

Evaluationsstudie Wohngemeinschaften für ältere Menschen mit Pflegebedarf in Baden - Württemberg

Herausgeber:

Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg

Verfasser:

Teil 1

Beschreibung der Wohngemeinschaften, Datensammlung und Auswertung

Ingrid Hastedt, Barbara Steiner

Teil 2

Qualitative Evaluation

Prof. Dr. Andreas Kruse

Dr. Eleonore Fronk

Gefördert vom Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg

Herausgeber:
Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg
Falkertstr. 29, 70176 Stuttgart
info@wohlfahrtswerk.de
www.wohlfahrtswerk.de

Stuttgart, September 2007

© 2007 Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg

Vorwort

Baden-Württemberg verfügt über eine gut ausgebaute Altenhilfe- und Pflegeinfrastruktur. In den vergangenen Jahren ist es uns gelungen, die notwendigen Betreuungs- und Pflegeangebote für hilfebedürftige ältere Menschen im Land bedarfsgerecht auszubauen. Mit der absehbaren demografischen Entwicklung kommen weitere schwierige, aber keineswegs unlösbare Aufgaben auf uns zu.

Um auf die künftigen Herausforderungen angemessen reagieren zu können, brauchen wir auch innovative und zukunftsorientierte Dienstleistungsangebote und Betreuungskonzepte. Das Wohngemeinschaftskonzept spielt in der aktuellen Diskussion um mögliche Verbesserungen der Hilfen für pflegebedürftige und insbesondere auch demenziell erkrankte Menschen eine besondere Rolle.

Bisweilen wird dabei allerdings auch der Eindruck erweckt, als seien Wohn- oder Hausgemeinschaften überhaupt das einzig angemessene Versorgungsangebot für pflegebedürftige Menschen. Wir sollten die Möglichkeiten und Grenzen dieses Angebotes jedoch realistisch einschätzen und ich hoffe, dass der vorliegende Evaluationsbericht dazu beitragen wird.

Mit diesem Evaluationsbericht erhalten wir qualitative Bewertungen von Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen durch ausgewiesene Experten, die ermutigend für eine Weiterentwicklung des Angebots stimmen. Außerdem liegt jetzt erstmals eine Fülle von Daten und Fakten zu den Bewohnerinnen und Bewohnern von Wohngemeinschaften, zu deren Betreuung und zu den organisatorischen Rahmenbedingungen vor. Bereits die wenigen hier evaluierten Beispiele zeigen, dass Alltagsnähe und Normalität, Vielfalt und Individualität konzeptionell wichtige Merkmale von Wohngemeinschaften darstellen.

Die Berichte der Gutachter zeigen zudem, dass das Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner von allen Beteiligten ein hohes Maß an Engagement und Sozialkompetenz erfordert. Deutlich wird aber auch, dass förderliche (rechtliche) Rahmenbedingungen und angemessene Qualitätssicherungskonzepte noch (weiter)entwickelt werden müssen.

Die Schaffung kleinräumiger, wohnortnaher Versorgungsstrukturen war und ist ein wesentliches Ziel der Altenhilfepolitik des Landes. Auch wenn eine häusliche Versorgung nicht mehr gewährleistet werden kann, sollen die hilfe- und pflegebedürftigen Menschen soweit wie möglich in ihrem vertrauten Lebensumfeld verbleiben und bestehende soziale Kontakte aufrecht erhalten werden.

Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen können in diesem Kontext eine wichtige Ergänzung zu den bestehenden Wohn- und Dienstleistungsangeboten darstellen. Sie bieten gute Chancen für eine konsequente Fortsetzung unserer Bestrebungen hinsichtlich einer möglichst ortsnahen, gemeinde- und stadtteilorientierten Pflegeinfrastruktur.

Allein mit dem Ausbau professioneller Hilfen werden wir die anstehenden Aufgaben jedoch nicht bewältigen können. Wir müssen auch die Zusammenarbeit von professionellen und Laienhelfern stärken, Familienangehörige verstärkt in die Betreuung einbeziehen und bürgerschaftliches Engagement im Rahmen der pflegerischen Versorgung weiter ausbauen. Wohngemeinschaften bieten hierfür besonders günstige Voraussetzungen.

Im Interesse unserer älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger hoffe ich, dass der vorliegende Evaluationsbericht zu einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Wohn- und Pflegeangebote und gleichzeitig auch zu einer bedürfnisorientierten Erweiterung der Angebotsvielfalt in Baden-Württemberg beiträgt.



Dr. Monika Stolz MdL
Ministerin für Arbeit und Soziales

Dank

An erster Stelle gilt der Dank den Bewohnerinnen und Bewohnern der Wohngemeinschaften, die im Rahmen der Evaluationsstudie bereit waren, Einblick in ihre Privatsphäre zu geben. Eingeschlossen in den Dank sind dabei die Angehörigen oder Betreuer, die an der einen oder anderen Stelle für notwendige Einwilligungen sorgten, und gleichzeitig mit großer Bereitschaft für Gespräche zur Verfügung standen.

Dank gebührt außerdem den verschiedenen Vertretern der Wohngemeinschaften und den dort tätigen Personen für die jederzeitige Auskunftsbereitschaft, mit der Transparenz zum Geschehen in Wohngemeinschaften erst umfassend möglich wird.

Dem Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg gebührt Dank für die Möglichkeit, die konzeptionelle Vielfalt beim gemeinschaftlichen Wohnen Pflegebedürftiger untersuchen zu können und für das Interesse an einer fundierten Datengrundlage, das sich konkret in der anteiligen Finanzierung der vorliegenden Evaluation ausdrückte.

Speziell seitens des Wohlfahrtswerks sei darüber hinaus für die Möglichkeit gedankt, einer ordnungsrechtlichen, möglicherweise existentiellen Entscheidung über die Fellbacher WG Drosselweg eine qualitative Bewertung vorzuschalten.



Ingrid Hastedt

Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg

Teil 1

Beschreibung der Wohngemeinschaften und Datensammlung

Inhaltsverzeichnis Teil 1

Inhaltsverzeichnis Teil 1.....	1
Tabellenverzeichnis.....	5
Grafikverzeichnis	9
1. Einleitung.....	11
1.1. Ausgangspunkt..	11
1.2. Ziele der Evaluationsstudie.....	12
1.3. Inhaltlicher Aufbau des Berichts....	12
1.4. Projektbeteiligte (Wohngemeinschaften).....	14
1.5 Vorbemerkung zu verwendeten Begriffen..	15
2. Methode..	17
2.1 Erfassung des Hilfebedarfs und soziodemografische Daten.....	17
2.1.1 Längsschnittuntersuchung...	17
2.1.2 Querschnittsuntersuchung...	18
2.1.3 Erhebungsinstrumente.....	18
2.2 Erfassung der Qualität...	19
2.2.1 Pflege- und Verhaltensassessment PVA.....	19
2.2.2 Heimaufsicht.....	20
2.2.3 Fachärztliches Gutachten...	20
2.2.4 Dementia Care Mapping (DCM).....	20
2.3 Erfassung Organisation und Finanzierung	22
2.4 Übersicht Erhebungszeitpunkte.....	23
3 Strukturmerkmale der Wohngemeinschaften.....	24
3.1 WG Drosselweg, Fellbach.....	24
3.2 WG Auf Hofen, Bad Dürkheim...	26
3.3 WG Casa Vitale, Bad Dürkheim.....	27
3.4 Haus Veronika, Stuttgart...	29
4 Die Bewohner der Wohngemeinschaften	31
4.1 Querschnittuntersuchung aller Wohngemeinschaften	31
4.1.1 Soziodemographische Merkmale aller WG Bewohner im Vergleich zu	
Pflegeheimbewohnern	31
4.1.2 Hilfebedarfe und Krankheitsbilder aller WG Bewohner im Vergleich zu	
Pflegeheimbewohnern	34
4.1.3 Besondere Aspekte bezüglich Menschen mit Demenzerkrankung	37
4.1.4 Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen	47
4.2 Längsschnittuntersuchung: Wohngemeinschaft Drosselweg.....	49
4.2.1 Soziodemographische Daten	49
4.2.2 Hilfebedarfe	55
4.2.3 Sozialkontakte, Aktivitäten und Betreuung	58

5. Das Betreuungssetting.....	63
5.1 Vorgaben der Heimaufsicht.....	63
5.1.1. Wohngemeinschaft Drosselweg.....	65
5.1.2. Wohngemeinschaften Auf Hofen und Casa Vitale.....	66
5.1.3. Haus Veronika	66
5.2 Organisation des Alltags und des Zusammenlebens.....	67
5.2.1 Organisation der haushälterischen Alltagshandlungen	68
5.2.1.1. WG Drosselweg.....	68
5.2.1.2. Auf Hofen und Casa Vitale.....	71
5.2.1.3. Haus Veronika	74
5.2.1.4. Übersicht über die Aufgabenverteilung von ausgewählten Haushaltstätigkeiten	77
5.2.2 Organisation der Pflege	78
5.2.2.1 WG Drosselweg.....	78
5.2.2.2. Wohngemeinschaften Auf Hofen und Casa Vitale.....	78
5.2.2.3. Haus Veronika	79
5.2.3 Organisation der Entscheidungsfindung.....	82
5.2.3.1. WG Drosselweg.....	82
5.2.3.1 Auf Hofen und Casa Vitale.....	84
5.2.3.2 Haus Veronika	86
5.3. Anwesenheit von Personal und anderen Personen.....	88
5.3.1 Wohngemeinschaft Drosselweg	89
5.3.2 Wohngemeinschaften Auf Hofen und Casa Vitale.....	91
5.3.3 Haus Veronika	92
6. Vertragsgestaltung	95
6.1 WG Drosselweg	95
6.2 Wohngemeinschaften Auf Hofen und Casa Vitale	96
6.3 Haus Veronika	98
6.4 Die Vertragssituation im vergleichenden Überblick	99
7. Auf Qualitätsentwicklung bezogene Aktivitäten	101
7.1 Risikomanagement ausgewählter Vorkommnisse	102
7.1.1 WG Drosselweg.....	102
7.1.2. Auf Hofen und Casa Vitale.....	103
7.1.3. Haus Veronika	103
7.2. Interne Qualitätssicherung	104
7.2.1. Regelungen zu internen Abstimmungsprozessen	104
7.2.2 Sicherstellung der Informationsweitergabe	105
7.2.3 Fortbildung.....	108
7.2.4. Standards	108
7.2.5 Audits, Fallbesprechungen und spezielle Anleitung	108
7.2.6 Allgemeine Kommunikation mit Bewohnern und Angehörigen	109
7.2.7 Qualitätssicherung durch Kooperation	109

7.2.8. Dementia Care Mapping (DCM).....	111
7.2.8.1. Ergebnisse der DCM - Evaluation am 04. August 2004,	
7.25 Uhr - 13.35 Uhr, WG Drosselweg	112
7.2.8.2 Ergebnisse der DCM - Evaluation am 02. Februar 2005,	
14.00 Uhr - 19.15 Uhr, WG Auf Hofen	113
7.2.8.3 Ergebnisse der DCM - Evaluation am 10. Februar 2005,	
13.25 Uhr - 18.20 Uhr, WG St. Vinzenz im Haus Veronika	115
7.2.8.4. Bewertung der Ergebnisse.....	116
7.3 Externe Qualitätssicherung	117
7.3.1 Qualitätssicherung durch ambulante(n) Pflegedienst(e).....	117
7.3.2 Qualitätssicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).117	
7.3.3 Qualitätssicherung seitens der Heimaufsicht.....	117
7.3.4 Hausbesuche der Ärzteschaft.....	118
7.4.Funktionsbezogener Überblick über auf Qualität gerichtete Aktivitäten	119
7.4.1 Präsenzkräfte und Gruppendynamik.....	121
7.4.2 Mitarbeiterauswahl für die Präsenz und Eignung	121
7.4.3. Mitarbeiterführung.....	121
7.5 Fachlichkeit des Personals als Element der Qualitätsentwicklung.....	122
8. Betriebswirtschaftliche Betrachtungen	126
8.1. Die Kostensituation aus Bewohnersicht	126
8.1.1 Monatliche Kosten für Wohnen und Haushaltsbedarf.....	126
8.1.2. Monatliche Kosten der Betreuung/Präsenz und Pflege	129
8.1.3 Der Eigenanteil der Bewohner für Betreuung/Präsenz und Pflege	130
8.2 Gesamtkosten je Monat	134
8.3 Wirtschaftliche Risiken aus Vermieter- und Dienstleisterperspektive.....	138
8.3.1 Wirtschaftlichkeitsrisiko Mietausfall	138
8.3.2 Wirtschaftlichkeitsrisiko Forderungsausfall.....	138
8.3.3 Wirtschaftlichkeitsrisiko Preisakzeptanz?	138
8.3.4 Preisgestaltung der Präsenz	139
8.3.5 Finanzierung von Gemeinkosten.....	140
9 Epilog	141
10 Literatur	143

Anhang

- Strukturerhebungsbogen: Wohngemeinschaften für pflegebedürftige ältere Menschen
- Zeitungsartikel über die Wohngemeinschaften
- Grundrisse der WG Drosselweg
- Fiktive Betrachtung: Finanzielle Auswirkungen aus Bewohnersicht bei ambulanter und stationärer Leistungsabrechnung
 1. Fiktive Betrachtung: Finanzielle Auswirkungen aus Bewohnersicht bei stationärer Leistungsabrechnung in allen Wohngemeinschaften
 2. Individuelle monatliche Eigenanteile von Bewohnern der WG Drosselweg bei alternativ ambulanter und stationärer Leistungslogik

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	
Übersicht über die Projektstruktur und Beteiligte	13
Tabelle 2.1:	
Erhebungszeitpunkte	23
Tabelle 3.1:	
Überblick über die untersuchten Wohngemeinschaften.....	30
Tabelle 4.1:	
Soziodemographische Merkmale der Bewohner von 7 Wohngemeinschaften im	
Vergleich zu Bewohnern von Pflegeheimen	32
Tabelle 4.2:	
Pflegestufen der Bewohner von 7 WGs im Vergleich zu Bewohnern von Pflegeheimen.....	33
Tabelle 4.3	
Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten (nach Barthel-Index (mod.)) der Bewohner von	
7 WGs im Vergleich zu Bewohnern von Pflegeheimen.....	34
Tabelle 4.4:	
Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten (Barthel-Index (mod.)) nach Grad der.....	
Demenz in 7 WGs	35
Tabelle 4.5:	
Ärztliche Diagnosen der Bewohner von 7 WGs im Vergleich zu Bewohnern von	
Pflegeheimen - nach ICD 10 klassifiziert	36
Tabelle 4.6:	
Anteile der Bewohner mit mittelschwerer bis schwerer Demenz von 7 WGs im Vergleich zu ..	
Bewohnern von Pflegeheimen (Pflegekräfteurteil PVA-Demenz-Screening)	37
Tabelle 4.7:	
Alterszusammensetzung der Bewohner von 7 WGs im Vergleich zu.....	
Pflegeheimen aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Demenzerkrankung	38
Tabelle 4.8:	
Psychiatrische Behandlung Demenzkranker in 7 WGs.....	39
Tabelle 4.9:	
Demenzerkrankung und Gehfähigkeit bzw. Bettlägerigkeit der Bewohner von 7 WGs im.....	
Vergleich zu Bewohnern von Pflegeheimen	40
Tabelle 4.10:	
Demenzerkrankung und Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten.....	
(Barthel-Index (mod.))der Bewohner von 7 WGs im Vergleich zu Pflegeheimbewohnern	41
Tabelle 4.11:	
Demenzerkrankung und Pflegestufen der Bewohner von 7 WGs	
im Vergleich zu Pflegeheimbewohnern	42

Tabelle 4.12:	
Verhaltensauffälligkeiten (mCMAI-Items) der Bewohner von 7 WGs im Vergleich zu	
Pflegeheimbewohnern	43
Tabelle 4.13	
Demenzerkrankung und Verhaltensauffälligkeiten (mCMAI-Items) der Bewohner von	
7 WGs im Vergleich zu Pflegeheimbewohnern.....	44
Tabelle 4.14:	
Einbindung von Angehörigen in die Versorgung der Bewohner von 7 WGs im Vergleich	
zu Bewohnern von Pflegeheimen - unterteilt nach Heimgröße	47
Tabelle 4.15:	
Einzugs- und Austrittsalter in der WG Drosselweg	49
Tabelle 4.16:	
Längsschnittvergleich t_1 bis t_{12} in der WG Drosselweg - Durchschnittsalter	50
Tabelle 4.17:	
Wohndauer bei unterschiedlicher Bezugsgröße	51
Tabelle 4.18:	
Sterbeort und Umzugsort	52
Tabelle 4.19:.....	
Wohndauern in 27 stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg (2002/2003).....	
und in der Wohngemeinschaft Drosselweg im Vergleich zu früheren Erhebungen.....	53
Tabelle 4.20:	
Längsschnittvergleich t_1 - t_{12} WG Drosselweg – Pflegestufen	54
Tabelle 4.21:	
Längsschnittvergleich t_1 - t_{12} WG Drosselweg - Körperlicher Hilfebedarf nach Barthel-Index ..	55
Tabelle 4.22:	
Längsschnittvergleich t_1 - t_{12} – Bewohner mit Demenz in der WG Drosselweg	56
Tabelle 4.23:	
Längsschnittvergleich t_1 - t_{12} WG Drosselweg – Behandlung mit Psychopharmaka	57
Tabelle 4.24:	
Längsschnittvergleich t_1 - t_{12} WG Drosselweg – Art der Psychopharmaka.....	57
Tabelle 4.25:	
Längsschnittvergleich t_1 - t_{12} WG Drosselweg: Soziale Kontakte zu anderen Bewohnern	
in den letzten 4 Wochen.....	58
Tabelle 4.26:	
Längsschnittvergleich t_1 - t_{12} WG Drosselweg – Teilnahme an Aktivitäten außerhalb der WG....	
in den letzten 4 Wochen in Begleitung	59
Tabelle 4.27:	
Längsschnittvergleich t_1 - t_{12} WG Drosselweg: Einbindung von Angehörigen in die.....	
Betreuung und/oder Pflege der Bewohner in den letzten 4 Wochen.....	60
Tabelle 4.28:	
Längsschnittvergleich t_1 - t_{12} WG Drosselweg: Einbindung von Angehörigen in den.....	
letzten 4 Wochen	61

Tabelle 5.1:	
Dimensionen der Autonomie in den Wohngemeinschaften	87
Tabelle 5.2:	
Betreuungsrelation WG Drosselweg.....	89
Tabelle 5.3:	
Im Haus am Kappelberg stationäre Pflege angewandte Personalschlüssel	90
Tabelle 5.4:	
Betreuungsrelation Auf Hofen	92
Tabelle 5.5:	
Betreuungsrelation in 2 der 4 Wohngemeinschaften im Haus Veronika	93
Tabelle 5.6:	
Für das Haus Veronika vereinbarte Personalschlüssel	94
Tabelle 6.1:	
Rechtliche Konstellationen aus Anbietersicht.....	99
Tabelle 6.2:	
Vertragskonstellationen aus Bewohnersicht	100
Tabelle 7.1:	
Ergebnisse des 1. DCM-Mapping in der WG Drosselweg	112
Tabelle 7.2:	
Ergebnisse des DCM in der Wohngemeinschaft Auf Hofen.....	114
Tabelle 7.3:	
Ergebnisse des DCM in der Wohngemeinschaft St. Vinzenz im Haus Veronika.....	115
Tabelle 7.4:	
Konstellation der Personalunion bei verschiedenen Tätigkeiten von professionell in den	
WGs Tätigen.....	122
Tabelle 8.1:	
Ausgewählte kostenrelevante Kennzahlen für Wohnen und Haushaltsbedarf	126
Tabelle 8.2:	
Durchschnittliche monatliche Kosten für Betreuung/Präsenz und Pflege je Person.....	130
Tabelle 8.3:	
Durchschnittlicher monatlicher Eigenanteil für Betreuung/Präsenz und Pflege je Person...	131
Tabelle 8.4:	
Durchschnittliche monatliche Kosten und Eigenanteil für Präsenz und ambulante Pflege bei ..	
Bewohnern der WG Drosselweg	132
Tabelle 8.5:	
Regelung der Kostenübernahme durch Bewohner bei Abwesenheit	133
Tabelle 8.6:	
Gesamtkosten im Monat in den betrachteten Wohngemeinschaften und im Pflegeheim	
Haus am Kappelberg	134

Im Anhang:

Tabelle 8.7:

Durchschnittlicher monatlicher Eigenanteil für Betreuung/Präsenz und Pflege je Person und Monat bei fiktiver stationärer Leistungslogik

Tabelle 8.8:

Stationäre Entgelte für Pflege im Haus am Kappelberg, Stand Februar 2005

Tabelle 8.9:

Verbleibender Eigenanteil an den Kosten für Präsenz/Betreuung und Pflege bei ambulanter bzw. stationärer Leistungshöhe der Pflegekasse

Tabelle 8.10:

Kostenvergleich ambulante gegenüber stationäre Leistungserstattung bei WG Drosselweg; Bewohner ohne Pflegestufe

Tabelle 8.11:

Kostenvergleich ambulante gegenüber stationäre Leistungserstattung bei WG Drosselweg in Pflegestufe 1

Tabelle 8.12:

Kostenvergleich ambulante stationäre Leistungserstattung bei WG Drosselweg in Pflegestufe 2

Tabelle 8.13:

Kostenvergleich ambulante gegenüber stationäre Leistungserstattung bei WG Drosselweg in Pflegestufe 3

Grafikverzeichnis

Grafik 5.1:	
Aufgabenzuordnung von Haushaltstätigkeiten in den Wohngemeinschaften	77
Grafik 5.2:	
Anwesenheitszeiten in der WG Drosselweg	89
Grafik 5.3:	
Anwesenheitszeiten in der WG Auf Hofen	91
Grafik 5.4.:	
Anwesenheitszeiten im Haus Veronika	93
Grafik 6.1:	
Vertragskonstellationen bei der WG Drosselweg	96
Grafik 6.2:	
Vertragskonstellationen in Bad Dürkheim am Beispiel Auf Hofen	97
Grafik 6.3:	
Vertragskonstellationen in Wohngemeinschaften des Haus Veronika	98
Grafik 7.1:	
Angewandte Instrumente der internen Qualitätssicherung	104
Grafik 7.2:	
Übersicht über Akteure, die einen Beitrag zur externen Qualitätssicherung leisten	117
Grafik 7.3:	
Bewertungsmaßstäbe und Mittel zur Gewährleistung angemessener Fachlichkeit der Alltagsbegleiter/Präsenzkräfte und der Pflegekräfte	119
Grafik 7.4:	
Mögliche Bezugsgrößen der Fachkraftquotendefinition in Wohngemeinschaften	123
Grafik 8.1:	
Gesamtkosten aus Bewohnersicht in WGs mit ambulanter Leistungsabrechnung im Vergleich zu Haus Veronika und Haus am Kappelberg mit stationärer Leistungsabrechnung	135
Grafik 8.2:	
Gesamtkosten im Monat in Pflegestufe 1	136
Grafik 8.3:	
Eigenanteil der Bewohner in Pflegestufe 1	137

1. Einleitung

1.1 Ausgangspunkt

Die Existenz von Wohngemeinschaften, in denen Hilfe- und Pflegebedürftige zusammenleben, ist geprägt von vielen Unsicherheiten in den Rahmenbedingungen. Aus Sicht von Initiatoren stellt die Wohngemeinschaft eine Wohnform dar, bei der sich Menschen mit mehr oder weniger vergleichbarem Unterstützungsbedarf eine Wohnung teilen. Durch das Zusammentreffen der Hilfebedarfe mehrerer Personen bieten sich für die Organisation und Finanzierung von Unterstützung Vorteile im Vergleich zum alleinstehenden Wohnen und durch das gemeinschaftliche Wohnen sind soziale Kontakte immanent. Es besteht ein Spannungsfeld, in dem Lebensqualität der fachlich funktionalen Pflegequalität, scheinbar gegenübersteht: „Die alternativen Wohnangebote bewegen sich und agieren in vielen Bereichen außerhalb der rechtlich normierten Rahmenbedingungen. Sie entwickeln sich teilweise am System vorbei und müssen Ausnahmeregelungen oder in langwierigen Auseinandersetzungen Anpassungen bei den bestehenden sozial- und ordnungsrechtlichen Rahmenbedingungen erwirken.“ (Kremer-Preiß/Stolarz 2003)

Ausgangspunkt für die Evaluationsstudie war eine seit April 2000 existente Wohngemeinschaft für Pflegebedürftige in Fellbach. Die Initiative zu diesem Wohnangebot ging vom Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg aus, das nahe dem Gebäude der Wohngemeinschaft mit dem Haus am Kappelberg ein differenziertes Angebot für Ältere mit Beratungsstelle, Dauerpflege, Kurzzeitpflege, Tagespflege, Betreutem Wohnen, ambulantem Dienst, Gästemittagstisch und Menü Mobil bietet. Die Heimaufsicht stellte im Frühjahr 2001 den Heimstatus der Wohngemeinschaft fest und formulierte umfangreiche Auflagen. Anschließend Verhandlungen mit der Heimaufsichtsbehörde ergaben, dass die Existenz der Wohngemeinschaft ohne externe qualitative Begleitung nicht akzeptiert würde. In Baden-Württemberg lagen bis dato keinerlei qualitative, methodisch fundierte Erhebungen über Wohngemeinschaften und erst recht keine Betrachtungen zur Abgrenzung von Wohngemeinschaften gegenüber Kleinstheimen vor. Es kristallisierte sich ein gemeinsames Interesse des Wohlfahrtswerks für Baden-Württemberg und des baden-württembergischen Sozialministeriums an einer solchen Analyse heraus, um zu einer weiteren Bewertung der Chancen und Risiken von Wohngemeinschaften für ältere Menschen zu gelangen. In einem Evaluationsprojekt sollten – über das Fellbacher Angebot hinausgehend – insgesamt drei bis vier Wohngemeinschaften in Baden-Württemberg untersucht und miteinander verglichen werden. Die Kosten der Evaluation sollten hälftig vom Ministerium und den Projektpartnern getragen werden. Das vorliegende Werk stellt den Bericht über das Evaluationsprojekt dar.

1.2 Ziele der Evaluationsstudie

Die Durchführung und Erstellung der Evaluationsstudie wurde vom Land Baden-Württemberg anteilig gefördert. Im Zuwendungsbescheid des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 21. August 2001 werden Erkenntnisse zu folgenden Themenbereichen erwartet:

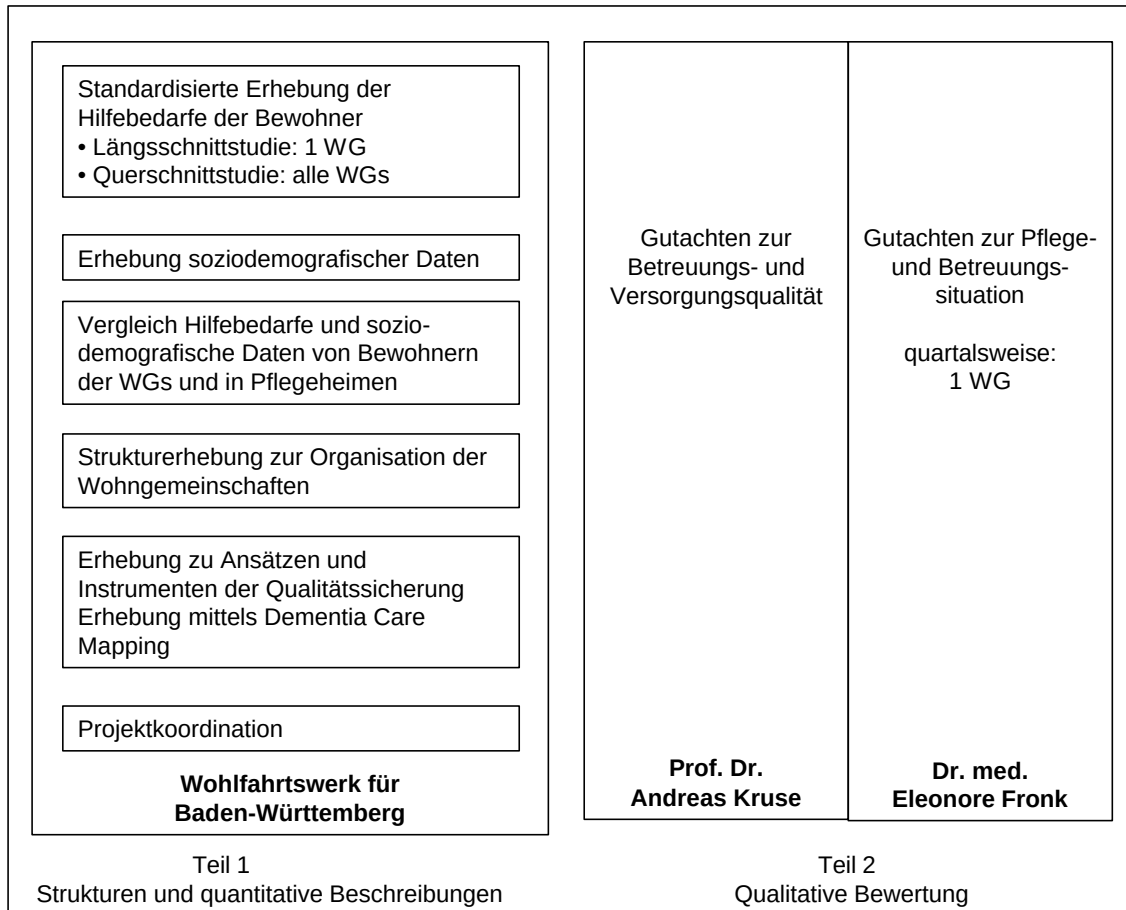
- Vergleichende Darstellung von Struktur und Organisation der beteiligten Einrichtungen
- Angemessenheit der Versorgungs- und Betreuungsleistungen sowie räumlicher Gegebenheiten in Bezug zu Hilfebedarf und Handlungskompetenzen der betreuten Pflegebedürftigen
- Chancen und Grenzen der Versorgungsmöglichkeiten bezogen auf bestimmte Personengruppen und Hilfebedarfe
- Motivation für den Einzug in eine Wohngemeinschaft; typische Biografiemuster und Fallkonstellationen
- Ausgestaltung der Lebensqualität in dieser speziellen Wohn- und Betreuungsform
- Lebensqualität in der Wohngemeinschaft - Unterschiede zum Pflegeheim
- Individuelle Lebensqualität in Abwägung zu Sicherheitsaspekten
- Aktivierende Aspekte in der Form des Zusammenlebens in der Wohngemeinschaft
- Beteiligung von Angehörigen und bürgerschaftlich Engagierten
- Anforderungen der Organisationsform Wohngemeinschaft an das Mitarbeiterprofil
- Gewährleistung der Pflege- und Betreuungsqualität, der Versorgungssicherheit und der Qualitätssicherung
- Möglichkeiten der Anbindung an eine Institution zur fachlich/personellen Absicherung
- Darstellung und Bewertung der relevanten rechtlichen Aspekte und Rahmenbedingungen (auch hinsichtlich der Vertragsgestaltung)

Für den letztgenannten Punkt, die rechtliche Bewertung war im Antrag für den Modellversuch eine juristische Expertise vorgesehen. Diese konnte nach Kenntnis der finanziellen Förderdimension aus Kostengründen nicht umgesetzt werden. Deshalb findet sich zu diesem Themenkomplex lediglich in Teil 1 eine Beschreibung der vertraglichen Konstellation.

1.3 Inhaltlicher Aufbau des Berichts

An der Umsetzung des Projekts waren neben den Wohngemeinschaften mehrere verschiedene Projektbeteiligte involviert, was sich im Aufbau des Berichts widerspiegelt:

Tabelle 1.1:
Übersicht über die Projektstruktur und Beteiligte



Teil 1 konzentriert sich auf die Abbildung von Strukturen und quantitative Beschreibungen: Nach einer Darstellung der angewandten Methodik und Instrumente in Kapitel 2 folgt eine Beschreibung der Strukturmerkmale der betrachteten Wohngemeinschaften in Kapitel 3. Weitere Grundlage für Bewertungen stellt die strukturierte Beschreibung der Bewohner der unterschiedlichen Wohngemeinschaften in Kapitel 4 dar. Neben einer Querschnittsbetrachtung aller beteiligten Wohngemeinschaften werden darin auch Ergebnisse einer Längsschnitterhebung zu den Hilfebedarfen der Bewohner einer Wohngemeinschaft beschrieben.

In Kapitel 5 werden unterschiedliche organisatorische Aspekte der Betreuungssettings beschrieben, die vertragliche Konkretisierung im folgenden Kapitel 6.

Die Vielschichtigkeit der vorgefundenen Aktivitäten, die auf Qualitätsentwicklung zielen, zeigt Kapitel 7. Darin werden nicht nur die Strukturen der Qualitätssicherung beschrieben, sondern auch Erhebungsergebnisse zur Ergebnisqualität mittels des standardisierten Instruments „Dementia Care Mapping“ berichtet.

Finanzierungsaspekte waren im Antrag und Förderbescheid nicht erwähnt. Wegen der grundsätzlichen Bedeutung wird dieses im abschließenden Kapitel 8 aber aufgegriffen. Neben einem Blick auf die in den jeweiligen Wohngemeinschaften anfallenden Kosten für die Bewohner werden Konsequenzen der ambulanten bzw. stationären leistungsrechtlichen Einordnung aufgezeigt.

Eine qualitative Bewertung der Betreuungs- und Versorgungssituation der Bewohner aus Expertensicht wird in **Teil 2** in getrennten Gutachten von Prof. Dr. Kruse und Dr. Eleonore Fronk dargelegt.

1.4 Projektbeteiligte (Wohngemeinschaften)

Die Projektdurchführung lag beim Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, das für Datenerhebung und –auswertung (ohne qualitative Bewertung der Lebensqualität), Suche nach weiteren Evaluationsprojekten neben der vom Wohlfahrtswerk initiierten Fellbacher WG, Beauftragung von Experten, Koordination aller am Projekt Beteiligten und Zusammenstellung der Ergebnisse verantwortlich zeichnete.

Die Absicht, drei bis vier Wohngemeinschaften zu evaluieren, gestaltete sich schwierig. Erst im März 2004 konnte neben der von Beginn an beteiligten Fellbacher WG für zwei Wohngemeinschaften in Bad Dürkheim ein Kooperationsvertrag zur Beteiligung am Evaluationsprojekt geschlossen werden. Der dritte Projektpartner, das Haus Veronika in Stuttgart, stieg sogar erst ca. 6 Wochen vor Projektende im Januar 2005 in das Projekt ein

Zur Motivation der Kooperationspartner für die Teilnahme ist der Blick auf die Hintergründe der Initiatoren interessant:

Beim Wohlfahrtswerk handelt es sich um einen großen, in der Altenhilfe tätigen Betriebsträger, zu dessen Stiftungsauftrag Innovation im Sozialbereich zählt. Die beiden Bad Dürkheimer Wohngemeinschaften gehen auf Initiative von Privatpersonen zurück, deren berufliche Vorerfahrung aus der Jugendhilfe stammt, wo familienähnliche Strukturen in der institutionellen Versorgung dominieren. Bei der Stuttgarter Initiative steht ein großer konfessioneller Altenhilfe-Träger mit stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten im Hintergrund.

Keine der betrachteten Wohngemeinschaften verfügt über eine finanzielle Modellförderung zur Abdeckung von Kosten der Wohnung, des Haushalts und Alltags oder der Pflege, d.h. es handelt sich um eine Situationsanalyse unter realen Bedingungen.

Der offizielle Projektbeginn war August 2001, das Projekt endete im Februar 2005.

1.5 Vorbemerkung zu verwendeten Begriffen

Als Bezeichnung für die betrachteten gemeinschaftlichen Wohnsituationen wird ein einheitlicher Begriff verwendet. In der Evaluation sollten schwerpunktmäßig Fragen der Alltagsbewältigung betrachtet werden. Die Pflegeorganisation und die leistungsrechtliche Einordnung stellen in den Betrachtungen nur zwei Unterscheidungskriterien unter anderen dar. Deshalb wird als gemeinsame Bezeichnung für die betrachteten Wohnangebote einheitlich der Begriff „Wohngemeinschaft“ gewählt. Die Begriffswahl erfolgte unabhängig vom leistungsrechtlichen Status einer ambulanten oder stationären Abrechnung pflegerischer Leistungen – beides findet sich darunter. Die Entscheidung für die einheitliche Verwendung des Begriffs „Wohngemeinschaften“ erfolgte auch trotzdem sich in jüngster Zeit für einen stationären leistungsrechtlichen Status die Bezeichnung „Hausgemeinschaft“ herausbildet. Denn der Begriff Hausgemeinschaft ist im Zusammenhang mit Wohnprojekten mehrdeutig. Er umfasst auch die Situation von Bewohnern mehrerer, in sich abgeschlossener Wohnungen in einem Haus mit begrenztem gemeinschaftlichem Alltag. Für die im Evaluationsprojekt beteiligten Wohnsituationen ist der gemeinsame Alltag dagegen ein übergreifendes Kennzeichen.

Bei den Menschen, die in den Wohngemeinschaften leben, wird die Bezeichnung „Bewohner“ verwendet. Dieses entspricht dem Sprachgebrauch bei allen betrachteten Wohnprojekten.

Zur leichteren Lesbarkeit wird in der Regel – trotz vornehmlich weiblichen Geschlechts – in der grammatikalisch maskulinen Form von „Bewohnern“ gesprochen, manchmal auch von der „Bewohnerschaft“. In diesen Fällen sind immer Frauen und Männer, „Bewohnerinnen und Bewohner“ gemeint.

Abgesehen von den Bewohnern sind die Personen, die Tätigkeiten in den Wohngemeinschaften ausführen, dort anwesend aufgrund eines Arbeitsverhältnisses bei einem Dienstleistungsunternehmen, als Angehörige oder als ehrenamtlich Engagierte. Es wird deshalb nicht unspezifiziert von „Mitarbeitern der WG“ oder vom „Personal“ gesprochen. Der Begriff Mitarbeiter bzw. Personal wird nur dann verwandt, wenn eindeutig ein Arbeitgeber identifizierbar ist. Diese Personen werden dann auch „professionell Tätige“ genannt oder kurz „Profis“. Letzteres meint eine Abgrenzung zu Angehörigen oder Ehrenamtlichen, die auch als „Laien“ bezeichnet werden. Ansonsten haben sich die Autorinnen bemüht, aus den Bezeichnungen die Funktion erkennbar werden zu lassen: Die Rede ist z.B. von Präsenzkraften, Betreuungskräften, Alltagsbegleiterinnen, Pflegemitarbeitern und Pflegekräften.

Im Bericht werden die Begriffe „Träger“ und „Betreiber“ verwandt im Sinne eines Dienstleistungsunternehmens, das verschiedene Merkmale in sich vereint: Es handelt sich um eine juristische Person, die im unternehmerischen Sinne tätig wird – sei es aus gemeinnützigen oder gewinnorientierten Motiven heraus. Das Tätigwerden geschieht durch die Funktion als Arbeitgeber, um mit Unterstützung der beschäftigten Personen die in

Satzung, Gesellschaftsvertrag o.ä. festgelegten Ziele der juristischen Person zu erreichen. Das Tätigwerden ist operativ – also nicht fördernd, es bringt Haftungsverantwortung sowie wirtschaftliche Risiken mit sich. Die juristische Person beauftragt u.U. Subunternehmer mit der Durchführung von Aufträgen oder Dienstleistungen. Ein Träger ist Ansprechpartner bezogen auf eigene Dienstleistungsangebote, die er i.d.R. auch selbst initiiert und für deren Absatz er sorgt¹. Ist diese allumfassende Konstellation nicht gemeint, werden im Bericht die Begriffe Initiator, Pflegeanbieter, Dienstleister, Dienstleistungsanbieter, Vermieter, Arbeitgeber oder Betreuungsgeber verwendet.

¹ Die Begriffe Träger und Betreiber werden im Sozialwesen häufig gebraucht, ohne dass eine detaillierte Begriffsdefinition erfolgt. Bei der Beschreibung „Träger“ handelt es sich um eine eigene Definition von Hastedt.

2. Methode

Die Untersuchung zur Evaluationsstudie erfolgte über den Zeitraum von August 2001 bis März 2005. Gemäß der Zielsetzung wurde eine umfassende Methodik angewandt.

2.1 Erfassung des Hilfebedarfs und soziodemografische Daten

2.1 Erfassung des Hilfebedarfs und soziodemografische Daten

Die Hilfebedarfe der Bewohner und deren Veränderungen wurden sowohl in einer dreijährigen Längsschnittuntersuchung der Bewohnerschaft der Wohngemeinschaft Drosselweg als auch in einer Querschnittuntersuchung aller 7 Wohngemeinschaften erfasst.

Zum Zeitpunkt der Evaluation lief im Auftrag des Sozialministerium Baden-Württembergs die VEDESTA-Studie - eine Untersuchung zur Versorgung Demenzerkrankter in stationären Pflegeeinrichtungen Baden-Württembergs², an der auch das Wohlfahrtswerk u.a. mit dem Haus am Kappelberg in Fellbach beteiligt war. Um einen Vergleich der Bewohnerschaft der Wohngemeinschaften zum Pflegeheim vornehmen zu können, lag es nahe, zur Erfassung des Hilfebedarfs das identische Instrumentarium einzusetzen. Da zu Projektende 2005 die Ergebnisse der Studie mit einer Datenbasis von 52 Einrichtungen mit 4.388 Bewohnern vorlagen, wurde darauf verzichtet, die Bewohner des Pflegeheims Haus am Kappelberg als Vergleichsgruppe heranzuziehen. Stattdessen stellen Pflegeheimbewohner aus ganz Baden-Württemberg eine Vergleichsgruppe zu den Bewohnern der Wohngemeinschaften dar.

2.1.1 Längsschnittuntersuchung

Bei der Wohngemeinschaft Drosselweg wurde eine Längsschnittstudie zu den Hilfebedarfen der Bewohner durchgeführt. Die Längsschnittuntersuchung der Fellbacher WG wurde vom 01.12.2001 bis 01.12.2004 zu 12 Erhebungszeitpunkten durchgeführt.

Die Erhebungen der Hilfebedarfe fanden zu folgenden Zeitpunkten statt:

t ₁ :	01.12.2001	t ₇ :	01.09.2003
t ₂ :	01.03.2002	t ₈ :	01.01. 2004
t ₃ :	30.06.2002	t ₉ :	01.04.2004
t ₄ :	25.10.2002	t ₁₀ :	01.06.2004
t ₅ :	31.12.2002	t ₁₁ :	09.09.2004
t ₆ :	01.04.2003	t ₁₂ :	01.12.2004

² Sozialministerium Baden-Württ. (Hrsg.) „Stationäre Versorgung Demenzerkrankter in Baden-Württemberg im Umbruch: Neue und traditionelle Konzepte im Vergleich (VEDESTA)“ Unveröffentlichte Studie September 2004; Autoren: Schäuufele, M. , Teufel, S., Hendlmeier, I. und Weyerer, S.

2.1.2 Querschnittsuntersuchung

Zunächst sollte die Längsschnittstudie der Hilfebedarfe bei allen zu evaluierenden Wohngemeinschaften durchgeführt werden. Da zwei weitere Teilnehmer erst spät gefunden wurden, müssen erste Ergebnisse im Erhebungszeitraum auf eine Querschnittbetrachtung zum Zeitpunkt (t_{12}) beschränkt bleiben.

In der Querschnittstudie wurden 7 Wohngemeinschaften mit insgesamt 56 Bewohnern erfasst.

2.1.3 Erhebungsinstrumente

In der VEDESTA-Studie, die zu Vergleichszwecken dient, wird eine Vielzahl von Instrumenten angewandt. Es handelt sich um ein valides und praktikables Instrument. Die Beurteilung von Pflegeheimbewohnern geschieht im Rahmen eines „multidimensionalen Pflege- und Verhaltensassessments“ - kurz PVA genannt - durch Pflegekräfte. Das PVA ist eine Zusammenstellung von Instrumenten und dient vor allem der Charakterisierung der Situation Demenzkranker (a.a.O., S. 21).

Erhoben werden:

- Soziodemographische Charakteristika;
- Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten (Barthel-Index, IADL-Items) und weitere funktionelle Beeinträchtigungen (sensorische Beeinträchtigungen, Dekubitus, Stürze);
- Demenzsymptome (PVA-Kurzskala "Demenz"); die PVA-Kurzskala „Demenz“ ist ein von der Arbeitsgruppe Psychogeriatric entwickeltes Screening-Verfahren zur Identifikation fortgeschrittener demenzieller Prozesse in der stationären Pflege, das von Pflegekräften bearbeitet werden kann und günstige Gütekriterien aufweist: Es handelt sich um eine Skala mit acht Items, die kognitive Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen erfragt (z.B. Probleme beim Erinnern von Ereignissen der letzten Tage, beim Erkennen von Angehörigen/ Personal etc.). Der PVA-Demenzscore reicht von 0 (keine Beeinträchtigung) bis 16 (maximale Beeinträchtigung) Punkte. Eine Untersuchung ergab, dass die Güte der Einschätzungen des Pflegepersonals im Vergleich mit dem Expertenurteil – basierend auf dem Clinical Dementia Rating (Hughes et al. 1982) – sehr hoch war: Mittelschwere und schwere Demenzsyndrome konnten bei Pflegeheimbewohnern mit einer Sensitivität von 91,4% und einer Spezifität von 79,2 identifiziert werden (overall correct classification = 85,4%, positive predictive power = 82,%) (Köhler et al. 2004). Mit diesen Werten wurde die Qualität von anerkannten Screening-Instrumenten erreicht;
- Nicht-kognitive Symptome, wie z.B. Wahn, Halluzinationen, Depression/Dysphorie, Schlafstörungen, wurden erhoben anhand des modifizierten Neuropsychiatrischen Inventars – Kurzversion für Pflegeheime (NPI-Q-mod.; Kaufer et al. 2000; Wood et al. 2000), Agitiertheit und Verhaltensauffälligkeiten im engeren Sinne anhand der im

Rahmen des Hamburger Modells modifizierten Fassung des Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory (CMAI-mod.; Cohen-Mansfield 1996) sowie anhand von Fragen in Anlehnung an die CAMDEX (Roth et al. 1986);

- Soziale Kontakte und Aktivitäten (innerhalb und außerhalb der Einrichtung);
- Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen;
- Ausdruck von positiven und negativen Gefühlen anhand einer modifizierten Fassung der Modified Apparent Emotion Scale (Albert et al. 2001);
- Sicherheitsmaßnahmen/ freiheitseinschränkende Maßnahmen;
- Medizinische Versorgung: Medikation (Beers et al. 1991, Beers 1997, Rote Liste 2002), Arztkontakte, Krankenhausaufenthalte.

Da das PVA größtenteils auf Verhaltensbeobachtungen von engen Kontaktpersonen im naturalistischen Setting basiert, besitzt es eine hohe ökologische Validität. Darüber hinaus ist die Erhebung ökonomisch, da die Erhebung großer Bewohnerzahlen innerhalb relativ kurzer Zeit möglich ist. Untersuchungen zur Übereinstimmung der Einschätzungen verschiedener Pflegekräfte erbrachten nicht nur hinsichtlich der demenzbezogenen Items gute bis sehr gute Inter-Rater-Reliabilitäten, sondern auch hinsichtlich anderer Merkmalsbereiche, wie medizinische Versorgung (Kappa = 77), Alltagseinschränkungen und Mobilität (Kappa = 71) und der Anwendung bewegungseinschränkender Maßnahmen (Kappa = 61) (Zimber et al. 1996, Hendlmeier 2001). Einschränkend ist hinzuzufügen, dass ein solches Verfahren eine differenzierte ärztliche Diagnostik (insbesondere hinsichtlich psychischer und körperlicher Erkrankungen der Bewohner) und eingehende Beobachtungsverfahren durch unabhängige Beurteiler nicht ersetzen kann.

2.2 Erfassung der Qualität

Eine qualitative Betrachtung aus Expertensicht wird in Teil 2 durch die Experten dargelegt und methodisch beschrieben.

Neben deren Evaluation haben weitere Externe im Rahmen von Besuchen vor Ort die Situation begutachtet (siehe Kap. 2.2.2 und 2.2.3.). Darüber hinaus wurden standardisierte Erhebungsinstrumente eingesetzt (vgl. Kap. 2.2.1. und 2.2.4).

2.2.1. Pflege- und Verhaltensassessment PVA

Unter dem Aspekt der Lebensqualität ist die Ergebnisqualität von besonderer Bedeutung. Die Messung der Lebenszufriedenheit muss auch dem kleinräumigen Milieu Rechnung tragen (räumliche und bauliche Voraussetzungen, milieutherapeutische Aspekte, Unterstützung und soziale Einbindung durch Mitbewohner, Angehörige, Nachbarn und sonstige bürgerschaftlich Engagierte, Alltagsorientierung u.a.). Zur vergleichenden Betrachtung der Ergebnisqualität in Wohngemeinschaft und Heim wurde ebenfalls der PVA herangezogen.

2.2.2 Heimaufsicht

Aufgrund eines ordnungsrechtlichen Heimstatus sind die Wohngemeinschaften in den regulären Rhythmus der sog. „Heimnachschaun“ der Heimaufsicht einbezogen. Die vor Ort tätigen ‚unteren Heimaufsichtsbehörden‘ sind in Baden-Württemberg auf Landkreisebene angesiedelt. Unangemeldete routinemäßige Begehungen finden generell alle ein bis zwei Jahre statt. Sofern eine schriftliche Berichterstattung an den Heimträger erfolgt, erfolgt die Systematik der Niederschriften der Begehungen landkreisbezogen individuell. Vorliegende Niederschriften von „Heimnachschaun“ wurden deshalb unstandardisiert inhaltlich ausgewertet.

2.2.3 Fachärztliches Gutachten

Als Ergänzung zur Heimaufsicht wurden zur externen Qualitätssicherung in der Fellbacher WG zunächst zwei Fachärzte aus dem Bereich der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgung einbezogen. Terminliche Schwierigkeiten führten nach kurzer Zeit zur Beschränkung auf eine Fachärztin für Psychiatrie.

Konsequenz aus den zeitlichen Umständen bei der Suche nach zu evaluierenden Wohngemeinschaften war, dass lediglich bei der Fellbacher WG Bewohner in quartalsmäßigen Abständen Besuch durch eine Fachärztin für Gerontopsychiatrie zwecks Begutachtung der Pflege- und Betreuungssituation erhielten.

In der Wohngemeinschaft Drosselweg fand der fachärztliche Besuch während der gesamten Laufzeit in dreimonatigem Abstand statt.

2.2.4 Dementia Care Mapping (DCM)

Das Dementia Care Mapping (DCM) ist ein Beobachtungsverfahren, das die Befindlichkeit älterer Menschen betrachtet: Es wurde in England an der Universität Bradford von Tom Kitwood und Mitarbeitern speziell für Menschen mit Demenz entwickelt, bei denen Zufriedenheitsbefragungen nicht oder nur bedingt möglich sind. Grundlage des DCM ist die personenzentrierte Pflege und positive Personendarstellung nach Kitwood. Mit Hilfe des DCM ist es möglich, das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz einzuschätzen (näheres siehe Kitwood, T. 1997).

Im Verfahren selbst wird in öffentlichem Gemeinschaftsraum bei einer kleinen Gruppe von Menschen mit Demenz über sechs Stunden hinweg alle 5 Minuten das Verhalten bestimmter Bewohner auf der Grundlage von 24 Handlungskategorien wie z.B. "Essen" oder "sich mit Medien beschäftigen" - sogenannten BCCs kodiert. Zugleich wird ebenfalls der Status des Wohlbefindens bei diesen Handlungen mittels einer sechsstufigen Skalierung - von +5 = außerordentliches Wohlbefinden bis -5 extreme Zustände von z.B. Apathie, Wut, sogenannte WIP-Werte, aufgezeichnet. Ergänzt wird dieser Kodierungsrahmen von der Erfassung sogenannter "personaler Detraktionen" einerseits und einer Auflistung "positiver Ereignisse"

im Umfeld der Menschen mit Demenz andererseits. Als "personale Detraktionen" werden Handlungen von Personal oder auch Angehörigen bezeichnet, die Menschen mit Demenz erniedrigen, wie z.B. stigmatisieren und infantilisieren. Positive Ereignisse kennzeichnen Episoden guter Betreuungs- und Pflegepraxis. Diese Daten werden anschließend ausgewertet und in grafische Diagramme übertragen. Sie dienen dazu, den Betreuungs- und Pflegeteams in Feed-back-Sitzungen Konzepte und Modelle zur Verbesserung der Milieustrukturen zu entwickeln.

Das DCM Verfahren ist ein in Deutschland noch kaum angewandtes Verfahren. Es wurde in 2 größeren Modellversuchen, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) über einen Zeitraum von 3 Jahren erprobt. In dem personenzentrierten Ansatz wird das Tätigkeitsfeld der Betreuung und Pflege ins Zentrum der Betrachtung gerückt. Es versteht Pflege als intersubjektiven Beziehungsprozess, in dem Beziehungsgestaltung der funktionalen Unterstützung vorausgehen muss. Die Ergebnisse des DCM gestützten Modellprojekts in Marburg Biedenkopf zur regionalen Qualitätssicherung der teil-/stationären Pflege von Menschen mit Demenz hat hemmende und fördernde organisatorische Einflussfaktoren der Entwicklung personenzentrierter Pflege bei Demenz aufgezeigt. Zu den hemmenden Faktoren zählt ein autoritär-distanzierter Führungsstil, eine Gleichzeitigkeit verschiedener zeitintensiver Prozesse, Unsicherheit/Unwohlsein sowie nicht verarbeitete Konflikte der Mitarbeiter. Zu den fördernden Einflussfaktoren zählt ein kooperativ-beispielgebender Führungsstil, eine zentrale Ausrichtung der Organisationsprozesse auf das Ziel der personenzentrierten Pflege und kommunikative sowie beziehungsorientierte Mitarbeiter. Diese Faktoren erreichen, dass Personen mit Demenz ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt werden und eine Steigerung des Wohlbefindens erreicht werden kann (Riesner, 2005). Aus diesen Ausführungen wird deutlich, dass DCM ein längerer Qualitätsentwicklungsprozess ist. Er umfasst Mapping, Feedback an das Team, die Entwicklung eines Handlungsplans und erneutes Mapping.

In Deutschland gibt es noch keine publizierten Erfahrungen zum DCM in Wohngemeinschaften. Erste Erfahrungen deuten darauf hin, dass die individuellen und gruppenbezogenen WIB-Punktzahlen höher liegen als die Anhaltszahlen für die Tagespflege und die stationäre Pflege.

2.3 Erfassung Organisation und Finanzierung

Um einen ersten Überblick über die Gegebenheiten der beteiligten Wohngemeinschaften zu erhalten, wurde im Rahmen der Evaluationsstudie durch das Wohlfahrtswerk ein Fragebogen zusammengestellt. Dieser **Strukturerhebungsbogen (SEB)** erfasst folgende Merkmale (siehe Anhang):

- Allgemeine Angaben zu Vertragspartner, wohn-/mietrechtlichen Merkmale
- Städte-/siedlungsbautechnische, architektonische und Ausstattungsmerkmale
- Konzeption und Organisation der Alltagsgestaltung unter dem Gesichtspunkt Hauswirtschaft, Pflege, Therapie
- Mitwirkungs- und Entscheidungsreichweite von Bewohnern, Angehörigen, Dienstleistern und anderen
- Unterstützungsleistungen von Angehörigen und Ehrenamtlichen
- Personalausstattung, Arbeitsorganisation
- Ordnungs- und leistungsrechtliche Aspekte
- Kosten und Finanzierung

Einige Fragen des Strukturerhebungsbogens erwiesen sich als zu unspezifisch. Die Informationsgewinnung mittels Fragebogen wurde deshalb erweitert durch

- Mündliche, unstandardisierte Interviews von Schlüsselpersonen
- Dienstplan-Analyse
- Analyse Niederschriften Heimaufsicht

Eine Begehung der Wohngemeinschaften ergänzte die Informationssammlung.

2.4. Übersicht Erhebungszeitpunkte

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Erhebungszeitpunkte und Inhalte der Untersuchung:

Tabelle 2.1:
Erhebungszeitpunkte

	2001	2002	2003	2004	2005	
Auf Hofen					● ● +	
Casa Vitale					+	
Drosselweg	+	++++	++++	●++++	● ●	
St. Vinzenz					● ●	
St. Klara						
St. Anna						
Carl-Josef						

-  Pflege und Verhaltensassessment
-  Strukturhebungsbogen
-  DCM
-  Fachärztliches Gutachten

3 Strukturmerkmale der Wohngemeinschaften

Betrachtet werden in 3 Ortschaften (Fellbach, Bad Dürkheim, Stuttgart) insgesamt 4 Standorte, da in Bad Dürkheim 2 Wohngemeinschaften berücksichtigt werden. Im Haus Veronika in Stuttgart gibt es 4 Wohngemeinschaften, so dass sich die Evaluation auf insgesamt 7 Wohngemeinschaften erstreckt.

3.1 WG Drosselweg, Fellbach

Die Wohngemeinschaft Drosselweg in Fellbach mit max. 10 älteren, hilfebedürftigen Menschen existiert seit April 2000. Diese Wohngemeinschaft richtet sich an ältere, hilfe- und pflegebedürftige Menschen, auch mit dementiellen Erkrankungen. Sie ist aber nicht ausschließlich auf die letztgenannte Personengruppe konzentriert. Bezüglich des Einzugs bestehen keine Ausschlusskriterien hinsichtlich des Grades an Hilfe- und Pflegebedürftigkeit.

Die Wohngemeinschaft befindet sich in einem Wohngebiet in Fellbach und ist fußläufig vom Haus am Kappelberg, einer mehrgliedrigen Altenhilfeeinrichtung, in 3 Minuten zu erreichen.



Das Gebäude der WG Drosselweg - Ansicht mit Hauseingang

Sie liegt in einem kleineren Neubau in Stadtrandlage. Das Haus war für den „normalen Wohnungsmarkt“ konzipiert. Es hat zwei 5,5 Zimmer Wohnungen jeweils im ersten und

zweiten Obergeschoss und eine 1,5 Zimmer-Wohnung im Erdgeschoss mit insgesamt 252 qm Wohnfläche. Diese drei im Haus auf unterschiedlichen Etagen befindlichen Räumlichkeiten bilden die Wohngemeinschaft.

Im 1. OG liegt die Küche und das gemeinsame Esszimmer, im 2. OG ein gemeinsames Wohnzimmer. Jeder Bewohner hat sein eigenes Schlafzimmer mit einer Fläche zwischen 9 und 13 qm.

Im Erdgeschoss befinden sich Lagerräume und Heizraum bzw. Waschküche. Ein Badezimmer mit Toilette, Dusche und Badewanne sowie eine weitere separate Toilette befindet sich in jeder der 3 Etagen.

Das Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg als Generalmieter hat im Treppenhaus einen Treppenlift installieren lassen. Zusätzliche Handläufe bzw. Haltegriffe wurden entsprechen der individuellen Anforderungen der Bewohner angebracht, u.a. in Badezimmern und Toiletten. Eine funkgesteuerte Notrufanlage wurde installiert.

Die Kosten für diese baulichen Anpassungsmaßnahmen sind in der Kaltmiete berücksichtigt.

Hauswirtschaftliche und in sehr eingeschränktem Umfang grundpflegerische Leistungen werden von Präsenzkraften erbracht. Pflegerische Leistungen werden im übrigen von verschiedenen ambulanten Diensten angefordert. Die Präsenz von nicht zur Bewohnerschaft zählenden Personen erstreckt sich über 24 Stunden.

3.2 WG Auf Hofen, Bad Dürkheim

Die Wohngemeinschaft Auf Hofen besteht seit 1999. Sie liegt in einem Stadtteil von Bad Dürkheim, in dem Einfamilienhäuser mit gehobener Wohnqualität angesiedelt sind, zentral in fußläufiger Entfernung vom Stadtzentrum.



Straßenansicht der WG Auf Hofen

Bei dem Haus handelt es sich um eine ehemalige Arztvilla mit angeschlossener Praxis, bestehend aus Erdgeschoss und Dachgeschoss mit insgesamt 240 qm Wohnfläche. Es stehen 9 Schlafzimmer zur Verfügung, die durch die Bewohner möbliert werden. Eine zweite, komfortablere Treppe zur Begehung des ersten Obergeschosses wurde eingebaut, eine Treppe mit Treppenlift ausgestattet. In jedem Wohngeschoss befindet sich ein Bad mit Toilette und Dusche sowie eine weitere Toilette. Waschmaschine und Trockner sind im Keller untergebracht. Der Gemeinschaftsraum liegt im Erdgeschoss neben der Küche und verfügt über eine kleine Nische als Lesecke. Das großzügige Foyer führt über eine große Glastür auf die Terrasse und in den Garten.

Im Gebäude ist auch ein kleiner Büroraum für einen ambulanten Pflegedienst untergebracht.

3.3 WG Casa Vitale, Bad Dürkheim

Die Wohngemeinschaft Casa Vitale besteht seit 2001. Der Standort ist in Zentrumsnähe. Sie liegt in einem Neubaugebiet in einer größeren Wohnanlage und hat insgesamt 290 qm Wohnfläche. Die WG ist baulich in ein Gebäude mit 45 betreuten Wohnungen der Senioren-Wohnanlage Wennerhof integriert. Um den Wohnraum für die Wohngemeinschaft zu schaffen, wurden 4 Wohnungen zusammengelegt. Es stehen 10 (Schlaf-)Zimmer mit ca. 11 bis ca. 17 qm zur Verfügung. Die barrierefreie Wohnung befindet sich im 1. Obergeschoss und ist über einen Personenaufzug erschlossen. Sie bietet einen großen Gemeinschaftsraum mit Küche, eine Terrasse und 2 Balkone. Es sind 2 Badezimmer vorhanden, davon eines ausgestattet mit Badewanne, eines mit Duschwanne, und ein separates WC. Die Räume sind an eine Rufanlage angeschlossen. Waschmaschine und Trockner sind in den Badezimmern untergebracht.

Ein kleineres Büro mit Schreibtisch und Basisbüroausstattung dient den professionell Tätigen als Dienstzimmer. Auf derselben Etage im Gebäude befindet sich das Büro des ambulanten Dienstes.



Der gemeinsame Hauseingang für die WG Casa Vitale und die Wohnungen der Seniorenwohnanlage Wennerhof

Der Blick auf die Rückseite des Gebäudes zeigt die Lage der Wohngemeinschaft Casa Vitale: Sie befindet sich im Flachdachgebäude im 1. Obergeschoss. Im darunter liegenden Erdgeschoss befinden sich Gemeinschaftsflächen der Seniorenwohnanlage Wennerhof.



Blick auf die Wohngemeinschaft Casa Vitale im 1. Stock des Gebäudeteils mit Flachdach

3.4 Haus Veronika, Stuttgart

Im dreistöckigen, zweiflügeligen Gebäude einer ehemaligen Klinik im Stadtteil Stuttgart-Ost finden sich die 4 Wohngemeinschaften St. Klara, St. Vinzenz, Carl-Joseph und St. Anna.



Straßenansicht des Haus Veronika

Die Anzahl der Bewohner liegt je Wohngemeinschaft zwischen 5 und 10 Bewohnern. Jede Wohngemeinschaft hat einen separaten Wohnungszugang und einen Zugang über einen Personenaufzug. Die Wohnungen verfügen jeweils über einen großen Wohnflur, einen Gemeinschaftsraum, einen kleinen Erker als Leseecke, eine Küche und ein Badezimmer mit Badewanne bzw. Dusche. Den Bewohnern stehen im Haus weitere Gemeinschaftsräume und ein großer Garten zur Verfügung.



Alltagsnormalität heißt: Vor dem Servieren muss das Essen zubereitet werden
In einer der Wohnküchen im Haus Veronika

Drei der Wohngemeinschaften verfügen über je 166 qm Wohnfläche, hinzu kommen 142 qm Gemeinschaftsflächen im Dachgeschoss, die den Wohngemeinschaften zugerechnet werden. Die vierte Wohngemeinschaft hat ca. 280 qm Wohnfläche. Ein gemeinsamer Wintergarten mit 96 qm Nutzfläche steht allen Wohngemeinschaften zur Verfügung. Die ersten Bewohner sind am 12.01.2003 eingezogen.

Tabelle 3.1:

Überblick über die untersuchten Wohngemeinschaften

	Region	Anzahl Bewohner	Schlaf-/Privatzimmer EZ = 1 Person DZ = 2 Personen
Auf Hofen	Kleinstadt im ländlichen Bereich	9	9 EZ
Casa Vitale	Kleinstadt im ländlichen Bereich	7-9	8 EZ, 1 DZ
WG Drosselweg	Ballungsraum	9-10	8 EZ, 1 Einliegerwhg. für 1-2 Pers.
Haus Veronika			
St. Vinzenz	Großstadt	5	2 DZ, 2 EZ
St. Klara	Großstadt	10	1 DZ, 8 EZ
Carl-Joseph	Großstadt	5	1 DZ, 3 EZ
St. Anna	Großstadt	8	4 EZ, 4 EZ im Dachgeschoss

4 Die Bewohner der Wohngemeinschaften

4.1 Querschnittuntersuchung aller Wohngemeinschaften

4.1.1 Soziodemographische Merkmale aller WG-Bewohner im Vergleich zu Pflegeheimbewohnern

Die nachfolgenden Auswertungen beziehen sich auf die 56 Bewohner in den untersuchten Wohngemeinschaften.

Die Vergleichsdaten zum Pflegeheim wurden der VEDESTA–Studie entnommen (vgl. Kap. 2.1). Da die Grundgesamtheit der WG-Bewohner erheblich kleiner ist als die der Pflegeheimbewohner, sind vergleichende Betrachtungen nur eingeschränkt aussagekräftig. In den Tabellen wird aus Gründen der Vereinfachung nicht jeweils im einzelnen darauf verwiesen.

Tabelle 4.1:
Soziodemographische Merkmale der Bewohner von 7 Wohngemeinschaften im Vergleich zu Bewohnern von Pflegeheimen

Soziodemographische Merkmale	WGs	Pflegeheim	
Durchschnittsalter bei Einzug in Jahren	78,4 min.: 50,2 J. max.: 98,2 J.	79,1 ²	
Altersstruktur (%)			
Unter 65 Jahre	7,1	4,8 ²	
65 – 69 Jahre	12,5	3,9 ²	
70 – 79 Jahre	33,9	19,7 ²	
80 – 89 Jahre	28,6	46,8 ²	
90 Jahre und älter	17,9	24,9 ²	
Durchschnittsalter in Jahren	78,8	83,4 ¹	
Geschlecht (%)			
Frauen	56,6	80,0 ²	
Männer	43,4	20,0 ²	
Familienstand (%)			
Ledig	19,2	15,0 ¹	17,8 ²
Geschieden	7,7	5,8 ¹	6,5 ²
Verheiratet	23,1	14,6 ¹	12,6 ²
Verwitwet	50,0	64,6 ¹	63,0 ²
Letzter Wohnort vor Einzug in die WG/Heim (%)			
am Ort der WG/Heim	44,0	52,5 ¹	
außerhalb	56,0	47,5 ¹	

¹ Heime mit 50-100 Plätzen; ² alle 52 Pflegeheime

Das Durchschnittsalter der Bewohner beim Einzug ist in den Wohngemeinschaften und im Pflegeheim annähernd gleich. Unterschiede ergeben sich im Durchschnittsalter, das in den Wohngemeinschaften mit 78,8 Jahren derzeit um ca. 4 Jahre niedriger liegt als im Pflegeheim. Dabei ist zu bedenken, dass die Wohngemeinschaften erst seit wenigen Jahren bestehen und dadurch das niedrigere Durchschnittsalter beeinflusst sein könnte. Deutliche Abweichungen ergeben sich in unterschiedlichen Altersgruppen: Mehr als die Hälfte der

Bewohner der Wohngemeinschaften (53,5%) ist unter 80 Jahre alt, 20% sogar unter 70 Jahre. Die Gruppe der 80jährigen und Älteren macht 71% der Bewohnerschaft aus. Jüngere um 70 Jahre sind nur mit 9% vertreten. Der Anteil der Männer ist in den Wohngemeinschaften mit 43,4% deutlich höher als im Pflegeheim, wo der Anteil nur 20% beträgt.

Zum Erhebungszeitpunkt Dezember 2004 gab es für 72 % der WG-Bewohner eine gesetzliche Betreuung.

Tabelle 4.2:

Pflegestufen der Bewohner von 7 WGs im Vergleich zu Bewohnern von Pflegeheimen

Pflegestufen nach SGB XI	WGs in %	Pflegeheim in %
Pflegestufe 0	5,9	5,3
Pflegestufe 1	56,9	30,0
Pflegestufe 2	31,3	45,6
Pflegestufe 3	5,9	19,1
Antrag gestellt, noch ohne Ergebnis	100,0 (n = 51) n = 3	100,0 (n = 4.025) n = 40
kein Antrag gestellt	n = 1	n = 58
	N = 55	N = 4.123

Tabelle 4.2 zeigt die unterschiedliche Pflegestufenverteilung in den Wohngemeinschaften und im Pflegeheim. Die Zahl der Bewohner mit der Pflegestufe 2 und 3 ist in den Wohngemeinschaften deutlich niedriger (37,2%) als im Pflegeheim (64,7%). Während die Pflegestufe 2 im Pflegeheim am stärksten vertreten ist, dominieren in den Wohngemeinschaften die Bewohner mit der Pflegestufe 0 und 1 mit insgesamt 62,8%.

4.1.2 Hilfebedarfe und Krankheitsbilder aller WG-Bewohner im Vergleich zu Pflegeheimbewohnern

Der körperliche Hilfebedürftigkeitsgrad gemessen mit dem Barthel-Index (Tabelle 4.3) erfasst Einschränkungen der Bewohner in den primären Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), beim Essen, Waschen, Toilettenbenutzung, Baden/Duschen, Gehen, Gehen im Freien, Treppensteigen, Rollstuhlbenutzung und die Kontrolle über Blase/Darm (vgl. Kap. 2.1.3). Strukturell sind Ähnlichkeiten zwischen den Messwerten in den Wohngemeinschaften und den Pflegeheimen festzustellen: In beiden Wohnformen überwiegen die Bewohner mit mäßigen (61-90 Punkte) und starken Einschränkungen (0-60 Punkte) mit jeweils zusammen 89,3% bzw. 90%. Bewohner ohne bzw. mit leichten Einschränkungen, also mit Punktwerten über 90 gibt es nur in geringer Anzahl (jeweils ca. 10%). Im Pflegeheim sind die stark beeinträchtigten Bewohner etwas stärker vertreten (69,1%) als in den Wohngemeinschaften (60,7%), mäßige Beeinträchtigungen kommen etwas häufiger in den Wohngemeinschaften vor (28,6% zu 20,9%).

Tabelle 4.3:

Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten (nach Barthel-Index (mod.)) der Bewohner von 7 WGs im Vergleich zu Bewohnern von Pflegeheimen

Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten nach Barthel-Index (mod.)	WGs (n=56) in %	Pflegeheime (n=3927) in %
Keine Einschränkungen (105 Pkt.)	5,4	2,7
leichte Einschränkungen (91-104 Pkt.)	5,4	7,3
Mäßige Einschränkungen (61-90 Pkt.)	28,6	20,9
Starke Einschränkungen (0-60 Pkt.)	60,6	69,1
	100,0	100,0

60,6% der Bewohnerschaft in den Wohngemeinschaften mit starken Beeinträchtigungen stehen je 37,2% in Pflegestufe 2 und 3 Eingestufte gegenüber. In den Pflegeheimen sind dies bei 69,1% immerhin 64,7% in den Pflegestufen 2 und 3.

Tabelle 4.4:

Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten (Barthel-Index (mod.)) nach Grad der Demenz in 7 WGs

Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten (n=56)	Leichte Demenz in %	Mittelschwere bis schwere Demenz in %
Keine Einschränkungen (105 Pkt.)	4	2
leichte Einschränkungen (91-104 Pkt.)	2	4
Mäßige Einschränkungen (61-90 Pkt.)	9	19
Starke Einschränkungen (0-60 Pkt.)	10	50
	100	100

Tabelle 4.5 zeigt die jeweils fünf häufigsten ärztlichen Diagnosegruppen somatischer und psychischer Erkrankungen nach ICD10 in den vergangenen 4 Wochen vor dem Erfassungszeitpunkt bei Bewohnern beider Wohnformen. Inwieweit die Angaben allerdings die wahre Prävalenz psychischer Störungen abbilden, ist fraglich. Die Autoren der VEDESTA-Studie gehen davon aus, dass die Daten eher die Diagnose- und Dokumentationsgewohnheit der Ärzte widerspiegeln als die tatsächliche Morbidität der Bewohner und die Zahlen eine grobe Unterschätzung der Häufigkeit psychischer Störungen darstellen (Sozialministerium Baden-Württemberg 2004, S. 35).

Bei den somatischen Erkrankungen dominieren in den Wohngemeinschaften die Krankheiten des Nervensystems mit 60 %. In den Pflegeheimen liegt deren Anteil nur bei 34,9%. Herzkrankheiten und Krankheiten des Lungenkreislaufs sind die am zweitstärksten vertretenen Erkrankungen in den Wohngemeinschaften (40 %), in den Pflegeheimen dagegen ist dies die dominierende Erkrankung. Sie liegt mit 37,2% auf ähnlichem Niveau wie in den Wohngemeinschaften.

Tabelle 4.5:**Ärztliche Diagnosen der Bewohner von 7 WGs im Vergleich zu Bewohnern von Pflegeheimen - nach ICD 10 klassifiziert**

Ärztliche Diagnosen (ICD 10)¹	WGs (n=56) % der Bewohner	Pflegeheime (n=4334) % der Bewohner
Somatische Erkrankungen		
Herzkrankheiten und Krankheiten des Lungenkreislaufs (I20-I25; I00-I09)	40,0	37,2
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	60,0	34,9
Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69)	18,2	29,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	27,3	27,8
Hypertonie (I10-I15)	25,5	26,3
Psychische Erkrankungen		
Hirnorganische, einschließlich symptomatischer Störungen (F00-F09)	18,2	39,8
Affektive Störungen (F30-F39)	0,0	11,6
Schizophrenie, schizotype und wahnhaft Störungen (F20-F29)	0,0	5,4
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	5,5	3,8
Intelligenzminderung (F70-F79)	1,8	0,9
¹ Der Pflegedokumentation der ambulanten Dienste/Wohngemeinschaften bzw. Pflegeheime entnommen, Mehrfachdiagnosen möglich		

Im Vergleich mit den Pflegeheimen werden in den Wohngemeinschaften weitaus weniger psychische Erkrankungen diagnostiziert. Hirnorganische, einschließlich symptomatischer Störungen liegen bei 18,2% der Bewohner vor, während in den Pflegeheimen bereits 39,8% der Bewohner an diesen Erkrankungen leiden. Affektive Störungen sowie Schizophrenie, schizotype und wahnhaft Störungen liegen im Gegensatz zum Pflegeheim gar nicht vor,

dagegen sind psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (5,5%) sowie Intelligenzminderung (1,8%) stärker vertreten.

Bei 31 der 56 WG-Bewohner, d.h. bei 63,3% erfolgte keine medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka in den letzten 4 Wochen. Von den 18 Bewohnern, die medikamentös behandelt werden, nehmen weitaus mehr als die Hälfte (57,9%) Neuroleptika ein, 31,6 % werden mit Acetylcholinesterasehemmern (31,6%) und 26,3 % mit Antidepressiva behandelt.

4.1.3 Besondere Aspekte bezüglich Menschen mit Demenzerkrankung

Das Instrumentarium des Pflege- und Verhaltensassessments (PVA) beinhaltet ein Pflegekräfteurteil, das relativ zuverlässig mittelschwere bis schwere Demenzsyndrome diagnostiziert. Unterschiedliche Formen der Demenz können damit nicht differenziert werden, ebenso wenig wie eine Abgrenzung zu anderen Störungsbildern, die mit schweren kognitiven Defiziten verbunden sind, gezogen werden kann. Dies muss der notwendigen ärztlichen Diagnose überlassen bleiben (Sozialministerium Baden-Württemberg 2004, 39). Anhand der mit dem PVA vorgenommenen Einschätzung sind in den Wohngemeinschaften drei Viertel der Bewohner an mittelschwerer bis schwerer Demenz erkrankt. Ihr Anteil liegt damit etwas über dem Anteil in der entsprechenden Bewohnergruppe im Pflegeheim (75% zu 71,1%).

Tabelle 4.6:

Anteile der Bewohner mit mittelschwerer bis schwerer Demenz von 7 WGs im Vergleich zu Bewohnern von Pflegeheimen (Pflegekräfteurteil PVA-Demenz-Screening)

	Bewohner/innen mit mittelschwerer bis schwerer Demenz n (%)		Bewohner/innen ohne oder mit leichter Demenz n (%)	
	WGs	Pflegeheime	WGs	Pflegeheime
Pflegekräfteurteil (PVA-Demenz-Screening)				
	42 ¹ (75,0)	2935 ¹ (71,1)	14 ¹ (25,0)	1195 ¹ (28,9)
¹ Anzahl der Bewohner/innen, für die die betreffende Variable vorliegt (Differenzen zur Gesamtzahl der erfassten Bewohner/innen sind auf fehlende Werte zurückzuführen)				

Tabelle 4.7:**Alterszusammensetzung der Bewohner von 7 WGs im Vergleich zu Pflegeheimen aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Demenzerkrankung**

Altersklasse	Mittelschwere bis schwere Demenzerkrankung n (%)		ohne oder mit leichter Demenzerkrankung n (%)	
	WG	Pflegeheim¹	WG	Pflegeheim¹
Bis 69 Jahre	7 (16,7)	200 (6,8)	4 (28,6)	143 (12,0)
70-79 Jahre	17 (40,5)	519 (17,7)	2 (14,3)	297 (24,9)
80-89 Jahre	12 (28,6)	1433 (48,8)	4 (28,6)	505 (42,2)
90 Jahre u.ä.	6 (14,3)	782 (26,7)	4 (28,6)	250 (20,9)
Gesamt	42 (100,0)	2934 (100,0)	14 (100,0)	1195 (100,0)
¹ nach eigenen Berechnungen; Anzahl der Bewohner/innen, für die die betreffende Variable vorliegt. Differenzen zur Gesamtzahl der erfassten Bewohner/innen sind auf fehlende Angaben zurückzuführen				

Bei der Betrachtung des Demenzgrades im Zusammenhang mit dem Alter lässt sich feststellen, dass in den Wohngemeinschaften ein höherer Anteil jüngerer Bewohner (bis 79 Jahre) an mittelschwerer bis schwerer Demenz leidet (57,2 %) als im Pflegeheim (24,5 %). Anders ausgedrückt könnte dies darauf hindeuten, dass insbesondere jüngere, an Demenz erkrankte Menschen in Wohngemeinschaften einziehen, bzw. Angehörige oder Betreuer diese Wohnform für jüngere Männer als angemessener betrachten. Ansonsten ist mit Ausnahme der 70-79jährigen (14,3 %) der Anteil der Bewohner in WGs, die nicht oder nur leicht demenzkrank sind, über alle Altersgruppen jeweils gleich verteilt (je 28,6 %).

Tabelle 4.8:**Psychiatrische Behandlung Demenzkranker in 7 WGs**

Psychiatrische Behandlung in den letzten 4 Wochen von Bewohnern mit mittelschwerer bis schwerer Demenz in den Wohngemeinschaften		
	N=41	%
Keine	37	67,3
nur ambulant	3	5,5
nur stationär	0	0,0
ambulant und stationär	1	1,8
Behandlung durch Gerontopsychiater	5	13,2

Alle 56 Bewohner der Wohngemeinschaften hatten in den letzten 4 Wochen Kontakt zu einem Arzt, davon 42,9 % wöchentlich oder häufiger. Tabelle 4.8 zeigt, dass 3 Bewohner ambulant und ein Bewohner ambulant und stationär in psychiatrischer Behandlung waren. Dabei handelt es sich um Bewohner mit mittelschwerer bis schwerer Demenz.

Medikamentöse Behandlungen mit Psychopharmaka gab es in den Wohngemeinschaften bei 53,7 % der Bewohner mit mittelschwerer bis schwerer Demenz. Unter den WG-Bewohnern ohne oder mit leichter Demenz erhielten 14,3 % der WG-Bewohner Psychopharmaka. Beide Daten beziehen sich auf einen 4-Wochen-Zeitraum vor dem Erhebungsstichpunkt.

Freiheitsentziehende Maßnahmen, die jeweils einmal oder häufiger in den vergangenen vier Wochen vorkamen, waren: Bettgitter oder Stecktisch bei 32,1 % der WG-Bewohner und ein Fixiergurt bei 3,6 % der Bewohner.

Tabelle 4.9:**Demenzerkrankung und Gehfähigkeit bzw. Bettlägerigkeit der Bewohner von 7 WGs im Vergleich zu Bewohnern von Pflegeheimen**

	Bewohner mit mittelschwerer bis schwerer Demenz n (%)		Bewohner ohne oder mit leichter Demenz n (%)	
	WGs	Pflegeheime	WGs	Pflegeheime
Gehfähigkeit	42¹ (100,0)	2888¹ (100,0)	14¹ (100,0)	1515¹ (100,0)
nicht gehfähig	19 (45,2)	1469 (50,9)	6 (42,9)	340 (28,9)
gehfähig ²	23 (54,8)	1419 (49,1)	8 (57,1)	835 (71,1)
Bettlägerigkeit	41¹ (100,0)	2875¹ (100,0)	14¹ (100,0)	1519¹ (100,0)
überwiegend bettlägrig ³	9 (22,0)	713 (24,8)	1 (7,1)	72 (6,2)
nicht bettlägrig	32 (78,0)	2162 (75,2)	13 (92,9)	1095 (93,8)
¹ Anzahl der Bewohner/innen, für die die betreffende Variable vorliegt (Differenz zur Gesamtzahl der erfassten Bewohner/innen sind auf fehlende Werte zurückzuführen) ² gehfähig = mindestens 50 m allein oder mit Hilfsperson gehen ³ überwiegend bettlägrig = mehr als die Hälfte der Wachzeit im Bett				

Im Bereich der Mobilität ergeben sich deutliche Unterschiede zwischen Wohngemeinschafts- und Pflegeheimbewohnern insbesondere bei den nicht bzw. leicht dementiell erkrankten Bewohnern. Von dieser Gruppe sind in den Wohngemeinschaften ca. 43 % nicht gehfähig, während dies im Pflegeheim nur 28,9 % sind. (vgl. Tabelle 4.9).

Bei der Bettlägerigkeit lässt sich bei Bewohnern in den Wohngemeinschaften im Vergleich zu den Bewohnern von Pflegeheimen insgesamt keine große Differenz der Messwerte feststellen. Annähernd ein Viertel der schwer bzw. mittelschwer an Demenz erkrankten Bewohner in Wohngemeinschaften (22,0 %) und Pflegeheimen (24,8 %) sind überwiegend bettlägrig, bei leicht/nicht Demenzkranken sind dies 7,1% bzw. 6,2 %.

Tabelle 4.10:

Demenzerkrankung und Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten (Barthel-Index(mod.)) der Bewohner von 7 WGs im Vergleich zu Pflegeheimbewohnern

	Bewohner mit mittelschwerer bis schwerer Demenz		Bewohner ohne oder mit leichter Demenz	
	n (%)		n (%)	
Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten ²	WGs	Pflegeheime	WGs	Pflegeheime
	42¹ (100,0)	2663¹ (100,0)	14¹ (100,0)	1080¹ (100,0)
Keine Einschränkungen (105 Punkte)	1 (2,4)	14 (0,5)	2 (14,3)	157 (11,2)
Leichte Einschränkungen (91-104 Punkte)	2 (4,8)	97 (3,6)	1 (7,1)	256 (18,3)
Mäßige Einschränkungen (61-90 Punkte)	11 (26,2)	421 (15,8)	5 (35,7)	474 (33,8)
Starke Einschränkungen (0-60 Punkte)	28 (66,7)	2131 (80,0)	6 (42,9)	515 (36,7)
¹ Anzahl der Bewohner/innen, für die die betreffende Variable vorliegt. Differenzen zur Gesamtzahl der erfassten Bewohner/innen sind auf fehlende Werte zurückzuführen. ² Erfasste Einschränkungen in den primären Alltagsaktivitäten (Essen, Waschen, Toilettenbenutzung, Baden/Duschen, Ankleiden, Gehen, Gehen im Freien, Treppensteigen, Rollstuhlbenutzung, Kontrolle über Blase/Darm); Klassifikation der Barthel-Skala in Anlehnung an Shah et al. (1989)				

Starke körperliche Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (Tabelle 4.10) dominieren in beiden Wohnformen bei Bewohnern mit mittelschwerer bis schwerer Demenz mit deutlich höherem Wert bei Pflegeheimbewohnern (66,7 %) gegenüber WG-Bewohnern (80%). Mehr als ein Viertel der mittelschwer bis schwer Demenzerkrankten in Wohngemeinschaften hat mäßige Einschränkungen. In den Pflegeheimen sind dies nur 15,8 %.

Aus Tabelle 4.11 geht hervor, dass deutlich mehr Bewohner der Wohngemeinschaften mit mittelschwerer bzw. schwerer Demenz niedriger eingestuft sind als im Pflegeheim: 21 Bewohner, d.h. die Hälfte (50 %) der mittelschwer bzw. schwer an Demenz Erkrankten sind in den Wohngemeinschaften der Pflegestufe 1 zugeordnet, in den Pflegeheimen gilt dies nur für knapp ein Viertel (23,8 %). In Pflegestufe 2 sind dagegen 28,6 % der mittelschwer bzw.

schwer an Demenz Erkrankten in Wohngemeinschaften eingestuft, im Pflegeheim sind dies 48,7%. Hier ist auch ein Viertel (24,2 %) der Pflegestufe 3 zugeordnet, während Pflegestufe 0 verschwindend gering anzutreffen ist (2,1 %). In den Wohngemeinschaften dagegen sind mittelschwer bzw. schwer an Demenz Erkrankte jeweils in 7,1 % der Fälle in Pflegestufe 3 und Pflegestufe 0 eingestuft.

Tabelle 4.11:

Demenzerkrankung und Pflegestufen der Bewohner von 7 Wohngemeinschaften im Vergleich zu Pflegeheimbewohnern

Pflegestufe nach SGB XI	Bewohner mit mittelschwerer bis schwerer Demenz Anzahl (%)		Bewohner ohne oder mit leichter Demenz Anzahl (%)	
	WGs n = 42 ¹	Pflegeheime n = 2933 ¹	WGs n = 13 ¹	Pflegeheime n = 1190 ¹
Pflegestufe 0	3 (7,1)	61 (2,1)	0 (0)	154 (12,9)
Pflegestufe 1	21 (50,0)	699 (23,8)	8 (61,5)	510 (42,9)
Pflegestufe 2	12 (28,6)	1429 (48,7)	4 (30,8)	405 (34,0)
Pflegestufe 3	3 (7,1)	709 (24,2)	0 (0)	58 (4,9)
Beantragt, noch kein Ergebnis	3 (7,1)	24 (0,8)	0 (0)	16 (1,3)
Kein Antrag gestellt	0 (0)	11 (0,4)	1 (7,7)	47 (3,9)
Summe	42 (99,9)	2.933 (100,0)	13 (100,0)	1.190 (99,9)
¹ Anzahl der Bewohner/innen, bei denen die betreffende Variable vorliegt (Differenzen zur Gesamtzahl der erfassten Bewohner/innen sind auf fehlende Werte zurückzuführen)				

Im Zusammenhang mit dementiellen Erkrankungen können bei den betroffenen Personen Verhaltensauffälligkeiten auftreten. Die Cohen Mansfield-Skala misst diese Verhaltensauffälligkeiten. Die Skala ist in modifizierter Form (mCMAI) im PVA integriert. In Tabelle 4.12 sind die Ergebnisse der Dokumentation der Verhaltensauffälligkeiten der Bewohner bezogen auf einen Zeitraum von 2 Wochen dargestellt. Danach sind die häufigsten Verhaltensauffälligkeiten in Wohngemeinschaften „abweichende Ausdrucksformen“ (14,3 %), gefolgt von „Sich selbst verletzen“, „Gefährdung durch Weglaufen“, „Nahrungsverweigerung“, „Anhaltendes Schreien“, und „ständige Suche nach Zuwendung“ mit jeweils 10,7 %. In den Pflegeheimen sind dies vor allem „Abweichende Ausdrucksformen“ (21,5 %), „Ausgeprägte Antriebsstörungen“ (15,2 %),

„Nahrungsverweigerung“ (14,2 %), „Ständige Suche nach Zuwendung“ (13,6 %), „Anfassen anderer mit schmutzigen Händen“ (11,6 %) und „Schlagen“ (10,9 %).

Tabelle 4.12:

Verhaltensauffälligkeiten (mCMAI-Items) der Bewohner von 7 Wohngemeinschaften im Vergleich zu Pflegeheimbewohnern

Verhaltensauffälligkeiten (mCMAI-Items) (mind. einmal in den vergangenen zwei Wochen vorgekommen)	WG %	Pflegeheim %
Schlagen	3,6	10,9
Treten	3,6	5,0
Anfassen andere mit schmutzigen Händen	5,4	11,6
Stossen andere	0,0	3,9
Werfen mit harten Gegenständen	1,8	1,8
Beißen	1,8	2,4
Kratzen/Kneifen	7,1	6,8
Bespucken anderer	3,6	2,6
Sich selbst verletzen	10,7	2,0
Zerreißen/Zerstören fremden Eigentums	0,0	3,1
Sexuelle Annäherungsversuche (körperlich)	1,8	1,9
Eindringen in fremde Räume, liegen in fremden Betten	5,4	8,5
Inadäquates An- und Ausziehen	0,0	8,3
Gefährdung durch Weglaufen	10,7	7,5
Absichtliches Fallen	0,0	2,0
Essen/Trinken ungeeigneter Substanzen	7,1	2,8
Nahrungsverweigerung	10,7	14,2
Urinieren/Einkoten in Wohnräumen	5,4	4,0
Gegenstände verstecken/verlegen/sammeln	1,8	6,8
Ausführen von Manierismen	1,8	6,9
Intensive Beweglichkeit	7,1	8,7

Verhaltensauffälligkeiten (mCMAI-Items) (mind. einmal in den vergangenen zwei Wochen vorgekommen)	WG %	Pflegeheim %
Anhaltendes Schreien	10,7	8,6
Abweichende Ausdrucksformen	14,3	21,5
Gefährdung anderer durch Fehlhandlungen	3,6	1,2
Ständige Suche nach Zuwendung	10,7	13,6
Ausgeprägte Antriebsstörungen	1,8	15,2

Tabelle 4.13 verdeutlicht den starken Zusammenhang von Verhaltensauffälligkeiten und dementieller Erkrankung:

Tabelle 4.13:

Demenzerkrankung und Verhaltensauffälligkeiten (mCMAI-Items) der Bewohner von 7 Wohngemeinschaften im Vergleich zu Pflegeheimbewohnern

Verhaltensauffälligkeiten (mCMAI-Items) (mind. einmal in den vergangenen zwei Wochen vorgekommen)	Bewohner mit mittelschwerer bis schwerer Demenz %		Bewohner ohne oder mit leichter Demenz %	
	WG	Pflege- heim	WG	Pflege- heim
Schlagen	4,8	14,8	0,0	2,1
Treten	4,8	6,9	0,0	0,5
Anfassen andere mit schmutzigen Händen	7,1	15,4	0,0	3,0
Stossen anderer	0,0	5,1	0,0	1,4
Werfen mit harten Gegenständen	2,4	2,5	0,0	0,5
Beißen	2,4	3,4	0,0	0,3
Kratzen/Kneifen	9,5	9,4	0,0	0,6
Bespucken anderer	4,8	3,7	0,0	0,3
Sich selbst verletzen	14,3	2,7	0,0	0,3
Zerreißen/Zerstören fremden Eigentums	0,0	4,1	0,0	0,7

Verhaltensauffälligkeiten (mCMAI-Items) (mind. einmal in den vergangenen zwei Wochen vorgekommen)	Bewohner mit mittelschwerer bis schwerer Demenz %		Bewohner ohne oder mit leichter Demenz %	
	WG	Pflege- heim	WG	Pflege- heim
Sexuelle Annährungsversuche (körperlich)	2,4	2,3	0,0	1,2
Eindringen in fremde Räume, Liegen in fremden Betten	7,1	11,9	0,0	0,9
Inadäquates An- und Ausziehen	0,0	11,7	0,0	0,8
Gefährdung durch Weglaufen	14,3	10,7	0,0	0,5
Absichtliches Fallen	0,0	2,4	0,0	1,2
Essen/Trinken ungeeigneter Substanzen	7,1	3,8	7,1	0,3
Nahrungsverweigerung	14,3	18,4	0,0	4,2
Urinieren/Einkoten in Wohnräumen	7,1	5,4	0,0	0,7
Gegenstände verstecken, verlegen, sammeln	2,4	9,1	0,0	2,0
Ausführen von Manierismen	2,4	9,3	0,0	1,0
Intensive Beweglichkeit	9,5	11,6	0,0	2,2
Anhaltendes Schreien	14,3	11,3	0,0	2,3
Abweichende Ausdrucksformen	19,0	26,4	0,0	11,2
Gefährdung anderer durch Fehlhandlungen	4,8	1,7	0,0	0,3
Ständige Suche nach Zuwendung	11,9	17,1	7,14	6,4
Ausgeprägte Antriebsstörungen	0,0	17,6	7,14	6,8

In den Wohngemeinschaften sind Verhaltensauffälligkeiten weitestgehend auf Personen mit mittelschweren bis schweren Demenzerkrankungen beschränkt. Die Bewohner mit leichter Demenz in Wohngemeinschaften zeigen zum größten Teil keine Verhaltensauffälligkeiten mit Ausnahme „Ausgeprägter Antriebsstörungen“, „Ständiger Suche nach Zuwendung“ und „Essen/Trinken ungeeigneter Substanzen“. Im Gegensatz dazu sind unterschiedliche Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit leichter Demenz im Pflegeheim in fast allen mit dem CMAI erfassten Items vorhanden, allerdings mit einem geringen Anteil. Eine Ausnahme

bilden „Abweichende Ausdrucksformen“ – ein Merkmal, das im Pflegeheim auch bei nicht bzw. leicht demenzkranken Bewohnern in 11,2 % der Fälle vorkommt.

Verhaltensauffälligkeiten bei Pflegeheimbewohnern mit mittelschwerer bis schwerer Demenz sind tendenziell häufiger zu beobachten als in der Erhebung bei WG-Bewohnern mit mittelschwerer bis schwerer Demenz. Dies gilt z. B. bei: „Inadäquates An-/Ausziehen“, „Schlagen“, „Anfassen anderer mit schmutzigen Händen“, „Stoßen anderer“, „Nahrungsverweigerung“, „Eindringen in fremde Räume/Liegen in anderen Betten“, „Gegenstände verstecken, verlegen, sammeln“, „Abweichende Ausdrucksformen“, „Ausgeprägte Antriebsstörungen“ und „Ständiger Suche nach Zuwendung“.

Andererseits ist z.B. bei den Items „Sich selbst verletzen“, „Gefährdung durch Weglaufen“ und „Anhaltendes Schreien“ die Zahl mittel- bis schwer demenzkranker WG-Bewohner deutlich höher als die Zahl betroffener Pflegeheimbewohner.



Beim Nachmittagskaffee in einer der Wohngemeinschaften im Haus Veronika

4.1.4 Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen

Soziale Kontakte spielen für die Lebensqualität generell eine wichtige Rolle. Es ist davon auszugehen, dass räumliche Nähe Besuche und Kontakte zwischen Angehörigen und Bekannten erleichtert. Die Mehrzahl der Bewohner der Wohngemeinschaften (87,5 %) hatte in den dem Erhebungszeitpunkt vorangegangenen 4 Wochen mindestens einmal Besuch von Verwandten oder Bekannten. 44,6 % empfing mindestens einmal pro Woche Besuch. Dies liegt deutlich unter den Sozialkontakten bei den Bewohnern der Pflegeheim-Erhebung, von denen mehr als die Hälfte in den letzten vier Wochen mindestens einmal wöchentlich Besuch erhalten haben.

Kinder bzw. Schwiegerkinder sind in den Wohngemeinschaften (41,5 %) wie im Pflegeheim die Hauptkontaktpersonen. Im Pflegeheim sind sie zu 56,2 % bei Demenzzkranken und zu 48,6% bei Nichtdemenzzkranken die Hauptkontaktpersonen. Ehepartner liegen mit 18,9 % an zweiter Stelle, gefolgt von anderen Familienmitgliedern mit 17 %.

Wie intensiv Angehörige in die Versorgung der Bewohner in den Wohngemeinschaften im Vergleich zum Pflegeheim mit einbezogen werden, zeigen die Ergebnisse aus Tabelle 4.14. Die Werte können allerdings nur eine Häufigkeit darstellen, nicht aber die Beziehungsqualität und den Umfang bzw. Art der Einbindung abbilden.

Tabelle 4.14:

Einbindung von Angehörigen in die Versorgung der Bewohner von 7 WGs im Vergleich zu Bewohnern von Pflegeheimen - unterteilt nach Heimgröße

	WGs	Pflegeheime		
Einbindung von Angehörigen in die Bewohnerversorgung	WG je6 – 12 Bewohner (N = 46) %	<50 Plätze (N=433 Bew.) %	50–100 Plätze (N= 1296 Bew.) %	>100 Plätze (N= 2686 Bew.) %
Angehörige <i>mind. 1x monatlich</i> in die Versorgung eingebunden	79,6	87,0	76,6	70,9
Angehörige <i>mind. 1x wöchentlich</i> in die Versorgung eingebunden	43,5	62,4	50,8	41,2
- mit pflegerischen Tätigkeiten	19,6	24,5	22,8	17,2
- mit Betreuung	65,3	79,2	70,6	66,5
- mit hauswirtschaftlichen Tätigkeiten	21,8	30,4	18,9	19,2

Tabelle 4.14 zeigt, dass bei 43,5 % der Bewohner in den WGs Angehörige mindestens einmal wöchentlich in die Versorgung eingebunden sind, das entspricht dem Anteil der großen Heime. Knapp 80 % erhalten mindestens einmal monatlich Unterstützung von ihren Angehörigen. Allgemein lässt sich feststellen, dass sich in allen Wohnformen ein höherer Anteil an Angehörigen 1x monatlich engagiert (79,6 %) als 1x wöchentlich (42,9 %). Dabei liegt der Schwerpunkt in der Betreuung. Pflegerische Tätigkeiten werden in beiden betrachteten Wohnformen von einem ähnlich hohen Prozentsatz der Angehörigen verrichtet. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernehmen am ehesten Angehörige von Bewohnern kleiner Pflegeheime (30,4 %).

Die Erhebung mittels PVA beinhaltete auch Fragen zum Engagement von Ehrenamtlichen. Bei der Auswertung hat sich jedoch herausgestellt, dass die Daten nicht verwertbar sind.

4.2. Längsschnittuntersuchung: Wohngemeinschaft Drosselweg

In der Wohngemeinschaft Drosselweg (WGD) wurden in einer dreijährigen Längsschnittuntersuchung vom 1.12.2001 bis 1.12.2004 Veränderungen bei der Bewohnerschaft insgesamt und bei den Hilfebedarfen der einzelnen Bewohner anhand des Pflege- und Verhaltensassessments (PVA) dokumentiert. Die Erhebungen fanden in vierteljährlichem Abstand statt und bezogen sich auf zwischen 7 und 9 Bewohner, je nachdem, wie viel Bewohner zum jeweiligen Zeitpunkt vorhanden waren. Insgesamt wurden 12 Messzeitpunkte berücksichtigt.

4.2.1 Soziodemographische Daten

In der Wohngemeinschaft Drosselweg wohnen zum Zeitpunkt der letzten Erhebung im Februar 2005 der Mehrzahl Frauen (9 von 10 Bewohnern), der einzige Mann ist Ehepartner einer Bewohnerin.

Tabelle 4.15:

Einzugs- und Austrittsalter in der WG Drosselweg

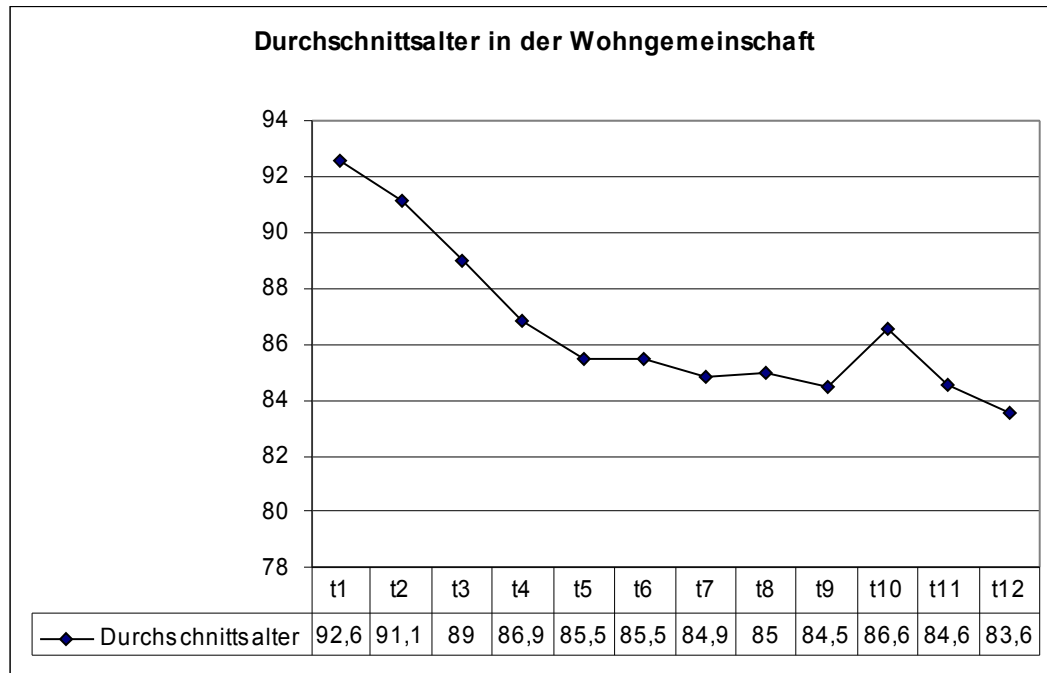
Einzugsalter der Bewohner in die Wohngemeinschaft Drosselweg					
Anzahl der Bewohner am Stichtag 24.02.2005:					10
Durchschnittsalter beim Einzug der derzeitigen Bewohner:					85,8 Jahre
				MIN:	77,7 Jahre
				MAX:	93,6 Jahre
Anzahl verstorbene Bewohner seit Erstbezug:					13
Durchschnittsalter der verstorbenen Bewohner beim Einzug:					87,5 Jahre
				MIN:	70,6 Jahre
				MAX:	93,8 Jahre
Anzahl der ausgezogenen Bewohner:					6
Durchschnittsalter der umgezogenen Bewohner beim Einzug:					80,4 Jahre
				MIN:	67,3 Jahre
				MAX:	87,7 Jahre
Anzahl aller Bewohner:					29
Durchschnittsalter aller Bewohner beim Einzug:					85,4 Jahre
				MIN:	67,3 Jahre
				MAX:	93,8 Jahre

Das Alter bei Einzug (Tabelle 4.15) lag bei den im Februar 2005 vorhandenen Bewohnern zwischen 77,7 und 93,6 Jahren, im Durchschnitt bei 85,8 Jahren. Es haben seit Gründung im Jahr 2000 insgesamt 29 Bewohner in der WGD gelebt. Davon sind 6 Bewohner ausgezogen

und 13 verstorben. Das Durchschnittseinzugsalter der verstorbenen Bewohner lag mit 87, 5 Jahren deutlich (7,1 Jahre) über dem Durchschnittseinzugsalter der ausgezogenen Bewohner (80,4 Jahre).

Tabelle 4.16:

Längsschnittvergleich t_1 bis t_{12} in der WG Drosselweg – Durchschnittsalter



Das Durchschnittsalter der Bewohner in der Wohngemeinschaft Drosselweg ist in den Jahren des Erhebungszeitraums kontinuierlich von 92,6 Jahre auf 83,6 Jahre gefallen. Die stärkste Veränderung mit einem Altersunterschied von ca. 7 Jahren ist dabei im ersten Erhebungsjahr zu verzeichnen, danach ist der Altersunterschied nicht mehr so gravierend. Insgesamt liegt das zuletzt erhobene Durchschnittsalter auf dem Niveau der Pflegeheime (83,4 Jahre), aber deutlich über dem Altersdurchschnitt der Wohngemeinschaften in der Querschnittsstudie (78,8 Jahre).

Tabelle 4.17:
Wohndauer bei unterschiedlicher Bezugsgröße

Wohndauer in der Wohngemeinschaft Drosselweg						
Anzahl der derzeitigen Bewohner:						10
Durchschnittliche Wohndauer der derzeitigen Bewohner:						1,5 Jahre
					MIN:	0,2 Jahre
					MAX:	5,0 Jahre
Anzahl der verstorbenen Bewohner:						13
Durchschnittliche Wohndauer der verstorbenen Bewohner (Todesstag):						1,7 Jahre
					MIN:	0,5 Jahre
					MAX:	3,5 Jahre
Anzahl der umgezogenen Bewohner:						6
Durchschnittliche Wohndauer der ausgezogenen Bewohner (Auszugstag):						0,6 Jahre
					MIN:	0,0 Jahre
					MAX:	1,6 Jahre
Anzahl aller Bewohner:						29
Durchschnittliche Wohndauer der Bew. zum Erhebungszeitpunkt:						1,4 Jahre
					MIN:	0,0 Jahre
					MAX:	5,0 Jahre

Betrachtet man die Verweildauer von Bewohnern, die aus der WG ausgezogen oder verstorben sind, so kann man feststellen, dass die 13 bisher Verstorbenen durchschnittlich 1,67 Jahre in der WGD verbracht haben, die 6 Bewohner, die ausgezogen sind, nur durchschnittlich 0,58 Jahre.

Tabelle 4.18: Sterbeort und Umzugsort

Sterbeort	
Anzahl der verstorbenen Bewohner:	13
Anzahl der in der WG verstorbenen Bewohner:	10
Anzahl der im Krankenhaus verstorbenen Bewohner:	3
Umzugsort	
Anzahl der umgezogenen Bewohner:	6
Umzug in stationäre Pflegeeinrichtung:	3
davon in stationäre Pflege Haus am Kappelberg:	2
davon in andere stationäre Pflegeeinrichtung:	1
Umzug in Betreutes Wohnen:	1
davon in Betreutes Wohnen Haus am Kappelberg:	1
in anderes Betreutes Wohnen :	0
Umzug in eigene Häuslichkeit:	1
Umzug zu Angehörigen:	1

Von den verstorbenen 13 Bewohnern sind 3 im Krankenhaus verstorben, 10 in der Wohngemeinschaft (Tabelle 4.18). Die 6 umgezogenen Bewohner hatten unterschiedliche Umzugsorte zum Ziel: 3 Bewohner sind ins Pflegeheim umgezogen, 1 ins Betreute Wohnen, 1 in die eigene Häuslichkeit und 1 zu Angehörigen. Der Umzug von der Wohngemeinschaft ins Pflegeheim hatte in zwei Fällen finanzielle Hintergründe: Die höhere Leistung der Pflegekasse im stationären Bereich war ausschlaggebend. Der dritte Umzug erfolgte wenige Tage nach Einzug in die WG aufgrund individueller Umstände auf Angehörigenseite.

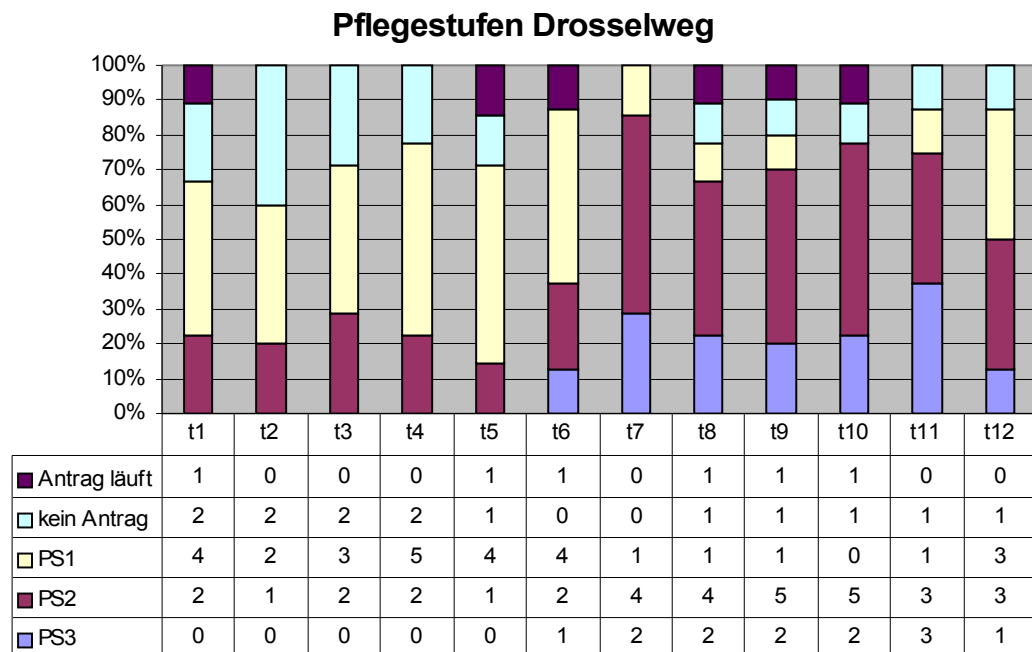
Tabelle 4.19:

Wohndauern in 27 stationären Pflegeeinrichtungen in Baden Württemberg (2002/2003) und in der Wohngemeinschaft Drosselweg im Vergleich zu früheren Erhebungen

Wohndauern²	1982	1987	1992	1995	1998	2002/03	WGD 2001-2004
Unter 3 Monaten	27,8%	20,8%	18,8%	21,0%	24,7%	17,9%	entfällt
3 bis unt. 6 Monate	10,4%	10,7%	10,2%	10,9%	10,1%	8,9%	entfällt
6 bis unt. 12 Monate	11,2 %	12,9%	10,7%	11,5%	12,1%	10,5%	entfällt
1 bis unt. 3 Jahre	25,1%	26,1%	29,5%	24,9%	23,7%	29,6%	entfällt
3 bis unt. 5 Jahre	11,5%	13,4%	12,2%	13,6%	11,4%	13,9%	entfällt
5 Jahre und mehr	14,0%	16,2%	18,8%	17,9%	19,3%		entfällt
Stichproben- umfang	356	544	666	2059	3259	1221 ¹	13
Durchschnitt in Jahren	2,2	2,5	2,8	2,8	2,7	3,1	1,7³ min. 0,5 max. 3,5

¹ Anzahl der Bewohner, für die die Wohndauer berechnet werden konnte
² In baden-württ. Pflegeheimen, die länger als 10 Jahre in Betrieb sind
³ „Betriebsdauer“ 3,5 Jahre

In Tabelle 4.19 werden Wohndauern in der Wohngemeinschaft und stationären Einrichtungen (Quelle: Bickel und Messmer 1995, Sozialministerium Baden-Württemberg, 2000b) dargestellt. Die Wohndauer meint den Zeitraum, den ein Bewohner vom Einzug bis zum Auszug oder Tod in der Wohngemeinschaft gewohnt hat; aktuelle Bewohner sind darunter nicht berücksichtigt. Der Vergleich zwischen Wohngemeinschaft und Pflegeheim ist methodisch nur eingeschränkt gerechtfertigt, da für die vorliegenden Pflegeheim-Vergleichsdaten ausschließlich Einrichtungen, die länger als 10 Jahre in Betrieb sind, berücksichtigt wurden. Für die WG Drosselweg werden wegen der geringen Anzahl die verstorbenen WG-Bewohner der Jahre 2001 bis 2004 insgesamt betrachtet. Die durchschnittliche Wohndauer der Verstorbenen von 1,7 Jahren in der WG Drosselweg liegt deutlich unter den Durchschnittswerten der Pflegeheime.

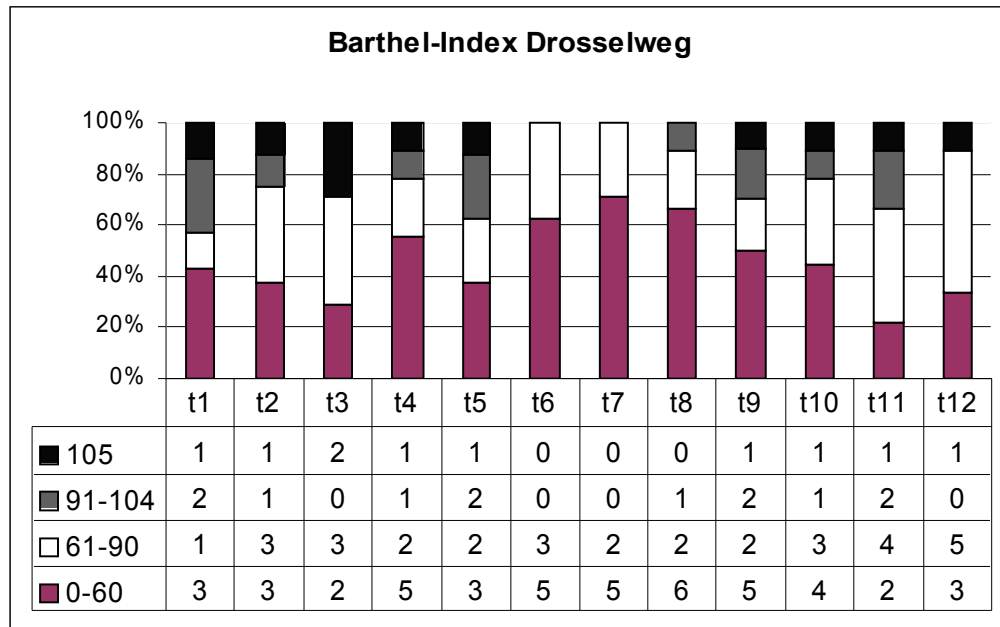
Tabelle 4.20:**Längsschnittvergleich t_1 - t_{12} WGD– Pflegestufen**

Über den Beobachtungszeitraum lassen sich starke Schwankungen in der Zusammensetzung der Bewohner nach Pflegestufen beobachten (Tabelle 4.21). Während bei t_1 bis t_5 Pflegestufe 1 dominiert und Pflegestufe 3 gar nicht existiert, nimmt zu den späteren Erhebungszeitpunkten der Anteil von Bewohnern mit höherer Pflegestufen zu. Am Erhebungszeitpunkt t_{12} hat sich die Struktur wieder gewandelt hin zu niedrigeren Pflegestufen. Eine genauere Analyse der Daten zeigt, dass diese Entwicklung sowohl ein Ergebnis der Veränderung der Hilfebedarfe der Bewohner über den Beobachtungszeitraum hinweg ist als auch aus Neueinzügen resultiert.

4.2.2 Hilfebedarfe

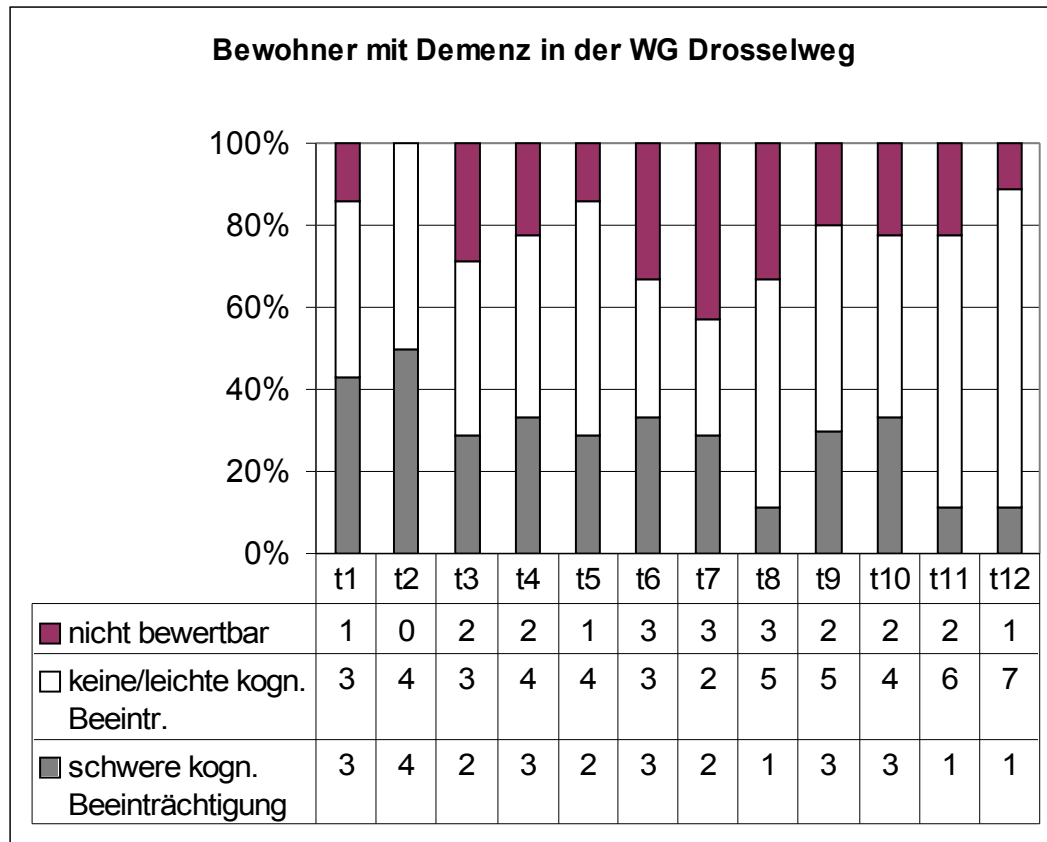
Tabelle 4.21:

Längsschnittvergleich t_1 - t_{12} WGD – Körperlicher Hilfebedarf nach Barthel-Index

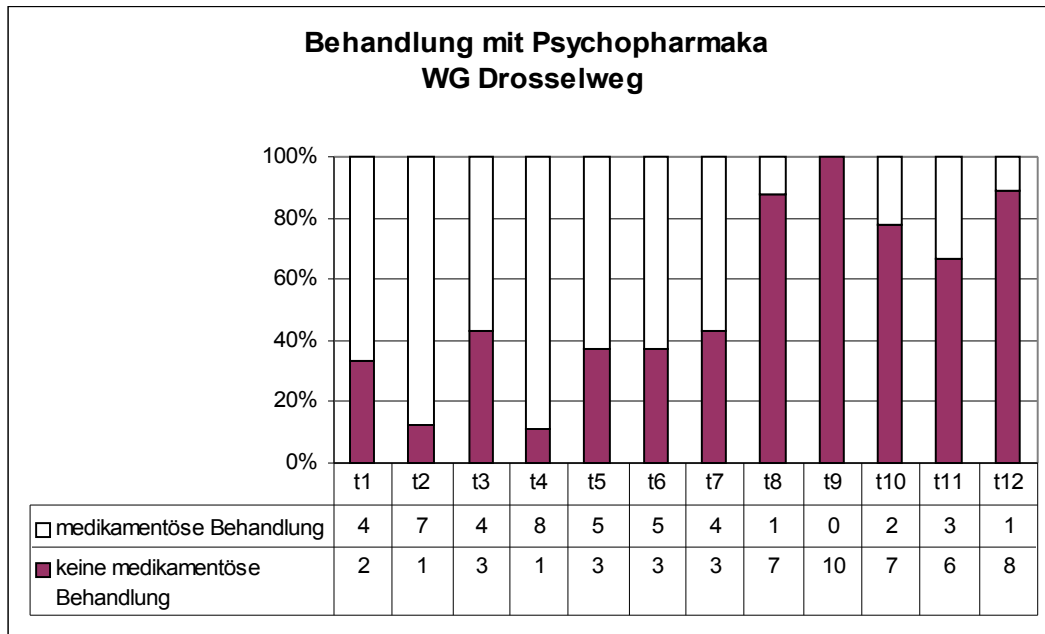
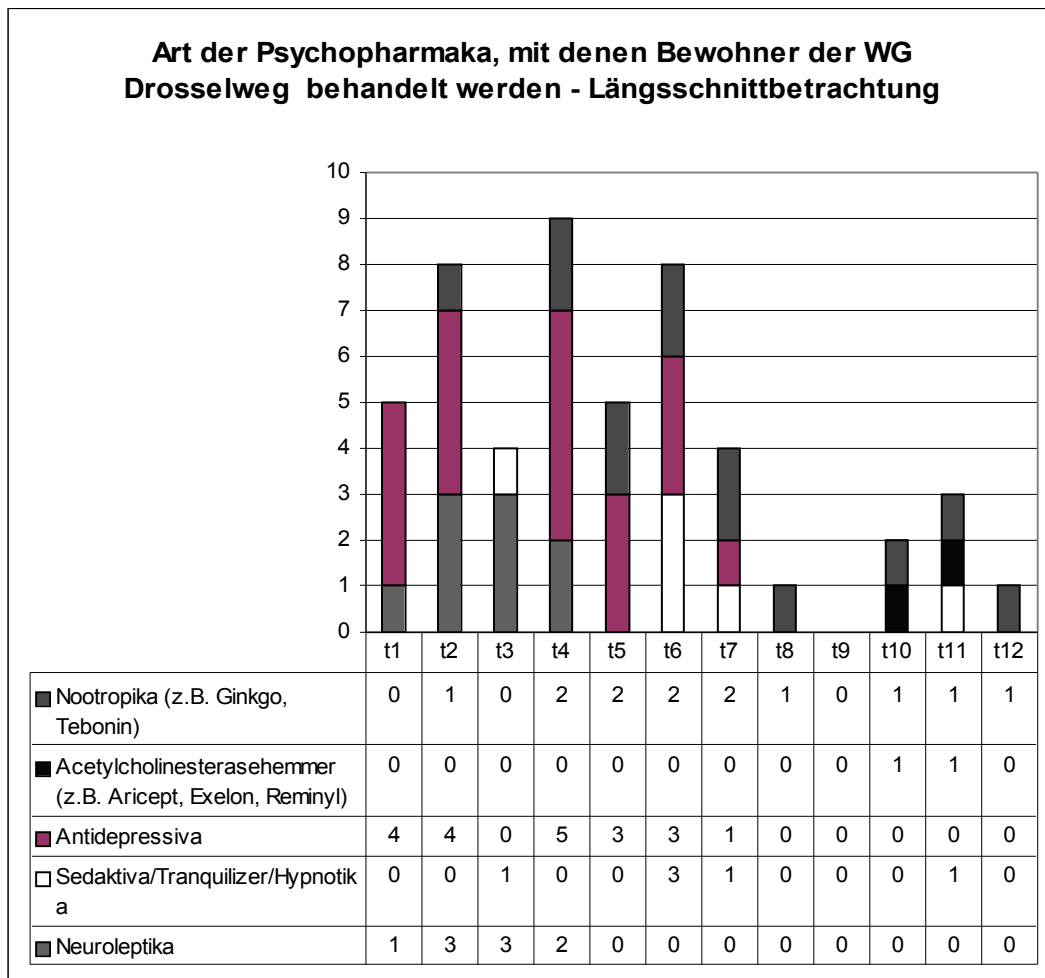


Der **körperliche Hilfebedarf** der Bewohnerschaft der WGD ist insgesamt deutlichen Schwankungen im Zeitverlauf unterworfen. Tabelle 4.21 zeigt Ergebnisse der Erhebung des Barthel-Index. Damit wird die physische Pflegeabhängigkeit beurteilt, indem Alltagsaktivitäten betrachtet werden. Maximal 105 Punkte sind erreichbar. Diese beschreiben eine Person, die sich z.B. ohne fremde Hilfe waschen und anziehen kann, selbständig essen kann, ihre Ausscheidungen kontrolliert, 45 m ohne Hilfe gehen und allein Treppen steigen kann. Das heißt noch nicht, dass diese Person auch in der Lage ist, selbständig zu leben, da u.a. psychosoziale Voraussetzungen nicht erfasst werden (Runge/Rehfeld 1995). Der Anteil der Bewohner der WG mit starken Einschränkungen (0-60 Punkte) variiert zwischen 2 und 6 Personen, liegt aber im Verlauf deutlich unterhalb der Werte der Pflegeheime (69,1 %) und der Wohngemeinschaften gesamt (60,7 %; vgl. Tabelle 4.4). Es gibt zu den Beobachtungszeitpunkten keine bettlägerigen Bewohner und die Zahl der Rollstuhlfahrer beschränkt sich auf max. 1-2 Personen.

Die im Rahmen des PVA erhobenen Daten zu kognitiven Beeinträchtigungen zeigen, dass in der Wohngemeinschaft Drosselweg beträgt der Anteil schwer dementiell erkrankter Bewohner schwankt (Tabelle 4.22). Bei einer Kapazität von ca. 9 Bewohnern sind durchschnittlich 3 Bewohner mittel bis schwer an Demenz erkrankt. Prozentual liegt der Anteil zwischen 12 % und 50 %. Zu den meisten Erhebungszeitpunkten hatte somit mehr als die Hälfte der Bewohner keine oder nur leichte kognitive Beeinträchtigungen.

Tabelle 4.22:
Längsschnittvergleich t₁-t₁₂ – Bewohner mit Demenz in der WG Drosselweg


Die Längsschnittbetrachtung der WG Drosselweg zeigt über die Erhebungszeit sinkende Psychopharmakaverordnungen. Neuroleptika wurden bei 1 bis 3 Bewohnern der WG Drosselweg nur im ersten Jahr des Bestehens verabreicht, später bei keinem der Bewohner mehr. Antidepressiva wurden in den letzten 5 Beobachtungszeitpunkten nicht verabreicht.

Tabelle 4.23:**Längsschnittvergleich t₁-t₁₂ WG Drosselweg – Behandlung mit Psychopharmaka****Tabelle 4.24:****Längsschnittvergleich t₁-t₁₂ WG Drosselweg – Art der Psychopharmaka**

4.2.3 Sozialkontakte, Aktivitäten und Betreuung

Die Bewohner der Wohngemeinschaft haben kontinuierlich soziale Kontakte zu anderen Mitbewohnern (Tabelle 4.25). Durchschnittlich ca. 80 % unterhalten sich gerne und häufig, sind interessiert. Der Anteil der Bewohner, die häufig oder gelegentlich Hobbies und Interessen nachgehen bzw. Spiele spielen, ist sehr schwankend: Er liegt im Verlauf der Erhebungen zwischen 10 % und 90 %.

Tabelle 4.25:

Längsschnittvergleich t_1 - t_{12} WG Drosselweg: Soziale Kontakte zu anderen Bewohnern in den letzten 4 Wochen

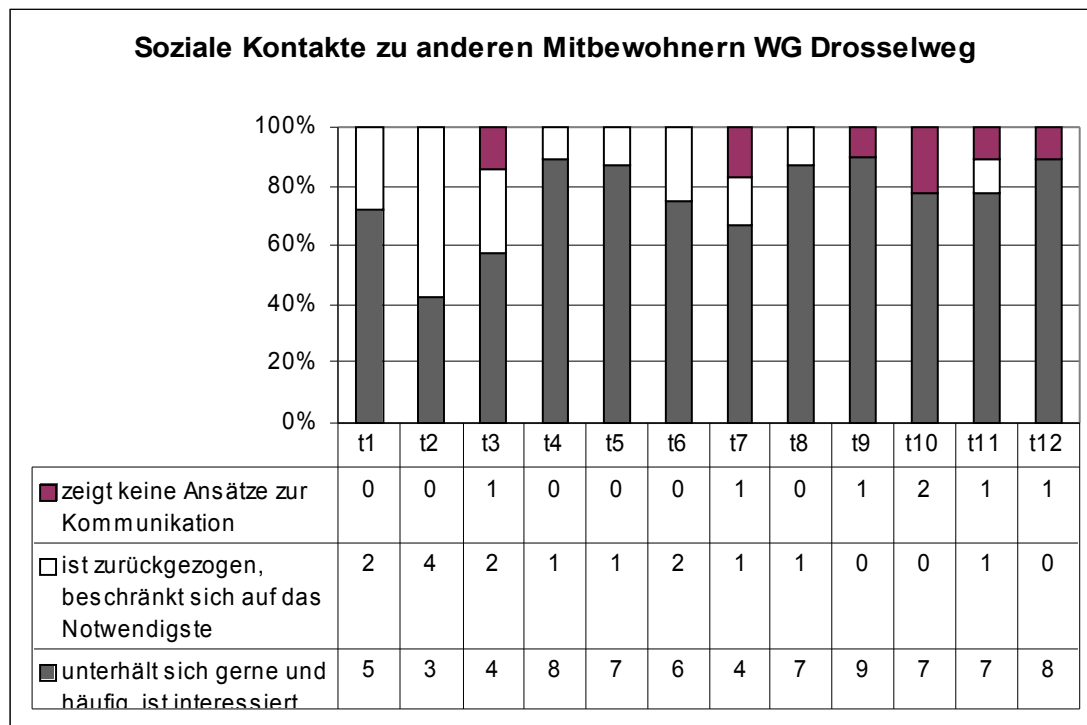
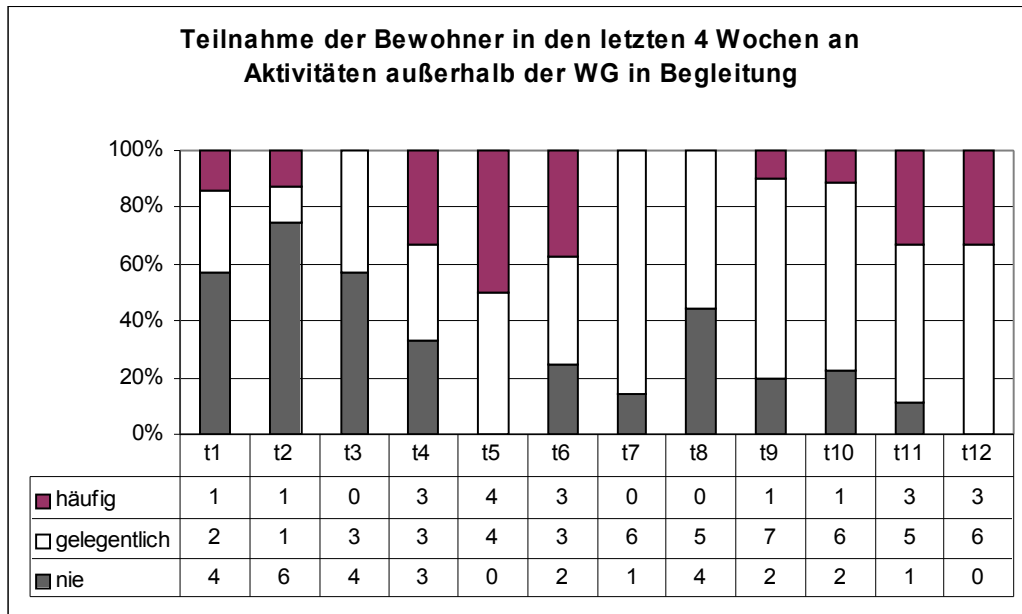


Tabelle 4.26:

Längsschnittvergleich t₁-t₁₂ WG Drosselweg – Teilnahme an Aktivitäten außerhalb der WG in den letzten 4 Wochen in Begleitung

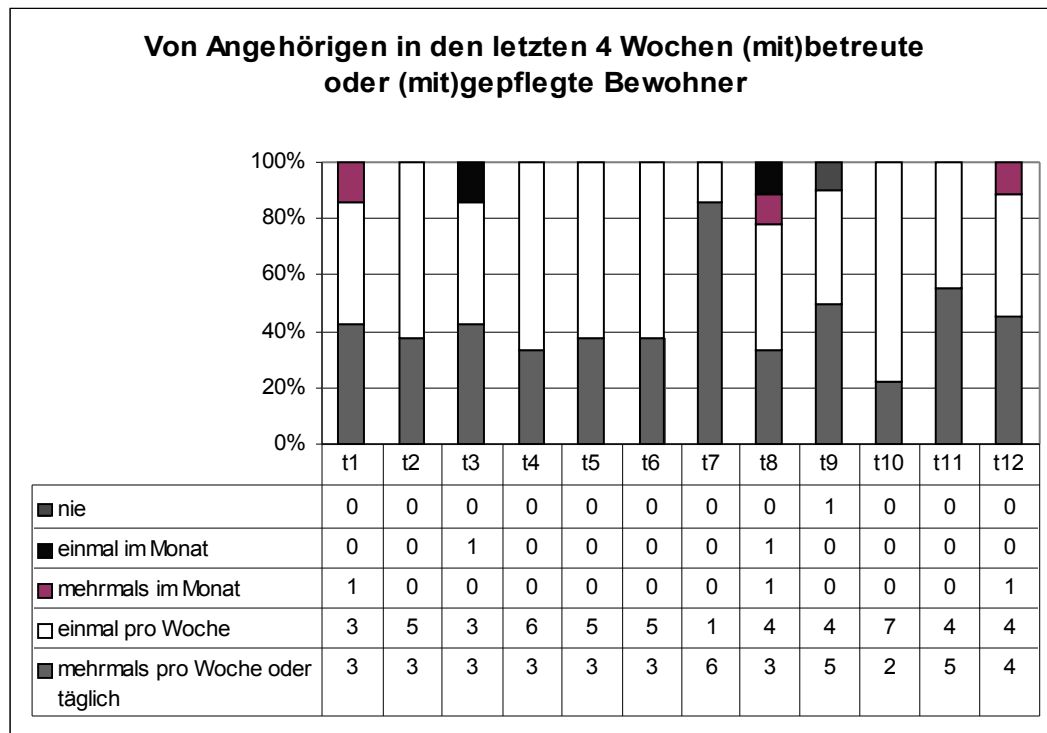


Die Teilnahme der Bewohner an Aktivitäten außerhalb des Hauses (vgl. Tabelle 4.26) ist bei Gründung der WG eher die Ausnahme. Die Mehrzahl der Bewohner kommt aber in Begleitung von anderen Personen häufig oder gelegentlich aus dem Haus. Dieser Anteil stieg bis 2004 auf 80% bis 100%.

Tabelle 4.27 zeigt, wie viele Bewohner wie häufig durch Angehörige in den dem Befragungszeitpunkt vorangegangenen 4 Wochen durch Betreuung und Pflege unterstützt wurden. Annähernd alle Bewohner können mindestens einmal pro Woche auf die Unterstützung ihrer Angehörigen bauen (78 bis 100 %). In der Regel haben ca. 30 bis 45 % der Bewohner mehrmals pro Woche oder täglich die Aufmerksamkeit externer Personen, ca. 40 bis 80 % einmal pro Woche.

Tabelle 4.27:

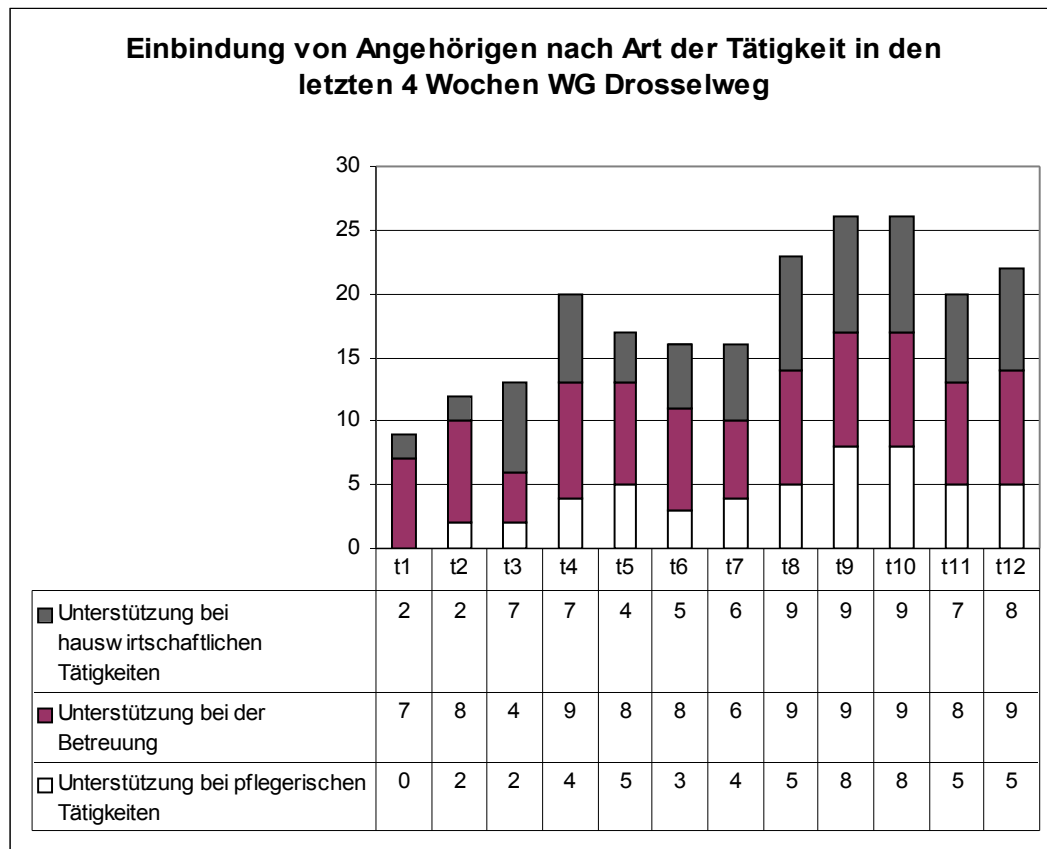
Längsschnittvergleich t_1 - t_{12} WG Drosselweg: Einbindung von Angehörigen in die Betreuung und/oder Pflege der Bewohner in den letzten 4 Wochen



In welchen Bereichen sich Angehörige engagieren, zeigt Tabelle 4.28. Das Unterstützungspotenzial durch Angehörige ist im Hinblick auf die Art der Unterstützung (Tätigkeiten im Haushalt, Betreuung, Pflege) unterschiedlich ausgeprägt. Die Unterstützung durch Angehörige im Bereich Betreuung ist für den gesamten Erhebungszeitraum eine vergleichsweise hohe und konstante Größe geblieben. In der Aufbauphase war das Engagement der Angehörigen bei den hauswirtschaftlichen Tätigkeiten noch gering ausgeprägt, nahm aber nach ca. einem dreiviertel Jahr deutlich zu und ist neben der Betreuung die stärkste und kontinuierlichste Art der Unterstützung geworden. Das pflegerische Engagement variiert sehr stark, bleibt insgesamt aber immer unter dem Engagement im Bereich der Betreuung und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Es ist anzumerken, dass sich aus den Werten keine zeitliche Intensität ablesen lässt.

Tabelle 4.28:

Längsschnittvergleich t_1 - t_{12} WG Drosselweg: Einbindung von Angehörigen in den letzten 4 Wochen



Die Skala von 0 bis 30 in Tabelle 4.28 stellt die Anzahl Bewohner, die in der betrachteten Dimension Hilfe erhalten haben, dar.

Ehrenamtliches Engagement in der WG Drosselweg beschränkte sich über die Dauer der Längsschnitterhebung jeweils auf eine Person. Deren Engagement betraf ausschließlich die Betreuung, das heißt es gab keine hauswirtschaftlichen oder pflegerischen Verrichtungen von dieser Seite. Zum Zeitpunkt t_3 hat sich die ehrenamtliche Person bei einer Bewohnerin täglich, bei einer weiteren öfter im Monat und bei zweien einmal im Monat engagiert. Zu 5 anderen Erhebungszeitpunkte (t_1 , t_2 , t_8 , t_9 , t_{11}) erhielt jeweils eine Bewohnerin die ehrenamtliche Aufmerksamkeit, und zwar einmal wöchentlich.

Bei t_4 , t_5 und t_6 kam zur einmal wöchentlichen Betreuung die mehrmals wöchentliche oder tägliche Betreuung einer weiteren Bewohnerin hinzu. Bei t_{10} war für zwei Bewohnerinnen einmal wöchentlich ehrenamtliche Betreuung festzustellen. Zum letzten Erhebungszeitpunkt t_{12} richtet sich einmal wöchentlich das Engagement auf alle Bewohner.

5. Das Betreuungssetting

5.1 Vorgaben der Heimaufsicht

Bei allen betrachteten Standorten wurde durch die jeweils zuständigen Heimaufsichtsbehörden, die in Baden-Württemberg auf Landkreisebene angesiedelt sind, festgestellt, dass der Geltungsbereich des Heimgesetzes berührt sei. Es fanden im Projektzeitraum 7 "Heimnachschaun" statt, zu denen Niederschriften vorliegen:

Für die WG Drosselweg erfolgten Begehungen am 25.01.2001, 16.10.2002, 12.02.2003 und 29.09.2004.

Beim Haus Veronika erfolgte am 23.09.2003 eine Heimnachschaun. Da es sich um die erste Heimnachschaun handelte, wurde im Vorfeld ein Fragebogen versandt und auch die Begehung angekündigt.

Für die Wohngemeinschaften Casa Vitale und Auf Hofen in Bad Dürkheim erfolgte nach mehreren Beratungsgesprächen der Heimaufsicht und Anforderung von schriftlichem Informationsmaterial eine unangekündigte Begehung am 14.07.2004 mit dem Ziel, die Voraussetzungen für die Zulässigkeit des Heimbetriebs zu klären.

Im Prinzip werden an die betrachteten Wohngemeinschaften keine anderen Anforderungen als an sämtliche stationären Altenpflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg gestellt. Neben den Vorgaben des Heimgesetzes und der zugehörigen Verordnungen wenden die Heimaufsichtsbehörden einen "Kriterienkatalog des Sozialministeriums vom 19.03.2003" an. Zu einigen Standards dieses Kriterienkatalogs besteht bis dato allerdings kein Einverständnis mit der Liga der freien Wohlfahrtspflege.

Die wesentlichen, bei den Begehungen in Fellbach, Bad Dürkheim und Stuttgart betrachteten Sachverhalte sind:

Personelle Anforderungen

Tagsüber:

- In jeder "Pflegeeinheit" muss auch an Wochenenden, Sonn- und Feiertagen im Tagdienst eine Fachkraft (im Sinne der HeimpersonalVO) ständig anwesend sein.

Nachts:

- Die Nachtabdeckung wird gebäudebezogen beurteilt: Die übliche Forderung lautet, dass mindestens eine Pflegefachkraft im Nachtdienst anwesend ist.
- Für das Haus Veronika reicht eine gemeinsame Fachkraft für alle Wohngemeinschaften.
- Für Bad Dürkheim wird zugebilligt, dass in einer der beiden Wohngemeinschaften eine Pflegefachkraft Dienst hat, während in der anderen Wohngemeinschaft eine

Person ohne Pflegeexamen anwesend sein darf. Hinzu kommt das Erfordernis einer Rufbereitschaft durch eine Pflegefachkraft.

- Für die WG Drosselweg lautet die Anforderung, dass durchgängig nachts eine Person anwesend und pflegefachliche Kompetenz rund um die Uhr in Rufbereitschaft abrufbar sein muss.

Arbeitsverträge und den Vorgaben entsprechende Qualifikationsnachweise müssen vorliegen. Das Vorhandensein wird lückenlos überprüft.

Umgang mit Arznei- und Betäubungsmitteln

- Medikamentenaufbewahrung (Schutz vor Zugriff Unbefugter, Schutz vor Zugriff des Bewohners bei den eigenen Medikamenten im Fall dementieller Erkrankung, abschließbare Deponierung von Betäubungsmitteln laut Betäubungsmittelgesetz, Aufzeichnungen zum Verbrauch)
- Überprüfung eventuellen Arzneimittelmisbrauchs seitens der Pflegekräfte durch Kontrolle der Pflegedokumentation u.a.
 - bei Bedarfsmedikation Dokumentation der Indikation zur Verabreichung und Dokumentation der eingesetzten Dosierung
 - bei Medikamentengabe das Vorliegen der schriftlichen ärztlichen Verordnung

Pflegedokumentation

- Vorhandensein der ärztlicherseits zu erbringenden Nachweise, z.B.
 - Nachweis, dass keine ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane existiert
 - Lückenloses Vorhandensein schriftlicher ärztlicher Verordnungen
 - konkrete Dosierungsangaben bei Bedarfsmedikation
- Überprüfung der Pflegedokumentation
 - Vorhandensein und Führen von Lagerungsplänen
 - Vorhandensein und Führen von Einfuhrplänen
 - standardisierte Erfassung der Dekubitusgefährdung
 - Kontinuierliche Anpassung der schriftlich dokumentierten Pflegeplanung
 - Verständlichkeit, Nachvollziehbarkeit und Vollständigkeit der Dokumentation
 - Plausibilität und Vollständigkeit der Leistungsnachweise

Das Führen der Pflegedokumentation der ambulanten Pflegedienste und der Leistungsnachweise werden in der Wohngemeinschaft Drosselweg seit Ende 2002 im Zuge der Heimnachscha nicht überprüft. Gegebenenfalls überprüft der MDK deren Pflegeplanungen und Dokumentation bei Qualitätsprüfungen des jeweiligen ambulanten Dienstes.

- Stichprobenmäßige **Bewohner-Begutachtung**

Freiheitsentziehende Maßnahmen

- Überprüfung von Vorhandensein
- Vorliegen der rechtlichen Voraussetzungen bei Anwendung
- Umgang damit

Hygiene

- Vorhandensein von Hygieneplänen und Desinfektionsplänen "aller relevanten Funktionsbereiche"
- Vorhandensein von "hygienisch einwandfreiem Handwaschzubehör" (Desinfektionsmittelspender in der Küche und in den Toiletten, Einmalhandtücher)

Bei einer der Begehungen wurde auch als Anforderung formuliert:

- Arbeitskleidung für die Mitarbeiter und Schutzkleidung z.B. bei Umgang mit Lebensmitteln und Essen reichen ist erforderlich
- Beim Personal kurzgeschnittene Fingernägel ohne Nagellack

Mitwirkungsrechte sind über einen Heimbeirat oder Heimfürsprecher sicherzustellen.

Bauliche Situation

Die unterschiedlichen Gegebenheiten der Wohngebäude werden anhand der Kriterien der HeimMindBauV überprüft. Von Ausnahmegenehmigungen wird Gebrauch gemacht. In allen Fällen wird großen Wert auf eine betriebsbereite Notrufanlage gelegt.

5.1.1. Wohngemeinschaft Drosselweg

Mit Beginn der Evaluation im Sommer 2001 wurde der WG Drosselweg der Status eines Evaluationsprojekts zugeschrieben. Damit war gleichzeitig die Befreiung von einigen Anforderungen der Heimpersonalverordnung und der Heimminddestbau-Verordnung verbunden, was zu einem späteren Zeitpunkt auch im Sinne des § 25a Heimgesetz interpretiert wurde. Diese so genannte „Experimentierklausel“ wurde aber erst nach Beginn des Evaluationsvorhaben im Heimgesetz eingeführt.

In den Niederschriften der Heimnachschaue wird zur „**Besetzung der Leitungsfunktionen**“ die Leitung des Pflegeheims Haus am Kappelberg und deren Stellvertretung angeführt. Zur Pflegedienstleitung wird vermerkt, dass es keine gibt und „Pflegeverrichtungen“ mittels ambulanter Dienste erbracht werden. Zusätzlich wird als „Leitung der Wohngemeinschaft“ die Teamleitung der Präsenzkkräfte aufgeführt. Die quasi organisatorische Zuordnung zum Pflegeheim Haus am Kappelberg ermöglicht, dass die Leitung der Präsenzkkräfte in der Wohngemeinschaft keine Qualifikation als Heimleitung benötigt.

Die Unterschreitung der **Fachkraftquote** gemäß § 5 Abs. 1 HeimPersV wird im Rahmen des Evaluationsprojekts zugelassen. In der WG Drosselweg tätige examinierte Pflegekräfte der ambulanten Pflegedienste bleiben bei der Berechnung der Fachkraftquote unberücksichtigt.

Eine andere Handhabung wäre auch schwierig, da insbesondere die Erfassung der Mitarbeiter der ambulanten Dienste über die Kompetenzen der Heimaufsicht hinausginge. Auf die Forderung nach **ständiger Anwesenheit einer Pflegefachkraft** wird verzichtet, wobei seit dem Erstbezug im April 2000 eine Rufbereitschaft über 24 Stunden sichergestellt ist.

Im Rahmen der Begehungen konzentriert sich die begleitende Pflegefachkraft auf die Einsicht in den Verlaufsbericht in der Dokumentation der Präsenzmitarbeiter sowie den Umgang mit Arzneimitteln, d.h. die Überprüfung der Medikamentenverordnungen, Art der Aufbewahrung, bewohnerorientierte Zuordnung und Haltbarkeit).

5.1.2. Wohngemeinschaften Auf Hofen und Casa Vitale

Bei den Wohngemeinschaften in Bad Dürkheim war seit Beginn der jeweiligen Initiative die Heimaufsicht über die Vorhaben informiert, worauf diese ihre Anforderungen mitteilte. Drei Jahre nach Einzug der ersten Bewohner in Casa Vitale wurde der Einzug für die Bewohner in der WG Auf Hofen vorbereitet. Die Einbeziehung der Heimaufsicht geschah analog zur ersten Gründung, der WG Casa Vitale. Allerdings hat die Nachbarschaft der WG Auf Hofen nach Bekanntwerden des Vorhabens baurechtliche Einwände vorgebracht. Unter Verweis auf den Bebauungsplan von 1968 argumentierten sie, hier werde ein Pflegeheim geplant, was eine unzulässige Nutzung des Gebäudes darstelle, da der Bebauungsplan keine soziale Einrichtung vorsehe. Das Baurechtsamt hat daraufhin die Auffassung vertreten, dass die Einrichtung der WG eine genehmigungsfähige Nutzungsänderung darstellt und die Angelegenheit an die Kommune verwiesen. Der Technische Ausschuss der Kommune hat eine Zustimmung zur Nutzungsänderung versagt. Das durch Widersprüche des Eigentümers und der Nachbarschaft eingeschaltete Regierungspräsidium hat die Einrichtung der WG nicht als unzulässige Nutzungsänderung eingestuft und in Aussicht gestellt, dem Widerspruch des Eigentümers stattzugeben. Der Gemeinderat hat dann im Sommer 2003 eine Befreiung vom Bebauungsplan beschlossen. Ein anschließender Widerspruch aus der Nachbarschaft gegen die Ablehnung der beantragten Nutzungsuntersagung wurde abgelehnt.

Nachdem die Wohngemeinschaft offiziell als soziale Einrichtung eingeordnet wurde, hat die Heimaufsicht ihr Prüfverhalten geändert. Ab diesem Zeitpunkt wurde deutlich, dass im Gegensatz zur Situation vor Einzug in die WG Casa Vitale einige Jahre vorher nun grundsätzlich die Einhaltung der Kriterien des Heimgesetzes erwartet wird und Standards einer klassischen stationären Pflegeeinrichtung als Maßstab angelegt werden.

5.1.3. Haus Veronika

Das Haus Veronika wurde von Anfang an als stationäre Einrichtung im Sinne des SGB XI angegangen, ordnungsrechtlich war der Heimstatus deshalb nicht umstritten.

5.2 Organisation des Alltags und des Zusammenlebens

Für die Bewohner der Wohngemeinschaften gilt es, den Alltag im gemeinsamen Haushalt, das Zusammenleben in der Gruppe und individuelle Bedarfe, die aus körperlichen Beeinträchtigungen entstehen, zu regeln. Kapitel 5.2 betrachtet Alltag und Zusammenleben getrennt nach Haushaltsorganisation, Organisation der Pflege und Organisation der Entscheidungsfindung. Diese in den Unterkapiteln zu 5.2. dargestellten Sachverhalte lassen sich durch konkrete Tätigkeiten, organisatorische Absprachen und Abläufe beschreiben. Sie stellen die „hard facts“ des Zusammenlebens dar. Diese konkret fassbaren Elemente gehen einher mit „soft facts“, die nicht direkt greifbar sind. Im Zusammenhang einer „qualitativen Untersuchung zur Einführung personenbezogener Budgets“ haben Büscher et al. dieses Phänomen aufgegriffen (Bücher et al. 2005). Sie beschreiben neben „Hauswirtschaftlicher Versorgung“ und „Grundpflege“ sogenannte „erweiterte Kernleistungen“. Diese tragen bei in der eigenen Häuslichkeit lebenden, ambulant versorgten Pflegebedürftigen maßgeblich dazu bei, *„die Durchführung von Tätigkeiten im Rahmen der Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung zu ermöglichen. Zum anderen bilden sie einen von den Leistungskomplexen unabhängigen Bereich, der wesentlich zur Stabilität und Aufrechterhaltung der häuslichen Pflegesituation beiträgt [...] Die „Gestaltung von Aushandlungsprozessen“ sowie die „kontinuierliche Situationsevaluation“ [...] bilden zusammen eine Art Rahmen der „erweiterten Kernleistungen“ [...] Immanent ist, dass die „erweiterten Kernleistungen“ in wechselseitiger Beziehung zueinander stehen, eine trennscharfe Abgrenzung demnach nicht möglich ist und auch nicht wünschenswert erscheint“* (Bücher et al., a.a.O. S. 95). Inhaltlich untergliedern die Autoren in

Aushandlungsprozesse gestalten:

- Alltag organisieren,
- Soziale Kontaktperson sein
- Ressourcen und Fähigkeiten fördern
- Sicherheit vermitteln

Kontinuierliche Situationsevaluation

Obige Darstellung aus Sicht der Erbringer häuslicher Pflegeleistungen ist abgewandelt auf die betrachteten Wohngemeinschaften übertragbar. Die von Büscher et al. als „erweiterte Kernleistungen“ bezeichneten Funktionen werden in den betrachteten Wohngemeinschaften von Personen mit Präsenzfunktion übernommen. Dies geht teilweise einher mit der Organisation des Haushalts, die im folgenden beschrieben wird (vgl. Kap. 5.2.1). Aushandlungsprozesse im obigen Sinne betreffen das Geschehen im Tagesverlauf. Bezogen auf ausgewählte Entscheidungen mit größerer Tragweite wird in Kapitel 5.2.3 beschrieben, welche organisatorischen Regelungen bestehen.

Genaugenommen sind die unter „erweiterte Kernleistungen“ aufgezählten Funktionen kennzeichnende Eigenschaften von Privathaushalten: *„Gemeinsam ist Haushalten[...]“, dass*

Tag für Tag komplexe Aufgaben anstehen und die damit verbundene Arbeit zu koordinieren ist, und zwar in sachlicher, zeitlicher und personeller Hinsicht. [...] Das mit Haushalten beschreibbare Ausbalancieren zwischen Ressourcen des Haushalts und angestrebten Zielen erfordert Abstimmungen zwischen den Menschen innerhalb der Haushalte“ (Richarz, I., 1997). Und Fegebank zählt als Haushaltsfunktionen, *„die zwischenmenschliche Tätigkeiten umfassen[...] die Versorgungs- und Betreuungsfunktion sowie die Schutz- und Sicherheitsfunktion“* auf (Fegebank, B., 1994)

5.2.1 Organisation der haushälterischen Alltagshandlungen

Alltag und Zusammenleben sind wesentlich geprägt durch immer wiederkehrende Aufgaben und deren Organisation: Wer kocht? Wer putzt? Wer macht die Wäsche? Wer erledigt die Kehrwoche? Wer kauft ein? Wer kümmert sich um den Müll?

In Haushalten werden diese Aufgaben überwiegend von den Haushaltsmitgliedern, sprich den Bewohnern geplant und durchgeführt. Doch während die Disposition konstitutives Element der Haushaltsführung ist, ist die Durchführung delegierbar: *„In der aus Dienstleistungen bestehenden Haushaltsproduktion sind nicht nur die Dienstleistungen enthalten, die von den dem Haushalt direkt angehörigen Personen erstellt werden, sondern auch Dienstleistungen, die von anderen Personen unentgeltlich oder gegen Entgelt auf formeller wie informeller Ebene geleistet werden“* (Hesse, K., 1997). Die folgende Beschreibung konzentriert sich deshalb auf die personale Komponente, also durch wen ausgewählte Alltagshandlungen in den Wohngemeinschaften üblicherweise ausgeführt werden.

5.2.1.1. WG Drosselweg

Für die typischen, regelmäßig wiederkehrenden Aufgaben des Haushalts sind sog. „Präsenzkräfte“ anwesend. Sie bereiten die Mahlzeiten zu, gegebenenfalls werden Bewohner angeleitet bei der Zuarbeit oder kleinere Handreichungen von ihnen erledigt.

Die **Mahlzeiten** bilden Fixpunkte im Alltag der Bewohner. Das Frühstück wird nach den aktuellen individuellen Vorlieben eingenommen – in wechselnder Zusammensetzung frühstücken einige Bewohner gemeinsam, vor oder nach der Morgentoilette und mehr oder weniger früh am Tag. Alle anderen Mahlzeiten werden dagegen grundsätzlich gemeinsam eingenommen.

Je nach Interesse und Möglichkeiten der Bewohner beteiligen sich diese am Kochen. Der Abwasch wird momentan (Februar 2005) komplett von einer Bewohnerin übernommen, wobei die Präsenzkraft ein aufmerksames Auge darauf hat.

Das **Einkaufen** geschieht komplett durch Ehrenamtliche. Das Geld dafür entnehmen sie der gemeinsamen Haushaltskasse. Diese wird im Wechsel von Angehörigen verantwortlich verwaltet. Um das für die Haushaltskasse erforderliche Geld abheben zu können, hat eine Präsenzkraft Kontovollmacht für das gemeinsame WG-Girokonto.

Hygienefragen spielen u.a. bei der Mahlzeitenbereitung eine Rolle. In der Küche werden Flächendesinfektionsmittel benutzt, deren Gebrauch in Großküchen üblich ist. Der Hygiene sollen außerdem Fliegengitter vor dem Küchenfenster dienen – eine auf Wunsch der Heimaufsicht umgesetzte Maßnahme.

Das **Putzen** aller Flächen übernehmen die Präsenzkkräfte. Bei Sonderaktionen (z.B. Frühjahrsputz) helfen auch Angehörige. Einzelne Tätigkeiten wie z.B. Staubsaugen werden ab und an auch von Bewohnern übernommen.

Die Art und Frequenz der Toilettenreinigung und Badezimmerreinigung entspricht dem Standard in der stationären Pflege des Haus am Kappelberg.

Daneben existiert ein Putz- und Reinigungsplan für die Präsenzkkräfte.



Wohngemeinschaft heißt: Aufgabenteilung
Blick von der Durchreiche in die Küche der WG Drosselweg

Für die **Wäsche** sind ebenfalls die Präsenzkkräfte verantwortlich – allerdings erledigt derzeit das Ehepaar die Wäscheversorgung eigenständig für sich selbst. Bügeln ist eine manchmal bei Bewohnerinnen beliebte Aufgabe. Das Einräumen der Wäsche erledigen einige Bewohner für sich selbst, v.a. bei den stärker kognitiv beeinträchtigten Bewohnern sorgt die Präsenzkraft dafür.

Angepasst an die räumlichen Umstände wird bei der Wäscheversorgung auf Trennung zwischen sauber und unsauber geachtet. Die ursprüngliche Praxis, nicht in den Trockner gehörige Wäsche auf einem Wäscheständer in dem Raum zu trocknen, in dem auch die

Waschmaschine und der Trockner stehen, musste auf Wunsch der Heimaufsicht aufgegeben werden. Die Wäsche wird jetzt im 2. OG im Abstellraum aufgehängt.

Eine regelmäßige **Kehrwoche** ist nicht organisiert und wird ad hoc gemacht. Die Präsenzkräfte tragen den Müll zur Tonne. Um die Beschaffung der Müllmarken kümmert sich der Vermieter.



Geschirreinträumen zählt zum Abwasch dazu

Feste und Feiern (Geburtstage, jahreszeitliche Feste) werden ausschließlich von Angehörigen organisiert. Es ist üblich, dass alle gemeinsam feiern. Meist sind viele Angehörige dabei anwesend.

Die Präsenzmitarbeiter sind als Team mit einer Teamleitung organisiert. Letztere verfügt mindestens über eine Qualifikation in der Altenpflege. Die momentane Teamleitung verfügt zusätzlich über eine sozialpädagogische Qualifikation.

Die Vorgesetztenfunktion für die Teamleitung, also die Dienst- und Fachaufsicht liegt bei der Einrichtungsleitung des Haus am Kappelberg.

Wegen der Anforderung, dass die Präsenzkraft ständig eine examinierte Pflegekraft in Rufbereitschaft abrufen können muss, kauft der Betreuungsgeber, die Wohlfahrtswerk Altenhilfe gGmbH, mit der die Bewohner einen Betreuungsvertrag abgeschlossen haben, beim "Ambulanten Dienst Haus am Kappelberg" eine Rufbereitschaftsleistung ein. Die Pflegedienstleitung des „Mobilen Dienstes Haus am Kappelberg“ nimmt zudem Aufgaben der Qualitätssicherung wahr (vgl. Kap. 7.).

5.2.1.2. Auf Hofen und Casa Vitale

Die Organisation des Alltags ist in der WG Casa Vitale und in der WG Auf Hofen prinzipiell identisch.

Die Haushaltsführung ist in beiden Bad Dürreheimer Wohngemeinschaften Aufgabe aller dort anwesenden professionellen Kräfte. Diese haben unterschiedliche Qualifikation (vgl. Kap. 5.3). Die professionell Tätigen werden nicht als „Alltagsbegleiter“ oder „Präsenzkraft“ bezeichnet. Da von ihnen auch pflegerische Tätigkeiten übernommen werden, werden die Anwesenden eher durch ihre Qualifikation definiert; man spricht z.B. von „der hauswirtschaftlichen Fachkraft“. Alle in den beiden Wohngemeinschaften professionell Tätigen sind bei der „Casa Vitale Betreuungs GmbH“ angestellt, die auch über einen Versorgungsvertrag für ambulante Pflege verfügt. Man könnte deshalb sagen, dass Aufgaben der Haushaltsführung von Mitarbeitern des Pflegedienstes übernommen werden.

Bei der **Mahlzeitenversorgung** gibt es eine nach Mahlzeiten unterschiedliche Organisation: Mit Ausnahme des Mittagessens werden die Mahlzeiten in der jeweiligen Wohngemeinschaft zubereitet. Das Mittagessen wird an sechs Tagen pro Woche von einem Fremddienstleister, der „Essen auf Rädern“ anbietet, gekocht und von einem Mitarbeiter der Wohngemeinschaften abgeholt. An einem Tag in der Woche wird mit Unterstützung der Bewohner gekocht. Diese Unterstützung ist allerdings eingeschränkt: In der WG Auf Hofen ist momentan lediglich eine Bewohnerin in der Lage, mitzuwirken. In der WG Casa Vitale sind es derzeit vier Bewohnerinnen, die bei Interesse beim Kochen mitwirken. Täglich wird in beiden WGs von den jeweils anwesenden Mitarbeiterinnen ein Kuchen für den Nachmittagskaffee gebacken.

Wegen des hohen Anteils an Bewohnern mit Demenz wird in beiden WGs darauf geachtet, dass aktivierende Elemente, die sich auf die individuellen Bedürfnisse ausrichten, gelebt werden. Die Mitarbeiter haben den Anspruch, nicht für die Bewohner alles durchzuführen, sondern sie anzuleiten und damit zu aktivieren, z.B. „Frau X, können Sie mir mal eben Tisch decken helfen?“

Die Mahlzeiten werden gemeinsam eingenommen. Auch hier ist es beim Frühstück jedoch anders: Je nach persönlichen Vorlieben wird der Zeitpunkt der Morgentoilette gewählt, das Frühstück, bei dem alle Bewohner Unterstützung benötigen, schließt sich daran an.



Blick vom Essbereich in die Küche der Wohngemeinschaft Casa Vitale

Für den Abwasch gibt es die Spülmaschine, die ab und an von Bewohnern bestückt wird. Auch das Tischdecken und Abräumen geschieht häufig durch Bewohner. In der vor allem von Männern bewohnten WG Auf Hofen ist die Unterstützung für Haushaltsaufgaben durch Bewohner - nicht nur krankheitsbedingt - nicht sehr intensiv.

Eingekauft wird für Frühstück, Nachmittagskaffee und Abendessen sowie für das wöchentlich selbst bereitete Mittagessen in einem nahegelegenen Supermarkt. Die Einkäufe werden ins Haus geliefert. Freitags gibt es mit einigen Bewohnern der WG Casa Vitale den Gang auf den Wochenmarkt.

Regelmäßige Gepflogenheiten im Wochenverlauf sind im übrigen eine Singstunde und eine Gymnastikstunde.

Die **Wohnungsreinigung** in den Gemeinschaftsflächen geschieht nachts durch die Mitarbeiterin. Die Bewohnerzimmer werden tagsüber von den jeweils anwesenden Mitarbeitern aufgeräumt und geputzt. Einmal wöchentlich wird der Boden gründlich gewischt. Es existiert ein Putz- und Reinigungsplan.

Bei einer Bewohnerin wird die Zimmerreinigung vollständig von Angehörigen übernommen.

In der gesamten jeweiligen WG werden Flächendesinfektionsmittel für die Böden und sanitären Anlagen benutzt. Der **Hygiene** sollen außerdem Fliegengitter vor dem Küchenfenster dienen – eine Maßnahme auf Wunsch des Wirtschaftskontrolldienstes (WKD). Die Art und Frequenz der Toilettenreinigung und Badezimmerreinigung entspricht dem Standard in der stationären Pflege.

Die **Wäscheversorgung** geschieht in Casa Vitale in den Badezimmern: In einem der Bäder steht die Waschmaschine, im anderen der Wäschetrockner. Im Keller existiert ein Wäschetrockenraum. In der WG Auf Hofen wird im Waschraum im Keller gewaschen und getrocknet.

Beim Bügeln helfen Bewohnerinnen gelegentlich mit. Das Zusammenlegen der Wäsche übernehmen sie überwiegend selbst. Die anschließende Verteilung der Wäsche erledigen die Mitarbeiter.

Bei zwei Bewohnern übernehmen Angehörige die Wäscheversorgung der Oberbekleidung.

Angehörige engagieren sich v.a. in den Nachmittagsstunden. In der WG Auf Hofen sind vielfach die Ehefrauen oder Geschwister der Bewohner den ganzen Nachmittag anwesend. In Casa Vitale existiert nur noch eine Ehefrau; es kommen eher die Kinder. Deren Anwesenheit ist aber nicht so häufig wie die von Ehegatten.

Die Unterstützung der Angehörigen konzentriert sich auf Spaziergänge und Essen reichen beim Nachmittagskaffee und Abendessen.

Bei **Festen und Feiern** sind Angehörige vielfach anwesend. Die Vorbereitung obliegt allerdings den Mitarbeitern. Gefeiert wird gemeinsam.

In der WG Casa Vitale werden jahreszeitliche Feste im Gemeinschaftsraum des Betreuten Wohnens gemeinsam mit den Mietern des Betreuten Wohnens gefeiert.



Tischgesellschaft in der WG Auf Hofen; Gemeinschaft heißt: Alle sitzen an einem Tisch

Die **Kehrwoche** und die Gartenpflege übernimmt der Hausmeister. Bewohner (v.a. die männlichen Bewohner).helfen ihm gelegentlich

5.2.1.3. Haus Veronika

Im Haus Veronika ist die Haushaltsführung Aufgabe von Präsenzkräften:

Sie sind u.a. zuständig für die **Speiseversorgung** und das Kochen. Eine der Präsenzmitarbeiterinnen ist für den Lebensmitteleinkauf zuständig Sie orientiert sich dabei am Speiseplan, der einen Hauptgang vorsieht. Für die Zubereitung der Mahlzeiten gibt es keine hausübergreifende Versorgung, sondern alles geschieht dezentral, wohngemeinschaftsbezogen. Welche Beilagen zum Mittagessen zubereitet werden, entscheiden die Bewohner ad hoc. Ein für die Wohngruppen des Haus Veronika einheitlicher Speiseplan wird erstellt. Die zu Beginn von den Bewohnern eingeforderte Mitwirkung bei der Speiseplanung wurde nach einiger Zeit reduziert auf die tagesindividuelle Wahl der Beilagen. Abweichungen von dem Plan sind jederzeit kurzfristig möglich.

Bei der täglichen Mahlzeitenzubereitung beschaffen sich die Präsenzkräfte die erforderlichen Lebensmittel aus dem Zentrallager. Einem Ehepaar, das sich eigenständig Lebensmittel besorgt, wurde ein eigener Kühlschrank für die Lagerung von Lebensmitteln (Wurst, Käse etc. für Frühstück und Abendessen) zur Verfügung gestellt.

Der Abwasch geschieht mit der Spülmaschine in der WG-Küche. Eingeräumt wird von Bewohnern, soweit sie das können. Auch männliche Bewohner wirken dabei aktiv mit. Den Rest erledigen die Präsenzkräfte.

Am Wochenende wird regelmäßig durch Angehörige - auch für die anderen Mitbewohner - das Mittagessen oder Kaffeetrinken zubereitet. Dabei wird vom ursprünglich vorgesehenen Speiseplan abgewichen, es sind i.d.R. spontane Aktionen.



Die Küche und Küchenarbeitsplätze in einer der Wohngemeinschaften im Haus Veronika

Zu Beginn wurde der Versuch unternommen, diese **Angehörigenmitwirkung** verlässlich zu organisieren, um für bestimmte Zeiten auf die Präsenzkraft verzichten zu können. Das ließ sich jedoch nicht umsetzen. Grund war einerseits, dass die Angehörigen vor der Verantwortung für andere Bedenken hatten. Andererseits wurde diese verpflichtende Beteiligung als ungewünschte Belastung empfunden im Sinne von: „Jetzt habe ich grad die Verantwortung für meine Mutter abgegeben; ich will sie nicht schon wieder übernehmen, sondern Zeit für anderes haben“.

Feste und Feiern werden von Angehörigen verantwortlich organisiert. Die Bewohner bzw. ihre Angehörigen sprechen sich dabei eng mit den Präsenzmitarbeitern ab, v.a. darüber, wann was stattfindet und wer welchen Beitrag zur Bewirtung leistet.

Bewohner führen z.T. leichte **Reinigungstätigkeiten** im eigenen Zimmer durch, ansonsten übernehmen die Präsenzmitarbeiterinnen dieses ebenso wie die Reinigung der Gemeinschaftsflächen. Dafür existiert ein Putz- und Reinigungsplan für den Monat. Eine Präsenzmitarbeiterin ist für den Einkauf der Putzmittel zuständig.

Die **Kehrwoche** wird über einen Hausmeister erledigt. Dieser kümmert sich auch um die Gartenpflege. In geringem Umfang übernehmen darüber hinaus Ehrenamtliche und Angehörige Teile der Gartenpflege.

Einige Bewohner versorgen die **Wäsche** selbst im Wäschezimmer, wo Waschmaschine und Trockner stehen und gebügelt wird.

Generell werden Teile der Wäscheversorgung von der Nachtwache durchgeführt, sei es das Bestücken der Waschmaschine, das Umladen der Wäsche in den Trockner oder das Bügeln. Grundsätzlich versuchen die Präsenzkräfte, die Bewohner zur Übernahme hauswirtschaftlicher Tätigkeiten zu motivieren und sie dabei „einzuspannen“, was je nach den täglichen Befindlichkeiten und der individuellen Motivation in unterschiedlichem Ausmaß gelingt.

Eine Hauswirtschaftsleitung fungiert als Vorgesetzte für die Präsenzmitarbeiterinnen aller Wohngemeinschaften.



Im Esszimmer der WG St. Vinzenz im Haus Veronika

5.2.1.4. Übersicht über die Aufgabenverteilung von ausgewählten Haushaltstätigkeiten

Die Disposition über die Aufgabenverteilung führt bei den betrachteten Wohngemeinschaften insgesamt zu sehr unterschiedlichen Organisationsstrukturen des Haushalts. Im Vergleich der Wohngemeinschaften zeigt sich deshalb ein sehr uneinheitliches Bild in der Verteilung von Haushaltstätigkeiten auf unterschiedliche Personengruppen.

Grafik 5.1 stellt ausgewählte Haushaltstätigkeiten dar und gibt an, durch wen diese üblicherweise erledigt werden. Die Breite eines Feldes symbolisiert das anteilige Ausmaß der Erledigung bei Tätigkeiten, die durch unterschiedliche Personengruppen durchgeführt werden.

Eine für alle Wohngemeinschaften vergleichbare Aufgabenzuordnung findet sich noch am ehesten beim Abwasch und der Organisation von Festen und Feiern

Grafik 5.1: Aufgabenzuordnung von Haushaltstätigkeiten in den Wohngemeinschaften

	WG Drosselweg		Casa Vitale / Auf Hofen		Haus Veronika	
Kochen	Präs.-kr.	Bew.	Mittag-essen / Essen a. Rädern	Präs.-kr. Bew.	Präs.-kr. Bew.	Angeh. Wochenende
Abwasch	Bew.	Präs.-kr.	Präs.-kr.	Be w.	Bew.	Präs.-kr.
Einkauf	Ehrenamtliche		Ext. Zulieferer	Be w.	Präs.-kr. (Zentrallager)	
Putzen	Be w.	NW	NW	Putz-hilfe	Be w.	Präs.-kr.
Wäsche	Präs.-kr.	Bew.	NW	Angeh	Bew.	NW
Feste/ Feiern	Angehörige		Präs.-kr.	Angeh	Angehörige	

5.2.2 Organisation der Pflege

5.2.2.1 WG Drosselweg

Die Bewohner der WG Drosselweg wählen ihren Pflegedienst nach ihren persönlichen Prioritäten. Häufig handelt es sich um denselben Dienst, den sie bereits vor dem Einzug in Anspruch genommen haben. Aktuell kommen drei verschiedene Pflegedienste zu den Bewohnern. Die zeitlichen und inhaltlichen Absprachen werden zwischen den Vertragspartnern getroffen. Da die Anwesenheit der Präsenzkraft unabhängig von der Leistungserbringung ambulanter Dienste gewährleistet ist, sind zwischen den einzelnen ambulanten Diensten keine Absprachen erforderlich. Die ambulante Leistungsabrechnung weist keine Besonderheiten auf.

Hilfestellungen in geringem Umfang werden von der Präsenzkraft erbracht: Beispielsweise beim An- und Auskleiden (betrifft auch den Gang zum WC) oder einzelne Handreichungen bei der Körperpflege (z.B. Rücken waschen).

Für die Medikamentengabe gilt eine Besonderheit: Medikamente werden im Rahmen der Präsenz gegeben. Dies wird jedoch – da es keine Leistung eines ambulanten Dienstes ist – auch nicht mit den Krankenkassen abgerechnet.

Phasen der Finalpflege

Bei Pflege in der letzten Lebensphase musste an der Organisationslogik bisher nichts geändert werden. Angehörige haben in dieser Phase ihre Anwesenheit deutlich erhöht und soweit erforderlich wurde auch der Umfang der ambulant individuell eingekauften Pflegeleistungen ausgeweitet. Eine Sitzwache wurde nur bei einer Bewohnerin gewünscht. Für Mitbewohner zählt es zum Selbstverständnis, dass sie sich in der Finalphase am Sterbebett einfinden.

Seit Bestehen der Wohngemeinschaft sind 13 Bewohner verstorben. In drei Fällen wurden die letzten Lebenstage im Krankenhaus verbracht. Bei den anderen verstorbenen Bewohnern wurde die Versorgung in der Wohngemeinschaft geleistet.

5.2.2.2. Wohngemeinschaften Auf Hofen und Casa Vitale

Für die Bewohner in diesen Wohngemeinschaften gibt es faktisch keine organisatorische Trennung zwischen der Abdeckung der Präsenzfunktion und der Erbringung der Pflegeleistungen. Es besteht jeweils ein ambulanter Pflegevertrag über den individuell notwendigen Umfang an Pflegeleistungen. Für bestimmte Pflegeleistungen werden entsprechend den fachlichen Erfordernissen und der Pflegeplanung ausschließlich examinierte Pflegekräfte eingesetzt.



In der Wohngemeinschaft Casa Vitale gibt es einen Arbeitsplatz für Büroarbeiten

Finalpflege

Seit Bestehen der beiden WGs sind 17 Personen verstorben. Keine/r hat die letzten Lebenstage im Krankenhaus verbracht. Die Anwesenheit von Angehörigen ist in diesen Phasen verstärkt zu verzeichnen. Die Organisation der Pflege ist in diesen Phasen nicht anders als in sonstigen Zeiten. Bei Bedarf werden Sitzwachen organisiert. Teilweise sind die Angehörigen rund um die Uhr anwesend. Ansonsten geschieht die Sitzwache durch Mitarbeiter des ambulanten Dienstes.

Die Menge der ambulant abgerechneten Leistungen ist nach oben gedeckelt (vgl. Kap. 7.1.2).

5.2.2.3. Haus Veronika

Der leistungsrechtliche Status als stationäre Pflegeeinrichtung führt dazu, dass für die Bewohner keine Wahlfreiheit hinsichtlich eines Pflegedienstes bestehen kann. Bei der internen Organisation wird allerdings eine ambulante Organisationslogik bei den Abläufen verfolgt: Es gibt ein Pflegeteam, sozusagen einen virtuellen ambulanten Dienst, dessen Einsätze sich auf Bewohner aller Wohngemeinschaften erstrecken. Die „Tourenplanung“ wird von der Pflegedienstleitung gemäß der Pflegeplanung erstellt.

Der Pflegedienst übernimmt alle behandlungspflegerischen Maßnahmen. Grundpflegerische Maßnahmen anhand der Pflegeplanung werden vom Pflegedienst oder der Präsenzmitarbeiterin übernommen. Komplexe Pflegesituationen mit einem hohen medizinisch-pflegerischen Aufwand werden immer vom Pflegedienst durchgeführt.

Eintragungen in die Pflegedokumentation geschehen auch durch die Präsenzkkräfte. Der Pflegebericht wird auch von Präsenzkkräften geschrieben.



Konzentration und Kommunikation – Alltag in einer Wohngemeinschaft im Haus Veronika

Die Präsenzkkräfte unterliegen in der Durchführung der fachlichen Aufsicht der anwesenden verantwortlichen Pflegefachkraft.

Examinierte Pflegemitarbeiter übernehmen die Patenschaft für jeweils eine der Wohngemeinschaften. Dabei setzen sie praktische Anleitung und Kontrolle um, wenn auch die Weisungsbefugnis weiterhin bei der Hauswirtschaftsleitung liegt. Diese ist die Vorgesetzte aller Präsenzkkräfte. Bei fachlichen Problemen wendet sich die Fachkraft an die Hauswirtschaftsleitung. Zielsetzung dieser Organisation ist, nicht bereits durch strukturelle Vorgaben eine Dominanz der Pflege gegenüber dem Wohnen zu etablieren.

Nachdem über einen Zeitraum von ca. 1,5 Jahren eine intensive hausinterne Fortbildungsreihe umgesetzt wurde, konzentriert sich die fachliche Qualifizierung der Präsenzkkräfte mittlerweile auf die Praxisanleitung. Zunächst wurden also allen Präsenzmitarbeitern Grundlagen vermittelt, aktuell sind eher individuelle Entwicklungsbedarfe im Blick.

Finalpflege

Seit Beginn sind ca. 25 Bewohner verstorben, davon bis dato erst 2 im Krankenhaus. Eine Begleitung der Sterbenden erfolgte durch Angehörige und Sitzwachen vom katholischen Stadtdekanat, die sich in Absprache mit den Präsenzkkräften die Sitzwachen teilen. Präsenzkkräfte haben aber in vielen Fällen die Sitzwache auch ehrenamtlich übernommen. Dies geschah auf eigenen Wunsch, da im Laufe der Zeit zwischen ihnen und den Bewohnern

ein gutes Verhältnis entstanden ist. Auch hier waren Angehörige teilweise rund um die Uhr anwesend.

Während der Sterbephase von Bewohnern erfahren die Angehörigen Unterstützung durch die Präsenzkkräfte. Auf Trägerebene gibt es ein „Projekt Seelsorge“, in dem Begleiter ausgebildet werden mit der Zielsetzung, die Präsenzkkräfte in ihrer Aufgabe als „Alltagsseelsorger“ zu unterstützen. Diese Begleiterinnen organisieren gemeinsam mit den Präsenzkkräften auch Prozessstandards. Wichtig für die Präsenzkkräfte ist die Möglichkeit des Austausches mit den Begleitern über ethische Fragen.

5.2.3 Organisation der Entscheidungsfindung

Die Erhaltung der Selbstbestimmung wird als ein entscheidender Maßstab für Lebensqualität bei pflegeabhängigen Menschen betrachtet. Welche strukturellen Elemente bei den betrachteten Wohngemeinschaften etabliert sind, um der Gefahr der Bevormundung vorzubeugen, wird im folgenden beschrieben.

In Abgrenzung zum Alleinwohnen bringt das Leben in Gemeinschaft grundsätzlich mit sich, dass mehrere Individuen von Entscheidungen über ein und denselben Sachverhalt betroffen sind. Inwieweit Abstimmungsprozesse erfolgen oder möglich sind, wird u.a. an den Sachverhalten

- Regelungen zum Einzug neuer Mitbewohner
- Vorhandensein/ Inhalt von Hausordnungen
- Entscheidungsfreiheit zu Wahl der Präsenzabdeckung und/oder des Pflegedienstes
- Finanzielle Verfügungsgewalt

dargelegt.

5.2.3.1. WG Drosselweg

Neue Mitbewohner

In der Hausordnung ist festgelegt, dass über die Neuvermietung eines Zimmers die Mieterversammlung mit einfacher Mehrheit entscheidet. Dabei hat jeder Mieter je eine Stimme, dem Vermieter steht kein Stimmrecht zu. Nach zweimaliger Ablehnung eines Bewerbers ist ein einstimmiger Beschluss der Mieterversammlung erforderlich, dass die Ausfallkosten (Miete und Betreuungskosten) bis zur Wiedervermietung als Umlage jedem Mieter in Rechnung gestellt werden. Andernfalls kann der Vermieter ohne Zustimmung der Mieterversammlung das Zimmer vermieten.

Hausordnung

Die Hausordnung wurde im Rahmen der ersten Mieterversammlung im Jahr 2000 verabschiedet. Sie legt alltagsrelevante Dinge fest, z.B. Mahlzeitenplanung, Sauberkeit, gemeinsame Aktivitäten oder die Organisation von Festen. Daneben enthält sie Regularien zum Einzug neuer Mitbewohner und zur Festsetzung gemeinsamer Finanzierungsangelegenheiten.

Entscheidungsfreiheit zu Wahl der Präsenzabdeckung und/oder des Pflegedienstes

Nachdem die Wohngemeinschaft ca. ein Jahr existierte, musste der Betreuungsgeber feststellen, dass die Höhe der monatlich zu entrichtenden Pauschale, die der Finanzierung der Präsenz dient, zu erheblichen Defiziten führt, die in dieser Dimension nicht dauerhaft tragbar waren. Im Rahmen einer Mieterversammlung im November 2001 wurde vom Betreuungsgeber die mit der Präsenzleistung entstehende wirtschaftliche Situation erläutert.

Der Mieterversammlung, in der alle Bewohner und von jedem Bewohner mindestens ein(e) Angehörige(r) anwesend war, wurden vier verschiedene Handlungsoptionen hinsichtlich der Präsenzabdeckung vorgestellt:

1. Ausstieg des seitherigen Betreuungsgebers und Betreuung/Präsenz durch andere, von den Bewohnern/Angehörigen zu beauftragende (kostengünstigere) Personen. Die Organisation der durchgängigen personellen Abdeckung könnte bei den Angehörigen liegen
2. Verbindliche Mitwirkung der Angehörigen in zu definierendem Umfang mit dem Ziel der Reduzierung der zu finanzierenden Präsenzzeiten
3. Erhöhung der monatlichen Kosten in 2 Schritten zum 01.01.2002 und 01.01.2003 um jeweils 400 DM
4. Feststellung, dass die Rund-um-die Uhr-Abdeckung bei den vorhandenen Rahmenbedingungen zu nicht akzeptablen und nicht dauerhaft tragbaren Kosten führt und deshalb Auflösung der Wohngemeinschaft

Die letztgenannte Option, die Wohngemeinschaft aufzulösen, wurde von den Anwesenden sofort als indiskutabel abgelehnt. Die anderen Optionen wurden intensiv diskutiert. Die Angehörigen konnten schließlich die erste Lösung wegen des damit verbundenen vielfältigen Organisationsaufwands, der auf sie zugekommen wäre, nicht unterstützen. Die zweite Option der verbindlichen Mitwirkung stellte zumindest für einige der Angehörigen eine Lösung dar, über die man weiter nachdenken wollte. Allerdings war in der Diskussion erkennbar, dass die damit verbundene Verbindlichkeit eine große Hürde darstellte. Beschlossen wurde die dritte Variante mit einer zweistufigen Erhöhung der Pauschale. Ergänzend wurde beschlossen, dass im Jahresverlauf 2002 an einem Kalkulationsmodell der finanziellen Auswirkungen für die jeweils verbindlich mitwirkenden Angehörigen gearbeitet werden sollte.

Die zweistufige Erhöhung wurde wie vorgesehen umgesetzt, seit 01.01.2003 werden 1.403 € berechnet. Die Kalkulation der Mitwirkung wurde nach einiger Zeit nicht zu Ende geführt, da sie sich als kaum relevant herausstellte: Lediglich für einen Angehörigen wäre dieses Angebot interessant gewesen, um Kosten zu sparen. Allerdings wurde vor dem konkreten Schritt der Verbindlichkeit zurückgeschreckt und stattdessen vereinzelt der Leistungsumfang, mit dem ein ambulanter Dienst beauftragt war, um grundpflegerische Leistungen gekürzt, die dann von den Angehörigen übernommen wurden.



Miteinander und Füreinander

Verfügungsgewalt für die Haushaltsmittel

Die Verfügungsgewalt für die Haushaltsmittel liegt voll bei den Bewohnern der Wohngemeinschaft, sie wirtschaften gemeinsam: Die Hausordnung regelt, dass für die laufenden Haushaltskosten eine Haushaltskasse eingerichtet wird. Über die Höhe des monatlichen Beitrags entscheidet die Mieterversammlung mit einfacher Mehrheit. Darüber hinaus ist in der Hausordnung festgelegt, dass die Verantwortung für die Haushaltskasse von einem Angehörigen übernommen wird (Funktion des ehrenamtlichen Kassenwarts).

Die Präsenzmitarbeiter essen bei den Mahlzeiten mit und erstatten dafür ein Entgelt. Über dessen Höhe entscheidet ebenfalls die Mieterversammlung. Daneben hat sie als weitere Verhaltensregel beschlossen, dass Mitarbeiter der Pflegedienste und Präsenzkräfte auf dem Balkon rauchen dürfen.

5.2.3.1 Auf Hofen und Casa Vitale

Neue Mitbewohner

Häufig geschieht der Einzug in direktem Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, Reha- oder Psychiatrieaufenthalt. Deshalb ist die Entscheidungsfindung bezüglich des Einzugs unterschiedlich. Es gibt Bewohner, die zum Probewohnen über vier Wochen kommen. Im Februar 2005 ist erstmals vorgekommen, dass während des Probewohnens die Entscheidung gegen den Einzug gefallen ist. Die Einzugsentscheidung geschieht in Abstimmung zwischen Vermieter und Geschäftsführer des Pflegedienstes. Die Bewohner selbst sind krankheitsbedingt (mit wenigen Ausnahmen) nicht mehr in der Lage, Entscheidungen über den Einzug neuer Mitbewohner/innen selbst zu treffen. Sofern Erfahrungen aus dem Probewohnen zum Zusammenleben in der Gemeinschaft vorliegen, fließen diese in die Entscheidung mit ein.

Hausordnung und Versammlungen

Die Hausordnung, die für das Betreuten Wohnen Casa Vitale gilt, greift für Bewohner der im Gebäude befindlichen WG, sobald sie die Wohngemeinschaft verlassen. WG-intern gibt es keine schriftlich fixierten Regelungstatbestände.

In der Wohngemeinschaft Auf Hofen gibt es keine Hausordnung.

Es gibt in beiden Wohngemeinschaften Angehörigenabende, die im Prinzip mit Mieterversammlungen gleichzusetzen sind, weil dazu alle Betreuer eingeladen werden. Die Abende werden regelmäßig durchgeführt. Seither gab es alle sechs Monate ein Treffen, derzeit wird auf einen dreimonatlichen Turnus umgestellt.

Es gibt keine schriftliche Verpflichtung über die Durchführung solcher Treffen.

Faktisch kennen sich die Angehörigen. In der WG Casa Vitale verfügen sie über einen Wohnungsschlüssel. Sie lernen die anderen Angehörigen auch bei ihren Besuchen kennen. Je nach individueller Situation gibt es auch außerhalb dieser Treffen in der WG Kontakte miteinander.

Für jede Wohngemeinschaft wurde ein Fürsprecher aus der Runde der Angehörigen gewählt.

Entscheidungsfreiheit zu Wahl der Präsenzabdeckung und/oder des Pflegedienstes

Alle Bewohner der beiden Wohngemeinschaften nehmen denselben ambulanten Pflegedienst in Anspruch. Wenn ein WG-Mitglied eine andere Wahl treffen würde, wäre das Wohnen bleiben weiter möglich. Allerdings wäre keine kontinuierliche Absicherung der Betreuung gewährleistet – mit Ausnahme der Unterstützung im Notfall. Faktisch ist die Wahlfreiheit für einen ambulanten Pflegedienst somit eingeschränkt, da damit Konsequenzen für die Abdeckung der Betreuung, die u.a. durch Pflegekräfte übernommen wird, verknüpft sind. Diese betrifft auch die Mitbewohner.

Verfügungsgewalt für die Haushaltsmittel

Für die Sachkosten der Haushaltsführung existiert eine Pauschale, die monatlich eingezogen wird. Aus diesen Gesamteinnahmen wird vom Pflegedienst die Beschaffung finanziert.

Festgelegt ist, was aus dieser Kasse zu finanzieren ist. Eine Preisliste beschreibt die Abgrenzung. Daneben hat der Pflegevertrag eine Anlage zum Haushaltsbedarf. Eine Mitwirkung der Bewohner bei der Festlegung der Sachkostenpauschale für den Haushaltsbedarf ist nicht geregelt. Wegen des vielfach fortgeschrittenen Krankheitsstadiums der Bewohner mit Demenz erscheint dem Pflegedienst eine Teilhabe an Entscheidungen mit finanzieller Wirksamkeit nur sehr eingeschränkt relevant.

5.2.3.2 Haus Veronika

Neue Mitbewohner

Im Haus Veronika wird durch die Leitungsebene über den Einzug neuer Bewohner entschieden. Wenn es Probleme im Zusammenleben gibt, sind auch Umzüge in eine andere Wohngemeinschaft im Haus möglich. Dies wurde bereits praktiziert.

Hausordnung

Die Hausordnung regelt Ruhezeiten, fordert zu gegenseitiger Rücksichtnahme auf und gibt u.a. Hinweise zum Brandschutz, zu Tierhaltung und Rauchen. Mitwirkungsmöglichkeiten für Bewohner sind darin nicht enthalten. Die Mitwirkung ist gemäß Heimgesetz durch einen Heimbeirat institutionalisiert.

Entscheidungsfreiheit zu Wahl der Präsenzabdeckung und/oder des Pflegedienstes und finanzielle Verfügungsgewalt für die Haushaltsführung

Das Haus Veronika ist leistungrechtlich eine stationäre Pflegeeinrichtung. Das SGB XI geht bei dieser leistungrechtlichen Zuordnung nicht davon aus, dass Bewohnern die Möglichkeit einzuräumen ist, einen anderen Pflegedienst zu wählen.

Verfügungsgewalt über eine Haushaltskasse besteht ebenfalls nicht. Die Verhandlung mit Dritten, d.h. mit Pflegekassen und Sozialhilfeträger ersetzt von Gesetzes wegen die Möglichkeit, dass Bewohner direkt über das Niveau der Lebenshaltung bestimmen.

Tabelle 5.1 stellt die o.g. Aspekte tabellarisch dar.

Tabelle 5.1:

Dimensionen der Autonomie in den Wohngemeinschaften

			WG Drosselweg	Auf Hofen und Casa Vitale	Haus Veronika
Gruppe	Mitbestimmung bei Einzug neuer Bewohner	Ja	x		
		Teils			
		Nein		Krankheitsbed.	x
gemeinsamen Finanzen Autonomie bei	Entscheidungsgewalt über Höhe und Verwendung der für Haushaltsführung zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel	Ja	x		
		Teils			
		Nein		x	x
	Mitbestimmung bei größeren Anschaffungen	Ja	x		
		Nein		x	x
	Entscheidungshoheit über Entgelt für Teilnahme von Mitarbeitern an Mahlzeiten	Ja	x		
		Nein		x	x
	Wirtschaftliche Verfügungsgewalt schriftlich geregelt	Ja	x		
		Nein		x	x
Präsenz & Pflege Wahlfreiheit	Entscheidungshoheit über Präsenzangebot bei Bewohnern	Ja	x	?	
		Nein		?	x
	Echte Wahlfreiheit bzgl. Pflegedienst	Ja	x		
		Nein		x	x
	Zwang zur Einigung für einen Pflegedienst	Ja		x	x
		Nein	x		
	Wechsel des Pflegedienstes möglich	Ja	x	x	
		Nein			x
	Regelmäßige Bewohnerversammlungen/ Angehörigenversammlungen	Ja	x	x	x
		Nein			

5.3. Anwesenheit von Personal und anderen Personen

Der Eindruck über „das Leben“ in der jeweiligen Wohngemeinschaft ist schwer zu fassen bedingt durch eine Vielzahl unterschiedlicher Akteure. Anhand eines Zeitstrahls von 6.00 h bis 24.00 h werden in den Grafiken 5.3. bis 5.5. die üblichen Anwesenheitszeiten von mit Haushaltstätigkeiten betrauten Personen sowie von Personen mit Präsenzfunktion und mit Pflegefunktion dargestellt. Ergänzend sind Zeiten, zu denen „Rufbereitschaft“ von examinierten Pflegekräften besteht, ausgewiesen und es sind Zeitfenster markiert, zu denen sich üblicherweise Angehörige in der Wohngemeinschaft aufhalten.

Zwischen der Anwesenheit einer Präsenzkraft über 24 Stunden und einer Pflegefachkraft über 24 Stunden wird in der Darstellung unterschieden, sofern das möglich ist (WG Drosselweg, Haus Veronika).

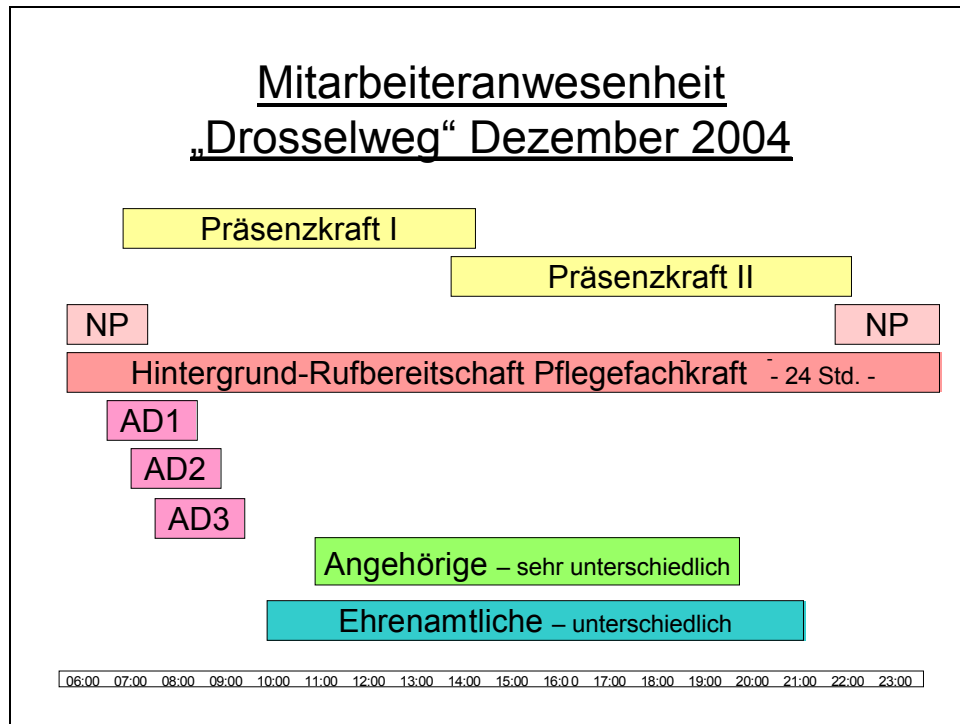
Die Grafiken verdeutlichen, dass die Anzahl gleichzeitig in einer Wohngemeinschaft anwesender, nicht zur Bewohnerschaft zählender Personen von Stunde zu Stunde anders aussehen kann.

Um vergleichbar zu machen, in welchem Verhältnis die Anzahl Bewohner zur Anzahl anderer Personen steht, wird eine „Betreuungsrelation“ dargestellt und eine „Kennziffer Betreuungrelation“ ermittelt. Dieses findet sich bezogen auf die jeweilige Wohngemeinschaft in den Tabellen 5.2, 5.4. und 5.5. Hintergrundrufbereitschaften, Pool-Pflegekräfte nach Bedarf sind bei der Ermittlung dieser Kennziffer nicht berücksichtigt. Eine Kennziffer von 1,0 würde bedeuten, dass auf einen Bewohner eine Betreuungsperson kommt.

Die durch professionelle Kräfte abgedeckten Anwesenheitszeit wird hochgerechnet auf Vollkraftstellen (VK-Stellen). Verknüpft mit der Platzzahl der jeweiligen Wohngemeinschaft lässt sich ein Personalschlüssel berechnen, der als Kennzahl aus der stationären Pflege bekannt ist.

5.3.1. Wohngemeinschaft Drosselweg

Grafik 5.2: Anwesenheitszeiten in der WG Drosselweg



Der Zeitstrahl zeigt für die WG Drosselweg, dass durchgehend eine Person, die Präsenzkraft anwesend ist mit Überlappungszeiten zwecks Übergabe zwischen den Schichten. Im Dezember 2004 sind die von den Bewohnern genutzten ambulanten Dienste nur morgens bzw. vormittags anwesend.

Betreuungsrelation Wohngemeinschaft Drosselweg

Tabelle 5.2:

Betreuungsrelation WG Drosselweg

Uhrzeit von... bis	Personen : Bewohner	Kennziffer Betreuungsrelation 1
06.15 – 07.00	2 : 9 bzw. 10	0,222 bzw. 0,2
07.00 – 07.15	4 : 9 bzw. 10	0,466 bzw. 0,4
07.15 – 07.30	3 : 9 bzw. 10	0,333 bzw. 0,3
07.30 – 09.00	2 : 9 bzw. 10	0,222 bzw. 0,2
09.00 – 14.00	1 : 9 bzw. 10	0,111 bzw. 0,1
14.00 – 14.30	2 : 9 bzw. 10	0,222 bzw. 0,2
14.30 – 21.45	1 : 9 bzw. 10	0,111 bzw. 0,1
21.45 – 22.00	2 : 9 bzw. 10	0,222 bzw. 0,2
22.00 – 06.15	1 : 9 bzw. 10	0,111 bzw. 0,1

Bei der in Tabelle 5.2. genannten Betreuungsrelation sind die eventuellen Anwesenheiten von Angehörigen und Ehrenamtlichen nicht berücksichtigt, da sie nicht verbindlich sind.

Ein Ist-Personalschlüssel lässt sich nicht ermitteln, da man dann die Personalressourcen der ambulanten Pflegedienste unter Berücksichtigung der dortigen Fehlzeiten kennen müsste. Hilfsweise wird der Personalschlüssel für die stationäre Pflege im Haus am Kappelberg herangezogen.

Tabelle 5.3:

Im Haus am Kappelberg stationäre Pflege angewandte Personalschlüssel

Pflegestufe	Personalschlüssel
Ohne	1 : 4,47
1	1 : 3,15
2	1 : 2,25
3	1 : 1,66
Hauswirtschaft	1 : 5,90

Unterstellt man, diese Personalschlüssel würden in der WG Drosselweg angewandt, ergäbe sich bei der IST-Pflegestufenstruktur der WG-Bewohner an einem Stichtag im Dezember 2004 als Personalschlüssel für Pflege & Betreuung 1: 2,53, dies entspricht 3,55 VK³.

Berücksichtigt man zusätzlich die Hauswirtschaftskräfte, stiege das Personalsoll um 1,53 VK auf 5,01 VK, was einem durchschnittlichen, nach Pflegestufen gewichteten Personalschlüssel von 1: 1,77 für Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft entspricht.

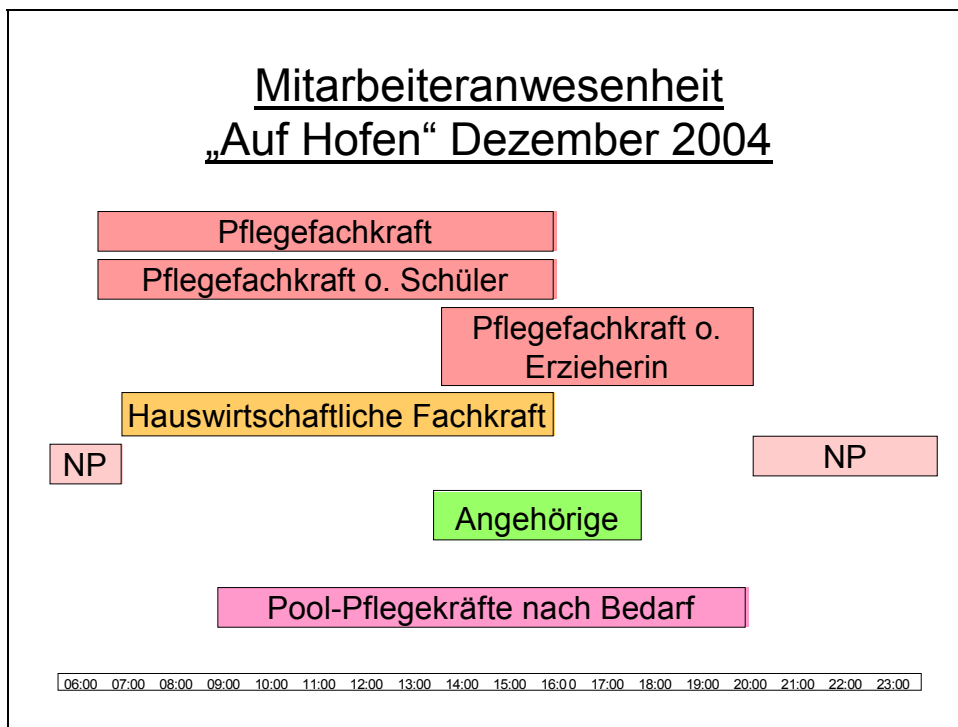
Demgegenüber steht in der Realität der WG Drosselweg, dass zur Abdeckung von 25 Stunden Präsenz pro Tag (vgl. Graphik 5.1) bei Annahme einer 38,5 h-Woche und 20 % Fehlzeiten (Urlaub, Krankheit, Fortbildung etc.) 3,9 VK für die Abdeckung erforderlich sind, was umgerechnet einen Personalschlüssel von 1: 2,30 für Präsenz ergibt. Während beim Personalschlüssel von 1:1,77 nach Rechenart des Haus am Kappelberg bereits Pflegemaßnahmen enthalten sind, kommen zum Schlüssel von 1: 2,30 noch die Pflegeleistungen durch ambulante Dienste hinzu. Je nach dem durchschnittlichen täglichen Umfang ergänzender Leistungen der ambulanten Dienste für alle Bewohner verbessert sich der Schlüssel von 1:2,30. Zu bedenken ist hierbei auch , dass die Personalmenge für Präsenz nicht mit der Pflegestufenstruktur variiert.

Werden zusätzlich 1: 5,9 als Soll-Personalressourcen für Hauswirtschaft hinzugerechnet, ergäbe sich ein durchschnittlicher Personalschlüssel von 1:1,85. Wenn man die Personalschlüssel Haus am Kappelberg anwenden würde, wären somit insgesamt 4,86 VK für Präsenz, Haushalt und Pflege vorhanden. Die Differenz zu 3,9 VK, die für die Präsenzabdeckung erforderlich sind, sind 0,96 Stellen, die somit für die ambulante Pflege vorhanden wären.

³ VK-Stelle = Vollkraftstelle, d.h. Beschäftigung mit 100 % Stellenumfang

5.3.2. Wohngemeinschaften Auf Hofen und Casa Vitale

Grafik 5.3. Anwesenheitszeiten in der WG Auf Hofen



Exemplarisch für die beiden Wohngemeinschaften wird die Situation der Wohngemeinschaft Auf Hofen dargestellt.

Insgesamt werden 57 Stunden Präsenz unter Berücksichtigung der verpflichtenden Anwesenheit von Angehörigen am Nachmittag geleistet. Für Präsenz, Haushaltsführung und Pflege stehen damit bei o.g. Annahmen zu Arbeits- und Fehlzeiten (38,5 h-Woche, 20 % Ausfallzeit) 13,5 VK zur Verfügung.

Daraus ergibt sich bei 9 Bewohnern ein Personalschlüssel für von 1: 0,66. Dieses repräsentiert jedoch nicht die finanzierte Personalmenge, da sie durch Angehörigenunterstützung zustande kommt. Ohne Angehörigenzeiten ergibt sich eine Personalmenge für Präsenz, Haushalt und Pflege von 7,9 VK, das entspricht bei 9 Bewohnern einem Personalschlüssel von 1: 1,4.

Betreuungsrelation in der Wohngemeinschaft Auf Hofen

Tabelle 5.4:

Betreuungsrelation Auf Hofen

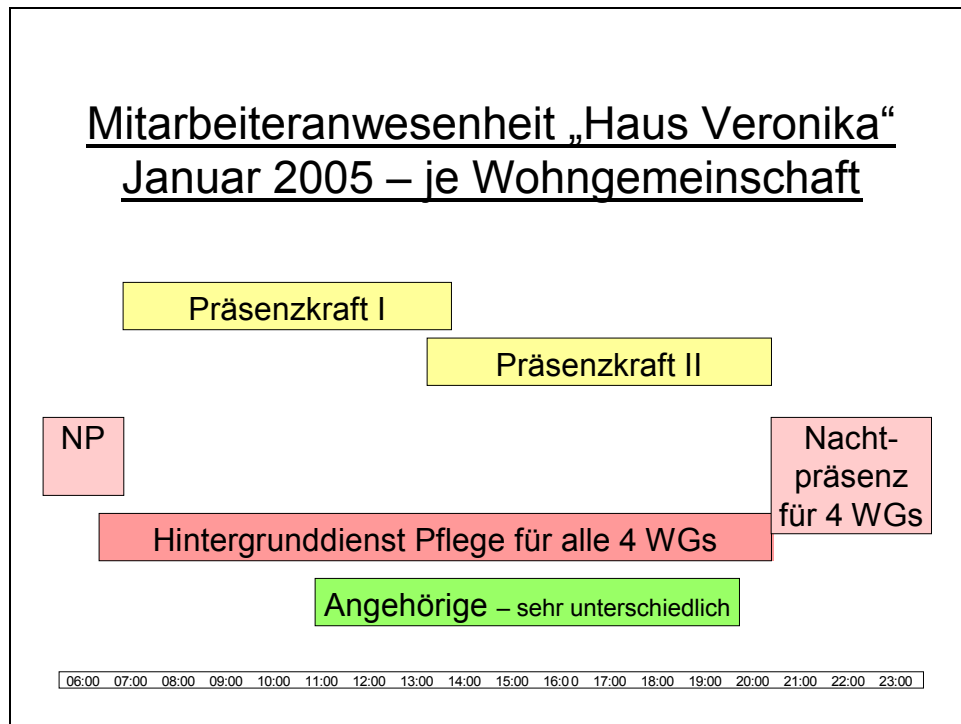
Uhrzeit von... bis	Personen : Bewohner	Kennziffer Betreuungs- relation 1	Personen incl. Angehörige : Bewohner	Kennziffer Betreuungs- relation 2
07.00 – 07.30	2 : 9	0,222	Dito	0,222
07.30 – 13.30	3 : 9	0,333	Dito	0,333
13.30 – 14.00	3 : 9	0,333	6 : 9	0,666
14.00 – 16.00	4 : 9	0,444	7 : 9	0,777
16.00 – 18.00	1 : 9	0,111	4 : 9	0,444
18.00 – 20.00	1 : 9	0,111	Dito	0,111
20.00 – 07.00	1 : 9	0,111	Dito	0,111

Die für die WG Drosselweg ermittelte „Betreuungsrelation 1“ wird bei der WG Auf Hofen ergänzt durch eine „Betreuungsrelation 2“, die verbindliche Mitwirkung von Angehörigen berücksichtigt. In der Zeit zwischen 13.30 h und 16.00 h verbessert sich dadurch z.B. die Kennziffer der zuverlässigen Anwesenheit auf 0,6 bzw. 0,7.

Die tatsächliche Anwesenheitsquote in den anderen Wohngemeinschaften ist zu diesen Zeiten möglicherweise vergleichbar. Diese kann jedoch nicht zuverlässig geplant werden.

5.3.3. Haus Veronika

Die in Kap. 5.2.2.3. erwähnte ambulante Tourenlogik der Pflegemitarbeiter führt dazu, dass in den vier Wohngemeinschaften im Haus Veronika keine festen Zeiten für die Pflegekräfte auf dem Zeitstrahl angegeben sind. Der „Hintergrunddienst Pflege“ wird einerseits entsprechend der Pflegeplanung und der Tourenorganisation aktiv; des weiteren erfüllt er ad hoc-Einsätze im Tagesverlauf. Die nächtliche Präsenz ist für alle vier Wohngemeinschaften zuständig.

Grafik 5.4: Anwesenheitszeiten im Haus Veronika**Ermittlung der Betreuungsrelation**

Da der Hintergrunddienst Pflege je nach den aktuellen Bedarfen in den Wohngemeinschaften eingesetzt wird, lässt sich die Betreuungsrelation nur als Mindest-Kennziffer darstellen. Die unbekannte Dimension „plus x“ kann aus einer Differenzberechnung der zur Verfügung stehenden und der durch die Mindest-Präsenz beanspruchten Stellen fiktiv ermittelt werden.

Tabelle 5.5:**Betreuungsrelation in 2 der 4 Wohngemeinschaften im Haus Veronika**

Uhrzeit von... bis	Personen zu Bewohner	Kennziffer Betreuungs- relation Bsp: St.Klara (11 Bewohner)	Personen zu Bewohner	Kennziffer Betreuungs- relation Bsp.: St. Vinzenz (5 Bewohner)
06.30 – 07.00	1+ x : 11	0,09 + x	1+ x : 5	0,2 + x
07.00 – 13.00	1+x : 11	0,09 + x	1+x : 5	0,2 + x
13.00 – 13.15	2+x : 11	0,18 + x	2+x : 5	0,4 + x
13.15 – 20.00	1+x : 11	0,09 + x	1+x : 5	0,2 + x
20.00 – 06.30	1 : 31	0,032	1 : 31	0,032

Personalschlüssel

Für 25 Stunden Präsenz je Wohngemeinschaft zuzüglich der für alle vier WGs gemeinsam genutzten 10 Stunden der Nachtpräsenz (vgl. Graphik 5.4) ergibt das Personalkonzept im Durchschnitt ca. 15,9 VK-Stellen für alle WGs gemeinsam bzw. durchschnittlich 3,97 VK je Wohngemeinschaft (unterstellt 38,5 h-Woche und 20prozentige Ausfallzeiten wegen Krankheit, Urlaub, Fortbildung etc.). Damit ist neben der Präsenz die Erledigung der mit dem Haushalt verbundenen Aufgaben abgedeckt

Die in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung mit den Pflegekassen vereinbarten, vorzuhaltenden Personalmengen sind abhängig von der Zusammensetzung der Bewohner nach Pflegestufen. Sie sind vergleichbar mit den Personalschlüsseln des Haus am Kappelberg; konkret liegen sie bei Pflegestufe 1 bis 3 um ein bis zwei Hundertstel höher als in Fellbach.

Tabelle 5.6:
Für das Haus Veronika vereinbarte Personalschlüssel

	PS 0	PS 1	PS 2	PS 3
Pflege:	1 : 4,41	1 : 3,13	1 : 2,23	1 : 1,65
Hauswirtschaft:	1 : 5,90			

Bei den im Erhebungszeitraum Januar 2005 anwesenden Bewohnern der 4 Wohngemeinschaften im Haus Veronika ergibt sich demnach ein nach Pflegestufen gewichteter, durchschnittlicher Personalschlüssel für Pflege und Betreuung von 1: 3,11. Neben 3 Bewohnern mit „Pflegestufe 0“ wurde bei weiteren 3 Bewohnern, deren Pflegestufen zum Erhebungszeitraum nicht bekannt waren, ebenfalls Pflegestufe 0 angenommen. Diese Pflegeschlüssel führen zu einem finanzierten Stellenumfang von 9,99 Vollkraftstellen (VK) in Pflege & Betreuung für vier Wohngemeinschaften. Hinzu kommen die Personalressourcen für Hauswirtschaft. Bei 31 Bewohnern ergeben sich 5,25 VK, insgesamt stehen somit 15,24 VK für die Präsenzabdeckung incl. Nachtwache, die Haushaltstätigkeiten und den Hintergrunddienst Pflege zur Verfügung.

Je Wohngemeinschaft im Haus Veronika heißt das im Durchschnitt 3,81 VK. Bei dieser Pflegestufenstruktur wären rein rechnerisch keine Ressourcen für Pflegekräfte übrig. Angenommen, die drei noch nicht bekannten Pflegeeinstufungen ergäben zweimal Pflegestufe 1 und einmal Pflegestufe 2, ergäbe die Berechnung eines Personalsolls nach Personalschlüsseln bereits 0,4 VK mehr.

Der Durchschnittspersonalschlüssel für Pflege & Betreuung sowie Hauswirtschaft zusammengekommen bei der Ist-Pflegestufenstruktur beträgt zum Stichtag 1: 2,03.

Da für die tatsächliche Personalvorhaltung auch Personaldurchschnittskosten je Stelle zu berücksichtigen sind, lässt die Betrachtung von Personalmengen, die sich aus der Abdeckung von Präsenzzeiten oder aus Schlüsseln ergeben, keinen direkten Rückschluss auf tatsächlich vorgehaltene Personalmengen zu.

6. Vertragsgestaltung

Die ordnungsrechtliche Einordnung ist bei allen im Projekt betrachteten Wohngemeinschaften identisch. Von der örtlichen Heimaufsicht wurde jeweils Heimstatus festgestellt.

Vertraglich wird lediglich beim Haus Veronika mit den Bewohnern ein einziger Vertrag, der „Heimvertrag“ abgeschlossen. In Bad Dürkheim und Fellbach ist die vertragliche Situation differenzierter und die im Betreuungssetting dargelegte Organisation spiegelt sich in den Verträgen wider:

6.1 WG Drosselweg

Mietverhältnis

Eigentümer des Gebäudes ist eine in Fellbach ansässige Wohnungsbaugenossenschaft. Generalmieter für das Gebäude ist das Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg. Mit den Bewohnern wird ein Untermietvertrag geschlossen. Die Ausstattung der Wohnung liegt vollständig im Verantwortungsbereich der Bewohner.

Voraussetzung für den Abschluss eines Mietvertrags mit einem neuen Bewohner ist zum einen der entsprechende Beschluss der Mieterversammlung. Dieser wird erleichtert durch Kennenlernen des oder der Interessenten im Vorfeld, z.B. beim gemeinsamen Kaffeetrinken am Nachmittag. Zum anderen ist die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Interessenten bedeutend, da der örtliche Sozialhilfeträger im Falle der Bedürftigkeit bei den Hilfen in besonderen Lebenslagen fiktiv die Erstattung der Pflegekasse für stationäre Unterbringung annimmt - trotz der faktischen ambulanten Leistungsabrechnung und der faktischen ambulanten Leistungshöhe der Pflegekassen..

Präsenz und Haushalt

Für die Tätigkeit der Präsenzkraft schließen die Bewohner mit der Wohlfahrtswerk Altenhilfe gGmbH (WAG) einen Vertrag ab, der als Leistung die Anwesenheit einer „Betreuungskraft“ über 24 Stunden beinhaltet. Dafür zahlen die Bewohner eine monatliche Pauschale, die auch bei Abwesenheit, z.B. in Falle eines Krankenhausaufenthalts anfällt.

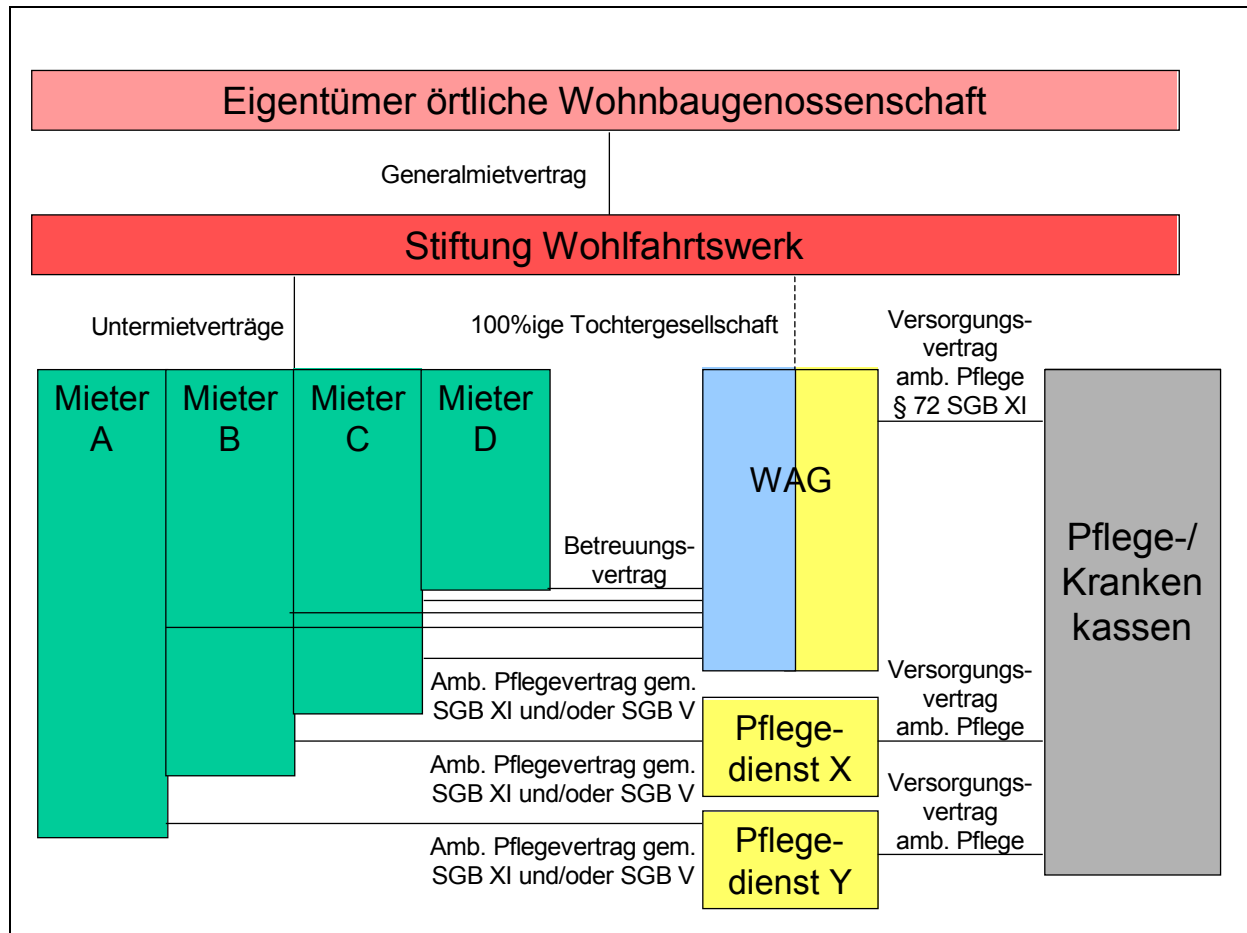
Der Vermieter, die Stiftung Wohlfahrtswerk und der Betreuungsgeber WAG sind somit unterschiedliche juristische Personen. Faktisch besteht ein Abhängigkeitsverhältnis, da die WAG eine 100%ige Tochtergesellschaft der Stiftung ist.

Pflege

Die Bewohner schließen mit einem von ihnen frei gewählten ambulanten Pflegedienst einen Pflegevertrag ab. Meist sind drei verschiedene Pflegedienste bei Bewohnern unter Vertrag.

Diese Dienste erbringen sowohl Leistungen nach SGB XI als auch Leistungen der Behandlungspflege nach SGB V.

Grafik 6.1: Vertragskonstellationen bei der WG Drosselweg



6.2 Wohngemeinschaften Auf Hofen und Casa Vitale

Mietverhältnis

Das Gebäude der Wohngemeinschaft Auf Hofen befindet sich im Eigentum einer Privatperson. Das Haus wurde von der Ehefrau des Geschäftsführers des Pflegedienstes angemietet. Diese schließt Untermietverträge mit den Bewohnern.

Bei der WG Casa Vitale wird von der Eigentümerin mit den Bewohnern direkt der Mietvertrag abgeschlossen.

Pflege

Alle Bewohner beider WGs haben einen Pflegevertrag mit demselben ambulanten Pflegedienst, der Casa Vitale BetreuungsGmbH abgeschlossen.

Betreuung

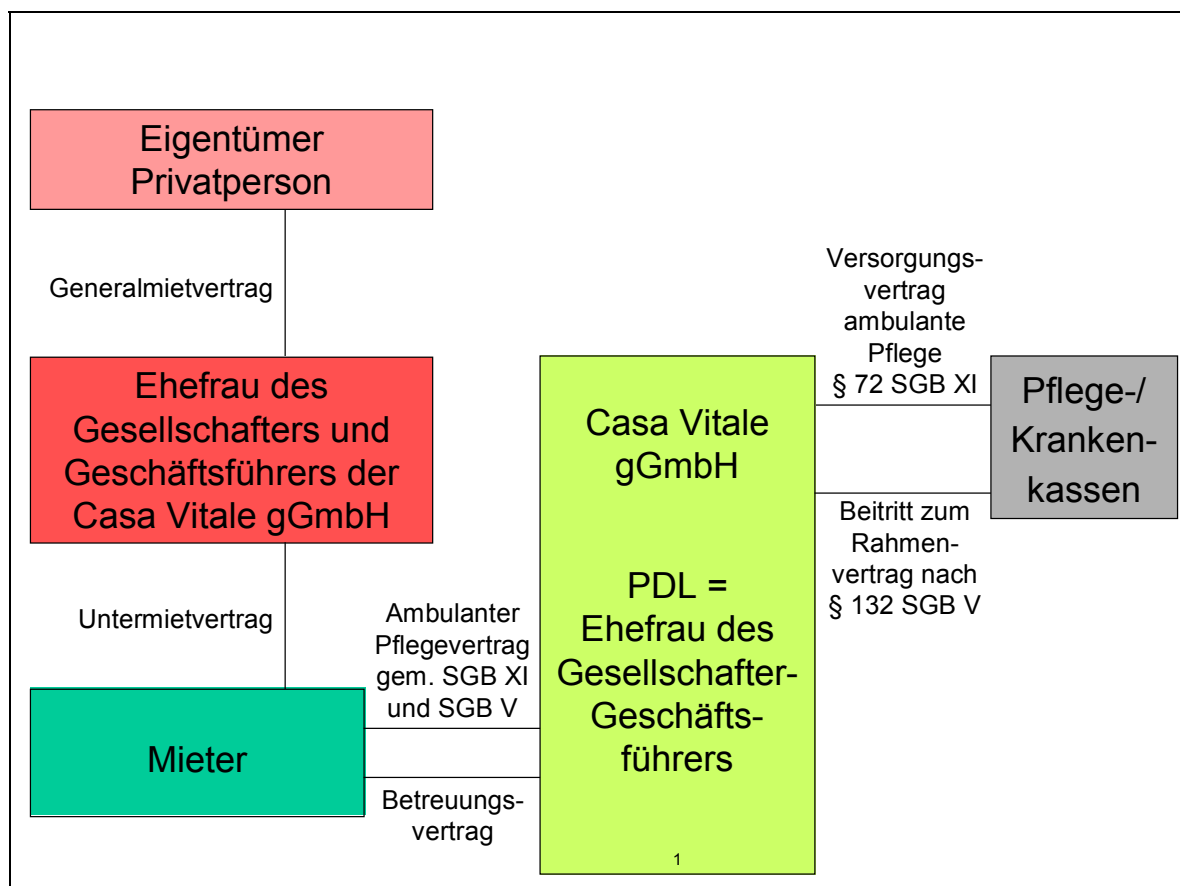
Zusätzlich schließt die Casa Vitale BetreuungsGmbH einen Betreuungsvertrag mit den Bewohnern ab. Dieser Betreuungsvertrag ist identisch mit dem Betreuten Wohnen Casa Vitale. Das im Vertrag geregelte Leistungsspektrum teilt sich auf in Grundleistungen, Wahlleistungen und eine Notrufabdeckung über 24 Stunden. Die Grundleistungen umfassen ein für Betreutes Wohnen typisches Spektrum mit einer Ansprechperson, die u.a. für die Vermittlung, Organisation oder Koordination von Hilfen zur Verfügung steht. Auch Beratung und Hilfe in sozialen Angelegenheiten ist beinhaltet.

Die Höhe der Betreuungspauschale unterscheidet sich vom Betreuten Wohnen in der Seniorenwohnanlage Wennerhof, die sich im selben Gebäude wie die Wohngemeinschaft Casa Vitale befindet, preislich etwas. Die Betreuungspauschale beinhaltet auch einen Mietanteil für die Flächen des Dienstzimmers in der WG, die von Casa Vitale genutzt werden.

Voraussetzung für den Abschluss eines Mietvertrags in beiden Wohngemeinschaften ist, dass auch ein Betreuungsvertrag abgeschlossen wird. Nicht Voraussetzung ist dagegen, einen ambulanten Pflegevertrag mit dem Betreuungsgeber abschließen zu müssen.

Leistungsrechtlich geschieht die Pflege nach ambulantem Leistungsrecht.

Grafik 6.2: Vertragskonstellationen in Bad Dürkheim am Beispiel Auf Hofen



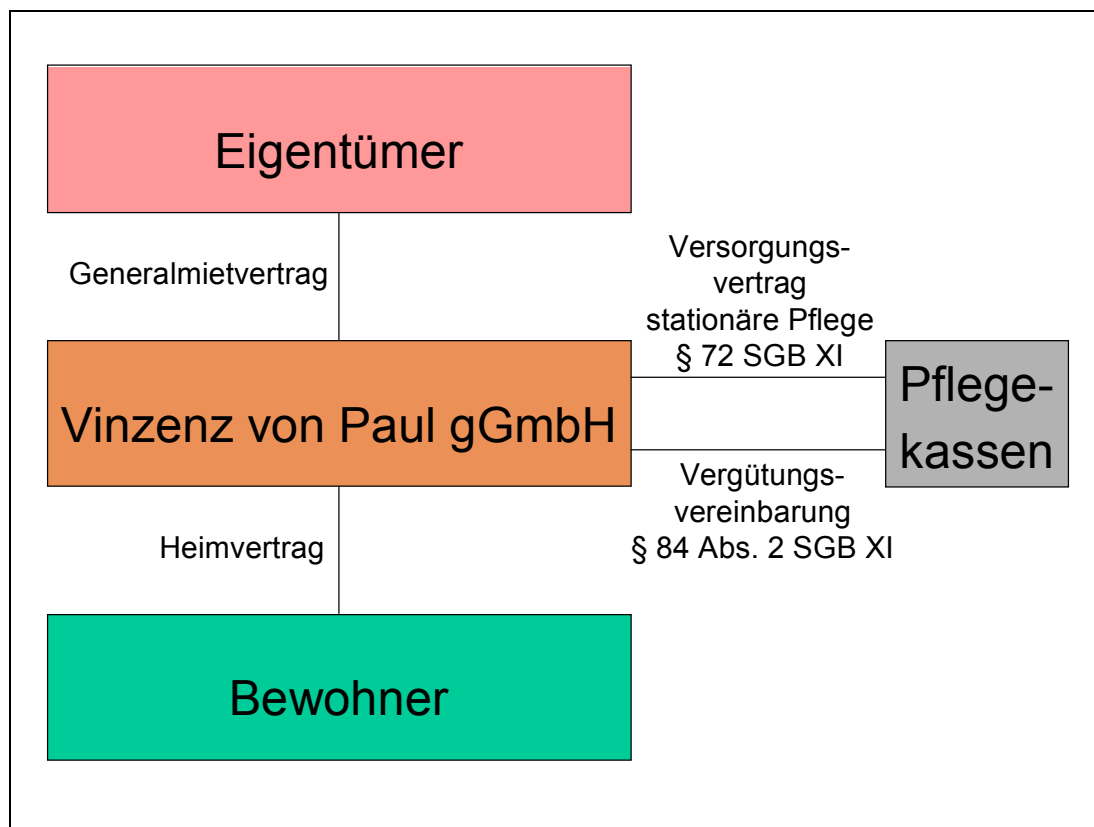
6.3 Haus Veronika

Das Gebäude ist durch die Vinzenz von Paul gGmbH angemietet, die als Träger der Einrichtung „Haus Veronika“ fungiert. Sie ist Vertragspartner der Bewohner.

Vertragsgrundlage mit den Bewohnern ist ein in stationären Pflegeeinrichtungen üblicher **Heimvertrag**. Dieser regelt u.a. das Wohnen in einem konkreten Zimmer und Mitnutzung weiterer Räumlichkeiten, die Betreuung und Pflege sowie hauswirtschaftliche Aspekte. Für die Bewohner besteht keine Möglichkeit, den Betreuungsgeber und Pflegedienstleister zu wechseln.

Leistungsrechtlich gelten die Regelungen für Pflegeheime. Mit den Pflegekassen wurde ein Versorgungsvertrag für stationäre Pflege abgeschlossen. Eine Vergütungsvereinbarung nach § 84 Abs. 2 SGB XI existiert.

Grafik 6.3: Vertragskonstellationen in Wohngemeinschaften des Haus Veronika



6.4 Die Vertragssituation im vergleichenden Überblick

Tabelle 6.1:

Rechtliche Konstellationen aus Anbietersicht

		WG Drosselweg	Auf Hofen	Casa Vitale	Haus Veronika
Vermieter	Pflegedienst als Vermieter		(X)	(X)	X
	Betreuungsgeber als Vermieter	(X)			X
	Sonstiger Vermieter	X		X	
Pflege + Präsenz- abdeckung	Personalunion bei Pflege und Präsenz		X	X	
	organisatorische Trennung zwischen Präsenzkräften und Mitarbeitern	X			X
	juristische Trennung zwischen Präsenzgeber und Pflegedienst	X			
Leistungs- abrechnung	Pflege: ambulante Leistungsabrechnung	X	X	X	
	Pflege: stationäre Leistungsabrechnung				X
Ordnungs- recht	Status: Heim	X	X		X
	Status: Kein Heim				

Aus Bewohnersicht ist die Vertragskonstellation beim Haus Veronika am einfachsten, da außer dem Heimvertrag kein weiterer Vertrag erforderlich ist.

In Fellbach und in Bad Dürkheim werden von den Bewohnern drei Verträge geschlossen: Ein Mietvertrag, ein Betreuungsvertrag und ein Pflegevertrag für SGB XI-Leistungen.

Tabelle 6.2.:
Vertragskonstellationen aus Bewohnersicht

		WG Drosselweg	Auf Hofen / Casa Vitale	Haus Veronika
BGB	Mietvertrag	X	X	
	Betreuungs- vertrag	X	X	
SGB V	Ambulanter Pflegevertrag	X	X	
SGB XI		X	X	
HeimG	Heimvertrag			X

7. Auf Qualitätsentwicklung bezogene Aktivitäten

Die in den Wohngemeinschaften tätigen Akteure befassen sich auf diverse Weise mit der Frage, wie die Versorgungsqualität der Bewohner einzuschätzen ist und ob und welche Maßnahmen notwendig oder geeignet sind, das Wohlbefinden der Bewohner positiv zu beeinflussen. In Kapitel 7 werden Aktivitäten oder konzeptionelle Elemente, die zur Evaluation der Versorgungsqualität beitragen, aufgeführt. In der Fachwelt werden solche Aktivitäten vielfach unter dem Begriff „Qualitätssicherung“, „Qualitätsentwicklung“ oder „Qualitätsmanagement“ behandelt. Im folgenden wurden die Begriffe Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung benutzt.

Da Qualität subjektiv empfunden wird und situationsabhängigen Präferenzen ausgesetzt ist, kann es immer nur ein zeitpunktbezogenes Gleichgewicht geben. Ein ständiges Abgleichen situativer Anforderungen mit, individuellen Wünschen trägt zur Qualitätsentwicklung und -sicherung bei.

Die verschiedenen Stufen eines Qualitätssicherungsprozesses können sowohl durch eigene Mitarbeiter eines Dienstleistungsanbieters oder Trägers als auch durch externe Personen umgesetzt werden. In Kapitel 7.2 und 7.3 wird deshalb zwischen internen und externen Maßnahmen der Qualitätssicherung unterschieden. Sofern diese Maßnahmen geplante Elemente der internen Arbeitsorganisation darstellen, werden sie zu den internen Maßnahmen gezählt. Zur externen Qualitätssicherung werden dagegen Maßnahmen gerechnet, die auf externe Veranlassung hin erfolgen. Die Unterscheidung zwischen „intern“ und „extern“ orientiert sich also am Auslöser, nicht daran, wer die damit zusammenhängenden Tätigkeiten durchführt.

Dem Management einzelner risikobehafteter Situationen wird ein separater Abschnitt im Gesamtzusammenhang der Qualitätssicherung gewidmet, wenngleich es inhaltlich der internen Qualitätssicherung zuzuordnen ist (vgl. Kap. 7.1). Die Betrachtung beschränkt sich auf jene als risikobehaftet identifizierten Sachverhalte, für die seitens Betreuungsgeber, Träger oder ambulantem Dienst Regelungsbedarf gesehen wurde.

Im Kapitel 7.2 „Interne Qualitätssicherung“ werden dagegen auf den Dienstleistungsprozess insgesamt bezogene Betrachtungen angeführt.

An die Darstellung der Maßnahmen interner und externer Qualitätssicherung schließt sich in Kap. 7.4. eine Übersicht an, die strukturell zwischen Alltag und Haushalt einerseits und der Pflege andererseits trennt und daran orientiert Aktivitäten verschiedener beteiligter Akteure aufführt. In Kap. 7.5 folgt eine Betrachtung zur Fachlichkeit des Personals und deren strukturelle Einordnung.

Auf die übergeordneten Qualitätsmanagementansätze verschiedener Akteure wird in diesem Kapitel nicht näher eingegangen. Allgemein wird für das Haus Veronika das vom Träger vorgegebene Qualitätsmanagementsystem „QAP“ (vgl. Gebert/Kneubühler, 2003)

umgesetzt. Am Jahresanfang werden strukturiert auf Basis einer Evaluation Qualitätsziele, die sich aus der Evaluation ergeben, die dazugehörigen Maßnahmen und Messkriterien definiert und der Umsetzungsgrad festgestellt.

Für das Wohlfahrtswerk berührende Sachverhalte der WG Drosselweg ist der Qualitätsmanagementansatz in trägerinternen „Qualitätsentwicklungsrichtlinien“ formuliert, die der Philosophie des „Total Quality Managements“ folgen. Hinzu kommt die Vereinbarung von Jahreszielen, Festlegung von Maßnahmen und Messkriterien anhand der Systematik der Balanced Scorecard.

7.1 Risikomanagement ausgewählter Vorkommnisse

In den Wohngemeinschaften bestehen für folgende risikoreiche Situationen spezielle Vorgaben zum Ablauf:

- Unkontrolliertes Verlassen der Wohnung/des Hauses
- Sturzvorkommnis
- Sonstige außergewöhnliche Vorkommnisse und „abweichende Situationen“

7.1.1 WG Drosselweg

In der WG Drosselweg ist nicht rund um die Uhr eine examinierte Pflegekraft präsent. Die „nicht examinierten“ Präsenzkkräfte werden deshalb dafür sensibilisiert, „abweichende Situationen“ zu erkennen. Wenn diese auftreten, hat eine Präsenzkraft ohne Pflegeexamen die Pflicht, über die ständig besetzte Rufbereitschaftsnummer mit einer Pflegefachkraft Kontakt aufzunehmen. Für das weitere Vorgehen ist dann die Pflegefachkraft verantwortlich. Wenn beispielsweise eine Bewohnerin Schmerzen äußert, bei der der Hausarzt ein Schmerzmittel als Bedarfsmedikation angeordnet hat, wird die Rufbereitschaft informiert. Diese entscheidet, ob das Bedarfsmedikament zu geben ist, ob mit dem Arzt die Medikamentengabe abzustimmen ist oder dieser sogar zu rufen ist. Im Zweifelsfall klärt die Rufbereitschafts-Pflegekraft vor Ort in der Wohngemeinschaft diese Fragen in direktem Kontakt mit dem Bewohner.

Bei Stürzen existiert ein Standard, dass in jedem Fall die Rufbereitschaft zu informieren ist, die alles andere – wie oben – zu veranlassen hat.

Es gibt Bewohner, die phasenweise die Wohnung verlassen und den Weg zurück nicht finden. Das Verlassen der Wohnung geschieht nicht unbedingt ohne registriert zu werden. In diesen Fällen greift eine Ablaufregelung, die nach einer vorangegangenen Risikoabschätzung (z.B. bzgl. Verhalten im Straßenverkehr) festlegt, wann (sofort oder nach Zeitdauer x) die Rufbereitschaft darüber zu informieren ist. Diese veranlasst, dass der/die Bewohner/in an den i.d.R. bekannten Orten gesucht und abgeholt wird.

Die Risikoeinschätzung und die Festlegung der Ablaufregelung geschehen im engen Einvernehmen mit den Angehörigen.

Die pflegerische Expertise wird also gezielt in bestimmten definierten Situationen abgerufen.

Für die Kontrolle und Überwachung im Umgang mit Medikamenten gibt es zudem für die Präsenzkkräfte in der WG Drosselweg eine Verfahrensanweisung. Die Leitung des Präsenzkkräfte-Teams, die über ein Pflegeexamen verfügt, ist für die Kontrolle und Überwachung des Umgangs mit Medikamenten zuständig.

7.1.2. Auf Hofen und Casa Vitale

Das Risikomanagement ist dem der WG Drosselweg vergleichbar. Bei allen außergewöhnlichen Vorkommnissen dürfen Mitarbeiter ohne Pflegeexamen nicht eigenmächtig handeln, sondern müssen die Rufbereitschaft informieren.

Beim Einzug erfolgt eine Risikoeinschätzung der Weglaufgefährdung. Mit den Angehörigen ist vereinbart, wie in solchen Fällen bei der Suche vorzugehen ist. Bei einem Sturz ist die Rufbereitschaft zu informieren.

7.1.3. Haus Veronika

Auch im Haus Veronika ist das Risikomanagement ähnlich wie in den anderen Wohngemeinschaften implementiert.

Im Haus ist rund um die Uhr eine Pflegefachkraft anwesend, nicht jedoch in jeder der Wohngemeinschaften. Dieser Hintergrunddienst Pflege wird bei Besonderheiten des Zustands gerufen. Besonderheiten definieren sich im Zusammenhang mit der Pflegeplanung und –dokumentation, sind also bewohnerabhängig unterschiedlich.

Bei Stürzen wird in *jedem* Fall die Fachkraft informiert, die das Sturzprotokoll ausfüllt.

Bei ungeplanter Abwesenheit von Bewohnern mit Demenz gibt es ein standardisiertes Vorgehen: Es ist festgelegt, wo zu suchen ist, wenn der Bewohner weder im Haus noch im Umkreis von 100m gefunden wird. Daraufhin erfolgt dann das für stationäre Pflegeeinrichtungen übliche Procedere mit Benachrichtigung Polizei etc.

7.2. Interne Qualitätssicherung

Die Maßnahmen der internen Qualitätssicherung können einerseits den gemeinsamen Haushalt der Bewohner betreffen und sich andererseits auf Pflegesachverhalte beziehen. Für die WG Drosselweg werden verschiedene Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht aufgeführt, wenn der Tätigkeitsbereich der ambulanten Pflegedienste berührt ist.

Grafik 7.1 gibt einen Überblick über die in Kapitel 7.2. angesprochenen Instrumente der internen Qualitätssicherung und welcher Dimension des Betreuungssettings sie am ehesten zuzuordnen sind.

Grafik 7.1 Angewandte Instrumente der internen Qualitätssicherung

<u>Qualitätssicherung intern</u>	
<u>Haushalt</u>	<u>Pflege</u>
Mieterversammlung	
Dienstübergabe Präsenzkkräfte	
Fortbildung	Fortbildung
Standards	Standards
	Audits/Fallbesprechungen; spezielle Anleitung
	Kooperation stat. / Pflegedienst
Kommunikation / Abstimmung mit Bewohnern und Angehörige	

7.2.1. Regelungen zu internen Abstimmungsprozessen

Bei der WG Drosselweg ist in der Hausordnung festgelegt, dass es eine **Mieterversammlung** als Gremium gibt. Diese „fällt grundsätzliche Entscheidungen bezüglich der Belange der Wohngemeinschaft“.

Der gemäß Heimgesetz institutionalisierte **Heimbeirat** im **Haus Veronika** kann ebenfalls Belange der Wohngemeinschaften aufgreifen. Entscheidungsbefugnisse mit einer Tragweite, wie sie für die Mieterversammlung der WG Drosselweg vorliegt, existieren jedoch – u.a. bedingt durch die anders geartete Vertragskonstellation - nicht.

Für die Wohngemeinschaften Auf Hofen und Casa Vitale werden Angehörigensprechstunden durch die Casa Vitale Betreuungs- GmbH organisiert. Hinzu kommen mindestens zweimal

jährlich themenbezogene Angehörigenabende, deren zentrale Zielsetzung ist, den Angehörigen die Möglichkeit zum gegenseitigen Austausch über die Begegnung im Alltag hinausgehend zu bieten.

7.2.2 Sicherstellung der Informationsweitergabe

Bei einer Vielzahl unterschiedlicher Akteure, die sich in den Wohngemeinschaften aufhalten, ist die organisatorische **Absicherung der Weitergabe von Informationen** ein wesentliches Element der Qualitätssicherung:

Die Dienstzeiten der Präsenzkkräfte in der **Fellbacher Wohngemeinschaft** sind so gestaltet, dass der Informationsaustausch gewährleistet ist. Es gibt eine 15minütige Überschneidung in der Mittagszeit. Auch morgens und abends findet ein Austausch statt - auch wenn es dann keine formalen Übergabezeiten gibt. Die Kommunikation mit Mitarbeitern der ambulanten Pflegedienste ist jederzeit durch die durchgängige Anwesenheit der Präsenzmitarbeiter gewährleistet. Die Präsenzmitarbeiter treffen sich außerdem monatlich zu Teambesprechungen. Hinzu kommen regelmäßige Dienstbesprechungen zwischen der Einrichtungsleitung des Haus am Kappelberg und der Teamleitung der Präsenzkkräfte. Die Kommunikation zwischen professionell Tätigen ist auch in den anderen Wohngemeinschaften klar strukturiert:

In den **Wohngemeinschaften Auf Hofen und Casa Vitale** gibt es regelmäßige Dienstbesprechungen. Da keine organisatorische Trennung zwischen Pflegedienst und Präsenzfunktion existiert, erfolgt die interne Abstimmung einerseits in den Dienstbesprechungen, andererseits in den Überlappungszeiten verschiedener Mitarbeiter.

Im **Haus Veronika** mit der organisatorischen Trennung zwischen Präsenzmitarbeitern und Pflegedienst erfolgt eine vielfältige interne Abstimmung. Neben der Patenschaft von Pflegemitarbeitern für jeweils eine Wohngemeinschaft (vgl. Kap. 5.2.2.3) gibt es u.a. Abstimmungen auf Teamleitungsebene sowie Teambesprechungen.

Das Setting der Wohngemeinschaften verhindert zum Teil Schnittstellenprobleme, die sich in arbeitsteiligen und räumlich voneinander entfernten Situationen ergeben können. Bei Personalunion in Alltagsbegleitung und Haushaltstätigkeiten bedürfen z.B. bezüglich der Mahlzeitenzubereitung Informationen über Verzehrmenen bei Tisch oder geschmackliche Vorlieben keiner besonderen Organisation der Informationsweitergabe. Und räumlich zählt das Haushaltsgeschehen in den Wohngemeinschaften zum Lebensumfeld der Bewohner, anstatt abgeschirmte Produktionsbereiche „Küche“ oder „Wäscheversorgung“ zu bilden. Damit erfahren auch die mit den Haushaltsaufgaben beschäftigten Personen automatisch, ob Bewohner abwesend oder akut erkrankt sind und können schnell sich dadurch ändernde Versorgungsbedarfe erkennen.

Bei einem schichtbedingten Personalwechsel können Informationen, die im weiteren Tagesverlauf für einzelne Bewohner oder die WG als Ganzes von Interesse sein können, mündlich weitergegeben werden. Dazu sind überlappende Schichtzeiten für die Personen, die auch Präsenzfunktion erfüllen, eingerichtet.

Darüber hinaus existieren in allen Wohngemeinschaften **Systeme der schriftlichen Informationsweitergabe**. In den **Wohngemeinschaften Auf Hofen und Casa Vitale** sowie im **Haus Veronika** gibt es ein einheitliches Dokumentationssystem für solche Zwecke. Dieses beinhaltet die „klassische“ bewohnerbezogene Pflegedokumentation einschließlich „Verlaufsbericht“. Alle professionell in der Wohngemeinschaft Tätigen sind nach einem WG-spezifischen Standard zu Einrichtungen verpflichtet, also auch die mit Haushaltsarbeiten befassten Personen bzw. die Präsenzkräfte. In der **Wohngemeinschaft Drosselweg** existiert eine Parallelität mehrerer Dokumentationssysteme. Bewohnerbezogene Eintragungen und für die Leistungsabrechnung mit Kassen erforderliche Informationen fixieren einerseits die Mitarbeiter der ambulanten Pflegedienste im pflegedienstspezifischen Dokusystem. Daneben wird von den Präsenzkräften dokumentiert. Dieses kann sowohl der schichtübergreifenden Informationsweitergabe über bewohnerbezogene Befindlichkeit oder Besonderheiten dienen oder allgemeine den Bewohner betreffende Sachverhalte beinhalten. Eine für die Qualitätssicherung wichtige Schnittstelle ist in der WG Drosselweg daneben die Weitergabe ärztlicher Informationen – beispielsweise Änderungen von Verordnungen, die sich beim Hausbesuch ergeben haben und über die der jeweilige ambulante Dienst informiert sein muss. Die Präsenzkräfte übernehmen die Mittlerrolle, die ansonsten pflegende Angehörige tragen und sichern ihre Informationsweitergabe schriftlich ab. Für den schriftlichen Nachweis der ärztlichen Anordnung selbst müssen daraufhin die ambulanten Dienste Sorge tragen. Sofern die Ärzte bereits von sich aus in der Pflegedokumentation des Pflegedienstes ihre Anordnung vornehmen und abzeichnen, entfällt diese Informationsschleife allerdings.



Der Wohnzimmerschrank der WG Drosselweg mit abschließbarem Medikamentendepot



Das Richten der Medikamente übernimmt eine Person mit Pflegeexamen:
Die Teamleitung der Präsenzkräfte



Das Wohnzimmer der WG Drosselweg als Arbeitsplatz zum Richten der Medikamente

7.2.3 Fortbildung

Die professionell in den Wohngemeinschaften Tätigen nehmen an diversen Fortbildungen teil. Eine Erhebung zum Umfang der Fortbildung wurde nicht durchgeführt (siehe auch Kap. 7.4).

7.2.4. Standards

Insbesondere für pflegerische Tätigkeiten existieren Standards. Zu den Führungsaufgaben zählt, dafür zu sorgen, dass „die Standards gelebt werden“. Eine Analyse der angewandten Standards erfolgte nicht. Sie sind gegebenenfalls Gegenstand von MDK-Prüfungen oder Prüfungen der Heimaufsicht.

Für die Wohngemeinschaften im **Haus Veronika** ist ein Organisationshandbuch für Hauswirtschaft und für Pflege mit vom Träger vorgegebenen Standards vorhanden, das laufend aktualisiert wird.

7.2.5 Audits, Fallbesprechungen und spezielle Anleitung

In bestimmten schwierigen Pflegesituationen (z.B. Dekubitusgefährdung, Sondenernährung, Bewohner mit subkutaner Infusion, bei Gefahr zu geringer Flüssigkeitsaufnahme, Immobilität und bei akuten Erkrankungen) wird für Bewohner der **WG Drosselweg** eine Pflegevisite durch die PDL des Ambulanten Dienstes Haus am Kappelberg oder deren Stellvertretung durchgeführt – und zwar unabhängig von der Verantwortung des jeweils mit der Pflege beauftragten ambulanten Pflegedienstes. Die entsprechende Information geschieht durch

regelmäßigen Informationsaustausch zwischen dem Teamleiter der Präsenzkkräfte mit seinem Vorgesetzten, der dann die PDL des ambulanten Dienstes informiert. Sofern erforderlich wird die Pflegesituation den Präsenzmitarbeitern erläutert und fallbezogen fachliche Anleitung gegeben – analog zur üblicherweise von ambulanten Diensten erbrachten Beratungs- und Anleitungsfunktion für pflegende Angehörige.

In besonders schwierigen Situationen, v.a. bei Themen im Zusammenhang mit Verhalten bei Demenz, z.B. in einer sehr aggressiven Phase eines demenzerkrankten Bewohners führt die Einrichtungsleitung des Haus am Kappelberg in ihrer Vorgesetztenfunktion für die Präsenzkkräfte einzelfallbezogene Fallbesprechungen mit den Präsenzkkräften.

Im **Haus Veronika** findet zweimal jährlich ein vom Träger beauftragtes Audit durch einen externen Prüfer statt. Geprüft werden dabei unterschiedliche Schwerpunktthemen, z.B. die Umsetzung des Pflegeprozesses, der Abgleich zwischen geplanter und erbrachter Pflege und Angemessenheit der Pflege oder auch die Organisationsstruktur. Über die Ergebnisse erfolgt ein Bericht an die Leitung und den Träger.

7.2.6 Allgemeine Kommunikation mit Bewohnern und Angehörigen

Neben institutionalisierten Bewohnergremien (vgl. Kap. 7.2.1.) gibt es im Alltag zahlreiche weitere Situationen, die zur Qualitätssicherung beitragen. Angehörige tragen ihre Anliegen ad hoc vor, z.B. in Gesprächen mit Präsenzkkräften oder Mitarbeitern des Ambulanten Dienstes. Im **Haus Veronika** wird Wert auf eine „Kultur der Offenen Kritik“ gelegt. Die Leitung nimmt außerdem regelmäßig an Mahlzeiten in den einzelnen Hausgemeinschaften teil, um mit den Bewohnern ins Gespräch zu kommen.

7.2.7 Qualitätssicherung durch Kooperation

Grundsätzlich erscheint für die Wohngemeinschaften, die leistungsrechtlich ambulant einzuordnen sind, eine Kooperation mit einer stationären Pflegeeinrichtung zum Zwecke der Qualitätssicherung denkbar. Für die **WG Drosselweg** wurde allerdings ein anderer Weg beschritten: Der unter 7.2.5 beschriebene Einsatz der Pflegedienstleitung des Ambulanten Dienstes des Haus am Kappelberg stellt quasi den Rückgriff auf eine externe Honorarkraft dar. Eine Vereinbarung mit der stationären Einrichtung muss vom organisatorischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkt her tragbar sein. Förderlich wäre die Möglichkeit zum Leistungsaustausch zwischen ambulantem und stationärem Sektor ohne hohen bürokratischen Aufwand zum Nachweis getrennter Strukturen. Die Philosophie in den baden-württembergischen Rahmenverträgen nach § 75 und 80 SGB XI müsste entsprechend ausgerichtet werden.

Wäre am Haus am Kappelberg kein Ambulanter Dienst angesiedelt, wären jedoch Kooperationsregelungen zwecks Einkauf von Dienstleistungen beim stationären Bereich als Möglichkeit der Qualitätssicherung in Betracht gezogen worden.

Ein andere Möglichkeit der Kooperation im Interesse der Qualitätssicherung ist die **Mitgliedschaft in einem (regionalen) Qualitätssicherungsverbund**. Die Initiatoren der am Evaluationsprojekt beteiligten Wohngemeinschaften haben regelmäßig an Arbeitstreffen der „Initiative Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige in Baden-Württemberg (IWO)“ teilgenommen. Der inhaltliche Austausch mit anderen existenten oder in der Umsetzungsphase befindlichen baden-württembergischen WG-Initiativen über Organisationskonzepte, das Rollenverständnis der Akteure, Notwendigkeit und Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung etc. mündete in einen Katalog von Kriterien der IWO, denen sich die Mitglieder verpflichtet fühlen. Diese freiwillige Selbstverpflichtung kann analog einer ersten Stufe eines im Aufbau befindlichen Qualitätssicherungsverbunds, wie er in Baden-Württemberg in vereinzelt Regionen für die stationäre Pflege praktiziert wird⁴⁴, gesehen werden.

⁴⁴ Im Landkreis Heilbronn wurde im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung ein Regionaler Qualitätssicherungsverbund erprobt (Sozialministerium Baden-Württemberg, 1996). Daran anschließend wurde in mehreren Landkreisen ein solcher Verbund eingeführt. Näheres siehe Kern, N. (2004) S. 218 ff.

7.2.8. Dementia Care Mapping (DCM)

In den Kapiteln 7.2.1. bis 7.2.7 findet sich keine standardisierte Bewohnerbefragung, wie sie z.B. aus der stationären Altenhilfe im Sinne einer schriftlichen oder mündlichen Kundenbefragung als Baustein des Qualitätsmanagements bekannt ist. Während der Projekt-Laufzeit wurde im Sommer 2003 in den stationären Pflegeeinrichtungen des Wohlfahrtswerks für Baden-Württemberg eine in zweijährigem Turnus stattfindenden mündliche Befragung der Pflegeheimbewohner anhand standardisierter Interviews durchgeführt. Überlegt wurde, die Interviews auf die Bewohner der WG Drosselweg auszuweiten. Die Fragestellungen des Interviewleitfadens erwiesen sich jedoch bei näherer Betrachtung als ungeeignet, sie an Bewohner der WG Drosselweg zu richten. Die Lebenswelt, auf die sich der Interviewleitfaden richtet, hat ein Gepräge, bei dem institutionelle Strukturen durchscheinen. Das Selbstverständnis in der WG Drosselweg erscheint dagegen eher vom Mieterstatus „mit eigenen Untergebenen“ geprägt. Zudem sind Gespräche mit den Bewohnern Bestandteil der qualitativen Bewertung der Gutachter (siehe Teil 2).

Die weiteren Überlegungen führten zum Entschluss, die Einbeziehung der WG Drosselweg in das Wohlfahrtswerk-übergreifende benchmarking methodisch über teilnehmende Beobachtung mit dem Instrument des Dementia Care Mapping (DCM) zu bewerkstelligen. Die Erfahrung mit dem Erstmapping in der Fellbacher WG zeigte, dass das Instrument auch für die weiteren zu evaluierenden Wohngemeinschaften geeignet wäre.

Vier „Mappings“ erfolgten insgesamt im Rahmen der Evaluation: Eines in der WG Drosselweg, zwei in der WG Auf Hofen und eines im Haus Veronika. Im Haus Veronika wurde DCM nur in der Wohngemeinschaft, die ausschließlich von dementiell erkrankten Bewohnern bewohnt wird, eingesetzt.

Die Beobachtung geschah stets durch dieselbe Person, so dass der Inter-rater-Reliabilität, die bei diesem Instrument in der Fachwelt noch unzureichend erforscht ist, nachrangige Bedeutung beigemessen werden kann.

Aus Datenschutzgründen wird auf eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse verzichtet.

7.2.8.1. Ergebnisse der DCM – Evaluation am 04. August 2004, 7.25 Uhr - 13.35 Uhr, WG Drosselweg

Zum Zeitpunkt der Durchführung des Mappings war die Bewohnerschaft der WG sehr gemischt: Neben 3 Bewohnerinnen mit stark fortgeschrittener Demenz hielten sich während der sechs Stunden zwischen 1 und 6 Bewohner ohne Demenz im Esszimmer/Gemeinschaftsraum bzw. der Küche auf. Die Atmosphäre war lebendig, freundlich und warm. Der Umgang von Mitarbeiter und Bewohner miteinander war zugewandt und natürlich. Eine Bewohnerin befand sich in schlechtem psychischem Zustand. Die Präsenzkraft hatte sich nach Einschätzung des Zustands und des Krankheitsprozesses dazu entschlossen, die Bewohnerin zu motivieren, den Vormittag im Esszimmer zu verbringen, da sie die Gemeinschaft mit den anderen Bewohnern und das anregende Milieu als förderlich für deren Wohlbefinden erachtete. Durch die unterhaltende und tröstende Zuwendung von Mitarbeiter und Bewohnern gelang es, das Wohlbefinden punktuell zu heben und das Wohlbefindensniveau – auf der Situation und der Person bezogen – auf vergleichsweise hohem Niveau zu halten. Angesichts dieser Bedingung und der kleinen Beobachtungsgruppe (3 Bewohner) ist der gruppenbezogene WIB-Wert von 1,9 als sehr gut zu bewerten (Tabelle 7.1). Eine Bewohnerin profitierte enorm davon, dass sie ihre Fähigkeiten in der Küchenarbeit (Spülen und Essensvorbereitung) einbringen konnten.

Tabelle 7.1:

Ergebnisse des 1. DCM- Mapping in der WG Drosselweg

WIB-Werte- Profile	Anzahl	in %
5	0	0
3	89	49
1	68	37
-1	24	13
-3	2	1
-5	0	0
Gruppenbezogener WIB-Wert: 1,7		

Das positive Milieu zeigte sich in vielen unterschiedlichen Indikatoren:

- es gab keine personalen Detraktionen
- es gab eine Vielzahl an positiven Ereignissen
- die Tagesstruktur war abwechslungsreich und hatte einen hohen alltagsbezogenen und biographischen Bezug
- die Grundhaltung der Mitarbeiter und Bewohner zueinander war stets personenzentriert und wertschätzend
- es gab eine Vielzahl an spontanen und natürlichen Kontakten

- die Esskultur war durch einen hohen Grad an Geselligkeit, der Strukturierung und Darreichungsform des Essens und die Qualität der Mahlzeit besonders positiv ausgeprägt, was durch die hohen WIB-Werte beim Essen (zwischen 1,5 und 3,9) bestätigt wird.
- alle Bewohner trafen sich zum gemeinsamen Essen im Esszimmer/Gemeinschaftsraum
- es gab lobende Rückmeldung zum Essen, das selbst vorbereitet wurde und angeregte Unterhaltung über unterschiedlichste Themen
- es gab unterschiedliche Gänge, die nacheinander gereicht wurden
- man nahm sich Zeit zum Essen
- es gab freundlich Hilfestellungen während des Essens: Aufmerksam wurde gefragt, ob jemand Unterstützung braucht; man war auf Nachfrage behilflich beim Einschenken von Kaffee oder Reichen der Zuckerdose.

Die Bewohner mit Demenz waren nur eingeschränkt in der Lage, verbal zu kommunizieren. Durch das anregende Milieu beobachteten sie sehr aufmerksam, was geschieht und folgten der Unterhaltung der anderen mit großem Interesse.

7.2.8.2 Ergebnisse der DCM - Evaluation am 02. Februar 2005, 14.00 – 19.15 Uhr, WG Auf Hofen

Zum Zeitpunkt der Durchführung des Mappings waren alle 8 Bewohner der WG dementiell erkrankt, zum Teil in fortgeschrittenem Stadium. An diesem Nachmittag waren 4 Angehörige präsent. Sie nahmen ihre Familienangehörigen zu Spaziergängen aus dem Haus, ansonsten verbrachten sie die Zeit im Gemeinschaftsraum in der WG. Alle Bewohner hielten sich zwischen 2,25 und 4,5 Stunden während der 5,25 Stunden Beobachtungszeit im Esszimmer/Gemeinschaftsraum auf. Durch die zahlreiche Präsenz der Angehörigen war es der Mitarbeiterin möglich, ein größeres Programm durchzuführen, das Einzelne wie auch die Gruppe erreichte: Am frühen Nachmittag, als die Gruppe kleiner war, führte sie Malarbeiten mit einzelnen, ruhigeren Bewohnern durch, was sehr zu deren Wohlbefinden beitrug, da es einen biografischen Bezug bzw. durch die individuelle Zuwendung einen hohen Beziehungsaspekt hatte. Die anderen Bewohner am Tisch wurden gekonnt in den kreativen Prozess mit einbezogen. Am späten Nachmittag wurde mit Instrumentenbegleitung mit der gesamten Gruppe und den Angehörigen gemeinsam gesungen, was sehr zum Wohlbefinden aller beitrug und die Angehörigen integrierte. Die Bedürfnisse der Bewohner wurden aufmerksam wahrgenommen, der Umgang war stets zugewandt, freundlich und respektvoll. Die Atmosphäre war trotz der Präsenz vieler Personen ruhig und ohne Hektik. Es wurde aufmerksam auf die Dosierung der Geräusche (Radio) geachtet. Im letzten Drittel des Nachmittags/Abends waren die Bewohner zum Teil sehr erschöpft. Hinzu kam eine weniger intensiv moderierte Gruppensituation, was zu mehr Streitsituationen führte und das Wohlbefinden der Bewohner temporär und auf einzelne Personen bezogen deutlich minderte. Zur Selbstbeschäftigung wurden Zeitschriften zur Lektüre angeboten. Konfliktsituationen (z.B. Disput um Fernsehen bzw. Programmwahl) wurden wahrgenommen

und nach individuellen Lösungen gesucht (Umsetzungen in anderen Raum, in dem man ungestört lesen kann). Der gruppenbezogene WIB-Wert von 1,9 ist als gut zu bewerten (vgl. Tabelle 7.2).

Tabelle 7.2:

Ergebnisse des DCM in der Wohngemeinschaft Auf Hofen

WIB-Werte-Profile	Anzahl	in %
5	11	3
3	137	40
1	194	56
-1	2	1
-3	2	1
-5	0	0
Summe	346	100

Das positive Milieu zeigte sich in vielen unterschiedlichen Indikatoren:

- es gab nur eine (milde) personale Detraktion
- es gab eine Vielzahl an positiven Ereignissen
- es sind wenige negative WIB-Werte zu verzeichnen, es gibt einen bedeutsamen Anteil an +3–Werten (40%)
- die Grundhaltung der Mitarbeiter und Bewohner zueinander war stets personenzentriert und wertschätzend
- es gab eine Vielzahl an spontanen und natürlichen Kontakten
- die Esskultur war durch einen hohen Grad an Geselligkeit geprägt, man gibt Hilfestellung und lässt den Bewohnern Zeit beim Essen
- die Tagesstruktur war abwechslungsreich, die Beschäftigungsangebote personenorientiert, was durch hohe WIB-Werte beim Malen und Singen deutlich wird (zwischen 2,3 und 4,4).

7.2.8.3 Ergebnisse der DCM – Evaluation am 10. Februar 2005, 13.25 Uhr - 18.20 Uhr, WG St. Vinzenz im Haus Veronika

Zum Zeitpunkt der Durchführung des Mappings waren alle 5 Bewohner der WG dementiell erkrankt, zum Teil in fortgeschrittenem Stadium. Eine Bewohnerin befand sich in schlechter psychischer Verfassung. Alle Bewohner hielten sich zwischen 1,25 und 2 Stunden während der 3 Stunden Beobachtungszeit im Esszimmer/Gemeinschaftsraum auf. 1,3 Stunden verbrachten die Bewohner gemeinsam beim Singen mit anderen Bewohnern des Hauses außerhalb der WG. Die Atmosphäre war sehr lebendig und kommunikativ. Es wurde von der Alltagsbegleiterin viel mit jedem einzelnen Bewohnern geredet, wodurch auch die psychisch erkrankte Bewohnerin ein vergleichsweise hohes Wohlbefindensniveau erreichte. Ein Bewohner profitierte besonders davon, dass er seine Fähigkeiten in der Küchenarbeit (Essensvorbereitung, Tisch decken und abräumen) und Hauswirtschaft (kehren, Müll wegtragen) einbringen konnte.

Tabelle 7.3:

Ergebnisse des DCM in der Wohngemeinschaft St. Vinzenz im Haus Veronika

WIB-Werte-Profile	Anzahl	in %
5	9	7,5
3	35	29,2
1	72	60,0
-1	2	1,7
-3	2	1,7
-5	0	0
Gruppenbezogener WIB-Wert: 1,8		

Das positive Milieu zeigte sich in vielen unterschiedlichen Indikatoren:

- es gab keine personalen Detraktionen
- es gab eine Vielzahl an positiven Ereignissen
- es sind sehr wenige negative WIB-Werte zu verzeichnen, es gibt einen bedeutsamen Anteil an +5-Werten (8%) und +3-Werten (29%)
- die Tagesstruktur war abwechslungsreich und hatte einen hohen alltagsbezogenen und biographischen Bezug
- die Grundhaltung der Mitarbeiter gegenüber Bewohnern war stets personenzentriert und wertschätzend

- die Esskultur war durch einen hohen Grad an Geselligkeit, durch Strukturierung und Darreichungsform des Essens sowie der Qualität der Mahlzeit besonders positiv ausgeprägt:
 - alle Bewohner trafen sich zum gemeinsamen Essen im Esszimmer/Gemeinschaftsraum
 - es gab lobende Rückmeldung zum Essen
 - man nahm sich Zeit zum Essen
 - es gab personenzentrierte Begleitung während der Mahlzeiten: es wurde freundlich Hilfestellung während des Essens gegeben, aufmerksam wurde nachgefragt, ob jemand Unterstützung braucht und war auf Nachfrage behilflich ohne den Bewohnern in seinen Kompetenzen zu beschneiden.

7.2.8.4. Bewertung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der DCM-Erhebungen können nur vorsichtig interpretiert werden. Sie entbehren einer ausreichend breiten Datenbasis. Die individuellen oder gruppenbezogenen WIB-Wert-Punktzahlen, die sozusagen eine „Gesamtnote“ darstellen, geben ein sehr eingeschränktes Bild der Qualität personenorientierter Pflege wieder. Als „Kennzahl“ komprimierter Information gehen viele Informationen verloren. Zudem sind Erstmappings für Mitarbeiter auch zunächst Ausnahmesituationen.

Insgesamt sind die vorliegenden Ergebnisse positiv zu bewerten. Gemessen am Interpretationsniveau für die stationäre Pflege (Kitwood, 1997, 99ff) liegen alle 3 Wohngemeinschaften im Bereich „gut“ (1,5 bis 2,0). Es gibt wenige negative WIB-Werte, einen hohen Anteil an +3 Werten und einige im Bereich +5. Ferner sind sehr wenige personale Detraktionen festzustellen und viele positive Ereignisse. Die Kategorien C (sozial nicht mit einbezogen sein, in sich gekehrt) und W (Repetitive Selbststimulation) sind nicht festzustellen.

7.3 Externe Qualitätssicherung

Die externe Qualitätssicherung geschieht zum einen durch Leistungserbringer der Krankenbehandlung und Pflege sowie durch institutionelle Qualitätssicherer. Grafik 7.2 veranschaulicht, dass sich die Mehrheit der externen Qualitätssicherung auf die Sphäre der Pflege richtet.

Grafik 7.2:

Übersicht über Akteure, die einen Beitrag zur externen Qualitätssicherung leisten

<u>Haushalt</u>	<u>Pflege</u>
	Ambulante Pflegedienste
	MDK
Heimaufsicht	Heimaufsicht
	Hausärzte
	Fachärzte

7.3.1 Qualitätssicherung durch ambulante(n) Pflegedienst(e)

Die Bewohner der **WG Drosselweg** nehmen unterschiedliche ambulante Pflegedienste in Anspruch. Bei deren Mitarbeitern ist von einer geschulten Wahrnehmung für Versorgungssituationen auszugehen. Da die ambulanten Dienste nicht für die Betreuung im gesamten Tagesverlauf verantwortlich sind, besteht keine Interessenkollision, falls Defizite in der Betreuung festzustellen wären.

7.3.2 Qualitätssicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)

Flächendeckend werden alle ambulanten Dienste in Baden-Württemberg regelmäßig durch den MDK geprüft. Beim Pflegedienst, der in den Bad Dürrheimer Wohngemeinschaften tätig ist, gab es seit 1999 zwei Qualitätsprüfungen des MDK.

Der Ambulante Dienst Haus am Kappelberg wurde zuletzt am 11.11.2003 geprüft. Kenntnis über die Zeitpunkte von MDK-Prüfungen bei den sonstigen, bei Bewohnern der WG Drosselweg tätigen Pflegediensten, liegen nicht vor.

7.3.3 Qualitätssicherung seitens der Heimaufsicht

Wie in Kapitel 5.1. näher erläutert erfolgten in allen evaluierten Wohngemeinschaften Begehungen durch die Heimaufsicht.

7.3.4 Hausbesuche der Ärzteschaft

Als Ergänzung zu Heimaufsicht und MDK wurden zur externen Qualitätssicherung Besuche einer Fachärztin in der Wohngemeinschaft Drosselweg einbezogen.

Diese erfolgten während der gesamten Laufzeit in dreimonatlichem Abstand.

Die inhaltliche Auswertung findet sich in Teil 2.

Neben den projektbezogenen ärztlichen Besuchen ist ärztliche Anwesenheit im Rahmender regelmäßigen Hausbesuche durch die Hausärzte der Bewohner der Wohngemeinschaften gegeben:

- In Bad Dürkheim kommen im Durchschnitt zwei Ärzte wöchentlich zum Hausbesuch in eine Wohngemeinschaft.
- Im Haus Veronika kommen ca. 5 verschiedene Hausärzte regelmäßig ins Haus. Zusätzlich kommen Fachärzte (Neurologe, Hautärztin, Urologe regelmäßig, ein Zahnarzt bei Bedarf.
- Die Bewohner der WG Drosselweg haben ebenfalls 5 verschiedene Hausärzte. Zwei Hausärzte kommen 14-tägig zum Hausbesuch, die anderen drei alle vier Wochen.

Es besteht Grund zur Annahme, dass die Ärzte aufgrund ihres Berufsethos bei den Hausbesuchen auch die Lebenssituation ihres Patienten in der Wohngemeinschaft allgemein registrieren.

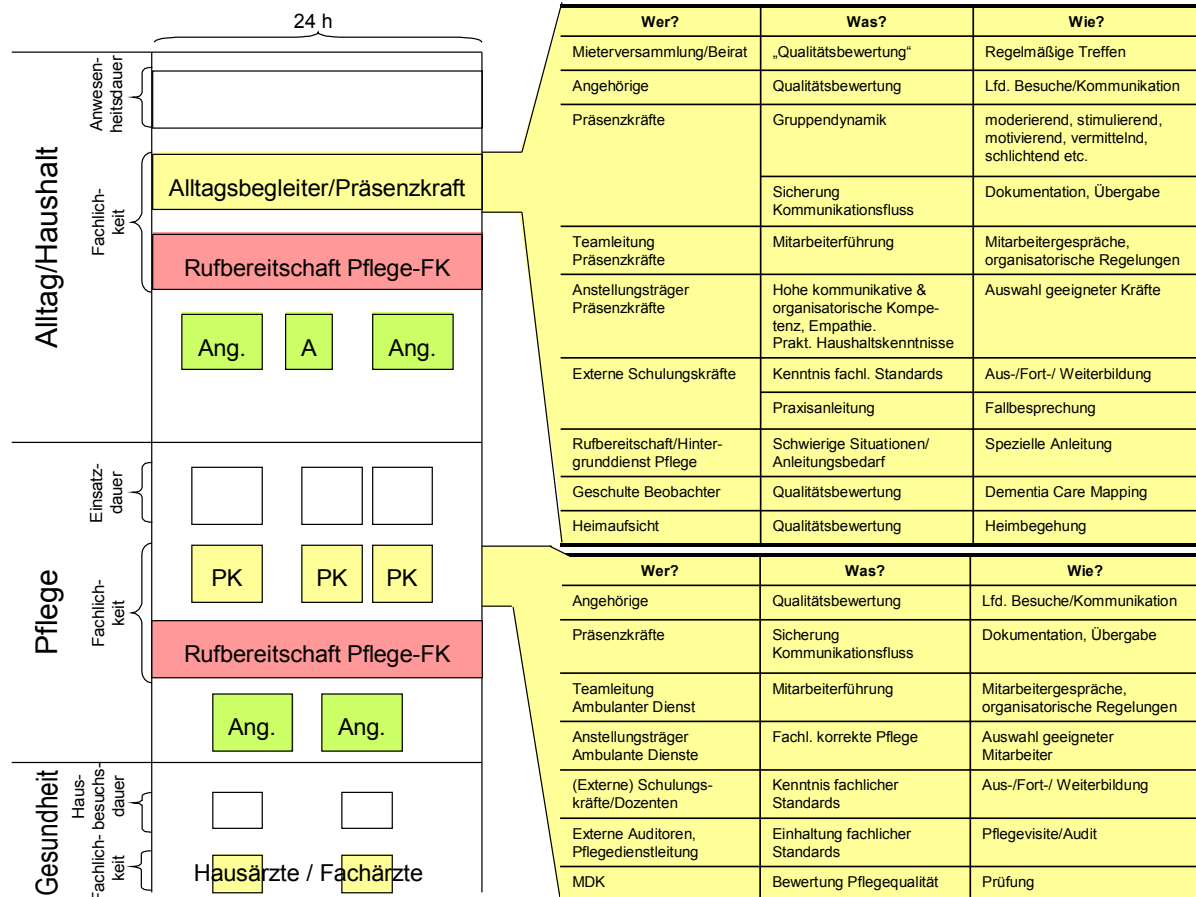
7.4.Funktionsbezogener Überblick über auf Qualität gerichtete Aktivitäten

In Kap. 7.2 und 7.3 sind Elemente der Qualitätssicherung unterteilt in „intern ausgelöste“ Maßnahmen einerseits und durch externe Veranlassung oder ohne das explizite Anliegen der Qualitätssicherung andererseits vorliegende Einsichtnahme in das Geschehen in den WGs.

Der Blickwinkel in Kap. 7.4 ist dagegen verrichtungsorientiert.

Grafik 7.3:

Bewertungsmaßstäbe und Mittel zur Gewährleistung angemessener Fachlichkeit der Alltagsbegleiter/Präsenzkräfte und der Pflegekräfte



Erläuterung zu Grafik 7.3:

Das linke Drittel der Grafik veranschaulicht zunächst, bezogen auf welchen Lebensbereich (Alltag/Haushalt; Pflege; Gesundheit) Personen mit unterschiedlicher fachlicher Ausrichtung mit welchen Zeitdauern in den Wohngemeinschaften anwesend sind. Die Anwesenheitsdauer der Präsenzkräfte ist durchgängig, der Block „Anwesenheitsdauer“ ist deshalb über 24 Stunden hinweg nicht durchbrochen. Die Anwesenheit wegen pflegerischer

Aufgaben und ärztlicher Hausbesuche ist dagegen punktuell, was durch einzelne Zeitblöcke bei der „Einsatzdauer“/„Hausbesuchsdauer“ symbolisiert wird. Die Relation der Zeitblöcke für pflegerische Einsatzdauer und ärztliche Hausbesuchsdauer steht in der Grafik nicht in korrektem Verhältnis zum 24-Stunden-Block bei der Anwesenheit für Alltag/Haushalt.

Unterhalb der Anwesenheitsdauer wird dargestellt, welche Fachlichkeit in dieser Zeit zur Verfügung steht. So sind für Haushalt und Alltagsbegleitung rund um die Uhr Präsenzkkräfte vorhanden. Ergänzend steht über 24 Stunden abrufbar eine Rufbereitschaft durch Pflegefachkräfte zur Verfügung. Hinzu kommt, dass Angehörige bei Haushalt und Alltagsbegleitung eine punktuell unterstützende Funktion übernehmen. Für Pflegeaufgaben sind bei den Einsätzen Pflegekräfte vor Ort. Beim **Haus Veronika** sind damit hauptsächlich Pflegefachkräfte gemeint. Bei den ambulanten Diensten, die Bewohner der **Fellbacher WG** in Anspruch nehmen wurde die Qualifikation nicht erhoben. Wenn es sich um pflegerische Hilfskräfte handelt, haben diese die Möglichkeit, die pflegerische Rufbereitschaft ihrer eigenen Organisation in Anspruch zu nehmen, über die ambulante Pflegedienste gegebenenfalls selbst oder über in Kooperation mit anderen Dienste verfügen. Darüber hinaus könnte auch die den Präsenzkkräften zur Verfügung stehende pflegerische Rufbereitschaft genutzt werden.

Durch wen und welche Maßnahmen die Qualität der Fachlichkeit in Alltagsbegleitung und Haushalt eingesetzter professioneller Personen gesichert wird, ist in der **oberen Tabelle** in der rechten Seite der Grafik aufgelistet. Die **untere Tabelle** zeigt, welche Mittel der Gewährleistung einer bestimmten Qualität durch wen bezogen auf die Pflege eingesetzt werden.

Die Darstellungen in den Tabellen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Für die **Wohngemeinschaften Auf Hofen und Casa Vitale** müssten wegen der Personalunion in Alltagsbegleitung, Haushaltstätigkeiten und Pflege die Blöcke „Alltag/Haushalt“ und „Pflege“ in Grafik 7.3 übereinandergelagert werden.

Erläuterungen zu den in der Tabelle angeführten Akteuren und Maßnahmen sind teilweise in Kap. 7.2 und 7.3 beschrieben. Darüber hinaus sind die Einflussnahme auf die Gruppendynamik in der Bewohnerschaft, Mitarbeiterführung und die Auswahl geeigneter Mitarbeiter wesentliche Elemente der Qualitätssicherung (vgl. Kap. 7.4.1 bis 7.4.3).

Der Diskurs der Bewohnern selbst über ihren Alltag in der Wohngemeinschaft stellt in deren Selbstverständnis vermutlich keine Qualitätsbewertung dar, sondern ist Bestandteil des Lebens und Wohnens in Gemeinschaft. Faktisch lässt sich die Steuerung durch Selbstbewertung der Situation und das Äußern von Wünschen auch im Sinne einer Qualitätsbewertung verstehen, weshalb der Begriff in Grafik 7.3 in Anführungszeichen gesetzt ist.

7.4.1 Präsenzkkräfte und Gruppendynamik

Milieuorientierung und das Leben in Gemeinschaft stellt einen Ausgangspunkt aller Konzeptionen der evaluierten Wohngemeinschaften dar. Der Stimmung in der Gruppe der Bewohner kommt dabei zentrale Bedeutung zu. Interaktionen der Bewohner untereinander und zwischen Bewohnern und Präsenzkkräften führen zu einer Gruppendynamik, die die Präsenzkkräfte im Sinne der Alltagsbegleitung berücksichtigen müssen. Sie können sich z. B. moderierend, stimulierend, vermittelnd oder schlichtend einbringen, auch unterschiedliche Interessenlagen kanalisieren und damit die Befindlichkeit einzelner Bewohner als Gruppenzugehörige beeinflussen, was wiederum deren Alltagsbewältigung dient. Die Einflussnahme auf die Gruppendynamik durch Präsenzkkräfte wird deshalb in Grafik 7.3 als qualitätssichernde Maßnahme aufgeführt, wenngleich dieses auf den ersten Blick nicht systemkonform erscheint.

7.4.2 Mitarbeiterauswahl für die Präsenz und Eignung

Die erfolgreiche Bewältigung von Haushaltsaufgaben ist bei allen betrachteten Wohngemeinschaften grundlegend verbunden mit dem Anspruch, die Bewohner am Geschehen mehr oder weniger aktiv teilhaben zu lassen. Dieses erfordert kommunikative und soziale Fähigkeiten. Mit Blick auf die o.g. Beeinflussung gruppendynamischer Prozesse müssen diese umso ausgeprägter sein. Der Arbeitgeber der Präsenzkkräfte übernimmt deshalb bei der Mitarbeiterauswahl eine wichtige qualitätssichernde Funktion. Die Arbeitgeber der in Alltagsbegleitung und Haushalt eingesetzten Personen haben bei der Definition der Eignung in der Mitarbeiterauswahl neben praktischen Haushaltskenntnissen deshalb den Schwerpunkt auf

- Hohe kommunikative Kompetenz
- Empathie und
- organisatorische Kompetenz

gelegt. Eine formale Qualifikation fordern die Arbeitgeber – sofern nicht in Personalunion Behandlungspflege zu erbringen ist, nicht. Theoretisches Rüstzeug wird gegebenenfalls einzelfallbezogen oder verrichtungsbezogen durch Anleitung vor Ort oder durch externe Schulungskräfte im Rahmen einer Fortbildung nachgeliefert.

7.4.3. Mitarbeiterführung

Ein weitere für die Qualitätssicherung wesentlicher Aspekte ist die Mitarbeiterführung durch die Vorgesetzten der Präsenzkkräfte und der Pflegemitarbeiter. Dieses betrifft z.B. die Art der Einarbeitung und Anleitung. Zu den Führungsaufgaben zählt u.a., dass Überforderung erkannt wird und Mitarbeiter darin begleitet werden, eigene Grenzen wahrzunehmen und Hilfe einfordern zu können.

7.5 Fachlichkeit des Personals als Element der Qualitätsentwicklung

In Grafik 7.3. fehlt bei der Auflistung der in die Absicherung der Fachlichkeit einfließenden Faktoren die Fachkraftquote. Unklar ist, wo sie bei der Struktur der Darstellung hätte eingefügt werden müssen: Beim Block der Alltagsbegleitung und Haushaltstätigkeiten und/oder bei Pflege oder bei beiden Blöcken? In § 5 Abs. 1 der Heimpersonalverordnung wird für betreuende Tätigkeiten der Einsatz von Fachkräften verlangt oder die angemessene Beteiligung von Fachkräften, wobei dann jeder zweite Beschäftigte eine Fachkraft sein muss. Diese in der Fachwelt als „Fachkraftquote von 50 %“ bezeichnete Norm spielt in der stationären Pflege für den hauswirtschaftlichen Bereich keine Rolle; im Pflegeheim sind Betreuung und Pflege i.d.R. in Personalunion organisiert, so dass die Fachkraftquote nur darauf angewandt wird. Bei den Wohngemeinschaften ist die Personalunion anders gelagert. Die der im Pflegeheim „Betreuung“ genannten Funktion teilweise gleichzusetzende „Alltagsbegleitung“ ist bei den Wohngemeinschaften stets mit Haushaltstätigkeiten verknüpft (vgl. Tabelle 7.4).

Tabelle 7.4:

Konstellation der Personalunion bei verschiedenen Tätigkeiten von professionell in den WGs Tätigen

Personalunion bei	WG Drosselweg	Auf Hofen und Casa Vitale	Haus Veronika
Haushalt & Alltagsbegleitung & kleine Handreichungen bei Körperpflege	Ja	Ja	Ja
Haushalt & Alltagsbegleitung & Grundpflege	Nein	Ja	Ja
Haushalt & Alltagsbegleitung & Grundpflege & Behandlungspflege	Nein	Ja	Nein
Pflege stößt punktuell hinzu	Ja	Nein	Ja

Somit bestehen für die betrachteten Wohngemeinschaften zur Erfüllung der Fachkraftquote drei theoretische Möglichkeiten (vgl. Grafik 7.4):

a) 50 % Fachkräfte in Haushalt & Alltagsbegleitung und 50 % Fachkräfte bei der Pflege

Für diese Zuordnung spricht, dass auch die Bewältigung von Haushaltsaufgaben ein Bestandteil der „Betreuung“ sein und die Anerkennung als Fachkraft in beiden Bereichen unterschiedlich sein kann.

b) Keine Fachkraftefordernis bei Haushalt & Alltagsbegleitung und 100 % Fachkräfte bei Grund- und Behandlungspflege

Diese Konstellation ist unter der Annahme plausibel, dass unter „Fachkräften“ Pflegefachkräfte verstanden werden.

c) Alle professionell in der WG Tätigen werden zusammengefasst und die Hälfte der Stellenanteile muss mit Fachkräften besetzt sein

Dieses wirft die Problematik der Anrechnung von Personalressourcen von Diensten bzw. Personen, die nicht ausschließlich in der WG arbeiten, auf. Für die WG Drosselweg würde dies die ambulanten Dienste betreffen sowie die Rufbereitschaft Pflege. Die Fachlichkeit der ambulanten Dienste ist jedoch an anderer Stelle⁵ geregelt. Die leistungsrechtlichen Festlegungen gehen bis hin zur Entgeltdifferenzierung nach Ausbildungsgrad. Diese ambulanten Personalressourcen müssten gleichzeitig gemäß Fachkraftquote und SGB XI-Leistungsabrechnung austariert werden.

Grafik 7.4:

Mögliche Bezugsgrößen der Fachkraftquotendefinition in Wohngemeinschaften

	Haushalt		Alltagsbegleitung		Grundpflege		Behdl.-pflege		?
a)	50 %				50 %				
b)	0 %				100 %				
c)		50 %				50 %			
					SGB XI-Regelungen				

Allgemein ist auch die Anrechenbarkeit von Honorarkräften (z.B. eine Moderation von außen, um schwierige Gruppenprozesse zu begleiten oder für Qualitätssicherungsaufgaben wie von der Pflegedienstleitung des Ambulanten Dienstes Haus am Kappelberg in der WG Drosselweg praktiziert (vgl. Kap. 7.2.5)) unklar.

⁵ Siehe „Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege“ vom 10.07.1995 in der Fassung vom 31.05.1996 und „Rahmenvertrag ambulante pflegerische Versorgung gem. § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg (gültig ab 01.03.2003)“.

Die in den Wohngemeinschaften umgesetzten Personalkonzepte führen zur weiteren Frage, welche Qualifikation der Forderung nach Fachkräften gerecht wird. Unstrittig ist einzig eine pflegfachliche Qualifikation im Rahmen ärztlicher Delegationsleistungen.



Woran bemisst sich die Qualität der Kommunikation ?

Wertigkeit einer formalen Qualifikation

Fachkräfte werden in § 6 HeimPersV folgendermaßen definiert: *„Fachkräfte im Sinne dieser Verordnung müssen eine Berufsausbildung abgeschlossen haben, die Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der von ihnen ausgeübten Funktion und Tätigkeit vermittelt. Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer, Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer sowie vergleichbare Hilfskräfte sind keine Fachkräfte im Sinne der Verordnung.“*

Besonders bezogen auf die Alltagsbegleitung wirft die formale Qualifikation für die Wohngemeinschaften Fragen auf (vgl. Kap. 7.4.2). In einem Lebensumfeld, in dem der sozialen Kompetenz dort beruflich Tätiger herausragende Bedeutung zukommt, die berufliche Qualifikation als Zugangsvoraussetzung höher zu gewichten als die persönliche Komponente erscheint diskussionswürdig: Die Arbeitgeber praktizieren das Gegenteil.

Eine detaillierte Erhebung zum Qualifikationsprofil der in den Wohngemeinschaften eingesetzten Personen erfolgte zwar nicht; bei den beschäftigten Präsenzkraften handelt es sich jedoch vielfach um Frauen nach der Familienphase im Alter 40 + bzw. um Wiedereinsteigerinnen ins Berufsleben mit unterschiedlichen Berufsausbildungen. Für Wohngemeinschaften, in denen konzeptionell gewollt ist, dass Haushalt und Alltagsbegleitung im Vordergrund stehen und in Personalunion zusammengefügt wird, ist außerdem bis dato keine Berufsausbildung bekannt, die dafür qualifiziert. Allerdings existieren erste Fort- bzw. Weiterbildungsangebote zu „Alltagsbegleitern“ u.ä..

Auch die Definition der Fachlichkeit ist klärungsbedürftig. Und rein praktisch gesehen schränkt das Herausstellen pflegefachlicher Qualifikation die Möglichkeiten zur Ausgestaltung von Betreuungskonzepten stark ein.

Wertigkeit der Hausarbeit

Die gesellschaftspolitische Frage der Wertigkeit von Hausarbeit ist im Zusammenhang mit Wohngemeinschaften noch undiskutiert. Die Anstellungsträger der Präsenzkkräfte haben bei der Personalauswahl allerdings Erfahrung in Familienarbeit und Haushaltsführung als einen Qualifikationsaspekt berücksichtigt .

In § 5 Abs. 1 Satz 2 HeimPersV lautet zudem: *„In Heimen mit pflegebedürftigen Bewohnern muss auch bei Nachtwachen mindestens eine Fachkraft ständig anwesend sein“*. Es stellt sich die Frage, welche Fachlichkeit in diesem Fall gemeint ist. Die Praxis der betrachteten Wohngemeinschaften zeigt, dass die Nachtpräsenz i.d.R. dann schwerpunktmäßig Haushaltstätigkeiten durchführt, wenn lediglich eine Wohngemeinschaft der Aufmerksamkeit bedarf. Beim Haus Veronika, wo die Nachtpräsenz vier Wohngemeinschaften abzudecken hat, scheint nachts der inhaltliche Schwerpunkt nicht so stark auf hauswirtschaftlichen Tätigkeiten zu liegen wie in Fellbach oder Bad Dürkheim.

In vieler Hinsicht trifft also die Zuordnung und prozentuale Ermittlung einer Fachkraftquote auf Schwierigkeiten.

8. Betriebswirtschaftliche Betrachtungen

8.1. Die Kostensituation aus Bewohnersicht

8.1.1 Monatliche Kosten für Wohnen und Haushaltsbedarf

Den üblichen Kosten der Lebenshaltung sind u.a. Ausgaben für den Wohnraum, d.h. Kaltmiete und Nebenkosten z.B. für Energie, Wasser und Müllgebühren zuzurechnen. Hinzu kommen laufende Ausgaben für den Haushalt wie z.B. Lebensmittel oder Putz- und Waschmittel. Individuelle Bedarfe, z.B. für Kleidung, Körperpflegemittel, Zuzahlungen für Medikamente etc. bleiben in den folgenden Berechnungen der finanziellen Belastung der Bewohner außen vor.

Tabelle 8.1 gibt einen vergleichenden Überblick über diese o.g. Positionen der Lebenshaltung.

Die monatlichen Kosten für die Bewohner liegen in den Wohngemeinschaften in Fellbach und Bad Dürkheim für Wohnen und Haushaltsbedarf durchschnittlich ca. zwischen 477 € und 692 € im Monat. Beim Haus Veronika lässt sich dieser Wert nicht genau beziffern, da im Entgelt für Unterkunft & Verpflegung (U & V) nach der in Baden Württemberg praktizierten Methode der Pflegesatzkalkulation auch Personalkosten enthalten sind, z.B. für die Zubereitung von Mahlzeiten oder die Wohnungsreinigung. Die durchschnittlichen monatlichen Kosten für Wohnen und Haushalt je Bewohner müssten für einen "methodisch sauberen Vergleich" daher beim Haus Veronika um die enthaltenen Personalkosten bereinigt werden.

Tabelle 8.1:

Ausgewählte kostenrelevante Kennzahlen für Wohnen und Haushaltsbedarf

	WG Drosselweg	Auf Hofen	Casa Vitale	Haus Veronika
(Kalt-)Miete je qm Individual-Wohnfläche	10,78 €	14,68 €	13,79 €	Investitionskosten/ Tag: 11,23 €/Monat:341,39 € U & V/ Tag:20,90 € Monat:635,78 €
Mietnebenkosten /Monat	47,85 €	80,00 €	92,00 €	
Haushaltsbedarf monatlich	127 €	220 €	181 €	
durchschnittl. Wohnfläche/Person	28 qm	26,7 qm	29 qm	nicht ermittelt
durchschnittl. monatl. Kosten Wohnen & Haushalt/Person	476,69 €	692,00 €	673,00 €	977,17 €
durchschnittl. monatl. Kosten Wohnen & Haushalt/qm	17,02 €	25,91 €	23,21 €	nicht ermittelt

Erläuterungen zu Tabelle 8.1:**Wohngemeinschaft Drosselweg:**

Die Kaltmiete je qm beinhaltet anteilig Mietkosten für die Gemeinschaftsflächen und Abschreibungen für die Anschaffung einer Einbauküche und den Einbau eines Treppenlifts durch das Wohlfahrtswerk als Generalmieter. Für die Berechnung der Miethöhe wird die Fläche des Individualraums zugrundegelegt.

Auf Hofen:

Die Kaltmiete je qm beinhaltet auch die Pflege des Gartens, die Erstausrüstung der Gemeinschaftsflächen (Einbauküche, Mobiliar, Haushaltsgegenstände) und berücksichtigt ein im Vergleich zum sonstigen Mietwohnungsbau höheres Mietausfallwagnis.

Im Gegensatz zu den ersten Jahren wird heute keine auf die qm-Größe des eigenen Zimmers bezogene Miethöhe, sondern - trotz unterschiedlicher Zimmergrößen - eine für alle Bewohner einheitliche Miete in Höhe von 392,00 € erhoben. Dieser Wert wurde in der Tabelle zur Ermittlung des genannten Preises je qm Kaltmiete zugrundegelegt. Als Divisor wurde die durchschnittlich je Bewohner zur Verfügung stehende Fläche von 26,7 qm, in der auch die Gemeinschaftsflächen enthalten sind, genommen.

Die Wiederbeschaffung von Haushaltsgegenständen wird aus dem Betrag für Haushaltsbedarf finanziert.

Casa Vitale

Bei Zimmergrößen zwischen 12,4 und 18 qm läge die Kaltmiete zwischen 139,59 € und 242,86 € bezogen auf die reine Zimmerfläche. Hinzu käme eine Mietumlage für die Gemeinschaftsflächen von 235,19 € je Person bei 9 Bewohnern. Anstelle dieser ursprünglich praktizierten Preisdifferenzierung wird heute eine einheitliche Miete je Bewohner von 400 € erhoben. Dividiert durch die durchschnittliche Wohnfläche je Bewohner von 29 qm ergibt sich der in der Tabelle genannte Mietpreis je qm Individualwohnfläche.

Der Mietpreis enthält Ausstattung analog zu Auf Hofen.

Haus Veronika

Die Investitionskosten beinhalten gemäß § 82 SGB XI die Gebäudemiete und abschreibungsfähige Anlagegüter, die nicht durch öffentliche Fördermittel gedeckt sind. Sie können nicht frei festgesetzt werden, sondern sind mit der zuständigen Behörde, in diesem Fall dem "Kommunalverband für Jugend und Soziales" (früherer Landeswohlfahrtsverband) zu verhandeln.

Der Betrag für "Unterkunft und Verpflegung" (U & V) wird ebenfalls nicht frei festgesetzt, sondern ist mit den Pflegekassen unter Beteiligung des Sozialhilfeträgers auszuhandeln. Obwohl die Pflegekassen Verhandlungspartner sind, erhalten die Pflegebedürftigen für die Kosten der "Unterkunft und Verpflegung" keine Erstattung aus Mitteln der Pflegeversicherung; diese sind ausschließlich für Pflegeleistungen zu verwenden.

Im Tagessatz für U & V sind Energiekosten und hauswirtschaftliche Sachkosten enthalten, aber auch Personalkosten, die mit der Vor- und Zubereitung von Mahlzeiten, Spüldienst, Haus- und Zimmerreinigung in Verbindung stehen.

Basis für die Ermittlung der flächenbezogenen Kennzahlen ist die Fläche je Person, die aus der Gesamtfläche des Hauses dividiert durch die Gesamtbewohnerzahl des Hauses entsteht.

8.1.2. Monatliche Kosten der Betreuung/Präsenz und Pflege

Die Finanzierung der Betreuung/Präsenz und Pflege gestaltet sich in den Wohngemeinschaften unterschiedlich, somit auch die dafür anfallenden Kosten:

Bei der **Wohngemeinschaft Drosselweg** wird die Anwesenheit der Präsenzkraft komplett über eine monatliche Pauschale finanziert - d.h. unabhängig davon, ob und bei wem die Bewohner Pflegeleistungen "einkaufen". Dies führt zu einer relativ hohen Betreuungspauschale, die seit dem 01.01.2003 bei 1.453,00 € monatlich liegt. Darüber hinaus nehmen die Bewohner in völlig unterschiedlichem Umfang Leistungen ambulanter Pflegedienste in Anspruch. Diese Leistungen werden nach der jeweiligen Gebührenordnung für ambulante Pflege differenziert berechnet. Tabelle 8.4 gibt nähere Informationen zur individuellen Inanspruchnahme ambulanter Pflege.

In den **Wohngemeinschaften Auf Hofen und Casa Vitale** existiert ebenfalls eine Betreuungspauschale. Diese ist jedoch nicht zur Finanzierung von Präsenzkraften gedacht, sondern soll wie im Betreuten Wohnen üblich Notruf, Vermittlungstätigkeit u.ä. abdecken. Die in der Tabelle genannten Sätze beziehen sich auf eine Person; bei Paaren fallen etwas höhere Sätze an. Eine separate Finanzierung von Präsenz existiert nicht. Die Finanzierung der durchgängigen Anwesenheit einer oder mehrerer Personen ergibt sich durch die Menge der von Bewohnern nachgefragten Pflegeleistungen des ambulanten Pflegedienstes. Die in manchen Situationen erforderliche Anwesenheit weiterer Personen ist wegen der freiwilligen Preisdeckelung (s.u.) nicht im erforderlichen Ausmaß finanzierbar. Deshalb wird für die Nachmittagsstunden die verlässliche Anwesenheit von Angehörigen organisiert (vgl. Kap. 5.3).

Bei den Wohngemeinschaften im **Haus Veronika** ist im Pflegesatz ebenfalls keine Trennung zwischen Präsenz und Pflege vorgesehen. Dies bringt der Status als stationäre Pflegeeinrichtung mit sich. Die Bewohner zahlen Tagessätze, die sich zusammensetzen aus einem Pflegeentgelt, einem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung (U & V) und dem Satz für Investitionskosten. Sowohl das Entgelt für Pflege als auch das U & V-Entgelt dienen mit unterschiedlichen Anteilen zur Finanzierung von Personalkosten. Wenn bei Präsenz /Betreuung und Pflege Gleiches mit Gleichem verglichen werden soll, müsste man beim Haus Veronika ergänzend den personell bedingten Entgeltbestandteil aus U & V zu den in Tabelle 8.2. genannten Pflegeentgelten der verschiedenen Pflegestufen hinzurechnen.

Tabelle 8.2:**Durchschnittliche monatliche Kosten für Betreuung/Präsenz und Pflege je Person**

	Drossel- weg	Auf Hofen	Casa Vitale	Haus Veronika	
				je Tag	je Monat
Betreuung/Präsenz	1.453,00 €	123,00€	92,03 €	in Pflegekosten und U&V enthalten	
Pflegekosten ohne Pflegeeinstufung	individuell	1.135,00 €	1.109,70 €	40,00 €	1.216,80 €
		1.405,00 €	1.229,70 €	48,50 €	1.475,37 €
		1.705,00 €	1.694,70 €	63,00 €	1.916,46 €
Pflegekosten PS 1	siehe Tabelle 8.4	2.005,00 €	2.039,70 €	81,00 €	2.464,02 €
Pflegekosten PS 2					
Pflegekosten PS 3					

Die monatlich anfallenden Kosten für Präsenz/Betreuung und Pflege sind für die Bewohner im Haus Veronika, in Auf Hofen und Casa Vitale kaum Schwankungen unterworfen. Die Fixkosten für die Bewohner im Drosselweg ergeben sich durch die Betreuungspauschale. Die monatlichen Pflegekosten stellen dagegen „im Drosselweg“ durchaus variable Kosten dar, die nach Bedarf angepasst werden - z.B. indem bei wirtschaftlichen Schwierigkeiten auf Bewohnerseite seither vom Pflegedienst erbrachte Leistungen stattdessen durch Angehörige erbracht werden.

8.1.3. Der Eigenanteil der Bewohner für Betreuung/Präsenz und Pflege

Die in Tabelle 8.2 dargestellten Kosten sind nicht zwingend deckungsgleich mit der tatsächlichen finanziellen Belastung, denn bei Vorliegen einer Pflegestufe gemäß SGB XI ermäßigen sich die durch die Bewohner zu tragenden Kosten. Bei der ambulanten Leistungsabrechnung, wie sie die Wohngemeinschaften in Bad Dürkheim aufweisen, werden Pflegesachleistungen von den Pflegekassen erstattet, und zwar 384 € in Pflegestufe 1, 921 € in Pflegestufe 2 und 1.432 € in Pflegestufe 3. Das **Haus Veronika** unterliegt der stationären Leistungsabrechnung, die in den unteren Pflegestufen höhere Erstattungssätze der Pflegekassen als bei ambulanter Leistungsabrechnung mit sich bringt: In Pflegestufe 1 werden 1.023 € erstattet, in Pflegestufe 2 1.279 €. In Pflegestufe 3 leistet die Pflegekasse bei stationärer und ambulanter Pflege gleich.

Tabelle 8.3 zeigt die individuell zu tragenden monatlichen Kosten für Präsenz/Betreuung und Pflege:

Tabelle 8.3:

Durchschnittlicher monatlicher Eigenanteil für Betreuung/Präsenz und Pflege je Person

Summe Kosten Betreuung & Pflege/Monat	Drosselweg	Auf Hofen		Casa Vitale		Haus Veronika	
	Kosten/ Eigenanteil	Kosten	Eigenanteil	Kosten	Eigenanteil	Kosten	Eigenanteil
Ohne Pflegeeinstufung	individuell	1.258,00 €	1.258,00 €	1.201,73 €	1.201,73 €	1.216,80 €	1.216,80 €
		1.528,00 €	1.144,00 €	1.321,73 €	937,73 €	1.475,37 €	876,37 €
Pflegestufe 1	siehe	1.828,00 €	907,00 €	1.786,43 €	865,43 €	1.916,46 €	637,46 €
		2.128,00 €	696,00 €	2.039,70 €	607,70 €	2.464,02 €	1.032,02 €
Pflegestufe 2	Tabelle 8.4						
Pflegestufe 3							

In den beiden **Bad Dürrheimer Wohngemeinschaften** wird eine freiwillige Deckelung der ambulant abgerechneten Pflegemodule praktiziert. Die finanzielle Obergrenze orientiert sich an der in Bad Dürrheimer Pflegeheimen üblichen Entgelthöhe: Deren Summe aus Pflegeentgelt, U & V und Investivsatz ergibt die Gesamtkosten pro Pflegetag. Diese werden auf einen Monat hochgerechnet. Die Monatssumme aus Miete, Haushaltsbedarf, Betreuungspauschale und ambulanten SGB XI-Leistungen der beiden Wohngemeinschaften ist in etwa vergleichbar.

Die monatlichen Kosten der Lebenshaltung einschließlich Pflege gestalten sich bei den Bewohnern der **Wohngemeinschaft Drosselweg** unterschiedlich - je nachdem, wie hoch die Ausgaben für den individuell beauftragten ambulanten Pflegedienst liegen und abhängig davon, ob Sach- oder Geldleistungen der Pflegekasse gewählt werden. Leichte Unterschiede ergeben sich zudem in der Miete, die nach qm berechnet wird. Tabelle 8.4 zeigt die reale Situation von 7 Bewohnern. Um monatlichen Schwankungen gerecht zu werden, sind die in Tabelle 8.4 genannten realen Beispiele Ergebnis einer Durchschnittsermittlung über 3 Monate. Für Betreuung/Präsenz und ambulante Pflege zusammen liegen die monatlichen Kosten der aufgeführten Beispiele zwischen 1.453 € und 2.681 €. Nach Abzug der Pflegekassenleistung bei ambulanter Pflegesachleistung ergibt sich in den Beispielen ein Eigenanteil zwischen 1.248 € und 1.818 €.

Tabelle 8.4:**Durchschnittliche monatliche Kosten und Eigenanteil für Präsenz und ambulante Pflege bei Bewohnern der WG Drosselweg**

Bsp. Nr.	Pflegestufe	Kosten Präsenz	Kosten Ambulanter Dienst	Summe Präsenz und ambulante Pflege	Abzüglich: Pflegesachleistung und/oder Pflegegeld	Verbleibender Eigenanteil Pflege & Betreuung
1	0	1.453 €	190 €	1.643 €	0 € 0 €	1.643 €
2	0	1.453 €	0 €	1.453 €	0 € 0 €	1.453 €
3	1	1.453 €	455 €	1.908 €	384 € 0 €	1.524 €
4	1	1.453 €	0 €	1.453 €	0 € 205 €	1.248 €
5	2	1.453 €	519 €	1.972 €	519 € 179 €	1.274 €
6	2	1.453 €	566 €	2.019 €	566 € 158 €	1.295 €
7	3	1.453 €	1.228 €	2.681 €	1.228 € 95 €	1.358 €

Bei einigen Bewohnern der Fellbacher WG wird der Sachleistungsbetrag der Pflegekasse für Pflegeleistungen nicht ausgeschöpft und die Bewohner nutzen darüber hinaus die Möglichkeit der Geldleistung. Ein Grund für die Unterschreitung der maximalen Sachleistungshöhe der Pflegekassen ist, dass hauswirtschaftliche Tätigkeiten für die Bewohner bereits durch die Betreuungspauschale für die Präsenz abgedeckt sind und bei den ambulanten Diensten keine Module für hauswirtschaftliche Leistungen gemäß der ambulanten Gebührenordnung abgerufen werden. Die Geldleistung kann in diesen Fällen zur Reduzierung der finanziellen Belastung durch die Betreuungspauschale dienen.

Die leistungsrechtliche Thematik war keine für das Evaluationsprojekt relevante Fragestellung. Die Menge der durch ambulante Dienste für WG-Bewohner erbrachten ärztlich verordneten Behandlungspflege wurde deshalb nicht erhoben.

Finanziell relevante Regelungen bei Abwesenheit

Für die Bewohner der Wohngemeinschaften entstehen im Falle der Abwesenheit, z.B. bei einem Krankenhausaufenthalt, unterschiedliche Situationen. Dort, wo die Pflegeleistungen ambulant abgerechnet werden, also bei der WG Drosselweg und in beiden Bad Dürzheimer Wohngemeinschaften entfallen diese Kosten für die Dauer der Abwesenheit. Der separat für die Betreuung/Präsenz berechnete Betrag in der Fellbacher WG muss von den Bewohnern dagegen auch bei Abwesenheit zu 100 % finanziert werden.

Bei der Abrechnung im Haus Veronika muss bei Abwesenheit der Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGBXI für das Land Baden-Württemberg beachtet werden. § 23 Abs. 3 dieses Rahmenvertrags besagt, dass bei Abwesenheit bis zu 3 Tagen keine Ermäßigung erfolgt. Bei länger als 3 Tage dauernder Abwesenheit sind ab dem ersten Abwesenheitstag sowohl vom Pflegeentgelt als auch vom Satz für Unterkunft und Verpflegung 75 % zu zahlen.

Tabelle 8.5:**Regelung der Kostenübernahme durch Bewohner bei Abwesenheit**

	Kosten für Pflegedienst bei Abwesenheit			Kosten für Präsenz bei Abwesenheit		
	ja	teils	nein	ja	teils	nein
Drosselweg			x	x		
Auf Hofen			x		x	
Casa Vitale			x		x	
Haus Veronika	x	x		x	x	

8.2. Gesamtkosten je Monat

Die Gesamtkosten für Wohnen, Lebenshaltung und Betreuung/Präsenz und Pflege sind in Tabelle 8.6. zusammengestellt. Zu Vergleichszwecken sind die Entgelte des Pflegeheims Haus am Kappelberg mit abgebildet.

Tabelle 8.6:

Gesamtkosten im Monat in den betrachteten Wohngemeinschaften und im Pflegeheim Haus am Kappelberg

	WG Drosselweg*	Auf Hofen	Casa Vitale	Haus Veronika	Pflegeheim Haus am Kappelberg
Kaltniete / Investitionskosten	302 €	392 €	400 €	341 €	240 €
Mietnebenkosten	48 €	80 €	92 €		
Haushaltsbedarf	127 €	220 €	181 €		
Unterkunft & Verpflegung				636 €	668 €
Betreuung / Präsenz	1.453 €	123 €	92 €		
Pflege PS 0	190 €	1.135 €	1.110 €	1.217 €	1.121 €
Pflege PS I	455 €	1.405 €	1.230 €	1.475 €	1.513 €
Pflege PS II	519 €	1.705 €	1.695 €	1.916 €	1.973 €
Pflege PS III	1.228 €	2.005 €	2.040 €	2.464 €	2.546 €
Gesamtkosten PS 0 /Monat	2.120 €	1.950 €	1.875 €	2.194 €	2.029 €
Gesamtkosten PS I /Monat	2.385 €	2.220 €	1.995 €	2.453 €	2.422 €
Gesamtkosten PS II /Monat	2.449 €	2.520 €	2.460 €	2.894 €	2.882 €
Gesamtkosten PS III/Monat	3.158 €	2.820 €	2.805 €	3.441 €	3.454 €

* Bei WGD ausgewählte Beispiele von Bewohnern

Eine Vergleichbarkeit der Werte in der o.g. Tabelle ist methodisch nicht vollständig herstellbar ohne die Abstraktionsebene der zusammengefassten Kostenblöcke zu verlassen. Der Miete einschließlich Nebenkosten in den WGs in Fellbach und Bad Dürkheim entsprechen die „Investitionskosten“ beim Haus Veronika und Haus am Kappelberg zuzüglich einem Entgeltanteil aus „Unterkunft und Verpflegung“ u.a. für Energieversorgung. Im Entgelt für „Unterkunft & Verpflegung“ sind auch Bestandteile enthalten, die nicht zur Kostenposition „Haushaltsbedarf“ in den WGs gehören. Beispielsweise sind Personalkosten für die Mahlzeitenzubereitung in der WG Drosselweg in den Präsenzkosten enthalten, bei den Bad Dürkheimer WGs sind solche Personalkosten wegen der teilweisen Personalunion bei Präsenz und Pflege schwerpunktmäßig in der Rubrik „Pflege“ subsumiert.

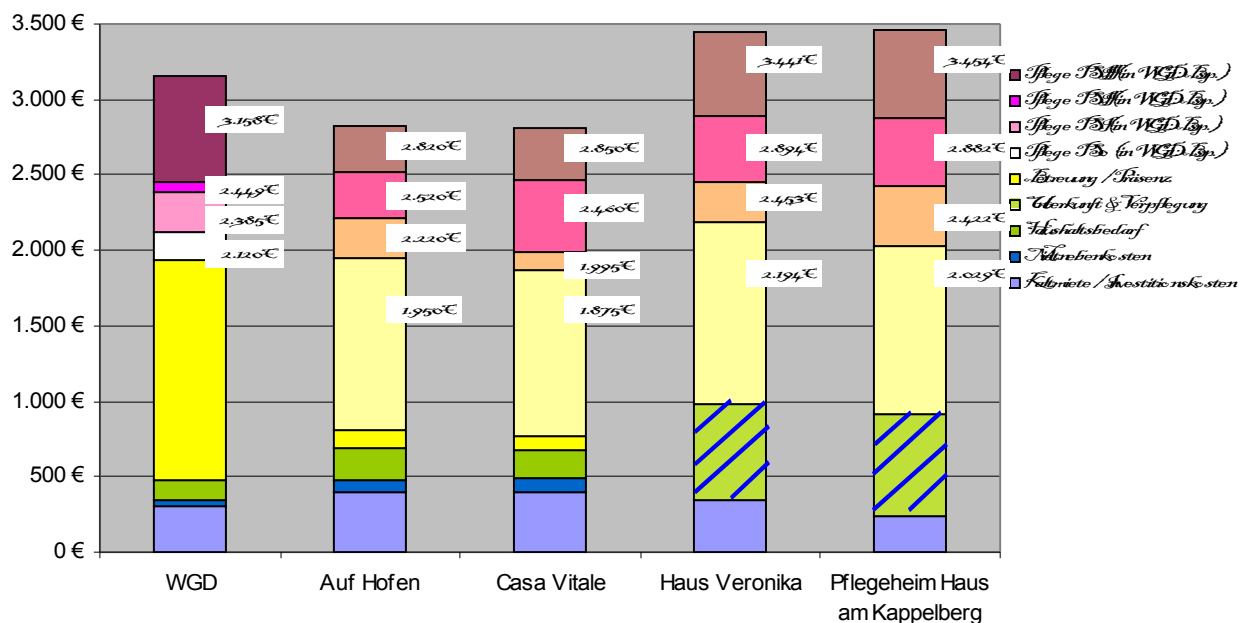
Mit dem Entgelt für pflegebedingten Aufwand ist im Haus Veronika und Haus am Kappelberg Behandlungspflege komplett abgedeckt, wofür in der „eigenen Häuslichkeit“ die Krankenkasse gemäß SGB V zahlt. Leistungen der Behandlungspflege gemäß SGB V sind in der Kostenaufstellung bei der ambulant abgerechneten Wohngemeinschaft nicht erhoben

worden und daher nicht im Block „Pflege“ bei den Wohngemeinschaften Drosselweg, Casa Auf Hofen und Casa Vitale enthalten.

Das Berechnungsbeispiel für die WG Drosselweg kann variiert werden, indem die im Anhang als Tabelle 8.11 und 8.12 aufgeführten Beträge für „Pflege gemäß SGB XI“ eingesetzt werden.

Grafik 8.1.

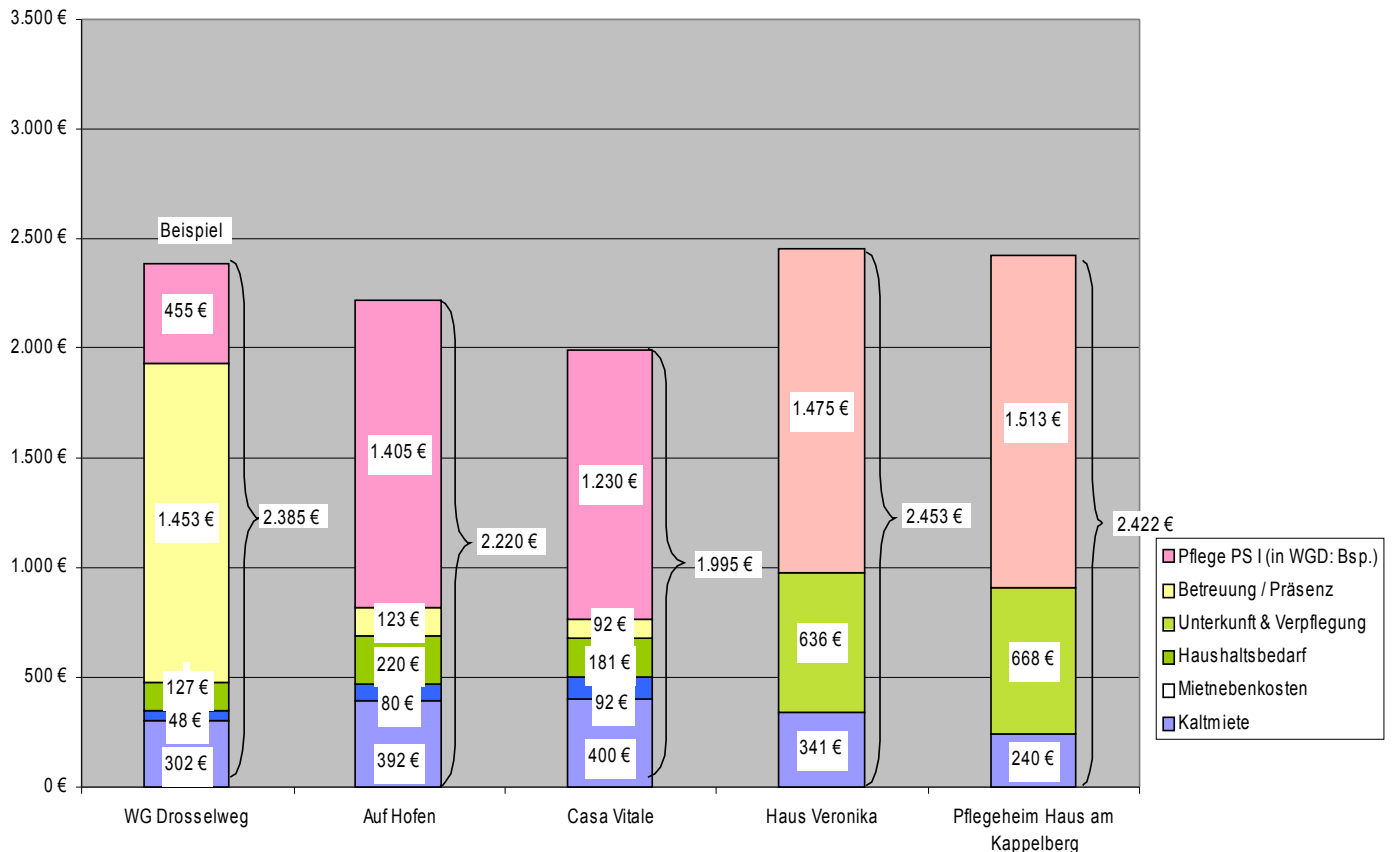
Gesamtkosten aus Bewohnersicht in WGs mit ambulanter Leistungsabrechnung im Vergleich zu Haus Verona und Haus am Kappelberg mit stationärer Leistungsabrechnung



Die Darstellung in Grafik 8.1. kumuliert die je Bewohner in einer der Wohnformen anfallenden Kostenblöcke. Die oberen 4 Blöcke mit Informationen über die Pflegekosten zeigen nur den Differenzbetrag zur jeweils darunterliegenden Pflegestufe an. Die Kosten für Pflege in Pflegestufe 3 ergeben sich somit aus der Summe der oberen vier Kostenblöcke. Alle von links oben nach rechts unten führenden Schraffuren signalisieren Personalkosten, die in der WG Drosselweg im Betrag für die Präsenzabdeckung enthalten sind, für den sich in allen anderen Wohngemeinschaften keine Entsprechung findet.

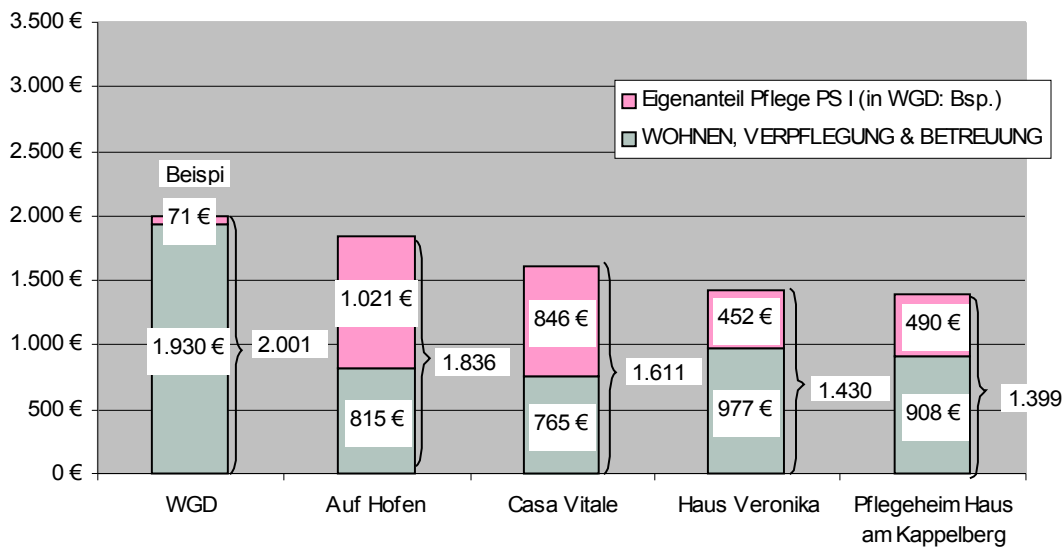
Am Beispiel der Pflegestufe 1 wird der Effekt der unterschiedlichen Leistungsbeträge der Pflegekasse bei ambulanter oder stationärer Leistungshöhe beschrieben.

Grafik 8.2 stellt zunächst die absolute Höhe der für den Bewohner anfallenden monatlichen Kosten dar. Die höchsten Kosten finden sich im Haus Verona, dicht gefolgt von den Fellbacher Angeboten der Wohngemeinschaft Drosselweg und des Pflegeheims Haus am Kappelberg.

Grafik 8.2: Gesamtkosten im Monat in Pflegestufe 1


Die **tatsächliche finanzielle Belastung der Bewohner** nach Abzug der Pflegekassenerstattung gibt ein anderes Bild (vgl. Grafik 8.3):

Für die Bewohner der Wohngemeinschaften im Haus Veronika und im Pflegeheim Haus am Kappelberg ist die finanzielle Eigenbeteiligung mit 1.430 € bzw. 1.399 € am geringsten. Der ausgewählte Bewohner der Wohngemeinschaft Drosselweg mit Pflegestufe 1 leistet den höchsten Eigenanteil. Die maximale Pflegekassenerstattung ambulant bei ausschließlich Pflegesachleistung beträgt 384 €, was im Beispiel zu einem Eigenanteil von 71 € für die reine Pflege nach SGB XI führt. In den Bad Dürreheimer Wohngemeinschaften liegt der Eigenanteil für Pflege deutlich höher. Aufgrund der anderen Finanzierungsart entstehen für die Präsenzabdeckung allerdings erheblich geringere Kosten. Trotzdem in den WGs Auf Hofen und Casa Vitale der Eigenanteil an der Pflege nach SGB XI um 950 bzw. 775 € höher ist als im Beispiel der WG Drosselweg, werden Bewohner dort im Endeffekt geringer belastet.

Grafik 8.3. Eigenanteil der Bewohner in Pflegestufe 1


Die finanziellen Auswirkungen auf den Eigenanteil der Bewohner, wenn die Pflegekassenleistung auf stationärer Höhe anstelle auf ambulanter Höhe läge und umgekehrt werden im Anhang als fiktive Betrachtung ausführlich dargelegt.

8.3 Wirtschaftliche Risiken aus Vermieter- und Dienstleisterperspektive

8.3.1 Wirtschaftlichkeitsrisiko Mietausfall

Die geringe Platzzahl einer Wohngemeinschaft bringt mit sich, dass Interessenten gegebenenfalls Monate warten müssten, bis eine Neuvermietung ansteht. Für Nachfrager mit akutem Bedarf ist der Einzug in eine ganz bestimmte Wohngemeinschaft wegen der sehr weitreichenden zeitlichen Perspektive deshalb keine Alternative. Aus Vermietersicht reduziert dieses die Auswahl an Interessenten und die Wahrscheinlichkeit, bei Leerstand in kurzer Zeit einen Nachmieter zu finden.

Auch die Berücksichtigung individueller Präferenzen hat Auswirkung auf das Mietausfallwagnis. Bei der WG Drosselweg bedeutet die Mitbestimmung der Bewohner über den Einzug neuer Mitbewohner samt deren Ablehnungsmöglichkeiten einen wirtschaftlichen Nachteil im Vergleich zu den anderen in die Evaluation einbezogenen Wohngemeinschaften (vgl. Kap. 5.2.3).

8.3.2 Wirtschaftlichkeitsrisiko Forderungsausfall

Bis dato existiert sowohl bei den Bad Dürkheimer Wohngemeinschaften als auch für die Fellbacher WG die Problematik, dass der Landkreis als Sozialhilfeträger im Bedarfsfall nicht alle Kosten übernimmt. Im Sommer 2004 entstand in der WG Drosselweg erstmals die Situation, dass bei einer Bewohnerin nach 4 Jahren Wohndauer in der WG das Vermögen aufgebraucht war. Der Rems-Murr-Kreis hat im Februar 2005 schriftlich mitgeteilt, dass aus grundsätzlichen Erwägungen heraus bei der Hilfe zum Lebensunterhalt Leistungen der Pflegekasse wie bei stationärer Pflege unterstellt werden. Dies führt bei der faktisch mit den Pflege- und Krankenkassen praktizierten ambulanten Leistungsabrechnung zu einer Deckungslücke.

Sofern es bei ambulanter Leistungserbringung nicht gelingt, mit dem Sozialhilfeträger eine Vereinbarung zur Kostenübernahme zu treffen, die die gegenüber dem Pflegeheim geringere finanzielle Unterstützung der Pflegekasse akzeptiert, bestehen beträchtliche Ausfallrisiken. Bei solchen Rahmenbedingungen kann das Risiko von Forderungsausfällen nur reduziert werden, wenn im Vorfeld eine sorgfältige Beurteilung der finanziellen Situation der Interessenten erfolgt.

8.3.3 Wirtschaftlichkeitsrisiko Preisakzeptanz?

Pflegebedürftige beurteilen die Kosten der Dienstleistung, die in einer Wohngemeinschaft anfallen, nicht zwangsläufig mit der Kostensituation, die bei Verbleib in der seitherigen Wohnung entstünde - dort müsste gegebenenfalls die Präsenz einer Person rund um die Uhr vom Betroffenen ganz allein getragen werden, was deutlich teurer wäre als die Situation in der Wohngemeinschaft. Stattdessen wird der Umzug in eine Wohngemeinschaft eher als Alternative zum Pflegeheim gewertet und mit der Kostensituation im Pflegeheim verglichen.

Dies führt bei der unterschiedlichen Leistungshöhe der Pflegekassen bei ambulanter versus stationärer Versorgung zu finanziellen Nachteilen, die u.a. in Tabelle 8.8, 8.10 und 8.11 deutlich werden.

So ist Bad Dürkheim z.B. mit stationären Pflegeplätzen gut ausgestattet, die nicht alle voll ausgelastet sind, und Interessenten können in dortigen Pflegeeinrichtungen vermutlich sofort einen Platz erhalten. In dieser Wettbewerbssituation ist die Preisakzeptanz limitiert. Interessenten erwarten gegebenenfalls, dass die finanzielle Benachteiligung bei ambulanter Pflegekassenleistung durch ein entsprechend niedrigeres Entgelt ausgeglichen wird. Deshalb wurde für die beiden Bad Dürkheimer Wohngemeinschaften die bereits beschriebene Deckelung auf dem Niveau der Gesamtkosten eines Pflegeheims eingeführt. Für den Pflegeanbieter gehen damit erhebliche wirtschaftliche Risiken einher. Im Herbst 2004 hat der Pflegeanbieter den Schritt unternommen, auf eine stationäre Leistungsabrechnung hinzuwirken. Der Ausgang der Verhandlungen mit den Pflegekassen ist noch offen.

Die Beispiele im Anhang in Tabelle 8.7 und Tabelle 8.9 bis 8.12 zeigen, dass in Fellbach das Leben in der Wohngemeinschaft Drosselweg absolut gesehen in 5 Fällen zwischen 103 und 555 € monatlich günstiger ist als im Pflegeheim – ohne dass eine Deckelung bei ambulant abgerechneten Pflegeentgelten erfolgt (vgl. Bewohner 2, 3 und 5 bis 7 in Tabelle 8.9 bis 8.12). Bei Bewohner 1 sind die absoluten Kosten um 35 € höher als im Pflegeheim und bei Bewohner 4 handelt es sich um eine Sondersituation bei einem Ehepaar. Wegen der ambulanten Leistungshöhe der Pflegeversicherung müssen jedoch fünf Bewohner faktisch zwischen 35 und 536 € monatlich mehr zahlen als bei Einzug in die stationäre Pflege des Haus am Kappelberg. Hier spielt offensichtlich die Gesamtsituation des Lebens in der Wohngemeinschaft eine wichtige Rolle für die Preisakzeptanz.

8.3.4 Preisgestaltung der Präsenz

Unter den betrachteten Wohngemeinschaften gibt es drei Varianten:

Variante 1: Abdeckung Präsenz durch Ambulanten Dienst

Diese Variante ist in Bad Dürkheim umgesetzt. Für die dortigen Bewohner entstehen keine direkt der Präsenz zuzuordnenden Kosten. Im Umkehrschluss besteht für den Fall, dass eine kontinuierliche Anwesenheit gesichert sein soll, die Notwendigkeit, dass der ambulante Dienst eine bestimmte Mindestmenge an Leistungen verkauft – von den Bewohnern wird also nicht erwartet, für die Präsenz eine Preisakzeptanz zu entwickeln - dafür sind sie aber in der Möglichkeit, die Menge vom ambulanten Dienst eingekaufter Leistungen zu minimieren, eingeschränkt – sofern dieses Finanzierungsmodell nicht gefährdet sein soll. Abwesenheiten der Bewohner stellen für die Finanzierung der Präsenz deshalb ein Risiko dar.

Variante 2: Betreuungspauschale plus diverse ambulante Dienste

Für Bewohner der WG Drosselweg besteht absolute Flexibilität in der individuellen Nachfrage nach Leistungen ambulanter Dienste. Eine gegebenenfalls mangelnde Preisakzeptanz für die Finanzierung der Präsenzkraft ist durch die Mieterversammlung gestaltbar, wie die in Kap. 5.2.3.1. geschilderte Episode zeigt. Eine Unterfinanzierung der Präsenz wurde zwischen Betreuungsgeber und Mieter- und Angehörigenversammlung diskutiert und von der Versammlung wurde eine Entscheidung gegen strukturelle Änderungen und für eine Erhöhung der Betreuungspauschale gefällt. Neben dieser Reaktionsmöglichkeit sind in Kapitel 5.2.3.1 die weiteren, seinerzeit diskutierten Handlungsoptionen aufgeführt.

Ein Risiko zur Wirtschaftlichkeit der Finanzierung der Präsenz mittels einer Pauschale entsteht durch das HeimG: Ab dem Tag nach dem Tode darf für solche betreuenden Leistungen nichts in Rechnung gestellt werden. Dieses Ausfallwagnis muss auf die Pauschale für die Präsenz daher aufschlagbar sein.

Während in der Fellbacher WG der Betrag für die monatliche Pauschale relativ hoch ist, entsteht bei Abwesenheit für den Betreuungsgeber eine sehr viel geringere finanzielle Problematik als für den Pflegeanbieter bei Variante 1. Was aus Bewohnersicht auf den ersten Blick nachteilig ist (nämlich auch bei Abwesenheit einen gewissen Betrag für Präsenz zahlen zu müssen), ist aus Anbietersicht ein Instrument, um Sicherheit zu bieten, dass die Abdeckung der Präsenz finanziell z.B. auch bei gleichzeitigem Krankenhausaufenthalt mehrerer Bewohner gesichert ist.

Variante 3: pauschales stationäres Entgelt; Pflegestufenabhängigkeit

Bei einer stationären Finanzierungssystematik, wie sie bei den Wohngemeinschaften im Haus Veronika praktiziert wird, ist die Preisgestaltung für die Präsenz kein Thema. Es handelt sich bei den Entgelten für Pflege und Betreuung zwar um nach Pflegestufen gestaffelte Sätze. Diesen liegt im Prinzip eine Mischkalkulation für pflegerische Leistungen und Präsenzabdeckung zugrunde. Gleichzeitig wird das bei Variante 1 formulierte Erfordernis erfüllt: Die Menge der Dienstleistungen ist so groß, dass sich daraus quasi automatisch eine Präsenzabdeckung ergibt.

8.3.5 Finanzierung von Gemeinkosten

Das Fehlen eines definierten Trägers bei den ambulanten Wohngemeinschaften führt zur Frage, wo welche overhead-Kosten berücksichtigt werden können und müssen. Besonders die Finanzierung qualitätssichernder Funktionen ist klärungsbedürftig. Während beim Haus Veronika „Leitung und Verwaltung“ anerkannte Kostenblöcke im pauschalierten stationären Entgelt darstellen, gilt es für Konstellationen mit mehreren beteiligten Akteuren wie z.B. in Fellbach, entsprechende Strukturen zu konkretisieren.

9. Epilog

Wenngleich sich die Evaluation um die Versorgungssituation von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf drehte, wurde der Pflegebegriff nicht „über alles gebreitet“. Alltag und Pflege werden unterschieden und sind in den betrachteten WGs großteils auch getrennt organisiert. Statt im Sinne eines allumfassenden Pflegebegriffes, der alle aus Pflegebedürftigkeit heraus begründeten Dinge – also auch hauswirtschaftliche Leistungen – für sich vereinnahmt, werden die Wohngemeinschaften im Sinne von Haushalten betrachtet entsprechend der Definition von Erika Spiegel: *„Wohngemeinschaften in der heute geläufigen Form – als gemeinsamer Haushalt von mindestens drei Erwachsenen mit oder ohne Kinder, die nicht miteinander verwandt sind – gibt es in größerer Zahl erst seit den sechziger Jahren. Sie stellen also in der Tat einen neuen Haushaltstyp dar.“* (Spiegel, E., 1986, S.132). Diese Herangehensweise entspricht dem konzeptionellen Anspruch der betrachteten Wohngemeinschaften an „Normalität des Alltags“ – denn was ist normaler als ein Haushalt? Und andererseits können Haushalte durch sehr unterschiedliche Niveaus der Lebenshaltung, abhängig von individuellen Präferenzen, gekennzeichnet sein. Diese Vielfalt ordnungsrechtlich greifbar zu machen bereitet Schwierigkeiten, die in der Materie selbst begründet sind. Konzeptionell gesehen ist die Vielfalt schlüssig: Es kann keinen „Goldstandard“ geben – oder: „Goldstandard“ ist, dass es ihn nicht gibt. Für Wohngemeinschaften hieße der Versuch der Standard-Definition z.B., dass eine WG bestimmte Strukturen aufweisen muss, was die Chancen für Vielfalt und möglichst großen Personenkreis an Interessenten einschränkt. Sich diesem annähern zu wollen, hieße, die Entwicklung der stationären Altenhilfe der vergangenen Jahrzehnte zu wiederholen: Standardisierung bis hin zu einer Nivellierung des Leistungs- und Preisniveaus für unterschiedliche Zielgruppen.

Die Fachwelt diskutiert im Zusammenhang mit Qualitätssicherung für Wohngemeinschaften die Frage struktureller Abhängigkeit. Üblicherweise dreht es sich dabei um die freie Wählbarkeit des Pflegedienstes, wenngleich es wohl um strukturelle Abhängigkeit von einem Dienstleister überhaupt geht. Kaum diskutiert wird bis dato, dass Abhängigkeit gleichzeitig ein Zeichen gelebter Solidarität bedeutet, wenn man Entscheidungen nicht ohne die Mitbewohner treffen kann. Die Rolle der Solidarität bei Haushalten hat Clemens Geißler angerissen: *„Weder die Lebensrealität der Netzwerke noch die Lebenspläne der Jüngeren bestätigen die verbreitete gesellschaftliche Perspektive einer durchgehenden Individualisierung auf Kosten des Eingebundenseins und des Solidaritätspotentials. Die Verallgemeinerung eines nicht durchgängig vorkommenden Typus ist demnach nicht begründet. Auch die Annahme, daß von der Individualisierung eine unvermeidbare Gefährdung der Solidarität ausgeht, könnte sich als voreilig erweisen. Das soziale Geflecht von Verwandtschaft, Freundschaft und Nachbarschaft, das die Generationen übergreift, ist nämlich das Grundgerüst für Hilfe, Geselligkeit und Teilhabe. Hier stecken die Solidaritätspotentiale unserer Gesellschaft. Dieses sich stark wandelnde Geflecht muß als dynamischer „Soziotop“ genauso gepflegt werden wie bedrohte Biotope in der Natur.“*

Wohlfahrt ist nur zum Teil eine Frage des Geldes, sie ist zunehmend auch eine Frage mitmenschlicher Netzwerke, deren Qualität wiederum sehr stark vom mitmenschlichen Zeiteinsatz abhängt. (Geißler, C., 1997, S. 168/169).

Das Knüpfen und Erhalten sozialer Beziehungsnetzwerke kostet Zeit.[...] Kindererziehung, Pflege und viele andere soziale Leistungen in den sozialen Netzen sind der Einsatz von Lebenszeit. Diese Zeitverwendung sichert Zukunft. Sie ist keinesfalls Freizeit, sie ist Sozialzeit.“ Dieses Plädoyer für den Glauben an und die Pflege des „Soziotops“ und der damit benötigten „Sozialzeit“ verdient bei der Gestaltung von Rahmenbedingungen für Wohngemeinschaften ebenso wie bei anderen Versorgungssettings bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit künftig der näheren Betrachtung.

Bereitschaft und Motive für „Eigenleistung“ durch Angehörige konnten in der vorliegenden Evaluation nicht untersucht werden. Die weitere Beschäftigung mit diesem Thema könnte lohnenswert sein. In ihrer Abhandlung *„Individuum oder Haushalt? Wandel der Referenzsysteme wohlfahrtsökonomischer Erwägungen“* betrachtet Barbara Seel die Rolle der Solidarität in einer Haushaltsgemeinschaft im Vergleich zur Maxime einer möglichst großen Individualisierung. Sie kommt zum Schluss, dass mehr für als gegen die Zwänge der Solidarität spricht:

„In normativer Hinsicht sieht es so aus, daß sich traditionelle Positionen durchaus bestätigen: Die Akzeptanz kooperativer Spielregeln und sozialer Normensysteme als Gegengewicht gegen die Versuchungen von Egoismus und Opportunismus ist offensichtlich meistens der beste Weg zu haushaltsinternen Pareto-optimalen Verteilungen und dauerhaft allseits vorteilhaften Beziehungen. Auch aus der Sicht eines strengen methodologischen Individualismus spricht die Vermutung für den wohlfahrtsökonomischen Stellenwert der Familien- und Haushaltsgemeinschaft: Informiertheit des einen über den anderen, Motivation füreinander und das Vorhandensein von z.T. subtilen Kontrollmechanismen erscheinen nach wie vor als bessere Garanten der Wohlfahrt der Individuen als der effizienteste Versicherungsmarkt oder die bestgemeinte staatliche Intervention.“ (Seel, B., 1997, S. 80)

In Anbetracht dessen erscheint eine nähere Beschäftigung mit der Frage, was gemeinschaftliches Wohnen ausmacht, wünschenswert.

10. Literatur

Albert, S.M., Jacobs, DM., Sano, M., Marder, K., Bell K., Devanand, D., Brandt, J., Albert, M., Stern, Y.: Longitudinal study of quality of life in people with advanced Alzheimer's disease. American Journal of Geriatric Psychiatry 9, 160-168, 2001.

Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (AGAST)(Hrsg.), Geriatrisches Basisassessment, Handlungsanleitungen für die Praxis, 2. Auflage, MMV (Schriftenreihe Geriatrie-Praxis), München, 1997.

Beers, M.H., Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC: Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing homes residents. Archives of Internal Medicine 151, 1825-1832, 1991.

Beers, M.H.: Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. Archives of Internal Medicine 157, 1531 – 1536, 1997.

Büscher, A.: Finanzierungsfragen der häuslichen Pflege. Eine qualitative Untersuchung zur Einführung personenbezogener Budgets. Witten, 2005.

Cohen-Mansfield, J.: Behavioral and mood evaluations: assessment of agitation. International Psychogeriatrics 8, 233-245, 1996.

Fegebank, Barbara: Der private Haushalt in systemtheoretisch- ökologischer Betrachtung, Frankfurt/M., 1994

Gebert, A.J., Kneubühler, H.-U.: Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. 2. Auflage, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2003.

Geißler, C.: „Netzwerke als soziale Infrastruktur – Generationen und Haushalte im Leistungsverbund“ in: Meier, Uta (Hrsg.) , a.a.O., 1997

Hendlmeier, I.: Beurteilung durch das Pflegepersonal von Alten- und Pflegeheimen in den Bereichen Alltagsaktivitäten, psychopathologischer Symptome, sozialer Kontakte, medizinische und pflegerische Maßnahmen – eine Reliabilitätsstudie. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Heidelberg, 2001.

Hesse, Klaus: Dienstleistungen und Güternachfrage privater Haushalte in: Meier, Uta (Hrsg.): Vom Oikos zum modernen Dienstleistungshaushalt. Der Strukturwandel privater Haushaltsführung, Frankfurt/M./New York: Campus, 1997

Hughes, C.P., Berg, L., Danziger, W.L., Coben, L.A., Martin, R.L.: A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry* 140, 566-572, 1982.

Kaufer, D.I., Cummings, J.L., Ketchel, P., Smith, V., MacMillan, A., Shelley, T., Lopez, O.L., DeKosky, S.T.: Validation of the NPI-Q, a Brief Clinical Form of the Neuropsychiatric Inventory. *Journal Neuropsychiatry Clinical Neuroscience* 12:2, 233-238, 2000.

Kern, N.: Qualitätsmanagement – Organisation und Betriebsführung in der Altenpflege. Urban & Fischer, München, 2004.

Kitwood, T.: Demenzpflege evaluieren. Die DCM Methode. Siebte Auflage. Übersetzung: Christian Müller-Hergl. Bradford, 1997.

Kitwood, T.: Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern, 2004

Köhler, L., Schäufele, M., Hendlmeier, I., Weyerer, S. (2004): Validation of a dementia screening scale used by nurses in old age homes. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 110 (Suppl 421), 47, 2004.

Messmer, P. (1995). Die Inanspruchnahme stationärer Pflege im Zeitvergleich. Eine Untersuchung zur Entwicklung der Verweildauer in Pflegeheimen Baden-Württembergs. In: Bickel, H. & Messmer, P.: Trends in der Inanspruchnahme stationärer Pflege. Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.) (23-39), Eigenverlag, Stuttgart

Müller-Hergl, Ch. (Hrsg. Deutschsprachige Ausgabe): Die Dementia Care Mapping (DCM) Methode (von Anthea Innes). Bern, 2004.

Richarz, Irmintraut: Die Wissenschaft von Oikos, Haus und Haushalt im Kontext sich verändernder Lebensbedingungen in: Meier, Uta (Hrsg.: Vom Oikos zum modernen Dienstleistungshaushalt. Der Strukturwandel privater Haushaltsführung, Frankfurt/M./New York: Campus, 1997

Riesner, Ch.: Die Entwicklung personenzentrierter Pflege für Menschen mit Demenz im Rahmen eines Modellprojekts. Master-Arbeit. O.O. 2005.

Roth, M., Tym. E., Mountjoy, I. CQ., Huppert, F.A., Hendrie, H., Verma, S., Goddard, R. (1986). CAMDEX: A standardized instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 149, 698-709.

Runge, M., Rehfeld, G.: Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team. Stuttgart, New York: Thieme, 1995

Seel, Barbara: „Individuum oder Haushalt? Wandel der Referenzsysteme wohlfahrtsökonomischer Erwägungen“ in: Meier, Uta (Hrsg.), a.a.O., 1997).

Shah, S., Vanclay, F., Cooper, B.: Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42, 703-709, 1989.

Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.): Regionale Qualitätssicherung in der Pflege, Stuttgart, 1996

Sozialministerium Baden-Württemberg: Stationäre Versorgung Demenzerkrankter in Baden-Württemberg im Umbruch: neue und traditionelle Konzepte im Vergleich (VEDESTA). September 2004 (Unveröffentlichte Studie).

Spiegel, E.: „Neue Haushaltstypen. Entscheidungsbedingungen, Lebenssituation, Wohn- und Standortverhältnisse“, Frankfurt/Main, New York, Campus, 1986

Wood, S., Cummings, J.L., Hsu, M.A., Barclay, T., Wheatley, M.V., Yarema, K.T., Schnelle, J.F.: The use of the Neuropsychiatric Inventory in nursing home residents. Characterization and measurement. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 8, 75-83, 2000.

Zimber, A., Gaeth, K., Weyerer, S.: Alltagsaktivitäten, Verhaltensauffälligkeiten und soziale Kontakte bei Altenheimbewohnern: Wie zuverlässig sind die Beurteilungen durch das Pflegepersonal ? *Zeitschrift für Gerontopsychologie und Gerontopsychiatrie* 9, 167-179, 1996.

Anhang

Teil 1

STRUKTUREHEBUNGSBOGEN

Wohngemeinschaften für pflegebedürftige ältere Menschen

Basisstrukturdaten

1. Allgemein:

1.1 Name, Ort (Adresse)

1.2 Wer ist der Ansprechpartner (mit Durchwahl, E-Mail)?

1.3 Wer sind die Initiatoren?

1.4 Was war der Anlass für die Gründung?

1.5 Gibt es einen ‚Betreiber‘? Falls ja, bitte nennen

1.6 Welche Zielsetzung hat die Wohngemeinschaft (z.B. größtmögliche Selbständigkeit, preiswertes Wohnangebot....)?

1.7 Ist die Wohngemeinschaft aus leistungsrechtlicher Sicht

- ☐ ambulant ☐ stationär

1.8 Ist die Wohngemeinschaft aus ordnungsrechtlicher Sicht

- ☐ Heim ☐ kein Heim

1.9 Wer trifft in welchem Grad Entscheidungen, die die Wohngemeinschaft betreffen?

Finanziell:

	eher hoch	eher niedrig	gar nicht
Bewohner	☐	☐	☐
Angehörige/Betreuer	☐	☐	☐
Präsenzkräfte	☐	☐	☐
Mitarbeiter	☐	☐	☐
Sonstige _____	☐	☐	☐

Organisatorisch:

	eher hoch	eher niedrig	gar nicht
Bewohner	☐	☐	☐
Angehörige/Betreuer	☐	☐	☐
Präsenzkräfte	☐	☐	☐
Mitarbeiter	☐	☐	☐
Sonstige _____	☐	☐	☐

1.10 Wer trägt die wirtschaftliche Verantwortung?

1.11 Werden Dienstleistungen zentral und/oder von externen Anbietern erbracht?

- ☐ zentrale Dienstleistungen:
- ☐ externe Dienstleistungen:

1.12 Welche ‚Dienstleistungen‘ werden von den Bewohnern selbst erbracht?

1.13 In welchen Bereichen besteht hohe individuelle Wahlfreiheit?

1.14 In welchen Bereichen besteht niedrige individuelle Wahlfreiheit?

1.15 Wie sieht die gewöhnliche Tagesstruktur aus?

1.16 Gibt es Regeln für das Zusammenleben?

2. Wohnraum:

2.1 Bauliche Gegebenheiten:

Wohngröße insgesamt _____qm

Anzahl und Größe der Zimmer? _____ Zimmer a _____qm
_____ Zimmer a _____qm
_____ Zimmer a _____qm
_____ Zimmer a _____qm
_____ Zimmer a _____qm

Anzahl und Größe der Gemeinschaftsräume? _____ Räume a _____qm
_____ Räume a _____qm
_____ Räume a _____qm

2.2 Ausstattung:

Sind Pflegearbeitsräume vorhanden? ☐ nein ☐ ja

Sind diese ☐ sauber ☐ unsauber

Ist ein Steckbeckenspülautomat vorhanden? ☐ nein ☐ ja

Wie sind Waschmaschine und Trockner untergebracht?

- Gibt es einen Putzmittel-/Geräte- oder Abstellraum? ☐ nein ☐ ja
- Gibt es ein Pflegebad? ☐ nein ☐ ja
- Mit oder ohne Hubbadewanne? ☐ mit ☐ ohne
- Gibt es ein Dienstzimmer? ☐ nein ☐ ja

2.3 Erstellen Sie bitte eine Kurzbeschreibung der sonstigen baulichen Merkmale (z.B. Etage, Art des Hauses, Balkon ect.)

2.4 In welcher Umgebung liegt die Wohngemeinschaft (sozialräumliche Einbindung z.B. Stadtteil, Neubaugebiet...)?

2.5 Ist die Wohngemeinschaft in einer marktüblichen Wohnung untergebracht oder wurde sie neu gebaut? Werden die Anforderungen der HeimMindestBauVO oder sonstige Standards der Barrierefreiheit erfüllt?

2.6 Besteht eine organisatorische oder räumliche Anbindung an andere Dienstleistungsbereiche?

Wenn ja, welche (z.B. Betreutes Wohnen, Pflegeheim ect.)?

3. Bewohner

3.1 Anzahl der Bewohner: _____

3.2 Spezifische Zielgruppe?

☐ nein ☐ ja, nämlich _____

3.3 Gibt es bestimmte Aufnahmekriterien?

3.4 Wie werden Zugangskriterien ermittelt? (bitte Anlagen beifügen)

☐ Pflegestufen

☐ Assessments Welche? _____

☐ Sonstige Welche? _____

3.5 Müssen Bewohner unter bestimmten Umständen (z.B. Bettlägerigkeit) wieder ausziehen?

☐ nein ☐ ja, wenn _____

3.6 Wo liegen die Grenzen der Betreuung?

3.7 Wie sind die Erfahrungen im Einsatz mit Psychopharmaka?

3.8 Wie sind die Erfahrungen mit der „Geschlechterverteilung“ (z.B. die Bewohner sind überwiegend Frauen, weil...)?

4. Vertragsbedingungen:

- ☐ Es besteht ein Heimvertrag.
- ☐ Es besteht ein Mietvertrag und ein Pauschalvertrag für Pflege, Versorgung und Betreuung.
- ☐ Es besteht ein Mietvertrag und individuelle Dienstleistungsverträge bei verschiedenen Anbietern (individueller Zukauf von Dienstleistungen durch die Bewohner).
- ☐ Es besteht ein jeweils separater Miet-, Betreuungs- und Pflegevertrag.
- ☐ Gibt es andere Möglichkeiten? Wenn ja, welche?

4.1 Gibt es einen Generalmietvertrag? Wenn ja, wer ist der Mieter?

4.2 Gibt es andere Möglichkeiten der Mietverhältnisse (z.B. jeder Mieter hat einen separaten Mietvertrag mit dem Vermieter)? Warum wurde dies so gehandhabt?

5. Personal

5.1 Besteht eine 24 Stunden Präsenz des Personals? ☐ nein ☐ ja

5.2 Wenn ja, wie ist die Nachtpräsenz organisiert (wer, wann)?

5.3 Pflege

Gibt es examinierte Pflegekräfte? ☐ nein ☐ ja: Anzahl: _____

Gibt es angelernte Pflegehilfskräfte? ☐ nein ☐ ja: Anzahl: _____

Arbeiten Angehörige in der Pflege mit? ☐ nein ☐ ja: Anzahl: _____

Ist die Mitarbeit ☐ verbindlich ☐ unverbindlich?

Arbeiten Ehrenamtliche in der Pflege mit? ☐ nein ☐ ja: Anzahl: _____

Ist die Mitarbeit ☐ verbindlich ☐ unverbindlich?

Zu welchen Zeiten sind Pflegemitarbeiter anwesend?

Werden von den Mitarbeitern der Pflege Tätigkeiten in der Hauswirtschaft oder in der Betreuung übernommen?

☐ nein ☐ ja, nämlich _____

5.4 Haushaltsführung

Gibt es in Hauswirtschaft examinierte Kräfte? ☐ nein ☐ ja: Anzahl: _____

Gibt es angelernte Kräfte? ☐ nein ☐ ja: Anzahl: _____

Arbeiten Angehörige bei Haushaltstätigkeiten mit? ☐ nein ☐ ja: Anzahl: _____

wenn ja, was? _____

Ist die Mitarbeit ☐ verbindlich ☐ unverbindlich?

Arbeiten Ehrenamtliche in der Hauswirtschaft mit? ☐ nein ☐ ja: Anzahl: _____

wenn ja, was? _____

Ist die Mitarbeit ☐ verbindlich ☐ unverbindlich?

Zu welchen Zeiten sind die mit dem Haushalt befassten Personen anwesend?

Werden von diesen Kräften Tätigkeiten in der Pflege oder in der Betreuung übernommen?

☐ nein ☐ ja, nämlich: _____

5.5 Betreuung

Gibt es examinierte Pflegekräfte? ☐ nein ☐ ja: Anzahl: _____

Gibt es angelernte Kräfte? ☐ nein ☐ ja: Anzahl: _____

Übernehmen Angehörige Betreuung? ☐ nein ☐ ja: Anzahl: _____

wenn ja, was? _____

Ist die Mitarbeit ☐ verbindlich ☐ unverbindlich?

Übernehmen Ehrenamtliche Betreuung? ☐ nein ☐ ja: Anzahl: _____

wenn ja, was? _____

Ist die Mitarbeit ☐ verbindlich ☐ unverbindlich?

Zu welchen Zeiten sind die Mitarbeiter zur Betreuung anwesend?

Werden von diesen Mitarbeitern Tätigkeiten in der Pflege oder im Haushalt übernommen?

☐ nein ☐ ja, nämlich _____

5.6 Sonstige Dienste:

Gibt es andere Personen/Berufsgruppen/Dienste, die Leistungen übernehmen oder Funktionen ausüben (z.B. Betreuung, spezielle Angebote)?

Wie werden diese finanziert?

5.7 Muss eine Fachkraftquote erfüllt werden? ☐ Ja ☐ Nein

5.8 Gibt es spezielle Personalentwicklungsmaßnahmen für die Mitarbeiter?

5.9 Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit der ggf. unterschiedlichen Disziplinen (Pflege, Hauswirtschaft, Betreuung...), die in der Wohngemeinschaft arbeiten?

5.10 Wie werden ggf. Ehrenamtliche gewonnen?

5.11 Wie sieht ggf. die Begleitung und Unterstützung der beteiligten Angehörigen und Ehrenamtlichen aus?

6. Kosten

Welche Kosten entstehen in der Wohngemeinschaft (bitte separate Darstellung)?

7. Finanzierung

7.1 Welches Finanzierungsmodell liegt der Wohngemeinschaft zugrunde (bitte separate Darstellung)?

7.2 Welche Personaldurchschnittskosten liegen ihrer Kalkulation bei welchen Qualifikationen des Personals zugrunde?

7.3 Wird Pflege und Präsenz gekoppelt finanziert oder getrennt abgerechnet? Wie im einzelnen?

7.4 Wie wird ggf. mit Engpässen umgegangen (z.B. bei Krankenhausaufenthalt eines Bewohners)? → Diese Frage ist nur bei bestimmten Finanzierungsmodellen relevant.

7.5 Wie werden Instandhaltungskosten in die Finanzierung miteinbezogen?

8. Qualitätssicherung

8.1 Welche Schwerpunkte der Qualitätssicherung gibt es in der Wohngemeinschaft?

8.2 Wer ist für die einzelnen Bereiche der Qualitätssicherung zuständig?

8.3 Welche Maßnahmen der Qualitätssicherung gibt es (z.B. Begehung durch die Heimaufsicht, Befragungen zu Zufriedenheit?)

9. Umsetzung

9.1 In welchen Bereichen muss die Wohngemeinschaft aus Ihrer Sicht noch weiter entwickelt werden?

9.2 Welche Hindernisse gibt es?

10. Sonstige Anmerkungen

Ort, Datum

Unterschrift

Demenz-Wohngruppe spaltet Kurstadt

Chefarzt hält Projekt für illegal – Anwohner fühlen sich verunglimpft

Bad Dürkheim (lsw) – Harmonisches Wohnen im Alter – in Bad Dürkheim (Schwarzwald-Baar-Kreis) klaffen die Ansichten über diesen Wunsch weit auseinander.

Was die Initiatoren einer Demenz-Wohngruppe als „Idee der Zukunft“ umsetzen, ist für Anwohner schlicht gesetzwidrig. Nun muss das Regierungspräsidium Freiburg in dem Streit entscheiden. Doch die Fronten sind verhärtet.

Seit Februar wohnen vier an Demenz erkrankte ältere Menschen in einem behindertengerechten Haus in bester Lage der Kurstadt. Betreut werden sie durch den Pflegedienst einer Dürkheimer Alteinrichtung. Ursula Stüttgen, eine der Initiatoren des Projektes mit dem Namen „Casa vitale“, ist

begeistert: „Die Demenzkranken leben nicht auf einer anonymen Pflegestation, sondern gemeinsam in einer Wohngemeinschaft.“ Neun Erkrankten soll die Wohngruppe künftig Platz bieten.

Für Ulrich Fink dagegen ist die Wohngemeinschaft ein rotes Tuch. Der Chefarzt für Radiologie hält zusammen mit weiteren Anwohnern das Projekt für illegal: In dem Haus könnten die Mindestanforderungen für die Pflege nicht erfüllt werden, da es „für neun Leute schlicht zu klein ist“. Ausdrücklich betont Fink, dass die Anwohner gegen eine Einrichtung mit drei oder vier Personen nichts einzuwenden haben. Durch die Titulierung als Wohngruppe „sollen aber alle Bestimmungen für Pflegeeinrichtungen“ umgangen werden, kritisiert er.

Im Laufe der vergangenen Wochen hat sich die Atmosphäre in der ansonst ruhigen Kurstadt aufgeheizt. Die Anwohner sehen sich als „Altenhasser“ verunglimpft. Die beiden verfeindeten Gruppen verkehren nur noch über Rechtsanwälte miteinander. Nachdem der Technische Ausschuss eine Nutzungsänderung für das Wohnhaus abgelehnt hat und die Betreiber der Wohngemeinschaft gegen den Bescheid Widerspruch einlegten, geht das weitere Verfahren seinen Gang. Am Ende könnte das Verwaltungsgericht das letzte Wort haben.

Die Demenzkranken dürfen vorerst in dem Haus wohnen bleiben. Das Landratsamt als Aufsichtsbehörde hat die sofortige Schließung des Projektes mit Hinweis auf die Rechtsmittel abgelehnt.

StN 050508

Hausgemeinschaft ersetzt das Pflegeheim

Haus Veronika: Professionelle und Familien arbeiten Hand in Hand

Gibt es eine Alternative zum Pflegeheim, wenn die Großmutter alt und betreuungsbedürftig, die Wohnung der Familie aber zu klein ist? Eine Idee aus Frankreich und den Niederlanden soll auch in Stuttgart eine positive Antwort auf diese Frage geben.

VON BRIGITTE JÄHNIGEN

18 alte Menschen, gemeinsam betreut von professionellen Kräften und Familienangehörigen, werden in einer Art Hausgemeinschaft im Haus Veronika leben. Das Besondere am Projekt im Marienbau der ehemaligen Veronikaklinik: Familienangehörige sind pro Monat mindestens 15 Stunden anwesend und übernehmen die Arbeiten, die in einer Hausgemeinschaft üblicherweise anfallen.

„Das kann Essenzubereiten, Kaffeekochen oder auch Gartenarbeit sein“, sagt Jens Eckstein, Heimleiter und Regionalleiter der Sozialen Dienste und Einrichtungen der Vinzenz von Paul gGMBH. Für die Pflege werde eine Fachkraft rund um die Uhr zur Verfügung stehen; Grundpflege und hauswirtschaftliche Arbeiten würden pro Stockwerk tagsüber ebenfalls von einer Fachkraft übernommen.

Drei Stockwerke (die Stationen St. Anna, St. Carl-Joseph, St. Vinzenz) mit je sechs Bewohnern, die in Ein- oder Zweibettzimmern leben, wird es geben. Jede Küche ist so eingerichtet, dass sich auch die älteren Menschen an der Zubereitung von Speisen beteiligen können. Gegessen wird nebenan im Esszimmer. „Unsere Einheiten sind klein und überschaubar, ganz anders als im Pflegeheim,

und durch die häufige Anwesenheit von Angehörigen bleiben die alten Menschen am Leben beteiligt“, wirbt Eckstein für das Projekt, das am 13. Januar offiziell den Betrieb aufnahm. Es sind noch Plätze frei. Einziehen könne jeder, der Betreuungsbedarf habe oder pflegebedürftig sei, die Beiträge würden über die Pflegekassen abgerechnet.

„Demente Personen können wir nicht aufnehmen, dafür eignen sich die Verhältnisse nicht“, so der Heimleiter. Die Mitarbeit der Angehörigen wird übrigens mit acht Euro pro Stunde vergütet. Weitere Informationen zum Projekt Haus Veronika in der Gänseheidestraße 49 über Telefon 21 36 - 550 oder bei der Informationsveranstaltung „Was bedeutet Leben in Hausgemeinschaften? – Alternative zum Pflegeheim“ am Mittwoch, 22. Januar, 18 Uhr, im Haus Veronika.



Alltag in der Veronikaklinik: Angehörige helfen mit

Foto: Susanne Kern

SEN 18.01.2003

Drosselweg 34 – wo der Mangel Methode hat

Ein Besuch in einer Wohngemeinschaft für Alte

FELLBACH. Eigentlich entspricht sie nicht dem Buchstaben des Gesetzes, weil sie zu wenig Komfort bietet und den Pflegebedürftigen nicht ausreichend gerecht wird. Für die Bewohner jedoch herrschen nahezu paradisiastische Zustände in der Alten-WG in Fellbach (Rems-Murr-Kreis).

Von Aiko Lachenmann

Welch Harmonie: fünf Damen sitzen plaudernd am Esstisch; eine schält die Kartoffeln, eine hackt die Zwiebeln klein, eine rührt die Fleischbrühe an, eine hält Salz und Pfeffer bereit, eine schaut aufmerksam zu. Bald ist das Mittagessen fertig, das da langsam, aber sicher in Gemeinschaftsarbeit entsteht: schwäbischer Kartoffelsalat mit Oberländer, ein gemeinsamer Beschluss der Kochrunde.

Während in gewöhnlichen Pflegeheimen Vorgekochtes auf dem Tablett serviert wird, können die Frauen der Wohngemeinschaft in Fellbach selbst Hand anlegen, das Gemüse schnippeln, den Tisch decken, den Salat umrühren – so weit es Körper und Geist eben zulassen. Sieben pflegebedürftige Frauen leben im Drosselweg 34, darunter zwei Demenente und zwei, die Schlaganfälle hatten. Ihr Alterssitz ist ein dreistöckiger Neubau, der sich von den umliegenden Wohnhäusern nicht unterscheidet. Am Balkon hängen Blumen, ein Klavier schmückt das Esszimmer, im Wohnzimmer stehen rot gepolsterte Sofas vor einer dunklen, geteilter Schrankwand und imposanten Ölgemälden. Jedes Möbel hat Charakter: keine Billigdrucke von Miró, keine Reinigungsmaschinen, kein Büro für Dienstpersonal, wie man sie aus Altenstationen kennt – nichts, was den Frauen vor Augen hält, dass sie auf Hilfe angewiesen sind.

Modell mit Ausnahme genehmigung

Zwar erfüllt die WG nicht die gesetzlichen Standards für die Betreuung Pflegebedürftiger – deshalb gibt es im Großraum Stuttgart auch nur drei solcher Einrichtungen, die als Modellversuch des Landes eine Ausnahme genehmigung haben. Ganz bewusst hat das Wohnhauswerk Baden-Württemberg, das die Wohnidee entwickelt hat, Mangelerscheinungen geschaffen, die Raum für mehr Lebensqualität geben sollen. „Anfangen haben wir vor drei Jahren mit ein paar Sesseln, zwei Tischen und Stühlen“, sagt der

Heimleiter Norbert Mätzke. „So konnten die Bewohner eigenes Mobiliar mitbringen und sich nach ihren Vorstellungen einrichten.“

Auch bei den Hilleinrichtungen setzte das Wohnhauswerk auf die Maxime gut und billig. So wuchert ein Lifter die Damen in eine normale Badewanne; auf die eigentlich vorgeschriebene – und wesentlich teurere – Hubbadeanne wurde bewusst verzichtet, was den Bewohnerinnen, wie sie beteuern, „völlig ausreicht“. Vielleicht ist der Lifter nicht ganz so komfortabel, doch er gibt den Frauen das Gefühl, die tägliche Hygiene im gewöhnlichen Badezimmer zu bewältigen. Bewusst gespart wird sogar beim Personal, das mit einem Betreuer für sieben Bewohner stets leicht überfordert ist. Das spüren die Frauen nicht nur; es regt sie auch an, im Haushalt mitzuarbeiten. Die Folge: niemand verlangt nach den in Heimen verbreiteten Spieleabenden oder nach Kursen in Seidenmalerei. „Die Bewohner sollen sich ruhig mal langweilen – und dann selbst Ideen entwickeln“, sagt Mätzke. „Bei mir zu Hause gibt es ja auch kein Unterhaltungsprogramm.“

Fast immer ist Besuch da

Doch von Langeweile kann an diesem Morgen keine Rede sein. Nach getaner Arbeit stoßen die Frauen mit dem Sekt an, den die Enkelin von Frau Geiger mitgebracht hat. Später bringt die Tochter von Frau Philipps einen großen Strauß Rosen. Die Angehörigen geben sich die Klinke in die Hand. In dem Trubel muss eine Bewohnerin irgendetwas an ihre verstorbene Mutter erinnern haben. Sie will sie besuchen gehen. Eine präkäre Situation, die bequem mit Psychopharmaka gelöst werden könnte. Doch in der Fellbacher WG kann auf die Ruhigsteller verzichtet werden – dank des Einsatzes der Angehörigen. Wie selbstverständlich nimmt die Tochter von Frau Philipps die verwirrte Frau an die Hand, geht mit ihr um den Block, zeigt ihr die Vorgärten, bis die Mutter vergessen ist.

Fast immer ist Besuch da. Enkel, Urenkel, der Friseur oder eines der Nachbarkinder. „Oft sitzen sie viele Stunden bei uns“, sagt Frau Geiger. Manchen steht die Frauen-WG so nah, dass sie den Betreuern kleine Aufgaben abgenommen haben: Ein Schwiegerson hat kürzlich Büsche vor der Eingangstür gepflanzt, ein anderer Angehöriger führt seit einiger Zeit das Haushaltsbuch. Hin und wieder bereiten die Töchter besondere Mahlzeiten.



Die Bewohnerinnen der Alten-WG legen selbst Hand an. Alltagsarbeiten halten körperlich und geistig fit.

Foto: Gottfried Stoppel

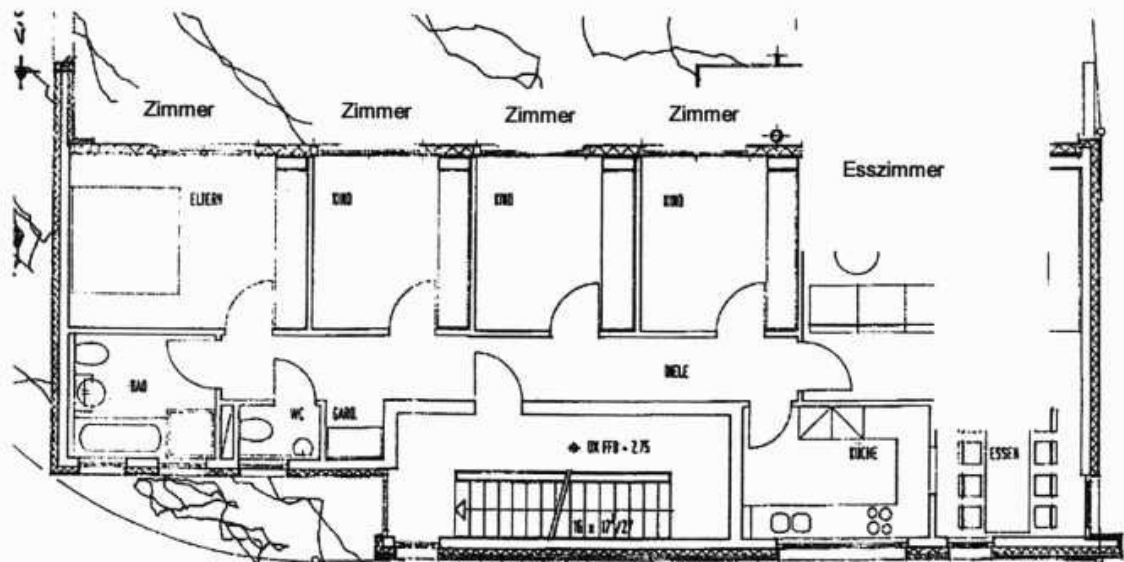
ten, zuletzt selbst gemachte grüne Nudeln, oder packen die ganze Frauenmannschaft in Autos und fahren hinaus in den Garten zum Kaffeetrinken. Und ist mal kein Besuch da, genießen die Bewohnerinnen die Stille.

Sie sind zu einer Familie zusammengewachsen, wenngleich sie mental unterschiedlich stark sind, wenngleich manche nicht mehr sprechen oder hören können. Mal meckern sie sich an, wenn der Fernseher zu laut ist oder die Suppe versalzen. Wirkliche Schwächen werden indes toleriert. Niemand reagiert verächtlich, wenn Frau Tubant mit nur einer Socke und Handtuchern im Arm zum Essen erscheint. Niemand schimpft mit ihr, wenn sie wieder unbewusst die Fernbedienung weggetragen hat. Stattdessen überlegen sich ihre Mitbewohnerinnen gemeinsam ein Versteck für das Gerät. Und stirbt jemand, versammeln sich die Frauen im Zimmer der Verstorbenen und sprechen über die

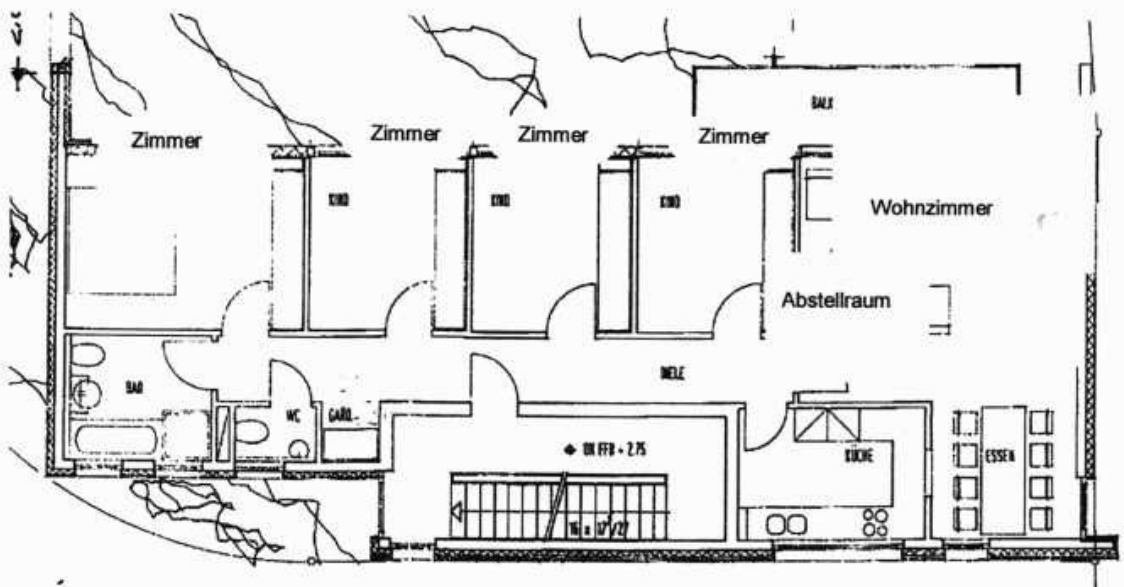
die Betreuer den Alltag unbefangen, auf gleicher Augenhöhe mit den Frauen verbringen. Dadurch fallen aber auch zusätzliche Kosten an. „Das Pflegeheim ist natürlich billiger“, sagt Mätzke. „Bei uns kümmert sich eine Nachtwache um sieben Frauen, im Pflegeheim ist es eine für hundert.“ Betrachtet man allerdings die Gesamtkosten, verändert sich die Rechnung. Denn ein Wohnhaus wie das im Drosselweg kann überall angemietet und wieder gekündigt werden. Ein Pflegeheim nicht. Und in puncto Lebensqualität spricht ohnehin vieles für die WG. Medizinischen Studien zufolge halten Alltagsarbeiten ältere Menschen geistig und körperlich fit. Deswegen soll ein vom Sozialministerium entsandter Gutachter demnächst prüfen, ob die Fellbacher WG die Studien bestätigt und der Weg für weitere Wohngemeinschaften geebnet wird – ein weiterer Besucher in der langen Gästeliste der beliebten Frauen-WG.

Grundrisse 1. und 2. OG, WG Drosselweg

1.OG



2. OG



Acht Zimmer stehen als Bewohnerzimmer zur Verfügung. Die 1,5-Zimmer Wohnung im EG wird ebenfalls als Bewohnerzimmer genutzt. Im Treppenhaus ist ein auch für Rollstuhlfahrer geeigneter Treppenlift installiert.

Fiktive Betrachtung: Finanzielle Auswirkungen aus Bewohnersicht bei ambulanter oder stationärer Leistungsabrechnung

1. Fiktive Betrachtung: Finanzielle Auswirkungen aus Bewohnersicht bei stationärer Leistungsabrechnung in allen Wohngemeinschaften

Die in Tabelle 8.6 und in Grafik 8.1. dargestellten Kosten bilden die reale Situation ab.

Wenn Bewohner der Wohngemeinschaften Auf Hofen und Casa Vitale wie im Haus Veronika Leistungen der Pflegekasse gemäß der Vorgaben für stationäre Pflege erhielten, ermäßigen sich bei Vorliegen einer Pflegestufe die durch die Bewohnern zu tragenden Kosten um 1.023 € in Pflegestufe 1, 1.279 € in Pflegestufe 2 und 1.432 € in Pflegestufe 3.

Tabelle 8.7 zeigt die sich dann ergebenden individuell zutragenden monatlichen Kosten für Pflege und Betreuung:

Tabelle 8.7:

Durchschnittlicher monatlicher Eigenanteil für Betreuung/Präsenz und Pflege je Person und Monat bei fiktiver stationärer Leistungslogik

	Fellbach: Haus am Kappelberg		Auf Hofen		Casa Vitale		Haus Veronika	
	Kosten	Eigen- anteil	Kosten	Eigen- anteil	Kosten	Eigenanteil	Kosten	Eigen- anteil
PS 0	1.120,67	1.120,67	1.258,00	1.258,00	1.201,73	1.201,73	1.216,80	1.216,80
PS 1	1.513,40	490,40	1.528,00	505,00	1.321,73	298,73	1.475,37	452,37
PS 2	1.973,35	694,35	1.828,00	549,00	1.786,43	507,43	1.916,46	637,46
PS 3	2.545,85	1.113,85	2.128,00	696,00	2.039,70	607,70	2.464,02	1.032,02

Erläuterung zu Tabelle 8.7:

Die **Wohngemeinschaft Drosselweg** in Fellbach ist formal dem Haus am Kappelberg zugeordnet (vgl. Kap. 5.1). Die folgenden, in der stationären Pflege des Haus am Kappelberg geltenden Sätze für Pflege (d.h. ohne Entgelte für U & V und Investivkosten) wurden hier zugrunde gelegt:

Tabelle 8.8:**Stationäre Entgelte für Pflege im Haus am Kappelberg, Stand Februar 2005**

	Pflege/Tag	Pflege/Monat	U&V/Tag	U&V/Monat	Summe Pflege und U & V/ Monat
PS 0	36,84 €	1.120,67 €	21,97 €	668,33 €	1.789,00 €
PS 1	49,75 €	1.513,40 €	21,97 €	668,33 €	2.181,73 €
PS 2	64,87 €	1.973,35 €	21,97 €	668,33 €	2.641,68 €
PS 3	83,69 €	2.545,85 €	21,97 €	668,33 €	3.214,18

Bei Casa Vitale und Auf Hofen wurden die monatlich in den Pflegestufen anfallenden Kosten aus Tabelle 8.4 ebenso übernommen wie beim Haus Veronika, wo die stationäre Leistungsabrechnung nicht fiktiv ist, sondern real.

Der Vergleich des für die Bewohner verbleibenden Eigenanteils bei ambulanter Leistungsabrechnung (vgl. Tabelle 8.4) und stationärer Leistungsabrechnung (vgl. Tabelle 8.6) zeigt, dass die Bewohner der Wohngemeinschaften Drosselweg, Auf Hofen und Casa Vitale finanziell teils erhebliche Nachteile in Kauf nehmen im Vergleich zur finanziellen Situation im Pflegeheim. Tabelle 8.9. stellt die Eigenanteile der Bewohner für Betreuung/Präsenz und Pflege bei den beiden Leistungsabrechnungssituationen gegenüber.

Tabelle 8.9:**Verbleibender Eigenanteil an den Kosten für Präsenz/Betreuung und Pflege bei ambulanter bzw. stationärer Leistungshöhe der Pflegekasse**

	Fellbach		Auf Hofen		Casa Vitale		Haus Veronika	
	real: Drosselweg ambulante Entgelte und Erstattung Pflegekasse	real: Haus am Kappel- berg stationäre Entgelte und Erstattung	real: ambulante Erstattung durch Pflege- kasse	fiktiv: stationäre Erstattung durch Pflege- kasse	real: ambulante Erstattung durch Pflege- kasse	fiktiv: stationäre Erstattung durch Pflege- kasse	real: stationäre Entgelte und Erstattung der Pflege- kasse	fiktiv: stationäre Entgelte und ambulante Erstattung der Pflege- kasse
PS 0	1.248 € bis 1.643 € siehe Tabelle 8.4 und Tabelle 8.10 bis 8.13	1.120,67	1.258,00	1.258,00	1.201,73 €	1.201,73	1.216,80	1.216,80
PS 1		490,40	1.144,00	505,00	937,73 €	298,73	876,37	1.091,37
PS 2		694,35	907,00	549,00	865,43 €	507,43	637,46	955,45
PS 3		1.113,85	696,00	696,00	607,70 €	607,70	1.032,02	1.032,02

Bei Bewohnern ohne Pflegeeinstufung ist diese Betrachtung irrelevant. Ebenso bei Pflegebedürftigen in Pflegestufe 3, da die Leistungshöhe der Pflegekasse identisch ist. Für Pflegebedürftige der Stufen 1 und 2 dagegen bedeutet die real in den Wohngemeinschaften in Fellbach und Bad Dürkheim praktizierte ambulante Leistungsabrechnung eine ungünstigere Situation, weil sie weniger Leistungen von ihrer Pflegekasse erhalten.

2. Individuelle monatliche Eigenanteile von Bewohnern der WG Drosselweg bei alternativ ambulanter oder stationärer Leistungslogik

In Tabelle 8.10 bis 8.13 werden fallbezogen die Gesamtkosten von Bewohnern der Fellbacher WG Drosselweg in zwei leistungsrechtlichen Varianten betrachtet: Die reale Situation mit ambulanter Leistungshöhe der Pflegekasse wird der fiktiven Situation mit stationären Pflegesätzen des Haus am Kappelberg und stationärer Leistungshöhe der Pflegekasse gegenübergestellt.

Erläuterungen zu den Tabellen 8.10 bis 8.13

- Vergleichbare Kostenpositionen stehen auf gleicher Höhe nebeneinander.
- Miete einschließlich Nebenkosten im ambulanten Setting einerseits, Gebäudekosten des Pflegeheims andererseits.
- Nebenkosten des Wohnens, z.B. die Energieversorgung findet sich in der stationären Pflege im Entgelt für „Unterkunft & Verpflegung, das deshalb nicht deckungsgleich mit den aus der „Haushaltskasse“ in der WG gezahlten Beträgen ist.
- Unterkunft & Verpflegung enthält auch Personalkosten für die Mahlzeitenzubereitung, die in der WG in den Betreuungskosten enthalten sind.
- Mit dem Entgelt für pflegebedingten Aufwand im Pflegeheim Haus am Kappelberg ist auch Behandlungspflege abgedeckt, für die in der eigenen Häuslichkeit die Krankenkasse gemäß SGB V zahlt. Leistungen der Behandlungspflege gemäß SGB V sind in der Kostenaufstellung bei der ambulant abgerechneten Wohngemeinschaft nicht erhoben worden und daher nicht berücksichtigt.

Die einander gegenübergestellten Einzelpositionen sind daher nur eingeschränkt miteinander vergleichbar. Die ermittelte Höhe der Gesamtkosten unterscheidet sich hauptsächlich durch die Kosten der Behandlungspflege.

Tabelle 8.10:

Kostenvergleich ambulante gegenüber stationäre Leistungserstattung bei WG

Drosselweg; Bewohner ohne Pflegestufe

Bewohner ohne Pflegestufe			Anspruch Sachleistung PK amb. 0 € Anspruch Geldleistung PK amb. 0 € Anspruch Sachleistung PK stat. 0 €		
Ambulante Wohngemeinschaft			Stationäre Pflege		
	Bew. 1	Bew. 2		€/Tag	€/Monat
	€/Monat	€/Monat			
Miete (inkl. NK)	333	287	Investitionskosten	8	245
Haushaltskasse	127	127	Unterkunft u. Verpflegung	22	681
Betreuungskosten	1453	727			
			Pflegebedingter Aufwand	37	1142
Zwischensumme Fixkosten	1913	1141	Ausbildungsumlage	1	32
amb. Pflege nach SGB XI	190	0			
Gesamtkosten	2103	1141	Gesamtkosten	68	2068
./.. Sachleistung PK amb.	0	0	./.. Sachleistung PK stat.		0
./.. Geldleistung PK ambulant	0	0			
Eigenanteil	2103	1141	Eigenanteil		2068
Kostenvergleich: Die Kosten in der WG sind um	35 € höher ...	927 € geringer ...	... als in der Stationären Pflege		
Der Eigenanteil in der WG ist um	35 € höher...	927 € geringer ...	... als in der Stationären Pflege		

Tabelle 8.11:

**Kostenvergleich ambulante gegenüber stationäre Leistungserstattung bei WG
Drosselweg in Pflegestufe 1**

Bewohner in Pflegestufe 1			Anspruch Sachleistung PK amb. 384 € Anspruch Geldleistung PK amb. 205 € Anspruch Sachleistung PK stat. 1023 €		
Ambulante Wohngemeinschaft			Stationäre Pflege		
	Bew. 3	Bew. 4 ¹			
	€/Monat	€/Monat		€/Tag	€/Monat
Miete (inkl. NK)	330	333	Investitionskosten	8	245
Haushaltskasse	127	127	Unterkunft u. Verpflegung	22	681
Betreuungskosten	1453	727			
			Pflegebedingter Aufwand	50	1542
Zwischensumme Fixkosten	1910	1913	Ausbildungsumlage	1	32
amb. Pflege nach SGB XI	455	0			
Gesamtkosten	2365	1913	Gesamtkosten	81	2468
./.. Sachleistung PK amb.	-384	0	./.. Sachleistung PK stat.		-1023
./.. Geldleistung PK amb.	0	205			
Eigenanteil	1981	1708	Eigenanteil		2068
Kostenvergleich:					
Die absoluten Kosten in der WG sind um	103 €	555 €			
	geringer ...	geringer			
		...	... pro Monat als in der stationären Pflege		
Der Eigenanteil in der WG ist um	536 €	263 €			
	höher...	höher...	... pro Monat als in der stationären Pflege		

¹Bewohner lebt mit Ehegatte in Einliegerwohnung; daher halbe Mietkosten.

Bewohner benötigt keine Hilfe oder Unterstützung; daher halbe Betreuungspauschale.

Tabelle 8.12:

Kostenvergleich ambulante stationäre Leistungserstattung bei WG Drosselweg in Pflegestufe 2

Bewohner in Pflegestufe 2			Anspruch Sachleistung PK amb. 921€ Anspruch Geldleistung PK amb. 410 € Anspruch Sachleistung PK stat. 1279		
Ambulante Wohngemeinschaft			Stationäre Pflege		
	Bew. 5 €/Monat	Bew. 6 €/Monat		€/Tag	€/Monat
Miete (inkl. NK)	398	333	Investitionskosten	8	245
Haushaltskasse	127	127	Unterkunft u. Verpflegung	22	681
Betreuungskosten	1453	727			
			Pflegebedingter Aufwand	65	2011
Zwischensumme Fixkosten	1978	1913	Ausbildungsumlage	1	32
amb. Pflege nach SGB XI	519	566			
Gesamtkosten	2497	2479	Gesamtkosten	96	2937
./.. Sachleistung PK amb.	-519	-566	./.. Sachleistung PK stat.		-1279
./.. Geldleistung PK amb.	-179	-158			
Eigenanteil	1799	1755	Eigenanteil		1658
Kostenvergleich:					
Die absoluten Kosten in der WG sind um	493 € geringer...	457 € geringer...	... pro Monat als in der Stationären Pflege		
Der Eigenanteil in der WG ist um	142 € höher...	98 € höher...	... pro Monat als in der Stationären Pflege		

Tabelle 8.13:

**Kostenvergleich ambulante gegenüber stationäre Leistungserstattung bei WG
Drosselweg in Pflegestufe 3**

Bewohner in Pflegestufe 3		Anspruch Sachleistung PK amb.: 1432 € Anspruch Geldleistung PK amb.: 665 € Anspruch Sachleistung PK stat.: 1432 €		
Ambulante Wohngemeinschaft	Bew. 7*	Stationäre Pflege		
	€/Monat		€/Tag	€/Monat
Miete (inkl. NK)	332	Investitionskosten	8	245
Haushaltskasse	127	Unterkunft u. Verpflegung	22	681
Betreuungskosten	1453			
		Pflegebed. Aufwand	84	2594
Zwischensumme Fixkosten	1913	Ausbildungsumlage	1	32
amb. Pflege nach SGB XI*	1228			
Gesamtkosten	3141	Gesamtkosten	115	3520
./. Sachleistung PK amb.	-1228	./. Sachleistung PK stat.		-1432
./. Geldleistung PK amb.	-95			
Eigenanteil	1818	Eigenanteil		2088
Kostenvergleich:				
Die absoluten Kosten in der	379 €			
WG sind um	geringer...	... pro Monat als in der Stationären Pflege		
Der Eigenanteil in der WG	270 €			
ist um	geringer...	... pro Monat als in der Stationären Pflege		
* Durchschnittskosten 3				
Monate				

Teil 2

Qualitative Bewertung

Inhaltsverzeichnis Teil 2

Gutachten Prof. Dr. Andreas Kruse

Einleitung	1
1. Fragestellung des Gutachtens	3
2. Empirische Grundlagen des Gutachtens.....	4
3. Zusammenfassende Bewertung des Modells der	5
Wohngemeinschaft	
4. Beantwortung der zentralen Fragenstellung des Gutachtens.....	17

Gutachten Dr. Eleonore Fronk

Abschlussbericht über eine psychiatrische.....	
3-jährige Untersuchung bei Bewohnern der Wohngemeinschaft.....	
Drosselweg.....	23
Eingesetzte Verfahren bzw. Instrumente.....	27

Gutachten
zur
Betreuungs- und Versorgungsqualität

Prof. Dr. Andreas Kruse
Ruprechts-Karls-Universität Heidelberg
Institut für Gerontologie

Einleitung

Die Wohnform der „Betreuten Wohngemeinschaft“ orientiert sich am Leitbild einer möglichst weit erhaltenen Selbstständigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung des Menschen im Falle eingetretener Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit. Die Selbstständigkeit spiegelt sich in der unabhängigen Ausführung jener Alltagsaktivitäten wider, die die Bewohnerinnen und Bewohner ohne Hilfe anderer Menschen ausüben können. Jedoch kann auch dann von Selbstständigkeit gesprochen werden, wenn Bewohnerinnen und Bewohner bei der Ausführung dieser Aktivitäten zwar von anderen Menschen unterstützt werden, jedoch wenigstens in Teilen zu selbstständigem Handeln in der Lage sind. Die Selbstverantwortung kommt vor allem in der Tatsache zum Ausdruck, dass die Bewohnerinnen und Bewohner ein möglichst hohes Maß an Autonomie besitzen in Bezug auf die Art und Weise, wie sie ihren Alltag gestalten und mit wem sie den Alltag teilen möchten. Die Mitverantwortung spricht den Aspekt der Gemeinschaft an, die mit der Wohnform der „Betreuten Wohngemeinschaft“ verwirklicht werden soll. Dabei ist unter Gemeinschaft nicht allein das Gefühl der sozialen Integration bei den Bewohnerinnen und Bewohnern zu verstehen, sondern auch die mehr oder minder stark ausgeprägte Überzeugung, etwas für den anderen Menschen tun zu können. Diese Überzeugung lässt sich am besten mit dem hier gewählten Begriff der Mitverantwortung umschreiben. Die Wohnform der „Betreuten Wohngemeinschaft“ orientiert sich schließlich an einem Leitbild, das hier im Sinne der „bewusst angenommenen Abhängigkeit“ charakterisiert werden soll. Damit ist gemeint, dass Menschen das Angewiesensein auf Hilfe anderer Menschen ausdrücklich akzeptieren und diese Hilfe auch bewusst suchen sowie in Anspruch nehmen. Zugleich ist mit dem Begriff der „bewusst angenommenen Abhängigkeit“ gemeint, dass Menschen zu differenzieren vermögen zwischen Handlungen, die sie weitgehend selbstständig ausführen können, und Handlungen in denen sie auf Hilfe angewiesen sind.

Mit den hier differenzierten Leitbildern der Selbstständigkeit, der Selbstverantwortung, der bewusst angenommenen Abhängigkeit sowie der Mitverantwortung sind zugleich vier zentrale Kategorien einer Ethik des Alters angesprochen¹, die – und dies ist mit dem Begriff der Ethik gemeint – in ihrer Gesamtheit Grundlagen eines persönlich sinnerfüllten und „gelungenen“ Lebens konstituieren. Mit der Wohnform der „Betreuten Wohngemeinschaft“ soll ein Beitrag zum persönlich sinnerfüllten, gelungenen Leben bei Hilfsbedürftigkeit oder Pflegebedürftigkeit geleistet werden.

¹ Ausführlich dazu: Andreas Kruse (2005). Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, bewusst angenommene Abhängigkeit und Mitverantwortung als Kategorien einer Ethik des Alters. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 38, 273-286.

Die „Betreute Wohngemeinschaft“ versteht sich als eine von mehreren möglichen Wohnformen im hohen Lebensalter. *Sie erhebt nicht den Anspruch einer Vollzeitpflegeeinrichtung.* Allerdings soll sie nach ihrem Selbstverständnis sicherstellen, dass Pflegeleistungen dann erbracht werden, wenn eine Bewohnerin oder ein Bewohner auf pflegerische Leistungen angewiesen ist. Aus diesem Grunde ist ein ständiger Kontakt mit Pflegefachkräften notwendig, auf deren Kompetenz im Notfall zurückgegriffen werden kann. Selbstverständlich gilt ganz Ähnliches für die medizinische Versorgung: Auch hier muss sichergestellt sein, dass im Notfall sofort auf ärztliche Hilfe zurückgegriffen werden kann. Die Tatsache, dass keine ständige Präsenz von Pflegefachkräften gewährleistet ist, spricht keinesfalls gegen die Wohnform der „Betreuten Wohngemeinschaft“. Vielmehr sollte davon ausgegangen werden, dass in der Wohngemeinschaft Menschen leben, die *nicht auf umfassende Pflege* angewiesen sind und bei denen es somit als ausreichend gewertet werden kann, wenn in akuten Notfällen eine Pflegefachkraft verfügbar ist. Dies heißt allerdings auch, dass in jedem einzelnen Falle geprüft werden muss, wie lange die Bewohnerin oder der Bewohner in der Wohngemeinschaft leben kann und *wann der Umzug in eine Pflegeeinrichtung notwendig ist.* Ein solcher Umzug ist zum Beispiel dann ins Auge zu fassen, wenn bei einer Bewohnerin oder einem Bewohner in kurzen Zeitabständen akute Notfälle auftreten, die die dauernde Präsenz einer Pflegefachkraft notwendig erscheinen lassen. Es lässt sich im Einzelfall durchaus zuverlässig bestimmen, ob eine dauernde Präsenz von Pflegefachkräften notwendig ist oder ob es genügt, zu einzelnen Tageszeiten eine Pflegefachkraft von außen zu rufen – zu nennen ist hier zum Beispiel das Problem der *nicht gegebenen ständigen Präsenz von Pflegefachkräften in den Nachtstunden.*

Dieses hier beschriebene Problem der fehlenden Präsenz von Pflegefachkräften zu bestimmten Zeitpunkten im Tagesablauf – bei gleichzeitig gegebener Sicherheit, dass im Notfall jederzeit auf die Expertise von Pflegefachkräften zurückgegriffen werden kann, ist für das Verständnis eines zentralen Aspekts der „Betreuten Wohngemeinschaft“ wichtig: Diese soll ein möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit und Selbstverantwortung ermöglichen; gleichzeitig muss aber erkannt werden, wann die Grenzen der Selbstständigkeit und Selbstverantwortung erreicht sind und ab wann das Leben in einer stationären Pflegeeinrichtung für die Bewohnerin oder den Bewohner besser wäre. Mit anderen Worten: Betreute Wohngemeinschaften sollten definieren können, für welche der Bewerberinnen und Bewerber um einen Wohngemeinschaftsplatz diese Wohnform geeignet ist und für welche nicht. Darüber hinaus sollten sie mögliche physische und psychische Zustände definieren können, bei deren Vorliegen ein Umzug in ein Pflegeheim erwogen oder sogar als unvermeidlich eingestuft werden muss. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn körperliche Erkrankungen zu schweren Krankheitssymptomen führen, die umfassende und kontinuierliche Pflege erfordern. Dies ist auch dann der Fall, wenn bei einer Demenzerkrankung Selbst- oder Fremdgefährdung besteht.

1. Fragestellung des Gutachtens

Im nachfolgenden Gutachten sollen Aussagen über die Betreuungs- und Versorgungsqualität in Wohngemeinschaften getroffen werden. Dabei sind diese Aussagen in folgender Weise zu spezifizieren:

Ist sichergestellt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner in Wohngemeinschaften eine Form der Ansprache finden, die aktiviert, motiviert, integriert?

Ist sichergestellt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner in Wohngemeinschaften ein ausreichendes Maß an selbstständiger und selbstverantwortlicher Lebensführung verwirklichen können?

Ist in den Wohngemeinschaften ein ausreichendes Maß an qualitativ hochwertiger Betreuung und Pflege gewährleistet?

Von welchen Faktoren ist die Qualität der Ansprache sowie der Betreuung und Pflege in den Wohngemeinschaften beeinflusst?

Sind Wohngemeinschaften als eine mögliche alternative Wohnform im Kontext des breiten Spektrums von Wohnformen zu betrachten?

Im nachfolgenden Gutachten sollen folgende Wohngemeinschaften ausführlicher bewertet werden:

Die Wohngemeinschaften *Casa vitale* und *Auf Hofen* in Bad Dürkheim

Die Wohngemeinschaft *Drosselweg* in Fellbach

Die betreuten Wohngemeinschaften im *Haus Veronika* in Stuttgart

Die fünf angeführten Fragen sollen zunächst zusammenfassend beantwortet werden, bevor eine Würdigung der einzelnen Wohngemeinschaften vorgenommen wird. Da die Wohngemeinschaften vom Bundesland Baden-Württemberg als Modellversuch gewertet wurden, geht es zunächst um die Beantwortung der Frage, ob sich dieser Modellversuch allgemein bewährt hat oder nicht. Der Blick auf die einzelnen Wohngemeinschaften kann dazu dienen, ein hohes Maß an Differenzierung – sowohl im Hinblick auf die Bewohnerschaft als auch im Hinblick auf die konkrete Ausgestaltung der Wohnformen – auch in das Gutachten einzubringen. Schon an dieser Stelle sei betont, dass sich unter dem Begriff der „Wohngemeinschaften“ ein breites Spektrum an konkreten Wohnformen subsumieren lässt. Der Besuch der genannten Wohngemeinschaften gibt dem Verfasser die Möglichkeit, Einblick in diese differenzierten Wohnformen zu finden und auf dieser Basis zu entsprechend differenzierten Aussagen im Gutachten zu gelangen.

2. Empirische Grundlagen des Gutachtens

Die empirischen Grundlagen des Gutachtens bilden Besuche des Verfassers in den genannten Wohngemeinschaften.

In den Wohngemeinschaften *Casa Vitale* und *Auf Hofen* hat sich der Verfasser jeweils einmal aufgehalten, zusätzlich zu dem Besuch konnte mehrere Wochen später ein ausführliches Telefonat mit dem Leiter und der Leiterin dieser beiden Wohngemeinschaften geführt werden.

Die Wohngemeinschaft *Drosselweg* hat der Verfasser zweimal besucht; darüber hinaus konnte er ein ausführliches Gespräch mit dem Leiter der Wohngemeinschaft führen.

Die Wohngemeinschaften im *Haus Veronika* hat der Verfasser einmal besucht.

Über die unmittelbaren Eindrücke hinaus, die der Verfasser bei seinen Besuchen gewinnen konnte, stand ihm zum Teil umfassendes schriftliches Material zur Verfügung, welches Auskunft über die Leitbilder und Zielsetzungen der einzelnen Wohngemeinschaften, über den in den Wohngemeinschaften dominierenden Betreuungs- und Aktivierungsansatz sowie über die Kosten gab. Dieses Material stellt eine substanzielle Ergänzung der Erfahrungen dar, die der Verfasser während seiner Besuche gewinnen konnte.

Über alle der vom Verfasser besuchten Wohngemeinschaften existieren Berichte in der regionalen Presse, in denen sich viele – für die breite Öffentlichkeit gedachte – Informationen über das Modell betreuter Wohngemeinschaften finden. Aus diesen Presseberichten spricht ein hohes Maß an Respekt und Sympathie, welches diesem Modell entgegen gebracht wird.

Auf der Grundlage dieses umfassenden empirischen Materials war es dem Verfasser ohne Probleme möglich, zu einer differenzierten Bewertung der Wohn-, der Betreuungs- und der Pflegequalität wie auch der Qualität der sozialen Arbeit zu gelangen.

3. Zusammenfassende Bewertung des Modells der Wohngemeinschaft

Leitbilder und Zielsetzungen der Wohngemeinschaften

Die Wohngemeinschaften verfolgen das Ziel, eine eigene Komponente innerhalb des breiten Spektrums von ambulanten, teilstationären und stationären Wohnangeboten zu bilden. Mit der Gründung von Wohngemeinschaften ist nicht intendiert, die Notwendigkeit der stationären Einrichtungen der Altenhilfe in Zweifel zu ziehen. Wohngemeinschaften richten sich vor allem an jene Menschen, bei denen Hilfe- oder leichter Pflegebedarf besteht und die in der Lage sind, in einer aktivierenden, motivierenden und unterstützenden Umwelt ein in (weiten) Teilen selbstständiges und selbstverantwortliches Leben zu führen. Darüber hinaus wird mit dem Modell der betreuten Wohngemeinschaft auch das Interesse älterer Menschen an einer möglichst intimen, familiär wirkenden (räumlichen und sozialen) Umwelt berücksichtigt.

Allerdings leben in Wohngemeinschaften auch ältere Menschen, bei denen eine bereits weit fortgeschrittene Demenzerkrankung vorliegt. Das Leitbild und Ziel der Betreuung und Pflege dieser Menschen lässt sich in der Hinsicht charakterisieren, dass auch – wenn nicht sogar gerade – bei einer bestehenden Demenz das Bedürfnis nach einer intim gestalteten räumlichen und sozialen Umwelt besteht und dass die Betreuung und Pflege so gestaltet werden kann, dass auch diesen Menschen eine fachlich wie ethisch fundierte Hilfe garantiert ist. Es stellt sich jedoch im Falle von Bewohnerinnen und Bewohnern mit einer weit fortgeschrittenen Demenz vermehrt die Aufgabe, zwischen den Bedürfnissen nicht demenzkranker und demenzkranker Menschen zu vermitteln; bei hoher fachlicher Expertise und bei hohem menschlichen Format der in den Wohngemeinschaften beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kann davon ausgegangen werden, dass diese Aufgabe zufrieden stellend gelöst wird.

Die Wohngemeinschaften unterliegen zwar dem Heimgesetz, ihre Leistungen sind jedoch dem ambulanten Sektor zuzuordnen. Es bestehen enge Verbindungen zu ambulanten Pflegediensten, die im Bedarfsfall rasch Hilfe leisten können. Zudem sind enge Kontakte mit niedergelassenen Medizinerinnen und Mediznern gegeben, die zumeist mehrere Bewohnerinnen und Bewohner der Wohngemeinschaft ärztlich versorgen – dies selbstverständlich unter Berücksichtigung der freien Arztwahl.

Für Wohngemeinschaften stellt die Aufrechterhaltung eines möglichst selbstständigen und selbstverantwortlichen Lebens der Bewohnerinnen und Bewohner mit einem besonderen Akzent auf der Eigeninitiative bei der Alltagsgestaltung das zentrale Leitbild dar. Ein weiteres zentrales Leitbild ist die ausreichende soziale Integration und Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner – wobei diese durch lebendige Beziehungen und Kontakte mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern, durch ebenso lebendige Beziehungen und Kontakte mit den Angehörigen und schließlich durch Beziehungen und Kontakte mit Nachbarschaft und

Kommune erreicht werden soll. Die hier zum Ausdruck kommende *Vielfalt* der Beziehungen und Kontakte ist für die Wohngemeinschaften geradezu konstitutiv; die Qualität der Arbeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wird auch daran gemessen, inwieweit es diesen gelingt, diese soziale Integration und Teilhabe zu fördern. Dabei verstehen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst als Teil des sozialen Netzwerks von Bewohnerinnen und Bewohnern und unterhalten zu diesen vielfach enge emotionale Beziehungen. Für die soziale Integration und Teilhabe entscheidend ist die Tatsache, dass nach Einzug in eine Wohngemeinschaft die Kontakte zu den Angehörigen nicht abgebrochen werden, sondern in vollem Umfang aufrechterhalten bleiben. Aus diesem Grunde wenden sich Wohngemeinschaften ausdrücklich auch an Angehörige und laden diese ein, sich an dem Alltag in der Wohngemeinschaft mehr oder minder intensiv und engagiert zu beteiligen.

Die Arbeit in den Wohngemeinschaften stellt an Leiterin und Leiter *hohe* Anforderungen. Zum einen sind auf dem Gebiet der Pflege, zum anderen auf dem Gebiet der sozialen Arbeit möglichst umfassende Kenntnisse und Erfahrungen notwendig, wobei es durchaus funktional ist, wenn ein in der sozialen Arbeit oder in der Heilpädagogik ausgewiesener Mitarbeiter mit einem im Bereich der Alten- oder Krankenpflege ausgewiesenen Mitarbeiter kooperiert. Die Arbeit in den Wohngemeinschaften erfordert von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen und sozialkommunikativer Kompetenz. Und schließlich müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychisch ausreichend widerstandsfähig sein, um Menschen in Grenzsituationen ausreichend beistehen zu können.

Manche Wohngemeinschaften unterbreiten das Angebot, dass sterbende Menschen in den letzten Monaten oder Wochen in diesen wohnen. Sie verstehen sich damit auch als eine Komponente im Kontext der Betreuung sterbender Menschen. Darüber hinaus sehen sich alle Wohngemeinschaften in besonderer Weise mit der Endlichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner konfrontiert: Das Sterben findet in einem intimen Kontext statt, den die anderen Bewohnerinnen und Bewohner durch ihre Teilnahme (auch im Sinne von Besuchsdiensten oder von Sitzwachen) in hohem Maße mit konstituieren.

Kompetenz der Leitungsebene

Das Gelingen des Modells der betreuten Wohngemeinschaft ist in hohem Maße an die Kompetenz der Leiterin oder des Leiters einer Wohngemeinschaft geknüpft. Die Leitungsebene steht nicht nur für das grundlegende Konzept der Wohngemeinschaft, sondern auch für die Umsetzung fachlicher Standards im Alltag – wobei sich diese fachlichen Standards keinesfalls allein auf die Pflege beschränken, sondern genauso den Bereich der Betreuung, der Integration und der Teilhabe einschließen.

Die vom Verfasser besuchten Wohngemeinschaften lassen sich in der Hinsicht charakterisieren, dass deren Leiterinnen und Leiter über ein hohes Maß an Kompetenz

verfügen und damit die zentrale Voraussetzung für das Gelingen dieses Modells erfüllen. In den Wohngemeinschaften in Bad Dürkheim verfügt das Ehepaar, welches diese Wohngemeinschaften leitet, über Expertise in den Bereichen der Sozialarbeit, der Pädagogik, der Heilerziehungspflege. Die Erfahrungen auf dem Gebiet der Altenarbeit sind sehr hoch. Durch die Erfahrungen auf dem Gebiet der Heilpädagogik wächst den beiden Leitern noch besondere Kompetenz im Hinblick auf die Aktivierung und Erhaltung von psychischen, kognitiven, alltagspraktischen und sozialen Ressourcen jener Bewohnerinnen und Bewohner zu, bei denen ein hirnerkranktes Psychosyndrom oder eine Demenz vorliegen. Der *aktivierende, sozial integrierende Ansatz* ist hier sehr deutlich ausgeprägt. Ähnliches gilt für die Wohngemeinschaft in Fellbach. Der Leiter der Wohngemeinschaft verfügt über umfassende Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Sozialarbeit und der Altenpflege; auf deren Grundlage kann er den *aktivierenden, sozial integrierenden Ansatz* verwirklichen. Dabei wird er unterstützt vom Leiter des Hauses am Keppelberg, der über umfassende Erfahrungen auf den verschiedensten Gebieten der Altenarbeit und Gerontologie verfügt; dieser hat das Konzept der Wohngemeinschaft in Fellbach entwickelt. Der Leiter der Wohngemeinschaften im Hause Veronika ist Sozialpädagoge; zugleich finden sich im Leitungsteam eine Pflegefachkraft sowie eine Hauswirtschafterin. Auch hier ist deutlich ein *aktivierender, sozial integrierender Ansatz* erkennbar. Ohne diese hohe Expertise in der Leitungsebene der Wohngemeinschaften würde sich dieses Moment der Aktivierung sowie der sozialen Integration nicht verwirklichen lassen.

Dabei ist auch zu beachten, dass in manchen Wohngemeinschaften die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter keine pflegerischen Erfahrungen aufweisen und auch über keine Erfahrungen auf dem Gebiet der Sozialarbeit verfügen. Deren zentrale Aufgabe besteht darin, im hauswirtschaftlichen Bereich zu arbeiten sowie die Bewohnerinnen und Bewohner im Alltag zu begleiten. Die mangelnden Erfahrungen auf dem Gebiet der Pflege und der Sozialarbeit müssen dabei kein Nachteil, sondern können sogar ein Vorteil sein: Denn in den Wohngemeinschaften dominiert das Leitbild eines möglichst natürlichen Zusammenlebens – im Falle hoher fachlicher Expertise auf dem Gebiet der Pflege und der Sozialarbeit bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern würde dieses Leitbild möglicherweise in Frage gestellt. Umso wichtiger ist es jedoch, dass diese Kompetenz in der Leitungsebene in hohem Maße vorhanden ist. Denn damit ist die Leitungsebene zum einen in der Lage, in Krisensituationen fachlich fundiert eingreifen und vermitteln zu können. Zum anderen kann sie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne entsprechende Qualifikation wenigstens in Ansätzen anleiten und ein in sich schlüssiges Konzept der Begleitung und Betreuung sowie der Unterstützung bei der Pflege entwickeln.

In anderen Wohngemeinschaften befinden sich hingegen Pflegefachkräfte und Pflegehelferinnen im Mitarbeiterstab. Doch auch dann, wenn sich unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern solche befinden, die über Expertise auf dem Gebiet der Altenpflege oder der Krankenpflege verfügen, ist das entscheidende Tätigkeitsmerkmal ihrer Arbeit die Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner im Alltag, deren Aktivierung und Unterstützung bei der Ausführung von basalen und instrumentellen Aktivitäten sowie bei der

Freizeitgestaltung. Die Pflegeleistungen werden, so diese notwendig sind, von einem ambulanten Pflegedienst erbracht, der eben nicht identisch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Wohngemeinschaft ist. Die Art und Weise nun, wie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die genannte Begleitung, Aktivierung und Unterstützung konkret leisten, ist in hohem Maße davon bestimmt, welche Leitbilder und Ziele, welche Standards von der Leitungsebene vorgegeben und vorgelebt werden. Aus diesem Grunde ist deren Bedeutung für das Gelingen des Modells der betreuten Wohngemeinschaft auch dann sehr hoch, wenn sich im Mitarbeiterteam Personen befinden, die über pflegerische Expertise verfügen.

Schließlich darf nicht übersehen werden, dass sich unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vielfach auch angelernte Kräfte finden, die in der Qualität ihrer Arbeit in besonderem Maße vom Kompetenzprofil sowie von den Standards beeinflusst sind, die auf Leitungsebene bestehen bzw. von dieser vorgegeben und vorgelebt werden.

Es sei bereits bei dieser zusammenfassenden Bewertung hervorgehoben, dass auf Seiten der Leitungsebene der besuchten Einrichtungen jenes Kompetenzprofil erkennbar ist, welches für das Gelingen der Arbeit in den Wohngemeinschaften von größter Bedeutung ist. Zugleich sei betont, dass bei den Besuchen der Wohngemeinschaften auch deutlich wurde, wie wichtig dieses Kompetenzprofil für das Gelingen dieses Wohnmodells ist. Aus diesem Grunde ist festzustellen, dass eine Aussage über die Güte des betreuten Wohnens nicht getroffen werden kann, ohne das Kompetenzprofil der Leitungsebene ausreichend berücksichtigt zu haben.

Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Die Besuche des Verfassers in den Einrichtungen wie auch die Gespräche mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Bewohnerinnen und Bewohner sowie Angehörigen bilden eine ausreichend differenzierte Grundlage für die Bewertung der Kompetenz der in den Wohngemeinschaften tätigen Menschen. Darüber hinaus ist auf dieser Grundlage eine Aussage darüber möglich, in welcher Hinsicht die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Gelingen der Wohngemeinschaften beitragen.

Die Anforderungen, die an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu stellen sind, lassen sich wie folgt charakterisieren:

Sozialkommunikative Kompetenz zur Erfassung aktueller emotionaler Befindlichkeit sowie aktueller Bedürfnisse, Interessen, Problemlagen und Konflikte.

Sozialkommunikative Kompetenz zur Förderung von Beziehungen zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern, zur Vermittlung von Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner sowie zur Linderung möglicher Konflikte innerhalb der Bewohnerschaft.

Alltagspraktische Kompetenzen (zum Beispiel im Haushalt) zur Aktivierung wie auch zur Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner bei der Ausführung von basalen und

instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens sowie zur Initiierung gemeinsamer Alltags- und Freizeitaktivitäten in der Bewohnerschaft.

Alltagspraktische und sozialkommunikative Kompetenzen zur Einbeziehung von Angehörigen in Alltags- und Freizeitaktivitäten der Bewohnerschaft und zur Vermittlung von Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner einerseits, ihrer Angehörigen andererseits. Psychische Widerstandsfähigkeit zur Bewältigung von Konflikten und Krisen in der Bewohnerschaft, beispielsweise im Falle schwerer körperlicher oder psychischer Erkrankung sowie im Falle des Sterbens eines Bewohners.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Wohngemeinschaften weisen ein sehr verschiedenartiges Berufsprofil auf. In der Wohngemeinschaft Drosselweg in Fellbach kommen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht aus dem pflegerischen Bereich; vielmehr handelt es sich bei diesen primär um Hausfrauen oder um Personen, die früher in einem Büro tätig gewesen sind. In den beiden Wohngemeinschaften in Bad Dürkheim (*Casa vitale*, *Auf Hofen*) sind primär Pflegefachkräfte beschäftigt. In den Wohngemeinschaften *Haus Veronika* finden sich primär Pflegefachkräfte und Angehörige von Hauswirtschaftsberufen (Hauswirtschaftlerin, Hauswirtschaftshelferin).

Die Besuche des Verfassers dieses Gutachtens in den Wohngemeinschaften haben diesem gezeigt, dass auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen, Interesse und Engagement besteht. Selbstverständlich kann von mehrstündigen oder eintägigen Besuchen nicht mit Sicherheit auf die Qualität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geschlossen werden. Doch die Eindrücke, die sich dem Verfasser des Gutachtens während der Besuche geboten haben, zeigten ihm, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht nur differenziert und mit Takt auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner antworten, sondern – und dies ist auch besonders hervorzuheben – dass sie auch eine hohe Identifikation mit ihrer Arbeit und ihrem Arbeitsplatz erkennen lassen. Diese Identifikation mit der Arbeit kommt vor allem in der Überzeugung zum Ausdruck, dass man durch das eigene Handeln und die Ansprache der Bewohnerinnen und Bewohner in hohem Maße dazu beiträgt, dass diese die Wohngemeinschaft als ihre Heimat empfinden können und dass sich der intime Wohncharakter verwirklicht, der von den Bewohnerinnen und Bewohnern ausdrücklich gesucht wurde und zudem die Grundlage ihrer Entscheidung für die Wohngemeinschaft als Lebensort bildete.

Räumliche Umwelt – die Wohn- und Wohnumfeldbedingungen der Wohngemeinschaften

Ein zentrales Motiv zur Nutzung des Wohnangebots „Wohngemeinschaften“ bildet, wie bereits hervorgehoben wurde, der Wunsch, in einer ausreichend intimen und familiär wirkenden Umwelt zu leben. Dieses Wohnangebot soll sich sowohl in der Vorstellung der Anbieter wie auch in der Vorstellung der Nutzer gerade dadurch von stationären Einrichtungen unterscheiden, dass es den Charakter eines familiären Umfeldes vermittelt,

welches zur selbstverantwortlichen, gleichzeitig aber auch mitverantwortlichen Lebensführung motiviert.

Damit diese Zielsetzung erreicht werden kann, ist eine angemessene räumliche Umweltgestaltung unerlässlich. Zunächst ist zu betonen, dass die Gestaltung der räumlichen Umwelt bestimmte Formen der sozialen Umweltgestaltung ermöglicht oder – umgekehrt – erschwert. Durch die Gestaltung der räumlichen Umwelt werden Möglichkeiten des Kontakts zu anderen Menschen geschaffen oder aber blockiert. Wohngemeinschaften sollen sich sowohl in der Vorstellung der Anbieter als auch in der Vorstellung der Nutzer dadurch von stationären Einrichtungen unterscheiden, dass schon allein die räumliche Gestaltung den Charakter der *Wohnung*, in der man mit anderen Menschen zusammenlebt, vermittelt. Wenn dieser Charakter der Wohnung nicht gegeben ist, dann wird das Konzept der Wohngemeinschaft, wenn überhaupt, so nur in Ansätzen realisiert.

Neben der Gestaltung der Wohnung ist schließlich auch der Charakter der Wohnumgebung zu berücksichtigen: Nur dann, wenn die Wohngemeinschaft relativ zentral liegt und von ihr aus wichtige Institutionen und Einrichtungen in der Kommune ohne Schwierigkeiten erreicht werden können, wird eine bedeutende Zielsetzung der betreuten Wohngemeinschaft – nämlich die Aufrechterhaltung von sozialer Integration und Teilhabe – in ausreichendem Maße verwirklicht.

In den vom Verfasser des Gutachtens besuchten Wohngemeinschaften werden die hier skizzierten Anforderungen an die Gestaltung der Wohnung und des Wohnumfeldes in großen Teilen erfüllt.

Die Gestaltung der Wohnung wie auch die Lage der Wohnung sind in den beiden Wohngemeinschaften *Casa vitale* und *Auf Hofen* positiv zu bewerten. Die *Casa vitale* vermittelt durch die Anordnung der Zimmer, durch die Gestaltung der Zimmer, durch die Ausstattung der Gemeinschaftsräume wie auch durch das Gesamtkonzept den Charakter eines ausreichend „intimen“, „familiär“ geprägten Wohnens. Darüber hinaus ist diese Wohngemeinschaft zentral gelegen; von ihr aus sind die wichtigen Einrichtungen und Institutionen in Bad Dürkheim ohne Schwierigkeiten zu erreichen. Das Haus *Auf Hofen* erfüllt den Charakter des intimen, familiären Wohnens geradezu in hervorragender Weise. Hier ist durch eine großzügige Wohngestaltung auch das Prinzip der Ausgewogenheit von Nähe und Distanz in vollem Umfang erfüllt. Dieses Haus liegt ebenfalls relativ zentral.

Gestaltung und Lage der Wohnung sind auch mit Blick auf die Wohngemeinschaft *Droselweg* positiv zu bewerten. Anordnung und Gestaltung der Zimmer sowie Ausstattung der Gemeinschaftsräume vermitteln den Charakter eines ausreichend intimen, familiär geprägten Wohnens. Ähnlich wie in den beiden Wohngemeinschaften in Bad Dürkheim ist auch in Fellbach das Prinzip eines ausgewogenen Verhältnisses von Nähe und Distanz

sichergestellt. Der private Wohncharakter ist auch in Fellbach erfüllt. Die Wohngemeinschaft liegt ausreichend zentral.

Die Wohngemeinschaften des Hauses *Veronika* weisen hingegen einen Wohnstandard auf, der zum einen erkennbar unterhalb des Standards der Wohngemeinschaften in Bad Dürkheim und Fellbach liegt; zum anderen erinnern diese Wohngemeinschaften aufgrund der baulichen Gestaltung an eine stationäre Einrichtung: Erkennbar ist hier die klassische Gangstruktur vieler stationärer Einrichtungen, die durch die Ausstattung der Gänge nur in Teilen ausgeglichen werden kann. Darüber hinaus lebt ein Teil der Bewohnerinnen und Bewohner in Zweibettzimmern, wodurch sich ebenfalls das Bild der stationären Einrichtung aufdrängt. Hier ist allerdings auch zu konstatieren, dass für manche Menschen mit einer Demenzerkrankung das Leben in einem Zweibettzimmer nicht unbedingt einen Nachteil bedeuten muss: Es gibt Erfahrungsberichte in ausreichender Anzahl, die darauf hindeuten, dass für bestimmte Gruppen von demenzkranken Menschen das Wohnen in einem Zweibettzimmer sogar von Vorteil sein kann. Doch ist in den Wohngemeinschaften in Stuttgart das Wohnen in einem Zweibettzimmer nicht einem *Konzept*, sondern vielmehr den *aktuell gegebenen baulichen Bedingungen* geschuldet. Ganz ähnlich sind die Gestaltung der Gänge und die sich daraus ergebende Anordnung der Zimmer durch diese baulichen Bedingungen determiniert, die sich als eine Barriere der Umsetzung des Konzepts der betreuten Wohngemeinschaft erweisen. Es kommt hinzu, dass das *Haus Veronika* mehrere Wohngemeinschaften beherbergt, bei denen jeweils eine hohe Ähnlichkeit in der räumlichen Umweltgestaltung besteht. Schließlich ist zu bedenken, dass es einzelne Gemeinschaftsräume gibt (so zum Beispiel der Wintergarten, das Atelier), welche von allen Wohngemeinschaften genutzt werden können: Auch damit drängt sich das Bild einer stationären Einrichtung auf. Schließlich ist die Gestaltung des Wohnraums im *Haus Veronika* bei weitem nicht so intim und familiär wie in den Wohngemeinschaften in Bad Dürkheim und in Fellbach. Der Verfasser des Gutachtens wurde bei seinem Besuch immer wieder daran erinnert, dass es sich beim *Haus Veronika* um ein ehemaliges Krankenhaus handelt. Positiv zu bewerten ist die Gestaltung der Gemeinschaftsräume – auch jener, die von allen Wohngemeinschaften genutzt werden können. Besonders ist hier zu erwähnen, dass in einer Wohngemeinschaft Küche und Esszimmer integriert wurden (eine Trennwand wurde herausgenommen), und zudem unmittelbarer Durchgang zum Wohnzimmer besteht: Dies gibt dieser Wohngemeinschaft – schon allein von der räumlichen Gestaltung her – einen wirklichen Wohncharakter mit einem ausreichenden Maße an Intimität und Familiarität.

Die kritische Bewertung der baulichen Bedingungen in Stuttgart wird allerdings relativiert, wenn man die Lage der Wohngemeinschaften (hervorragende Lage) sowie die Gestaltung des Gartens berücksichtigt. Eine ähnlich gelungene Gestaltung der Außenanlagen konnte sonst nur in *Auf Hofen* beobachtet werden.

Die kritische Bewertung der baulichen Bedingungen in Stuttgart darf auch keinesfalls als eine Kritik an dem dort umgesetzten Konzept der betreuten Wohngemeinschaft verstanden werden. Dem Verfasser des Gutachtens wurde rasch klar, dass sich die Art und Weise, wie

die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit den Bewohnerinnen und Bewohnern sprechen und wie sie sich diesen gegenüber verhalten, in hohem Maße von dem Bestreben bestimmt ist, die Selbstverantwortung, die soziale Integration und die Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner möglichst weit zu fördern. Darüber hinaus konnte der Verfasser des Gutachtens sehr deutlich erkennen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner die Gemeinschaftsräume in ausreichendem Maße nutzen und durch die Begegnungen mit vertrauten Menschen in hohem Maße Anregungen erfahren. Und schließlich sei hervorgehoben, dass mit der Schaffung des Wintergartens und des Ateliers auch zusätzliche Begegnungsmöglichkeiten entstanden sind, die sich auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner positiv auswirken.

Doch soll in diesem Gutachten mit Nachdruck die Zielsetzung der Betreiber des *Hauses Veronika*, einen Neubau zu schaffen, gutgeheißen und unterstützt werden. Solange nämlich dieser Neubau nicht errichtet und damit ein ganz neues räumliches Konzept umgesetzt wird, befinden sich die Wohngemeinschaften in Stuttgart gegenüber jenen in Bad Dürkheim und Fellbach erkennbar im Nachteil. Dabei ist auch zu bedenken, dass angesichts der Tatsache, dass sich in Stuttgart mehrere Wohngemeinschaften in einem Gebäude befinden, die individuelle räumliche Gestaltung von besonderer Wichtigkeit ist. Denn, wie bereits betont wurde, durch die Integration mehrerer betreuter Wohngemeinschaften in einem Gebäude wird eher das Bild einer stationären Einrichtung vermittelt.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die räumliche Umweltgestaltung für die Umsetzung des Konzepts der betreuten Wohngemeinschaft von sehr großer Bedeutung ist. Vier Kriterien sind hier besonders hervorzuheben:

Privatheit – wie sich diese vor allem durch ein individuell eingerichtetes Einzelzimmer sowie durch eine intime, familiäre Ausstattung der Gemeinschaftsräume vermittelt.

Gemeinschaftlichkeit im intimen, familiären Rahmen – wie sich diese vor allem durch eine entsprechende Ausstattung der Gemeinschaftsräume vermittelt.

Soziale Integration und Teilhabe – wie sich diese vor allem durch eine möglichst zentrale Lage der Wohnung sowie durch eine intime, familiäre Ausstattung der Gemeinschaftsräume vermittelt.

Hohe Funktionalität im Hinblick auf die Selbstständigkeit im Alltag – wie sich diese vor allem durch Barrierefreiheit im gesamten Wohnbereich sowie durch eine ausreichend funktional eingerichtete Küche vermittelt.

Diese Kriterien sind in den Wohngemeinschaften in Bad Dürkheim und Fellbach weitgehend erfüllt, in den Wohngemeinschaften in Stuttgart nur in Teilen. Es wäre sehr zu wünschen, dass die Stadt Stuttgart die Genehmigung zu einem Neubau des *Hauses Veronika* gibt.

Infrastrukturelle Umwelt – die Qualität der Begleitung, Betreuung und Pflege

Alle besuchten Wohngemeinschaften verfügen über eine enge Anbindung an ambulante Pflegedienste. Im Bedarfsfall kann damit eine fachlich fundierte Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner sichergestellt werden. Der Verfasser des Gutachtens hatte in allen Wohngemeinschaften ausreichend Gelegenheit, sich ausführlich mit der Frage zu beschäftigen, wie eine fachlich fundierte Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner, die auf Pflegeleistungen angewiesen sind, gewährleistet werden kann. Angesichts der Tatsache, dass in allen Wohngemeinschaften der weit überwiegende Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner Pflegeleistungen benötigt, kommt dieser Frage besondere Bedeutung zu. *Die Analyse des bestehenden pflegerischen Versorgungssystems ergab für alle Wohngemeinschaften ein positives Urteil.* In allen Wohngemeinschaften ist sichergestellt, dass pflegerische Versorgung erfolgt, wenn eine Bewohnerin oder ein Bewohner auf diese angewiesen ist. *Darüber hinaus können alle Wohngemeinschaften belegen, dass die Kooperation mit dem jeweiligen ambulanten Pflegedienst effektiv ist und garantiert, dass die Bewohnerinnen und Bewohner jene Pflegeleistungen erhalten, die ihrer individuellen Bedarfslage entspricht.* Dabei wirkt sich die Tatsache sehr positiv aus, dass die Leitungsebene der Wohngemeinschaften über ausgeprägte Erfahrungen auf dem Gebiet der Altenarbeit und / oder Pflege verfügt und somit in der Lage ist, (a) die organisatorischen Bedingungen dafür zu schaffen, dass eine fachlich und ethisch angemessene pflegerische Versorgung geleistet wird, (b) differenziert einzuschätzen, ob die erbrachten pflegerischen Leistungen dem individuellen Pflegebedarf entsprechen oder nicht. Hier zeigt sich wieder die große Bedeutung, die der Qualifikation der Leitungsebene für das Gelingen dieses Wohnkonzepts zukommt.

Die Qualität der infrastrukturellen Umwelt spiegelt sich weiterhin in der *Sicherheit* wider, die den Bewohnerinnen und Bewohnern sowohl in der Tages- als auch in der Nachtzeit garantiert werden kann. Auch hier hatte der Verfasser des Gutachtens die Möglichkeit, durch seine Besuche in den Wohngemeinschaften der Frage nachzugehen, wie diese Sicherheit im Einzelfall gewährleistet wird. Die Bewertung dieses Qualitätsmerkmals der infrastrukturellen Umwelt fällt für alle Wohngemeinschaften positiv aus: *Für die Sicherheit der Bewohnerinnen und Bewohner ist sowohl in den Tages- als auch in den Nachtstunden durch die Präsenz einer Mitarbeiterin bzw. eines Mitarbeiters gesorgt.* In Notfällen kann dieser Präsenzdienst sicherstellen, entweder Ärzte oder Pflegefachpersonen zu erreichen, die die medizinisch-pflegerische Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner übernehmen. Die Präsenz einer Mitarbeiterin bzw. eines Mitarbeiters – auch im Falle fehlender pflegerischer Expertise – ist ausreichend, da diese Mitarbeiterin bzw. dieser Mitarbeiter keine pflegerischen Leistungen vornehmen, sondern nur gewährleisten muss, dass die notwendige medizinische oder pflegerische Hilfe möglichst umgehend erbracht werden kann. Diese Bedingung ist in allen der vom Verfasser besuchten Wohngemeinschaften in ganzem Umfang gegeben.

Dabei zeigte sich während der Besuche, dass auch in jenen Fällen, in denen nur eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter in der Wohngemeinschaft ist, ein gutes psychologisches

Klima in dieser Gruppe herrscht. Selbst in Wohngemeinschaften, in denen (fast) ausschließlich demenzkranke Menschen leben, war in den Stunden der Anwesenheit des Verfassers dieses Gutachtens eine gute Atmosphäre spürbar. *Dabei wurde auch deutlich, dass diese gute Atmosphäre in hohem Maße von den menschlichen Qualitäten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beeinflusst ist, woraus folgt: Das Konzept einer betreuten Wohngemeinschaft kann nur gelingen, wenn neben der hohen fachlichen Expertise der Leitungsebene auch eine hohe Qualität auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegeben ist – wobei diese Qualität vor allem auf der menschlichen, persönlichen Ebene anzusiedeln ist.* Die zentralen Kompetenzmerkmale, die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erfüllen sollten, wurden bereits genannt. Sie zeigen, dass unter dem Begriff der „menschlichen, persönlichen Qualifikation“ Aspekte subsumiert werden, die sehr viel mit sozialkommunikativer Kompetenz sowie mit psychologischem Einfühlungsvermögen zu tun haben.

Neben diesen menschlichen, persönlichen Qualitäten sind *alltagspraktische Kompetenzen* notwendig, die ebenfalls von jenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die der Verfasser des Gutachtens während seiner Besuche kennen gelernt hat, erfüllt werden. Hier sind vor allem Kompetenzen im Bereich der Hauswirtschaft zu nennen, durch die sichergestellt ist, dass das Leitbild eines möglichst hohen Maßes an Selbstständigkeit und Selbstverantwortung in der Gestaltung des Alltags erfüllt wird. Zu diesen alltagspraktischen Kompetenzen gehört auch die Fähigkeit, genau einzuschätzen, welche Fertigkeiten die einzelne Bewohnerin oder der einzelne Bewohner besitzt und inwieweit diese Fertigkeiten bei der Ausübung gemeinschaftlicher Tätigkeiten genutzt werden können. *Die Bewertung der alltagspraktischen Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fällt ebenfalls für alle Wohngemeinschaften positiv aus.*

Schließlich soll an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass sich alle befragten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen *sehr differenziert zum Thema der Begleitung sterbender Menschen äußern* und überzeugend darlegen konnten, von welchen grundlegenden Orientierungen sie sich bei der Begleitung sterbender Menschen leiten lassen. Besonders überzeugte die übereinstimmend getroffene Aussage, dass sich auch andere Bewohnerinnen und Bewohner an der Begleitung eines sterbenden Mitglieds der Wohngemeinschaft beteiligen und dabei von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterstützt werden. Zudem konnte überzeugend dargelegt werden, dass auch im Prozess des Sterbens eines Mitglieds der Wohngemeinschaft intensive medizinische Betreuung gewährleistet ist.

Der Verfasser des Gutachtens hat in den Interviews großes Gewicht auf die Frage gelegt, inwieweit eine fachlich überzeugende *medizinische Behandlung* der Bewohnerinnen und Bewohner sichergestellt ist. Es wurde überzeugend dargelegt, dass enge Kontakte zu niedergelassenen Ärzten für Allgemeinmedizin oder für Innere Medizin bestehen, wobei übereinstimmend betont wurde, dass diese Ärzte hohes Interesse an Fragen der Geriatrie und hohe Kompetenz bei der ärztlichen Betreuung älterer Menschen zeigen und zudem in

Tages- wie auch in Nachtstunden gut erreichbar sind. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden in ihrem Recht auf freie Arztwahl selbstverständlich sehr Ernst genommen; trotz der Beachtung dieses Rechts schälen sich in den besuchten Wohngemeinschaften jeweils bis zu drei Ärzte heraus, die für die Betreuung der gesamten Bewohnerschaft zuständig sind.

Die gesundheitliche Situation der Bewohnerinnen und Bewohner

Die Wohngemeinschaften werden von ihrer ursprünglichen Konzeption her vor allem als Angebot für jene Menschen verstanden, bei denen Hilfe- oder Pflegebedarf besteht, die jedoch noch in der Lage sind, sich soweit selbst zu versorgen, dass sie in Teilen ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben führen können. Darüber hinaus ist für die Konzeption dieser Wohngemeinschaften der Gedanke der mitverantwortlichen Lebensführung bedeutsam, wie sich dieser in Integration und Teilhabe ausdrückt.

Die Besuche des Verfassers in den Wohngemeinschaften zeigten jedoch, dass sich diese ursprüngliche Konzeption allmählich in Richtung auf die Versorgung von Menschen mit mittelgradiger oder schwerer Demenz, von Menschen mit anderen Erkrankungen des Gehirns oder von Menschen mit schweren chronischen körperlichen Erkrankungen verschiebt. Diese Verschiebung auf andere Zielgruppen spricht keinesfalls gegen das Konzept der betreuten Wohngemeinschaft. Vielmehr werden sich langfristig die in den Wohngemeinschaften zu erbringenden Betreuungsleistungen differenzieren müssen: *Es ist davon auszugehen, dass in Zukunft der Anteil demenzkranker Menschen an der Gesamtbewohnerschaft erkennbar zunehmen wird.* Damit wachsen die Anforderungen, die sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ebenso wie an die Leitungsebene der Wohngemeinschaften stellen.

In den beiden Wohngemeinschaften in Bad Dürkheim leben fast ausschließlich Menschen mit einer mittelgradigen oder schweren Demenz. In der Wohngemeinschaft in Fellbach überwiegt hingegen eindeutig der Anteil jener Bewohnerinnen und Bewohner, bei denen keine Demenzerkrankung oder nur eine leicht ausgeprägte Demenz vorliegt – allerdings muss befürchtet werden, dass bei zwei Bewohnerinnen in Zukunft eine Entwicklung von einer leichten zu einer mittelgradigen Demenz stattfinden wird. In den Wohngemeinschaften in Stuttgart ergibt sich im Hinblick auf die Demenzerkrankungen ein differenziertes Bild: In einer der vier Wohngemeinschaften überwiegt der Anteil der Menschen mit mittelgradiger oder schwerer Demenz, in den anderen Wohngemeinschaften leben zwar auch demenzkranke Menschen, jedoch überwiegt nicht deren Anteil.

Die gesundheitliche Situation der Bewohnerinnen und Bewohner stellt sich in allen betreuten Wohngemeinschaften *sehr differenziert* dar, das heißt, in allen Wohngemeinschaften ist die Bewohnerschaft auch mit Blick auf die Gesundheit *sehr heterogen*. In den Wohngemeinschaften in Bad Dürkheim bezieht sich diese Aussage vor allem auf den Grad der Komorbidität der Bewohnerinnen und Bewohner. In Fellbach bezieht sich diese Aussage zum einen auf die Unterscheidung zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern ohne und mit

einer Demenzerkrankung sowie auf den Grad der Komorbidität. Gleiches gilt für die Wohngemeinschaften in Stuttgart.

Diese Heterogenität stellt die Leitung wie auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Wohngemeinschaften vor besondere fachliche Anforderungen. Zum einen müssen sie, wenn sie das Leitbild einer *aktivierenden Begleitung und Betreuung* verwirklichen wollen, differenziert auf die individuellen Kompetenzprofile, Interessen und Neigungen antworten. Zum anderen müssen sie zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern vermitteln, die sich in ihrer Gesundheit ebenso wie in ihrer Kompetenz erheblich voneinander unterscheiden: Diese Anforderung ist vor allem dann gegeben, wenn in einer betreuten Wohngemeinschaft sowohl Menschen leben, bei denen keine stärkeren kognitiven Einbußen vorliegen, und zugleich Menschen, bei denen mittelgradige oder schwere Demenzen bestehen. Wie der Verfasser des Gutachtens bei seinen Besuchen in den Wohngemeinschaften erfahren und erleben konnte, gelingt es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, diese „Vermittlung“ herzustellen. Dabei wirkt auch die Einstellung der Bewohner und Bewohnerinnen, die nicht psychisch erkrankt sind, gegenüber psychisch erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern sehr positiv: Bei seiner Teilnahme an gemeinschaftlichen Aktivitäten in den Wohngemeinschaften konnte der Verfasser des Gutachtens wiederholt beobachten, dass die psychisch nicht veränderten Bewohner gegenüber den demenzkranken Bewohnern eine Einstellung zeigten, die *von einem hohen Maß an Solidarität* bestimmt war.

In dieser Einstellung zeigt sich ein bedeutendes Element der Wohngemeinschaften: Die Bewohnerinnen und Bewohner nehmen das Leitbild des intimen, familiär geprägten Wohnens auch in der Hinsicht ernst, als sie selbst nach Möglichkeiten suchen, wie sie den Aspekt der Gemeinschaftlichkeit durch ihr eigenes Verhalten fördern können. Auch in Gesprächen des Verfassers dieses Gutachtens mit Angehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner wurde deutlich, dass dieser Solidaritätsgedanke auch bei den Angehörigen großes Gewicht besitzt.

4. Beantwortung der zentralen Fragestellungen des Gutachtens

Einführend zu diesem Gutachten wurden fünf Fragestellungen aufgeführt, die den thematischen Rahmen des Gutachtens bilden. Auf diese Fragestellungen soll nachfolgend eingegangen werden.

4.1.

Ist sichergestellt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner in Wohngemeinschaften eine Form der Ansprache finden, die aktiviert, motiviert, integriert?

Diese Frage lässt sich für alle besuchten Wohngemeinschaften positiv beantworten. Die Aktivierung bildet ein bedeutendes Leitbild der Wohngemeinschaften; dabei wird die Aktivierung vor allem durch die Mitarbeit bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten sowie durch gemeinschaftlich ausgeübte Freizeittätigkeiten zu erreichen versucht. Das familiäre Zusammenleben mit anderen Menschen, das Engagement von Angehörigen sowie die hohe Identifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der Lebenssituation der Bewohner wirkt auf diese in besonderer Weise motivierend – zum einen im Hinblick auf die Selbstverantwortung, zum anderen im Hinblick auf die erlebte Mitverantwortung gegenüber den anderen Bewohnern. Und schließlich bilden die Wohngemeinschaften auch eine gute Möglichkeit zur Stärkung der sozialen Integration und der Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner.

Diese Aussagen gelten vor allem für jene Menschen, bei denen keine mittelgradigen oder schweren Demenzen bestehen. Im Falle mittelgradiger oder schwerer Demenzen sind sowohl die Aktivierung und Motivation als auch die soziale Integration mit größeren Schwierigkeiten zu verwirklichen. Doch auch hier konnte der Verfasser erkennen, dass es durchaus gelingen kann, zu einem gewissen Maß an Selbstständigkeit zu motivieren sowie die soziale Integration zu fördern. Vor allem dann, wenn unter den Bewohnerinnen und Bewohnern ein hohes Maß an Solidarität besteht, können demenzkranke Menschen von dem Konzept des betreuten Wohnens in hohem Maße profitieren: Sie sind in besonderer Weise in den (sozialen) Alltag eingebunden – woraus sich positive Effekte für Anregung und Integration ergeben. Die Überschaubarkeit der Gruppe – aufgrund einer geringen Anzahl von Mitbewohnern – wirkt sich dabei zusätzlich positiv auf Anregung und Integration aus.

4.2:

Ist sichergestellt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner in Wohngemeinschaften ein ausreichendes Maß an selbstständiger und selbstverantwortlicher Lebensführung verwirklichen können?

Die Eindrücke, die der Verfasser des Gutachtens bei seinen Besuchen gewinnen konnte, lassen eine positive Beantwortung dieser Frage zu: Die besuchten Wohngemeinschaften

stimmen in dem Bemühen überein, ein möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit und Selbstverantwortung in der Lebensführung zu fördern. Damit erfüllen sie auch das Leitbild der betreuten Wohngemeinschaft – welches auf möglichst hohe Kontinuität in den Lebensstilen und Lebensformen zielt.

Selbstständigkeit und Selbstverantwortung verwirklichen sich vor allem in den drei folgenden Lebensbereichen: 1. Im hauswirtschaftlichen Bereich, 2. im Bereich der Körperpflege, 3. im Bereich der Freizeitgestaltung. Die aktivierenden und motivierenden Ansätze der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen schließen diese drei Bereiche ausdrücklich mit ein. Dies ist in allen der vom Verfasser aufgesuchten Wohngemeinschaften der Fall.

4.3:

Ist in den Wohngemeinschaften ein ausreichendes Maß an qualitativ hochwertiger Betreuung und Pflege gewährleistet?

Auch diese Frage lässt sich vor dem Hintergrund der Beobachtungen, die der Verfasser dieses Gutachtens in einzelnen Wohngemeinschaften machen konnte, sowie auf der Grundlage der in den Interviews mit den Mitarbeitern der Wohngemeinschaften getroffenen Aussagen positiv beantworten. Die Wohngemeinschaften haben effektive Verbindungen zu ambulanten Pflegediensten, darüber hinaus ist in der Leitungsebene der Wohngemeinschaften ein hohes Maß an Expertise in den Bereichen der Altenarbeit und / oder Altenpflege erkennbar, sodass davon ausgegangen werden kann, dass ein ausreichendes Maß an qualitativ hochwertiger Betreuung und Pflege tatsächlich gewährleistet ist. Die Bewohnerinnen und Bewohner, mit denen der Verfasser des Gutachtens zusammengetroffen ist, vermittelten den Eindruck einer qualitativ hochwertigen Betreuung und Pflege. Die Tatsache, dass in den Wohngemeinschaften ein vergleichsweise hohes Maß an Intimität auch zwischen den Mitarbeitern und den Bewohnern besteht, bildet eine Grundlage für die Sicherstellung guter Pflege: Denn die Mitarbeiter können sich im Kontakt mit den Bewohnern unmittelbar von den Effekten der Betreuung und Pflege überzeugen. Darüber hinaus können sie den Prozess der Betreuung und Pflege zum Teil auch direkt beobachten – ein Aspekt, der ebenfalls für die Gewährleistung einer ausreichenden Pflegequalität bedeutsam ist.

4.4.

Von welchen Faktoren ist die Qualität der Ansprache sowie der Betreuung und Pflege in den Wohngemeinschaften beeinflusst?

Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt wurde, gewinnt hier zunächst die fachliche Qualifikation der Leitungsebene große Bedeutung: Die Leitungsebene gibt in hohem Maße Ziele und Standards für eine fachlich fundierte Ansprache, Betreuung und

Pflege vor. Zudem wirkt die Leitungsebene durch das eigene Verhalten als Vorbild für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Von daher ist der fachlichen wie auch der menschlichen Qualifikation der Leiterinnen und Leiter ein besonderer Einfluss zuzuordnen. Wie weiterhin aufgezeigt wurde, ist das menschliche Format der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Art der Ansprache und Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern bedeutsam.

Menschliches Format schließt dabei sozialkommunikative Fertigkeiten sowie die Fähigkeit zur Identifikation mit der Situation der Bewohnerinnen und Bewohner ein. Und schließlich wurde aufgezeigt, dass auch Fertigkeiten im Bereich der alltagspraktischen Kompetenz wichtig für die Art der Betreuung sind: Diese bilden eine Grundlage für die Aktivierung der Bewohner sowie für deren Einbindung in verschiedene gemeinschaftliche Aktivitäten. Es wurde hervorgehoben, dass die Leitungsebene sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen Wohngemeinschaften die hier genannten Kriterien in sehr überzeugender Weise verwirklichen. Aus diesem Grunde kann in der Tat davon ausgegangen werden, dass eine ausreichend hohe Qualität in Ansprache und Betreuung gewährleistet ist – im Hinblick auf die Qualität der Pflege sind die Leistungen der ambulanten Pflegeteams ausschlaggebend.

4.5.

Sind Wohngemeinschaften als eine mögliche Wohnform im Kontext des breiten Spektrums von Wohnformen zu betrachten?

Sie bilden in der Tat eine interessante, fachlich überzeugende Wohnform im Kontext des breiten Spektrums von Wohnformen. Sie sollen nicht als ein Ersatz für stationäre Einrichtungen der Altenhilfe verstanden werden. Vielmehr ergänzen sie in substanzieller Weise das bestehende Angebot an Wohnformen und damit auch die stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Dabei sind Wohngemeinschaften zunächst für jene Personen besonders geeignet, die trotz eingetretener Einbußen in der Lage sind, ein selbstständiges, selbstverantwortliches und mitverantwortliches Leben zu führen. Diese Menschen können in hohem Maße den mit dem Konzept der Wohngemeinschaften angesprochenen Charakter der Intimität und Familiarität mit Leben erfüllen und dazu beitragen, dass sich dieses Konzept praktisch realisieren lässt. Doch nicht nur diese Menschen profitieren von Wohngemeinschaften. Auch Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen können Nutzen aus diesem Konzept ziehen, wenn es die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verstehen, Umweltbedingungen zu schaffen, die in besonderer Weise auf die erhöhte Verletzlichkeit dieser Menschen Rücksicht nehmen und die zudem differenziert auf individuelle Bedürfnisse und Interessen eingehen.

Das Konzept der Wohngemeinschaft ist sehr viel anspruchsvoller, als dies auf den ersten Blick erscheinen mag. Es wurden die besonderen Anforderungen beschrieben, die zunächst an die Leitungsebene sowie an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu stellen sind. In den vom Verfasser des Gutachtens besuchten Wohngemeinschaften werden diese Anforderungen in ganzem Umfang erfüllt. Doch sind es nicht nur Merkmale der

infrastrukturellen Umwelt, die hier wichtig sind. Hinzu kommt auch die Gestaltung der räumlichen Umwelt, durch deren Merkmale ein substanzieller Beitrag zur Schaffung von Intimität und Familiarität geleistet wird. In dieser Hinsicht konnten nur die Wohngemeinschaften in Bad Dürkheim und Fellbach überzeugen, weniger hingegen die Wohngemeinschaften in Stuttgart. In Stuttgart ergibt sich zunächst die besondere Situation, dass vier Wohngemeinschaften in einem Haus zusammengefasst sind – damit entwickelt sich zumindest auf den ersten Blick eine gewisse Nähe zum Charakter stationärer Einrichtungen der Altenhilfe. Dieser Eindruck lässt sich durch eine Gestaltung der räumlichen Umwelt verändern, die zunächst den Charakter der Eigenständigkeit und Verschiedenartigkeit der einzelnen Wohngemeinschaften besonders hervorhebt und die zudem ein besonderes Maß an Intimität und Familiarität zu erzeugen vermag. Dies ist in der jetzigen Form noch nicht realisiert und kann bei der aktuell bestehenden Bausubstanz auch nicht mehr realisiert werden. Doch sei hier anerkennend festgestellt, dass sich Stuttgart besondere Mühe bei der Ausgestaltung der Gemeinschaftsräume gegeben und hier ein hohes Maß an Originalität unter Beweis gestellt hat: Die Schaffung eines Ateliers ist eine hoch originelle Idee. Diese Originalität findet sich – ebenso wie in den anderen Wohngemeinschaften – auch im Begleitungs- und Betreuungskonzept wieder. Es ist nun zu wünschen, dass Stuttgart bald jene räumlichen Bedingungen schaffen kann, die dazu beitragen, dass das Konzept der betreuten Wohngemeinschaft in ganzem Umfang umgesetzt werden kann: Derzeit bleibt die Qualität der räumlichen Umwelt hinter der Qualität der infrastrukturellen Umwelt erkennbar zurück. Erst bei Schaffung angemessener räumlicher Bedingungen wird auch die Frage zu beantworten sein, inwieweit es möglich und funktional ist, in einem Gebäude mehrere Wohngemeinschaften zusammenzufassen. Diese Möglichkeit und Funktionalität soll hier in keiner Weise bestritten werden.

Abschlussbericht

über eine psychiatrische dreijährige Untersuchung

bei Bewohnern der Wohngemeinschaft Drosselweg

Dr. Eleonore Fronk
FÄ f. Psychiatrie/Psychotherapie
Klinische Geriatrie

Abschlussbericht über eine psychiatrische 3 – jährige Untersuchung bei Bewohnern der Wohngemeinschaft Drosselweg

Seit August 2001 besteht das Modellprojekt, „Evaluationsstudie Wohngemeinschaften für ältere Menschen in Baden-Württemberg“, welches vom Wohlfahrtswerk für Baden – Württemberg in Zusammenarbeit mit dem Sozialministerium Baden-Württemberg erprobt wird. Organisatorisch ist die Wohngemeinschaft Drosselweg an das Haus am Kappelberg in Stuttgart - Fellbach angeschlossen. In der Wohngruppe leben neun unterschiedlich betreuungsbedürftige ältere Menschen. Die älteste Bewohnerin war bei Beendigung der Studie 97 Jahre alt. Die Bewohner werden von examinierten Pflegekräften und der örtlichen Sozialstation und Hausärzten betreut. Regelmäßig kommen Schüler zu Gesellschaftsspielen und zu Spaziergängen. Die Angehörigen der Bewohner beteiligen sich aktiv an der Betreuung und der Gemeinschaft. Es werden regelmäßig Veranstaltungen durchgeführt und Feste gefeiert.

Nach Vorstellung und Einführung durch den Leiter des Hauses am Kappelberg, Herrn Norbert Mätzke, wurde die Wohngruppe von der Gutachterin am

15.05.2002

17.07.2002

09.10.2002

15.01.2003

21.03.2003

25.06.2003

15.10.2003

aufgesucht. Während des Berichtzeitraumes wurden insgesamt achtzehn Bewohner untersucht, davon waren 17 weiblich. Es wurde jeweils eine individuelle psychiatrische Untersuchung der Bewohner vorgenommen. In Einzelfällen wurden auch Angehörige befragt. Regelmäßig fand eine Übergabe der Mitarbeiter an die Referentin statt. Hier wurde über Veränderungen im psychischen und körperlichen Befinden der Bewohner berichtet. Durch die Anwesenheit der Referentin von jeweils 4 Stunden, konnte auch gut die Atmosphäre und das milieutherapeutische Klima beobachtet werden.

Die Untersuchung der Bewohner gliederte sich in die Eigenanamnese, das heißt die Befragung der Bewohner zu ihrer Biographie und dem jetzigen Befinden, die Durchführung des Mini – Mental Status Test (MMST) nach Folstein und der Durchführung des Uhren – Test nach Shulman, die Einsicht in die Krankenunterlagen und die Fremdanamnese.

Die vorherrschenden Diagnosen waren die Demenz bei Alzheimerscher Erkrankung (ICD 10 F 00) und die Vaskuläre Demenz (ICD 10 F 01). Die Einteilung nach dem Schweregrad der Demenzerkrankung reichte, von nicht vorliegen einer Demenz, bis schwerster Demenz. Zusätzlich fanden sich Depressionserkrankungen, entweder im Rahmen der vorliegenden Demenz oder als eigenständiges Krankheitsbild. Diagnostisch einzuordnen in leichte depressive Episoden (ICD 10 F 32.0) und mittelgradige depressive Episoden (ICD 10 F 32.1). Eine Bewohnerin war an M.Parkinson erkrankt, zwei Bewohnerinnen hatten schwere linkshirnige Schlaganfälle mit globaler Aphasie erlitten, zwei Bewohnerinnen waren blind.

Wie zu erwarten, zeigte die Auswertung der Test – Scores keine Verbesserung hinsichtlich der dementiellen Entwicklung. Das dementielle Syndrom verläuft chronisch oder fortschreitend. Es kommt zu einer entscheidenden Abnahme der intellektuellen Leistungsfähigkeit und auch zu Beeinträchtigungen in den persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Waschen, Ankleiden, Essen, persönliche Hygiene, bei Körperausscheidungen und der Benutzung der Toilette. Wie sich die Beeinträchtigung äußert, hängt sehr von den sozialen und kulturellen Faktoren ab, in der der Betroffene lebt. Es ist bekannt, dass sich auch schwere Störungen in einem Milieu, welches nicht stigmatisiert, sondern Sicherheit gibt und Förderung bietet, leicht verbessert werden können. Die Teilnahme der Bewohner an der Zubereitung der täglichen Mahlzeiten fördern und üben solche Fähigkeiten. So halfen sie etwa beim Zubereiten von Gemüse oder beim Tischdecken mit. Auch unkonventionelle Erlebnisse gab es, so ließ es sich eine hochbetagte Bewohnerin nicht nehmen nach der Mittagsmahlzeit einen Schnaps oder einen Mokka auszuschenken. Der Triumph, eine gutbürgerliche Tradition mit ins hohe Alter und in die Gemeinschaft gerettet zu haben, brachte ihr täglich Freude.

Sehr bemerkenswert war eine Intervention einer Mitarbeiterin: Eine Bewohnerin mit fortgeschrittener Demenz vom Alzheimer Typ, körperlich noch sehr rüstig und mit Weglauftendenz, wollte an einem Nachmittag wieder unbedingt alleine auf den Friedhof zu ihrem verstorbenen Ehemann. Die Mitarbeiterin sprach lange mit ihr, z.B.: es ist doch etwas kühl draußen, hier ist es gemütlich und wir wollen doch auch noch Kaffee trinken. Worauf die Bewohnerin antwortet: Ach ja, sie haben ja eigentlich recht, bei euch ist es doch so schön. Daraufhin blieb sie da. Dies belegt, dass die sehr persönliche Betreuung auch sehr demente Bewohner anspricht und die Bewohner so auf der Gefühlsebene (Stichwort: Validation) noch viel verstehen. Im konkreten Fall geht es darum, der Bewohnerin zu vermitteln, dass sie die Liebe und Geborgenheit, die sie seit dem Tod des Ehemannes vermisst, hier in der Wohngruppe wieder finden kann.

Besonders hervorzuheben ist die Verbesserung der Stimmungslage bei den vielen Bewohnern. In der Wohngruppe ist eine vertrauensvolle, humorvolle und Sicherheit gebende Atmosphäre. Auch schwerkranke Bewohner konnten daher akzeptieren, nicht mehr im eigenen häuslichen Rahmen zu leben. So ist ein Ehepaar in eine kleine Wohnung im selben Haus gezogen und wird von der Wohngruppe mitbetreut. Beide können täglich neu

entscheiden, ob sie für sich bleiben oder am Tisch der Wohngemeinschaft mitessen. Beide waren einige Wochen nach Einzug traurig, sind nun aber anhaltend in guter Stimmungslage und der an M. Parkinson erkrankten Ehefrau, geht es auch körperlich – neurologisch besser. Er fährt, obwohl schon über neunzig, noch kleinere Strecken mit dem Auto. Von vielen Bewohnern die am häufigsten gehörten Sätze waren: „Es ist gut, dass ich nicht mehr alleine bin und trotzdem noch weitgehend über mein Leben selbständig bestimmen kann, es ist auch gut, dass in der Nacht jemand da ist“.

Eine 83 Jährige Bewohnerin berichtete, dass sie vorher in einem normalen Altenpflegeheim war und nun viel mehr den Eindruck hat, wahrgenommen zu werden. Sie fühle sich auch nicht mehr so misstrauisch, da sie in ihre Umgebung Vertrauen habe. Eine andere Bewohnerin betonte, dass sie hier weniger Angst habe. Bei einer Bewohnerin mit einer vaskulären Demenz infolge eines Apoplex wurde zunehmend beobachtet, dass sie sowohl psychomotorisch, wie auch innerlich ruhiger wurde. Sie akzeptierte zunehmend, dass sie auch ohne Worte gut verstanden wurde.

Wenn ein Bewohner verstorben ist, so wird sein Andenken für einige Zeit bewahrt, wie in einer Familie wird noch längere Zeit über ihn und was der Verlust bedeutet, gesprochen.

Zusammenfassung und Beurteilung:

Die Bewohner der Wohngemeinschaft Drosselweg wurden im Untersuchungszeitraum regelmäßig in vierteljährlichem Abstand psychiatrisch untersucht. Es waren insgesamt 18 Bewohner, neun Bewohner leben ständig in der Wohngemeinschaft. Neben der psychiatrischen Anamnese wurden auch der MMST und der Uhrentest angewendet. Eine besondere Bedeutung hatte auch die Beobachtung des Umgangs zwischen den Bewohnern untereinander und zu den Mitarbeitern.

Erwartungsgemäß haben sich die Testscores bei den dementen Bewohnern nicht signifikant verbessert. Bei den Bewohnern, die nicht an einer Demenz erkrankt waren auch nicht verschlechtert, der MMST – Score lag bei 27 – 30 und der Uhrentest bei 1-2. Die wesentliche positive Veränderung zeigte sich in der Stimmungslage der Bewohner, die nach wenigen Wochen des Einlebens bis auf natürliche Schwankungen gebessert war, unabhängig der gestellten Diagnose.

Die hervorragende Qualität der Wohngemeinschaft besteht in der individuellen Betreuung der Bewohner. Wie oben beschrieben, können auch Bewohner mit einer weit fortgeschrittenen Demenz gut betreut werden, da sie noch besser als in einer stationären Heimsituation auf der Gefühlsebene angesprochen werden können. Sie werden dadurch beruhigt und verstehen ihrerseits ihr Umfeld besser, dadurch können auch Medikamente eingespart werden. Die Bewohner helfen sich gegenseitig und haben bis zu einem gewissen Grade auch Verständnis füreinander. Niemand ist wirklich allein. Wenn z.B. eine Bewohnerin

im Sessel einschläft wird dies von den anderen wahrgenommen und es wird beobachtet, wie es ihr geht. Wenn sich jemand unterhalten möchte, findet sich immer ein Gesprächspartner. Die Bewohner leben wie in einem privaten Haushalt, sie helfen beim Kochen und decken den Tisch gemeinsam. Das gemeinschaftliche Essen um eine gedeckte Tafel spornt auch die Bewohner zum Essen und Trinken an, welchen dies sonst schwer fällt.

Die Gesamtbeurteilung der Wohngemeinschaft Drosselweg ist durchweg positiv, es kann eine individuelle Pflege in einem guten Milieu unter Achtung der Menschenwürde auf einem sehr hohen Niveau durchgeführt werden.

Eleonore Fronk
FÄ f. Psychiatrie/Psychotherapie
Klinische Geriatrie

Eingesetzte Verfahren bzw. Instrumente

Von der Gutachterin wurden folgende Verfahren bzw. Instrumente zur Evaluation eingesetzt:

Eigenanamnese

Befragung der Klienten zu Biographie und aktuellem Befinden.

Mini-Mental State Examination (MMSE) nach Folstein (Arbeitsgruppe Geriatisches Assessment, 1995)

Kognitive Fähigkeiten lassen im Alter häufig nach. Der Übergang von physiologischen Gedächtnisschwierigkeiten (gutartige Altersvergesslichkeit) zu pathologischen Veränderungen (Demenz-Syndromen unterschiedlicher Ätiologie) ist fließend. Da die Verminderung kognitiver Fähigkeiten die Alltags-Kompetenz erheblich einschränkt und zu Pflegebedürftigkeit führt, ist die Klärung von Gedächtnisschwierigkeiten von erheblicher Bedeutung.

Die Mini-Mental State Examination (MMSE) ist das am häufigsten angewandte Screeningverfahren für Gedächtnisstörungen. Die Originalversion der MMSE (17) beinhaltet ebenso wie die von uns bearbeitete und empfohlene Fassung 30 Fragen.

Sie besteht aus zwei Teilen: Im ersten Teil werden Orientiertheit, Gedächtnis und Aufmerksamkeit überprüft, im zweiten Teil das Benennen, Lesen und Schreiben sowie visuell-konstruktive Fähigkeiten.

Geistig rüstige Menschen im höheren Lebensalter erreichen im Mittel 28 Punkte. Es wird angenommen, dass 24 oder weniger Punkte mit hoher Wahrscheinlichkeit auf eine kognitive Einschränkung hinweisen. In diesem Fall ist eine weitere Abklärung der Gedächtnisfunktionen dringend erforderlich.

Da es sich bei der MMSE um eine Screeningmethode handelt, kommen kognitive Stärken aus detaillierten Gedächtnisbereichen nicht zur Darstellung. Die Ergebnisinterpretation gibt Anhaltspunkte für den Schweregrad der Gedächtnisstörung.

Im Bereich 25 bis 30 erreichter Punkte liegt aller Wahrscheinlichkeit nach keine Demenz vor. Gemäß der üblichen Interpretation wird bei 24 und weniger Punkten eine weitere Abklärung auf das Vorliegen eines dementiellen Syndroms empfohlen.

Clock Completion (CC): Uhren Ergänzen (Arbeitsgruppe Geriatisches Assessment, 1995)

Die Clock Completion (Uhren Ergänzen) eignet sich zum Screening auf Hirnleistungsstörungen wie Neglectphänomenen, Apraxien sowie kognitiven Defiziten. Der Proband wird aufgefordert, in einen vorgezeichneten Kreis ein Ziffernblatt und die Uhrzeit

11:20 Uhr einzuzeichnen. Der Test wird mit einem vorgegebenen Scoringssystem ausgewertet. Für Durchführung und Auswertung werden etwa 10 Minuten benötigt.
Analyse der Dokumentation und Fremdanamnese
Befragung der Mitarbeiter zu Veränderungen im psychischen und körperlichen Befinden
Befragung von Angehörigen in ausgewählten Fällen