

Fachhochschule Münster
Fachbereich Pflege
Studiengang Pflegemanagement

Diplomarbeit

**Hausgemeinschaften –
neue Wohn- und Versorgungskonzepte
in der stationären Versorgung
dementiell erkrankter älterer Menschen**

vorgelegt von: Claudia Tellers
Matrikelnr.: 429976

vorgelegt bei: Prof. Dr. Schwarz
Prof. Dr. Ostermann

Münster, den 7. Juli 2005

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

EINFÜHRUNG.....	9
1 DEMENZ.....	11
1.1	URSACHEN, SYMPTOMATIK, VERLAUF, BEGLEITSYMPTOME..... 11
1.2	EPIDEMIOLOGIE UND GESELLSCHAFTLICHE BRISANZ 14
1.3	DEMENZERKRANKTE IN DER STATIONÄREN ALTENHILFE 15
1.3.1	<i>Verbreitung der Demenzerkrankungen in Altenheimen..... 15</i>
1.3.2	<i>Versorgungssituation dementiell Erkrankter in stationären Pflegeeinrichtungen..... 16</i>
1.3.3	<i>Integrative versus segregative Versorgung Demenzerkrankter 19</i>
1.3.4	<i>Neue Konzepte in der stationären Versorgung Demenzerkrankter 20</i>
2 HAUSGEMEINSCHAFTEN.....	22
2.1	GESCHICHTE DES ALTENHEIMBAUS IN DEUTSCHLAND..... 22
2.2	VORBILDER DER HAUSGEMEINSCHAFTEN 23
2.2.1	<i>Domus-Einheiten / Großbritannien 23</i>
2.2.2	<i>Malmö-Modell / Schweden 23</i>
2.2.3	<i>Cantou / Frankreich 24</i>
2.2.4	<i>Anton-Pieck-Hofje / Niederlande..... 25</i>
2.3	CHARAKTERISTIKA VON HAUSGEMEINSCHAFTEN 27
2.3.1	<i>Architektur und Raumprogramm 28</i>
2.3.2	<i>Tagesgestaltung 28</i>
2.3.3	<i>Personalkonzept..... 29</i>
2.3.4	<i>Einbezug der Angehörigen..... 31</i>
2.3.5	<i>Kosten 31</i>
2.4	ZIELGRUPPE VON HAUSGEMEINSCHAFTEN 31
2.5	TYPEN VON HAUSGEMEINSCHAFTEN 33
	<i>Exkurs: Milieutherapeutische Demenzwohngruppen 34</i>
	1. MIDEMAS- Wohngruppen 34
	2. Die Häuser Holle und „Haus Silberkamp“ 35
2.6	RECHTLICHE UND FINANZIELLE RAHMENBEDINGUNGEN..... 36
2.6.1	<i>Heimgesetz..... 36</i>
2.6.2	<i>Heimpersonalverordnung 37</i>

2.6.3	<i>Heimmindestbauverordnung</i>	38
2.6.4	<i>Lebensmittelhygiene-Verordnung</i>	39
2.6.5	<i>Brandschutz</i>	40
2.6.6	<i>Pflegeversicherung</i>	40
2.7	KONKRETE UMSETZUNGEN.....	43
2.7.1	<i>Buchen-Hof / Bochum</i>	44
2.7.2	<i>Hausgemeinschaft „Auf dem Hölchen“ / Wetter</i>	47
2.7.3	<i>Stiftungsdorf Rablinghausen – Tönjes-Vagt-Hof / Bremen</i>	51
2.7.4	<i>AWO-Seniorenpark Dießen am Ammersee</i>	55
2.7.5	<i>Gradmann-Haus in Stuttgart Kaltental</i>	61
2.7.6	<i>Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ / Brandenburg an der Havel</i>	63
2.7.7	<i>Pflegestift „Mediana“ / Fulda</i>	68
2.7.8	<i>Übersichtsmatrizen</i>	73
2.7.9	<i>Auswertung der Umsetzungen</i>	75
2.8	EVALUATIONEN UND ERFAHRUNGEN.....	77
2.8.1	<i>Wissenschaftliche Studien</i>	78
2.8.1.1	Studie zu den Bewohnerinnen der Domus Units.....	78
2.8.1.2	Studie zu den Cantou-Bewohnerinnen.....	78
2.8.1.3	Studie zu den Bewohnerinnen der Wohngruppen in Schweden.....	79
2.8.1.4	Evaluation der Lebensqualität in der Hausgemeinschaft „Clara Zetkin“.....	80
2.8.1.5	Studie zum Einfluss von Wohngruppenmilieus auf demenziell Erkrankte in drei stationären Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen.....	81
2.8.1.6	Studie zum Wohnküchenmodell im Altenpflegeheim Mönchengladbach-Lürrip.....	82
2.8.1.7	Evaluation des MIDEMAS-Projekts.....	83
2.8.1.8	Zusammenfassung der Studien.....	84
2.8.2	<i>Erfahrungsberichte</i>	84
2.8.2.1	Bewohnerinnen.....	84
2.8.2.2	Tagesgestaltung.....	86
2.8.2.3	Personal.....	87
2.8.2.4	Angehörige.....	90
2.8.2.5	Kosten.....	91
2.9	KRITISCHE ANFRAGEN AN DAS HAUSGEMEINSCHAFTSKONZEPT.....	91
3	SZENARIEN ZUR UMSETZUNG DES HAUSGEMEINSCHAFTSKONZEPTS IN EINEM MODELLALTENHEIM	94
3.1	DATEN DES MODELLALTENHEIMS.....	94
3.2	1. SZENARIO: UMSETZUNG DES KDA-MODELLS.....	96
3.3	2. SZENARIO: UMSETZUNG MIT NRW-PERSONALRICHTWERTEN.....	103
3.4	3. SZENARIO: EIGENER UMSETZUNGSVORSCHLAG.....	106
4	ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK	110

5	LITERATUR	113
6	ANHANG	119
6.1	HEIMENTGELTE	119
6.2	BELEGUNG	120
6.3	PERSONALKOSTEN.....	121
6.4	SACHKOSTEN.....	122
6.5	ENTGELTERMITTLUNG.....	123
6.6	ADRESSEN DER HAUSGEMEINSCHAFTEN	124

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1-1: <i>Schätzung der Zahl von Demenzkranken über 65 Jahren nach Bickel</i>	14
Tabelle 2-1: <i>Stellenplan des Buchen- Hofes</i>	46
Tabelle 2-2: <i>Pflegesätze und Entgelte des Buchen-Hofes in € (Stand 2005)</i>	46
Tabelle 2-3: <i>Anwesenheit der Mitarbeiterinnen in der Hausgemeinschaft „Auf dem Höhlchen“ und daraus errechnete Vollzeitstellen</i>	49
Tabelle 2-4: <i>Pflegesätze und Entgelte für Hausgemeinschaft "Auf dem Höhlchen"</i>	50
Tabelle 2-5: <i>Vollzeitstellen im Stiftungsdorf Rablinghausen</i>	53
Tabelle 2-6: <i>Pflegesätze und Entgelte in Rablinghausen (Stand 2005)</i>	54
Tabelle 2-7: <i>Personaleinsatz im Seniorenpark Dießen</i>	58
Tabelle 2-8: <i>Vollzeitstellen je Hausgemeinschaft in Dießen</i>	59
Tabelle 2-9: <i>Pflegesätze und Entgelte in € im Seniorenwohnpark Dießen für Langzeitpflege (Stand 2005)</i>	60
Tabelle 2-10 <i>Kosten für Platz in Wohngruppe Gradmann-Haus (Stand 2005)</i>	63
Tabelle 2-11: <i>Vollzeitstellen im Wohngruppenhaus "Clara Zetkin"</i>	66
Tabelle 2-12: <i>Monatliche Kosten in € für einen Betreuungsplatz im Wohngruppenhaus "Clara Zetkin" (Stand 2005)</i>	67
Tabelle 2-13: <i>Tagesgleiche Entgelte "Clara Zetkin"</i>	68
Tabelle 2-14: <i>Stellenplan im Pflegestift "Mediana"</i>	71
Tabelle 2-15: <i>Heimentgelte für das Pflegestift "Mediana" (Stand 2005)</i>	72
Tabelle 2-16: <i>Übersicht der Umsetzungsvarianten</i>	73
Tabelle 2-17: <i>Vergleich der Heimentgelte</i>	75
Tabelle 3-1: <i>Bewohnerinnen- und Zimmerzuordnung zu den Wohnbereichen</i>	94
Tabelle 3-2: <i>Pflegestufenverteilung im Modellaltenheim</i>	95
Tabelle 3-3: <i>Heimentgelte je Pflegestufe des Modellaltenheims</i>	95
Tabelle 3-4: <i>Stellenplan und jährliche Bruttopersonalkosten des Modellaltenheims</i>	95
Tabelle 3-5: <i>Sachkosten des Modellaltenheims</i>	96
Tabelle 3-6: <i>Pflegezeitbedarf ermittelt nach Pflegestufen</i>	97
Tabelle 3-7: <i>Stellenplan und Personalkosten bei KDA-Szenario</i>	98
Tabelle 3-8: <i>Erlöse aus Pflegesätzen und Unterkunft und Verpflegung:</i>	98
Tabelle 3-9: <i>Sachkosten im Modellaltenheim bei 72 Bewohnerinnen und 98 % Auslastung mit Aufteilung in Pflege und Unterkunft und Verpflegung</i>	99
Tabelle 3-10: <i>Aufteilung der Personalkosten</i>	99
Tabelle 3-11: <i>Personalkosten beim KDA-Modell mit Aufteilung in Pflege und Unterkunft und Verpflegung</i>	100

Tabelle 3-12: <i>Pflegetage pro Jahr und wertgleiche Pflegetage</i>	101
Tabelle 3-13: <i>Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung zur Refinanzierung des KDA-Szenarios</i>	102
Tabelle 3-14: <i>Personalrichtwerte in Nordrhein-Westfalen</i>	103
Tabelle 3-15: <i>Anzahl Fachkräfte beim Personalrichtwerte-Szenario</i>	104
Tabelle 3-16: <i>Verteilung der Vollzeitstellen auf die verschiedenen Dienstypen beim Personalrichtwerte-Szenario mit Personalkosten</i>	105
Tabelle 3-17: <i>Stellenplan des 3.Szenarios</i>	107
Tabelle 3-18: <i>Personaleinsatzplan 3.Szenario</i>	108

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1: Grundrisszeichnung <i>Buchen-Hof</i>	44
Abbildung 2-2: Grundrisszeichnung <i>Hausgemeinschaft / Wetter</i>	48
Abbildung 2-3: Grundrisszeichnung <i>Rablinghausen</i>	51
Abbildung 2-4: Grundrisszeichnung <i>Dießen</i>	55
Abbildung 2-5: Grundrisszeichnung <i>Hausgemeinschaft Dießen</i>	56
Abbildung 2-6: Grundrisszeichnung <i>Gradmann-Haus</i>	62
Abbildung 2-7: Grundrisszeichnung <i>Hausgemeinschaft „Clara Zetkin“</i>	64
Abbildung 2-8: Grundrisszeichnung <i>Wohngruppenhaus „Clara Zetkin“</i>	65
Abbildung 2-9: Grundrisszeichnung <i>Pflegestift „Mediana“</i>	69
Abbildung 2-10: Grundrisszeichnung <i>Hausgemeinschaft „Mediana“</i>	70
Abbildung 3-1: <i>Personaleinsatzplan beim 3.Szenario</i>	108

Abkürzungsverzeichnis

BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BWL	Betriebswirtschaftslehre
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
n.d.	nicht datiert
d.h.	das heißt
durch.	durchschnittlich
DZ	Doppelzimmer
et al.	et aliter
EZ	Einzelzimmer
FKQ	Fachkraftquote
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
h	Stunden
HeimG	Heimgesetz
HeimMindBauV	Heimmindestbauverordnung
HeimPersV	Heimpersonalverordnung
HG	Hausgemeinschaft
Hrsg.	Herausgeber
i.d.R.	in der Regel
ISGOS	Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien
Kap.	Kapitel
KDA	Kuratorium Deutscher Altershilfe
LMHV	Lebensmittelhygiene-Verordnung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MIDEMAS	Milieutherapeutisch orientierte Demenz-Wohngruppen Mannheim/ Stuttgart
NMDA	n-Methyl-D-Aspartat
NRW	Nordrhein-Westfalen
NW	Nachtwache
PLAISIR	Planification Informatiséé des Soins Infirmiers Requis
PQsG	Pflegequalitätssicherungsgesetz
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch

u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitstellenäquivalente
z.B.	zum Beispiel

Einführung

Johanna B. war ihr Leben lang damit beschäftigt, für sich und andere zu sorgen. Sie führte einen fünfköpfigen Familienhaushalt, kochte, wusch, putzte, bestellte den Garten. Auch im Alter – als die Kinder längst aus dem Haus und ihr Mann gestorben war – hat sie noch lange selbständig ihren Haushalt geführt, bis es plötzlich nicht mehr ging. Nicht nur, das sie es körperlich nicht mehr konnte, vor allem ihre fortschreitende Verwirrtheit machten einen Umzug ins Heim unumgänglich. Hier wird sie von morgens bis abends versorgt: das Essen wird ihr täglich pünktlich serviert, die Wäsche wird geholt und sauber wieder in den Schrank gelegt. Die alltäglichen Beschäftigungen, denen Johanna B. so viele Jahre nachging, sind plötzlich alle weggefallen. Sie fühlt sich überflüssig, kennt sich nicht mehr aus, weiß nicht, was sie mit sich anfangen soll.

(Eisenreich & Scholl, 1998, S.6).

Die Idee zu der folgenden Diplomarbeit entstand während einer Gruppenarbeit in einer BWL-Veranstaltung, bei der strategische Ziele für ein Altenheim entwickelt werden sollten. Ziemlich spontan formulierte die Gruppe drei strategische Ziele:

1. die Versorgung der Demenzerkrankten im Altenheim soll verbessert werden
2. die Tagesgestaltung im Altenheim soll sich mehr am normalen Alltag ausrichten
3. das Altenheim soll die Angehörigen mehr in die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner einbeziehen

Hintergrund besonders der ersten beiden Zielformulierungen waren Beobachtungen zur Lebensqualität Demenzkranker in heutigen Alten- und Pflegeheimen, wie sie in dem oben zitierten Text zum Ausdruck kommen. Demenzkranke, die sich in der Einrichtung nicht zurechtfinden, keiner sie zufrieden stellenden Beschäftigung nachgehen können und durch verschiedene Verhaltensauffälligkeiten stören, sind der Autorin als Pflegerin in einem Altenheim vielfach begegnet. Aus diesem Unbehagen über die Versorgungssituation Demenzkranker heraus, entstand ein Suchen nach alternativen Wohn- und Lebensformen für dementiell veränderte Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen, die möglichst die drei genannten strategischen Ziele erfüllen sollten.

Eine alternative Versorgungsform für Demenzkranke sind Wohn- oder Hausgemeinschaften. Dieses Konzept wird in Deutschland erst seit wenigen Jahren in einigen Einrichtungen der Altenhilfe umgesetzt und besitzt deshalb in der Öffentlichkeit noch keinen hohen Bekanntheits-

grad.¹ Unter Fachleuten wird es aber als das Versorgungskonzept der Zukunft, besonders für Demenzerkrankte, diskutiert.

Die vorliegende Diplomarbeit ist quasi aus dem Blickwinkel eines traditionellen Altenheims geschrieben, welches überlegt, das Hausgemeinschaftskonzept besonders für seine dementiell veränderten Bewohnerinnen und Bewohner einzuführen, und deshalb Informationen über dieses Konzept einholt.

Im ersten Kapitel der Arbeit wird das Krankheitsbild der Demenz beschrieben, und über die Notwendigkeit neuer Versorgungsstrukturen für dementiell veränderte Menschen in Alten- und Pflegeheimen reflektiert.

Im zweiten Kapitel wird das Hausgemeinschaftskonzept vorgestellt. Es werden die internationalen Vorbilder der Hausgemeinschaften, ihre Charakteristika, ihre Zielgruppen und ihre verschiedenen Typen dargestellt. Gesetze und Verordnungen, die für Hausgemeinschaften relevant sind, werden in ihren Auswirkungen auf die Umsetzungsmöglichkeiten des Konzepts erörtert. Schließlich sollen Einrichtungen vorgestellt werden, die das Hausgemeinschaftskonzept schon umgesetzt haben. Zum Schluss dieses zweiten Kapitels werden Evaluationen, die die Auswirkungen von Hausgemeinschaften auf die Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen untersucht haben, betrachtet. Ergänzend zu den Evaluationen sollen auch Erfahrungsberichte aus Hausgemeinschaften herangezogen werden.

In einem dritten Kapitel werden dann verschiedene Umsetzungsszenarien des Hausgemeinschaftskonzepts für ein traditionelles Altenheim durchgespielt. Diplomanden des vergangenen Jahres haben im Rahmen ihrer Diplomarbeit ein virtuelles Modellaltenheim entwickelt, mit dessen Daten, ergänzt durch aktuelle Daten des Caritasverbandes Münster, die Szenarien durchgeführt werden.

Für die folgende Diplomarbeit gilt- soweit nicht sprachlich deutlich unterschieden- die männliche und die weibliche Form auch jeweils für das andere Geschlecht.

¹ Dies spiegelt sich auch in der Ausstattung der Bibliotheken mit entsprechender Fachliteratur wieder. Fast sämtliche in der Arbeit verwendeten Buchveröffentlichungen mussten per Fernleihe aus den verschiedensten Bibliotheken bestellt werden. Manche gewünschte Veröffentlichung war aber auch auf diesem Wege nicht zu beschaffen.

1 Demenz

1.1 Ursachen, Symptomatik, Verlauf, Begleitsymptome

Der Begriff „Demenz“ leitet sich aus dem Lateinischen „dementia“ (Unsinn, Wahnsinn) ab, welches zusammengesetzt ist aus „de“ (weg, fort) und „mens“ (Denkkraft, Verstand). Unter diesem Begriff werden eine Reihe verschiedener Krankheitsbilder unterschiedlicher Ursache zusammengefasst. Gemeinsam ist ihnen, dass höhere Hirnfunktionen irreversibel gestört sind, so dass es zum Abbau der intellektuellen Fähigkeiten verbunden mit einer zunehmenden Inkompetenz im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens kommt.

In der deutschen Version des derzeit gültigen ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) wird das Krankheitsbild folgendermaßen charakterisiert:

Demenz (...) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf.

Die häufigste Ursache der primären und irreversiblen Demenzen¹ ist die Alzheimer Krankheit, einer primär degenerativen zerebralen Krankheit mit langsam fortschreitendem Untergang von Nervenzellen und Nervenzellkontakten. Nach der EURODERM-Studie in Rotterdam führt sie zu 72% der Demenzerkrankungen. Auf die durch kleine, häufig aufeinander folgende Infarkte des Gehirns hervorgerufenen vaskulären Demenzen entfallen 16%, und auf die Parkinson-Demenzen 6% der Demenzerkrankungen. Auf sonstige, eher seltene Erkrankungen wie Lewy-Körper-Krankheit, Morbus Pick oder Creutzfeldt-Jakob sind 5% der Demenzen zurückzuführen (vgl. Ott et al., 1995, S.970).²

¹ Neben den primären, irreversiblen Demenzen gibt es noch die so genannten sekundären Demenzen, die Folgeerscheinungen außerhalb des Gehirns liegender Erkrankungen, wie Medikamentenintoxikationen oder Elektrolytveränderungen, darstellen. Nach Behandlung der Grunderkrankung verschwinden auch in der Regel die dementiellen Symptome (vgl. Lind, 2000, S.5).

² Andere Autoren haben andere Verteilungen. Nach Kühl und Hellweg (2004, S.10) verteilen sich die Demenzursachen folgendermaßen: Alzheimer Krankheit 60%, Vaskuläre Demenz 15% und Mischformen aus Alzheimer Krankheit und Vaskulärer Demenz 10%. Diese unterschiedlichen Verteilungen lassen sich aber durch verschiedene Zuordnungen erklären. So rechneten Ott et al. primäre Alzheimer Erkrankungen

Demenzen sind Erkrankungen des Alters, sie beginnen in der Regel erst nach dem 65. Lebensjahr. Die so genannten präsenilen Demenzen, die vorher einsetzen, machen nur 3% der Demenzerkrankungen aus (vgl. Bickel, 2001, S.109). Eine Demenzerkrankung verläuft über mehrere Jahre und führt am Ende zur völligen Pflegebedürftigkeit und zum Tod. Die Erscheinungsform und der Verlauf dieser Erkrankung sind von zahlreichen weiteren Faktoren abhängig, z.B. dem psychosozialen Umfeld des Erkrankten, seiner Persönlichkeit und seiner Lebensgeschichte, und variieren somit stark von Person zu Person. Abhängig vom Ausprägungsgrad der Krankheitssymptome und dem Ausmaß der Hilfsbedürftigkeit werden drei Stadien unterschieden (vgl. Wojnar, 2001a, S.34-35):

Der Beginn einer Demenz ist unterschiedlich, je nach Demenzursache. Der Beginn einer Alzheimer Demenz ist meist schleichend und entwickelt sich langsam aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren. Die vaskuläre Demenz dagegen beginnt plötzlich und verschlechtert sich mit jedem neuen Hirninfarkt (vgl. Böhler & Pfundstein, 2002, S.36).

Das frühe, leichte Stadium der Demenz, das im Mittel etwa drei Jahre dauert, ist durch Gedächtnis- und Orientierungsstörungen gekennzeichnet, durch die die tägliche Lebensführung zunehmend erschwert wird. Das Sprachvermögen ist durch Wortfindungsstörungen beeinträchtigt. (vgl. Freter, 2001, S.11; Lind, 2000, S.8).

In diesem Stadium sind den Erkrankten die fortschreitenden Störungen ihrer intellektuellen Fähigkeiten bewusst. Sie versuchen ihre Defizite zu verbergen und entwickeln Kompensationsmechanismen. Häufig reagieren die Betroffenen mit Angst, teilweise auch mit Depressionen auf ihre Beeinträchtigungen (vgl. BMFSFJ, 2002, S.176).

Im mittleren Stadium sind die kognitiven Fähigkeiten derartig eingeschränkt, dass eine selbständige Lebensführung nicht mehr möglich ist. Selbst bei alltäglichen Verrichtungen brauchen die Erkrankten Anleitung und Beaufsichtigung. Da Harn- oder Stuhldrang nicht mehr gespürt wird, die Toilette nicht gefunden wird und das Entkleiden nicht mehr beherrscht wird, tritt bei Demenzerkrankten häufig eine Inkontinenz auf. Die Sprache ist durch zunehmende Sprechstörungen und floskelhafter Gestaltung bis hin zum ständigen Wiederholen eines Satzes gekennzeichnet.

In diesem Stadium nehmen die Erkrankten ihre Beeinträchtigungen nicht mehr wahr oder leugnen sie. In ihrer eigenen Wahrnehmung sind sie jung (ca.20-40 Jahre), leistungsfähig, berufstätig, gesund und selbständig. Deshalb werden auch notwendige pflegerische Maßnahmen abgelehnt (vgl. BMFSFJ, 2002, S. 176; Lind, 2000, S.8).

kombiniert mit vaskulärer Demenz zu den Alzheimer Demenzen und nicht zu den Mischformen (vgl. 1995, S. 972).

Im mittleren und schweren Stadium werden die Erinnerungen aus Kindheit, Jugend und frühen Erwachsenenjahren zur realen Gegenwart für die Erkrankten (vgl. BMFSFJ, 2002, S.177).

Im schweren Stadium der Demenz brauchen die Erkrankten permanente pflegerische Versorgung. Ihre verbale Kommunikationsfähigkeit verringert sich zunehmend bis hin zum Sprachverlust. Im Bereich der Motorik führen die fortschreitenden Störungen zur Rollstuhlgebundenheit und schließlich zur ständigen Bettlägerigkeit (vgl. Lind, 2000, S. 9).

Mit dem zunehmendem Abbau der kognitiven Fähigkeiten können parallel dazu eine Zunahme von Verhaltensstörungen, so genannter sekundärer Demenzsymptome, beobachtet werden.

Hierbei handelt es sich um Störungen der Wahrnehmung, des Affekts, des Antriebs und der Persönlichkeit (vgl. BMFSFJ, 2002, S.173-174).

Zu den häufigsten beobachteten Verhaltensweisen (ca. 34-60%, je nach Untersuchung) gehören Unruhe und Agitiertheit. Dies äußert sich in Bewegungsdrang, lang andauernden, ziellosen Wandern, aggressiven Verhaltensweisen oder verbal agitiertem Verhalten wie Rufen, Schimpfen und Jammern. Andere Demenzkranke (ca. 21-43%) verhalten sich apathisch, passiv oder ziehen sich zurück. Hierbei ist aber strittig, ob es sich dabei um ein abnormes und damit interventionsbedürftiges Verhaltensmuster handelt oder um eine zu respektierende Verstärkung eines Persönlichkeitszuges der Erkrankten. Zu den affektiven Störungen zählen Angstzustände, Depressionen und der Kontrollverlust emotionaler Äußerungen mit unmotiviertem plötzlichen Weinen, Lachen oder Wutausbrüchen. Wahn, optische und akustische Halluzinationen sowie illusionäre Verkennungen von Personen oder Gegenständen gehören zu den psychotischen Phänomenen. Weitere Verhaltensauffälligkeiten sind Schlafstörungen, Veränderungen der Nahrungsaufnahme und das Schmieren mit Exkrementen (vgl. Lind, 2000, S.14-23; Wojnar, 2001a, S.34). Nach Lind oder Wojnar sind nur ein Teil dieser Verhaltensstörungen, wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen und schwere Depressionen, auf eine gestörte Funktion der Neurotransmitter zurückzuführen¹. Bei den übrigen handelt es sich um Stress- und Belastungsphänomene der Erkrankten angesichts ihrer nachlassenden Orientierung und Kompetenz, aber auch angesichts nicht angemessenen Verhaltens ihrer Umgebung (Lind, 2000, S.9; Wojnar, 2001a, S.42).

¹ Nur diese Verhaltensstörungen sind einer medikamentösen Therapie zugänglich. Gerd Glaeske (2004, S.91-97) führt aus, dass es bei Demenzkranken häufig zu einer nicht indikationsgerechten Verordnung stark beruhigender Psychopharmaka kommt, die sich negativ auf den Verlauf der Demenzerkrankungen auswirken und zu einer Erhöhung des Sturzrisikos führen können. Antidementiva, wie Cholinesterasehemmer oder NMDA-Antagonisten, die zur Progressionsverzögerung und zu leichten kognitiven Verbesserungen führen, werden dagegen- vermutlich aus Kostengründen- selten verordnet.

1.2 Epidemiologie und gesellschaftliche Brisanz

Aufgrund von groß angelegten Feldstudien und von Meta-Analysen hat Bickel eine Schätzung der Demenzkranken in Deutschland vorgenommen (vgl. Bickel, 2001, S.109).

Tabelle 1-1: *Schätzung der Zahl von Demenzkranken über 65 Jahren nach Bickel¹*

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate	Schätzung der Zahl Demenzkranker Ende 1996
65-69	1,2	49.600
70-74	2,8	94.600
75-79	6	136.100
80-84	13,3	224.700
85-89	23,9	252.800
90 und älter	34,6	141.000
65 und älter	7,22	928.400

Die Prävalenz der Demenz nimmt mit zunehmendem Alter deutlich zu. Sie liegt in der Altersgruppe der 65-69-Jährigen bei etwa 1% und verdoppelt sich alle 5 Jahre bis zu einer Prävalenz von über 30% bei den über 90-Jährigen (vgl. Bickel, 2001, S.109).

Dabei entfallen knapp 70% aller senilen Demenzerkrankungen auf die über 80-Jährigen, auf die 65-79-Jährigen etwa 30%. Es wird deutlich, dass von Demenzen überwiegend die Höchstbetagten betroffen sind und die Krankheitszahlen vom Umfang der sehr alten Bevölkerung bestimmt werden.

Damit erklärt sich auch, warum die Mehrheit, nämlich ca. 70% der Demenzkranken, Frauen sind, obwohl die Erkrankungsrisiken für beide Geschlechter etwa gleich sind. Aber wegen der höheren Lebenserwartung der Frauen und auch wegen der Folgen des Zweiten Weltkriegs sind Frauen in der höchstalterigen Bevölkerung, und somit auch bei den Demenzerkrankten, überrepräsentiert (vgl. Bickel, 2001, S.109-110).

Die jährliche Neuerkrankungsrate steigt ebenfalls mit dem Alter steil an. So liegt die Inzidenz bei den 65-69-Jährigen bei etwa 0,3% und steigt auf mehr als 7% bei den über 90-Jährigen.

Es ist davon auszugehen, dass in Deutschland jährlich mindestens 165 000 ältere Menschen an einer Demenz erkranken, möglicherweise aber auch mehr als 200 000 (vgl. Bickel, 2001, S.110).

Angesichts der demografischen Entwicklung mit einem stetigen Zuwachs der Altenbevölkerung und bei unverändert bleibenden Prävalenzraten, ist damit zu rechnen, dass sich die Zahl der

¹ beachte: die Gesamtzahl ist höher als die Summe der Kranken pro Altersstufe, da einige der berücksichtigten Studien Angaben nur für Altersgruppen von 10 Jahren machen, vgl. Bickel, 2001, S.109.

Demenzkranken bis zum Jahr 2050 auf über 2.000.000 mehr als verdoppeln wird (vgl. Bickel, 2001, S.110). Dies stellt unser Sozial- und Gesundheitssystem vor große Herausforderungen, besonders angesichts einer immer ungünstig werdenden Relation zwischen jüngeren und älteren Menschen und einem nachlassenden Pflegepotential in den Familien.

1.3 Demenzerkrankte in der stationären Altenhilfe

1.3.1 Verbreitung der Demenzerkrankungen in Altenheimen

Die meisten dementiell erkrankten älteren Menschen, nämlich etwa 60%, leben in Privathaushalten und werden dort hauptsächlich von ihren Angehörigen, mit teilweiser Unterstützung von Sozialstationen, ambulanten Pflegediensten oder Tagespflegeeinrichtungen, versorgt (vgl. BMFSFJ, 2002, S.167). Allerdings verbleiben von diesen nur ca. 20-30% bis zu ihrem Tode in der häuslichen Umgebung, denn mit fortschreitendem Krankheitsverlauf und damit zunehmender Belastung der Angehörigen, werden ca. 80% der Demenzerkrankten in stationäre Pflegeeinrichtungen aufgenommen (vgl. Bickel, 2001, S.111).

Die Demenzerkrankungen zählen mit mehr als der Hälfte aller Fälle zu den mit Abstand wichtigsten Gründen für eine Heimaufnahme (vgl. Bickel, 1995, S.58 und Weyerer, Hönig, Schäufele & Zimmer, 2000, S.9).

Der Anteil der Demenzerkrankten an den Bewohnerinnen stationärer Pflegeeinrichtungen wird von Bickel zwischen 50 und 70% geschätzt (vgl. 2001, S.111). Dies wird von zwei Untersuchungen bestätigt. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen in 27 vollstationären Einrichtungen mit 731 Bewohnerinnen ergab, dass mehr als 50% der untersuchten Bewohnerinnen erhebliche Orientierungseinschränkungen aufwiesen (2002, S.131).

Auch das Ergebnis einer Studie in 15 Mannheimer Alten- und Pflegeheimen zeigt, dass der Anteil der dementiell Erkrankten an den Pflegeheimbewohnerinnen über 50% liegt. Da diese Studie zu zwei verschiedenen Erhebungszeiträumen durchgeführt wurde, kann sie zeigen, dass der Anteil der Demenkranken zwischen 1995/1996 und 1997/1998, also innerhalb von 2 Jahren, von 53,8% auf 58,6% angestiegen ist (vgl. Weyerer et al, 2000, S.15-16). Für 13 der untersuchten Heime liegt inzwischen eine dritte Untersuchung aus den Jahren 2002/2003 vor. Zu diesem Zeitpunkt betrug der durchschnittliche Anteil von Demenzkranken an den Heimbewohnerinnen 65,3% (Schäufele, Teufel & Weyerer, 2004 (unveröffentlicht), zitiert nach Schäufele, 2005, S.264).

Der Anstieg der Demenzerkrankungen in den Pflegeheimen ist vor allem auf die 1996 eingeführte Pflegeversicherung zurückzuführen. Mit ihrem Grundsatz „ambulant vor stationär“ (SGB

XI, §3) und dem daraus folgenden Ausbau ambulanter Dienste und teilstationärer Einrichtungen, führte sie zu tief greifenden Veränderungen der Bewohnerstruktur im stationären Bereich. So spielen Altenheime als Wohnformen für „rüstige Rentner“ kaum noch eine Rolle. Stattdessen konzentrieren sich heute in den Pflegeheimen schwer pflegebedürftige, multimorbide und demente Bewohnerinnen (vgl. Freter, 2001, S.17 und Weyerer, Schäufele, Hönig, 2001, S.11). Aufgrund der Zunahme dementiell erkrankter älterer Menschen, der steigenden Anzahl allein stehender Demenzerkrankter und der Abnahme pflegefähiger und pflegebereiter Angehöriger ist mit einer weiterhin zunehmenden Anzahl dementiell veränderter Bewohnerinnen in den stationären Pflegeeinrichtungen zu rechnen.

1.3.2 Versorgungssituation dementiell Erkrankter in stationären Pflegeeinrichtungen

Die Versorgungssituation dementiell Erkrankter in stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland wird weder von der amtlichen Statistik noch von wissenschaftliche Studien flächendeckend und differenziert erfasst (vgl. Freter, 2001, S.21).

Für 15 Mannheimer Pflegeheime und 27 Pflegeeinrichtungen in Nordrhein- Westfalen liegen auf der Basis der bereits oben erwähnten Studien die folgenden Aussagen vor:

Die Mannheimer Studie konnte einen engen Zusammenhang zwischen der Demenzerkrankung und Pflegebedürftigkeit nachweisen. Gemessen am Unterstützungsbedarf bei einfachen Alltagsverrichtungen, erhoben mit dem Barthel- Index, waren 74% der Demenzkranken pflegebedürftig, von den nicht Demenzkranken dagegen nur 27% (vgl. Weyerer et al., 2000, S.18).

Demenzerkrankte haben ein erhöhtes Mortalitätsrisiko. So verstarben zwischen den beiden Untersuchungszeiträumen 53,2% der dementen Bewohnerinnen, aber nur 37,1% der Nicht- Dementen. Auch unter Berücksichtigung der Einflüsse von Alter und Geschlecht blieb dieser Zusammenhang erhalten. Das Mortalitätsrisiko der dementiell veränderten Bewohnerinnen war nach Kontrolle von Alter und Geschlecht immer noch annähernd doppelt so hoch wie das der nicht dementen (vgl. Weyerer et al., 2000, S.21). Dabei versterben die Demenzerkrankten nicht an ihrer Grunderkrankung oder wegen gestörten Gehirnfunktionen, sondern in Folge von Unterernährung, Exsikkose oder Pneumonie (vgl. Wojnar, 2001b, S.41). Wojnar interpretiert diese Erkrankungen als Folgen einer fehlenden Anpassung der Dementen an ihre Umwelt, so dass der daraus resultierende Dauerstress zu einer Beeinträchtigung ihres Immunsystems führt (vgl. 2001b, S.41).

Bei der Mannheimer Studie wurden im Untersuchungszeitraum bei nahezu 50% der Demenzkranken Verhaltensauffälligkeiten wie Depressivität, Zurückgezogenheit, Apathie oder Agitiert-

heit festgestellt. Einige dieser Verhaltensstörungen nahmen im Laufe der Zeit sogar zu (vgl. Weyerer et al., 2000, S.18-20).

Die NRW-Studie erfasst sogar bei 80% der als desorientiert eingeschätzten Bewohnerinnen mindestens eine Verhaltensauffälligkeit, wie motorische und nächtliche Unruhe, depressive Stimmungslage oder Angstzustände (vgl. NRW-Landespflegeausschuss, 2002, S.47).

Aufgrund dieser Auffälligkeiten werden bei 47,8% der Demenzkranken freiheitseinschränkende Maßnahmen durchgeführt, während solche nur bei 7% der nicht Dementen vorgenommen werden (vgl. Weyerer et al, 2000, S.19).

Dabei scheint das Auftreten dieser sekundären Demenzsymptome von bestimmten Umweltfaktoren, wie Pflege- und Kommunikationsstil, Milieu, räumlichen Strukturen und Stimulierungsaspekten abhängig zu sein: So kommt es nach diversen Untersuchungen bei dementiell Erkrankten eher zu Agitiertheit und Unruhe, wenn mehr als 11 Personen oder Fremde sich in der Umgebung aufhalten, wenn sie alleine sind, bei bestimmten mit Berührung verbundenen Pflegehandlungen oder bei körperlichen Beeinträchtigungen, wie Schmerzen oder Unwohlsein. Weniger Unruhe wurde dagegen bei strukturierten Aktivitäten beobachtet (vgl. Lind, 2000, S.25-26). Demenzkranke schrieten dann am häufigsten, wenn sie alleine waren oder bei mit Körperkontakt verbundenen Pflegehandlungen, am seltensten schrieten sie, wenn sie mit Mitbewohnerinnen oder mit Pflegekräften zusammen waren (vgl. Lind, 2000, S.26-28).

Dies deckt sich mit von Heeg und Radzey durchgeführten Verhaltensbeobachtungen in Pflegeheimen, bei denen sich mobile Demenzerkrankte häufig außerhalb ihres Zimmers und vorzugsweise an Aktivitätsknoten in der Nähe des Pflegepersonals aufhielten (vgl. Heeg, 2001a, S.107). Allerdings hatten Demenzerkrankte nach der Mannheimer-Studie deutlich weniger Kontakte, sowohl zum Personal als auch zu den geistig rüstigen Bewohnerinnen, als die Nicht-Dementen. Gleiches gilt auch für Aktivitäten außerhalb des Hauses, an denen Demente weniger beteiligt waren (vgl. Weyerer et al. 2000, S.19).

Auch die Teilnahme dementiell Erkrankter an der regelmäßigen Beschäftigungstherapie liegt mit 15,6% signifikant unter dem der nicht Dementen, von denen 25,9% regelmäßig an der Beschäftigungstherapie teilnahmen. Hierbei scheinen aber Mobilitätseinschränkungen eine weitere abhängige Variable darzustellen. Schließt man mobilitätseingeschränkte Bewohnerinnen aus, so gibt es nur noch einen statistisch nicht signifikanten Unterschied zwischen den beiden Bewohnergruppen (vgl. Weyerer et al, 2000, S.34).

Von den 15 Mannheimer Pflegeheimen boten nur vier spezielle Tagesgruppen für demenzerkrankte Bewohnerinnen an, zwei Heime planten die Einführung solcher spezieller beschäftigungstherapeutischer Angebote (vgl. Weyerer et al., 2000, S.36).

Keines der untersuchten 15 Mannheimer Heime verfügte über ein explizites Konzept zur Versorgung dementer Bewohnerinnen. Es wurden keine Spezialstationen für Demente geschaffen, lediglich ein Heim verfügte über eine Station für gerontopsychiatrische Bewohnerinnen (vgl. Weyerer et al., 2000, S.27).

In ihren Lebensbedingungen unterschieden sich die Demenzkranken deutlich von nicht demen-ten Heimbewohnerinnen: so verfügten demente Heimbewohnerinnen über schlechtere räumliche Ressourcen, wie z.B. Einzelzimmer, eigene Nasszellen oder dezentrale Aufenthaltsbereiche.

Auf Wohnbereichen mit einem hohen Anteil Demenzkranker wurden häufiger Lärm, übler Geruch oder ungünstige klimatische Bedingungen vorgefunden (vgl. Weyerer et al, 2000, S.40).

Baulich waren die Mannheimer Heime nur wenig den Bedürfnissen Dementer angepasst. So war der Außenbereich oft nicht behindertengerecht gestaltet, häufig waren Flure nicht ansprechend eingerichtet und boten keine Orientierung oder es fehlten Schutzvorrichtungen, um das Weglaufen verwirrter Bewohnerinnen zu verhindern (vgl. Weyerer et al., 2000, S. 22-23).

Viele Pflegeheimbauten sind in erster Linie auf rüstige alte Menschen hin geplant und gebaut worden. Untersuchungen von Heeg und Radzey zeigen, dass diese Bauten für Demenzkranke eine wenig günstige Umgebung darstellen: durch lange Flure mit vielen Türen, verwinkelte Wegführung und große Wohnbereiche mit 20 und mehr Bewohnerinnen sind Demenzkranke aufgrund ihres eingeschränkten Orientierungsvermögens überfordert. Offene Hallen führen durch ihren Lärm zu Stresssituationen und offene Treppen sowie viele Ein- und Ausgänge bedeuten zudem eine Gefährdung (vgl. Heeg, 2001a, S.106).

Während im Untersuchungszeitraum der Anteil pflegebedürftiger und dementer Heimbewohnerinnen zunahm, wurde gleichzeitig das Personal in den untersuchten Mannheimer Heimen um 13,5% reduziert (vgl. Weyerer et al, 2000, S.24). Beim Tätigkeitsprofil des Pflegepersonals stieg der Anteil grund- und funktionspflegerischer Tätigkeiten von 57% auf 65,6% an, zu Lasten der psychosozialen Betreuung, die im gleichen Zeitraum von 12% auf 6,7% abnahm (vgl. Weyerer et al., 2000, S.26-27).

Nach der NRW-Studie konnte beim Personaleinsatz die für dementiell erkrankte Bewohner so wichtige personelle Kontinuität nur begrenzt hergestellt werden. Hier konnte schon von einer überdurchschnittlichen Kontinuität gesprochen werden, wenn in einem Zeitraum von 10 Tagen nicht mehr als acht verschiedene Mitarbeiterinnen in größerem Umfang an der Pflege einer Bewohnerin beteiligt waren (vgl. NRW-Landespflegeausschuss, 2002, S.107). Die Studie kommt insgesamt für die Versorgung dementiell Erkrankter zu dem folgenden Ergebnis: „Die Versorgung in den untersuchten Wohnbereichen ist verhältnismäßig wenig an der individuellen Ausprägung gerontopsychiatrischer Problemlagen ausgerichtet Psychosoziale Betreuung oder

geplante psychiatrische Pflege nehmen ... einen insgesamt recht bescheidenen Platz im Versorgungsalltag ein“ (S.133).

Durch die Zunahme des Anteils dementiell veränderter Bewohnerinnen in den Alten- und Pflegeheimen haben sich diese zunehmend in gerontopsychiatrische Einrichtungen verändert, ohne dass gleichzeitig eine Anpassung der Versorgungs- und Betreuungsstrukturen stattgefunden hätte (vgl. Müller & Seidl, 2003, S.36).

1.3.3 Integrative versus segregative Versorgung Demenzerkrankter

In der stationären Betreuung Demenzkranker gibt es drei verschiedene Versorgungskonzepte: die integrative, die teilintegrative und die segregative Versorgung.

In Deutschland dominiert immer noch der integrative Versorgungsansatz. Dies wurde auch in den untersuchten 15 Mannheimer Alten- und Pflegeheimen deutlich. Von den 15 Heimen hatte lediglich eines eine spezielle, also segregative Station für gerontopsychiatrische Bewohnerinnen eingerichtet (vgl. Weyerer et al., 2000, S.27).

Die integrative Versorgung sieht vor, dass Demenzkranke zusammen mit geistig rüstigen alten Menschen auf normalen Wohnbereichen untergebracht werden sollen. Dies soll dem vermuteten Grundbedürfnis der Demenzkranken nach einem möglichst normalen Lebensumfeld gerecht werden und einen positiven rehabilitierenden Effekt auf die Erkrankten haben. Durch regelmäßiges Zusammensein mit geistig gesunden Bewohnerinnen sollen Demenzerkrankte zur Nachahmung und Stärkung verbliebener Fähigkeiten angeregt werden (vgl. Weyerer et al., 2000, S.77).

Häufig wird dieser integrative Ansatz in den Pflegeheimen praktiziert, ohne dass ein Integrationskonzept in der Einrichtung vorliegt. Es handelt sich hierbei um eine „Integration ohne Integrationskonzept“ (Dürmann, 2005, S.111).¹

Das Zusammenleben Dementer und nicht Dementer auf einem Wohnbereich birgt aber oft ein großes Konfliktpotential. Die nicht dementen Bewohnerinnen fühlen sich durch die Verhaltensauffälligkeiten der Demenzkranken, wie Schreien, Aggressivität oder Eindringen in ihre Privaträume gestört und reagieren teilweise mit verbaler oder auch tätlicher Aggressivität.

¹ Vgl. auch das Ergebnis einer Telefonrecherche von Berliner Pflegemanagementstudenten zu integrativen Betreuungskonzepten für Demenzerkrankte im Land Brandenburg: Von den 23 Einrichtungen, die im Altenheim-Adressbuch 2002 des Vincentz-Verlages mit dem Angebot „gerontopsychiatrische Betreuung“ eingetragen sind, hielten ganze 4 Einrichtungen dieses Angebot tatsächlich vor, vgl. Albrecht, Bernrath & Thieswald, n.d. S.12.

Die Dementen andererseits fühlen sich auf „normalen“ Wohnbereichen häufig überfordert und reagieren verstärkt mit stressinduzierten Verhaltensauffälligkeiten (Müller & Seidl, 2003, S.27). Zudem ergibt sich durch die zunehmende Anzahl dementiell Erkrankter in den Pflegeheimen auf mittlerweile über 50% die Situation, dass eine Mehrheit in eine Minderheit integriert werden soll. Damit sind die Grenzen der Integrationsmöglichkeiten in den Pflegeeinrichtungen erreicht, bzw. deutlich überschritten.

Daher zeichnet sich auch in Deutschland zunehmend der Trend ab, integrative Versorgungskonzepte zu verlassen und in den Heimen spezielle, räumlich und organisatorisch abgetrennte, Pflegeeinheiten für dementiell Erkrankte einzurichten (vgl. Schäufele, 2005, S.265).

Durch diese segregative Versorgung sollen Demenzerkrankte das Lebensumfeld und die Versorgung erhalten, die ihren besonderen Bedürfnissen entsprechen. Überforderungssituationen sollen durch eine Anpassung des gesamten baulichen und sozialen Umfelds sowie der Ablauforganisation vermieden werden (Weyerer et al., 2000, S.78).

Gegenüber dem segregativen Ansatz bestehen aber auch Vorbehalte. So wird argumentiert, dass dadurch eine Ausgrenzung und Stigmatisierung der Demenzerkrankten betrieben wird. Aber, selbst wenn dies zutreffend wäre, so die Befürworter der Segregation, so würden die Demenzerkrankten, zumindest ab einem bestimmten Stadium, davon nichts bemerken und sich in einer auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Versorgungsform wohler fühlen (Lind, 2000, S. 73-74; Müller & Seidl, 2003, S.26-27).

Weiterhin besteht die Gefahr, dass ohne geeignete Konzepte spezielle Versorgungsformen zu reinen „Verwahranstalten“ für auffällige Demenzerkrankte verkommen könnten (vgl. Radzey, Kuhn, Rauh & Heeg, 2001, S.26). Segregation für sich genommen bedeutet noch keine Verbesserung der Lebens- und Versorgungsbedingungen dementiell Erkrankter. Deshalb darf es keine Segregation ohne fachlich begründete Konzepte und entsprechende Qualitätsstandards geben.

Der teilintegrative Ansatz möchte die Vorteile der integrativen und der segregativen Versorgung miteinander verbinden. Demenzerkrankte und nicht Demente wohnen auf einem Wohnbereich zusammen, aber die Demenzerkrankten werden für mehrere Stunden oder den ganzen Tag über in speziellen Gruppen, meist außerhalb des Wohnbereiches, betreut (Weyerer et al., 2000, 78f).

1.3.4 Neue Konzepte in der stationären Versorgung Demenzerkrankter

Aufgrund der steigenden Anzahl dementiell Erkrankter in der Bevölkerung und in den Pflegeheimen bedarf es im Bereich der stationären Versorgung konzeptionelle und betriebliche Rahmenbedingungen, die sich an den Bedürfnissen Demenzerkrankter orientieren. Die traditionel-

len Heime sind räumlich und strukturell vorwiegend an gesunden Älteren oder körperlich Pflegebedürftigen orientiert. Integrativ versorgte Demenzerkrankte sind in diesen Einrichtungen oftmals überfordert und reagieren mit Verhaltensauffälligkeiten.

Deshalb werden neue Versorgungsformen für Menschen mit Demenz entwickelt, die die krankheitsbedingten Einschränkungen kompensieren wollen, auftretende Verhaltensstörungen positiv beeinflussen wollen und insgesamt auf Lebensqualität und Wohlbefinden der Dementen ausgerichtet sind.

Bei den neueren Ansätzen zur Langzeitbetreuung Demenzkranker lassen sich zwei Trends unterscheiden: Es werden nach dem Vorbild der USA spezielle Pflegeeinheiten („special care units“) für Demenzerkrankte geschaffen oder Wohn- bzw. Hausgemeinschaftskonzepte umgesetzt.

In Deutschland wurden spezielle segregative Wohnbereiche für Demenzerkrankte in 31 Hamburger Alten- und Pflegeheimen (sog. Hamburger Modell, vgl. Behörde für Soziales und Rehabilitation, 2000) und im Pflegeheim Polle (vgl. Dürrmann, 2001, S.80-109) eingerichtet. Zielgruppe dieser „Besonderen stationären Dementenbetreuung“ sind ausschließlich mobile und stark verhaltensauffällige Demenzerkrankte. Sie leben zusammen in einem demenzgerecht gestalteten Wohnbereich und erhalten eine spezielle, auf ihre Bedürfnisse ausgerichtete, pflegerische und therapeutische Betreuung.

Das Hausgemeinschaftskonzept wird vor allem vom Kuratorium Deutsche Altershilfe propagiert und unterstützt. Hausgemeinschaften haben zwar als Zielgruppe alle älteren pflegebedürftigen Menschen, verstehen sich aber aufgrund ihrer Konzeption als besonders gut geeignet für die Pflege und Betreuung Demenzkranker (vgl. Winter, Gennrich & Haß, 2002, Einführung).

2 Hausgemeinschaften

2.1 *Geschichte des Altenheimbaus in Deutschland*

Nach dem KDA kann man die Entwicklung des Altenheimbaus nach dem Zweiten Weltkrieg in 4 Stadien mit je eigener Schwerpunktbildung unterteilen (vgl. Winter, Gennrich & Haß, 2001, S.8-11). Bis zum Anfang der 60er Jahre entstanden die ersten Pflegeheime als einfache und wirtschaftliche Versorgungsformen. Diese Heime waren gekennzeichnet durch eine hohe Belegungsdichte bei gleichzeitiger räumlicher Enge. Die technische Ausstattung war minimal und die Pflege fand unter erschwerten Bedingungen statt. Die Pflegeheime dieser ersten Generation wurden nach dem Muster von „Verwahranstalten“ konzipiert, die dort lebenden älteren Menschen als „Insassen“ verstanden.

Die zweite Generation des Pflegeheimbaus mit Beginn der 60er Jahre orientierte sich an dem Leitbild des Krankenhauses und fühlte sich dem Rehabilitationsaspekt verpflichtet. In diesen Einrichtungen wurden die älteren Menschen als pflegebedürftige „Patienten“ wahrgenommen und entsprechend „behandelt“. Die Pflegeabläufe wurden optimiert und die Technik überbetont. Bei der Raumgestaltung dominierten stereotype räumliche Organisationseinheiten, analog zur Krankenhausarchitektur. Auf den Stationen fand das Schlafen und Pflegen statt, während Essen und Gemeinschaftsaktivitäten in gesonderten zentralen Bereichen stattfanden.

Davon distanzieren sich die Pflegeheime der dritten Generation in den 80er und 90er Jahren und gleichen sich mehr Wohnheimen bzw. Wohnhäusern an. Hier wurde versucht, Wohnbedürfnisse und Pflegeanforderungen miteinander zu verbinden und das Umfeld individuell und wohnlich zu gestalten. Die technische Versorgung soll diskret in den Hintergrund treten. Aus den aus der Krankenhausorganisation entlehnten „Pflegestationen“ wurden „Wohnbereiche“. Der ältere Mensch wird hier als „Bewohner“ angesehen, der zur Selbständigkeit aktiviert werden soll.

Seit Ende der 90iger Jahre ist mit dem Entstehen von Wohn- und Hausgemeinschaften das Einsetzen der vierten Generation des Pflegeheimbaus in Deutschland zu verzeichnen, eine Entwicklung, die – nach Ansicht des KDA- die bestehende Pflegeheimstruktur fundamental verändern wird. Hausgemeinschaften stehen für eine Abkehr von den räumlichen und sozialen Strukturen der traditionellen institutionellen Versorgung. Sie orientieren sich stattdessen an den gewohnten, alltäglichen Abläufen eines normalen Haushalts.

Neben den Hausgemeinschaften im stationären Bereich haben sich auch ambulant konzipierte Wohngemeinschaften etabliert. Diese entstanden vor allem in Berlin, wo sich mittlerweile ca. 70 solcher Wohngemeinschaften befinden. Verwaltet werden sie vom Berliner Verein „Freunde

alter Menschen“. Ähnlich betreibt der Verein „Autonomia“ ambulante Wohngemeinschaften für Demenzerkrankte im Ruhrgebiet (vgl. Freunde alter Menschen; Autonomia).

In ihrer Konzeption sind die Hausgemeinschaften von internationalen Vorbildern angeregt und beeinflusst worden, weshalb diese im Folgenden kurz vorgestellt werden sollen.

2.2 Vorbilder der Hausgemeinschaften

Vor allem in Schweden, Großbritannien, Frankreich und den Niederlanden sind Ende der 80iger, Anfang der 90iger Jahre mit unterschiedlichen Wohngruppenkonzepten Alternativen zur traditionellen, institutionellen Versorgungsform für Demenzkranke entwickelt worden (vgl. Radzey & Heeg, 2001, S.24-25).

2.2.1 Domus-Einheiten / Großbritannien

In Großbritannien wurden für Demenzkranke mit ausgeprägten Verhaltensstörungen so genannte Domus- Einheiten eingerichtet. Die Bewohnerstärke in den Domus- Einheiten liegt in der Regel bei 12 Personen. Die Domus- Philosophie geht auf E. Murphy und A. Macdonald zurück. Sie wollen die Qualität der Versorgung Demenzkranker verbessern und zwar auf der Basis der folgenden Grundsätze:

1. That the domus is the residents' home for life
2. That the needs of the staff are as important as those of the residents
3. That the domus should aim to correct the avoidable consequences of dementia, and accomodate those that are unavoidable
4. That the residents' individual psychological and emotianal needs may take preesence over the physical aspects of their care. (Lindsay, Briggs, Lawes, Macdonald & Herzberg, 1991, S.728)

Die Mitarbeiterorientierung wird durch flexible Arbeitszeitgestaltung, Mitsprachemöglichkeiten und Supervision angestrebt. Personell sind diese Einheiten sehr gut ausgestattet, einerseits quantitativ durch einen Personalschlüssel von ca. 1:1 und qualitativ durch einen hohen Fachkraftanteil. Allerdings werden die Domus- Einheiten damit auch zu einer sehr kostenintensiven Versorgungsform. Deshalb hat dieses Konzept in Großbritannien keine große Verbreitung gefunden. (Vgl. Radzey et al., 2001, S. 42-43; Wojnar, 2001b, S.48; Weyerer et al., 2000, S.48).

2.2.2 Malmö-Modell / Schweden

In Schweden wurde Mitte der 80iger Jahre das so genannte Malmö-Modell für die Versorgung von leicht bis mittelschwer dementiell erkrankte, aber noch nicht schwer pflegebedürftige ältere Menschen entwickelt. Etwa acht bis neun Bewohnerinnen leben in einem gewöhnlichen Wohn-

gebäude zusammen. Dabei soll die Ausstattung an die kognitiven Behinderungen der Bewohnerinnen angepasst sein. Alle Wohngruppen haben einen privaten Bereich mit einem Wohn- und Schlafraum sowie Dusche und WC und einen Gemeinschaftsbereich, der sich aus Küche, Wohn- und Esszimmer zusammensetzt. Die Betreuung erfolgt rund um die Uhr durch ausgebildete und in der Demenzpflege erfahrene Krankenschwestern, die von nicht voll ausgebildeten Kräften unterstützt werden.

Das Grundprinzip der Wohngruppen liegt in dem Vermitteln von Geborgenheit und einem familiären, häuslichen Lebensgefühl. Die Bewohnerinnen sollen an den täglichen Aktivitäten wie Kochen, Aufräumen etc. teilnehmen, Angehörige werden aktiv in die Betreuung miteinbezogen. Ist die Demenzerkrankung so weit fortgeschritten ist, dass eingeschränkte Mobilität und Inkontinenz eingetreten sind, verlassen die Dementen die Wohngruppe und siedeln in ein Pflegeheim über. (Vgl. Annerstedt, 1994, S.19-33).

2.2.3 Cantou / Frankreich

Das Wort „Cantou“ entstammt der alten Oc- Sprache in Südwest- Frankreich und bezeichnet die offene Feuerstelle im Haus, um die man sich früher versammelte und wo sich das Familienleben abspielte. So ist tragender Mittelpunkt eines jeden Cantou der Gemeinschaftsraum mit einem großen Tisch und einem freistehenden Elektroherd, der modernen Variante einer Feuerstelle. Mittlerweile bezeichnen sich ca. 150 Einrichtungen in Frankreich als Cantou. Der erste Cantou „Foyer Emilie de Rodat“ wurde 1977 in Rueil- Malmaison bei Paris von Georges Caussanel initiiert. Die Einrichtung Foyer Emilie de Rodat beherbergt in einem mehrgeschossigen Gebäude sieben Cantou. Davon haben die beiden Cantou im Erdgeschoss Zugang zu einem Garten. Zielgruppe des Cantou sind dementiell erkrankte ältere Menschen, die weder in der Familie noch in den traditionellen Heimen adäquat versorgt werden können. Die jeweils 12 bis 15 Bewohnerinnen können in ihrem Cantou bis zu ihrem Tode bleiben.

Grundprinzip der Cantou- Versorgung ist die Schaffung eines familienähnlichen Wohn- und Lebensbereiches, bei dem besonders den gemeinsamen häuslichen Aktivitäten, wie Kochen, Backen, Essen und Spülen große Bedeutung beigemessen wird. Dabei gilt das Subsidiaritätsprinzip: jede Bewohnerin soll so viel wie möglich selber machen, sie erhält nur die Hilfe, die sie tatsächlich braucht. Auch die Bewohnerinnen, die zu hauswirtschaftlichen Tätigkeiten nicht mehr in der Lage sind, sind einbezogen und können beobachten, was um sie herum geschieht. Über die hauswirtschaftlichen Aktivitäten hinaus werden vom Cantou keine Beschäftigungsprogramme angeboten. Spaziergehen, Musik hören oder Vorlesen kann aber durch die Angehörigen abgedeckt werden.

Zu dem Gemeinschaftsbereich im Cantou gehört neben der großen Wohnküche im Idealfall auch ein abgeschlossener und eingezäunter Garten. Jede Bewohnerin hat ein mit persönlichen Möbeln eingerichtetes Einzelzimmer mit eigenem Duschbad und Toilette.

Schlüsselfigur eines jeden Cantou ist die Hausfrau, die *Maîtresse de Maison*. Sie benötigt keine pflegerische Qualifikation, worauf sogar geachtet wird, da Pflegekräfte zu sehr in ihrem Fachdenken befangen seien. Die *Maîtresses de Maison* leisten alle im Cantou anfallenden hauswirtschaftlichen, betreuerischen und grundpflegerischen Arbeiten. Bei der Hausreinigung werden sie von Reinigungshilfen unterstützt. Die Reinigung der Bettwäsche wird extern erbracht. Teile des Einkaufes sind zentral organisiert. Die Behandlungspflege wird durch einen ambulanten Pflegedienst übernommen. Im Cantou herrscht ein insgesamt niedriger Personalschlüssel: 3,5 Vollzeitstellen sind mit Hausfrauen besetzt und 0,6 Stellen mit Reinigungskräften.

Dabei sind von 8.00 bis 13.00 Uhr und von 19.00 bis 20.30 Uhr zwei Hausfrauen gleichzeitig im Cantou anwesend, von 13.00 bis 19.00 Uhr nur eine Person. Nachts sind zwei Nachtwachen für die gesamte Einrichtung zuständig.

Auch das Personal wird als Teil der Gemeinschaft angesehen, somit entfallen eigene Personalräume. Es gibt lediglich einen Schrank für Medikamente und die Pflegedokumentation. Als Umkleideraum wird der Wirtschaftsraum, in dem Wäsche gewaschen wird, genutzt.

Die Angehörigen werden ebenfalls als ein Teil des Cantou betrachtet. Sie können in das Cantou kommen, wann immer sie wollen. Sie können an den gemeinsamen Mahlzeiten teilnehmen und im Zimmer der Bewohnerin übernachten. Sie werden dazu motiviert, sich so oft wie möglich mit ihren Fähigkeiten an dem täglichen Leben im Cantou zu beteiligen, denn ihnen obliegt weiterhin die Verantwortung und Sorge für ihren Demenzkranken. Die grundlegende Versorgung ist allerdings auch ohne die Mitarbeit der Angehörigen sichergestellt, was sie leisten können, stellt eine zusätzliche Qualität für die Bewohnerinnen dar. Einzige Verpflichtung, die die Angehörigen haben, ist an den monatlichen Besprechungen teilzunehmen. (Vgl. Jani-Le Bris, 1999, S.31-33; Radzey, Heeg & Goerlich, 1999).

2.2.4 Anton-Pieck-Hofje / Niederlande

Das Anton-Pieck-Hofje weist eine für die Niederlande spezifische Architektur auf. Die Bauform des Hofje gibt es seit dem 13. Jahrhundert und wurde von wohlhabenden Bürgern als soziale Stiftungen beispielsweise als Alterssitz für die Bediensteten eingerichtet. Das Anton-Pieck-Hofje ist seit 1989 in Betrieb und versteht sich als modellhafte Einrichtung für dementiell erkrankte Menschen. Betrieblich ist das Anton-Pieck-Hofje an das Pflegeheim Overspaarne angebunden. Die Dementen werden nach dem Prinzip der „warme zorg“ betreut, bei dem es wichtig ist, den Erkrankten ein vertrautes häusliches Umfeld zu schaffen, das an ihrem Erleben orientiert ist und

ihren Bedürfnissen entspricht. Die Bewohnerinnen sind Mieterinnen ihrer Wohnungen. Sie brauchen sich nicht an Heimregeln anzupassen, sondern das Hofje versucht individuelle Lösungen für die Bedürfnisse seiner Bewohnerinnen zu finden.

Das Baukonzept des Hofje sieht so aus, dass die sechs Reihenhäuser rund um einen Innenhof, der als Garten angelegt ist, gruppiert sind. Jedes Haus beherbergt sechs Bewohnerinnen, und ist für sich autark. Es besteht aus sechs kleinen Zimmern (9,75 bis 14 m²), einem großen Wohn-/Esszimmer mit offener Küche, einem gemeinsamen Badezimmer und einer weiteren separaten Toilette. Zusätzlich gibt es noch einen kleinen Vorratsraum und ein Gästezimmer, das auch als Dienstzimmer genutzt wird. Die Wohnungen werden mit eigenen Möbeln der Bewohnerinnen ausgestattet und entsprechen einer normalen häuslichen Wohnsituation. Im Obergeschoß gibt es weitere 14 Wohnungen, die ursprünglich für Angehörige vorgesehen waren, jetzt aber, da dieses Angebot kaum genutzt wurde, überwiegend von Mitarbeiterinnen bewohnt werden.

Zielgruppe des Anton-Pieck-Hofje sind dementiell erkrankte ältere Menschen, bei denen aber keine Aphasie oder ein stark antisoziales Verhalten vorliegen darf. Eingeschränkte Mobilität und Rollstuhlgebundenheit sprechen nicht gegen eine Aufnahme. Die Bewohnerinnen können bis zu ihrem Tod in der Einrichtung bleiben. Lediglich, wenn Angehörige bei Nahrungsverweigerung das Legen einer Magensonde wünschen, muss die Bewohnerin verlegt werden, da es im Anton-Pieck-Hofje keine Zwangsernährung gibt.

Aufgrund der Architektur des Anton-Pieck-Hofje können Demente ihrem Bewegungsdrang ungehindert nachgehen. Dies wird durch einen überdachten Rundgang um den Innenhof, der von den Wohnzimmern aus zu erreichen ist, ermöglicht. Hier können die Bewohnerinnen so lange laufen, wie sie wollen.

Wie im Cantou werden auch im Hofje keine spezifischen therapeutischen Maßnahmen durchgeführt. Die Betreuung besteht darin, dass gemeinsam gelebt wird und gemeinsam hauswirtschaftliche Tätigkeiten durchgeführt werden. Hierbei können sich die Bewohnerinnen nach ihren Fähigkeiten und Neigungen einbringen.

Die Versorgung der Bewohnerinnen eines Hauses wird durch ein Basisteam mit 4,5 Vollzeitstellen gewährleistet. Da grundsätzlich nur Teilzeitverträge abgeschlossen werden, besteht ein Basisteam aus fünf bis sechs Mitarbeiterinnen. Von 8.00 bis 14.00 Uhr sind zwei Basisteammitglieder in der Wohnung anwesend, von 14.00 bis 23.15 Uhr ist ein Mitglied alleine. Die Mitarbeiterin braucht keine pflegerische Qualifikation vorzuweisen. Sie muss aber Erfahrung im Umgang mit Dementen nachweisen und über hauswirtschaftliche Fähigkeiten verfügen, da sie neben der Grundpflege und Betreuung der Bewohner auch einen Sechs-Personen-Haushalt führen muss. Die Behandlungspflege wird extern von einem ambulanten Pflegedienst übernommen. Nachts sind zwei Mitarbeiterinnen für die gesamte Einrichtung zuständig.

Die Aufgaben der Angehörigen bestehen darin, das Zimmer der Bewohnerin auszustatten und bei Bedarf zu renovieren. Dies ist im Mietstatus der Bewohnerin begründet. Weiterhin sind die Angehörigen verpflichtet, eine schriftliche Biografie der Bewohnerin zu erstellen. Ansonsten ist es ihnen freigestellt, in welchem Maße sie sich engagieren möchten. Angehörige haben den gleichen Status wie die Mitarbeiterinnen und entscheiden über die Betreuung ihres Angehörigen mit. (Vgl. Scholl, 1998; Radzey et al., 1999, Decker & Guerra, 2002).

Die Hausgemeinschaften in Deutschland sind vor allem von den Cantou und dem Anton-Pieck-Hofje maßgeblich beeinflusst worden. Während in Deutschland diese Versorgungsform noch weitgehend „in den Kinderschuhen“ steckt, ist sie in den beiden Nachbarländern bereits weitgehend zum Regelfall geworden (vgl. Arend, 2005, S.6).

2.3 Charakteristika von Hausgemeinschaften

Es existiert keine allgemein anerkannte Definition von Hausgemeinschaften. Schon die Bezeichnung ist unterschiedlich. Das Kuratorium Deutscher Altershilfe gebraucht den Begriff „Hausgemeinschaft“, andere „Wohngruppe“ oder „Wohngemeinschaft“; auch die Bezeichnung „Wohnküchenkonzept“ ist gebräuchlich (vgl. Klie, 2002; Pawletko, 2004; Wallrafen-Dreisow & Dettbarn-Reggentin, 2003). Terminologisch kristallisiert sich zunehmend eine Verwendung des Begriffs „Hausgemeinschaften“ für den stationären Bereich und des Begriffs „Wohngemeinschaft“ für die ambulante Versorgungsform heraus (vgl. Müller & Seidl, 2003, 29; vgl. zu den verschiedenen Typen von Haus- bzw. Wohngemeinschaften Kap 2.5, S.33). Auch die konzeptionelle Ausgestaltung des Begriffs ist unterschiedlich. Die folgende Charakterisierung folgt der Konzeption des Kuratoriums Deutscher Altershilfe (vgl. Winter et al., 2001, S.9-56).

Das Leben in einer Hausgemeinschaft ist durch Alltagsnähe und Normalität und der damit verbundenen Geborgenheit in einem vertraut empfundenen Milieu charakterisiert. Daraus leiten sich die Konzepte der Dezentralisierung, der Überschaubarkeit, der Alltagsorientierung und der ständigen Präsenz einer Bezugsperson ab.

Die Überschaubarkeit in einer Hausgemeinschaft wird dadurch erreicht, dass eine bestimmte Gruppengröße nicht überschritten wird. Ideal ist eine Bewohneranzahl von sechs bis acht Personen. Die Bewohnerinnen leben in einem gemeinsamen Haushalt. Hauswirtschaftliche Versorgung wie Kochen oder Wäschewaschen werden dezentral in den einzelnen Hausgemeinschaften durchgeführt. Eine zentrale Versorgung sieht das Hausgemeinschaftskonzept nicht vor. Jede Hausgemeinschaft ist autonom, sie kann aber im Verbund mit anderen Hausgemeinschaften oder einem Dienstleistungszentrum geführt werden (vgl. Winter et al., 2001, S.9).

2.3.1 Architektur und Raumprogramm

In der Architektur und im Raumprogramm werden die Grundkonzepte von Normalität, Wohnlichkeit und Überschaubarkeit folgendermaßen umgesetzt: Herzstück einer jeden Hausgemeinschaft ist eine ca. 50 m² große Wohnküche mit einem möglichst freistehenden Herd, in der sich, wie in den Cantou, das Gemeinschaftsleben abspielt. Diese Wohnküche muss für die Bewohnerinnen leicht auffindbar sein. Idealerweise besteht von hier aus ein Zugang zu einem geschützten Außenbereich, einem Garten, einer Terrasse oder einem begrünten Innenhof. Jede Bewohnerin hat ein mindestens 16 m² großes eigenes Zimmer mit Duschbad und WC, das sie individuell mit ihren Möbeln und Erinnerungsstücken einrichten kann. Dieser Ort bietet für jede Bewohnerin den notwendigen Rückzugsraum und Ausgleich zu dem Gruppengeschehen. Die wenigen und überschaubaren Räume einer Hausgemeinschaft ermöglichen besonders verwirrten älteren Menschen eine wesentlich besserer Orientierung und sorgen so für mehr Sicherheit, Geborgenheit und Lebensqualität.

Dem Alltag der Bewohnerinnen eher ferne und fremde Flächen, wie Eingangshalle, Festsaal, Speisesäle, Zentralküche oder Wäscherei, werden nach dem Konzept der Normalisierung und Dezentralisierung in der Hausgemeinschaftsarchitektur erheblich reduziert bzw. in die einzelnen Hausgemeinschaften hineinverlagert, in Form von angemessen dimensionierten Wohnküchen und Hauswirtschaftsräumen. Schwesternzimmer werden zu Minibüros oder Schreibplätzen innerhalb der einzelnen Hausgemeinschaft, diverse Pflegearbeitsräume können wegen der geringen Anzahl der Bewohnerinnen entfallen. Zusätzlich sind für jede Hausgemeinschaft ein Abstellraum und ein zusätzliches, möglichst behindertengerechtes WC für Personal und Gäste einzuplanen. Ein Badezimmer mit Badewanne kann, sofern zentral gelegen, von zwei bis drei Hausgemeinschaften genutzt werden (vgl. Winter et al., 2001, S. 12-14; 24-37).

Diese Architektur ist natürlich nur bei Neubauprojekten idealtypisch umzusetzen. Aber auch bei den anstehenden Renovierungen - nach KDA-Schätzungen sind ca. die Hälfte aller Pflegeheimplätze dringend sanierungsbedürftig (vgl. Winter et al., 2002, Einführung) - können solche Konzepte gut umgesetzt werden (vgl. Schneider-Grauvogel, 2004, mit Beispielen).

2.3.2 Tagesgestaltung

Bei der Tagesgestaltung in den Hausgemeinschaften steht der gelingende Alltag im Mittelpunkt. Dabei soll auch bei intensiver Pflegebedürftigkeit und bei schweren Demenzerkrankungen eine möglichst große Selbständigkeit und Mitbestimmungsmöglichkeit der Bewohnerinnen ermöglicht werden.

Das Gemeinschaftsleben spielt sich, wie im Cantou, vor allem in der Wohnküche ab, quasi rund um den Herd. Hier werden alle Tätigkeiten, die in einem Haushalt gewöhnlich und regelmäßig anfallen, durchgeführt. Diese hauswirtschaftlichen Aktivitäten geben dem Tagesablauf seine Struktur. Die Bewohnerinnen beteiligen sich, wenn sie können und wollen, an den alltäglichen Aktivitäten in der Küche. Oder sie sitzen ganz einfach dabei und nehmen das Leben in der Wohnküche auf (vgl. Winter et al. 2001, S. 20). Der ganz gewöhnliche Alltag mit seinen vertrauten Arbeits- und Bewegungsabläufen, Geräuschen und Gerüchen soll Orientierung geben und stimulierend auf die Bewohnerinnen wirken. „In der Küche sitzen, den frischen Kaffeeduft aufnehmen, die Zwiebeln in der Pfanne brutzeln hören, dazu der Lieblingsschlager aus dem Radio. Die vertrauten Eindrücke beziehen das gesamte Sinnesspektrum (riechen, schmecken, hören, tasten, sehen) mit ein. Diese Stimulationen und der sinnlich erfahrbare Tagesrhythmus sorgen gerade bei demenziell Erkrankten ... für eine besserer Orientierung in Raum und Zeit und damit für mehr persönliche Sicherheit und Wohlbefinden“ (Winter et al., 2001, S.23).

2.3.3 Personalkonzept

Entsprechend der Orientierung des Tagesablaufs am normalen Alltag steht die hauswirtschaftliche Versorgung im Mittelpunkt. Eine so genannte Präsenzkraft oder Alltagsmanagerin übernimmt nach dem Vorbild der „Maîtresse de maison“ der Cantou die Haushaltsführung in der Hausgemeinschaft. Sie ist für ca. 14 Stunden am Tag in der Hausgemeinschaft anwesend und übernimmt die Arbeiten, die in der eigenen Häuslichkeit von den Angehörigen der Pflegebedürftigen übernommen werden. Die Funktion der Präsenzkraft sollte nach den Vorstellungen des KDA durch ausgebildete Fachkräfte in der Hauswirtschaft („geprüfte Fachhauswirtschaftlerin“) besetzt werden. Gleichsam zwangsläufig - die Hausarbeit muss ja gemacht werden - ist so ständig jemand in der Hausgemeinschaft anwesend und für die Bewohnerinnen ansprechbar. Allein schon die ständige Präsenz kommt dem erhöhten Schutzbedürfnis gerade auch dementiell erkrankter Pflegebedürftiger entgegen. Umgekehrt können die Bewohnerinnen besser unterstützt und „im Auge behalten“ werden. Neben der Haushaltsführung übernimmt die Alltagsmanagerin auch grundpflegerische Aufgaben und die Kontaktpflege innerhalb der Hausgemeinschaft, zu Angehörigen und zu Ärzten.

Bei der Konzeption der Präsenzkraft wird wieder das Konzept der Dezentralisierung deutlich: das Versorgungspersonal wird von zentralisierten Standorten wie Zentralküche und Wäscherei weggeholt und den einzelnen Hausgemeinschaften zugeordnet.

Pflegefachkräfte werden je nach individuellem Bedarf für pflegerische Aufgaben hinzugezogen, diese erbringen ihre Leistungen eher dezent und aus dem Hintergrund. Sie kommen entweder als ambulanter Dienst in die Hausgemeinschaft oder über einen hauseigenen pflegerischen

Dienst. Wichtig bei der pflegerischen Versorgung ist das ambulante Denken auch in stationären Strukturen. Die Hausgemeinschaften sind als Haushalt der Pflegebedürftigen aufzufassen und nicht als Arbeitsstelle der Pflegekräfte.

Der Nachtdienst in einer Hausgemeinschaft wird entweder von einer Nachtbereitschaft oder einer anwesenden Pflegefachkraft übernommen.

In den Hausgemeinschaften sollen sich Haushalt und Pflege in etwa die Waage halten.

Aufgabe der Pflegefachkräfte ist neben der Durchführung pflegerischer Aktivitäten, die Anleitung und Supervision der Alltagsmanagerinnen. Darüber hinaus sind sie für die gesamte Pflegeprozesssteuerung verantwortlich: sie erheben den Pflegebedarf, planen und evaluieren die Pflege.

Bei der Personalkalkulation sind nach Vorstellung des KDA für eine durchschnittliche Achter-Hausgemeinschaft 3,25 Vollzeitstellen für die Alltagsmanagerinnen ausreichend.

Würden mehr als acht Bewohnerinnen in eine Hausgemeinschaft aufgenommen, so müssten mehr als 3,25 Vollzeitkräfte eingesetzt werden, bei weniger Bewohnerinnen könnten die Stellen aber nicht weiter reduziert werden, da sonst keine 14-stündige Präsenz in den Hausgemeinschaften erreicht werden könnte.

Der Stellenanteil der Pflegefachkräfte ist abhängig von der Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen. Bei einer Pflegestufenverteilung von jeweils zwei Personen in Pflegestufe I und III und vier Personen in Pflegestufe II sind 2,75 Vollzeitstellen ausreichend. Hintergrund dieser Kalkulation ist der definierte Pflegezeitbedarf je Pflegestufe, dabei sind zwar Pflegezeiten in der Nacht berücksichtigt worden, aber nicht die auch außerhalb von Pflegetätigkeiten zu gewährleistende Präsenz im Nachtdienst. Deshalb empfiehlt das KDA auch Hausgemeinschaften im Verbund zu betreiben, da sich andernfalls eine ständig präsenzte Nachtwache nicht finanzieren lasse.

Eine Hausgemeinschaft mit acht Bewohnerinnen käme also, ohne Berücksichtigung des Nachtdienstes, auf insgesamt sechs Vollzeitstellen und damit auf einen Personalschlüssel von 1:1,33. Bei einer Gruppengröße von maximal acht Personen soll die Alltagsmanagerin noch in der Lage sein, ihre Aufgaben alleine innerhalb ihrer „Schicht“ zu bewältigen. Durch den Einsatz der Pflegefachkräfte kommt allerdings weiteres Personal zur Alltagsmanagerin hinzu, so dass tagsüber meist zwei, manchmal sogar, etwa zu bestimmten Spitzenzeiten oder bei Notfällen, drei Kräfte gleichzeitig in einer Hausgemeinschaft anwesend sind.

Auf einen Hausmeister kann in den Hausgemeinschaften verzichtet werden, da es hier, anders als in traditionellen Einrichtungen, keine überdimensionierten Heizungsanlagen und Gartenflächen zu pflegen gibt. Kleine Reparaturen können, wie in jedem normalen Haushalt auch, durch die Präsenzkkräfte oder durch Angehörige durchgeführt werden. Größere Reparaturen werden

von Firmen vor Ort durchgeführt. Zur Sicherung der Managementaufgaben bietet es sich wieder an, Hausgemeinschaften in einem Verbund zu betreiben oder in Kombination mit traditionellen Pflegeheimen. (Vgl. Winter et al. 2001, S. 42-56).

2.3.4 Einbezug der Angehörigen

Die geringe Personaldichte in den Hausgemeinschaften führt einerseits zu Vertrautheit und Überschaubarkeit der Mitarbeiterinnen für die Bewohnerinnen. Andererseits sind die Hausgemeinschaften aber durch den Ausfall von Mitarbeiterinnen gefährdeter als größere Einrichtungen, da dieser Ausfall nicht ohne weiteres durch die Anwesenheit weiterer Mitarbeiterinnen kompensiert werden kann. Auch deshalb spielen Angehörige für die Qualität und Funktionsfähigkeit der Hausgemeinschaften eine wichtige Rolle. So sind Angehörige, Freunde und Nachbarn gern gesehene Gäste in den Hausgemeinschaften, die sich dort engagieren können und sollen. Durch die angestrebte Integration einer Hausgemeinschaft in den Wohnort, also dem vertrauten Umfeld der Bewohnerinnen, wird die Aufrechterhaltung der Kontakte zu Angehörigen, Nachbarn und Freunden erleichtert. (Vgl. Winter et al., 2001, S. 42).

2.3.5 Kosten

Nach der Machbarkeitsstudie des KDA sind Hausgemeinschaften bei Gewährleistung hoher Pflegequalität nicht teurer als vergleichbare stationäre Einrichtungen der dritten Generation des Altenheimes. Die in den Hausgemeinschaften angebotenen Dienstleistungen konzentrieren sich auf den eigentlichen Wertschöpfungsprozess. Leistungen, die aus Sicht der Bewohnerinnen oder Angehörige sowie aus fachlicher Sicht nicht notwendig sind, werden auch nicht angeboten. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht sollten aber Hausgemeinschaften in einem Verbund von mindestens drei Hausgemeinschaften oder in Kombination mit Dienstleistungszentren bzw. herkömmlichen Altenheimen betrieben werden. So lassen sich übergreifende Managementaufgaben, wie Verwaltung, Abrechnung, Personalführung, und auch die Besetzung des Nachtdienstes wirtschaftlich finanzieren. (Vgl. Winter et al., 2001, S. 43-51).

2.4 Zielgruppe von Hausgemeinschaften

Das Kuratorium deutscher Altershilfe sieht das Hausgemeinschaftskonzept zwar als besonders gut geeignet für die Versorgung demenzerkrankter älterer Menschen, will sich aber nicht ausschließlich auf diese Zielgruppe festlegen. Alle pflegebedürftigen älteren Menschen würden von diesem Konzept profitieren (vgl. Winter et al., 2002, Einführung).

Im KDA-Qualitätshandbuch Demenz wird dazu aufgefordert, keine grundsätzliche Entscheidung für oder gegen ein Zusammenleben von dementen und nicht dementen Bewohnerinnen in Hausgemeinschaften zu treffen, vielmehr solle man sich an den Vorlieben und Eigenschaften der Menschen selbst orientieren, dann können beide Versorgungsformen möglich sein (vgl. Maciejewski, Sowinski, Besselmann & Rückert, 2001, II/15).

Die überwiegende Anzahl der Hausgemeinschaften verfährt nach dem segregativen Modell und nimmt ausschließlich Demenzerkrankte als Bewohnerinnen auf (vgl. Böhler, Böhmer, Guerra, Klie & Pfundstein, 2002, S.80).

Bei den Vertretern des segregativen Ansatzes gibt es einige, die innerhalb der Gruppe der Demenzkranken noch einmal differenzieren hinsichtlich des Schweregrades der Demenz und des Mobilitätsstatus der Bewohnerinnen.

Nach Wojnar (2001b) besteht die Notwendigkeit für die unterschiedlichen Schweregrade der Demenz verschiedene Betreuungssettings anzubieten (vgl. S.41), wie es beispielsweise im Demenztwohnhaus in Braunschweig umgesetzt wird. Dort gibt es Wohngruppen für mobile dementiell Erkrankte im Erdgeschoss, für mittelgradig erkrankte Demente ohne ausgeprägten Bewegungsdrang im Obergeschoss und für bettlägerige Demenzerkrankte im Dachgeschoss (vgl. Guerra, 2002b, S.272; ambet, 2001). Auch in den Häusern Holle und „Haus Silberkamp“ gibt es unterschiedliche Wohngruppen für die verschiedenen Stadien der Demenz (siehe unten S.35).

Im Haus „Sonnweid“ in Wetzikon/ Schweiz werden die Dementen nach dem „Drei- Welten-Konzept“ in drei unterschiedlichen „Lebensräumen“ je nach Schweregrad der Demenz versorgt: Im Stadium der leichten Demenz werden die Bewohnerinnen in Wohngemeinschaften von 6 bis 8 Bewohnerinnen betreut, bei mittelschwerer bis schwerer Demenz in betreuten Kleingruppen von 10 bis 12 Personen. Die schwerstdementen und immobilen Bewohnerinnen leben in der so genannten „Oase“, ein Mehrbettzimmer mit einem speziell gestalteten Milieu aus Musik, Klängen und Düften (vgl. Held & Schilling, 2004, S. 109-152).

Im „Haus Schwansen“ in Rieseby werden die Demenzerkrankten sogar in vier verschiedenen Lebensumfeldern betreut. Nur die verhaltensauffälligen dementen Bewohnerinnen leben in Wohngruppen. Die unauffälligen Demenzerkrankten werden in einem Wohnbereich mit 30 Bewohnerinnen versorgt und die schwer pflegebedürftigen immobilen Demenzkranken in den so genannten „Inseln“. Dies sind Doppelzimmer, die als „Höhlen der Geborgenheit“ gestaltet sind. Eine eigene Betreuungsform gibt es für die Bewohnerinnen mit frontotemporaler Demenz, meist jüngere Bewohnerinnen zwischen 50 und 65, die kaum gruppenfähig sind und einen großen Bewegungsdrang haben (vgl. Gaier, 2004, S.32-36).

Bei diesen weiter differenzierten segregativen Ansätzen müssen dann, wenn die Bewohnerin nicht mehr in die angestrebte Zielgruppe passt, weiterer Umzüge innerhalb der Einrichtung in

Kauf genommen werden. Dies wird vom KDA abgelehnt, da die Bewohnerinnen durch einen Umzug die in der Hausgemeinschaft gefundene Vertrautheit und Geborgenheit wieder verlieren würden (vgl. Winter et al., 2002, Einführung).

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht birgt der segregative Ansatz gewisse Risiken. Hier muss beim Freiwerden eines Platzes erst wieder eine passende Bewohnerin gefunden werden, während bei dem integrativen Ansatz schneller neu belegt werden kann, was zu einem höheren Auslastungsgrad der Hausgemeinschaft führt (vgl. Arend, 2005, S.51).

2.5 Typen von Hausgemeinschaften

Bei den Hausgemeinschaften können nach Klaus Pawletko (2004) vier verschiedene Typen unterschieden (vgl. S.14-15):

1. den ambulanten Typus mit zentraler Bezugsperson
2. den ambulanten Typus mit ausschließlicher Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst
3. den ausgegliederten stationären Typus
4. den integrierten stationären Typus

Bei den beiden ambulanten Typen befindet sich die Wohngemeinschaft in der Regel in einer Wohnung oder einem normalen Haus. Die Bewohnerinnen haben den Status einer Mieterin. Bei dem ambulanten Typus mit zentraler Bezugsperson haben Wohngemeinschaften als kontinuierliche Ansprechperson eine Haushälterin angestellt. Darüber hinaus werden grund- und behandlungspflegerische Tätigkeiten von einem ambulanten Pflegedienst erbracht. Als Vorbild für diesen Typus ist das Anton-Pieck-Hofje anzusehen. In Münster wird die Hausgemeinschaft „Villa Hittorfstraße“ nach diesem Prinzip betrieben.

Bei dem ambulanten Typus mit ausschließlicher Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst orientiert sich die Versorgungsstruktur am tatsächlichen Pflegebedarf der einzelnen Bewohnerinnen. Die daraus entstehenden Ansprüche werden zusammengelegt und von der Summe wird die ambulante Pflege „eingekauft“. Hinzu kommt noch der Einkauf von Betreuung und hauswirtschaftlicher Versorgung. Der ambulante Pflegedienst soll seine Einsätze dabei so gestalten, dass eine 24-stündige Betreuung in der Wohngemeinschaft gewährleistet ist.

Die Wohngemeinschaften in Berlin, die vom Verein „Freunde alter Menschen“ geführt werden, arbeiten nach diesem Typus.

Diesen ambulanten Wohngemeinschaften entspricht in der KDA-Typologie die Hausgemeinschaft mit Mieterstatus (vgl. Winter et al., 2002, Einführung).

Der ausgegliederte stationäre Typus wird auch heimverbundene Hausgemeinschaft genannt.

Eine Hausgemeinschaft ist hier, wie bei den ambulanten Typen, in einem ganz normalen Wohnumfeld angesiedelt, wird aber unter dem organisatorischen Dach einer stationären Pflegeeinrichtung betrieben. Dieses Modell wird in Wetter bei Marburg umgesetzt.

Der integrierte stationäre Typus ist besonders durch die französischen Cantou beeinflusst worden. Hier wird ein Pflegeheim in mehrere Hausgemeinschaften aufgeteilt. Nur dieser Typus käme für ein traditionelles Pflegeheim in Frage, das seine bisherigen Versorgungsstrukturen aufgeben und Hausgemeinschaften bei sich einführen möchte.

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe unterscheidet bei dem stationären Typus noch zwischen den KDA-Hausgemeinschaften, die die vom KDA propagierte Gruppengröße von maximal acht Bewohnerinnen einhalten und den so genannten „wohnbereichsorientierten Hausgemeinschaften“. Letztere haben eine Gruppenstärke von 9 bis 12 Bewohnerinnen, da die vorgegebene bauliche Substanz oft keine kleineren Gruppen zulässt. Aber auch betriebswirtschaftliche Überlegungen führten bei einigen Hausgemeinschaften zu dieser Gruppengröße. Das Land Sachsen favorisiert diesen Typus, so dass er dort zum Regelfall bei neu errichteten Pflegeheimen geworden ist (vgl. Winter et al., 2002, Einführung).

Exkurs: Milieutherapeutische Demenzwohngruppen

Im folgenden Exkurs sollen Wohngruppen vorgestellt werden, die sich selbst nicht als Hausgemeinschaften im Sinne des KDA verstehen, aber eine große gemeinsame Schnittmenge mit dem Konzept des Kuratoriums Deutscher Altershilfe aufweisen.

1. MIDEMAS-Wohngruppen

MIDEMAS steht für „Milieutherapeutisch orientierte Demenz-Wohngruppen Mannheim/ Stuttgart“. Diese Wohngruppen verstehen sich als eine besondere Versorgungsform für verhaltensauffällige Demenzkranke. Neben Elementen des Hausgemeinschaftskonzepts weisen sie auch Elemente der „Besonderen stationären Dementenbetreuung“ auf, wie sie in Hamburg durchgeführt wird (vgl. oben S.21).

Das MIDEMAS- Projekt wurde in Baden-Württemberg im Zeitraum vom 1.5.2000 bis zum 30.4.2003 durchgeführt. Hierbei wurden in sechs Altenpflegeeinrichtungen¹ milieutherapeutisch orientierte Demenzwohngruppen eingerichtet (vgl. Heeg & Radzey, n.d., S.1-9).

¹ Zu den Einrichtungen gehören: Lothar Christmann Haus in Stuttgart, Haus Morgenstern in Stuttgart, Johannerstift in Plochingen, Wichernhaus in Mannheim, Ida-Scipio-Heim in Mannheim und Kreisaltenpflegeheim in Jestetten/ Landkreis Waldshut

Eine Demenzwohngruppe ist definiert durch eine bauliche Umgebung, die ein alltagsnahes Zusammenleben in einer überschaubaren Gruppe ermöglicht und die auf die spezifischen Bedürfnisse von dementiell erkrankten Menschen abgestimmt ist. Dazu gehört eine Wohnküche, ein ebenerdiger Zugang zu einem Freibereich und vertraute, alltagsnahe Möbel.

Bei der Versorgung der Bewohnerinnen soll mehr die Betreuung und weniger die Pflege im Vordergrund stehen. Deshalb ist die ständige Präsenz des Personals wichtig. Die alltagsnahe Gestaltung des Tagesablaufs in der offenen Wohnküche soll den Angehörigen ein aktives Mitwirken erleichtern. Soweit die Übereinstimmungen mit dem KDA-Konzept.

Die Unterschiede zum Hausgemeinschaftskonzept des KDA liegen in der Gruppengröße, der Zielgruppe und dem Personal- und Versorgungskonzept.

Die Gruppengröße liegt bei 12-15 Personen, es werden nur mobile, mittel und schwer Demenzkranke mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten in die Demenzwohngruppe aufgenommen. Die Betreuung der Demenzkranken erfolgt überwiegend durch Pflegekräfte; hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen sind nur in geringem Umfang eingebunden. Mindestens eine Pflegekraft sollte eine abgeschlossene gerontopsychiatrische Zusatzausbildung haben.

Bei den Aktivitäten in den Wohngruppen ist man nicht auf hauswirtschaftliche Aktivitäten festgelegt, vielmehr orientiert man sich an der jeweiligen Biografie der Bewohnerinnen. Organisatorisch sind die Dementenwohngruppen überwiegend in einen größeren Pflegebereich integriert, allerdings sind sie baulich abgegrenzt.

2. Die Häuser Holle und „Haus Silberkamp“

Diese beiden von Peter Dürrmann geführten Häuser betreuen sowohl Demenzerkrankte als auch somatisch Pflegebedürftige nach dem segregativen Prinzip. Dabei ist in Holle ein Wohnbereich für mobile Demenzerkrankte mit schweren Verhaltensauffälligkeiten vorgesehen, für den auch ein spezieller Pflegesatz gilt (vgl. Gaier, 2002, S.31). Daneben gibt es eigene Wohnbereiche für leicht Demenzerkrankte, mittel bis schwer Demenzerkrankte und somatisch Pflegebedürftige (vgl. Dürrmann, 2005, S.18-19; 24-25). Beide Häuser arbeiten nach dem oben skizzierten milieutherapeutischen Ansatz, auch wenn sie konzeptionell unabhängig von den MIDEMAS-Wohngruppen entstanden sind. Dazu gehören auch das Normalisierungsprinzip und die Einrichtung von Wohnküchen (vgl. Dürrmann, 2005, S. 22-23. 38-40). Die Bewohnerinnen im Seniorenzentrum Holle wohnen in Wohngruppen mit 15 bis 18 Bewohnerinnen, die des „Hauses Silberkamp“ dagegen in Gruppen von 8 bis 10 Personen. Letzteres Haus hat sich mit seiner Gruppengröße, seinen Raumbedingungen und seinen konzeptionellen Grundsätzen dem Hausgemeinschaftskonzept stark angenähert (vgl. Dürrmann, 2005, S.134).

2.6 Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen

Wohn- und Hausgemeinschaften sind, wie andere Pflegeeinrichtungen auch, in ein umfassendes Regelwerk eingebunden. Es gibt Vorgaben zur räumlichen und personellen Ausstattung der Einrichtungen und Vorschriften zum Brandschutz oder zur Lebensmittelhygiene. Auch die Refinanzierung der Kosten unterliegt bestimmten Regelungen.

2.6.1 Heimgesetz

Das Heimgesetz versteht sich als Schutzgesetz für die Bewohnerinnen von Alten-, Pflege- und Behindertenheimen (§2 HeimG). Der Anwendungsbereich des Heimgesetzes wird in §1 folgendermaßen definiert:

Heime ... sind Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten. Dieses Gesetz ist anzuwenden, wenn die Mieter vertraglich verpflichtet sind, Verpflegung und weitergehende Betreuungsleistungen von bestimmten Anbietern anzunehmen.

Wenn also der Betreiber einer Einrichtung neben dem Wohnraum auch Betreuung und Pflege zur Verfügung stellt, dann handelt es sich bei dieser Einrichtung um ein Heim. Nach dieser Definition haben alle stationären und heimverbundenen Hausgemeinschaftstypen den Heimstatus und unterliegen damit auch der Heimpersonalverordnung und Heimindestbauverordnung. Anders dagegen die Einrichtungen, bei denen Wohnraum, Pflege und Betreuung nicht aus einer Hand angeboten werden, wie bei den meisten ambulant betriebenen Wohngemeinschaften. Hier erhalten die Bewohnerinnen der Wohngemeinschaften von ihrem Vermieter lediglich den Wohnraum, Pflege und Betreuung wird durch einen frei gewählten ambulanten Pflegedienst geleistet. Damit findet weder das Heimgesetz, die Heimpersonalverordnung noch die Heimindestbauverordnung hier Anwendung. Sobald aber ein ambulanter Pflegedienst auch als Vermieter einer der Immobilie in Erscheinung tritt, handelt es sich bei dieser Wohngemeinschaft um ein Heim.

Die Anfang 2002 in Kraft getretene Heimgesetznovelle enthält mit dem § 25a eine so genannte „Experimentierklausel“, die zur „Erprobung neuer Betreuungs- und Wohnformen“ Ausnahmeregelungen im Bereich der Heimpersonalverordnung und Heimindestbauverordnung ermöglicht. Hierauf beziehen sich viele stationäre Hausgemeinschaften.

2.6.2 Heimpersonalverordnung

In der Heimpersonalverordnung werden Anforderungen zur Qualifikation der Beschäftigten in Heimen definiert. Sobald mehr als 4 pflegebedürftigen oder mehr als 20 nicht pflegebedürftigen Bewohnerinnen in einem Heim leben, ist eine Fachkraftquote von mindestens 50% der Mitarbeiterinnen vorzuhalten. Nachts muss mindestens eine Fachkraft anwesend sein (§5 HeimPersV).

Die Verordnung definiert aber nicht, welchen berufsqualifizierenden Abschluss eine Fachkraft vorweisen muss. Sie schreibt nur eine Berufsausbildung vor, die „Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der von ihr ausgeübten Funktion und Tätigkeit vermittelt“ (§ 6 HeimPersV). Ausdrücklich ausgeschlossen wird nur, dass Altenpflege- und Krankenpflegehelferinnen als Fachkräfte anzusehen sind. Demnach wäre es möglich - und wird von einigen Heimaufsichtsbehörden auch so praktiziert - in den Hausgemeinschaften eine geprüfte Fachhauswirtschafterin als Fachkraft im Sinne der Heimpersonalverordnung zu akzeptieren (vgl. Klie, 2001 und Gennrich, Kämmerer & Klöber, 2004, S.27-28). Viele Hausgemeinschaften haben aufgrund ihrer Personal- und Versorgungskonzeption Schwierigkeiten, die Anforderungen der Heimpersonalverordnung zu erfüllen und greifen deshalb auf die durch § 25a Heimgesetz ermöglichten Ausnahmeregelungen zurück.

So konnte die heimverbundene Hausgemeinschaft in Wetter bei der zuständigen Heimaufsichtsbehörde erreichen, dass wegen des nahe gelegenen Mutterhauses keine Fachkräfte im Nachtdienst eingesetzt werden müssen (vgl. Pawletko, 2004, S16).

Aus der Heimpersonalverordnung geht nicht eindeutig hervor, auf welche Größe sich die Fachkraftquote bei den betreuenden Tätigkeiten genau bezieht. Ist sie auf die Anzahl der Vollzeitstellen oder der Köpfe im Haus bezogen, dann so Stefan Arend „wäre eine 50%- Fachkraftquote ... nie und nimmer zu erreichen“ (2005, S.122). Bei einer vom KDA vorgeschlagenen Systematik, nach der die Fachkraftquotenberechnung gegliedert nach Tätigkeiten zu berechnen ist, erreichten Hausgemeinschaften leichter die Fachkraftquote, da die traditionell verstandenen pflegerischen Leistungen wie Grund- und Behandlungspflege überwiegend von Pflegefachkräften durchgeführt werden (vgl. Arend, 2005, S.122).

Guido Dähler hat zur Berechnung der Fachkraftquote das so genannte „Hamburger FKQ-Modell“ entwickelt, ein standardisiertes und flächendeckend einsetzbares Verfahren, das die jeweiligen Pflegestufen der Bewohnerinnen auf der Basis eines definierten Stellenschlüssels bei der Fachkraftquoten-Berechnung berücksichtigt (vgl. Dähler, 2002). Das Pflegestift „Mediana“ hat nach diesem Modell seine Fachkraftquote berechnet, welche von der zuständigen Heimaufsichtsbehörde akzeptiert wurde (vgl. Arend, 2005, S.122).

Die Heimpersonalverordnung macht auch keine Aussagen zur quantitativen Personalausstattung eines Heimes. Vereinbarungen zur quantitativen Personalausstattung sollen nach § 75, Abs. 3 SGB XI (PQsG) zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern auf Landesebene getroffen werden.

Dazu soll entweder ein landesweites Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs und zur Bemessung der Pflegezeiten vereinbart werden oder landesweite Personalrichtwerte, die das Verhältnis zwischen der Anzahl der Heimbewohnerinnen, differenziert nach Pflegestufen, und der Anzahl der Pflegekräfte bestimmen. Diese Personalrichtwerte sollen auch den Anteil der Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal regeln. Bei der Ermittlung des Personalbedarfs sind psychische Erkrankungen und demenzbedingte Fähigkeitsstörungen der Bewohnerinnen zu berücksichtigen.

Die Umsetzung des § 75 SGB XI in den einzelnen Bundesländern verläuft sehr unterschiedlich. In Nordrhein-Westfalen ist zwar ein Rahmenvertrag nach § 75 vereinbart worden, aber ohne ein Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder Personalrichtwerte festzulegen. Problematisch ist in dieser Hinsicht, dass es in Deutschland im Bereich der Altenpflege kein allgemein anerkanntes Pflegezeit- und Pflegebedarfsmessverfahren gibt. Nachdem die Einführung des Verfahrens PLAISIR¹ in Deutschland gescheitert ist, muss weiter auf die ungenauen und auf keiner wissenschaftlichen Basis beruhenden Personalrichtwerte zur Personalbedarfsermittlung zurückgegriffen werden. De facto findet die Personalbemessung zur Zeit über die Pflegesatzvereinbarungen zwischen Heim und Kostenträgern statt.

2.6.3 Heimmindestbauverordnung

Die Heimmindestbauverordnung enthält eine Reihe von baulichen Vorgaben, die auch bei den Hausgemeinschaften zu berücksichtigen sind, sobald diese aus mindestens sechs Personen bestehen (§1 HeimMindBauV). Zu den Mindestanforderungen gehört eine Mindestgröße von 12 m² bei Einzelzimmern und 18 m² bei Zweibettzimmern (§14 HeimMindBauV). Eine Einrichtung muss über einen Gemeinschaftsraum von 20 m² Nutzfläche verfügen, bei mehr als 20 Bewohnerinnen muss eine Nutzfläche von mindestens 1 m² je Bewohnerin zur Verfügung stehen. Dabei können Speiseräume, Flure und andere geeignete Räume mitberücksichtigt werden (§16 HeimMindBauV).

Für bis zu acht Bewohnerinnen muss im gleichen Geschoss mindestens ein Spülabort mit Handwaschbecken vorhanden sein, für jeweils bis zu 20 Bewohnerinnen muss zumindest eine Badewanne oder eine Dusche vorgehalten werden (§18 HeimMindBauV).

¹ Zum Verfahren PLAISIR vgl. Berthou, 2000, S. 46-58 und Gennrich, Bösel & Haß, 2002.

Weiterhin werden Vorschriften zu Aufzügen in mehrgeschossigen Gebäuden (§4 HeimMind-BauV), zu Fluren, Treppen, Fußböden und Beleuchtung (§3-6 HeimMindBauV) und zur Mindestausstattung (§7-13 HeimMindBauV) getroffen.

Diese Mindestanforderungen werden in der idealtypischen Hausgemeinschaftskonzeption des KDA eingehalten, sowohl hinsichtlich der Mindestflächen als auch der Ausstattung.

Schwieriger sieht die Umsetzung dieser Vorgaben in Wohngemeinschaften aus, die in normalen Wohnungen oder Häusern angesiedelt sind. Hier ist, aufgrund der vorgegebenen Bausubstanz und mit Rücksicht auf den häuslichen Charakter der Einrichtung, eine Berücksichtigung der Mindestforderungen nicht immer möglich.

Auch hier konnte die Hausgemeinschaft in Wetter mit der Heimaufsichtsbehörde Ausnahmen von der Heimmindestbauverordnung aushandeln (vgl. Müller & Seidl, 2003, S.118).

2.6.4 Lebensmittelhygiene-Verordnung

Die Arbeitsgruppe für Lebensmittelüberwachung der leitenden Veterinärbeamtinnen und Veterinärbeamten hat im Oktober 2001 ein „Merkblatt für Wohnformen mit dezentraler Speiseversorgung“ verabschiedet. Ziel dieses Merkblattes ist einerseits den Anforderungen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes im Sinne der Lebensmittelhygiene-Verordnung gerecht zu werden, andererseits aber die Existenz von Hausgemeinschaften durch überzogene Anforderungen nicht zu gefährden. Nach diesem Merkblatt unterliegt die dezentrale Speiseversorgung in den Hausgemeinschaftsküchen, die lediglich für ihren Eigenbedarf produzieren, nicht den gleichen strengen Hygienevorschriften, wie die in den großen Zentralküchen.

Es gelten aber die folgenden Vorschriften: Speisen sind vor nachteiligen Beeinflussungen durch die Bewohnerinnen zu schützen, entweder durch eine entsprechende Kucheneinrichtung oder durch organisatorische Maßnahmen. Bewohnerinnen müssen sich vor und ggf. auch während der Zubereitung von Lebensmitteln die Hände gründlich reinigen und desinfizieren. Bei der Mithilfe in der Küche ist der Gesundheitszustand der Bewohnerin zu berücksichtigen. Sensible Lebensmittel sind von den Bewohnerinnen fernzuhalten.

Zum Schutz der Speisen ist ausreichend Kühlkapazität bereitzustellen. Es muss sichergestellt werden, beispielsweise durch abschließbare Kühlschränke, dass keine negative Beeinflussung der Lebensmittel beim Kühlen oder bei der Gefrierlagerung erfolgt.

Ein Reinigungsplan ist zu erstellen, der die Reinigungshäufigkeit und die dabei verwendeten Mittel dokumentiert.

Bei der Erstellung eines Eigenkontrollsystems nach LMHV soll pragmatisch vorgegangen werden: es sollen nachvollziehbare Speisepläne aufgestellt werden, und durch Standards Arbeitsabläufe und Zuständigkeiten definiert werden. Die Dokumentation kann durch Speisepläne und

Einkaufsbelege erfolgen. Das Personal soll regelmäßig und systematisch geschult werden (vgl. Leitlinien der Veterinärbeamten, 2001).

2.6.5 Brandschutz

Es gibt keine bundeseinheitlichen Regelungen zum Brandschutz. Dies obliegt den Ländern bzw. den örtlichen Brandschutzbeauftragten der kreisfreien Städte oder Landkreise. Es gibt hier also unterschiedliche Gestaltungsräume für Architektur und Milieugestaltung der Hausgemeinschaften (vgl. Dürrmann, 2005, S.89-90). Deshalb sollte vor Planung und Bau bzw. Umbau von Hausgemeinschaften frühzeitig Kontakt mit den zuständigen Behörden aufgenommen werden. Dabei müssen Kompromisse zwischen dem notwendigen Brandschutz einerseits und dem Wunsch nach Gemütlichkeit und Normalität andererseits ausgehandelt werden. So ist beispielsweise die Gestaltung eines Wohnzimmers mit Plüschsesseln oft nicht mit den Anforderungen des vorbeugenden Brandschutzes vereinbar (vgl. Müller & Seidl, 2003, S.31-32).

2.6.6 Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung wurde im Jahr 1994 als eine weitere Säule der Sozialversicherung beschlossen und 1995 im Bereich der häuslichen Pflege und 1996 für die vollstationäre Pflege eingeführt. Versichert sind hier alle krankenversicherten Bürgerinnen und Bürger.

Mit der gesetzlichen Pflegeversicherung sollte das Risiko einer Pflegebedürftigkeit abgesichert und die Inanspruchnahme der Sozialhilfe durch Pflegebedürftige reduziert werden.

Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung erhalten die Personen, bei denen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) eine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI festgestellt wurde. Die Pflegebedürftigkeit wird nach drei Schweregraden - den Pflegestufen - unterschieden, abhängig von dem zeitlichen Unterstützungsbedarf, den der Pflegebedürftige im Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung hat (vgl. SGB XI, §15).

Problematisch für Demenzerkrankte ist, dass bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit ein enger, verrichtungsbezogener Pflegebegriff zugrunde gelegt wird. Er bezieht sich nur auf einen Teil der so genannten Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens. Psychosoziale Erfordernisse, wie das Bedürfnis nach Kommunikation und sozialer Teilhabe, werden bei den in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen des täglichen Lebens nur unzureichend berücksichtigt (vgl. Gennrich, 2002, S.19-21).

Zwar werden mittlerweile seit der 2002 gültigen Überarbeitung der Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit bei Personen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung auch der Hil-

febedarf in Form von Anleitung und Beaufsichtigung, der bei den in § 14 genannten Verrichtungen entsteht, berücksichtigt. Damit ist aber der gesamte Leistungsbereich der psychosozialen Betreuung nicht abgedeckt. „Ein unabhängig von den in §14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen erforderlicher allgemeiner Aufsichts- und Betreuungsbedarf ... ist bei der Feststellung des Hilfebedarfs nicht zu berücksichtigen“ (Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches, Punkt 5.0, III, 6). Somit spiegelt die Pflegestufenzuordnung bei dementiell Erkrankten nicht den tatsächlichen Pflege- und Betreuungsbedarf wieder. Nach der bereits in Kap 1.3 zitierten Studie des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen ist der zeitliche Leistungsumfang bei desorientierten Bewohnerinnen der Pflegestufe 1 mehr als doppelt so hoch, wie bei orientierten Bewohnerinnen der gleichen Pflegestufe (2002, S. 102-103).

Die vom MDK festgestellte Pflegestufe bestimmt, neben der gewählten Versorgungsform, die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung. Da die Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung konzipiert ist, decken ihre Leistungen, vor allem bei einer vollstationären Unterbringung, nicht die gesamten durch Pflege und Betreuung entstehenden Kosten. Die Differenz bezahlt die Bewohnerin selbst, bzw. in gewissem Rahmen ihre Angehörigen, oder subsidiär die Träger der Sozialhilfe.

Bei einer ambulanten Versorgung eines Pflegebedürftigen fallen die Leistungen der Pflegekassen in den ersten beiden Pflegestufen deutlich geringer aus, als bei einer stationären Versorgung (§36; §43 SGB XI). Besonders drastisch ist dies bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe 1, die bei einer Heimunterbringung 1.023 €, bei einer ambulanten Versorgung dagegen nur 384 € erhalten. Dennoch bevorzugen viele Wohngemeinschaften den ambulanten Status, hauptsächlich wegen der Befreiung von den Auflagen der Heimgesetzgebung (vgl. Pawletko, 2004, S.15). Aber es werden auch andere Vorteile genannt. So hat in einer ambulanten Wohngemeinschaft die Bewohnerin einen individuellen Anspruch auf medizinische Hilfsmittel (Krankenfahrstühle, Badelifter, Wechseldruckmatratzen etc), weil es eine Ausstattungspflicht von ambulant betriebenen Wohngruppen mit Hilfsmitteln nicht gibt. Die geringeren Leistungen der Pflegekassen werden teilweise dadurch ausgeglichen, dass die Krankenkassen die Kosten behandlungspflegerischer Maßnahmen übernehmen.

Bei einem Anspruch auf Sozialhilfe brauchen die Bewohnerinnen ambulanter Wohngemeinschaften nicht ihr Einkommen unterhalb der Einkommensgrenzen einzusetzen. Im Gegensatz zu Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen (§ 85 BSHG) werden sie deshalb nicht zu so genannten „Taschengeldempfängerinnen“ (vgl. Klie, 2002, S.343-.351).

Stationäre Hausgemeinschaften werden wie jede andere stationäre Einrichtung über

Pflegesätze, Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionsaufwendungen refinanziert. Die Pflegesätze werden in drei Pflegeklassen unterteilt, die i.d.R. an die Pflegestufe gekoppelt sind. Mit dem Pflegesatz werden die vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheimes, die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung vergütet (§ 84 SGB XI). Sie werden zwischen dem Träger des Pflegeheims und den Kostenträgern, also den Pflegekassen, sonstigen Sozialversicherungsträgern und den Sozialhilfeträgern, prospektiv vereinbart (§ 85 SGB XI). Ebenso werden die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung festgelegt (§ 87 SGB XI).

Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein, d.h. sie müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen (§ 84, Abs. 2 SGB XI). Für Pflegeheime und Hausgemeinschaften, die eine hohe Anzahl Demenzerkrankter betreuen, ergibt sich aber oftmals das Problem, dass der tatsächliche Pflegeaufwand nicht durch die Pflegestufenzuordnung reflektiert wird, und infolgedessen auch nicht durch die Pflegesätze angemessen refinanziert werden kann.

Hier eröffnet das SGB XI zwei Möglichkeiten:

Einerseits ermöglicht die Öffnungsklausel in § 84, Abs. 2, Satz 3 SGB XI bei begründeten Fällen die Vergütung der Pflegeleistungen nicht an das Pflegestufensystem zu koppeln, sondern an einer höheren Pflegeklasse auszurichten. Der Dritte Senat des Bundessozialgerichts stellte in seinem Beschluss vom 10.2.2000 dazu fest:

1. Für die *Feststellung von Pflegebedürftigkeit* und die Zuordnung zu den Pflegestufen ist auch bei stationärer Pflege allein der Hilfebedarf bei den in § 14 Abs.4 SGB XI aufgeführten Verrichtungen maßgebend.
2. Bei der für den *Vergütungsanspruch des Pflegeheims* maßgebenden Zuordnung eines Pflegebedürftigen zu einer Pflegeklasse ist ein darüber hinausgehender Pflegeaufwand einschließlich der Maßnahmen der Behandlungspflege und der sozialen Betreuung zu berücksichtigen.

(zitiert nach Borutta, Lennefer & Palm, 2004, S.77, Hervorhebungen dort)

Demnach könnte beispielsweise eine Demenzerkrankte, die einen hohen Betreuungsaufwand außerhalb der nach § 14 SGB XI anerkennungsfähigen Verrichtungen aufweist, bei gemeinsamer Beurteilung des MDK und der Pflegeleitung in eine von der Pflegestufe abweichende Pflegeklasse eingruppiert werden.

Die Öffnungsklausel findet aber bislang kaum Anwendung. Dies liegt einerseits an der Unkenntnis bei Heimleitungen und Trägerverantwortlichen, andererseits wird ihr Gebrauch zum Teil kategorisch vom MDK abgelehnt, da es keine bundeseinheitlichen Ausführungsbestimmungen gibt. Aber selbst wenn eine höhere Pflegeklasse vereinbart werden konnte, verweigerte am Ende der Sozialhilfeträger die Kostenübernahme (vgl. Dürrmann, 2001, S.152).

Eine weitere Möglichkeit leistungsgerechtere Vergütungen für die Betreuung Demenzerkrankter zu erreichen liegt darin, Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI zwischen den Pflegeeinrichtungen und den Kostenträgern abzuschließen. Darin können Schwerpunktkonzepte für demenzerkrankte Bewohnerinnen vereinbart werden, und darauf aufbauend höhere Pflegesätze für die zeit- und personalintensive Betreuungsarbeit ausgehandelt werden. Auf diesem Weg konnte Peter Dürrmann für die Häuser Holle und Silberkamp höhere Pflegesätze für die Betreuung verhaltensauffälliger Demenzerkrankter erreichen (vgl. Gaier, 2002, S.31).

2.7 Konkrete Umsetzungen

Nachdem nun das KDA-Modell vorgestellt und die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen dargestellt worden sind, unter denen Hausgemeinschaften betrieben werden, interessiert im folgenden Kapitel, wie verschiedene Einrichtungen das Hausgemeinschaftsmodell umgesetzt haben. Die Einrichtungen wurden hauptsächlich aufgrund der über sie vorhandenen Literatur ausgewählt. Es wurden nur Hausgemeinschaften berücksichtigt, die eine Gruppengröße von 12 Personen pro Gruppe nicht überschritten. Auch wurde darauf geachtet ein möglichst breites Spektrum von Hausgemeinschaften darzustellen. Da die konkrete Umsetzung auch im Hinblick auf die geplante Umgestaltung des Modellaltenheims interessierte, fanden solitäre ambulant betriebene Wohngemeinschaften keine Beachtung bei der Auswahl. Die Reihenfolge der Darstellung der Hausgemeinschaften orientiert sich am Datum ihrer Eröffnung.

Die konkrete Umsetzung des Hausgemeinschaftskonzepts wurde vor allem unter den folgenden Gesichtspunkten betrachtet:

- Architektur und Raumprogramm
- Zielgruppe der Hausgemeinschaft
- Größe der Gruppe
- Personal- und Versorgungskonzept
- Tagesgestaltung
- Einbezug der Angehörigen
- Kosten der Hausgemeinschaft

Die vorhandene Literatur wurde bei Bedarf durch telefonische Experteninterviews mit den Heim- oder Pflegedienstleitungen der jeweiligen Einrichtungen ergänzt.

2.7.1 Buchen-Hof / Bochum

Der Buchen-Hof in Bochum wurde ursprünglich 1993 als konventionelles Altenpflegeheim der dritten Generation für 96 Bewohnerinnen geplant und gebaut. Auf vier Etagen befinden sich jeweils zwei Wohngruppen mit 12 Bewohnerinnen. Zusätzlich gibt es auf jeder Etage je einen Kurzzeitpflegeplatz.

Jede Wohngruppe verfügt über einen eigenen Wohn- und Essbereich mit einer kleinen Küche, die aber zuerst nur die Funktion einer Teeküche hatte. Die Speisenzubereitung erfolgte zentral in der Hauptküche. Diese vorgegebenen Strukturen wurden schrittweise in Richtung Hausgemeinschaften umstrukturiert, indem die hauswirtschaftlichen Abläufe dezentralisiert wurden. Seit 1998 wird in allen acht Wohnküchen gekocht und die Zentralküche nicht mehr beansprucht. Damit war der Buchen-Hof die erste stationäre Einrichtung, die nach dem Hausgemeinschafts-Konzept arbeitete.

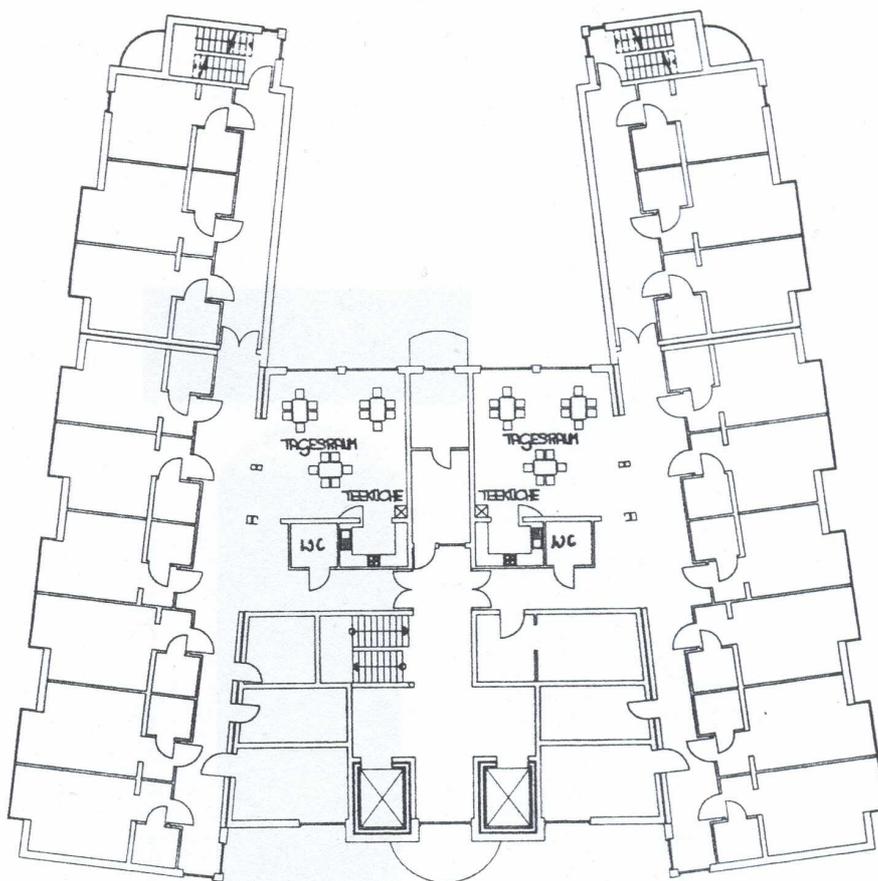


Abbildung 2-1: Grundrisszeichnung Buchen-Hof

Wegen der dezentralen Essenszubereitung in den Wohnküchen steht der Buchen-Hof im Dauerkonflikt mit dem zuständigen Veterinär- und Gesundheitsamt der Stadt Bochum. Dieses möchten die Speisezubereitung in den Wohnküchen den gleichen Auflagen der Lebensmittelhygieneverordnung unterwerfen wie große Zentralküchen. Dann dürften beispielsweise Wohnküchen nur in Begleitung von Mitarbeiterinnen betreten werden, eine Vorschrift, die das Hausgemeinschaftskonzept strangulieren würde.

Der Wohn- und Essraum ist ca. 50 m² groß, an diesen schließt sich die halboffene 7 m² große Einbauküche an. Diese eigentlich als Teeküche gedachte Küche entspricht nicht den Erfordernissen einer Vollversorgung, so dass hier die Speisenzubereitung unter erschwerten Bedingungen stattfindet.

Den Bewohnerinnen stehen 48 Einzelzimmer (24-26 m²) und 24 Doppelzimmer (26-28 m²) mit jeweils eigenem Sanitärbereich zur Verfügung. Zusätzlich gibt es noch vier weitere Zimmer für Kurzzeitpflegegäste. Im Erdgeschoss des Gebäudes befindet sich eine Cafeteria.

Zur Zielgruppe des Buchen-Hofes gehören alle älteren, pflegebedürftigen Menschen, es überwiegen aber mit ca. 80% zeitweise bis dauerhaft desorientierte bzw. psychisch kranke Bewohnerinnen. In den Wohngruppen leben die Bewohnerinnen zur Zeit noch integrativ, es ist aber geplant segregative Wohnbereiche einzurichten.

Das Hauswirtschaftspersonal ist den einzelnen Hausgemeinschaften zugeordnet, während ein festes Pflgeteam für eine ganze Etage, also für zwei Hausgemeinschaften zuständig ist.

Die Hauswirtschaftskräfte arbeiten von 8.00 bis 13.30 Uhr und von 17.00 bis 19.30 Uhr. Bei Bedarf können sie auf einen so genannten Springerpool zurückgreifen, der bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten aushelfen kann. Eine halbe Stelle pro Hausgemeinschaft ist für Reinigungskräfte eingerichtet. Die Wäscheversorgung erfolgt nicht in den Hausgemeinschaften, diese wird teilweise extern, teilweise zentral im eigenen Haus durchgeführt. Auch der Einkauf erfolgt zentral.

Von 13.30 bis 17.00 Uhr ist keine Präsenzkraft in der Hausgemeinschaft anwesend. An einigen Tagen wird dies durch den begleitenden Dienst kompensiert, der für Angebote und Milieugesaltung zuständig ist.

Ein Pflgeteam besteht aus etwa acht Vollzeitbeschäftigten, von denen die Hälfte den Fachkraftstatus hat. Sie sind von 6.30 bis 21.15 Uhr auf ihrer Etage anwesend. Zweieinhalb Stellen sind für den Vormittag eingeplant und zwei Stellen für den Nachmittag. Der Nachtdienst wird ohne Rückgriff auf das Personal des Tagdienstes geleistet. Er wird von zwei Personen für das ganze Haus durchgeführt.

Der Stellenplan des Buchen- Hofes sieht folgendermaßen aus:

Tabelle 2-1: Stellenplan des Buchen- Hofes

	VZÄ für 8 HG und 4 Kurzzeitpflegeplätze	VZÄ für 1HG inkl. Kurzzeitpflegegäste
Pflege	32,52	4,07
Hauswirtschaft	13,48	1,69
Begleitdienst	1	0,13
Sozialdienst	0,9	0,11
Reinigung	4	0,50
Nachtdienst	4,79	0,60
Summe	56,69	7,09

Dies ergibt einen Personalschlüssel von 1:1,76. Hinzu kommt noch je eine Vollzeitstelle für die Hausleitung, den Hausmeister und für die Verwaltung.

Der Tagesablauf der Bewohnerinnen wird durch die Mahlzeiten und ihre Vorbereitung strukturiert. Vormittags können die Bewohnerinnen bei den hauswirtschaftlichen Tätigkeiten mithelfen, die Nachmittage und Abende werden durch gemeinsame Aktivitäten, wie Spiele, Ausflüge und Kreativangebote gestaltet.

Angehörige haben die Möglichkeit am alltäglichen Leben der Bewohnerinnen teilzunehmen. Sie können gemeinsame Aktivitäten gestalten oder einfach nur da sein. Für Angehörige gibt es spezielle Themenabende, an denen sie die Möglichkeit des Dialogs mit den verschiedenen Professionen des Buchen-Hofs haben und durch geladene Experten umfassende Informationen zu bewohnerspezifischen Themen erhalten.

Für die pflegebedingten Aufwendungen, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionen sind täglich die folgenden Entgelte zu zahlen:

Tabelle 2-2: Pflegesätze und Entgelte des Buchen-Hofes in € (Stand 2005)

Pflegestufe	Pflegesatz	U + V	Investition	
			EZ	DZ
0	27,07 €	25,91 €	17,28 €	16,16 €
I	42,92 €			
II	61,94 €			
III	81,67 €			

Der Buchen- Hof steht vor einer geplanten Umstrukturierung. In einer Wohngruppe wird die Teeküche in eine funktionsfähige Wohnküche umgebaut werden. Diese Wohngruppe soll dann weiter als Hausgemeinschaft geführt werden und für Demenzerkrankte offen stehen. In den anderen Wohngruppen ist geplant, die dezentrale Speiseversorgung wieder zurückzunehmen. Hier sollen segregative Wohnbereiche für Demenzerkrankte, somatisch Pflegebedürftige und Bettlägerige mit zentralen Versorgungsstrukturen entstehen. Damit nimmt die erste nach dem Haus-

gemeinschaftskonzept arbeitende Einrichtung in weiten Teilen wieder Abstand von diesem Konzept.

Zu den Gründen für diese weitgehende Zurücknahme des Hausgemeinschaftskonzepts äußerte sich die Heimleitung nur sehr zurückhaltend. Dies sei eine Entscheidung der Geschäftsführung gewesen. Dabei spielten vor allem finanzielle Gründe eine Rolle. Ein Umbau aller Teeküchen in Wohnküchen wäre nicht finanzierbar gewesen. Jedenfalls sei dies keine grundsätzliche Entscheidung gegen das Hausgemeinschaftskonzept, da dieses in anderen Einrichtungen des Trägers verwirklicht werden soll.

Quellen:

Ev. Johanneswerk, n.d.

Guerra, 2002a, S.264-266.

Haß, 1999, S.15-19.

Winter et al., 2002, Buchen-Hof Bochum.

Informationsmaterial der Einrichtung.

Gespräch mit der Heimleitung Herrn Weißkopf am 16.6.2005.

2.7.2 Hausgemeinschaft „Auf dem Höhlchen“ / Wetter

Die Hausgemeinschaft „Auf dem Höhlchen“ in Wetter bei Marburg wird als eine Außengruppe des Alten- und Pflegeheims St. Elisabeth in Wetter geführt. Sie gehört also zu dem Typ der heimverbundenen Hausgemeinschaft und hat den Status eines Heims.

Sie befindet sich, ca. fünf Autominuten vom Stammhaus entfernt, in dem umgebauten Erdgeschoss eines Mehrfamilienhauses, in einem Wohngebiet, in dem Menschen jeden Alters leben. Sechs Familien leben mit der Hausgemeinschaft unter einem Dach. Hierdurch kann Normalität allein schon durch das Wohnumfeld hergestellt werden. Besonders die Kinder haben einen guten Kontakt zu den Bewohnerinnen der Hausgemeinschaft.

Die Hausgemeinschaft wurde im November 1999 in Betrieb genommen. Sie verfügt über eine Gesamtfläche von 223 m². Von der Wohnung aus hat man einen freien, ebenerdigen Zugang zu einer Terrasse und einem sich anschließenden Garten. Von der Eingangstür aus sind allerdings einige Stufen zu überwinden, um zu der Wohnung zu gelangen. Dazu ist eine Rampe installiert worden.

Sechs Bewohnerinnen leben in der Hausgemeinschaft. Sie bewohnen alle Einzelzimmer in der Größe von 13,37 bis 14,64 m². Bis auf das Pflegebett werden sie grundsätzlich mit eigenen Möbeln eingerichtet. Die Bewohnerzimmer haben kein eigenes Duschbad. Stattdessen befinden sich zwei Badezimmer, einmal mit Badewanne und Toilette, einmal mit Dusche und Toilette,

sowie eine weitere Toilette in der Hausgemeinschaft. Der zentral angeordnete Wohn- und Essbereich mit integrierter offener Küche hat eine Größe von 65 m². Zusätzlich sind Wirtschaftsräume und ein Dienstzimmer vorhanden.

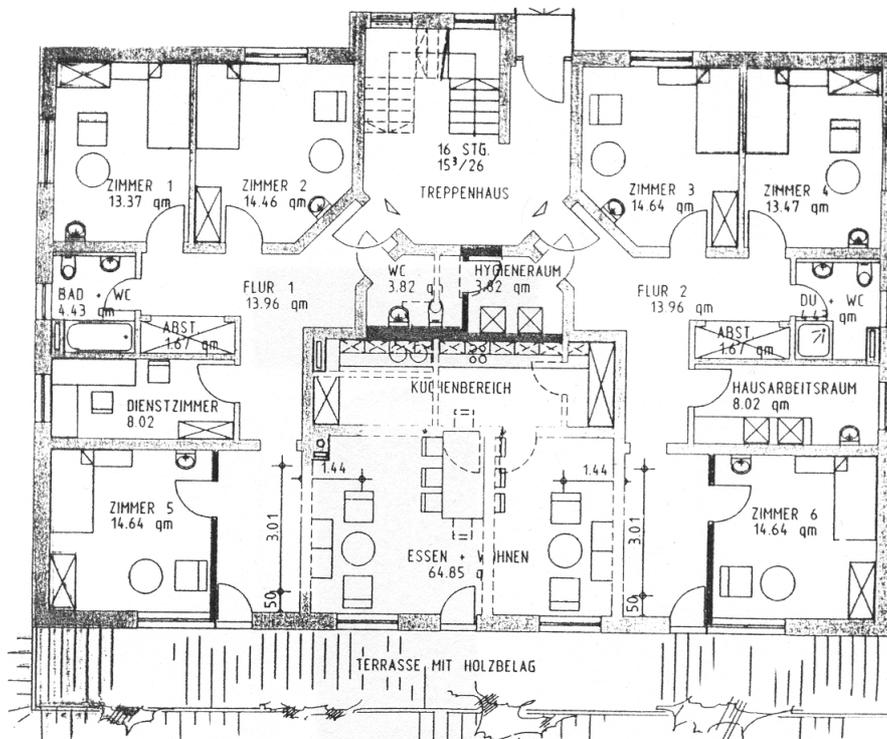


Abbildung 2-2: Grundrisszeichnung Hausgemeinschaft / Wetter

Zur Zielgruppe der Hausgemeinschaft gehören Personen mit mittelschwerer bis schwerer Demenz, ohne primäre somatische Pflegebedürftigkeit. Angestrebt wird eine homogene Gruppe. Gegen eine Aufnahme sprechen ausgeprägte schwere Verhaltensstörungen mit stark aggressivem Verhalten. Den Bewohnerinnen wird ein Leben in der Hausgemeinschaft bis zum Ende ihres Lebens ermöglicht. In der Konzeption der Hausgemeinschaft wird eine Verlegung ins Stammhaus nicht grundsätzlich ausgeschlossen, wenn z.B. schwere Verhaltensauffälligkeiten auftreten, oder sich der somatische Gesundheitszustand so verschlechtert, dass er einen Betreuungsaufwand außerhalb der mit der Heimaufsicht vereinbarten Rahmenbedingungen erfordert. An dieser Entscheidung sollen die Betroffene, ihre Angehörigen, die Mitarbeiterinnen, der behandelnde Arzt, die Heimaufsicht und die Heim- und Pflegedienstleitung beteiligt werden. Dieser Passus in der Konzeption ist im Zuge der Verhandlungen mit der Heimaufsicht über Ausnahmeregelungen bei der Heimpersonalverordnung und Heimindestbauverordnung entstanden. Damit sollte eine aus Sicht der Heimaufsicht „adäquate Versorgung“ Schwerstpflegebe-

dürftiger im Stammhaus gewährleistet sein. De facto ist es bislang nach Angaben des Heimleiters Herrn Boltner nicht zu Verlegungen gekommen und diese seien auch nicht erwünscht. Vielmehr werde alles getan, um den Bewohnerinnen einen Verbleib in der Hausgemeinschaft bis zu ihrem Tode zu ermöglichen. Auch die Integration somatisch schwerstpflegebedürftiger und immobiler Bewohnerinnen sei leistbar. Zurzeit trifft dies auf drei der sechs Bewohnerinnen der Hausgemeinschaft zu.

Pro Schicht sind tagsüber grundsätzlich zwei Mitarbeiterinnen in der Hausgemeinschaft anwesend. Dabei sollte eine Mitarbeiterin eine Pflegefachkraft sein, wenn dies nicht möglich ist, ist eine Pflegefachkraft des Stammhauses über Rufbereitschaft erreichbar. Die hauswirtschaftliche Mitarbeiterin wird in Wetter „Alltagsbegleiterin“ genannt. Damit soll deutlich werden, dass in der Konzeption nicht primär die Hauswirtschaft im Mittelpunkt steht, sondern viel umfassender der normale Alltag.

Der Nachtdienst wird von einer Pflegehilfskraft übernommen. Im Stammhaus sind dann aber entweder zwei Pflegefachkräfte im Einsatz, von denen eine im Notfall zur Hausgemeinschaft gehen kann, oder eine Pflegefachkraft eines ambulanten Dienstes hat die Rufbereitschaft übernommen.

Unterstützt werden die Mitarbeiterinnen durch Zivildienstleistende oder Praktikantinnen. Das Stammhaus übernimmt Hausmeisterdienste, Transportdienste und Verwaltungsleistungen. Zur fachlichen Unterstützung erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit Fachkräften der gerontopsychiatrischen Ambulanz des Psychiatrischen Krankenhauses, des sozialpsychiatrischen Dienstes, der Betreuungsvereine und mit niedergelassenen Ärzten.

Den Mitarbeiterinnen sollen möglichst flexible Arbeitsverhältnisse angeboten werden, um ihre Bedürfnisse und Belastungsfähigkeit zu berücksichtigen.

Tabelle 2-3: *Anwesenheit der Mitarbeiterinnen in der Hausgemeinschaft „Auf dem Höhlchen“ und daraus errechnete Vollzeitstellen*

	Dienstzeiten	anrechenbare Dienstzeiten	VZÄ
Alltagsbegleiterinnen	7.30 - 13.30 Uhr	5,5 h	2,2
	15.00 - 19.00 Uhr	4,0 h	
Pflegefachkraft oder Pflegehilfskraft	8.00 - 14.30 Uhr	6,0 h	1,6
	14.15 - 20.45 Uhr	6,0 h	1,1
Nachtwache	20.30 - 8.00 Uhr	10,5 h	2,4
Summe		32,0 h	7,3

In der Summe arbeiten die Mitarbeiterinnen 32 Stunden täglich in der Hausgemeinschaft. Unter der Berücksichtigung einer jährlichen Nettojahresarbeitszeit von 1610 h, mit denen im Pflege-

heim in Wetter kalkuliert wird, resultieren daraus 7,3 Vollzeitstellen¹. Dies ergibt einen sehr guten Personalschlüssel von 1: 0,82. Bei diesem Personalschlüssel ist aber zu beachten, dass die Mitarbeiterinnen auch den Einkauf übernehmen, die Hausgemeinschaft putzen und die Wäschereinigung durchführen. Die Fachkraftquote von 30% ist mit der Heimaufsicht abgestimmt worden.

Bei der Auswahl der Mitarbeiterinnen waren die folgenden Kriterien handlungsleitend: Freiwilligkeit, Erfahrung im Umgang mit dementiell erkrankten älteren Menschen, Teilnahme an gerontopsychiatrischen Fortbildungen und die Bereitschaft, professionsübergreifend zu arbeiten. Letzteres bedeutet, dass Aufgaben nicht über die formalen Qualifikationen verteilt werden, sondern nach der Notwendigkeit im Tagesablauf. Jede Mitarbeiterin übernimmt Tätigkeiten der Pflege, der Hauswirtschaft und der Betreuung, mit Ausnahme derjenigen, die an eine pflegfachliche Qualifikation gebunden sind.

Das prägende tagesstrukturierende Element in der Hausgemeinschaft ist die gemeinsame Gestaltung des Alltags. Dazu gehört nicht nur die Hausarbeit mit ihren alltäglich wiederkehrenden Verrichtungen, sondern beispielsweise auch die Arbeit im Garten und das damit verbundene sinnliche Erleben der Jahreszeiten.

Die Angehörigen haben einen zentralen Stellenwert in der Betreuung der Bewohnerinnen. Sie sollen in das Alltagsgeschehen der Hausgemeinschaft mit einbezogen werden. Dazu gehört auch die Beteiligung an Entscheidungen, wie z.B. die Aufnahme oder Verlegung von Bewohnerinnen.

Die Pflegesätze für die Hausgemeinschaft „Auf dem Höhlchen“ sind identisch mit denen des Stammhauses: De facto wird die Hausgemeinschaft vom Stammhaus subventioniert. So hat sich seit Inbetriebnahme der Hausgemeinschaft das Heimentgelt um durchschnittlich 0,69 € erhöht.

Tabelle 2-4: *Pflegesätze und Entgelte für Hausgemeinschaft „Auf dem Höhlchen“*

Pflegesatz	Pflegesatz	U+V	Investition
I	42,85 €	18,58 €	7,30 €
II	59,98 €		
III	77,13 €		

Hinzu kommen noch 0,97 Cent Ausbildungsabgabe.

¹ Die bei Müller & Seidl, 2003, S.56 angegebenen 5,82 Vollzeitstellen ergeben sich nur, wenn man mit der Bruttojahresarbeitszeit von 2007,5 h rechnet. Dann dürften aber die Mitarbeiterinnen keinen Urlaub nehmen oder krank werden oder aus sonstigen Gründen vom Dienst befreit sein.

Um die Wirtschaftlichkeit der Hausgemeinschaft zu erhöhen, ist geplant, die Anzahl der Bewohnerinnen auf neun zu erhöhen. Dazu werden in der ersten Etage des Hauses weitere Zimmer angemietet und ein Aufzug installiert.

Quellen:

Müller & Seidel, 2003.

Seidel & Beutler, 2002, S.244-248.

Winter, er al., 2002, Hausgemeinschaft Auf dem Hohlchen

Gespräch mit dem Heimleiter Herrn Boltner am 15.6.2005.

2.7.3 Stiftungsdorf Rablinghausen – Tönjes-Vagt-Hof / Bremen

Ursprünglich war das Pflegezentrum in Rablinghausen, einem Stadtteil Bremens, als ein konventionelles Altenheim der 3. Generation geplant gewesen. Als ein dreigeschossiges Gebäude, das auf jeder Ebene einen Wohnbereich für 20 bis 21 Bewohnerinnen aufnehmen sollte.

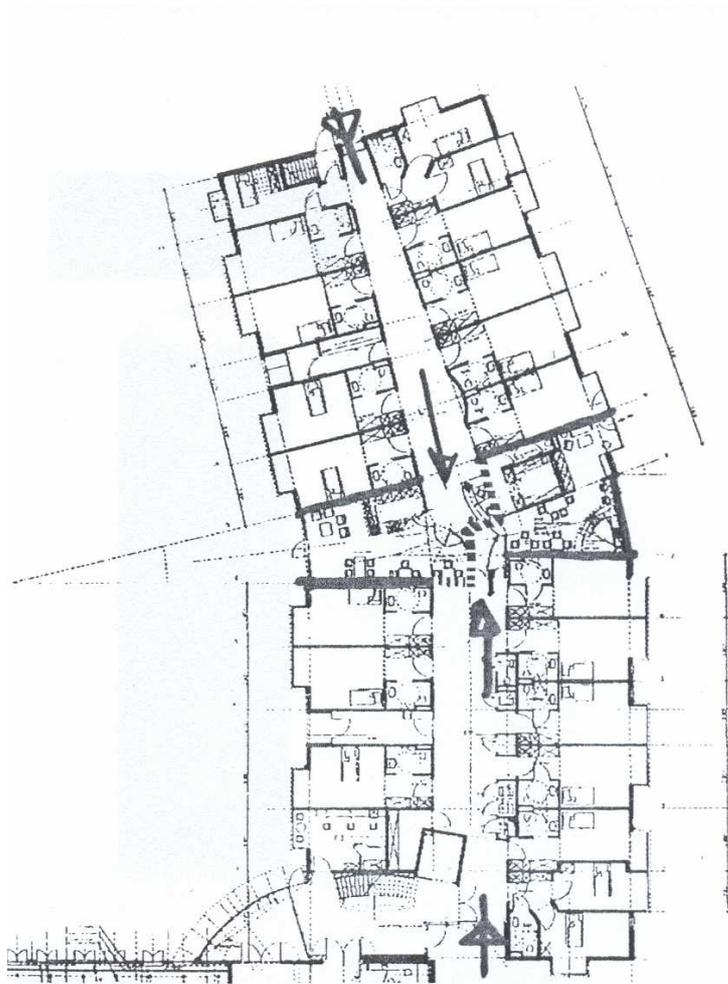


Abbildung 2-3: Grundrisszeichnung Rablinghausen

Jedem Wohnbereich war ein Gruppenraum mit integrierter Küche zugeordnet, die Speisversorgung sollte aber zentral erfolgen. Für die 64 Bewohnerinnen waren 58 Einpersonapartments und zwei Doppelapartments eingeplant. Während der schon fortgeschrittenen Bauphase entschloss sich der Träger, die Bremer Heimstiftung, zu einer gravierenden konzeptionellen Veränderung in Richtung Hausgemeinschaftskonzept. Jede Wohnebene wurde nun in zwei Hausgemeinschaften untergliedert. Diese erhielten jeweils eine 40 m² große Wohnküche. Zu diesem Zweck wurde das ursprünglich großzügig geplante Dienstzimmer auf die tatsächlich notwendige Größe eines Pflegearbeitsraums zurückgeführt.

Auf dem Gelände befinden sich weiter 56 seniorengerechte und behindertenfreundliche Mietwohnungen, sowie ein Restaurant, das von Bewohnerinnen und Angehörigen, vom Pflegezentrum selbst, und von Gruppen aus dem Stadtgebiet für gesellschaftliche Aktivitäten genutzt wird. Das Restaurant stellt somit eine Verbindung zwischen Pflegeheim und Öffentlichkeit dar.

Die Einrichtung ist seit Dezember 1999 in Betrieb. Sie beherbergt sechs Hausgemeinschaften mit 10 bis 11 Bewohnerinnen. Zielgruppe der Hausgemeinschaften sind alle pflegebedürftigen älteren Menschen. Die Einrichtung ist also nicht ausschließlich auf Demenzerkrankte ausgerichtet, sondern verfolgt einen integrativen Ansatz. De facto stellen aber Demenzerkrankte ca. zwei Drittel der Bewohnerinnen.

Das Stiftungsdorf ist eine vollstationäre Einrichtung nach dem Heimgesetz. Betreuung und Pflege werden aber von zwei ambulanten Diensten übernommen. Dazu ist die Bremer Heimstiftung in Kooperation mit dem Paritätischen Pflegedienst und mit dem Bremer Stiftungs-Service getreten, zwei weiteren Tochterunternehmen der Bremer Heimpflege gGmbH. Dabei ist der Bremer Stiftungs-Service für die hauswirtschaftliche Versorgung und der Paritätische Pflegedienst für die pflegerische Versorgung der Bewohnerinnen zuständig.

Bei den hauswirtschaftlichen Kräften wird unterschieden zwischen den Alltagsmanagerinnen und den Bereichskräften. Beide haben unterschiedliche Aufgabenfelder. Die Aufgabe der Alltagsmanagerin ist die Mahlzeitenzubereitung und ihr Einsatzort ist überwiegend die Wohnküche der Hausgemeinschaft, der sie auch fest zugeordnet ist. Dort ist sie die zentrale Ansprechperson für die Bewohnerinnen und deren Angehörige. Die Alltagsmanagerin ist nur vormittags von 7.30 bis 14.00 Uhr in der Hausgemeinschaft, plant aber den Tagesablauf für den ganzen Tag. Sie ist nur für Hauswirtschaft und Betreuung zuständig, übernimmt also keine Aufgaben in der Pflege. Unterstützt wird sie vormittags von 7.30 bis 13.30 Uhr von einer Bereichskraft, die für die zwei Hausgemeinschaften einer Ebene zuständig ist. Nachmittags ist jeweils eine Bereichskraft in einer Hausgemeinschaft anwesend, allerdings zu unterschiedlichen Zeiten. Während in der einen Hausgemeinschaft des Wohnbereichs die Bereichskraft von 14.00 bis 19.30 Uhr anwesend ist, ist die zweite Hausgemeinschaft von 15.00 bis 20.00 Uhr mit einer Bereichskraft

besetzt. Es gibt also Zeiten, in denen nachmittags eine Bereichskraft für beide Hausgemeinschaften einer Ebene zuständig ist. Die Aufgaben der Bereichskräfte liegen in der übergreifenden häuslichen Versorgung, wie Bettenmachen, Reinigen des Inventars, Materialverteilung und Geschirrspülen. Sie unterstützen aber auch die Alltagsmanagerinnen, reichen Essen an, bereiten Zwischenmahlzeiten zu, begleiten die Bewohnerinnen bei der Gestaltung von Nachmittagsaktivitäten und führen Toilettengänge und Mobilitätstrainings durch. Die Bereichskräfte sind fest einer Etage zugeordnet. Für die Reinigung der Hausgemeinschaften kommen Reinigungskräfte in die Einrichtung.

Pflegerische Leistungen werden nach dem ambulanten Prinzip von Mitarbeiterinnen des Paritätischen Pflegedienstes erbracht. Drei examinierte Pflegekräfte sind tagsüber ständig von 6.20 bis 21.20 in der Einrichtung anwesend, jeweils eine Pflegekraft pro Ebene. Nachts ist eine Pflegefachkraft zusammen mit einer Pflegehilfskraft für alle sechs Hausgemeinschaften zuständig. Die gesetzlich geforderte Fachkraftquote konnte in Rablinghausen dadurch erreicht werden, dass, abgestimmt mit der Sozialbehörde, die Hauswirtschaftskräfte eine zweieinhalbjährige berufsbegleitende Weiterbildung zur „Alltagsbegleiterin“ an der Altenpflegeschule der Bremer Heimstiftung absolvieren.

Tabelle 2-5: *Vollzeitstellen im Stiftungsdorf Rablinghausen*

Berufsgruppe/ Funktion	Vollzeitstellenäquivalent für 6 Hausgemeinschaften	Vollzeitstellenäquivalent für 1 Hausgemeinschaft
Alltagsmanagerin	8,32	1,39
Bereichshilfen	9,71	1,62
Reinigung	1,55	0,26
Fachkräfte Pflege	11,56	1,93
Hilfskräfte Pflege	6,22	1,04
Summe	37,36	6,23

Mit diesem Stellenplan kommen die Hausgemeinschaften in Rablinghausen auf einen Personalschlüssel von 1: 1,69. Vergütet werden die Mitarbeiterinnen unterhalb des Bundesangestellten-Tarifs.

Der Tagesablauf in Rablinghausen wird durch die Hausarbeit geprägt. Dazu gehört aber nicht nur das Kochen in den Wohnküchen, sondern auch das in Ordnung Halten des eigenen Zimmers, soweit die Bewohnerinnen dies möchten. Zudem haben sie die Möglichkeit im Garten zu arbeiten und dem Hausmeister bei seinen Aufgaben zu helfen. Hier wird deutlich, dass in das Hausgemeinschaftskonzept wirklich alle Berufsgruppen der Einrichtung einbezogen sind.

Die dezentrale Wäscheversorgung gehört eigentlich ins Konzept der Hausgemeinschaft, und nach Erfahrung der Heimleitung beschäftigen sich auch viele Bewohnerinnen gerne damit. Da

es aber in den Hausgemeinschaften nicht genügend Nebenflächen gibt, wird die Wäschepflege von einem externen Dienstleister durchgeführt. Auch der Einkauf wird zentral durchgeführt.

Der aktive Einbezug der Angehörigen ist ein unverzichtbarer Baustein des Konzeptes des Stiftungsdorfes. Angehörige kommen häufig und regelmäßig zu Besuch in die Hausgemeinschaften. Sie kaufen ein, lesen vor, richten den Nachmittagskaffee aus und bewegen sich in der Wohnküche, als wären sie dort zuhause.

Die Vereinbarung eines Pflegesatzes zwischen den Hausgemeinschaften in Rablinghausen und den zuständigen Kostenträgern erwies sich als schwierig. Für das Jahr 2000 wurde ein „heimstiftungstypischer“ Pflegesatz von der Heimstiftung noch akzeptiert, aber für das Jahr 2001 ein deutlich höherer Pflegesatz angestrebt. Dies wurde mit der nachweislich höheren Leistungsqualität der Hausgemeinschaften begründet. Da die Kostenträger darauf nicht eingingen, wurde von der Bremer Heimstiftung zuerst die Schiedsstelle angerufen und - als dies ohne Erfolg blieb - Klage beim Sozialgericht Bremen eingereicht. Um das Sozialgerichtsverfahren zu vermeiden, unternahmen beide Seiten noch einmal den Versuch einen Konsens zu finden, der auch schließlich gelang. So konnte der Pflegesatz um 6,88% und das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung um 4,45% angehoben werden.

Damit befinden sich die Hausgemeinschaften in Rablinghausen am oberen Ende der im Land Bremen bisher vereinbarten Pflegesätze.

Tabelle 2-6: *Pflegesätze und Entgelte in Rablinghausen (Stand 2005)*

	Pflegestufe I		Pflegestufe II		Pflegestufe III	
	Einer	Zweier	Einer	Zweier	Einer	Zweier
Apartment						
Pflegesatz	36,85		58,96		73,71	
Unterkunft / Verpflegung	22,98		22,98		22,98	
Investitionskosten	15,04	11,72	15,04	11,72	15,04	11,72
Gesamtpreis/ Tag	74,87	71,55	96,98	93,66	111,73	108,41
Landeszuschuss	-4,70		-4,70		-4,70	

Quellen:

Böttjer, Scheer, Nowak & Reisig, 2002, S.20-23.

Böttjer, Scheer, Nowak & Reisig, 2003, S.59-64.

Guerra,, 2002d, S.255-258.

Künzel, 2002, S.48-49.

Makowski, Müller, Reisig & Schütz, 2001, S.34-39.

Markmeyer, 2002.

Winter et al., 2002, Pflegezentrum Rablinghausen.

Gepräch mit der Heimleitung Frau Ulrike Scheer am 1.6.2005.

2.7.4 AWO-Seniorenpark Dießen am Ammersee

Mit dem Seniorenwohnpark in Dießen wurde am 1.10.2000 die bundesweit erste neuerbaute stationäre Einrichtung der Altenhilfe in Betrieb genommen, die konzeptionell auf eine Betreuung in Hausgemeinschaften ausgerichtet ist. Der Seniorenwohnpark beherbergt 35 Langzeitpflegeplätze, neun Kurzzeitpflegeplätze, zwei Tagespflegeplätze und einen ambulanten Pflegedienst. Er bietet damit ein integriertes und vielfältiges Versorgungsangebot im Bereich der Altenhilfe.

Unter Einbezug einer alten Villa wurden drei zweistöckige, villenähnliche Gebäude errichtet. In den Neubauten befinden sich sechs Hausgemeinschaften für jeweils sieben Bewohnerinnen. In der total sanierten Villa befinden sich der ambulante Dienst der AWO, drei Personalwohnungen, zwei Kurzzeitpflegeplätze, ein Frisör und ein Begegnungscafé.

Die einzelnen Häuser sind über ein gläsernes Atrium miteinander verbunden, der für mobile Bewohnerinnen einen Rundwanderweg anbietet, im Erdgeschoss mit Zugang zum Garten. Auf jeder Ebene sind jeweils drei Hausgemeinschaften eingerichtet worden. Jede Hausgemeinschaft besteht aus einem Gemeinschafts- und einem Privatbereich, ohne weitere Funktionsräume. Diese Betriebsräume und ein wohnliches Badezimmer sind dezentral, allein vom Hausflur aus zugänglich, und den Hausgemeinschaften pro Wohnebene zugeordnet. Ebenso verfügt jede Etage über ein Dienstzimmer.

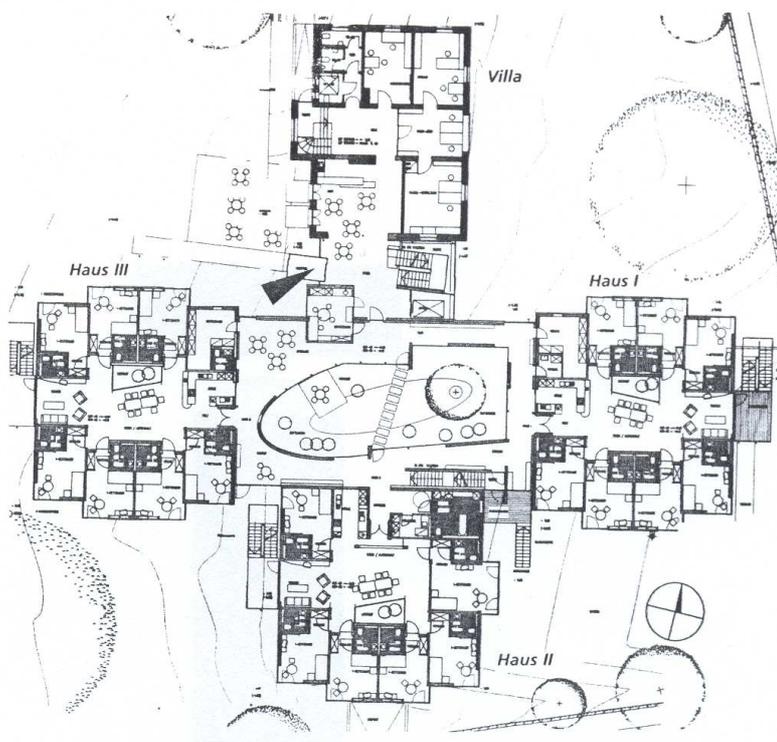


Abbildung 2-4: Grundrisszeichnung Dießen

In den Hausgemeinschaften befinden sich 36 Einzelzimmer und 3 Doppelzimmer. Die Einzelzimmer haben eine Größe von 21m², die Doppelzimmer von 24 m². Zu beiden Zimmerformen gehören ein eigener Vorraum und ein eigenes Duschbad mit WC.

Der Gemeinschaftsbereich besteht aus einem Wohn- und Essbereich mit offener Küche.

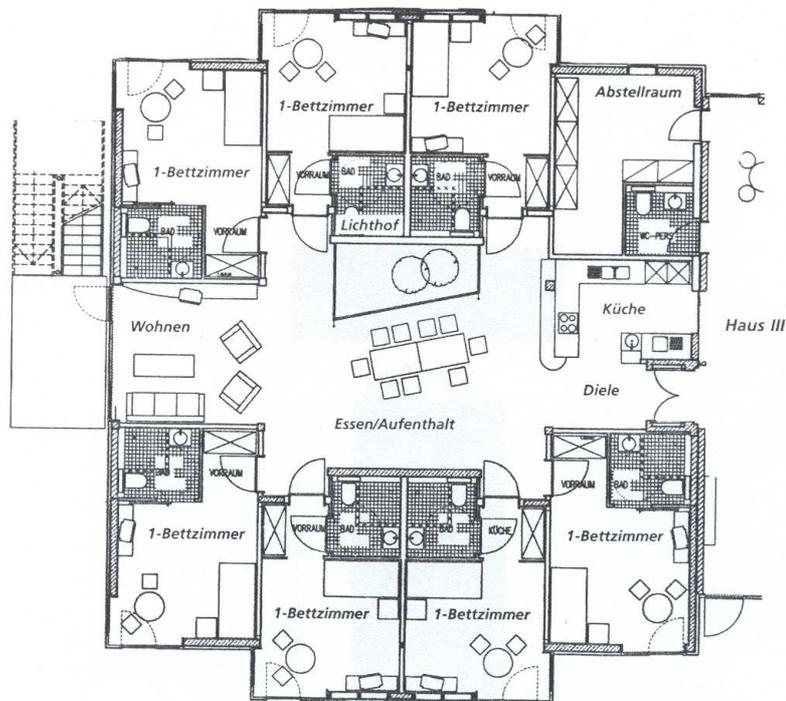


Abbildung 2-5: Grundrisszeichnung Hausgemeinschaft Dießen

Der Seniorenpark Dießen verfolgt einen segregativen Ansatz: so gibt es Hausgemeinschaften für dementiell erkrankte und Hausgemeinschaften für somatisch erkrankte Bewohnerinnen. Eine Hausgemeinschaft ist für Kurzzeitpflegegäste vorgesehen.

Nicht aufgenommen werden erwachsene, pflegebedürftige Behinderte, Personen mit apallischem Syndrom und mit chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen.

Es wird angestrebt, in den Hausgemeinschaften homogene Bewohnergruppen zu bilden, wobei nicht nur die Krankheitsbilder, sondern auch die soziale Herkunft, Lebensstile, Vorlieben und Neigungen berücksichtigt werden sollen.

Die beiden für Demenzerkrankte vorgesehenen Hausgemeinschaften befinden sich im Erdgeschoss des Seniorenwohnparks, ebenso die Hausgemeinschaft für die Kurzzeitpflegegäste. Hier können die Bewohnerinnen über einen Randwanderweg durch das Atrium und durch den Garten ihren Bewegungsdrang ausleben. Im Obergeschoss sind drei Hausgemeinschaften für Bewohnerinnen mit somatischem Pflegebedarf eingerichtet.

Aufgrund der spezifischen Nachfragestruktur in Dießen und Umgebung ließ sich zuerst nur eine Hausgemeinschaft homogen mit Demenzkranken besetzen, eine zweite Hausgemeinschaft wurde gemischt belegt. Nach viereinhalb Jahren Betrieb hat sich die Bewohnerstruktur in Dießen dahingehend verändert, dass im Erdgeschoss, bis auf eine Ausnahme, nur noch Menschen mit Demenz untergebracht sind. Dies gilt auch für die Kurzzeitpflegegäste. Und auch bei den körperlich pflegebedürftigen Bewohnerinnen im Obergeschoss haben sich zusätzlich zur somatischen Erkrankung Demenzen entwickelt.

Die beiden Tagespflegegäste werden in eine Hausgemeinschaft integriert, die nach den Bedürfnissen des Tagespflegegastes ausgesucht wird.

Die Bewohnerinnen verbleiben bis zu ihrem Tod in ihrer Hausgemeinschaft, es sei denn bei dementiell erkrankte Bewohnerinnen des Obergeschosses bestände die Gefahr, dass sie unbemerkt das Haus verlassen, dann würden diese in den geschützten Bereich des Erdgeschosses umsiedeln.

Das Personalkonzept in den Dießener Hausgemeinschaften hat hinsichtlich des Personaleinsatzplanes bereits einen Wandel erfahren, da sich das ursprüngliche Konzept nicht bewährt hat.

Dieses sah eine klare Trennung der Zuständigkeiten von hauswirtschaftlichen Präsenzkraften und Pflegefachdienst vor. Während die Präsenzkraften einer Hausgemeinschaft fest zugeordnet waren, war der Pflegefachdienst für alle sechs Hausgemeinschaften zuständig. Er verstand sich als eine Art „ambulanter Pflegedienst“ und übernahm aufwändige Grundpflegen und die Behandlungspflege. Er ging nur nach Bedarf in die Hausgemeinschaften und war als ständiger Hintergrund für alle Bewohnerinnen und Präsenzkraften erreichbar.

Durch die Zunahme von Bewohnerinnen mit Pflegestufe III sahen sich die Pflegefachkräfte bei dieser Konzeption aber nicht mehr in der Lage, die Kontrolle der Pflegequalität in vollem Umfang zu gewährleisten. Zudem strebten sie mehr Kontinuität in der pflegefachlichen Betreuung innerhalb der Hausgemeinschaften an.

Im jetzigen Konzept ist der Pflegefachdienst in seiner Zuständigkeit für alle sechs Hausgemeinschaften aufgelöst und in die Hausgemeinschaften integriert worden. Der Personaleinsatz wird jetzt etagenweise für jeweils drei Hausgemeinschaften organisiert. Dabei können sowohl Pflegefachkräfte als auch Präsenzkraften in wechselnden Hausgemeinschaften einer Etage tätig werden. Diese Regelung ist getroffen worden, um eine flexiblere Dienstplangestaltung und damit mehr Mitarbeiterorientierung zu ermöglichen.

Konkret sieht ein Einsatzplan folgendermaßen aus: Jedes Mitglied des Pflegefachdienstes ist einer bestimmten Hausgemeinschaft als Präsenzkraft zugeordnet, d.h es übernimmt die Aufgaben einer Alltagsmanagerin in dieser Hausgemeinschaft. Gleichzeitig ist es für die Behand-

lungspflege, die Pflegeprozesssteuerung und die Supervision der Präsenzkkräfte auf der gesamten Etage zuständig. Unterstützt wird die Fachkraft durch einen ihrer Hausgemeinschaft zugeordneten Springer, der diese in ihrer Hausgemeinschaft unterstützt und bei Abwesenheit vertritt.

Der Nachtdienst wird von einer Pflegefachkraft für das ganze Haus übernommen.

Unterstützt werden die Hausgemeinschaften einer Etage durch eine Reinigungskraft, die von 10.00 bis 14.00 Uhr anwesend ist.

Tabelle 2-7: *Personaleinsatz im Seniorenpark Dießen*

		Etage EG		
		HG I	HG II	HG III
Fachkraft	FD	6.30 - 14.42		
	SD		13.03 - 21.15	
Präsenzkraft	FD		7.00 -13.30	7.00 - 13.30
	SD	15.00-21.00		15.00 - 21.00
Springer	FD	8.30-12.30		
	SD		17.00 - 20.00	
Reinigungskraft		10.00 bis 14.00		
Nachtdienst/ Fachkraft		21.00 - 7.00 (für das gesamte Haus)		

Weitere Unterstützung erfahren die Hausgemeinschaften durch hausgemeinschaftsübergreifende Dienste wie den Sozialdienst, die Hauswirtschaftsleitung, einen externen Reinigungsdienst, eine Wäscherei und den Hausmeister.

Bereiche wie Verwaltung, Leitung und Haustechnik werden auch weiterhin zentral betrieben. Zu den Aufgaben der Präsenzkkräfte gehört die grundpflegerische Versorgung, die allgemeine soziale Betreuung der Bewohnerinnen, die Reinigung des Wohnumfeldes, die Verteilung der Wäsche sowie die Essensplanung und –zubereitung. Die Präsenzkkräfte sind sowohl der Pflegedienstleitung als auch der Hauswirtschaftsleitung unterstellt. Letztere ist für die Qualität der hauswirtschaftlichen Leistungen und die Hygiene verantwortlich und steuert den zentralen Einkauf. Sie gibt auch einen Speiseplan mit einer verbindlichen Hauptkomponente beim Mittagessen vor.

Die Aufgabe des Springers können Fachkräfte, Präsenzkkräfte und Pflegehilfskräfte, eventuell auch Zivildienstleistende und FSJ- Mitarbeiterinnen übernehmen. Die Springer leisten die Aufgaben einer Präsenzkraft; bei entsprechender Qualifikation übernehmen sie auch behandlungspflegerische Tätigkeiten. Zusätzlich sind sie für einrichtungs- und organisationsbezogene Aufgaben, wie den Hol- und Bringedienst, zuständig.

Auf der Basis des dargestellten Personaleinsatzplans und einer zugrunde gelegten Nettojahresarbeitszeit von 1570 Stunden (vgl. Winter et al, 2002, Personal- und Kostenkalkulation) ergibt

sich für die einzelnen Hausgemeinschaften, ohne Berücksichtigung der zentralen Leistungen, die folgende Personalbesetzung:

Tabelle 2-8: *Vollzeitstellen je Hausgemeinschaft in Dießen*

	Anwesenheit in h				VZK je Etage	VZK je HG
	HG I	HG II	HG III	Etage		
Fachkraft	7,7	7,7		15,40	3,58	1,19
Präsenzkraft	6	6	12	24	5,58	1,86
Springer	4	3		7	1,63	0,54
Reinigungskraft	1,33	1,33	1,33	4	0,93	0,31
NW / Fachkraft	1,67	1,67	1,67	5,01	1,16	0,39
Summe					12,88	4,29

Demnach wären für eine Hausgemeinschaft 4,29 Vollzeitbeschäftigte zuständig, was einem Personalschlüssel von 1: 1,6 entspricht.

Zu den Fachkräften wurden nach einer Regelung mit der Heimaufsicht Oberbayern während der Modellprojektphase nicht nur Pflegefachkräfte, sondern auch zu 10% sonstige Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen gezählt. Seit Oktober 2002 wird die Fachkraftquote allein über Pflegefachkräfte erreicht.

Nach der aufgezeigten Einsatzplanung ist von 6.30 bis 7.00 Uhr, von 13.30 bis 15.00 Uhr und von 20.00 bis 21.15 Uhr eine Etage nur mit einer Präsenzkraft und einer Pflegefachkraft besetzt. In dieser Zeit ist in einer Hausgemeinschaft je Etage keine Mitarbeiterin anwesend. Dies wird als Nachteil des Hausgemeinschaftskonzeptes wahrgenommen. Denn während auf einem Wohnbereich mit 21 Bewohnern das Fehlen einer Mitarbeiterin nicht als so gravierend empfunden wird, bedeutet dies für eine Hausgemeinschaft, dass sie als leer und verlassen erlebt wird. Aber es lässt sich, da es sich beim Seniorenwohnpark Dießen um eine ganz normale pflegesatzfinanzierte Einrichtung der stationären Altenhilfe handelt, nicht einfach mehr Personal einstellen, um eine wirkliche kontinuierliche Präsenz in den Hausgemeinschaften zu ermöglichen. Dies könne erst bei einer Gruppengröße zwischen 10 und 15 Bewohnerinnen realisiert werden.

Hinsichtlich der Mahlzeitenzubereitung hat der Seniorenwohnpark Dießen die folgende Regelung getroffen: Es gehöre zum Prinzip der Normalisierung, dass nicht jeden Tag in gleicher Weise gekocht werde. So wird den Präsenzkraften die Möglichkeit gegeben, auf Convenienceprodukte zurückzugreifen. Die früher manchmal in Dießen genutzten Möglichkeiten, ein bereits zubereitetes warmes Essen oder eines seiner Hauptkomponenten zu bestellen, werden seit ca. einem Jahr nicht mehr in Anspruch genommen.

Auch ist es möglich, die Zubereitung der verschiedenen Komponenten einer Mahlzeit unter den Hausgemeinschaften aufzuteilen. Dazu ist eine Sonderregelung des zuständigen Gesundheitsamtes eingeholt worden.

Da die Präsenzkkräfte ein breites Aufgabenspektrum erfüllen müssen, bleibt ihnen nur wenig Zeit für die sonstige Betreuung der Bewohnerinnen. Dies gilt insbesondere für Bereiche, die nicht mit der Hauswirtschaft verbunden sind, z.B. Gesellschaftsspiele, gemeinsames Singen, aber auch Einzelbetreuung.

Für diese Betreuungsaufgaben sollen Angehörige und Ehrenamtliche gewonnen werden, denn auf Stellen im Bereich der sozialen Betreuung und Beschäftigungstherapie ist bewusst verzichtet worden. Da dieses Defizit durch das Engagement von Angehörigen und Ehrenamtlichen spontan nicht kompensiert werden konnte, wurde von 2001 bis 2003 vom AWO- Bezirksverband ein Ehrenamtsprojekt durchgeführt, um einen ehrenamtlichen Besuchsdienst und ehrenamtlich geführte Interessen- und Beschäftigungsgruppen aufzubauen. Dieses Projekt wird seit 2003 vom Seniorenpark Dießen in reduzierter Form weitergeführt.

Für die Langzeitpflege in den Hausgemeinschaften sind die folgenden Entgelte vereinbart worden:

Tabelle 2-9: *Pflegesätze und Entgelte in € im Seniorenwohnpark Dießen für Langzeitpflege (Stand 2005)*

Pflegestufe	Pflegesatz	U+V	Investition	
			EZ	DZ
I	60,39 €	20,74 €	10,63 €	8,12 €
II	75,38 €			
III	86,55 €			

Hinzu kommt noch eine Ausbildungsabgabe von 0,89 €.

Die Leistungsentgelte im Seniorenwohnpark Dießen liegen ca. 12-15% über den durchschnittlichen Leistungsentgelten des Trägerverbandes.

Quellen:

Arbeiterwohlfahrt Oberbayern, 2004a.

Arbeiterwohlfahrt Oberbayern, 2004b.

Arbeiterwohlfahrt Oberbayern, 2003.

Dunkel, 2001, S.411-415.

Dunkel, Maurer & Neubauer, 2001, S.22-25.

Löflath, 2004.

Winter et al., 2002, AWO- Seniorenwohnpark Dießen.

Gespräch mit der Pflegedienstleitung Frau Schürr am 13.6.2005.

Gespräch mit der Heimleitung Frau Nebel am 13.6.2005.

2.7.5 Gradmann-Haus in Stuttgart Kaltental

Das Gradmann-Haus wurde im Februar 2001 in Betrieb genommen. Es wurde als Modellprojekt für die Versorgung von Menschen mit Demenz realisiert, unterstützt von der Alzheimer-Gesellschaft Baden-Württemberg, der Erich und Liselotte Gradmann Stiftung und der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart.

Unter seinem Dach vereinigt das Gradmann-Haus eine gerontopsychiatrische Tagespflege, 18 betreute Seniorenwohnungen und zwei Wohngruppen. Die Cafeteria mit angeschlossenem Mehrzweckraum kann von der Gemeinde Kaltental und ihren Bürgerinnen mitgenutzt werden. Bei der baulichen Gestaltung des Gradmann-Hauses wurde besonders auf ein demenzgerechtes Milieu großen Wert gelegt. So wurde das gesamte Gebäude ebenerdig angelegt und vermeidet so optische und räumliche Barrieren.

Die beiden Pavillons mit jeweils einer Wohngruppe sind durch eine verglaste Wandelhalle miteinander verbunden. In den Wohngruppen sind alle Räume um ein Zentrum gruppiert, das aus einer Wohnküche mit Essbereich und einem Innenhof besteht, und von einem als Rundweg angelegten Flur eingeschlossen wird. Jeder der beiden Flure mündet in die Wandelhalle, von der aus der geschützte Garten zu betreten ist.

Durch die großzügig angelegten Bewegungs- und Aufenthaltsbereiche, sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gebäudes, können die Bewohnerinnen ihren Bewegungsdrang ausleben. Bei der Innenraumgestaltung wurden Farbgebung, Beleuchtung und Bodenbelag auf die Bedürfnisse Demenzerkrankter abgestimmt.

In den beiden Wohngruppen leben jeweils 12 Bewohnerinnen. Alle Bewohnerinnen verfügen über ein 14,7 m² großes Einzelzimmer mit eigenem Sanitärbereich.

Zur Zielgruppe der beiden Wohngemeinschaften gehören mittel bis schwer dementiell Erkrankte aus Stuttgart, die Verhaltensauffälligkeiten, besonders motorische Unruhe, aufweisen. Die Gehfähigkeit sollte noch vorhanden sein, und auch auf längere Sicht erhalten bleiben. Zudem sollten die Demenzerkrankten fähig sein, am Gruppenleben teilzunehmen.

Es ist geplant durch einen geringfügigen Umbau weitere drei Plätze vorwiegend für bettlägerige Bewohnerinnen zu schaffen. Dies würde ein Nachrücken der primären Zielgruppe ermöglichen und eine wirtschaftlich günstigere Belegungszahl sicherstellen.

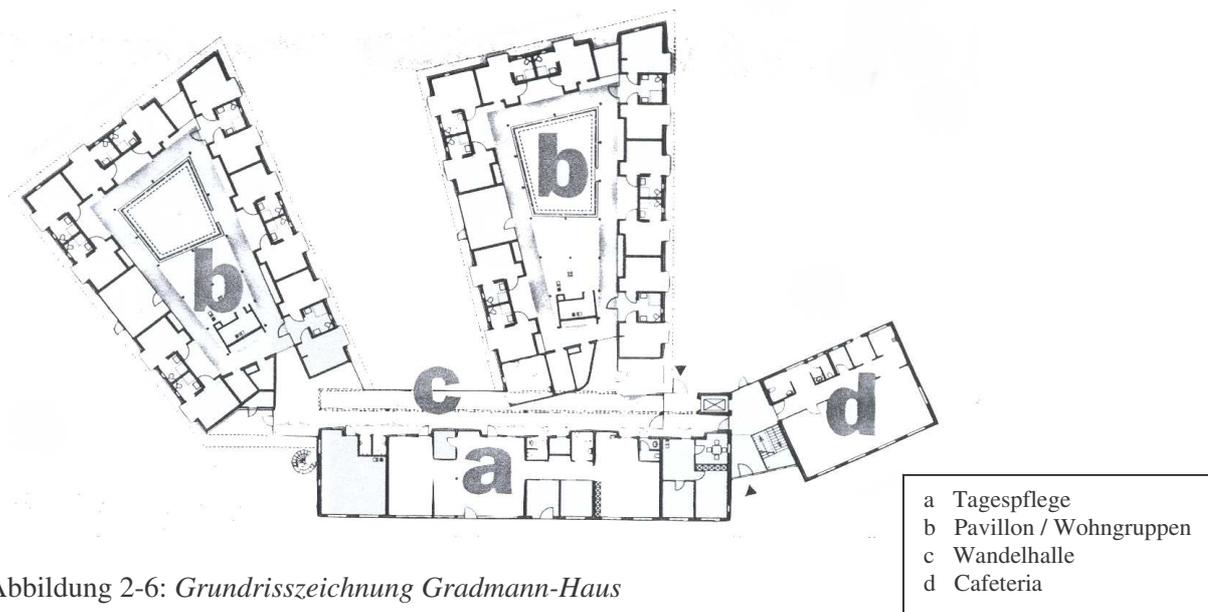


Abbildung 2-6: Grundrisszeichnung Gradmann-Haus

Insgesamt sind in den beiden Wohngruppen 12,5 Mitarbeiterinnen beschäftigt. Vormittags sind vier Mitarbeiterinnen anwesend, nachmittags drei und nachts eine Mitarbeiterin. Der Personaleinsatz erfolgt wohngruppenübergreifend, aber es wird versucht in jeder Schicht mindestens eine Mitarbeiterin fest in einer Wohngruppe arbeiten zu lassen.¹ Überwiegend sind im Gradmann Haus Pflegekräfte beschäftigt, hauswirtschaftliche Kräfte sind nur zu bestimmten Stunden, meist in der Mittagszeit, im Haus. Daneben werden noch Sozialarbeiterinnen und –pädagoginnen sowie therapeutische Fachkräfte beschäftigt. Alle Mitarbeiterinnen sind auch in hauswirtschaftliche Aufgaben eingebunden. Der Fachkraftanteil liegt bei 65%, der Personalschlüssel bei 1: 2.

Hinsichtlich des Personalkonzepts unterscheidet sich das Gradmann-Haus deutlich von der KDA- Hausgemeinschaftskonzeption. Es versteht sich selber auch nicht als Hausgemeinschaft. Vielmehr folgt es in seiner Konzeption eher den MIDEMAS-Demenzwohngruppen (vgl. oben S.34).

Der Tagesablauf ist durch das gemeinsame Vorbereiten der Speisen und Essen und durch die Ausübung weiterer hauswirtschaftlicher Tätigkeiten geprägt, aber auch durch Gymnastik, Spielen und Musik.

Da die Beteiligung der Bewohnerinnen an der Mahlzeitenvorbereitung nicht den Erwartungen entsprach, wird das Mittagessen jetzt durch einen Cater-Service geliefert und nur noch die übrigen Mahlzeiten in den Wohnküchen vorbereitet. Zwar kann auch weiterhin in den Wohnküchen

¹ Genauere Angaben zum Stellenplan und zum Personaleinsatzplan wollte die Einrichtung leider nicht mitteilen.

gekocht werden, dies wird aber eher als „therapeutische Aktion“ verstanden. Die Wäschepflege und die Gebäudereinigung sind komplett an externe Anbieter vergeben worden.

Zusätzliche Aktivitäten werden in Kooperation mit den Angehörigen durch Honorarkräfte oder durch ehrenamtliche Helferinnen angeboten. Die Bewohnerinnen können aktiv oder passiv an den angebotenen Aktivitäten teilnehmen, eine Verpflichtung zur Teilnahme besteht nicht.

Die Bereitschaft der Angehörigen, sich in die Betreuung einzubringen, ist erwünscht, aber nicht Bedingung für die Aufnahme eines Demenzerkrankten.

Angehörige haben ständig freien Zugang zum Haus. Sie können Küche und Waschmaschine mitnutzen und am Mittagessen in der Wohngruppe teilnehmen.

Für sie werden Beratungen und ein monatlicher Gesprächskreis angeboten.

Im Vergleich zu einem durchschnittlichen Pflegeheim sind die Heimentgelte im Gradmann Haus etwa 20 bis 30% höher. Die geringen Investitionskosten liegen an der Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Tabelle 2-10 *Kosten für Platz in Wohngruppe Gradmann-Haus (Stand 2005)*

Pflegestufe	Pflegesatz	U+V	Investition
0	32,56 €	22,74 €	6,24 €
I	58,87 €		
II	70,28 €		
III	87,70 €		

Zu diesen Entgelten kommt noch eine Ausbildungszulage von 1,00 € pro Tag.

Quellen:

Gradmann- Stiftung ,2003.

Guerra, 2002c, S.252-254.

Evangelische Gesellschaft Stuttgart, 2005.

Gespräch mit der kommissarischen Hausleitung Frau Casinelli am 8.6.05.

Gespräch mit Herrn Peter (Abteilungsleitung Dienste für ältere Menschen Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.)

2.7.6 Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ / Brandenburg an der Havel

Als Teil des Seniorenzentrums „Clara Zetkin“ mit 122 stationären Plätzen, 15 Plätzen für Tagsgäste und 10 Plätze für Kurzzeitpflege ist im Jahr 2001 ein neu erbautes, eingeschossiges Wohngruppenhaus für drei Hausgemeinschaften in Betrieb genommen worden. Jede Hausge-

meinschaft verfügt als Zentrum über einen 50 m² großen Wohn-/Ess-/Kochbereich, an den sich nahtlos ein 20 m² großes Wohnzimmer anschließt. Jedem Wohn- und Essraum ist eine barrierefrei zugängliche Terrasse vorgelagert. Zudem verfügt jede Hausgemeinschaft über eine Speisekammer, einen Hauswirtschaftsraum, einen Wäscheraum und ein Badezimmer mit Badewanne. Die Bewohnerzimmer sind 16 m² groß und haben ein eigenes Duschbad (4,5 m²) sowie eine eigene Klingel und einen eigenen Briefkasten.

Von allen drei Hausgemeinschaften kann das Gästezimmer, der Mitarbeiterinnen-Raum und das Nachbarschaftscafé genutzt werden.

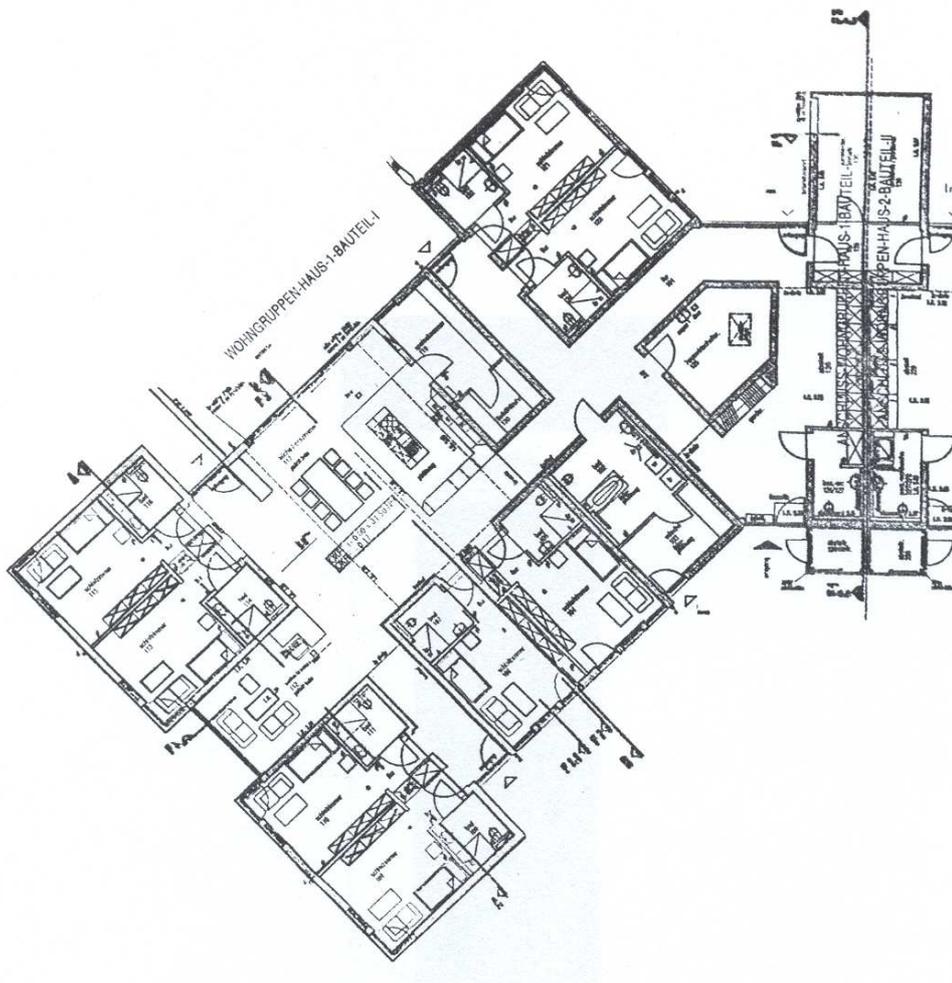


Abbildung 2-7: Grundrisszeichnung Hausgemeinschaft „Clara Zetkin“

Die drei Hausgemeinschaften sind U-förmig angelegt und umschließen so einen zur offenen Seite hin eingezäunten Gartenbereich, der über die jeweiligen Terrassen ebenerdig zugänglich ist.



Abbildung 2-8: Grundrisszeichnung Wohngruppenhaus „Clara Zetkin“

Die Bewohnerinnen können sich zwischen den drei Wohnbereichen und im Garten frei bewegen.

In den Hausgemeinschaften wohnen jeweils acht dementiell erkrankte, pflegebedürftige Menschen. Die Einstufung in eine Pflegestufe und die Diagnose Demenz sind Voraussetzungen für die Aufnahme in eine der Hausgemeinschaften.

Die Bewohnerinnen haben Mieterstatus. Sie haben einen Wohnprojektvertrag abgeschlossen, der sowohl das Wohnen als auch die Betreuung regelt. Zusätzlich haben sie einen Pflegevertrag mit dem hauseigenen, ambulanten Pflegedienst.

Da die Bewohnerinnen Wohnung und Betreuung aus einer Hand erhalten, wäre das Wohngruppenhaus Clara Zetkin eigentlich als Heim zu klassifizieren. Aber mit der zuständigen Heimaufsicht ist hier nach § 25a Heimgesetz eine Sonderregelung getroffen worden, so dass die Hausgemeinschaften nicht dem Heimgesetz und damit auch nicht der Heimmindestbauverordnung und der Heimpersonalverordnung unterliegen. Mit den Pflegekassen ist kein Versorgungsvertrag abgeschlossen worden. Die Bewohnerinnen erhalten also von der Pflegekasse „Leistungen bei häuslicher Pflege“ nach §36 SGB XI.

Die Vorteile des ambulanten Status sieht die Leitung des Wohngruppenhauses vor allem in der Befreiung von den Auflagen der Heimmindestbauverordnung. Zudem konnten so weitere Betreuungsplätze geschaffen werden, obwohl das vom Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsver-

band Brandenburg zugestandene Kontingent von 122 Heimplätzen durch das benachbarte Altenheim „Clara Zetkin“ schon ausgeschöpft war.

Insgesamt arbeiten in den drei Hausgemeinschaften 12 hauswirtschaftliche Präsenzkkräfte. Da sie alle keine Vollzeitverträge haben, sondern 25 bis 30 Stunden die Woche arbeiten, ergibt dies ein Äquivalent von 9,39 Vollzeitstellen. Sie arbeiten in drei 5- Stunden-Schichten von 6.45 Uhr bis 21.15 Uhr. Die Präsenzkkräfte sind keine Fachkräfte und werden wie eine pflegerische Hilfskraft bezahlt. Sie kommen aus den verschiedensten Berufen und haben eine hausinterne Grundausbildung in Krankenpflege, Kommunikation, Erster Hilfe und Validation absolviert. Zu ihren Aufgaben zählen das An- und Entkleiden der Bewohnerinnen, der Einkauf, die Zubereitung der Mahlzeiten, die Reinigung der Wohnung und der Wäsche. Unterstützt werden die Präsenzkkräfte dabei von drei Zivildienstleistenden.

Zusätzlich befinden sich täglich für ca. neun Stunden Pflegefachkräfte des ambulanten Dienstes im Wohngruppenhaus, zwei Personen für ca. sechs Stunden am Vormittag und eine Person für ca. drei Stunden am Nachmittag. Die Einsatzzeiten variieren je nach Pflegebedarf der Bewohnerinnen. In den Zeiten, in denen keine Pflegefachkraft in den Hausgemeinschaften anwesend ist, kann eine Fachkraft tagsüber erreicht werden.

Den Nachtdienst von 21.00 bis 7.00 Uhr übernimmt eine Pflegefachkraft für alle drei Hausgemeinschaften.

Hauswirtschaftskräfte und Pflegefachkräfte sind Angestellte der hauseigenen Sozialstation.

Der Stellenplan der drei Hausgemeinschaften umfasst somit die folgenden Vollzeitstellen:

Tabelle 2-11: *Vollzeitstellen im Wohngruppenhaus „Clara Zetkin“¹*

Berufsgruppe/ Funktion	VZÄ für 3 Hausgemeinschaften	VZÄ für 1 Hausgemeinschaft
Altenpfleger (NW)	2,75	0,92
Pflegefachkräfte amb. Dienst	3,5	1,17
Hauswirtschaftlicher Dienst	9,39	3,13
Summe	15,64	5,21
Zivildienst	3	1

Der Personalschlüssel liegt bei 1: 1,54.

¹ Bis auf die Pflegefachkräfte des ambulanten Dienstes sind die Angaben dem Informationsmaterial von „Clara Zetkin“ entnommen. Die VZÄ für die Pflegefachkräfte wurde wie folgt berechnet: täglicher Bedarf = 2 Personen x 6 Stunden + 1 Person x 3 Stunden = 15 Stunden erforderliche Pflegezeit pro Tag.

15 x 365 = 5475 Pflegestunden im Jahr

5475 / 1570 (= kalkulierte Nettojahresarbeitszeit nach KDA, vgl. Winter et al., 2002, Personal- und Kostenkalkulation) = 3,5 Vollzeitstellen.

Obwohl das Wohngruppenhaus „Clara Zetkin“ nicht als Heim zu klassifizieren ist, kümmert sich die Heimaufsicht um das Wohngruppenhaus. Mit dieser ist eine Ausnahmeregelung hinsichtlich der Fachkraftquote vereinbart worden.

Die Tagesstruktur ist ausgerichtet am familiären Alltag: die Mahlzeiten werden gemeinsam vorbereitet, es wird gemeinsam gegessen, abgewaschen und saubergemacht. Die Wäsche wird gewaschen und anschließend gefaltet oder gebügelt. Es wird aber auch gefeiert und es werden gemeinsame Besuche gemacht. Aus den Mitteln der durch § 45a+b, SGB XI gewährten zusätzlichen 460 € pro Bewohnerin und Jahr, die Demenzzkranken in der häuslichen Pflege zustehen, finanziert das Wohngruppenhaus „Clara Zetkin“ eine Musiktherapeutin.

Die Angehörigen werden in das Leben der Wohngemeinschaften integriert und nach Möglichkeit zur Übernahme unterstützender Verrichtungen und Aufgaben motiviert. Sie können in einem Gästezimmer übernachten oder haben die Möglichkeit auf dem Gelände eine Wohnung zu mieten.

Die Kosten für einen Platz in der Hausgemeinschaft kostet je nach Pflegestufe zwischen 1.820,03 € und 2.343,95 €. Darin enthalten sind die Kosten für Miete und laufenden Betrieb, für die Haushaltsführung und die Betreuung.

Tabelle 2-12: *Monatliche Kosten in € für einen Betreuungsplatz im Wohngruppenhaus „Clara Zetkin“ (Stand 2005)*

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Miete für 61 m ²	252,94 €	252,94 €	252,94 €
Betriebskosten für 61 m ²	150,00 €	150,00 €	150,00 €
Haushaltsgeld	204,52 €	204,52 €	204,52 €
Betreuungspauschale	1.212,57 €	1.481,14 €	1.736,49 €
monatliche Gesamtkosten	1.820,03 €	2.088,60 €	2.343,95 €
Leistungen Pflegekasse	384,00 €	921,00 €	1.432,00 €
Eigenanteil Bewohnerin	1.436,03 €	1.167,60 €	911,95 €

Weitere Kosten entstehen den Bewohnerinnen nicht. Leistungen nach SGB V werden direkt mit den Krankenkassen abgerechnet. Interessant ist bei der ambulanten Finanzierung, dass hier, anders als bei pflegesatzfinanzierten Einrichtungen, bei höherer Pflegestufe der Eigenanteil der Bewohnerinnen für einen Betreuungsplatz sinkt.

Zur besseren Vergleichbarkeit sind die monatlichen Kosten in tagesgleiche Entgelte für Betreuung, Unterkunft und Verpflegung sowie Miete umgerechnet worden.

Tabelle 2-13: *Tagesgleiche Entgelte „Clara Zetkin“*

Pflegestufe	Betreuung	U+ V	Miete
I	39,87 €	11,66 €	8,32 €
II	48,70 €	11,66 €	8,32 €
III	57,10 €	11,66 €	8,32 €

Quellen:

Albrecht; Bernath, & Thieswald, n.d..

Mieder, M. & Schwarz, G., 2002.

Morgenroth, 2004.

Winter et al., 2002, Wohngruppenhaus Clara Zetkin.

Prospekte und Unterlagen des Wohngruppenhauses „Clara Zetkin“.

Gespräch mit dem Geschäftsführer Herr Weise am 1.6.2005.

Gespräch mit der Hausleitung Frau Morgenroth am 7.6.2005.

2.7.7 Pflegestift „Mediana“ / Fulda

Am 31.3.2003 wurde mit dem Pflegestift „Mediana“ in Fulda das erste freifinanzierte, in Hausgemeinschaften gegliederte Pflegeheim eröffnet. Das Pflegestift besteht aus insgesamt 120 Einzelapartments verteilt auf 12 Hausgemeinschaften. Träger der Einrichtung ist die Unternehmensgruppe Mediana.

Das Pflegestift liegt nahe der Fuldaer Innenstadt in einem gewachsenen historischen Quartier mit guter Anbindung an das öffentliche Verkehrsnetz.

Im Erdgeschoss des Pflegestifts sind Gewerbeflächen vermietet worden. Dort befinden sich ein öffentliches Café mit Bäckereiverkauf, ein Friseursalon und ein Fußpflegestudio. Zusätzlich sind dort Verwaltungs- und Schulungsräume untergebracht.

In den drei übrigen Ebenen des viergeschossigen Gebäudes sind je Ebene jeweils vier Hausgemeinschaften angesiedelt. Verbunden sind die vier Hausgemeinschaften einer Ebene durch einen so genannten „Marktplatz“, einer Fläche, die für Begegnung, Kommunikation und hausgemeinschaftsübergreifende Aktivitäten genutzt wird. Hier befinden sich auch die „Informationszentralen“, in denen Kommunikation, Planung, Organisation und Dokumentation stattfindet, sowie Medikamente gestellt werden. Ebenfalls im Marktbereich ist der Personalaufenthaltsraum angesiedelt. Bewusst wurden diese Bereiche und damit alles „Bürokratische“ aus den Hausgemeinschaften herausgenommen. Die im Bereich der Marktplätze eingerichteten zwei Badezimmer je Ebene erfüllen die Anforderung der Heimmindestbauverordnung. In der Praxis werden diese Bäder aber nur selten genutzt.

Das Pflegestift verfügt über einen Garten, der nicht nur zum Spaziergehen genutzt werden soll, sondern Bewohnerinnen und Angehörigen vielfältige Gestaltungs- und Nutzungsmöglichkeiten bietet.

Die verschiedenen Ebenen im Pflegestift „Mediana“ haben eine eigene Farbgestaltung erhalten, um wahrnehmungseingeschränkten Bewohnerinnen die Orientierung zu erleichtern.

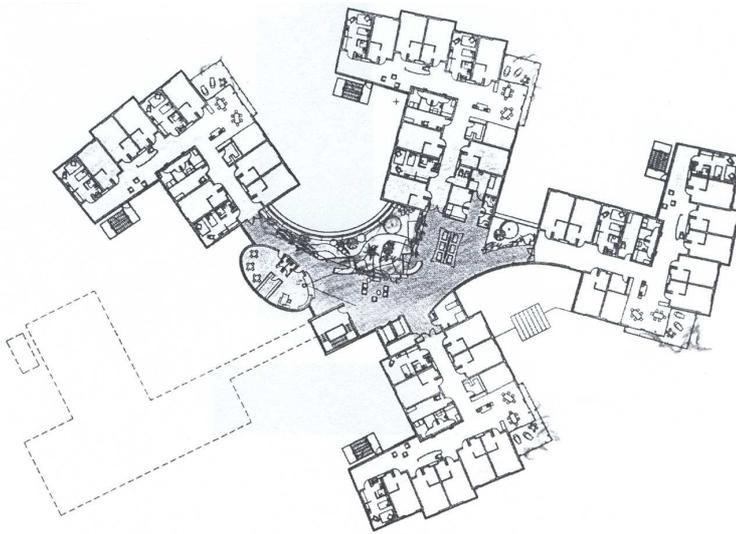


Abbildung 2-9: Grundrisszeichnung Pflegestift „Mediana“

Jede Mediana-Hausgemeinschaft verfügt über eine Wohnküche mit Aufenthaltsbereichen (ca. 75m²) und angrenzender Terrasse (16 m²), einen Therapieraum und diversen Funktionsräumen. Die Wohnküche bildet das Herzstück jeder Hausgemeinschaft, in der das alltägliche Leben organisiert wird.

Die Bewohnerapartments haben eine Grundfläche von knapp 30 m². Diese Grundfläche erlaubt problemlos eine Doppelbelegung. Um dies beispielsweise einem Ehepaar zu ermöglichen, wurde mit der Heimaufsicht vereinbart, maximal zwei Wohnungen einer Hausgemeinschaft doppelt belegen zu dürfen. Das heißt, die regelhafte Gruppengröße von zehn Bewohnerinnen je Hausgemeinschaft könnte auf bis zu 12 Personen anwachsen.

Alle Bewohnerzimmer sind mit einem eigenen Duschbad ausgestattet. Die Apartments sollen von den Bewohnerinnen selbst möbliert werden. Das Pflegestift stellt ein Pflegebett, einen Nachtschrank, einen Kleiderschrank und auf Wunsch auch einen Tisch mit Stühlen oder Sesseln zur Verfügung.

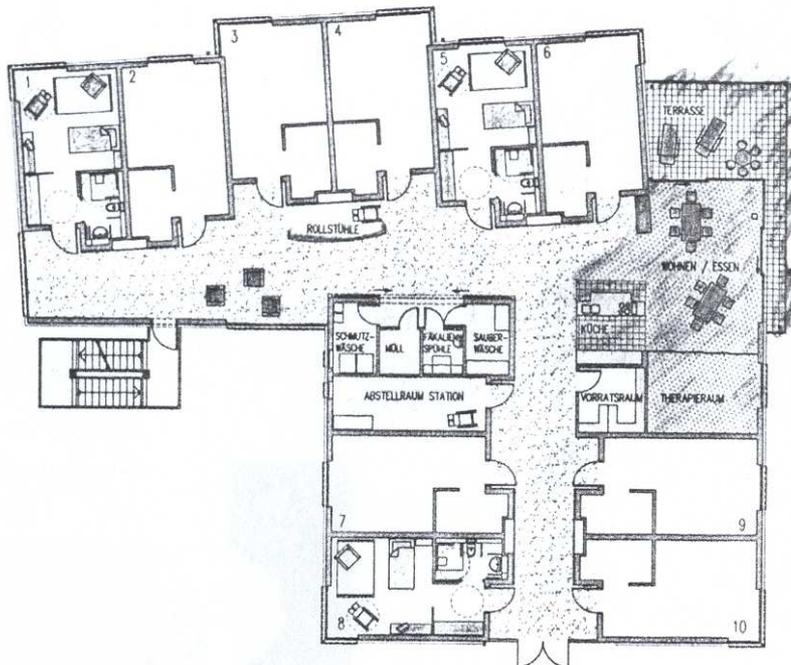


Abbildung 2-10: Grundrisszeichnung Hausgemeinschaft „Mediana“

Zur Zielgruppe der Mediana-Hausgemeinschaften gehören alle pflegebedürftigen älteren Menschen Grundsätzlich steht die Einrichtung aber auch nicht pflegebedürftigen Menschen offen. Nur beatmungspflichtige Personen können nicht aufgenommen werden.

In den Hausgemeinschaften werden demenzerkrankte Bewohnerinnen zusammen mit geistig rüstigen Personen integrativ versorgt.

Die Hausgemeinschaften können jedoch verschiedene „Arbeitsschwerpunkte“ aufweisen, z.B. für Multiple Sklerose-Erkrankte, somatisch Schwerstpflegebedürftige oder Menschen mit Demenz.

Verwaltung, Administration, Haustechnik und Reinigung werden wie in jeder normalen vollstationären Einrichtung zentral erbracht. In den Hausgemeinschaften organisieren Präsenzmitarbeiterinnen den Alltag der Bewohnerinnen. Sie erbringen grundpflegerische Leistungen, bereiten die Mahlzeiten zu, organisieren die Wäsche und die Reinigung und begleiten die Bewohnerinnen in ihrem Alltagsleben. Die Präsenzkräfte werden durch eine hausinterne Ausbildung berufsbegleitend auf ihre Tätigkeiten vorbereitet. Sie sind einer Hausgemeinschaft fest zugeordnet. Von 7.30 bis 20.00 ist jeweils eine Präsenzkraft pro Schicht in der Hausgemeinschaft anwesend. Bei „Belastungs- Spitzen“ können die Präsenzkräfte von Springern (zwei Vollzeitstellen) unterstützt werden.

Im Bereich Reinigung und Raumpflege werden die Präsenzkkräfte durch hauswirtschaftliche Kräfte, bei der Wäscheversorgung durch einen externen Dienstleister und bei der Pflege durch den Fachpflegedienst unterstützt. Der Einkauf erfolgt zentral. Die Hausgemeinschaften erhalten ihre Lebensmittel über einen „Einkauf im Haus“. Dazu sind im Haus Trockenlager und Funktionsräume mit Kühltruhen und –schränken eingerichtet worden.

Reinigungskräfte sind montags bis samstags für drei bis fünf Stunden in den Hausgemeinschaften.

Zur Entlastung der Präsenzkkräfte haben diese wie in Dießen die Möglichkeit auf Convenience-Produkte zurückzugreifen oder eine komplette warme Mahlzeit bzw. eines ihrer Komponenten von einer externen Küche zu beziehen.

Der Pflegedienst ist für die gesamte Einrichtung zuständig. Sein Einsatz erfolgt nach dem ambulanten Prinzip. Er setzt sich überwiegend aus examinierten Pflegekräften zusammen, aber zur Unterstützung werden auch Pflegehilfskräfte eingesetzt. Die Aufgabenschwerpunkte des Pflegedienstes liegen im Bereich der Pflege und der sozialen Betreuung.

Der Fachpflegedienst ist tagsüber von 6.30 bis 22.00 Uhr im Hause. Gleich den Präsenzkräften ist immer eine Pflegekraft den Hausgemeinschaften zugeordnet. Unterschiedliche Dienstzeiten ergeben sich aus dem Pflegeaufwand der einzelnen Hausgemeinschaft. Als Mindestbesetzung ist tagsüber ständig eine Fachpflegekraft auf jeder Etage des Hauses verfügbar.

Der Nachtdienst wird etagenbezogen organisiert und erstreckt sich von 21.45 bis 6.45 Uhr. Jeweils eine Pflegefachkraft betreut die vier Hausgemeinschaften einer Etage.

Tabelle 2-14: Stellenplan im Pflegestift „Mediana“

	VZK gesamte Einrichtung	VZK je Hausgemeinschaft
Soziale Betreuung	1	0,08
Präsenzmitarbeiterinnen	32	2,67
examinierte Pflegefachkräfte	28	2,33
Pflegehilfskräfte	8	0,67
Reinigungskräfte	3	0,25
Summe	72	6,00

Bei einer normalen Belegung der Hausgemeinschaften mit 10 Bewohnerinnen liegt der Personalschlüssel bei 1: 1,67, bei maximaler Auslastung mit 12 Bewohnerinnen bei 1: 2.

Bei der Gestaltung des Tagesablaufes wird Beschäftigung nicht künstlich geschaffen, sondern ist durch die Bewältigung des Alltags schon vorhanden. Daneben gibt es aber noch weitere Aktivitäten, die von den Präsenzkräften organisiert werden: Erzähl- und Märchenstunden, Näh- und Spinnstübchen, Gymnastik, Handwerken, Singen und Musizieren oder Film und Fernsehen.

Angehörige sollen umfassend in den Alltag der Hausgemeinschaften eingebunden werden. Sie können bei der Planung von Pflege und Betreuung, bei der alltäglichen Tagesgestaltung, bei der Speisenzubereitung oder bei kulturellen Veranstaltungen mitwirken. Auch bei strategischen Überlegungen und Prozessen der Einrichtung haben sie Gestaltungsmöglichkeiten.

Bei den Pflegesatzverhandlungen wurden für das Pflegestift die folgenden Entgelte vereinbart:

Tabelle 2-15: *Heimentgelte für das Pflegestift „Mediana“ (Stand 2005)*

Pflegestufe	Pflegesatz	U+V	Investition
0	29,22 €	14,76 €	19,56 €
I	41,74 €		
II	58,45 €		
III	75,15 €		

Diese Entgelte beziehen sich auf Bewohnerinnen von Einzelapartments. Bei Doppelbelegung reduzieren sich die Investitionskosten auf 9,78 € pro Person.

Zu diesen Entgelten ist noch ein Ausbildungszuschlag von 0,19 € pro Tag hinzuzurechnen.

Die Mitarbeiterinnen des Pflegestifts werden nicht nach Bundesangestelltentarif oder an den BAT angelehnten Tarifen entlohnt, sondern nach einem Haustarif. Dabei wurde sich bei den Gehältern für die Präsenzkräfte an denen der Pflegefachkräfte orientiert.

Die Investitionskosten beim Pflegestift „Mediana“ fallen deshalb vergleichsweise so hoch aus, weil es keinerlei Förderung für Investitionen erhalten hat.

Quellen:

Arend, 2005.

Informationsmaterial der Einrichtung.

2.7.8 Übersichtsmatrizen

Tabelle 2-16: Übersicht der Umsetzungsvarianten

	KDA- Modell	Buchen Hof	Wetter	Rablinghausen
Typ		stationär	heimverbunden stationär	stationär
Anzahl der HG		8	1	6
Räumliche Bedingungen		Umbau eines konventionellen Altenheims	Umbau des Erdgeschosses eines Mehrfamilienhauses	Umbau eines konventionellen Altenheims
Privatbereich der Bewohnerinnen	Einzelzimmer mit Nasszelle	48 Einzelzimmer und 24 Zweibettzimmer mit Nasszelle	6 Einzelzimmer ohne Nasszelle	58 Einzelzimmer-, 2 Doppelzimmer-Apartments mit Nasszelle
Größe der Zimmer	16 m ²	EZ: 24-26 m ²	13,37 bis 14,64 m ²	ca. 20 m ²
Gruppengröße	6-8 (-12)	12	6	10 - 11
Zielgruppe	pflegebedürftige ältere Menschen	pflegebedürftige ältere Menschen	Demenzkranke ohne primär somatische Pflegebedürftigkeit	pflegebedürftige ältere Menschen
Versorgungsform	integrativ oder segregativ	integrativ	segregativ	integrativ
Organisation der Pflege	ambulantes Prinzip	etagenweise	stationär	etagenweise, ambulanter Pflegedienst
Anzahl der VZK in HG	6	7,09	7,3	6,23
davon Hauswirtschaft	3,25	2,43	2,2	3,27
davon Pflege	2,75	4,66	5,1	2,97
Anwesenheit der Präsenzkkräfte	8.00 - 22.00 Uhr	8.00 bis 13.30 Uhr 17.00 bis 19.30 Uhr	7.30 bis 13.30 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	7.30 bis 14.00 Uhr 15.00 bis 19.30 Uhr
Anwesenheit von Pflegekräften tagsüber	ca. 8 Stunden, abhängig vom Pflegebedarf	6.30 bis 21.15 Uhr	8.00 bis 20.45 Uhr	6.20 bis 21.20 Uhr
Fachkraftquote	erreicht, wenn Fachhauswirtschafterin = Fachkraft	50%	30%	erreicht durch Schulungen
Personalschlüssel	1:1,33	1:1,76	1:0,82	1:1,69
hauswirtschaftl. Leistungen, von denen Präsenzkkräfte entlastet werden	keine	Reinigung, Wäsche, Einkauf	keine	Reinigung, Wäsche, Einkauf
Kosten	kostenneutral		Quersubvention durch Stammhaus, dadurch Entgelterhöhung um 0,69 € pro Tag	Pflegesatz um 6,88%, U+V um 4,45 % erhöht

	Diessen	Gradmann-Haus	Clara Zetkin	Mediana
Typ	stationär	stationär	ambulant	stationär
Anzahl der HG	6	2	3	12
Räumliche Bedingungen	Neubau	Neubau	Neubau	Neubau
Privatbereich der Bewohnerinnen	36 Einzelzimmer und 3 Doppelzimmer mit Nasszelle	24 Einzelzimmer mit Nasszelle	24 Einzelzimmer mit Nasszelle	120 Einzelzimmer mit Nasszelle
Größe der Zimmer	EZ: 21 m ²	14,7 m ²	16 m ²	30 m ²
Gruppengröße	7	12	8	10 (-12)
Zielgruppe	pflegebedürftige ältere Menschen	mittel bis schwer dementiell Erkrankte mit Verhaltensauffälligkeiten und erhaltener Mobilität	Demenzkranke	(pflegebedürftige) ältere Menschen
Versorgungsform	überwiegend segregativ	segregativ	segregativ	integrativ
Organisation der Pflege	integrierter Fachpflegedienst	stationär	ambulanter Pflegedienst	etagenweise, ambulantes Prinzip
Anzahl der VZK in HG	4,29	6,25	5,21	6
davon Hauswirtschaft	ca. 2,7	und andere: 2,2	3,13	3
davon Pflege	ca. 1,6	4,1	2,09	3
Anwesenheit der Präsenzkräfte	7.00 bis 13.30 Uhr 15.00 bis 21.00 Uhr	Hauswirtschaftskräfte nur stundenweise	6.45 bis 21.15 Uhr	7.30 bis 20.00 Uhr
Anwesenheit von Pflegekräften tagsüber	6.30 bis 21.15 Uhr	durchgehend	ca. 9 Stunden	6.30 bis 22.00 Uhr
Fachkraftquote	50%	65%	befreit	50%
Personalschlüssel	1:1,63	1:2	1:1,54	1:1,67 (1: 2)
hauswirtschaftl. Leistungen, von denen Präsenzkräfte entlastet werden	Reinigung, Wäsche, Einkauf	Mittagessen, Reinigung, Wäsche, Einkauf	keine	Wäsche, Reinigung, Einkauf
Kosten	12-15% höhere Leistungsentgelte als durchschnittlich beim Träger	erhöhte Selbstbeteiligungskosten zwischen 20 und 30%		

Beachte zu Personalschlüssel: Der Stellenplan einer Einrichtung wird von der Pflegestufenverteilung beeinflusst. Deshalb ist ein direkter Vergleich des Personalschlüssels mit dem anderer Einrichtungen ohne Kenntnis der aktuellen Pflegestufenverteilung nicht möglich.

Tabelle 2-17: Vergleich der Heimentgelte

Einrichtung	Anzahl Bew.	Pflugesätze			U + V	Investition für EZ	MW aus Pflege- sätzen und U+V
		I	II	III			
Buchen Hof	12	42,92 €	61,94 €	81,67 €	25,91 €	17,28 €	53,11 €
Wetter	6	42,85 €	59,98 €	77,13 €	18,58 €	7,30 €	49,64 €
Rablinghausen	10 - 11	36,85 €	58,96 €	73,71 €	22,98 €	15,04 €	48,13 €
Dießen	7	60,39 €	75,38 €	86,55 €	20,74 €	10,63 €	60,77 €
Gradmann Haus	12	58,87 €	70,28 €	87,70 €	22,74 €	6,24 €	59,90 €
Clara Zetkin	8	39,87 €	48,70 €	57,10 €	11,66 €	8,32 €	39,33 €
Mediana	10 (-12)	41,74 €	58,45 €	75,15 €	14,76 €	19,56 €	47,53 €

2.7.9 Auswertung der Umsetzungen

Sieben verschiedene Einrichtungen und ihre Umsetzungen des Hausgemeinschaftskonzepts sind in den vorangegangenen Kapiteln vorgestellt worden. Im folgenden Abschnitt sollen die Umsetzungen anhand der zentralen Konzeptionen des Hausgemeinschaftskonzepts, der Alltagsorientierung, der Dezentralisierung und der ständigen Präsenz einer Bezugsperson, analysiert und ausgewertet werden.

Die Alltagsorientierung ist in allen sieben Einrichtungen umgesetzt worden. Dabei steht überwiegend, wenn auch nicht ausschließlich, die Hausarbeit und besonders die Küchenarbeit, im Vordergrund. Daneben ist aber auch Gartenarbeit möglich. Das Gradmann-Haus hat sich hinsichtlich der Zubereitung des Mittagessens von der Alltagsorientierung gelöst, weil dieses von einem externen Dienstleister geliefert wird. Hier steht mehr das „therapeutische Kochen“ im Vordergrund, ohne dass dabei ein essbares Ergebnis entstehen muss. So kann es dort vorkommen, dass vormittags in der Wohnküche Kartoffeln geschält werden, es beim Mittagessen als Beilage aber Nudeln gibt.

Die Möglichkeit, eine komplette warme Mahlzeit oder eines ihrer Komponenten von einer externen Küche zu beziehen, haben auch die Hausgemeinschaften des Seniorenwohn-parks Dießen und des Pflegestifts „Mediana“.

Dies wird dort, ebenso wie die Möglichkeit auf Convenienceprodukte zurückzugreifen, als kompatibel mit dem Normalisierungsprinzip gesehen (vgl. Arbeiterwohlfahrt Oberbayern, 2004, S.11-12; Arend, 2005, S.83).

Auch ist es in Dießen möglich, die Zubereitung der verschiedenen Bestandteile einer Mahlzeit unter den Hausgemeinschaften aufzuteilen (vgl. Arbeiterwohlfahrt Oberbayern, 2004, S.11-12). Nach Auskunft der Heimleitung nutzen auch in Rablinghausen die beiden Hausgemeinschaften einer Ebene bisweilen die Möglichkeit, die Vorbereitung der verschiedenen Komponenten eines Essens unter sich aufzuteilen.

Hinsichtlich der Dezentralisierung der hauswirtschaftlichen Abläufe setzten nur die Einrichtungen „Auf dem Höhlchen“ in Wetter und „Clara Zetkin“ die KDA-Vorstellungen vollständig um. Hier übernehmen die Präsenzkräfte auch den Einkauf, das Waschen der Wäsche und die Reinigung der Hausgemeinschaft.

In den übrigen Hausgemeinschaften werden der Einkauf und die Wäschepflege zentral bzw. extern durchgeführt und für die Reinigung der Wohnung kommen zusätzliche Kräfte ins Haus. Im Gradmann-Haus wird auch das Mittagessen nicht mehr in den Wohngruppen zubereitet, ein Abbau der dezentralen Versorgung, die auch der Buchen-Hof in sieben seiner acht Hausgemeinschaften beabsichtigt durchzuführen.

Beim Personaleinsatz soll nach KDA-Vorstellungen über die hauswirtschaftlichen Kräfte tagsüber eine 14-stündige Präsenz in den Hausgemeinschaften gewährleistet sein. Der Pflegedienst ist nach dem ambulanten Prinzip nur bei Bedarf und nur stundenweise in den Hausgemeinschaften anwesend.

Nach dieser Vorstellung haben von den sieben Einrichtungen nur das Haus „Clara Zetkin“ und der Pflegestift „Mediana“ ihren Personaleinsatz organisiert. In „Clara Zetkin“ sind die hauswirtschaftlichen Präsenzkräfte sogar für 14,5 Stunden in ihrer Hausgemeinschaft anwesend. Die Pflege dagegen ist nur für ca. neun Stunden in der Einrichtung.

Im Pflegestift „Mediana“ sind die Präsenzkräfte für 12,5 Stunden in ihren Hausgemeinschaften anwesend. Im Unterschied zu „Clara Zetkin“ ist auch der Pflegedienst durchgehend anwesend, wenn auch nicht in den Hausgemeinschaften, so doch auf jeder Etage der Einrichtung erreichbar.

Die übrigen fünf Einrichtungen können keine durchgehende Präsenz der hauswirtschaftlichen Kräfte vorweisen.

In der Hausgemeinschaft in Wetter gibt es stattdessen eine ständige Anwesenheit des Pflegedienstes in der Hausgemeinschaft, während in den Nachmittagsstunden von 13.30 bis 15.00 Uhr keine Präsenzkraft anwesend ist. Hier gewährleistet also der Pflegedienst, der folglich auch nicht nach dem ambulanten Prinzip arbeitet, die kontinuierliche Anwesenheit einer Bezugsperson.

Auch in Rablinghausen und Dießen gibt es Zeiten, in denen nicht in jeder Hausgemeinschaft eine hauswirtschaftliche Präsenzkraft anwesend ist, sondern zwei Hausgemeinschaften von einer Präsenzkraft betreut werden. Dies geschieht überwiegend in den frühen Nachmittagsstunden, wenn die Bewohnerinnen ihre Mittagsruhe haben.

Auch hier sind Pflegekräfte durchgehend anwesend, allerdings nicht fest in einer Hausgemeinschaft, wie in Wetter, sondern für zwei bis drei Hausgemeinschaften zuständig.

Es gibt also in diesen beiden Einrichtungen Zeiten, in denen tagsüber keine Bezugsperson in der Hausgemeinschaft anwesend ist.

Die Abwesenheit der Präsenzkräfte von der Hausgemeinschaft erstreckt sich beim Buchen-Hof bis in den späten Nachmittag hinein. Hier sind von 13.30 Uhr bis 17.00 Uhr keine hauswirtschaftlichen Bezugspersonen in den Hausgemeinschaften anwesend. Diese Situation wird zwar etwas entschärft durch den „Begleitenden Dienst“, dieser kann aber bei einem Stellenanteil von einer Vollzeitstelle in der gesamten Einrichtung nur für maximal 5 Stunden in der Woche in einer Hausgemeinschaft präsent sein. Auch im Buchen-Hof übernimmt der Pflegedienst die ständige Präsenz, aber wie in Dießen und Rablinghausen nicht in einer Hausgemeinschaft, sondern auf einer Etage der Einrichtung.

Im Gradmann-Haus sind durchgehend Pflegefachkräfte eingesetzt. Hauswirtschaftskräfte sind nur stundenweise, hauptsächlich zur Essenszeit, anwesend. Der Personaleinsatz erfolgt wohngruppenübergreifend, auch wenn versucht wird, wenigstens pro Schicht eine Mitarbeiterin nur in einer Wohngruppe einzusetzen. Damit ist das Gradmann-Haus mit seinem Personaleinsatz am weitesten von den Vorstellungen des KDA entfernt.

Die personelle Kontinuität ist mit Ausnahme des Gradmann-Hauses in allen Häusern hinsichtlich der Präsenzkräfte gegeben. Einschränkend ist aber die Einrichtung in Dießen zu nennen. Hier können die Präsenzkräfte in den drei Hausgemeinschaften einer Ebene eingesetzt werden. Damit ist die Überschaubarkeit der Mitarbeiterinnen besonders für desorientierte Bewohnerinnen gefährdet.

Die beste personelle Ausstattung haben die Hausgemeinschaft in Wetter mit einer Betreuungsrelation von 1: 0,82 und das Wohngruppenhaus „Clara Zetkin“ mit 1: 1,54. Die anderen untersuchten Einrichtungen liegen in Bereichen von 1:1,63 (Dießen) bis 1:2 (Gradmann-Haus). Die gute personelle Ausstattung in „Clara Zetkin“ bei gleichzeitig den niedrigsten Entgelten geht einerseits auf den ambulanten Status der Einrichtung mit der Befreiung von der Fachkraftquote zurück, andererseits auf die niedrigeren Personalkosten in den neuen Bundesländern.¹ Und die Hausgemeinschaft in Wetter lässt sich seine gute Personalausstattung durch die Entgelte des Stammhauses quersubventionieren.

2.8 Evaluationen und Erfahrungen

Das Hausgemeinschaftskonzept erhebt den Anspruch besonders geeignet für die Pflege und Betreuung demenzerkrankter älterer Menschen zu sein (vgl. Winter et al., 2002, Einführung).

¹ Im Jahr 2001 lagen die durchschnittlichen jährlichen Personalkosten für Pflege- und Hauswirtschaftskräften dort um ca. 6000 € unter dem Niveau der alten Bundesländer, vgl. Winter et al., 2001, S.47.

Aber werden die Hausgemeinschaften auch diesem Anspruch gerecht? Kompensieren sie die krankheitsbedingten Einschränkungen der Dementen, beeinflussen sie positiv eventuell auftretende Verhaltensstörungen und tragen sie insgesamt zu mehr Lebensqualität und Wohlbefinden der Erkrankten bei, wie zum Ende des ersten Kapitels dieser Arbeit gefordert?

Zu dem Einfluss von Hausgemeinschaften auf Demenzkranke gibt es einige Untersuchungen, sowohl im internationalen und - noch ziemlich spärlich - im nationalen Raum.

Hinzuweisen ist an dieser Stelle auf die generellen methodischen Schwierigkeiten, bei einem so komplexen Setting wie „Pflegeeinheit“ den Einfluss bestimmter Umgebungsfaktoren trennscharf nachzuweisen (vgl. Heeg, 2001b, S.110). So können beispielsweise bei einer quasi-experimentiellen Felduntersuchung therapeutische Ansätze wie integrative Validation und Biographiearbeit oder die Einstellung des Personals nicht von den spezifischen Einflüssen der Hausgemeinschaftskonzeption isoliert werden.

Neben den Ergebnissen dieser wissenschaftlichen Studien sollen ergänzend auch die verschiedenen Erfahrungen aufgeführt werden, die Einrichtungen bei der Umsetzung des Hausgemeinschaftskonzeptes gemacht haben.

2.8.1 Wissenschaftliche Studien

Internationale Studien gibt es zu den Domus Units in Großbritannien, den Cantou in Frankreich und dem Malmö- Modell in Schweden.

2.8.1.1 Studie zu den Bewohnerinnen der Domus Units

Für die Domus Units liegen Vergleichsuntersuchungen mit gerontopsychiatrischen Lebensbereichen in Großbritannien vor. Dabei schnitten die Domus-Bewohnerinnen in Bezug auf ihren Aktivitätsgrad und der Anzahl ihrer Personal-Kontakte deutlich besser ab, als die Bewohnerinnen gerontopsychiatrischer Pflegebereiche. Auch die Zufriedenheit des dort beschäftigten Personals war deutlich höher. (Vgl. Radzey et al., 2001, S.42).

2.8.1.2 Studie zu den Cantou-Bewohnerinnen

Eine von Ritchie und anderen Wissenschaftlern Anfang der 90iger Jahre durchgeführten Vergleichsstudie zwischen Cantou-Mitgliedern und Bewohnerinnen gerontopsychiatrischer Krankenhausabteilungen in Frankreich kam zu dem folgenden Ergebnis: Bewohnerinnen der Cantou „are less dependent, report less depressive symptomatology, are more mobile, engage in verbal communication more frequently and have fewer language difficulties than persons in hospital

care, although no differences are found between the two groups in terms of dementia severity“ (Ritchie et al., 1992, S.549).

Außerdem haben die Cantou-Bewohnerinnen weniger Dekubiti, sind weniger agitiert und nehmen häufiger an Gruppen-Aktivitäten teil.

Interessanterweise verbrachten die Cantou-Bewohnerinnen aber nicht mehr Zeit mit hauswirtschaftlichen Tätigkeiten als die anderen Bewohnerinnen (S.554).

Auf das Fortschreiten der Demenzerkrankung hatte die Betreuungsform keinen Einfluss.

Angehörige und Mitarbeiterinnen waren zufriedener mit der Betreuung im Cantou.

Ritchie et al. können aber nicht ausschließen, dass die Unterschiede zwischen den beiden Bewohnergruppen schon bei der Aufnahme bestanden, also auf unterschiedliche Aufnahmepopulationen zurückzuführen sind. Um den Einfluss der Betreuungsform eindeutig festzustellen, müssen Längsschnittstudien durchgeführt werden.

2.8.1.3 Studie zu den Bewohnerinnen der Wohngruppen in Schweden

Zu den Wohngruppen in Schweden liegt eine umfangreiche Begleitforschung vor (vgl. Radzey et al., 2001, S.42-44 und Annerstedt, 1994, S.24-26¹):

Demnach können Wohngruppen einen therapeutischen Effekt auf Demenzerkrankte haben. So zeigte sich, dass allgemeinen Symptome wie Ängstlichkeit, Depression und Argwohn in geringerem Maße auftraten und die Bewohnerinnen länger ihre Unabhängigkeit bewahrten. Diese Verbesserungen waren aber nur in der leichten bis mittleren Phase der Demenzerkrankung für eine beschränkte Zeit von durchschnittlich drei Jahren zu beobachten. Um diese Effekte zu erzielen, müssen die Dementen eine homogene Gruppe in Bezug auf Typ und Stadium der Demenz bilden. Sie sollten noch in der Lage sein, Blase und Darm zu kontrollieren, zu gehen und selbständig zu essen.

Wenn die Demenzerkrankung so weit fortgeschritten ist, dass intensiver grundpflegerischer Betreuungsbedarf besteht, bringt die Wohngruppe der betroffenen Bewohnerin keine Vorteile mehr, und den anderen Bewohnerinnen entstehen durch die Personalbindung an zeitintensive Pflegetätigkeiten eher Nachteile.

Die Mitarbeiterinnen in den Wohngruppen waren zufriedener und motivierter im Vergleich zu Mitarbeiterinnen traditioneller Institutionen.

¹ Ausführlich wird diese Untersuchung in Annerstedt, L.; Fournier, K.; Gustafson, L.; Hallen, U.; Malmkvist, I.; Salö, S.; Schultz, J. Stjernfeldt, G.; Ahlund, O. & Tennek, J. (1993). Group Living for People with Dementia. Sterling: Dementia Services Development Centre, University of Sterling, dargestellt. Leider war es auch über Fernleihe nicht möglich, diese Veröffentlichung zu beschaffen.

Die Kosten der Wohngruppen betragen nur die Hälfte der Kosten von konventionellen Einrichtungen.

2.8.1.4 Evaluation der Lebensqualität in der Hausgemeinschaft „Clara Zetkin“

Die Hausgemeinschaften im Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ wurden ein Jahr wissenschaftlich von Studierenden des Fachbereichs Pflege/ Pflegemanagement der Evangelischen Fachhochschule Berlin begleitet (vgl. zur Darstellung dieser Hausgemeinschaften Kap. 2.7.6, S.63). Neben anderen Parametern wurde die Lebensqualität der Bewohnerinnen mit dem Instrument des Dementia Care Mappings erhoben (vgl. Wißmann, n.d., S.12-16).

Beobachtet und ausgewertet wurden das Wohlbefinden der Bewohnerinnen, ihre Aktivitäten, die Interaktion zwischen Bewohnerinnen und Betreuungskräften und das Milieu.

Bei den Bewohnerinnen wurden hohe Wohlbefindlichkeitswerte festgestellt, Zeichen von Unwohlsein dagegen wurde nur in geringem Umfang festgestellt. Auf diese Anzeichen haben die Betreuungskräfte sofort reagiert. Die Bewohnerinnen wurden am häufigsten bei den folgenden Aktivitäten und Verhaltenskategorien in der angegebenen Reihenfolge beobachtet:

- passives soziales Eingebundensein
- verbale und nonverbale Interaktion mit anderen
- Arbeit oder Pseudoarbeit
- Essen und Trinken

Nicht personenfördernde Verhaltensweisen von Betreuungskräften gegenüber den Bewohnerinnen konnten so gut wie gar nicht beobachtet werden. Dagegen wurden Ereignisse, die die Bewohnerin als Person würdigten und stärkten, sehr häufig beobachtet. Insgesamt war die Atmosphäre in der Hausgemeinschaft von großer Wertschätzung, positiver Wahrnehmung der Erlebnis- und Gefühlswelt der Bewohnerinnen und einem durchgängig freundlichen und zugewandten Kommunikationsstil geprägt. Es war deutlich ein Zusammengehörigkeitsgefühl auszumachen, obwohl wenig gemeinsame verbale Kommunikation möglich war.

Bemerkenswert war auch die starke Einbeziehung der Bewohnerinnen in alltägliche und haushaltsbezogene Aktivitäten, wie Kochen, Abwaschen oder die Post holen. Auch „schwächere“ Gruppenmitglieder wurden entsprechend ihren Möglichkeiten einbezogen.

2.8.1.5 Studie zum Einfluss von Wohngruppenmilieus auf demenziell Erkrankte in drei stationären Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen

In dieser vom Berliner Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien (ISGOS) durchgeführten Studie (vgl. Dettbarn-Reggentin 2005, S.95-100)¹ wurde der Einfluss von Wohngruppen in drei nicht weiter benannten stationären Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen untersucht. Diese drei Einrichtungen beherbergen insgesamt sieben Wohngruppen, von denen drei speziell auf mobile Bewohnerinnen mit mittelschwerer bis schwerer Demenz ausgerichtet sind. Die Gruppenstärke dieser drei Wohngruppen lag bei 12 bis 15 Bewohnerinnen, also über der vom KDA empfohlenen Größe von 8 bis maximal 12 Bewohnerinnen. Ansonsten entsprechen die Wohngruppen dem KDA-Hausgemeinschaftskonzept, wie der Autorin vom ISGOS bestätigt wurde. So ist das Milieu in den Wohngruppen geprägt durch ein übersichtliches und häusliches Milieu mit Wohnküchen. Menschliche Nähe wird durch Präsenzkkräfte und personelle Konstanz gewährleistet. Statt heimtypischer Organisationsstrukturen sollen Kleinräumigkeit, Vertrautheit, Aktivität und Geborgenheit vorherrschen. Der Tag wird nicht durch Pfllegetätigkeiten, sondern durch vertraute alltägliche Aufgaben strukturiert (vgl. Dettbarn-Reggentin, 2005, S.97). Die Studie wurde als Längsschnittuntersuchung zu drei Erhebungszeitpunkten im Abstand von sechs Monaten durchgeführt. Untersucht wurden das soziale Verhalten und die Stimmung der Bewohnerinnen, sowie der Demenzverlauf und die physische Selbständigkeit.

Zu jeder der drei Wohngruppen wurde eine Kontrollgruppe mit Bewohnerinnen aus einem Heim desselben Trägers gebildet, die hinsichtlich Alter, Demenzstadium und Mobilität vergleichbar waren.

Die Studie kommt zu den folgenden Ergebnissen: Sowohl hinsichtlich des sozialen Verhaltens als auch der Stimmungslage zeigte sich ein signifikanter positiver Einfluss der Wohngruppe auf die Bewohnerinnen.

Der fortschreitende Verlauf der Demenz und die Abnahme der physischen Selbständigkeit konnten nicht aufgehalten werden, allerdings zeigte sich bei den Bewohnerinnen der Demenzwohngruppen ein abgemilderter Verlauf. Bei einer differenzierten Betrachtung der einzelnen Merkmale, die zur Einschätzung des Demenzgrades führen, konnten die Bewohnerinnen der Wohngruppen hinsichtlich der Orientierungsfähigkeit sogar leichte Gewinne verzeichnen und bei der Merkfähigkeit und dem Sprachvermögen ihr Ausgangsniveau halten. Bei der Vergleichsgruppe war dies nur bei der Merkfähigkeit der Fall.

¹ Der Abschlussbericht dieser Studie wird voraussichtlich im Herbst 2005 im Kohlhammer Verlag veröffentlicht.

2.8.1.6 Studie zum Wohnküchenmodell im Altenpflegeheim Mönchengladbach-Lürrip

Die Ergebnisse dieser Studie sind in die unter 2.8.1.5 genannten „Studie zum Einfluss von Wohngruppenmilieus auf demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen“ eingeflossen. Da hier die Auswirkungen der Wohngruppe auf verschiedene Bereiche des Bewohnerinnenverhaltens differenzierter dargestellt werden und auch Aussagen zur Personalbelastung getroffen werden, werden die Ergebnisse dieser Einzelstudie hier ebenfalls aufgeführt.

Von Januar 2001 bis zum Oktober 2003 führte das Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien (ISGOS) eine Begleitstudie im Städtischen Altenpflegeheim Mönchengladbach-Lürrip durch (vgl. Wallrafen-Dreisow und Dettbarn-Reggentin, 2003, S.920-922). Dieses Altenheim hat eine Wohngruppe für 14 Demenzkranke mit besonderen Verhaltensauffälligkeiten eingerichtet, die dort in einer kleinräumigen, familienähnlich organisierten Einheit betreut werden. Die Bewohnerinnen leben in kleinen Appartements und können gemeinsam einen als Wohnküche eingerichteten Gruppenraum nutzen und sich dort an der Hausarbeit beteiligen. In der Studie wurden die Bewohnerinnen der Wohngruppe mit einer Kontrollgruppe aus Bewohnerinnen einer normalen Etage desselben Altenheims verglichen. Dabei wurden die folgenden Bereiche untersucht: Merkfähigkeit, Teilnahme am Umweltgeschehen, Fähigkeiten im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens, Stimmung, soziales Verhalten und störendes Verhalten. Dabei zeigte sich bei den Bewohnerinnen der Wohngruppe eine verbesserte Gedächtnisleistung und eine deutlich verbesserte Stimmung, als bei den Bewohnerinnen der Vergleichsgruppe. Die Bewohnerinnen der Demenzwohngruppe konnten im Vergleich zu der Kontrollgruppe ihre sozialen Fähigkeiten erhalten. In beiden Gruppen nahm das störende Verhalten ab. Da in der Wohngruppe besonders verhaltensauffällige Personen untergebracht waren, war hier die Abnahme von aggressivem und unruhigem Verhalten besonders deutlich.

Keine Unterschiede zeigten sich dagegen bei den Fähigkeiten am Umweltgeschehen teilzunehmen und in der Selbständigkeit im Bereich der Aktivitäten des täglichen Leben. Hier kam es in beiden Gruppen zu einem fortschreitenden Verlust dieser Fähigkeiten.

Bei der Untersuchung der Personalbelastung wurde das Personal der Wohngruppe und das eines normalen Pflegebereichs hinsichtlich Burn-out Symptomatik und körperlichen Beschwerden untersucht. Die Beanspruchung und emotionale Erschöpfung des Pflegepersonals lag bei der normalen Pflegeetage deutlich höher als bei den Mitarbeiterinnen der Wohngruppe.

Letztere fühlten sich leistungsfähiger und wiesen auch günstigere Werte bei den Parametern „Überanspruchung“ und „Einstellung gegenüber den Bewohnerinnen“ auf. Bei den subjektiv empfundenen Beschwerden zeigte sich bei den Mitarbeiterinnen der normalen Pflegestation eine doppelt so hohe Belastung wie bei dem Personal der Wohngruppe.

2.8.1.7 Evaluation des MIDEMAS-Projekts

Das MIDEMAS- Projekt (vgl. S.34) wurde in den sechs beteiligten Einrichtungen sehr differenziert mit qualitativen und quantitativen Methoden evaluiert (vgl. Heeg et al., n.d.). Trotz des konzeptionellen Unterschiedes zwischen den MIDEMAS-Demenzwohngruppen und den Hausgemeinschaften, sollen einige der Ergebnisse hier dargestellt werden, weil sie die wenigen bislang im deutschsprachigen Raum zu Hausgemeinschaften durchgeführten Evaluationen stützen und ergänzen können.

Untersucht wurden u.a. das soziale Milieu in den Demenzwohngruppen und die Lebensqualität der Bewohnerinnen mit Hilfe des Dementia Care Mappings an zwei verschiedenen Erhebungszeitpunkten: vor dem Umzug der Bewohnerinnen in die Dementenwohngruppe und ca. sechs Monate nach dem Umzug. Erinnert sei hier daran, dass in die MIDEMAS-Demenzwohngruppen nur mobile Demenzkranke mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten Aufnahme fanden.

Während die Bewohnerinnen in ihrem vorherigen Umfeld mit zahlreichen die Person gering-schätzenden Interaktionen konfrontiert waren, wurde dies nach dem Umzug deutlich weniger bzw. gar nicht mehr beobachtet (vgl. Heeg et al, n.d., S.22).

Die Verhaltensauffälligkeiten der Bewohnerinnen gingen deutlich zurück und bei Wohlbefinden und Lebensqualität konnte eine relative Steigerung festgestellt werden (vgl. Heeg et al., n.d., S.22-25.33).

Neben der qualitativen Erhebung wurde auch eine quantitative Evaluation durchgeführt. Dabei interessierte die Fragestellung, wie sich die milieutherapeutische Demenzwohngruppen auf demenzassoziierte Symptome der Bewohnerinnen, wie kognitives Leistungsvermögen, Alltagskompetenz und Verhaltensauffälligkeiten, ausgewirkt haben. Hier wurde ebenfalls eine Längsschnittuntersuchung vor dem Umzug in die Demenzwohngruppe und sechs Monate später durchgeführt. Aus Kostengründen musste auf eine Kontrollgruppe verzichtet werden. Der Vergleich vor und nach der Intervention erbrachte die folgenden Ergebnisse:

Die Kernsymptome der Demenz verschlechterten sich bei den Bewohnerinnen, besonders hinsichtlich der Alltagskompetenz. Dort kam es zu einem signifikanten Verlust an Selbständigkeit, vor allem bei der Mobilität und der Ausscheidung.

Durch psychosoziale Maßnahmen können demnach keine stabilen Verbesserungen hinsichtlich der Kernsymptome der Demenz erreicht werden.

Anders verhält es sich mit Verhaltensauffälligkeiten und nicht-kognitiven Symptomen, wie Wahn, Halluzinationen, Schlafstörungen oder Weglaufgefährdung. Hier kam es zu deutlichen Verbesserungen der Häufigkeit und Schwere dieser Symptome. (Vgl. Heeg et al, n.d., S.29-32).

„Insgesamt deuten die Ergebnisse der quantitativen Evaluation daraufhin, dass sich die milieuthérapeutischen Demenzwohngruppen auf die Gesamtwohngruppe der Bewohnerinnen hinsichtlich einiger wichtiger Merkmale im kurzfristigen Verlauf positiv ausgewirkt haben“.

(Heeg et al, n.d., S.33). Eindeutigere Schlüsse können jedoch erst durch die Untersuchung einer Kontrollgruppe gezogen werden.

2.8.1.8 Zusammenfassung der Studien

Die Ergebnisse der Studien lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

Durch die Versorgungsform der Hausgemeinschaften lässt sich der fortschreitende, demenzbedingte Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Alltagskompetenz nicht verhindern, bestenfalls lässt sich der Verlauf abmildern und verlangsamen.

Andererseits zeigen alle Untersuchungen einen positiven Einfluss auf die Lebens- und Betreuungsqualität der demenzkranken Bewohnerinnen. Demenzkranke in Hausgemeinschaften waren aktiver, mobiler und selbständiger als Bewohnerinnen in normalen Pflegeeinrichtungen. Sie verfügten über größere sprachliche Kompetenz und wirkten weniger depressiv oder ängstlich. Auch die mit der Demenz assoziierten Verhaltensprobleme reduzierten sich deutlich. Bei den Untersuchungen mit dem Dementia Care Mapping Verfahren erhielten die Bewohnerinnen der Hausgemeinschaften überwiegend gute Wohlbefindlichkeitswerte.

Auch hinsichtlich des Personals zeigt sich das Hausgemeinschaftskonzept als bessere Alternative zu den bisherigen Versorgungsformen.

Die Erkenntnis der schwedischen Studie, dass die Vorteile der Versorgungsform nur bei leicht bis mittel dementiell Erkrankten zutreffen, kann hier nur zur Kenntnis genommen werden, da eine Einsicht in das Studiendesign nicht möglich war. Hier sind sicherlich weiterführende Studien im nationalen Raum durchzuführen, um die unter Fachleuten so umstrittene Frage der Verlegung Demenzkranker in der schweren Phase ihrer Erkrankung zu entscheiden (vgl. Kap.2.4, S.31).

2.8.2 Erfahrungsberichte

Die Erfahrungen der einzelnen Häuser bei der Umsetzung des Hausgemeinschaftskonzepts sollen systematisiert nach den Bereichen Bewohnerinnen, Tagesgestaltung, Personal, Angehörige und Kosten vorgestellt werden. Dabei sollen auch die Beobachtungen anderer Einrichtungen, als der bislang vorgestellten, mitberücksichtigt werden.

2.8.2.1 Bewohnerinnen

Alle Hausgemeinschaften berichten von positiven Entwicklungen ihrer Bewohnerinnen und von positiven Verhaltensänderungen der Demenzerkrankten (vgl. Gradmann Stiftung, 2003, S.26).

Bei den Bewohnerinnen in den Hausgemeinschaften in Rablinghausen kommt es überproportional häufig zu Rückstufungen in der Pflegestufe (vgl. Makowski et al. 2001, S.34). Die Heimleiterin Frau Scheer berichtete, dass Magensonden, mit denen Bewohnerinnen wegen Nahrungsverweigerung vor Aufnahme in ihrer Einrichtung versorgt worden waren, schon nach kurzem Aufenthalt in der Hausgemeinschaft entfernt werden konnten.

Auch wirke sich das Hausgemeinschaftssetting positiv auf die Mobilität der Bewohnerinnen aus. Die Phase der Bettlägerigkeit vor dem Tod betrage in Rablinghausen nur zwei bis drei Wochen.

Von den Bewohnerinnen der Hausgemeinschaften „Clara Zetkin“ wird gleichfalls über eine kurze Immobilitätsphase berichtet. Die meisten Bewohnerinnen sind nach Einzug in die Hausgemeinschaften ruhiger geworden. Die nächtliche Unruhe hat nachgelassen und Aggressionsausbrüche gibt es nur noch selten. Der Medikamentenverbrauch hat sich bei vielen Bewohnerinnen vermindert, ebenso der Psychopharmakaeinsatz, der oft ganz eingestellt werden konnte (vgl. Mieder & Schwarz, 2002, S.34-35).

Die Bewohnerinnen der Hausgemeinschaften in Dießen wurden nach Einzug mobiler und kommunikativer und verfügten über einen besseren Appetit (vgl. Dunkel, 2001, S.413).

Der häufig bei Demenzkranken auftretende Wunsch, aus der Einrichtung wegzulaufen und nach Hause zu gehen, konnte in der heimverbundenen Hausgemeinschaft in Wetter nicht beobachtet werden. Ebenso wenig die in diesem Kontext häufig auftretenden Symptome von Niedergeschlagenheit und Aggression. Durch die Kleinräumigkeit der Einrichtung und die Tagesstrukturierung werden den Bewohnerinnen Anreize für Interaktionen gesetzt. So können sie neue Beziehungen knüpfen und dabei auch neue Rollen wahrnehmen, beispielsweise die des Streitschlichters (vgl. Müller & Seidl, 2003, S. 79).

Mit der Integration der dementen Bewohnerinnen haben die Hausgemeinschaften in Rablinghausen nach Auskunft der Heimleiterin Frau Scheer gute Erfahrungen gemacht, selbst in den Hausgemeinschaften, in denen die geistig rüstigen Bewohnerinnen eine kleine Minderheit bilden. Zwar gebe es bisweilen Auseinandersetzungen, aber in der Regel kümmern sich die nicht dementen Bewohnerinnen gerne um die Dementen, und die dementiell veränderten Bewohnerinnen würden durch Nachahmung zu mehr Selbständigkeit motiviert.

Auch in den gemischten Hausgemeinschaften in Dießen gelingt die Integration von dementiell Erkrankten gut, es wird aber auch von notwendigen Verlegungen berichtet, weil es zu Eingriffen in die Privatsphäre der Mitbewohnerinnen gekommen ist (vgl. Arbeiterwohlfahrt Oberbayern, 2004a, S.9).

Die Integration immobiler Bewohnerinnen erfolgt in Rablinghausen laut Heimleitung ohne Probleme. Dies liege auch an den kurzen Immobilitätsphasen. In dieser Zeit würden sich die anderen Bewohnerinnen um die Bettlägerige kümmern und sie häufig besuchen.

Das Gleiche berichtet die Hausleitung über die Integration immobiler Bewohnerinnen in „Clara Zetkin“. Die Zimmertür der Bettlägerigen würde offen stehen, so dass die Bewohnerin trotzdem noch am Leben der Hausgemeinschaft, ihren Geräuschen und Gerüchen, partizipieren könne. Der erhöhte Pflegeaufwand würde durch den ambulanten Pflegedienst abgefangen, so dass keine Zeit der Präsenzkkräfte aus der Hausgemeinschaft für die immobile Bewohnerin abgezogen werde.

Im Gradmann-Haus möchte man für immobile Bewohnerinnen ein eigenes Milieu schaffen, ähnlich wie im „Haus Sonnweid“ in der Schweiz (vgl. S.32). Dazu sollen drei Plätze in einem großen Raum geschaffen werden. Nach der Auskunft von Herrn Peter sei die Integration bettlägeriger Bewohnerinnen im Gradmann zwar möglich, aber problematisch. Denn einerseits blockierten die Bettlägerigen die Plätze für andere Menschen mit Demenz, die von dem dortigen Versorgungssetting profitieren würden, andererseits zögen sie selbst keinen Vorteil mehr aus dem vorhandenen Milieu. Aufgrund der geringen Personalpräsenz im Gradmann Haus würden sie nur bei pflegerischen Aktivitäten menschliche Nähe und Zuwendung erfahren, in der übrigen Zeit wären sie allein und einsam in ihren Zimmern.

2.8.2.2 Tagesgestaltung

Unterschiedlich sind die Erfahrungen der verschiedenen Hausgemeinschaften hinsichtlich des Einbezugs der Bewohnerinnen bei den hauswirtschaftlichen Aktivitäten:

Im Buchen-Hof beteiligen sich die Bewohnerinnen gerne bei den Küchenaktivitäten und anderen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (vgl. Haß, 1999a, S.16-17).

Auch in der ambulanten Wohngemeinschaft „Villa Hittorfstraße“ in Münster helfen alle Bewohnerinnen gerne nach ihren jeweiligen Möglichkeiten im Haushalt mit (vgl. Haß, 1999b, S.9).

Bei den anderen Veröffentlichungen zu diesem Thema überwiegt aber die Enttäuschung in den Einrichtungen: Sowohl im Gradmann Haus, bei den Hausgemeinschaften in Dießen, bei den MIDEMAS- Projekten und im Seniorenzentrum „Villa am Buttermarkt“ in Adenau zeigte sich, dass die Beteiligung der Bewohnerinnen an der Hausarbeit nicht den Erwartungen entsprach (vgl. Gradmann Stiftung, 2003, S.27; Dunkel, 2001, S. 413; Heeg et al., n.d., S.16 und Keuser, 2005, S.38).

Auch Ritchie et al. berichten ähnliches über die Cantou-Bewohnerinnen (vgl. 1999, S.554).

Als Begründung für dieses Verhalten wird einerseits der fortgeschrittene Krankheitszustand mit dem damit verbundenen Nachlassen der praktischen Fähigkeiten angegeben (vgl. Gradmann-Stiftung, S. 27; Heeg et al., n.d., S.16), andererseits der fehlende biografische Bezug, der besonders bei männlichen Bewohnern gegeben ist (vgl. Markmeyer, 2002, S.1; Löflath, 2004, S.3). Andere Bewohnerinnen wollen sich lieber versorgen lassen und lehnen deshalb eine Beteiligung an der Hausarbeit ab (vgl. Dunkel, 2001, S.413; Löflath, 2004, S.2).

Allerdings nehmen die Bewohnerinnen der Hausgemeinschaften in Dießen gerne Einfluss auf die Speisenzubereitung: sie geben Ratschläge oder nutzen die Möglichkeit zum Abschmecken und Nachwürzen (vgl. Arbeiterwohlfahrt Oberbayern, 2004a, S.11).

Auch die Bewohnerinnen des Seniorenzentrums „Villa am Buttermarkt“ in Adenau beobachten gerne die Präsenzkräfte bei der Mahlzeitenzubereitung, dabei amüsieren sie sich und kritisieren auch gerne (vgl. Keuser, 2005, S.38).

In Rablinghausen arbeiten die männlichen Bewohner nach Auskunft der Heimleitung gerne im Garten oder helfen dem Hausmeister bei seinen verschiedenen Aufgaben.

Die Männer im Pflegestift „Mediana“ tun sich dagegen schwer mit den alltäglichen Aktivitäten in den Hausgemeinschaften. Sie zeigten bislang auch wenig Interesse „männliche Aktivitäten“ wie Skatrunden, Handwerken oder Gartenarbeit zu pflegen (vgl. Arend, 2005, S.63).

In Dießen musste man sich von der Vorstellung verabschieden, dass Hausgemeinschaften alle Bedürfnisse der Bewohnerinnen, auch sozialer und kultureller Art, befriedigen können. Aufgrund ihrer Aufgabendichte bleibt den Präsenzkräften für die über den Hauswirtschaftsbereich hinausgehende soziale Betreuung, wie Gesellschaftsspiele oder gemeinsames Singen, nur wenig Zeit (vgl. Arbeiterwohlfahrt Oberbayern, 2004a, S.19).

Bei der Tagesgestaltung ist zu beachten, dass nicht alle Bewohnerinnen durch Gruppenaktivitäten erreicht werden können. Für diese Personen müssen Einzelinterventionen, wie gezielte Ansprache und Zuwendung oder Spazieren gehen, angeboten werden (vgl. Gradmann-Stiftung, 2003, S.35; Heeg et al., n.d., S.16).

2.8.2.3 Personal

Zwei Einrichtungen, das Gradmann-Haus und das Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ berichten von Problemen, fachlich und persönlich qualifiziertes Personal für die Hausgemeinschaften zu finden (vgl. Gradmann-Stiftung, 2003, S.27, Mieder & Schwarz, 2002, S.34).

Im „Clara Zetkin“ Seniorenzentrum versuchte man zunächst, die neu geschaffenen Stellen der Präsenzkräfte mit bisher im Haus beschäftigten Altenpflegerinnen zu besetzen. Doch zeigte

sich, dass diese kaum in der Lage waren, sich auf die Betreuungssituation in den Hausgemeinschaften einzustellen. Deshalb musste Personal von außerhalb gesucht werden (vgl. Mieder & Schwarz, 2002, S.34).

Bei der Personalgewinnung für das Pflegestift „Mediana“ war das Interesse an der Tätigkeit einer Präsenzkraft sehr groß (vgl. Arend, 2005, S.92-93). Problematischer dagegen war die Gewinnung von Pflegefachpersonal. Hier stießen die Gleichstellung mit den Präsenzkraften und die wenig „medizinisch“ erscheinende Pflege in den Hausgemeinschaften auf Ablehnung, vor allem durch Pflegekräfte aus dem Krankenhausbereich. Es wurde ein Verlust an Kompetenz und beruflicher Stellung befürchtet (vgl. Arend, 2005, S.109).

Als ideale Stellenbesetzung für die Präsenzkraft in einer Hausgemeinschaft wurde in Dießen eine fachlich versierte Hauswirtschafterin mit gleichzeitiger Qualifikation zur Pflegefachkraft und zusätzlicher persönlicher Eignung gewünscht. Da solche Personen auf dem Arbeitsmarkt kaum zu finden sind, sah sich der Seniorenpark Dießen mit einem hohen Fortbildungsbedarf bei den Präsenzkraften konfrontiert (vgl. Dunkel, 2001, S.23).

Mitarbeiterinnen in Hausgemeinschaften müssen ein neues Aufgabenverständnis entwickeln, das nicht ihrem traditionellen Berufsbild und Rollenverständnis entspricht. Besonders Mitarbeiterinnen mit stationärer Vorerfahrung fällt es schwer, dem Wohnen einen Vorrang vor der Pflege einzuräumen (vgl. Makowski et al., 2001, S.34-35, Müller & Seidl, 2003, S.81). Auch müssen sich viele Mitarbeiterinnen daran gewöhnen, die Bewohnerinnen aktivierend an den alltäglichen Verrichtungen zu beteiligen, anstatt ihnen vieles abzunehmen (vgl. Klefenz & Rasehorn, 2004, S. 45). Bei der Umstrukturierung des Pflegeheims Sankt Elisabeth in Bad Griesbach in Hausgemeinschaften zeigte sich, dass nicht alle Mitarbeiterinnen diesen Umdenkungsprozess nachvollziehen konnten, weshalb die Heimleitung überlegt, sich von diesen Mitarbeiterinnen zu trennen (vgl. Winkler, 2004, S.29).

Einige Einrichtungen stehen dem Einsatz von Pflegefachkräften in Hausgemeinschaften grundsätzlich kritisch gegenüber. In diesem Sinne äußerten sich die Heimleitungen von „Clara Zetkin“ in Brandenburg und der heimverbundenen Hausgemeinschaft in Wetter. In der Wohngemeinschaft „Drosselweg 34“ in Fellbach wird bewusst auf den Einsatz von Fachkräften verzichtet, die schon Erfahrungen im stationären Bereich gemacht haben (vgl. Beutler, 2002, S.239). Auch in den französischen Cantou wurde nicht pflegerisch qualifiziertes Personal den Pflegefachkräften vorgezogen (vgl. Kap.2.2.324).¹

¹ Es gibt sogar Autoren, die unausgebildeten Hilfskräften einen besseren Umgang mit Demenzerkrankten unterstellen als Pflegefachkräften. Hilfskräften gelinge es leichter einen Zugang zu dementiell veränder-

Alle Einrichtungen sind sich bewusst, dass ohne entsprechende Qualifikation der Mitarbeiterinnen, die strukturellen Möglichkeiten des Hausgemeinschaftskonzepts nicht genutzt werden können. Deshalb erhalten alle Mitarbeiterinnen der Hausgemeinschaft eine intensive Einarbeitung und zusätzliche Fort- und Weiterbildungen, vor allem in den Bereichen Grundpflege, Integrative Validation, und altersgerechte Ernährung (vgl. Müller & Seidl, 2003, S.79; Dunkel, 2001, S.23).

Die Aufwertung der Hauswirtschaft im Hausgemeinschaftskonzept führt zu einem Statuszuwachs der Hauswirtschafterinnen (vgl. Haß, 1999a, S.17).

In Rablinghausen zeichnet sich durch die berufsbegleitende Weiterbildung zur Alltagsbegleiterin sogar die Entwicklung eines eigenständigen Berufsbildes „Hauswirtschafterin in der Altenpflege“ ab (vgl. Böttjer et al., 2003, S.64).

Die Unternehmensgruppe Mediana in Fulda hat sogar ein eigenes Schulungs- und Ausbildungskonzept für dieses neue Berufsbild entwickelt. Diese berufsbegleitende Ausbildung zur „Mediana-Präsenzmitarbeiterin“ wurde von der Industrie- und Handelskammer Fulda anerkannt (vgl. Arend, 2005, S.81.88-92.97-104).

Die gefürchtete Konkurrenz zwischen einer erstarkten Hauswirtschaft und der Pflege ist in Rablinghausen nicht eingetreten, sondern es besteht eine Kompetenzpartnerschaft zwischen zwei gleichberechtigten, sich gegenseitig ergänzenden Professionen (vgl. Böttjer et al., 2003, S.64).

Im Pflegestift „Mediana“ dagegen gab es Schwierigkeiten bei der Kooperation zwischen Präsenzkräften und Pflegekräften. Hier erforderte die Schnittstellengestaltung einen großen Einsatz an Kommunikation und damit viel Zeit und Kraft (vgl. Arend, 2005, S.109).

Im Stiftungsdorf Rablinghausen führte die Differenzierung der hauswirtschaftlichen Mitarbeiterinnen in Alltagsmanagerinnen und Bereichskräfte zu Problemen, da die Rolle der Bereichskraft weniger Identifikationspotential bot als die zentrale Rolle der Alltagsmanagerin. Hier waren fachliche Begleitung und Überzeugungsarbeit der Bereichskräfte notwendig. Durch gelegentliche Vertretungen der Alltagsmanagerinnen bei entsprechender Vergütung konnte zumindest teilweise Ausgleich herbeigeführt werden (vgl. Böttjer et al., 2002, S.21).

ten Menschen zu finden und könnten sich besser auf die speziellen Anforderungen an die Begleitung Demenzkranker einlassen, vgl. Lind, 2003, S.155 und Wißmann, 2004, S.32. Solche Äußerungen stellen die Professionalität pflegerischen Handelns in Frage und bedeuten im Grunde ein Rückschritt in die klassische caritative Pflege.

In den Hausgemeinschaften in Dießen haben sich die anfängliche Trennung der Zuständigkeiten zwischen Präsenzkraften und Pflegefachkräften und der ambulante Einsatz der Pflegefachkräfte nicht bewährt. Bei der neuen Konzeption des integrierten Fachpflegedienstes sind die Pflegefachkräfte einer Hausgemeinschaft zugeordnet worden und übernehmen auch Aufgaben der Präsenzkraften. (vgl. Arbeiterwohlfahrt Oberbayern, 2004, S.12-13).

Die Heimleitung des „Hauses Schwansen“ in Rieseby berichtet von Überforderungen der Hauswirtschafterin mit der ihr durch das Hausgemeinschaftskonzept übertragenen Aufgaben. So gab es Wochen, in denen nicht die gewünschte Qualität der Mahlzeiten angeboten werden konnte, da den Hauswirtschafterinnen die Zeit dazu fehlte (vgl. Lärm, 2002, S.5-6).

2.8.2.4 Angehörige

In ihren Veröffentlichungen betonen alle Hausgemeinschaften, wie wichtig für ihr Konzept die Mitarbeit und das Engagement der Angehörigen sind. Angehörige kommen häufig und regelmäßig in die Hausgemeinschaften und kümmern sich nicht nur um die eigene Angehörige, sondern auch um die anderen Bewohnerinnen der Hausgemeinschaft. So lesen sie beispielsweise vor oder richten den Nachmittagskaffee aus (vgl. Gradmann-Stiftung, 2003, S.35; Haß, 1999b, S.10; Böttjer et al., 2003, S.62).

Aus den Hausgemeinschaften in Rablinghausen wird von einem offenen und unkomplizierten Umgang der Angehörigen mit dem Personal berichtet, besonders mit den hauswirtschaftlichen Kräften. Hier scheint es, anders als bei den Pflegefachkräften, keine „Qualifizierungsbarriere“ zu geben. Diese niedrige Hemmschwelle kann sich aber bisweilen auch nachteilig auswirken, wenn Angehörige eine Anspruchshaltung entwickeln, in betriebliche Abläufe oder gar in private Angelegenheiten der anderen Bewohnerinnen eingreifen möchten (vgl. Böttjer, 2003, S.62-63).

Im Pflegestift „Mediana“ zeigte sich nach einem Jahr, dass die Erwartungen hinsichtlich der Beteiligung der Angehörigen am Alltagsgeschehen in den Hausgemeinschaften nicht ganz in Erfüllung gegangen sind. Neben Angehörigen, die sich engagieren, gibt es auch Angehörige, die keinerlei Interesse an Mitarbeit und –gestaltung haben. Und das Interesse der aktiven Angehörigen endete abrupt mit dem Tod ihrer Angehörigen (vgl. Arend, 2005, S.76-77).

Auch hatten einige Angehörige Schwierigkeiten mit der Alltagsorientierung in den Hausgemeinschaften. Sie erwarteten mehr Aktivitäten im Bereich Singen, Malen und Basteln (vgl. Arend, 2005, S.62).

In Dießen entsprach anfangs das Engagement von Angehörigen und Ehrenamtlichen ebenfalls nicht den Erwartungen und Bedürfnissen der Hausgemeinschaften. Deshalb wurde Zeit und Geld in ein Ehrenamtprojekt investiert, um Angehörige und Ehrenamtliche besonders für die

Betreuungs- und Beschäftigungsaufgaben zu gewinnen, die die Präsenzkkräfte nicht leisten können (vgl. Arbeiterwohlfahrt Oberbayern, 2004, S.19).

Aus den am MIDEMAS- Projekt beteiligten Häusern wird berichtet, dass für die Betreuung und Motivation der Angehörigen ein größerer Aufwand entstand, als anfangs erwartet worden war (vgl. Heeg et al., n.d., S.18).

2.8.2.5 Kosten

Eine interessante Beobachtung zum Thema Kosten der Speiseversorgung hat das „Haus Hermingen“ in Bremen gemacht. Nach der Auflösung der Großküche und der Zuordnung der Hauswirtschaftskräfte auf einzelne Wohnbereiche, sind die Kosten für die dezentrale Essensversorgung keineswegs angestiegen, obgleich weiterhin auf frische Lebensmittel und saisonales Essen geachtet wird. Begründet wird dies damit, dass durch das gezieltere, an den Bedürfnissen der Menschen orientierte Kochen, weniger weggeworfen werden muss. Übrig gebliebene Essensreste werden wiederverwertet oder tiefgefroren. Auch ist auf Wunsch der Bewohnerinnen der Fleischkonsum zurückgegangen (vgl. Schneider-Grauvogel, 2004, S.29).

Das „Haus Schwansen“ in Rieseby hat nach einem Jahr vom Hausgemeinschaftskonzept wieder Abstand genommen, da sich dieses nicht kostendeckend betreiben ließ. Kostentreiber war vor allem die Personalausstattung der Hausgemeinschaften. Angesichts der Zielgruppe – demente Bewohnerinnen mit Verhaltensauffälligkeiten – wurde eine Betreuungsrelation von 1: 0,9 vorgehalten. Zusätzlich kamen noch Reinigungshilfen in die Hausgemeinschaften und die Wäscheversorgung wurde extern geleistet. Eine Pflegefachkraft war tagsüber immer in der Hausgemeinschaft anwesend. Da die Einrichtung sich mit der Forderung nach höheren Pflegesätzen nicht durchsetzen konnte, wurde das Hausgemeinschaftskonzept wieder aufgegeben (vgl. Lärm, 2002).

2.9 Kritische Anfragen an das Hausgemeinschaftskonzept

Betrachtet man die veröffentlichte Literatur zu Hausgemeinschaften, so findet man häufig positive Einschätzungen. Kritik an diesem Versorgungskonzept findet man kaum, und wenn, so zielt diese häufig auf ambulant betriebene, solitäre Wohngemeinschaften (vgl. Lind, 2005; Dürrmann, 2005, S. 126-134).

Deshalb sollen hier die kritischen Anfragen zusammengetragen werden, die auch stationäre Hausgemeinschaften betreffen.

Viele kritische Anfragen richten sich an die Stellung der Präsenzkraft in der Hausgemeinschaftskonzeption. Wie kann die Qualität der Betreuung und Versorgung von dementiell verän-

dernten und pflegebedürftigen Menschen gesichert werden, wenn das Personal nicht ursprünglich aus der Pflege kommt? Demenzkranke haben viele Pflegeprobleme, beispielsweise nehmen Schluckstörungen und Mobilitätseinschränkungen im Krankheitsverlauf zu. Hier ist umfangreiches Fachwissen zur Physiologie des Alters, zur möglichen Pathologie und zu präventiven Maßnahmen nötig, welches selbst in einer mehrmonatigen Qualifizierung der Präsenzkkräfte nicht ausreichend vermittelt werden kann (vgl. Helmrich, Duwe-Wähler, Felder & Oertel, 2004, S.88).

Kann die Präsenzkraft, während sie die Hausarbeit verrichtet, wirklich, wie das KDA meint, daneben noch Bewohnerinnen beaufsichtigen, mit ihnen kommunizieren und in die Haushaltstätigkeiten einbeziehen? Schließlich bedeutet dieser Einbezug ja keine Arbeitsentlastung, sondern eine zusätzliche Belastung. „Für acht pflegebedürftige Menschen einzukaufen, täglich ein warmes Essen zu kochen, das Geschirr zu spülen, die Wäsche zu pflegen, acht Betten zu machen und mit Bettwäsche zu beziehen, acht Zimmer, Bäder und Wohnküche zu putzen ist Knochenarbeit und für eine Person nur dann zu bewältigen, wenn sie sich voll auf diese Tätigkeiten konzentrieren kann und diese zügig ausführen kann“ (Rath, 2003, S.44-45). Haushaltstätigkeiten könnten demnach nicht als Betreuungszeit für die Bewohnerinnen gewertet werden.

Werden so einerseits hohe Anforderungen an die hauswirtschaftliche Präsenzkraft gestellt, Anforderungen, die auch zu Überforderungen werden können, so werden sie andererseits schlecht bezahlt. Ohne die niedrigen Gehälter für die Hauswirtschaftskräfte, sei das Hausgemeinschaftskonzept nicht finanzierbar, so die Heimleitung von Rablinghausen. „So geht die bessere Versorgung der alten Leute auf Kosten derer, die sie leisten“ (Evangelischer Pressedienst, 2002, S.2). Was aber geschieht, wenn qualifizierte Kräfte nicht mehr bereit sind, für ein solches Gehalt anspruchsvolle Leistungen zu erbringen?

Schließlich ist die Präsenzkraft auch unter Gender-Gesichtspunkten kritisch zu betrachten. Erfolgt hier nicht die Reaktivierung einer alten Hausfrauen- und Mutterrolle im modernen Gewand (vgl. Klie, 2002, S.31)?

Das Hausgemeinschaftskonzept mit der Betonung der Hauswirtschaft ist vor allem an Seniorinnen mit Hausfrauenbiografie ausgerichtet. Die Schwierigkeiten, Männer in dieses Konzept einzubinden, wurden aus den Erfahrungsberichten der Hausgemeinschaften deutlich. Will das Hausgemeinschaftskonzept auch in Zukunft umgesetzt werden können, so müssen Wege gefunden werden, wie der zunehmende Anteil von Männern und von Frauen mit anderem biografischen Hintergrund, Elemente ihres alten Alltags in der Hausgemeinschaft wieder finden können.

Abschließend bleibt zu erwähnen, dass es nicht ausreicht, Konzepte einfach nur umzusetzen, sie müssen von den Mitarbeiterinnen gelebt werden. Auch in Hausgemeinschaften können sich Mitarbeiterinnen aus der anspruchsvollen und anstrengenden Beziehungsarbeit in die Hauswirtschaft oder Körperpflege flüchten. „Wo ist die Garantie, dass die Hauswirtschafterin nicht die Spülmaschine allein betätigt, weil der Vorgang mit Bewohnern zu lange dauert? Wo ist die Absicherung, dass Mitarbeiter das Einkaufen ohne Bewohner nicht als stringenter empfinden“ (Dürmann, 2005, S.103). Auch Hausgemeinschaften können institutionelle Züge annehmen, wie Knauf bei ihrer Hospitation in einem Cantou erfahren musste. Sie berichtet von einem reglementierten Tagesablauf mit Bettruhe ab 19.00 Uhr, fehlender Biografiearbeit, Fixierungen und Sedierungen (vgl. Knauf, 2002, S.7-27).

Erhebliche Skepsis wird den Hausgemeinschaften auch aus ökonomischen Gründen entgegengebracht. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht sind die kleinen Einheiten mit ihren dezentralen Versorgungsstrukturen als ungünstig und kostspielig zu betrachten.

Bei der Kostenkalkulation für die jeweiligen Pflegesätze haben offensichtlich viele Betreiber von Hausgemeinschaften die Unterdeckung der Hausgemeinschaften durch Mittel aus von ihnen gleichzeitig betriebenen Einrichtungen ausgeglichen. Oder es wurden Personalstellen durch Fördermittel finanziert (vgl. Winkler, 2004, S.24, Anm. 67).

Sicher werden Hausgemeinschaften nicht alle anderen Versorgungsformen für pflegebedürftige oder demente Menschen ersetzen. So werden auch zukünftig motorisch unruhige Menschen nicht optimal in kleinräumigen Hausgemeinschaften versorgt werden können, es sei denn, die Einrichtungen verfügen über großzügige Wanderwege. Auch gibt es demente Menschen, die nicht in eine Gruppe integrierbar sind und dieser auch nicht zuzumuten sind. Deshalb wird es auch in Zukunft unterschiedliche Angebote für pflegebedürftige Menschen geben und das Pflegeheim ist sicher kein Auslaufmodell (so der Titel einer Fachtagung des Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft, 2002).

Hausgemeinschaften werden aber die Pflegelandschaft bereichern und wichtige Signale für eine weitere Humanisierung der Pflegeheime aussenden.

3 Szenarien zur Umsetzung des Hausgemeinschaftskonzepts in einem Modellaltenheim

Hausgemeinschaften werden nur dann flächendeckend überleben, wenn sie wirtschaftlich geführt werden können und volkswirtschaftlich bezahlbar bleiben, also im Rahmen üblicher Pflegesätze realisiert werden können.

Deshalb soll nun in drei Szenarien untersucht werden, ob und wie das Hausgemeinschaftskonzept in einem Modellaltenheim umgesetzt werden kann. In einem ersten Szenario soll geprüft werden, welche Auswirkungen die Einführung des KDA-Hausgemeinschaftskonzepts auf die Kosten des Modellaltenheims hat und welche Heimentgelte zur Finanzierung nötig sind. In einem zweiten Szenario wird versucht, das KDA-Konzept mit den Personalrichtwerten des Landes Nordrhein-Westfalen im Modellaltenheim umzusetzen. Abschließend soll in einem dritten Szenario ein eigener kostenneutraler Realisierungsvorschlag für das Modellaltenheim entwickelt werden.

3.1 Daten des Modellaltenheims

Zunächst soll das Modellaltenheim kurz vorgestellt werden. Es wurde von C. Rustemeier und C. Schmatz im Rahmen ihrer Diplomarbeit entwickelt (vgl. Rustemeier & Schmatz, 2004, S.43-58). Die Kosten- und Leistungsdaten wurden durch aktuelle Zahlen des Caritasverbandes für Altenheime aus der Region Münster aktualisiert (vgl. Anhang, S.119-122).

Das Modellaltenheim verfügt über 80 Bewohnerplätze, davon 64 Einzelzimmer und 8 Doppelzimmer. Die Auslastung im Modellaltenheim liegt bei 98%. Das Modellaltenheim ist gegliedert in 3 Abteilungen mit jeweils 2 Wohnbereichen. Auf den Wohnbereichen leben 13 bis 14 Bewohnerinnen.

Tabelle 3-1: *Bewohnerinnen- und Zimmerzuordnung zu den Wohnbereichen*

Abteilung	1		2		3	
Wohnbereich	A	B	C	D	E	F
Bewohnerinnen	13	14	13	14	13	13
Einzelzimmer	11	10	11	10	11	11
Doppelzimmer	1	2	1	2	1	1

Die Pflegestufenverteilung im Modellaltenheim orientiert sich eng an den vom Caritasverband betreuten Altenheimen im Münsterland.

Tabelle 3-2: *Pflegestufenverteilung im Modellaltenheim*

Pflegestufen	Anzahl in %	Anzahl absolut
0	5%	4
I	35%	28
II	50%	40
III	10%	8

Für Pflege, Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten erhebt das Modellaltenheim je Berechnungstag die folgenden Entgelte:

Tabelle 3-3: *Heimentgelte je Pflegestufe des Modellaltenheims*

Pflegestufe	Pflegesatz	U + V	Investition	Summe
0	26,28 €	26,97 €	20,00 €	73,25 €
I	41,01 €			87,98 €
II	58,67 €			105,64 €
III	77,05 €			124,02 €

Die folgende Tabelle zeigt die Personalzusammensetzung des Modellaltenheims und die damit verbundenen jährlichen Bruttopersonalkosten:

Tabelle 3-4: *Stellenplan und jährliche Bruttopersonalkosten des Modellaltenheims*

Personal	VZÄ	durch. Bruttokosten/ Jahr	durch. Bruttokosten je Berufsgruppe / Jahr
Leitung / Verwaltung	3,00		
Einrichtungsleitung	1,00	58.000,00 €	58.000,00 €
Verwaltung	2,00	42.500,00 €	85.000,00 €
Rezeption und Hausmeister	1,60		
Pforte / Telefon	0,80	35.000,00 €	28.000,00 €
Hausmeister	0,80	38.500,00 €	30.800,00 €
Pflegedienst	29,24		
Pflegefachkraft	18,08	45.000,00 €	813.600,00 €
Pflegehilfskraft	9,31	38.000,00 €	353.780,00 €
Sozialer Betreuungsdienst	1,85	45.000,00 €	83.250,00 €
Hauswirtschaftlicher Dienst	12,97		
Küche	10,89	32.500,00 €	353.925,00 €
Wäscherei	2,08	32.500,00 €	67.600,00 €
Sonstiges Personal			
Praktikanten, Azubis, ZDL	3,00	4.500,00 €	13.500,00 €
Summe	49,81		1.887.455,00 €

Die Fachkraftquote liegt im Modellaltenheim bei 66%.

Die Wäschepflege ist nicht wie in vielen Häusern outsourct worden, sondern wird im Modellaltenheim selbst durchgeführt.

Im Modellaltenheim sind die folgenden Sachkosten entstanden:

Tabelle 3-5: *Sachkosten des Modellaltenheims*

	je Bewohnerin am Tag	Gesamtheim im Jahr
Lebensmittel	4,50 €	128.772,00 €
Wasser, Energie	3,20 €	91.571,20 €
Wirtschaftsbedarf, Sachaufwand	1,00 €	28.616,00 €
Aufwand soziale Betreuung	0,41 €	11.732,56 €
Pflegebedarf	0,20 €	5.723,20 €
Verwaltungsbedarf	1,20 €	34.339,20 €
Steuern, Versicherung, Abgaben	1,42 €	40.634,72 €
Altenpflegeumlage	1,45 €	41.493,20 €
Wartung	0,14 €	4.006,24 €
Qualitätssicherung	0,20 €	5.723,20 €
Summe	13,72 €	392.611,52 €

Damit ergeben sich aus den jährlichen Sachkosten von 392.611,52 € und den jährlichen Personalkosten von 1.887.455 € eine Gesamtkostensumme von 2.280.066,52 €.

Dem stehen Erlöse aus Pflegesätzen und Unterkunft und Verpflegung von 2.280.049 € gegenüber, so dass das Modellaltenheim einen Kostendeckungsgrad von 100 % aufweist.

3.2 1. Szenario: Umsetzung des KDA-Modells

Das folgende Szenario orientiert sich an der KDA-Musterkalkulation für eine Hausgemeinschaft mit acht Bewohnerinnen (vgl. Winter et al., 2001, S.42-56).

Diese Gruppengröße sieht das KDA als optimal für Hausgemeinschaften an.

Das Modellaltenheim besteht aus drei Abteilungen, wobei für die folgenden Szenarien festgelegt wird, dass sich die drei Abteilungen auf die angenommenen drei Etagen des Modellaltenheims verteilen. Jede Abteilung bzw. jede Etage des Modellaltenheims beherbergt 26 bis 27 Bewohnerinnen.

Würde man nun in jeder Abteilung jeweils drei Hausgemeinschaften à acht Bewohnerinnen einrichten, so fielen auf jeder Etage zwei bis drei Bewohnerzimmer weg, insgesamt acht Bewohnerplätze. Diese Bewohnerzimmer könnten zur Einrichtung der benötigten Wohnküchen und Wohnzimmern genutzt werden. Denn auf konventionellen Abteilungen gibt es i.d.R. nur eine zur Wohnküche ausbaufähige Teeküche und nur einen Aufenthaltsraum.

Das Modellaltenheim wird also in insgesamt neun Hausgemeinschaften aufgeteilt. Jeweils drei Hausgemeinschaften liegen auf einer Etage.

Nach KDA-Vorstellungen soll eine acht-köpfige Hausgemeinschaft mit 3,25 Vollzeitstellen Hauswirtschaftskräften besetzt sein. Insgesamt ergäben dies 29,25 Präsenzkkräfte in 9 Hausgemeinschaften (vgl. Winter et al., 2001, S.45).

Bei der Berechnung des Pflegefachkräftebedarfs hat das KDA die folgenden Zeitbedarfe je Pflegestufe zugrunde gelegt (vgl. Winter et al., 2001, S.45): Demnach hat eine Person der Pflegestufe I einen täglichen Pflegebedarf von 40 Minuten, der Pflegestufe II von 90 Minuten und der Pflegestufe III von 120 Minuten.¹ Dies würde, auf die Verhältnisse im Modellaltenheim übertragen, zu dem folgenden Pflegezeitbedarf führen:

Tabelle 3-6: *Pflegezeitbedarf ermittelt nach Pflegestufen*

Bewohnerinnen	Anzahl in %	Anzahl absolut	Pflegebedarf	Pflegebedarf/ Tag
Pflegestufe 0	5%	4	x 0 min	= 0 Minuten
Pflegestufe I	35%	25	x 40 min	= 1000 Minuten
Pflegestufe II	50%	36	x 90 min	= 3240 Minuten
Pflegestufe III	10%	7	x 130 min	= 910 Minuten
				85,83 Stunden

Multipliziert man die 85,83 Stunden Pflegezeitbedarf mit 365 Tagen, so erhält man einen jährlichen Pflegezeitbedarf von 31.327,95 Stunden. Teilt man diese Stunden durch eine Nettojahresarbeitszeit von 1.570 Stunden, so ergeben sich 19,95 Vollzeitstellen.

Sowohl bei den hauswirtschaftlichen Präsenzkkräften als auch bei den Pflegekräften soll ausgebildetes Fachpersonal eingesetzt werden. Auf Hilfspersonal braucht nach KDA-Vorstellungen nicht zugegriffen werden (vgl. Winter et al., 2001, S.49).

Die Stellen für den Hausmeister und den Pfortendienst sind gemäß KDA-Musterkalkulation nicht in das Szenario übernommen worden (vgl. Winter et al. 2001, S.52).

Auch auf die Stellen des Betreuungsdienstes ist verzichtet worden, da nach KDA-Vorstellungen diese Aufgaben durch die Präsenzkkräfte und durch die Angehörigen übernommen werden.

Die Stellen für Leitung und Verwaltung sind in der Musterkalkulation nicht mitbetrachtet worden sind, deshalb werden diese an den Personalrichtwerten des Landes Nordrhein-Westfalen ausgerichtet (vgl. Tabelle 3-14, S.103).

¹ Winter et al. geben diesen Personalbedarf vor, ohne darzustellen, wie dieser sich begründet. Nach § 15 SGB XI werden deutlich höhere Pflegezeiten zugrunde gelegt.

Für die Hauswirtschaftskräfte sind 38.000 € jährliche Bruttopersonalkosten, gemäß der Diplomarbeit von Rustemeier und Schmatz veranschlagt worden (vgl. 2004, S.57). Die in der Caritas-Musterkalkulation ausgewiesenen 32.500 € sind ein Durchschnittswert für den hauswirtschaftlichen Dienst, der sich aus Fachkräften und Hilfspersonal zusammensetzt.

Tabelle 3-7: *Stellenplan und Personalkosten bei KDA-Szenario*

Personal	VZÄ	durch. Bruttokosten/ Jahr	Bruttokosten je Berufsgruppe
Einrichtungsleitung	1,00	58.000,00 €	58.000,00 €
Verwaltung	1,80	42.500,00 €	76.500,00 €
Hauswirtschaftsfachkräfte	29,25	38.000,00 €	1.111.500,00 €
Pflegefachkräfte	19,95	45.000,00 €	897.750,00 €
Summe	52,00		2.143.750,00 €

Zu diesen Personalkosten von 2.143.750 € sind noch die Sachkosten hinzuzurechnen. Diese betragen im Modellaltenheim 13,72 € je Bewohnerin am Tag. Bei einer angenommenen Auslastung von 98% ergeben sich daraus jährliche Sachkosten von 353.350,37 €.

(70,56 x 13,72 € x 365).

Insgesamt betragen die jährlichen Kosten aus Personal- und Sachkosten 2.497.100,37 €.

Die Investitionskosten würden sich, falls keine Förderung in Anspruch genommen werden kann, aufgrund der Umbaumaßnahmen erhöhen. Da es sich um ein fiktives Heim handeln, können zu diesen Kosten keine Angaben gemacht werden. Deshalb werden die Investitionskosten bei den Szenarien nicht weiter beachtet.

Unter Beibehaltung der Heimentgelte des Modellaltenheims ergeben sich bei einer Auslastung von 98% die folgenden Erlöse aus Pflegesätzen und Unterkunft und Verpflegung:

Tabelle 3-8: *Erlöse aus Pflegesätzen und Unterkunft und Verpflegung*

Pflegestufe	Anzahl Bew.	Auslastung 98%	Pflegesatz	U + V	Summe / Jahr
0	4	3,92	26,28 €	26,97 €	76.190,10 €
I	25	24,50	41,01 €	26,97 €	607.911,15 €
II	36	35,28	58,67 €	26,97 €	1.102.803,41 €
III	7	6,86	77,05 €	26,97 €	260.455,68 €
Summe	72				2.047.360,34 €

Bei diesem Szenario ergibt sich also ein jährliches Defizit von 449.740,03 €.

Um das KDA-Modell kostendeckend betreiben zu können, müsste eine Anhebung der Heimentgelte erfolgen.

Diese Heimentgelte können wie folgt berechnet werden:

Zunächst werden die Sachkosten nach ihrer Zuordnung zur Pflege bzw. zu Unterkunft und Verpflegung nach einem Verteilungsschlüssel aufgliedert. Dieser Schlüssel bezieht sich auf eine Vereinbarung des Grundsatzausschusses „Stationären Pflege“ Nordrhein-Westfalen (vgl. Winter et al., 2002, Personal- und Kostenkalkulation).

Tabelle 3-9: *Sachkosten im Modellaltenheim bei 72 Bewohnerinnen und 98 % Auslastung mit Aufteilung in Pflege und Unterkunft und Verpflegung*

Kosten	Aufgliederung nach		je Bewohnerin am Tag	Gesamtheim im Jahr
	Pflege	U+V		
Lebensmittel	0%	100%	4,50 €	115.894,80 €
Wasser, Energie	50%	50%	3,20 €	82.414,08 €
Wirtschaftsbedarf, Sachaufwand	0%	100%	1,00 €	25.754,40 €
Aufwand soziale Betreuung	100%	0%	0,41 €	10.559,30 €
Pflegebedarf	100%	0%	0,20 €	5.150,88 €
Verwaltungsbedarf	50%	50%	1,20 €	30.905,28 €
Steuern, Versicherung, Abgaben	50%	50%	1,42 €	36.571,25 €
Altenpflegeumlage	100%	0%	1,45 €	37.343,88 €
Wartung	50%	50%	0,14 €	3.605,62 €
Qualitätssicherung	100%	0%	0,20 €	5.150,88 €
Summe			13,72 €	353.350,37 €

Auch die Personalkosten werden nach einem bestimmten Schlüssel auf die Pflege und Unterkunft und Verpflegung aufgeteilt (vgl. Winter et al., 2002, Personal- und Kostenkalkulation).

Tabelle 3-10: *Aufteilung der Personalkosten*

Personal	Aufteilung	
	Pflege	U+V
Einrichtungsleitung	50%	50%
Verwaltung	50%	50%
Pforte / Telefon	50%	50%
Hausmeister	50%	50%
Pflegefachkraft	100%	
Pflegehilfskraft	100%	
Sozialer Betreuungsdienst	100%	
Küche		100%
Wäscherei		100%
Praktikanten, Azubis, ZDL	50%	50%

Die vollständige Zuteilung der Kosten der Hauswirtschaftskräfte zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung ist für das Hausgemeinschaftskonzept ungeeignet. Die gesamten Personalkosten der Hauswirtschaftskräfte, die den Präsenzdienst bestreiten, würden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung stark anheben. Mehrere Autoren schlagen deshalb vor, die Personalkosten der Hauswirtschaftskräfte entsprechend ihrer Funktion in den Hausgemeinschaften zu je

50% auf die Kosten für Pflege und die Kosten für Unterkunft und Verpflegung aufzuteilen (vgl. Winter et al., 2001, S.51; Klie, 2002, S.360).

Hier soll eine noch günstigere Variante besprochen werden, die allerdings, genauso wie die 50/50- Aufteilung, in Pflegesatzverhandlungen durchzusetzen wäre. Nach den Personalrichtwerten des Landes Nordrhein-Westfalen stehen dem Modellaltenheim 11,72 Hauswirtschaftskräfte zur Verfügung (vgl. Tabelle 3-14). Dies entspricht einem Anteil von 40% an den gesamten hauswirtschaftlichen Vollzeitstellen von 29,25 bei dem KDA- Szenario. Deshalb werden die Personalkosten der Präsenzkkräfte zu 60% der Pflege und zu 40% der Unterkunft und Verpflegung zugeteilt.

Tabelle 3-11: *Personalkosten beim KDA-Modell mit Aufteilung in Pflege und Unterkunft und Verpflegung*

	VZÄ	Aufteilung nach		durch. Bruttokosten/ Jahr	Bruttokosten je Berufsgruppe	Aufteilung nach	
		Pflege	U+V			Pflege	U+V
Personal							
Einrichtungsleitung	1	50%	50%	58.000,00 €	58.000,00 €	29.000,00 €	29.000,00 €
Verwaltung	1,8	50%	50%	42.500,00 €	76.500,00 €	38.250,00 €	38.250,00 €
HW-Fachkräfte	29,25	60%	40%	38.000,00 €	1.111.500,00 €	666.900,00 €	444.600,00 €
Pflegefachkräfte	19,95	100%	0%	45.000,00 €	897.750,00 €	897.750,00 €	- €

Die folgende Pflegesatzkalkulation folgt in ihrer Aufteilung der Pflegesätze in einen pflegeklassenabhängigen und einen pflegeklassenunabhängigen Anteil der Systematik der Caritas-Entgeltkalkulation des Modellaltenheims (vgl. im Anhang Kap. 6.5, S.123).

Für den pflegesatzabhängigen Anteil werden die Personalkosten der Pflegefachkräfte, die 60% der Personalkosten der Hauswirtschaftskräfte und die Sachkosten für den Pflegebedarf addiert.

Personalkosten Pflegefachkraft:	897.750,00 €
60% Personalkosten Hauswirtschaftsfachkraft:	666.900,00 €
Sachkosten für den Pflegebedarf (vgl. Tabelle 3-9)	<u>5.150,88 €</u>
	1.569.800,88 €

Diese 1.569.800,88 € werden nun durch die so genannten Vergleichstage oder wertgleiche Pflagestage dividiert.

Diese Vergleichstage werden folgendermaßen berechnet: Die Pflagestage pro Jahr bei einer 98%igen Auslastung werden mit den Äquivalenzziffern des Landes Nordrhein-Westfalen gewichtet (vgl. Winter et al., 2002, Personal- und Kostenkalkulation; Äquivalenzziffern nach Solidarität, 2000). Diese Gewichtungsfaktoren ergeben sich aus den in Nordrhein-Westfalen verwendeten Personalrichtwerten je Pflegestufe (vgl. Tabelle 3-14; vgl. Verdi, 2004).

Tabelle 3-12: *Pflegetage pro Jahr und wertgleiche Pflegetage*

Pflegestufe	Plätze insgesamt	Pflegetage bei 98% Belegung	Multiplikator = Äquivalenzziffer für NRW	Vergleichstage
0	4	1.430,8	0,5	715,4
I	25	8.942,5	1	8.942,5
II	36	12.877,2	1,6	20.603,5
III	7	2.503,9	2,224	5.568,7
Summe	72	25.754,4		35.830,1

pflegesatzabhängige Personalkosten / Vergleichstage:

$$1.569.800,88 \text{ €} / 35.830,1 = 43,81 \text{ €}$$

Durch die Multiplikation mit den jeweiligen Äquivalenzziffern wird der pflegeklassenabhängige Anteil je Pflegestufe ermittelt:

$$\text{Pflegestufe 0: } 43,81 \text{ €} \times 0,5 = 21,91 \text{ €}$$

$$\text{Pflegestufe I: } 43,81 \text{ €} \times 1 = 43,81 \text{ €}$$

$$\text{Pflegestufe II: } 43,81 \text{ €} \times 1,6 = 70,10 \text{ €}$$

$$\text{Pflegestufe III: } 43,81 \text{ €} \times 2,224 = 97,43 \text{ €}$$

Für den pflegeklassenunabhängigen Teil des Pflegesatzes werden die übrigen dem Bereich

Pflege zuzurechnenden Kosten addiert:

50% der Personalkosten für Leitung	29.000,00 €
50% der Personalkosten für Verwaltung	38.250,00 €
Aufwand soziale Betreuung	10.559,30 €
Altenpflegeumlage	37.343,88 €
Qualitätssicherung	5.150,88 €
50% der Kosten für Wasser und Energie	41.207,04 €
50% der Kosten für Verwaltungsbedarf	15.452,64 €
50% der Kosten für Steuern, Versicherung, Abgaben	18.285,63 €
50% der Kosten für Wartung	1.802,81 €
	<u>197.052,18 €</u>

Diese Summe wird durch die ungewichteten Pflegetage dividiert:

$$197.052,18 \text{ €} / 25.754,4 = 7,65 \text{ €}$$

Diese 7,65 € werden zu dem pflegeklassenabhängigen Teil je Pflegestufe hinzugerechnet. Dies führt zu den folgenden Ergebnissen für den pflegebedingten Aufwand:

$$\text{Pflegeklasse 0: } 29,56 \text{ €}$$

$$\text{Pflegeklasse I: } 51,46 \text{ €}$$

$$\text{Pflegeklasse II: } 77,75 \text{ €}$$

$$\text{Pflegeklasse III: } 105,08 \text{ €}$$

Zur Berechnung der Heimentgelte für Unterkunft und Verpflegung werden die dort zugeteilten Kosten aufsummiert:

40% Personalkosten Hauswirtschaftskräfte	444.600,00 €
50% der Personalkosten für Leitung	29.000,00 €
50% der Personalkosten für Verwaltung	38.250,00 €
Kosten für Lebensmittel	115.894,80 €
Kosten für Wirtschaftsbedarf, Sachaufwand	25.754,40 €
50% der Kosten für Wasser und Energie	41.207,04 €
50% der Kosten für Verwaltungsbedarf	15.452,64 €
50% der Kosten für Steuern, Versicherung, Abgaben	18.285,63 €
50% der Kosten für Wartung	<u>1.802,81 €</u>
	730.247,32 €

Die Personal- und Sachkosten für Unterkunft und Verpflegung von 730.247,31 € werden durch die ungewichteten Pfl egetage dividiert (vgl. Winter, et al., 2002, Personal- und Kostenkalkulation):

Personal- und Sachkosten für Unterkunft und Verpflegung / Pfl egetage:

$$730.247,31 \text{ €} / 25.754,4 = 28,35 \text{ €}.$$

Für Unterkunft und Verpflegung sind demnach unabhängig von den Pflegestufen 28,35 € zu zahlen.

Tabelle 3-13: *Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung zur Refinanzierung des KDA-Szenarios*

Pflegestufe	Anzahl Bew.	Auslastung 98%	Pflegesatz	U + V	Summe / Jahr
0	4	3,92	29,56 €	28,35 €	82.857,63 €
I	25	24,50	51,46 €	28,35 €	713.700,93 €
II	36	35,28	77,75 €	28,35 €	1.366.270,92 €
III	7	6,86	105,08 €	28,35 €	334.095,38 €
Summe		70,56			2.496.924,85 €

Deutlich wird, dass die Pflegesätze besonders in den höheren Pflegestufen deutlich angestiegen sind. Dies dürfte in keiner Pflegesatzverhandlung, selbst mit der besten konzeptionellen Begründung, durchzusetzen sein. Da die Leistungen der Pflegekasse konstant sind, würden diese Heimentgelte die Bewohnerinnen bzw. die Sozialhilfeträger zwischen 8% und 22% mehr belasten.

Eine kostenneutrale oder wenigstens nur moderat kostensteigende Umsetzung des KDA-Konzepts ist also im Modellaltenheim nicht möglich.

3.3 2. Szenario: Umsetzung mit NRW-Personalrichtwerten

In einem zweiten Szenario soll versucht werden, den Personaleinsatzplan des KDA für Hausgemeinschaften mit den derzeit in Nordrhein-Westfalen geltenden Personalrichtwerten und im Rahmen der Bestimmungen der Heimpersonalverordnung umzusetzen. Diese Personalrichtwerte, die in Tabelle 3-14 dargestellt werden, sind auch die Grundlage des Stellenplans des Modellalteneheims.

Tabelle 3-14: Personalrichtwerte in Nordrhein-Westfalen

Funktionsbereich	Heimgröße 51 bis 100 Betten	Modellalteneheim VZÄ
Leitung	1,00 VZÄ	1,00
Verwaltung	1:40	1,80
Hausmeister	1:100	0,72
Pforte	1:100	0,72
Übergreifende therapeutische und soziale Dienste	0,5 VZÄ + 1:59,2	1,70
Pflegedienst:		
Pflegestufe 0	1:8	0,50
Pflegestufe I	1:4	6,25
Pflegestufe II	1:2,5	14,40
Pflegestufe III	1:1,8	3,90
Küche/ Hauswirtschaft	0,5 VZÄ + 1:7,7	9,85
Wäscherei	1:38,5	1,87
Summe Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft		38,47

Abzüglich der Stellen für Leitung, Verwaltung, Hausmeister und Pforte stehen dem Modellalteneheim 38,47 Vollzeitstellen für Pflege und Betreuung sowie hauswirtschaftlicher Versorgung zur Verfügung.

Nach § 5 Heimpersonalverordnung müssen 50% des betreuenden Personals Fachkräfte sein. Zur Berechnung der Fachkraftquote muss zunächst der Umfang des betreuenden Personals festgestellt werden: Für hauswirtschaftliche Kräfte (Küche, Hauswirtschaft und Wäscherei) stehen dem Modellalteneheim nach den Personalrichtlinien insgesamt 11,72 Vollzeitstellen zur Verfügung. Subtrahiert man diese 11,72 Vollzeitstellen von den 38,47 insgesamt zur Verfügung stehenden Stellen, so verbleiben 26,75 Stellen für betreuende und pflegende Tätigkeiten. Davon müssen 50%, also mindestens 13,4 Stellen mit Pflegefachkräften besetzt werden. Die restlichen 25,07 Stellen für Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft können mit Hilfspersonal besetzt werden.

Tabelle 3-15: Anzahl Fachkräfte beim Personalrichtwerte-Szenario

Pflegefachkräfte	13,40
Hilfskräfte	25,07
Summe	38,47

Im Folgenden wird nun versucht, auf der Basis dieses Stellenplans einen gesetzeskonformen Personaleinsatzplan zu entwerfen. Dabei wird mit einer Nettojahresarbeitszeit von 1570 Stunden kalkuliert (vgl. Winter et al., S.43).

Um die vom KDA gewünschte Präsenz von 7.00 bis 21.00 Uhr zu gewährleisten, werden unter Berücksichtigung von Pausen- und Übergabezeiten 28,25 Vollzeitstellen benötigt: $(13,5 \text{ h} \times 365 \text{ Tage} / 1570 \text{ h} \times 9 \text{ Hausgemeinschaften})^1$.

Zur Abdeckung des Nachtdienstes, der von 20.45 bis 7.15 Uhr gehen soll, werden zwei Nachtwachen benötigt, von denen eine Person eine Pflegefachkraft sein muss (vgl. § 5 HeimPersV). Der Nachtdienst dauert ohne Pausen² 9 Stunden und 45 Minuten. Für den Nachtdienst werden demnach 4,5 Kräfte benötigt $(19,5 \times 365 / 1570)$, von denen je 2,25 Stellen mit einer Pflegefachkraft und einer Hilfskraft zu besetzen sind.

Subtrahiert man von den 25,07 Hilfskraftstellen die 2,25 Stellen für den Nachtdienst, so verbleiben 22,82 Hilfskraftstellen, mit denen der Präsenzdienst besetzt wird. Die Differenz zwischen den benötigten Präsenzkraftstellen (28,25 VZÄ) und den zur Verfügung stehenden Hilfskräften (22,82 VZÄ) von 5,43 Stellen müssten mit Pflegefachkräften besetzt werden.

Für den eigentlichen Pflegedienst verbleiben einschließlich Nachtwache 10,22 Stellen $(38,47 - 28,25 = 10,22)$. Dies liegt mit mehr als 9 Stellen unter dem nach KDA-Vorgaben errechneten Personalbedarf von 19,95 Vollzeitstellen (vgl. S.97). Da für den Nachtdienst 4,5 Stellen veranschlagt worden sind, müsste tagsüber mit 5,72 Vollzeitstellen kalkuliert werden, die ausschließlich mit Pflegefachkräften zu besetzen wären. Unter Berücksichtigung einer Nettojahresarbeitszeit von 1570 h stehen für den täglichen Pflegeeinsatz gut 24,5 Stunden zur Verfügung.

Bei einer etagenweisen Organisation des Pflegedienstes, verbleiben für die einzelnen Etagen mit je 24 Bewohnerinnen gerade mal 8 Stunden für den Pflegedienst. Diese müssten auf die Zeiten des größten Pflegebedarfs verteilt werden; also etwa eine Pflegekraft von 7.00 bis 10.00 Uhr zur Morgenpflege, eine Pflegekraft von 18.00 bis 21.00 Uhr zur Abendpflege und eine Pflegekraft für 1 Stunde um die Mittagszeit, um bei der Nahrungsaufnahme zu helfen. Mit dieser Personal-

¹ Angenommen werden hier ein Frühdienst von 7.00 Uhr bis 14.15 Uhr und ein Spätdienst von 13.45 Uhr bis 21.00 Uhr mit jeweils einer halbstündigen Pause.

² Im Nachtdienst dauern die Pausen 45 Minuten, weil die Arbeitszeit mehr als 9 Stunden beträgt (vgl. § 4 Arbeitszeitgesetz)

besetzung ist eine sach- und fachgerechte Pflege kaum möglich. Zudem wäre bei diesem Stellenplan ein komplizierter Personaleinsatzplan nötig, um tagsüber mindestens eine Pflegefachkraft je Etage vorhalten zu können.

Auch müssten bei diesem Szenario Pflegefachkräfte den Präsenzdienst übernehmen, was nicht den KDA-Vorstellungen entspricht.

Tabelle 3-16: Verteilung der Vollzeitstellen auf die verschiedenen Diensttypen beim Personalrichtwerte-Szenario mit Personalkosten

Stellenplan	VZÄ	Bruttopersonalkosten/ Jahr	Bruttopersonalkosten je Berufsgruppe / Jahr
Leitung	1	58.000,00 €	58.000,00 €
Verwaltung	1,8	42.500,00 €	76.500,00 €
Rezeption	0,72	35.000,00 €	25.200,00 €
Hausmeister	0,72	38.500,00 €	27.720,00 €
Präsenzkräfte	28,25		
davon Pflegefachkräfte	5,43	45.000,00 €	244.350,00 €
davon Hilfskräfte	22,82	32.500,00 €	741.650,00 €
Pflegedienst	5,72		
davon Pflegefachkräfte	5,72	45.000,00 €	257.400,00 €
davon Hilfskräfte	0		
Nachtdienst	4,5		
davon Pflegefachkraft	2,25	45.000,00 €	101.250,00 €
davon Hilfskraft	2,25	38.000,00 €	85.500,00 €
Summe			1.617.570,00 €

Weist man dagegen 19,95 Stellen dem Pflegedienst einschließlich Nachtwache zu, so verbleiben für den Präsenzdienst nur noch 18,52 Stellen. Damit stände für jede Hausgemeinschaft eine Präsenzzeit von knapp 9 Stunden zur Verfügung. Eine kontinuierliche Präsenz in allen Hausgemeinschaften wäre damit über die Tagesstunden nicht mehr möglich.

Zu beachten ist, dass bei diesem Szenario die Erlöse von 2.047.360,34 € (vgl. Tabelle 3-8, S.98) die Gesamtkosten von 1.970.920,37 € (1.617.570 € Personalkosten + 353.350,37 € Sachkosten vgl. Tabelle 3-9, S.99) um 76.439,97 € übersteigen.

Mit dieser Differenz könnten unter Beibehaltung eines Fachkräfteanteils von 50% eine weitere Vollzeitstelle für den Pflegefachdienst und 0,97 Stelle für eine Hilfskraft finanziert werden, die den Personalmangel dieses Szenarios minimal auffangen könnten. Deutlich wird aber, dass mit den Personalrichtwerten keine Personalbesetzung für eine Hausgemeinschaft nach KDA Vorstellungen erfolgen kann.

3.4 3. Szenario: eigener Umsetzungsvorschlag

Deutlich wurde aus den ersten beiden Szenarien, dass das KDA-Modell einerseits nur mit erheblichen Kostensteigerungen umsetzbar ist, andererseits eine Umsetzung mit den vorgegebenen Personalrichtwerten des Landes Nordrhein-Westfalen zu einer personellen Unterbesetzung entweder des Präsenzdienstes oder des Pflegedienstes führt. Da der folgende Vorschlag nicht auf eine Erhöhung der Heimentgelte setzen kann, muss für eine kostenneutrale Umsetzung des Hausgemeinschaftskonzepts im Modellaltenheim sowohl Abstriche von der gewünschten Personalbesetzung des Präsenzdienstes als auch des Pflegedienstes vorgenommen werden.

Ausgangspunkt des Szenarios sind die durch die Heimentgelte des Modellaltenheims refinanzierbaren Personalstellen. Über Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung erhält das Modellaltenheim Erlöse von 2.047.360,34 € (vgl. Tabelle 3-8, S.98). Subtrahiert man hiervon die Sachkosten des Modellaltenheims von 353.350,37 € (vgl. Tabelle 3-9, S.99) so verbleiben 1.694.009,97 € für die Refinanzierung der Personalkosten.

Als Minimalbesetzung für den Pflegefachdienst wird tagsüber eine Pflegefachkraft je Etage festgesetzt.

Zusätzlich zu diesen Pflegefachkräften sollen weitere Pflegekräfte, besonders zur Morgen- und Abendpflege, anwesend sein.

Eine durchgehende Besetzung des Präsenzdienstes ist im Modellaltenheim nicht möglich. Deshalb soll es, wie auch in anderen Einrichtungen, Zeiten geben, in denen auf einer Ebene nur eine Präsenzkraft und eine Pflegefachkraft für drei Hausgemeinschaften zuständig sind. Diese Zeiten sind vor allem nach dem Mittagessen zur Zeit der Mittagsruhe anzusetzen, aber auch in den späten Abendstunden möglich.

Auf den Hausmeister soll bei diesem Szenario nicht verzichtet werden, da es sich beim Modellaltenheim mit über 70 Bewohnerinnen um ein großes Gebäude einschließlich Garten handelt, in dem vielfältige Aufgaben zu erledigen sind.

Einen Pfortendienst braucht es aber beim Hausgemeinschaftskonzept nicht zu geben.

Eine mögliche Stellenverteilung könnte folgendermaßen aussehen:

Tabelle 3-17: Stellenplan des 3.Szenarios

Personal	VZÄ	Bruttojahreskosten/ Jahr	Bruttojahreskosten je Berufsgruppe/ Jahr
Leitung	1,00	58.000,00 €	58.000,00 €
Verwaltung	1,80	42.500,00 €	76.500,00 €
Hausmeister	0,72	38.500,00 €	27.720,00 €
Pflegefachkraft	14,72	45.000,00 €	662.400,00 €
Hilfskraft	2,00	38.000,00 €	76.000,00 €
Präsenzkräfte	24,41	32.500,00 €	793.325,00 €
Summe Hauswirtschaft, Pflege, Betreuung	41,13		
Summe Kosten			1.693.945,00 €

Bei 41,13 Vollzeitstellen für Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung sind wieder 11,72 Vollzeitstellen für die hauswirtschaftliche Versorgung abzuziehen (siehe oben, S.103). Bei verbleibenden 29,41 Stellen für Pflege und Betreuung ist mit 14,72 Pflegefachkräften die Fachkraftquote von 50% erreicht.

Anhand dieser verfügbaren Stellen könnte der Personaleinsatz im Modellaltenheim wie folgt gestaltet werden:

Jede Etage ist tagsüber durchgehend mit einer Pflegefachkraft besetzt. Der Frühdienst beginnt um 7.00 Uhr und endet um 14.15 Uhr, der Spätdienst beginnt um 13.45 Uhr und endet um 21.00 Uhr. Bei einer Schichtdauer von 6 Stunden und 45 Minuten ohne Pausen, sind täglich 40,5 Stunden durch Pflegefachkräfte zu leisten. Dies entspricht bei einer angenommenen Nettojahresarbeitszeit von 1570 Stunden einem Vollzeitstellenäquivalent von 9,42 Stellen.

Unterstützt wird der Pflegedienst durch einen Springerdienst. Eine Kraft ist von 7.00 bis 13.00 Uhr anwesend, eine zweite Kraft von 7.00 Uhr bis 10.00 Uhr, und eine weitere Kraft von 18.00 Uhr bis 21.00 Uhr. Der Springer, sowie auch der Pflegedienst, können bei Bedarf hauswirtschaftliche Aufgaben übernehmen, wie ja auch der Präsenzdienst grundpflegerische Aufgaben übernimmt. Die 2,8 Vollzeitstellen des Springerdienstes verteilen sich auf 2 Stellen für Pflegehilfskräfte und 0,8 Stellen für Pflegefachkräfte.

Der Nachtdienst wird von 4,5 Vollzeitkräften übernommen (siehe oben, S.104). Aufgrund der geringen nächtlichen Besetzung mit zwei Personen für 72 Bewohnerinnen, wird dieser Dienst ausschließlich mit Pflegefachkräften besetzt.

In den einzelnen Hausgemeinschaften startet der Präsenzdienst mit seiner Arbeit um 7.00 Uhr und endet im Frühdienst um 13.30 Uhr.

Pro Etage soll eine Hausgemeinschaft durchgehend mit einer Präsenzkraft besetzt sein. Deshalb beginnt eine Präsenzkraft ihren Dienst um 13.30 Uhr während die beiden anderen Präsenzkräfte der Etage erst um 15.00 Uhr starten. Der Präsenzdienst des Spätdienstes endet um 20.30 Uhr, nur die Kraft, die um 13.30 Uhr beginnt, kann schon um 20.00 Uhr gehen.

Tabelle 3-18: *Personaleinsatzplan 3.Szenario¹*

	Ebene			anrechenbare h in Einrichtung	VZÄ	VZÄ je HG
	HG I	HG II	HG III			
Präsenz- dienst	7.00-13.30 Uhr 13.30-20.00 Uhr	7.00-13.30 Uhr 15.00-20.30 Uhr	7.00-13.30 Uhr 15.00-20.30 Uhr	105	24,41	2,71
Pflege- dienst	7.00-14.15 Uhr 13.45-21.00 Uhr			40,5	9,42	1,05
Springer	7.00-13.00 Uhr (ganzes Haus) 7.00-10.00 Uhr (ganzes Haus) 18.00-21.00 Uhr (ganzes Haus)			12	2,8	0,31
Nachtdienst	20.45-7.15 Uhr (2 Kräfte, ganzes Haus)			19,5	4,5	0,5
Summe					41,13	4,57

Zur Veranschaulichung des Einsatzplanes soll die folgende Abbildung dienen:

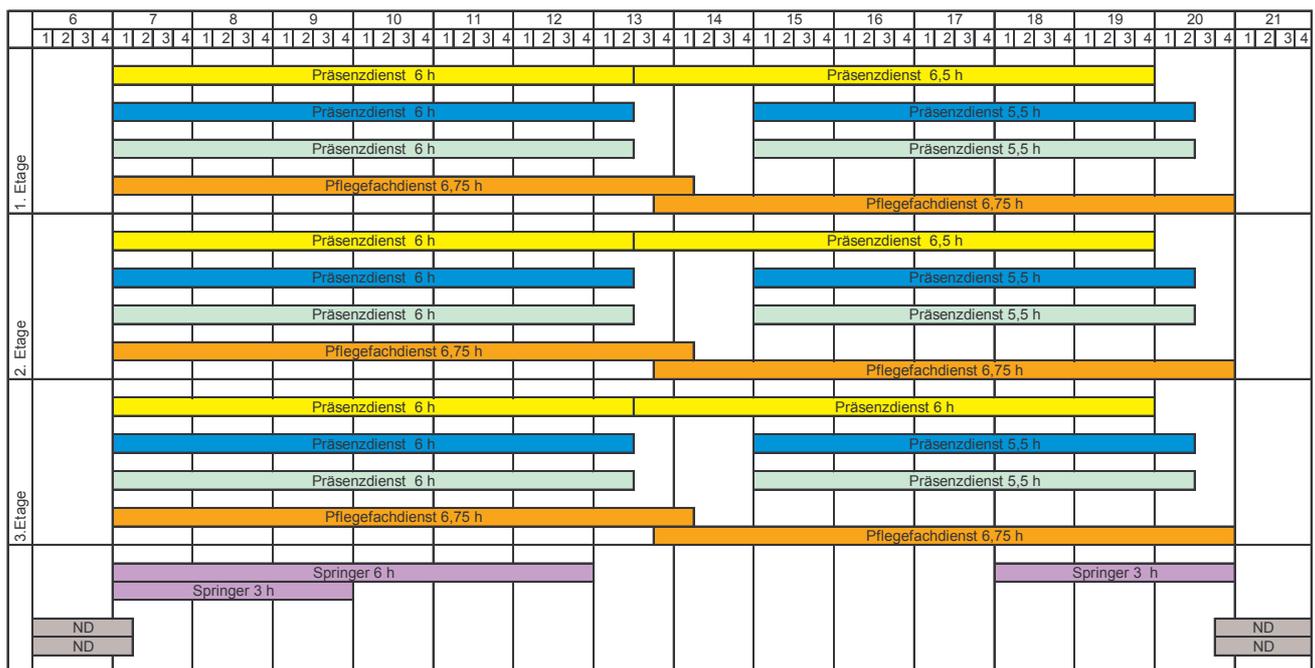


Abbildung 3-1: *Personaleinsatzplan beim 3.Szenario*

Bei diesem Einsatzplan verteilen sich 24,41 Stellen auf den Präsenzdienst und 16,72 Stellen auf den Pflegedienst. Der Personalschlüssel liegt bei 1:1,75.

¹ Bei einer Arbeitszeit von mehr als 6 Stunden, wurden 30 Minuten Pause einkalkuliert, bei einer Arbeitszeit von mehr als 9 Stunden 45 Minuten Pause (vgl. § 4 Arbeitszeitgesetz).

Vergleicht man diese Umsetzungsmöglichkeit mit den in Kap. 2.7 untersuchten realen Umsetzungen, so zeigt sich, dass sich das Modellaltenheim mit seinem Personalschlüssel von 1: 1,75 ungefähr im gleichen Bereich befindet wie der Buchen-Hof (1:1,76), das Gradmann-Haus (1:2) oder das Pflegestift „Mediana“ (1:1,67-1:2). Eine bessere Personalausstattung ist mit der Kostenstruktur des Modellaltenheims nicht möglich. Ob damit eine ausreichende Pflege- und Betreuungsqualität gewährleistet werden kann, kann bei diesem virtuellen Szenario nicht entschieden werden. Zu bedenken ist, dass die ähnlich personell ausgestatteten Einrichtungen ihren Präsenzdienst von der Wäschepflege entlastet haben. Diese muss im Modellaltenheim vom Präsenzdienst mit übernommen werden.

Grundsätzlich erscheint aber das Hausgemeinschaftskonzept im Modellaltenheim umsetzbar, auch wenn eine bessere Personalausstattung oder eine externe Wäscheversorgung wünschenswert wäre.

Ein Problem bei der Entwicklung eines Stellenplans für das dritte Szenario war die Beachtung der 50% Fachkraftquote nach §5 der Heimpersonalverordnung. So hätte als Minimalbesetzung eigentlich tagsüber die durchgehende Besetzung jeder Etage mit einer Pflegefachkraft und nachts die Anwesenheit einer Fachkraft ausgereicht. Dafür wären 11,7 Vollzeitstellen nötig gewesen. Wegen der Fachkraftquote mussten aber drei weitere Pflegefachkräfte eingesetzt werden, wodurch der Nachtdienst beim dritten Szenario im Vergleich zu den Realitäten in deutschen Pflegeheimen mit Fachkräften deutlich überbesetzt ist. Statt der 3 Pflegefachkräfte hätte man aber 4,2 zusätzliche Präsenzkkräfte oder 3,6 Pflegehilfskräfte einstellen und damit den Personaleinsatzplan optimieren können. Die Fachkraftquote läge dann aber nur noch bei knapp 40%.

4 Zusammenfassung und Ausblick

Aufgrund des demografischen Wandels werden die Gesellschaften Europas mit einer zunehmend älteren Bevölkerung und damit einer immer größeren Anzahl Demenzerkrankter konfrontiert werden. Falls es keine Fortschritte in der Prophylaxe und Therapie der zur Demenz führenden Erkrankungen gibt, wird die Zahl der Erkrankten in Deutschland in 50 Jahren auf über zwei Millionen anwachsen. Dem gegenüber steht ein abnehmendes Pflegepotential in den Familien, so dass mit einem weiter ansteigenden Anteil Demenzerkrankter in den Alten- und Pflegeheimen zu rechnen ist. Schon heute werden ca. 80% aller Demenzerkrankten im Verlauf ihrer Erkrankung in stationäre Einrichtungen aufgenommen. Dort finden sie Versorgungsstrukturen vor, die häufig nicht ihren Bedürfnissen entsprechen. Dies führt nicht nur zu den häufig zu beobachtenden Verhaltensauffälligkeiten dementiell veränderter Menschen, sondern auch zu einem erhöhten Mortalitätsrisiko.

Wohn- und Hausgemeinschaften bieten eine Alternative zu den häufig defizitären traditionellen Versorgungsformen. Diese familienähnliche Wohn- und Lebensform mit ihren Konzepten der Alltagsnähe, der Überschaubarkeit und der Geborgenheit durch die Präsenz einer Bezugsperson können Demenzerkrankten Sicherheit, Vertrautheit und Orientierung bieten.

Allerdings zeigte sich bei der Auswertung der verschiedenen Hausgemeinschaften, dass kaum eine Einrichtung das vom KDA entwickelte Konzept vollständig umsetzen konnte. Am besten gelang dies dem Wohngruppenhaus „Clara Zetkin“ in Brandenburg, offensichtlich bedingt durch seinen ambulanten Status und den niedrigeren Gehältern in den neuen Bundesländern. Besonders bei den Konzepten der Dezentralisierung der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und der ständigen Präsenz einer Bezugsperson in den Hausgemeinschaften, mussten viele der untersuchten Einrichtungen von dem idealtypischen KDA-Modell abweichen.

Die betrachteten Evaluationen zu den Hausgemeinschaften zeigten alle einen positiven Einfluss dieses Versorgungskonzeptes auf die Lebens- und Betreuungsqualität der demenzerkrankten Bewohnerinnen, auch wenn der krankheitsbedingte Abbau der kognitiven Leistungskompetenz und der Alltagskompetenz nicht verhindert werden konnte. Dies wurde auch durch die Erfahrungsberichte der einzelnen Hausgemeinschaften bestätigt. Bei diesen Erfahrungsberichten wurden aber auch Probleme bei der Umsetzung des Konzepts deutlich. So entsprach die Beteiligung der Bewohnerinnen an der Hausarbeit nicht den auf Grund der KDA-Konzeption gehegten Erwartungen. Auch gab es Probleme, geeignetes Personal, besonders Pflegefachkräfte, zu finden. Die Mitarbeiterinnen mussten ihr traditionelles Berufs- und Rollenverständnis überwinden,

um sich auf das Pflege- und Betreuungskonzept der Hausgemeinschaften einlassen zu können. Auch der Einbezug der Angehörigen entsprach nicht in allen Einrichtungen den Erwartungen.

Bei den verschiedenen Umsetzungsszenarien zeigte sich, dass das KDA-Modell mit der Kostenstruktur des Modellaltenheims nicht umsetzbar war. Dies hätte wegen des zusätzlich einzustellenden Personals zu einem deutlichen Anstieg der Heimentgelte geführt. Mit dem Personal, das dem Modellaltenheim aufgrund der derzeit geltenden Personalrichtwerte zusteht, war kein Personaleinsatzplan nach KDA-Vorstellungen möglich.

Unter Verzicht auf eine ständige Präsenz von Hauswirtschaftskräften, konnte aber ein praktikabler Umsetzungsvorschlag für eine acht Personen Hausgemeinschaft entwickelt werden.

Bei dieser Umsetzung erwies sich die Beachtung der Fachkraftquote als ein Problem. Bei einer niedrigeren Fachkraftquote hätte mehr, dafür aber weniger qualifiziertes Personal eingestellt werden können. Es wäre zu untersuchen, ob für die Versorgungsqualität in Hausgemeinschaften wirklich eine Fachkraftquote von 50% notwendig ist oder, wie manche Einrichtungen meinen, mit Hilfskräften sogar eine bessere Versorgungsqualität zu erreichen ist. Hausgemeinschaften wie „Clara Zetkin“ in Brandenburg und „Auf dem Höhlchen“ in Wetter erbringen ihre Leistungen mit einem deutlich niedrigeren Fachkräfteanteil.

Auch eine geringere Vergütung unterhalb des Bundesangestelltentarifes würde zu einer besseren Personalausstattung führen, wie die Einrichtung „Clara Zetkin“ oder das Pflegestift „Mediana“ zeigen. Ob aber mit einer geringeren Vergütung noch ausreichend fachlich und persönlich qualifiziertes Personal bereit ist, Stellen in einer Hausgemeinschaft zu übernehmen, ist fraglich.

Als Fazit bleibt festzuhalten: Die Versorgung von dementiell erkrankten Menschen stellt sich als eine der größten fachlichen und versorgungspolitischen Herausforderungen der aktuellen und zukünftigen Pflegepolitik dar. Hausgemeinschaften sind trotz aller berechtigten Anfragen eine bessere Alternative für Demenzerkrankte, aber auch für viele somatisch Pflegebedürftige, im Vergleich zu traditionellen Pflegeeinrichtungen. Eine kostenneutrale Umsetzung des Hausgemeinschaftskonzepts ist schwierig, aber möglich. Für eine bessere Umsetzung des Konzeptes müssten zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt werden und über die Änderung rechtlicher Rahmenbedingungen nachgedacht werden. Hier ist vor allem eine Korrektur des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§ 14 SGB XI) und eine Lockerung der Fachkraftquote (§ 5 HeimPersV) zu bedenken.

Daneben ist aber auch das ehrenamtliche Engagement für pflegebedürftige Menschen zu entwickeln und zu stärken. Angehörige oder Ehrenamtliche könnten dann vor allem im Bereich der

sozialen Betreuung die Aufgaben übernehmen, die über professionelle Kräfte nicht mehr finanzierbar wären.

Letztendlich ist in einen Diskurs darüber einzutreten, was eine Gesellschaft bereit ist, an Zeit, Geld und Engagement in die menschenwürdige Pflege auch der schwächsten und unproduktivsten ihrer Mitglieder zu investieren. Sonst wird die nächste Generation möglicherweise ihren Lebensabend in durchrationalisierten „Pflegefabriken“ verbringen, wie ein schon heute existierendes Beispiel aus Japan zeigt:

Ein lückenloses System aus Infrarot-Sendern und Bewegungsmeldern, ... verrät dem Pflegepersonal, wer sich gerade wo aufhält. Die Betten der dementen Bewohner sind mit Gewichtssensoren ausgestattet, so dass man im Kontrollraum bemerkt, wenn einer von ihnen aus dem Bett fällt. (...) Am stillen Örtchen wiederum kontrollieren Bewegungsmelder, dass niemand zu lange sitzen bleibt. (...) Ein schwacher Stromfluss durch den Klosettbenutzer ermittelt den Speckanteil – und zeigt an, wann es Zeit ist, einer Verfettung mit Seniorensport zu begegnen. Schmale Sensorbänder, die im Schritt getragen werden und auf Nässe reagieren, mahnen den Windelwechsel an. (SPIEGEL 49/2003, S.212-213, zitiert nach Arend, 2005, S.156).

5 Literatur

- Albrecht, I; Bernath, A. & Thieswald, S. (n.d.). *Wissenschaftliche Begleitung des Wohngruppen Projekts „Clara Zetkin“* [Internet]. Verfügbar unter: http://www.bosch-stiftung.de/download/02020301_28_Abschlussbericht.pdf [11.5.2005]
- ambet e.V. (2001). *Betreute Wohngruppen für dementiell erkrankte ältere Menschen*. [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.ambet.de/hausauguste/konzept.html> [23.4.2005]
- Annerstedt, L. (1994). Wohngruppen- Pflege in Schweden. In: Akademie der Diözese Rottenburg- Stuttgart (Hrsg.) *Psychogeriatric in Europa. Modelle für Deutschland*. (S. 19-30). Stuttgart.
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Oberbayern e.V. (2004a). *Hausgemeinschaftskonzept Seniorenwohnpark Dießen*. [Internet]. Verfügbar unter: http://www.bayern.awo.de/documents/gliederungen/101/00/dienst_senioren_hg-konzept.pdf [21.5.2005]
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Oberbayern e.V. (2004b). *Personaleinsatzplan*. [Internet]. Verfügbar unter: http://www.bayern.awo.de/documents/gliederungen/101/00/dienst_senioren_personaleinsatzplan.pdf [21.5.2005]
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Oberbayern e.V. (2003). *Altenhilfestruckturen der Zukunft*. [Internet]. Verfügbar unter: http://www.bayern.awo.de/documents/gliederungen/101/00/dienst_senioren_praesentation.pdf [21.5.2005]
- Arbeitszeitgesetz* in der Fassung vom 21.12.2000.
- Arend, S. (2005). *Hausgemeinschaften- Vom Modellversuch zur Regelversorgung*. Hannover: Vincentz.
- Autonomia (n.d.) *Wohngemeinschaften von Menschen mit einer Demenz*. [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.autonomia-gmbh.de/auto%20wohngemeinschaften.html> [16.05.2005].
- Behörde für Soziales und Familie (2000). *Besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg*. (2.Auflage) [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/soziales-familie/soziales/pflege/veroeffentlichungen/dementenbetreuung-broschuere.property=source.pdf> [14.05.2005]
- Berthou, A. (2000). PLAISIR – ein Verfahren zur informationsgestützten Planung der erforderlichen Pflege in vollstationären Einrichtungen. In: Kuratorium Deutscher Altershilfe (Hrsg.) *Pflegezeitbedarf, Personalbemessung und Fachkraftanteil in vollstationären Einrichtungen*. (S.46-58). Köln.
- Beutler, F. (2002). Haus am Kappelberg, Wohngemeinschaft Drosselweg 34, Fellbach. In: Klie, Th. (Hrsg.). *Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz*. (S.238- 240). Hannover: Vincentz.
- Bickel, H. (1995). Demenzkranke in Alten- und Pflegeheimen: Gegenwärtige Situation und Entwicklungstendenzen. In: Friedrich Ebert Stiftung (Hrsg.) *Medizinische und gesellschaftspolitische Herausforderung: Alzheimer Krankheit*. (S.49-67). Bonn.
- Bickel, H. (2001). Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, S. 108-115.

- Böhler, A.; Böhmer, S.; Guerra, V.; Klie, Th. & Pfundstein, Th. (2002). Versorgungssituation und Versorgungskonzepte. In: Klie, Th. (Hrsg.) *Wohngruppen für Menschen mit Demenz* (S.71-91). Hannover: Vincentz.
- Böttjer, M.; Scheer, U.; Nowak, B.; & Reisig, G. (2002). Wohnen steht vor pflegen. *Altenheim*, 11, 20-23.
- Böttjer, M.; Scheer, U.; Nowak, B.; & Reisig, G. (2003). Das Hausgemeinschaftskonzept von Rablinghausen. *ProAlter*, 2, 59-64.
- Borutta, M.; Lennefer, J. & Palm, G. (2004). *Menschen mit Demenz. Arbeitsschritte zu leistungsgerechten Pflegesätzen*. Hannover: Vincentz.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002): *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger- unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-21786-4.Altenerbericht-Teil-II.property=pdf.pdf> [11.04.2005].
- Bundessozialhilfegesetz* in der Fassung vom 23.12.2002.
- Dähler, G. (2002). FKQ- Modell 2001/2002. [Internet]. Verfügbar unter: http://vincentz.net/download/fkq_anleitung.doc [13.06.2005].
- Decker, K.; Guerra, V. (2002). Das Anton Pieck- Hofje in Haarlem, Niederlande. In: Klie, Th. (Hrsg.) *Wohngruppen für Menschen mit Demenz*. (S.151-158). Hannover: Vincentz.
- Dettbarn-Reggentin, J. (2005). Studie zum Einfluss von Wohngruppenmilieus auf demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, S.95-100.
- Dürmann, P. (2001). *Besondere stationäre Dementenbetreuung*. Hannover: Vincentz.
- Dürmann, P. (2005) *Besondere stationäre Dementenbetreuung II*. Hannover: Vincentz.
- Dunkel, W. (2001). Hausgemeinschaften in der stationären Altenhilfe – Pilotprojekt der AWO Oberbayern. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 11, 411-415
- Dunkel, W.; Maurer, S; & Neubauer, P: (2001). Im Prinzip: Ja! Ein Jahr Hausgemeinschaften in Dießen. *Altenheim*, 10, 22-25.
- Evangelische Gesellschaft Stuttgart, 2005, *Tägliche Zuwendung für alzheimerkranke Menschen*. [Internet]. Verfügbar unter: http://www.eva-stuttgart.de/eva/eva_stuttgart.nsf/id/Gradmannhaus_DE?open&setprin [11.05.2005].
- Evangelisches Johanneswerk (n.d.). *Buchen- Hof*. [Internet]. Verfügbar unter: http://www.johanneswerk.de/index.php?id=166&tt_news=&type=98&uid [16.06.2005].
- Freter, H.-J. (2001). Einleitung. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.). *Stationäre Versorgung von Alzheimer- Patienten*. (3. vollständig überarbeitete Auflage) (S.11-28). Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft.
- Freunde alter Menschen (n.d.). *Betreute Wohngemeinschaften*. [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.freundealtermenschen.de/html3/fam/d/index.html?http%3A//www.freundealtermenschen.de/html3/fam/d/activity.shtml> [16.05.2005].
- Gaier, M. (2002). Von Polle nach Holle. *Altenheim*, 10, 30-33.
- Gaier, M. (2004). In jeder Phase das richtige Lebensumfeld. *Altenheim*, 8, 32-36.

- Gennrich, R. (2002). In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) *Qualitative und quantitative Erfassung des erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs in deutschen Altenheimen*. Stuttgart, Kohlhammer.
- Gennrich, R.; Bösel, S. & Haß, P. (2002). In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). *Qualitative und Quantitative Erfassung des erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs in deutschen Altenpflegeheimen. Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gennrich, R.; Kämmerer, K. & Klöber, Ch. (2004). In: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (Hrsg.) *Alltagsbegleitung und Präsenz in Hausgemeinschaften*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Glaeske, G. (2004). Vergessen wir die Demenz nicht. In: Essers, M; Gerlinger, Th.; Hermann, M.; Hinricher, L. Lenhardt, U.; Seidler, A.; Simon, M. & Stegmüller, K. (Hrsg.). *Demenz als Versorgungsproblem*. (S.83-101). Hamburg: Argument.
- Gradmann- Stiftung (Hrsg.). (2003). *Gradmann Haus. Zentrum für Demenzkranke und Betreutes Wohnen*. Stuttgart.
- Guerra, Virginia (2002a). Buchenhof, Bochum. In. Klie, Th. (Hrsg.) *Wohngruppen für Menschen mit Demenz* (S.264-266). Hannover: Vincentz.
- Guerra, V. (2002b). Dementenwohnhaus, Braunschweig. In: Klie, Th. (Hrsg.) *Wohngruppen für Menschen mit Demenz* (S. 270-272). Hannover: Vincentz.
- Guerra, V. (2002c). Gradmann Haus- Zentrum für Demente, Stuttgart- Kaltental. In: Klie, Th. (Hrsg.) *Wohngruppen für Menschen mit Demenz* (S. 252-254). Hannover: Vincentz.
- Guerra, V. (2002d).Stiftungsdorf Rablinghausen- Tönjes Vagt Hof (Bremen). In: Klie, Th. (Hrsg.) *Wohngruppen für Menschen mit Demenz* (S. 255-258). Hannover: Vincentz.
- Haß, P. (1999a). Einzigartiger Wandel beim „Buchen-Hof“ in Bochum. *Pro Alter*, 2, 15-19.
- Haß, P. (1999b). „Sie sehen ja, ich hab’ noch zu tun“. Alltag in der Hausgemeinschaft „Villa Hittorfstraße“ in Münster. *Pro Alter*, 2, 7-11.
- Heeg, S. (2001a). Bau und Innenraumgestaltung. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.). *Stationäre Versorgung von Alzheimer- Patienten*. (3. vollständig überarbeitete Auflage) (S.105-126). Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft.
- Heeg, S. (2001b). Pflegeheimarchitektur und Milieugestaltung. In: Dürrmann, P. (Hrsg.). *Besondere stationäre Dementenbetreuung*. (S.110-119). Hannover: Vincentz
- Heeg, S. & Radzey, B. (n.d.). *Milieu-therapie. Einführung milieu-therapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation- MIDEMAS*. [Internet]. Verfügbar unter: http://www.demenz-support.de/php/materialien/midemas_projektdarstellung.pdf [30.4.2005].
- Heeg, S., Radzey, B.; Kuhn, Ch.; Weyerer, S.; Schäufele, M.; Rockenbach, Ch. & Köhler, L. (n.d.). *Abschlussbericht zum Modellprojekt „Milieu-therapie- Einführung milieu-therapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation (MIDEMAS)- Stuttgart*. [Internet]. Verfügbar unter: http://www.demenz-support.de/php/materialien/midemas_abschlussbericht.pdf. [30.4.2005].
- Heimgesetz* in der Fassung vom 5.11.2001.
- Heimmindestbauverordnung* in der Fassung vom 25.11.2003.
- Heimpersonalverordnung* in der Fassung vom 27.06.1998.
- Held, Ch. & Ermini-Fünfschilling (2004). *Das demenzgerechte Heim*. Basel: Karger.

- Helmrich, M.; Duwe-Wähler, B.; Felder, S. & Oertel, D. (2004). Die Präsenzkraft in der Betreuung. In: Wissmann, P. (Hrsg.) *Werkstatt Demenz*. (S.75-92). Hannover: Vincentz.
- ICD-10-WHO Version 2005. [Internet]. Verfügbar unter:
<http://www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2005/fr-icd.htm> [14.04.2005].
- Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (2002). *Auslaufmodell Pflegeheim? Die Zukunft der stationären Pflege und innovative Ansätze im BMG-Modellprogramm*. Saarbrücken.
- Jani-Le Bris, H. (1999). Le cantou: un espace familial près de chez vous. In: Akademie der Diözese Rottenburg- Stuttgart (Hrsg.) *Psychogeriatric in Europa. Modelle für Deutschland*. (S. 30-33). Stuttgart.
- Keuser, W. (2005). Das Dorf als Lebenszentrum. *Altenheim*, 1, 38-40.
- Klie, Th. (2001). Wer zählt als Fachkraft im Heim und in Hausgemeinschaften. *pro Alter*, 4, 24-27.
- Klie, Th. (2002). *Wohngruppen für Menschen mit Demenz*. Hannover: Vincentz.
- Klevenz, M. & Rasehorn, E. (2004). Hausgemeinschaften. Alles eine Frage der Organisation. *Altenheim*, 11, 43-45.
- Knauf, A. (2002). Statt eines Vorwortes: Revolution Cantou? In: Klie, Th. (Hrsg.) *Wohngruppen für Menschen mit Demenz*. (S.7-27). Hannover: Vincentz
- Kühl, K.-P. & Hellweg, R. (2004). Demenzen- Pathologie, Diagnostik, Therapieansätze. In: Essers, M.; Gerlinger, Th.; Hermann, M.; Hinricher, L. Lenhardt, U.; Seidler, A.; Simon, M. & Stegmüller, K. (Hrsg.). *Demenz als Versorgungsproblem*. (S.9-21). Hamburg: Argument.
- Künzel, A. (2002). Ende gut- alles gut. *pro Alter*, 2, 48-49.
- Lärm, M. (2002). *Warum es bei uns nicht funktioniert – eine Erfahrung mit Hausgemeinschaften für Demenzkranke*. Vortrag anlässlich des 3.Kongresses der Deutschen Alzheimer Gesellschaft in Friedrichshafen (Vortragsmanuskript).
- Landespflegeausschuss Nordrhein- Westfalen (2002). „*Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen*“. Duisburg.
- Lebensmittelhygieneverordnung* in der Fassung vom 5.08.1997.
- Leitlinien der Veterinärbeamten (2001). Hygienisches Arbeiten in Wohnformen mit dezentraler Speiserversorgung. *pro Alter*, 4, 21-22.
- Lind, S. (2000). *Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden*. Stuttgart: Paul Lempp Stiftung.
- Lind, S. (2003). *Demenzkranken Menschen pflegen. Grundlagen – Strategien – Konzepte*. Bern: Huber.
- Lind, S. (2005). Wohngruppen und Hausgemeinschaften. Sind sie wirklich der Königsweg? *Altenheim*, 3, 36-38.
- Lindsay, J.; Briggs, K.; Lawes, M.; Macdonald, A. & Herzberg, J. (1991). The Domus philosophy: a comparative evaluation of a new approach to the residential care for the demented elderly. *International journal of geriatric psychiatry*, 6, 727-736.
- Löflath, H. (2004). „Pflege braucht Hauswirtschaft – Hauswirtschaft braucht Pflege“ [Internet]. Verfügbar unter:
http://www.regierung.mittelfranken.bayern.de/wir_f_s/wissensw/landwirt/shw/730loeflat_h.pdf [21.05.2005].

- Maciejewski, B.; Sowinski, Ch.; Besselmann, K. & Rückert, W. (2001). *Qualitätshandbuch Leben mit Demenz. Zugänge finden und erhalten in der Förderung, Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen*. Köln: KDA
- Makowski, S.; Müller, W.; Reisig, G. & Schütz, K. (2001). Stationäre Pflege nach ambulantem Prinzip. *Altenheim*, 9, 34-39.
- Markmeyer, B. (2002). „Die paar Kartoffeln“: *Wer kann, macht mit*. epd sozial 28/29/2002 [Internet]. Verfügbar unter: http://www.epd.de/sozial/print/710_4365.html [15.05.2005].
- Mieder, M & Schwarz, G. (2002). In: Land Brandenburg: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen (Hrsg.). *Demenz als sozialpolitische Herausforderung* [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.brandenburg.de/media/1336/demenz.pdf> [11.05.2005].
- Morgenroth, E. (2004). Wohngruppenhaus: Ein Praxisbericht. In: Wissmann, P. (Hrsg.). *Werkstatt Demenz*. (S.94-103). Hannover: Vincentz.
- Müller, M.; Seidl, N. (2003). *Lebenswelt für demenzkranke Menschen. Modellprojekt heimverbundene Hausgemeinschaft Wetter*. Frankfurt/M.: Fachhochschulverlag.
- Solidaris (2000). *Neues Berechnungsverfahren zur Bestimmung der Leistungsentgelte für den Pflegeaufwand in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein – Westfalen* [Internet]. Verfügbar unter: http://www.solidaris.de/publikationen/informationen/2000_11_seite02.php [09.06.2005].
- Ott, A.; Breteler, M.; van Harskamp, F.; Claus, J.; van der Cammen, T.; Grobbee, D. & Hofman, A. (1995). Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. *British Medical Journal*, 310, 970-973.
- Pawletko, K.-W. (2004). In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) *Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen*.
- Radzey, B; Kuhn, Ch.; Rauh, J. & Heeg, S. (2001). In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). *Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter (Literatur- Expertise)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rath, B. (2003). Die Suche nach dem ganz normalen Alltag. *Altenheim*, 3, 44-46.
- Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Fassung 22.08.2001) [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.mds-ev.org/download/BRiLi-220801.pdf> [02.05.2005].
- Ritchie, K.; Colvez, A.; Ankri, J.; Ledesert, B.; Gardent, H. & Fontaine, A. (1992). The evaluation of long term care for demented elderly: a comparative study of hospital and collective non- medical care in France. *International journal of geriatric psychiatry*, 7, 549-557.
- Rustemeier, C. & Schmatz, C. (2004). *EDV- gestütztes Planspiel Heimfinanzierung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit des Fachbereichs Pflege an der Fachhochschule Münster.
- Schäufele, M. (2005). Der Stand der Pflegeforschung. In: Dürrmann, P. (Hrsg.) *Besondere stationäre Dementenbetreuung II* (S.264-275). Hannover: Vincentz.
- Schneider-Grauvogel, E. (2004). In: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) *Umstrukturierung stationärer Einrichtungen unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Scholl, A. (1998). Im Anton-Pieck-Hofje leben Altersverwirrte in kleinen Wohngruppen. *pro Alter*, 1, 11-13.

- Seidel, N. & Beutler, F. (2002). Besuch der Einrichtung Heimverbundene Hausgemeinschaft in Wetter (Hessen), In: Klie, Th. (Hrsg.). *Wohngruppen für Menschen mit Demenz* (S.244-248). Hannover: Vincentz.
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – in der Fassung vom 26.5.2005*
- Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung – in der Fassung vom 27.12.2003.*
- Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) (2004). *Personalebemessung in der Altenpflege*. [Internet]. Verfügbar unter: http://www.verdi.de/0x0ac80f2b_0x01b13ae3 [02.06.2005].
- Wallrafen-Dreisow, H. & Dettbarn-Reggentin, J. (2003) Ein Milieu, das anregt und beruhigt. *Die Schwester. Der Pfleger*, 12, 920-922.
- Weyerer, S.; Schäufele, M. & Hönig, Th. (2001). Demenzkranke in der stationären Versorgung. In: Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) *Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter: (Dokumentation eines Workshops)* (S.9-18) Stuttgart: Kohlhammer.
- Winkler, W. (2004). *Hausgemeinschaften. Erfahrungen mit dem Vorhaben Sankt Elisabeth in der Stadt Bad Griesbach und Vergleich mit anderen Hausgemeinschaften in Deutschland*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Winter, H.-P.; Gennrich, R. & Haß, Peter (2001). In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) *Hausgemeinschaften. Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus*. (2. Auflage). Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Winter, H.-P.; Gennrich, R. & Haß, Peter (2002). In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) *KDA Hausgemeinschaften. Eine Dokumentation von 34 Projekten*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Wißmann, P. (2004). Die Begleitkultur. In: Wißmann, P. (Hrsg.) *Werkstatt Demenz*. (S.9-37). Hannover: Vincentz.
- Wißmann, P. (n.d.) Kurzbericht über die Durchführung von DCM im Seniorenzentrum „Clara Zetkin Brandenburg“. In: Albrecht, I; Bernath, A. & Thieswald, S. (n.d.). *Wissenschaftliche Begleitung des Wohngruppen Projekts „Clara Zetkin“* (S.12-18) [Internet]. Verfügbar unter: http://www.bosch-stiftung.de/download/02020301_28_Abschlussbericht.pdf [11.5.2005].
- Wojnar, J. (2001a). Das Krankheitsbild. In: Dürrmann, P. (Hrsg.) *Besondere stationäre Demen-tenbetreuung*. (S.34-54).Hannover: Vincentz.
- Wojnar, J. (2001b). Versorgungsrealität: Qualitätsforderungen und Umsetzungsprobleme. In: Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) *Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter: (Dokumentation eines Workshops)*. (S.41-56). Stuttgart: Kohlhammer.

6 Anhang

6.1 Heimentgelte

Gemeinsamer Nachweis gemäß § 85 Absatz 3 SGB XI für stationäre Pflegeeinrichtungen in NRW

Name und Anschrift der Einrichtung	Name und Anschrift des Trägers
Muster-Pflegeeinrichtung	Musterträger

<input checked="" type="checkbox"/> vollstationäre Einrichtung	Mitglied im (Verband)	
<input type="checkbox"/> solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung	Zahl der Normalplätze	80
	davon eingestrente Kurzzeitpflegeplätze	
	Institutionskennzeichen	

Pauschale Fortschreibung? I. Vergütungssätze

zurückliegender Zeitraum				Vergütungsvorschlag der Einrichtung	
Vereinbarungszeitraum				Vereinbarungszeitraum	
von				bis	
Datum				Datum	
Laufzeit von =					
Laufzeit bis =					
Laufzeiten bei eventuellen unterjährigen Vergütungen					
Heimbewohner (Alt A)					
Pflegeklasse 0				26,28 €	
Pflegeklasse I				41,01 €	
Pflegeklasse II				58,67 €	
Pflegeklasse III				77,05 €	
Unterkunft & Verpflegung				26,97 €	
nachrichtlich: Investitionskosten (Mehrbettzimmer)				20,00 €	

II. Erlöse

#BEZUG!	2003	2004	2004	Kalkulations- bzw. Vereinbarungs- Zeitraum
	abgeschlossenes Geschäftsjahr	entweder abgeschlossenes Geschäftsjahr	oder Hochrechnung	
aus Pflegesätzen				1.508.275
aus Unterkunft/Verpfl.				771.774
aus sonstigen Erlöse				
Gesamt				2.280.049
Kosten				2.280.066
Differenz				-17
Kostendeckungsgrad				100,00%

6.2 Belegung

III. Belegung

zurückliegender Zeitraum:

		Geschäftsjahr: abgeschlossenes Geschäftsjahr					
Platzzahl für diesen Zeitraum:		Anwesen- heitstage	Abwesen- heitstage	Berech- nungstage	Durchschnitts- belegung	Durchschnittsbelegung in %	davon Anzahl Bewohner mit gerontopsych. Veränderungen
Heimbewohner (Alt A)							
Pflegeklasse 0							
Pflegeklasse I							
Pflegeklasse II							
Pflegeklasse III							
Härfälle							
Summe							
Auslastungsgrad						Abwesenheitsquote	

		Geschäftsjahr: 0					
Platzzahl für diesen Zeitraum:		Anwesen- heitstage	Abwesen- heitstage	Berech- nungstage	Durchschnitts- belegung	Durchschnittsbelegung in %	davon Anzahl Bewohner mit gerontopsych. Veränderungen
Heimbewohner (Alt A)							
Pflegeklasse 0							
Pflegeklasse I							
Pflegeklasse II							
Pflegeklasse III							
Härfälle							
Summe							
Auslastungsgrad						Abwesenheitsquote	

Pflegestufenverteilung wie im Beispiel in der Diplomarbeit

Belegung

prospektive Kalkulation für ein Geschäftsjahr

Platzzahl für diesen Zeitraum:	80	Anwesen- heitstage	Abwesen- heitstage	Berech- nungstage	Durchschnitts- belegung	Durchschnittsbelegung in %	davon Anzahl Bewohner mit gerontopsych. Veränderungen
Heimbewohner (Alt A)							
Pflegeklasse 0		1.399	44	1.432	3,92	5,00%	
Pflegeklasse I		9.785	305	10.014	27,44	35,00%	
Pflegeklasse II		13.986	429	14.308	39,20	50,00%	
Pflegeklasse III		2.797	86	2.862	7,84	10,00%	
Härfälle				0	0,00	0,00%	
Summe		27.967	864	28.616	78,40	100,00%	
Auslastungsgrad		98,00%				Abwesenheitsquote	3,00%

Berechnung des Orientierungswertes für die Pflege

Zuordnung Pflegepersonal nach Orientierungswert	
Schlüssel	Personal
1: 8,00	0,49 VB
1: 4,00	6,86 VB
1: 2,50	15,68 VB
1: 1,80	4,36 VB

27,39 VB

6.3 Personalkosten

IV. Personalkosten

		abgeschlossenes Geschäftsjahr		prospektiver Zeitraum		hinterlegte Ø - Personalkosten
		Anz. VK	Ø BerTag	Kalkulation	Änderungen in %	
Leitung und Verwaltung						
Leitung	Anz. VK			1,00		58.000 €
Verwaltung	Anz. VK			2,00		42.500 €
	Su. VK			3,00		
Summen	Jahressumme			143.000	5,00	
	Durchschnitt			47.667		
Rezeption und Hausmeister						
Pforte / Telefon	Anz. VK			0,80		35.000 €
Hausmeister	Anz. VK			0,80		38.500 €
	Su. VK			1,60		
Summen:	Jahressumme			58.800	2,05	
	Durchschnitt			36.750		
Pflege- und Betreuungsdienst:						
Pflegefachkraft	Anz. VK			18,08		45.000 €
Pflegehilfskraft	Anz. VK			9,31		38.000 €
Betreuungsdienst	Anz. VK			1,85		45.000 €
	Su. VK			29,24		
Summen:	Jahressumme			1.250.630	43,70	
	Durchschnitt			42.771		
	Quote Fachkräfte =			66,01%		
Auszubildende Pflegebereich						
Auszubildende im Pflegebereich	Anz. VK					0,00
	Jahressumme					
	Durchschnitt					
Hauswirtschaftlicher Dienst						
Küche	Anz. VK			10,89		32.500 €
Hauswirtschaft	Anz. VK					
Wäscherei	Anz. VK			2,08		32.500 €
Summe:	Su. VK			12,97		
	Jahressumme			421.525	14,73	
	Durchschnitt			32.500		
Sonstiges Personal						
Praktikanten / Azubis	Anz. VK			3,00		4.500 €
Jahrespraktikanten	Jahressumme			13.500	0,47	
Zivildienstleistende	Durchschnitt			4.500		
Summe:	Anz. VK			49,81		
Personal-	Jahressumme			1.887.455	65,96	
Kosten	Durchschnitt			37.893		

Personalwerte stellen jeweils den Orientierungswert dar

Annahme einer Fachkraftquote von 66 %

Anmerkungen/Erläuterungen

6.4 Sachkosten

V. Sachkosten	2003		2004			prospektiver Zeitraum		
	abgeschlossenes Geschäftsjahr	Ø je BerTag		Ø je BerTag	Veränderung zum Vorjahr	Kalkulation	Ø je BerTag	Veränderung zum Vorjahr
	bereinigte Jahreswerte		bereinigte Jahreswerte		in %			in %
Lebensmittel incl. Getränke						128.772 €	4,50	
davon Speiseversorgung								
Personalkostenanteil FL / ZD								
nachrichtlich: verbl. Anteil						128.772 €	4,50	
Wasser, Energie, Brennstoffe						91.571 €	3,20	
Wirtschaftsbedarf						28.616 €	1,00	
davon Gebäudereinigung FL / ZD								
davon Wäschereinigung FL / ZD								
nachrichtlich: verbl. WB-Anteil								
Hausmeisterei FL / ZD						0 €	0,00	
Fahrzeuge						0 €	0,00	
soziale Betreuung						11.733 €	0,41	
Med.-pflegerischer Bedarf						5.723 €	0,30	
davon Pflegekosten FL / ZD								
nachrichtlich: verbl. Pflegebedarf								
Verwaltungsbedarf						34.339 €	1,20	
davon PersKosten-Umlage FL / ZD								
nachrichtlich: verbl. Verw. Bedarf						34.339,00	1,20	
Verbrauchsgüter (gem. §82 Abs. 2 SGB XI)								
Steuern, Abgaben, Versicherung						40.635 €	1,42	
Altenpflegeumlage						41.493 €	1,45	
Wartung						4.006 €	0,14	
Qualitätssicherung						5.723 €	0,20	
Sonstiges (ohne PersNebenkosten)								
Summe Sachkosten						392.611	13,72	
Summe Personalkosten						1.887.455	65,96	
Summe Personal und Sachkosten						2.280.066	79,68	
davon PersKostenanteile in %						82,78%		

Anmerkungen/Erläuterungen:

Stellungnahme des Heimbeirates ist beigefügt

Ort	PLZ	Datum	Ort	PLZ	Datum
Für die Richtigkeit: Stempel, Unterschrift des Heimträgers			Für die Richtigkeit: Stempel, Unterschrift des Spitzen-/Berufsverbandes		

6.5 Entgeltermittlung

VI. Ermittlung des kalkulierten pflegebedingten Aufwandes sowie des Anteils für Unterkunft und Verpflegung

I. Berechnung des pflegebedingten Aufwandes

1. Berechnung des pflegeklassenabhängigen Anteils:

1. Ermittlung des Verteilungsschlüssels:

	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Orientierungswerte (O-Werte):	1 : 8	1 : 4	1 : 2,5	1 : 1,8
Durchschnittsbelegung:	3,92 HB	27,44 HB	39,20 HB	7,84 HB
Belegung dividiert durch O-Werte:	0,49 VK	6,86 VK	15,68 VK	4,36 VK
			Summe VK =	27,39 VK

2. Ermittlung der aufzuteilenden Jahressumme:

Pflegepersonal:	27,39 VK	42.771,00 Ø	1.171.497,69	
Pflegebedarf/Verbrauchsgüter:			5.723,00	
		Summe_{abh}:	1.177.220,69	

	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III
pflegeklassenabhängiger Anteil:	14,71	29,44	47,10	65,48

2. Berechnung des pflegeklassenunabhängigen Anteils:

Personalkosten mit Aufteilung 50:50	215.300,00	÷ 2	107.650,00	
Sachkosten mit Aufteilung 50:50	170.551,00	÷ 2	85.275,50	
Personalkosten Soziale Betreuung	1,85	42.771,00 Ø	79.126,35	
Sachkosten Soziale Betreuung			11.733,00	
Kosten der Qualitätssicherung			5.723,00	
Altenpflegekomponente+Auszubildende in Pflege			41.493,00	
		Summe_{unabh}:	331.000,85	

pflegeklassenunabhängiger Anteil (Summe_{unabh} ÷ durch Berechnungstage):	11,57
--	--------------

	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III
pflegebedingter Aufwand:	26,28	41,01	58,67	77,05

II. Berechnung des einheitlichen Anteils für Unterkunft und Verpflegung:

Personalkosten mit Aufteilung 50:50	wie unter I. 2.	107.650,00
Sachkosten mit Aufteilung 50:50	wie unter I. 2.	85.275,50
Personalkosten Wirtschaftsdienst		421.525,00
Sachkosten Wirtschaftsdienst inklusive Fremdleistungen		28.616,00
Lebensmittel inklusive Fremdleistungen		128.772,00
	Summe_{UV}:	771.838,50

Anteil für Unterkunft und Verpflegung (Summe_{UV} ÷ durch Berechnungstage):	26,97
--	--------------

III. Erlösverprobung:

aus Pflegesätzen	1.508.274,56
an Entgelten für Unterkunft/Verpflegung	771.773,52
	2.280.048,08
abzüglich Gesamtkosten	2.280.066
Differenz (Erlöse / . Kosten)	-17,92

6.6 Adressen der Hausgemeinschaften

Buchen Hof

Alten- und Pflegeheim im Evangelischen Johanneswerk e.V.
Goerdtsstraße 20
44803 Bochum

Seniorenzentrum Clara Zetkin

Anton- Saefkow- Allee 1A
14772 Brandenburg / Havel

AWO-Seniorenwohnpark Dießen

Bahnhofsstraße 30
86911 Dießen am Ammersee

Gradmann-Haus

Föhrenbühlstraße 10
70569 Stuttgart- Kaltental

Pflegestift Mediana

Martin-Luther-Platz/ Rangstraße 33
36043 Fulda

Stiftungsdorf Rablinghausen Tönjes-Vagt-Hof

Rablinghauser Landstraße 51 a-e
28197 Bremen

Altenheim Wetter

Schulstrasse 29
35083 Wetter

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als den angegebenen Hilfsmitteln angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht.