten und deren Angehörigen dar.

Es ist wünschenswert, dass das Projekt weiterentwickelt und in die berufliche Praxis implementiert wird. In jedem Fall hat es für alle Beteiligte einen hohen praktischen Nutzwert.

Steinbeis-Hochschule Berlin
Steinbeis Business Academy
Prof. Dr. Peter Dohm

Vorwort Ulrich Strothmann

Der besondere Bedarf an professioneller Pflege und psychosozialer Betreuung gerade bei Menschen mit Demenz ist Leitungspersonen von Einrichtungen der (teil-)stationären Pflege bekannt. Eine fachgerechte Pflege und Betreuung kann hier aus meiner Sicht als Vorstandssprecher einer Einrichtung, die sich u. a. mit acht Altenpflegeheimen, drei Tagespflegen und drei Diakoniestationen in der Altenhilfe engagiert, nur über die Anwendung zukunftsweisender Instrumente in der Qualitätssicherung und durch besondere Betreuungsformen ermöglicht werden.

In unserer Arbeit erleben wir täglich, dass Demenz den Lebensalltag Betroffener sowie deren Beziehungs- und Interaktionsfähigkeit in ihrer sozialen Umwelt erheblich beeinflusst. Symptome wie Angst, Unruhezustände, Apathie und depressive Stimmungen, teilweise mit Suizidalität, Desorientiertheit, Sinnestäuschungen, herausforderndes oder abwehrendes Verhalten sind täglich relevant und stellen die Einrichtungen nicht zuletzt auch betriebswirtschaftlich vor eine erhebliche Herausforderung. Auch, wenn die Personal- und Organisationskosten die wesentlichen Kosten- / Nutzenaspekte sind, müssen notwendige institutionelle Anforderungen wie Kundenorientierung und Wissensressourcen zwingend ebenfalls beachtet werden.

In der Diakonie Stiftung Salem haben wir somit gern die Forschungstätigkeit der Autorin unterstützt, die selbst als erfahrene und agile Leiterin eines unserer Altenpflegeheime tätig ist. Ihre Untersuchung zur betriebswirtschaftlichen Bedeutung von Dementia Care Mapping (DCM) hat im Wesentlichen zu folgenden Ergebnissen geführt:

- Kosteneinsparung bei Qualitätssteigerung
- Entscheidung für ein Instrument zur Messung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz als Basis für kontinuierliche Verbesserungen in der Betreuung
- Vernetzung regionaler Einrichtungen der Altenhilfe im „DCM-Verbund“ zwecks fortlaufender Qualitätssicherung
- Gewinnung von ehrenamtlichen Kräften

- adäquate Umsetzung unseres christlich-diakonischen Selbstverständnisses
- Nachhaltigkeit durch die wirtschaftswissenschaftliche Begleitung der Steinbeis Business Academy von der Innovationsphase bis zum Transfer und zur dauerhaften Implementierung.

Mit ihrer Projektstudie ist Lieseltraud Lange-Riechmann eine Antwort auf die Frage gelungen, wie der erwarteten Zunahme an Erkrankten einerseits und dem erwarteten Fachkräftemangel andererseits in der Pflege von Menschen mit Demenz zu begegnen ist. Die Erkenntnis, dass Erkrankte dank DCM nachweislich zufriedener sind, Angehörige mehr Hilfe spüren, Mitarbeitende gelassener arbeiten und Einrichtungen zugleich wirtschaftlicher arbeiten können, ist für unser Unternehmen zukunftsweisend geworden. Unser Dank gilt daher auch allen Projektteilnehmerinnen und -teilnehmern, insbesondere der Anna Luise Altendorf Stiftung unter der Geschäftsführung von Claus Lemcke, die das DCM-Projekt finanziell ermöglicht hat.

Wir freuen uns, dass durch die Publikation der Untersuchungsergebnisse auch andere Einrichtungen Entscheidungshilfen erhalten für den Umgang mit der großen Herausforderung, die das Thema Demenz an die Altenhilfe stellt.

Diakon Ulrich Strothmann

Diakonie Stiftung Salem, Vorstandssprecher

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	13
Abkürzungsverzeichnis	15
1 Einführung in das Thema	17
1.1 Aktualität des Themas	19
1.2 Aufbau, Methodik und Quellen der Arbeit	24
1.3 Problemstellung.....	27
1.4 Zielsetzung des Projektes	28
1.5 Demenz in der (teil-)stationären Altenhilfe.....	29
1.5.1 Die Erkrankung Demenz	31
1.5.2 Betreuungs- und Pflegekonzepte für demenzerkrankte Menschen.....	33
1.6 Dementia Care Mapping in der (teil-)stationären Altenhilfe	34
2 Projektplanung	37
2.1 Der Projektgeber.....	38
2.2 Der Projektauftrag	41
2.3 Das Projektziel.....	43
2.4 Der Projektplan	43
2.5 Das Projektteam	48
2.6 Intension für das Projekt.....	50
2.7 Planung der Untersuchung	51
2.7.1 Ausgangspunkt (Evaluationswunsch).....	52
2.7.2 Untersuchungsmethode.....	52
2.7.3 Auswahl der Einrichtungen	54

3 Durchführung der Untersuchung.....	63
3.1 Projektplanung	63
3.2 Die Angehörigenbefragung.....	64
3.2.1 Fragestellung und Zielsetzung der Angehörigenbefragung	64
3.2.2 Positionierung der Angehörigenbefragung	68
3.2.3 Die Bedeutung von DCM für die Angehörigen	70
3.3 Die Mitarbeitendenbefragung	71
3.3.1 Akzeptanz des Konzeptes	73
3.3.2 Erforschung der Bereitschaft zur Umsetzung von DCM-Erkenntnissen	75
3.4 Implementierung konzeptioneller Maßnahmen	77
3.5 DCM-Aufwand und -Ertrag.....	78
3.6 Projektphasen und Projektablauf	83
3.6.1 Phasen der Angehörigenbefragung.....	84
3.6.2 Information.....	85
3.6.3 Datenerhebung, -aufbereitung und Ablauf	86
3.6.4 Kritische Würdigung des Projektablaufes.....	86
4 Ergebnisse und Schlussfolgerungen.....	89
4.1 Ergebnisse der Erhebungen.....	89
4.1.1 Ergebnisse der Angehörigenbefragung	90
4.1.2 Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung	97
4.2 Interpretation	105
4.3 Schlussfolgerungen	106
4.4 Zusammenfassung	136
5 Fazit	139
5.1 Erkenntnisse	140
5.2 Ausblick.....	140
Literaturverzeichnis	143

Anhang 1

Approaches to Dementia Care	154
Approaches to Dementia Questionnaire (mit 19 Fragen)	154

Anhang 2

Angehörigenfragebogen	163
-----------------------------	-----

Anhang 3

Mitarbeitendenbefragung	167
-------------------------------	-----

Anhang 4

Kostenplan	
Anna Luise Altendorf Stiftung	171

Anhang 5

Aktuell verhandelte Pflegesätze	172
---------------------------------------	-----

Anhang 6

DCM-Kodierung.....	173
--------------------	-----

Anhang 7

Projektauftrag	174
----------------------	-----

Anhang 8

Projektplan	175
-------------	-----

Anhang 9

Projektablaufplan.....	176
------------------------	-----

Anhang 10

Presseartikel	
„Mindener Tageblatt“ vom 1.7.2005	177

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Statistische Landesämter, eigene Berechnungen, Bertelsmann-Stiftung
- Abb. 2: Projektterminplan
- Abb. 3: Kostenplan
- Abb. 4: Vertragsbeziehung in der Pflege
- Abb. 5: Betriebswirtschaftliche Besonderheiten sozialer Dienstleistungen
- Abb. 6: Berechnung der Zufriedenheit der Angehörigen mit den räumlichen Bedingungen zur Entscheidungsfreiheit des Demenzerkrankten
- Abb. 7: Berechnung der Zufriedenheit der Angehörigen mit den räumlichen Bedingungen zu Entscheidungsfreiheit des Demenzerkrankten
- Abb. 8: Berechnung des Verhältnisses vom Eingehen der Mitarbeitenden auf die Wünsche der Demenzerkrankten zum Eingehen auf die Beschwerden der Angehörigen
- Abb. 9: Anzahl der Beantwortung der Frage des Eingehens der Mitarbeitenden auf die Wünsche der Demenzerkrankten zum Eingehen auf die Beschwerden der Angehörigen
- Abb. 10: Darstellung der Frage des Eingehens der Mitarbeitenden auf die Wünsche der Demenzerkrankten zum Eingehen auf die Beschwerden der Angehörigen
- Abb. 11: Berechnung der Frage nach dem Einhalten von Absprachen der Angehörigen mit den Mitarbeitenden in Bezug zur Sicherheit in der stationären Pflege
- Abb. 12: Verhältnis von Absprachen der Angehörigen mit dem Pflegepersonal zum Sicherheitsempfinden des Demenzerkrankten
- Abb. 13: Bewertung der Lebensqualität 2006
- Abb. 14: Bewertung der Lebensqualität 2007
- Abb. 15: Vergleich Bewertung 2006 und 2007 Angehörigenbefragung
- Abb. 16: Fragebogenteil 1: Persönliche Einschätzung der Mitarbeitenden zu DCM
- Abb. 17: Ergebnis der Mitarbeitendenbefragung zu den Approaches to Dementia Questionnaire in der 1. Paneluntersuchung
- Abb. 18: Vergleich Auswertung ADQ_Qualität 2006 zu 2007
- Abb. 19: Gewinn und Verlust Marketing
- Abb. 20: Gewinn und Verlust Personalentwicklung
- Abb. 21: Scholz, C./Stein, V./Bechtel, R.; Human Capital Management – Wege aus der Unverbindlichkeit; Luchterhand Verlag, München, 2004, S. 223

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
AG	Aktiengesellschaft
Bd.	Band
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
DBZW	Demenz – Beziehung – Zuwendung – Wirtschaftlichkeit
DCM	Dementia Care Mapping
DRGs	Diagnosis Related Groups
DSM-TV Test	Diagnostic und Statistical Manual of Mental Disorders
e. V.	eingetragener Verein
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFQM	European Foundation for Quality Management
EK	Eigenkapital
EKD	Evangelische Kirche in Deutschland
FK	Fremdkapital
ggf.	gegebenenfalls
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HGB	Handelsgesetzbuch
Hrsg.	Herausgeber
ICD	International Classification for Diseases and Related Health
IFRS	International Financial Reporting Standards
IQM	Integriertes Qualitätsmanagementsystem

Kap.	Kapitel
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
NRW	Nordrhein-Westfalen
o. V.	ohne Verfasser
PBV	Pflegebuchführungsverordnung
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
ROI	Return on Investment
SGB	Sozialgesetzbuch
SKM	Salem-Köslin Minden
sog.	sogenannte
u. a.	unter anderem oder und andere
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organisation = Weltgesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel

1 Einführung in das Thema

Durch die gegenwärtigen sozial- und gesellschaftspolitischen Veränderungen sowie durch die demographische Entwicklung befinden sich Einrichtungen der stationären und (teil-)stationären Altenhilfe in Situationen, die ein Fortschreiben bestehender Handlungsfelder in der Zukunft nicht mehr ermöglichen.¹ Die Zunahme pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und deren Umsetzungsverantwortung einerseits sowie die sich verändernden Marktbedingungen andererseits, fordern von Dienstleistungsorganisationen den Einsatz von Verfahren mit der höchstmöglichen ökonomischen Effizienz, die durch unternehmensinterne wie unternehmensexterne Aktivitäten der Qualitätssicherung und der Kostensenkung das Leitkonzept der Unternehmensführung stützen und den Absatz der Dienstleistung sichern.

Dies gilt gleichermaßen für stationäre Einrichtungen, in denen Bewohnerinnen und Bewohner sich auf Dauer in stationärer Pflege befinden sowie für Einrichtungen der Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege, in denen Pflegebedürftige teilstationär versorgt werden.

Im Kontext der Situation in der stationären und teilstationären Altenhilfe betrachtet, ergibt sich die Frage, welche Erwartungen Einrichtungen an die Anwendung des Verfahrens DCM in Bezug auf Qualitätssicherung und Kostensenkung haben, und welche betriebswirtschaftliche Bedeutung sich daraus ergibt.

Die Frage wird insbesondere durch folgende Unternehmensbereiche beeinflusst:

- **Organisation und Personal:**

Wie trägt eine im Sinne von DCM geführte Personalentwicklung zur Kostensenkung bei?

- **Marketing:**

Es besteht der Anspruch bei Anwendung des DCM-Verfahrens, eine verbesserte Kundenorientierung, Kundenbindung und Kundenzufriedenheit zu erreichen.

1 Lieb, Norbert; Oehmen, Ulrike; Qualifiziertes Management gesucht; in: Altenheim; Lösungen fürs Management, Vincentz Verlag, Hannover, 10/2005; S. 42.

- **Wissensmanagement:**

Die Auswirkung von Erschließung, innovativer Nutzung und Weiterentwicklung von Wissensressourcen beim DCM-Verfahren.

- **Finanzmanagement:**

Die Betrachtung der Kosten-Nutzen-Analyse und Sensitivitätsanalyse als Entscheidungshilfe der Verfahrensanwendung.

- **Internationalisierung:**

Die Nutzung europäischer Netzwerke zur Unterstützung kooperativer Arbeitsprozesse.

Die spezielle Bedeutung der Unternehmensbereiche unter der Anwendung des DCM-Verfahrens zeigt den vielfältigen Anspruch, in dem der Fachbereich der Altenhilfe steht. Die Kernaufgaben bestehen in Planung, Steuerung und Kontrolle. Die Aufgabe ist es, den Absatz des Unternehmens zu sichern und dabei die ganzheitliche Ausrichtung sämtlicher unternehmerischer Aktivitäten im Sinne einer Kundenorientierung auf die Bedürfnisse und Wünsche der Abnehmer durchzuführen.²

In der Projektarbeit wird die Frage betrachtet, welche betriebswirtschaftliche Bedeutung sich durch die Anwendung des internationalen Verfahrens DCM ergibt und inwieweit sich das Verfahren als Instrument zur Kostensenkung bei gleichzeitiger Qualitätssicherung im Fachbereich Demenz der Altenhilfe eignet.

Im Pflegefachbereich Demenz der (teil-)stationären Altenhilfe entstehen die meisten Leistungsströme durch den Prozess der betrieblichen Leistungserstellung und -verwertung.³ Es wird am Beispiel des DCM-Verfahrens untersucht, inwieweit neue Innovationen und Verfahren im Fachbereich Demenz der Altenhilfe durch Berechnung harter Faktoren – wie Kosten- und Leistungsrechnung – und weicher Faktoren – wie Personalentwicklung und Personalmotivation – betriebswirtschaftlich bedeutsam sind.

2 Bruhn, M.; Marketing – Grundlagen für Studium und Praxis, 2. überarbeitete Auflage, Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler GmbH, Wiesbaden, 1995, S. 16.

3 Ben-Khalifa, Christine; Betriebswirtschaft und Rechnungswesen für die Altenpflege, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2004, S. 11.

1.1 Aktualität des Themas

„If you only have a hammer, every problem tends to have a nail.“⁴

In den komplexen Arbeits- und Entscheidungsabläufen von Alten- und Pflegeeinrichtungen hat sich durch die gesellschaftliche demographische Entwicklung ein bedeutender Wandel vollzogen, der auch zukünftig noch viele Wandlungsprozesse und innovative Lösungsansätze benötigt. Spezielle Erkrankungen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse – wie z. B. bei dementiellen Erkrankungen – erfordern im Blick auf ökonomische Zusammenhänge einen multifunktionalen Werkzeugkasten zur Problemlösung.

Die verstärkte Anwendung von Methoden und Instrumenten des Controllings in der Kosten- und Leistungsrechnung stellt die Arbeit in der (teil-)stationären Pflege mit dem Anspruch des Denkens an Effizienz dar.⁵

Die Auswahl der Projekte und Verfahren, die zukunftsorientiert zur Unternehmenssicherung beitragen und die konsequente Vermeidung von unrentablen Aktionen hat zur Folge, dass immer mehr betriebswirtschaftliche Steuerungsmaßnahmen notwendig sind, um eine Unterscheidung zwischen sinnvollen und nicht sinnvollen Unternehmensprojekten und -verfahren zu treffen.⁶

Die Notwendigkeit zur Anwendung eines multifunktionalen Werkzeugkastens zur Problemlösung wird durch folgende Veränderungen entscheidend beeinflusst:

Der Pflegemarkt

Im Jahr 1996 wurde in Deutschland als fünfte Säule der Sozialversicherung das Pflegeversicherungsgesetz⁷ gültig. Seit dem 01.07.1996 gilt für den stationären Pflegebereich das Pflegeversicherungsgesetz. Die Auswirkungen für das Sozial- und Gesundheitswesen in der (teil-)stationären Pflege sind:

4 www.uni-konstanz.de/studis/fs/fs-polverw./studium/SKRIPTE/Skipt%20Personalmanagement.rtf; 10.02.2007, Personalmanagement, Kapitel 1, Rüdiger, Ulrich

5 Fleßa, Steffen; Gesundheitsökonomik, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 2005.

6 Schindewolf, K.; Betriebswirtschaftliche, Organisation und Betriebsführung in der Altenpflege, Urban & Fischer, München 2002, S. 2.

7 Pflegeversicherungsgesetz; Sozialgesetzbuch XI, § 69, Abs. Sicherstellungsauftrag.

- Für die Wohlfahrtsverbände das Ende des Selbstkostendeckungsprinzips. In der Vertragsgestaltung und Vergütungsvereinbarung für Heime werden Rahmen- und Versorgungsverträge mit Pflegekassen abgeschlossen und Vergütungen prospektiv verhandelt.
- Die Pflegeversicherung wird wie eine Teilkasko-Versicherung zur Sicherung der Pflege und zur Entlastung des Sozialhilfeeinsatzes mit entsprechenden privaten Zahlungen behandelt. Dabei wird ambulante vor stationäre Versorgung gestellt.
- Die Einführung von Pflegebudgets als freie Verhandlungsgrößen zwischen Kunden und Dienstleistern.

Die (teil-)stationäre Pflege wird auch von den Auswirkungen der Einführung der DRGs als diagnosebezogene Fallpauschale, die mit Wirkung vom 01.01.2004 ausgehend von den Krankenhäusern für einen grundlegenden Wandel im Sozial- und Gesundheitswesen verantwortlich ist, berührt:

- Die (teil-)stationäre Pflege versorgt zunehmend Behandlungspflegepatienten, deren Verweildauer im Krankenhaus deutlich verkürzt wird oder ambulant fortgesetzt wird.⁸
- Die qualitativen Anforderungen an die Fachbereiche der Pflege wie z. B. Schmerztherapie steigen.⁹

Mit der Änderung des Pflegeversicherungsgesetzes ändern sich auch zahlreiche bestehende Gesetze wie

- das Krankenkassenrecht (SGB V),
- das Bundessozialhilfegesetz (BSHG)
- oder das Heimgesetz¹⁰.

8 Peer, Sabine; Korrelation von Pflegeaufwand und DRGs, In: Die Schwester / Der Pfleger, Fachzeitschrift für Pflegeberufe, Melsungen, 8 / 2005, S. 618.

9 Thöns, M. / Nestler, B. / Seck, M. - Zenz; Palliativmedizin – Gemeinsam gegen den Schmerz, In: Die Schwester / Der Pfleger, Fachzeitschrift für Pflegeberufe, Bibliomed, Medizinische Verlagsgesellschaft mbH, Melsungen, 07 / 2006, S. 502.

10 Großmann, Gunter / Iffland, Sascha / Mangels, Rainer; Heimgesetz, 5. Ausgabe, Vincentz Verlag, Hannover, 2002.

Pflegebuchführungsverordnung (PBV)

Am 1. Januar 1996 trat auch die Pflegebuchführungsverordnung¹¹ in Kraft. Befreit sind nur Pflegedienste mit weniger als sechs Vollzeitkräften, teilstationäre Einrichtungen mit weniger als acht Plätzen und stationäre Einrichtungen unter 20 Plätzen.

Zur Vereinheitlichung der Rechnungslegung müssen ambulante und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen, die als sogenannte „zugelassene Einrichtungen“ einen Versorgungsvertrag nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch aufweisen, Leistungen unabhängig davon, ob sie Kaufmann im Sinne des Handelsgesetzbuches sind, und unabhängig von der Rechtsform nach der PBV ausrichten.

Zunehmende Bedeutung evidenzbasierter Medizin¹² und Pflege

Der gewissenhafte, allgemeingültige und vernünftige Gebrauch wissenschaftlicher Erkenntnisse für die Medizin und Pflege ist bei der zunehmenden Informationsflut in den Fachgebieten der Altenhilfe eine Herausforderung. Nationale Expertenstandards, wie z. B. zu Dekubitus und Sturz sowie internationale Betreuungskonzepte und -verfahren für spezielle Krankheitsbilder, wie z. B. Wachkoma oder Demenz, stellen Einrichtungen vor neue Entwicklungsperspektiven und wirtschaftliche Anforderungen.

In Fachbereichen der Altenhilfe, wie z. B. im Fachbereich Demenz, stehen folgende Fragen im Vordergrund:¹³

- Welche Projekte und Verfahren erzielen den höchsten betriebswirtschaftlichen Effekt? Welche Instrumente eignen sich zur Kosten-Nutzen-Analyse?
- Welche Rolle spielt das Humankapital? Wie fügt sich das Verfahren in die Personalentwicklung ein?
- Wie können Marketinggesichtspunkte zielgerichtet gestaltet und genutzt werden?
- Ist das Projekt oder Verfahren dazu geeignet, innerhalb des Produktlebenszyklus neue Innovationen zu entfalten?

11 Bundesgesetzblatt; Jahrgang 1995, Teil I, PBV vom 22. November 1995.

12 Sackett, David-L./Richardson, W. S./Rosenberg, W. M. C./Haynes, R. B. (deutsch von Kunz, R.) ; Evidenz-basierte Medizin, EBM-Umsetzung und -vermittlung, Zuckschwerdt-Verlag, Gerning, 1999.

13 Sittner, Elisabeth; Wie wird Wissen zum Können; Facultas, Wien, 2005.

- Passt das Verfahren in die wirtschaftliche Strategie der Einrichtung?
- Welche internationalen Netzwerkunterstützungen gibt es?

Komplexität von Entscheidungen

Angesichts der Dynamik und Komplexität von Entwicklungen, Projekten und Verfahren sind bei den betriebswirtschaftlichen Auswirkungen in den Einrichtungen der (teil-)stationären Altenhilfe auch die Auswirkungen bei Abläufen, Strukturen, Beziehungen, Einstellungen und Verhaltensweisen wechselseitig zu betrachten und zu bewerten. In Einrichtungen der Altenhilfe kann die Einbindung Ehrenamtlicher als Auswirkung sowohl den Nutzen der Einsparung von Personalkosten haben wie aber auch höhere Schulungskosten verursachen.¹⁴

Wertewandel

Die Auffassungen, die Mitarbeitende in Bezug auf das Wünschbare hegen, enthalten unter der Überschrift „Werte“ heute häufig Selbstentfaltung und Selbstverwirklichung, Lebensgenuss, geringe Bereitschaft zur Unterordnung und Partizipation.¹⁵ Diese Werte unterscheiden sich damit wesentlich von denen nach den Weltkriegen, wo Sparsamkeit, Fleiß und Pünktlichkeit als bedeutsame Werte galten. Non-Profit-Einrichtungen stehen derzeit in dem Spagat, einerseits die Wirtschaftlichkeit zu sichern und andererseits die Erwartungen der Kunden an das Unternehmen zur Lösung gesellschaftlicher Probleme – wie Arbeitslosigkeit, Umweltverschmutzung und Armut – zu erfüllen.¹⁶ Der Wertewandel ist bei der Berechnung des Humankapitals als Motivationsmultiplikator verrechenbar.¹⁷

Globalisierung

Die Zunahme der Bedeutung der Erkenntnisse und Aktivitäten aus anderen Ländern nimmt Einfluss auf die Entwicklung und Ausführung der Altenhilfe in Deutschland.¹⁸ Insbesondere im Blick auf den osteuropäischen Bereich flankieren Billigange-

14 Lieb, Norbert/Oehmen, Ulrike; Qualifiziertes Management gesucht, In: *Altenheim*, Fachzeitschrift für Altenhilfe Management, Vincentz Verlag, Hannover, 10/2005, S. 39.

15 Kolhoff, Ludger/Korendieck, Georg; *Personalmanagement und Personalwirtschaft*, 1. Auflage, Nomos Verlag, 2006, S. 26.

16 Köppl, P.; *Public Affairs Management, Strategien und Taktiken erfolgreicher Unternehmenskommunikation*, Lind Verlag, Wien, 2000, S. 57.

17 Marr, Rainer/Schloderer, Florian; *Humankapitalbewertung als Herausforderung*, In: Schwuchow, Karlheinz/Gumann, Joachim; *Jahrbuch Personalentwicklung 2007*, Luchterhand Verlag, München, 2007, S. 6.

18 Joseps, Elke; *Die Vergangenheit gehört zu uns – Entwicklung von Geschichtssensitivität*, Haus Neuland, Institut für Weiterbildung, Bielefeld, 2001.

bote den Ausführungsbereich der Altenhilfe. Gleichzeitig nimmt die multikulturelle Wohn- und Pflegesituation in den (teil-)stationären Einrichtungen zu. Regional richten viele Einrichtungen ihr Angebot auf die Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Kunden aus, indem sie z. B. verstärkt Menschen der entsprechenden Landessprache und -kultur, wie Menschen aus der Türkei oder Russland, einstellen und schulen. Die Ausrichtung verschiedener Verfahren in der Altenhilfe muss dabei sowohl dem Kunden eine sprachliche und inhaltliche Übersetzung bieten wie auch die sich ständig verändernden Anforderungen durch internationale Verfahren erfüllen. In diesem Kontext sind schnelle Reaktionsfähigkeit und Flexibilität wichtig, um am Pflegemarkt erfolgreich zu sein.¹⁹ Die Betrachtung von Herausforderungen, Informationen der Kosten- und Leistungsrechnung für neue Projekte und Verfahren zu nutzen, ist dabei durch die Konkurrenzangebote zum Zeitwettbewerb geworden.

Zunehmende Technologiemöglichkeiten

Immer neue Techniken der Medizin und Pflege werden in der (teil-)stationären Pflege eingesetzt. Auch im Dienstleistungsunternehmen der Pflege ist der Produktlebenszyklus für ein Dienstleistungsangebot immer kürzer geworden. Der Einsatz neuer Verfahren, neuer Informationstechniken – wie eine EDV-gestützte Pflegedokumentation und die Wissensexplosion – bringen bei allen Verbesserungen auch die Gefahr der Verwirrung. So gibt es in Deutschland gegenwärtig fast 500 verschiedene Pflege- und Kommunikationsstrategien, von denen die meisten einen Nachweis ihrer Wirksamkeit und Effizienz schuldig geblieben sind.²⁰ In der (teil-)stationären Altenhilfe bedeutet dies, dass Modelle technologischer Interventionen größtenteils ohne Bezug auf einen verbindlichen wissenschaftlichen Standard und ohne Berechnung einer Kosten-Nutzen-Analyse existieren.

Wie können (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen aus der Flut der Projekte und Verfahren das Projekt herausfinden, das aus Unternehmenssicht leistbar und budgetkonform als Projekt die Zukunft sichert? Diese Frage steht derzeit im Mittelpunkt vieler stationärer Altenpflegeeinrichtungen. Dabei spielt die Zunahme spezieller Krankheitsbilder – wie Demenz – eine große Rolle. In Deutschland sind derzeit über 900.000 Menschen an einer mittelschweren oder schweren Demenz erkrankt.²¹

19 Ehrmann, H.; Marketing – Controlling, 4. Auflage, Kiehl, Friedrich, Ludwigshafen, 2004, S. 367.

20 Lind, Sven; Demenzkranke Menschen pflegen, 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2003, S. 18.

21 Bär, Marion; Institut für Gerontologie Heidelberg, Diakonisches Werk Württemberg, Schlütersche Verlagsgesellschaft, 2004, S. 11.

Etwa 40 % der Betroffenen werden im Pflegeheim betreut. Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner beträgt meist über 50 %. Hier ist ein hoher Marktanteil der Dienstleistungen, die (teil-)stationär erbracht werden. Dienstleistungen, wie sie beim Einsatz moderner Verfahren – wie z. B. Dementia Care Mapping – erbracht werden, so zu vermarkten, dass sie wirtschaftlich einen Erfolgsbeitrag leisten und damit auch einen Nutzen für zukünftige Projekte bringen, ist ein Erfolg der Kosten-Nutzen-Analyse.

Die Berechnungen betriebswirtschaftlicher Auswirkungen mit gleichzeitiger Darstellung der Qualitätssicherungsleistung des Verfahrens DCM in der (teil-)stationären Altenhilfe liegt dabei aktuell im Interesse der Altenheimen, der Aus-, Fort- und Weiterbildungsträger, der Aufsichtsbehörden – wie Heimaufsicht und Pflegekassen sowie der internationalen Qualitätsfachorganisationen.

1.2 Aufbau, Methodik und Quellen der Arbeit

Nach Einführung und Darstellung der Bedeutung des Themas in den ersten beiden Kapiteln hat die Projektstudienarbeit im folgenden dritten Teil die konkrete Durchführung der Erhebung der Wirksamkeit von Maßnahmen aus den Bereichen Personal, Organisation, Wissensmanagement, Finanzmanagement, Marketing und internationaler Vernetzung bei Anwendung des Verfahrens Dementia Care Mapping (DCM) im Fachbereich Demenz der (teil-)stationären Altenhilfe zu beschreiben.

Während in der Vergangenheit in der (teil-)stationären Pflege die Anwendung neuer Verfahren in Non-Profit-Organisationen ohne Betrachtung der betriebswirtschaftlichen Auswirkungen gesehen wurde, versuchen heute Pflegeeinrichtungen durch ein modernes Dienstleistungsmanagement einen strategischen Wettbewerbsfaktor zu nutzen.²²

22 Haas, Alexander / Ivens, Björn-Sven; *Innovatives Marketing*, Gabler, Wiesbaden, 2005, S. 459.

Zur Durchführung der Untersuchung wurde ein regionales Projekt „DCM-gestützte Qualitätsentwicklung in der Sorge für Menschen mit Demenz in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen im Kreis Minden-Lübbecke“ unter der Trägerschaft der „Anna Luise Altendorf Stiftung“ genutzt.²³

Das Projekt wird nach dreijähriger Planung mit der finanziellen Unterstützung der „Clarence Mielech Stiftung“ in Berlin zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Menschen mit Demenz in (teil-)stationären Einrichtungen der Altenhilfe durch Implementierung von DCM durchgeführt. Die vier im Projekt beteiligten Einrichtungen haben sich in einer Kooperationsvereinbarung für die Projektdauer von drei Jahren verpflichtet, in ihren Einrichtungen Rahmenbedingungen für die Erprobung des DCM-Verfahrens zu schaffen, um sich den daraus ergebenden internen Handlungserfordernissen zur Qualitätsentwicklung zu stellen. Das Projekt enthält ein inhaltliches Leitkonzept, demenzspezifische Fortbildungsangebote sowie die personelle Vernetzung und die Einhaltung finanzieller Ressourcen durch Einbindung Ehrenamtlicher. Alle beteiligten Einrichtungen sind unter dem Verfahren in ein einheitliches Marketing unter der Projektleitung der „Anna Luise Altendorf Stiftung“ gestellt. Alle Marketingstrategien sind den Projektteilnehmenden bekannt gemacht worden.

Mit diesem umfangreichen Projekt ist es der Autorin ermöglicht worden, Befragungen der Schwerpunktgruppen – Angehörige und Mitarbeitende – durchzuführen. Diese Befragungen sollen Erkenntnisse über Veränderungen in den Bereichen Personal, Organisation, Wissensmanagement, Finanzmanagement, Marketing und internationaler Vernetzung aufzeigen. Dabei sind durch die Eigenart und Komplexität des Projektes Untersuchungen auf die Informations- und Kommunikationsstruktur, auf die Instrumente des Marketingmanagements wie auch auf die Produkt-, Preis- und Kommunikationspolitik, auf die Personalentwicklung und die Bedeutung des Human Capital Managements²⁴ ermöglicht worden.

23 www.alten-dorf.de; Die Anna Luise Altendorf Stiftung, Lemcke, Claus; Minden.

24 Scholz, Christian/ Stein, Volker/ Bechtel, Roland; Human Capital Management – Wege aus der Unverbindlichkeit, 2. Auflage; Wolters-Kluwer, Hannover, 2006.

Mit einer quantitativen Erhebungsmethode sowie einer schriftlichen Befragung von Angehörigen Demenzerkrankter und einer Befragung der Mitarbeitenden auf der Grundlage eines standardisierten Fragebogens der Universität Bradford²⁵ in England soll die Wirksamkeit des Verfahrens DCM auf die Qualitätssicherung und auf die betrieblichen Kosten ermittelt werden. Des Weiteren soll sich nach Feststellung der Wirksamkeit unternehmensinterner und unternehmensexterner Aktivitäten eine betriebswirtschaftliche Aussage ergeben, damit der wirtschaftliche Aufwand in Bezug zum wirtschaftlichen Erfolg gesetzt werden kann.

Im folgenden vierten Kapitel werden die Ergebnisse und Schlussfolgerungen dargestellt. Im Kapitel 5 werden die sich daraus ergebenden Erkenntnisse in verschiedene Maßnahmen gefasst und die Auswirkungen und Maßnahmen beschrieben. Im Ausblick werden die Bedeutung und auch die Grenzen der wirtschaftlichen Berechnungsmöglichkeit des DCM-Verfahrens und in dessen Rahmen angewandte Instrumente für die praktische Anwendung beschrieben.

In der praktischen Durchführung standen die Forschungsergebnisse aus dem Jahrbuch Personalentwicklung²⁶, KDA,²⁷ und Kommunikationsmanagement²⁸ zur Verfügung. Für den Bezug auf die Altenhilfe im Rahmen des Projektes DCM-gestützte Qualitätsentwicklung im Kreis Minden-Lübbecke war eine Literaturanalyse zur Reliabilität und Validität des Beobachtungsinstruments „Dementia Care Mapping“ von Detlef Rüsing²⁹ vorrangig die Quelle.

25 Anhang 1: Approches of Dementia Care Mapping.

26 Schwuchow, Karlheinz / Gutmann, Joachim; Jahrbuch Personalentwicklung, Luchterhand Verlag GmbH, Köln, 2006.

27 KDA; Qualitätshandbuch: Leben mit Demenz, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln, 2001.

28 Darley, Mark; Kommunikationsmanagement, Verlag Hans Huber, Bern, 2006.

29 Rüsing, Detlef; Die Reliabilität und Validität des Beobachtungsinstruments „Dementia Care Mapping“, Literaturanalyse im Rahmen einer Bachelorarbeit, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten / Herdecke, Werne, 2001.

1.3 Problemstellung

„Was es braucht, damit es nützt.“³⁰

Während in der Vergangenheit die Anwendung von Verfahren in der Altenhilfe vorwiegend nach qualitativen Bewertungen erfolgte, hat mit dem Ende des Selbstkostenprinzips die Bedeutung der betriebswirtschaftlichen Auswirkungen der Anwendung fachbezogener Verfahren zugenommen. Dabei gilt es schon vor der Anwendung qualitativer Verfahren zu erfassen, welche Ressourcen und Mittel eingesetzt werden müssen, damit geplante Aktivitäten auch ihren Nutzen erbringen können. Mit der Implementierung neuer Verfahren wird deutlich, dass dabei einerseits das Verfahren selbst und seine Anwendung Kosten verursachen, andererseits sich auch durch die Verfahrensanwendung organisationale Veränderungen mit Qualitätssteigerungen und monetären Gewinnen ergeben.

In der Komplexität dieses Problems gilt es, zu erforschen, wo und unter welchen Voraussetzungen die Anwendung des Verfahrens DCM einen Beitrag zum betriebswirtschaftlichen Gewinn leistet.

Unter den in Punkt eins dargestellten betroffenen verschiedenen Unternehmensbereichen ist hierzu eine differenzierte Untersuchung notwendig. Die Immaterialität der Dienstleistung, die Verrichtung unmittelbar an einem Versorgungsobjekt, der Einfluss des Hilfebedürftigen auf den Erfolg der Leistung, eine begrenzte Nachfragekapazität und weitreichende staatliche Auflagen gehören zum Spezifikum des Dienstleistungsmanagements im Fachbereich Demenz der Altenhilfe.³¹ Eine Darstellung der qualitativen und betriebswirtschaftlichen Auswirkungen der Verfahrensanwendung von DCM kann nur im Kontext einer theoretischen Ausarbeitung bezüglich der Spezifika in der Pflege und Betreuung Demenzerkrankter und einer Befragung der Angehörigen zu ihren Wünschen und Bedürfnissen sowie einer Befragung der Mitarbeitenden zu Umsetzungserfolgen des Verfahrens erfolgen.

30 Gräßle, Rosemarie/Rosenkötter, Jochen; Dementia Care Mapping- Was es braucht, damit es nützt; Vincentz Verlag Hannover 10/2005; S. 36.

31 Pantenburg, Stephan; Marketingstrategien freigemeinnütziger Unternehmen im Altenhilfesektor, Nomos Verlag, Baden-Baden, 1995, S. 100.

In weiterer Problemstellung kann erhoben werden, welche neuen Versorgungsmodelle zukünftig notwendig sind. Dabei ist im Rahmen des Projektauftrages mit der betriebswirtschaftlichen Sicht die Differenzierung zwischen quantitativ und qualitativ erbrachter Leistung eine Herausforderung. In diesem Punkt ergibt sich schon allein das Problem, darzustellen, wo qualitative Leistungen Auswirkungen auf quantitative Bereiche haben. Als Beispiel tragen zufriedene Demenzerkrankte und ihre Angehörigen mit zu einem „guten Ruf“ des Alten- und Pflegeheims bei.³²

Dennoch steht das Projekt trotz seiner umfassenden Problemstellung in einer zukunftsorientierten Sichtweise. Qualitätssicherungs- und Prüfinstrumente der spezialisierten Dementenbetreuung sind in der Entwicklung und weisen zunehmend Zuwendung, Vernetzung der Heime mit anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen, Ressourcen-, Risiko-, Informations-, Personal-, Alltags-, Strategien- und Umweltmanagement als Anforderungskriterien auf.³³ Systematische Konzeptionalisierung der Betreuung Demenzerkrankter, eine standardisierte Pflege und Organisation sind darstellbare betriebliche Aufwendungen.³⁴ Diese zeichnet ein hochwertiges Hilfesystem in der stationären Altenhilfe aus und grenzen sich damit von anderen Anbietern auf dem Markt qualitativ und quantitativ ab.³⁵ Sie haben neben markt-orientierten Aspekten auch prospektive pflegesatzrelevante Bedeutung.

1.4 Zielsetzung des Projektes

Ziel des Projektes ist, die Wirkungskreise einer DCM-gestützten Fachbetreuung innerhalb eines Dienstleistungsmanagements zu erforschen, um daraus betriebswirtschaftliche Auswirkungen zu berechnen.

Es geht also darum, abgesicherte Informationen über die Zufriedenheit der Betroffenen und die entstehenden Kosten in Bezug zu setzen.

³² Michel-Fabian, Rudolf; Heime können mehr. In: *Altenheim*, 12/2002, S. 38–40.

³³ www.demenz-ded.de, Hamburg, Martin, Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e. V., Kiel.

³⁴ Schindewolf, K.; Betriebswirtschaftslehre – Organisation und Betriebsführung in der Altenpflege; Urban & Fischer, München, 2002, S. 23.

³⁵ KDA; Kuratorium Deutsche Altershilfe, (Hrsg.): *Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen*, Forschungsstudie, Band 162, Köln, 2000, S. 136.

Aufgrund dieser Erhebung soll der Aufwand einer DCM-gestützten Fachbetreuung berechenbar gemacht werden und die Wirksamkeit im Verfahren notwendiger Maßnahmen nachgewiesen werden. Gleichzeitig soll sich aus der Erhebung eine standardisierte Berechnungsform für betriebswirtschaftliche Auswirkungen der Anwendung von Verfahren in Fachbereichen der (teil-)stationären Altenhilfe ergeben.

1.5 Demenz in der (teil-)stationären Altenhilfe

„Aktion Mensch – Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz.“³⁶

Unter dieser Initiative eröffnete Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt am 05. Mai 2006 die Auftaktveranstaltung der Neugründung des von der Robert Bosch Stiftung gegründeten Vereins zur Verbesserung der Lebensbedingungen für Menschen mit Demenz.

Unter Demenz werden fortschreitende Hirnfunktionsstörungen verstanden, die dazu führen, dass es zu Beeinträchtigungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens kommt, die langfristig zur Pflegebedürftigkeit führen. Es handelt sich dabei in 90 % der Fälle um eine irreversible Erkrankung mit chronisch progredientem Verlauf über Jahre.³⁷ Eine Ausnahme bilden seltene sekundäre Demenzformen, bei denen die Ursache der Demenz entweder metabolisch oder toxisch sein kann oder eine vorausgegangene Infektion ist. Demenzerkrankungen gehören zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen des hohen Alters in Deutschland. Die Anzahl der Neuerkrankungen beträgt im Laufe eines Jahres fast 200.000. Bis zum Jahr 2030 wird die Zahl der pflegebedürftigen Menschen mit dieser Erkrankung auf drei Millionen angewachsen sein.³⁸ Die demographische Entwicklung zeigt für den Untersuchungsbereich im Bundesland NRW und im Speziellen im regionalen Trägerbereich, dass die Versorgung der Erkrankten zukünftig eine große Bedeutung hat.

36 Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V.; Fachverband des Diakonischen Werkes der EKD, 03/2006, S. 1–3.

37 Köther, Ilka; Altenpflege, Thieme Verlag, Stuttgart, 2005, S. 285.

38 <http://www.bertelsmann-stiftung.de/>.

Demographische Entwicklung / Bevölkerungspotenzial			
	Minden	LK Minden- Lübbecke	Nordrhein- Westfalen
Bevölkerungsentwicklung vergangene 7 Jahre (%)	-0,4	1,5	0,7
Bevölkerungsentwicklung bis 2020 (%)	-5,3	-3,2	-1,9
Frauenanteil an den			
20- bis 34-Jährigen (%)	48,6	49,1	49,6
Fertilitätsindex (%)	12,1	16,1	4,1
Ausländeranteil (%)	8	5,3	10,9
Familienwanderung (Einwohner)	1	4	1,9
Bildungswanderung (Einwohner)	3,3	-5,7	15,4
Wanderung zu Beginn der			
2. Lebenshälfte (Einwohner)	-0,3	1,5	-1
Alterswanderung (Einwohner)	0,2	1,9	-0,8
Durchschnittsalter (Jahre)	42,2	41,5	41,6
Durchschnittsalter 2020 (Jahre)	46,1	45,6	45,6
Median-Alter (Jahre)	40,8	40,1	40,2
Median-Alter 2020 (Jahre)	47,4	47	46,6
Anteil unter 18-Jährige (%)	19	20,7	19,1
Anteil unter 18-Jährige 2020 (%)	15,9	16,8	15,7
Anteil 60- bis 79-Jährige (%)	21	20,7	20,5
Anteil 60- bis 79-Jährige 2020 (%)	23,3	22,7	22,6
Anteil ab 80-Jährige (%)	5,2	4,8	4,1
Anteil ab 80-Jährige 2020 (%)	8,2	8,2	7,6
k. A. = keine Angabe bei fehlender Verfügbarkeit			

Abb. 1: Statistische Landesämter, eigene Berechnungen, Bertelsmann-Stiftung³⁹.

Für die Altenhilfe im überregionalen Bereich des Bundeslandes NRW und dem Untersuchungsbereich des Landkreises Minden-Lübbecke sowie der Stadt Minden bedeutet dies die Konzentration auf einen steigenden Markt und auf die Anwendung von Verfahren, die unter dem Wirtschaftlichkeitsaspekt den höchstmöglichen Effekt bringen.

³⁹ <http://www.wegweiserdemographic.de/prognose/datenausgabe/jsp/ausgabe/ausgabe.jsp?gkz=05770024&ctyp=1&datenbezug=1&indikatorenwahl=1> Bertelsmannzahlen Mai 2006, Thielen, Gunter; Gütersloh; Mai 2006; 02.06.2006.

1.5.1 Die Erkrankung Demenz

Internationale Studien zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken, mit zunehmendem Alter steigt.⁴⁰ Für die Altenhilfe bedeutet dies, dass sie zunehmend mit der Pflege Demenzerkrankter konfrontiert wird. Dabei kann die folgenschwere Diagnose „Demenz“ beim lebenden Menschen derzeit nur anhand symptomatischer Kriterien festgestellt werden.⁴¹ Diese Kriterien sind von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) über die International Classification for Diseases and Related Health Problems (ICD) herausgegeben worden:

- Vorliegen einer Gedächtnisstörung
- Störung des abstrakten Denkens und der eingeschränkten Urteilsfähigkeit
- Veränderung der Persönlichkeit
- Störung kognitiver Funktionen wie z. B. die Agnosie, wobei trotz intakter sensorischer Funktionen Gegenstände nicht wiedererkannt werden.

Die Demenz-Diagnostik erfolgt über verschiedene Testverfahren wie z. B. den Mini-Mental-Status-Test⁴² und DSM-IV-Test⁴³.

Dennoch zeigt die von der Alzheimer Gesellschaft Bochum durchgeführte Studie, dass in der derzeit praktizierten ärztlichen Demenzdiagnostik weder Quantität (Durchführungshäufigkeit) noch Qualität (Differenzialdiagnostik) ausreichend durchgeführt werden und noch Entwicklungsbedarf besteht.⁴⁴

Beim schleichenden Verlauf der Demenzen entwickelt sich in durchschnittlich sieben Jahren aus einer leichten Demenz ein schweres Syndrom.⁴⁵

40 Deutsche Alzheimer Gesellschaft; (Hrsg.): Stationäre Versorgung von Alzheimer-Patienten, Schriftenreihe Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 3. Auflage, Berlin, 2001, S. 13.

41 Sackett, David-L. / Richardson, W. S. / Rosenberg, W. M. C. / Haynes, R. (deutsch von Kunz, R.): Evidenzbasierte Medizin, EBM-Umsetzung und -vermittlung, Zuckschwerdt-Verlag, Gemering, 1999.

42 www.medizininfo.de/kopfundseele/alzhiemr/test_mmst.shtml 12.12.2006, Wehner, Jürgen, Medizininfo: Medizin und Gesundheit, Flensburg, 2005.

43 Saß, Henning: American Psychiatric Association; (Hrsg.): DSM IV – Diagnostische Kriterien und Differenzialdiagnosen, Hogrefe Verlag, Weinheim, 1997.

44 Schulz-Hausgenoss, Adelheid; Den Durchblick behalten, In: Altenpflege, Fachmagazin für die ambulante und stationäre Altenpflege, Vincentz Verlag, Hannover 11 / 2005, S. 50.

45 Köther, Ilka; Altenpflege, a. a. O., S. 287.

Während bei der leichten Demenz sozialer Rückzug, Gereiztheit und Unruhe im Vordergrund stehen, ist die mittelschwere Demenz gekennzeichnet durch Orientierungsstörungen und zunehmende Amnesie, die bei der Durchführung von Handlungsabläufen, wie z. B. das Bedienen von Geräten, Hilfestellung notwendig machen. Die letzte Phase der Demenz ist geprägt von schwerer Beeinträchtigung der Selbstständigkeit in den elementaren Fähigkeiten des Lebens wie Essen, Bewegen und Kommunizieren.

Erscheinungsbild, Häufigkeit und Prognose führen zur Unterscheidung von drei Demenzformen:

1. Primär-degenerative Demenz,
70 % aller Demenzfälle meist senile Demenz vom Alzheimer Typ
2. Vaskuläre Demenz,
20 % der Fälle, Multi-Infarkt-Demenz oder vaskuläre bzw. arteriosklerotische Demenz
3. Sekundäre Demenz,
10 % der Fälle durch Hirninfektionen oder metabolisch / toxische Ursachen (Alkohol und Medikamente)

Die Erscheinungen der Krankheit selber und der demographische Wandel zeigen, welche Anforderungen sich an die Pflege und Betreuung ergeben:⁴⁶ 70 % der Demenzerkrankten werden derzeit zu Hause versorgt, ca. 60 % der zu Hause Versorgten werden nach drei bis vier Jahren ins Heim überwiesen; ca. 20 % der Erkrankten werden bis zum Tode zu Hause versorgt. In ca. 70 % der Fälle sind schwer pflegebedürftige Personen demenzkrank.

In ca. 40 % der Fälle ist Demenzerkrankung Ursache für Pflegebedürftigkeit. Da eine wirksame Heilung der Krankheit derzeit noch nicht absehbar ist, steht die (teil-)stationäre Pflege fachlich und wirtschaftlich vor großen Herausforderungen.

46 Rostocker Zentrum für Demografischen Wandel; In: Zukunft immer bedeutende Rostock 2006; www.zdwa.de; 12.7.2006.

1.5.2 Betreuungs- und Pflegekonzepte für demenz-erkrankte Menschen

Das Ziel aller Betreuungs- und Pflegekonzepte demenzerkrankter Menschen ist es, durch den effektiven Einsatz von Ressourcen zu helfen, dass diese Menschen trotz kognitiver Einbußen noch ein würdevolles Leben führen können. Die kongruente professionelle Beziehungsarbeit wird dabei unter die Zielsetzung von DBZW – Demenz – Beziehung – Zuwendung – Wirtschaftlichkeit – gestellt.⁴⁷

Aus Sicht des Betreuungs- und Pflegeanspruchs gilt es, mit „positiver Arbeit an der Person“⁴⁸ die persönliche Wesensart, also die Individualität des erkrankten Menschen, zu erhalten.

Aus wirtschaftlicher Sicht gilt es, die Verfahren herauszufinden, die den größtmöglichen Effekt bringen. Je nach pflegerischem Modellansatz und Ressourcen werden verschiedene Konzepte und Verfahren ergänzend angewandt, wie in der Anwendung von Milieutherapie,⁴⁹ wo die Umwelt nach den Bedürfnissen der Erkrankten gestaltet wird, und wie bei der integrativen Validation,⁵⁰ wo auf der Gefühlsebene Zugang zur Erlebniswelt Demenzerkrankter aufgebaut wird.

Weitere Verfahren haben eine grundsätzlich andere inhaltliche Ausrichtung. Das psychobiographische Pflegemodell des österreichischen Pflegewissenschaftlers Erwin Böhm arbeitet mit Hilfe von biographischen Daten und Erinnerungsarbeit durch Bewegung von Körper und Seele an dem Ziel, einen Rückzug des Demenzerkrankten in seine emotionalen und triebhaften Ressourcen zu verhindern.⁵¹ Dagegen ist auf dem Ansatz zur „person centered care“ 1987 bis 1995 von Kitwood und Bredin ein Konzept entwickelt worden, in dem nicht die Krankheit, sondern die Person an erster Stelle steht.⁵²

47 Kreuzpaintner, Günter / Glaser, Jürgen; Demenz – Beziehung – Zuwendung – Wirtschaftlichkeit; In: Die Schwester / Der Pfleger, Fachzeitschrift für Pflegeberufe, Biblomed, Medizinische Verlags-GmbH, Melsungen, 6 / 2007, S. 526.

48 Kitwood, Tom; Demenz – Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Verlag Hans Huber, Bern, 2002, S. 12.

49 Bosch, C. F. M.; Vertrautheit, Studie zur Lebenswelt dementierender alter Menschen, Ullstein Medical, Wiesbaden, 1998, S. 22.

50 www.integrative-validation.de, Richard, Nicole; Institut für Integrative Validation, Kassel, 01.07.2006.

51 Böhm, E.; Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm, Band 1, Grundlagen, Wilhelm Maudrich Verlag, Wien, 2002.

52 Rüsing, Detlef; Die Reliabilität und Validität des Beobachtungsinstruments „Dementia Care Mapping“, Literaturanalyse im Rahmen einer Bachelorarbeit, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten / Herdecke, Werne, 2001, S. 11.

In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass die Erkrankung keine rein neuro-pathologische Erkrankung ist und damit Betreuende in die Lage versetzt werden, den Menschen auf psychischer und physischer Ebene zu behandeln. Vielmehr soll durch neue neuronale Verbindungen oder psychische Hinwendung der Verlust an Individualität aufgefangen werden.⁵³

1.6 Dementia Care Mapping in der (teil-)stationären Altenhilfe

Das DCM-Verfahren wurde in England an der Universität Bradford von Tom Kitwood entwickelt. In Deutschland wurde das urheberrechtlich geschützte Verfahren von Christian Müller-Hergl importiert.⁵⁴

Das DCM-Verfahren wird seit 1991 in England angewandt. Es existiert ein Netzwerk von regionalen Gruppen, die sich im Mapping-Verfahren unterstützen.⁵⁵ Das Verfahren wird seit 2002 in Dänemark angewandt. In Deutschland ist das Verfahren seit dem Jahr 2002 verbreitet. Das DCM-Verfahren wird auf grundlegendem Niveau weltweit geschult. Zur Zeit sind 6000 Personen in DCM-Kursen in Finnland, Norwegen, Schweden, Österreich, Spanien, Portugal, Irland, Luxemburg, Italien, Kanada, Neuseeland, China, Singapur, Taiwan und Korea.⁵⁶ Die „DCM Internationale Implementationsgruppe“ stellt als Verband aller beteiligten Länder die Beziehung zu Qualitätsstandards sicher und vernetzt die Anwender in den verschiedenen Ländern in der weiteren Entwicklung des Verfahrens. DCM stellt in der personenzentrierten Pflege eine internationale Sprache bereit, bei der in der Kommunikation das Verstehen der Landessprache Schwierigkeiten verursacht, in der Betrachtung des Beobachtungsverfahrens die Sachkenntnisse aber einen problemlosen Dialog ermöglichen.

53 Kitwood, T.; Demenz – Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Verlag Hans Huber, Bern, 2002, S. 40.

54 Müller-Hergl, Christian; Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden, Positive Personenarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping, In: Tackenberg, Peter / Abt-Zegelin / Angelika; (Hrsg.): Demenz und Pflege, Frankfurt a. M., Mabuse-Verlag, 2000, S. 249–262.

55 Brooker, Dawn / Payne, M.; Auditing outcome of care in, In: Patient and day Patient settings using Dementia Care Mapping, Can it be done? In: Psige (Psychologists Special Interest Group in the Elderly) Newsletter, 1 / 1995, h. 51, S. 18–22.

56 Brooker, Dawn / Surr, Claire; Dementia Care Mapping: Principles und practice, University of Bradford, 2005, S. 47.

Die „DCM Internationale Implementationsgruppe“ trifft sich formell einmal jährlich. Damit soll das Verfahren auf zwei Ebenen abgesichert werden:

1. Durch den Aufbau des Verfahrens selber ist eine multiprofessionelle und multidimensionale Personalvernetzung aller im Pflege- und Betreuungsprozess stehenden Personen angestrebt.
2. Die globale Vernetzung durch die Implementationsgruppe übernimmt eine Steuerungsfunktion und führt auf der Sachebene Kontrollen auf der Basis von Kennzahlen und Kommunikationsaustausch durch. Dazu gehört auch die Verknüpfung zu anderen Netzwerken der Altenhilfe, wie z. B. die Alzheimergesellschaften⁵⁷ anderer Länder oder das KDA.⁵⁸

Im Fachbereich Demenz ist DCM ein Verfahren, das sich zur Zeit in Deutschland etabliert.⁵⁹ Im März 2005 wurde im Main-Kinzig-Kreis ein Bundesmodellprojekt unter der Beteiligung von zehn Alten- und Pflegeheimen durchgeführt, um zu erforschen, ob DCM die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz wirksam verbessern kann. Sinn und Zweck von DCM ist die Förderung, Pflege und Begleitung „personenzentriert“ darauf auszurichten, das „relative Wohlbefinden“ der Menschen mit Demenz zu steigern und Phasen des Unwohlseins zu verringern.⁶⁰ DCM wurde 1990 an der Universität Bradford in England von Tom Kitwood und Kathleen Bredin entwickelt. Aufbauend auf einem personenzentrierten Verständnis von Demenz nehmen geschulte DCM-Beobachter am Leben von Menschen mit Demenz teil und versuchen, einen Tag lang quasi in ihren Schuhen zu gehen und ihr Handeln und Befinden in der Einrichtung zu beschreiben. Diese Beschreibungen geschehen in stark vorstrukturierter Form, in Kodierungen.⁶¹ Sie werden zu Daten und Profilen aufgearbeitet und in zentralen qualitativen Aussagen verdichtet. Auf diese Weise entsteht ein genaues Bild der psychosozialen Situation eines Menschen.

57 <http://www.demenz-service-nrw.de/files/mat>.

58 KDA; Kuratorium Deutsche Altershilfe, <http://www.kda.de/>.

59 Gregor, Babara; Wohlbefinden messen, Qualität verbessern; In: *Altenheim, Lösungen fürs Management*, Vincentz Verlag, Hannover, 3/2005, S. 14.

60 Müller-Hergl; Christian; Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden, Positive Personalarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping, In: Tackenberg, Peter / Abt-Zegelin, Angelika; (Hrsg.): *Demenz und Pflege*; Mabuse-Verlag, Frankfurt a. M., 2000, S. 249–262.

61 Anhang 6: DCM-Kodierung.

Anschließend gibt der Beobachter, der sogenannte Mapper, dem Team Rückmeldung über seine Beobachtungen und entwickelt mit dem Team einen Handlungsplan, dessen Erfolg beim nächsten Mappen überprüft werden kann.

Die Arbeit durch das DCM soll nicht nur die Aufmerksamkeit auf Zahlen und Daten richten, sondern vielmehr auf die Frage, wie die Mitarbeitenden von dem Prozess lernen und ihre Arbeit verbessern können. Der Prozess der Veränderung soll von unten nach oben als „button-up-Prinzip“ laufen. Im „button-down-Prinzip“ ist eine Unterstützung des Verfahrens seitens des oberen Managements notwendig, um im Rahmen der Unternehmensstrategie mit den gegebenen Visionen und operationalisierten Zielen Mitarbeitenden in der Ausführung des Verfahrens Orientierung zu geben.⁶² Damit können Unternehmensleitung und Mitarbeitende die Umgestaltung und Fortentwicklung erfolgreich bewältigen.

In komplexen Verfahren wie DCM, das mit seinen Qualitätsanforderungen auf umfassende Kenntnisse in integrativer Validation,⁶³ Kinästhetik,⁶⁴ Basaler Stimulation⁶⁵ und Modellen der Dementenpflege⁶⁶ basiert und Auswirkungen auf die Aufbauorganisation des Unternehmens haben kann, sind folgende Kriterien wichtig:

- die zielorientierte Personalentwicklung,
- ein international vernetztes Dienstleistungsmanagement und Marketing,
- ein zeitgemäßes Finanz- und Wissensmanagement und Unterstützungsinstrumente. Die die Unternehmensstrategie umsetzenden Unterstützungsinstrumente streben danach, die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens zu verbessern.

62 Peterke, Jürgen; Handbuch der Personalentwicklung, Cornelsen Verlag, Berlin, 2006, S. 33.

63 www.integrative-validation.de.

64 Maietta, Lenny / Hatch, Frank; Kinästhetik Infant Handling, Verlag Hans Huber, Bern, 2003.

65 Harwanger, A.; Den Körper als Ganzes spüren – Die basale Stimulation in der Pflege altersverwirrter Menschen, Altenpflege, 21 / 1996, S. 587–589.

66 www.alzheimerforum.de, Drenhaus-Wagner, Rosemarie, Alzheimer Angehörigen Initiative, Berlin.

2 Projektplanung

„Projektarbeit zeichnet sich durch ein hohes Maß an Prozessorientierung und Selbststeuerung aus. Dabei sind Projekte letztlich immer ergebnisoffen, nicht selten konfliktträchtig und letztlich immer risikoreich.“⁶⁷ Für das geplante Projekt „Betriebswirtschaftliche Bedeutung einer DCM-gestützten Fachbetreuung in der (teil-)stationären Altenhilfe“ war diese Erkenntnis von großer Wichtigkeit. Dabei stand der Zielanspruch, den Aufwand unter Anwendung des qualitativen Verfahrens DCM monetär darzustellen und zugleich einen Beitrag zur praktischen qualitätssichernden Arbeit zu schaffen, an oberster Stelle.

Schon bei der Projektplanung wird deutlich, dass in allen Phasen des Projektes, von der Definition, über die Planung, Realisation und den Abschluss, das Ergebnis von einer guten Zusammenarbeit abhängt.

Erschwerend ist, dass alle Projektteilnehmenden selber in einer beruflichen Betroffenheit stehen und zum Teil auch aus persönlich-familiären Erfahrungen und Anliegen verschiedene Einschätzungen in das Projekt einbringen.

Ein weiterer bei der Planung mit zu berücksichtigender Aspekt ist der Projektgeber selbst. Die Motivation der Bewertung des Aufwands und der qualitativen Weiterentwicklung der Arbeit mit Demenzerkrankten ist für eine kirchliche Einrichtung aufgrund ihrer Werteorientierung eine Selbstverpflichtung, steht aber in der Praxis eher im Hintergrund.⁶⁸ Für die Projektplanung bedeutet es, im Prozess, in der Durchführung und im Abschluss wissenschaftliches Interesse und Anwendung in der Praxis als Zielsetzung zu vereinen.

67 Uthe, Friedel/Fischer, Sigmar; In: Handbuch Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen, 1. Auflage, Haus Neuland, Bielefeld, 2001, S. 5.

68 Stoffer, Franz J.; Sozialmanagement 2000, Zwischen Mensch und Profit, Caritas Betriebsführung und Trägergesellschaft mbH, Overath, 1995.

2.1 Der Projektgeber

Bei dem Projektgeber handelt es sich um eine kirchliche Komplexeinrichtung mit einer im Jahr 2008 einhundertvierzigjährigen Geschichte. Durch Krieg und Vertreibung kamen die Schwestern des Diakonissenmutterhauses 1950 von Stettin über Köslin und Rastede nach Minden.

Die Diakonissenanstalt Salem-Köslin Minden ist eine Evangelische Stiftung, bestehend aus:

- dem Diakonissenmutterhaus,
- der Kinderheimat,
- drei Alten- und Pflegeheimen,
- den Altenwohnungen,
- der Häuslichen Pflege,
- der Tagespflege
- und dem Evangelischen Fachseminar für Altenpflege.

In der Einrichtung bilden allein im Bereich der Altenhilfe rund 350 Mitarbeitende und rund 300 Bewohnerinnen und Bewohner eine Lebens- und Dienstgemeinschaft.

Im sich vollziehenden Wertewandel und dem damit deutlich werdenden Spannungsfeld von humanitärer Hilfe und wirtschaftlicher Leistungserbringung steigen die Anforderungen an die Non-Profit-Organisationen. Verschärfte Wettbewerbsbedingungen und ein wachsender Konkurrenz- und Kostendruck sind Herausforderungen, denen sich die Einrichtung in den vergangenen, derzeitigen und zukünftigen Zeiten gestellt hat und stellt.

„Die Träger und deren Einrichtungen und Dienste sind zukunftsfähig, wenn sie bewusst das christliche Profil verdeutlichen und stärken und dieses ausdrücklich als Qualitätsmerkmal hervorheben.“⁶⁹

Unter dem diakonischen Auftrag der Einrichtung SKM⁷⁰ steht die Zufriedenheit der Angehörigen, Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeitenden sowie eine sich daraus ergebende gute Öffentlichkeitsarbeit im Vordergrund aller Aufgabenerfüllung. Darüber hinaus sind einzelne Fachbereiche besonderen Qualitätsentwicklungen zugewandt. Im Fachbereich Demenz ist dies das IQM-Integrierte Qualitätsmanagementsystem.⁷¹

Im Bereich der Weiterentwicklung einzelner Fachbereiche ist der Einrichtung eine Vernetzung der Projekte auf örtlicher, nationaler und internationaler Ebene wichtig. In diesem Zusammenhang ist das Projekt „Betriebswirtschaftliche Bedeutung einer DCM-gestützten Fachbetreuung in der (teil-)stationären Altenhilfe“, ein Projekt, das in SKM in Vernetzung mit regionalen Anbietern durchgeführt wird.

Nachdem die Einrichtung sich in den vergangenen Jahren kontinuierlich und zielstrebig im Fachbereich Demenz weiterentwickelt hat und für einzelne präzise konzeptionelle Angebote – wie ein Nachtcafé – mit großem Erfolg umgesetzt hat, steht nun als weiteres, sich darauf aufbauendes Ziel, eine gewinnorientierte, konzeptionelle Fachbetreuung zu führen, als nächster Auftrag im Vordergrund.

In der Einrichtung sind in den vergangenen Jahren Neuentwicklungen zumeist durch Projekte entstanden. Als Beispiele dafür sind einrichtungsbezogen die EDV-gestützte Pflege- und Dienstplandokumentation, die Einführung von Fördergesprächen mit Mitarbeitenden und Entwicklungen von Stellenbeschreibungen zu sehen. Als fachbezogenes Beispiel sind Projekte wie Palliativversorgung, Risikopotentialerfassungskonzept und ein Informations- und Schulungskonzept für Angehörige zu nennen.

69 Batkiewicz, R. u. a.; Zukunft und Identität der Caritas im Markt, In: Deutscher Caritasverband, (Hrsg.): Jahrbuch des Deutschen Caritasverbandes, Freiburg, 2002, S. 52.

70 www.salem-koeslin.de, Strothmann, Ulrich, Diakonissenanstalt Salem-Köslin Minden.

71 Hoffmann, Alfred/Glauche, Marina; Spezielle Dementenbetreuung, Qualität definieren – Angebote verbessern, In: Altenheim, Lösungen fürs Management, Vincentz Verlag, Hannover, 5/2007, S. 44.

Zum überwiegenden Teil wurden die Projektteamleitenden im Rahmen eines Studiums oder einer Ausbildung auch von dieser fachkompetenten Seite unterstützt und beraten.

In der Einrichtung befinden sich derzeit noch zwei weitere Großprojekte in der Bearbeitung: Die Erweiterung durch ein Gesundheitszentrum und durch eine solitäre Fachbereichskurzzeitpflege. Die einzelnen Arbeitsbereiche entwickeln ihre Arbeit ebenfalls mit Projekten weiter. Hier sind derzeit laufende Projekte, wie die Einführung verschiedener Therapieverfahren, wie Maltherapie⁷², und die Neueinrichtung einer Clearing Gruppe in der Jugendhilfe, zu nennen.

Die Zusammensetzung der Projektgruppen erfolgt durch gezielte Ansprache der Mitarbeitenden. Dabei wird besonderer Wert auf fachbereichsübergreifende Mitarbeit und Berücksichtigung besonderer Eignungen und Wünsche, z. B. aus dem Mitarbeitendenfördergespräch, Wert gelegt. Die Projektgruppengröße liegt meistens bei fünf bis sieben Personen.

Für das Projekt „Betriebswirtschaftliche Bedeutung einer DCM-gestützten Fachbetreuung in der (teil-)stationären Altenhilfe“ wurde zusätzlich zu den üblichen Anforderungen noch die Anforderung einer mindestens fünfjährigen Beschäftigungszeit in der Einrichtung gestellt.

Für das Projekt wurden der Projektteamleitung drei Experten von der Einrichtungsleitung benannt, die entsprechend ihres Aufgabenbereichs für fachliche Beratung und Erarbeitungen über die Möglichkeiten der Projektgruppe hinaus zur Verfügung standen. Dabei handelte es sich um die Leitungen der Aufgabenbereiche Qualitätsmanagement, EDV und Controlling.

Der Projektgeber hat für das Projekt räumliche, persönliche und finanzielle Ressourcen in einem begrenzten Budget zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus hat der Projektgeber das Projekt auch ideologisch und mit insgesamt hohem Interesse begleitet.

72 www.artecura.de, Büeler, Claudia, Die Artecura Kunsttherapie, Düsseldorf.

Zu dem Projekt bestehen vielfältige Schnittstellen. Sie ergeben sich aus dem Wesen der Einrichtung als Komplexeinrichtung:

- Es bestehen in allen Arbeitsbereichen – von der Jugendhilfe bis zur Altenhilfe – Angebote.
- Aus der Aufbauorganisation – als vertikale Unternehmensstruktur – ist die Leitungsspanne mit der Anzahl der vom vorgesetzten unterstellten Mitarbeitenden und die Anzahl der Hierarchieebenen festgelegt.⁷³

Eine weitere Schnittstelle ergibt sich durch die Kooperation mit dem örtlichen Vernetzungsprojekt „DCM-gestützte Qualitätsentwicklung in der Sorge für Menschen mit Demenz in (teil)stationären Altenhilfeeinrichtungen des Kreises Minden-Lübbecke“.

2.2 Der Projektauftrag

Welche betriebswirtschaftlichen Auswirkungen hat die Anwendung eines qualitativen Verfahrens wie DCM?

Unter dieser Fragestellung wurde ein Projekt begonnen, für das sich die Projektausführende in der Ausrichtung auf den Projektauftrag⁷⁴ zuvor mit drei wichtigen Untersuchungsfragen befassen musste:

- Wie können Wünsche, Bedürfnisse und Erfordernisse erfragt werden und die Zufriedenheit der Betroffenen und ihrer Angehörigen gesteigert werden?
- Welche Unternehmensbereiche sind im Fachbereich Demenz für ein Dienstleistungsmanagement besonders zu betrachten?
- In welcher Höhe sind Akzeptanz-, Lern- und Transferkriterien in Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität wirksam und welchen Einfluss hat dies auf eine Kosten-Nutzen-Analyse?

⁷³ Geise, Stephanie; Lehrbrief Organisationslehre I, Imags – BBA, 2/2004, Steinbeis-Hochschule Berlin.

⁷⁴ Anhang 7: Projektauftrag.

Das Projekt soll für den Projektgeber deutlich machen, an welcher Stelle das DCM-Verfahren sowohl für die Demenzerkrankten, für die Angehörigen als auch für die Einrichtung einen Gewinn darstellt. Für die Einrichtung ist es dabei von Bedeutung, zu erfassen, wo sich ein Aufwand für die Anwendung des Verfahrens kalkulieren lässt und in welcher Art und Weise sich Aufwand auch wieder durch Gewinn amortisiert.

Das Projekt baut auf Erkenntnisse folgender Projektstudienarbeiten auf:

- Personalentwicklung mit Ziel eines multidisziplinären und multidimensionalen Personaleinsatzes
- Entwicklung eines aktiven Wissensmanagements durch Steuerung von Arbeitskreisen
- bessere Kundenorientierung, Kundenbindung und Kundenzufriedenheit durch neue Innovationen und Verfahren
- Kosten-Nutzen-Analyse der Umsetzung internationaler Projekte in der Altenhilfe am Beispiel von DCM
- Dienstleistungsmanagement im Fachbereich Demenz
- europäische Netzwerke zur Unterstützung kooperativer Arbeitsprozesse

Als ein Teilprojekt in der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Pflege und Betreuung im Fachbereich Demenz ist es ausgelegt auf die langfristige Vorbereitung auf das IQM-Integrierte Qualitätsmanagementsystem.⁷⁵

Die im Projekt entstehenden Evaluationsberichte dienen dem örtlichen Vernetzungsprojekt der „Anna Luise Altendorf Stiftung“ zur weiteren Entwicklung des DCM-Verfahrens in (teil)stationärer Anwendung und der Universität Witten-Herdecke zur weiteren pflegewissenschaftlichen Entwicklung der personenzentrierten Pflege.

75 www.demenz-ded.de.

2.3 Das Projektziel

In Bezug auf die im Kapitel 1.3 dargestellte Zielsetzung des Projektes liegt das Projektziel in der wissenschaftlichen Aufarbeitung von Evaluationsdaten zur Bewertung der im Dienstleistungsbereich relevanten Bereiche in Kosten-Nutzen-Betrachtung.

Mit den gewonnenen Informationen soll es dem Projektgeber ermöglicht werden, Entscheidungen für die Weiterentwicklung und die Ausweitung der DCM-gestützten Pflege und Betreuung zu treffen. Die Berechnungsform soll auch auf andere Projekte übertragbar sein.

Es geht weiterhin darum, abgesicherte Informationen über die Grenzen der DCM-gestützten Betreuung zu erhalten und Informationen über noch fehlende Aktivitäten aufzuzeigen.

2.4 Der Projektplan

Der Projektplan⁷⁶ zeigt die prospektive Sicht der Projektdurchführung im Rahmen der Projektablauforganisation. Aus dem Projektplan gehen die Aufgabenplanung, die Personalplanung, die Terminplanung, die Sachmittelpassung und die Wirksamkeitsplanung hervor.

Zum Projektplan gehört zunächst der Projektablaufplan.⁷⁷ Im Vordergrund steht dabei der schnelle Überblick über die einzelnen Arbeitspakete und deren Reihenfolge.⁷⁸

⁷⁶ Anhang 8: Projektplan.

⁷⁷ Boy, Jacques/Dudek, Christian/Kuschel, Sabine; Projektmanagement, 11. Auflage, Gabal Verlag, Offenbach, 2003, S. 74.

⁷⁸ Anhang 9: Projektablaufplan.

Innerhalb des Projektes sind drei große Aufgabenbereiche zu erfüllen:

1. Aus verschiedenen Untersuchungen, im wesentlichen aber durch eine Angehörigenbefragung und eine Mitarbeitendenbefragung, ergibt sich die Aufgabenstellung, welche Qualitätsverbesserungen, Qualitätsveränderungen und betriebswirtschaftlichen Auswirkungen sich durch die Anwendung des Verfahrens DCM ergeben.
2. Zur monetären Bewertung der im DCM-Verfahren durchgeführten Maßnahmen müssen die Akzeptanz-, Lehr- und Transferkriterien erfasst werden.
3. Es gilt ein übertragbares Berechnungskonzept als Kosten- und Nutzen-Analyse auf Basis einer summativen Darstellung und Effekte-Darstellung, das durch die DCM-Anwendung erreicht wurde.

Der Projektterminplan gibt Auskunft, wann und von wem welche Arbeitsergebnisse vorliegen müssen.

Für jedes Arbeitspaket, für jeden Meilenstein sind Anfangs- und Endtermin sowie Verantwortliche festgelegt. Die Reihenfolge der Abarbeitung mit Terminen und Beteiligten ist aufgeführt.⁷⁹

⁷⁹ Boy, Jacques/Dudek, Christian/Kuschel, Sabine; Projektmanagement, 11. Auflage, Gabal Verlag, Offenbach, 2003.

Projekt			
Betriebswirtschaftliche Bedeutung einer DCM-gestützten Fachbetreuung in der (teil-)stationären Altenhilfe			
13.00 - 14.00	Meilensteine	Arbeitspakete	Verantwortliche
22.02.06	Projekttermine für den Gesamtzeitraum darstellen Präsentation des Projektes in allen Arbeitsbereichen	Kickoff Veranstaltungsmahl Ist-Erhebung im Haus Emmaus Angehörige vorhanden Fragebogen für Angehörige und Mitarbeitende entwickeln Fragebogenauswertung vorbereiten Projektdokumentation ändern.	Projektteam EDV
07.03.06	Pretest	Durchführung, Auswertung und Änderung Freigabe für die 1. Befragung und Durchführung	Projektteam
07.04.06	Messergebnisse auswerten	Zusammenstellungen des derzeitigen Aufwandes, der Wirksamkeit, der Maßnahmen und der Personalentwicklung Einpassung notwendiger Maßnahmen in das interne QM Präsentation der Befragungsergebnisse	Projektteam mit Controlling QM Projektteam
31.05.06	Innovationsprozesse darstellen und bearbeiten	Aufbau eines internen Wissensmanagements bezüglich DCM-Vernetzung in Aufbau und Ablauforganisation optimieren Präsentation der Befragungsergebnisse an Schnittstellenbereichen	Projektteam
07.06.06	Lokales DCM-Netzwerk erarbeiten	Vernetzungsinnovationen umsetzen	Projektteam
14.08.06	Marketingstrategie erarbeiten	Auswertung des 1. Mapping-Berichtes bearbeiten Maßnahmen zum Customer Relationship, Gestaltung von Case- und Caremanagement erarbeiten	Projektteam
30.10.06	Zukünftiges Informationsmedium erarbeiten	Newsletter gestalten Aufnahme in interne Radio- und Fernsehübertragung	Projektteam
26.01.07	Paneluntersuchung	Durchführung und Auswertung der 2. Befragung	Projektteam und Controlling
05.04.07	Auswertungsprotokoll	Ergebnisse aufbereiten Summative Darstellung der durch DCM erreichten Effekte, Feststellung der Lern-, Akzeptanz- und Transferkriterien	Projektteam und Controlling
23.04.07	Evaluation der Daten	Evaluations-Zwischenbericht erstellen und zur Präsentation aufbereiten	Projektteam
07.05.07	Internationale Vernetzung	Unterstützung der Maßnahmen durch internationale Vernetzung entwickeln, Einpassung in interne Standards	Projektteam und QS
20.10.07	Standardisierung	Standards in Personalentwicklung und Marketing entwickeln	Projektteam und QS
23.11.07	Standardisierung	Standard der fachlichen Vernetzung entwickeln	Projektteam
10.01.08	QM-Prüfung	Entwicklungspotential einplanen, z. B. Personal, Marketing, Netzwerk-Schulungen	Projektteam und Controlling
02.04.08	Paneluntersuchung	Durchführung und Auswertung der 2. Befragung, Sicherung der Erkenntnisse	Projektteam
24.08.08	Auflösung der Projektgruppe	Abschlussfeier	alle

Abb. 2: Projektterminplan.

Aus dem Projektterminplan wird der große Umfang des Projektes deutlich. Da eine klare Definition des Projektes mit vorgegebener Zielerklärung und klarem Projektauftrag gegeben war und aufgrund der Erfahrung der Projektgruppenteilnehmenden ist in der Planung die Bestimmung des IST-Zustandes, die Definition der Arbeitspakete, die Klärung der Verantwortung und Darstellung der Schnittstellen schnell erfolgt.

Die Problemanalyse, die Risikoanalyse und die Wirtschaftlichkeitsprüfung wurden vor dem Projektbeginn von der Projektteamleitung mit dem Vorstand der Einrichtung besprochen.

Zu Beginn der Arbeit der Projektgruppe steht neben der Prüfung verschiedener Verfahren der Betreuung Demenzerkrankter die Erarbeitung eines Fragebogens für die Angehörigen⁸⁰ und die Mitarbeitenden. Aufgrund der großen Bedeutung der Umsetzung der personenzentrierten Lehrinhalte sind besondere Aspekte bei der Befragung der Mitarbeitenden zu beachten. So wird zur Prüfung der Umsetzung der personenzentrierten Pflege – als ein Teil der Befragung – der Originalfragebogen der Universität Bradford verwandt.

Die Erstellung der Fragebögen ist unter dem Anforderungsprofil des Qualitätsmanagements erfolgt.

Für die Projektgruppe waren der Pretest, die Überarbeitung des Fragebogens und die anschließende Befragung eine zeitintensive Aufgabe.

Die Auswertungen der Fragebögen der als Paneluntersuchung durchzuführenden Untersuchung und die Aufbereitung für die im Kapitel 2.2 beschriebenen Projektstudienarbeiten und die Erstellung eines Zwischen-Evaluationsberichts erfolgte im weiteren Verlauf.

Die sich aus der Befragung ergebenden Erkenntnisse sind in einem Evaluationsbericht eingearbeitet worden, der bereits seit Ende Juni 2007 dem Projektgeber vorliegt.

80 o. V., Angehörige Schritt für Schritt für's Ehrenamt gewinnen, Stationäre Pflege aktuell, Pro Pflege Management Verlag, Bonn, 27 / 2004.

In diese Realisationsphase gehören alle damit verbundenen zu regelnden Aufgaben, wie die Information der Mitarbeitenden, die Erarbeitung und Freigabe von Standards, Veränderungen in den Schnittstellen und die Vorbereitung weiterer Vernetzung. Die mit den im erstellten Evaluationsbericht deutlich gewordenen finanziellen und qualitativen Aspekte einerseits und die möglichen Entwicklungsperspektiven andererseits werden als Berechnungsgrundlage für monetäre oder qualitative Aufwendungen bzw. Erträge dargestellt.

Das Projekt geht noch über den Zeitpunkt der Erstellung dieser Master Thesis hinaus. Die folgenden Teile des Projektes dienen allerdings im Wesentlichen der Überprüfung, Bestätigung und dem Controlling.

Die Auflösung der Projektgruppe mit Reintegration der Mitarbeitenden bildet den inneren und äußerlich sichtbaren Abschluss des Projektes. Der Projektabschluss ist für Oktober 2008 festgelegt. Zu diesem Zeitpunkt endet auch das örtliche Vernetzungsprojekt der „Anna Luise Altendorf Stiftung“, aus dem die Erforschungsdaten entstanden. Bis zur Erstellung der Master Thesis liegen die Ergebnisse der Zwischen-Evaluation vor.

Der Kostenplan weist die Finanzmittel zur Deckung der Material- und Personalkosten aus. Die Darstellung erfolgt den Arbeitspaketen zugeordnet. Den größten Anteil nimmt dabei die Entwicklung und Befragung ein.

Für das Projekt war eine Gesamtsumme von 10.000,00 € zur Verfügung gestellt worden. Im laufenden Projekt erfolgte die Projektsteuerung unter anderem auch durch einen kontinuierlichen Soll / Ist-Kostenvergleich.

Aufwand	Soll-Ist-Vergleich		Abweichungs- begründung	Beurteilung
	Geplant	IST		
16 Sitzungen	16 x 320,00 € (Arbeitszeit der fünf Projektgruppen- teilnehmenden)	5.200,00 €		
Raum- und Wirtschaftskosten	16 x 10,00 €	130,00 €		
Postversand, Papier, Büromaterial		1.000,00 €		
Informations- und Begleitveranstaltungen	Angehörigentreffen, Arbeitskreise	1.000,00 €		
Kontakte mit anderen Einrichtungen		1.500,00 €		
Beratung, Controlling, EDV, Qualitätsmanagement		300,00 €		
Literatur		100,00 €		
Auswertung	der Fragebögen	400,00 €		
Summe	10.000,00 €	9.630,00 €	keine	

Abb. 3: Kostenplan (eigene Darstellung).

2.5 Das Projektteam

Das Projektteam setzt sich aus sechs Mitgliedern zusammen. Alle Mitglieder sind mehr als fünf Jahre, zwei Mitglieder sogar mehr als 20 Jahre in der Einrichtung und kennen sich. Die Mitglieder haben sich in der Vergangenheit schon in anderen Projekten eingebracht und sind dieser Art der Weiterentwicklung gegenüber positiv eingestellt. Die Bereitschaft, sich für weitere Projekte der Einrichtung einsetzen zu lassen, wurde im Mitarbeitendenfördergespräch von den drei Mitgliedern geäußert. Ein Mitglied wurde aufgrund der hohen Schnittstellenposition auf die Projektteilnahme angesprochen. Bis auf ein Mitglied sind alle Mitglieder in Voll- oder Teilzeit in der Einrichtung tätig. Ein Mitglied arbeitet in unterrichtender fachärztlicher Honorartätigkeit in der Ausbildungsstätte der Einrichtung.

Die Projektteilnehmenden kommen aus verschiedenen Arbeitsbereichen der Pflege und decken auch verschiedene Verantwortungsebenen ab:

Hauswirtschaft	– Bereich Service als Stationshelferin
Pflege	– Bereich verantwortliche Bezugspersonenpflege
Pflege Nachtwache	– Bereich Bezugspersonenpflege und gerontopsychiatrischer Fachkraft
Fachbetreuung Demenzerkrankter	– Bezugspflegefachkraft
Heim- und Pflegedienstleitung	– Hausleitung
Lehrtätigkeit	– als Dozent für Geriatrie und Innere Medizin

Da niemand von den Projektgruppenteilnehmenden weiterführende betriebswirtschaftliche Erfahrung und Kenntnisse in statistischen Auswertungen aufweist, hat der Vorstand der Einrichtung je eine interne Person aus den Bereichen EDV, Qualitätssicherung und Controlling zur differenzierten Begleitung benannt. Sie gelten als engste Berater der Projektgruppe.

Somit wird noch einmal deutlich, dass für die Projektgruppe – aus personellen und strukturellen Ressourcen der Einrichtung – die Bedeutung von DCM als Instrument der Qualitätssicherung und Kostensenkung zu erforschen im Vordergrund steht. Ohne diese Basis können nach Ansicht des Projektgebers keine Aufwand- und Gewinnpotentiale dargestellt werden.

Die Darstellung der qualitativen und betriebswirtschaftlichen Bedeutung des Verfahrens ermöglicht eine Entscheidung, ob eine Erweiterung im Fachbereich Demenz mit Anwendung des Verfahrens DCM erfolgen soll.

Des Weiteren sollen die Ergebnisse aus einrichtungsinternen Gründen bis November 2007 nicht der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

2.6 Intension für das Projekt

Die Intension für das Projekt ist aus zwei verschiedenen gleichwertigen Wurzeln entsprungen:

1. Weiterentwicklung der konzeptionellen Fachpflege Demenz

Die Einrichtung SKM verfügt seit dem Jahr 1993 über eine konzeptionelle Fachbetreuung Demenzerkrankter. Seit 1996 ist der bauliche Standard der Betreuung auf eine milieutherapeutische Betreuung und auf spezielle Konzepte der Sinneswahrnehmung wie beschützte Sinnesgärten erweitert worden. Seit 2002 ist die Ausrichtung auf die personenzentrierte Pflege und das Verfahren DCM vorbereitet. Die steigende Anzahl der Demenzerkrankten, die (teil-)stationäre Altenhilfe benötigen, der zunehmende Konkurrenzdruck und die Teilnahme am örtlichen Vernetzungsprojekt der „Anna-Luise Altendorf Stiftung“ bilden die Intension, die Ausweitung der Arbeit mit Demenzerkrankten unter dem DCM-Verfahren wirtschaftlich zu erforschen. Durch die Untersuchungen sollen gezielte Schulungen, Marketingausrichtungen, nationale und internationale Vernetzungen sowie informations- und kommunikationspolitische Aspekte Berücksichtigung finden.

2. Ökonomischer Einsatz wissenschaftlich erforschter Verfahren in der Fachpflege

Die Einrichtung setzt in ihren fachlichen Arbeitsbereichen vorwiegend Verfahren ein, deren Wirksamkeit auch wissenschaftlich belegt ist. Im Fachbereich Demenz ist dies von besonderer Bedeutung, weil die Betroffenen zumeist nicht in der Lage sind, ihr Wohlbefinden verbal zu äußern. Dazu müssen Instrumente der Messung des Wohlbefindens eingesetzt werden⁸¹ und die Wirtschaftlichkeit des Verfahrens erforscht sein.

81 Rüsing, Detlef; Die Reliabilität und Validität des Beobachtungsinstruments „Dementia Care Mapping“, Literaturanalyse im Rahmen einer Bachelorarbeit, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten / Herdecke, Werne, 2001, S. 17.

2.7 Planung der Untersuchung

Zur Feststellung, wo das Verfahren DCM eine Kostensenkung bringt und welche Beiträge sich zur Qualitätssicherung ergeben, wurden in Erforschungen der Teilbereiche folgende Untersuchungen notwendig:

- zur Personalentwicklung mit Ziel eines multidisziplinären und multidimensionalen Personaleinsatzes die notwendigen Erfordernisse im Bereich Personalbildung, Personalförderung und Arbeitsstruktur
- Entwicklung eines aktiven Wissensmanagements durch Steuerung von Arbeitskreisen, die notwendigen Erfordernisse im Bereich Information und Kommunikation
- im Bereich Marketing die Erfordernisse zu besserer Kundenorientierung, Kundenbindung und Kundenzufriedenheit
- Ermittlung, ab wann und ab welcher Größe sich der Einsatz des Verfahrens lohnt, mittels Sensitivitätsanalyse im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Analyse
- Kann ein europäisches Netzwerk ein Dienstleistungsmanagement und kooperative Arbeitsprozesse im Fachbereich Demenz in der (teil-)stationären Altenhilfe unterstützen?

Des Weiteren soll mit der Untersuchung auch erkennbar werden, wo und in welchem Umfang der Unterstützungsbedarf der professionell Helfenden bemessen werden muss. Dazu ist die Bewertung der Akzeptanz-, Lern- und Transferkriterien in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität notwendig.

Um diese Erforschung zu ermöglichen, ist eine Untersuchung über einen mindestens zweijährigen Anwendungszeitraum des Verfahrens notwendig. Die Untersuchung muss im Verlauf der Verfahrensanwendung als Paneluntersuchung durchgeführt werden.

2.7.1 Ausgangspunkt (Evaluationswunsch)

Im Kreis Minden-Lübbecke gibt es zurzeit 56 zugelassene Altenpflegeheime mit ca. 3600 Plätzen. Ca. 60 % (2100) der Bewohnerinnen und Bewohner sind dementiell erkrankt. Im professionellen Altenhilfesystem tragen die stationären Pflegeeinrichtungen die Hauptlast der Versorgung der Menschen mit schwerer und schwerster Demenz. Die Einstufung nach Schwere der Demenz erfolgt nach einem in der Altenpflege häufig angewandten Einstufungsverfahren, wie z. B. der Reisbergskala.⁸² Nach Erhebungen in den vier im Projekt „DCM-gestützte Qualitätsentwicklung in der Sorge für Menschen mit Demenz in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen im Kreis Minden-Lübbecke“ beteiligten Einrichtungen ist diese Höhe der Demenzerkrankten auch hier zutreffend.

2.7.2 Untersuchungsmethode

Für einen Pretest wurde ein Alten- und Pflegeheim aus dem in 1.2 beschriebenen Projekt ausgewählt. In dem Haus wird seit fünf Jahren nach dem Prinzip der personenzentrierten Pflege⁸³ gearbeitet, allerdings wurde DCM vor dem Projekt noch nicht als Verfahren umgesetzt. Die Untersuchung erfolgte im Pretest bei 39 Bewohnerinnen und Bewohnern und in der eigentlichen Befragung bei 82 Angehörigen von Demenzerkrankten. Alle Bewohnerinnen und Bewohner hatten aufgrund der Schwere der Demenz einen gesetzlichen Betreuer⁸⁴ oder Bevollmächtigten.

Den Angehörigen wurde nach Likert⁸⁵-Skalierungsverfahren in einem sechs Seiten umfassenden Fragebogen eine Reihe von Aussagen vorgelegt, zu denen sie sich zustimmend oder ablehnend äußern konnten. Der Fragebogen wurde den Angehörigen vor der Zusendung im Rahmen eines außerordentlichen Angehörigentreffens und mit einem Anschreiben erklärt. Durch den ausführlich einleitenden, allgemeinen Frageteil, den statischen Schluss und den offenen Abschlussteil war die Mög-

82 Beurteilung des Schweregrades nach Reisbergskala; Iglseder, Bernhard, www.christian-doppler-klinik.at/f_ge_r_assessment.html 05.06.2006, Salzburg, 2006.

83 Bär, Marion; Demenzerkrankte Menschen im Pflegeheim besser begleiten, Diakonisches Werk Württemberg, Schlütersche Verlagsgesellschaft, 2004, S. 25.

84 Betreuungsgesetz; BGB § 1897, Abs. 1.

85 Schnell/Hill/Esler; Methoden der empirischen Sozialforschung, 6. Auflage, Oldenbourg Verlagsgesellschaft, München, 1999.

lichkeit gegeben, neben einer Aggregation (Mittelwertberechnung) Korrelationen zwischen den Items der Likert-Skala herzustellen z.B.: Wie wirkten sich Arbeitskreise, wie Kinästhetik auf die den Bewohnerinnen und Bewohnern eingeräumte Entscheidungsfreiheit der räumlichen Beschäftigung aus? Des Weiteren zeigen die Bezugsmöglichkeiten der Items zueinander auf, wie sich durch Wirkung verschiedener Effekte – wie Wissenstransformation – eine Erhöhung der Qualitätsmerkmale für die personenzentrierte Pflege ergeben. Bei der Befragung ergeben sich aber auch Aussagen über noch bestehende Defizite – z.B. ob Mitarbeitende noch mehr und bessere Informationen an die Angehörigen geben müssen. Die Befragung enthält noch weitere Auswertungsmöglichkeiten, die im Rahmen anderer wissenschaftlichen Erarbeitungen – z.B. zum Thema Rechtskunde – Bedeutung haben. Diese werden im Rahmen dieser Untersuchung außer Acht gelassen.

Die Teilnahme am Projekt „DCM-gestützte Qualitätsentwicklung in der Sorge für Menschen mit Demenz in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen im Kreis Minden-Lübbecke“ hat zur Entscheidung beigetragen, für die Befragung der Mitarbeitenden den Fragebogen „Approaches to Dementia Questionnaire“ zu übernehmen. In Bezug auf die Personalentwicklung wurde speziell die Sichtweise der im Projekt stehenden Mitarbeitenden untersucht. Dazu bedurfte es der Entwicklung eines eigenen zusätzlichen Befragungsteils.⁸⁶ Um eine entsprechende Datenbearbeitung für alle beteiligten Einrichtungen zu erreichen, hat die Autorin die Evaluation für das Projekt übernommen. Durch die ausdrücklich genehmigte Verwendung der Daten für ein Projekt und dessen Teilerarbeitungen im Rahmen eines „Master of Business Administration Studiums“⁸⁷ ist die Möglichkeit gegeben, die Aufwendungen des qualitativen Verfahrens DCM in betriebswirtschaftlichen Bezug zu setzen. Diese Möglichkeit, im Fachbereich Demenz Qualitätsverbesserungen und betriebswirtschaftliche Elemente in Bezug zu setzen, ist nach bisheriger Kenntnis in Deutschland noch einmalig.

86 Anhang 2: Angehörigenbefragung.

87 www.steinbeis-academy.de.

2.7.3 Auswahl der Einrichtungen

Bei den vier untersuchten Einrichtungen sind drei stationäre Alten- und Pflegeheime mit durchschnittlich 110 Plätzen sowie eine Tagespflege mit 20 Plätzen erfasst. Alle Einrichtungen haben sich schon seit mindestens zwei Jahren auf die personenzentrierte Pflege und Betreuung Demenzerkrankter ausgerichtet. Alle Einrichtungen sind Non-Profit-Einrichtungen. „Als Non-Profit-Organisationen werden diejenigen Organisationen bezeichnet, die keinem der beiden klassischen Wirtschaftssektoren (privater und öffentlicher Sektor) angehören und auch nicht dem informellen Sektor (Familie, Nachbarschaft, Freundschaft, Primärgruppen) zugerechnet werden.“⁸⁸

Es können Rechtsformen des öffentlichen oder privaten Rechts angenommen werden – z. B. GmbH, AG, Verein.⁸⁹

Vor dem Projekt gab es noch keine pflegerische Projektvernetzung. In den untersuchten Einrichtungen ergeben sich in gleicher Weise betriebswirtschaftliche Auswertungen auf der Basis von Vertragsbeziehungen in der Pflege.⁹⁰

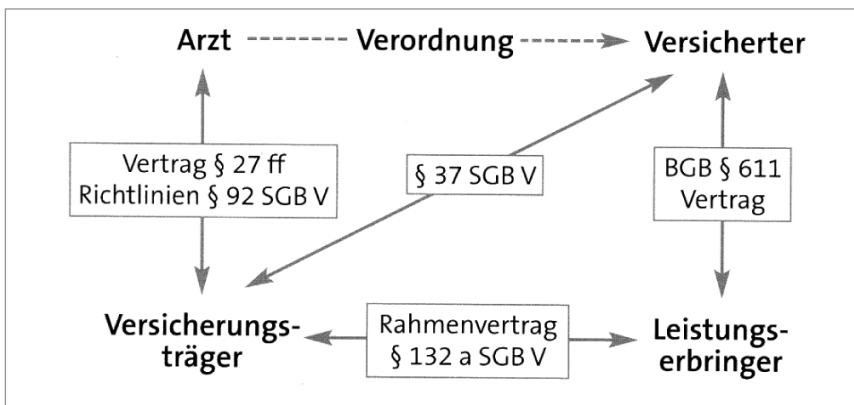


Abb. 4: Vertragsbeziehung in der Pflege⁹¹ [eigene Darstellung].

⁸⁸ Hassemer, Konstantin; Produktmanagement in Nonprofit-Organisationen, Metzlersche J.B. Verlagsb., Stuttgart, 1994, S. 11.

⁸⁹ Hassemer, Konstantin; Produktmanagement in Nonprofit-Organisationen, a. a. O., S. 20.

⁹⁰ Thill, Klaus-Dieter; Kundenorientierung und Dienstleistungsmarketing für Krankenhäuser, Kohlhammer, Stuttgart, 1999, S. 84.

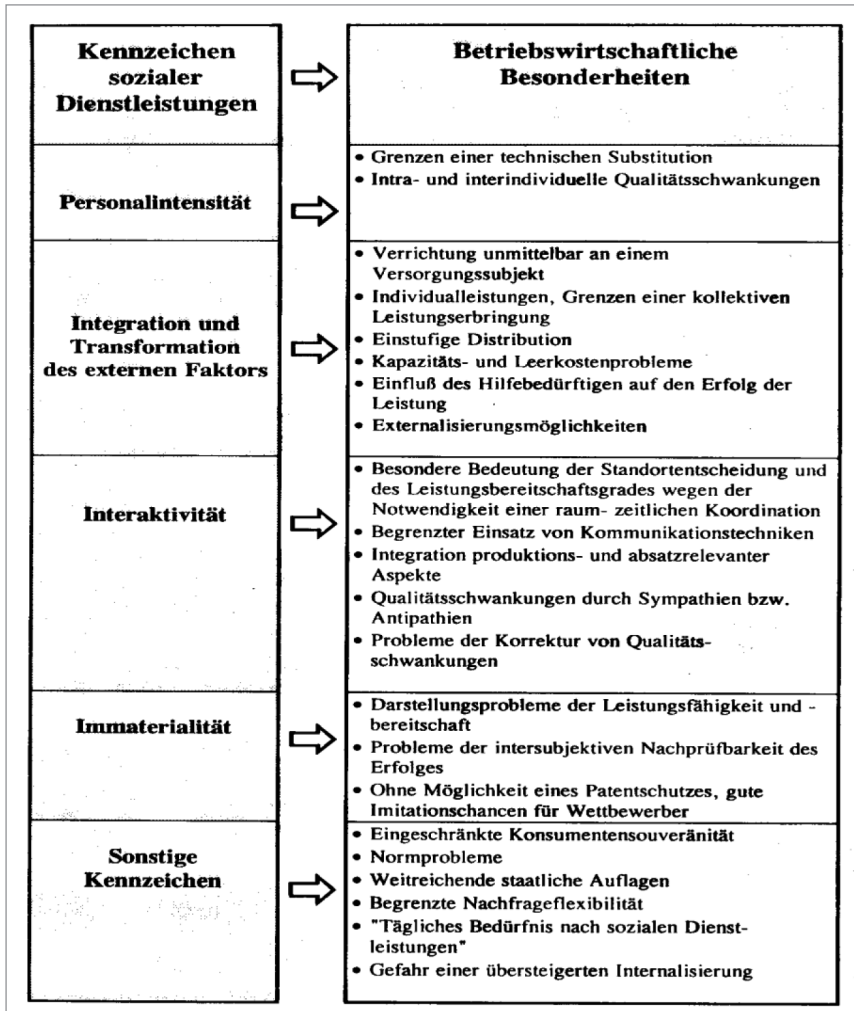
⁹¹ Block, Stephan; Marketing und Verkauf, a. a. O., S. 63.

Die Anschauung der Vertragsbeziehungen macht deutlich, dass es zwar ein Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Krankenkasse gibt, nicht aber zwischen Arzt und Pflegeeinrichtung. Inwieweit die Zusammenarbeit mit den Ärzten für die Pflegeeinrichtungen zur Kundenakquise nutzbar zu machen ist, ist bei Anwendung besonderer Verfahren in Fachbereichen der Pflege zu erforschen.

In der direkten Vertragsbeziehung zwischen Versicherten und Leistungserbringern können die Pflegeeinrichtungen private Leistungen direkt mit dem Versicherten vereinbaren.⁹²

In Bezug auf die Kosten von Pflegeleistungen in der (teil-)stationären Pflege sind die Kennzeichen sozialer Dienstleistung als betriebswirtschaftliche Besonderheiten zu berücksichtigen.

92 Loffing, Christian/Geise, Stephanie; Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenhilfe, 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2005, S. 363.

Abb. 5: Betriebswirtschaftliche Besonderheiten sozialer Dienstleistungen⁹³.

⁹³ Pantenburg, Stephan; Marketingstrategien freigemeinnütziger Unternehmen im Altenhilfesektor, Nomos Verlag, Baden-Baden, 1995, S. 100.

Im Bereich der (teil-)stationären Altenhilfe stellen 60 bis 80 % aller Kosten fixe Personalkosten dar. 20 bis 40 % sind Sachkosten, wovon 60 bis 80 % fixe Sachkosten sind und 4 bis 16 % im betriebswirtschaftlichen Sinne variabel. Im betriebsorganisatorischen Sinne sind aber nur 2 bis 8 % variabel.⁹⁴ Beispielhaft dafür sind z. B. gesetzliche Vorgaben, die sich aus dem SGB XI § 80 ergeben, wonach Fort- und Weiterbildung zur Verpflichtung gemacht werden und damit als variable Kosten für die Einrichtung nicht abbaubar sind. Des Weiteren sind der technischen Substitution im Pflegebereich Grenzen gesetzt. Pflegeleistungen – wie z. B. die Grundpflege – können nicht oder nur teilweise durch Hilfsmittel ersetzt werden und sind direkt an der Bewohnerin bzw. am Bewohner als Versorgungsobjekt unter Beachtung der Individualität zu erbringen. In Bezug auf die hohen fixen Kosten haben Belegungsschwankungen im Sinne von Leerkosten eine betriebswirtschaftlich hohe Bedeutung. Hier werden die Aufwendungen für Marketing begründet, die insbesondere das Ziel von Customer Relationship haben, wo durch Kundengewinnung und Kundenzufriedenheit ein auf langfristige Kundenbeziehung ausgerichtetes Marketing versucht wird, mit dem Ziel Belegungssicherheit zu verbessern.

In der Erbringung der Pflegeleistung an der Bewohnerin bzw. am Bewohner ist durch verschiedene Erkrankungen der Einsatz von Kommunikationstechniken begrenzt.

Die Kommunikation mit Demenzerkrankten erfordert zeitintensive Präsenz und die Anwendung bestimmter Methoden, wie z. B. Validation,⁹⁵ und hat damit betriebswirtschaftliche Auswirkungen.

Um die zumeist immateriellen Dienstleistungen im Gesundheitswesen unter den beschriebenen Wandlungsprozessen und Besonderheiten wirtschaftlich nach Kosten und Nutzen zu beurteilen und darzustellen, sind Mitarbeitende und Unternehmensführung in den untersuchten Einrichtungen gleichermaßen bestrebt, die Steuerung der Kundenbeziehung zu übernehmen, ihr Wissen, ihre Leistungsfähigkeit und -bereitschaft zu formalisieren und dabei kundenbezogene Wirkungszusammenhänge und internationale Standards zu erkennen.⁹⁶

⁹⁴ Piehl, A./Ristok, B.: Kosten senken – Erlöse steigern in stationären Pflegeeinrichtungen, Lambertus-Verlag, Freiburg, 1998.

⁹⁵ www.integrative-validation.de.

⁹⁶ Fueglistaller, Urs/Wiedmann, Thilo: Neue Trends in der Managementlehre – Konsequenzen für KMU, Steinbeis-Edition, Stuttgart, 2003, S. 57.

Die nachfolgend aufgezeigten betrieblichen Rahmenbedingungen sind in den untersuchten Einrichtungen vorherrschend und nehmen betriebswirtschaftlichen Einfluss.

Die Organisationsform

Im Vergleich zur gewerblichen Wirtschaft herrschen in freigemeinnützigen Unternehmen partizipative Leitungsstrukturen vor.⁹⁷ Sie bedingen eine Vielzahl von Entscheidungspositionen. In der Veränderung der Komplexität der Aufgaben mit den Veränderungen hin zu flachen Hierarchien, mehr Projektmanagement, neuen Technologien und Empowerment, dem Zugang zu Wissen, geschieht die Entscheidungsbildung vorrangig aufgrund von Informationen, Berechnungen oder von Prognosen als Entscheidungshilfe für einen wirtschaftlichen Einsatz der Unternehmensressourcen.

Ziel der untersuchten Organisation – in Aufbau und Ablauf – ist, die Kosten als bewerteten leistungsbezogenen Güterverkehr einer bestimmten Periode zu minimieren.

Priorität des unternehmerischen Handelns

Die untersuchten Einrichtungen richten als Non-Profit-Organisationen ihre absatzmarktorientierten Aktivitäten an Bereichen des Marktes aus, bei dem Bedarfsflücken und Versorgungsengpässe bestehen, unabhängig von der Lukrativität des Angebots.⁹⁸ Sie haben gleichzeitig den Anspruch der wirtschaftlichen Orientierung. Ebenso wie Menschen in temporären Notlagen möchten sie Hilfe geben und dabei auch die Ursache der Notlage eliminieren. Dies bedeutet für unternehmerische Handlungen eine ständige Berechnung der Aufwendungen, die gleichbedeutend mit einer Abnahme des Reinvermögens sind, so wie eine Kalkulation der Erträge gleichbedeutend mit der Zunahme des Reinvermögens ist.

97 von Eckardstein, Dudo / Kasper, Helmut / Mayrhofer, Wolfgang: Management – Theorien – Führung – Veränderung, Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart, 1999, S. 500.

98 Pantenburg, Stephan; a. a. O., S. 172.

Finanzwirtschaftliche Restriktionen

In den untersuchten Einrichtungen wird der Handlungsspielraum durch die duale Finanzierung, die Restriktionen des Pflegesatzrechts und die begrenzten Eigenkapitalressourcen eingeschränkt.⁹⁹ Mit Hilfe eines professionellen Spendenmarketings, gezielten Sozio-Sponsoring-Maßnahmen, sind Möglichkeiten zur systematischen und kontinuierlichen Eigenkapitalakquisition geschaffen worden.¹⁰⁰

Arbeitsrecht

In den untersuchten Einrichtungen ist für den gesamten Bereich der Personalwirtschaft das Arbeitsrecht zuständig. Es besteht aus einer Vielzahl von Einzelgesetzen und Verordnungen, Tarifverträgen und Betriebsvereinbarungen.¹⁰¹ In der weiteren Untergliederung des Arbeitsrechts regelt das individuelle Arbeitsrecht den Arbeitnehmerschutz und Rahmenbedingungen zur Ausgestaltung von Arbeitsverträgen. Neben dem individuellen Arbeitsrecht steht das kollektive Arbeitsrecht, das mit Tarifverträgen und Betriebsvereinbarungen die rechtliche Grundlage zwischen den Sozialpartnern regelt.

- Für die untersuchten Einrichtungen ergibt sich der gesetzliche Auftrag zur Personalentwicklung für den Bereich der (teil-)stationären Pflege aus dem Sozialgesetzbuch XI §§ 112 + 114. Die Grundsätze des SGB XI regeln das Verfahren, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Als Prüforgan werden hier die Pflegekassen eingesetzt.¹⁰² Des Weiteren enthält § 112, SGB XI – die MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität – in ihrem Punkt 6,8 ff. mit den Fragen nach einem prospektiven Fortbildungsplan für alle Leistungsbereiche der stationären Pflege die Prüfung der Personalplanung und -entwicklung.

99 Klie, Thomas; Die Institution geht – das Netzwerk kommt, In: *Altenheim – Lösungen fürs Management*, Vincentz Verlag Hannover, 12/2005, S. 33.

100 Schrader, Steve; Jede sollte einen Beitrag zur Finanzierung leisten, In: *Altenheim – Lösungen fürs Management*, Vincentz Verlag, Hannover, 6/2006.

101 Olfert / Steinbuch; *Personalwirtschaft*, 7. Auflage, Friedrich Kiehl Verlag, Ludwigshafen, 1998, S. 49.

102 XI; Sozialgesetzbuch, Elfes Buch, Soziale Pflegeversicherung, 27.12.2003.

Heimgesetz

Eine weitere gesetzliche Regelung gibt das Heimgesetz vor. Mit der beinhalteten Heimpersonalverordnung legt sie nicht nur Mindestfachkraftquoten fest, sondern fordert ebenfalls eine auf die Konzepte und das Leitbild der Einrichtung abgestimmte Personalentwicklung. In Fachbereichen – wie z. B. Demenz – sind die Fort- und Weiterbildungen nachweispflichtig.

Die betrieblichen Interessen zur Personalentwicklung ergeben sich damit einerseits aus der Einhaltungspflicht der Gesetze und andererseits aus der Unternehmensstrategie. „Eine Organisation kann nur so gut sein wie ihre Mitarbeiter.“¹⁰³ Die in den untersuchten Einrichtungen vorherrschende einheitliche Sichtweise verdeutlicht, dass der Personalentwicklung in allen Bereichen der Unternehmensführung eine wichtige Bedeutung zukommt.

Aktualisierung

In den untersuchten Einrichtungen ergibt sich die Schaffung, Speicherung und Verteilung des Wissens in einem Unternehmen aus der jeweiligen Unternehmenskultur, auf die sich die daraus ergebenden Strukturen, Prozesse und Informationstechnologien aufbauen.¹⁰⁴ Das Informationsmanagement in den untersuchten Einrichtungen hat zunächst die Aufgabe, Strukturen und Ablaufmechanismen herzustellen, die in der Lage sind, Informationen ziel- und zweckgerichtet vorzuhalten. Kommunikationsmanagement umfasst den Austausch bzw. die Übermittlung von Informationen. Mit Unterstützung des Kommunikationsmanagements wird ermöglicht, dass sich ein organisationaler Lernprozess entwickelt. So wird neues Wissen immer wieder aktualisiert und institutionalisiert.¹⁰⁵

103 Haubrock, M./Scär, W.; Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus, 3. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2002, S. 244.

104 Ganz, W. & Hermann, S.; Wissensintegrative und koordinative Dienstleistungstätigkeiten – Erfolgsfaktoren für einen nachhaltigen Wettbewerbsvorsprung, Thesen und Fragestellungen einer neuen Forschungsinitiative, Stuttgart, Fraunhofer IRB Verlag, 1999, S. 8.

105 von Eckardstein, Dudo / Helmut Kasper / Wolfgang Mayrhofer; Management Theorien – Führung – Veränderung, Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart, 1999, S. 539.

Verantwortlichkeiten

Um identifiziertes, erworbenes, entwickeltes und verteiltes Wissen für spätere Prozesse zu bewahren, muss die Wissensbewahrung in allen Schritten durch Selektion, Speicherung und Aktualisierung in den untersuchten Einrichtungen verantwortlich geregelt werden. In der betrieblichen Praxis sind in den Einrichtungen der (teil)-stationären Altenhilfe zwei wesentliche Verantwortliche vorhanden:

Der DCM-Beauftragte als „Kümmerer“ im Unternehmen, der in den Arbeitsbereichen Anreize setzt, um Wissen zu visualisieren und zu kommunizieren und der „Organisator“, der in ausgeprägter Nutzung der Informationstechnologie die Juwelen des Wissens sichert. Insbesondere in medizinisch-pflegerischen Versorgungseinrichtungen, wo eine große Vielzahl emotionaler Inhalte von Bedeutung ist, ist die Verbindung der Verantwortlichkeit in Informationstechnologie und Kommunikation wichtig.¹⁰⁶ Ohne Regelungen der Verantwortlichkeiten ist demnach die Entwicklung echter und produktiver Informationen über alle Organisationsebenen nicht erfolgreich.

Schutz vor Missbrauch

Informationen und Wissen in der (teil)-stationären Pflege unterliegen einem vielfältigen unternehmensweiten Sicherheitskonzept. Der Schutz von Informationen und Wissen vor einem Angriff oder Missbrauch von innen oder außen, bewusst oder unbewusst, erfordert ein integriertes Sicherheitssystem.¹⁰⁷ Neben der besonderen Schweigepflicht im Gesundheitswesen und dem personenbezogenen Datenschutz¹⁰⁸ ist auf den informationstechnologischen Bezug des Identifikationsmanagements zur sicheren Verwaltung personenbezogener Daten – z. B. bei Web-Services – zu achten. So sind im gesamten Informationssystem durch Schaffung einer optimalen Infrastruktur informationstechnologische Einrichtungen und Mittel zur Produktion, Verbreitung und Nutzung von Daten und Informationen in den untersuchten Unternehmen gesichert.¹⁰⁹

¹⁰⁶ Darley, Mark; Kommunikationsmanagement, a. a. O., S. 287.

¹⁰⁷ Heinrich, L. / Lehner, F.; Informationsmanagement, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, 8. Auflage, München, 2005, S. 262.

¹⁰⁸ Datenschutzgesetz, DSG-EKD, Datenschutzgesetz der Evangelischen Kirche in Deutschland, 5/1993.

¹⁰⁹ Heinrich, L.; Lehner, F.; Informationsmanagement, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, 8. Auflage, München, S. 263.

Gemeinsame Ziele

In Bezug auf die Dienstleistungsprodukte, Transaktionsformen und die Marktorientierung unterscheiden sich die untersuchten Non-Profit-Einrichtungen nicht von Profit-Einrichtungen:¹¹⁰

- Sie möchten den wirtschaftlichen Bestand der Organisation¹¹¹ sichern. Eine wichtige Bedeutung hat hier die Auslastung der Einrichtung.
- Erfüllung qualitativer Standards – wie der Pflege – nach dem aktuellen Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnis. Als Unterziel ist dabei die Ausstattung mit finanziellen, personellen, räumlichen und sachlichen Ressourcen zur Aufrechterhaltung eines qualitativ angemessenen Dienstleistungsbetriebes zu betrachten.¹¹² Zur Erfüllung qualitativer Standards gehört auch, die Qualität der sozialen Dienstleistung messbar zu machen.
- Optimale Nutzenstiftung unter umweltorientierter Wahrnehmung von Veränderungen durch Internationalisierung und gesellschaftliche Entwicklung. Hier wirken umweltbezogene, politische, rechtliche und technischer Determinanten beeinflussend.¹¹³
- Evolutionäre Weiterentwicklung, die insbesondere durch die Positionierung des Selbstverständnisses und Definition der Unternehmensphilosophie in Leitbildern und kulturellen Wertmaßstäben erfolgt.¹¹⁴

110 Christa, Harald; Sozio-Marketing für gemeinnützige Einrichtungen der stationären Altenhilfe, Votum Verlag, Münster, 1997, S. 167.

111 Steinmann, H./Schreyögg, G.; Management: Grundlagen der Unternehmensführung, Verlag Gabler, 2. Auflage, Wiesbaden, 1991, S. 110.

112 KDA: Qualitätshandbuch, Leben mit Demenz, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln, 2001, S. X/399.

113 Löffing, Christian/Geise, Stephanie; Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenhilfe, a. a. O., S. 356.

114 Mayer, H.; Pflegeforschung – Elemente und Basiswissen, Falcutan Verlag, 2. Auflage, Wien, 2001, S. 29.

3 Durchführung der Untersuchung

Eine Bestandsaufnahme in Form einer Literaturstudie und die Analyse einschlägiger Praxiskonzepte ergab, dass derzeit in der stationären Altenhilfe eine Evaluation des DCM-Verfahrens auf die Qualitätsverbesserungen in der Pflege und Betreuung beschränkt ist. Ziel dieser Untersuchung ist darüber hinaus, die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit des DCM-Verfahrens zu betrachten.

Mit den Untersuchungsergebnissen soll den Einrichtungen aufgezeigt werden, welche Effekte durch die DCM-Anwendung erreicht werden, in welcher Weise die Anwendung von DCM zu einer Qualitätsentwicklung für den Erkrankten, seine Angehörigen und die Mitarbeitenden beiträgt und wirtschaftlich betrachtet, welche gesundheitsökonomischen Auswirkungen sie hat.

3.1 Projektplanung

Bei der Projektplanung stehen drei Arbeitsteile im Auftrag des Projektteams:

- Entwicklung, Durchführung und Auswertung der Befragungen
- Summative Auswertung erreichter Effekte
- Vorbereitung der Präsentation zu den Schwerpunktbereichen der Untersuchung

Zu allen Untersuchungsbereichen werden die Ergebnisse so aufbereitet, dass ein Vergleich von Aufwand und Ertrag berechenbar wird.

In der Projektplanung stellt damit die Erfassung der Bedürfnisse der Angehörigen Demenzerkrankter und die Erfassung der Veränderung des Handelns der Mitarbeitenden die größte Anforderung an die Projektgruppe. Die Erarbeitung und Auswertung eines Fragebogens, der Pretest und die Befragung selber stellen insbesondere eine zeitliche Anforderung dar.

3.2 Die Angehörigenbefragung

Die Befragung ist eine wissenschaftliche Methode, bei der Menschen Fragen gestellt werden, um Informationen über ihr Verhalten und Erleben zu bekommen.¹¹⁵

In Qualitätsmodellen – wie z. B. dem European Foundation for Quality Management (EFQM) – wird ausdrücklich die Durchführung von Befragungen gefordert.¹¹⁶

In der stationären Altenpflege können erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner zum Teil keine klaren Angaben machen, und es werden Befragungen, speziell der Angehörigen, dazu eingesetzt, ein Verbesserungspotenzial zu erkennen.¹¹⁷ In Bezug auf den zukunftsorientierten Einsatz des Verfahrens DCM ist es demnach unerlässlich zu erkennen, wo Angehörige zufrieden sind, welche Veränderungen sich im Laufe einer Verfahrensanwendung ergeben und wo noch Wünsche oder Bedürfnisse offen sind.

3.2.1 Fragestellung und Zielsetzung der Angehörigenbefragung

Den Angehörigen wurde nach Likert¹¹⁸-Skalierungsverfahren in einem sechs Seiten umfassenden Fragebogen eine Reihe von Aussagen vorgelegt, zu denen sie sich zustimmend oder ablehnend äußern konnten. Der Vorteil liegt hier bei der leichten Auswertung des Datenmaterials und der guten Vergleichbarkeit. Anzumerken ist hierbei jedoch, dass die Beantwortung durch den engen Spielraum der Antwortmöglichkeiten stark formalisiert und eingegrenzt ist.¹¹⁹ Deshalb wurde am Ende des Fragebogens noch Platz für Kommentare der Angehörigen gelassen.

115 Stanjek, K.; Altenpflege konkret – Sozialwissenschaften, 2. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München, Jena, 2001, S. 22.

116 Barth, M.; Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Altenpflege, Urban & Fischer Verlag, München, Jena, 1999, S. 45.

117 Michel Fabian, Rudolf; Heime können mehr, In: Altenheim – Lösungen fürs Management, Vincentz Verlag, Hannover, 12/2002, S. 38–40.

118 Schnell/Hill/Esner; Methoden der empirischen Sozialforschung, Oldenbourg Verlagsgesellschaft, München, 6. Auflage, 1999.

119 Stanjek, K.; Altenpflege konkret – Sozialwissenschaften, 2. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München, Jena, 2001.

Der Fragebogen wurde den Angehörigen vor der Zusendung im Rahmen eines Angehörigentreffens und mit einem Anschreiben erklärt. Durch den ausführlich einleitenden, allgemeinen Frageteil, dem statistischen Schluss und dem offenen Abschlussteil war Möglichkeit gegeben, neben einer Aggregation (Mittelwertberechnung) Korrelationen zwischen den Items der Likert-Skala herzustellen, z. B.: Wie verhält sich die Zufriedenheit nach dem Einhalten von Absprachen der Angehörigen mit den Mitarbeitenden in Bezug zur Sicherheit in der stationären Pflege?

Der Fragebogen ist in drei Hauptabschnitte eingeteilt. Im ersten Teil werden in den Fragen eins bis fünf Fragen bezugsetzend zur Ausgangssituation gestellt. Im folgenden Hauptteil beziehen sich die ersten sieben Fragen auf das Umfeld der Erkrankten und deren Angehörige. Die folgenden acht Fragen beziehen sich auf die Einschätzung in Bezug auf den personenzentrierten Umgang.

Im dritten Teil der Angehörigenbefragung sind zu dem DCM-Verfahren spezifische Fragen gestellt. Sie sollen die Einstellung der Angehörigen zum Verfahren und zu den Veränderungen aufzeigen.

In der Auswertung des Fragebogens für Angehörige wird in erster Linie auf die Bezugsetzung der Frage zu Organisation und Personal, Marketing und Qualitätssicherung im Blick auf die Zielsetzung der wirksamen Entwicklung in den Unternehmensteilen Wert gelegt:

1. Wie verhält sich die Zufriedenheit der Angehörigen in Bezug auf die räumlichen Bedingungen in der stationären Versorgung zur Frage, inwieweit dem Demenzerkrankten die eigene Entscheidung ermöglicht wird?
2. Wie verhalten sich die Mitarbeitenden in Bezug auf die Wünsche des Demenzerkrankten zu dem Eingehen auf Beschwerden der Angehörigen?
3. Wie verhalten sich Absprachen der Angehörigen mit dem Pflegepersonal zum Sicherheitsempfinden des Demenzerkrankten?

Damit eine Bezugsetzung ermöglicht wird, sind folgende Fragen zur Bewertung von besonderer Bedeutung:

- die Bewertung der räumlichen Bedingungen – z. B. Zimmereinrichtung, Gemeinschaftsräume, Kennzeichnung der sanitären Einrichtungen, Aufzüge
- die Wahlmöglichkeiten, die dem Demenzerkrankten in der Beschäftigung zur eigenen Entscheidung ermöglicht werden, – z. B. Hausarbeit, Spaziergang, lesen, Unterhaltung genießen oder schlafen
- das Eingehen der Mitarbeitenden auf die Wünsche des Erkrankten
- das Eingehen der Mitarbeitenden auf die Beschwerden der Angehörigen
- das Einhalten von Absprachen zwischen Angehörigen und Mitarbeitenden
- die Bewertung der Sicherheit der Erkrankten im Bezug auf die Zeit des Wohnens in der Einrichtung

Für die Paneluntersuchung ist über den Zeitraum der Anwendung des Verfahrens die Einschätzung der Angehörigen bedeutsam:

- die Informationen, die zum DCM-Verfahren gegeben werden
- die Möglichkeit der Angehörigen, den Demenzerkrankten weiterhin zu unterstützen
- die Einhaltung von Absprachen, die mit dem Pflegepersonal getroffen werden
- die Reaktionen auf dringende Fälle wie Rufen und Schreien der Erkrankten
- die Verlässlichkeit der Pflegekräfte in Notlagen wie z. B. Sturz
- der Kontakt der Angehörigen zu den Pflege- und Betreuungskräften
- die Zuwendung, die dem Erkrankten in seinem Tagesablauf bei wechselndem Alltagsleben zukommt
- die Bewertung des Aufwands des Verfahrens DCM

Da die Anwendung des Verfahrens DCM in einem Alten- und Pflegeheim mit einem hohen Anspruch an Marketingzielsetzungen – wie Customer Relationship – zu tun hat, ist die Bedeutung der Beziehung von Zufriedenheit der Angehörigen zu den Anwendungsaspekten der personenzentrierten Pflege im gesamten Verlauf der Anwendung des DCM-Verfahrens wichtig.

Mit der Frage, ob das DCM-Verfahren die Betreuung von Menschen mit Demenz verbessert, wird zum Schlussteil übergeleitet. Die Fragen nach Alter, Geschlecht und Pflegestufe sollen insbesondere dann Gewichtung erhalten, wenn ein Bedarf an besonderer Betreuung aus der Befragung hervorgeht. So kann inhaltlich gezielter auf die Bedürfnisse der Angehörigen eingegangen werden.

Die offene Abschlussfrage soll die Angehörigen motivieren, Vorschläge, Anmerkungen und Kritik zu äußern. Es wird aber auch direkt die offene Abschlussfrage gestellt, wo sich Angehörige gern noch mehr engagieren würden. Mit dieser Frage soll bewirkt werden, dass bei der Vielfältigkeit der im DCM-Verfahren beteiligten Unternehmensbereiche von den Angehörigen weitere ihnen wichtige Aspekte aufgezeigt werden.

Für einen Pretest wurde ein Alten- und Pflegeheim aus dem in Kapitel 1.2 beschriebenen Projekt ausgewählt. In dem Haus wird seit fünf Jahren nach dem Prinzip der personenzentrierten Pflege gearbeitet,¹²⁰ allerdings wurde DCM vor dem Projekt noch nicht als Verfahren umgesetzt. Die Untersuchung erfolgte im Pretest bei 39 Bewohnerinnen und Bewohnern und in der eigentlichen Befragung bei 82 Angehörigen von Demenzerkrankten. Alle Bewohnerinnen und Bewohner hatten aufgrund der Schwere der Demenz einen gesetzlichen Betreuer¹²¹ oder Bevollmächtigten. Die Untersuchung soll zeigen, ob sich der finanzielle und zeitliche Aufwand der Maßnahmen in einem Untersuchungsbereich – hier der Personalentwicklung – in Bezug auf die Pflegequalität für die Bewohnerinnen und Bewohner ausgewirkt hat.

Der Fragebogen wurde den Angehörigen vor der Zusendung im Rahmen eines außerordentlichen Angehörigentreffens und mit einem Anschreiben erklärt. Durch den ausführlich einleitenden, allgemeinen Frageteil, dem statistischen Schluss und

120 Bär, Marion; Demenzzranke Menschen im Pflegeheim besser begleiten, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2004, S. 25.

121 Betreuungsgesetz; BGB § 1897, Abs. 1.

dem offenen Abschlussteil war die Möglichkeit gegeben, neben einer Aggregation (Mittelwertberechnung) Korrelationen zwischen den Items der Likert-Skala herzustellen – z. B.: Wie wirkt sich Fortbildung des Personals auf die den Bewohnerinnen und Bewohnern eingeräumte Entscheidungsfreiheit der räumlichen Beschäftigungsmöglichkeiten aus?

Des Weiteren zeigen die Bezugsmöglichkeiten der Items zueinander auf, wie sich durch Wirkung der Maßnahmen eine Erhöhung der Qualitätsmerkmale der personenzentrierten Pflege ergeben. Bei der Befragung ergeben sich aber auch Aussagen über noch bestehende Defizite, z. B. ob Mitarbeitende noch mehr und bessere Informationen an die Angehörigen geben müssen. Die Befragung enthält noch weitere Auswertungsmöglichkeiten, die im Rahmen anderer wissenschaftlicher Erarbeitungen, z. B. für die formative Evaluation, als prozessbegleitende Information zur Verbesserung des Projektes Bedeutung haben. Diese werden im Rahmen dieser Untersuchung außer Acht gelassen.

Aufgrund an anderer Stelle erforderlicher Recherchen und der positiven Beteiligungsquote wurde der Fragebogen noch erweitert und direkt die Frage gestellt, ob Angehörige das Verfahren als aufwendig und teuer beurteilen würden.

3.2.2 Positionierung der Angehörigenbefragung

Die Positionierung der Befragung bedeutet ein Festlegen von Rahmenvorgaben für die erfolgreiche Durchführung der Befragung. Welche jahreszeitliche Platzierung, welche Kostenbegrenzungen nicht überschritten werden dürfen, was erreicht werden soll, welche Wege dabei zu beschreiten sind und wie die verschiedenen Arbeitsbereiche einer Organisation in den Prozess eingebunden werden, sind Fragenkomplexe, die in diesem Zusammenhang zu klären sind.¹²² Als Grundsatz sind dabei vier Prinzipien zu beachten:¹²³

122 Borg, I.; Führungsinstrument Mitarbeiterbefragung, Hogrefe Verlag, Göttingen, 2. Auflage, 2000, S. 35.

123 Burkert, C.; Qualitätskriterien einer Mitarbeiterbefragung untersucht am Beispiel von TQM, Univ. Diss., Aachen, 2001, S. 88.

1. Prinzip der Anonymität –
Es ist kein Rückschluss von Antworten auf den einzelnen Befragten möglich.
2. Prinzip der Freiwilligkeit –
Keiner wird zur Teilnahme gezwungen; die Teilnahme wird nicht überwacht.
3. Prinzip der Konsequenz –
Die durch die Befragung geweckten Erwartungen ziehen auch Konsequenzen nach sich. Zumindest erfolgt eine Information über die Auswertungsergebnisse.
4. Prinzip der Transparenz –
Im Prozess der Befragung ist für alle Beteiligten sichtbar, warum welche Aktivitäten zu welchem Zeitpunkt stattfinden.

Unter Beachtung der Prinzipien ist die Angehörigenbefragung zeitlich so positioniert worden, dass sie zwischen den jahresüblichen Pflegesatzverhandlungen liegt. Damit sollen reaktive Auswirkungen von Pflegesatzerhöhungen als Verlagerung auf die Antworten des Fragebogens vermieden werden. Die zeitliche Positionierung ist auch im Blick darauf erfolgt, dass eine Auswertung der Fragebögen nicht in die Urlaubszeit der für die Auswertung notwendigen Mitarbeitenden erfolgt.

Die Fragebögen sind überwiegend in der Versendung zusammen mit dem vierteljährlichen Informationsheft der Einrichtung ohne Zusatzkosten zugestellt worden.

Mit dem nach dem Pretest verbesserten Fragebogen wurde die Befragung der Angehörigen im Mai 2006 durchgeführt. Die Befragung der Angehörigen und der Mitarbeitenden erfolgte in den jeweiligen Paneluntersuchungen im März 2006 und im Mai 2007 zeitgleich, nachdem erste Basisschulungen und Informationsveranstaltungen stattgefunden hatten.

Die Ergebnisse der Auswertungen können noch in die operativen und taktischen Zielsetzungen für das nachfolgende Jahr bzw. die nachfolgenden Jahre weiter verarbeitet werden.

3.2.3 Die Bedeutung von DCM für die Angehörigen

Angehörige sind die wichtigste Säule in der Hilfe demenzerkrankter Menschen.¹²⁴ Das betont der „Landesverband der Alzheimer Gesellschaft in Nordrhein-Westfalen e.V.“.

Wenn es gelingt, dass durch die Anwendung von spezifischen Verfahren mehr Zufriedenheit bei Angehörigen bewirkt wird, ist damit ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess in Gang gesetzt und ein wesentlicher Beitrag zur Qualitätsentwicklung geleistet.¹²⁵

In Bezug auf die Bedeutung des DCM-Verfahrens ist es wichtig, herauszufinden, wie und welche Abhängigkeit zwischen der Zufriedenheit der Angehörigen und der Anwendung des Verfahrens DCM besteht.

Die Auswirkungen des DCM-Verfahrens in der (teil-)stationären Altenhilfe sind für die Kundenorientierung intern und am Markt sichtbar. Durch die auf der Marketingforschung aufbauenden Marketingstrategie werden gezielt Marketing-Instrumente mit beziehungsorientierten Zielsetzungen betrachtet. Die Einbeziehung von übergreifenden Konzepten und Verfahren – wie Qualitäts- und Beschwerdemanagement – sowie das qualitative Verfahren DCM selbst, sind darauf ausgerichtet, über die Kundenzufriedenheit zu einer intensiven Kundenbindung zu führen, in deren Erfolgskette als nächstes Glied der wirtschaftliche Erfolg steht.

Die Aufbau- und Ablauforganisation unter dem DCM-Verfahren ist auf eine weitgehende Individualität der Erkrankten ausgerichtet.

Eine Sicherheit und Geborgenheit vermittelnde Fachlichkeit, die aus einer dem DCM-Verfahren fördernden Personalentwicklung unter anderem auch in Notsituationen Angehörigen Vertrauen gibt, ist das Ziel.

Zum DCM gehörende vernetzte Pflege und Betreuung, die Vernetzung der Tätigkeiten verschiedener Träger oder anderer Professionen und die von der Alzheimer

¹²⁴ www.alzheimer-nrw.de 04.04.2007, Stuhlmann, Wilhelm, Landesverband der Alzheimer Gesellschaft NRW, Düsseldorf.

¹²⁵ KDA; Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege, In: Einrichtungen, KDA-Reihe „Thema“, Band 162, Köln, 1996.

Gesellschaft geforderten europaweiten Aktionsprogramme¹²⁶ für Demenzerkrankte zielen auf eine Information und Kommunikation, die im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses Qualitätssicherung in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität fordert.

Wesentliches Ziel des DCM-Verfahrens ist es, eine Zufriedenheit der Erkrankten zu erreichen, die unmittelbar mit einer Zufriedenheit der Angehörigen verbunden ist. Als Angehörige werden all diejenigen Personen bezeichnet, die sich in einer vertrauten, häufig auch verpflichtenden Nähe zum Pflegebedürftigen befinden und somit neben Familienangehörigen auch Freunde oder Lebensgefährten sein können. (vgl. George, 2003, S. 16).¹²⁷ Viele Pflegebedürftige haben vor der Heimübersiedlung in ambulanter Versorgung Hilfestellung erhalten.¹²⁸ Im Sinne von „Wer Angehörige in die tägliche Arbeit einbezieht, schafft Zufriedenheit auf allen Seiten“¹²⁹ ist das DCM-Verfahren in seinem Aufbau darauf ausgelegt, dass in multidimensionaler Personal-Teamarbeit Angehörige mit in der gemeinsamen Sorge um einen Demenzerkrankten stehen.

3.3 Die Mitarbeitendenbefragung

Die Teilnahme am Projekt „DCM-gestützte Qualitätsentwicklung in der Sorge für Menschen mit Demenz in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen im Kreis Minden-Lübbecke“ hat zur Entscheidung beigetragen, den Fragebogen „Approaches to Dementia Questionnaire“ zu übernehmen. In Bezug auf die Personalentwicklung wurde speziell die Sichtweise der im Projekt stehenden Mitarbeitenden untersucht. Dazu bedurfte es der Entwicklung eines eigenen zusätzlichen Befragungsteils.¹³⁰ Um eine entsprechende Datenbearbeitung für alle beteiligten Einrichtungen zu erreichen, hat die Autorin die Evaluation für das Projekt übernommen. Durch die ausdrücklich genehmigte Verwendung der Daten für ein Projekt und dessen Teiler-

126 <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/index.asp>; Hilfe für Demenzerkrankte vom 22.06.2007, Rüsing, Detlef, Witten-Herdecke.

127 George, W./George, U.; Angehörigenintegration in der Pflege, 2003, Ernst Reinhardt Verlag, München/Beuel, S. 66.

128 Jansen, Birgit; Vorbereitung zur Heimübersiedlung, In: Systematisierung ambulanter Angehörigenarbeit in der Altenhilfe (in ländlichen Regionen) und einige Desiderate an eine lebensweltorientierte Pflege-theorie, Mikrofiche-Ausgabe, 1997, 370, XXI Blatt, Graphische Darstellung, Kassel, Univ. Diss., 1997.

129 Altenpflege; Fachmagazin für ambulante und stationäre Altenpflege, Vincentz Verlag, Hannover, 4/2004.

130 Anhang 3: Mitarbeitendenbefragung.

arbeitungen im Rahmen eines „Master of Business Administration Studiums“¹³¹ ist die Möglichkeit gegeben, die Aufwendungen des qualitativen Verfahrens DCM in betriebswirtschaftlichen Bezug zu setzen. Diese Möglichkeit, im Fachbereich Demenz Qualitätsverbesserungen und betriebswirtschaftliche Elemente in Bezug zu setzen, ist nach bisheriger Kenntnis in Deutschland noch einmalig.

Die Befragung der Mitarbeitenden fand nach Ablauf der Basisschulungen vor dem ersten Mapping statt. Die Untersuchung erfolgte in einer umfangreichen Befragung, die sich aus drei Teilen zusammensetzte.

Im ersten Teil wurde die persönliche Einschätzung der Mitarbeitenden der am Projekt „DCM-gestützte Qualitätsentwicklung in der Sorge für Menschen mit Demenz in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen im Kreis Minden-Lübbecke“ teilnehmenden Einrichtungen erfasst. Dieser Befragungsteil wurde selbst entwickelt. Der erste Teil umfasst einen dreiseitigen Fragebogen, auf dem die Mitarbeitenden nach dem Likert-Skalierungsverfahren eine Bewertung auf einer Fünfer-Skalierung von „kann ich zustimmen“ bis „kann ich gar nicht zustimmen“ vornehmen konnten.

Die weiteren zwei Teile sind Bestandteil einer standardisierten Befragung der University of Wales mit den „Approaches to Dementia Questionnaire“.¹³² Der Fragebogen wurde bisher nur zur qualitativen Bewertung des Verfahrens DCM angewandt. Hieraus ergeben sich mit den gemessenen Indikatoren Motivation, Wissensrelevanzzeit, Personalentwicklungsstand und Motivation die Faktoren zur Berechnung des Human-Kapitals.

In der Bezugsetzung der Personalpolitik im Bereich Marketing auf qualitative Verbesserung durch bestimmte Verfahren kann diese Untersuchung insbesondere in langzeitlichen Projektverläufen noch fehlende oder mangelhafte unternehmensinterne wie -externe Faktoren in der Beziehung zu den Anspruchsgruppen im Sinne von Relationship-Marketing-Instrumenten abbilden. Die Abbildung einer Entwicklung zu einer qualitativ höherwertigen Arbeit, wie sie Porter als leistungspolitische Wettbewerbsvorteile darstellt,¹³³ in Verbindung mit dem Erreichen einer hohen

131 <http://www.steinbeis-academy.de/text/142/de/master-of-business-administration-mba.html>; 02.04.2006, Dohm, Peter / Gaida, Birgit, Menschen für Bildung begeistern.

132 Lintern, Tracey; „Approaches to Dementia Questionnaire“; University of Wales; Bangor, 1996.

133 Porter, M. E.; Wettbewerbsvorteile, Campus Verlag, Frankfurt, 1989, S. 65.

Kundenzufriedenheit durch die Anwendung spezieller Verfahren, kann auch eine Darstellung notwendiger betrieblicher Aufwendung ermöglichen und damit auch als Anspruchsdarstellung bei Pflegesatzverhandlungen und anderen Preisverhandlungen als Grundlage dienen. In der Bezugsetzung von Einsetzung von Arbeitskreisen als Instrument im Wissensmanagement und qualitativer Verbesserung durch bestimmte Verfahren kann diese Untersuchung insbesondere in langzeitlichen Projektverläufen noch fehlende oder mangelhafte Instrumente abbilden.

Die Akzeptanz-, Lern- und Transferkriterien beziehen sich auf die Altenpflege der in Europa maßgeblichen drei Ebenen der Qualitäten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.¹³⁴

3.3.1 Akzeptanz des Konzeptes

Aus dem Fragebogen finden daher folgende Fragen besondere Beachtung:

Im ersten Teil der Mitarbeitendenbefragung ist der Blick insbesondere auf die untersuchten Einrichtungen selbst gerichtet. Es sollen Erkenntnisse gewonnen werden, welche Elemente noch Defizite aufweisen und welche Prozesse noch gesteuert werden müssen.

Es sind Fragen zur Erforschung der Nebenwirkungen des personenzentrierten Arbeitens und offene Aufgaben in Bezug auf Information und Wissensmanagement gestellt:

- Einschätzung der eigenen Erfahrung im Umgang mit Menschen mit Demenz
- Orientierung des Arbeitens an den Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Angehörigen
- Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit
- Ermöglichen von Wahlmöglichkeiten

¹³⁴ Donabedian, A.; Evaluating the quality of medical care, The Milbank Memorial Fund Quarterly 44, 1966, S.166–233

- Erleben von Spannungen, Unstimmigkeiten und Kritik
- Informationen zum Verfahren DCM und zum Projekt auch an andere Bereiche wie Ärzte usw.
- die gezielte Einbindung von Ehrenamtlichen
- Verbesserung der Zusammenarbeit in den Hierarchien und der Kollegialität
- Entwicklung eines speziellen Fortbildungsbedarfs und Bedarfs an Arbeitskreisen
- Verbesserung der Pflegequalität und des Rufs in der Öffentlichkeit durch DCM
- Verbesserung der Arbeitszufriedenheit durch DCM und wachsendes Interesse der Arbeit mit Demenzerkrankten
- Verwertbarkeit der Mapping-Ergebnisse

Im zweiten und dritten Teil der Mitarbeitendenbefragung werden Fragen zur Abbildung der Qualitätssteigerung durch Anwendung spezieller Verfahren gestellt. Hier wird eine Messung ermöglicht, inwieweit z. B. die bisher eingesetzten Ergebnisse der Arbeitskreise auf die Anwendung des Verfahrens Auswirkung haben:

- Wie wichtig sind ein strenger Tagesablauf, stimulierende und unterhaltsame Aktivitäten,
- die Bedeutung vom Wohlbefinden des Demenzerkrankten,
- die Bedeutung von Einfühlungsvermögen und Verständnis gegenüber Demenzerkrankten?
- Wie angenehm ist es, Zeit mit Menschen mit Demenz zu verbringen?
- Welche Bedeutung hat die Befriedigung der psychischen und körperlichen Bedürfnisse des Erkrankten?

Der dritte Teil ermöglicht eine Messung der Anwendung der personenzentrierten Pflege bei zwölf Fallbeispielen unter der Auswahl anderer Umgangsmöglichkeiten wie z.B. nach dem verhaltenstherapeutischen Ansatz wo die Mitarbeitenden die Position vertreten, sie wüssten am besten, was für alte, demente Menschen gut und richtig ist.

Mit der Beantwortung der Fragen wird der Unterstützungsbedarf der professionell Pflegenden im DCM-Verfahren deutlich und eine Überprüfung der Akzeptanz-, Lern- und Transferkriterien ermöglicht. Nach Feststellung des Unterstützungsbedarfs ist es möglich, ggf. notwendige Maßnahmen der individuellen Fort- oder Weiterbildung zu ermöglichen und Kosten dafür darzustellen.

Die weitergehenden Fragen des Fragebogens sollen noch für andere Auswertungen zur Verfügung stehen, z. B. wo Spannungen wegen unzureichender medizinischer Versorgung noch einen weiteren Ausbau erfordern.

Bei der Frage, „ob eine gute Demenzpflege die psychischen wie körperlichen Bedürfnisse beinhalten soll“, wird deutlich, dass zu einer arbeitsteiligen, ganzheitlichen Betreuung alle im Rahmen der Pflege beteiligten professionellen Helfer vom Begleitenden Dienst oder Sozialarbeiter bis hin zur professionell Pflegenden multidisziplinär beteiligt sind. Den pflegebedürftigen Menschen in seinem ganzen Umfeld zu sehen und beratend Einfluss zu nehmen, ist originäre Aufgabe professioneller Pflege.¹³⁵

3.3.2 Erforschung der Bereitschaft zur Umsetzung von DCM-Erkenntnissen

Bei der Mitarbeitendenbefragung bezieht sich die Bereitschaft der Umsetzung der im DCM-Verfahren gewonnenen Erkenntnisse auf alle Qualitätsebenen. Unter dem Bewusstsein, der „Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI“ von 1995, wo die Pflegekassen gemeinsam mit den Verbänden der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen bestimmte Kriterien und Anforderungen aufgestellt haben, wird eine Unterteilung der Qualitätsebenen vorgenommen. Es wird nach Donabedian¹³⁶ nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden.

Im Bereich der Strukturqualität sind als Rahmenbedingungen, die die Qualität beeinflussen können, die quantitative und qualitative Personalsituation, die Kommuni-

¹³⁵ Steimel, R.; Steimel, R.; Individuelle Angehörigenschulung, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2003, S. 148.

¹³⁶ Donabedian, A.; Evaluating the quality of medical care, The Milbank Memorial Fund, Quarterly 44/1966, S. 166–233, New York, 2005.

kation, die Angebotspalette, die räumlichen Verhältnisse und die Tagesstrukturierung evaluiert worden. Die benannten Teile sind im DCM-Verfahren wesentliche grundlegende Leistungen, ohne die bestimmte Prozesse nicht durchgeführt werden können.

Im Bereich der Prozessqualität sind die Abläufe und Arbeitsprozesse der Bereiche Fort- und Weiterbildung, kontinuierlicher Verbesserungsprozess, Umsetzung im Pflegeprozess, Kommunikation, Information und Dokumentation evaluiert worden. Insbesondere ist dabei von hoher Bedeutung, inwieweit sich Veränderungen der Verhaltensweisen der Mitarbeitenden in Bezug auf die Anwendung der personenzentrierten Pflege ergeben.

Im Bereich der Ergebnisqualität wird die Sicherung und kontinuierliche Verbesserung evaluiert. Auf dieser Ebene ist die Zufriedenheit der Angehörigen und Mitarbeitenden sowie die Einschätzung der beiden Gruppen auf die Anwendung von DCM evaluiert worden.

Die Evaluation der Anteile aus den drei Ebenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ermöglicht auch eine wirtschaftliche Betrachtung im Sinne einer Kosten-Nutzen-Analyse.

Die Umsetzung der DCM-Erkenntnisse ist weiterhin abhängig vom persönlichen und fachlichen Vermögen der Mitarbeitenden. In der Untersuchung der Akzeptanz-, Lern- und Transferkriterien gilt es, bei der Evaluation der Akzeptanzkriterien zu untersuchen, wie die Inhalte von DCM bei den Teilnehmenden des Projektes angekommen sind. Dabei sind z. B. bei der Strukturqualität die Untersuchung, wo Defizite bei den Rahmenbedingungen erkennbar sind, evaluiert worden. Im Bereich der Prozessqualität ist die Evaluation der Akzeptanzkriterien für die Aufgaben der in Betreuung und Pflege notwendigen Hilfsmittel – wie Standards, Vereinbarungen und Dokumentationen – evaluiert worden. In Bezug auf die Ergebnisqualität ist die Evaluation der Zufriedenheit von Angehörigen und Mitarbeitenden mit der Vermittlung und Zugänglichkeit von Informationen untersucht worden.

Die Evaluation der Lernkriterien bezieht sich in der Evaluation explizit auf die Untersuchung, wie das im Rahmen des DCM-Projektes Gelernte korrekt angewendet werden kann.

Die Bedeutsamkeit verschiedener, der personenzentrierten Arbeit eigener Aspekte, wie z. B. Verständnis, Orientierung an den Wünschen und Bedürfnissen, Zusammenarbeit und der Einbezug der helfenden Ehrenamtlichen, wird untersucht.

Die Evaluation der Transferkriterien umfasst die merkbaren Verhaltensänderungen der Teilnehmenden im DCM-Projekt. Dazu ist die Untersuchung der Anwendung personenzentrierter Elemente gegenüber medizinischen oder verhaltensorientierten Aspekten evaluiert worden. Ziel der Untersuchung von Lern-, Akzeptanz- und Transferkriterien ist zu erforschen, wie durch internationale Verfahren wie DCM kooperative Arbeitsprozesse unterstützt werden können.

3.4 Implementierung konzeptioneller Maßnahmen

Trotz aller Wandlungsprozesse und strukturellen Anforderungen gibt es in Deutschland in (teil-)stationären Einrichtungen noch kein einheitliches Qualitätssicherungs- und Prüfinstrument für die spezialisierte Dementenbetreuung.¹³⁷

Das Erfolgskonzept in der (teil-)stationären Altenhilfe entsteht durch die Zufriedenheit der drei wichtigen Gruppen: Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und professionell Pflegende.¹³⁸ Dementsprechend gilt es, Verfahren anzuwenden, die unter wirtschaftlicher Betrachtung diesen Aspekt mit einbeziehen. Die Anwendung von Verfahren, deren Zielsetzung eine qualitätssichernde Ausrichtung und daraus folgende Zufriedenheit aller Beteiligten haben, die mit Transparenz und Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Angehörigen, Pflegebedürftigen und Mitarbeitenden arbeiten, haben auch betriebswirtschaftliche Auswirkungen wie z. B. auf die Belegungszahlen.

Mit der Befragung soll ermöglicht werden, ein praxistaugliches Verfahren in der Pflege und Betreuung Demenzerkrankter zu erforschen, das in seinem Gerüst für jedes Alten- und Pflegeheim mit dem Fachbereich Demenz eine Arbeits- und Entwicklungshilfe sein kann.

¹³⁷ www.demenz-ded.de.

¹³⁸ Kemser, Prof. Dr. Johannes/Kraus, Dr. Rafaela; Erfolgsfaktoren in der stationären Pflege, In: Pflege Impuls, 1 + 2/2004, Verlag R.S. Schulz, Köln, S. 20.

3.5 DCM-Aufwand und -Ertrag

Die Festlegung und Gewichtung der relevanten Entscheidungskriterien für das Projekt DCM erfolgt in Darstellung der Kosten. Bei der Unterteilung der Kosten sind für die Projektberechnung folgende Zuordnungen von besonderer Bedeutung:¹³⁹

- **Kostenunterscheidung nach der Zurechenbarkeit**

Dabei sind die Einzelkosten für eine einzelne Leistungseinheit oder Kostenstelle genau erfasst und werden verursachungsgerecht zugeordnet. Darunter fallen im Projekt Sachkosten an, wie für das Projekt beschaffte Hilfsmittel. Gemeinkosten werden für einen Abrechnungszeitraum erfasst, können aber den einzelnen Leistungseinheiten nicht direkt zugeordnet werden. Sie werden nach einem verursachungsgerechten Schlüsselverfahren verteilt.

- **Kostengliederung nach Art der Abhängigkeit von Kosteneinflussgrößen**

Variable Kosten sind Kosten, die sich mit der Beschäftigung bzw. Nutzung ändern. Je mehr Mitarbeitende das Projekt DCM anwenden, desto höher ist der Schulungsbedarf. Fixkosten verändern sich mit der Nutzung nicht. So bleiben die Versicherungskosten gleich, auch wenn weniger Heimbewohnerinnen oder Heimbewohner das Projekt nutzen.

Bei der Festlegung der relevanten Kosten ist die Bestimmung des Entscheidungsfeldes wichtig: Welche internationalen Standards, welche Verträge und Strategien, in welchen Rahmen des Unternehmens wird das Projekt gestellt?¹⁴⁰

Für das Projekt DCM sind dies:

- Den wirtschaftlichen Bestand der Organisation¹⁴¹ zu sichern. Eine wichtige Bedeutung hat hier die Auslastung der Einrichtung.

¹³⁹ Stahl, Hans-Werner; Schnelleinstieg Kostenrechnung, Haufe, Freiburg, 2006, S. 25.

¹⁴⁰ Christa, Harald; Sozio-Marketing für gemeinnützige Einrichtungen der stationären Altenhilfe, Votum Verlag, Münster, 1997, S. 167.

¹⁴¹ Steinmann, H./Schreyögg, G.; Management: Grundlagen der Unternehmensführung, Gabler, Wiesbaden, 2. Auflage, 1991, S. 110.

- Erfüllung qualitativer internationaler Standards – wie der Pflege – nach dem aktuellen Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnis. Als Unterziel ist dabei die Ausstattung mit finanziellen, personellen, räumlichen und sachlichen Ressourcen zur Aufrechterhaltung eines qualitativ angemessenen Dienstleistungsbetriebes zu betrachten.¹⁴² Zur Erfüllung qualitativer Standards gehört auch, die Qualität der sozialen Dienstleistung messbar zu machen.
- Optimale Nutzenstiftung unter umweltorientierter Wahrnehmung von Veränderungen durch Internationalisierung und gesellschaftliche Entwicklung. Hier wirken umweltbezogene, politische, rechtliche und technische Determinanten beeinflussend.¹⁴³
- Evolutionäre Weiterentwicklung, die insbesondere durch die Positionierung des Selbstverständnisses, durch Definition der Unternehmensphilosophie in Leitbildern und kulturellen Wertmaßstäben erfolgt.¹⁴⁴

Zum beschriebenen vorliegenden Projekt gibt es derzeit noch keine vergleichbare Alternative.¹⁴⁵ Die Erfassung und Beschreibung der Vor- und Nachteile sowie eine Prognose der Auswirkungen der Alternativen als Bestandteil der Kosten-Nutzen-Analyse entfällt dabei.¹⁴⁶

Die Bewertung der Wirkungen des Projektes erfolgt in monetären Größen, die im DCM-Projekt als Erlöse über die Pflegesätze erfolgen. Intangible Wirkungen, wie sie im Projekt – z. B. als Qualitätssicherung – zugeordnet werden, können nicht monetär ausgedrückt werden und daher nur benannt werden.

Für das Projekt ist im Rahmen der Kosten-Nutzen-Analyse eine Sensitivitätsanalyse¹⁴⁷ zur Feststellung der Empfindlichkeit der Analyseergebnisse gegenüber der Annahme notwendig. Übertragen auf das Projekt DCM bedeutet dies, im Rahmen

¹⁴² KDA; Qualitätshandbuch, Leben mit Demenz, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln, 2001, S. X/399.

¹⁴³ Loffing, Christian / Geise, Stephanie; Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenhilfe, 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, S. 356.

¹⁴⁴ Mayer, H.; Pflegeforschung kennenlernen – Elemente und Basiswissen, 2. Auflage, Wien, 2001, S. 29.

¹⁴⁵ Schofield, Joanne; Den Alltag beobachten, In: Altenpflege, Fachmagazin für die ambulante und stationäre Altenpflege, Vincentz Verlag, Hannover, 11 / 2005, S. 42.

¹⁴⁶ Bundesminister der Finanzen, 1973 – Erläuterungen des Bundesministers der Finanzen zur Durchführung von Nutzen-Kosten-Untersuchungen, Rundschreiben vom 21. 05. 1973.

¹⁴⁷ www.wi3.uni-erlangen.de/anwendungen/wiwiki/wiki/Sensitivitaetsanalyse, Amberg, Michael; Betriebswirtschaftslehre, 05.06.2006, Erlangen, 2006.

einer Risikoanalyse zu untersuchen, wie sich der Kapitalwert bei unterschiedlichen Szenarien verhält. In dem Bereich der (teil-)stationären Altenhilfe ist dies z. B. die Reaktion auf eine Veränderung der Belegungs- / Bewohnerzahlen. Es kann hier festgestellt werden, inwieweit eine Änderung der Ausgangswerte der Belegungszahlen einen Einfluss auf den Zielwert hat.

Projekte in der stationären Altenhilfe sind vielfach dadurch gekennzeichnet, dass die Kosten schwerpunktmäßig in der Implementierungsphase anfallen, der Nutzen aber schwerpunktmäßig erst nach Projektende liegt. Es kann wegen Inflation und Verzinsung dabei nicht alles zu heutigen Preisen gerechnet werden. Deshalb muss abdiskontiert werden, d. h. der heutige Wert muss berechnet werden. Die Kapitalwertmethode wird als einfaches und wirksames Beurteilungsverfahren gesehen, bei der die unterschiedlichen zeitlichen Verläufe der Ausgabenzahlungen und Einzahlungen berücksichtigt werden.¹⁴⁸

Dagegen ist der Return on Investment als Rentabilitätsberechnung ursprünglich für das gesamte im Unternehmen gebundene Kapital gedacht.¹⁴⁹ Er soll die Rendite des eingesetzten Kapitals messen. In der Weiterentwicklung der betrieblichen Kennzahlberechnung, die 1919 von Donaldson Brown definiert wurde, sind in modernen erweiterten Auffassungen des ROI nicht das Gesamtkapital, sondern auch Einzelinvestitionen wie Projekte betrachtet.¹⁵⁰

Mit der Berechnungsformel¹⁵¹:

$$ROI = \text{Umsatzrendite} \times \text{Kapitalumschlag}$$

$$\text{Umsatzrendite} = \text{Gewinn} : \text{Nettoumsatz} \times 100$$

$$\text{Kapitalumschlag} = \text{Nettoumsatz} : \text{durchschnittliches Eigenkapital}$$

$$\text{Ergibt: } ROI = \text{Gewinn} : \text{durchschnittliches Eigenkapital} \times 100$$

148 Birker, Klaus/Pepels, Werner; Handbuch: Krisenbewusstes Management – Krisenvermeidung und Unternehmenssanierung, Cornelsen Verlag, Berlin, 2000.

149 Buchholz, Rainer; Grundzüge des Jahresabschlusses nach HGB und IFRS, Vahlen Verlag, München, 2005, S. 287.

150 http://de.wikipedia.org/wiki/Return_on_Investment, 25.04.2006; Alexander, Z.; Wien.

151 Bieg, H./Kussmaul, H.; Externes Rechnungswesen, Wissenschaftsverlag Oldenbourg, 3. Auflage, München, Wien, 2003, S. 321.

Beim Return on Investment müssen bezogen auf Einzelinvestitionen wie das Projekt DCM die Rückflüsse der Investitionen bereits bekannt sein. Im DCM-Projekt ist dies mit der Pflegesatzerstattung gegeben. Somit ergibt sich folgende Berechnung:

$$ROI - \text{Totalerfolg (Rückflüsse)} : \text{Investitionskosten}$$

Der ROI wird damit für den gesamten Projektzeitraum berechnet und soll als Entscheidungskriterium dienen, ob die Amortisation in dem vom Unternehmen akzeptierten Zeitraum liegt. Der Kapitalwert wird damit für das Projekt DCM als Betrag gesehen, den man maximal für die Möglichkeit, die Investitionen durchzuführen, bezahlen kann ohne finanziell schlechter zu stehen als bei Verzicht auf die Investition. Damit ist der Kapitalwert für das DCM-Projekt der Grenzpreis für die Investitionsmöglichkeit.

Für das Projekt wurde aufgrund der zu verdeutlichenden gegenwärtigen Werte Ein- bzw. Auszahlungen auf die für Projektverfahren im Altenhilfebereich vereinfachte Summenformel zurückgegriffen:

$$ROI = \frac{\text{Erlöse} - \text{Kosten}}{\text{Eingesetztes Kapital}} \times 100$$

Neben der Betrachtung auf das mit 60–80 % in Kap 1.3 beschriebene hohe Verhältnis der Personalkosten zu den Gesamtkosten des Unternehmens steht die Betrachtung, Mitarbeitende als Erfolgsfaktor des Unternehmens zu sehen. Ein rein kostenorientiertes Personalmanagement entspricht nicht einer zeitgemäßen Bewertung von Projekten.¹⁵²

Mit Hilfe von Kennzahlen wird der Wertschöpfungsbereich des Human Resources Managements mess- und steuerbar. Für die Einführung internationaler Verfahren in Projekten – wie DCM – liegt die Bedeutung insbesondere darin, dem qualitativen Wertbeitrag auch einen quantifizierbaren Wertbeitrag beizustellen, um so die Akzeptanz bei Businesspartnern und anwendungsinteressierten Unternehmen zu

¹⁵² Pfister, Jürgen/Jakobi, Klaus; Unternehmenswertsteigerung durch Human Resources Management, In: Jahrbuch Personalentwicklung, Luchterhand Verlag, Köln, 2007, S. 32.

finden. Als problematisch erweist sich derzeit die aktuelle Diskussion um den unbefriedigenden theoretischen Entwicklungsstand vorliegender Bewertungskonzepte.¹⁵³

Für das Projekt gilt beispielhaft, wie für viele Projekte, die in Gestaltung und Steuerung im nationalen und globalen Wettbewerb¹⁵⁴ stehen, dass die Bedeutung des Humanpotenzials hilfreich ist, um zu kurz greifende, durch einen schnellen Vermarktungswunsch getriebene Bewertungsansätze zu verhindern. Damit werden betrieblicherseits Fehlinvestitionen, Enttäuschungen und schlimmstenfalls Fehlentscheidungen, die sich auf Mitarbeitende beziehen, vermieden.

Für das vorliegende Projekt wird daher die Diskussion um die Berechnungsart nicht betrachtet und nach der Saarbrücker Formel¹⁵⁵ von Scholz eine Berechnung durchgeführt.

Dabei spielen der marktliche Referenzwert, die Wissensrelevanzzeit, die Personalentwicklung und die Motivation eine bedeutsame Rolle.

Mit der Berechnung von Kapitalwert, Return on Investment und Human-Kapitalwert-Berechnung kann die Wirtschaftlichkeit des DCM-Verfahrens unter Einbezug qualitätsbezogener Aspekte dargestellt werden. Dabei werden die Ergebnisse der Untersuchung in Beziehung gesetzt. Der Aufwand für einzelne Posten kann von jeder anderen Einrichtung zu eigenen Berechnungen genutzt werden.

153 Marr, Rainer / Schoderer, Florian; Humankapitalbewertung als Herausforderung, In: Jahrbuch der Personalentwicklung, Luchterhand Verlag, München, 2007, S. 6.

154 Patzak, Gerold / Rattay, Günter; Projektmanagement, Linde Verlag, Wien, 2004, S. 454.

155 Scholz, C. / Stein, V. / Bechtel, R.; Human Capital Management, a. a. O., S. 223.

3.6 Projektphasen und Projektablauf

Um den Ablauf der Angehörigen- und Mitarbeitendenbefragung transparent und nachvollziehbar darstellen zu können, ist es notwendig, bestimmte Abläufe im Projekt zu Phasen zusammenzugliedern.

Die Besonderheit dieses Projektes liegt auch darin, dass die Projektphasen von einer unterschiedlich hohen Zeit- und Arbeitsbelastung geprägt sind. Die Projektphasen der Entwicklung, Durchführung und Auswertung einer Angehörigen- und Mitarbeitendenbefragung nimmt dabei den größten Zeiträumen ein. Die durch die Ergebnisse der Befragung entstehenden Bewertungen und Berechnungen und das Controlling über den gesamten Zeitraum der drei Paneluntersuchungen ist zeitlich für die Projektgruppe eine verhältnismäßig kleine Phase.

Die Darstellung der betriebswirtschaftlichen Bedeutung erfolgt aufgrund der für die Unternehmensbereiche wichtigen gewonnenen Daten und stellt damit lediglich eine EDV-gestützte Berechnung dar. Die Berechnung erfolgt automatisch mit Fertigstellung der Auswertung der Wirksamkeit von Maßnahmen – wie z. B. im Bereich Marketing – und ist damit quasi Bestandteil der Darstellung betriebswirtschaftlicher Auswirkungen des Verfahrens.

In der letzten Projektphase erfolgen alle notwendigen Maßnahmen aus dem Bereich der Qualitätssicherung, die Kontrolle, ob sich die Wirksamkeit der Maßnahmen aus der DCM-Verfahrensanwendung auch über eine längere Anwendungszeit unverändert abbildet und in allen Bereichen der Gesamteinrichtung als Entwicklungspotential einfügen lässt oder ob es Widersprüche und negative Auswirkungen in anderen Arbeitsbereichen auslöst. In diese Phase fällt auch die Festlegung der weiteren Controllingmaßnahmen.

3.6.1 Phasen der Angehörigenbefragung

Um den Erfolg der Angehörigenbefragung zu sichern, wurde die Befragung in fünf Abschnitte aufgeteilt:

1. Die Vorbereitung

Das Umfeld wird zielgerichtet auf die Befragung vorbereitet. Es werden Vorinformationen an die Arbeitsbereiche des Alten- und Pflegeheimes, an den Heimbeirat als Vertretungsorgan der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner und an die Angehörigen gerichtet.

2. Entwicklung des Fragebogens

Das Anschreiben und die Fragen des Fragebogens werden verfasst, geordnet und entsprechend den Bedürfnissen der ausfüllenden Personen formatiert. Für den Personenkreis ist z. B. ein extra großes Schriftbild notwendig. Es folgt die Erprobung des Fragebogens durch einen Pretest, nach dessen Auswertung noch einmal Verbesserungsvorschläge in einen neuen Fragebogen eingearbeitet werden.

3. Durchführung der Befragung – Erhebung der Daten

Hierunter ist der gesamte Prozess der Versendung oder persönlichen Übergabe des Fragebogens bis zur Annahme der Befragungsdaten zusammengefasst.

4. Analyse und Rückmeldung der Ergebnisse

Für das Projekt ist dies der wichtigste Abschnitt, weil sich hier Ergebnisse gestalten und präsentieren lassen.

5. Umsetzung und Evaluation¹⁵⁶

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse diskutiert, Schlussfolgerungen gezogen und Maßnahmen eingeleitet. Sie werden anschließend evaluiert.

In jedem der einzelnen Schritte wurde das Ablaufschema der jeweiligen Situation den Rahmenbedingungen angepasst. Die Phasen drei bis fünf wiederholen sich im Rahmen der Paneluntersuchung.

¹⁵⁶ Bewertung; Bestimmung des Wertes, Beurteilung, Dudenredaktion (Hrsg.), Brockhaus, Mannheim, 14. Auflage; 2000, S. 287.

3.6.2 Information

Die Information der Angehörigen, der Mitarbeitenden und aufgrund der bestehenden Trilogie – Demenzerkrankter, Angehöriger, Mitarbeitender – auch der Pflegebedürftigen ist ein Prozess, der im Projekt eine eigene Logistik erfordert und im gesamten Projekt immer begleitend ist. Die Informationsvorgänge beginnen bereits, wenn der Fragebogen noch nicht endgültig ausgearbeitet ist, gehen noch über die Durchführung bis zur Rückspiegelung der Ergebnisse hinaus, bis zu dem Zeitpunkt, an dem über die Handlungsfelder und von den daraus resultierenden Aktionen konzeptioneller Maßnahmen berichtet wird.

Die Ankündigungen sollen dazu dienen, die Angehörigen und Mitarbeitenden darüber zu informieren, dass eine Befragung durchgeführt werden soll und welchen Zwecken sie dienen soll. Dabei wird auch deutlich gemacht, dass die Befragung von der Einrichtungsleitung und den Bewohnerinnen und Bewohnern¹⁵⁷ sowie von der Mitarbeitendenvertretung¹⁵⁸ unterstützt wird.

Da in den Erhebungen in Teilen der Mitarbeitendenbefragung auf einen Fragebogen der Universität Bradford zurückgegriffen wird, ist auch die Rückspiegelung der Ergebnisse an vielfältiger Stelle notwendig:

- Information an die „DCM Internationale Implementationsgruppe“¹⁵⁹
- Information an die Projektleitung des örtlichen Projektes „DCM-gestützte Qualitätsentwicklung in der Sorge für Menschen mit Demenz in (teil)stationären Altenhilfeeinrichtungen des Kreises Minden-Lübbecke“
- Information an die örtlichen Vernetzungsbereiche im Rahmen des Projektes – z. B. Hausärztekreis Minden
- Information an Aufsichtsgremien wie Heimaufsicht

157 Vollmer, Dr. Rudolf J. u. a.; Das neue Heimgesetz 2002, AOK Verlag, Leipzig, 1. Auflage, 2001, S. 85.

158 Bien, D.; Problemanalyse durch Mitarbeiterbefragung – Arbeitshilfe für die Praxis sozialer Einrichtungen und Organisationen, Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, 1995, S. 39.

159 Brooker, Dawn / Surr, Claire; Dementia Care Mapping, Principles and practice, University of Bradford, Bradford, 2005, S. 47.

3.6.3 Datenerhebung, -aufbereitung und Ablauf

Nach Rückkehr der Fragebögen wird nach dem Rücksendeschluss eine Datenaufbereitung¹⁶⁰ durchgeführt. Die abgegebenen Fragebögen werden gesammelt, die Bewertung ausgezählt und anschließend mit dem Tabellenkalkulationsprogramm Excel der Firma Microsoft erfasst und ausgewertet.

Bei der Auswertung der Fragebögen kommen sowohl Mittelwertvergleiche als auch Säulen- bzw. Balkendiagramme für die Häufigkeitsverteilung zum Einsatz.¹⁶¹ Die Ermittlung des Mittelwertes ist eine Methode, die vor allem zum Einsatz kommt, um zwei oder mehrere Befragungsergebnisse in Vergleich zu setzen. Sie bedarf gegenüber der Form der Balkendiagramme einer ausführlichen Erläuterung.¹⁶²

3.6.4 Kritische Würdigung des Projektablaufes

Nach Durchführung und Auswertung der Angehörigen- und Mitarbeitendenbefragung ist deutlich geworden, dass alle Befragten mit dem Erhebungsinstrument gut umgehen konnten.

Bei der Angehörigenbefragung kam es bei einzelnen Fragen häufig zur Beantwortung „unklar/weiß ich nicht“. Es ist nicht nachvollziehbar, ob Angehörige hier die Frage selbst nicht eindeutig finden oder ob sie sich in ihrer persönlichen Einstellung unklar sind.

Der von der Projektgruppe erstellte Fragebogen geht zwar auf wichtige Ansätze in der befragten Organisation ein, jedoch erscheint es der Autorin im Nachhinein als kritisch, dass weder bei der Angehörigenbefragung noch im ersten Teil der Mitarbeitendenbefragung auf einen bereits sozialwissenschaftlich evaluierter Fragebogen zurückgegriffen wurde. So hätten Ergebnisse mit anderen Organisationen ähnlichen Typs im Sinne eines Benchmarking verglichen werden können.

160 Mayer, H.; Pflegeforschung kennenlernen – Elemente und Basiswissen, 2. Auflage, Facultas Verlag, Wien, 2001, S. 108.

161 Mayer, H.; a. a. O., S. 110.

162 Borg, I.; a. a. O., S. 188.

Dies wurde aber bewusst abgewogen und entschieden, die eigene Entwicklungsarbeit der Mitglieder des Projektteams nicht zu unterbrechen. Denn gerade bei der Umsetzung der Ergebnisse und der Darstellung der Bewertung betriebswirtschaftlicher Auswirkungen spezifischer Verfahren sollen die Projektteilnehmenden als Beteiligte und Multiplikatoren agieren.

Bei der Mitarbeitendenbefragung wurde deutlich, dass der Fragebogen im ersten Teil nicht deutlich genug auf die Forschungsfrage, hier insbesondere die persönliche Einstellung zum personenzentrierten Arbeiten und den notwendigen Aufwand, den Mitarbeitenden Hilfen für die Verfahrensanwendung zu geben, eingegangen wurde.

Aus den Ergebnissen des ersten Teils der Mitarbeitendenbefragung müssen daher zum Teil Schlussfolgerungen abgeleitet werden, die in der Interpretation einen hohen subjektiven Anteil haben. Es wurde also eine quantitative Erhebung durchgeführt, die aufgrund der subjektiven Interpretation dann qualitativ ausgewertet wurde. Diese Ergebnisse können also nicht zu einer Vergleichs- oder Kontrollgruppe gespiegelt werden, sind aber dennoch geeignet, verfahrensspezifische Maßnahmen für Mitarbeitende in der Altenhilfe abzuleiten.

4 Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte über Excel 1997 nach den Maßgaben der wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Erarbeitungen von Statistiken.¹⁶³ Bei der Auswertung der Angehörigenbefragung wurde zunächst ein Zufriedenheitsdurchschnitt berechnet. Dieser Zufriedenheitsindex wurde in Beziehung gesetzt zur angewandten personenzentrierten Pflege mit vorhandenen Kenntnissen von DCM. Der Verlauf bei langjähriger Anwendung von DCM kann insbesondere nach der dritten und letzten Befragung ermöglicht werden. Die Auswertung der zweiten Befragung konzentriert sich insbesondere darauf, inwieweit sich Änderungen bzw. Verbesserungen bei den Bewertungen der Angehörigen zur Halbzeit des Projektes ergeben haben.

Die Auswertung der Mitarbeitendenbefragung erfolgte ebenfalls über Excel 1997. Die Antworten des ersten Teils der Befragung sind auf die spezielle Situation der befragten (teil-)stationären Einrichtungen ausgerichtet. Es soll konkret ermöglicht werden, noch offenen einrichtungsspezifischen Wissens- und Fortbildungsbedarf zu erfassen. Im zweiten und dritten Teil in den Approaches to Dementia Questionnaire soll die Verhaltens- und Einschätzungsqualität der Mitarbeitenden gemäß des Verfahrens DCM erfasst werden. Die Daten zeigen, ob die im Rahmen von DCM geleisteten Fort- und Weiterbildungen, die Informations- und Kommunikations- teile sowie die organisationalen Veränderungen und das daraus verfügbare Wissen qualitativ umgesetzt werden kann. Durch den Vergleich der angewandten Mittel und der Bewertung der Umsetzungsqualität kann eine betriebswirtschaftliche Vergleichsrechnung ermöglicht werden.

4.1 Ergebnisse der Erhebungen

Die Ergebnisse der zweiten Erhebung wurden im Mai 2007 festgehalten. Die Befragung der Mitarbeitenden und Angehörigen erfolgte in den jeweiligen Paneluntersuchungen zeitgleich, nachdem erste Basisschulungen und Informationsveranstaltungen stattgefunden hatten.

¹⁶³ Bamberg/Bauer; Statistik; Oldenburgs Lehr- und Handbücher der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Wissenschaftsverlag Oldenburg 1991.

Bei der ersten Paneluntersuchung wurden 71 Mitarbeitendenbefragungen und 82 Angehörigenbefragungen durchgeführt. Zum Abgabeschluss am 01.03.2006 waren 36 Mitarbeitendenbefragungen (entspricht 50,7 %) und 39 Angehörigenbefragungen (entspricht 47,58 %) zurückgegeben.

Bei der zweiten Untersuchung waren 71 Mitarbeitendenbefragungen und 119 Angehörigenbefragungen durchgeführt worden. Zum Abgabeschluss am 01.03.2007 waren 40 Angehörigenfragebögen (33,6 %) und 26 Mitarbeitendenfragebögen (36,61 %) zurückgegeben worden.

4.1.1 Ergebnisse der Angehörigenbefragung

In der ersten Auswertung des Fragebogens für Angehörige wird in erster Linie auf die Bezugsetzung der Frage von Organisation und Umsetzung personenbezogener Pflege Wert gelegt. Auf folgende Bezugsetzungen wurde besonderer Wert gelegt:

1. Wie verhält sich die Zufriedenheit der Angehörigen in Bezug auf die räumlichen Bedingungen in der stationären Versorgung zur Frage, inwieweit dem Demenzerkranken die eigene Entscheidung ermöglicht wird?
2. Wie verhalten sich die Mitarbeitenden in Bezug auf die Wünsche des Demenzerkranken zu dem Eingehen auf Beschwerden der Angehörigen?
3. Wie verhalten sich Absprachen der Angehörigen mit dem Pflegepersonal zum Sicherheitsempfinden des Demenzerkranken?

Zur Bezugsetzung, wie verhält sich die Zufriedenheit der Angehörigen in Bezug auf die räumlichen Bedingungen in der stationären Versorgung zur Frage, inwieweit dem Demenzerkranken die eigene Entscheidung ermöglicht wird, wurde deutlich, dass ein Zusammenhang besteht. Die Zufriedenheit der Angehörigen steigt mit der Entscheidungswahl, die dem Demenzerkranken gewährt wird.

1. Statistische Kennzahlen		
	räumliche Bedingungen	Wahlmöglichkeiten
Anzahl Fragebögen	18	18
Mittelwert	1,94	2,11
Varianz	0,29	0,93
Korrelation	0,352236092	

Abb. 6: Berechnung der Zufriedenheit der Angehörigen mit den räumlichen Bedingungen zur Entscheidungsfreiheit des Demenzerkrankten.

Bei der Betrachtung der beiden Bewertungspunkte fällt auf, dass von 39 abgegebenen Fragebögen nur 18 Angehörige auf diese beiden Fragen auswertbare Antworten gegeben haben.

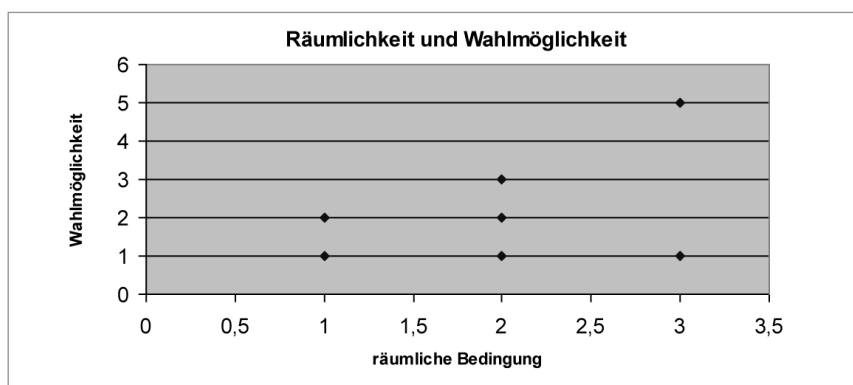


Abb. 7: Berechnung der Zufriedenheit der Angehörigen mit den räumlichen Bedingungen zu Entscheidungsfreiheit des Demenzerkrankten.

Trotz der geringen Beantwortung der Frage ist statistisch gesehen ein positiver Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit der Angehörigen mit den räumlichen Bedingungen und der Entscheidungsfreiheit, die dem Demenzerkrankten durch die Mitarbeitenden gegeben wird, zu erkennen. Diese Frage steht in der Bedeutung, zu erfassen, inwieweit Arbeitskreise und daraus erfolgte Erkenntnisse unter dem DCM-Verfahren positive Gegebenheiten – hier die Räumlichkeiten – und die Bedürfnisbefriedigung der Erkrankten durch von Mitarbeitenden geleitete fachliche Betreuung genutzt werden.

Bei der Frage „Wie verhalten sich die Mitarbeitenden in Bezug auf die Wünsche des Demenzerkrankten zu dem Eingehen auf Beschwerden der Angehörigen?“ war im Verhältnis zu der Beantwortungshäufigkeit der anderen Befragungspunkte auch hier die Beantwortungshäufigkeit gering.

1. Statistische Kennzahlen		
	Eingehen auf Wünsche	Eingehen auf Beschwerden
Anzahl Fragebögen	20	20
Mittelwert	2	2,1
Varianz	0,53	0,94
Korrelation	0,899438027	

Abb. 8: Berechnung des Verhältnisses vom Eingehen der Mitarbeitenden auf die Wünsche der Demenzerkrankten zum Eingehen auf die Beschwerden der Angehörigen.

Die Berechnung zeigt mit dem Mittelwert eine große Zufriedenheit der Angehörigen in der Sicht, wie mit den Wünschen der Demenzerkrankten und den Beschwerden der Angehörigen umgegangen wird.

Diese Fragestellung hat besondere Gewichtung, um herauszufinden, inwieweit bedürfnisorientierte Pflege und die daraus rekrutierenden Maßnahmen – wie Basis-schulungen des DCM – im Zielbereich der personenzentrierten Pflege Auswirkung zeigen.

Eingehen auf Beschwerden	Eingehen auf Wunsch					
		1	2	3	4	5
	1	4	1	0	0	0
	2	0	10	0	0	0
	3	0	2	2	0	0
	4	0	0	0	0	0
	5	0	0	0	1	0
Summe		4	13	2	1	0

Abb. 9: Anzahl der Beantwortung der Frage des Eingehens der Mitarbeitenden auf die Wünsche der Demenzerkrankten zum Eingehen auf die Beschwerden der Angehörigen.

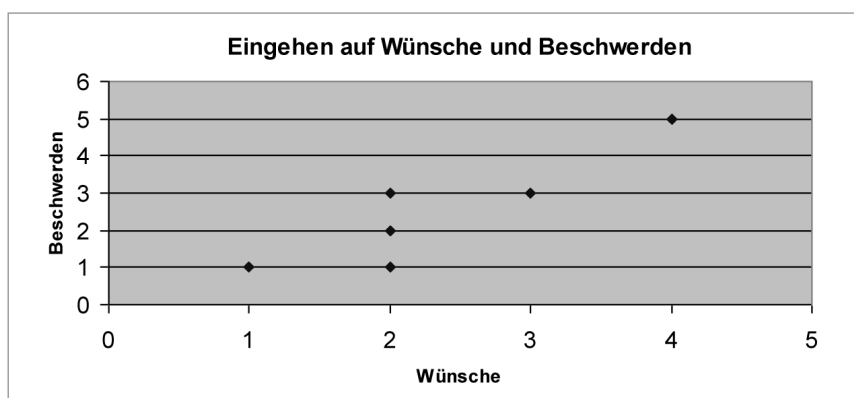


Abb. 10: Darstellung der Frage des Eingehens der Mitarbeitenden auf die Wünsche der Demenzerkrankten zum Eingehen auf die Beschwerden der Angehörigen.

In der Statistik zeigt sich ein starker positiver Zusammenhang zwischen dem Eingehen der Mitarbeitenden auf die Wünsche der Demenzerkrankten und dem Eingehen auf die Beschwerden der Angehörigen.

Bei der Auswertung der Frage „Wie verhalten sich Absprachen der Angehörigen mit dem Pflegepersonal zum Sicherheitsempfinden der Demenzerkrankten?“ ist zu bedenken „Wie erfolgreich war einerseits das Einbeziehen der Angehörigen in die

Arbeit mit ihrer oder ihrem Demenzerkrankten, andererseits die Maßnahmen der Arbeitskreise, wie z. B. gerontopsychiatrische Standards/Validation?¹⁶⁴

1. Statistische Kennzahlen		
	Einhalten von Absprachen	Sicherheit
Anzahl Fragebögen	24	24
Mittelwert	1,88	1,83
Varianz	0,38	0,41
Korrelation	0,613006034	

Abb. 11: Berechnung der Frage nach dem Einhalten von Absprachen der Angehörigen mit den Mitarbeitenden in Bezug zur Sicherheit in der stationären Pflege.

Auf diese Fragen haben in der ersten Befragung 24 Personen geantwortet. Der hohe Mittelwert zeigt die sehr gute Bewertung beider Fragestellungen.

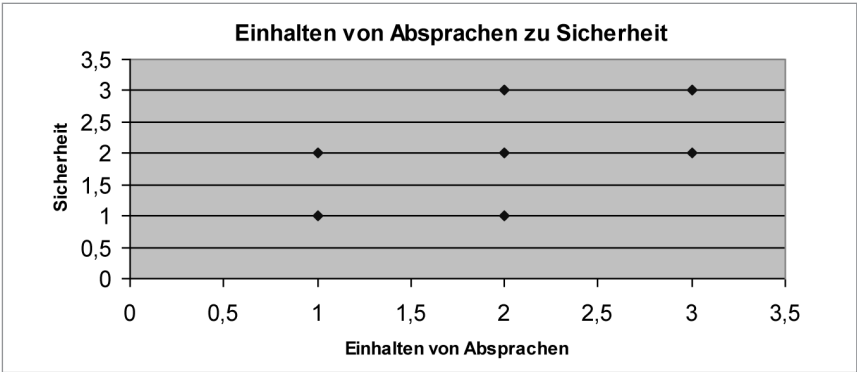


Abb. 12: Verhältnis von Absprachen der Angehörigen mit dem Pflegepersonal zum Sicherheitsempfinden des Demenzerkrankten.

164 www.integrative-validation.de.

Die Darstellung zeigt einen starken positiven Zusammenhang zwischen dem Einhalten von Absprachen und der empfundenen Sicherheit Demenzerkrankter.

In der zweiten Befragung wurden die Fragen nach dem Eingehen der Einrichtung auf die Wünsche des Erkrankten, das Eingehen der Pflegekräfte auf Beschwerden der Angehörigen, die derzeitige Lebensqualität des Erkrankten, das Einhalten von Absprachen, die die Angehörigen mit den Pflegekräften getroffen haben und die Reaktion der Pflegekräfte in dringenden Fällen bei den Erkrankten unter dem Stichwort Lebensqualität zusammen bewertet und verglichen.

1. Statistische Kennzahlen 2006 – 1. Befragung		
	Punkte von 3-7	Lebensqualität
Anzahl Fragebögen	27	27
Mittelwert	1,954814815	2,481481481
Varianz	0,42507208	0,874643875
Korrelation	0,324058741	

Abb. 13: Bewertung der Lebensqualität 2006.

1. Statistische Kennzahlen 2006 – 2. Befragung		
	Punkte von 3-7	Lebensqualität
Anzahl Fragebögen	21	21
Mittelwert	1,70047619	2,19047619
Varianz	0,228634762	0,861904762
Korrelation	0,535922961	

Abb. 14: Bewertung der Lebensqualität 2007.

Im Vergleich zeigt sich eine Verbesserung des Mittelwertes von 2,48 auf 2,1; in der Varianz eine Verbesserung von 0,87 auf 0,86.

In der Auswertung der zweiten Befragung und Bezugsetzung der Auswertung der einzelnen Befragungspunkte ergibt sich im Vergleich zur ersten Befragung mit einer Ausnahme eine geringe Verbesserung in jedem Befragungspunkt.

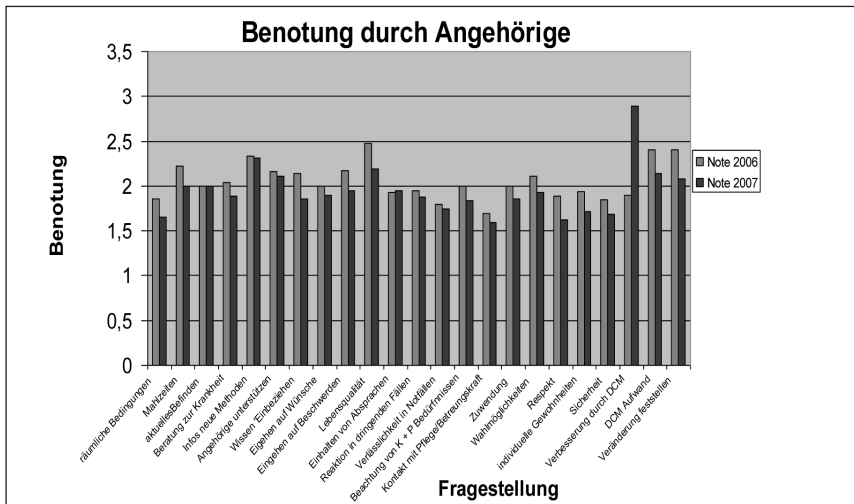


Abb. 15: Vergleich Bewertung 2006 und 2007 Angehörigenbefragung.

Von besonderer Bedeutung sind dabei folgende Veränderungen:

- Die Informationen, die zu DCM gegeben wurden, sind im Vergleich zur ersten Befragung von 2,33 auf 2,31 im Mittelwert verbessert.
- Die Möglichkeit, die Erkrankten bei den Aktivitäten zu unterstützen, verbesserte sich im Mittelwert von 2,16 auf 2,11.
- Die Möglichkeit, das Wissen der Angehörigen in die Betreuung und Pflege mit einzubeziehen, wurde von 2,14 auf 1,86 im Mittelwert verbessert.
- Das Eingehen auf Wünsche, Beschwerden und die Zusammenfassung wurden bereits in der Berechnungskorrelation aufzeigt.
- Das Einhalten von Absprachen verschlechterte sich von 1,93 auf 1,95 im Mittelwert.

- Die Reaktion in dringenden Fällen, wie z. B. Rufen und Schreien der Erkrankten, verbesserte sich von 1,95 auf 1,88 im Mittelwert.
- Die Verlässlichkeit in Notfällen und die Beachtung der körperlichen und psychischen Bedürfnisse wurden von 1,8 auf 1,75 bzw. von 2 auf 1,75 im Mittelwert verbessert.
- Der Kontakt der Angehörigen zu den Pflege- und Betreuungskräften wurde von 1,69 auf 1,59 im Mittelwert verbessert.
- Personenzentrierte Elemente – wie Zuwendung, Wahlmöglichkeiten, Respekt, individuelle Gewohnheiten und Sicherheit – wurden um durchschnittlich 0,2 Punkte im Mittelwert verbessert.
- Dagegen ist die Verbesserung durch DCM mit einer Verschlechterung von 1,9 auf 2,89 im Mittelwert bewertet worden.
- Der Aufwand durch DCM wurde mit 2,14 im Vergleich zu 2,4 im Vorjahr als geringer bewertet.

4.1.2 Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung

In den drei Teilen der Mitarbeitendenbefragung und zu den in Punkt 3.3 beschriebenen Zielen wurden Fragen aus allen drei Teilen untersucht. In ihrer Zusammenstellung sollen sie Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Berechnungen zu folgenden Schwerpunkten ermöglichen:

Teil 1:

Nebenwirkungen des personenzentrierten Arbeitens und offene Aufgaben in Bezug auf Information und Wissensmanagement.

Teil 2 und Teil 3:

Abbildung der Qualitätssteigerung durch Anwendung spezieller Verfahren. Hier wurde eine Messung vorgenommen, inwieweit die bisher eingesetzten Ergebnisse der Arbeitskreise auf die Anwendung des Verfahrens Auswirkung haben.

Im **ersten Teil** der Mitarbeitendenbefragung ist der Blick insbesondere auf die untersuchten Einrichtungen selbst gerichtet. Es sollen Erkenntnisse gewonnen werden, welche Elemente noch Defizite aufweisen und welche Prozesse noch gesteuert werden müssen.

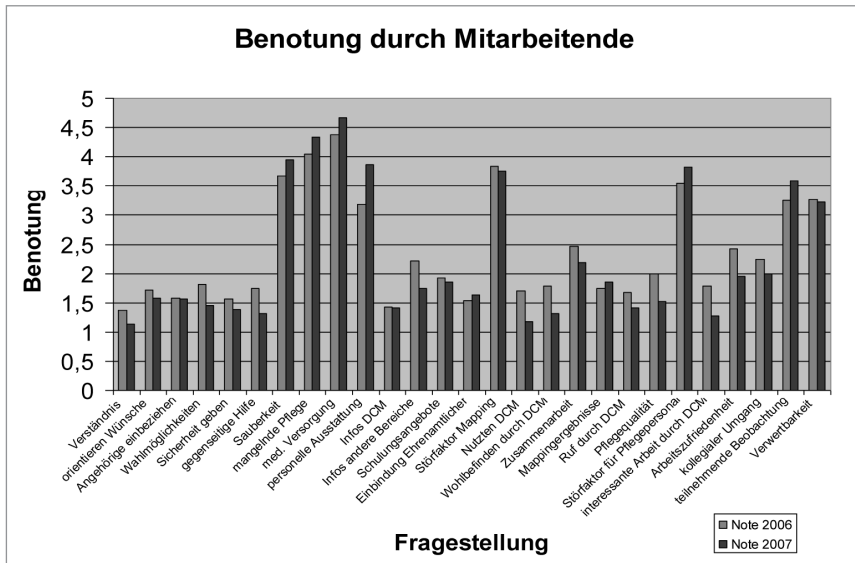


Abb. 16: Fragebogenteil 1: Persönliche Einschätzung der Mitarbeitenden zu DCM.

Die persönliche Einschätzung der Mitarbeitenden zu DCM zeigt, wo sich im laufenden Projekt unter der DCM-Anwendung Veränderungen ergeben haben:

- In Bezug auf Verständnis und Respekt gegenüber Menschen mit Demenz, dem Einbeziehen der Angehörigen, der Wahlmöglichkeit beim Essen, wie Mitarbeitende dem Demenzerkrankten Sicherheit und Geborgenheit geben und wie sich Mitarbeitende untereinander helfen, wurden im Durchschnitt mit 0,2 Punkten im Mittelwert Verbesserungen ermittelt.

- In Bezug auf Unstimmigkeiten in der Pflege – z. B. wegen mangelnder Sauberkeit, angeblich mangelnder Pflege, medizinischer Versorgung und personeller Ausstattung – ist ein deutlicher Anstieg von durchschnittlich 0,4 Mittelwertpunkten zu erkennen, dass die Mitarbeitenden nicht zustimmen können, dass vermehrt Spannungen und Unstimmigkeiten aufgetreten sind.
- Die Bewertung, ob die bisherigen Schulungsangebote und Supervisionsmöglichkeiten ausreichen, wurde im Vergleich zur ersten Befragung mit 1,4 gleich beurteilt.
- Die Einbindung von Ehrenamtlichen ist von 2,22 auf 1,74 im Mittelwert verbessert worden.
- Die Kontrollfragen, ob das Mapping im DCM-Verfahren für den Demenzerkrankten einen Störfaktor darstellt, wird von den Mitarbeitenden in der ersten Befragung mit 3,84 bewertet, was bedeutet, dass die Mitarbeitenden hier nur bedingt zustimmen und damit das Mapping nicht als Störfaktor gesehen wird. Dieser Wert ist nur geringfügig auf 3,76 gesunken.
- Dies wird durch die Gegenkontrolle bestätigt, durch die Untersuchung, ob die teilnehmende Beobachtung der Mapper die Pflegewirklichkeit verfälscht, wird mit 3,26 in der ersten Befragung und 3,59 im Mittelwert der zweiten Befragung so beurteilt, dass eine teilnehmende Beobachtung die Pflegewirklichkeit aus Sicht der Mitarbeitenden noch weniger nicht verfälscht als das beim ersten Mal beurteilt wurde.
- Die Frage, ob die Mappings nur bedingt verwertbar sind, wurde mit 3,2 in den Befragungen fast unverändert bewertet, was aussagt, dass in der objektiven Bewertung die Mitarbeitenden in den Mappings eine stark positive Auswirkung sehen.
- Damit bestätigen die Kontrollfragen die Beurteilung, dass der Gesamtnutzen des DCM-Verfahrens mit 1,7 sehr hoch bewertet wird und in der zweiten Befragung noch auf 1,18 gestiegen ist.
- Bei der Frage, ob sich aus den Mappingergebnissen ein spezieller Fortbildungsbedarf entwickeln wird, liegt die Zustimmung mit 1,74 sehr hoch. Dieser Wert hat sich auf 1,86 erhöht, womit zum Ausdruck kommt, dass der Fortbildungsbedarf zum Befragungszeitraum nicht mehr so hoch gesehen wird.

- Durch das DCM-Verfahren wird die Arbeit mit Demenz interessanter und steht in der Bewertung mit 1,79 ebenfalls sehr hoch. Sie ist in der zweiten Befragung noch auf 1,27 gestiegen und zeigt das hohe Interesse an der Anwendung.
- Die Antworten auf die Fragen nach der Information über DCM an andere Berufsbereiche – wie Ärzte – mit der Bewertung von 2,22 und den Einfluss auf die Zusammenarbeit in den Hierarchien, liegen mit 2,42 im mittleren Beurteilungsfeld. Hier ist die Bewertung in der zweiten Befragung um 0,4 Punkte im Mittelwert verbessert, das heißt, hier wird eine Verbesserung der Zusammenarbeit bewertet.

Die Teile zwei und drei sind Bestandteile der Approaches to Dementia Questionnaire.

Im **Teil zwei** werden Fragen zur Einstellung der Mitarbeitenden vorgegeben.

- In der Frage, ob es im Umgang mit Menschen mit Demenz wichtig ist, sich an einen strengen Tagesablauf und eine strenge Routine zu halten, ist die „weder/ noch“-Beurteilung mit 3,33 im Mittelwert in der zweiten Befragung überwiegend. In der ersten Befragung wurde dieser Wert mit 3,46 geringfügig mehr in Sicht auf Ablehnung beurteilt.
- Die Frage, ob Menschen mit Demenz Kindern sehr ähnlich sind, wird mit 3,43 im Mittelwert abgelehnt. In der ersten Befragung liegt der Mittelwert bei 3,31 im Aussagebereich, dass Mitarbeitende dieser These weder/ noch zustimmen können und es individueller Beurteilung bedarf.
- Die Meinung, dass es für Menschen mit Demenz keine Hoffnung gibt, stößt in der zweiten Befragung mit 3,76 im Mittelwert auf eine große Ablehnung. Diese Bewertung war mit 4,2 im Mittelwert bei der ersten Befragung noch höher.
- Zur Sichtweise, dass Menschen mit Demenz nicht in der Lage sind, Entscheidungen für sich selbst zu treffen, wird in der zweiten Befragung mit 3,14 im Mittelwert die „weder/ noch“ Beurteilung gegeben und hat sich mit 3,29 im Mittelwert zur ersten Befragung kaum geändert.
- Mit einer 2 im Mittelwert ist zur These, dass es für Menschen mit Demenz wichtig ist, dass sie ihre Zeit mit stimulierenden und unterhaltsamen Aktivitäten

verbringen können, wurde auf eine Zustimmung der Mitarbeitenden verzeichnet. Sie weicht mit 1,96 nur gering von der Bewertung der ersten Befragung ab.

- Mit 1,95 im Mittelwert stimmen die Mitarbeitenden zu, dass es wichtig ist, dass man Menschen mit Demenz in ihrem Alltagsleben soviel Wahlmöglichkeit wie möglich bietet. Bei der ersten Befragung lag der Mittelwert mit 2,21 noch etwas höher.
- Mit 4,11 im Mittelwert lehnen Mitarbeitende ab, dass man für Menschen mit Demenz nichts tun kann, außer sie sauber zu halten, und es ihnen so angenehm wie möglich zu machen. Diese Bewertung war mit 4,43 im Mittelwert bei der ersten Befragung getroffen worden.
- Völlige Zustimmung geben mit 1,38 im Mittelwert die Mitarbeitenden bei der Sichtweise, dass Menschen mit Demenz wahrscheinlich dann zufriedener sind, wenn man ihnen Verständnis entgegenbringt und ihnen Bestätigung gibt. Die erste Auswertung ergab einen Mittelwert von 1,31.
- Dass dort, wo bei einer Person eine Demenz sich zeigt, es unvermeidbar bergab geht, wird mit 3,19 im Mittelwert abgelehnt. Der Mittelwert in der ersten Auswertung lag bei 3,46.
- Mit 1,19 im Mittelwert stimmen in der zweiten Befragung die Mitarbeitenden zu, dass Menschen mit Demenz das Bedürfnis haben, sich respektiert zu fühlen so wie jeder andere auch. Hier ist im Vergleich zur ersten Auswertung mit 1,14 im Mittelwert eine fast gleiche Bewertung gegeben worden.
- Dass eine gute Demenzpflege beinhaltet, dass man sich um die psychischen Bedürfnisse einer Person genauso kümmert wie um ihre körperlichen Bedürfnisse, wurde mit 1,29 im Mittelwert in der zweiten Befragung deutlich gemacht. Auch diese Bewertung liegt mit 1,11 in der ersten Auswertung nah am zweiten Auswertungsergebnis.
- Im Mittelwert von 3,43 gibt es bei der zweiten Befragung keine eindeutige Zustimmung oder Ablehnung zur Aussage, es sei nicht wichtig, dass für die Bewohnerinnen und Bewohner nicht zuviel Zuneigung entwickelt wird. Der Mittelwert der ersten Bewertung lag bei 3,61.
- Der Mittelwert von 4,62 zeigt eine völlige Ablehnung zur Sichtweise, dass es nicht wichtig ist, was man den Menschen mit Demenz sagt, weil sie es sowieso wieder vergessen. Dieser Wert lag bei der ersten Auswertung mit annähernd 4,68 gleich.

- Mit 1,76 stimmen die Mitarbeitenden zu, dass Menschen mit Demenz häufig gute Gründe dafür haben, sich so zu benehmen, wie sie es tun. Bei der ersten Befragung ergab die Auswertung einen Mittelwert von 1,64.
- Mitarbeitende stimmen mit 1,38 im Mittelwert völlig zu, dass es sehr angenehm sein kann, Zeit mit Menschen mit Demenz zu verbringen. In der ersten Auswertung lag der Mittelwert mit 1,63 deutlich schlechter.
- Weiter stimmen die Mitarbeitenden in der zweiten Befragung mit 1,2 im Mittelwert völlig zu und meinen es sei wichtig, Menschen mit Demenz mit Einfühlungsvermögen und Verständnis zu begegnen. In der ersten Auswertung lag der Mittelwert bei 1,11.
- Mit 1,43 im Mittelwert meinen bei der zweiten Befragung die Mitarbeitenden, dass es eine Menge Dinge gibt, die Menschen mit Demenz tun können. Hier ist der Wert mit der ersten Befragung gleich geblieben.
- Abschließend meinen die Mitarbeitenden mit 1,48 im Mittelwert, dass die Menschen mit Demenz ganz gewöhnliche Menschen sind, die für die Erfüllung ihrer Bedürfnisse das besondere Verständnis anderer Menschen benötigen. Die Bewertung der ersten Befragung ergab im Mittelwert 1,44.

Der **Teil drei** der Mitarbeitendenbefragung erforscht, wie sich Mitarbeitende in verschiedenen Situationen verhalten würden.

Hier steht die Untersuchung, wie erfolgreich sich die Maßnahmen der Schulung, Information und Personalentwicklung auswirken, wie hoch also die Verfahrensanwendung gegenüber anderen Ausführungsmöglichkeiten sind, im Vordergrund.

Die Berechnung zeigt an, inwieweit sich die offensichtlichen Konstrukte bezüglich Pflege und Betreuung verändert haben. In der Gerontopsychiatrie werden vier Hauptkonstrukte angenommen, die mit den Buchstaben B, D, M, N kodiert werden.¹⁶⁵

¹⁶⁵ Anhang 1: Approaches to Dementia Questionnaire.

Dabei bezeichnet B den behavioristischen oder verhaltenstherapeutischen Ansatz, D den Ansatz der positiven Personenarbeit, der dem DCM-Verfahren zugrunde liegt, M das medizinische Modell, bei dem körperliche Ursachen im Vordergrund stehen und N den Normalisierungsansatz, wo keine besonderen Zugeständnisse an die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz berücksichtigt werden.

Ziel ist demnach, einen möglichst hohen Anteil von D, dem der positiven Personenarbeit, zu erhalten und zu behalten.

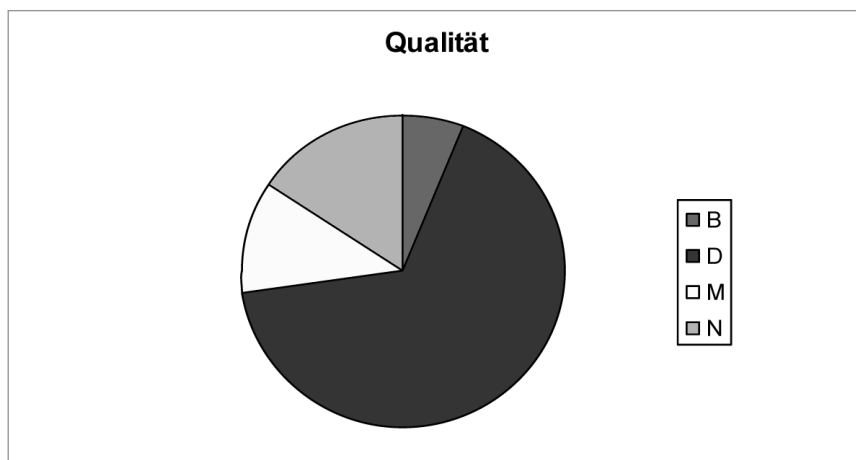


Abb. 17: Ergebnis der Mitarbeitendenbefragung zu den Approaches to Dementia Questionnaire in der 1. Paneluntersuchung (eigene Darstellung).

	B	D	M	N
ADQ_Qualität_06	6,12%	66,76%	11,66%	15,45%
ADQ_Qualität_07	9,41%	66,67%	9,41%	14,51%

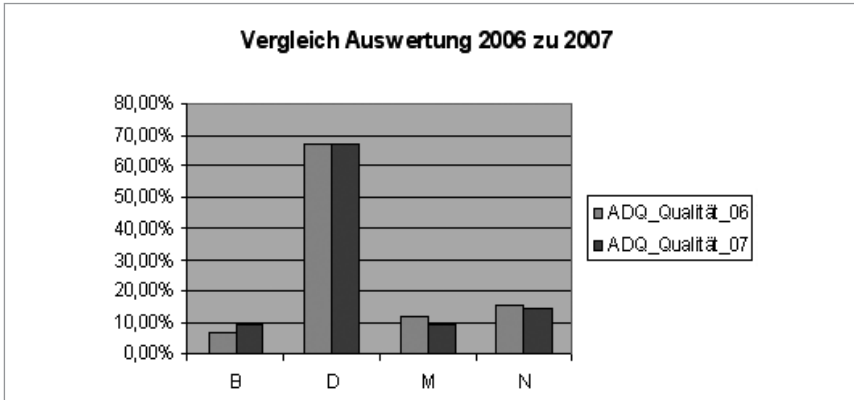


Abb. 18: Vergleich Auswertung ADQ_Qualität 2006 zu 2007 (eigene Darstellung).

In der ersten Paneluntersuchung ergab die Mitarbeitendenbefragung, dass nach den erfolgten Basisschulungen 66,76 % der Mitarbeitenden dem im DCM-Verfahren grundlegenden Ansatz der personenzentrierten Pflege folgen. Mit 66,67 % ist in der zweiten Befragung eine fast gleiche Positionierung der Mitarbeitenden vorhanden.

Auffallend ist, dass der im DCM-Verfahren eher unerwünschte Normalisierungsansatz mit 15,45 % noch 3,79 % über dem medizinischen Ansatz liegt. In der zweiten Befragung ist er auf 14,51 % gesunken. Beim Normalisierungsansatz werden gemäß der Approaches to Dementia Questionnaire dem Demenzerkrankten keine besonderen Zugeständnisse gemacht.

Für die Auswertung kann auch der mit 6,12 % vergleichsweise niedrige verhaltenstherapeutische Ansatz, bei dem ein Kennzeichen die besserwisserische und bevormundende Behandlung ähnlich einem Kleinkind ist, Rückschlüsse auf die Personalentwicklung zulassen. Dieser Wert stieg in der zweiten Befragung auf 9,41 %. Ebenfalls auf 9,41 % sank der Wert bei der zweiten Befragung in Bezug auf den medizinischen Ansatz.

4.2 Interpretation

Um eine hohe Objektivität bei der Darstellung der Ergebnisse zu gewährleisten, soll die Interpretation von der Darstellung der Ergebnisse getrennt sein.¹⁶⁶ Ziel ist, die Ergebnisse der Angehörigen- und Mitarbeitendenbefragung in Beziehung zu geleisteten und noch notwendigen Maßnahmen in Bezug auf die Akzeptanz-, Lern- und Transferkriterien in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu ergreifen, monetär zu bewerten und dadurch Handlungsansätze für weitere Steuerungsaspekte zu erhalten.

Diese Ergebnisse werden in den Bereichen Organisation, Personal, Information, Kommunikation, Bedürfnisorientierung und Wissensmanagement in betriebswirtschaftliche Berechnungen – wie z. B. Humankapitalwertberechnung – zur Verfügung gestellt und den Einrichtungsleitungen im örtlichen Vernetzungsprojekt zur Verfügung gestellt. Für den Projektgeber ist damit eine Entscheidungsmöglichkeit für weitere unternehmerische Aktivitäten ermöglicht. Des Weiteren werden die Ergebnisse der Befragung für weitere pflegewissenschaftliche Hochschularbeiten zur Verfügung gestellt. Die nachfolgende Interpretation soll auch eine betriebswirtschaftliche Aussage auf Berechnungsgrundlage der Befragungsergebnisse ermöglichen. Die Interpretation der dargestellten Ergebnisse wird unter 4.3 Schlussfolgerungen vorgenommen.

166 Mayer, H.; Pflegeforschung kennenlernen – Elemente und Basiswissen; 2. Auflage, Wien, Facultas Verlag, 2001, S. 137.

4.3 Schlussfolgerungen

Aus den durchgeführten Befragungen ergab sich, dass die Anwendung eines Verfahrens, das nachweislich eine Erhöhung der Qualität in der Pflege Demenzerkrankter bewirkt,¹⁶⁷ auch Auswirkungen auf die erforschten Bereiche hat:

Organisation und Personalentwicklung

Aus den drei Säulen der Personalentwicklung: Bildung, Förderung und Arbeitsstruktur kann sich ein multidimensionaler und multidisziplinärer Personaleinsatz ergeben, der nach den Ergebnissen der Angehörigenbefragung zu einer hohen Zufriedenheit mit der Arbeit an Demenzerkrankten führt.

Um die verschiedenen Anspruchsziele der Personalentwicklung miteinander zu verbinden und die Ausführung verschiedener Verfahren in der Anwendung umsetzbar zu machen, ist eine multidisziplinäre Personalentwicklung nötig.¹⁶⁸ Multidisziplinäre Personalentwicklung beschreibt, dass verschiedene Professionen entsprechend den Aufgabenerfordernissen die verschiedenen berufsspezifischen Arbeitsaufgaben erfüllen.¹⁶⁹ In der (teil-)stationären Altenhilfe beinhaltet Personalentwicklung damit die individuelle Förderung der Anlagen und Fähigkeiten der einzelnen Unternehmensmitglieder in ihrer jeweiligen Profession, z. B. Pflegekräfte, Ärzte, Hauswirtschaft, Pädagogen, Qualitätsmanager.

Personalentwicklung bezieht sich damit in ihrer Zielerfüllung allein auf die Verbesserung des Leistungspotenzials. Im Bereich der multidisziplinären Personalentwicklung spielen die hierarchischen Stufen des Unternehmens keine Rolle.

Multidimensionaler Personaleinsatz bedeutet, dass Mitarbeitende in mehreren Pflegefunktionen – z. B. Grundpflege, Behandlungspflege und personenzentrierte Pflege – Aufgaben erfüllen wie auch für verschiedenen Anspruchsgruppen – z. B. Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und Ärzte – tätig sind.

167 Rüsing, Detlef; Die Reliabilität und Validität des Beobachtungsinstruments DCM, „Dementia Care Mapping“, Literaturanalyse im Rahmen einer Bachelorarbeit, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten / Herdecke, Werne, S. 37, 2001.

168 www.bebb.de/redaktion/altenpflege_saarland/literatur/verwirrte_01.htm, Ebbecke, Bastian / Bebb; Hannover, 30.05.2006.

169 Hentze, J. / Kammel, A.; Personalwirtschaftslehre 1, Paul Haupt Berns Verlag, 7. Auflage, Bern, 2001.

Innerhalb der Organisation müssen die Mitarbeitenden zudem in ihren verschiedenen Aufgabenstellungen verschiedenen Organisationsbereichen zuarbeiten – z. B. Controlling, Marketing und Qualitätssicherung. Eine weitere Dimensionale entsteht durch Berücksichtigung der hierarchischen Stufen im Unternehmen.

Daraus ergibt sich für die Personalentwicklung der Anspruch, dass alle Maßnahmen der Personalentwicklung geplant, sich aufeinander beziehend, in nachvollziehbaren Phasen und Schritten sowie in unbedingter Abstimmung mit den Unternehmenszielen anhand der gegebenen Möglichkeiten, Gegebenheiten und Ressourcen erfolgen müssen. Ausgehend von den Grundannahmen,¹⁷⁰ dass Mitarbeitende grundsätzlich ein eigenes Interesse daran haben, sich beruflich weiterzuentwickeln und sich das Interesse mit den betrieblichen Bedürfnissen überschneidet, hat Personalentwicklung die Aufgabe, in der multidimensionalen Personeneinsatzvielfalt die Entwicklung der Organisation und die persönliche Entwicklung der Mitarbeitenden zusammenzufügen und gleichermaßen zu beachten.

Die sich aus der Bewertung ergebende hohe Ausführung der personenzentrierten Pflege veranschaulicht, wie wirksam Grundkenntnisse sind. Im Rahmen der Personalbildung kann DCM in die einrichtungsinternen Einarbeitungskonzepte mit aufgenommen werden oder spezielle Hospitationstage für den Einblick in den Arbeitsbereich ermöglicht werden.

In der Verfahrensanwendung DCM ist aufgrund der Multidimensionalität und multidisziplinären Weise die Supervision im Sinne von „zum Nachdenken bringen“ implementiert. Dabei stehen die Verarbeitung von Spannungen und Konflikten sowie die Kompensation von Enttäuschungen im Vordergrund. Während im Vergleich dazu beim Coaching die Leistungsfähigkeit im Vordergrund steht, ist beim DCM-Verfahren die Zielsetzung, mehr den Menschen bei der solidarischen Lösung von Problemen zu unterstützen.¹⁷¹

170 Müller, Herbert; Qualitätsmanagement in der Altenpflege erfolgreich umsetzen, Ausgabe 1, Weka Verlag, München, 2006, Kap. 2, S. 38.

171 Bröckermann, Reiner / Müller-Vorbrüggen, Michael; Handbuch der Personalentwicklung, Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart, 2006, S. 311.

Aufgrund der vorliegenden Befragungsergebnisse ergibt sich die Frage, ob über Ausführung von job rotation die in der Mitarbeitendenbefragung negativ dargestellten prozentualen Teile des Normalisierungsansatzes minimiert werden können. Die Beantwortung bedarf weiterführender Untersuchungen. Ein systematischer Arbeitsplatzwechsel steht in der (teil-)stationären Pflege den Grundsätzen der Bezugspflege des Pflegeversicherungsgesetzes¹⁷² entgegen.

Das DCM-Verfahren geht in seinem Grundsatz vom Einsatz in vorhandenen Teams aus.¹⁷³ Ziel ist dabei Hierarchieebenen zu reduzieren und mehr Kompetenz und Verantwortung auf die Ebene zu verlagern, auf der Aufgaben ausgeführt und Entscheidungen vorbereitet werden. Mitarbeitende im Team können schnell reagieren, sodass kunden- und marktorientierte Entscheidungen schneller getroffen werden können. Kompetenz und Verantwortung werden an den Ort des Geschehens delegiert und unnötiger Einbezug von Vorgesetzten vermindert. Diese Verfahrensweise passt sich in die seit 1980 in Deutschland praktizierte Verflachung der Hierarchien in Organisationen ein.¹⁷⁴ Qualifizierte Mitarbeitende mit hoher Methoden- und Sozialkompetenz – wie Problemlösung, Kommunikation, Entscheidungsfindung und Lernen über das Arbeiten im Team – sind dazu notwendig. Die Auswertung der Mitarbeitendenbefragung zeigt hier noch deutlichen Entwicklungsbedarf.

Information, Kommunikation und Wissensmanagement

Auf die Fragen nach der Information über DCM an andere Berufsbereiche – wie Ärzte – mit der Bewertung von 2,22 und den Einfluss auf die Zusammenarbeit in den Hierarchien mit 2,42 zeigen die ersten Bewertungen, dass in der Zusammenarbeit in den Hierarchien noch Verbesserungspotential gesehen wird. Auch wenn sich mit 0,02 Mittelwertpunkten eine Verbesserung abzeichnet, spielt die multidisziplinäre Informationsweitergabe der Bewertung nach eine große Bedeutung und wird hier mit der verhältnismäßig schlechten Beurteilung als entwicklungsbedürftig angesehen.

172 Pick, Peter/ Voß, K.-Dieter, Bezugspflege; Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 07.03.1996.

173 Bradford Dementia Group; Demenzzpflege evaluieren - Die DCM Methode; Bradford 1997, Übersetzung Christian Müller-Hergl, University of Bradford ; S. 23.

174 Olfert / Pischulti; Kompakttraining; 2. Auflage, Kiehl Verlag, Leipzig, 2002.

Die geleisteten Maßnahmen der Information und Kommunikation haben im Kontext des neuen Verfahrens DCM dazu beigetragen, dass eine positive Zufriedenheit bei den Angehörigen der Demenzerkrankten geäußert wird. Des Weiteren empfinden die Mitarbeitenden den geleisteten Schulungsanteil als ausreichend, der Gesamtnutzen des Verfahrens wird ihrer Sicht nach mit sehr gut bewertet.

In Bezug auf die Ausführungselemente des Verfahrens – wie das Mapping – stellt die Auswertung der Befragung eine große Sicherheit dar, dass das Verfahren in seiner Anwendung weder bei den Erkrankten noch bei den Mitarbeitenden Störungen verursacht. Dazu zeigt die Erhebung, dass aus Sicht der Mitarbeitenden die Verfahrensanwendung verwertbare und objektive Ergebnisse erbringen wird. Auf diese Ergebnisse wird sich mit einer Bewertung von 1,74 in der ersten Befragung und 1,18 in der zweiten Befragung, weiterer Bedarf von Arbeitskreisen erkennen lassen, um dem organisationalen Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung zu folgen. Die mit 1,79 – 1,27 in der zweiten Befragung – sehr hoch bewertete Frage, dass durch das Verfahren DCM die Arbeit interessanter wird und der Gesamtnutzen, der mit 1,7 – 1,18 in der zweiten Befragung – als sehr hoch bewertet wird, zeigt aber auch im Gegensatz auf, wo noch offenen Teile des Wissensmanagements sind. So wird zwar die Einbindung der Ehrenamtlichen mit 1,54 – 1,64 in der zweiten Befragung – als sehr positiv gesehen, aber im Gegensatz dazu die mit 2,42 – 2,19 in der zweiten Befragung – Verbesserung der Zusammenarbeit in den Hierarchien um 0,88 (0,65) schlechter. Hieraus ergibt sich ein veränderter Bedarf an Information und Kommunikation sowie die Erweiterung von informationstechnologischen Möglichkeiten. Zum Erhebungszeitraum haben Ehrenamtliche sowie andere Professionen und Hierarchien nur über die Facharbeitskreise fachlichen Austausch gepflegt ohne Anbindung an das Internet oder Intranet. Im kontinuierlichen Austausch zur „DCM Internationalen Implementationsgruppe“ nach Bradfort besteht nur hier Entwicklungsbedarf.

Hieraus wird deutlich, dass in Bezug auf Wissensmanagement und den Einsatz der Informationstechnologie noch Entwicklungsbedarf besteht. Insbesondere in der multidisziplinären Zusammenarbeit lassen sich Defizite durch die Auswertung erkennen. Bei Disziplinen, die voll in die Verfahrensanwendung einbezogen sind, ist der Auswertung nach mit 2,22 – 1,74 in der zweiten Befragung – nur bedingt die Zustimmung gegeben worden. Das heißt, es erfolgte keine ausreichende Informa-

tion. Der größte Bedarf an Information und Kommunikation ergibt sich jedoch daraus, dass man bei der Aussage gar nicht zustimmen kann, dass es häufig zu Unstimmigkeiten in der Pflege wegen mangelnder Sauberkeit, angeblich mangelnder Pflege, medizinischer Versorgung und personeller Ausstattung kommt. Die Verschiedenartigkeit der Disziplinen und Hierarchien – z. B. Pflege und Reinigungsservice – zeigen die Komplexität und Abhängigkeit auf. Hier ist damit aber auch der Ansatz für die weitere Arbeit der Information und der Kommunikation erkennbar. Im Zusammenspiel vieler kann ein Verfahren in allen Bereichen der Versorgung eines Demenzerkrankten auch eine hohe Zufriedenheit bei den Angehörigen Demenzerkrankter bringen. Arbeitskreise beeinflussen dabei die Ausführung von Verfahren wie DCM, weil sich durch die qualitative Erhebung im DCM-Verfahren – die Mappings und der daraus entwickelte Maßnahmenplan – und durch den quantitativen Anspruch – die personenzentrierten Hilfen, die verschiedene Teammitglieder unter gemeinsamer Zielsetzung leisten können – für die Organisation immer neue Entwicklungspotentiale erschließen können. Information und Kommunikation tragen damit zur Unterstützung der Entwicklung einer lernenden Organisation bei.

Die Bewertungen zeigen, dass die Ausführung der Kernprozesse des Wissensmanagements, das Informationsmanagement und der Einsatz moderner Informationstechnologien Einfluss auf die Wirksamkeit des Wissensmanagements haben. Information und Kommunikation sind wichtig, Wissen zu identifizieren, zur Unterstützung des Lernens neuer Inhalte sowie zum Speichern des Wissens, um in komplexen Entscheidungen einen Weg zu finden. Das Verfahren DCM kann durch die Mappingergebnisse das Lernen neuer Anwendungsmethoden – wie z. B. Kinästhetik – unterstützen und für vergleichbare Pflegesituationen gespeichert werden. Das im DCM-Verfahren gewonnene implizite Wissen ermöglicht durch die Darstellung der Mapping-Berichte mit Unterstützung der Information und Kommunikation die Nutzung als explizites Wissen innerhalb und außerhalb des Unternehmens.

In ganzheitlicher Sicht wird das Informationsmanagement mit den Informationsfunktionen, der Informationsstruktur, den Informationsbeziehungen, dem Beitrag zur Wirtschaftlichkeit und dem Beitrag zur Erreichung der Unternehmensziele im DCM-Verfahren wirksam.

Das DCM-Verfahren ermöglicht dem Unternehmen unter Einsatz des Informationsmanagements die Transformation von implizitem Wissen zu explizitem Wissen und kann in seiner Nutzung einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess unterstützen und neue Intuitionen für die Unternehmensstrategie produzieren.

Bedürfnisorientierung und Marketing

DCM führt über die Kundenzufriedenheit zu einer intensiven Kundenbindung, in deren Erfolgskette als nächstes Glied der wirtschaftliche Erfolg steht. Das Ergebnis der Angehörigenbefragung zeigt, dass die Anwendung des qualitativen Verfahrens eine hohe Zufriedenheit der Kunden bringt.

In der Aufnahme der Beziehung des Dienstleistungsunternehmens zum Nachfrager – mit dem Ziel des gegenseitigen Nutzens – ist bei Anwendung des qualitativen Verfahrens DCM eine hohe Kundenzufriedenheit zu erzielen. Durch das Image der besonderen Fachbetreuung einerseits und der vertraglichen Bindung und der Zusammenarbeit in der direkten Dienstleistung andererseits, erfolgt die Kundenbindung.

Die Darstellung der Dienstleistung durch eine präsentative Personal-, Informations-, Preis- und Kommunikationspolitik erbringt in der betriebswirtschaftlichen Berechnung einen Erfolg.

Der Erlös pro Bewohnerin bzw. Bewohner mit dem Erlösbetrag aus der Differenz von Pflegestufe I zu Pflegestufe II ergibt einen Betrag von 20,00 € pro Pflage-tag, also 7300,00 € pro Pflegejahr. Den Erlösen stehen Kosten für Aufgaben im Marketing – vor allem für Maßnahmen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit wie für Informationsprospekte, -veranstaltungen und Präsentationen – mit 1.250.000,00 € für 50 Mitarbeitende gegenüber.

Break-even-Analyse:

1. Erlöse:

pro Pflegejahr 7.300,00 €

Im Entgeltsatz beträgt die Differenz von Pflegestufe I zu Pflegestufe II ca. 20,00 € pro Tag. Pro Bewohnerjahr ergibt sich dabei die oben angegebene Summe

2. Kosten:

a) Kosten der Bereitstellung der DCM-Organisation, Aufwendungen für Dozenten usw.

siehe gesonderte Aufstellung¹⁷⁵ Fixkosten

61.885,00 €

b) Arbeitskreise, Sach- und Personalkosten durch Mitarbeitenden Ausfallzeit

Die Ausfallzeiten für die Mitarbeitenden für die Schulungen sind sehr hoch. Durch die hohe Anzahl notwendiger Informationsveranstaltungen und Supervision ergibt sich folgende Summe:

Mitarbeitende	Häuser	Stundenanzahl	Stundensatz	Fixkosten
50	4	250	25,00 €	1.250.000,00 €

Durchschnittskosten pro Jahr 2004:

	Bruttopersonalkosten Arbeitgeber	Stunden	
Pflegefachkraft	45.000,00 €	1602	28,09 €
Pflegehilfskraft	38.000,00 €	1602	23,72 €
Wirtschaftsdienst	30.000,00 €	1602	18,73 €
	angenommener Satz:		25,00 €

¹⁷⁵ Anhang 4: Kostenplan Anna Luise Altendorf Stiftung.

c) variabler Satz pro Bewohnerbetreuung pro Jahr

pro Bewohnerjahr

2.000,00 €

Nur dieser Betrag steht pro Bewohnerjahr an zusätzlichen variablen Kosten zur Verfügung. Dies bedeutet, dass durch die höhere Pflegestufe nur minimal finanzielle Mittel für das Wissensmanagement zur Verfügung gestellt werden können.

3. Berechnung:¹⁷⁶

$$U = K$$

$$p \times m = K_f + k_v \times m$$

$$K_f = m (p - k_v)$$

$$M = K_f / p - k_v$$

U = Umsatzerlöse

K = Gesamtkosten

K_f = fixe Gesamtkosten

m = kritische Ausgabemenge
(Break-even-point)

p = Preis

k_v = variable Kosten / Stück

p - k_v = Deckungsbeitrag / Stück

Für unsere Betrachtung gilt:

$$K_f = \text{Kosten unter 2a und 2b} = 1.311.885,00 \text{ €}$$

$$p = \text{Bewohnermehrerlös pro Jahr} = 7.300,00 \text{ €}$$

$$k_v = \text{variable Kosten für den höher gestuften Bewohner} = 2.000,00 \text{ €}$$

$$M = 247,53 \quad \text{Break-even-point, Menge in Bewohnerjahren}$$

¹⁷⁶ Wöhe, Günter / Döring, Ulrich; Einführung in die Betriebswirtschaftslehre; 21. Auflage, Vahlen Verlag, München, 2002, S. 1071.

Grafische Darstellung der Break-even-Analyse Kosten und Erlöse Ehrenamt		
	Kosten	Erlöse
20	1.351.885,00 €	146.000,00 €
40	1.391.885,00 €	292.000,00 €
60	1.431.885,00 €	438.000,00 €
80	1.471.885,00 €	584.000,00 €
100	1.511.885,00 €	730.000,00 €
120	1.551.885,00 €	876.000,00 €
140	1.591.885,00 €	1.022.000,00 €
160	1.631.885,00 €	1.168.000,00 €
180	1.671.885,00 €	1.314.000,00 €
200	1.711.885,00 €	1.460.000,00 €
220	1.751.885,00 €	1.606.000,00 €
240	1.791.885,00 €	1.752.000,00 €
260	1.831.885,00 €	1.898.000,00 €
280	1.871.885,00 €	2.044.000,00 €
300	1.911.885,00 €	2.190.000,00 €
320	1.951.885,00 €	2.336.000,00 €
340	1.991.885,00 €	2.482.000,00 €
360	2.031.885,00 €	2.628.000,00 €
380	2.071.885,00 €	2.774.000,00 €
400	2.111.885,00 €	2.920.000,00 €
420	2.151.885,00 €	3.066.000,00 €
440	2.191.885,00 €	3.212.000,00 €
460	2.231.885,00 €	3.358.000,00 €
480	2.271.885,00 €	3.504.000,00 €
500	2.311.885,00 €	3.650.000,00 €

Gewinn- und Verlustzone bei grafischer
Break-even-Analyse

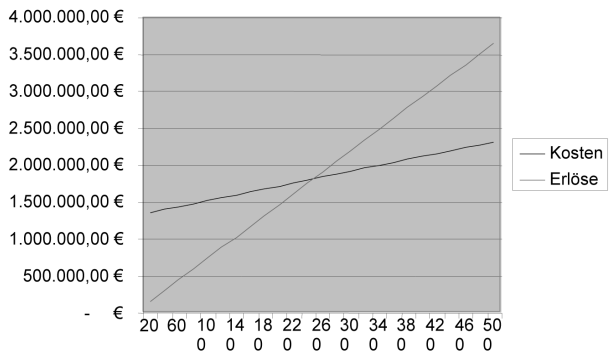


Abb. 19: Gewinn und Verlust Marketing.

Nach der Berechnung zeigt sich, dass sich schon bei einer Zahl von 247 Bewohnerinnen bzw. Bewohnern, die ein Jahr lang stationär versorgt werden, ein betriebswirtschaftlicher Gewinn ergibt. Dieses Ergebnis macht deutlich, dass das Verfahren DCM mit gezieltem Einsatz von Stärkung der Öffentlichkeitsarbeit mit Hilfe aller Mitarbeitenden, die eine besondere Schulung und Information erhalten, zum betriebswirtschaftlichen Erfolg beiträgt.

Das Ergebnis der Mitarbeitendenbefragung zeigt auf, dass die Anwendung der personenzentrierten Pflege und das Verfahren DCM in der vollzogenen Arbeitsstruktur mit multidisziplinärem hauswirtschaftlichem Service, Pflege und ärztlicher Versorgung mit positiver Wirkung beurteilt wird.

Mit Weiterentwicklung der Pflegemodelle und speziell der Bezugspflege haben Case- und Caremanagement über den Rahmen der (teil-)stationären Pflege an Bedeutung zugenommen.¹⁷⁷ Unter Casemanagement wird heute mehr als nur die Begleitung und Beratung in der Überleitung zum Krankenhaus und den Krankenhausaufenthalten nachfolgenden Versorgungsinstitutionen verstanden.¹⁷⁸ Casemanagement als Methode zur Realisierung von Patientenorientierung und Patientenpartizipation bedeutet, dass Menschen in Hilfesituationen eine wegweisende Orientierung in der Betreuung und Versorgung angeboten wird, die ihnen eine in höchstem Maße mögliche Partizipation ermöglicht und dadurch zu ihrer Zufriedenheit führt. Unter Anwendung des Verfahrens DCM zeigt sich diese Partizipationsmöglichkeit durch die Angehörigenbefragung insbesondere durch die große Zufriedenheit der Angehörigen in der Sicht, wie mit den Wünschen der Demenzerkrankten und den Beschwerden der Angehörigen umgegangen wird. Die individuelle Berücksichtigung der Bedürfnisse der Betroffenen beeinflusst das Sicherheitsempfinden der Demenzerkrankten. Die Erhebung zeigt, dass sich durch die hohe Beziehung von Zufriedenheit und Sicherheitsempfinden der Erkrankten eine Stärkung der Vertrauensbeziehung zum Kunden ergibt. Erkrankte und ihre Angehörigen haben danach eine Orientierung im Betreuungs- und Versorgungsverfahren.

177 Ollenschläger, Günter/Bucher, Heiner/Donner-Banhoff, C. u.a.; Kompendium evidenzbasierte Medizin, 5. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2006, S. 220.

178 Block, Stephan; Marketing und Verkauf; Pflegerische Dienstleistungen anbieten, Vincentz Network, Hannover, 2005, S. 83.

In ergänzender Weise stellt in Bezug auf die Ausführungselemente des Verfahrens – wie das Mapping – die Auswertung der Mitarbeitendenbefragung eine große Sicherheit dar, dass das Verfahren in seiner Anwendung weder bei den Erkrankten noch bei den Mitarbeitenden Störungen verursacht. Dazu zeigt die Erhebung, dass aus Sicht der Mitarbeitenden die Verfahrensanwendung verwertbare und objektive Ergebnisse erbringen wird, die dem Betroffenen immer neue Wege eröffnen.

Der unter dem Begriff Caremanagement zusammengefassten, vernetzten Koordination von Hilfeangeboten kommt im Fachbereich der Demenz eine weitere große Bedeutung zu. Die im Verfahren DCM gegebene multidisziplinäre und multidimensionale Personalpolitik beinhaltet die Vernetzung der Hilfsangebote. Dies zeigt sich u. a. auch bei der Angehörigenbefragung durch die Zufriedenheit in der Art und Weise, wie mit den Erkrankten umgegangen wird und wie auf die Bedürfnisse des Erkrankten eingegangen wird. Dies hat für das Marketing im Bereich der Kundensicherung Bedeutung.

Die im Verfahren DCM gegebene multidisziplinäre und multidimensionale Personalpolitik ergab durch die Zusammenarbeit der Projektteilnehmenden als weitere Vernetzung die Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen. Die gesamte Öffentlichkeitsarbeit wie

- Lokal- und Fachpresse,
- Sonderzeitschriften,¹⁷⁹
- Internetauftritte,
- Fachvorträge usw.

wurden vom Projektgeber unter Einbezug der Öffentlichkeitsreferenten der beteiligten Einrichtung durchgeführt.¹⁸⁰

Neben den positiven Synergieeffekten der Zusammenarbeit ergab die Erhebung eine positive Einschätzung der Zukunftseinschätzung des Verfahrens.

¹⁷⁹ http://www.salem-koeslin.de/daten/skm_nachr_80; SKM-Nachrichten, Ausgabe 80, April 2007, Lemcke, Claus, DCM – Positive Zwischenbilanz.

¹⁸⁰ Anhang 10: Presseartikel Mindener Tageblatt vom 1. 7. 2005.

Einrichtungen, die in ihren Fachbereichen mit verschiedenen Verfahren arbeiten, betrachten die Öffentlichkeit im Sinne der Wettbewerbsfähigkeit nach dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit. Die Anwendung eines Verfahrens – wie DCM – will dazu beitragen, dass strategische Unternehmensziele, wie z. B. eine Spezialisierung, erreicht werden und dabei die Kundenzufriedenheit der Vertrauensfaktor in der Öffentlichkeitsarbeit ist.

Das Verfahren DCM basiert in seiner Konzeption auf einer Erhöhung der Pflegequalität Demenzerkrankter. Es hat in seinen Auswirkungen eine hohe Komplexität, die auch multidisziplinäre Auswirkungen hat. Die Beobachtung, dass sich z. B. ein Demenzerkrankter nach seinem milchhaltigen Lieblingsgetränk mit gleichzeitiger Medikamentengabe unwohl fühlt, kann Maßnahmen der Hauswirtschaft, der Pflege und des Arztes nach sich ziehen. Ziel ist die Zufriedenheit des Erkrankten und der Angehörigen. Die Angehörigenbefragung zeigt auf, dass die Beachtung der Wünsche des Betroffenen und die Reaktion auf die Beschwerden der Angehörigen zu einer hohen Zufriedenheit führen. Die zweite Befragung ergab, dass durch DCM personenbezogene Aspekte, wie Zuwendung, Wahlmöglichkeit, Respekt und individuelle Gewohnheiten leben, die Sicherheit in der Angehörigenbewertung steigt, während strukturelle Bewertungen zur räumlichen Situation, sinken. Aus Sicht der Angehörigen ist in der Bewertung der Lebensqualität eine Verbesserung von 0,3 Mittelwertpunkten zu verzeichnen.

Aus dem zweiten Teil der Mitarbeitendenbefragung wird deutlich, dass sich die positive Einstellung zur Orientierung an den Wünschen der Erkrankten ausrichtet. Mit 2,21 und 1,95 im Mittelwert wird in der Anwendungszeit des Verfahrens deutlich, dass die Bedeutung der Arbeit als Orientierung an den Wünschen der Erkrankten für die Mitarbeitenden wichtiger geworden ist.

Die Mitarbeitenden stimmen mit 1,38 im Mittelwert völlig zu, dass es sehr befriedigend sein kann, Zeit mit Menschen mit Demenz zu verbringen. Dieser Wert war in der ersten Befragung schlechter bewertet worden. Damit zeigt sich, dass durch das Verfahren auch eine Zunahme der positiven Empfindungen bei den Mitarbeitenden erreicht worden ist.

Hier wird der Gesamtnutzen von DCM von den Mitarbeitenden sehr hoch bewertet und dass mit der Benotung von 1,75 die Arbeit durch DCM noch interessanter wird, zeigt, dass von Projekten eine motivationsgetragene Praxisrelevanz ausgeht.

Diese motivierende Praxisrelevanz geht über die Anforderungen der im Fachbereich Altenhilfe relevanten Ansprüche aus dem Pflegeversicherungsgesetz § 112 hinaus. Das Verfahren erfüllt mehr als nur die Kriterien in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. DCM hat als höchsten Maßstab die Kundenzufriedenheit des Betroffenen im Blick.

DCM – als Instrument der Qualitätsentwicklung – hat folgende marketingrelevanten Faktoren:

- Orientierung an der Kundenzufriedenheit
- standardisierte Verfahrensweise der Erhebungen / Mappings
- Nutzung vorhandener Ressourcen
- Kooperation aller Professionen
- Funktionalität der Aufbau- und Ablauforganisation
- Konkretisierung der Bezugspflege
- Stress- und Angstreduktion durch Orientierung im Pflege- und Betreuungsprozess
- Steigerung der Handlungskompetenz in multidisziplinären Teams
- Erhöhung der Arbeitszufriedenheit durch motivierende Arbeitsmethoden
- Kontinuierliche Weiterentwicklung und Evaluation

Die Einbeziehung von übergreifenden Konzepten und Verfahren – wie Qualitäts- und Beschwerdemanagement – sowie qualitative Verfahren – wie DCM – führen über die Kundenzufriedenheit zu einer intensiven Kundenbindung, in deren Erfolgskette als nächstes Glied der wirtschaftliche Erfolg steht.

Der Abgleich der materiellen und immateriellen Kosten des Projektes DCM mit dessen Nutzen erfordert, dass alle für das Projekt notwendigen Elemente beziffert werden. Das Ergebnis der Angehörigenbefragung zeigt, dass die Anwendung des qualitativen Verfahrens eine hohe Zufriedenheit der Kunden bringt.

Die in der zweiten Befragung mit 2,89 im Mittelwert angegebene vergleichsweise zur ersten Befragung schlechter stehende Bewertung der Frage, inwieweit sich durch DCM die Betreuung der Menschen mit Demenz verbessert, erfordert dabei noch weitere Erforschungen. Bei der zweiten Befragung sind bei dieser Frage nur 50 % der abgegebenen Bögen beantwortet worden.

Die Darstellung der Dienstleistung durch eine präsentative Personal-, Informations-, Preis- und Kommunikationspolitik erbringt in der Kundenzufriedenheit die Bereitschaft zum ehrenamtlichen Einsatz, der in der betriebswirtschaftlichen Berechnung zwar Kosten – wie z. B. für Schulungen – notwendig macht, aber andererseits Erlöse durch die Einsparung zeitintensiver Betreuungsaufgaben bringt.

Das Ergebnis der Mitarbeitendenbefragung zeigt auf, dass die Anwendung der personenzentrierten Pflege und das Verfahren DCM in der vollzogenen Arbeitsstruktur mit multidisziplinärem hauswirtschaftlichem Service, Pflege und ärztlicher Versorgung mit positiver Wirkung beurteilt wird. Interaktiv ergibt sich ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess, der Auswirkungen auf die Motivation, die Wissensrelevanzzeit und die Beschäftigungsdauer hat und damit auch eine Wirkung auf die Humankapitalbewertung aufweist.

Humankapitalwert

Das Verfahren DCM ermöglicht als Teil einer Unternehmensstrategie im „button-down-Prinzip“ und bei gleichzeitiger Ausführung des DCM-Verfahrens im „button-up-Prinzip“ eine schnelle Beurteilung, wann das Dienstleistungsprodukt in seinem Produktzyklus den Reifepunkt erreicht hat und damit neue Verfahren als neues Dienstleistungsprodukt personalentwicklungsbezogen bedacht werden müssen. Nach den vorliegenden Daten sind die Kosten der Personalentwicklung schon nach zwei Jahren der Verfahrensanwendung durch die Erlöse ausgeglichen.

Für die Einrichtungen ergibt sich auf der Berechnungsgrundlage des genannten Projektes folgende Darstellung:

Der Erlös pro Bewohnerin bzw. Bewohner mit dem Erlösbetrag aus der Differenz von Pflegestufe I zu Pflegestufe II ergibt einen Betrag von 20,00 € pro Pflegetag, also 7.300,00 € pro Pflegejahr. Den Erlösen stehen Kosten für die Personalentwicklungsmaßnahmen – vor allem für die Schulungen – mit 1.250.000,00 € für 50 Mitarbeitende gegenüber.

Break-even-Analyse:

1. Erlöse:

pro Pflegejahr	7.300,00 €
Im Entgeltsatz beträgt die Differenz von Pflegestufe I zu Pflegestufe II ca. 20,00 € pro Tag	
Pro Bewohnerjahr ergibt sich dabei die oben angegebene Summe	

2. Kosten:

a) Kosten Bereitstellung der DCM-Organisation, Aufwendungen für Dozenten usw.

siehe gesonderte Aufstellung ¹⁸¹	Fixkosten
	61.885,00 €

b) Fortbildungskosten Mitarbeitenden Ausfallzeit

Die Schulungskosten für die Mitarbeitenden sind sehr hoch. Durch die hohen Stundenzahlen und die Schulung sämtlicher Mitarbeitenden ergibt sich folgende Summe:

Mitarbeitende	Häuser	Stundenanzahl	Stundensatz	Fixkosten
50	4	250	25,00 €	1.250.000,00 €
Durchschnittskosten pro Jahr 2004:		Bruttopersonalkosten Arbeitgeber	Stunden	
		Pflegefachkraft 45.000,00 €	1602	28,09 €
		Pflegehilfskraft 38.000,00 €	1602	23,72 €
		Wirtschaftsdienst 30.000,00 €	1602	18,73 €
		angenommener Satz:		25,00 €

c) variabler Satz pro Bewohnerbetreuung pro Jahr

pro Bewohnerjahr	2.000,00 €
------------------	------------

Nur dieser Betrag steht pro Bewohnerjahr an zusätzlichen variablen Kosten zur Verfügung. Dies bedeutet, dass durch die höhere Pflegestufe nur minimal zusätzliches Personal zur Verfügung gestellt werden kann!

3. Berechnung:¹⁸²

$$U = K$$

$$p \times m = K_f + kv \times m$$

$$K_f = m (p - kv)$$

$$M = K_f / (p - kv)$$

Für unsere Betrachtung gilt:

K _f = Kosten unter 2a und 2b =	1.311.885,00 €
p = Bewohnermehrerlös pro Jahr =	7.300,00 €
kv = variable Kosten für den höher gestuften Bewohner =	2.000,00 €

$$M =$$

247,53

Break-even-point,
Menge in Bewohnerjahren

¹⁸¹ Anhang 4: Kostenplan „Anna Luise Altendorf Stiftung“.

¹⁸² Wöhe, Günter/Döring, Ulrich: Einführung in die Betriebswirtschaftslehre, 21. Auflage, Vahlen Verlag, München, 2002, S. 1071.

Grafische Darstellung der Break-even-Analyse Kosten und Erlöse Ehrenamt		
	Kosten	Erlöse
20	1.351.885,00 €	146.000,00 €
40	1.391.885,00 €	292.000,00 €
60	1.431.885,00 €	438.000,00 €
80	1.471.885,00 €	584.000,00 €
100	1.511.885,00 €	730.000,00 €
120	1.551.885,00 €	876.000,00 €
140	1.591.885,00 €	1.022.000,00 €
160	1.631.885,00 €	1.168.000,00 €
180	1.671.885,00 €	1.314.000,00 €
200	1.711.885,00 €	1.460.000,00 €
220	1.751.885,00 €	1.606.000,00 €
240	1.791.885,00 €	1.752.000,00 €
260	1.831.885,00 €	1.898.000,00 €
280	1.871.885,00 €	2.044.000,00 €
300	1.911.885,00 €	2.190.000,00 €
320	1.951.885,00 €	2.336.000,00 €
340	1.991.885,00 €	2.482.000,00 €
360	2.031.885,00 €	2.628.000,00 €
380	2.071.885,00 €	2.774.000,00 €
400	2.111.885,00 €	2.920.000,00 €
420	2.151.885,00 €	3.066.000,00 €
440	2.191.885,00 €	3.212.000,00 €
460	2.231.885,00 €	3.358.000,00 €
480	2.271.885,00 €	3.504.000,00 €
500	2.311.885,00 €	3.650.000,00 €

Gewinn- und Verlustzone bei grafischer Break-even-Analyse

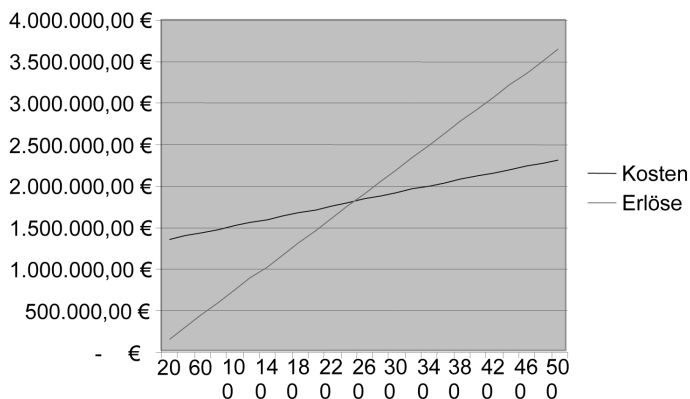


Abb. 20: Gewinn und Verlust Personalentwicklung.

Nach der Berechnung zeigt sich, dass sich schon bei einer Zahl von 247 Bewohnerinnen bzw. Bewohnern, die ein Jahr lang stationär versorgt werden, ein betriebswirtschaftlicher Gewinn ergibt. Dieses Ergebnis macht deutlich, dass Maßnahmen der Personalentwicklung zielgerichtet auf ein Verfahren mit Basis eines multidisziplinären und multidimensionalen Personaleinsatzes zum betriebswirtschaftlichen Erfolg beitragen.

Der multidimensionale und multidisziplinäre Personaleinsatz beinhaltet in seinem positiven Gesamtnutzen den Bedarf der personenbezogenen Hilfe des Demenzerkrankten. Ziel ist dabei auch, eine Aufwandserstattung über eine angemessene Einstufung in eine Pflegestufe oder eine entsprechende Erstattung über die Pflegesätze zu leisten. Bei der vorliegenden Mitarbeitenden- und Angehörigenbefragung wird deutlich, dass für die Pflegeeinstufung nach dem Pflegeversicherungsgesetz das DCM-Verfahren eine höhere Pflegestufe begründen kann. So ist z. B. der Wunsch der Angehörigen, dass Demenzerkrankte in ihrem Wunsch zur Nutzung der räumlichen Bedingungen unterstützt werden, mit zusätzlichem Zeitaufwand durch die Pflege belegt. Die allgemeingültige Auffassung, dass bei zunehmender Bedürfnisbefriedigung auch die medikamentöse Ruhigstellung durch Psychopharmaka zurückgeht, bedeutet,¹⁸³ dass die Kosten für die Pflegekasse durch die Einsparung medikamentöser Behandlung zur Ruhigstellung eher zu einer Einsparung aus Sicht der Krankenkassen führt.

Vor der Berechnung des Humankapitalwertes nach Berechnungsart der Saarbrücker Formel sind auf der Basis realer Einrichtungsdaten Personalentwicklungskosten von fast 1,5 Millionen Euro auffällig. Während bei Investitionskosten dieser hohe Kostenbetrag kaum Verwunderung auslöst, erscheinen diese hohen Kosten zunächst befremdlich.¹⁸⁴ Sie machen aber auch deutlich, dass das Humankapital für den Erhalt und die Steigerung der Leistungsfähigkeit des gesamten Unternehmens eine große Rolle spielt.

183 Ollenschläger, Günter/Bucher, Heiner/Donner-Banzhoff, C. u. a.; Kompendium evidenzbasierte Medizin, 5. Auflage, Verlag Hans Huber, 2006, S. 1103.

184 Flemming, J./Coffman, C./Harter, J.; Manage your Human Sigma, In: Harvard Business Review, Vol. 83, No. 7, Juli/August 2005, Harvard Business Publishing, Boston, S. 106.

$$HC := \sum_{i=1}^g \left[\left(FTE_i * l_i * \frac{w_i}{b_i} + PE_i \right) * M_i \right]$$

Legende

i	Beschäftigtengruppen: hier nach dem Kriterium „höchster erreichter Ausbildungsabschluss“ mit i = 9; nämlich: Beschäftigte mit Hauptschulabschluss, Mittlerer Reife, Abitur, Lehre, Berufsakademieabschluss, Fachhochschulabschluss, Universitätsabschluss, MBA oder Promotion
FTE _i	Full-Time Equivalent: in Vollzeitkräfte umgerechnete Beschäftigte des Unternehmens der Beschäftigtengruppe i
l _i	branchenübliche Durchschnittsgehälter und -löhne als Arbeitsmarktpreise pro Beschäftigtengruppe i gemäß aktueller Gehaltsstudien (hier: www.gehaltsstudie.de)
w _i	durchschnittliche Wissensrelevanzzeit für die Beschäftigtengruppe i
b _i	durchschnittliche Betriebszugehörigkeit der Beschäftigtengruppe i
PE _i	im letzten Einjahreszeitraum für die Beschäftigtengruppe i aufgewendete Personalentwicklungskosten
M _i	Motivationsindex der Beschäftigtengruppe i

Abb. 21: Scholz, C./Stein, V./Bechtel, R.; Human Capital Management – Wege aus der Unverbindlichkeit; Luchterhand Verlag, München, 2004, S. 223.

Human-Capital-Rechnung nach Schulz

Bei der Berechnung wird nicht nach unterschiedlichen Berufsgruppen vorgegangen, sondern der durchschnittliche Bruttopersonalkostensatz für Pflegepersonal angesetzt, also für Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte.

FTE:	50	Vollzeitstellen branchen-
l:	43.760,75 €	übliche Durchschnitts-
w:	10	gehälter, hier Pflegefach-
		und Pflegehilfskräfte laut
		üblicher Entgeltvereinbar-
		ung NRW
b:	7	Durchschnittliche
PE:	1.400.000,00 €	Betriebszugehörigkeit.
M:	1,5	Bei den Personalentwick-
		lungskosten wird die
		Einmalzahlung i. H. von
		1.400.000,00 € berück-
		sichtigt. Der Motiva-
		tionsindex ist als hoch
		anzusehen.
FTE =	$(50 \times 43.760,75 \text{ €} \times 10/7 + 1.400.000,00 \text{ €}) \times 1,5$	
FTE =	6.788.651,79 €	

Die Berechnung zeigt, dass die aus den Befragungen sich ergebende Zufriedenheit und Motivation als Multiplikationsfaktor eine wichtige Rolle spielt.

Im Human-Capital-Ergebnis zeigt sich, dass vordergründige Einzelziele, wie Umsatz- und Gewinnmaximierung, die sich am tatsächlich durch das Unternehmen geschaffenen ökonomischen Mehrwert messen, durch eine Wertorientierung auf das Humankapital ergänzt werden müssen. In der (teil-)stationären Altenhilfe unterstützen sie die Feststellung, dass der Marktwert einer Belegschaft, verstanden als Wiederbeschaffungswert am Arbeitsmarkt, wenig über die Leistungsfähigkeit aussagt. Entscheidend ist der Beitrag der Mitarbeitenden am nachhaltigen Unternehmenserfolg. Dieser konditionelle Wert der Mitarbeitenden, der sich aus den Bestimmungsgrößen Leistung, Beförderlichkeit und Versetzbarkeit, verbunden mit Zufriedenheit mit der Organisation ergibt, ermöglicht hohe Wertschöpfungspotentiale.¹⁸⁵ Diese haben dabei für den betroffenen Erkrankten, für den Mitarbeitenden selber und für das Unternehmen eine wirksame Bedeutung.

¹⁸⁵ Schwuchow, Karlheinz/Gutmann, Joachim; In: Jahrbuch der Personalentwicklung, Luchterhand Verlag, Köln, 2006, S. 10.

Bedürfnisorientierung

Die in der Erhebung festgestellte hohe Kundenzufriedenheit in Bezug auf die qualitativen Verbesserungen zeigt sich im Case- und Caremanagement. In multidisziplinärer und multidimensionaler Arbeitsweise erhalten der Erkrankte und seine Angehörigen sowohl hilfreiche Orientierung in der Betreuung und Versorgung als auch eine Koordinierung der Hilfeleistung mit anderen Professionen. Eine sich unter DCM-Anwendung ergebende Beurteilung der Erhöhung der Sicherheit, die Gelassenheit und gleichzeitige Verlässlichkeit bei Problemen und Notfällen, zeigen die Zufriedenheitsaspekte bei den Angehörigen. Mit Anwendung des DCM beurteilen die Mitarbeitenden in der Paneluntersuchung mit einem Mittelwert von 2 in der ersten und von 1,52 in der zweiten Befragung eine Steigerung der Pflegequalität. Dabei geht es zunächst im Mapping um die Bedürfniserforschung des Erkrankten. In den Maßnahmenplan können die Bedürfnisse der Mitarbeitenden und Angehörigen einfließen. Auf diese Weise relativiert sich das Verständnis moderner Kundenorientierung. Wichtig im Prozess der Pflege sind alle Personen, die in der Sorge um einen Erkrankten stehen. Die Ziele orientieren sich an den Bedürfnissen des Erkrankten in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Alle im Prozess beteiligten Personen vernetzen sich in der Zielsetzung, dass mit Zunahme der Zufriedenheit des Erkrankten auch die Zufriedenheit der Beteiligten steigt.

Die Mitarbeitendenbefragung der Teile zwei und drei weist eine hohe Akzeptanz der Anwendung des DCM-Verfahrens und entscheidende Verhaltensänderungen aus. Zuverlässigkeit, Zusammenarbeit und Wohlbefinden werden besser bewertet als Elemente der Pflege und medizinischen Versorgung. Der personenzentrierte Ansatz ist im Projektverlauf fast gleich geblieben.

Kosten-Nutzen-Darstellung für DCM

Der Abgleich der materiellen und immateriellen Kosten des Projektes DCM mit dessen Nutzen erfordert, dass alle für das Projekt notwendigen Elemente beziffert werden. Das Ergebnis der Angehörigenbefragung zeigt, dass die Anwendung des qualitativen Verfahrens eine hohe Zufriedenheit der Kunden bringt. Hieraus kann der Rückschluss einer optimalen Auslastung der Bewohnerplätze gezogen werden und die Sicherung der Erlöse aus den Pflegesätzen kalkuliert werden.

Die Darstellung der Dienstleistung durch eine präsentative Personal-, Informations-, Preis- und Kommunikationspolitik erbringt in der Kundenzufriedenheit die Bereitschaft zum ehrenamtlichen Einsatz, der in der betriebswirtschaftlichen Berechnung zwar auch Kosten – wie z. B. für Schulungen – notwendig macht, aber andererseits auch Erlöse durch die Einsparung zeitintensiver Betreuungsaufgaben bringt. Hier wird die Berechnung der Wirtschaftlichkeit des Projektes und des Kapitalwertes ermöglicht. Für die in pflegewissenschaftlicher Evidenz¹⁸⁶ begleiteten Projekte ist eine im Verhältnis zu industriellen Projekten fünf bis zehn Jahre lange Nutzungsdauer charakteristisch. Umso wichtiger ist es demnach, alle Aus- und Einzahlungen auf den Startzeitpunkt des Projektes abzuzinsen.

Das Ergebnis der Mitarbeitendenbefragung zeigt auf, dass die Anwendung der personenzentrierten Pflege und das Verfahren DCM in der vollzogenen Arbeitsstruktur mit multidisziplinärem hauswirtschaftlichem Service, Pflege und ärztlicher Versorgung, mit positiver Wirkung beurteilt wird. Interaktiv ergibt sich ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess, der Auswirkungen auf Motivation, die Wissensrelevanzzeit und die Beschäftigungsdauer hat und damit auch eine Wirkung auf die Human-Kapitalbewertung aufweist.

¹⁸⁶ Ollenschläger, Günter/Bucher, Heiner/Donner-Banzhoff, C. u. a.; Kompendium evidenzbasierte Medizin, 5. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2006, S. 7.

a) Nutzen

Der Nutzen liegt in der Differenz zwischen der Pflegestufe und dem notwendigen Personal zur Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Unterstellt wird die Differenz zwischen der tatsächlichen Pflegestufe und der Pflegestufe unterhalb der Einstufung. Dieses sind ca. 20,00 € pro Tag¹⁸⁷

Einsparung pro Tag:	20,00 €
Tage Jahr	365
Bewohnerinnen und Bewohner	60
Nutzen pro Jahr	438.000,00 €

b) Kosten:

Personalentwicklungskosten; einmalige Kosten zu Beginn der Investition:

	Stunden	250
	MA	50
	Anzahl Häuser	4
	Kosten pro Stunde Mitarbeiter ¹⁸⁸	28,00 €
43000	1550	1.400.000,00 €
	27,74 €	

Schnittstellenkosten pro Jahr, siehe gesonderte Aufstellung:
pro Jahr¹⁸⁹ 61.885,00 €

Erhöhung Erlöse Pflegestufen- änderung	7.300,00 €
Stundensatz lt. Verhandlung ¹⁹⁰	28,00 €
	260,7142857

Bewohnerinnen und Bewohner:	60
Anzahl Stunden:	260
pro Stunde:	4,00 €
Einsatz Ehrenamt, Überwachung der Tätigkeit, Einweisung usw., variable Kosten	62.400,00 €

Die Belegung der Bestandteile der Kosten und Nutzen mit den aktuellen Wertbezeichnungen erlaubt zunächst die Berechnung der Gewinnschwelle.

187 Anhang 5: Aktuell verhandelte Pflegesätze.

188 Vergütungsrichtlinien; AVR-Arbeitsvertragsrichtlinien der Kirche.

189 Anhang 4: Kostenplan der „Anna Luise Altendorf Stiftung“.

190 Anhang 5: Aktuell verhandelte Pflegesätze.

$$U = K$$

$$p \times m = K_f + k_v \times m$$

$$K_f = m (p - k_v)$$

$$m = K_f / p - k_v^{191}$$

U = Umsatzerlöse

K = Gesamtkosten

K_f = fixe Gesamtkosten

m = kritische Ausgabemenge (Break-even-Point)

p = Preis

k_v = variable Kosten / Stück

p - k_v = Deckungsbeitrag / Stück

Für unsere Betrachtung gilt:

K_f = Schnittstellenkosten + Schulungskosten =

p = Bewertung der Stunde Ehrenamt =

k_v = variable Kosten Ehrenamtliche =

m = 1.105,09

Break-even-Point, Menge in Stunden

191 Wöhe, Günter/Döring, Ulrich; Einführung in die allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 21. Auflage, Vahlen Verlag, München, 2002, S. 1071.

	Kosten	Erlöse
20	61.965,00 €	1.200,00 €
40	62.045,00 €	2.400,00 €
60	62.125,00 €	3.600,00 €
80	62.205,00 €	4.800,00 €
100	62.285,00 €	6.000,00 €
120	62.365,00 €	7.200,00 €
140	62.445,00 €	8.400,00 €
160	62.525,00 €	9.600,00 €
180	62.605,00 €	10.800,00 €
200	62.685,00 €	12.000,00 €
220	62.765,00 €	13.200,00 €
240	62.845,00 €	14.400,00 €
260	62.925,00 €	15.600,00 €
280	63.005,00 €	16.800,00 €
300	63.085,00 €	18.000,00 €
320	63.165,00 €	19.200,00 €
340	63.245,00 €	20.400,00 €
360	63.325,00 €	21.600,00 €
380	63.405,00 €	22.800,00 €
400	63.485,00 €	24.000,00 €
420	63.565,00 €	25.200,00 €
440	63.645,00 €	26.400,00 €
460	63.725,00 €	27.600,00 €
480	63.805,00 €	28.800,00 €
500	63.885,00 €	30.000,00 €
520	63.965,00 €	31.200,00 €
540	64.045,00 €	32.400,00 €
560	64.125,00 €	33.600,00 €
580	64.205,00 €	34.800,00 €
600	64.285,00 €	36.000,00 €
620	64.365,00 €	37.200,00 €
640	64.445,00 €	38.400,00 €
660	64.525,00 €	39.600,00 €
680	64.605,00 €	40.800,00 €
700	64.685,00 €	42.000,00 €
720	64.765,00 €	43.200,00 €
740	64.845,00 €	44.400,00 €
760	64.925,00 €	45.600,00 €
780	65.005,00 €	46.800,00 €

800	65.085,00 €	48.000,00 €
820	65.165,00 €	49.200,00 €
840	65.245,00 €	50.400,00 €
860	65.325,00 €	51.600,00 €
880	65.405,00 €	52.800,00 €
900	65.485,00 €	54.000,00 €
920	65.565,00 €	55.200,00 €
940	65.645,00 €	56.400,00 €
960	65.725,00 €	57.600,00 €
980	65.805,00 €	58.800,00 €
1000	65.885,00 €	60.000,00 €
1020	65.965,00 €	61.200,00 €
1040	66.045,00 €	62.400,00 €
1060	66.125,00 €	63.600,00 €
1080	66.205,00 €	64.800,00 €
1100	66.285,00 €	66.000,00 €
1120	66.365,00 €	67.200,00 €
1140	66.445,00 €	68.400,00 €
1160	66.525,00 €	69.600,00 €
1180	66.605,00 €	70.800,00 €
1200	66.685,00 €	72.000,00 €
1220	66.765,00 €	73.200,00 €
1240	66.845,00 €	74.400,00 €
1260	66.925,00 €	75.600,00 €
1280	67.005,00 €	76.800,00 €
1300	67.085,00 €	78.000,00 €
1320	67.165,00 €	79.200,00 €
1340	67.245,00 €	80.400,00 €
1360	67.325,00 €	81.600,00 €
1380	67.405,00 €	82.800,00 €
1400	67.485,00 €	84.000,00 €
1420	67.565,00 €	85.200,00 €
1440	67.645,00 €	86.400,00 €
1460	67.725,00 €	87.600,00 €
1480	67.805,00 €	88.800,00 €
1500	67.885,00 €	90.000,00 €
1520	67.965,00 €	91.200,00 €
1540	68.045,00 €	92.400,00 €
1560	68.125,00 €	93.600,00 €

Die Berechnung zeigt, dass schon bei 1105 Stunden ehrenamtlichen Einsatzes der Angehörigen eine Deckung der variablen und fixen Kosten gegeben ist. Diese Deckung ist in der durchschnittlich praxisbezogenen Durchführung von zufriede-

nen Angehörigen¹⁹² über zwei Jahre gerechnet und bei wöchentlich zehn Stunden ehrenamtlicher Mithilfe gegeben. Damit unterstützt das Verfahren DCM gleichzeitig die konzeptionell beinhaltete Vernetzung der Hilfsangebote und die wirtschaftliche Anwendung eines Verfahrens in der Praxis.

Risikoanalyse durch Kapitalwertberechnung und Sensitivitätsanalyse

Für die Bewertung des Verfahren DCM ist für die (teil-)stationären Einrichtungen die Wirtschaftlichkeit Voraussetzung der Durchführung. Mit der Kapitalwertmethode wird ein Beurteilungsverfahren eingesetzt, das die unterschiedlichen zeitlichen Verläufe der Auszahlungs- und Einzahlungsströme berücksichtigt und auf den Startzeitpunkt des Projektes abzinst.

Mit der Berechnung des Kapitalwertes nach der Formel¹⁹³

$K_0 = \text{Kapitalwert}$

$E_t = \text{Einzahlung}$

$A_t = \text{Auszahlung}$

$i = \text{Zinssatz}$

$t = \text{Zeitindex}$

$$K_0 = \sum_{t=1}^n \frac{E_t - A_t}{(1+i)^t} - A_0$$

ergibt sich in der Annahme für die Umsetzung pflegewissenschaftlicher Verfahren mit einem durchschnittlichen Zeitraum von zehn Jahren ein sehr hoher Kapitalwert. Das DCM-Verfahren kann daher als sehr wirtschaftliches Verfahren betrachtet werden.

¹⁹² Steimel, Roland; Individuelle Angehörigenschulung, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2003, S. 51.

¹⁹³ Schmidt, Reinhard; Grundzüge der Investitions- und Finanzierungstheorie, Gabler, Wiesbaden, 2. Auflage, 1989, S. 64.

Im Bereich der (teil-)stationären Altenhilfe besteht ein hohes Investitionsrisiko durch Belegungseinbrüche. Die Kundenzufriedenheit, Motivation und Fachkompetenz der Mitarbeitenden sind zwar Sicherungsdeterminanten für eine kontinuierliche pflegestufenorientierte Belegung, dennoch ist es wichtig, bestimmte Szenarien durch eine Sensitivitätsanalyse zu berechnen.

c) Berechnung:

Kapitalwert:

K = Kapitalwert

E = Einzahlung am Ende der Periode t

A = Auszahlung am Ende der Periode t

i = Zinssatz

Anzahl Perioden (hier Jahre)

6%

10

	Jährliche Einzahlung	Jährliche Auszahlung	Summe Zahlungen	Abzinsung der zukünftigen Zahlungen
0	-1.400.000,00 €		-1.400.000,00 €	2.308.969,71 €
1	438.000,00 €	- 124.285,00 €	313.715,00 €	2.133.792,89 €
2	438.000,00 €	- 124.285,00 €	313.715,00 €	1.948.105,47 €
3	438.000,00 €	- 124.285,00 €	313.715,00 €	1.751.276,79 €
4	438.000,00 €	- 124.285,00 €	313.715,00 €	1.542.638,40 €
5	438.000,00 €	- 124.285,00 €	313.715,00 €	1.321.481,70 €
6	438.000,00 €	- 124.285,00 €	313.715,00 €	1.087.055,61 €
7	438.000,00 €	- 124.285,00 €	313.715,00 €	838.563,94 €
8	438.000,00 €	- 124.285,00 €	313.715,00 €	575.162,78 €
9	438.000,00 €	- 124.285,00 €	313.715,00 €	295.957,55 €
10	438.000,00 €	- 124.285,00 €	313.715,00 €	
Summe	2.980.000,00 €	-1.242.850,00 €	1.737.150,00 €	

Anmerkung: Bei den jährlichen Einzahlungen handelt es sich bei der Periode 0 um die Anfangsauszahlungen.

Sensitivitätsanalyse

Wie verhält sich der Kapitalwert bei unterschiedlichen Szenarien -
 Reaktion auf eine Veränderung der Zahlen von Bewohnerinnen und Bewohnern?

Nettonutzenprinzip	Bewohner- zahl:	Kapitalwert:	Nutzen-Betriebskosten	Anfang sin- vestitio- nen	Erlöse pro Jahr	Kosten pro Jahr	Zahlungstrom
-1,04	5	-2.859.994,53 €	-1.459.994,53 €		36.500,00 €	- 67.085,00 €	- 30.585,00 €
-0,89	10	-2.640.992,25 €	-1.240.992,25 €		73.000,00 €	- 72.285,00 €	715,00 €
-0,73	15	-2.421.989,96 €	-1.021.989,96 €		109.500,00 €	- 77.485,00 €	32.015,00 €
-0,57	20	-2.202.987,68 €	-802.987,68 €		146.000,00 €	- 82.685,00 €	63.315,00 €
-0,42	25	-1.983.985,39 €	-583.985,39 €		182.500,00 €	- 87.885,00 €	94.615,00 €
-0,26	30	-1.764.983,11 €	-364.983,11 €		219.000,00 €	- 93.085,00 €	125.915,00 €
-0,10	35	-1.545.980,82 €	-145.980,82 €		255.500,00 €	- 98.285,00 €	157.215,00 €
0,05	40	-1.326.978,53 €	73.021,47 €		292.000,00 €	- 103.485,00 €	188.515,00 €
0,21	45	-1.107.976,25 €	292.023,75 €		328.500,00 €	- 108.685,00 €	219.815,00 €
0,37	50	-888.973,96 €	511.026,04 €		365.000,00 €	- 113.885,00 €	251.115,00 €
0,52	55	-669.971,68 €	730.028,32 €	-1.400.000,00 €	401.500,00 €	- 119.085,00 €	282.415,00 €
0,68	60	-450.969,39 €	949.030,61 €		438.000,00 €	- 124.285,00 €	313.715,00 €
0,83	65	-231.967,11 €	1.168.032,89 €		474.500,00 €	- 129.485,00 €	345.015,00 €
0,99	70	-12.964,82 €	1.387.035,18 €		511.000,00 €	- 134.685,00 €	376.315,00 €
1,15	75	206.037,47 €	1.606.037,47 €		547.500,00 €	- 139.885,00 €	407.615,00 €
1,30	80	425.039,75 €	1.825.039,75 €		584.000,00 €	- 145.085,00 €	438.915,00 €
1,46	85	644.042,04 €	2.044.042,04 €		620.500,00 €	- 150.285,00 €	470.215,00 €
1,62	90	863.044,32 €	2.263.044,32 €		657.000,00 €	- 155.485,00 €	501.515,00 €
1,77	95	1.082.046,61 €	2.482.046,61 €		693.500,00 €	- 160.685,00 €	532.815,00 €
1,93	100	1.301.048,89 €	2.701.048,89 €		730.000,00 €	- 165.885,00 €	564.115,00 €
2,09	105	1.520.051,18 €	2.920.051,18 €		766.500,00 €	- 171.085,00 €	595.415,00 €
2,24	110	1.739.053,47 €	3.139.053,47 €		803.000,00 €	- 176.285,00 €	626.715,00 €
2,40	115	1.958.055,75 €	3.358.055,75 €		839.500,00 €	- 181.485,00 €	658.015,00 €
2,56	120	2.177.058,04 €	3.577.058,04 €		876.000,00 €	- 186.685,00 €	689.315,00 €
2,71	125	2.396.060,32 €	3.796.060,32 €		912.500,00 €	- 191.885,00 €	720.615,00 €

In der Sensitivitätsanalyse zeigt sich deutlich, dass unterhalb einer Belegung von 45 betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner die Maßnahme als unwirtschaftlich betrachtet werden kann. In Bezug auf neue Wohnformen¹⁹⁴ der sog. dritten Generation oder bei prognostizierten lange anhaltenden Belegungseinbrüchen – z. B. durch Umbaumaßnahmen oder bei Einrichtungen mit vorgehaltener kleiner Zahl von Bewohnerinnen und Bewohnern – ist daher in diesen Fällen, aus der Sensitivitätsanalyse hervorgehend, das Projekt DCM als unwirtschaftlich zu betrachten.

194 Gennrich, Rolf; So wenig Heim wie möglich, In: Altenheim – Lösungen fürs Management, 12/2006, Vincentz Verlag, Hannover, S. 16.

Return on Investment des DCM-Verfahrens

Der Return on Investment ist als Rentabilitätsberechnung ursprünglich für das gesamte im Unternehmen gebundene Kapital gedacht.¹⁹⁵ Er soll die Rendite des eingesetzten Kapitals messen. In der Weiterentwicklung der betrieblichen Kennzahlberechnung, die 1919 von Donaldson Brown definiert wurde, sind in modernen erweiterten Auffassungen des ROI nicht das Gesamtkapital, sondern auch Einzelinvestitionen, wie Projekte, betrachtet.¹⁹⁶

Mit der Berechnungsformel:¹⁹⁷

$$ROI = \text{Umsatzrendite} \times \text{Kapitalumschlag}$$

$$\text{Umsatzrendite} = \text{Gewinn} : \text{Nettoumsatz} \times 100$$

$$\text{Kapitalumschlag} = \text{Nettoumsatz} : \text{durchschnittliches Eigenkapital}$$

$$\text{Ergebnis: } ROI = \text{Gewinn} : \text{durchschnittliches Eigenkapital} \times 100$$

Beim Return on Investment müssen bezogen auf Einzelinvestitionen – wie das Projekt DCM – die Rückflüsse der Investitionen bereits bekannt sein. Im DCM-Projekt ist dies mit der Pflegesatzerstattung gegeben. Somit ergibt sich folgende Berechnung:

$$ROI = \text{Totalerfolg (Rückflüsse)} : \text{Investitionskosten}$$

Der ROI wird damit für den gesamten Projektzeitraum berechnet und soll als Entscheidungskriterium dienen, ob die Amortisation im vom Unternehmen akzeptierten Zeitraum liegt. Der Kapitalwert wird damit als Betrag für das Projekt DCM gesehen, den man maximal für die Möglichkeit, die Investitionen durchzuführen, bezahlen kann ohne finanziell schlechter zu stehen als bei Verzicht auf die Investition. Damit ist der Kapitalwert für das DCM-Projekt der Grenzpreis für die Investitionsmöglichkeit.

195 Buchholz, Rainer; Grundzüge des Jahresabschlusses nach HGB und IFRS, im Vahlen Verlag, München, 2005, S. 287.

196 http://de.wikipedia.org/wiki/Return_on_Investment, 25.04.2006; Alexander, Z; Wien.

197 Bieg, H./Kusmaul, H.; Externes Rechnungswesen, 3. Auflage, München, Wien, 2003, S. 321.

Für das Projekt wurde aufgrund der zu verdeutlichenden gegenwärtigen Werte Ein- bzw. Auszahlungen auf die für Projektverfahren im Altenhilfereich vereinfachte Summenformel zurückgegriffen:

$$ROI = \frac{\text{Erlöse} - \text{Kosten}}{\text{Eingesetztes Kapital}} \times 100$$

Die Berechnung des ROI zeigt im Verhältnis aus dem erwarteten Mehrwert und den Kosten einen deutlich positiven Prozentwert. Damit wird deutlich, dass die Investitionen zum DCM-Verfahren zum Unternehmenserfolg beitragen.

Return on Investment (ROI) = Betriebsergebnis/Bilanzsumme

Zeigt welchen Gewinn/Verlust das investierte Gesamtkapital (EK u. FK) erzielt hat. Zur Messung der Ertragskraft eines Unternehmens ist diese der Eigenkapitalrentabilität vorzuziehen, da bei Unternehmen mit geringer EK-Ausstattung selbst ein niedriger Betriebsgewinn zu einer hohen Eigenkapitalverzinsung führen kann:

ROI	313.715,00 €	Betriebsergebnis
	1.400.000,00 €	eingesetztes Kapital
ROI =		0,22408214

Pro Jahr fließen 0,22 % an Gewinn zurück, d.h. nach fünf Jahren hat sich alles ammortisiert. Die Berechnung des ROI steht im Verfahren DCM aber auch in der Kritik, inwieweit die Risiken der Investition berücksichtigt werden. Die politische Entwicklung – wie z. B. Reformen im Gesundheitswesen und daraus sich ergebende Änderungen der Leistungsabrechnungen – und die fehlende Entwicklung der Gesundheitsmedizin im Krankheitsbereich Demenz sind hier zu nennen. Die Berechnungen der Gefahren sind Aufgaben des strategischen Führungsprozesses und erfordern explizite Untersuchungstechniken wie z. B. die Szenario-Technik.¹⁹⁸ Sie bedürfen weiterer eigenständiger Erarbeitung und sind daher nicht Gegenstand dieser Erarbeitung.

¹⁹⁸ Rahn, Horst-Joachim; Unternehmensführung, Olfert, Klaus, (Hrsg.), 6. Auflage, Kiehl Verlag, Leipzig, 2005, S. 334.

4.4 Zusammenfassung

Die Anwendung von DCM führt zu einer Verbesserung der Pflegequalität. Sie führt über eine multidisziplinäre und multidimensionale Zusammenarbeit sowie innovative Einbindung von Freiwilligen und Angehörigen zu einer verbesserten Zufriedenheit bei den Erkrankten und allen im Pflege- und Betreuungsprozess beteiligten Personen. Es fördert die innovative Weiterentwicklung nach dem Modell der personenzentrierten Pflege und ermöglicht Fachkräften einen Überblick über den Wandlungsprozess in der Pflege zu behalten.

Internationale Steuerungsgruppe, europäische Vernetzungen, innerbetriebliche Information, Kommunikation in Form von Schulung, kollegiale Beratung, Gesprächskreise und spezielle Schulungen sowie Supervision helfen, die Weitergabe von Wissen an neue Mitarbeitende und an andere Berufsgruppen und neue Angehörige, zu optimieren.

Nach der zweiten Befragung ergibt sich zur Halbzeit des Projektes eine hohe Transformation der Theorie in die Praxis. Die Ergebnisberichte der DCM-Bbeauftragten spiegeln das Ergebnis der Befragungen wieder, dass sich Veränderungen auf der

- Strukturebene
z. B. Änderung des Tablettsystems, Änderung der Tischplätze
- Prozessebene
z. B. Arbeitsaufwände für Erkrankte, kontinuierliche Besprechung des Maßnahmenplans nach dem Mapping
- der Ebene der Ergebnisqualität
spürbar mehr Lebensqualität und Freude der Menschen, Gelassenheit und weniger Hetze bei den Mitarbeitenden, mehr Beteiligung der Angehörigen, Suche nach der Ursache des Verhaltens der Erkrankten

ergeben haben.

Die gemessene hohe Zufriedenheit der Angehörigen und die in der Mitarbeitendenbefragung deutlich gewordene hohe Erfüllung der Akzeptanz-, Lern- und Transferkriterien bestätigen die Praktikabilität des DCM-Verfahrens.

Der Abgleich der materiellen und immateriellen Kosten des Projektes DCM mit dessen Nutzen ergibt, dass bei dem Verfahren DCM schon nach zwei Jahren eine Deckung der variablen und fixen Kosten vorliegt.

Die Beurteilung nach der Kapitalwertmethode wurde in der Bewertung zeitlicher Verläufe der Ausgabe- und Einzahlungsströme berücksichtigt und auf den Startzeitpunkt des Projektes abgezinst.

Es ergibt sich, bezogen auf die Umsetzung pflegewissenschaftlicher Verfahren mit einem durchschnittlich gerechneten Zeitraum von zehn Jahren, ein sehr hoher Kapitalwert. Das DCM-Verfahren kann daher als sehr wirtschaftliches Verfahren betrachtet werden.

Trotz der in den Befragungen gesicherten Erkenntnisse, dass die Kundenzufriedenheit, Motivation und Fachkompetenz der Mitarbeitenden zwar Sicherungsdeterminanten für eine kontinuierliche pflegestufenorientierte Belegung sind, bedeutet die Darstellung einer Sensitivitätsanalyse eine Sicherung. Bei Risiken – wie bei einem Einbruch der Belegung unter 45 Bewohnerinnen und Bewohner – wird das Verfahren unwirtschaftlich.

Der durch die Return-on-Investment-Berechnungen erhaltene Wert zeigt mit dem deutlich hohen Ergebnis, dass die Investitionen zum DCM-Verfahren deutlich zum Unternehmenserfolg beitragen.

Bei der Human-Kapitalberechnung wirkt sich die in der Befragung ausgewertete hohe Zufriedenheit und Motivation der Mitarbeitenden aus. Der mit 6.788.651,79 € hohe Humankapitalwert zeigt, wie viel Anteil die Mitarbeitenden ergänzend zum ökonomischen Mehrwert zu einem nachhaltigen Unternehmenserfolg beitragen. Im Wertschöpfungsprozess der Dienstleistung mit dem Einsatz des DCM-Verfahrens sagt der berechnete Humankapitalwert aus, dass die Dienstleistung durch die Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden eine Sicherung des Unternehmenserfolges darstellt.

5 Fazit

DCM hat als komplexes qualitätssicherndes Verfahren Auswirkungen auf die Aufbau- und Ablauforganisation der Einrichtung. Mit der Anwendung des Verfahrens steigen die Anforderungen im Bereich Personal, Kommunikation und die Ausrichtung der Arbeit an den Bedürfnissen des Demenzerkrankten.

DCM bringt neben dem qualitativen Nutzen und der steigenden Zufriedenheit der Erkrankten auch einen wirtschaftlichen Nutzen.

DCM hat Einfluss auf das Personalmanagement und die Personalführung. Daraus ergibt sich für die Personalentwicklung, dass alle Maßnahmen geplant, in sich aufeinander abgestimmt, in nachfolgenden Phasen und Schritten sowie in unbedingter Abstimmung mit den Unternehmenszielen anhand gegebener Möglichkeiten, Gegebenheiten und Ressourcen erfolgen müssen. In diesem Zusammenhang ermöglicht ein multidisziplinärer und multidimensionaler Personaleinsatz einen betriebswirtschaftlichen Erfolg.

Angewandte Instrumente der Kommunikation und Information sowie die Nutzung einer Wissensbasis haben Einfluss auf DCM. Von der Erschließung des Wissens bis zur Anwendung und Sicherung von Wissensressourcen sind noch weitere Vernetzungen notwendig.

Durch die individuelle Nutzung der organisationalen Wissensbasis ergibt sich durch ein Wissensmanagement eine Kosten- und Zeitersparnis sowie mehr Kundenzufriedenheit. Wissensmanagement schafft bessere Bedingungen und Kompetenzen im Pflegebereich und unterstützt die Einführung neuer Verfahren in der Pflege. DCM gibt der Unternehmensführung die Möglichkeit der schnellen Anpassung der Unternehmensstrategie.

5.1 Erkenntnisse

Das DCM-Verfahren unterstützt die Arbeit im Fachbereich Demenz in der (teil-)stationären Pflege. Die Zufriedenheit basiert auf der Erfüllung qualitativer Standards, optimaler Nutzenstiftung, evolutionärer Weiterentwicklung und Positionierung des Selbstverständnisses.

DCM ist damit ein Verfahren, dass für den Erkrankten, den Angehörigen und die Einrichtung einen großen Effekt erzielt. Es ist dort wirksam, wo Erkrankte Zufriedenheit brauchen, Angehörige Hilfe erhoffen, Mitarbeitende gelassener arbeiten und Einrichtungen zugleich wirtschaftlich arbeiten können.

5.2 Ausblick

Die pflegewissenschaftliche (teil-)stationäre Altenhilfe hat sich in den vergangenen Jahren kontinuierlich weiterentwickelt. Für Einrichtungen der (teil-)stationären Pflege bedarf es heute bestmöglicher Bedingungen und Kompetenzen im Pflegebereich, um ihren Fortbestand zu sichern. Der Einsatz von Dementia Care Mapping im Fachbereich der Altenhilfe veranschaulicht, wie wichtig das Wohlbefinden der Erkrankten ist. Die erwartete Zunahme der Erkrankten einerseits und der erwartete Fachkräftemangel andererseits, stellen immer neue Anforderungen an die betriebliche Arbeits- und Ablauforganisation.

Die Evaluation zeigt, dass die Inhalte des DCM-Verfahrens bei den Teilnehmenden angekommen sind. Das Gelernte wird korrekt angewandt und im Pflegeprozess implementiert. Damit sind Akzeptanz-, Lern- und Transferkriterien im hohen Maße erfüllt.

In der Gesamtbeurteilung wird aufgrund der Berechnungen zur Kosten-Nutzen-Analyse deutlich, dass das Verfahren DCM zum wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens beiträgt. Die Evaluation ermöglicht Berechnungen von Kapitalwert, Return on Investment und Humankapitalwert. Sie zeigen die hohe Wirtschaftlichkeit des Verfahrens sowohl in der Amortisierung des eingesetzten Kapitals wie in der

Erhöhung des Humankapitals. Der nachhaltige Beitrag des DCM-Verfahrens zum ökonomischen Erfolg zeigt, dass das Verfahren als wirtschaftlich gilt. In Ergänzung zu den wirtschaftlichen Berechnungen ergeben die intangiblen Wirkungen, die als solche nicht direkt monetär ausgedrückt werden können, wie z. B. Zeitersparnis und Sicherheit im Arbeitsprozess aufgrund der Auswertung der Befragung bei Angehörigen und Mitarbeitenden eine hohe positive Wirkung.

Für die weitere Vernetzung von Anwendern des DCM-Verfahrens, die Schnittstelle zu anderen Projekten – wie die Risikopotentialanalyse und die Verbesserung der Information und Kommunikation – ist noch weiterer Forschungs- und Entwicklungsbedarf gegeben.

Literaturverzeichnis

- Amberg, Michael;** www.wi3.uni-erlangen.de/anwendungen/wiwiki/wiki/Sensitivitaetsanalyse; Betriebswirtschaftslehre, Erlangen, 2006, 05.06.2006
- American Psychiatric Association;** (Hrsg.): DSM IV – Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen, Hogrefe Verlag, Weinheim, 1997
- Bamberg/Bauer;** Statistik; Oldenbours Lehr- und Handbücher der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften; Wissenschaftsverlag Oldenbourg, München, 1991
- Bär, Marion;** Demenzkranke Menschen im Pflegeheim besser begleiten, Diakonisches Werk Württemberg, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2004
- Bär, Marion;** Institut für Gerontologie Heidelberg, Diakonisches Werk Württemberg, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2004
- Barth, M.;** Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Altenpflege, Urban & Fischer Verlag, München, Jena, 1999
- Batkiewicz, R. u. a.;** Zukunft und Identität der Caritas im Markt, In: Deutscher Caritasverband, (Hrsg.): Jahrbuch des Deutschen Caritasverbandes, Freiburg, 2002
- Ben-Khalifa, Christine;** Betriebswirtschaft und Rechnungswesen für die Altenpflege, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2004
- Bieg, H./Kussmaul, H.;** Externes Rechnungswesen, 3. Auflage, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München, 2003
- Bien, D.;** Problemanalyse durch Mitarbeiterbefragung – Arbeitshilfe für die Praxis sozialer Einrichtungen und Organisationen, Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, 1995
- Birker, Klaus/Pepels, Werner;** Handbuch: Krisenbewusstes Management – Krisenvorbeugung und Unternehmenssanierung, Cornelsen Verlag, Berlin, 2000
- Block, Stephan;** Marketing und Verkauf; Pflegerische Dienstleistungen anbieten, Vincentz Network, Hannover, 2005

- Böhm, E.;** Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm, Band 1, Grundlagen, Wilhelm Maudrich Verlag, Wien, 2002
- Borg, I.;** Führungsinstrument Mitarbeiterbefragung, Hogrefe Verlag, Göttingen, 2. Auflage, 2000
- Bosch, C. F. M.;** Vertrautheit, Studie zur Lebenswelt dementierender alter Menschen, Ullstein Medical, Wiesbaden, 1998
- Boy, Jacques/Dudek, Christian/Kuschel, Sabine;** Projektmanagement, Verlag Gabal, 11. Auflage, Offenbach, 2003
- Bradford Dementia Group;** Demenzpflege evaluieren – Die DCM Methode; Bradford 1997, Übersetzung Christian Müller-Hergl, University of Bradford; S.23
- Bröckermann, Reiner/Müller-Vorbrüggen-Michael;** Handbuch der Personalentwicklung, Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart, 2006
- Brooker, Dawn/Payne, M.;** Auditing outcome of care in, In: Patient and day Patient settings using Dementia Care Mapping, Can it be done? In: Psige (Psychologists Special Interest Group in the Elderly) Newsletter, Bradford, 1 / 1995
- Brooker, Dawn/Surr, Claire;** Dementia Care Mapping: Principles und practice, University of Bradford, Bradford, 2005
- Bruhn, M.;** Marketing – Grundlagen für Studium und Praxis, 2. überarbeitete Auflage, Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler GmbH, Wiesbaden, 1995
- Buchholz, Rainer;** Grundzüge des Jahresabschlusses nach HGB und IFRS, Vahlen Verlag, München, 2005
- Bundesgesetzblatt;** Jahrgang 1995, Teil I, PBV vom 22. November 1995
- Bundesminister der Finanzen;** 1973 – Erläuterungen des Bundesministers der Finanzen zur Durchführung von Nutzen-Kosten-Untersuchungen, Rundschreiben vom 21.05.1973
- Burkert, C.;** Qualitätskriterien einer Mitarbeiterbefragung untersucht am Beispiel von TQM, Univ. Diss., Aachen, 2001

- Christa, Harald;** Sozio-Marketing für gemeinnützige Einrichtungen der stationären Altenhilfe, Votum Verlag, Münster, 1997
- Datenschutzgesetz;** DSG-EKD = Datenschutzgesetz der Evangelischen Kirche in Deutschland, 5/1993
- Darley, Mark;** Kommunikationsmanagement, Hans Huber Verlag, Bern, 2006
- Dohm, Peter; Gaida, Birgit;** <http://www.steinbeis-academy.de/text/142/de/master-of-business-administration-mba.html>; 02.04.2006, Menschen für Bildung begeistern; 10.02.2007; 2007
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft;** (Hrsg.): Stationäre Versorgung von Alzheimer-Patienten, Schriftenreihe Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 3. Auflage, Berlin, 2001
- Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V.;** Fachverband des Diakonischen Werkes der EKD, 03/2006
- Donabedian, A.;** Evaluating the quality of medical care, The Milbank Memorial Fund Quarterly 44, New York, 1966
- Ehrmann, H.;** Marketing-Controlling, Kiehl, 4. Auflage, Ludwigshafen, 2004
- Flemming, J. / Coffman, C. / Harter, J.;** Manage your Human Sigma, In: Harvard Business Review, Vol. 83, No. 7, Boston, Juli/August 2005
- Fleßa, Steffen;** Gesundheitsökonomik, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 2005
- Fueglistaller, Urs/Wiedmann, Thilo;** Neue Trends in der Managementlehre – Konsequenzen für KMU, Steinbeis-Edition, Stuttgart, 2003
- Ganz, W. & Hermann, S.;** Wissensintegrative und koordinative Dienstleistungstätigkeiten – Erfolgsfaktoren für einen nachhaltigen Wettbewerbsvorsprung, Thesen und Fragestellungen einer neuen Forschungsinitiative, Stuttgart, Fraunhofer IRB Verlag, 1999

- Geise, Stephanie;** Lehrbrief Organisationslehre 1 Imags; BBA 2/2004; Steinbeis-Hochschule Berlin
- Gennrich, Rolf;** So wenig Heim wie möglich, In: Altenheim – Lösungen fürs Management, Vincentz Verlag, Hannover, 12/2006
- George, W./George, U.;** Angehörigenintegration in der Pflege, Ernst Reinhardt Verlag, München/Beuel, 2003
- Gräßle, Rosemarie/Rosenkötter, Jochen;** Dementia Care Mapping – Was es braucht, damit es nützt; in: Altenheim – Lösungen fürs Management; Vincentz Verlag, Hannover, 10/2005
- Gregor, Barbara;** Wohlbefinden messen, Qualität verbessern; in Altenheim; Vincentz Verlag Hannover; 3/2005;
- Größmann, Gunter/Iffland, Sascha/Mangels, Rainer;** Heimgesetz, 5. Ausgabe, Vincentz Verlag, Hannover, 2002
- Haas, Alexander/Ivens, Björn-Sven;** Innovatives Marketing, Gabler, Wiesbaden, 2005
- Harwanger, A.;** Den Körper als Ganzes spüren – Die basale Stimulation in der Pflege altersverwirrter Menschen, in: Altenpflege – Vorsprung durch Wissen, Vincentz Verlag, Hannover, 21/1996
- Hassemer, Konstantin;** Produktmanagement in Nonprofit-Organisationen, Metzlersche J.B. Verlagsb., Stuttgart, 1994
- Haubrock, M./Scär, W.;** Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus, 3. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2002
- Heinrich, L./Lehner, F.;** Informationsmanagement, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, 8. Auflage, München, 2005
- Hentze, J./Kammel, A.;** Personalwirtschaftslehre 1, 7. Auflage, Paul Haupt Berns Verlag, Bern, 2001

- Hoffmann, Alfred / Glauche, Marina;** Spezielle Dementenbetreuung, Qualität definieren – Angebote verbessern, In: *Altenheim, Lösungen fürs Management*, Vincentz Verlag, Hannover, 5 / 2007
- Iglseder, Bernhard;** Betreuungsgesetz; BGB § 1897, Abs. 1 Beurteilung des Schweregrades nach Reisbergskala; www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm
- Jansen, Birgit;** Vorbereitung zur Heimübersiedlung, In: *Systematisierung ambulanter Angehörigenarbeit in der Altenhilfe (in ländlichen Regionen) und einige Desiderate an eine lebensweltorientierte Pflegetheorie*, Mikrofiche-Ausgabe, 1997, 370, XXI Blatt, Graphische Darstellung, Kassel, Univ. Diss., 1997
- Joseps, Elke;** Die Vergangenheit gehört zu uns – Entwicklung von Geschichtssensitivität, Haus Neuland, Institut für Weiterbildung, Bielefeld, 2001
- KDA;** Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege, In: *Einrichtungen, KDA-Reihe „Thema“*, Band 162, Köln, 2000
- KDA;** Kuratorium Deutsche Altershilfe, (Hrsg.): *Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen*, Forschungsstudie, Band 162, Köln, 2000
- KDA;** Kuratorium Deutsche Altershilfe, <http://www.kda.de/>
- KDA;** Qualitätshandbuch, *Leben mit Demenz*, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln, 2001
- Kemser, Prof. Dr. Johannes / Kraus, Dr. Rafaela;** Erfolgsfaktoren in der stationären Pflege, In: *Pflege Impuls*, Verlag R.S. Schulz, Köln, 1 + 2 / 2004
- Kitwood, Tom;** *Demenz – Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*, Verlag Hans Huber, Bern, 2002
- Klie, Thomas;** Die Institution geht – das Netzwerk kommt, In: *Altenheim – Lösungen fürs Management*, Vincentz Verlag, Hannover, 12 / 2005
- Kolhoff, Ludger / Korendieck, Georg;** *Personalmanagement und Personalwirtschaft*, 1. Auflage, Nomos Verlag, Baden-Baden, 2006

- Köppel, P.;** Public Affairs Management, Strategien und Taktiken erfolgreicher Unternehmenskommunikation, Lind Verlag, Wien, 2000
- Köther, Ilka;** Altenpflege, Thieme Verlag, Stuttgart, 2005
- Kreuzpaintner, Günter/Glaser, Jürgen;** Demenz – Beziehung – Zuwendung – Wirtschaftlichkeit; In: Die Schwester / Der Pfleger, Fachzeitschrift für Pflegeberufe, Biblomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbh, Melsungen, 6 / 2007
- Lemcke, Claus;** http://www.salem-koeslin.de/daten/skm_nachr_80.pdf; 05.04.2007 SKM-Nachrichten, Ausgabe 80, April 2007, DCM – Positive Zwischenbilanz
- Lieb, Norbert/Oehmen, Ulrike;** Qualifiziertes Management gesucht, In: Altenheim, Lösungen fürs Management, Vincentz Verlag, Hannover, 10 / 2005
- Lind, Sven;** Demenzkranke Menschen pflegen, 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2003
- Lintern, Tracey;** „Approaches to Dementia Questionnaire“; University of Wales; Bangor, 1996
- Loffing, Christian/Geise, Stephanie;** Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenhilfe, 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2005
- Maietta, Lenny/Hatch, Frank;** Kinästhetik Infant Handling, Verlag Hans Huber, Bern, 2003
- Marr, Rainer/Schloderer, Florian;** Humankapitalbewertung als Herausforderung, In: Schwuchow, Karlheinz/Gumann, Joachim; Jahrbuch Personalentwicklung 2007, Luchterhand Verlag, München, 2007
- Mayer, H.;** Pflegeforschung – Elemente und Basiswissen, 2. Auflage, Falcutan, Wien, 2001
- Michel Fabian, Rudolf;** Heime können mehr, In: Altenheim – Lösungen fürs Management, Vincentz Verlag, Hannover, 12 / 2002
- Müller, Herbert;** Qualitätsmanagement in der Altenpflege erfolgreich umsetzen, Ausgabe 1, Weka Verlag, München, 2006

- Müller-Hergl, Christian;** Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden, Positive Personalarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping, In: Tachenberg, Peter / Abt-Zegelin / Angelika; (Hrsg.): Demenz und Pflege, Mabuse-Verlag, Frankfurt a. M., 2000
- o. V.,** Angehörige Schritt für Schritt für's Ehrenamt gewinnen, Stationäre Pflege aktuell, Pro PflegeManagement Verlag, Bonn 27 / 2004
- Olfert / Steinbuch;** Personalwirtschaft, 7. Auflage, Kiehl Verlag, Ludwigshafen, 1998
- Olfert / Pischulti;** Kompakttraining; 2. Auflage, Kiehl Verlag, Leipzig, 2002
- Ollenschläger, Günter / Bucher, Heiner / C; Donner-Banzhoff u. a.;** Kompendium evidenzbasierte Medizin, 5. Auflage, Huber-Verlag, Bern, 2006
- Pantenburg, Stephan;** Marketingstrategien freigemeinnütziger Unternehmen im Altenhilfessektor, Nomos Verlag, Baden-Baden, 1995
- Patzak, Gerold / Rattay, Günter;** Projektmanagement, Linde Verlag, Wien, 2004
- Peer, Sabine;** Korrelation von Pflegeaufwand und DRGs, In: Die Schwester / Der Pfleger, Fachzeitschrift für Pflegeberufe, Melsungen, 8 / 2005
- Peterke, Jürgen;** Handbuch der Personalentwicklung, Cornelsen Verlag, Berlin, 2006
- Pfister, Jürgen / Jakobi, Klaus;** Unternehmenswertsteigerung durch Human Resources Management, In: Jahrbuch Personalentwicklung, Luchterhand Verlag, 2007
- Pflegeversicherungsgesetz;** Sozialgesetzbuch XI, § 69, Abs. Sicherstellungsauftrag
- Piehl, A. / Ristok, B.;** Kosten senken – Erlöse steigern in stationären Pflegeeinrichtungen, Lambertus-Verlag, Freiburg, 1998
- Pick, Peter; / Voß, K.-Dieter:** Bezugspflege; Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 07.03.1996

- Porter, M. E.;** Wettbewerbsvorteile, Campus Verlag, Frankfurt, 1989
- Rahn, Horst-Joachim;** Unternehmensführung, Olfert, Klaus, (Hrsg.), 6. Auflage, Kiehl Verlag, Leipzig, 2005
- Rüdiger, Ulrich;** www.uni-konstanz.de/studis/fs/fs-polverw./studium/SKRIPTE/Skip%20Personalmanagement.rtf; 05.06.2006, Erlangen, 2006; Personalmanagement Kapitel 1;
- Rüsing, Detlef;** Die Reliabilität und Validität des Beobachtungsinstruments „Dementia Care Mapping“, Literaturanalyse im Rahmen einer Bachelorarbeit, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten / Herdecke, Werne, 2001
- Rüsing, Detlef;** <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/index.asp>; Hilfe für Demenzkranke; Hilfe für Demenzkranke; Witten-Herdecke vom 22.06.2007
- Sacket, David-L. / Richardson, W. S. / Rosenberg, W. M. C. / Haynes, R. (deutsch von Kunz, R.);** Evidenzbasierte Medizin, EBM-Umsetzung und -vermittlung, Zuckschwerdt-Verlag, Gerning, 1999
- Saß, Henning;** American Psychiatric Association; (Hrsg.): DSM IV – Diagnostische Kriterien und Differenzialdiagnosen, Hogrefe Verlag, Weinheim, 1997
- Schindewolf, K.;** Betriebswirtschaftslehre, Organisation und Betriebsführung in der Altenpflege, Urban & Fischer, München, 2002
- Schmidt, Reinhard;** Grundzüge der Investitions- und Finanzierungstheorie, Gabler, 2. Auflage, Wiesbaden 1989
- Schnell/Hill/Esser;** Methoden der empirischen Sozialforschung, 6. Auflage, Oldenbourg Verlagsgruppe, München 1999
- Schofield, Joanne;** Den Alltag beobachten, In: Altenpflege, Vorsprung durch Wissen, Vincentz Verlag, Hannover, 11 / 2005
- Scholz, Christian / Stein, Volker / Bechtel, Roland;** Human Capital Management – Wege aus der Unverbindlichkeit, 2. Auflage; Wolters-Kluwer, Hannover, 2006

- Schrader, Steve;** Jede sollte einen Beitrag zur Finanzierung leisten, In: *Altenheim – Lösungen fürs Management*, Vincentz Verlag, Hannover, 6/2006
- Schulz-Hausgenoss, Adelheid;** Den Durchblick behalten, In: *Altenpflege – Vorsprung durch Wissen*, Vincentz Verlag, Hannover 11/2005
- Stuhlmann, Wilhelm;** <http://www.alzheimer.de/index.php?id=45>; 15.06.2006, Landesverband Alzheimergesellschaft NRW
- Schwuchow, Karlheinz/Gutmann, Joachim;** *Jahrbuch Personalentwicklung*, Luchterhand Verlag, Köln, 2006
- SGB XI;** Sozialgesetzbuch, Elftes Buch, Soziale Pflegeversicherung, 27.12.2003
- Sittner, Elisabeth;** *Wie wird Wissen zum Können*, Facultas, Wien, 2005
- Stahl, Hans-Werner;** *Schnelleinstieg Kostenrechnung*, Haufe, Freiburg 2006
- Stanjek, K.;** *Altenpflege konkret – Sozialwissenschaften*, 2. Auflage, Urban & Fischer, München, Jena, 2001
- Steimel, R.;** *Individuelle Angehörigenschulung*, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2003
- Steinmann, H./Schreyögg, G.;** *Management: Grundlagen der Unternehmensführung*, 2. Auflage, Wiesbaden, Verlag Gabler, 1991
- Stoffer, Franz J.;** *Sozialmanagement 2000, Zwischen Mensch und Profit*, Overath, Caritas Betriebsführung und Trägergesellschaft mbH, 1995
- Thielen, Gunter;** <http://www.wegweiserdemographie.de/prognose/datenausgabe/jsp/ausgabe/ausgabe.jsp?gkz=05770024&typ=1&datenbezug=1&indikatorenwahl=1Bertelsmannzahlen>; Gütersloh; Mai 2006; 02.06.2006
- Thill, Klaus-Dieter;** *Kundenorientierung und Dienstleistungsmarketing für Krankenhäuser*, Kohlhammer, Stuttgart, 1999
- Thöns, M./Nestler, B./Seck, M.-Zenz;** *Palliativmedizin – Gemeinsam gegen den Schmerz*, In: *Die Schwester / Der Pfleger*, Fachzeitschrift für Pflegeberufe, Biblo-med Medizinische Verlagsgesellschaft mbH, Melsungen 07/2006

Uthe, Friedel / Fischer, Sigmar; In: Handbuch Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen, 1. Auflage, Haus Neuland, Bielefeld, 2001

Vergütungsrichtlinien; AVR-Arbeitsvertragsrichtlinien der Kirche

Vollmer, Dr. Rudolf J. u. a.; Das neue Heimgesetz 2002, 1. Auflage, AOK Verlag, Leipzig, 2001

von Eckardstein, Dudo / Kasper, Helmut / Mayrhofer, Wolfgang; Management – Theorien – Führung – Veränderung, Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart, 1999

Wehner, Jürgen; www.medizininfo.de/kopfundseele/alzhiemr/test_mmst.shtml; Medizininfo: Medizin und Gesundheit; Flensburg, 08.06.2006

Wöhe, Günter / Döring, Ulrich; Einführung in die allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 21. Auflage, Vahlen Verlag, München, 2002

Z, Alexander; http://de/Wikipedia.org/wiki/Return_on_Investment; 25.04.2006; Wien

Weiterführende Internetadressen:

www.alten-dorf.de; Die Anna Luise Altendorf Stiftung; Lemcke, Claus

www.alzheimerforum.de; Drenhaus-Wagner, Rosemarie; Alzheimer Angehörigen Initiative, Berlin

www.alzheimer-nrw.de; Stuhlmann, Wilhelm; Landesverband der Alzheimer Gesellschaft NRW; Düsseldorf 04.04.2007;

www.artecura.de; Büeler, Claudia; Die Artecura Kunsttherapie; Düsseldorf

www.bebb.de/redaktion/altenpflege_saarland/literatur/verwirrte_01.htm; Ebbecke Bastian; Bebb; Hannover

www.demenz-ded.de; Hamburg, Martin; Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V.; Kiel

www.integrative-validation.de; Richard, Nicole; Institut für Integrative Validation; Kassel

www.salem-koeslin.de; Strothmann, Ulrich; Diakonissenanstalt Salem Köslin Minden;

www.zdwa.de; In: Zukunft immer bedeutender; Zentrum für demografischen Wandel; Gruhn, Peter; Max Planck Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften

Anhang 1

Approaches to Dementia Care

Approaches to Dementia Questionnaire (mit 19 Fragen)

Tracey Lintern 1996 University of Wales, Bangor

Es gibt keine besondere Anleitung – wir benutzen die Skalen in survey packs/ Umfragebündeln, die dem Personal vorgelegt werden; das Pflegepersonal kann den Fragebogen problemlos ausfüllen. Es gibt keine Gründe dafür, dass Manager/ Führungskräfte/ Pflegedienstleitungen oder Personal mit unterschiedlichsten Qualifikationen den Fragebogen nicht ausfüllen sollten.

Positive Einschätzungen bekommen eine hohe Punktzahl, negative Einschätzungen eine niedrige – auf einer Skala von 1 bis 5. Beispielsweise bekommt bei Frage 1 „lehne völlig ab“ 5 Punkte, „stimme völlig zu“ einen Punkt; „weder/ noch“ bekommt 3 Punkte, „stimme zu“ 2 Punkte, „lehne ab“ 4 Punkte.

Bei den Fragen 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10, 13, und 14 wird „lehne völlig ab“ mit 5 Punkten bewertet. Bei den Fragen 5, 7, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 18 und 19 wird „stimme völlig zu“ mit 5 Punkten bewertet.

Es gibt dann drei Scores, die man berechnen kann:

- 1) Gesamtpunktzahl: die Summe aller Fragen (Ränge: 19–95)
- 2) Hoffnung: die Summe der Fragen 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10 und 13
- 3) personenzentriert: die Summe der Fragen 5, 7, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18 und 19

Die zwei Unterskalen wurden aus Faktoranalysen auf der Basis der Daten von über 200 Pflegemitarbeitern im Vereinigten Königreich abgeleitet, und wurden gegen-validiert.

-
- Reliabilität: Cronbachs Alpha: für die Gesamtpunktzahl 0,83; Hoffnung 0,76; personenzentriert 0,85
- Re-Test-Reliabilität: für die Gesamtpunktzahl 0,76; Hoffnung 0,70; personenzentriert 0,69
- Validität: Bezieht sich auf die Punktzahlen des „Dementia Care Styles Questionnaire“, den Antworten auf video vignettes/Videoausschnitte und beobachtetem Personalverhalten. In unserer Forschung ist es vor allem „Hoffnung“, die Personalverhalten vorhersagen lässt (z. B. Beteiligung bei sozialer Interaktion mit Bewohnern, Beteiligung an sinnvoller Beschäftigung und Stimulation sowie die Qualität der Interaktionen in der körperlichen Pflege.)

Tracey Lintern & Bob Woods University of Wales Bangor

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen oder sie ablehnen

1.	Im Umgang mit Menschen mit Demenz ist es wichtig, sich an einen strengen Tagesablauf / eine strenge Routine zu halten				
	stimme völlig zu	stimme zu	weder/nach	lehne ab	lehne völlig ab
2.	Menschen mit Demenz sind Kindern sehr ähnlich.				
	stimme völlig zu	stimme zu	weder/nach	lehne ab	lehne völlig ab
3.	Es gibt keine Hoffnung für Menschen mit Demenz.				
	stimme völlig zu	stimme zu	weder/nach	lehne ab	lehne völlig ab
4.	Menschen mit Demenz sind nicht in der Lage, Entscheidungen für sich selbst zu treffen				
	stimme völlig zu	stimme zu	weder/nach	lehne ab	lehne völlig ab
5.	Für Menschen mit Demenz ist es wichtig, dass sie ihre Zeit mit stimulierenden und unterhaltsamen Aktivitäten verbringen können.				
	stimme völlig zu	stimme zu	weder/nach	lehne ab	lehne völlig ab
6.	Menschen mit Demenz sind krank und sie müssen betreut werden.				
	stimme völlig zu	stimme zu	weder/nach	lehne ab	lehne völlig ab
7.	Es ist wichtig, dass man Menschen mit Demenz in ihrem Alltagsleben soviel Wahlmöglichkeiten wie möglich bietet.				
	stimme völlig zu	stimme zu	weder/nach	lehne ab	lehne völlig ab
8.	Man kann für Menschen mit Demenz nichts tun außer sie sauber zu halten und es ihnen so angenehm wie möglich zu machen.				
	stimme völlig zu	stimme zu	weder/nach	lehne ab	lehne völlig ab
9.	Menschen mit Demenz sind mit einiger Wahrscheinlichkeit dann zufriedener, wenn man ihnen Verständnis entgegenbringt und ihnen Bestätigung gibt.				
	stimme völlig zu	stimme zu	weder/nach	lehne ab	lehne völlig ab
10.	Sobald sich bei einer Person eine Demenz zeigt, ist es unvermeidbar, dass es mit ihr bergab gehen wird.				
	stimme völlig zu	stimme zu	weder/nach	lehne ab	lehne völlig ab

11.	Menschen mit Demenz haben das Bedürfnis, sich respektiert zu fühlen – wie jeder andere auch,				
	stimme völlig zu	stimme zu	weder/ noch	lehne ab	lehne völlig ab
12.	Eine gute Demenzzpflege beinhaltet, dass man sich um die psychologischen Bedürfnisse einer Person genauso kümmert wie um ihre körperlichen Bedürfnisse.				
	stimme völlig zu	stimme zu	weder/ noch	lehne ab	lehne völlig ab
13.	Es ist wichtig, dass man nicht zuviel Zuneigung zu Bewohnern entwickelt.				
	stimme völlig zu	stimme zu	weder/ noch	lehne ab	lehne völlig ab
14.	Es ist nicht wichtig, was man zu Menschen mit Demenz sagt – sie vergessen es sowieso.				
	stimme völlig zu	stimme zu	weder/ noch	lehne ab	lehne völlig ab
15.	Menschen mit Demenz haben häufig gute Gründe dafür, sich so benehmen wie sie es tun.				
	stimme völlig zu	stimme zu	weder/ noch	lehne ab	lehne völlig ab
16.	Es kann sehr angenehm sein, Zeit mit Menschen mit Demenz zu verbringen.				
	stimme völlig zu	stimme zu	weder/ noch	lehne ab	lehne völlig ab
17.	Es ist wichtig, Menschen mit Demenz mit Einfühlungsvermögen und Verständnis zu begegnen,				
	stimme völlig zu	stimme zu	weder/ noch	lehne ab	lehne völlig ab
18.	Es gibt eine Menge Dinge, die Menschen mit Demenz tun können.				
	stimme völlig zu	stimme zu	weder/ noch	lehne ab	lehne völlig ab
19.	Menschen mit Demenz sind ganz gewöhnliche Menschen, die für die Erfüllung ihrer Bedürfnisse das besondere Verständnis anderer benötigen.				
	stimme völlig zu	stimme zu	weder/ noch	lehne ab	lehne völlig ab

Anlage 1 Fragebogen zu Pflegestilen in der Demenzpflege (Auswertungsbogen)

Nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um diesen Fragebogen über verschiedene Arten und Weisen, Menschen mit Demenz zu pflegen und zu betreuen, zu beantworten. Denken Sie über diese Fragen nicht zu lange und zu gründlich nach. Folgen Sie Ihrem ersten Impuls. Alle Antworten mögen wichtig und wesentlich sein; kreisen Sie dennoch diejenige Antwort an, die Sie persönlich für am meisten zutreffend und maßgeblich halten. Bitte immer nur eine Antwort ankreisen.

- ☐ Examierte Pflegekraft ☐ Angelernte Pflegekraft ☐ Mitglied
☐ des Qualitätszirkels Gerontopsychiatrie

1. Sie besuchen einen Wohnbereich, wo Sie die Bewohner nicht kennen. Eine Frau, die ganz offensichtlich verwirrt ist, steht in der Mitte des Flures. Welche Gedanken mögen Ihnen zuerst durch den Kopf gehen?

- a) Vielleicht versuchen sie hier, ein neues Verhaltensmuster mit der Frau einzutrainieren. Ich werde sie lieber erst mal nicht unmittelbar ansprechen, sondern versuchen, eine Pflegekraft zu finden, die sie kennt. (B)
- b) Diese Person ist neurologisch geschädigt und das Sprechen wird ihr schwer fallen. (M)
- c) Sie sieht verwirrt aus. Ich werde ihr unmittelbar meine Hilfe anbieten. (D)
- d) Dies ist hier ihr Zuhause und sie hat ein Recht, wo immer sie auch will herumzustehen. Ich werde sie freundlich anlächeln und an ihr vorbeigehen. (N)

2. Wenn man mit einer Person mit Demenz spricht, was sind im allgemeinen die wichtigsten Überlegungen, die zu berücksichtigen sind?

- a) Dieselben, die für die Kommunikation mit allen Menschen gelten. (N)
- b) Wegen der Desorientierung und den Funktionsstörungen im Sprachbereich sollte man langsam und mit vielen Wiederholungen sprechen. (M)
- c) Unverständliches und unaufhörliches Reden (Perseverationen) sollte man ignorieren, aber positiv auf angemessene Konversation oder Anrede eingehen und versuchen, kommunikative Fähigkeiten aufrecht zu erhalten. (B)
- d) Man sollte die Person selbst den Rhythmus bestimmen lassen und dabei hilfreich sein, die Bedeutung der schwer verständliche Äußerungen zu deuten und zu verstehen. (D)

3. Was im allgemeinen muss man bedenken, wenn man einer Person mit Demenz am morgen hilft, sich anzuziehen?
a) Man sollte versuchen, eine feste Routine herzustellen, alle unangebrachten Antworten und Reaktionen ignorieren, den/die Heimbewohnerin aber loben, wenn er/sie sich korrekt angezogen hat und mit dem Anziehen zurecht gekommen ist. (B)
b) Wichtig ist vor allem, dass die Menschen korrekt und sauber angezogen sind. (N)
c) Es gilt, sich auf die Geschwindigkeit des jeweiligen Heimbewohners einzustellen, ihnen zu helfen, die Kleidung auszuwählen und dabei zu versuchen, ins Gespräch zu kommen. (D)
d) Man sollte besonders auf Anzeichen für apraktische Störungen achten, auf Veränderungen in den motorischen Funktionen und den dafür relevanten Gedächtnisfunktionen. (M)
4. Die Tochter eines Bewohners mit Demenz ist über die wütenden Ausbrüche ihres Vaters anlässlich eines Besuches sehr aufgebracht. Was tun Sie?
a) Ich sage dem Herrn, dass er sich bei Besuchen ordentlich zu benehmen habe und dankbar für den Besuch sein sollte. (B)
b) Ich erkläre der Tochter, dass er sich aufgrund der Demenz manchmal auf unvorhersehbare Weise verhält und dass sie es deswegen nicht persönlich nehmen sollte. (M)
c) Ich sage der Tochter, dass er manchmal seine schlechten Tage hat wie jeder andere auch. (N)
d) Ich versuche jemand anderen zu bekommen, der sich eine Weile zu dem Heimbewohner setzt. Ich bitte die Tochter, mit mir in einen anderen Bereich zu gehen, um sie zu beruhigen und herauszufinden, ob sie etwas Licht darauf werfen kann, warum ihr Vater so ärgerlich reagiert hat. (D)
5. Jeden Nachmittag versucht Herr Schneider, ein Bewohner mit Demenz, den Wohnbereich zu verlassen. Er sagt dann, dass er zum Postamt muss, um seine Pension abzuholen. Was würden Sie tun oder zu tun empfehlen?
a) Man muss sicher stellen, dass er etwas Interessantes am Nachmittag zu tun hat. Z. B. sollte er Gelegenheit bekommen, sein Geld auszugeben, was ihm unter Umständen ein vertrautes, sicheres Gefühl vermitteln könnte. (D)
b) Dieses Verhalten ist typisch für jemanden mit Demenz. Um seine Ängste zu beruhigen sollte man ihm sagen, dass man sich um die Angelegenheit kümmern wird und das Geld für ihn abholt. (B)
c) Man sollte darauf achten, zu welcher Tageszeit genau dies passiert. Eine richtige Medikation zur Mittagszeit mag hier helfen. (M)
d) Man sollte ihm sagen, dass er sich hier in einem Altenheim/Krankenhaus ... befindet und es daher keinen Grund gibt, die Pension abzuholen. (N)

6. Frau Drewes verbringt einen großen Teil des Tages damit, im Wohnbereich auf und ab zu gehen. Wenn sie jemand grüßt, dann hält sie an und gibt demjenigen einen KUSS auf die Wange. Was würden Sie raten zu tun?

- a) Fasse dies auf als ein Anzeichen dafür, dass der Frontallappen des Cortex tangiert ist und versuche, sie vom Küssen abzulenken. (M)
- b) Fasse dies auf als ein Zeichen für ihre Zuneigung und ermutige Menschen, mit Frau Drewes zu gehen. (D)
- c) Erkläre ihr, dass dieses Verhalten für andere befremdlich ist und versuche ihr zu erklären, warum sie das tut. (N)
- d) Nehme keine Notiz von ihr, wenn sie herumwandert und ignoriere das Küssen. Wenn sie sich erwachsenengerecht verhält, gehe auf sie zu. (B)

7. Frau Lohmann hat auf den Boden defäkiert und versucht nun, dies mit ihrem Pullover wegzuwischen. Was wäre das erste, dass Sie tun würden?

- a) Es ist deutlich zu erkennen, dass Frau Lohmann wohl sehr aufgeregt und bestürzt ist und das nach ihrer Auffassung Richtige zu tun versucht. Ich besorge einige Reinigungsmittel und ermutige sie, dies zusammen mit mir sauber zu machen. (D)
- b) Ich erinnere sie daran, wo die Toilette ist und hole jemanden herbei, der Frau Lohmann versorgt und den Boden reinigt. (B)
- c) Ich führe sie ins Badezimmer und mache sie sauber. Wegen ihres verwirrten Zustandes achte darauf, dass sie nicht ausrutscht und fällt. (N)
- d) Offensichtlich ist die Ursache für die Stuhlinkontinenz nicht vollständig abgeklärt. Ich achte auf die Umstände des „Missgeschicks“ und werde heute noch ihren Arzt anrufen. (M)

8. Frau Helmich war recht fröhlich den ganzen Tag über und bricht plötzlich, ohne erkennbare Ursache, in Tränen aus. Was würden Sie tun?

- a) Es handelt sich wahrscheinlich um eine „katastrophische Reaktion“. Ich achte darauf, unter welchen Umständen und zu welcher Zeit dies passiert ist und trage es in die Dokumentation ein. (M)
- b) Ich setze mich nahe zu ihr hin. Ich versuche, mich einzufühlen und schaue, ob ich Frau Helmich dazu bewegen kann zu erzählen oder auszudrücken, warum sie sich so traurig fühlt. (D)
- c) Menschen mit Demenz vergessen schnell, was sie bewegt. Oft gibt es bei ihnen spontane Stimmungsumschwünge. Daher versuche ich, sie abzulenken und aufzuheitern. (N)
- d) Ich ignoriere den Gefühlsausbruch und rede mit ihr erst wieder, wenn sie sich gefasst hat und sich erwachsenengerecht verhält. (B)

9. Während alle Fernsehen schauen steht Frau Müller auf und beginnt, ein altes Lied zu singen. Sie tut dies recht laut und singt auch etwas falsch. Was ist Ihre Reaktion?

- a) Ich versuche, sie mit einer beruhigenden Aktivität abzulenken oder sie aus dem Raum herauszuführen. (M)
- b) Ich applaudiere ihr ganz deutlich und versuche, mit ihr über das Lied ins Gespräch zu kommen. (D)
- c) Ich ignoriere ihr Verhalten und versuche, zusammen mit der Gruppe zu singen und Frau Müller in dieses Geschehen einzubinden. (B)
- d) Ich sage ihr mit humorvollem Unterton, dass sie eine schreckliche Stimme hat und bitten sie, mit dem Singen aufzuhören. (N)

10. Es ist 23.00 h nachts und Frau Meier sagt, dass sie noch gar nicht richtig schlafen kann und gern ihren „Schlummertrunk“ (ein höherprozentiges Likörchen!) hätte. Was ist Ihre Reaktion?

- a) Wenn Sie Medikamente zu sich nimmt, die alkoholverträglich sind, setze ich mich zu ihr, während sie ihren Schlummertrunk zu sich nimmt; andernfalls biete ich ihr ein heißes Getränk an und nutze die Gelegenheit, mit ihr zu plaudern. (D)
- b) Ich bedenke die Auswirkungen auf den nächsten Tag (Hannover), ignoriere also ihr Verlangen, sie wird schon bald zu Bett gehen und sich beruhigen. (B)
- c) Ich denke mir, dass sie wahrscheinlich substanzielle Hirnstammschädigungen hat, da ihr Gefühl für Zeit und Wach-Schlafrythmen abgenommen hat. Ich versuche, sie abzulenken und sie auf morgen zu vertrösten. (M)
- d) Überreden Sie Frau Meier, zu Bett zu gehen, weil die Schlafenszeit schon längst begonnen hat und alle anderen auch schlafen. (N)

11. Sie kommen in Ihren Wohnbereich, es war für Sie eine schlechte Woche, Sie sind hundemüde und haben noch viel zu tun. Ein Heimbewohner schaut Sie an und sagt: „Ihnen geht es aber heute nicht so gut, meine Liebe!“ Was ist ihre Reaktion?

- a) Ich sage ihm, dass ich heute ein wenig aus der Bahn bin und mich nicht gut fühle. Ich bedanke mich für die Aufmerksamkeit. (D)
- b) Mir fällt auf, dass der Heimbewohner heute viel weniger selbstbezüglich reagiert als sonst. Ich frage sich, ob es wohl Veränderungen in der Medikation gegeben hat. Ansonsten übergehe ich die Frage. (M)
- c) Ich sage ihm, dass ich eine Erkältung habe und dass er sich keine Sorgen um mich machen solle. (N)
- d) Ich erinnere ihn daran, dass er sich darum nicht zu kümmern braucht, weil ich der Auffassung bin, dass man die Klienten nicht mit seinen eigenen Sorgen belasten sollte. (B)

12. Wenn Sie Gruppenaktivitäten für Menschen mit Demenz organisieren sollten, welche Überlegung wäre für Sie ausschlaggebend?

- a) Ich stelle sicher, dass kognitive Fähigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten zuverlässig eingeschätzt und anschließend dokumentiert werden können. (M)
- b) Es ist wichtig, sich eine Aktivität auszudenken, die sehr einfach ist; ich muss bereit sein, die Führung in dieser Gruppe zu übernehmen und klare Strukturvorgaben machen. (N)
- c) Ich stelle sicher, dass alle Heimbewohnerinnen mitmachen können, da es für sie gut ist, Gemeinschaft zu erfahren. (B)
- d) Ich nutze die Gelegenheit, Wahlmöglichkeiten anzubieten und zu unterstützen; ich stelle sicher, dass die Gruppenaktivität den unterschiedlichen Interessen und Bedürfnissen entspricht und jedem etwas anzubieten hat. (D)

Instruktionen

Der Fragebogen dient dazu, um festzustellen, wie sich nach einem Training, einer Schulung oder einem Projekt in der Gerontopsychiatrie die offensichtlichen Konstrukte bezüglich Pflege und Betreuung verändert haben. Es werden vier Hauptkonstrukte in der Gerontopsychiatrie angenommen, die mit den Buchstaben B,D,M,N kodiert werden.

- B** Behavioristischer oder verhaltenstherapeutischer Ansatz, der eine Art naives Verhaltensmanagement anzielt, das einige Mitarbeiterinnen im Umgang mit Menschen mit Demenz angenommen haben. Dies kann unter Umständen Züge eines korrigierenden, reglementierenden Umgangs mit sich bringen, wie sie für den Umgang mit unselbständigen Kindern typisch sein mag. Die Mitarbeiterinnen nehmen dabei an, sie wüssten am besten, was für alte, demente Menschen gut und richtig ist.
- D** Der Ansatz der Positiven Personenarbeit, der dem DCM-Verfahren zugrunde liegt. Der Mensch mit Demenz wird als Person mit besonderen Bedürfnissen und Bindungswünschen betrachtet. Dabei gilt es immer, eine therapeutische, aber erwachsenengerechte Antwort zu finden. Wichtig ist es, dem anderen zum Gefühl des Personseins zu verhelfen.
- M** Das medizinische Modell - ein reduktionistischer Ansatz, bei dem alles eine körperliche Ursache und Konsequenz hat, die bei der Wahrnehmung im Mittelpunkt steht.
- N** Der Normalisierungsansatz, der keine besonderen Zugeständnisse an die Bedürfnisse und Kommunikationsmöglichkeiten von Menschen mit Demenz berücksichtigt. Der Mensch mit Demenz wird wie jede andere alte und bedürftige Person behandelt. Eine gezielte Orientierung in Milieu und Beziehung findet nicht statt.

Anhang 2

Angehörigenfragebogen

Umfrage zum DCM-Projekt Fragebogen für Angehörige

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,
wie Sie wissen nimmt diese Einrichtung an dem drei-jährigen DCM-Projekt der Anna Luise Altendorf Stiftung teil. Ziel ist, die Betreuungsqualität von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen zu verbessern. Die vielfältigen Aktivitäten, die im Projektzeitraum entfaltet werden, bleiben sicher nicht ganz ohne Wirkung auf den Pflegealltag. Diese Veränderungen sollen genauer untersucht werden.

Dies ist erforderlich, um im Anschluss des Projektes beurteilen zu können, ob sich der finanzielle und zeitliche Aufwand in Bezug auf die Pflegequalität für die Bewohnerinnen und die Zufriedenheit der Mitarbeitenden gelohnt hat und wie es nach Ablauf des Projektes weitergeht.

Ihre Meinung und Einschätzung ist uns wichtig, weil Sie als Angehöriger sehr genau Veränderungen im Pflegealltag wahrnehmen.

Umfragen sind ein anerkanntes Instrument, um die Qualität von Projekten beurteilen zu können.

Es sind drei Befragungen geplant. Vor der Erstbefragung, während des Projektes etwa nach 1,5 Jahren und zum Abschluss des Projektes.

So können wir einen Projektverlauf darstellen und Veränderungen innerhalb des Projektzeitraumes beurteilen.

Die Umfragen richten sich an alle Angehörigen der vier beteiligten Wohnbereiche. Anonymität ist gewährleistet. Der Fragebogen ist so gestaltet, dass bei der Auswertung keine Rückschlüsse auf die Person, die die Bögen ausgefüllt hat, gezogen werden können. Die Fragebögen werden nach Projektende vernichtet.

Wir bitten Sie herzlich, den Fragebogen nach Erhalt umgehend auszufüllen und im beiliegenden Umschlag ohne Namen auf dem Wohnbereich oder der Pforte zu hinterlegen. Sie werden von uns abgeholt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen - das ist wichtig, damit wir ein möglichst genaues Bild erhalten.

Wenn Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die Evaluationsverantwortliche:

Sr. Lieseltraud Lange-Riechmann Telefonnummer 0571/9552240.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Wir bitten Sie nun, die Leistungen des Pflegeheimes zu bewerten.

Bitte bewerten Sie die Leistungen der Einrichtung mit Schulnoten von 1 bis 5, das heißt mit:

1 = sehr gut 2 = gut 3 = befriedigend 4 = ausreichend 5 = mangelhaft

I Bitte bewerten Sie ...

die räumlichen Bedingungen/Wohnbedingungen (z. B. Zimmereinrichtung, Gemeinschaftsräume, Kennzeichnung der sanitären Einrichtungen, Aufzüge).

Note: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 9 unklar/weiß nicht

Werden die Mahlzeiten auf persönliche Wünsche und die Erkrankung ausgerichtet?

Note: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 9 unklar/weiß nicht

Wie wird Ihr aktuelles Befinden, Ihre persönliche Situation bei der Betreuung berücksichtigt (z. B. wenn Ihre/Ihr Angehörige/r Ihnen Vorwürfe macht oder Sie nicht mehr erkennt)?

Note: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 9 unklar/weiß nicht

die gezielte Information und Beratung zur Krankheit, Betreuung, zur Pflege und zum Umgang miteinander.

Note: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 9 unklar/weiß nicht

die Informationen, die Sie zu neuen Methoden erhalten (z. B. wie gut Ihnen alles erklärt wird, z.B. DCM – Dementia Care mapping).

Note: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 9 unklar/weiß nicht

Ila Bitte bewerten Sie ...

die Möglichkeit Ihre Angehörigen bei Aktivitäten weiterhin zu unterstützen.

Note: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 9 unklar/weiß nicht

die Möglichkeit, dass Ihr Wissen bei der Betreuung und Pflege Ihres/r Angehörigen mit einbezogen wird.

Note: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 9 unklar/weiß nicht

das Eingehen des Pflegeheimes auf die Wünsche Ihrer/Ihres Angehörigen.

Note: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 9 unklar/weiß nicht

die derzeitige Lebensqualität Ihrer/Ihres Angehörigen.

Note: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 9 unklar/weiß nicht

das Einhalten von Absprachen, die Sie mit den Pflegekräften getroffen haben.						
Note:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9 unklar/weiß nicht
die Reaktion der Pflegekräfte auf Ihre Angehörige/Ihren Angehörigen in dringenden Fällen (z. B. bei Rufen, Unruhe, Weglaufen).						
Note:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9 unklar/weiß nicht

IIb Bitte bewerten Sie ...						
die Verlässlichkeit der Pflegekräfte in einer Notlage (z.B. bei Schmerzüßerungen, Sturz).						
Note:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9 unklar/weiß nicht
die Beachtung der körperlichen und psychologischen Bedürfnisse durch die Pflege/Betreuungskräfte.						
Note:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9 unklar/weiß nicht
den Kontakt mit den Pflege/Betreuungskräften (z. B. wie angenehm und unkompliziert der Kontakt ist).						
Note:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9 unklar/weiß nicht
die Zuwendung der Pflege/Betreuungskräfte gegenüber Ihrer/Ihrem Angehörigen (z. B. wie gut wird der Tagesablauf auf das wechselnde Alltagsleben umgestellt).						
Note:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9 unklar/weiß nicht
die Wahlmöglichkeiten, die Ihrem/Ihrem Angehörigen in der Beschäftigung zur eigenen Entscheidung ermöglicht werden. (z. B. Hausarbeit, Spaziergang, lesen, Unterhaltung genießen, oder schlafen)						
Note:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9 unklar/weiß nicht

IIb Bitte bewerten Sie...						
in wie weit die Versorgung Ihrer/Ihres Angehörigen von Anerkennung, Respekt und Vertrauen geprägt ist.						
Note:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9 unklar/weiß nicht
die Möglichkeiten für Ihre Angehörige /Ihren Angehörigen, ihre/seine individuellen Gewohnheiten auszuleben (z. B. morgens ausschlafen, abends später zu Bett gehen, Beziehungen einzugehen oder abzulehnen)						
Note:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9 unklar/weiß nicht
die Sicherheit Ihrer/Ihres Angehörigen, seitdem sie/er im Pflegeheim lebt bzw. Tagespflegegast ist.						
Note:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9 unklar/weiß nicht

Bitte bewerten Sie ...

inwieweit das DCM-Verfahren die Betreuung der Menschen mit Demenz verbessert.

Note:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9 unklar/weiß nicht
-------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--

1= sehr gute Verbesserung

5 = gar keine Verbesserung

ob „DCM“ Ihnen als ein aufwendiges, teures Verfahren erscheint.

Note:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9 unklar/weiß nicht
-------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--

1= sehr günstig

5 = unverhältnismässig teuer

Einmal angenommen, Sie würden in der Zeit des DCM-Projektes gute oder schlechte Veränderungen bei Ihrer/Ihrem Angehörigen feststellen

Was würden Sie dann tun? (Sie können mehrere Kreuze machen)

- ☐ 1 Wahrscheinlich würde ich nichts tun.
- ☐ 2 Ich würde mit irgendjemandem vom Pflege-/Betreuungspersonal sprechen und ggf. bitten etwas zu unternehmen.
- ☐ 3 Ich würde mich an die Ansprechpartner im DCM-Projekt wenden.

Zum Abschluss noch einige Fragen zu Ihrer/Ihrem Angehörigen:

Wie alt ist Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger?

_____ Jahre

Das Geschlecht Ihrer/Ihres Angehörigen?

- ☐ 1 Frau
- ☐ 2 Mann

Welche Pflegestufe trifft auf sie/ihn zu?

- ☐ 1 Pflegestufe I
- ☐ 2 Pflegestufe II
- ☐ 3 Pflegestufe III
- ☐ 4 keine Pflegestufe/trifft nicht zu

Weitere Kommentare

Haben Sie noch Vorschläge oder weitere Anmerkungen zum DCM-Projekt, zur Umsetzung in unserem Pflegeheim/unserer Tagespflege oder zu diesem Fragebogen? (Bitte schreiben Sie diese hier auf)

Nochmals vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Anhang 3

Mitarbeitendenbefragung

Fragebogen für Mitarbeiterinnen zum DCM-Projekt

Sehr geehrte Mitarbeiterinnen,
wie Sie wissen nimmt Ihre Einrichtung an dem drei-jährigen DCM-Projekt der Anna Luise Altendorf Stiftung teil. Ziel ist, die Betreuungsqualität von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen zu verbessern. Die vielfältigen Aktivitäten, die im Projektzeitraum entfaltet werden, bleiben sicher nicht ganz ohne Wirkung auf den Pflegealltag. Diese Veränderungen sollen genauer untersucht werden.

Dies ist wichtig, um im Anschluss des Projektes beurteilen zu können, ob sich der finanzielle und zeitliche Aufwand in Bezug auf die Pflegequalität und die Zufriedenheit der Mitarbeitenden gelohnt hat und wie es nach Ablauf des Projektes weitergeht.

Mitarbeiterbefragungen sind ein anerkanntes Instrument, um die Qualität von Projekten beurteilen zu können.

Es sind drei Befragungen geplant. Vor der Erstbefragung, während des Projektes etwa nach 1,5 Jahren und zum Abschluss des Projektes.

So können wir einen Projektverlauf darstellen und Veränderungen innerhalb des Projektzeitraumes beurteilen.

Die Umfrage setzt sich zusammen aus einem Fragebogen über Personenzentrierte Pflege, der in England entwickelt wurde und Fragen, die speziell für dieses Projekt erarbeitet wurden.

Die Umfragen richten sich an alle Mitarbeiterinnen der vier beteiligten Wohnbereiche, die Umgang mit Menschen mit Demenz haben (also auch Hauswirtschaft, Therapeuten, etc.). Ihre Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig.

Anonymität ist gewährleistet. Der Fragebogen ist so gestaltet, dass bei der Auswertung keine Rückschlüsse auf die Person, die die Bögen ausgefüllt hat, gezogen werden können. Die Fragebögen werden nach Projektende vernichtet.

Die Mitarbeitervertretung hat zu dieser Befragung ihr Einverständnis erteilt.

Wir bitten Sie herzlich, den Fragebogen nach Erhalt umgehend auszufüllen und im beiliegenden Umschlag ohne Namen auf dem Wohnbereich zu hinterlegen. Sie werden von uns abgeholt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen - das ist wichtig, damit wir ein möglichst genaues Bild erhalten.

Wenn Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die Evaluationsverantwortliche: Sr. Lieseltraud Lange-Riechmann Telefonnummer 0571/9552240. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Claus Lemcke
Projektleiter

Sr. Lieseltraud Lange-Riechmann
Evaluationbeauftragte

Fragebogen für die Pflege- und Betreuungspersonal

Wie schätzen Sie Ihre Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit Demenz ein?

Es gibt Verständnis und Respekt gegenüber dem Menschen mit Demenz.

☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
---	---	--	--	--

Wir orientieren uns in der Arbeit an den Wünschen der Bewohnerinnen/Gäste in _____ / Gäste in der Tagespflege

☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
---	---	--	--	--

Angehörige werden mit ihren Wünschen und Kenntnissen einbezogen.

☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
---	---	--	--	--

Die Bewohnerinnen/Gäste erhalten Wahlmöglichkeiten z. B. beim Essen, Beschäftigung.

☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
---	---	--	--	--

Die Mitarbeiterinnen geben dem Bewohner/innen Sicherheit und Geborgenheit.

☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
---	---	--	--	--

Die Mitarbeiterinnen helfen sich gegenseitig.

☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
---	---	--	--	--

Es treten oft Spannungen, Unstimmigkeiten und Kritik auf ...

wegen der Sauberkeit/Hygiene des Wohnbereiches:

☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
---	---	--	--	--

wegen angeblich mangelnder Pflege.

☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
---	---	--	--	--

wegen unzureichender medizinischer Versorgung.

☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
---	---	--	--	--

wegen mangelnder personeller Ausstattung.

☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
---	---	--	--	--

Es gab eine gute Information zum Projekt DCM.

☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
---	---	--	--	--

Die Projektinformationen sind auch in Bereiche wie z. B. Ärzte, Heimbeirat usw. erfolgt.				
☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
Die Schulungsangebote und Supervisionsmöglichkeiten reichen aus.				
☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
Die gezielte Einbindung geschulter Ehrenamtlicher in das DCM-Projekt finde ich gut.				
☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
Das Mapping wird von Bewohnerinnen/ Gäste in _____ / Gäste in der Tagespflege als störend empfunden.				
☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
Der Mensch mit Demenz profitiert von dem Verfahren.				
☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
Mit DCM lässt sich das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz herausfinden.				
☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
Durch DCM verbessert sich die Zusammenarbeit in den Hierarchien.				
☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
Aus den Mappingergebnissen entwickelt sich ein spezieller Fortbildungsbedarf sowie der Bedarf von Arbeitskreisen.				
☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
Durch DCM kann sich unser Ruf in der Öffentlichkeit verbessern				
☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
Die Pflegequalität wird durch DCM verbessert.				
☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
Die Mappings werden von Pflegenden/Betreuungspersonen als störend empfunden				
☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
Durch DCM wird die Arbeit bei Menschen mit Demenz interessanter.				
☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen

Die Projektmaßnahmen tragen zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit bei.				
☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
Personenzentrierte Pflege hat Auswirkungen auf den kollegialen Umgang miteinander.				
☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
Durch die teilnehmende Beobachtung von Mappern wird die Pflegewirklichkeit verfälscht.				
☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen
Die Ergebnisse aus den Mappings sind nur bedingt verwertbar.				
☐ kann ich zustimmen	☐ weitgehend zustimmen	☐ bedingt zustimmen	☐ wenig zustimmen	☐ gar nicht zustimmen

Anhang 4

Kostenplan Anna Luise Altendorf Stiftung

Leistungen	Kosten/ tag	MwSt	Einheit	Anzahl	Summen
DCM Kurse Leitungen	500	80	Tag	1	580
Info-Veranstaltung MA	500	80	Tag	4	2.320
Erstbefundung der 4 Einrichtungen	1500	240	Tag	4	6.960
DCM Kurse Mapper	520	83,2	Kursgebühr	10	6.032
Follow-Up	500	80	Kursgebühr	1,5	870
Supervision von Feedback/ Präsentation/Begleitung	50	8	Std	100	5.800
Schlussbefundung	1500	240	Tag	4	6.960
Schulungen: Validation/ Tellington Touch, basale Stimulation etc.	2500	400	Kursgebühr	6	17.400
Investive Maßnahmen/ Milieugestaltung	3000			4	12.000
Mapper-Meeting DCM Begleitung	500	80		1,5	870
Schulungskosten					59.792
Sachkosten	15%				8.969
Eigenanteil der Einrichtungen	10%				6.876
Gesamtkosten					61.885

Anhang 5

Aktuell verhandelte Pflegesätze

VI. Ermittlung des kalkulierten pflegebedingten Aufwandes sowie des Anteils für Unterkunft und Verpflegung

I. Berechnung des pflegebedingten Aufwandes

1. Berechnung des pflegeklassenabhängigen Anteils:

1. Ermittlung des Verteilungsschlüssels:

	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Orientierungswerte (O-Werte):	1 : 8	1 : 4	1 : 2,5	1 : 1,8
Durchschnittsbelegung:	4,24 HB	46,76 HB	41,16 HB	15,64 HB
Belegung dividiert durch O-Werte:	0,53 VK	11,69 VK	16,47 VK	8,69 VK

2. Ermittlung der aufzuteilenden Jahressumme:

Pflegepersonal:	40,12 VK	43.760,75 Ø	1.755.681,26	
Pflegebedarf/Verbrauchsgüter:			25.930,20	
		Summe _{abs} :	1.781.611,46	

	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III
pflegeklassenabhängiger Anteil:	16,31	32,82	52,93	72,74

2. Berechnung des pflegeklassenunabhängigen Anteils:

Personalkosten mit Aufteilung 50:50	324.698,46	+ 2	162.349,23	
Sachkosten mit Aufteilung 50:50	214.627,12	+ 2	107.313,56	
Personalkosten Soziale Betreuung	2,40	43.760,75 Ø	105.025,80	
Sachkosten Soziale Betreuung			13.901,08	
Kosten der Qualitätssicherung			6.500,00	
Altenpflegekomponente + Auszubildende in Pflege			78.564,74	
		Summe _{unabs} :	473.654,41	

pflegeklassenunabhängiger Anteil (Summe _{unabs} + durch Berechnungstage):	12,13
--	-------

	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III
pflegebedingter Aufwand:	28,44	44,95	65,06	84,87

II. Berechnung des einheitlichen Anteils für Unterkunft und Verpflegung:

Personalkosten mit Aufteilung 50:50	wie unter I. 2.	162.349,23
Sachkosten mit Aufteilung 50:50	wie unter I. 2.	107.313,56
Personalkosten Wirtschaftsdienst		67.678,96
Sachkosten Wirtschaftsdienst inklusive Fremdleistungen		184.507,08
Lebensmittel inklusive Fremdleistungen		597.694,23
	Summe _{UV} :	1.119.543,05

Basisswert für Unterkunft und Verpflegung (Summe _{UV} + durch Berechnungstage):	28,67
--	-------

III. Berechnung des Anteils für U & V bei Sondennahrung

Platzzahl	110
Bewohner mit Sondennahrung	1,00
Auslastungsgrad	98,00%
Berechnungstage ges.	39.347,00
Berechnungstage Sondennahrung	358,00
Berechnungstage mit Beköstigung	38.989,00
Basisswert UV	28,67
Gesamterlös gem. Basisswert	1.128.078,49
Verrechnungsgröße in %	14,50%
Korrekturbetrag	0,04
Unterkunft & Verpflegung	28,71
Unterkunft & Verpflegung bei Sondennahrung	24,55
Differenzbetrag	4,16

Anteil für Unterkunft und Verpflegung bei Vollbeköstigung	28,71
Anteil für Unterkunft und Verpflegung bei Sondennahrung	24,55

IV. Erlösverborgung / Sondennahrung

Erlöse Unterkunft & Verpflegung	1.119.374,19
Erlöse Unterkunft & Verpflegung bei Sondennahrung	8.788,90
Gesamterlöse	1.128.163,09
Gesamterlöse gem. Basis	1.128.078,49
Differenz	84,60

Quelle: Pflegesatzverhandlung Spitzenverband der Krankenkassen, Landschaftsverband mit Haus Emmaus 2006

Anhang 6

DCM-Kodierung

DCM Dementia Care Mapping auf einen Blick

Typ	Kode	Die Codes der Verhaltenskategorien
1	A	Articulation Interaktion mit anderen (verbal oder non-verbal), ohne klare andere Aktivität
3	B	Borderline Sozial einbezogen sein, aber passiv
3	C	Coof/ Kat Sozial nicht einbezogen sein, in sich gekehrt
3	D	Distress Stress ohne Beschäftigung
1	E	Expression Kreativ/ beruflich/ sein (singen, Tanzen, etc.)
1	F	Food/ Essen Essen und Trinken
1	G	Games/ Spiele An einem Spiel teilnehmen
1	H	Handcraft Handwerken/ Basteln/ Malen
1	I	Intellectual Intellektuelle Aktivität
1	J	Joint/ Gelenk Sport oder Gymnastik
2	K	Kum & Go Unabhängiges Gehen, Stehen, Fortbewegen
1	L	Labour/ Arbeit Arbeit oder Produktivität
1	M	Media/ Medien Beschäftigung mit Medien (Zuhören, lesen, Radio, etc.)
1	N	Nod - land of Schlafen oder Dösen
1	O	Own Care Sich unabhängig selber pflegen (Kämmen, Make up, Kleidung richten, etc.)
1	P	Physical Care Praktische physische o. personale Pflege erfahren (Tinkturen gereicht bekommen, Nagelpflege, etc.)
1	R	Religion An einer religiösen Aktivität teilnehmen
1	S	Sex Tätigkeit mit explizit sexuellem Charakter
1	T	Timalation Beschäftigung mit sinnlicher Wahrnehmung (Duft wahrnehmen, intensive Tasten)
3	U	Unresponded to Basale Stimulation
3	W	Wandering Keine Antwort
3	X	Xenation Repetitive Selbststimulation Wiederholendes Würgen, Zucken, etc. (z.B. von, Per-zen, etc.)
1	Y	Yoursel Ausscheidung
3	Z	Zero Option Mit sich selbst oder einer imaginierten Person sprechen
3	Z	Zero Option Verhalten, das zu keiner Kategorie passt

Skala des Wohlergehens / Nicht-Wohlergehens

+5	Außerordentliches Wohlbefinden - besser geht kaum. Sehr starker Ausdruck von Beteiligung, Selbstausdruck, sozialer Interaktion
+3	Erfreuliches Anzeichen des Wohlergehens, z.B. in Bezug auf Beteiligung, Interaktion von Sozialkontakten
+1	Affekt Basis Linie: Ohne Anzeichen von Unwohlsein wird die Person mit allem ganz gut fertig. Gelegentliche Kontakte
-1	Leichtes Unwohlsein sichtbar. Z.B. Langeweile, Ratlosigkeit, Frustration
-3	Beträchtliche Zeichen von Unwohlsein. Z.B. Traurigkeit, Angst, nachhaltiger Ärger, Absturz in Apathie.
-5	Anhaltende Vernachlässigung > 30 min
-5	Extreme Zustände von Angst, Rückzug, Wut, Trauer, Verzweiflung. Anhaltende Vernachlässigung > 60 min

Regeln der Kodierung

Regel 1 Bei der Zuweisung v. Codes gilt die Reihenfolge: 1. Typ 1 > 2. K > 3. Typ 1 > 4. N

Regel 2 Bei 2 oder mehr Verhalten des gleichen Typs innerhalb des 5-Minuten Abschnitts wird dasjenige notiert, das am längsten dauerte.

Regel 3 Bei 2 oder mehr Verhalten des gleichen Typs innerhalb des 5-Minuten Abschnitts wird dasjenige notiert, das den extremsten WB-Wert aufweist.

Regel 4 Bei 2 oder mehr Verhalten des gleichen Typs innerhalb des 5-Minuten Abschnitts bei gleicher Dauer und WB-Wert wird das zuletzt aufgetragene notiert.

Degenerationsregel

Dauer der Zustand eines Unwohlseins länger als 30 Minuten (auch wenn das beobachtete Verhalten unverändert ist), fällt der WB-Wert auf die nächst niedrigere Stufe.

WB	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

Kombinationsregel

Das Degenerationsprinzip gilt für alle Kombinationen der Kategorien: D.W. L.U.C.K.Y.

WB	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

Angemessener Schlaf

Def. 1. Stützbereich: Schlaf von 1,5 Std. innerhalb 5-6 Std.

Def. 2. Stützbereich: Schlaf von 1 Std. innerhalb 5-6 Std. im Gemeinschaftsbereich.

Kodierung:

Angemessener Schlaf max. 1 bzw. 1,5 Std. ⇨ N+1

Angemessener Schlaf + 30 min. Schlaf ⇨ N-1

Angemessener Schlaf + 60 min. Schlaf ⇨ N-3

* weitere Schlafzeiten immer

Personale Detraktionen (PDC)

1. Betrügen
2. Entmündigen
3. Entfremden
4. Entfremden
5. Entfremden
6. Entfremden
7. Überholen
8. Invalideren
9. Verarmen
10. Zum Objekt machen
11. Invalideren
12. Zwingen
13. Vorenthalten
14. Anklagen
15. Unterbrechen
16. Spotten
17. Herabsetzen/ vernachlässigen

Merke: PD's geschehen selten in böser Absicht. Dennoch sind sie Symptome schlechter Pflegekultur (Mangel Sozialkompetenze)

Kodiert wird die Handlung - nicht die Wirkung!

Unterteilung der PD's in 3 Schaffgrade:

- a) sehr geringe Gefahr
- b) mäßig
- c) sehr negative Gefühle kommen zum Ausdruck

PD's werden unter Berücksichtigung mit Ziel, Namen des Betroffenen, Ziffer der PD, Sozialgrad notiert. Ausrück mit der PD nicht einordnen, sondern sofortig Details notier, zusätzliche Notizen sind hilfreich.

Positiver Ereignisbericht (PER)

Epidemiologisch guter Pflege. Die Dokumentation von PE's dient der besonderen Aufmerksamkeit guter Pflege und Vorkommnissen, denen eine besondere Bedeutung zukommt.

Merke: Wichtig ist die Handlung an sich – nicht die Wirkung! Ziel ist die Verstärkung guter Pflege durch explizit positive Nennung. Notiere wenn möglich - 1-2 PE's / Std. und arbeite sie für das Feedback aus.

Anna J. und Alford Stiftung

Diese Karteiert nicht das gesamte Studium des DCM-Manuals. 7. Auflage, überreicht von Christian Müller, Bonn

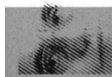
Anhang 7

Projektauftrag

Projektauftrag: „Betriebswirtschaftliche Bedeutung einer DCM-gestützten Fachbetreuung in der (teil-)stationären Pflege“	
Projektleiter:	
Lieseltraud Lange-Riechmann	
Zielsetzung:	
Wirkungskreise des Verfahrens DCM darstellen und Berechnung der Kostensenkung durch die Anwendung des Verfahrens	
Aufgabenstellung:	
1) Erforschung der Bedürfnisse der Angehörigen und daraus folgende Bedeutung von DCM für die Arbeitsbereiche Marketing, Personal, Organisation, Wissensmanagement, Finanzmanagement und internationale Vernetzung erforschen. 2) Erforschung der Akzeptanz-, Lern- und Transferkriterien	
Zu erarbeitende Ergebnisse:	
Personalentwicklung, Europäisches Netzwerk, Kosten-Nutzen-Analyse, Arbeitsstruktur, Kapitalwertberechnung, Wissensmanagement, Dienstleistungsmanagement, Return on Investment, Customer Relationship, Sensibilitätsanalyse, Informationspolitik, Humankapitalbewertung	
Budget:	
10.000,00 Euro	
Randbedingungen:	
Datengewinnung aus der Evaluation eines örtlichen DCM-Vernetzungsprojektes	
Termine, Meilensteine:	
Siehe eigener Projektplan	
Auftraggeber: Pastor Görler Vorsteher	Projektleiterin: Lieseltraud Lange-Riechmann

Anhang 8

Projektplan



Gemeinnützige Stiftung der Altersfürsorge
Anna Luise Altendorf Stiftung



DIAKONISSENANSTALT SALEM-KÖSLIN · MINDEN

Betriebswirtschaftliche Bedeutung einer DCM-gestützten Fachbetreuung in der (teil-)stationären Pflege

Name:

Lange-Riechmann
SKM
01/2006

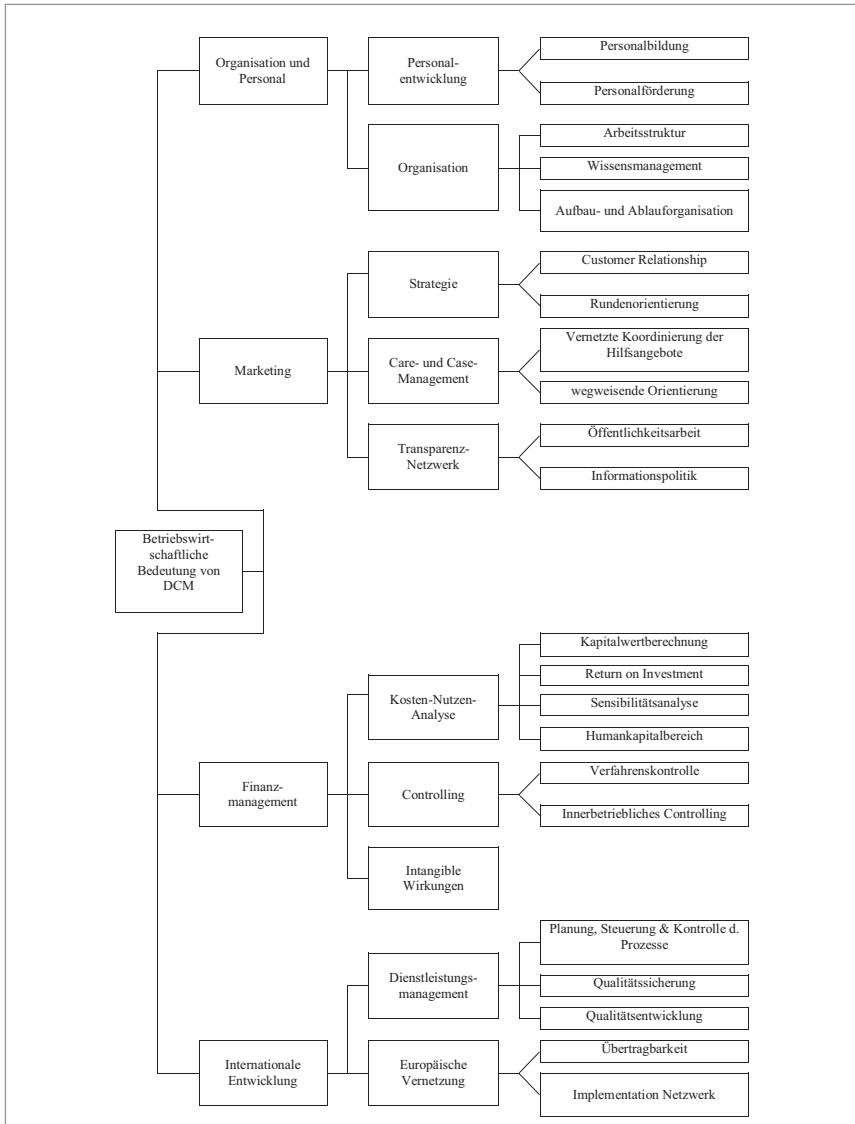
Kurztitel Projekt: DCM Betriebswirtschaftliche Bedeutung
Betreuer: Prof. Dr. Karl-Otto Döbber
Pfr. Görler

Start:

[illegible]

Anhang 9

Projektablaufplan



Bereits in der Steinbeis-Edition erschienen:

Die Physiotherapie ist aktuell durch gesundheitspolitische Veränderungen sowie aufgrund des demographischen Wandels im Umbruch.

Gleichzeitig suchen Patienten zunehmend nach Möglichkeiten, für ihre Gesundheit, Gesunderhaltung und Gesundheit eigenverantwortlich Maßnahmen zu ergreifen.

Hierdurch sind Praxisinhaber gefordert, ihre Strategie diesen veränderten Bedingungen und Erfordernissen anzupassen, Umstrukturierungen vorzunehmen und gegebenenfalls neue Wege zu suchen. Die Unsicherheit über die Rahmenbedingungen und Möglichkeiten für interdisziplinäre Praxissysteme ist noch groß.

Dieser Leitfaden beleuchtet die allgemeinen Rahmenbedingungen und gesetzlichen Grundlagen hierzu. Er kann damit dem einzelnen Therapeuten als Grundlage dienen, eine individuelle Lösung für die eigene Strategie zu finden.



Barbara Höß

Physiotherapie und Osteopathie im Team

Ermittlung der Möglichkeiten für die Umstrukturierung einer bestehenden Praxis für Physiotherapie zu einer interdisziplinären Praxis für Physiotherapie und Osteopathische Medizin

ISBN 978-3-941417-57-1

Broschiert, s/w | 148 S., dt.

29,90 €

www.steinbeis-edition.de

DCM – Dementia Care Mapping wird in der fachgerechten Pflege und Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) als ein Instrument vorgestellt, das zur Messung der Lebensqualität eingesetzt werden kann.

Im Kontext der Situation in der stationären Pflege betrachtet, ergibt sich die Frage, welche Erwartungen Einrichtungen an die Anwendung des DCM-Verfahrens in Bezug auf Qualitätssicherung und Kostensenkung haben und welche betriebswirtschaftliche Bedeutung sich daraus ergibt. Break-Even, Humankapital, Kapitalwertberechnungen, Sensitivitätsanalyse und Return on Investment sind als Berechnungsgrößen für den strategischen Führungsprozess für die Umsetzung des Verfahrens berechnet worden.

Wie trägt eine im Sinne von DCM geführte Personalentwicklung zur Kostensenkung bei? In der Projektstudie wird die Wirksamkeit von Maßnahmen aus den Bereichen Personal, Organisation, Wissensmanagement, Finanzmanagement, Marketing und internationale Vernetzung bei Anwendung des Verfahrens Dementia Care Mapping (DCM) im Fachbereich Demenz der (teil-)stationären Altenhilfe untersucht.

Mit den Erkenntnissen der Untersuchung wird eine Kosten-Nutzen-Betrachtung der im Dienstleistungssektor relevanten Bereiche möglich.

Außerdem werden die Grenzen der DCM-gestützten Betreuung aufgezeigt. Damit ist es Unternehmen möglich, eine strategische Ausrichtung auf der Basis wirtschaftlicher und pflegefachlicher Erkenntnisse im Bezug auf DCM als Qualität sicherndes Verfahren zu treffen.

€ 29,90 (D) | € 30,95 (A)

ISBN 978-3-941417-81-6



 **Steinbeis-Edition**