

Anforderungen an stationäre Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe

Im Hinblick auf die pflegerische Versorgung älterer Menschen mit geistiger Behinderung aus der Sicht von Fachpersonen der Behindertenhilfe / Bachelor-Arbeit von Nadine Gros / Teil 2

Anhang

Einverständniserklärung

Guten Tag und ein herzliches Dankeschön schon im Voraus für Ihre Teilnahme an dieser Studienarbeit!

Ich bin Studierende an der evangelischen Fachhochschule Darmstadt im Fachbereich Pflege- und Gesundheitsförderung im 5. Semester und bearbeitete im Rahmen meiner Bachelor-Arbeit folgendes Thema:

„Anforderungen an stationäre Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf die pflegerische Versorgung älterer Menschen mit geistiger Behinderung aus der Sicht von Fachpersonen der Behindertenhilfe“

Mir ist es wichtig, dass Sie offen und ehrlich antworten. Falls Ihnen allerdings eine Frage zu persönlich ist oder Sie aus Datenschutzrechtlichen Aspekten Bedenken haben, müssen Sie selbstverständlich nicht antworten. Bitte merken Sie an, wenn Sie eine Frage nicht verstehen. Das Interview wird etwa 60 Minuten dauern. Es wird für die spätere Auswertung auf ein Tonband aufgenommen. Damit Ihre Einwilligung auch schriftlich festgehalten ist, bitte ich Sie sich diese Einverständniserklärung durchzulesen und wenn Sie einverstanden sind zu unterschreiben.

Einverständnis:

Hiermit erkläre ich mich bereit, im Rahmen der Studienaufgabe von Nadine Gros, Studierende an der evangelischen Fachhochschule Darmstadt im Studiengang Pflege- und Gesundheitsförderung, mitzuwirken. Über das Anliegen der Studienaufgabe wurde ich aufgeklärt.

Ich wurde darüber informiert, dass alle Angaben streng vertraulich behandelt, persönliche Angaben im Bericht unkenntlich gemacht-, das Tonband nach der Bearbei-

tung gelöscht- und die Regeln des Datenschutzes eingehalten werden.

Ich wurde ebenfalls darüber aufgeklärt, dass ich jederzeit und ohne Nachteile für meine Person die Unterstützung bei der Seminaufgabe widerrufen kann.

(Ort, Datum, Unterschrift)

Interviewleitfaden – große Einrichtung

Thema: Ist dieses Thema in Ihrer Einrichtung aktuell, nehmen Sie es ähnlich wahr?

A Rahmen der Einrichtung

- A.1 Wie viele Menschen leben in Ihrer Einrichtung insgesamt?
- A.2 Welche Wohnformen werden angeboten und wie ist die Verteilung der Plätze?
- A.3 Welches Alter haben die Menschen, die in dieser Einrichtung leben?
- A.4 Wie viele ungefähr sind im Rentenalter und wie viele werden in naher Zukunft das Rentenalter erreichen?
- A.5 Welche Qualifikationen haben die Mitarbeiter in den Wohnbereichen?

B Pflege/Anforderungen

- B.1 Welchen spezifischen Pflegebedarf sehen sie? Welche pflegerischen Versorgungserfordernisse gibt es?
- B.2 Welche Anforderungen an Ihre Einrichtung resultiert Ihrer Meinung nach daraus? Wie gehen Sie mit den Anforderungen in Bezug auf... um? Gibt es spezifische Strategien und Konzepte?
 - B.2.1 Personalplanung
 - B.2.2 Räumlichkeiten
 - B.2.3 Finanzen
 - B.2.4 andere Strukturen/Konzepte

C Umstrukturierung (falls vorher noch nicht beantwortet)

- C.1 Welche Umstrukturierungen wurden bereits vorgenommen?
- C.2 Wie sind die Räumlichkeiten gestaltet? Reichen sie für Anforderungen einer guten Pflege aus?
- C.3 Welche alternativen tagesstrukturierenden Maßnahmen gibt es für diesen Personenkreis?
 - C.3.1 Seit wann bestehen diese? Gab es Änderungen? Sind weitere Änderungen geplant?

D Spezifische Fragen in Bezug auf von mir angenommene Anforderungen (werden gestellt, sofern es die Interview-Partner in Teil B oder C von sich selbst noch nicht erwähnt haben)

- D.1 Was ist Ihrer Erfahrung nach der Wunsch von den älteren Menschen, die in Ihrer Einrichtung leben?
- D.2 Gibt es Bedarf an behandlungspflegerischen Maßnahmen (z.B. Injektionen i.v.; i.m./Absaugen/Wundbehandlung)? Wie gehen Sie mit dem Bedarf um? Was wird an pädagogisches Personal delegiert und an welchen Vorgaben richten Sie sich?
- D.3 Falls Pflegefachpersonal dafür vorhanden ist: Wie ist das organisiert, ist immer jemand anwesend?
- D.4 Wie ist die Zusammenarbeit der einzelnen Fachdisziplinen? Welche interessanten Besonderheiten gibt es in der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachdisziplinen in Bezug auf einen höheren Pflegebedarf?
- D.5 Mussten Bewohner schon aus Gründen eines erhöhten Pflegebedarfs, der in Ihrer Einrichtung nicht geleistet werden kann (z.B. behandlungspflegerische Tätigkeiten) in eine Einrichtung für alte Menschen ziehen, in der keine Menschen mit geistiger Behinderung leben (gängiges Altenheim)?

D.6 Wie wurde entschieden? Wie lief das ab?

D.7 Welche Konsequenzen hat das neue Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (in der die Kündigungsaspekte erwähnt werden müssen) auf ihr Konzept zum Thema Altern?

D.7.1 Kann ein Mensch aus Gründen erhöhten Pflegebedarfs oder medizinischer Aspekten weiter in der Einrichtung leben oder sind Grenzen formuliert?

E Ablauf bei Umgestaltung / Ideen / Kooperation

E.1 „Kooperieren“ Sie mit anderen Einrichtungen im Sinne „Wie machen die das, wäre das auch eine Möglichkeit für uns“? Wie läuft das ab?

E.3 Wo kommen Ihre Ideen/Vorgaben für Umgestaltungen her?

E.3.1 nur stellen, wenn keine eigene Antwort zu E.3. kommt

E.3.1 Wie wird bei Vorgaben z.B. von Heimaufsicht gehandelt? Werden von diesen Einrichtungen Umsetzungsvorschläge eingebracht? (Erläuterung meinerseits, falls notwendig: Z.B: Vorgabe über die Existenz von Rahmenhygieneplänen/Pflegestandards – gibt es dahingehend Tipps von der Heimaufsicht?

F Grund für Umzug im Alter (Spezialfrage für große Einrichtung)

F.1 Nehmen Sie Senioren/innen aus anderen Wohnsettings auf? (wenn meine Erwartung der Antwort nicht kommt: Gab es Anfragen von anderen Einrichtungen, die wg. erhöhten Pflegebedarf einen Bew. nicht mehr betreuen konnten?

F.2 Welche Gründe gab es für das Verlassen des vorherigen Settings bzw. für die Aufnahme?

G Finanzen

G.1 Welche rechtlichen und finanziellen Aspekte gibt es, die Einfluss haben auf den Umgang mit älteren und pensionierten pflegebedürftigen Menschen mit geistiger Behinderung?

G.1.1 Welche Konsequenzen hat das auf ihre Arbeit?

Interviewleitfaden – kleine Einrichtung

Thema: Ist dieses Thema in Ihrer Einrichtung aktuell, nehmen Sie es ähnlich wahr?

A Rahmen der Einrichtung

A.1 Wie viele Menschen leben in Ihrer Einrichtung insgesamt?

A.2 Welche Wohnformen werden angeboten und wie ist die Verteilung der Plätze?

A.3 Welches Alter haben die Menschen, die in dieser Einrichtung leben?

A.4 Wie viele ungefähr sind im Rentenalter und wie viele werden in naher Zukunft das Rentenalter erreichen?

A.5 Welche Qualifikationen haben die Mitarbeiter in den Wohnbereichen?

B Pflege/Anforderungen

B.1. Welchen spezifischen Pflegebedarf sehen sie? Welche pflegerischen Versorgungserfordernisse gibt es?

B.2 Welche Anforderungen an Ihre Einrichtung resultiert Ihrer Meinung nach daraus? Wie gehen Sie mit den Anforderungen in Bezug auf... um? Gibt es spezifische Strategien und Konzepte?

B.2.1 Personalplanung

B.2.2 Räumlichkeiten

B.2.3 Finanzen

B.2.4 andere Strukturen / Konzepte

C Umstrukturierung (falls vorher noch nicht beantwortet)

C.1 Welche Umstrukturierungen wurden bereits vorgenommen?

C.2 Wie sind die Räumlichkeiten gestaltet? Reichen sie für Anforderungen einer guten Pflege aus?

C.3 Welche alternativen tagesstrukturierenden Maßnahmen gibt es für diesen Personenkreis?

C.3.1 Seit wann bestehen diese? Gab es Änderungen? Sind weitere Änderungen geplant?

D Spezifische Fragen in Bezug auf von mir angenommene Anforderungen (werden gestellt, sofern es die Interview-Partner in Teil B oder C von sich selbst noch nicht erwähnt haben)

D.1 Was ist Ihrer Erfahrung nach der Wunsch von den älteren Menschen, die in Ihrer Einrichtung leben?

D.2 Gibt es Bedarf an behandlungspflegerischen Maßnahmen (z.B. Injektionen i.v.; i.m./Absaugen/Wundbehandlung)? Wie gehen Sie mit dem Bedarf um? Was wird an pädagogisches Personal delegiert und an welchen Vorgaben richten Sie sich?

D.3 Falls Pflegefachpersonal dafür vorhanden ist: Wie ist das organisiert, ist immer jemand anwesend?

D.4 Wie ist die Zusammenarbeit der einzelnen Fachdisziplinen? Welche interessanten Besonderheiten gibt es in der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachdisziplinen in Bezug auf einen höheren Pflegebedarf?

D.5 Mussten Bewohner schon aus Gründen eines erhöhten Pflegebedarfs, der in Ihrer Einrichtung nicht geleistet werden kann (z.B. behandlungspflegerische Tätigkeiten) in eine Einrichtung für alte Menschen ziehen, in der keine Menschen mit geistiger Behinderung leben (gängiges Altenheim)?

D.6 Wie wurde entschieden? Wie lief das ab?

D.7 Welche Konsequenzen hat das neue Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (in der die Kündigungsaspekte erwähnt werden müssen) auf ihr Konzept zum Thema Altern?

D.7.1 Kann ein Mensch aus Gründen erhöhten Pflegebedarfs oder medizinischer Aspekten weiter in der Einrichtung leben oder sind Grenzen formuliert?

E Ablauf bei Umgestaltung / Ideen / Kooperation

E.1 „Kooperieren“ Sie mit anderen Einrichtungen im Sinne „Wie machen die das, wäre das auch eine Möglichkeit für uns“? Wie läuft das ab?

E.2 Wo kommen Ihre Ideen/Vorgaben für Umgestaltungen her?

E.2.1 nur stellen, wenn keine eigene Antwort zu E.3. kommt

E.2.2 Wie wird bei Vorgaben z.B. von Heimaufsicht gehandelt? Werden von diesen Einrichtungen Umsetzungsvorschläge eingebracht? (Erläuterung meinerseits, falls notwendig: Z.B: Vorgabe über die Existenz

von Rahmenhygieneplänen/Pflegestandards – gibt es dahingehend Tipps von der Heimaufsicht?

F Grund für Umzug im Alter (Spezialfrage für große Einrichtung)

F.1 Nehmen Sie Senioren/innen aus anderen Wohnsettings auf? (wenn meine Erwartung der Antwort nicht kommt: Gab es Anfragen von anderen Einrichtungen, die wg. erhöhten Pflegebedarf einen Bew. nicht mehr betreuen konnten?)

F.2 Welche Gründe gab es für das Verlassen des vorherigen Settings bzw. für die Aufnahme?

G Finanzen

G.1 Welche rechtlichen und finanziellen Aspekte gibt es, die Einfluss haben auf den Umgang mit älteren und pensionierten pflegebedürftigen Menschen mit geistiger Behinderung?

G.1.1 Welche Konsequenzen hat das auf ihre Arbeit?

Interviewleitfaden Sozialleistungsträger

1 Welche Anforderungen sehen Sie im Zusammenhang mit diesem Thema? Und wie gehen Sie bzw. die Einrichtungen damit um? (Personal, Räumlichkeiten, Finanzierung, Konzepte/Strukturen)

1.1 Welche Anforderungen beschreiben die Einrichtungen Ihnen gegenüber?

1.2 Welche Anforderungen kommen auf Sie (als Sozialleistungsträger) zu?

1.3 Welche Anforderungen sehen Sie zwischen Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) und Eingliederungshilfe (SGB XII)? Probleme/Umgang zwischen SGB XI und XII?

2 Wie schätzen sie den Pauschalbetrag von 256 Euro von § 43a SGB XI (10 % v. vereinbarten Heimentgeltes als Abgeltung der Pflegeleistungen von den Krankenkassen an den Sozialhilfeträger) ein?

2.1 Ausreichend? Wenn „nein“ – wie könnte dieses Problem gelöst werden?

3 Inwiefern können Einrichtungen Kosten für pflegerischen Mehrbedarf innerhalb von SGB XII bzw. Hilfebedarfsgruppen abrechnen?

3.1 Was wird über die Hilfebedarfsgruppen finanziert bzw. welche (pflegerischen) Hilfen sind durch Höhergruppierungen gegeben?

3.1.1 Reicht dies Ihrer Erfahrung nach aus?

3.2 Gibt es Bedarf bzw. Ziele, die eine Veränderung der Definition von Hilfebedarfsgruppen anstuern, um einem ?Bedarf? gerecht zu werden?

3.2.2 (Falls Frage nicht verstanden o.ä): höhere Stufen der Hilfebedarfsgruppen liegen eher auf auffälligen Verhaltensebene, könnte es vorstellbar sein, dass man es auch für die körperliche Ebene oder Verhaltensebene im Zusammenhang mit Alter z.B. Demenz öffnet?

4. In Interviews kam auf, dass Abrechnungen mit Krankenkassen (z.B. für Leistungen ambulanter Pflege) komplex gestaltet sind. Gibt es dahingehend Modelle zur Erleichterung/Vereinfachung oder andere Überlegungen?

5. Wie schätzen Sie die Finanzierung von Hilfsmitteln ein? Ausreichend oder auf „Kosten“ von Einrichtungen?

6. Wie verläuft die Vereinbarung über bestimmte Fälle, die über § 43 über die Pflegekasse finanziert werden?

7. Wie gehen Sie /Einrichtungen in diesem Zusammenhang mit dem Ziel „ambulant vor stationär“ um?

Textauszüge der Transkripte

„I“ Interviewer

Interview 1 ... große Einrichtung

„A“ Pflegedienstleitung

„B“ Mitarbeiter, zuständig für Rechtsfragen und konzeptionelle Fragen

Interview 2 ... kleine Einrichtung

„C“, „D“ im „Senioren salon“ Wohnbereichsleiter-

Interview kleine Einrichtung

Ergänzendes Telefon-Interview

zu Interview 2

„E“ Wohnbereichsleitung

Interview 3 ... Sozialleistungsträger

„F“ Mitarbeiter des

Sozialleistungsträgers

Kategorie: Spezifische Pflegebedarfe älter werdender Menschen mit geistiger Behinderung

Interview 2, Z. 26–30:

C: Also Erfordernisse sind die, dass Bewohner älter, gebrechlicher, kranker werden, so dass sich das Augenmerk, was man sowieso macht auch zusätzlich auf die Pflege richtet. Die Zeit, Pflege, Inkontinenz. D: Oder auch älter werden mit Krankheiten oder Pflegeaufwand [...]

Interview 2, Z. 193–199:

D: [...] wurden von den Architekten irgendwie diese Behinderungen der Menschen nicht so berücksichtigt und es ging halt auch 20 Jahre ganz gut und irgendwann fängt es auch an, dass sie auch so stark dann beeinträchtigt sind, dass sie halt nicht mehr in die Badewanne steigen können.

C: Aufgrund vom Alter.

Interview 1, Z. 96–102:

A: Es ist schon die Grundpflege, also die Körperpflege, das da einfach mehr Assistenzbedarf besteht und das Augenmerk liegt ja hier auf der Förderung des Menschen also die Ressourcen, die er hat zu erhalten und dann merken die Mitarbeiter schon, dass sie da umdenken müssen, dass dieses Assistenzmodell dann in der Pflege nicht mehr ganz zum Tragen kommt, dass da sehr viel Übernahme stattfinden muss. Da hat sich schon ganz schön was verändert, gerade im Haus Arche.

Interview 1, Z. 183–185:

A: Genau. Ob das jetzt Bein wickeln ist oder der Diabetes ist oder Thromboseprophylaxe, Injektionen verabreichen, spezielle Verbände, Wickel und Auflagen.

Interview 1, Z. 492–493:

B: [...] weil von den älteren Leuten schon manche auch nicht mehr mobil [...]

Interview 1, Z. 618–621:

B: Wir haben ja auch bei den Demenzzkranken eine relative Bandbreite und Pflege ist ja nicht automatisch von Anfang an mit drin. Im weiteren Verlauf bestimmt, aber nicht unbedingt von Anfang an.

Wohnbereichsleiter-Interview, Z. 118–134:
E: [...] Also da gilt es die Balance zu halten und jetzt wieder zurück auf die ursprüngliche Frage (lacht). Das sind natürlich auch Anforderungen, die da in besondere Weise auch an die Mitarbeiter auch gestellt werden. Einfach auch, sagen wir mal den Fokus ein bisschen zu verändern. Man hat ja meistens in unserem Bereich, wenn man es mit jüngeren oder erwachsenen Menschen zu tun hat. Ist ja schon mal immer der Impuls Unterstützung, Förderung im Hinblick auf Erreichen eines höheren Maßes an Selbständigkeit. Also sagen wir mal so immer den Blick nach oben zu haben, also mehr Selbständigkeit mehr Selbstbestimmung, mehr Fertigkeiten zu erlangen und da ist es natürlich wichtig, dass man irgendwann auch den Blick dafür hat, wo geht es nicht mehr um eine Steigerung, sondern wo geht es um den Erhalt der Fertigkeiten und oder wo geht es auch darum ein Zurückschreiten, was im Alter auch vollkommen normal ist, abzufedern. Ja also das zu erkennen, wann geht es in eine andere Richtung, das braucht zum einen eine gute Kenntnis der Personen, aber es braucht auch ein hohes Maß an fachlicher Flexibilität.

Interview 1, Z. 96–102:

A: Es ist schon die Grundpflege, also die Körperpflege, das da einfach mehr Assistenzbedarf besteht und das Augenmerk liegt ja hier auf der Förderung des Menschen also die Ressourcen, die er hat zu erhalten und dann merken die Mitarbeiter schon, dass sie da umdenken müssen, dass dieses Assistenzmodell dann in der Pflege nicht mehr ganz zum Tragen kommt, dass da sehr viel Übernahme stattfinden muss. Da hat sich schon ganz schön was verändert, gerade im Haus Arche.

Kategorie: Konzeptionsarbeit und strukturelle Veränderungen

Interview 1, Z. 69–74:

I: Welche Qualifikationen haben die Mitarbeiter in den Wohnbereichen?
B: Wir sind eine Einrichtung der Eingliederungshilfe, das heißt also wir sind keine Pflegeeinrichtung. Die Unterschiede sind

vor allem in der Finanzierung, aber das hat auch was mit Konzepten zu tun und hat insofern auch Auswirkungen auf die Qualifikationen der Mitarbeiter [...]

Interview 2, Z. 110–128:

I: Welche Qualifikationen haben insgesamt die Mitarbeiter im Wohnbereich?

D: Sozialpädagogen, Erzieher, Arbeits-erzieher.

C: Heilerziehungspfleger, Heilpädagogen, Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern also es ist bunt gemischt.

I: Und die Verteilung ist auch bunt gemischt?

C: Vorwiegend Erzieher. Vorwiegend ist es eine pädagogische Einrichtung und das Pflegerische kommt halt hinzu, so dass wir auch Fortbildungen machen in Bezug auf die Pflege in der Krankenpflegeschule und so weiter. Also das war mehrfach, auch im Hospiz, mit dem Hospizverein zusammen, um sich da auf diese Veränderungen einzustellen, aber grundsätzlich ist es eine pädagogische Einrichtung. Also vorwiegend, ausschließlich kann man sagen und das andere muss dann.

D: Also ein überwiegender Anteil Mitarbeiter ist einfach Erzieher.

Interview 2, 470–493:

I: Wo kommen Ideen für Umgestaltungen her?

C: Ja die kommen daher, wie machen das anderer Häuser, aber auch auf jeden Fall aus der Situation heraus, dass wir hier an die Grenzen geraten und da gibt es auch manchmal die Frage von wenn Ärzte sagen, dem Bewohner geht es jetzt so und so schlecht, 'haben sie eine Pflegestation im Haus soll der oder kann der dahin oder ansonsten müsste er in andere'. Also solche Sachen hört man schon und da kommt man dann gezwungenermaßen an die Grenze das Konzept zu überdenken oder das man dabei bleibt und die Bewohner dann wo anders hinschickt, das wird aber diskutiert. 'Wie soll das zukünftige Konzept der (Einrichtung) aussehen?

I: Und gibt es Vorgaben für Umgestaltungen?

C: Also wenn es umgestaltet werden würde und das Konzept in eine andere Richtung, dann müsste größere Umgestaltung auf

baulicher Art gemacht werden. Das ist aber alles eine ganz andere Richtung.

D: Ja ja die sind dann von Extern die Vorgaben. Also da sind ja Auflagen, die einfach erfüllt werden müssen und da ist dann halt auch die Frage, ob wir das so erfüllen können und da geht es natürlich auch drum.

C: Ja, denn wir sind die pädagogische Einrichtung ausschließlich.

Wohnbereichsleiter-Interview, Z. 184–189:

E: [...] Was uns vor Herausforderungen stellt, vor allem hier in der (Einrichtung) das ist schon ein Auftreten von Aufgaben, die in die reine Pflege gehören. Wir sind persé erst mal eine Einrichtung der Eingliederungshilfe, die natürlich ihr Hauptaugenmerk hat auf, das habe ich auch vorhin schon gesagt, auf Selbständigkeit und Teilhabe an der Gesellschaft. [...]

Interview 1, Z. 157–165:

A: Also wir haben uns halt den Anforderungen gestellt und haben in einem Projekt Pflege, das 2008 lief uns ganz konkret damit beschäftigt, wie kann man da ein Netzwerk schaffen, wie kann man da ein Netzwerk schaffen, um diese pflegerischen Probleme, die auf die Mitarbeitenden zukommen, aufzufangen, wo können die sich hinwenden. Fachdienst Pflege gibt es hier ja schon sehr lange und in (Bundesland) schon am längsten, 15 Jahre und den haben wir einfach ausgeweitet auf die Regionen, haben dann gesagt im O,B (Aufzählung Gebiete) überall sitzt so ein Fachdienst und dieser Fachdienst ist zuständig für Anleitung, Beratung, Schulung.

Interview 1, Z. 321–330:

B: Das Haus A ist mittlerweile einzelne Gruppen haben ein Altersheimcharakter schon fast und da gibt es kaum noch eine Gruppe, die so von der Bewohnerbelegung ist, dass sie tagsüber geschlossen sein kann. Also die haben fast alle die Notwendigkeit aufgrund der Ansprüche ihrer einzelnen Bewohner, dass tagsüber Mitarbeiter da sein müssen.

A: Zunahme der Rentner.

B: Es verändert sich einfach sehr stark. Ja.

Interview 1, Z. 1062–1073:

B: Die Zuständigkeit des MDK's oder die Vorgaben des MDK's sind auch strittig. Da gibt es auch juristische Auseinandersetzungen nicht Auseinandersetzungen Prüfungen, so muss man es sagen, ja. Der MDK ist mit Sicherheit da zuständig für diese Plätze nach Pflegestufe 3 im Versorgungsvertrag aber für alles andere ist es halt fraglich, weil wir eine Eingliederungshilfeeinrichtung sind und weil die Heimaufsicht uns eben unter beiden Kriterien, den sozialpädagogischen und den pflegerischen prüft. Der MDK nochmal andere Kriterien anlegt und ja. Das ist aber ein Thema in der Behindertenhilfe in (Einrichtungsbundesland) insgesamt im Moment. Die anderen Einrichtungen haben die gleichen Erfahrungen gemacht, ja. Dass der MDK auf einmal auf der Matte steht und unter reinen SGB XI-Kriterien Prüfungen macht, wie bei Pflegeeinrichtungen.

Interview 2, Z. 20–33:

C: Ja auf jeden Fall nehmen wir das wahr. Die Bewohner werden ja jetzt zum ersten mal älter und so alt, wie sie bisher noch nicht geworden sind. Auf jeden Fall das Haus ist ja noch gar nicht darauf ausgerichtet bisher.

I: Und welche spezifischen Erfordernisse sind das?

C: Also Erfordernisse sind die, dass Bewohner älter, gebrechlicher, kranker werden, so dass sich das Augenmerk, was man sowieso macht auch zusätzlich auf die Pflege richtet. Die Zeit, Pflege, Inkontinenz.

D: Oder auch älter werden mit Krankheiten oder Pflegeaufwand, was damit alles zusammenhängt, dass man sich damit beschäftigt und auch die Arbeit erledigen muss und besprechen muss, wie man die am besten organisiert die Arbeit.

Interview 2, Z. 225–243:

I: Okay. Andere Strukturen Konzepte?

C: Ja wie gesagt seitdem auch so eine große Gruppe von Bewohnern in Rente sind, war es natürlich notwendig, dass im Haus hier die Tagesstruktur anzubieten. Die findet von 8 bis 14 Uhr statt mit drei Kollegen im Abwechseln und unterschiedlichem Stellenumfang um die Bewohner zu begleiten, Tagesstruktur anzubieten, dazu gehört

auch grundsätzliche Sachen wie Teilnahme am gesellschaftlichem Leben man macht Ausflüge, man macht hier Beschäftigung oder Förderung zu Hause also so allgemein kann man das sagen.

I: Also es kann sich sein, dass es sich zum Teil ein wenig wiederholt. Nun, welche Umstrukturierungen wurden bereits vorgenommen?

C: Ja, das war jetzt die Hauptsache. Die findet so statt und wenn jetzt diese Gruppe von Bewohnern hier sind dann ist auch immer wieder die Frage, was macht man mit den, was dann nötig ist. Wenn da also jetzt einer plötzlich gebrechlicher ist oder gar bettlägerig oder gar in Richtung Sterben geht, da muss man natürlich auch sozusagen umstrukturieren [...]

Interview 2, Z. 283–295:

I: Seit wann besteht jetzt dieser Seniorenkreis?

C: Ich muss mal kurz überlegen, mindestens seit, ich bin seit neun Jahren hier und davor, also ich würde sagen rund 10 Jahre sind jetzt einige Rentner hier im Haus geblieben, die hier beschäftigt werden müssen. Und die Gruppe erweitert sich also zunehmend, die wird immer größer.

I: Und sind da jetzt schon Änderungen geplant für den Bedarf der da noch kommt?

C: Ja, es ist so, dass natürlich grundsätzlich das Konzept diskutiert wird, also das kann ich jetzt so nicht im Einzelnen sagen, weil das alles auch sozusagen noch nicht offiziell ist, aber es wird natürlich diskutiert.

Interview 2, Z. 578–583:

C: Sie haben das Wichtigste eigentlich alles schon angesprochen. Wie gesagt, das Konzept ist momentan, wie wir es gesagt haben und wie es sich weiter entwickelt, das wissen wir noch nicht. Also es gab auch Fortbildungen zu dem Thema das Konzept zu entwickeln mit Beratern. Da ist aber bis jetzt noch nichts definitives draus entstanden, aber die Diskussion darüber besteht.

Wohnbereichsleiter-Interview, Z. 184–189:

E: Was uns vor Herausforderungen stellt, vor allem hier in der (Einrichtung) das ist schon ein Auftreten von Aufgaben, die in die reine Pflege gehören. Wir sind persé erst

mal eine Einrichtung der Eingliederungshilfe, die natürlich ihr Hauptaugenmerk hat auf, das habe ich auch vorhin schon gesagt, auf Selbständigkeit und Teilhabe an der Gesellschaft.

Wohnbereichsleiter-Interview, Z. 184–190:

E: „Wir sind persé erst mal eine Einrichtung der Eingliederungshilfe, die natürlich ihr Hauptaugenmerk hat auf, das habe ich auch vorhin schon gesagt, auf Selbständigkeit und Teilhabe an der Gesellschaft. Das sind in erster Linie pädagogische Fragmente.“

Interview 1, Z. 157–165:

A: Also wir haben uns halt den Anforderungen gestellt und haben in einem Projekt Pflege, das 2008 lief uns ganz konkret damit beschäftigt, wie kann man da ein Netzwerk schaffen, wie kann man da ein Netzwerk schaffen, um diese pflegerischen Probleme, die auf die Mitarbeitenden zukommen, aufzufangen, wo können die sich hinwenden. Fachdienst Pflege gibt es hier ja schon sehr lange und in (Bundesland) schon am längsten, 15 Jahre und den haben wir einfach ausgeweitet auf die Regionen, haben dann gesagt im O,B (Aufzählung Gebiete) überall sitzt so ein Fachdienst und dieser Fachdienst ist zuständig für Anleitung, Beratung, Schulung.

Interview 1, Z. 480–522:

I: Ansonsten noch irgendwelche konzeptionellen/strukturellen Anforderungen, die Ihnen dazu einfallen?

B: Parallel dazu, dass wir grundsätzlich für jeden Bewohner ein außerhäusliches zweites Milieu anbieten, heißt es in der Konsequenz natürlich auch dass es für all diejenigen, die jetzt keine feste Tagesstruktur mehr haben, auch ein Angebot geben muss, das konzeptionell verankert ist und das befriedigt wird, indem der Freizeit- und Seniorenbereich stark ausgeweitet worden ist Das Angebot dieses Bereiches. Die Frau (Leitung des Bereiches) hat mittlerweile 8 oder 9 Mitarbeiter, die in bestimmten Kontingenten Häusern zugeordnet sind mittlerweile. Am Anfang haben wir da hier für das Kerngelände als Gesamtangebot gemacht, das ist aber schwierig, weil von den älteren Leuten schon manche auch nicht mehr mobil sind und weil es dann schwierig

ist über die Wohngruppen sicherzustellen, dass diejenigen irgendwo zentral in einen Saal kommen. Also jetzt von der A (Haus) ins B-Haus zum Beispiel, da würden viele alleine nicht mehr hinkommen, weil es ja auch abschüssig ist das Gelände. Spätestens kämen sie nicht mehr zurück, den Buckel hoch und um das zu umgehen gibt es mittlerweile hausbezogene Angebote. Es gibt auch übergreifende Angebote, aber es gibt auch schwerpunktmäßig hausbezogene Angebote mit auch Stellenkontingenten für die einzelnen Häuser.

I: Ist das dann dieser Freizeit- und Seniorenbereich?

B: Ja.

I: Und dann sind die einen Angebote übergreifend und die anderen im Haus?

B: Teilweise sind es die selben Leute, die haben dann nur ein bestimmtes Kontingent auch im Haus anzubieten und das geht von Kaffeeklatsch über Cafés, es gibt in der A (Haus ein Café, es gibt im B-Haus ein Café bis hin zu festen Bewegungs- oder Bastelangeboten in den Sälen im B-Haus und in der A gibt es ja einen Saal, wo man sowas machen kann (A: Kaminabende) Kaminabende und aber es gibt auch durchaus auch mal einen Ausflug irgendwohin, dass man was besichtigt oder irgendwo hinfährt, das aktuelle Programm habe ich jetzt nicht im Kopf, aber es gab mal so einen Kreis, wo man gemeinsam Zeitung gelesen hat oder es gab auch mal einen Kreis, wo man über die Vergangenheit geredet hat und einfach sich gegenseitig erzählt hat von früher, was man schon so alles erlebt hat und und und.

Interview 2, Z. 286–288:

C: „[...] also ich würde sagen rund 10 Jahre sind jetzt einige Rentner hier im Haus geblieben, die hier beschäftigt werden müssen. Und die Gruppe erweitert sich also zunehmend, die wird immer größer.“

Interview 1, Z. 246–283:

I: Wir haben ja von Anforderungen gesprochen, gibt es in Bezug auf die Personalplanung besondere Erfordernisse oder Strategien?

B: Also bisher gehen wir davon aus, dass wir eine Einrichtung der Eingliederungshilfe sind, dass wir in heterogenen Gruppen, das

steht auch im Gesamtkonzept so drin, vom Ansatz her heterogene Gruppen, Strukturen weiter pflegen und das hat dann in der Konsequenz eben zur Folge, dass auch nach wie vor der Schwerpunkt im pädagogisch geschulten Personal liegt, das dort, wo es notwendig ist und wo es gebraucht wird die entsprechenden Unterweisungen bekommt um die pflegerischen Tätigkeiten in einer ganzheitlichen Sichtweise des Menschen mit durchführen zu können. Der Anspruch ist der, dass jemand nicht aus pflegerischen Gründen sein Wohnort wechseln muss. Mit wenigen Ausnahmen. Also das ganze hat irgendwo Grenzen wenn es in intensivpflegerische Bereiche geht. Das ist logisch, ja, das können wir im Eingliederungshilfebereich nicht machen wenn sie Intensivpflege brauchen. Wobei den Begriff müsste man jetzt vermutlich wieder definieren, weil Absaugen oder so etwas ist jetzt auch nicht gerade Standard, aber das machen wir relativ unkompliziert und auch nicht nur im Ernstfall, also auch durchaus öfter. Aber vom Grundsatz her endet es bei der Intensivpflege. Wenn jemand ständig an Maschinen hängen müsste zur Überwachung, ja jetzt nicht zur Versorgung. Wir haben ja auch Leute, die mit einem Beatmungsgerät herumlaufen oder so was, das ist auch durchaus was, was die Mitarbeiter dann noch tun. Aber wenn sie jetzt ärztlich oder medizinisch überwacht werden müssten an Maschinen, das können wir hier nicht leisten. Aber ansonsten haben wir schon den Anspruch, dass jemand, dass Pflege kein Ausschlusskriterium ist. Und wegen Pflege jemand nicht die Einrichtung verlassen muss. Sie muss es glaub ich einschränken, weil es gibt schon im Einzelfall die Notwendigkeit innerhalb der Einrichtung umziehen zu müssen, weil wir bestimmte Dinge nicht machen können. Wir hatten zum Beispiel im Autistenbereich jemanden der immobil geworden ist und unsere beiden Autistenhäuser sind nicht barrierefrei. Ja, der musste dann umziehen ins Bo (Haus) und bekommt da aber ein neues Angebot. Also wir machen da dann auch immer Angebote. Wir haben jetzt schon die Notwendigkeit gesehen aus Gründen, die die Fr (A) schon genannt hat Schwerpunkte zu bilden. Also im Moment bildet sich zum Beispiel in der A (Haus)

eine Gruppe auf das Thema Demenz vor, Umgang mit Demenzen.

Interview 1, Z. 796–830:

I: Wir hatten es auch vorhin kurz angerissen, mussten denn Bewohner schon mal aus Gründen eines höheren Pflegebedarfs umziehen? Sie hatten ja schon das mit den Intensivpflegefällen gesagt.

B: Innerhalb der Einrichtung mussten sie schon umziehen. Das haben wir schon gehabt, aber das jemand die Einrichtung verlassen musste wegen Pflege kann ich mich jetzt nicht erinnern. Wir haben also selbst einige Sterbebegleitungen hier gemacht, wo dann kurzfristig alles mögliche gemacht wird, selbst auf der P1 (Gruppe), die P1 ist ja eigentlich Appartement-Wohnen, sehr Selbständige, haben wir Sterbebegleitung gemacht und die haben dann kurzfristig eben Personal bekommen, auch die Kostenträger sind an der Stelle dann sehr flexibel. Ja da ist dann jemand von der Hilfebedarfsgruppe 2 und die Hilfebedarfsgruppe 5 innerhalb von 2 Wochen oder 3 Wochen, so dass wir dann auch finanziell die Ressourcen hatten, anderes Personal da rein zu geben und insofern konnte die Frau, die an Krebs erkrankt war in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben und zwar bis zum Schluss, die ist ruhig in ihrem Zimmer, in ihrem Appartement eingeschlafen. Also da machen wir relativ viel möglich. Wenn jemand wirklich intensiv Pflege braucht, dann kommen wir an Grenzen, die aber bisher über, wenn ich es richtig weiß, müssen Sie mich korrigieren (meint A) über Krankenhäuser abgedeckt wurden und jetzt längere Pflegezeiten, wo jemand dann wirklich deswegen in ein Pflegeheim hätte umziehen müssen, sind mir zumindest nicht bekannt. Die sind dann in Anführungsstrichen „zum Glück“ relativ schnell im Krankenhaus verstorben.

A: Jetzt gerade aktuell hätten wir ein Beispiel gehabt, wo derjenige permanent abgesaugt werden muss und das wäre hier nicht gegangen. Da muss man neben dem Bett stehen quasi, das ist so ein Intensivfall, den man immer im Auge haben muss und der kam jetzt vorübergehend in ein Kurzzeitpflegeheim, hat sich jetzt aber wieder gebessert und der kann jetzt auch wieder nach Hause kommen hierher. Ja also das

sind so Sachen, das kann man hier nicht leisten, weil auch die Nachtwachen, die die ganze Nacht da sind, stehen nicht die ganze Zeit am Bett. Das ist Behindertenhilfe und (wird unterbrochen)

Interview 1, Z. 257–266:

B: Der Anspruch ist der, dass jemand nicht aus pflegerischen Gründen sein Wohnort wechseln muss. Mit wenigen Ausnahmen. Also das ganze hat irgendwo Grenzen wenn es in intensivpflegerische Bereiche geht. Das ist logisch, ja, das können wir im Eingliederungshilfebereich nicht machen wenn sie Intensivpflege brauchen. Wobei den Begriff müsste man jetzt vermutlich wieder definieren, weil Absaugen oder so etwas ist jetzt auch nicht gerade Standard, aber das machen wir relativ unkompliziert und auch nicht nur im Ernstfall, also auch durchaus öfter. Aber vom Grundsatz her endet es bei der Intensivpflege.

Interview 1, Z. 796–830:

I: Wir hatten es auch vorhin kurz angerissen, mussten denn Bewohner schon mal aus Gründen eines höheren Pflegebedarfs umziehen? Sie hatten ja schon das mit den Intensivpflegefällen gesagt.

B: Innerhalb der Einrichtung mussten sie schon umziehen. Das haben wir schon gehabt, aber das jemand die Einrichtung verlassen musste wegen Pflege kann ich mich jetzt nicht erinnern. Wir haben also selbst einige Sterbebegleitungen hier gemacht, wo dann kurzfristig alles mögliche gemacht wird, selbst auf der P1 (Gruppe), die P1 ist ja eigentlich Appartement-Wohnen, sehr Selbständige, haben wir Sterbebegleitung gemacht und die haben dann kurzfristig eben Personal bekommen, auch die Kostenträger sind an der Stelle dann sehr flexibel. Ja da ist dann jemand von der Hilfebedarfsgruppe 2 und die Hilfebedarfsgruppe 5 innerhalb von 2 Wochen oder 3 Wochen, so dass wir dann auch finanziell die Ressourcen hatten, anderes Personal da rein zu geben und insofern konnte die Frau, die an Krebs erkrankt war in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben und zwar bis zum Schluss, die ist ruhig in ihrem Zimmer, in ihrem Appartement eingeschlafen. Also da machen wir relativ viel möglich. Wenn jemand wirklich inten-

siv Pflege braucht, dann kommen wir an Grenzen, die aber bisher über, wenn ich es richtig weiß, müssen Sie mich korrigieren (meint A) über Krankenhäuser abgedeckt wurden und jetzt längere Pflegezeiten, wo jemand dann wirklich deswegen in ein Pflegeheim hätte umziehen müssen, sind mir zumindest nicht bekannt. Die sind dann in Anführungsstrichen „zum Glück“ relativ schnell im Krankenhaus verstorben.

A: Jetzt gerade aktuell hätten wir ein Beispiel gehabt, wo derjenige permanent abgesaugt werden muss und das wäre hier nicht gegangen. Da muss man neben dem Bett stehen quasi, das ist so ein Intensivfall, den man immer im Auge haben muss und der kam jetzt vorübergehend in ein Kurzzeitpflegeheim, hat sich jetzt aber wieder gebessert und der kann jetzt auch wieder nach Hause kommen hierher. Ja also das sind so Sachen, das kann man hier nicht leisten, weil auch die Nachtwachen, die die ganze Nacht da sind, stehen nicht die ganze Zeit am Bett. Das ist Behindertenhilfe und (wird unterbrochen).

Interview 2, Z. 144–159:

C: Ja aber wir sind gerade auch einfach an einer Umorientierung ja und in der Phase, in der einfach ganz viel noch in der Luft hängt und wir auch nicht so genau wissen, in welche Richtung es jetzt wirklich geht. Also es wird einfach eine Konzeption neu erstellt und da arbeiten wir alle dran.

I: Und auch die ganzen Mitarbeiter?

D: Ja, werden mit einbezogen, sagen wir mal so. Es gibt ja auch Vorschriften und die Leitung und Sachen, die einfach vorgegeben sind also es arbeiten eigentlich (wird unterbrochen).

C: So dass man, wie kann man den Bedarf der älter werden und pflegebedürftig werdenden Menschen, die dann wirklich massive Pflege erfordern, so nicht geleistet wird, wie man das im Haus leisten kann oder in anderen Einrichtungen, wie das genau geregelt werden wird. Im Moment ist es ja individuell, also es ist schon gut möglich das zu klären.

Interview 2, Z. 85–90:

C: „Ja also wirklich junge Menschen und bis (wird unterbrochen).“

D: „Bis sie sterben, bis zum Tod.“

C: „Ja bis zum Tod mehr oder weniger oder dann begleitet wird, das stellt sich dann auch individuell heraus.“

Interview 2, Z. 419–448:

D: Und wenn es gar nicht mehr tragbar war, für uns dann ist es auch schon vorgekommen, dass ein Bewohner in eine andere Einrichtung gekommen ist. Also mit der wir dann auch im engen Kontakt stehen.

I: Und was für Einrichtungen waren das dann?

C/D: Altenpflegeheim.

C: Wenn es nur noch darum geht, dass jemand im Bett ist und umgelagert wird, dass das die Hauptaufgabe ist, die pflegerischen Sachen ordentlich zu machen, ist es dann schon vorgekommen. Das wird dann mit der Familie besprochen und alles. Weil wir sind ja keine Pflegeeinrichtung. Man kann es zwar laienhaft so gut wie es geht machen, aber das ist dann auch einfach, wo anders ist man besser aufgehoben.

I: Und auch mit dem Bewohner, dass der dann eingestimmt hat, das ging auch, dass der dann bemerkt hat (wird unterbrochen).

C: Also nach unserer Erfahrung ist es natürlich auch nicht unbedingt der Herzenswunsch hier wegzugehen, aber die Erfahrung, die wir haben, es waren alle einverstanden und waren dann auch nicht dagegen, sondern haben auch das Vertrauen gehabt.

D: Ja oder halt wenn der Bewohner halt auch einfach schon das Stadium erreicht hat, dass er es nicht mehr selbst entscheiden kann, dann entscheiden ja immer die gesetzlichen Betreuer entweder die Angehörigen, die Eltern oder also die auch die Person sehr eng kennen und dass man dann eben mit denen im Austausch.

C: Und das ist dann auch, die Entscheidung muss dann getroffen werden.

Interview 2, Z. 208–218:

I: Wie ist das dann? Speziell in Gruppen, wo Ältere sind?

C: Nein, das ist auf jeden Fall, das wichtige Konzept, dass wir sozusagen keine Altenstation haben, sondern, dass sie da, wo sie immer gelebt haben in drei Häusern verschieden weiterhin leben in ihrem

Zimmer (D: in ihrem normalen Umfeld.) in ihrem Zuhause und dann sich vormittags hier versammeln, also das hat auch den Vorteil, dass man über den Hof geht, dass man bisschen Bewegung hat, sich hier trifft und hier einfindet und dann in diesem Rentnersalon geht es dann los mit der Mahlzeitenvorbereitung und der Tagesablauf findet da statt und um 14 Uhr gehen die Bewohner zurück in ihr Nachhause sozusagen.

Interview 1, Z. 588–621:

B: Es war dann eigentlich so gedacht, dass wenn die älter werden und andere Ansprüche haben, sie in andere Häuser der Einrichtung umziehen. Die P hier mitten im Ort, mit anderen Anbindungen auch noch an die Infrastruktur, bietet sich ja auch an, für den Personenkreis. Aber dieses Konzept die P ist 94 bezogen worden, das heißt diese Konzepte stammen aus 93/94, die tragen heute nicht mehr, 16 Jahre später. Das ist demografische Veränderungen, ja der Anteil der älteren Bewohner in der Behindertenhilfeeinrichtung hier in (Name der Einrichtung) ist so viel größer geworden, dass das nicht mehr funktioniert.

A: Und es soll ja auch bewusst keine reine Pflegeeinrichtung geben, wo nur Pflege gemacht wird.

I: Weil es ja auch jüngere gibt?

A: Ja.

B: Weil einfach auch die Erfahrung mit heterogenen Gruppenstrukturen, so der eine vom anderen profitiert und lernt im Umgang mit Pflege vielleicht im sozialen Bereich und die pflegebedürftigen durch die Mobilen, indem sie auch mal nicht nur von Profis unterstützt werden, sondern auch so nochmal eine Hilfestellung bekommen, sehr positiv ist.

B: Irgendwann mal wird man vielleicht mal an Kostengrenzen kommen. Wo man dann sagt wir können nicht mehr flächendeckend heterogene Gruppen einfach finanzieren. Das könnte theoretisch sein, aber im Moment haben wir das noch nicht. Wir haben eher aus inhaltlichen Gründen die Bedarfe von Demenzkranken zum Beispiel das ist eine ganz eigene Geschichte auch an Raumgestaltung und da gibt es dann mehr eine Spezialisierung als eine Homogenisierung jetzt an der Stelle. Wir

haben ja auch bei den Demenzkranken eine relative Bandbreite und Pflege ist ja nicht automatisch von Anfang an mit drin. Im weiteren Verlauf bestimmt, aber nicht unbedingt von Anfang an.

Interview 1, Z. 965–998:

I: Ansonsten im Zusammenhang mit den ganzen Umstrukturierungen/Umgestaltungen auch in der Vergangenheit: Wie funktioniert das? Wie kommen Sie auf die Ideen? „Kooperieren“ sie in Führungszeichen Sie mit anderen Einrichtungen „Wie machen die das?“ Oder wo kommen da Ideen her?

B: Also Ideen kommen ganz häufig aus der Notwendigkeit des Einzelfalls. Ja, dass sie einfach eine Herausforderung haben, mit der müssen sie umgehen und dann haben wir den Vorteil, aufgrund unserer Größe, dass wir wenn wir in Teams dann zusammen sitzen und das gerade multiprofessionell ist, schon eine große Vielfalt an Sichtweisen am Tisch sitzt. Wir gucken immer, was andere machen in den Themen. Es gibt ein Benchmark-Projekt zwischen dem Bundesverband der Evangelischen Behindertenhilfe und Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie, also ein verbandsübergreifendes Projekt, da sind wir schon mal drin gewesen. Das haben wir die letzten Male nur im wirtschaftlichem Bereich mitgemacht, also nicht im konzeptionellem inhaltlichem Bereich, der ist da aber auch mit drin und da werden wir aber spätestens 2011 denke ich, wieder einsteigen. Also von daher machen wir auch Benchmark mit anderen und orientieren uns. Wobei es eher wirklich so ist, dass im Einzelfall ein konkretes Thema, eine konkrete Fragestellung im Raum steht und man dann guckt wie gehen andere damit um. Also jetzt bei dem Delinquenz-Thema zum Beispiel. Das man in allen möglichen Außenvertretungsbereichen, wo man mit anderen Einrichtungen zusammen sitzt, wo man mal auf so eine Tagung fährt, so eine Frage stellt und dann eben hört, wie machen es die anderen. Wenn das ein größeres Thema ist delinquenz ist auch wieder das Beispiel, dann haben wir in Rahmen des Qualitätsmanagements einfach auch Vorgaben, wie wir damit umgehen. Und Delinquenz ist ein Projekt mittler-

weile auch mit einer Personalfreistellung für die Projektleitung, die sich dann eben flächendeckend umhört, was gibt es zu dem Thema schon und dann erstaunliche Ergebnisse auch manchmal findet, ja wenn sie da Zeit investieren können. Aber dann darf es natürlich nicht um einen Einzelfall gehen. Ein Einzelfall, da würde man immer irgendwas stricken.

Interview 2, Z. 456–468:

I: Die vielleicht auch, aber ich frage trotzdem mal, also kooperieren Sie kooperieren in Führungsstrichen, mit anderen Einrichtungen? Wie machen die das?

C: Ja, also ich weiß, dass es so eine Art Vernetzung gibt mit anderen Behindertenwohnheimen zum Beispiel beim Thema „Unterstützte Kommunikation“, da gibt es also auch Treffs um die Erfahrung auszutauschen und auch wo die Wohnheime sich auf der Ebene austauschen. Gerade zu dem Thema mit dem älter werden, das ist ja das (wird unterbrochen).

D: Und da werden sich auch andere Einrichtungen angeguckt. Konzepte und aktuell.

Wohnbereichsleiter-Interview, Z. 239–244:

I: Aber da gibt es jetzt noch keine konkreten Ideen, oder?

E: Doch gibt es schon auch Ideen und zwar gibt es einmal die Idee sich mit anderen Einrichtungen auch anderen stationären Einrichtungen an der Stelle zusammen zu tun. Ja das man sagt, man hat so eine gemeinsame fachliche Ebene.

Wohnbereichsleiter-Interview, Z. 261–276:

E: Genau. Da gibt es Treffs, es gibt eine Regionalkonferenz, es gibt Hilfeplankonferenzen, also es gibt Treffen sämtlicher südhessischer Einrichtungsleiter, also es wird auf relativ breiter Ebene diskutiert und die Einrichtungen gehen damit natürlich auch aufgrund ihrer unterschiedlichen Größe und aufgrund ihrer unterschiedlichen Altersstrukturen natürlich auch unterschiedlich mit diesem Thema um. Da gibt es eine ganze Wandbreite sage ich jetzt mal. Es gibt große Einrichtungen wie (Einrichtungsname), die sich sagen wir mal einen internen Pflegedienst leisten können aufgrund ihrer Größe einfach.

Das ist das, wo wir sagen, da versuchen wir in Kooperation mit anderen kleinen Einrichtungen so was ähnliches ins Leben zu rufen. Genau so sind wir als kommunale Einrichtung gibt es hier um die Ecke in der (Straßenname) ein Altenwohnheim, Was dem Klinikum angeschlossen ist, also auch eine städtische Einrichtung ist. Also da gibt es natürlich auch Kontakte, dass wir dort anfragen können, wenn wir bestimmte Probleme haben. Da wächst ein Netz [...]

Wohnbereichsleiter-Interview, Z. 302–321:

E: Das ist ganz klar auch ein Ideengeber für uns. Dann der wesentliche Ideengeber ist einfach auch, dass wir uns mit anderen Einrichtungen absprechen, gucken, was macht ihr und das ist natürlich eine wesentliche Geschichte. Dann gehört zu uns aber auch, dass wir uns an Modellen des älter werdens ich sage jetzt mal in der normalen behinderten Bevölkerung, dass wir da natürlich auch gucken. Also das heißt, was wünschen sich Senioren überhaupt und versuchen dann natürlich auch auf entsprechender Weise bei uns umzusetzen. Ich sage mal so, wie wir es in anderen Lebensbereichen auch machen. Da ist auch unser Ziel Teilhabe an der Gesellschaft heißt ja auch, dass wir versuchen gesellschaftliche Vorgänge, gesellschaftliche Prozesse auch dem Menschen, die hier bei uns leben, näher zu bringen und sie dran teilhaben zu lassen. Und das sind auch ganz wesentliche Dinge, also dass man sich überlegt, wer möchte im Alter in eine ruhigeren Umgebung also möglicherweise auch in eine andere Wohngruppe gehen, in der Einrichtung leben, weil eben das ganze Alltagsgeschäft der anderen vielleicht eher auf den Geist geht. Er möchte ab eher Teil dieses sagen wir mal Mittelalterlebens sein. Und das sind ja Konzepte, die es überall gibt. Also wenn ich an Mehrgenerationenhäuser oder sonst irgendwas denke, das ist ja im Prinzip auch dieses Konzept.

Interview 3, Z. 16–27:

F: Wir möchten nicht, dass die raus müssen aus ihrer gewohnten Umgebung, wir wollen lieber dann versuchen, notfalls die Voraussetzungen in der Behinderteneinrichtung zu schaffen, dass die eben auch in gewissem

Umfang Pflege leisten können und an dieser Zielrichtung hat sich seit dieser Zeit, also Sie sehen es ist auch wieder alles in Fluss, ein bisschen was geändert dahingehend, dass wir im Moment am diskutieren sind, wollen wir es nicht doch. Wollen wir nicht neben Behinderteneinrichtungen auch Pflegeeinrichtungen nutzen für das Klientel, wenn sie eben in das Alter oder in die Gebrechlichkeit reinkommen. Ja einfach auch vor dem Hintergrund ich sage jetzt einfach auch einer gewissen Normalität. Wir sagen ja die Menschen mit Behinderung sollen so normal leben wie möglich.

Interview 3, Z. 36–40:

F: Also von daher hat sich da bisschen was geändert, was aber im Moment noch nicht unsere Praxis beeinflusst, sondern wir sind da momentan einfach in so einem Diskussionsprozess drin, der irgendwann mal zum Ergebnis führen wird. Im Moment würde ich sagen Ergebnis offen.

Interview 3, Z. 345–379:

F: Ja also wenn wir natürlich jetzt wirklich sagen würden okay wir machen einen abgetrennten oder wie auch immer Gebäudeteil alles wirklich Pflege, da muss natürlich auch eine entsprechende Konzeption bei. Also da reicht die Konzeption für die Eingliederungshilfeeinrichtung nicht aus, weil da ja die Schwerpunkte wo ganz anders liegen. Da müssen ja ganz andere Leistungen erbracht werden. Das muss man dann natürlich auch in der Leistungsvereinbarung festschreiben. Wir schließen ja mit jeder Einrichtung eine Leistungsvereinbarung und da steht natürlich in der Leistungsvereinbarung für Menschen, die Eingliederungshilfe kriegen sollen, was ganz anderes drin, als für Menschen, die gepflegt werden müssen. Da müssen ja ganz andere Leistungen erbracht werden. Aber wie gesagt, das ist auch der Punkt, wo wir im Moment noch eben auch intern am überlegen, am diskutieren sind, ob wir so etwas überhaupt wollen. Oder ob wir lieber so weiter machen, wie es ja die ganze Zeit bei und ja die Zielrichtung war, das wir sagen alte Menschen bleiben dort wo sie sind, wir wollen jetzt nicht wieder so und so viel zusammenfassen sozusagen in einen Pflegebereich. Deswegen wir haben

ja auch unsere Produkte, Teilprodukte in unserem Budget oder ja, da werden Sie bei uns im Fachbereich Menschen mit geistiger Behinderung zumindest bis jetzt noch keine Hilfe zur Pflege finden. Das heißt ich habe für Hilfe zur Pflege kein Budget. Ich kann Pflege nicht leisten von den Kosten her. So und wir sagen, das bleibt Eingliederungshilfe, wir deklarieren das auch weiterhin so, ein gewisses Eingliederungspotential hat im Prinzip jeder Mensch und wenn es nur Erhaltung des derzeitigen Zustandes ist, dass er nicht schlimmer wird. Und von daher haben wir bis jetzt auch noch keine Notwendigkeit gesehen Hilfe zur Pflege zu gewähren. Wie das in einem Jahr oder in zweien aussieht ich kann es Ihnen nicht sagen. Also im Moment wäre der Weg der, dass wir wenn Pflegebedürftigkeit auftritt, dass der Träger an uns herankommt und sagt, hier das und das Problem habe ich, die Leute kann ich hier weiter betreuen, aber ich brauche dafür diese baulichen Voraussetzungen und diese personellen Voraussetzungen. So und dann setzen wir uns zusammen und verhandeln drüber, wie wir das machen können. Aber da wäre der letzte Weg, dass wir sagen würden, der muss da raus und muss in Pflegeheim. Das ist im Moment nicht oder noch nicht unsere Zielrichtung.

Interview 3, Z. 440–452:

F: Über die Bedarfsgruppe geht es immer. Also selbst in Pflegeeinrichtungen haben wir ja auch Bedarfsgruppen. Man muss dann sehen, ganz konkreter Einzelfall an der einzelnen Person, welche Hilfe braucht die. Braucht die überwiegend Hilfe wegen der geistigen Behinderung, (Eingliederung) oder ist jetzt der Punkt gekommen, wo es umgeschwappt ist in überwiegend pflegerische Leistungen und nur dann wäre ja die Frage zu stellen, trotzdem weiterhin in der Wohneinrichtung oder Pflegeeinrichtung. Wo wir ja im Moment noch sagen, ich betone es immer wieder, weiterhin in einer Eingliederungseinrichtung. Ja. Aber einfach darauf kommt es an und dann wird dann natürlich auch in der Eingliederungseinrichtung mit den zur Verfügung stehenden Bedarfsgruppen entsprechend betreut, sprich höher gruppiert, wenn es denn erforderlich ist.

Interview 3, Z. 16–26:

F: „Wir möchten nicht, dass die raus müssen aus ihrer gewohnten Umgebung, wir wollen lieber dann versuchen, notfalls die Voraussetzungen in der Behinderteneinrichtung zu schaffen, dass die eben auch in gewissem Umfang Pflege leisten können [...] dass wir im Moment am diskutieren sind, wollen wir es nicht doch. Wollen wir nicht neben Behinderteneinrichtungen auch Pflegeeinrichtungen nutzen für das Klientel, wenn sie eben in das Alter oder in die Gebrechlichkeit reinkommen. Ja einfach auch vor dem Hintergrund [...] einer gewissen Normalität.“

Kategorie: Personalplanung im Kontext der spezifischen Bedarfe älterer Bewohner in der Einrichtung

Interview 1, Z. 69, 74–90:

I: Welche Qualifikationen haben die Mitarbeiter in den Wohnbereichen? die Qualifikationen der Mitarbeiter das heißt also vom Schwerpunkt her sind Heilerziehungspfleger, das ist so der klassische Beruf, ich denke mal relativ weit verbreitet, weil wir ja selbst auch ausbilden im Bereich Heilerziehungspflege, dann Erzieher und Sozialpädagogen/Sozialarbeiter. Das ist der Schwerpunkt. Es gibt einzelne Pflegefachkräfte, also nicht nur im Fachdienst, sondern auch in den Wohngruppen integriert und ansonsten denke ich alles mögliche noch.

A: Wir haben auch fachfremdes Personal.

B: Und auch so paar Exoten ja also „Exoten“ in Anführungszeichen, sei das jetzt Heilpädagogen tatsächlich, sei das jetzt Diplompädagogen also aus grundsätzlich pädagogischen Berufen aber nicht so, dass man jetzt sagen muss, es ist ein signifikanter prozentualer Anteil. Und Diplompädagogin wäre ja auch überqualifiziert. Aber es gibt alles, wir haben in einer Wohngruppe einen Pfarrer, einen fertig ausgebildeten, Pfarrer, der als Gruppenmitarbeiter arbeitet.

Interview 1, 157–165:

A: Also wir haben uns halt den Anforderungen gestellt und haben in einem Projekt Pflege, das 2008 lief uns ganz konkret

damit beschäftigt, wie kann man da ein Netzwerk schaffen, wie kann man da ein Netzwerk schaffen, um diese pflegerischen Probleme, die auf die Mitarbeitenden zukommen, aufzufangen, wo können die sich hinwenden. Fachdienst Pflege gibt es hier ja schon sehr lange und in (Bundesland) schon am längsten, 15 Jahre und den haben wir einfach ausgeweitet auf die Regionen, haben dann gesagt im O,B (Aufzählung Gebiete) überall sitzt so ein Fachdienst und dieser Fachdienst ist zuständig für Anleitung, Beratung, Schulung.

Interview 1, Z. 183–202:

A: Genau. Ob das jetzt Bein wickeln ist oder der Diabetes ist oder Thromboseprophylaxe, Injektionen verabreichen, spezielle Verbände, Wickel und Auflagen. Da stehen auch drin in diesen Delegationskatalog, den können sie beim RP unter Heimaufsicht können sie sich den angucken, speziell für die Behindertenhilfe dort hinterlegt. Dort steht auch drin, was nicht delegierbar ist. Was eine examinierte Kraft machen muss z.B. Absaugen und solche Geschichten und da geht dann immer der Fachdienst Pflege hin. Wenn das bekannt ist, dass jemand abgesaugt werden muss oder ein anderes spezielles Problem oder es ist keiner da, der die Injektion macht, dann organisieren wir uns, dass wir da hingehen und wenn das auch nicht möglich ist, dann kommt der ambulante Pflegedienst, aber das ist wirklich hier am Campus eine Ausnahme, weil wir sind hier im Moment zu dritt und können das immer abfangen und wir fahren auch schon mal in die Region, wenn es da brennt von M (Ort) aus. Wenn da jetzt kein Fachdienst Pflege ist und es wäre was zu organisieren an Hilfsmittel oder oder und dann springen wir dort auch ein. Da haben wie ein Netzwerk ausgebildet. Und wir hoffen natürlich, wir haben jetzt das erste Jahr Basisschulung hinter uns und merken auch, dass die Mitarbeiter sicherer werden im Umgang mit pflegerischen Anforderungen. Das da weniger Nachfragen sind.

Interview 1, Z. 165–179:

A: [...] dieser Fachdienst ist zuständig für Anleitung, Beratung, Schulung. Wir machen also für alle Mitarbeitende Pflicht-

Fortbildungen auch die langjährigen Mitarbeiter, Basisschulung Pflege, wo die das Rüstzeug, also das Grundsätzliche, was man einfach wissen muss mit auf den Weg bekommen. Das ist eine achtstündige Fortbildung, geht den ganzen Tag, auch mit Praxisanteil und dann gehen wir nochmal auf die Wohngruppen selbst und übernehmen die praktische Anleitung. Gerade im Bereich der Grundpflege oder bei einer Diabetesschulung, Umgang mit dem Pen und so weiter. Das haben wir auch mit der Heimaufsicht abgesprochen, die saß mit im Projekt Pflege und wir richten uns da nach dem Delegationskatalog der Heimaufsicht, da haben wir dann selbst ein Konzept entwickelt, ein Schulungskonzept, was wir praktisch schulen, welche Inhalte, haben ein Curriculum entwickelt, danach schulen wir. Und dann gibt es diese Basisschulung als Pflichtschulung und dann gibt es Bedarfsschulungen, je nach dem, was halt pflegerisch anfällt.

Interview 1, Z. 199–202:

A: Da haben wie ein Netzwerk ausgebildet. Und wir hoffen natürlich, wir haben jetzt das erste Jahr Basisschulung hinter uns und merken auch, dass die Mitarbeiter sicherer werden im Umgang mit pflegerischen Anforderungen. Das da weniger Nachfragen sind.

Interview 1, Z. 524–536:

I: Okay sie haben jetzt schon ganz viel gesagt zu den Umstrukturierungen, fällt Ihnen dennoch etwas ein, was es schon für Umstrukturierungen gab?

A: Nur nochmal, dass Werkstatt und Tagesstätte auch bei dem Prozess, bei dem Projekt Pflege mitintegriert sind. Das heißt Basisschulung, Pflegestandards greifen auch in Werkstatt und Tagesstätte. Und Das Angebot zu Schulung Anleitung, Beratung. Quasi für alle Betreuungsbereiche.

I: Dort wo der Bedarf ist speziell oder allgemein?

A: Bedarfsbezogen aber auch diese Basisschulung müssen die Mitarbeiter besuchen.

Interview 1, Z. 770–793:

I: Jetzt habe ich eine Frage zur Zusammenarbeit von den einzelnen Fachdisziplinen.

Welche besonderen Aspekte gibt es da?

A: Ja für meinen Bereich also Pflege ist das eine sehr gute Zusammenarbeit, weil ich finde die Mitarbeitenden hier sind sehr offen, also so haben jetzt pflegerische Anforderungen und stellen sich dem. Und das ist die Grundvoraussetzung. Also wir haben es jetzt noch nicht erlebt, dass einer mauert und sagt ich mache das nicht und ich will das nicht lernen und sich da verweigert und das ist das Positive und deshalb ist die Zusammenarbeit sehr gut.

I: Und auch mit durch diese Schulungen?

A: Durch die Schulungen ja es ist zwar natürlich, wenn sie einen Mitarbeiter haben, der schon über 20 Jahre hier ist und soll dann in so eine Basisschulung Pflege gehen und hat auch schon viel Pflege, aber selbst diejenigen kommen und sagen dann auch jetzt habe ich doch nochmal was gelernt. Ja, das ist halt wenn etwas verpflichtend ist und die Mitarbeiter sind ja schon recht eingespannt, die haben schon sehr viel, dass sie durchlaufen müssen, sind ja schon sehr viele Angebote hier Epilepsie und Reanimation, Mitarbeiterführungstage und Brandschutz. Es ist eine ganze Palette. Ich glaube es sind mehrere Wochen, die die Mitarbeiter eigentlich in Fortbildungen sind und jetzt kam das noch dazu, aber trotzdem war das sehr positiv und ist positiv wir sind ja noch dabei.

Interview 1, Z. 199–202:

A: „[...] wir haben jetzt das erste Jahr Basisschulung hinter uns und merken auch, dass die Mitarbeiter sicherer werden im Umgang mit pflegerischen Anforderungen. Das da weniger Nachfragen sind.“

Interview 1, Z. 171–179:

A: Gerade im Bereich der Grundpflege oder bei einer Diabetesschulung, Umgang mit dem Pen und so weiter. Das haben wir auch mit der Heimaufsicht abgesprochen, die saß mit im Projekt Pflege und wir richten uns da nach dem Delegationskatalog der Heimaufsicht, da haben wir dann selbst ein Konzept entwickelt, ein Schulungskonzept, was wir praktisch schulen, welche Inhalte, haben ein Curriculum entwickelt, danach schulen wir. Und dann gibt es diese Basisschulung als Pflichtschulung und dann

gibt es Bedarfsschulungen, je nach dem, was halt pflegerisch anfällt.

Interview 1, Z. 305–309:

B: Und das kann uns schon passieren, dass es noch weitere Veränderungsnotwendigkeiten mit sich bringt, also solche Konstrukte könnte man jetzt nicht in 81 Gruppen machen. Das würde den Rahmen absolut sprengen. Dessen was finanzierbar ist und da müsste man vermutlich schon Schwerpunkte bilden.

Interview 1, Z. 822–830:

A: Jetzt gerade aktuell hätten wir ein Beispiel gehabt, wo derjenige permanent abgesaugt werden muss und das wäre hier nicht gegangen. Da muss man neben dem Bett stehen quasi, das ist so ein Intensivfall, den man immer im Auge haben muss und der kam jetzt vorübergehend in ein Kurzzeitpflegeheim, hat sich jetzt aber wieder gebessert und der kann jetzt auch wieder nach Hause kommen hierher. Ja also das sind so Sachen, das kann man hier nicht leisten, weil auch die Nachtwachen, die die ganze Nacht da sind, stehen nicht die ganze Zeit am Bett. Das ist Behindertenhilfe und (wird unterbrochen).

Interview 1, Z. 294–302:

A: „Also strukturell hatten wir schon öfter jetzt das Problem, dass es das Konstrukt der Nachtbereitschaft gibt und das dann jemand, der Aufsicht bedarf oder regelmäßige Versorgung zum Beispiel auch das Absaugen und wenn dann kein Nachtdienst da ist, das ja eine dreijährig examinierte Fachkraft sein muss, dass wir da dann aber eher in die Gruppe noch ein Personal reingegeben haben, dass die dann die Nachtwachenstruktur haben statt der Nachtbereitschaft, als das man gesagt hat, der Bewohner muss jetzt unbedingt raus aus seinem gewohnten Umfeld. Also das sind so Sachen, so Themen, die jetzt auf uns zugekommen sind schon.“

Interview 1, Z. 8–16:

I: Ist das Thema auch bei Ihnen in der Einrichtung aktuell?

A: Ja, insbesondere haben wir jetzt im Haus A. das frühere F.-Haus, wo ältere Bewohner mit Behinderung geistiger und

körperlicher Behinderung gelebt haben, die wohnen jetzt überwiegend im Haus A. und da kamen die Mitarbeiter schon auch im Zuge von diesem Umzug schon mehr Pflegeanforderungen auf die Mitarbeitenden zu, mehr Rentner auf einmal da eine andere Tagesstruktur war erforderlich und eben auch viel mehr Pfleger.

Interview 1, Z. 650–664:

Und dann kommen sie natürlich an Grenzen wenn sie eine examinierte Pflegefachkraft kriegen sie nicht zu einem Preis von einem Heilerziehungspfleger oder von einer Hilfskraft. Sie haben dann einfach höhere Personalkosten, wenn sie andere Qualifikationen brauchen.

A: Oder einen erhöhten Personalbedarf.

B: Das auch.

A: Wenn Einser-Dienste vorher möglich waren, weil die Hälfte der Gruppe auf die Arbeit gegangen ist oder es war eine Schließgruppe und diese Struktur hat sich verändert mehr Pflege und dann müssen sie morgens zu zweit sein um das zu bewältigen den Arbeitsanfall zumindest bis 10–11 Uhr und dann auch wieder im Spätdienst zu zweit und dadurch hat man einfach auch mehr Personalbedarf und höhere Kosten.

Interview 1, Z. 841–873:

A: Und Mitarbeiter hier haben auch immer Angst, wenn dieses Thema Absaugen kommt, was ist, wenn es gerade in diesem Moment ist und es ist kein Examinierter da. Also die leben in so einer Angst in so einem Druck auch.

B: Dann gibt es aber das System der Risikopläne, indem dann so Sachen auch beschrieben werden und das wird gemeinsam diskutiert, das wird fachlich diskutiert und es wird vom Vorgesetzten hinterher unterschrieben und frei gegeben. Und mit gesetzlich Verantwortlichkeiten dann auch abgestimmt, also bei so einem Risikoplan wird der gesetzliche Betreuer mit involviert und gegebenenfalls muss der sich das nochmal freigegeben lassen auch vom Vormundschaftsgericht. Je nach dem um was es dann geht.

A: Bei Sterbegleitung, wo ja auch oft es so ein Thema ist mit dem Absaugen, sind wir 24 Stunden erreichbar (Fachdienst Pflege)

und im Einsatz, wir wechseln uns da ab und arbeiten mit einem Palliativ-Team in (Klinik) zusammen, die dann auch sehr engmaschig die Wohngruppe begleitet. Es gibt dann auch immer wieder Fallbesprechungen, auch um so zu gucken wie geht es den Mitarbeitern jetzt und die Mitarbeiter können auch ganz aus der Situation rausgehen, die Möglichkeit gibt es.

I: War das dann auch bei dem Fall, von dem sie berichtet haben, dass dann von dort welche kamen?

B: Das hat der Fachdienst gemacht die pflegerischen Sachen gemacht und ansonsten war das Team der Wohngruppe und die Mitarbeiter haben Arbeitszeit aufgestockt. Also es sind dann auch die vertrauten Mitarbeiter gewesen. Wir haben tolle Mitarbeiter, die dann sowas mitmachen.

A: Die wollen in der Regel auch ihre Bewohner begleiten, im Sterbeprozess, aber es gibt auch mal Situationen, wo man emotional stark beteiligt ist und sagt eben kann ich nicht mehr.

Interview 1, Z. 283–291:

B: Und wenn wir dann so Schwerpunktgruppen haben, dann kann es natürlich sein, dass innerhalb dieser Gruppe sich auch Auswirkungen auf Qualifikationen ergeben, die nicht standardmäßig jetzt nur in Richtung Krankenpflege zum Beispiel gehen müssten, also das heißt nicht, dass wir dann nur noch examinierte Krankenpflegekräfte einsetzen können aber das könnte zum Beispiel bedeuten, dass es dort jemand grundsätzlich eine Basisschulung Umgang mit Demenzen oder so was als Zusatzqualifikation, als Weiterbildung haben sollte.

Interview 2, Z. 110–128:

I: Welche Qualifikationen haben insgesamt die Mitarbeiter im Wohnbereich?

D: Sozialpädagogen, Erzieher, Arbeits-erzieher.

C: Heilerziehungspfleger, Heilpädagogen, Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern also es ist bunt gemischt.

I: Und die Verteilung ist auch bunt gemischt?

C: Vorwiegend Erzieher. Vorwiegend ist es eine pädagogische Einrichtung und das Pflegerische kommt halt hinzu, so dass wir

auch Fortbildungen machen in Bezug auf die Pflege in der Krankenpflegeschule und so weiter. Also das war mehrfach, auch im Hospiz, mit dem Hospizverein zusammen, um sich da auf diese Veränderungen einzustellen, aber grundsätzlich ist es eine pädagogische Einrichtung. Also vorwiegend, ausschließlich kann man sagen und das andere muss dann.

D: Also ein überwiegender Anteil Mitarbeiter ist einfach Erzieher.

Wohnbereichsleiter-Interview, Z. 190–214:

E: Zunehmend, wenn Menschen älter werden, kommen natürlich auch pflegerische Aufgabenfelder auf uns zu, mit denen wir am Anfang nicht. Also wo wir von den Fähigkeiten der Mitarbeiter oder von den Qualifizierungen, Ausbildungen der Mitarbeiter uns erst anpassen muss. Das ist mittlerweile auch geschehen, also es gibt mittlerweile auch einige Mitarbeiter hier, die eine Altenpflegerische, eine Krankenpflegerische Ausbildung haben, auch qualifizierte, dreijährige Ausbildungen haben. Und die dann natürlich ihr Wissen in das gesamte Team einbringen.

I: Und die sind auch speziell wegen diesem aufkommenden Bedarf eingestellt worden? Also diese Qualifikationen.

E: Genau. Das hat sich dann verändert. Das heißt letztendlich ist es so, die Bewohner, die hier in der (Einrichtung) leben, die leben hier, das ist deren Zuhause und wir müssen uns natürlich in unseren Qualifikationen den Anforderungen, die die Bewohner an uns stellen, anpassen. Also es ist nicht so, dass wir sagen `Nein, wir sind eine pädagogische Einrichtung, von Anfang bis Ende und sobald jemand irgendwie pflegerischen Bedarf hat können wir den nicht mehr decken`. Sondern letztendlich ist es so, dass der einzelne Bewohner, die einzelne Bewohnerin ein Recht darauf hat, die in der (Einrichtung) zu leben und wir uns entsprechend dann auch anpassen müssen. Es hat auch Grenzen, also immer da wo wir sozusagen unseren ursprünglichen Auftrag nicht mehr erledigen können oder auch andere nicht mehr erledigen können, da hätte das eine Grenze. Aber im Prinzip ist es schon so, dass wir uns da anpassen.

Wohnbereichsleiter-Interview, Z. 244–247:

E: Es gibt aber auch, das nutzen wir auch schon, dass wir mit ambulanten Pflegediensten da zusammenarbeiten, dass wir dort, wo es durch uns nicht mehr abzudecken ist, das dann ein ambulanter Pflegedienst übernimmt [...]

Wohnbereichsleiter-Interview, Z. 216–237:

I: Die Mitarbeiter aus dem Seniorensalon hatten gesagt, dass die ganz normal im Gruppendienst mit drin, also jetzt nicht, dass die speziell für die Pflege zuständig sind.

E: Genau, das ist das, was ich vorhin gesagt habe, die bringen sozusagen ihr Wissen in die Teams mit rein, also multiprofessionelle Teams, das heißt in den Teams arbeiten Mitarbeiter mit unterschiedlichen Qualifikationen zusammen, um dann auch sozusagen ein Problem oder eine Anforderung, die auftritt, von verschiedenen Seiten beleuchten zu können. Und natürlich gibt es da auch Grenzen, Grenzen gibt es da wo es zum Beispiel gesetzliche Vorgaben gibt, wer welche Tätigkeit ausführen kann, behandlungspflegerische Maßnahmen oder so. Genau Behandlungspflegerische Maßnahmen. Der Klassiker ist dann immer die Dekubitusversorgung, haben wir relativ wenig Personen, die einen Dekubitus haben, aber wenn das auftritt ist natürlich klar, dürfen dann, weil es da entsprechende Vorgaben von der Heimaufsicht gibt, das dürfen nur Personen versorgen mit einer qualifizierten pflegerischen Ausbildung. Und da müssen wir uns da natürlich schon Gedanken machen wie wir das organisieren. Weil das natürlich im Extremfall bedeuten kann, dass jemand mit entsprechender Ausbildung dann morgens notwendig ist und abends notwendig ist und das stellte besondere Herausforderungen an den Dienstplan.

Wohnbereichsleiter-Interview, Z. 232–237:

E: „Und da müssen wir uns da natürlich schon Gedanken machen wie wir das organisieren. Weil das natürlich im Extremfall bedeuten kann, dass jemand mit entsprechender Ausbildung dann morgens notwendig ist und abends notwendig ist und das stellte besondere Herausforderungen an den Dienstplan.“

Wohnbereichsleiter-Interview, Z. 78–84:

E: Da sind wir im Moment auch dabei das zu planen. Ja dann ist klar an Mitarbeitern haben wir die Anforderungen, das natürlich Schulungen im Hinblick auf Erkrankungen, die im Alter sagen wir mal häufiger sind zum Beispiel eine demenzielle Erkrankung. Also das sind so ganz wichtige Dinge, das wir uns da einfach entsprechend vorbereiten, beziehungsweise in der Vergangenheit Schulungen auch schon statt fanden.

Interview 2, Z. 110–128:

I: Welche Qualifikationen haben insgesamt die Mitarbeiter im Wohnbereich?

D: Sozialpädagogen, Erzieher, Arbeits-erzieher.

C: Heilerziehungspfleger, Heilpädagogen, Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern also es ist bunt gemischt.

I: Und die Verteilung ist auch bunt gemischt?

C: Vorwiegend Erzieher. Vorwiegend ist es eine pädagogische Einrichtung und das Pflegerische kommt halt hinzu, so dass wir auch Fortbildungen machen in Bezug auf die Pflege in der Krankenpflegeschule und so weiter. Also das war mehrfach, auch im Hospiz, mit dem Hospizverein zusammen, um sich da auf diese Veränderungen einzustellen, aber grundsätzlich ist es eine pädagogische Einrichtung. Also vorwiegend, ausschließlich kann man sagen und das andere muss dann.

D: Also ein überwiegender Anteil Mitarbeiter ist einfach Erzieher.

Interview 2, Z. 161–180:

I: Und diese Fortbildung, habe ich das richtig verstanden, dass das von Krankenpflegeschulen (wird unterbrochen).

D: Ja die Fortbildungen laufen von Krankenpflegeschulen, Hospiz (wird unterbrochen).

C: Ja, es waren einzelne Maßnahmen.

I: Und spezielle Themengebiete dann?

C: Ja Lagerung und die Grundversorgung (D: Dekubitusversorgung, Spritzen) Dekubitusversorgung so Grundlagen (wird unterbrochen).

D: Zuckererkrankungen aber auch Pflege wie leistet man Pflege, wie leistet man Pflege, wie erkennt man, wie badet man

Pflegebedürftige (wird unterbrochen).

C: Trinken und Essen anreichen. Grundlagen, die wir von unserer Ausbildung nicht können. Erste Hilfe Kurse ist also auch mal entfernt so eine Richtung.

Interview 1, Z. 244–256:

C: wir machen auch alles, das heißt es gibt nicht, einer ist Pädagoge und einer ist nur Pfleger, sondern wir machen das ganzheitlich, das heißt wir machen alles.

D: Jeder ist für alle Bereiche zuständig.

C: Wir machen die Betreuung, die Pflege, die Hygiene, die Pädagogik, also alles zusammen, was einen großen Vorteil halt. Im Moment ist das unser Konzept Wird aber diskutiert, ob wir uns das vielleicht oder ob man die pflegerische Sache.

D: Dann den Pflegern überlässt und die pädagogische Sache dem Pädagogen sozusagen.

Interview 2, Z. 385–405:

I: Und wie ist die Zusammenarbeit der einzelnen Fachdisziplinen?

C: Ja gut die Fachdisziplinen, das wäre dann der Arzt, das ist eine sehr gute Zusammenarbeit, muss man auch sehr eng im Kontakt bleiben, dass das dann weitergegeben wird und wir kennen halt die Bewohner am allerbesten und gerade wenn so medizinische Fragen sind oder man beobachtet etwas, was sich verändert oder einem geht es nicht gut, da muss man dann schon immer in engen Kontakt bleiben und die Ärzte oftmals überzeugen, weil es sind natürlich besondere Leute, die auch anders reagieren oder auch anders empfinden als Normale.

Aber sonst gibt es die vielen Disziplinen, innerhalb des Hauses gibt es nicht, wir sind also alle ein gleichberechtigtes Team mit leibberechtigten Verantwortungsbereich, also wir haben jetzt keine Hierarchie innerhalb der Mitarbeiter. Das einzige ist Tabletten stellen und die Leitung und ansonsten sind alle gleich in der Funktion. Wir fallen da ein bisschen raus, wir sind jetzt drei Kollegen, die im Rentnersalon arbeiten, in der Tagesstruktur von 8 bis 14 Uhr, also wir drei sind die Einzigen, die das abdecken und alle anderen arbeiten im Schichtdienst und betreuen die 72 Bewohner rund um die Uhr sozusagen

abwechselnd. Wozu auch die Rentner gehören, die dann ab zwei Uhr wieder in ihr Haus gehen und da eben ganz normal im Alltag mit dabei sind.

Interview 3, Z. 82–93:

F: Ja genau das ist es nämlich auch. Was da einem natürlich spontan einfällt und es liegt ja auch einmal daran, dass natürlich. Also erstens mal gibt es da keine festen Anforderungen, sondern es ist dann eigentlich bedarfsbezogen. Also irgendwann meldet sich mal ein Anbieter bei uns und sagt `hier, ich habe da eine Person, die ist, die wird jetzt pflegebedürftig, da müssen irgendwas tun, die können wir so hier nicht weiter betreuen ohne dass wir irgendwas machen.` wobei man da natürlich mal guckt, wie sieht die Altersstruktur überhaupt in dieser Einrichtung aus. Welche Pflegebedürftigkeiten haben wir denn dann vielleicht in den nächsten Jahren zu erwarten, denn wegen einem macht man das alles ja nicht alleine, da muss man dann mal gucken wie. Also die ganze Geschichte muss sich ja auch wirtschaftlich gestalten.

Interview 3, Z. 258–263:

F: Werden die auch nachts gebraucht oder reicht da eine Rufbereitschaft oder wie auch immer oder Nachtwache oder Einzelnachtwache. Das kommt ganz auf den Bedarf drauf an. Deswegen kann man das pauschal nicht sagen. So und so wird es gemacht, sondern man muss gucken, was wird jetzt tatsächlich gebraucht. Und da müssen wir natürlich gucken, so was davon können wir jetzt bezahlen.

Kategorie: Änderungen in Bezug auf Räumlichkeiten

Interview 1, Z. 357–362:

B: Da wo wir es gestalten können, bauen wir mittlerweile grundsätzlich barrierefrei für die Komplettausstattung, sprich also, wo wir jetzt Ersatzbauten in der Region neu erstellen wird grundsätzlich barrierefrei gebaut und mit ja ich glaube flächendeckend entsprechend Pflegeeinrichtungen auch Pflegebäder und und und, die sie hinterher unkompliziert auch für anderes nutzen könnten.

Interview 1, Z. 584–587:

B: In der P, da ist es in einzelnen Gruppen nachgebessert worden. Die P war nicht auf Pflege ausgerichtet. Also wir haben jetzt in einer Gruppe ein Pflegebad zum Beispiel eingebaut und die Sanitäreinrichtung umgebaut, um dem Bedarf der Bewohner gerecht werden zu können.

Interview 1, Z. 335–344:

A: Ja es ist ja jetzt angedacht in der A (Haus), wo diese Dementen-WG sich gerade herausbildet, da auch bauliche Veränderungen vorzunehmen und das schon an so ein Dementen-Wohnumfeld, da gibt es ja Besonderheiten, die man beachten muss, soll diese Wohngruppe dann umgebaut werden, demente Bewohner sind ja sehr bewegungsfreudig in der Regel, dass die Bewohner dann auch ihren Auslauf bekommen, dass sie einfach auch raus können, dass sind so Sachen, die da berücksichtigt werden, dass eine offene Küche ist, solche Geschichten, also da sind sie gerade dran, da gibt es ein Projekt gerade, das läuft gerade dazu und das soll in der A (Haus) umgestaltet werden.

Interview 2, Z. 262–271:

D: „Ja wie gesagt noch nicht immer, also es sind viele Sachen auf die wir halt nicht vorbereitet waren, die wir jetzt halt auch erst merken. In den Situationen, wo die Leute halt einfach altern und wir einfach merken oh okay wir kriegen die nicht mehr so einfach in eine ganz normale Badewanne oder in eine Dusche oder auf die Toilette oder manche Toiletten zu eng gebaut sind und die Türen zu schmal, dass man mit den Rollstühlen nicht richtig reinkommt und gut da muss man eben immer einfach ja die Situation erkannt werden und dann guckt man halt irgendwie bestmöglich, dass umgebaut wird oder wie man das den Bewohnern eben erleichtern kann.“

Interview 2, Z. 184–186:

C: Ja da wurden jetzt medizinische Bäder eingerichtet zum Beispiel oder rollstuhlgerecht bisschen hergerichtet, was vorher auch nicht unbedingt so war [...]

Interview 2, Z. 191–197:

D: Die Bäder, die wurden jetzt ebenerdig

eingrichtet, es war so, es gab ganz normale Duschkabinen vorher und wie damals das Haus erbaut wurde, wurden von den Architekten irgendwie diese Behinderungen der Menschen nicht so berücksichtigt und es ging halt auch 20 Jahre ganz gut und irgendwann fängt es auch an, dass sie auch so stark dann beeinträchtigt sind, dass sie halt nicht mehr in die Badewanne steigen können.

Interview 2, Z. 407–417:

I: Gab es schon mal den Fall, dass ein Bewohner aus Gründen erhöhten Pflegebedarfs umziehen musste?

C/D: Ja.

C: Umziehen in ein anderes Zimmer, zum Beispiel wenn er nicht mehr in der Lage war Treppen zu gehen, dann wurde der eben ins Erdgeschoss umgezogen oder es wurden so Art Kindersicherungstüren eingebaut, dass die nicht irrtümlich oder mal ein Sichtschutz an durchsichtigen Türen bei Demenz, dass da nicht immer der Konflikt war 'Ich will raus.' Das sind so Kleinigkeiten.

Wohnbereichsleiter-Interview, Z. 64–78:

E: Vorher war dieses Thema noch gar nicht da. Das heißt es war hier baulich gar nicht vorgesehen. Und dann hat man für eine Rentnergruppe von 10 bis 12 Personen, die zum Teil in diesen Räumen, die Sie gesehen haben. Also Sie haben ja bestimmt den Rentnersalon da unten gesehen. Da ist ein Teil der Rentner, die dort betreut werden, ein anderer Teil ist einfach auch so fit uns so rege, dass sie ihren Alltag mit so ein Paar Anlaufpunkten selbst gestalten können. Deswegen reicht dieser Raum unten gerade noch so, sage ich jetzt mal. Aber man sieht ganz klar, also bei uns sind 10 Leute, die jetzt im Prinzip in den nächsten 5 Jahren in Rente gehen können beziehungsweise bisschen mehr, weil in dieser Gruppe 60–64 sind ja auch noch einige, die arbeiten gehen. Also ich sag mal, das können durchaus 10 Leute sein, die dann irgendwie noch dazu kommen. Und das heißt, wir müssen uns ganz klar Gedanken machen, wie reagieren wir räumlich darauf. Auf alle Fälle mal noch einen zweiten Raum schaffen.

Interview 1, Z. 376–381:

F: Sie müssen alle Bauvorhaben mit der Bauabteilung vom LWV diskutieren und da geht es natürlich auch um Kosten. Und da gibt es dann Kosten pro Bewohnerplatz in der Eingliederungshilfe und dann müssen sie gucken, dass sie diese Kosten dann irgendwo da mit rein kriegen oder das Geld irgendwo anders her kriegen ergänzend.

Interview 3, Z. 181–200:

F: Ja dann muss man gucken reichen die Räumlichkeiten auch von der Größe her oder muss man da irgendwas umbauen und da muss man das natürlich im Einzelnen abwägen. Was kann das denn kosten. Dann schicken wir unser Baumanagement von Kassel hin. Die gucken sich das an, was haben die genau vor. Ja, welche Baumaterialien sollen verwendet werden und kann man das nicht noch anders irgendwie machen, wo es bisschen günstiger wird, aber trotzdem gleichen Erfolg hat. Die gehen auch nicht nur hin unsere Bauleute, weil sie jetzt mit aller Gewalt irgendwo was drücken wollen kostenmäßig, sondern auch einfach um die Träger zu beraten. Ja vieles wissen die ja auch gar nicht oder auch ihre Architekten wissen das nicht, wo dann unsere Baufachleute sagen, hier das könnten wir doch auch viel besser so machen und dann hätten wir doch auch gleich ein Erfolg. Ja oder wollen wir das nicht mal so. Wir waren jetzt gerade demletzt, gut das hat jetzt nichts mit Älteren nichts zu tun, da geht es um eine neue Kindereinrichtung, wo wir auch die Planungen des Anbieters wie der das Gebäude geplant hat und die Aufteilung der Räume und das ganze mit unserer Baufachfrau ja von Vorne bis Hinten und von Oben bis Unten unters Dach total umgeschmissen haben. Ja und dann muss man natürlich gucken, wie sieht es mit den personellen Anforderungen aus.

Kategorie: Umgang mit anfallenden Mehrkosten und rechtliche „Zwischenlösungen“

Interview 3, Z. 345–379:

F: Ja also wenn wir natürlich jetzt wirklich sagen würden okay wir machen einen abge-

trennten oder wie auch immer Gebäudeteil alles wirklich Pflege, da muss natürlich auch eine entsprechende Konzeption bei. Also da reicht die Konzeption für die Eingliederungshilfeeinrichtung nicht aus, weil da ja die Schwerpunkte wo ganz anders liegen. Da müssen ja ganz andere Leistungen erbracht werden. Das muss man dann natürlich auch in der Leistungsvereinbarung festschreiben. Wir schließen ja mit jeder Einrichtung eine Leistungsvereinbarung und da steht natürlich in der Leistungsvereinbarung für Menschen, die Eingliederungshilfe kriegen sollen, was ganz anderes drin, als für Menschen, die gepflegt werden müssen. Da müssen ja ganz andere Leistungen erbracht werden. Aber wie gesagt, das ist auch der Punkt, wo wir im Moment noch eben auch intern am überlegen, am diskutieren sind, ob wir so etwas überhaupt wollen. Oder ob wir lieber so weiter machen, wie es ja die ganze Zeit bei und ja die Zielrichtung war, das wir sagen alte Menschen bleiben dort wo sie sind, wir wollen jetzt nicht wieder so und so viel zusammenfassen sozusagen in einen Pflegebereich. Deswegen wir haben ja auch unsere Produkte, Teilprodukte in unserem Budget oder ja, da werden Sie bei uns im Fachbereich Menschen mit geistiger Behinderung zumindest bis jetzt noch keine Hilfe zur Pflege finden. Das heißt ich habe für Hilfe zur Pflege kein Budget. Ich kann Pflege nicht leisten von den Kosten her. So und wir sagen, das bleibt Eingliederungshilfe, wir deklarieren das auch weiterhin so, ein gewisses Eingliederungspotential hat im Prinzip jeder Mensch und wenn es nur Erhaltung des derzeitigen Zustandes ist, dass er nicht schlimmer wird. Und von daher haben wir bis jetzt auch noch keine Notwendigkeit gesehen Hilfe zur Pflege zu gewähren. Wie das in einem Jahr oder in zweien aussieht ich kann es Ihnen nicht sagen. Also im Moment wäre der Weg der, dass wir wenn Pflegebedürftigkeit auftritt, dass der Träger an uns herankommt und sagt, hier das und das Problem habe ich, die Leute kann ich hier weiter betreuen, aber ich brauche dafür diese baulichen Voraussetzungen und diese personellen Voraussetzungen. So und dann setzen wir uns zusammen und verhandeln drüber, wie wir das machen können. Aber da wäre der

letzte Weg, dass wir sagen würden, der muss da raus und muss in Pflegeheim. Das ist im Moment nicht oder noch nicht unsere Zielrichtung.

Interview 1, Z. 418–425:

B: Für alle anderen in einer Pflegestufe gilt § 43a SGB XI das pauschal 256 Euro von der Pflegekasse an die zuständigen Reha-Träger bezahlt wird.

I: Und das reicht aus?

B: Nein. Hinten und vorne nicht. Da gibt es keine Ergänzung das Gesetz ist so und der Rest ist dann Eingliederungshilfe.

Interview 1, Z. 387–478:

B: Wir sind eine Eingliederungshilfeeinrichtung und finanzieren uns wie jede andere Eingliederungshilfeeinrichtung auch. Wir haben Verträge mit dem LWV, Leistungsvereinbarungen und Entgeltvereinbarungen. Die Abrechnung wird vorgenommen, wie sie in SGB XII vorgeschrieben ist nach dem Menschen mit vergleichbarem Hilfebedarf in Hilfebedarfsgruppen zusammengefasst werden und die Maßnahmepauschale ist eben gestaffelt nach Hilfebedarfsgruppen. Das ist der Teil, den wir in der Finanzierung haben im Hintergrund gibt es natürlich dann auch ein Paar andere Sachen, die dann auch mit Pflege zu tun haben. Wir haben 2003 glaub ich den letzten Versorgungsvertrag unterschrieben weiß ich jetzt gar nicht in den 90er Jahren das erste Mal und jetzt Überarbeitung glaub ich 2003 Versorgungsvertrag mit dem Landesverband der Pflegekassen unterschrieben, in dem geregelt ist, dass die Pflegekassen für die Bewohner in Pflegestufe 3 in definierten, auf definierten Plätzen den vollen Satz als Kostenersatz an den Sozialhilfe erstatten aber nur in Pflegestufe 3. Diese definierten Plätze befinden sich in Häusern hier auf dem Kerngelände. Da waren 25 zum Beispiel auch im F.-Haus. Die sind jetzt einfach dann ersatzlos weggefallen, weil es das F.-Haus nicht mehr gibt. Wir haben jetzt noch welche im Haus B., im Haus A und in Haus E.

I: Also ist es dann hauszentriert und nicht an die Person?

B: Es ist nicht auf die Person festgelegt, sondern die sind auf die Häuser verteilt und wir müssen aber regelhaft, der Fach-

dienst Pflege Listen erstellen, in denen aktuell jede Veränderung auch aufgeführt wird. Das heißt wir müssen sowohl im Landesverband der Pflegekassen als auch im LWV zeitnah bei Veränderungen eine Namensliste weitergeben, auf der ersichtlich ist, wer jetzt auf einem diese Plätze ist, so dass diese Verrechnung zwischen der entsprechenden Pflegekasse und dem zuständigen Sozialhilfeträger dann auch passieren kann. Für alle anderen in einer Pflegestufe gilt § 43a SGB XI das pauschal 256 Euro von der Pflegekasse an die zuständigen Reha-Träger bezahlt wird.

I: Und das reicht aus?

B: Nein. Hinten und vorne nicht. Da gibt es keine Ergänzung das Gesetz ist so und der Rest ist dann Eingliederungshilfe. Beziehungsweise wir kriegen unser Geld immer aus der Eingliederungshilfe unsere Entgeltsätze und diese Verrechnung findet dann wirklich zwischen der zuständigen Pflegekasse und dem zuständigen Reha-Träger statt, als Kostenersatz für den Reha-Träger. Und dieser Versorgungsvertrag ist eine nicht gesetzlich verankerte quasi Vereinbarung zwischen Pflegekassen und Einrichtungen und LWV bei uns in (Einrichtungsbundesland). der LWV ist schwerpunktmäßig Kostenträger hier, der profitiert davon. Die Pflegekassen müssten das nicht tun. Das ist nicht im Gesetz als Vorgabe verankert. Wir als Einrichtung haben nichts davon außer Arbeit. Weil wir müssen diese Listen kriegen und wir haben auch den Nachteil, dass sie die in Einzelfällen uns die Pflegekassen dann auf Anfrage, sie leisten schon ihre vollen Hilfen und sie können jetzt zum Beispiel für einzelne Hilfsmittel oder so was jetzt nicht mehr aufkommen für die Person, wo wir dann gucken müssen, wie wir dann an die Hilfsmittel kommen. Wenn es gut geht entweder über die Krankenversicherung, dass die so was zahlen und wenn es schlecht geht, bleibt es an uns hängen. Und wir müssen dann mal ein Pflegebett auf unsere Kosten irgendwo hinstellen.

A: Für uns ist es eigentlich nachteilig.

I: Das heißt, wenn irgendwo Einnahmen sind, dann wird es dann irgendwo mit verwendet über die Kassen hinaus?

B: Ja die Pflegekasse sagt einfach der Anspruch in der Pflegestufe 3 sind jetzt ab 1.

Januar 1.510 Euro und wir leisten diese 1.510 Euro, das heißt unsere Verpflichtung ist voll ausgeschöpft. Wenn darüber hinaus jetzt irgendwas notwendig ist, müsst ihr gucken, wo ihr es her kriegt

A: Und die Einrichtung ist verpflichtet die Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen für die Pflegestufe 3

B: Und der Sozialhilfeträger sagt uns natürlich das ist Sache der Pflegeeinrichtung, die ist im Grunde nach zuständig, das zahlen wir nicht und dann sind wir diejenigen, die gucken müssen, wo wir es her kriegen und dann gibt es einzelne Hilfsmittel, wo man dann über die Krankenversicherung einen Schlenker machen kann, gerade so im mobilen Bereich oder auch, wenn sie mal einen Lifter oder so was kriegt man eher noch über eine Krankenkasse dann auch aber wenn es dann Richtung ein Pflegebett oder so was geht, dann sagen die, dass gehört zur Grundausrüstung der Heime eines Wohnheims und dann kann es schon mal sein, dass wir auf den Kosten von einem Pflegebett dann drauf sitzen bleiben.

A: Würden wir das zusätzlich bekommen zur Eingliederungshilfe dazu, dann wäre es kein Problem.

B: Gut wir haben die Arbeit der Listepflegerei und so etwas, da sind wir auch in der Verantwortung. Also wenn diese Listen von uns nicht sauber gepflegt sind und dadurch ergeben sich Abrechnungsfehler oder Probleme dann würden sich die Beteiligten also LWV oder auch Pflegekassen nicht untereinander irgendwie einigen sondern die halten sich an uns. Das steht im Versorgungsvertrag so drin. Wir haben hier Pflichten übernommen und per Unterschrift eben auch zugesagt.

Interview 3, Z. 105–151:

F: Da muss man dann wieder unterscheiden, also wenn es um ganz bewegliche Hilfsmittel geht, wie zum Beispiel einem Rollstuhl oder vielleicht auch einen Lifter für Badewanne oder so, da muss man natürlich mal gucken, wie sieht es denn mit vorrangigen Kostenträgern aus. Die Menschen sind ja in der Regel krank- und pflegeversichert. Die werden dann vom MDK vom medizinischen Dienst der Krankenkassen ja auch gestuft, wenn sie Pflegebedürftigkeit kriegen, muss man na-

türlich beantragen, ist klar. Und dann muss man natürlich wenn es um Hilfsmittel zum Beispiel geht erst mal gucken, was kann die Pflegekasse da zahlen. Die müssen ja normalerweise nach ihrem Leistungskatalog Pflegehilfsmittel zur Verfügung stellen. Da muss man natürlich auch gucken, inwieweit hat der Mensch dann Anspruch auf Pflegegeld, das wir dann als Kostenträger natürlich in Anspruch nehmen. Weil wir ja dann auch in dem Fall für die Pflege in gewisserweise aufkommen.

I: Also das läuft dann so, dass die Pflegekasse das erst mal finanziert über die Pflegestufe die eingeteilt.

F: Ja das ist je keine Vollfinanzierung, das ist ja immer nur. Das Pflegeentgelt ist nicht so hoch, dass man damit so einen Heimplatz finanzieren kann.

I: Meinen Sie jetzt diese 10%, diese 256 Euro oder das Pflegegeld von den Pflegestufen?

F: Von den Pflegestufen, also wenn Sie höher gestuft sind dann entsprechend, dann natürlich das höhere. Wobei das natürlich auch im Moment wieder mal noch so ein Streitfall ist, wenn wir jetzt von Pflegegeld reden, also wir haben zum Beispiel ja bei dem einen großen Träger in (Ort), der hat eine extra Vereinbarung mit dem Verband der Pflegekassen über 100 Pflegeplätze im Bereich der Einrichtung. Das heißt die können 100 Menschen im Pflegebereich betreuen und kriegen dafür das Pflegegeld von der Pflegekasse. Da wir ja Kostenträger sind für diese 100 Leute sage ich mal, kriegen wir dann das Geld von der Pflegekasse. Ja das wird dann also und gut gebracht. Dadurch dass da jetzt aber dezentralisiert worden ist und von diesen ursprünglich 600 Leuten jetzt vielleicht da leben und 200 sind raus. Bei diesen 200 waren vielleicht 25 von diesen 100 Pflegebedürftigen. Und für die neuen Häuser haben die keine Vereinbarung mit dem MDK. So dass es da nur die 256 Euro gibt, wo wir dann natürlich hinterher sein müssen, lass dich anerkennen. Wir müssen sehen, dass wir mehr von dem Pflegegeld kriegen. Wir müssen ja sehen, das wir die Ansprüche der Leistungsberechtigten ausschöpfen. Und da laufen im Moment noch Gespräche, ich weiß nicht, ob auch ein Gerichtsver-

fahren läuft, aber zumindest Gespräche mit unserem Juristen und MDK und so weiter. Wo wir da gucken, sehen, was es da noch für eine Lösung geben kann, dass die Menschen wieder den Anspruch geltend machen können.

Interview 3, Z. 305–340:

F: Genau. Also es muss Pflegebedürftigkeit attestiert sein aber halt nicht, weil sie nicht so hoch ist oder noch nicht gestuft.

I: Also vorübergehend?

F: Ja wenn der MDK dann da hingehet und stellt da eine erhöhte Pflegebedürftigkeit fest, dann kann es sein, dass er dann in 1 oder 2 einstuft. Und dann müssen dann wieder die Leistungen angepasst werden. Aber halt nur, wenn es sich um einen Pflegeplatz handelt und das ist das Problem in den, ja ich sage jetzt mal in den normalen Wohneinrichtungen, weil die dann sagen, sie haben das Personal nicht, die können eigentlich gar nicht pflegen und deswegen können wir das auch hier nicht anerkennen und zahlen. I: Das heißt also wenn eine kleine Einrichtung so einen Pflegeplatz bekommt, so wie die große Einrichtung 100 von diesen Pflegeplätzen hat, also könnte es dann sein, dass eine kleine Einrichtung mit 30 Bewohnern dann halt so einen Platz hat aber sagt im Prinzip wir können diesen Bedarf, den die Person an Pflege hat gar nicht abdecken von den Mitarbeitern her?

F: Wer sagt das jetzt in Ihrem Beispiel die Einrichtung oder die Pflegekasse?

I: Die Einrichtung.

F: Also die Einrichtungen, die werden immer pflegerisch betreuen können. Aber die Pflegekasse sagt dann halt, die Voraussetzungen sind nicht gegeben, um zu sagen, das ist ein Pflegeplatz oder oder ein Teil der Pflegeeinrichtung und dann zahlen die auch nicht, außer natürlich die 256 Euro. Es ist ja der Grund, weshalb in der anderen großen Einrichtung eben die Vereinbarung mit den Pflegekassen getroffen wurde. Extra vereinbart, dass sind eingestreuete Pflegeplätze, die sind ja nicht alle an einem Ort die 100. Die leben ja nicht alle fest in einem Gebäude dort in dem Gelände, sondern da sind 20 und da sind 10 und da sind 5, aber insgesamt 100 mit der Pflegekasse vereinbart.

Interview 3, Z. 389–397:

F: Ja. Nur wenn wir das so machen wie ich das die ganze Zeit gesagt habe, dass wir es also in der Eingliederungshilfeeinrichtung weiter laufen lassen und lassen es auch als Eingliederungshilfemaßnahme weiter laufen, dann werden wir schlechte Karten haben von der Pflegekasse mehr zu kriegen als 256 Euro. Oder wir müssten, aber da sind wir ja auch noch dran, mit den Verbänden der Pflegekassen darüber verhandeln, das wir einzelne Plätze in Wohnrichtungen denen quasi als Pflegeplätze melden, zu deklarieren, aber das ist dann alles Verhandlungssache. Also, ob die dann mitziehen, wage ich auch zu bezweifeln.

Interview 1, Z. 666–695:

B: Und das System der Hilfebedarfszuordnung ist nicht auf Pflege ausgerichtet. Also für einen Vollpflegebedarf kriegen sie nicht die höchste Hilfebedarfsgruppe in der Eingliederungshilfe. Der Schwerpunkt in der Eingliederungshilfe was so Bedarfe angeht liegt eher in Verhaltensbereich. Also Menschen mit herausvordenden Verhaltensweisen, die mobil sind, die sehr affektorientiert handeln, sprunghaft sind und so weiter, für die kriegen sie den höchsten Hilfebedarf, aber für einen Pflegebedürftigen selbst wenn sie den 24 Stunden lagern müssen oder sonst was machen müssen, fallen ganz viele Bereiche einfach schon mal raus, der kann ihnen ja nicht weglaufen zum Beispiel, den können sie in der Gruppe immer mitschieben im Rolli, den müssen sie nicht eins zu eins betreuen an der Stelle. Der kann eigentlich nicht mehr aggressiv auf andere zugehen, weil er ja aus Grund der Immobilität da gar nicht mehr hin kommt und und und. Der landet in der Hilfebedarfsgruppe 4. und das ist dann natürlich ein Problem weil vom Aufwand her, gerade wenn sie lagern müssen 24 Stunden und sie müssen alle zwei Stunden und die ganze Nacht durch oder den ganzen Tag über auch, dann haben sie keinen geringeren Aufwand als bei jemandem, der weglaufgefährdet ist und den sie ständig im Auge halten müssen. Oder wenn sie jemanden haben, der abgesaugt werden muss, dann haben sie unter Umständen eine Babyphon-Überwachung oder sonst was, wenn der bisschen anfängt zu röcheln,

dass sofort jemand nebedran steht und zwar Fachkraft in dem Fall, nebedran steht und entsprechende Hilfe leisten zu können, dann ist das nicht weniger Aufwand als bei jemandem mit herausfordernenden Verhaltensweisen. Aber da funktioniert das System nicht.

A: Und der Personalbedarf berechnet sich ja aus den Hilfebedarfsgruppen und da haben wir zwar Leute in der Pflegestufe 3 aber die Hilfebedarfsgruppe ist dann halt, das hat keine Auswirkung auf die Personaldecke, welche Pflegestufe derjenige hat.

Wohnbereichsleiter-Interview, Z. 179–183:

E: Damit natürlich auch jemand, der relativ selbständig war und in der Hilfebedarfsgruppe 2 oder 3 war, durchaus auch im Alter dann in eine höhere Hilfebedarfsgruppe kommt und damit ist die Finanzierung dann auch besser. Inwiefern da jetzt wirklich alles abgedeckt wird, ist natürlich eine schwierige Sache.

Interview 3, Z. 215–235:

I: Und dies ist abhängig von den Hilfebedarfsstufen der Einzelnen?

F: Ja schon, aber das kann man so pauschal jetzt nicht sagen. Das wäre schön einfach. Also wenn die Bedarfsgruppe so und so haben, dann brauchen die so viel Personal. Man muss dann schon gucken, also wie setzen sich überhaupt die Leute zusammen, die da drin sind. Wie viele sind das aus welchen Bedarfsgruppen. Es kann ja sein, dass es eine Einrichtung ist, die haben überwiegend 2 und 3 und dann ist Ende, es sind aber Einrichtungen, die haben überwiegend 4 und 5 und drunter haben sie kaum was. Das ist ja ein Unterschied. Und da muss man natürlich gucken, so was würden wir bei dieser Zusammensetzung der zu betreuenden Menschen mit ihren entsprechenden Bedarfen zu Grunde legen, was die für Personal brauchen. Es gibt bestimmte Vorgaben auch von der Heimaufsicht, jetzt nicht was die Anzahl des Personals anbelangt, sondern was die Qualifizierung des Personals anbelangt. Also man kann so, um es plastisch darzustellen, so eine Wohnrichtung nicht nur mit Zivildienstleistenden führen. Ja, da müssen Fachleute rein, da muss was weiß ich eine Pflegefachkraft, ein Psychologe, Psychiater, Sozialarbeiter keine Ahnung

in gewisser Anzahl vorhanden sein. Und dann kann man natürlich noch eins zwei Zivis mit rein nehmen. Und danach wird dann, das wird dann in die Vergütung mit eingerechnet.

Interview 3, Z. 254–244:

F: Ja es kommt schlichtweg auf den Bedarf an, welcher Pflegebedarf ist jetzt für wie viel Leute sage ich jetzt mal vorhanden und kann das eine Pflegekraft leisten oder braucht man 1,5 oder das muss man dann natürlich sehen. Aber die haben ja auch nur ein 8-Studentag, wie sieht es mit Schicht aus, ja. Werden die auch nachts gebraucht oder reicht da eine Rufbereitschaft oder wie auch immer oder Nachtwache oder Einzelnachtwache. Das kommt ganz auf den Bedarf drauf an. Deswegen kann man das pauschal nicht sagen. So und so wird es gemacht, sondern man muss gucken, was wird jetzt tatsächlich gebraucht. Und da müssen wir natürlich gucken, so was davon können wir jetzt bezahlen. Es gab auch schon so Überlegungen mal, solche Behinderteneinrichtungen mal sogenannte, gibt es glaube ich auch im Fachbereich Menschen mit körperlicher Behinderung, so genannte Pflegewohnheime angliedern.

Interview 3, Z. 263–293:

F: Es gab auch schon so Überlegungen mal, solche Behinderteneinrichtungen mal sogenannte, gibt es glaube ich auch im Fachbereich Menschen mit körperlicher Behinderung, so genannte Pflegewohnheime angliedern.

I: Das heißt?

F: Ein Teil des Gebäudes sage ich jetzt mal, mit 5 oder 8 Plätzen keine Ahnung, wenn sie insgesamt vielleicht 30 haben. Ja jetzt mal irgendwelche Zahlen aus der Luft gegriffen. Quasi als so eine Art Pflegewohnheim zu konzipieren. Wo dann überwiegend natürlich Menschen mit Pflegebedürftigkeit drin sind. Die brauchen ja dann schon wieder ein anderes Personal vom Schwerpunkt her, eine anderen Konzeption für die Betreuung als wenn es eine Einrichtung für die Eingliederungshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung ist.

I: Und die dann im Prinzip komplett über die Pflegekasse laufen?

F: Komplette wird das niemals über die Pflegekasse laufen. Da bleibt immer noch was hängen. Also grundsätzlich zuständig wären dann immer wir für die Kostenübernahme. Nur müssten wir auch, wie ich vorhin schon gesagt habe, in jedem Einzelfall gucken, wie sieht der Anspruch gegenüber der Pflegekasse aus.

I: Das heißt innerhalb der Einrichtung eine Extragruppe wo halt mehr Menschen mit Pflegebedarf leben.

F: So was in der Art, ja. Das wäre natürlich auch dann schon allein von der Konzeption her wesentlich leichter mit der Pflegekasse zu verhandeln, was das höhere Pflegegeld anbelangt, weil man dann da ja sagen kann, da ist ja die Konzeption 'Pflege' und nicht mehr wie in dem anderen Gebäude Teil Eingliederung.

Interview 3, Z. 289–293:

F: „So was in der Art, ja. Das wäre natürlich auch dann schon allein von der Konzeption her wesentlich leichter mit der Pflegekasse zu verhandeln, was das höhere Pflegegeld anbelangt, weil man dann da ja sagen kann, da ist ja die Konzeption 'Pflege' und nicht mehr wie in dem anderen Gebäude Teil Eingliederung.“

Interview 3, Z. 461–505:

F: Gerade heute Früh hat mich eine Kollegin angesprochen, die hat gesagt ich habe da ein Problem. Die hat heute Früh einen Anruf gekriegt, da ist eine ältere Dame in einer Außenwohngruppe von einer Wohneinrichtung und wird dort betreut. Außenwohngruppe heißt auch obwohl da auch die 5 Bedarfsgruppen vereinbart sind oder sie auch stationär ist. Aber heißt in aller Regel, das sind die fitteren, die also nicht so eine Rundumbetreuung brauchen. So diese ältere Dame, die in dieser Außenwohngruppe lebt ist jetzt warum auch immer, es ist noch nicht festgestellt warum, in Ohnmacht gefallen. Dabei ist sie gestürzt, hat sich das Bein gebrochen, sie lässt nichts mit sich machen, die Ärzte wollten sie untersuchen, woher die Ohnmacht überhaupt kommt, sie reißt sich alles weg, egal ob irgendwelche Strippen oder sonst was, Infusion, keine Ahnung lässt sie nicht mit sich machen, sie lässt sich nicht untersuchen. Und sie hat jetzt

ein Gehgips bekommen, kann aber so gut wie nicht laufen, ist klar mit dem Gips und braucht jetzt also erst mal vorübergehend eine stärkere Betreuung. Sagen die, das können wir in der Außenwohngruppe nicht leisten. Und in unserer normalen Wohneinrichtung sind wir bis unter das Dach voll, haben wir kein Platz frei. Ja, was machen wir denn jetzt? Es gibt eine andere Einrichtung in der näheren Umgebung, die gesagt haben, wir hätten einen Platz, wir könnten die nehmen. Das heißt aber für uns Doppelfinanzierung. Ich muss die zahlen, wo sie hinkommt, ich muss aber auch den Platz in der Außenwohngruppe weiter zahlen, ansonsten belegen die den mit jemand anders und dann kann die nicht mehr hin zurück, die will ja wieder hin zurück, das ist ja ihr Zuhause. Da kam ich auch wie ich mit der Kollegin heute Früh kurz darüber gesprochen habe auch auf die verwegene Idee und habe gesagt, kann man da nicht einen ambulanten Pflegedienst da mal mit rein holen in die Außenwohngruppe, das die da bleiben kann. Natürlich müssen wir dann erst mal gucken, inwieweit kann die Pflegekasse das bezahlen. Ich habe meiner Kollegin noch gesagt, die ist aber nicht gestuft, die hat ja dann gar keinen Anspruch, weil sie die ganze Zeit nicht pflegebedürftig war. Da habe ich gesagt, ja dann müssen sie sie jetzt mal stufen, auch wenn es nur für vorübergehend mal eine Pflegestufe erhält.

I: Ja, geht ja auch.

F: Also da ist die Kollegin noch dran mit dem Bruder und allem möglichen zu telefonieren, weiß ich noch nicht, was daraus jetzt wird, sie wollte heute jetzt nur ein Paar Hinweise von mir, wie sie da jetzt weiter mit umgehen soll. Aber das ist so eine Dings, da würde ich es jetzt schon wieder grenzwürdig sehen, da müsste ich auch sagen, ja warum Pflegekraft da rein holen, die muss doch allumfassend betreut werden. Aber das umfasst das Konzept von dieser Außenwohngruppe überhaupt nicht. Wenn da plötzlich so eine Pflegebedürftigkeit auftritt.

Interview 1, Z. 906–935:

B: Wir haben einzelne Konstellationen schon mal diskutiert, ob wir diese Eingrenzung von vornherein machen oder

nicht da gab es wilde Diskussionen und Spekulationen teilweise auch im diakonischen Umfeld, auch im Hinblick, das ist dann wieder mehr ihr Thema (meint A) im Hinblick darauf, dass Patientenverfügungen ja neu gefasst worden sind und die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen ja ein anderes Gewicht hat juristisch und wie wir zum Beispiel als diakonische Einrichtung damit umgehen, wenn jemand für sich selbst bestimmte Leistungen und Hilfestellungen von vornherein ausschließt. Also quasi sagt, ich will lieber in Ruhe sterben als von Maschinen am Leben gehalten werden, wie wir als diakonische Einrichtung damit umgehen.

A: Das ist ja auch in der Behindertenhilfe nochmal ein spezielles Thema.

B: Also abschließend ist das noch nicht diskutiert, aber bisher haben wir mal gesagt, dass im Behindertenhilfebereich sich dieses Thema vermutlich nicht ganz so stellen wird, weil Patientenverfügungen bei unseren Bewohnern sind doch eher die absolute Ausnahme. Ja weil sie von vornherein oder viele von ihnen nicht in der Lage sind, Willensbekundungen in diesem Ausmaß verbindlich und rechtsverbindlich auch überhaupt aufzustellen. Und sie ja in der Regel unter gesetzlicher Betreuung stehen und sowas dann einer vormundschaftlicher Genehmigung bedürfte.

A: Also wir quälen und da auch immer sehr durch den mutmaßlichen Willen. Wir machen dann Fallbesprechungen mit Betreuern und alle Professionen und der Bewohner selbst sitzt auch mit am Tisch und der mutmaßliche Wille zu finden, ist wirklich schwierig, sehr schwierig.

Interview 1, Z. 1196–1277:

I: Auch so Sachen wir Magensonde ja oder nein?

A: Das haben wir im Einzelfall auch schon diskutiert aber meistens bei Mehrfachschwerstbehinderten relativ langen Leidensweg auch für die Familie. Die möchten das meistens dann nicht, das ist dann eine ethische Fallbesprechung und da sitzen dann auch die Ärzte alle mit am Tisch und die Fälle haben wir schon auch, wo einfach zwei Meinungen da sind, wo man aber den Angehörigen als gesetzlichen Be-

treuer mit seiner Meinung muss man sich einfach auch anhören und muss das ernst nehmen, die Gründe, die Motive, die da dahinter stecken [...].

B: Wobei es dann nur eine Meinung ist, das muss man auch ganz klar sagen, die keine rechtliche Verbindlichkeit hat. Bei solchen Themen gibt es eine klare rechtliche Regelung, das ist ja eine existentielle Gefährdung im Einzelfall, wenn sie das nicht machen und das ist eine Maßnahme, die dann das Vormundschaftsgericht, der Richter unterschreiben muss. Da gibt es im Rahmen der Gesundheitsorge klare Einschränkungen, das ist 1906 BGB, wenn ich es richtig im Kopf weiß jetzt im Moment, wo dann drin steht, dass der gesetzliche Betreuer auch mit dem Wirkungsbereich der Gesundheitsorge zum Beispiel die Einwilligung in bestimmte medizinische Eingriffe sich genehmigen lassen muss von Vormundschaftsgericht. Also wenn sie eine Operation haben, wo ein existentielles Risiko dran ist, dann darf der Betreuer das nicht alleine unterschreiben.

A: Oder dass wir dann als Einrichtung sagen wir müssen uns da absichern, da muss das Amtsgericht einfach eingeschaltet werden.

B: Wir haben intern quasi inoffiziell ein Prozedere, dass mit der Ethikkommission im Krankenhaus vergleichbar ist, ohne dass wir das konzeptionell jetzt so beschrieben haben. Einfach auch zur Entlastung. Da haben wir schon die unterschiedlichsten Situationen gehabt. Wir hatten jemand mit der Gefahr von Niereninsuffizienz, wo die Klinik dann gesagt hat, wir reanimieren nicht. Wo dann die Mitarbeiter in der Predulie standen, wenn jetzt der Notarzt kommt, schicken wir ihn in die Klinik, wo er bekannt ist und wissen, dass sie nicht reanimieren, die Klinik hatte eine Ethikkommission gemacht und das entsprechend entschieden, weil Dialyse wäre immer nur in Vollnarkose gegangen und das hält der menschliche Organismus nur bedingt aus oder aber sagen wir dem (unverständlich: Sanitäter?) nichts. Und dann kommt sie in die nächste Klinik und die reanimieren. Da müssen sie was tun, da können sie nicht pädagogische Mitarbeiter einfach so stehen lassen und jeder muss es für sich selbst entscheiden, ja

der geht dann in den Dienst „hoffentlich passiert nichts“ und geht aus dem Dienst raus „heute habe ich Glück gehabt“ das kann nicht sein.

I: Und diese nicht beschriebene Kommission setzt sich aus wem zusammen?

B: Aus mindestens den Leitungsmitgliedern des Bereiches in dem jemand lebt, aus dem gesetzlichen Betreuer selbstverständlich, dann sitzen dann die Ärzte mit drin, dann würde man gegebenenfalls, wir haben ja auch Kirchengemeinden und so weiter auch einen Theologen mit an den Tisch setzen. In so einer Situation würde man entweder den Vorstand direkt mit an den Tisch setzen oder das Protokoll dem Vorstand vorlegen zur Unterschrift. Und das würde man im Ergebnis mit Sicherheit auch dem Vormundschaftsgericht zumindestens zur Kenntnis dann schicken. Aber das ist jetzt so gestrickt, da gibt es kein schriftliches Konzept dazu, sondern es wird im Einzelfall dann so gemacht und es gibt halt bestimmte rechtliche Rahmenbedingungen, die müssen da stimmen.

A: Wir haben zum Beispiel ein Fall, wenn der ein bestimmtes Gewicht hat ist praktisch festgelegt worden, muss der die PEG bekommen. Wenn der unterhalb ein bestimmtes Gewicht rutscht, dann dürfen die Mitarbeiter den einfach ins Krankenhaus und dann kriegt der notfallmäßig die PEG, obwohl es die Eltern nicht befürworten. Ja ansonsten müsste derjenige dann eigentlich die Einrichtung verlassen, weil wir das dann ablehnen.

B: Da haben Sie dann wieder das Heimrecht, das wäre für uns dann im Prinzip ein Kündigungsgrund. (A: das ist ein Kündigungsgrund) (unverständlich: da nehmen wir den Heimvertrag) die Vorgaben können wir aus ethischen Gründen jetzt so nicht mittragen.

A: Da muss man dann halt auch immer gucken, wie schwer ist der Grad der Behinderung, wie agil ist derjenige, wie alt, das spielt da ja alles mit rein und man kann ja niemanden verhungern lassen und das ist halt manchmal, kann man noch so einen Appell an die Eltern dann richten oder an die Angehörigen, kommt man zu keinem Konsens und die Einrichtung muss sich einfach rechtlich da absichern.

B: Aber wir haben noch niemanden den Vertrag kündigen müssen deswegen. Wir haben uns bis jetzt immer noch geeinigt.

Interview 1, Z. 1174–1188:

B: Wir haben der eine oder andere, aber das sind Einzelfälle im betreuungsrechtlichen Rahmen. Das hat aber mit Pflege nichts zu tun. Bei den meisten unserer Bewohner sind Angehörige gesetzliche Betreuer und wenn die Bewohner älter werden, werden die Angehörigen natürlich auch älter und dann nimmt durchaus auch der Anteil derer zu, wo die Angehörigen, meistens Eltern dann schon so alt sind, dass sie eigentlich die gesetzliche Betreuung nicht mehr so wie es nötig wäre oder sinnvoll wäre wahrnehmen können. Und sich manche recht schwer tun, das dann abzugeben. Wenn es dann noch Kinder gibt, also Geschwister von unseren Bewohnern, dann ist es noch etwas einfacher, da bleibt es ja in der Familie. Wenn es die nicht gibt, dann ist es manchmal recht schwierig und da haben sie schon mit sehr alten Menschen zu tun, mit denen sie dann so Fragen wie Pflegenotwendigkeitsabstimmung, Risikopläne, wann müssen wir denn was machen und wie gehen wir denn damit um, wenn jetzt der Mitarbeiter da steht, es muss abgesaugt werden.

Fußnoten:

- 1 Zur Vereinfachung der Schreibweise wurde in der gesamten Arbeit die männliche Bezeichnung verwendet. Selbstverständlich sind gleichzeitig auch weibliche Personen gemeint.
- 2 vgl. Berlin-Institut 2009, S. 29
- 3 Vgl. Berlin-Institut 2009, S. 31
- 4 vgl. hierzu Bormann / Häußler / Wacker 1996, S. 108-109; vgl. hierzu Rohrmann 2007, S. 151 – 153; s. hierzu auch SGB XII § 13; vgl. hierzu auch Berlin-Institut 2009; vgl. hierzu auch Haveman / Stöppler 2010, S. 137–138
- 5 vgl. Wacker 2000 a, S. 34–36; vgl. Theunissen / Plaute 2002, S. 305–307
- 6 vgl. Berlin-Institut 2009, S. 31;

- 7 vgl. hierzu auch Theunissen/Plaute 2002, S. 311; vgl. hierzu auch Haveman/Stöppler 2010, S. 137, 148
- 8 vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 7
- 9 www.people1.de [Abruf 12.02.2009]
- 10 www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/diagnosen/licd10/htmlamtl2006/fr-icd.htm [Abruf: 20.12.2009]
- 11 http://www.familienhandbiuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Behinderung/s_334.html [Abruf: 20.12.2009]
- 12 vgl. Lebenshilfe 2000, S. 93
- 13 vgl. Biermann/Goetze, S. 104–105
- 14 vgl. Berlin-Institut 2009, S. 3
- 15 vgl. Berlin-Institut 2009, S. 6, 32, 46
- 16 vgl. Berlin-Institut 2009, S. 6
- 17 vgl. hierzu Berlin-Institut 2009, S. 58; Vgl. hierzu auch Rohrmann 2007, S. 151
- 18 vgl. Berlin-Institut 2009, S. 46, 58
- 19 vgl. Berlin-Institut 2009, S. 28, 46
- 20 vgl. Berlin-Institut 2009, S. 46–47
- 21 vgl. Berlin-Institut 2009, S. 48
- 22 vgl. Theunissen, 2002, S.13
- 23 vgl. Theunissen 2002, S. 11; vgl. hierzu auch Gusset-Bährer 2002, S. 14
- 24 vgl. hierzu Nigg / Steidl 2005, S.13; vgl. Menche 2007, S. 382–386; vgl. hierzu auch Grubeck-Loebenstein 2008, S. 23–24
- 25 vgl. Menche 2007, S. 381–382
- 26 vgl. Robert Koch Institut 2002, S.10; vgl. hierzu auch Menche 2007, S. 381
- 27 vgl. hierzu Nigg / Steidl 2005, S.16, 24; vgl. hierzu auch Brieskorn-Zinke 2007, S. 9–10, 28–31
- 28 vgl. Menche 2007, S. 384
- 29 vgl. hierzu Menning 2006, S.14–22
- 30 vgl. Griessinger/Weber/Boujong 2005, S.90–91; Hardt 2008, S.89–95
- 31 vgl. hierzu auch Hafner / Meier 2005, S. 113–124
- 32 vgl. Pinter 2005, S. 100–101; vgl. hierzu auch Hafner / Meier 2005, S. 61–64
- 33 vgl. Böhmer 2008, S.81–87
- 34 vgl. hierzu Höhmann 2007, S. 135–148
- 35 Frühwald/Gosch 2008, S. 37–38, vgl. S. 39–61
- 36 vgl. hierzu auch Brieskorn-Zinke 2006, S.20; 40–45
- 37 vgl. Gusset-Bährer 2006, S. 2
- 38 vgl. hierzu Köther 2007, S.11
- 39 vgl. Dennis 2001, S. 26–38; vgl. Evers 1997, S. 129–148; vgl. Orem 1997, S. 203–205
- 40 vgl. hierzu Haveman/Stöppler 2010, S.35; vgl. hierzu auch Gusset-Bährer 2002, S. 19–20
- 41 Bleeksma 2009, S. 27
- 42 vgl. Klauß 2008, S. 12; vgl. hierzu auch Skiba 2006, S. 56–57
- 43 vgl. hierzu Haveman/Stöppler 2004 S. 37–40
- 44 vgl. hierzu Haveman/Stöppler 2004, S. 37; vgl. hierzu auch Gusset-Bährer 2006, S. 3
- 45 vgl. Berlin-Institut 2009, S. 29, 33
- 46 www.deutsche-alzbeimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01.pdf [Abruf: 13.03.2010]
- 47 vgl. Skiba 2006, S. 71–94
- 48 vgl. Skiba 2006, S. 62, 65; vgl. hierzu auch Gusset-Bährer 2002, S.19–20
- 49 vgl. Havemann/Stöppler 2004, S. 30
- 50 vgl. hierzu Komp 2006, S. 140–141; vgl. hierzu auch Skiba 2006, S. 71–72; vgl. hierzu auch Bleeksma S. 69–70
- 51 vgl. Skiba 2006, S. 233
- 52 vgl. Tiesmeier 2006, S. 6.; Vgl. hierzu Klauß 2008, S. 14
- 53 vgl. Gusset-Bährer 2002, S. 20; vgl. Skiba 2006, 64
- 54 vgl. Tiesmeier 2006, S. 6
- 55 vgl. hierzu Skiba, 2006, S. 250; vgl. hierzu auch Theunissen/Plaute 2002, S. 307–308
- 56 vgl. hierzu Höschele/Kruse 2000–2002, S. 8; vgl. hierzu auch Bleeksma 2009, S. 96–97; vgl. hierzu auch Haveman/Stöppler 2010, S.151, 163–164
- 57 vgl. Skiba 2006, S. 234; vgl. hierzu Theunissen 2002, S. 307–308
- 58 vgl. Klauß 2008, S. 13
- 59 vgl. Tiesmeyer 2006, S. 7
- 60 vgl. Tiesmeyer 2006, S. 7
- 61 vgl. Ding-Greiner 2003, S. 7
- 62 Tiesmeyer 2006, S. 7
- 63 vgl. Höschele/Kruse 2002
- 64 vgl. Höschele/Kruse 2002, S. 7
- 65 Skiba 2006, S. 109
- 66 vgl. Skiba 2006, S. 109
- 67 vgl. hierzu Bormann / Häußler / Wacker 1996, S. 108–109; vgl. hierzu Rohrmann 2007, S. 151–153; s. hierzu auch SGB XII § 13; vgl. hierzu auch Berlin-Institut 2009, S. 28; vgl. hierzu auch Haveman/Stöppler 2010 S. 137–138
- 68 vgl. Bormann / Häußler / Wacker 1996, S. 105–123; vgl. hierzu auch Hähner 1997, S. 42–43; vgl. hierzu auch Haveman/Stöppler 2010, S. 143–150; vgl. hierzu auch Beck 2007, S. 341
- 69 vgl. Sonnenberg 2004, S. 13–14
- 70 Hessischer Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII, online unter: www.lwl.org/spur-download/rahmenvertrag/rahmenvertrag.pdf [Abruf: 15.04.2010]
- 71 vgl. Berlin-Institut 2006, S. 64
- 72 s. hierzu ausführlich <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/beimindbauw/gesamt.pdf> [Abruf: 14.04.2010]
- 73 s. hierzu ausführlich www.gesetze-iminternet.de/bundesrecht/heimpersv/gesamt.pdf [Abruf: 14.04.2010]
- 74 vgl. www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/artikellers-teeckpunkte.php?listLink=1 [Abruf: 13.04.2010]; <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/heim/gesamt.pdf> [Abruf: 12.04.2010]
- 75 vgl. www.rp-giessen.de/irj/servlet/prt/portal/prtroot/slimp.CMReader/HMdI_15/RPGIE_Internet/med/9f6/9f62064c-0a80-5221-4fbf-1b144e9169fc,22222222-2222-22222222-222222222222.pdf [Abruf: 01.01.2010]
- 76 vgl. www.alle-inklusive.behinderten-beauftragte.de/AII/Konvention/WasistdieUNKonvention__node.html?__nnn=true [Abruf: 12.04.2010]
- 77 vgl. hierzu ausführlich Theunissen 1998, S. 62–86; vgl. hierzu auch ausführlich Hähner/Niehoff/Sack 1997, S. 33–35; vgl. hierzu auch ausführlich Haveman2020 / Stöppler 2010, S. 24–28; vgl. hierzu auch ausführlich Seifert 2002, S. 25–50
- 78 vgl. hierzu Biewer 2008, S. 218–219; vgl. hierzu Stein/Niediek/Krach 2009, S. 136
- 79 vgl. Bormann/Häußler/Wacker 1996, S. 60–61

- 80 vgl. Wacker 2002, S. 65
- 81 entnommen aus dem Leitbild der Einrichtung
- 82 vgl. hierzu auch Bmfsfl 2006, S. 225.
- 83 vgl. Westfälische Wilhelms-Universität Münster, S. 185; vgl. hierzu auch Haveman/Stöppler, 2010, S. 136–139, 231; vgl. hierzu auch Ding-Greiner, 2008 S. 21; vgl. hierzu auch Theunissen 2002, S. 305–306; vgl. hierzu auch Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. 2006, S. 28–30
- 84 vgl. Wacker 2000 b, S. 20–21
- 85 vgl. Walter 1995, S. 127–138
- 86 vgl. BMA 1998, S. 110f, (zit. nach Haveman/Stöppler 2010, S.138)
- 87 vgl. Haveman/Stöppler 2010, S. 139
- 88 vgl. Haveman/Stöppler 2010, S. 231
- 89 vgl. Skiba 2006, S. 250
- 90 vgl. www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/downloads/marburger_rappell.pdf [Abruf: 18.03.2010]
- 91 vgl. hierzu auch Skillandat, S. 220
- 92 vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. 2006, S. 9
- 93 s. Kapitel 4.2, 4.3, 4.4, 4.5
- 94 vgl. Haveman/Stöppler 2006, S. 8
- 95 vgl. hierzu auch Skiba 2006, S. 257, 260
- 96 vgl. hierzu Skiba 2006, S. 253–254
- 97 vgl. Haveman/Stöppler 2010, S. 144–151
- 98 vgl. Haveman/Stöppler 2010, S. 147; vgl. hierzu auch Skiba 2006, S. 262
- 99 vgl. Haveman/Stöppler 2010, S. 151–152
- 100 <http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Aussenpolitik/Themen/Menschenrechte/Download/Behindertenkonvention.pdf> [Abruf: 18.03.2010]
- 101 vgl. hierzu Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. 2006, S. 9–10; vgl. hierzu auch Klauß, S. 67–72
- 102 Skiba 2006, S. 258
- 103 vgl. Skiba 2006, S. 258–259, 261; vgl. hierzu auch Theunissen 2002, S. 311; vgl. hierzu auch Tiesmeyer 2006, S. 7
- 104 vgl. Skillandat 2003, S. 220
- 105 vgl. hierzu auch Skiba 2006, S. 259
- 106 vgl. Skillandat 2003, S. 220–221
- 107 vgl. Komp 2006, S. 143
- 108 vgl. Höschele/Kruse 2002, S. 9, 11
- 109 vgl. hierzu Westfälische Wilhelms-Universität Münster 2006–2008, S. 205–209
- 110 vgl. Skiba 2006, S. 253–254
- 111 vgl. hierzu Skiba 2006, S. 263–264
- 112 vgl. hierzu Haveman/Stöppler 2010, S. 230; vgl. hierzu auch Skiba 2006, S. 263; vgl. hierzu auch hierzu auch Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. 2006, S. 9
- 114 vgl. hierzu Skiba 2006, S. 264
- 115 Hollander / Klein / Lampart 2009, S. 102–103
- 116 Westfälische Wilhelms-Universität Münster 2008, S. 184
- 117 vgl. hierzu Wacker 2000 a, S. 227
- 118 vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. 2008, S. 9; vgl. hierzu auch SGB XII § 55; vgl. hierzu auch Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. 2006, S. 6
- 119 vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. 2008, S. 9
- 120 vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. 2008, S. 9; vgl. hierzu auch Berlin-Institut 2009, S. 66
- 121 vgl. Berlin-Institut 2009, S. 66; vgl. hierzu auch Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. 2006, S. 31
- 122 vgl. Berlin-Institut 2009, S. 31, 67
- 123 vgl. Skiba 2006, S. 266; vgl. Berlin-Institut, S. 67; vgl. hierzu auch Klie 2002, S. 57–58
- 124 vgl. Skiba 2006, S. 264–269
- 125 Erläuterungen zur Auswahl der Interviewpartner sind in Kapitel 5.1.2 dargestellt.
- 126 Das Interview mit der Wohnbereichsleitung bzw. spezielle Rückfragen wurden letztendlich telefonisch geführt. Die Begründung ist in Kapitel 5.1.2 beschrieben.
- 127 vgl. Mayring 2002, S. 140–149; vgl. hierzu auch Lamnek 1995, S. 156–157;
- 128 vgl. Interview 2 (I2) Z. 26–30, 193–199
- 129 vgl. Interview 1 (I1) Z. 96–102, 183–185, 492–493, 618–621
- 130 vgl. Wohnbereichsleiter-Interview (WBL-I) Z. 118–134
- 131 vgl. I1 Z. 96–102
- 132 vgl. I1 Z. 69–74; vgl. I2 Z. 110–128, 470–493; vgl. WBL-I Z. 184–189
- 133 vgl. I1 Z. 157–165, 321–330, 1062–1073; vgl. I2 Z. 20–33, 225–243, 283–295, 578v583; vgl. WBL-I Z. 184–189
- 134 vgl. WBL-I Z. 184–190
- 135 vgl. I1 Z. 157–165
- 136 vgl. I1 Z. 480–522
- 137 vgl. I2 Z. 286–288
- 138 vgl. I1 Z. 246–283, 796–830
- 139 vgl. I1 Z. 257–266
- 140 vgl. I1 Z. 796–830
- 141 vgl. I2 Z. 144–159
- 142 vgl. I2 Z. 85–90
- 143 vgl. I2 Z. 419–448
- 144 vgl. I2 Z. 208–218
- 145 vgl. I1 Z. 588v621
- 146 vgl. I1 Z. 965–998; vgl. I2 Z. 456–468; vgl. WBL-I Z. 239–244, 261–276, 302v321
- 147 vgl. Interview 3 (I3) Z. 16v27, 36v40, 345–379, 440–452
- 148 vgl. I3 Z. 16–26
- 149 vgl. I1 Z. 69, 74–91
- 150 vgl. I1 Z. 157–165
- 151 vgl. I1 Z.183–202
- 152 vgl. I1 Z. 165
- 153 vgl. I1 Z. 165v179, 199–202, 524–536, 770v793
- 154 vgl. I1 Z.199–202
- 155 vgl. I1 Z. 171–179
- 156 vgl. hierzu auch I1 Z. 305–309, 822–830
- 157 vgl. I1 Z. 294–302
- 158 vgl. I1 Z. 8–16, 650–664, 841–873
- 159 vgl. I1 Z. 283–291
- 160 vgl. I2 Z. 110v128
- 161 vgl. WBL-I Z. 190v214
- 162 vgl. WBL-I Z. 244–247
- 163 vgl. WBL-I Z. 216–237
- 164 vgl. WBL-I Z. 232–237
- 165 vgl. WBL-I Z. 78–84; I2 Z.110–128, 161–180
- 166 vgl. I2 Z. 244–56, 385–405
- 167 vgl. Interview 3 (I3) Z.198–203, 207–213
- 168 vgl. I3 Z. 82–93
- 169 vgl. I3 Z. 258–263

- 170 vgl. I1 Z. 357–362
171 vgl. I1 Z. 584–587
172 vgl. I1 Z. 335–344
173 vgl. I2 Z. 262–271
174 vgl. hierzu auch I2 Z. 184–186,
191–197
175 vgl. I2 Z. 407–417
176 vgl. WBL-I Z. 64–78
177 vgl. I1 Z. 387–381; vgl. I3 Z.
181–200
178 vgl. I3 Z. 345–379
179 vgl. I1 Z. 418–425
180 vgl. I1 Z. 368–478; vgl. I3 Z.
105–151, 305–340, 389–397
181 vgl. I1 Z. 666–695; vgl. I3 Z.
402–428, 448–452
182 vgl. I1 Z. 666–695; vgl. WBL-I
Z. 179–183; vgl. I3 Z. 215–235,
254–266
183 vgl. I3 Z. 263–293
184 vgl. I3 Z. 289–293
185 vgl. I3 Z. 461–505
186 vgl. I1 Z. 906–935, 1196–1277
187 vgl. I1 Z. 1174–1188
188 vgl. hierzu auch Skiba 2006, S.
272–273
189 vgl. Skiba 2006, S. 271, zit. nach
Theunissen 1995, S. 312ff
190 vgl. hierzu Berlin-Institut 2009, S.
32
191 vgl. hierzu ausführlich Bundesminis-
terium für Familie, Senioren Frauen
und Jugend 2008
192 vgl. Berlin-Institut 2009, S. 34
193 vgl. Dennis 2001, S. 30
194 vgl. Hafner/Meier 2005, S. 243, 254,
349, 427
195 vgl. Püllen 2008, S. 217; vgl. hier-
zu auch Hafner/Meier 2005, S.
113–124
196 vgl. Lapin 2008, S. 69–70
197 vgl. Klemen 2008, S. 205–209; vgl.
Türk 2008, S. 211–215
198 vgl. Gruss 2008, S. 184
199 vgl. www.lebenshilfe.de/wDeutsch/ueber_uns/index.php [Abruf: 18.04.2010];
vgl. www.lebenshilfe.de/wDeutsch/unsere_angebote/kleinwerbemittel/downloads/Selbstdarstellung.pdf [Abruf:
18.04.2010]
200 vgl. Brieskorn-Zinke 2006, S. 40–45

Ende Fachteil Gros ●

Mitglied werden!

Was bietet mir der Berufsverband Heilerziehungspflege?

- ~ Arbeitsrechtsschutzversicherung
- ~ Austausch mit anderen HEPs
- ~ Fort- und Weiterbildungen
- ~ Informationen rund um das Berufsbild
- ~ Möglichkeiten des berufspolitischen Engagements
- ~ Vertretung der Mitglieder in der Öffentlichkeit
- ~ Einfluss auf Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen
- ~ Erweiterung des Arbeitsspektrums
- ~ Mitarbeit in Gremien und Verbänden
- ~ 4x jährlich aktuelle Informationen durch
die Verbandszeitschrift HEP-INFORMATIONEN
- ~ Chance der Mitgestaltung des eigenen Berufsbildes

Unsere Ziele

- ~ *WIR* sind *DIE* Fachkraft in der Behindertenhilfe.
- ~ Unser Arbeitsfeld ist überall dort,
wo Menschen mit Behinderungen
leben, arbeiten und wohnen.

Heilerziehungspflege **HEP** Berufsverband

Berufsverband Heilerziehungspflege in Deutschland e.V.
Bundesgeschäftsstelle / Hans-Dieter Prantl
Pfarrer-Philipp-Str. 6
89350 Dürrlauingen
Tel: 08222/412262 Fax: 08222/412264
Mail: buero@hep-bundesverband.de
Im Internet: www.hep-bundesverband.de