



Dana Janas | Barbara Mayerhofer

Führen in der Pflege

LAMBERTUS

Dana Janas | Barbara Mayerhofer
Führen in der Pflege

LAMBERTUS

LAMBERTUS⁺

App inside

Laden Sie sich dieses Buch jetzt auch kostenlos als App im App Store oder unter Google play für Ihr Tablet herunter und profitieren Sie von zahlreichen Vorteilen:

- **kostenlos:** Der Online-Zugriff ist bereits im Preis dieses Buchs enthalten
- **verlinkt:** Die Inhaltsverzeichnisse sind direkt verlinkt und Sie können selbst Lesezeichen hinzufügen
- **durchsuchbar:** Recherchemöglichkeiten wie in einer Datenbank
- **annotierbar:** Fügen Sie an beliebige Textstellen eigene Annotationen hinzu
- **sozial:** Teilen Sie markierte Texte oder Annotationen bequem per E-Mail oder Facebook

Benutzername:

Passwort:

So können Sie die App kostenlos herunterladen und mit Ihrem Freischaltcode freischalten:

1. Öffnen Sie mit Ihrem iPad den App Store oder mit Ihrem Android Tablet Google play
2. Gehen Sie auf „Suchen“ und suchen Sie nach Lambertus
3. Installieren Sie die Lambertus+ App
4. Starten Sie nach der Installation die Lambertus+-App
5. Wählen Sie das von Ihnen gekaufte Buch an
6. Geben Sie nach Aufforderung Ihren persönlichen Freischaltcode ein
7. Ihr Buch ist nun innerhalb der Lambertus+-App freigeschaltet



Bei Fragen wenden Sie sich gerne an uns:
Lambertus-Verlag GmbH – Tel. 0761/36825-0 oder
E-Mail an info@lambertus.de

LAMBERTUS

SOZIAL | RECHT | CARITAS

Dana Janas | Barbara Mayerhofer

Führen in der Pflege

LAMBERTUS

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten

© 2014, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
www.lambertus.de

Umschlaggestaltung: Nathalie Kupfermann, Bollschweil

Druck: rombach digitale manufaktur, Freiburg im Breisgau

ISBN: 978-3-7841-2612-8

ISBN ebook: 978-3-7841-2613-5

Inhalt

Führen in der Pflege – anders, herausfordernd und entscheidender Erfolgsfaktor.....9

1	Arbeiten und Führen in der Pflege – die Auswirkungen der Rahmenbedingungen auf die Anforderungen der Führungskräfte.....	13
1.1	Von der Verwahranstalt zum selbstbestimmten Wohnen	13
1.2	Werteorientierung – ein Einflussfaktor auf die Altenhilfe	17
1.3	Unternehmerisches Denken und Handeln versus Humanität	18
1.4	Gesetzlicher Rahmen	19
	1.4.1 Heimverordnungen der Länder.....	19
	1.4.2 Soziale Sicherungssysteme.....	21
	1.4.3 Pflege-Neuausrichtungsgesetz.....	22
	1.4.4 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz	22
1.5	Altern und Alter – die demografische Entwicklung	23
1.6	Pflegebedürftigkeit älterer Menschen.....	25
1.7	Anzahl der Pflegeheime.....	26
1.8	Anzahl der ambulanten Dienste.....	28
1.9	Mitarbeitende – die wichtigste Ressource in Einrichtungen der Altenhilfe	29
1.10	Personalmarketing	30
2	Zentrale Rahmenfaktoren des Führens in der Pflege	33
2.1	Führen ist Führen – oder nicht?	33
2.2	Zentrale Führungsherausforderungen in der Pflegebranche	35
	2.2.1 Verschiedene Stakeholder	35
	2.2.2 Hohe Werteorientierung der Mitarbeiter.....	38
	2.2.3 Spannungsfeld Fordern-Fördern-Führen	40
	2.2.4 Zwischen aktiver Lösungssuche und Konfliktvermeidung	41
	2.2.5 Umgang mit Strukturen, Formalitäten und Autorität.....	41
	2.2.6 Gesund Führen – Zwischen den Belastungsfaktoren.....	42
3	Führungspositionen in Einrichtungen der Altenhilfe	47
3.1	Allgemeine Aufgaben der Führungskräfte	47
3.2	Aufgabenprofile verschiedener Führungsebenen in der Pflege	48
	3.2.1 Heimleitung	48
	3.2.2 Pflegedienstleitung (leitende Pflegefachkraft)	52
	3.2.3 Stations-/ Team-/ Wohnbereichsleitung (Leitung einer Funktionseinheit)	54

4	Kompetenzen als Handlungsbasis – Gezielte Entwicklung und Befähigung von Führungskräften in der Pflege	57
4.1	Bundesweite Analyse zentraler Führungskompetenzen in der Pflege – Allgemeines und statistische Datenbasis	57
4.2	Erkenntnisse	62
4.2.1	Abhängigkeiten in den Häufigkeitsverteilungen	63
4.2.2	Abhängigkeiten und Zusammenhänge der Rangreihenbildung	64
4.3	Fazit	71
5	Gestaltungsebenen der Führung	75
5.1	Organisationskultur	76
5.1.1	Fehlerkultur – Arbeiten mit Verbesserungspotenzial	80
5.1.2	Mitarbeiterfeedbacks als Führungs- und Gestaltungsinstrument	84
5.2	Selbstführung	95
5.2.1	Selbstführung – Selbstreflexion	95
5.2.2	Authentisch sein und bleiben glaubwürdig führen	97
5.3	Mitarbeiterführung	101
5.3.1	Teamführung – Die Herausforderung, aus einem „Haufen“ ein Team zu machen	101
5.3.2	Mitarbeitermotivation – Führung als Motor und Katalysator	107
5.3.3	Klare, zielgerichtete Kommunikation – ein Exkurs	112
5.3.4	Umgang mit überlasteten und psychisch erkrankten Mitarbeitern	118
5.3.5	Einstellungsgespräche – eindrucksvoll und wirkungsvoll	123
5.3.6	Das Mitarbeitergespräch – notwendiges Übel, überflüssiger Zeitfresser oder wirkungsvolles Führungsinstrument?	124
5.3.7	Rückkehrgespräche	131
5.3.8	Gesprächsführung in kritischen Situationen	133
5.4	Aufgaben- und Zeitmanagement	144
5.4.1	Stressmanagement – Umgang mit dem Zuviel	144
5.4.2	Hilfe, ich ertrinke! Aufgabenmanagement	149
6	Führungskräfteentwicklung – Nicht nur im klassischen Seminarkontext!	155
6.1	Kollegiales Coaching	155
6.2	Kollegiales Mentoring	158
6.3	Einzelcoaching	160
7	Bildungscontrolling: Wie messen – und was?	163
7.1	Voraussetzungen eines systematischen Bildungscontrollings	166
7.2	Konzeption und Umsetzung der Bildungsmaßnahmen	167
7.3	Kostenkalkulation und Wirtschaftlichkeitscontrolling	167
7.4	Ermittlung der Ergebnisse der umgesetzten Maßnahme	168
7.5	Transfermanagement	170

8	Schlussbetrachtung.....	173
	Literaturverzeichnis und Webliografie.....	175
	Die Autorinnen.....	183

Führen in der Pflege – anders, herausfordernd und entscheidender Erfolgsfaktor

In den vergangenen 15 Jahren hat sich die Arbeit in der ambulanten und stationären Altenpflege grundlegend verändert – und auch die Anforderungen an die Führungskräfte in Pflegeeinrichtungen sind anders, herausfordernder und konflikträchtiger geworden.

Führungskräfte in Pflegeeinrichtungen kommen heute zwar meist nach einer Weiterbildung oder auch einem abgeschlossenen Studium, häufig jedoch ohne ausreichende innere Vorbereitung auf die neue Tätigkeit zu ihrer Führungsrolle: Vor allem leitende Pflegefachkräfte befinden sich oftmals noch mit einem Bein in der Pflege, mit dem anderen aber schon in der Führungsaufgabe. Nicht selten werden zudem Führungspositionen aus den eigenen Reihen besetzt und die „junge“ Führungskraft muss sich der Situation „eben noch Kollege, jetzt Chef“ stellen. In welchem Kontext auch immer: Für alle Führungskräfte gilt, dass sie mit der Übernahme einer Führungsverantwortung vor einer großen (emotionalen) Herausforderung stehen.

Eine zielgerichtete Führungskräfteentwicklung wird noch nicht in allen Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenhilfe konsequent betrieben. Während fachlichen Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen in der Regel ein großer Stellenwert eingeräumt wird, ist die gezielte Entwicklung von Mitarbeitern in eine bestimmte (Führungs-)Position eher die Ausnahme (vgl. Simsa et al., 2004).

Doch eine zukunftsorientierte Mitarbeiterführung unter den schwierigen Bedingungen der Strukturen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gewinnt in vielerlei Hinsicht an Bedeutung und ist für den Erfolg einer Organisation ebenso unerlässlich wie für den bewussten Umgang mit der immer knapper werdenden Ressource „Pflegefachkraft“.

Pflege als Dienstleistung am und mit Menschen ist in ihrer wahrgenommenen Qualität in hohem Maße abhängig von der Gestaltung der zwischenmenschlichen Beziehung zwischen der Pflegekraft und dem Bewohner beziehungsweise Patienten und seinen Angehörigen beziehungsweise Betreuer. Und eben diese subjektiv wahrgenommene Qualität der Pflege hat einen bedeutenden Einfluss auf die Bewohner- und Patientenzufriedenheit in Einrichtungen der Altenhilfe und entscheidet damit auch über deren wirtschaftlichen Erfolg.

Führungskräfte wissen, dass eine wirklich positiv erlebbare Beziehungsqualität nur mit Mitarbeitern zu erzielen sein wird, die sich sowohl motivational als auch psychisch und physisch in der Lage zum Aufbau solcher Beziehungen fühlen. Die Motivation der Pflegenden, ebenso wie deren wahrgenommene psychische und physische Belastungsfaktoren, sind von der subjektiv erlebten Arbeitszufriedenheit

abhängig – die wiederum ganz entscheidend von der erlebten Führungsqualität und den damit verbundenen Arbeitsstrukturen (Handlungsspielräume, soziale Unterstützung, Transparenz u. ä.) beeinflusst wird (vgl. u. a. Grund, 1998; Buettner, 2010; Bruggemann et al., 1975)

Insbesondere vor dem Hintergrund des stetig wachsenden Fachkräftemangels, verbunden mit der überdurchschnittlichen Fluktuations- und Krankheitsquote im Pflegebereich (vgl. u. a. Neumann / Klewer, 2008; Joost, 2007; AOK Report Pflege, 2010; Goesmann / Nölle, 2009), ist eine Führungsqualität gefragt, die Motivation und Gesundheit ihrer Mitarbeiter fördert und damit die Grundlage für Leistungsfähigkeit sowie Qualität in der Pflegearbeit schafft.

Somit hängt die pflegefachliche Qualität, die daraus resultierende Bewohner- und Patientenzufriedenheit und letztendlich die Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit von Einrichtungen und Diensten der Altenpflege in entscheidendem Maße davon ab, inwieweit es den Führungskräften aller Ebenen, den Einrichtungsleitungen ebenso wie den Pflegedienst- und Wohnbereichs- beziehungsweise Teamleitungen gelingt, unter den schwierigen und belastenden Rahmenbedingungen der Pflegearbeit ein Arbeitsumfeld zu gestalten, das von den Mitarbeitern als positiv und motivierend empfunden wird (vgl. Janas / Mayerhofer 2013).

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Bedeutung einer „guten“ Mitarbeiterführung in der Pflege eine ganz neue Relevanz und meint weitaus mehr als das Gestalten und Organisieren von Dienstplänen und allgemein „gut mit Menschen zu können“. Vielmehr ist ein vermehrtes Augenmerk auf die gezielte Entwicklung von verschiedenen (Führungs-)Kompetenzen erforderlich, die für das Ausführen der vielschichtigen Führungsrollen und Verantwortungen in der Pflege unerlässlich sind (vgl. Janas / Mayerhofer 2013).

Mit diesem Buch möchten wir Führungskräften der verschiedenen Leitungsebenen in ambulanten und stationären Pflegediensten- und -einrichtungen ein Praxishandbuch an die Hand geben, das einerseits Grundlagen und Rahmenbedingungen des Führens in der Pflege zusammenfasst und andererseits konkrete Führungshilfen, -methoden und Umsetzungsbeispiele für die vielfältigen Herausforderungen im Führungsalltag bietet.

Im ersten Teil des Buches (Kapitel 1) beschäftigen wir uns mit den sich ändernden Rahmenbedingungen in der Pflege – und mit deren Auswirkungen auf das Arbeiten (und Führen) in Pflegeeinrichtungen.

Kapitel 2 widmet sich den Herausforderungen und Besonderheiten des Führens in der Pflege und der Frage, was das Führen in dieser Branche oft so „anders“ macht und mit welchen Spannungsfeldern sich Führungskräfte konfrontiert sehen.

Kapitel 3 beleuchtet die konkreten Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der verschiedenen Führungsebenen und die damit einhergehenden Kompetenzanforderungen an die Führungskraft. Vor dem Hintergrund der Aufgaben- und Herausforderungsvielfalt, mit der sich Führungskräfte in der Pflege konfrontiert sehen, werden in Kapitel 4 die Ergebnisse einer bundesweiten Kompetenzanalyse von zentralen Führungskompetenzen diskutiert. Es wird der Frage nachgegangen, welche Kompetenzen im pflegerischen Führungskontext besonders erfolgskritisch sind.

Kapitel 5 thematisiert die verschiedenen Gestaltungsfelder der Führung und bietet anschaulich und mit Hilfe von vielfältigen Methoden, Umsetzungshilfen und Checklisten Handlungsempfehlungen beziehungsweise -impulse für das aktive Gestalten zentraler Führungsfelder wie Selbstführung, Mitarbeiterführung, Teamentwicklung, Aufgaben- und Zeitmanagement sowie Kulturentwicklung.

Mögliche Maßnahmen zur gezielten Entwicklung von Führungskompetenzen werden in Kapitel 6 beschrieben und Kapitel 7 gibt abschließend einen Einblick in ein strukturiertes Bildungscontrolling im Sinne einer systematischen Personalentwicklung.

Abschließend noch eine Bemerkung zur sprachlichen Gestaltung des Buches: Obwohl der Anteil von Frauen in Pflegeberufen bei etwa 85 Prozent liegt, haben wir uns nach intensiven Diskussionen für die männliche Form entschieden. Die korrekte Setzung des weiblichen und männlichen Artikels und die durchgängige Umsetzung differenzierender Formulierungen hätten die Lesbarkeit des Textes erheblich verkompliziert. Die männliche Form wird als generisches Maskulinum verwendet und meint durchgängig weibliche wie männliche Personen.

Arbeiten und Führen in der Pflege – die Auswirkungen der Rahmen- bedingungen auf die Anforderungen der Führungskräfte

Schon immer haben sich Menschen Gedanken über das Alter und das „Altwerden“ gemacht. Der Gedanke, im Alter in eine stationäre Pflegeeinrichtung gehen zu müssen, erschreckt Viele, denn mehr als vier Fünftel der Menschen in Deutschland wünschen sich, bei Pflegebedürftigkeit in ihrer gewohnten Umgebung wohnen bleiben zu können (vgl. Dittmann, 2008). Doch mit der kontinuierlichen Zunahme von älteren und alten Menschen steigt auch die Zahl der Pflegebedürftigen, und damit die Anzahl der ambulanten Dienste und stationären Einrichtungen, die sowohl von privat-gewerblichen und kommunalen Organisationen als auch von freigemeinnützigen Trägern angeboten werden.

1.1 Von der Verwahranstalt zum selbstbestimmten Wohnen

Anders als ambulante Stationen haben sich stationäre Pflegeeinrichtungen in den letzten Jahrzehnten grundlegend gewandelt. Der früher gebräuchliche Begriff „Altersheim“ trifft auf die heutigen Einrichtungen nicht mehr zu. Die Altenhilfeeinrichtungen haben sich in den vergangenen 60 Jahren von der Verwahranstalt bis hin zum heutigen quartiersnahen Hausgemeinschaftskonzept entwickelt. Mit dieser Entwicklung haben sich nicht nur die Bezeichnungen „Hausvater beziehungsweise Hausmutter“ hin zur Einrichtungsleitung o. ä. geändert, sondern vielfach wurden auch das Tätigkeitsspektrum und die Ausbildung der Führungskräfte den Anforderungen angepasst.

Doch weshalb mussten sich die Einrichtungen verändern? Dazu ist ein Blick in die Häuser der ersten Generation zwischen 1940 und 1960 interessant. Hier lebten die Menschen als „Insassen“, deren Anspruch sich auf Schlafen und Essen beschränken musste. In einem Zimmer ohne Nasszelle und einer zentralen Sanitäranlage lebten bis zu sechs Menschen, die mit ca. 13 qm Nutzfläche zufrieden sein mussten. Die fehlenden Gemeinschaftsräume verstärkten teilweise die Isolation der Bewohner und erschwerten die Pflege wesentlich. Ab 1960 flossen die Erkenntnisse der Gerontologie zunächst in den Altenheimbau. Vorbild der Häuser der „zweiten Generation“ war nun das sogenannte Altenkrankenhaus mit zentralen Versorgungsstrukturen, in dem pflegebedürftige Personen behandelt wurden. Die Pflege orientierte sich am Defizitmodell, ohne aber die Individualität des Einzelnen zu berücksichtigen, wenngleich Teilaspekte der Pflege bereits optimiert wurden. Der ältere Mensch wurde im Sprachgebrauch zum „Pflegefall“.

Wegweisend beeinflussten ab 1980 die Erkenntnisse der Gerontologie nicht nur die Medizin sondern auch die Betreuung der älteren Menschen. *„Pflegeeinrichtungen schaffen, in denen gewohnt werden kann, und Wohneinrichtungen schaffen, in denen gepflegt werden kann“* (Burchard et al., 1980, S. 1688). Ziel war es, in den Einrichtungen, die vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) als „Altenwohnhäuser“ bezeichnet werden, mangelnde Kompetenzen der Bewohner zu verbessern, den Menschen zu aktivieren und ein Leben in der Einrichtung aktiv und nicht als Verwahrung zu gestalten. In den Heimen der sogenannten „dritten Generation“ trat nun endlich die Persönlichkeit des alten Menschen in den Vordergrund. Aus „Stationen“ wurden „Wohnbereiche“ mit maximal 40 Plätzen. Alle Zimmer hatten ein eigenes Duschbad und waren funktional, meist uniform ausgestattet und allmählich gewann die Gestaltung des Wohnumfeldes mehr und mehr an Bedeutung. Privatsphäre und Individualität wurden wichtiger, was sich auch in einer weiteren Zunahme der Einzelzimmer zeigte. Beschäftigung und Einnahme der Mahlzeiten fanden nun dezentral in den Wohnbereichen statt. Diese Wohnform wurde von den Senioren gut angenommen, sodass Anfang dieses Jahrhunderts vor allem freigemeinnützige Träger begonnen haben, ihre bis dato großen Häuser umzubauen, um kleinere Wohnbereiche anbieten zu können (vgl. Kaiser, 2008).

Mit Beginn der „Neuzeit“ wurde dann Anforderungen an Pflegeheime gestellt, die dem Zeitgeist und veränderten Ansprüchen entsprechen sollten:

- Mehr Privatheit in den Bewohnerzimmern,
- kleine, überschaubare Wohnbereiche,
- Wohnaktivitäten in den Aufenthaltsräumen,
- Möglichkeit von Sozialkontakten in den Fluren,
- Zusammenlagerung von Funktionen (vgl. Arend, 2005).

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales initiierte im Jahr 2000 in Zusammenarbeit mit dem KDA die „vierte Generation“ des Altenpflegeheimbaus. Das KDA stimmte die konzeptionelle Gestaltung der Hausgemeinschaftsprojekte auf die, in den Niederlanden und Frankreich erfolgreich geführten, Hausgemeinschaften ab, die nach außen und innen den häuslichen und familiären Charakter der Hausgemeinschaften demonstrieren. Der Anton-Pieck-Hofje in den Niederlanden war Impulsgeber für die deutschen Hausgemeinschaften. „Cantous“ in Frankreich und Belgien oder die „Samowar-Initiative“ in Russland galten ebenso als Vorbild für die deutschen Hausgemeinschaften der KDA, die nunmehr auch in Österreich, Slowenien und der Schweiz als Alternative zum konventionellen Pflegeheim angeboten werden. Ziel der betreuten Hausgemeinschaften ist die Gestaltung und Aufrechterhaltung eines am Alltag orientierten Lebens (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2004).

Die Loslösung von zentralen Versorgungseinheiten wie Küche oder auch Wäscherei führte zu einem intensivierten Leben und Wohnen in den Wohngruppen (vgl. Michell-Auli / Sowinski, 2012). Die stationären Hausgemeinschaften werden entweder als solitäre Hausgemeinschaft ohne direkte Anbindung an andere soziale Einrichtungen, als Teil einer stationären Pflegeeinrichtung oder auch als Pflegeeinrichtung, die sogenannte „Hausgemeinschaft“ angeboten. Diese Pflegeeinrichtungen unterliegen dem Heimgesetz und zeichnen sich durch zumeist vier

bis sechs kleinere Wohnbereiche mit jeweils acht bis max. 15 Bewohnern aus; immer ausgehend von der Prämisse: soviel Selbstständigkeit und Normalität wie möglich, so wenig Hilfestellung wie nötig. Die Erfahrung zeigt, dass sich aufgrund von Multimorbidität und/oder Demenz teilweise nur wenige Bewohner intensiv in die Hausgemeinschaft einbringen können und eine komplette Dezentralisierung der Dienste daher oftmals nicht möglich ist. So wird nun in manchen Einrichtungen das Essen fertig geliefert und auch die Wäsche an einen externen Dienstleister vergeben. Weiterhin spielt die personelle Ausstattung der Hausgemeinschaften für die Träger eine große finanzielle Rolle, da die Kostenträger mehrheitlich nicht bereit sind, die Mehrkosten für die sogenannten „Präsenzkkräfte“ zu tragen. Dies bedeutet, dass die Führungskräfte in hohem Maße gefordert sind, den Dienstplan so auszurichten, dass der Versorgung der Bewohner im Rahmen des Stellenschlüssels Rechnung getragen wird.

Das KDA-Quartiershaus als „fünfte Generation“ setzt nun die Entwicklung der Pflegeeinrichtungen fort und ist als logische Konsequenz der beschriebenen Generationenabfolge verständlich. Es geht nunmehr um ein fachliches Konzept, das auch als ambulante Leistung finanziert werden kann, und weniger um den Ausbau von rein stationären Einrichtungen (vgl. Michell-Auli / Sowinski, 2013). Weiterhin steht die Erhaltung der regionalen und sozialen Beziehungen der älteren Menschen im Blickpunkt. Um eine Quartiersentwicklung bestmöglich zu befördern wurden vom Kuratorium Deutsche Altershilfe vier Prinzipien aufgestellt:

- Raumbezogen und kleinteilig,
- ganzheitlich und prozesshaft,
- kooperativ und partizipativ,
- nicht ohne „Kümmerer“ (vgl. Michell-Auli / Sowinski, 2013).

In allen vier Punkten kommt die Sorge um die hilfebedürftigen Menschen zum Tragen, die so vor allem auch vor einer sozialen Isolation bewahrt werden können. Die Umsetzung einer strategischen Quartiersentwicklung erfolgt dann nach einer Modifizierung des Leitbildes mit den folgenden fünf Phasen:

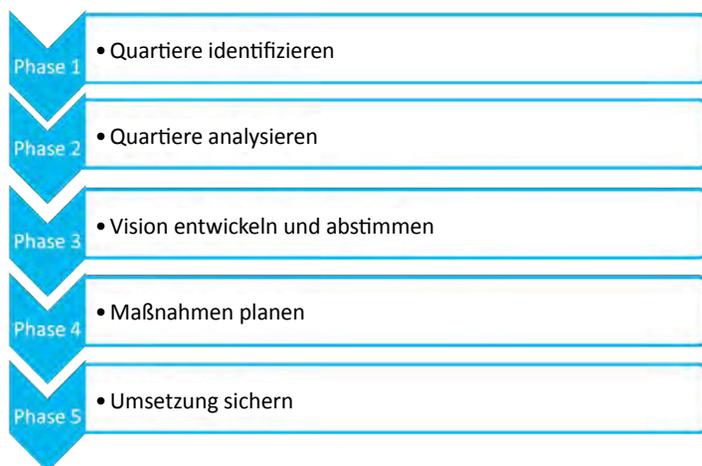


Abbildung 1: Phasen der Quartiersentwicklung (vgl. Kremer-Preiß, 2013)

Die Umsetzung dieser Phasen soll zum Erreichen der folgenden sechs Ziele einer zukunftsfähigen, gemeindenahen Altenhilfepolitik beitragen:



Abbildung 2: Ziele der Quartiersentwicklung (vgl. Kremer-Preiß, 2013)

Immer mehr Kommunen setzen sich mit einer gemeindenahen Quartiersentwicklung auseinander, denn die Gemeinden wollen zusammen mit den unterschiedlichen Trägern der Altenhilfe, die bestehenden Strukturen der Altenhilfe und der Seniorenarbeit, entsprechend dem Anstieg der Pflegebedürftigkeit weiter befördern und auch ausbauen. (vgl. <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/quartier.pdf>).

Ein Quartier ist der Bereich, in dem sich das Leben der älteren Menschen abspielt. Entsprechend soll es wohnortnahe Quartiere von ca. 1.500 bis hin zu 30.000 Bürgern geben. Kleinteiliger sehen Michell-Auli und Kremer-Preiß das Quartier. Die Autoren gehen von einer überschaubaren Wohnumgebung, von einer kleinen Wohnsiedlung bis zur Gemeinde, aus und empfehlen eine maximale Anzahl von Bewohnern eines Quartiers von 15.000. (vgl. Michell-Auli, 2011; Kremer-Preiß, 2010). Die quartiersnahe Wohnform wird sich durch eine veränderte Betreuungsform in ambulanten und stationären Einrichtungen auswirken, da es dann noch viel mehr um ein Miteinander der Pflegenden mit den Betreuten gehen wird, als dies jetzt der Fall ist.

1.2 Werteorientierung – ein Einflussfaktor auf die Altenhilfe

Doch weshalb sind Veränderungen der Unterbringung und auch der Betreuung notwendig? Mit Blick auf die Überlegungen neuer Versorgungsmodelle sind die Veränderungen der kulturellen Mentalität zu erwähnen. Sie führen bereits seit 1945, aber noch mehr seit 1968 dazu, dass immer mehr Bundesbürger Heime ablehnen und lieber bis zum Tod in ihrer Wohnung verbleiben, solange sie den Kindern nicht zur Last fallen (vgl. Dörner, 2002). Heute bestätigen bundesweite und regionale Auslastungsprobleme, dass immer mehr Bürger Altenheime im traditionellen Stil ablehnen und nach neuen Betreuungsformen suchen. Dies wird zu einem weiteren Abbau der konventionellen Pflegeheime zugunsten neuer Wohnformen führen, die in Folge in hohem Maße aufgestockt werden müssen. Steigt die Zahl der betreuungsbedürftigen Menschen, die in selbstständigen Wohnformen leben wollen, muss auch die ambulante Versorgung intensiv ausgebaut werden, damit den pflegebedürftigen Menschen so lange wie möglich ein Leben zu Hause ermöglicht wird.

Doch nimmt auch der Wertewandel in der Gesellschaft maßgeblich Einfluss auf Einrichtungen und Dienste der Altenhilfe. Dies gilt sowohl für die Akteure wie bspw. Führungskräfte und Pflegenden, als auch für das externe Umfeld. Werte – religiös, politisch oder kulturell bedingt – sind als Einstellungen und Haltungen gegenüber Verhaltensweisen oder Ideen zu definieren (vgl. Gnahs, 2007; Bruhn, 2009; Müller-Schneider, 2001). Persönliche Einstellungen zeigen sich besonders im Umgang mit- und untereinander, in der Kommunikation mit anderen, aber ebenso in der Raumgestaltung eines Pflegeheims oder im Umgang mit Veränderungsprozessen (vgl. Hofmann, 2008). Werte, die sich gegenseitig beeinflussen und verstärken, sind im attributiven Sinn an der ökonomischen Denkweise ausgerichtet (vgl. Rehberg, 2007). Im substanzialen Sinn prägen sie die Denk- und Handlungsweise von Personen. Zu den potenziellen Faktoren, die einen Wertewandel in der Bevölkerung herbeiführen, zählen neben einer sich verändernden Wirtschaftslage auch die Entwicklung des Wohlfahrtsstaats sowie eine veränderte Einstellung gegenüber Normen und Leitbildern (vgl. Klages et al., 1987). Die Darstellung der heutigen Werte der Bevölkerung in Deutschland zeigt die folgende Abbildung:

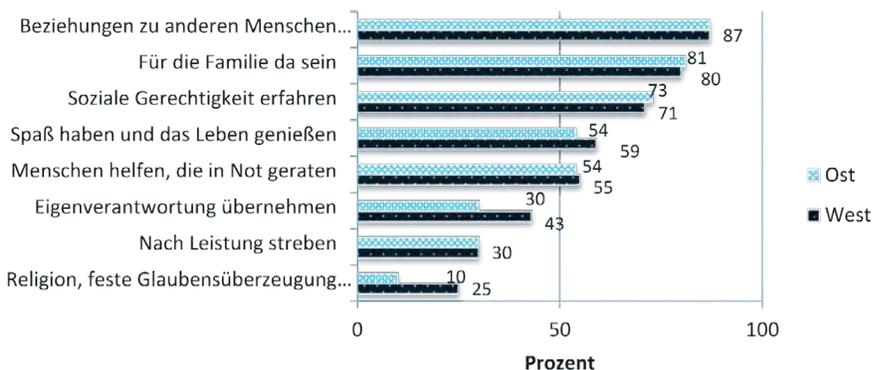


Abbildung 3: Werteorientierung in Deutschland nach neuen (Ost) und alten (West) Bundesländern 2009 (vgl. Köcher, 2010)

Familie und Beziehungen zu anderen Menschen sind für die Bevölkerung in ganz Deutschland sehr wichtig. Dies spricht für einen Ausbau der gemeindenahen Versorgung. Es ist festzustellen, dass es nur noch im Bereich der Glaubenseinstellung und auch hinsichtlich der Übernahme von Eigenverantwortung größere Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern gibt.

Soziokulturelle Faktoren und sozialstrukturelle Faktoren verändern zusätzlich die Wertehaltung, sodass die Argumentation von Kreß bemerkenswert ist. Demnach haben Veränderungen mit dem Drang nach Selbstverantwortung und Freiheit, die früheren Werte wie „Dienen“ und „Gehorsam“ quasi abgelöst (vgl. Kreß, 2001). Haußecker sieht die Wertefrage als existenzielles Thema vor allem von kirchlichen Trägern, denn nach seiner Ansicht sind Werte als prägende und normative Kraft orientierungsweisend und Grundlage für das Handeln der Führungspersonen (vgl. Haußecker, 2008). Die normative Kraft bewirkt, dass Mitarbeiter von „ihrer“ Organisation überzeugt sind und jeglichen Gedanken an einen Arbeitsplatzwechsel für bedenklich halten (vgl. Nerdinger et al., 2011). Diese Haltung ist auch absolut notwendig, denn die Legitimität eines Trägers beziehungsweise einer Organisation, und damit deren Bestehen im Wettbewerb, sind abhängig von den Kompetenzen und der Autorität der Leitungskräfte in den Einrichtungen und ambulanten Stationen, die ihren Einfluss auf die Mitarbeiter ausüben. Die Träger müssen ihre Führungskräfte daher beständig dahingehend motivieren, sich mit Neuerungen auseinanderzusetzen, diese anzunehmen und in Einklang mit ihren bestehenden Erfahrungen in die Organisation einzubringen (vgl. Staudt / Frieling, 1994). Dies befördert den Ruf nach lebenslangem Lernen, denn wegen stetig steigender Anforderungen ist vor allem eine hohe Anpassungsfähigkeit unabdingbar.

1.3 Unternehmerisches Denken und Handeln versus Humanität

Steigende Ansprüche an nachweisbare Pflegequalität, Fachkräftemangel und zunehmender Konkurrenzdruck sind die aktuellen Schlagworte, die das Spannungsfeld von Qualität und Wirtschaftlichkeit in Einrichtungen der Altenpflege dominieren (vgl. Brauchle, 2012). Einerseits wird die Übernahme von Konzepten aus dem Wirtschaftsbereich zur Optimierung der Wirtschaftlichkeit von Pflegeeinrichtungen immer stärker gefordert, zum anderen wird insbesondere von Seiten der Gesellschaft das Beibehalten einer ideologischen, humanistischen Grundhaltung, des „Anderseins“ von Pflegeeinrichtungen im Vergleich zu Industrie- oder Verwaltungsunternehmen erwartet. Diese zwiespältige Erwartungshaltung kann folgendermaßen zusammengefasst werden: *„Handelt wie Wirtschaftsunternehmen – aber bewahrt euch eure Einzigartigkeit und eure Humanität“* (Simsa / Patak, 2008; Edwards et al., 1999).

Eine große Herausforderung von Pflegeeinrichtungen besteht darin, eine „gesunde“, stimmige Balance zwischen ökonomisch-wirtschaftlichen Zielen und ihrer ideologischen Werteorientierung zu realisieren, ohne dass Letztere zur Farce avanciert.